RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes

Arrêté N° 2021-22-0041
Portant modification du plan d'action régional d'amélioration de la pertinence des soins 2020-2023 pour la région Auvergne-Rhône-Alpes

Le Directeur général de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes
Chevalier de la Légion d'honneur,
Chevalier de l'Ordre national du mérite

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale notamment ses articles L. 162-1-17, L. 162-30-3 et D. 162-11 et D. 162-12 ;

Vu la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 ;

Vu la décision de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes n° 2021-22-001 du 27 janvier 2021 portant sur le plan d'actions régional d'amélioration de la pertinence des soins pour la région Auvergne Rhône Alpes ;

Vu l'avis rendu par l'Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins pour la région Auvergne-Rhône-Alpes en date du 5 juillet 2021.

Vu l'avis rendu par la commission régionale de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie en date du 22 juillet 2021.

ARRÊTE

Article 1

Le plan d'action régional d'amélioration de la pertinence des soins pour la région Auvergne-Rhône-Alpes 2020-2023 annexé à la décision de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes n° 2021-22-001 du 27 janvier 2021 visé ci-dessus est remplacé par le plan d'action régional d'amélioration de la pertinence des soins pour la région Auvergne-Rhône-Alpes 2020-2023 en annexe.

Article 2

Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Dans les deux mois suivant sa publication, il pourra faire l'objet :

- d'un recours gracieux auprès du Directeur général de l'ARS,
- d'un recours hiérarchique auprès de Monsieur le Ministre des solidarités et de la santé,
- d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent (ce dernier peut être saisi par requête adressée par lettre recommandée avec accusé de réception ou de manière dématérialisée via l'application « Télérecours citoyen » accessible sur le site www.telerecours.fr).

Article 3

Le directeur général de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Fait à Lyon le – 5 AOUT 2021

Docteur Jean-Yves GRALL

Courrier : CS 93383 - 69418 Lyon cedex 03
04 72 34 74 00
www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr

Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données de l'ARS (ars-ara-dpd@ars.sante.fr).

ANNEXE

Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins 2020-2023

Région Auvergne Rhône Alpes

Actualisation de juillet 2021

SOMMAIRE

PRÉAMBULE

I – LE DIAGNOSTIC RÉGIONAL

I-1 LES ACTIVITES DU PROGRAMME PERTINENCE NATIONAL ET LEURS TAUX DE RECOURS

I-2 LES ACTES CHIRURGICAUX AVEC INDICATEURS D'ATYPIE

I-2-1 Amygdalectomie

I-2-2 Appendicectomie

I-2-3 Chirurgie bariatrique

I-2-4 Chirurgie du canal carpien

I-2-5 Cholécystectomie

I-2-6 Thyroïdectomie

I-3 LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

I-3-1 Tous actes chirurgicaux confondus

I-3-2 Par geste chirurgical (gestes marqueurs)

I-3-3 L'orientation en SSR après une chirurgie orthopédique

I-3-4 Le parcours insuffisance cardiaque

I-3-5 Le parcours ostéoporose fracturaire

II – LES DOMAINES D'ACTIONS PRIORITAIRES ET LE PLAN D'ACTION

II-1 LA GRADATION DES MOYENS D'ACTION

II-2 LA PERTINENCE DES ACTES CHIRURGICAUX

II-2-1 Les activités caractérisées par un taux de recours remarquable

II- 2-2 La chirurgie ambulatoire

II-2-3 Les actes chirurgicaux avec indicateurs d'atypie

II-2-4 La pertinence des césariennes et des appendicectomies
La pertinence des césariennes programmées à terme sans facteur de risque associé
La pertinence de l'activité d'appendicectomie

II-3 LA PERTINENCE DES PARCOURS DE SOINS
II-3-1 Les parcours de soins insuffisance cardiaque et ostéoporose fracturaire
II-3-2 Le parcours de soins des personnes âgées

REFERENCES

ANNEXE 1
Outil de ciblage CNAMTS pour la pertinence des actes – guide général d'utilisation dans le cadre des actions d'amélioration de la pertinence des soins

ANNEXE 2
Fiches thématiques

ANNEXE 3
Fiche action "sur et sous recours"

ANNEXE 4
Fiche action "chirurgie ambulatoire"

ANNEXE 5
Fiche action "parcours du patient insuffisant cardiaque"

ANNEXE 6
Fiche action " parcours ostéoporose fracturaire dans les CPTS "

ANNEXE 7
Fiche action "prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée"

ANNEXE 8
Fiche action "prévention de la dénutrition chez la personne-âgée à domicile"

PREAMBULE

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la pertinence comme « la bonne intervention, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient ».

Cette définition peut se compléter par la notion de dispensation d'un acte diagnostique ou thérapeutique en adéquation avec les besoins du patient, nécessaire, approprié dans son indication et conformément aux données de la science et recommandations nationales et/ou internationales. Cela sous-entend qu'un soin peut être non pertinent par excès ou par défaut de soin.
La notion de pertinence a également vocation à évoluer : un soin pertinent hier peut ne plus l'être aujourd'hui du fait de l'évolution des connaissances et de l'organisation des soins.

Les enjeux de la pertinence, que ce soit pour les actes (prise en charge médicale, chirurgicale ...), les prescriptions (médicamenteuses, examens de biologie ...), les prestations (modalités d'hospitalisation, parcours de soins ...) répondent à la fois à des objectifs de qualité et de sécurité des soins mais aussi d'optimisation des dépenses de santé.
Ils s'articulent autour de 3 axes :

- L'efficacité pour le meilleur résultat en termes de santé ;
- La sécurité : toute intervention de santé comporte des bénéfices... et des risques potentiels. Toute intervention inappropriée ou par excès s'avère non pertinente.
- La rationalisation des dépenses :
  L'amélioration des connaissances scientifiques, l'application des technologies de pointe (informatique, robotique) à la médecine et l'innovation dans le domaine des produits de santé ont accru considérablement le coût de la prise en charge de certaines pathologies.
  Concomitamment la part dans notre système de santé d'actes et de prestations de soins réalisés et apparaissant peu ou non pertinents apparaît significative.
  Les disponibilités financières étant limitées, cela implique de veiller à l'équité de notre système sanitaire en mobilisant les leviers appropriés pour modérer les dépenses de santé. Ce qui peut se traduire par une réduction du nombre d'actes et de soins non nécessaires ou par exemple, par l'augmentation du recours aux médicaments génériques et aux biosimilaires.

LE CADRE NATIONAL DE LA PERTINENCE DE SOINS

Le cadre national s'articule autour des plans et dispositifs suivants :

Le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins (PNGDRESS) :

La pertinence des soins s'inscrit dans la déclinaison des orientations du PNGDRESS. Ce plan détermine les actions et les objectifs permettant d'améliorer les performances de notre système de santé et de maitriser l'évolution des dépenses conformément à l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).
Conclu entre l'Etat et l'Union des caisses nationales d'assurance maladie, le PNGDRESS est décliné dans chaque région par le biais d'une convention entre le directeur général de l'Agence régionale de Santé (ARS) et l'AM représentée par le directeur coordonnateur de la gestion du risque.

La Stratégie Nationale de Santé (SNS)

La SNS issue de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, mise en œuvre dès 2018, intègre pleinement la pertinence au travers des parcours de soins, de la prévention et du développement du virage ambulatoire.
La pertinence des prescriptions, actes et hospitalisations constitue le troisième axe de la SNS au travers de plans et programmes nationaux et, dans les territoires, par les projets régionaux de santé (PRS) définis par les agences régionales de santé.
Cet axe vise à garantir la pertinence des pratiques afin d'améliorer la qualité du service rendu et de limiter les dépenses évitables (ex : hospitalisations et ré-hospitalisations).

La pertinence se décline également dans la stratégie de transformation du système de santé dont l'un des cinq chantiers est « d'inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques »

Ma santé 2022
Le volet « qualité, pertinence et patients » de Ma santé 2022 cible l'amélioration des parcours de soins : insuffisance cardiaque et ostéoporose, le développement d'outils numériques et le déploiement d'indicateurs.
Une révision profonde du financement est par ailleurs envisagée, permettant de sortir de la seule logique de la T2A pour favoriser des rémunérations au forfait pour certaines maladies chroniques ainsi que des primes à la qualité.

Le Ségur de la santé
En juillet 2020, le Ségur de la santé a réitéré notamment le principe d'une nouvelle politique d'investissement et de financement au service de la qualité des soins. Il s'agit de renforcer la qualité et la pertinence des soins en développant des indicateurs de résultats et de pertinence ainsi que des dispositifs d'intéressement collectif à la qualité.

Les dispositifs existants
La pertinence des soins est une priorité nationale, pour laquelle plusieurs leviers sont déjà mobilisés :
L'HAS a inscrit la pertinence à son programme de travail dans le cadre de l'appui à l'amélioration des pratiques professionnelles.
Depuis 2010 la certification des établissements de santé intègre cette priorité. La V2014 a pris davantage en compte la pertinence en liant notamment les EPP et l'item « pertinence » au profil de risque de l'établissement.
La nouvelle version de la certification dite certification des établissements de santé pour la qualité des soins conforte l'ancrage de la pertinence dans ses objectifs : « *la démarche d'analyse de la pertinence (c'est-à-dire le questionnement sur le caractère approprié des prescriptions d'actes, de médicaments, de dispositifs médicaux, de séjours d'hospitalisation) et des résultats de leurs pratiques par les équipes de soins est au cœur du nouveau dispositif de certification. L'engagement des équipes à analyser leurs pratiques pour améliorer la pertinence et les résultats sera évalué.* »

⇨ L'intégration de la pertinence des soins dans les orientations nationales du développement professionnel continu (DPC) ;
⇨ La démarche de mise sous accord préalable (MSAP) de l'assurance maladie est un des moyens de la CNAMTS (caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) pour améliorer la pertinence de certains modes de prise en charge.

LA DEMARCHE REGIONALE

Le PRS 2018-2028

Les PRS 2012-2017 des ARS d'Auvergne et de Rhône-Alpes avaient permis d'acter une première démarche d'évaluation de la pertinence des soins.
Le PRS 2018-2028 pérennise la volonté de capitaliser sur les acquis à l'issue du PRS de première génération et d'assurer la continuité du développement de la promotion de la pertinence dans toutes ses composantes : soins, organisation des prises en charge et prescriptions.
Il s'agit d'un enjeu fort du PRS 2018-2028 de la région Auvergne-Rhône-Alpes pour assurer qualité, sécurité des soins et maîtrises des couts.

Le Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS)

Dans le cadre du décret du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé, les ARS en lien avec l'AM définissent un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) qui concourt à l'amélioration de l'efficience du système de santé en région.
Le PAPRAPS précise la méthodologie, définit les différentes actions à mettre en œuvre en fonction de la situation régionale ainsi que les modalités de suivi.
La mise en œuvre devra impliquer les universités dans la formation des futurs professionnels de santé.
Concrètement, chaque binôme ARS/ AM, en lien avec l'IRAPS, réalise un diagnostic régional sur le recours aux soins, identifie des thématiques prioritaires d'amélioration de la pertinence et les critères de ciblage des établissements.

L'article R. 162-44.-I. du code de la sécurité sociale précise la teneur de ce plan :

- **un diagnostic** de la situation régionale, réalisé sur un champ thématique délimité, avec le concours de l'IRAPS ;
- les **domaines d'action prioritaires** en matière d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé, en définissant les actes, prestations et prescriptions retenus qui portent, le cas échéant, sur la structuration des parcours de santé et l'articulation des prises en charge en ville et en établissement de santé, avec ou sans hébergement ;
- les **actions communes aux domaines retenus** et la déclinaison, pour chacun d'eux, des actions qui seront menées, le ciblage éventuel et les critères des établissements de santé concernés par un contrat d'amélioration de la pertinence des soins ou par la procédure de mise sous accord préalable prévue par l'article R. 162-44-3 du code de la sécurité sociale.

Le PAPRAPS est arrêté par le directeur général de l'ARS pour une durée de quatre ans, après avis de la commission régionale de gestion du risque siégeant en formation plénière. Il peut être révisé chaque année dans les mêmes conditions.

Le PAPRAPS 2016-2019 de la région Auvergne-Rhône-Alpes a fait l'objet d'un arrêté du directeur général de l'ARS (arrêté 2016-5483) publié au recueil des actes administratifs (RAA) spécial n° 84-2016-070 le 18 novembre 2016, pp.844/940.

Un avenant au PAPRAPS portant sur les actions de parcours de soins « insuffisance cardiaque » et « ostéoporose fracturaire » après arrêté du directeur général de l'ARS (n° 2019-19-0157) a été publié au RAA le 10 octobre 2019 (n° 84-2019-10-10-018).

Le PAPRAPS 2020-2023 a été adopté par décision ARS 2021-22-001 du 27 janvier 2021 après avis de l'IRAPS en date du 20 octobre 2020. Il s'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.

Conformément aux réserves émises par l'IRAPS lors de la séance du 20 octobre 2020, la réflexion a été approfondie par l'ARS et l'Assurance Maladie, pour aboutir à la proposition à l'IRAPS le 24 mars 2021 de nouveaux axes de travail plus opérationnels.

L'Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS)

L'IRAPS est l'instance de concertation entre l'ARS, l'AM, les professionnels de santé et les usagers. Elle est ainsi consultée sur l'élaboration, les révisions et l'évaluation du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS).
L'amélioration de la pertinence des soins et de la prise en charge repose ainsi sur l'implication des professionnels de santé avec la participation des usagers.

L'IRAPS a été consultée sur l'élaboration du PAPRAPS 2020-2023 le 20 octobre 2020 et sur l'actualisation de ce plan le 5 juillet 2021.

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) :

Le décret n° 2015-1510 du 19 novembre 2015 prévoit la possibilité d'établir un contrat tripartite d'amélioration de la pertinence des soins entre l'ARS, l'AM et l'établissement avec pour objectif d'améliorer la qualité, sécurité et pertinence des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'Assurance maladie.
Il peut comporter un volet optionnel conclut avec les établissements identifiés en application du PAPRAPS, ciblant :

- des objectifs destinés à améliorer la qualité des actes, des prestations ou des prescriptions ;
- ou des objectifs de réduction du nombre des actes, prestations ou prescriptions ou de substitution de ceux-ci.

Une évaluation annuelle peut amener les instances ARS et AM à procéder envers un établissement à des sanctions sous la forme soit d'une procédure de mise sous accord préalable (MSAP) d'acte ou prestation, soit d'une sanction pécuniaire.
À l'opposé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie, allouer un intéressement à l'établissement sous la forme d'une dotation corrélée au degré de réalisation des objectifs fixés au contrat.

Le « CAQES rénové » mis en place à partir du 1er janvier 2022 sera recentré sur la qualité de la prise en charge des patients en favorisant la pertinence et l'efficience des prescriptions et des parcours ; il se développera autour de quinze objectifs prioritaires. Les établissements concernés pourront –sous réserve d'atteinte d'objectifs- bénéficier d'un intéressement. Aucun type de sanction n'est prévu.

En région, 19 établissements (entités juridiques) se sont portés volontaires pour expérimenter en 2021 cette nouvelle modalité de contractualisation autour de quatre thématiques (inhibiteurs de la pompe à protons, transports, examen pré anesthésiques et matériel pour perfusion).

Il est à noter qu'un des 8 indicateurs nationaux de ce nouveau contrat cible le taux de réhospitalisation à 3 mois après un épisode de décompensation cardiaque. Cet indicateur s'inscrit dans le sillage des travaux en cours dans le cadre du chantier pertinence du plan « ma santé 2022 » et plus particulièrement de l'expérimentation en cours depuis 2019 en ARA relative au parcours insuffisance cardiaque.

Concernant les indicateurs régionaux, les instructions ministérielles recommandent une cohérence entre le PAPRAPS et les indicateurs régionaux du nouveau CAQES.
Un des indicateurs régionaux visera la problématique de la prescription de médicaments potentiellement inappropriés chez le sujet âgé, constituant un facteur prédictif d'hospitalisation pour iatrogénie médicamenteuse.
En outre, un autre indicateur régional visera le déploiement de la pharmacie clinique, intégrant notamment un volet conciliation médicamenteuse qui s'inscrit dans un développement du lien ville-hôpital, élément clé du parcours de soins.

De plus, afin de maîtriser le « sur-recours », ce CAQES intègrera un levier de mise sous surveillance des établissements dont les actes, prestations ou prescriptions s'écartent significativement en nombre ou en évolution des moyennes régionales ou nationales.
La liste de ces actes, prestations et prescriptions fera l'objet d'un arrêté dédié. Les ARS auront la possibilité de fixer pour un établissement en situation de sur-recours sur certains actes, prestations ou prescriptions, un volume d'activité cible. A l'issue d'une période d'observation de deux ans, si cet établissement demeure significativement au-delà des taux de recours nationaux, le DGARS pourra, après une procédure contradictoire et pour le volume d'actes excédant le volume maximum fixé, minorer les tarifs nationaux des actes, prestations et prescriptions considérés.

Les instances nationales en appui des acteurs régionaux :

Les acteurs régionaux peuvent s'appuyer pour la mise en place d'organisations et de plans régionaux sur :

- la haute autorité de santé (HAS) qui réalise, avec les professionnels de la discipline concernée, des recommandations et des outils d'amélioration des pratiques ;
- la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui produit, sur la base des recommandations HAS, des indicateurs destinés au ciblage des établissements les plus à risque de non pertinence, développe des supports d'information à destination des patients et des professionnels et veille à la diffusion de ces outils auprès des professionnels libéraux et hospitaliers ;
- l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) qui produit et actualise les taux de recours qui permettent aux agences régionales de santé (ARS) de sélectionner les thématiques qui présentent les plus fortes hétérogénéités.

I. LE DIAGNOSTIC REGIONAL

I – 1 - LES ACTIVITES DU PROGRAMME PERTINENCE NATIONAL ET LEURS TAUX DE RECOURS (source ATIH)

Pour l'analyse de la pertinence, 34 activités (et 35 actes chirurgicaux*) ont été prioritairement retenues sur la base de trois sources principales :

- l'étude de l'ATIH réalisée en 2011 qui a permis d'identifier 19 activités ;
- l'analyse des données nationales et internationales qui a permis d'ajouter deux activités supplémentaires présentant une variabilité de pratiques ;
- l'étude de la CNAMTS, réalisée en 2008-2009 sur les disparités géographiques des activités, a permis d'identifier 20 activités, dont 11 activités sont distinctes des activités suscitées.

Deux nouvelles activités ont été ajoutées pour la période 2008-2013.

Tableau I. Nombre de séjours et indices nationaux relatifs aux 35 activités chirurgicales et médicales en Auvergne-Rhône-Alpes en 2019

	Région Auvergne-Rhône-Alpes - Données 2019	
Libellé	Nombre de séjours	Indice national
Ligamentoplastie du genou	9 477	1,40
Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire	4 027	1,30
Pose de drains transtympaniques	3 499	1,28
Affection de la bouche et des dents avec certaines extractions	46 762	1,21
Pancréatectomie	632	1,19
Pose d'aérateur transtympanique, moins de 10 ans	8 338	1,15
chirurgie pour hypertrophie bénigne de la prostate	10 160	1,13
Cholécystectomie (07C13)	3 862	1,12
Arthroscopie autres localisations	3 117	1,11
Pontage coronaire	2 527	1,10
Appendicectomie	9 286	1,09
Pose de prothèse de genou	14 802	1,09
Chirurgie bariatrique	4 963	1,08
Oesophagectomie	163	1,07
Cholécystectomie (07C13 + 07C14)	14 625	1,07
Pose de prothèse de hanche hors traumatisme	13 936	1,06
Cholécystectomie (07C14)	10 763	1,06
Hystérectomie	7 451	1,05
Bronchiolite	5 938	1,01
Coloscopies	172 526	1,00
Césariennes	16 852	0,99
Infections des reins et des voies urinaires	13 143	0,99
Chirurgie de la valve aortique	990	0,99
Chirurgie du syndrome du canal carpien	16 892	0,98
Chirurgie de la cataracte	105 365	0,98
Interventions transurétrales ou par voie transcutanée	28 113	0,98
Chirurgie des varices	8 381	0,96
Chirurgie du rachis	11 640	0,95
Angioplasties coronaires	21 060	0,94
Infection et inflammation respiratoires (adultes)	5 736	0,93
Thyroïdectomie	3 730	0,93
Amygdalectomie	6 347	0,91
Affections des voies biliaires	8 862	0,91
BPC surinfectée	9 237	0,89
Endoscopie digestive diagnostique	110 811	0,89
Colectomie totale	263	0,87
Chirurgie de l'anévrisme de l'aorte	221	0,70

Source : ATIH - 2019

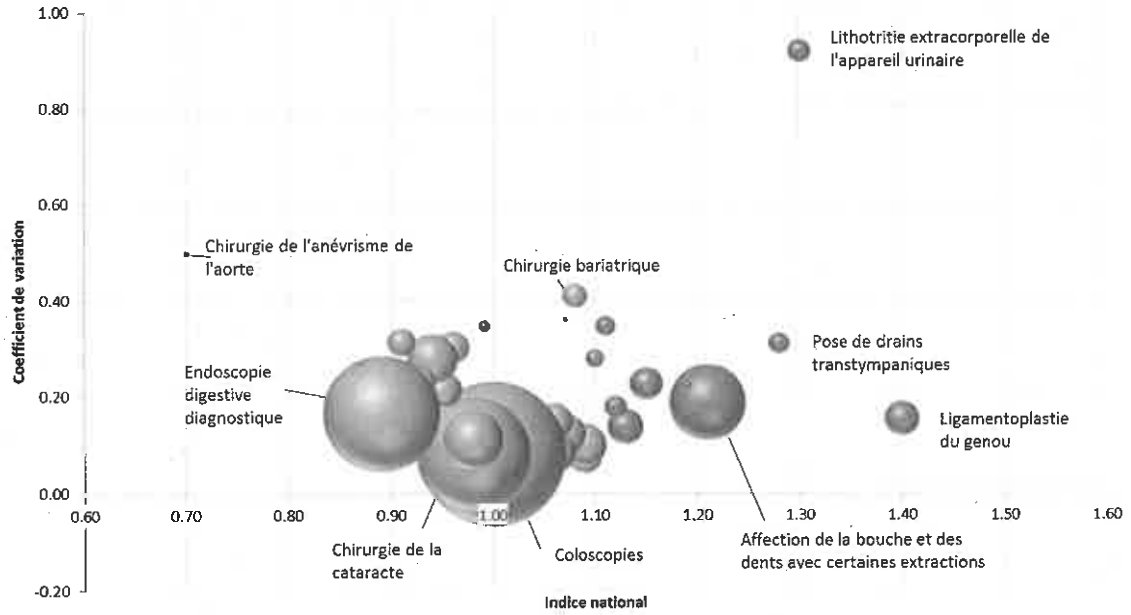
*L'activité « cholécystectomie » comprend deux actes chirurgicaux selon que la cholécystectomie sans exploration de la voie biliaire principale se réalise pour affection aiguë (GHM 07C13) ou à l'exception des affections aiguës (GHM 07C14).

Tableau II. Disparités des indices nationaux selon les départements par activité en Auvergne-Rhône-Alpes en 2019

	Résultats par département - Données 2019				
Libellé	Min	Max	Moyenne	Ecart-type	Coefficient de variation
Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire	0.56	5.05	1.65	1.51	0.92
Chirurgie de l'anévrisme de l'aorte	0.43	1.63	0.82	0.41	0.50
Chirurgie bariatrique	0.31	1.37	0.95	0.39	0.41
Oesophagectomie	0.90	2.14	1.30	0.47	0.36
Arthroscopie autres localisations	0.45	1.93	1.05	0.37	0.35
Chirurgie de la valve aortique	0.35	1.69	1.08	0.37	0.35
Amygdalectomie	0.60	1.38	0.95	0.30	0.31
Pose de drains transtympaniques	0.69	1.95	1.28	0.40	0.31
Chirurgie des varices	0.68	1.51	1.00	0.30	0.30
Pontage coronaire	0.71	1.65	1.13	0.32	0.28
Angioplasties coronaires	0.70	1.58	0.95	0.27	0.28
Colectomie totale	0.49	1.17	0.88	0.24	0.27
Infection et inflammation respiratoires (adultes)	0.65	1.34	0.90	0.21	0.23
Pose d'aérateur transtympanique, moins de 10 ans	0.73	1.54	1.12	0.25	0.23
Pancréatectomie	0.81	1.58	1.15	0.26	0.22
Chirurgie du rachis	0.57	1.29	0.96	0.21	0.21
BPC surinfectée	0.66	1.26	0.91	0.18	0.20
Bronchiolite	0.69	1.44	1.10	0.22	0.20
Affection de la bouche et des dents avec certaines extractions	0.96	1.68	1.25	0.24	0.19
Cholécystectomie (07C13)	0.78	1.44	1.16	0.21	0.18
Endoscopie digestive diagnostique	0.67	1.10	0.86	0.14	0.16
Ligamentoplastie du genou	1.09	1.81	1.42	0.22	0.15
Chirurgie du syndrome du canal carpien	0.75	1.31	1.05	0.16	0.15
Cholécystectomie (07C14)	0.74	1.36	1.05	0.16	0.15
chirurgie pour hypertrophie bénigne de la prostate	0.88	1.41	1.16	0.16	0.14
Thyroidectomie	0.81	1.22	0.96	0.13	0.14
Cholécystectomie (07C13 + 07C14)	0.85	1.34	1.07	0.13	0.12
Affections des voies biliaires	0.75	1.15	0.95	0.11	0.12
Interventions transurétrales ou par voie transcutanée	0.76	1.14	0.97	0.11	0.11
Infections des reins et des voies urinaires	0.82	1.19	1.02	0.11	0.11
Hystérectomie	0.95	1.37	1.08	0.11	0.11
Pose de prothèse de genou	0.92	1.31	1.11	0.11	0.10
Césariennes	0.82	1.11	0.97	0.10	0.10
Pose de prothèse de hanche hors traumatisme	0.93	1.24	1.08	0.09	0.08
Coloscopies	0.85	1.09	0.98	0.08	0.08
Chirurgie de la cataracte	0.75	1.05	0.96	0.08	0.08
Appendicectomie	0.88	1.21	1.07	0.08	0.08

Source : ATIH - 2019

Le coefficient de variation est défini comme le rapport entre l'écart-type et la moyenne.



Nombre de séjours

Nombre de séjours pour les gestes en sur recours (Indice national > 1,1)

Dispersion des 35 activités selon l'indice national et le coefficient de variation et selon le nombre de séjours réalisés en 2019 en AuRA

⇨ Parmi ces 35 activités, certaines présentent **des taux de recours nettement supérieurs aux taux nationaux**. En Auvergne-Rhône-Alpes, l'activité pour lequel le recours est le plus atypique correspond à la ligamentoplastie du genou (indice national de 1,4). Ce sur-recours peut toutefois s'expliquer par la spécificité géographique de la région, les pratiques sportives de la population et le dynamisme de l'offre chirurgicale orthopédique.
Outre la ligamentoplastie du genou, six activités se caractérisent par un recours supérieur au taux national de 13 % ou plus : **la lithotritie extracorporelle** (LEC) de l'appareil urinaire, la pose de drains trans-tympaniques, les affections de la bouche et des dents, la pancréatectomie, les aérateurs transtympaniques chez les moins de 10 ans et la chirurgie pour hypertrophie bénigne de prostate.

Parmi ces six actes, la LEC se caractérise surtout par une disparité importante des taux de recours entre les différents territoires de la région, les affections de la bouche et des dents, les aérateurs transtympaniques et la chirurgie pour hypertrophie bénigne de prostate par une volumétrie très importante. En outre, deux de ces six actes sont à l'origine d'un surcoût potentiel estimé important : **les affections de la bouche et des dents et la chirurgie pour hypertrophie bénigne de prostate**.

Actes	GHS	GHM	Indice 2019	Nb séjours 2019	Tarif GHS Public 2020	Sur Coût potentiel
Intervention sur la bouche et les dents	815	03KO21	1,2	46 762	1 185	9 231 754
Hypertrophie Bénigne de Prostate	4518	12C041	1,13	10 160	2 131	2 491 017
Lithotritie ExtraCorporelle	4283	11K08J	1,3	4 027	881	818 720
Pose de drains transtympaniques	650	03C141	1,28	3 499	610	467 036

Surcoût potentiel généré par le recours supérieur au taux national pour quatre activités et estimé en fonction des tarifs des GHS Public (Arrêté tarifaire du 28 février 2020)

- ⇨ Des taux de recours nettement inférieurs aux taux nationaux sont constatés pour la chirurgie de l'anévrysme de l'aorte et la colectomie totale mais avec des volumétries peu importantes et pour **les endoscopies digestives diagnostiques et la BPCO surinfectée**. Le recours inférieur au taux national pour la BPCO surinfectée est associée à un recours également bas pour ce qui concerne les infections et inflammations respiratoires et des référentiels parcours BPCO ont récemment été élaborés par la HAS.

- ⇨ Enfin, des atypies de recours sont constatées avec en outre une forte disparité selon les territoires pour **les gestes de revascularisation coronaire** avec un recours supérieur au taux national pour ce qui concerne **le pontage coronaire** et inférieur au taux national pour **l'angioplastie coronaire.**

I-2- LES ACTES CHIRURGICAUX AVEC INDICATEURS D'ATYPIE (source CNAMTS)

Les sociétés savantes, la CNAMTS et le Ministère ont construit un socle commun national basé sur des interventions avec des référentiels HAS et permettant d'articuler des actions auprès des établissements de santé, des professionnels de santé libéraux et des patients.

Les thèmes concernés par ce socle commun sont :

- l'amygdalectomie ;
- l'appendicectomie ;
- la chirurgie bariatrique ;
- la chirurgie du canal carpien ;
- la cholécystectomie ;
- la thyroïdectomie ;
- les examens pré anesthésiques.

La CNAMTS met à disposition annuellement des indicateurs issus des bases de données PMSI et SNIIRAM par établissement de santé. Ces indicateurs permettent l'identification des établissements atypiques.

I-2-1 Amygdalectomie

Afin d'étudier l'atypie des établissements en relation avec ces interventions, cinq indicateurs ont été créés.

Indicateur 1. Evolution du nombre d'amygdalectomies chez le patient de moins de 18 ans sur les 3 dernières années
Indicateur 2. Part des patients de moins 6 ans opérés pour amygdalectomie.
Indicateur 3. Part des patients de moins 6 ans opérés pour amygdalectomie pour trouble obstructif.
Indicateur 4. Part des patients de moins de 18 ans ayant été traités par antibiotiques dans les 3 années précédentes.
Indicateur 5. Part des patients de moins de 18 ans ayant eu une consultation médicale dans l'année précédente.

Les situations cliniques qui conduisent à envisager une amygdalectomie avant 18 ans sont, selon l'HAS, 1/ les angines aiguës récidivantes ou chroniques et 2/ l'hypertrophie amygdalienne responsable des troubles respiratoires obstructifs chroniques du sommeil de l'enfant.
Parmi les 43 établissements qui ont réalisé au moins 30 séjours d'amygdalectomies au cours de l'année 2019, la situation « Angines aigues récidivantes » concernait selon les établissements, entre 68 et 93 % des patients, et la situation « Hypertrophie amygdalienne » concernait entre 62 et 100 % des patients.

Indicateurs d'atypies (%) pour les établissements de la région Auvergne-Rhône-Alpes (Établissements recensant plus de 30 séjours par geste)

	Ind 1	Ind 2	Ind 3	Ind 4	Ind 5
Min	-56,5	39,4	**61,9**	**68,3**	78,3
1er Quartile	-12,1	54,3	**83,3**	**79,3**	93,3
Médiane	6,7	60,7	**92,2**	**83,3**	95,4
3ème Quartile	45,3	66,7	**97,1**	**85,7**	97,2
Max	806,7	90,9	**100,0**	**92,6**	99,1

I-2-2 Appendicectomie

Afin d'étudier l'atypie des établissements en relation avec ces interventions, dix indicateurs ont été créés.

Indicateur 1. Programme opératoire hebdomadaire : Part relative de l'activité concentrée sur le jour de la semaine le plus chargé

Indicateur 2. Part relative des patients de moins de 20 ans

Indicateur 3. Part relative des séjours 06C091, appendicectomies sans complications de niveau 1

Indicateur 4. Part relative des appendicectomies dans l'activité de chirurgie digestive

Indicateur 5. Taux d'explorations radiologiques préalables à l'intervention

Indicateur 6. Durée moyenne des séjours 06C091, appendicectomies sans complications de niveau 1

Indicateur 7. Taux d'évolution du nombre d'appendicectomies depuis 3 ans

Indicateur 7Bis. Taux d'évolution du nombre d'appendicectomies depuis 5 ans

Indicateur 8. Sex Ratio (H/F) des patients opérés par appendicectomie

Indicateur 8Bis. Sex Ratio (H/F) des patients de moins de 20 ans opérés par appendicectomie

Les deux indicateurs qui reposent sur les recommandations HAS sont 1/ la part relative des séjours d'appendicectomies sans complications de niveau 1 et 2/ le taux d'explorations radiologiques préalables à l'intervention.

Parmi les 69 établissements qui ont réalisé au moins 30 séjours d'appendicectomie au cours de l'année 2019, la part relative des séjours d'appendicectomies sans complications de niveau 1 variait, selon les établissements, de 9 à 85 %, et le taux d'explorations radiologiques préalables à l'intervention variait de 23 à 100 %.

Indicateurs d'atypies pour les établissements de la région Auvergne-Rhône-Alpes (Établissements recensant plus de 30 séjours par geste) - 2019

	Ind 1	Ind 2	Ind 3	Ind 4	Ind 5	Ind 6	Ind 7	Ind 7 Bis	Ind 8	Ind 8 Bis
Min	15,5%	7,3%	**8,5%**	5,0%	**22,7%**	0,4	-50,0%	-63,5%	0,62	0,36
1er Quartile	18,3%	26,0%	**44,3%**	12,8%	**85,8%**	1,4	-11,4%	-25,4%	1,03	0,93
Médiane	20,2%	38,5%	**53,8%**	18,5%	**90,1%**	1,8	0,5%	-12,4%	1,19	1,31
3ème Quartile	23,0%	44,2%	**63,9%**	21,5%	**94,6%**	2,2	12,9%	5,1%	1,42	1,55
Max	35,8%	100,0%	**85,4%**	41,7%	**100,0%**	3,4	56,7%	75,5%	1,82	4,33

I-2-3 Chirurgie bariatrique

Afin d'étudier l'atypie des établissements en relation avec ces interventions, six indicateurs ont été créés.

Indicateur 1. Part des 18-20 ans
Indicateur 2. Part des patients ayant un IMC 30-40, sans comorbidité et sans antécédent d'intervention depuis 2006
Indicateur 3. Part des patients n'ayant aucun suivi préopératoire depuis 12 mois
Indicateur 4. Part relative des interventions dans l'activité de chirurgie digestive hors chirurgie pariétale
Indicateur 5. Part du groupe d'intervention le plus fréquent
Indicateur 6. Part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pré-chirurgicale

Trois indicateurs reposent sur les recommandations de la HAS de 2009 et 2014 : parmi les 37 établissements qui ont réalisé au moins 30 séjours de chirurgie bariatrique au cours de l'année 2019 :

- la part des patients ayant un IMC 30-40, sans comorbidité et sans antécédent d'intervention, comprise selon les établissements entre 0 et 38 % ;

- la part des patients n'ayant aucun suivi préopératoire depuis 12 mois, comprise selon les établissements, entre 0 et 4 % ;

- la part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pré-chirurgicale, comprise selon les établissements, entre 1 et 52 %.

Indicateurs d'atypies (%) pour les établissements de la région Auvergne Rhône Alpes (Établissements recensant plus de 30 séjours par geste) - 2019

	Ind 1	Ind 2	Ind 3	Ind 4	Ind 5	Ind 6
Min	0,0	**0,0**	**0,0**	2,2	48,9	**1,1**
1er Quartile	0,0	**6,9**	**0,0**	5,2	55,5	**3,2**
Médiane	2,9	**13,0**	**0,0**	12,1	79,4	**6,3**
3ème Quartile	3,7	**21,6**	**1,0**	18,1	92,2	**9,4**
Max	6,3	**37,5**	**3,7**	54,9	97,3	**52,1**

I-2-4 Chirurgie du canal carpien

Afin d'étudier l'atypie des établissements en relation avec ces interventions, six indicateurs ont été créés.

Indicateur 1. Taux d'évolution du nombre d'intervention pour un SCC sur les 5 dernières années
Indicateur 2. Part relative des patients de 65 ans et plus opérés pour un SCC
Indicateur 3. Part relative des interventions pour SCC dans l'activité d'orthopédie
Indicateur 4. Part des patients ayant réalisé un EMG dans les 12 mois avant l'intervention
Indicateur 5. Part relative des patients avec infiltrations avant intervention (12 mois)
Indicateur 6. Part relative de patients avec attelles avant intervention (12 mois)

Trois indicateurs reposent sur les recommandations de la HAS de 2009 et 2014 : parmi les 37 établissements qui ont réalisé au moins 30 séjours de chirurgie du canal carpien au cours de l'année 2019 :

- la part des patients ayant réalisé un EMG dans les 12 mois avant l'intervention, comprise selon les établissements entre 67 et 96 % ;

- la part relative des patients avec infiltrations avant intervention (12 mois), comprise selon les établissements entre 0 et 19 % ;

- la part relative de patients avec attelles avant intervention (12 mois), comprise selon les établissements entre 13 et 82 %.

Indicateurs d'atypies (%) pour les établissements de la région Auvergne Rhône Alpes (Établissements recensant plus de 30 séjours par geste) - 2019

	Ind 1	Ind 2	Ind 3	Ind 4	Ind 5	Ind 6
Min	-64,4	22,5	1,3	**66,7**	**0,0**	**12,9**
1er Quartile	-5,2	32,7	3,8	**80,0**	**1,8**	**25,4**
Médiane	23,5	38,7	6,5	**85,2**	**3,8**	**29,2**
3ème Quartile	58,3	45,2	10,0	**88,8**	**5,9**	**36,4**
Max	533,3	61,2	32,6	**96,0**	**19,3**	**82,1**

I-2-5 Cholécystectomie

Afin d'étudier l'atypie des établissements en relation avec ces interventions, six indicateurs ont été créés.

Indicateur 1. Evolution du nombre de cholécystectomies sur 3 ans.
Indicateur 2. Evolution du nombre de cholécystectomies hors infection aiguë par rapport aux cholécystectomies avec infection aiguë, sur 3 ans
Indicateur 3. Part des cholécystectomies dans l'activité de chirurgie digestive
Indicateur 4. Part des cholécystectomies hors aiguës sans exploration de la VBP de niveau de sévérité 1 par rapport à tous les niveaux de sévérité
Indicateur 5. Part des sujets âgés de moins de 75 ans
Indicateur 6. Part des patients opérés d'une cholécystectomie ayant eu dans les 6 mois précédent une échographie abdominale

Les deux indicateurs qui reposent sur les recommandations HAS de 2013 sont

1/ l'évolution du nombre de cholécystectomies hors infection aiguë par rapport aux cholécystectomies avec infection aiguë, sur 3 ans et 2/ la part des patients opérés d'une cholécystectomie ayant eu dans les 6 mois précédent une échographie abdominale.

Parmi les 82 établissements qui ont réalisé au moins 30 séjours de cholecystectomie au cours de l'année 2019, l'évolution du nombre de cholécystectomies hors infection aiguë par rapport aux cholécystectomies avec infection aiguë, sur 3 ans variait, selon les établissements, de – 49 % à + 67 % et la part des patients opérés d'une cholécystectomie ayant eu dans les 6 mois précédent une échographie abdominale variait de 39 % à 89 %.

Indicateurs d'atypies (%) pour les établissements de la région Auvergne Rhône Alpes (Établissements recensant plus de 30 séjours par geste) - 2019

	Ind 1	Ind 2	Ind 3	Ind 4	Ind 5	Ind 6
Min	-35,7	**-48,8**	3,5	17,6	72,6	**38,5**
1er Quartile	-8,4	**-10,6**	11,2	62,7	84,7	**66,6**
Médiane	0,0	**0,0**	15,5	75,6	88,0	**73,7**
3ème Quartile	10,6	**8,6**	23,7	85,2	90,9	**81,9**
Max	73,0	**66,7**	39,3	100,0	100,0	**89,2**

I-2-6 Thyroïdectomie :

Afin d'étudier l'atypie des établissements en relation avec ces interventions, cinq indicateurs ont été créés.
Indicateur 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)
Indicateur 2. Part des patients opérés d'une thyroïdectomie pour cancer / tous les patients opérés d'une thyroïdectomie pour nodule (bénin ou malin)
Indicateur 3. Taux d'évolution du nombre d'interventions pour l'ensemble des thyroïdectomies (totales et partielles)
Indicateur 4. Part des patients ayant eu une échographie préopératoire thyroïdienne dans les 12 mois précédents
Indicateur 5. Part des hommes

Trois indicateurs reposent sur les recommandations de la Société Française d'Endocrinologie[7] traduites par la CNAMTS dans un référentiel de bonne pratique (en collaboration avec les Sociétés Française

d'Endocrinologies, d'Oto–Rhino-Laryngologie, l'Association Francophone de Chirurgie Endocrinienne, la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive, les Sociétés Françaises de Radiologie et d'Anesthésie-Réanimation) validé par la HAS : parmi les 24 établissements qui ont réalisé au moins 30 séjours de thyroïdectomie au cours de l'année 2019 :

- la part des patients opérés pour nodule thyroïdien non toxique ayant eu une cytoponction préopératoire ou une biopsie (dans les 12 mois précédents le geste), comprise selon les établissements entre 20 % et 69 % ;

- la part des patients opérés d'une thyroïdectomie pour cancer / tous les patients opérés d'une thyroïdectomie pour nodule (bénin ou malin), comprise selon les établissements entre 12 % et 54 % ;

- la part des patients ayant eu une échographie préopératoire thyroïdienne dans les 12 mois précédent, comprise selon les établissements entre 57 % et 91 %.

Indicateurs d'atypies (%) pour les établissements de la région Auvergne Rhône Alpes (Établissements recensant plus de 30 séjours par geste) – 2019

	Ind 1	Ind 2	Ind 3	Ind 4	Ind 5
Min	**20,3**	**12,1**	-44,4	**56,5**	10,9
1er Quartile	**48,1**	**18,4**	-22,8	**74,2**	21,1
Médiane	**55,8**	**24,4**	-12,0	**79,9**	25,5
3ème Quartile	**64,2**	**37,4**	5,8	**85,7**	28,4
Max	**68,6**	**54,3**	126,9	**91,4**	37,7

I - 3 LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

I-3 -1 Tous actes chirurgicaux confondus

Le périmètre* retenu est celui de l'instruction DGOS du 28 septembre 2015 (les GHM chirurgicaux en C hors CMD 14 et 15 et PIE + 7 racines K et Z), après exclusion des actes non classant et des IVG médicamenteuses.

Tableau. Nombre total de séjours potentiellement convertibles par département en Auvergne-Rhône-Alpes en 2019 (pour les établissements recensant 30 séjours ou plus)

	Nombre d'établissements	Nombre de séjours potentiels	Taux de Chirurgie Ambulatoire	Q1 (25 %)	Médiane	Q3 (75 %)
Ain	6	6 443	60.6%	52.2%	62.3%	65.4%
Allier	6	8 986	53.4%	38.4%	49.8%	60.6%
Ardèche	5	5 559	60.4%	42.6%	61.5%	65.2%
Cantal	3	3 522	47.9%	37.2%	37.4%	46.9%
Drôme	7	8 083	62.9%	45.5%	63.4%	85.8%
Isère	12	22 836	57.8%	46.1%	61.8%	73.2%
Loire	10	18 581	57.5%	57.5%	60.0%	65.1%
Haute-Loire	3	3 181	54.0%	51.7%	53.4%	54.5%
Puy-de-Dôme	9	18 671	54.6%	35.7%	50.7%	64.3%
Rhône	27	45 150	58.7%	50.7%	63.0%	72.7%
Savoie	7	11 224	55.6%	42.4%	46.7%	62.7%
Haute-Savoie	8	17 707	56.8%	48.5%	53.6%	60.4%
AuRA	**103**	**169 943**	**57.5%**	**44.5%**	**58.9%**	**69.4%**

Source : Scan Santé - VisuChir / PMSI 2019

**Les endoscopies sont par définition exclues du périmètre car ce sont des séjours médicaux, même s'ils passent au niveau du bloc opératoire) et les actes d'urgence sont dans le périmètre (mais non identifiés en tant que tel, sauf libellé CCAM spécifique).*

Les séjours potentiellement convertibles ont été déterminés en appliquant à chaque établissement le taux de chirurgie ambulatoire atteint par 20 % des établissements les plus performants

I-3-2 Par geste chirurgical (55 gestes marqueurs)

Tableau. Nombre de séjours, taux de séjours en chirurgie ambulatoire (CA) et séjours potentiellement convertibles par geste en Auvergne-Rhône-Alpes en 2019 (pour les établissements recensant 30 séjours ou plus)

	Nombre de séjours AuRA	Taux de séjours CA	Nombre de séjours potentiellement convertibles	Taux de séjours potentiellement convertibles
Avulsion dentaire	46 609	96.5%	1 243	2.7%
Chirurgie du cristallin	43 375	93.4%	2 420	5.6%
Chirurgie de l'utérus	27 459	86.5%	803	2.9%
Chirurgie du canal carpien et autres	21 739	95.0%	787	3.6%
Arthroscopies du genou hors ligame	16 541	89.0%	1 218	7.4%
Accès vasculaire	15 717	67.9%	614	3.9%
Chirurgie des hernies inguinales	14 596	70.5%	2 946	20.2%
Cholécystectomie	10 686	58.3%	2 844	26.6%
Réparation de perte de substance en	9 916	74.6%	1 255	12.7%
Chirurgie de la main	9 470	94.2%	421	4.4%
Chirurgie des varices	9 122	90.6%	703	7.7%
Prélèvement d'ovocyte	8 751	99.6%	25	0.3%
Exérèse de lésions sous-cutanées	7 420	84.3%	727	9.8%
Geste sur l'uretère	7 100	47.9%	2 214	31.2%
Adénoïdectomies	6 912	97.8%	125	1.8%
Chirurgie des hernies abdominales	6 485	56.4%	1 555	24.0%
Réparation de perte de substance de	5 742	86.1%	552	9.6%
Chirurgie du nez	5 220	77.8%	947	18.1%
Exérèse de lésions cutanées	4 932	86.1%	444	9.0%
Chirurgie du col utérin, vulve, vagin	4 470	94.6%	198	4.4%
LEC	4 423	94.6%	55	1.2%
Chirurgie de l'épaule	3 854	34.6%	1 939	50.3%
Chirurgie anale	3 129	64.5%	714	22.8%
Chirurgie de la main pour réparatioi	3 093	96.4%	88	2.9%
Chirurgie des bourses	2 807	88.8%	225	8.0%
Chirurgie des sinus	2 721	67.4%	707	26.0%
Interruption tubaire	2 428	88.7%	222	9.2%
Chirurgie des maxillaires	2 339	86.1%	221	9.4%
Chirurgie de la main pour maladie d	2 007	94.6%	86	4.3%
Chirurgie du poignet	1 721	85.0%	184	10.7%
Fermeture de fistule buccale	1 516	94.9%	57	3.7%
Vitrectomie avec pelage de membran	1 494	65.0%	432	28.9%
Angioplasties du membre supérieur	1 483	74.3%	193	13.0%
Chirurgie du pied	1 461	86.7%	143	9.8%
Fistules artérioveineuses	1 306	47.5%	394	30.1%
Exérèse de kystes synoviaux	1 213	98.7%	13	1.1%
Chirurgie de l'avant pied	1 095	66.7%	287	26.2%
Chirurgie pour strabisme	992	96.7%	27	2.7%
Chirurgie du sein/tumorectomie	550	76.0%	73	13.3%
Vitrectomie postérieure isolée	543	43.8%	192	35.4%
Chirurgie de la conjonctive (ptérygio	495	94.5%	19	3.9%
Chirurgie du tympan	447	84.3%	59	13.1%
Chirurgie des hernies de l'enfant	407	82.1%	56	13.8%
Geste sur l'urètre	385	73.2%	78	20.2%
Chirurgie du glaucome	354	89.0%	26	7.3%
Chirurgie du trou maculaire	220	48.6%	93	42.0%
Geste secondaire sur lambeau	177	61.0%	31	17.7%
Chirurgie des bourses de l'enfant	168	87.5%	13	8.0%
Geste sur la vessie	154	38.3%	39	25.0%
Arthroscopie de la cheville	53	92.5%	3	5.3%
Total 55 gestes	**325 297**	**84.9%**	**28 710**	**8.8%**

Source : PMSI 2019, Méthode d'estimation du potentiel de développement en chirurgie ambulatoire définie par le rapport Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France, IGAS n°2014-039R.

L'estimation du potentiel de développement de chirurgie ambulatoire pour chacun des 55 gestes marqueurs correspond au potentiel défini selon le rapport IGAS n°2014-039R.

Potentiel en Chirurgie Ambulatoire* :

	Niv. 1					Niv. 2			Niv. 3		Niv. 4
Durée de séjour	1	2	3	4	> 4	3	4	> 4	4	> 4	> 4
Taux de transférabilité	90%	80%	30%	20%	10%	20%	10%	5%	0%	0%	0%

*Les niveaux de sévérité (niveau 1 < niveau2 < niveau 3< niveau4) sont en lien avec l'importance des comorbidités présentées par les patients.

Tableau. Nombre d'établissements et statistiques relatives aux taux de chirurgie ambulatoire en Auvergne- Rhône-Alpes en 2019 par geste (pour les établissements recensant 30 séjours ou plus)

GESTES	Nombre d'établissements	Taux de chirurgie ambulatoire		
		Q1 (25 %)	Médiane (50 %)	Q3 (75 %)
Accès vasculaire	70	57.6%	70.4%	77.6%
Adénoïdectomies	50	97.6%	99.1%	100.0%
Angioplasties du membre supérieur	15	53.1%	71.1%	80.5%
Arthroscopie de la cheville	1	92.5%	92.5%	92.5%
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	74	82.6%	89.5%	93.6%
Avulsion dentaire	70	96.1%	97.4%	98.6%
Chirurgie anale	41	53.8%	69.2%	80.6%
Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)	9	91.8%	96.0%	97.2%
Chirurgie de la main	38	91.1%	95.5%	97.4%
Chirurgie de la main pour maladie de Dupuytren	24	93.8%	96.2%	99.2%
Chirurgie de la main pour réparation des ligaments et tendons	31	95.8%	96.9%	98.9%
Chirurgie de l'avant pied	23	44.4%	81.0%	86.4%
Chirurgie de l'épaule	31	3.8%	27.5%	45.8%
Chirurgie de l'utérus	74	82.9%	86.4%	89.9%
Chirurgie des bourses	41	83.3%	90.0%	95.8%
Chirurgie des bourses de l'enfant	3	79.2%	96.9%	100.0%
Chirurgie des hernies abdominales	68	45.9%	56.7%	64.0%
Chirurgie des hernies de l'enfant	7	73.8%	90.7%	91.7%
Chirurgie des hernies inguinales	79	60.0%	70.4%	75.3%
Chirurgie des maxillaires	26	80.5%	88.2%	92.5%
Chirurgie des sinus	31	54.5%	67.6%	81.6%
Chirurgie des varices	58	85.2%	90.2%	94.0%
Chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)	72	92.3%	94.9%	97.2%
Chirurgie du col utérin, vulve, vagin	54	93.0%	94.7%	97.4%
Chirurgie du cristallin	80	90.1%	95.2%	99.0%
Chirurgie du glaucome	4	75.7%	90.6%	97.2%
Chirurgie du nez	47	68.1%	77.2%	86.5%
Chirurgie du pied	18	80.6%	87.1%	92.6%
Chirurgie du poignet	19	78.3%	89.3%	92.4%
Chirurgie du sein/tumorectomie	8	68.1%	81.4%	90.6%
Chirurgie du trou maculaire	4	28.5%	63.7%	77.3%
Chirurgie du tympan	6	80.6%	86.4%	89.7%
Chirurgie pour strabisme	11	90.9%	96.6%	98.2%
Cholécystectomie	77	46.4%	57.5%	67.1%
Exérèse de kystes synoviaux	19	97.1%	98.6%	100.0%
Exérèse de lésions cutanées	46	84.2%	91.0%	96.0%
Exérèse de lésions sous-cutanées	63	78.4%	87.3%	92.5%
Fermeture de fistule buccale	10	87.5%	95.6%	98.2%
Fistules artérioveineuses	19	44.7%	50.6%	59.2%
Geste secondaire sur lambeau	3	43.8%	66.7%	72.5%
Geste sur la vessie	4	14.7%	45.7%	70.6%
Geste sur l'uretère	54	38.1%	46.2%	57.4%
Geste sur l'urètre	7	63.3%	78.5%	86.8%
Interruption tubaire	39	84.7%	89.7%	94.2%
LEC	30	91.8%	94.9%	97.4%
Prélèvement d'ovocyte	12	99.5%	99.6%	99.8%
Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique	53	83.1%	89.5%	95.2%
Réparation de perte de substance en dehors de l'extrémité céph	50	60.9%	74.4%	89.0%
Vitrectomie avec pelage de membrane	14	46.2%	68.5%	83.0%
Vitrectomie postérieure isolée	6	17.4%	38.0%	59.6%

I-3-3 L'orientation en SSR après une chirurgie orthopédique

La rationalisation du transfert des patients après une chirurgie orthopédique vers une prise en charge en SSR est un des moyens d'amélioration de la pertinence des parcours.

Nombre de séjours et taux d'orientation en SSR en 2018 pour les établissements de santé recensant 30 séjours ou plus

	Nombre de séjours AuRA	Taux orientation SSR
Coiffes rotateurs	7 253	10,7%
Fracture trochanter	6 381	60,3%
LCA genou	8 199	6,9%
Pt hanche hors traumatiq.	15 494	30,5%
Pt hanche traumatiq.	4 547	62,0%
Pt du genou	14 452	54,9%

Source CNAMTS

Selon les établissements il existe une importante variation dans les taux d'orientation des patients en SSR :

- 0 à 38 % des patients pour la chirurgie de la coiffe des rotateurs ;
- 15 à 77 % des patients pour la fracture du trochanter ;
- 0 à 63 % des patients pour la chirurgie du ligament croisé antérieur du genou ;
- 16 à 93 % pour la prothèse totale de genou ;
- 2 à 75 % pour la prothèse totale de hanche hors traumatisme ;
- 20 à 89 % pour la prothèse totale de hanche dans un contexte traumatique.

Statistiques relatives aux taux d'orientation en SSR en 2018 pour les établissements de santé recensant 30 séjours ou plus

		AuRA		
	Nombre d'étab.	Min (en %)	Médiane (en %)	Max (en %)
Coiffes rotateurs	43	0,0	10,4	37,9
Fracture trochanter	58	15,5	60,5	77,3
LCA genou	41	0,0	5,5	62,5
Pt hanche hors traumatiq.	82	2,2	32,2	75,5
Pt hanche traumatiq.	54	20,0	61,8	89,5
Pt du genou	73	15,7	60,2	93,1

Source CNAMTS

I-3-4 Le parcours insuffisance cardiaque

En région Auvergne Rhône Alpes, les données 2019 issues du SNDS mettent en évidence les points suivants pour le parcours de soins dans l'insuffisance cardiaque :

- 17 749 patients insuffisants cardiaques hospitalisés (avec au moins 1 séjour index IC en 2019)
  - Population âgée en moyenne de 82 ans ; l'entrée se fait via les urgences dans 73 % des cas
  - La durée moyenne du séjour est de 11 jours.
  - Une comorbidité est présente pour 74 % d'entre eux.

- Le taux de mortalité à 6 mois est important : 23 % (8 % en intra hospitalier, 15 % en extra hospitalier)

- Le taux de réhospitalisation est également important : 22 % (7,5 % dans le 1er mois et 12,5 % à 2 mois.)

- Le suivi médical des patients IC au retour à domicile après le séjour index n'est pas conforme aux recommandations (référentiels CNP et HAS) :

  - Seuls 52 % des patients sont vus par le médecin généraliste dans les 14 jours (délai médian 13 jours)
  - 37 % des patients sont vus par le cardiologue dans les 2 mois (délai médian de 44 jours)
  - 67 % ont un suivi infirmier dans les 8 jours, mais 20 % des patients n'ont pas de suivi infirmier.

Suivi des insuffisants cardiaques après séjour pour décompensation :

	Suivi MG Dans les 14j	Suivi cardio Dans les 2 mois	Suivi infirmier Dans les 8 jours	Réhospitalisation à 6 mois	Décès à 6 mois
Ain	47%	35%	65%	22%	25%
Allier	50%	36%	62%	24%	24%
Ardèche	48%	38%	65%	18%	25%
Cantal	59%	29%	62%	25%	25%
Drome	60%	37%	70%	21%	26%
Isère	57%	39%	71%	23%	24%
Loire	45%	37%	69%	20%	19%
Haute Loire	53%	26%	77%	21%	22%
Puy Dôme	62%	33%	70%	19%	25%
Rhône	46%	40%	66%	23%	22%
Savoie	51%	34%	65%	22%	23%
Haute Savoie	50%	46%	63%	21%	26%
Région	**52%**	**37%**	**67%**	**22%**	**23%**

- Le dernier contact médical avant ré-hospitalisation est de :

  - 9 jours pour le dernier contact avec le médecin généraliste
  - 25 jours pour le dernier contact avec le cardiologue.
  - 25 % ont vu le médecin généraliste le jour même, et 21 % le cardiologue le jour même.

À noter que près de 18 % des patients n'ont eu aucun contact médical avant la ré-hospitalisation.

- Les patients insuffisants cardiaques stables ont un suivi cardiologique régulier pour 56 % d'entre eux. Ce taux de recours au cardiologue varie de 45 % dans le Cantal à 61 % en Isère.
  Pour les patients suivis, on note en moyenne 2.2 actes chez le cardiologue par an.

On note également des disparités territoriales dans l'offre de soins

- L'offre de soins libérale varie beaucoup d'un département à l'autre :
  - la densité de MG libéraux varie de 60.1 (Ain) à 104 pour 100 000 habitants (Savoie) ;
  - la densité de cardiologues libéraux varie de 2.2 (Haute Loire) à 8.2 pour 100 000 habitants (Puy de Dôme)
  - la densité d'infirmier(e)s libéraux varie de 76.7 (Savoie) à 202 pour 100 000 habitants (Drôme)

- des disparités territoriales dans l'offre de SSR de cardiologie

20 SSR de cardiologie sont recensés en région : 5 dans le Rhône, 3 en Isère et Haute Savoie, 2 en Ardèche Drôme et Loire, 1 dans l'Ain

I-3-5 Le parcours ostéoporose fracturaire

En région Auvergne Rhône Alpes, les données 2017 issues du SNDS mettent en évidence les points suivants pour le parcours de soins dans l'ostéoporose fracturaire :

- Le nombre de séjours pour fracture de fragilité osseuse en Aura progresse entre 2017 à 2019 (+ 11,4 % soit de 31 080 à 40 649 séjours).

- 72% des séjours concernaient des femmes
  70% des séjours concernaient des patientes âgées de plus de 70 ans

- Sur l'année qui suit le séjour pour fractures liées à une fragilité osseuse, seuls 7,4% des patients auront eu une ostéodensitométrie.

Taux de patients ayant réalisé une DMO après hospitalisation pour fractures liées à une fragilité osseuse :

	Moyenne	Minimum	Maximum
A 6 mois	7,4%	3,7% (Allier)	11,5% (Loire)

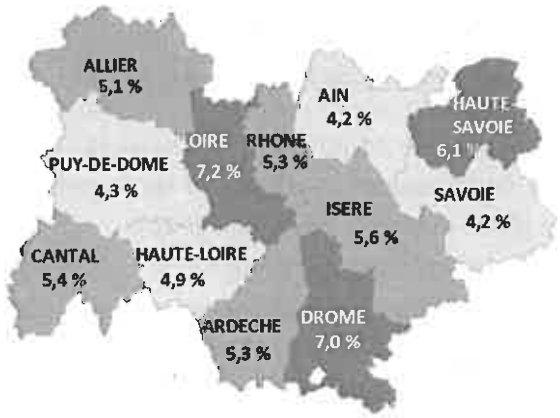
Source : PMSI DCIR 2016 et 2017 – tous régimes

- Après le séjour pour fracture ostéoporotique :

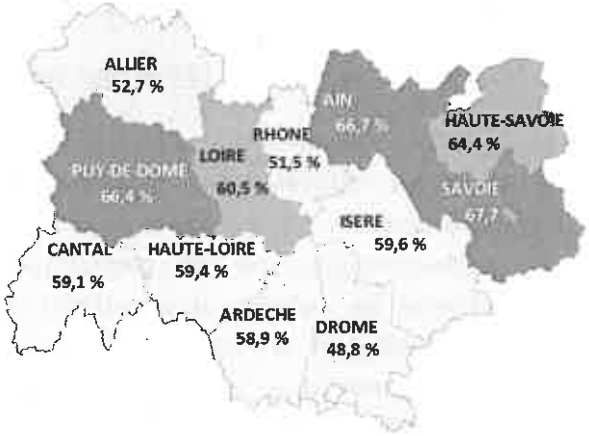
  - Seuls 5,5 % des patients sont sous traitement anti-ostéoporotique curatif (en excluant calcium et vitamine D).
    58.6% sont toujours traités entre 9 et 12 mois.

Taux de patients sous traitement (hors vitamine D et Calcium) après une première hospitalisation pour fragilité osseuse :

*Taux de patients sous traitement **à 3 mois***



*Taux de patients sous traitement **entre 9 et 12 mois** parmi ceux ayant été sous traitement à 3 mois*



- 4.7 % des patients sont ré hospitalisés pour une nouvelle fracture dans l'année qui suit le premier séjour pour fragilité osseuse
- 9.1 % des patients décèdent dans les 6 mois suivant la première hospitalisation pour fragilité osseuse

II - LES DOMAINES D'ACTIONS PRIORITAIRES ET LE PLAN D'ACTION

II-1- La gradation des moyens d'action :

A partir des éléments de diagnostic présentés, le plan d'action est axé sur la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions.

Des actions graduées sont à envisager au sein de groupes de travail régionaux :

- la communication d'informations détaillées notamment via la publication du présent plan d'action. Dans un second temps, une communication ciblée à l'intention des établissements priorisés car identifiés comme particulièrement générateurs d'atypie doit permettre à ces structures de s'interroger sur leurs pratiques.

- l'accompagnement des équipes dans les établissements de santé et dans le secteur de l'ambulatoire ;

- la contractualisation tripartite entre certains établissements de santé, ARS et Caisse primaire d'Assurance Maladie dans le cadre du CAQES 2019-2021 :
  Les établissements dont les pratiques auront été identifiées comme atypiques en termes de parcours de soins pourront se fixer des objectifs qualitatifs et quantitatifs d'amélioration de la pertinence.

  Une nouvelle contractualisation sera réalisée selon les modalités du nouveau CAQES (2022-2024) qui entrera en vigueur au 1er janvier 2022 ; les priorisations de contractualisation seront ajustées en conséquence.

- une poursuite et une extension des actions engagées sur les parcours de soins notamment auprès des structures d'exercice coordonné.

II-2- La pertinence des actes chirurgicaux

II-2-1- Les activités caractérisées par un taux de recours remarquable : Fiche Action en Annexe 3

Les « taux extrêmes (très élevés ou très faibles) interrogent et poussent à étudier les territoires concernés » (premier atlas national des variations des pratiques médicales né de la collaboration entre membres d'un groupe technique national et IRDES publié en novembre 2016).
Les données issues du PMSI permettent un ciblage des établissements de santé « atypiques » en analysant les variations des pratiques interdépartementales non expliquées par des indicateurs démographiques ou épidémiologiques ou par d'autres facteurs liés à l'organisation de l'offre de soins (plateaux techniques, filières territoriales). Cette phase pourra faire l'objet d'une analyse au sein des groupes de travail régionaux correspondants.

II-2-2 La chirurgie ambulatoire : Fiche Action en Annexe 4

II-2-3 Les actes chirurgicaux avec indicateurs d'atypie

Les indicateurs par établissement mis à disposition par la CNAMTS, issus des bases de données PMSI et SNDS, sont soit des indicateurs quantitatifs (évolution du volume d'activité, durée moyenne de séjours...) soit des indicateurs construits à partir des recommandations HAS (ou SFAR pour les examens pré anesthésiques) et permettent le calcul d'un score global d'atypie (cf. Annexes 1 et 2).

A partir des données 2019, certains établissements peuvent être considérés comme atypiques car ils appartiennent aux 25 % des établissements les plus atypiques pour les indicateurs construits à partir des recommandations HAS ou SFAR.
Le critère de sur recours départemental 2018 de 10 % ou plus pourra également être pris en considération.

Divers leviers d'action pourront être mobilisés : Sensibilisation-communication / accompagnement / contractualisation / mise sous accord préalable

II-2-4 La pertinence des césariennes et des appendicectomies

Deux thématiques déjà intégrées dans le PAPRAPS 2016-2019 et dont la mise en œuvre a fait l'objet d'une contractualisation dans le cadre d'un volet optionnel pertinence du CAQES.

- La pertinence des césariennes programmées à terme sans facteur de risque associé

L'accouchement par césarienne augmente le risque de complications graves (principalement hémorragiques) par rapport à l'accouchement par voie basse ; cette pratique fait partie des actes médicaux dont la pertinence est parfois questionnée.

En France, le taux de césarienne est passé de 11 % en 1981 à environ 20 % en 2010 et reste stable depuis, ce qui suggère « une attitude générale tendant à limiter la réalisation de cette intervention ». Cela s'explique entre autres par le fait qu'une césarienne est moins souvent réalisée en 2016 qu'en 2010 chez une femme ayant un antécédent de césarienne, conformément aux recommandations professionnelles de 2012 (RFAS 2019).

Après analyse par l'ARS des données régionales des taux de recours de césariennes programmées à terme sans facteur de risque (ratio standardisé de recours de l'établissement comparé à la valeur moyenne nationale), six établissements présentant le pourcentage le plus élevé dans la région dans la période d'analyse des données statistiques se sont vu proposer lors de la signature des CAQES en 2017, un volet pertinence pour une durée de 3 ans : de 2018 à 2020.

À la demande de l'ARS ARA, un protocole d'étude portant sur la pertinence des césariennes programmées à terme a été conçu par les équipes de coordination des cinq réseaux de périnatalité de la région Auvergne Rhône Alpes, aboutissant à l'élaboration d'un projet qui a fait l'objet de la contractualisation, impliquant une autoévaluation par les services et les professionnels concernés de la pertinence des césariennes programmées, par rapport à un référentiel, sur des critères d'inclusion (patientes sans utérus cicatriciel, ayant une césarienne programmée réalisée à terme ≥ 37 SA) et des critères d'exclusion (utérus cicatriciel, césarienne réalisée avant 37 SA, ou en urgence c'est-à-dire dont l'indication a été posée < 48h, ou pour les indications suivantes : placenta ou obstacles prævia).
L'objectif étant d'évaluer la pertinence des césariennes programmées à terme sans facteur de risque associé, sont exclus les actes réalisés dans une notion d'urgence ou ayant fait l'objet d'une déclaration de facteurs de risques lors de l'hospitalisation par les équipes de soins dans le PMSI et justifiant la réalisation de la césarienne.

L'analyse de la pertinence a été réalisée dans chaque maternité par les équipes concernées à l'aide d'une grille reprenant des éléments du dossier médical de la patiente (dossier papier et/ou informatisé et/ou le compte rendu opératoire et/ou le dossier d'anesthésie et/ou les courriers). Le référentiel utilisé est celui de l'HAS de 2012. La grille comporte huit critères, les réponses sont sous le format « oui/non/non adapté » et des commentaires sont possibles.

Les données recueillies par semestre (2018, 2019 et 2020) par chaque établissement devaient être transmises à l'ARS.
Pour mémoire, les contrats signés ne prévoyaient ni intéressement ni sanction, quels que soit les résultats et quel que soit le volume de transmission.

L'évaluation des données communiquées a permis de dégager un certain nombre d'informations.

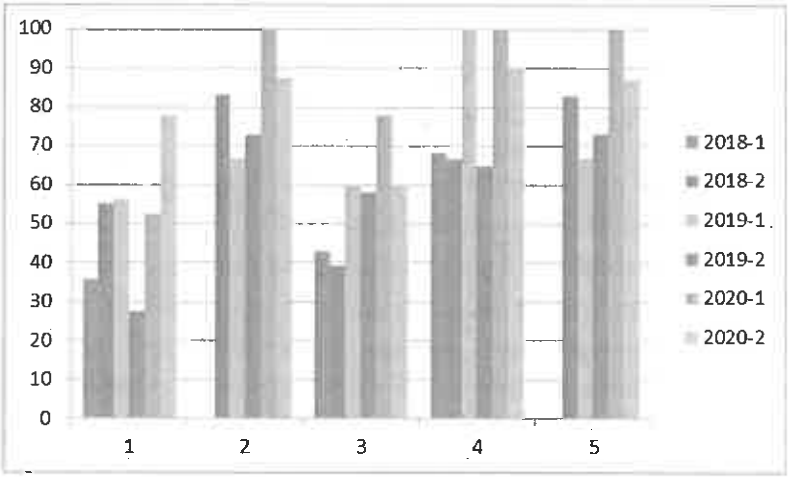
Parmi les 6 maternités ayant signé le CAQES, 3 maternités ont réalisé l'exhaustivité de leur analyse de pertinence (sur 6 semestres au titre de 2018-2019 et 2020), 2 maternités ont travaillé sur 5 semestres (pour cause de démarrage qu'au second semestre 2018) et une maternité n'a transmis, dans les délais impartis, aucune analyse pour les trois années de la contractualisation.

Le nombre de dossiers analysés semestriellement dépend du nombre d'accouchement de la maternité, la médiane était à 12 dossiers par semestre [min 5-max 29].

Analyse des données relatives au critère 1 :
« *L'indication de césarienne est clairement indiquée dans le dossier* » est vérifié dans plus de 90% des cas dans 4 maternités sur 5.
Cet indicateur est stable dans le temps

Analyse des données relatives au critère 2 : « *L'indication de césarienne est pertinente selon les critères de la HAS* »
Il est constaté une tendance globale à l'amélioration pour les 5 maternités, mais cette dynamique positive ne se maintient pas sur le dernier semestre 2020.

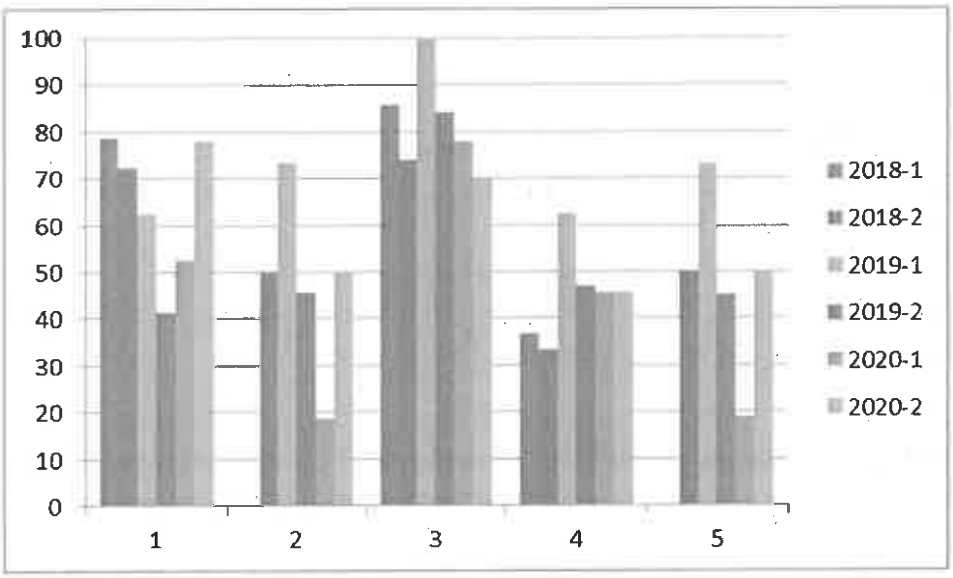
Figure 1 % de réponse « oui » au critère 2 par maternité



Analyse des données relatives au critère 3 : « *Le terme de la césarienne est adéquat à la situation clinique* » est à 100% dans 75% des semestres d'analyse des 5 maternités.

Analyse des données relatives au critère 4 : « *l'information bénéfice/risque est tracée dans le dossier* »
Avec seulement un pourcentage de remplissage de ce critère de 58%, les résultats ne sont pas satisfaisants. De plus, il n'est constaté aucune amélioration dans le temps.

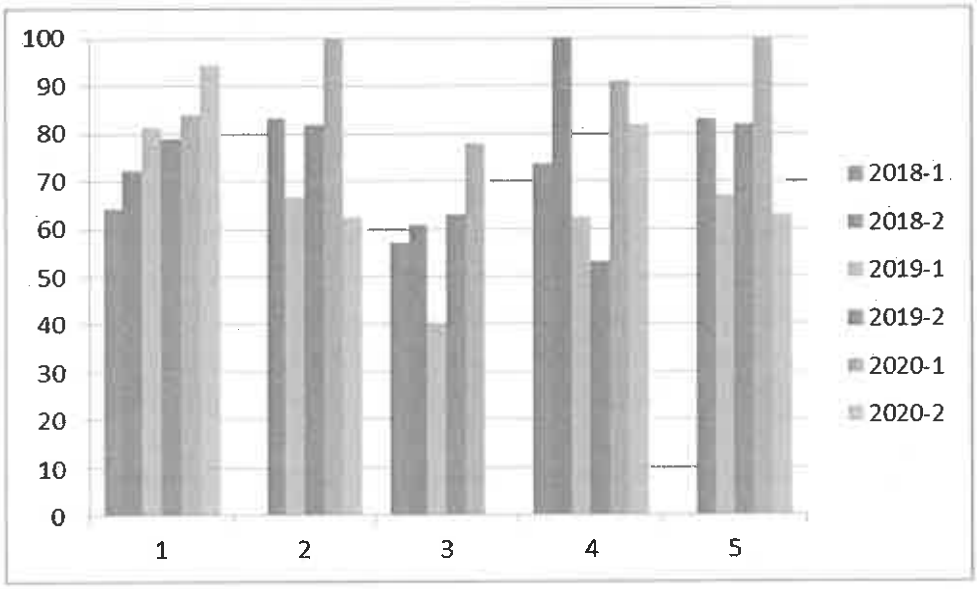
Figure 2 % de réponse « oui » au critère 4 par maternité



Analyse des données relatives au critère 5 : « *Le compte rendu opératoire précise l'indication et le terme* ».

On observe une grande variabilité des résultats. Une seule maternité a clairement progressé sur ce critère. Une maternité a signalé à de multiples reprises en 2020, l'absence récurrente de comptes rendus opératoires du fait d'un praticien.
À noter que le critère comportait 2 items à remplir : l'indication et le terme. Il s'avère que beaucoup de dossiers comportent bien l'indication mais pas le terme.

Figure 3 % de réponse « oui » au critère 5 par maternité



Analyse des données relatives au critère 6 « *Une analyse collégiale est réalisée a priori (dossier présenté au staff avant la césarienne)* ».
Les résultats sur ce critère s'avèrent nettement insuffisants : 2 maternités ne réalisent jamais d'analyse a priori ; une maternité qui les réalisaient à 100% en 2018 a baissé progressivement jusqu'à 30% en 2020, et une maternité signale que les staffs n'ont plus lieu en 2020 en raison de la crise sanitaire.

Analyse des données relatives au critère 7 « *Césarienne pour convenance maternelle* »

L'analyse de ce critère s'est avérée irréalisable car la réponse à cette question est « *non adaptée* » pour de nombreux dossiers. La teneur des réponses suggère que la définition (et compréhension) de ce critère diffère entre les maternités.
Par exemple, une césarienne pour siège suite au choix éclairé de la mère est considérée par certains établissements comme relevant de la convenance maternelle alors que pour d'autres structures, cela est considéré comme conforme aux recommandations HAS.

Analyse des données relatives au critère 8 : « *Césarienne par choix médical interne au service* »
Ce critère a été mal compris et 3 établissements sur 5 ont répondu systématiquement « *non adapté* ».

Enfin un seul établissement a transmis une analyse des résultats par le référent qualité de l'établissement et fait la démonstration que cette analyse a été partagée avec les professionnels chaque semestre et accompagnée d'un plan d'action.

Pour conclure :

Malgré le travail réalisé par les maternités pendant 3 ans, on n'observe pas de progression de la pertinence sur les différents critères.
Il est constaté en particulier que :

- La traçabilité des discussions bénéfice/risque et des indications de césarienne est insuffisante;
- L'indication opératoire dans le CRO ne sont pas toujours renseignée;
- Concernant certains établissements, l'analyse collégiale des dossiers a priori en staff n'est toujours pas effectuée.

Parmi les diverses hypothèses permettant d'expliquer ces résultats, il émerge les éléments suivants:

- Bien que la démarche ne soit pas à l'initiative des établissements, elle a été menée de façon concertée. Toutefois, la motivation intrinsèque qui aurait permis de s'emparer du sujet a été partielle. Comme indiqué supra, les analyses n'ont pas été suivies par la mise en œuvre de plans d'actions. Cette carence peut expliquer l'absence d'amélioration dans le temps ;
- la proposition d'un accompagnement des maternités par les réseaux périnataux dans la conduite de cette démarche aurait pu permettre d'impulser et entretenir une dynamique volontariste ;
- L'absence de valorisation financière a potentiellement contribué aux constats.

Il est à noter qu'en l'absence de sanction, un établissement s'est affranchi du respect du contrat, notamment de son calendrier et des délais de transmission.
Dans l'hypothèse de la réitération d'une action de ce type sur ce sujet, l'ensemble de ces constats devront être pris en considération.

Dans le cadre de la finalisation de ce projet, une restitution de l'analyse des données, nominative individuelle, sera effectuée auprès de chaque établissement.

➢ La pertinence de l'activité d'appendicectomie

Les actes d'appendicectomie ont précédemment été inscrits dans les domaines d'actions prioritaires du PAPRAPS sur la base des données statistiques du ratio standardisé sur âge et sexe du taux de recours à l'appendicectomie pour les patients domiciliés dans le territoire / taux de recours national.
Pour mémoire, une méthodologie et des actions avaient été initialement envisagées en 2016. Toutefois afin de ne pas interférer avec l'enquête prospective nationale multicentrique sur l'appendicite aiguë de l'enfant et de l'adulte, initiée en mars 2020 sous l'égide de l'Association Française de Chirurgie (AFC) 16, le calendrier a été différé.

En 2017, le taux régional de recours aux soins étant toujours supérieur à la moyenne nationale (indice national 1,17 en Rhône Alpes et 1,10 en Auvergne avec des variations importantes au sein de la région) une démarche d'auto-évaluation a été programmée dans les territoires avec un taux de recours supérieur de 20% à la moyenne nationale.
Elle concerne le ou les établissements contribuant le plus à ce sur recours dans le territoire. La notion de territoire retenue est la zone de soins de proximité ; cela concernait 20 territoires sur 65 en 2017 pour la région ARA.
Dans ce périmètre, les établissements contribuant de manière importante au recours à l'appendicectomie ont été identifiés selon les critères suivants :

- le nombre d'appendicectomies réalisées par l'établissement en 2017 : à minima 50 ;
- le nombre d'appendicectomies, réalisées par l'établissement, pour des patients domiciliés dans le territoire / nombre d'appendicectomies pour des patients domiciliés dans le territoire (quel que soit l'établissement) : au moins 25% ;
- le nombre d'appendicectomies, réalisées par l'établissement, pour des patients domiciliés dans le territoire / nombre d'appendicectomies réalisées dans l'établissement (quel que soit le domicile des patients) : au moins 50%.

Dans ce contexte, un volet additionnel pertinence « appendicectomie » au CAQES a été signé avec effet au 1er janvier 2019 avec les établissements concernés, pour une durée de deux ans, sans dispositif d'intéressement ou de sanction.
Il a été demandé aux seize établissements ciblés d'analyser tous les dossiers d'appendicectomie sur une période de recueil de trois mois (1er semestre 2019), l'auto-évaluation a priori étant réalisée de manière collégiale par les différents chirurgiens viscéraux concernés et éventuellement les autres spécialistes associés (anesthésiste, urgentiste ou radiologue).

L'étude a été réalisée à partir de deux grilles :
- une grille pour les adultes et les adolescents après la puberté ;
- une grille pour les enfants avant la puberté.
L'arbre décisionnel pour l'appendicectomie adulte et enfant a été établi par un groupe d'experts dans le respect des recommandations de la HAS.
L'évaluation de la pertinence a été faite en pré-opératoire selon des critères cliniques, biologiques, et d'imagerie, puis en post-opératoire à partir des données des compte rendus opératoires et anatomopathologiques.

297 questionnaires complétés ont été recueillis au sein de treize établissements. Le nombre de dossiers de cette étude peut paraître faible mais il s'avère non négligeable en prospectif (comparativement, en 2017, l'étude de l'Association française de Chirurgie (AFC) avait recueilli 2266 dossiers dans 83 établissements).

Dans chaque établissement, une revue de l'exhaustivité des dossiers avec une analyse collégiale et une synthèse des résultats, avec le cas échéant des propositions d'actions correctrices, lors d'un staff dédié en fin d'étude, a permis un "reporting" de l'autoévaluation par les équipes chirurgicales.
L'ensemble des dossiers associé à une synthèse brève de l'appréciation des résultats de leur auto-évaluation par les services concernés a été adressé à l'ARS ARA et à l'AM.

Les points clés de cette enquête :

- La douleur est toujours au premier plan dans l'élaboration du diagnostic ;
- Concernant la triade clinique à la base de l'orientation thérapeutique, elle est incomplète dans 50% des cas :
  - température > = 37,8° : 28,1 %
  - nausées ou troubles transit : 42,1 %
  - douleur en fosse iliaque droite : 90,9 %
- Il est à noter une absence d'imagerie dans 5,5 % des cas versus 2 % dans l'enquête nationale AFC.
  Cela interroge sur l'accessibilité aux services de radiologie en urgence et la possibilité de réaliser des scanners « low doses » sur des appareils dédiés aux urgences en nombre insuffisant;
- Les personnes âgées et obèses ont plus souvent des TDM et les enfants des échographies, dans des proportions similaires à l'enquête AFC.
  Ce recours important au scanner chez les patients obèses et âgés correspond à un bon respect des référentiels ;
- L'absence de compte rendu anatomopathologique dans 13 % des cas apparaît non-négligeable. Ce point devra fait faire l'objet d'une attention particulière lors des rencontres avec les établissements (étude AFC : 20 % d'absence de compte rendu) ;
- Pour les appendicectomies chez l'enfant : la douleur est également le critère prioritaire ;
  Il est à remarquer que le délai moyen entre l'admission de l'enfant dans l'établissement et l'acte chirurgical est très court : 10 heures (versus 39 heures dans l'étude de l'AFC pour les enfants de 0-3 ans): la mise en observation des enfants apparaît plus longue dans de nombreux établissements de santé.

Les actions réalisées : Restitution des résultats colligés à l'ensemble des établissements concernés, en équipe médico administrative par un médecin de la CPAM concernée ou de la DRSM et si possible un médecin de l'ARS.

II-3 La pertinence des parcours de soins

La pertinence des parcours interroge à la fois l'opportunité de la prise en charge mais également la pertinence de l'organisation des soins.
Les parcours de santé se complexifient. Ils comportent désormais des recours réitérés aux dispositifs sanitaires et sociaux.
Il en résulte la nécessité de repenser notre organisation avec notamment le développement de dispositifs de coordination de parcours complexes. Il y a nécessité de prise en compte de la coordination des multiples acteurs qui interviennent autour du parcours de santé, à commencer par le patient et son entourage qui sont devenus des partenaires incontournables pour construire leurs parcours de santé

Nous sommes confrontés à l'augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques et au vieillissement de la population portant en corollaire le risque de perte d'autonomie.

Dans ce cadre élargi, la pertinence concerne en sus des établissements de santé, les soins ambulatoires et les structures médico-sociales.

II – 3 – 1 Les parcours de soins insuffisance cardiaque et ostéoporose fracturaire : Fiches Action en Annexes 5 et 6

Pour permettre la prise en compte de l'ensemble des intervenants tant pour les structures que pour les différentes professions, la région a été désignée comme région expérimentatrice et a choisi de travailler avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) les plus matures de 3 territoires pour l'année 2019.

Les thèmes de l'insuffisance cardiaque et de l'ostéoporose fracturaire ont été retenus.

Pour rappel, « les CPTS regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser, à leur initiative, autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes : organisation des soins non programmés, coordination ville – hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile... » (source Ministère de la Santé).

La CPTS, c'est la « communauté de tous les acteurs de santé, du social et du médico-social, autour d'une approche globale de la santé, pour et avec les habitants du territoire. »

Cette organisation fait intervenir l'ensemble des participants au système de soins, patients et associations représentant des usagers, structures d'enseignement continu et universités, ordres professionnels, représentants des établissements, professionnels de santé médicaux et paramédicaux, dans une coordination ville / hôpital des parcours de soins.

La démarche est basée sur la co-construction, avec les CNP de cardiologie et de rhumatologie en collaboration avec le Collège de Médecine Générale, de parcours de prise en charge de patients atteints d'insuffisance cardiaque d'une part et d'ostéoporose fracturaire d'autre part : identification des points de rupture liés essentiellement à la multiplicité des sites d'intervention et des acteurs, propositions pratiques, pragmatiques et opérationnelles, définition d'indicateurs permettant des mesures à court terme.

Dans le cadre d'une mise à l'échelle au niveau national du parcours insuffisance cardiaque, la région AURA déploiera les actions nationales suivantes :

- proposition à toutes les CPTS de déployer le parcours dans le cadre de leur accord conventionnel ,
- proposition aux MSP de choisir le protocole pluri professionnel portant sur l'insuffisance cardiaque chronique,
- accompagnement des structures pluri professionnelles choisissant de s'engager sur le thème national : insuffisance cardiaque par l'Assurance maladie,
- accompagnement dans le cadre du financement/accompagnement dans le cadre de la mise à disposition de données concernant leurs territoires,
- accompagnement en terme de formations/informations des professionnels de santé de leur secteur ou de communication vers les patients eux-mêmes.

II – 3 – 2 Le parcours de soins des personnes âgées : Fiches Action en Annexes 7 et 8

À l'image de l'évolution démographique nationale, la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus, est en constante augmentation en région AURA. Elle représente 25,4% de la population en 2018 (source Insee). Le vieillissement de la population se traduit par un nombre croissant de patients polypathologiques et en conséquence polymédiqués.

En 2040, entre 14.3% et 14.6 % de la population ARA sera âgée d'au moins 75 ans.

Il est à noter une évolution notable de la réflexion sur le parcours personnes âgées tel qu'initialement posé dans le PAPRAPS 2020 -2023. Lors de la séance de l'IRAPS du 20 octobre 2020, il a été mis en exergue la nécessité de poser des propositions plus ciblées tout en privilégiant la dimension de parcours, plutôt que celle des actes et des prescriptions.
De plus, la pertinence des prescriptions fait partie des priorités du PRS 2018-2028 « *dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de ... rechercher de nouvelles orientations s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques, la lutte contre la poly-médication et la iatrogénie notamment chez la personne âgée, seront à accompagner sur la durée du PRS* ».
Divers axes de travail ont été envisagés sous ces deux prismes, ainsi que la collaboration des CPTS existantes ou en projet sur la région, ces structures étant des acteurs clés en matière de décloisonnement de la prise en charge des personnes âgées.

Il en résulte deux nouvelles orientations visant les personnes âgées de 75 ans et plus :
- la prévention de la iatrogénie médicamenteuse ;
- la prévention de la dénutrition chez la personne âgée à domicile.

REFERENCES

- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Décret n° 2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé, JORF n°0270 du 21 novembre 2015 page 21672 texte n° 28
- Décret n° 2017-584 du 20 avril 2017 complété par l'arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type du caqes
- La pertinence des soins, dossier thématique, revue française des affaires sociales, juillet-septembre 2019
- https://www.has-sante.fr/portail /jmcs (colloque la pertinence : du concept à l'action – 14 novembre 2017)
- Rapport Task Force « réforme du financement du système de santé » - Réformes des modes de financement et de régulation- 2020 – ministère des solidarités et de la santé
- Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2019 « améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – propositions de l'Assurance maladie pour 2019 » - juillet 2018
- Le guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins – DGOS- décembre 2012
- Étude prospective et qualitative sur la prise en charge et l'accompagnement de la personne âgée de 75 ans et plus en perte d'autonomie à l'horizon 2030 en région Auvergne-Rhône-Alpes – 2017 - Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes
- Atlas des variations des pratiques médicales – 2016
- Rapport IGAS n° 2014-039R – perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France – juillet 2014
- https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/pertinence-des-soins-10584/pertinence
- https://www.has-sante.fr/JCMS/r_1499665/quelles-definitions-pour-la-pertinence-des-actes
- https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante/article/chantier-no1-inscrire-la-qualite-et-la-pertinence-des-soins-au-coeur-des-organisations-et-des-pratiques
- https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974225/fr/pertinence-des-soins-les-professionnels-en-action

ANNEXE 1

OUTIL DE CIBLAGE CNAMTS POUR LA PERTINENCE DES ACTES Guide général d'utilisation dans le cadre des actions d'amélioration de la pertinence des soins

LA METHODE DE CIBLAGE

La méthode de ciblage développée par la CNAMTS repose sur un panel d'indicateurs issus des bases de l'Assurance Maladie dans le but de repérer les établissements «atypiques» en matière de pertinence des actes. Ces indicateurs permettent de situer les pratiques d'un établissement de santé en comparaison avec les autres.

Le classement de l'établissement (score global ou segment) est issu des résultats de plusieurs indicateurs. Les seuils sont calculés en fonction de la distribution de la valeur des indicateurs observée France entière (ce ne sont pas des seuils fixés arbitrairement), ce qui permet de définir des niveaux d'alerte (clignotants) à partir des valeurs des centiles, déciles ou quartiles.

Les indicateurs sont de deux types :

- Ceux construits sur les recommandations établies ou validées par la HAS

- Ceux construits sur la base de constats épidémiologiques et/ou statistiques.

GUIDE D'UTILISATION

Cette méthode est proposée à des fins de ciblage des établissements, en vue d'une action d'amélioration de la pertinence des actes : la CNAMTS préconise préférentiellement une action pédagogique dans un 1er temps (accompagnement, démarche d'autoévaluation, formation, EPP, ...). La MSAP pourra être proposée le cas échéant dans un second temps si l'établissement n'a pas amélioré ses pratiques.

La CNAMTS propose un fichier de pré ciblage national : une analyse régionale par l'Assurance Maladie et l'ARS est indispensable afin de confirmer ou non le ciblage de l'établissement pour l'action. Il est possible de cibler des établissements non retenus dans le pré ciblage national s'ils sont en écart par rapport aux moyennes nationales (sur le score global ou sur un ou plusieurs indicateurs).

→ L'analyse tiendra compte de la nature du ou des indicateurs pour lesquels l'établissement est atypique mais **chaque indicateur pris isolément n'a pas de valeur statistique pour la pertinence**. Parmi les indicateurs, ceux construits sur les recommandations de la HAS ont plus de poids que les autres. Cependant, le résultat de certains indicateurs peut être analysé comme indicateur de parcours préopératoire du patient et suivi en tant que tel. Il n'y a pas de taux cible pour chacun des indicateurs : si un objectif doit être fixé, il est préférable de retenir une évolution du résultat de l'indicateur visant à se rapprocher des valeurs médianes (objectif d'amélioration).

Il sera utile de rechercher des biais liés aux disparités de codage.

→ L'évolution de l'établissement sur les dernières années est importante à prendre en compte : score global ou segment, valeur des indicateurs et volume de production annuelle.

→ Il est indispensable de s'appuyer sur la connaissance générale de l'établissement : dernières données d'activité disponibles, restructuration, mouvement de personnel médical, positionnement et attractivité (dans son territoire de santé, en région et hors région), filières de soins, hyperspécialisation, labels, établissement de recours...

Les fichiers de pré ciblage comprennent, outre les résultats de tous les établissements, le mode de calcul utilisé pour chaque indicateur, ainsi qu'un onglet permettant d'obtenir pour chaque établissement son profil synthétique (sauf pour chirurgie du syndrome du canal carpien et appendicectomie).

ANNEXE 2

FICHE THEMATIQUE : CHIRURGIE DU SYNDROME DU CANAL CARPIEN

---

1. Les indicateurs

N°	Libellé	Sens de non pertinence	Poids
1	Taux d'évolution du nombre d'interventions pour un SCC sur les 5 dernières Années	Valeur élevée	1
2	Part relative des patients de 65 ans et plus opérés pour un SCC	Valeur élevée	1
3	Part relative des interventions pour SCC dans l'activité d'orthopédie	Valeur élevée	1
4	Part relative de patients ayant eu un EMG dans les 12 mois précédant l'intervention	Valeur basse	1
5	Part relative des patients avec infiltrations avant intervention (dans les 12 mois)	Valeur basse	1
6	Part relative de patients avec attelles avant intervention (dans les 12 mois)	Valeur basse	1

Les indicateurs 4, 5 et 6 reposent sur les recommandations de la HAS de 2012[1] et 2013[2].

2. La méthode statistique

La méthode statistique utilisée est celle des « seuils » : le ciblage des établissements repose sur leur position atypique sur plusieurs indicateurs.
Définition d'un seuil d'activité annuelle minimum : ≥ 30
Définition de niveaux d'alerte (clignotants) : au-delà du 95ème centile (pour un indicateur, les 5% des établissements les plus atypiques ont un clignotant)
Classement des établissements en 3 segments selon le nombre de « clignotants » :

- A : aucun indicateur clignotant
- B : 1 indicateur clignotant
- C : ≥ 2 indicateurs clignotants

3. La validation

Les indicateurs ont été validés par les experts du conseil scientifique de la CNAMTS.

La méthode a été validée par un test de retour aux dossiers, à partir d'un logigramme décisionnel reposant sur les recommandations HAS de 2012 et 2013.

[1] Chirurgie du SCC : approche multidimensionnelle pour une décision pertinente. HAS, sept 2012 (www.has.fr)

[2] Syndrome du canal carpien / Optimiser la pertinence du parcours patient / Analyse et amélioration des pratiques. HAS, février 2013 (www.has.fr)

FICHE THEMATIQUE : APPENDICECTOMIE

1. Les indicateurs

	Libellé	Sens de non pertinence	Poids
1	Part relative de l'activité concentrée sur le jour de la semaine le plus chargé	Valeur élevée	1
2	Part relative des patients de moins de 20 ans	Valeur élevée	1
3	Part relative des séjours 06C091, appendicectomies sans complication de niveau 1	Valeur élevée	1
4	Part relative des appendicectomies dans l'activité de chirurgie digestive	Valeur élevée	1
5	Taux d'explorations radiologiques préalables à l'intervention	Valeur basse	1
6	Durée moyenne des séjours 06C091, appendicectomies sans complications de niveau 1	Valeur basse	1
7	Taux d'évolution du nombre d'appendicectomies depuis 3 ans	Valeur élevée	1
7bis	Taux d'évolution du nombre d'appendicectomies depuis 5 ans	Valeur élevée	1
8	Sex Ratio (H/F) des patients opérés par appendicectomie	Valeur basse	1
8bis	Sex Ratio (H/F) des patients de moins de 20 ans opérés par appendicectomie	Valeur basse	1

Les indicateurs 3 et 5 reposent sur les recommandations de la HAS de 2012[3].

2. La méthode statistique

La méthode statistique utilisée est celle des « seuils » : le ciblage des établissements repose sur leur position atypique sur plusieurs indicateurs.

Définition d'un seuil d'activité annuelle minimum : ≥ 50
Définition de 2 niveaux d'alerte (clignotants) : au-delà du 90ème (seuil niveau 1) et du 95ème centile (seuil niveau 2)
Le nombre d'alertes pour un niveau est défini par :
= Nombre d'alertes pour les indicateurs n°1 à 6
+ Nombre maximum d'alertes pour les indicateurs d'évolution (n°7 ou n°7Bis)
+ Nombre maximum d'alertes pour les indicateurs de sex ratio (n°8 ou n°8Bis)
Le score est construit à partir des distributions des indicateurs. Pour chaque indicateur, une pénalité de 1 point est attribuée pour le dépassement du seuil de niveau 1 et une pénalité de 2 points supplémentaires est attribuée pour le dépassement du seuil de niveau 2. La somme des pénalités constitue le score qui permettra d'identifier les établissements atypiques.
Le segment est défini selon la règle suivante :

- A : 0 alerte
- B : entre 1 et 6
- C:≥7
-

3. La validation

Les indicateurs ont été validés par les experts du conseil scientifique de la CNAMTS.

La méthode a été validée par un test de retour aux dossiers, à partir d'un logigramme décisionnel reposant sur les recommandations HAS de 2012 et 2013.

Appendicectomie - Eléments décisionnels pour une indication pertinente. HAS, novembre 2012 (www.has.fr)

FICHE THEMATIQUE : CHOLECYSTECTOMIE POUR LITHIASE BILIAIRE

1. Les indicateurs

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

Les indicateurs 2 et 6 reposent sur les recommandations de la HAS de 2013[4].

2. La méthode statistique

La méthode statistique utilisée est celle des rangs en quartile : le positionnement de l'ES est apprécié de façon globale en prenant en compte l'ensemble des critères.
Définition d'un seuil d'activité annuel minimum : ≥ 30
Pour chaque ES retenu, affectation d'une note par indicateur de la façon suivante :

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

Calcul d'un score global = somme des notes précédentes pondérées
Calcul du score final (de 1 à 4) : division du score global par la somme des pondérations des indicateurs pour chaque établissement

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

3. La validation

Les indicateurs ont été choisis, validés et pondérés par la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive (FCVD).

[4] Points clés et solutions / Pertinence des soins : quand faut-il faire une cholécystectomie ? HAS, janvier 2013 (www.has.fr)

FICHE THEMATIQUE : THYROIDECTOMIE POUR NODULE SANS HYPERTHYROIDIE

---

1. Les indicateurs

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

Les indicateurs 1, 2 et 4 reposent sur les recommandations de la Société Française d'Endocrinologie[5] traduites par la CNAMTS dans un référentiel de bonne pratique (En collaboration avec les Sociétés Françaises d'Endocrinologie, d'Oto-Rhino-Laryngologie, l'Association Francophone de Chirurgie Endocrinienne, la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive, les Sociétés Françaises de Radiologie et d'Anesthésie-Réanimation) validé par la HAS[6].

2. La méthode statistique

La méthode statistique utilisée est celle des rangs en quartile : le positionnement de l'ES est apprécié de façon globale en prenant en compte l'ensemble des critères.
Définition d'un seuil d'activité annuel minimum : ≥ 20
Pour chaque ES retenu, affectation d'une note par indicateur de la façon suivante :

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

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

Calcul du score final (de 1 à 4) : division du score global par la somme des pondérations des indicateurs pour chaque établissement
Ciblage d'un nombre d'établissements ciblé prédéfini (10%)

3. La validation

Les indicateurs ont été choisis, validés et pondérés par la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive (FCVD).

Recommandations de la société française d'endocrinologie pour la prise en charge des nodules thyroïdiens. Presse Med. 2011 ; 40 : 793-826

[6] Nodule thyroïdien (sans hyperthyroïdie) / Référentiel du parcours de soins, novembre 2014 (www.ameli.fr)

FICHE THEMATIQUE : CHIRURGIE BARIATRIQUE

---

1. Les indicateurs

N°	Libellé indicateur	Sens de non pertinence	Poids
1	Part des 18-20 ans	Valeur élevée	1
2	Part des patients ayant un IMC 30-40, sans comorbidité et sans antécédent d'intervention depuis 2006	Valeur élevée	1,25
3	Part des patients n'ayant aucun suivi préopératoire depuis 12 mois	Valeur élevée	1
4	Part relative des interventions dans l'activité de chirurgie digestive hors chirurgie pariétale	Valeur élevée	1
5	Part du groupe d'intervention le plus fréquent	Valeur élevée	1,5
6	Part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pre-chirurgicale	Valeur élevée	1,5

Les indicateurs 2, 3 et 6 reposent sur les recommandations de l'HAS de 2009[7] et 2014[8].

2. La méthode statistique

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

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

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

- les 25% d'établissements les moins élevés (1er quartile) ont une note de 1,

- les 25% d'établissements suivant (2ème quartile) ont une note de 2,
- les 25% d'établissements suivants (3ème quartile) ont une note de 3,
- les 25% d'établissements les plus élevés (4ème quartile) ont une note de 4.

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

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

Ciblage d'un nombre d'établissements ciblé prédéfini (20%)

3. La validation

Les indicateurs ont été choisis, validés et pondérés par la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive (FCVD) et la Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité (SOFFCO).

[7] Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte – Recommandation. HAS, 2009 (www.has.fr)
8 chirurgie de l'obésité : prise en charge pré et postopératoire du patient / Critères de qualités pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques. HAS, décembre 2014 (www.has.fr)

ANNEXE 3

FICHE ACTION PERTINENCE DES ACTES ET DES PARCOURS

« Sur et Sous Recours »

Contexte :

- ⇨ Etat des lieux 2019, sur la région Auvergne Rhône Alpes concernant 34 activités (et 35 actes), établi à partir de données mises à disposition par l'ATIH sur le site Scan Santé, et insistant sur les atypies de recours par rapport au recours national et sur les disparités territoriales de recours :
- La lithotritie se caractérise surtout par une disparité importante des taux de recours entre les différents territoires de la région, les affections de la bouche et des dents, les aérateurs transtympaniques et la chirurgie pour hypertrophie bénigne de prostate par une volumétrie très importante. En outre, deux de ces six actes sont à l'origine d'un sur-coût potentiel estimé important : les affections de la bouche et des dents et la chirurgie pour hypertrophie bénigne de prostate.
- Des taux de recours nettement inférieurs aux taux nationaux sont constatés pour la chirurgie de l'anévrysme de l'aorte et la colectomie totale mais avec des volumétries peu importantes et pour les endoscopies digestives diagnostiques et la BPCO surinfectée. Le recours inférieur au taux national pour la BPCO surinfectée est associé à un recours également bas pour ce qui concerne les infections et inflammations respiratoires et des référentiels parcours BPCO ont récemment été élaborés par la HAS.
- Enfin, des atypies de recours sont constatées avec en outre une forte disparité selon les territoires pour les gestes de revascularisation coronaire avec un recours supérieur au taux national pour ce qui concerne le pontage coronaire et inférieur au taux national pour l'angioplastie coronaire ».

- ⇨ Impact de la crise sanitaire sur le recours aux soins : à réaliser

Objectifs et résultats attendus :

- ⇨ Faire de l'analyse des taux de recours un levier de transformation des pratiques
- ⇨ S'intéresser non seulement à la sur consommation de soins, mais aussi à la sous consommation de soins, l'organisation et la coordination entre professionnels et entre secteurs de prise en charge (ville, hôpital, médico-social).
- ⇨ Permettre un égal accès à des soins pertinents

⇨ Modifier durablement le comportement des professionnels (en les conduisant d'abord à s'interroger et ensuite à s'évaluer).

Actions :

1. 40 actes analysés en termes de recours par l'ATIH : données disponibles permettant d'envisager des actions à moyen terme.

   S'appuyer sur les enseignements de l'autoévaluation conduite sur le thème de l'appendicectomie, en prenant en compte non seulement les établissements qui ont la maîtrise in fine, mais aussi l'interface ville- hôpital et la communication grand public (cf appendicectomie : information PS et grand public sur éléments cliniques inconstants et spécificités patients âgés et obèses).

   Investiguer éventuellement les cholécystectomies (référentiels existants et demande des PS).

   Prendre en compte la préoccupation du non recours au soin en lien avec la pandémie : programmer un suivi notamment avec millésime 2020 pour suivre l'impact de la crise sur le non recours et affiner les disparités de recours en fonction d'éléments socio-économiques afin de proposer des actions s'adressant à des publics ciblés (précaires, étudiants...).

   Conversion purement économique contre-performante.

2. Parcours de soins

⇨ Comment aller plus loin sur les thématiques « Insuffisance cardiaque » et « Ostéoporose fracturaire », en s'appuyant notamment sur les résultats de l'étude EPOC.

⇨ Investiguer le parcours BPCO : lien ville-hôpital / dépistage / recommandations de bonnes pratiques récemment actualisées.

3. Prévention : Dépistage cancers / Vaccinations

   - Dépistage des cancers
     - ✓ Thématique incontournable dans le contexte, même si la stratégie de rattrapage est en cours de définition
     - ✓ Prévention primaire et secondaire
     - ✓ Priorisation des actions vis-à-vis des patients précaires

   - Vaccination : Grippe, HPV....
     - ✓ Sujet très investi par les CPTS
     - ✓ Etat des lieux : difficultés pour obtenir des données exhaustives mais problématiques et freins globalement connus
     - ✓ Priorisation des actions vis-à-vis des patients précaires.

ANNEXE 4

FICHE ACTION PERTINENCE DES ACTES ET DES PARCOURS

« Chirurgie ambulatoire »

Contexte et enjeux

Le développement de la chirurgie ambulatoire, dont les bénéfices en termes de qualité et sécurité des prises en charge ne sont plus à démontrer, est une priorité nationale pour les pouvoirs publics depuis plusieurs années.

Il constitue un levier de structuration de l'offre de soins ainsi qu'un outil de maîtrise des dépenses de santé.

Objectifs :

Un objectif ministériel ambitieux a été fixé en 2017 pour 2022 : à cette date, 70 % des actes de chirurgie devraient être réalisés en ambulatoire, c'est-à-dire sans nuit passée à l'hôpital.

- Objectif Auvergne Rhône-Alpes : 65 % des actes de chirurgie réalisés en ambulatoire en 2023 (prise en compte de la progression de ce taux en AURA ces dernières années et de l'impact de la crise sanitaire COVID sur cette progression).

La pratique ambulatoire qui ne représentait au niveau national que 43,3 % de l'activité chirurgicale globale en 2010 est en croissance depuis plusieurs années et a atteint 58,0 % en 2019. Mais les dernières informations en région Auvergne Rhône-Alpes font état d'un ralentissement de la progression entre 2019 (58,7%) et 2020 (57,7 %) (Outil Visuchir).

La spécialité bénéficiant du taux de recours le plus important à la chirurgie ambulatoire est l'ophtalmologie, où celui-ci s'élève à 90 % en 2017 suivant une progression continue depuis 2013, principalement sous l'influence des interventions sur le cristallin. En parallèle, ce taux se limite à 34 % en 2017 pour la chirurgie digestive, spécialité qui présente toutefois la progression observée la plus forte dans le recours à la chirurgie ambulatoire. [1]

Des progressions spectaculaires ont été enregistrées pour d'autres activités : les taux d'interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie de 12,0 % en 2014 à 53,0 % en 2018. Sur la même période, les arthroscopies de l'épaule ont été multipliées par 2,5 (21,8 % contre 53,7 %), les interventions sur la rétine par 2 (29,7 % contre 62,2 %), et les rhinoplasties par 1,6 (56 % contre 34,3 %).[1]

Perspectives :

Le rapport d'information sur la chirurgie ambulatoire présenté à l'assemblée nationale en septembre 2020 insiste entre autres 1/ sur la nécessité de l'accompagnement des établissements , notamment par l'intermédiaire de l'outil VisuChir, 2/sur la prise en compte de la vulnérabilité des patients (isolement social et/ou géographique, comorbidités, âge...), 3/ sur le développement d'une logique de parcours qui intègre les étapes en amont et en aval de l'opération chirurgicale, qui passe nécessairement par une meilleure coordination avec la ville, et qui pourrait impliquer les CPTS.

- ⇨ « Poursuivre la promotion de l'outil Visuchir qui permet d'analyser, pour chaque établissement, l'activité chirurgicale ambulatoire, avec notamment le potentiel de progression de cette prise en charge. Il permet aux chirurgiens de lire leur taux actuel d'intervention en ambulatoire (spécialité par spécialité, acte par acte), de connaître les caractéristiques de leurs patients (âge, comorbidités) et de se comparer à d'autres équipes dans les hôpitaux et cliniques dans la France entière.
  Proposer un plan d'accompagnement ciblé et personnalisé par établissement ».

  Prendre en compte non pas les taux bruts mais le volume de séjours potentiellement convertibles. Affiner le diagnostic à la maille de chaque spécialité.

- ⇨ « Contractualiser avec les établissements dans le cadre des CPOM et de la rénovation du CAQES : ciblage des établissements sur leur potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire, soit globalement soit sur une activité spécifique ».

- ⇨ « Evaluer les articulations de dispositifs tels que la RAAC et PRADO avec le développement de la chirurgie ambulatoire : pistes d'amélioration communes ».
  Piste à étudier : la pré-habilitation (nutrition, reprise de l'activité physique, éducation thérapeutique, ...)

  Des difficultés persistent sur la coordination ville / hôpital ; ce sujet est largement plébiscité dans les projets des CPTS et constitue également une préoccupation des représentants des patients :
  - ✓ travailler les interfaces entre soignants (précision dans les prescriptions de soins para médicaux)
  - ✓ recenser les bonnes pratiques qui ont vu jour pendant la crise, et accompagner les établissements sur le sujet ; favoriser plutôt les échanges entre pairs, qui sont plus forts en termes d'impact
  - ✓ ne pas oublier l'organisation interne des établissements, et les phases pré-per- et post-opératoires.
  - ✓

⇨ « Faire un état des lieux de l'impact de la crise sanitaire sur la chirurgie ambulatoire et capitaliser sur les bonnes pratiques développées pendant la crise ».
La chirurgie ambulatoire s'est beaucoup développée cette dernière année en raison de la crise sanitaire ; il faut capitaliser sur cet élan et sur les bonnes pratiques développées pendant la crise, en s'appuyant sur les établissements qui ont de très bons taux de chirurgie ambulatoire et en communiquant sur leurs leviers.

⇨ « Professionnaliser la prise en charge des patients les plus vulnérables : recours aux patients formateurs / procédure de prise en charge des patients fragiles / implication des CPTS ».

- Concernant la prise en compte de la précarité, ne pas oublier les services des mairies, qui sont souvent très efficaces et peuvent éviter la redirection vers des établissements de soins de suite.
  Il faudrait pour cela développer l'information des chirurgiens, qui ne sont pas familiers avec cette offre.
- L'évolution des modalités de financement de l'« hôtel de patients » ouvre des perspectives intéressantes pour la chirurgie ambulatoire.

Actions :

- En priorité (Septembre 2021) :
  - ✓ exploiter les données PMSI 2020 dès leur mise à disposition, pour les comparer avec 2019 et illustrer les capacités à progresser sur le sujet
  - ✓ organiser ensuite le partage d'information avec les établissements
  - ✓ examiner avec l'ARS les éléments de contractualisation : lien avec CPOM, perspectives d'intégration dans un CAQES.

- Recueillir les bonnes pratiques concernant le parcours intra hospitalier (en pré-, per- et post-opératoire) lors des prochaines visites d'établissements dans le cadre des accompagnements de l'Assurance Maladie, et organiser des réunions de restitution et d'échanges, ce qui permettra de :
  - ✓ redynamiser VisuChir et son utilisation en interne
  - ✓ répondre précisément aux préoccupations de chaque spécialité, et ne pas rester dans les généralités.

- Articulation ville / hôpital :
  - ✓ maintenir le sujet dans les CPTS, et les accompagner
  - ✓ ne pas oublier les personnes fragiles et les parcours : inciter les établissements à se coordonner avec leur CPTS pour une prise en charge attentionnée des personnes présentant des critères de fragilité en particulier sociale.

[1] Rapport d'information à l'Assemblée Nationale en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale sur la Chirurgie ambulatoire, enregistré le 23 septembre 2020.

ANNEXE 5

FICHE ACTION PERTINENCE DES ACTES ET DES PARCOURS

« Parcours du patient insuffisant cardiaque »

Contexte :

Les données sur l'insuffisance cardiaque

- ⇨ Prévalence dans la population française adulte : 2,3 %, soit 1 130 000 personnes ; forte augmentation avec l'âge, 15 % des personnes de 85 ans et plus *(Drees 2017)* / Augmentation de 14,4 % du nombre de patients hospitalisés entre 2002 (n = 129 594) et 2008 (n = 148 292) *(Pérel et al, BEH 2012)* / Réduction de 20 % de la mortalité pour IC observée entre 1998 et 2010 *(Tuppin et al, Arch Card Dis 2014).*

- ⇨ Hospitalisation = indicateur de gravité *(HAS, avril 2015. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Comment organiser la sortie des patients hospitalisés pour IC) :*

- Période qui suit une hospitalisation pour IC associée à un sur-risque de décès à court et à moyen terme et à un risque majoré de réadmission. Fréquence des décès précoces (30-60 jours après sortie) multipliée par six, décès à court et à moyen terme (à 6 mois et à 2 ans) par deux, et risque de ré hospitalisation dans les deux ans par deux.
- Année qui suit une première hospitalisation IC sévère : un tiers de décès ; 50 à 70 % de ré hospitalisation dont la moitié dans les 30 jours (réadmissions précoces). Les réadmissions précoces majorent le risque de décès dans l'année. Perte d'autonomie ne permettant pas le retour à domicile pour un patient sur 5 hospitalisés pour IC sévère.

Chaque hospitalisation pour une poussée d'IC altère le pronostic du patient et chaque hospitalisation est suivie d'une période de vulnérabilité à risque élevé de complications, de rechutes et de ré hospitalisations.

- ⇨ Pathologie chronique nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire au long cours, impliquant en particulier le cardiologue et le médecin traitant. Plusieurs études ont montré que la PEC des patients pouvait être améliorée et conduire à des gains en termes de survie, de qualité de vie et de dépenses évitées. Ainsi, l'insuffisance cardiaque représente la moitié des séjours d'hospitalisations potentiellement évitables avec plus de 160 000 séjours France entière en 2017. *(Rapport Charges et Produits 2020)*

- ⇨ Coût de l'IC = 2,8 milliards € (Rapport Charges et Produits 2020)

Le chantier Pertinence du plan « Ma santé 2022 » : une nouvelle approche

- Stratégie de transformation du système de santé posé en 2018 par le président de la République => Chantier consacré à la pertinence et à la qualité des soins, piloté par l'Assurance Maladie et la Haute Autorité de santé => Méthode de co-construction systématique avec les professionnels et les patients.
- Objectifs : Améliorer la pertinence des parcours de soins / Identifier, atténuer puis effacer les points de rupture / Co construire avec les professionnels et les patients.
- Méthode :
  Elaboration par le Conseil National des professionnels (CNP) de Cardiologie, en association avec le Collège de Médecine Générale, d'un parcours de soins pertinent, simple et concret en indiquant les points de rupture et les mesures susceptibles de les éviter.
  Construction d'indicateurs pour éclairer et orienter les acteurs, susciter des questionnements partagés, objectiver les réalités des points de rupture, refléter les modifications de pratique engagées par les acteurs, s'interroger sur les variations géographiques des indicateurs.

La démarche Optim'IC de l'Assurance Maladie en lien avec le ministère, à partir du 3ème trimestre 2021

Améliorer la pertinence des parcours de soins en IC devient d'ampleur nationale, avec notamment une implication de l'ensemble du réseau assurance maladie dès le 3ème trimestre 2021, au travers de la démarche Optim'IC portée par le ministère. Celle-ci sera mise en lien avec des démarches existantes ou à venir (IFAQ – incitation financière à l'amélioration de la qualité, ROSP : rémunération sur objectifs de santé Publique, caqes 2022, ...).
La région Auvergne-Rhône-Alpes a été pionnière et reste très impliquée sur ce sujet qui a pris de l'ampleur au-delà des 3 CPTS expérimentatrices. L'accent est mis sur l'importance de poursuivre le travail engagé collectivement autour de la prise en charge de cette pathologie.

Objectif :

Augmenter la part des CPTS engagées dans un parcours « Insuffisance cardiaque » en lien avec leur(s) établissement(s) partenaire(s) ; état des lieux juin 2021 : parmi les 20 CPTS ayant signé un ACI, 13 se sont engagées à travailler sur le parcours « Insuffisance cardiaque »

Problématiques (Arrêté DIRNOV-2019/13 relatif au projet d'expérimentation parcours des patients IC sévères)

- Absence d'organisation du parcours de soin (ville-hôpital-ville) : prise en charge souvent réalisée dans l'urgence => orientation des patients vers des professionnels ou des lieux non adaptés (urgences surchargées, sortie non organisée).

- Insuffisante optimisation thérapeutique : la moitié des patients ne bénéficient pas de l'ensemble des traitements recommandés et parmi la moitié restante, 50% n'ont pas la dose maximale.

- Situation médicale complexe des patients souvent porteurs de comorbidités combinées (BPCO, diabète, insuffisance rénale), âge élevé....

- Difficultés dans le développement de la télémédecine, essentiellement réalisé dans le cadre du programme "ETAPEs" : gestion des alertes médicales chronophage, nécessité d'avoir une masse critique suffisante de patients atteints...

- Filière d'expertise non visible et non accessible à la ville pour des avis ou transferts et une non coordination du parcours ville-hôpital-ville. En cas d'urgence, consultation par le patient de son MG, qui, faute d'obtenir un avis cardiologique, adresse son patient aux urgences...

Actions :

⇨ Déclinaison du parcours IC : poursuite de l'expérimentation auprès de trois CPTS

- S1 2019 : Lancement par le pilote national / Présentation de l'expérimentation aux porteurs de projet CPTS et aux équipes régionales Cpam/Elsm/DD/ Rencontres sur le terrain auprès de 3 CPTS avec présentation des diagnostics territoriaux
- S2 2019 : Inscription de la déclinaison des deux parcours auprès des CPTS au PAPRAPS (Avenant au PAPRAPS 2016-2019) / Proposition d'un plan d'actions type / Formation « Ateliers de pratique réflexive » des équipes de l'assurance maladie avec participation des CPTS, à partir des diagnostics territoriaux IC / Séminaire régional Pertinence
- S1 2020 : Proposition d'indicateurs à intégrer dans les contrats des CPTS / Rencontres sur le terrain : Point d'avancement - Diagnostic territorial - Impact du confinement sur le suivi des patients IC / FMC pour le réseau SM
- S2 2020 : Echanges d'expériences / Accélérateur d'idées
- S1 2021 : Evaluation en 2 phases (projet EPOC)

⇨ Déclinaison du parcours IC : généralisation de la mise à disposition des diagnostics territoriaux et proposition de contractualisation à l'ensemble des CPTS, depuis S2 2020

⇨ Poursuite des accompagnements des CPTS par l'ARS et l'Assurance Maladie : mise à disposition par l'Assurance Maladie des diagnostics territoriaux actualisés, soutien à l'animation territoriale, échanges pluri annuels pour recueil de besoins, dialogues de gestion, dispositif Prado.

⇨ Contractualisation CAQES avec des établissements à compter de janvier 2022 / Accompagnement à l'aide de profils établissements.

- ⇨ Programme d'accompagnement des équipes ambulatoires (IDE, Médecins généralistes, Cardiologues, Pharmaciens) autour du patient : multicanal, multidisciplinaire, réalisé dans une posture de service et inscrit dans la durée : présentation des diagnostics territoriaux, échanges à partir de cas patients, communication auprès de l'ensemble des acteurs pour une détection précoce des symptômes de l'IC (EPOF/EPON) et pour une implication dans l'observance et la détection des effets indésirables, promotion du bilan de médication partagé en sortie d'hospitalisation et du Plan Personnalisé de soins… : à compter de T4 2021.

- ⇨ Implication des patients et de leur entourage : ce point recouvre deux objectifs : co-construire les parcours avec des patients partenaires ; au plan individuel, améliorer les compétences visant à une meilleure appropriation par les patients de leur pathologie. En lien avec leurs représentants, valorisation de l'expérience patient pour l'optimisation du parcours.

Evaluation de l'expérimentation auprès de trois CPTS :

L'étude EPOC 1 : évaluation qualitative, avant la phase de mise en œuvre réelle des parcours des patients. En effet, les CPTS sont en cours de structuration et de contractualisation, les parcours IC et OF ne sont pas encore tangibles.

Objectif : identifier les freins et les leviers de l'intervention.

Méthode : entretiens individuels semi-directifs et focus groups auprès d'un échantillon de patients (une quinzaine au sein de chaque CPTS), professionnels de santé, pilotes des CPTS et décideurs locorégionaux

L'étude EPOC2 : étude quasi expérimentale avant/après, ici/ailleurs, mixte qualitative et quantitative

Objectif : évaluer l'impact médico-économique de l'intervention, l'implémentation et la transférabilité de la co-construction de parcours IC et OF en prenant en compte les résultats de l'étude EPOC1

Méthodologie : comparer les résultats de ces parcours co-construits dans les trois territoires ciblés à des territoires témoins sans parcours co-construits

ANNEXE 6

FICHE ACTION PERTINENCE DES ACTES ET DES PARCOURS

« Parcours ostéoporose fracturaire dans les CPTS »

Contexte et enjeux :

(cf Protocole de recherche EPOC / Rapport Charges et Produits pour l'année 2020)

Les données sur l'ostéoporose fracturaire

L'ostéoporose est une maladie diffuse du squelette caractérisée par la diminution de la résistance osseuse entraînant un risque de fracture dont la fréquence augmente avec l'âge. Les fractures ostéoporotiques ou fractures de fragilité surviennent à la suite d'un traumatisme de faible énergie équivalent au plus à une chute de sa propre hauteur en marchant, parfois à la suite d'un simple effort contraignant le squelette, notamment les fractures vertébrales.
Certaines fractures (fémur, humérus, vertèbres, bassin) dites sévères sont associées à un excès de mortalité (25% dans l'année suivant une fracture de hanche) et sont également associées à un risque de récidives, particulièrement élevé dans les deux ans suivant la fracture index.
Le pronostic fonctionnel et vital de ces patients peut être amélioré par la prise en charge conjointe de l'ostéoporose, la prévention des complications des comorbidités et les mesures visant à réduire le risque de chute. Il est donc nécessaire de les prendre en compte dans l'évaluation de ces malades comme dans leur prise en charge.
Ceci impose un parcours de soins coordonné entre les structures hospitalières dans lesquelles les patients sont pris en charge pour le traitement des fractures et le suivi ambulatoire par le médecin traitant et les autres professionnels de santé, afin de répondre à la double exigence de mettre rapidement en route des traitements médicamenteux adaptés et d'en assurer un suivi étroit pour une bonne adhésion et une persistance prolongée des traitements. Le suivi pluri-professionnel doit également lutter contre le handicap et la perte d'autonomie associés aux suites de ses fractures. Ce parcours de soins peut indiscutablement rentrer dans le champ d'activités des CPTS, et permettre d'améliorer très significativement la prise en charge aujourd'hui très insuffisante de l'ostéoporose et de ses complications.

Le chantier Pertinence du plan « Ma santé 2022 » : une nouvelle approche

Dans le cadre du plan Ma santé 2022, chantier ministériel « Qualité des soins et pertinence des actes » piloté par le médecin conseil national et conduit en collaboration avec les CNP de cardiologie et de rhumatologie sur deux parcours de santé pilotes : insuffisance cardiaque chronique et ostéoporose fracturaire.
Choix régional ARS/AM de conduire la démarche en lien avec l'IRAPS et son président, et de la décliner avec les CPTS volontaires :

- Accompagnement des professionnels de santé dans l'appropriation des parcours

- Identification des points de rupture et des pistes d'amélioration
- Co construction avec les PS ville / hôpital de parcours adaptés aux territoires
-

Objectif :

Augmenter la part des CPTS engagées dans un parcours Ostéoporose fracturaire en lien avec leur(s) établissement(s) partenaire(s) ; état des lieux juin 2021 : parmi les 20 CPTS ayant signé un ACI, 6 se sont engagées à travailler sur le parcours Ostéoporose fracturaire

Plan d'actions mises en œuvre par les CPTS :

Dépistage : mise en place d'un questionnaire de dépistage en situation post fracturaire ; information grand public avec l'aide des municipalités, collectivités territoriales, associations, etc...

Formation : EPU avec le CHU sur l'ostéodensitométrie ; formation des MG et de la SF itinérante au dépistage de l'ostéoporose

Recours aux spécialistes : organisation d'une consultation rhumatologique des patients dépistés ; consultations avancées de rhumatologie ; rencontres avec les dentistes

Optimisation du parcours : protocolisation de la prise en charge des patients atteints de fractures vertébrales et diffusion du protocole pour une harmonisation des pratiques ville-hôpital ; renforcer le recours au dispositif PRADO ; admission directe au bloc en cas de fracture avec indication opératoire

Calendrier de mise en œuvre :

S1 2019 : Lancement par le pilote national / Présentation de l'expérimentation aux porteurs de projet CPTS et aux équipes régionales Cpam/Elsm/DD/ Rencontres sur le terrain auprès de 3 CPTS avec présentation des diagnostics territoriaux

S2 2019 : Inscription de la déclinaison des deux parcours auprès des CPTS au PAPRAPS (Avenant au PAPRAPS 2016-2019) / Proposition d'indicateurs à intégrer dans les contrats CAQES des établissements partenaires des CPTS / Proposition d'un plan d'actions type / Formation « Ateliers de pratique réflexive » des équipes de l'assurance maladie avec participation des CPTS, à partir des diagnostics territoriaux IC / Séminaire régional Pertinence

S1 2020 : Proposition d'indicateurs à intégrer dans les contrats des CPTS / Rencontres sur le terrain : Point d'avancement - Diagnostic territorial - Impact du confinement sur le suivi des patients IC / FMC pour le réseau SM

S2 2020 : Echanges d'expériences / Accélérateur d'idées

2021/2022 poursuite des accompagnements des CPTS par l'ARS et l'Assurance Maladie : mise à disposition par l'assurance maladie des diagnostics territoriaux actualisés, soutien à l'animation territoriale, échanges pluri annuels pour recueil de besoins, dialogues de gestion.

S1 2021 : Evaluation en 2 phases

Evaluation en 2 phases :

L'étude EPOC 1 : évaluation qualitative, avant la phase de mise en œuvre réelle des parcours des patients. En effet, les CPTS sont en cours de structuration et de contractualisation, les parcours IC et OF ne sont pas encore tangibles.

Objectif : d'identifier les freins et les leviers de l'intervention.

Méthode : entretiens individuels semi-directifs et focus groups auprès d'un échantillon de patients (une quinzaine au sein de chaque CPTS), professionnels de santé, pilotes des CPTS et décideurs locorégionaux

L'étude EPOC2 : étude quasi expérimentale avant/après, ici/ailleurs, mixte qualitative et quantitative

Objectif : évaluer l'impact médico-économique de l'intervention, l'implémentation et la transférabilité de la co-construction de parcours IC et OF en prenant en compte les résultats de l'étude EPOC1

Méthodologie : comparer les résultats de ces parcours co-construits dans les trois territoires ciblés à des territoires témoins sans parcours co-construits

ANNEXE 7

FICHE ACTION PERTINENCE DES ACTES ET DES PARCOURS

« Prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée dans le cadre du parcours ville-hôpital-ville »

Définition de la iatrogénie médicamenteuse

Définition de l'OMS (1969) : « *Toute réponse néfaste et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement* ».

La définition de l'Assurance maladie élargit le périmètre : « *la iatrogénie médicamenteuse désigne l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments* ».
La iatrogénie médicamenteuse devient imputable :

- aux effets propres du médicament : les effets indésirables sans qu'il y ait mauvais usage de celui-ci (relevant de la pharmacovigilance);
- aux erreurs médicamenteuses : les effets indésirables liés au mauvais usage, que celui-ci soit le fait de professionnels de santé (au niveau de la prescription, dispensation ou administration) ou du malade lui-même, par automédication inappropriée ou mauvaise observance du traitement.

Dans le cadre des réflexions à mener, la iatrogénie médicamenteuse est à considérer dans une logique de parcours ville/hôpital/ville ainsi que sous le prisme de la pertinence, et plus particulièrement la pertinence de la prescription (ce cadrage permet d'écarter les erreurs médicamenteuses à la dispensation et l'administration, le mésusage dû au patient et les effets propres aux médicaments).

Contexte national

Cette problématique majeure de santé publique fait l'objet d'actions régulières depuis de nombreuses années, visant notamment la prescription de médicaments dont la consommation en France s'avère très élevée par rapport aux autres pays européens (particulièrement les hypnotiques et les anxiolytiques).
Chez la personne âgée, le risque d'accident iatrogène est renforcé, voire provoqué par divers facteurs tels que l'existence d'une polymédication liée à une poly pathologie, une modification de la pharmacologie avec l'âge, la dénutrition, des épisodes d'hospitalisation, etc.

La iatrogénie médicamenteuse représente une source importante d'hospitalisation en France : 20 % des hospitalisations en urgence chez la personne âgée (HAS-avril 2014). Les interactions médicamenteuses seraient à l'origine de 2 à 5 % de ces hospitalisations.

Le risque iatrogène est particulièrement présent aux points de transition du parcours de la personne âgée entre son domicile et l'établissement de santé (en entrée d'hospitalisation et à la sortie) et lors des transferts intra ou inter-hospitaliers.
La prescription de sortie s'avère une étape clé dans le parcours de soins ; le développement de la conciliation médicamenteuse ou des bilans partagés de médication entre médecin traitant et le pharmacien, ainsi qu'une meilleure coordination et communication entre les acteurs (secteur de ville, ehpad, hôpital), participent à la diminution de ce risque.

La HAS a mené deux programmes autour de cette question de santé publique :
- le premier (2006-2013) s'est attaché à définir les étapes et bonnes pratiques de prescription et prévention de la iatrogénie en amont de la prescription, et à proposer une démarche de révision des traitements, de repérage et maîtrise de la iatrogénie en aval ;
- le deuxième (2010) porte sur la prescription des psychotropes chez le sujet âgé, avec deux objectifs : la réduction de la prescription de psychotropes et l'amélioration de la prise en charge des situations cliniques à l'origine de ces prescriptions.

Contexte régional

Pour mémoire, la iatrogénie est inscrite dans les priorités du PRS 2018-2028 « *dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de ... rechercher de nouvelles orientations s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques, la lutte contre la polymédication et la iatrogénie notamment chez la personne âgée, seront à accompagner sur la durée du PRS* ».

Le plan régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins (PRGRESS, 26 décembre 2019) se structure autour de 4 thématiques dont l'amélioration de l'efficience et de la pertinence des prescriptions.
Cf. le volet pertinence et efficience des produits de santé, axe prioritaire 2 : agir pour une structure de prescription plus responsable (ES, ESMS, ville) :
- renforcer la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse ;
- améliorer l'information aux prescripteurs des risques de iatrogénie pour son patient ;
- poursuivre le déploiement de la démarche d'optimisation de la PECM du sujet âgé initiée en 2014 et impliquant plusieurs filières gérontologiques ;
- déployer plusieurs actions régionales pour diminuer le risque iatrogène ;
- accompagnement par l'ARS de la mise en œuvre des bilans partagés de médication en officine avec une expérimentation en cours sur des actions de tutorat officinal et de rémunération en sus.

Une expérimentation dans le cadre du PAERPA (Expérimentation Parcours santé des aînés) a été menée entre 2016 et 2018 sur le territoire Roannais. L'objectif du PAERPA était de renforcer la continuité de la prise en charge entre le domicile, les établissements médico-sociaux et les hôpitaux, afin d'éviter les recours aux urgences et les hospitalisations.
À cette fin, l'ARS ARA a mis en place dans ce territoire un éventail de services et d'outils.
Le lien hôpital-médecin traitant de ville-pharmacie d'officine a ainsi été développé (outil régional de messagerie sécurisée).
La conciliation médicamenteuse (CM) a été mise en place pour les patients bénéficiant de l'intervention de l'équipe mobile de sécurisation de sortie. Lors de l'expérimentation de la CM de sortie, la mise à disposition d'une fiche de CM a facilité la gestion des traitements par le patient. Elle a apporté une visibilité et une lecture simplifiée des posologies et des moments de prises, permit de répertorier toutes les ordonnances en cours (médecins généraliste et spécialiste) et a donné la possibilité au patient de continuer à utiliser ses traitements habituels au domicile même en cas de changement de nom de spécialité sur l'ordonnance de sortie suite aux substitutions des traitements à l'hôpital.
De plus, selon l'HAS, la CM permet une réduction du coût global grâce à la diminution des erreurs médicamenteuses et des hospitalisations.
Une évaluation au niveau national de l'expérimentation PAERPA a fait la démonstration d'un effet modeste mais significatif pour réduire les risques de iatrogénie... (IRDES – n° 252 novembre 2020).

Inscrite dans le PRS, la démarche régionale d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé (projet OPECM-SA), basée sur la pharmacie clinique, comporte un volet sanitaire et un volet médico-social. Elle a été initiée en 2012, à titre expérimental, au sein d'un premier territoire : CH Annecy Genevois et EHPAD de la filière gérontologique (FG) Annecy/Rumilly/Saint julien/Pays de Gex/Bellegarde (37 EHPAD).
Principaux objectifs :

- prévenir l'iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé notamment en EHPAD
- renforcer le lien ville/hôpital – hôpital/ville

Il s'agit d'une démarche structurée (COPIL, comité scientifique) associant les représentations professionnelles (URPS médecins et pharmaciens, conseil départemental de l'ordre des médecins et conseil régional de l'ordre des pharmaciens).

Dans le cadre de cette démarche de nombreux outils d'accompagnement ont été élaborés [grilles d'audits (prescription médicamenteuse et circuit du médicament) ; livret ; outil d'aide à l'optimisation de la PECM du sujet âgé ; listes préférentielles gériatriques ; présentation de la règle des 5B ; médicaments et dispositifs médicaux destinés à des soins urgents en EHPAD].

À ce jour, elle est en déploiement sur deux nouveaux territoires :

- depuis 2017 le CHU Grenoble Alpes et les EHPAD de la FG bassin sud Isère (48 EHPAD) ;
- depuis 2021 (démarrage) : le CHU de St Etienne et EHPAD de la FG du bassin stéphanois (27 EHPAD).

Objectifs :

Objectifs généraux :

Dans le cadre des orientations de la loi « Ma santé 2022 » dont l'un des axes de travail prioritaires est « la qualité de la pertinence des actes » avec le développement de parcours de soins :

➢ Diminuer la iatrogénie médicamenteuse chez les patients vulnérables en améliorant la pertinence des pratiques de prescription notamment par une réduction de la polymédication. La polyprescription étant un facteur prédictif d'hospitalisation de la personne âgée, l'objectif est de diminuer ce risque majeur ;

➢ Développer la coopération interprofessionnelle et décloisonner les secteurs de ville et hospitaliers sur un territoire défini ;

➢ Promotion de la prévention primaire voire secondaire (dans le cas d'hospitalisation pour accident iatrogène).

Le projet devra s'inscrire en complémentarité de l'existant et des projets déjà développés sur le territoire considéré et éviter toute redondance d'actions.

Objectifs opérationnels :

Constituer un groupe de travail, espace d'échanges avec des professionnels de santé du secteur de ville (médecin généraliste et pharmacien d'officine) et du secteur hospitalier (gériatre et pharmacien hospitalier) afin de développer dans le cadre d'un parcours ville-hôpital-ville, des éléments structurants autour de trois axes :

- 1er axe : mobiliser les professionnels de santé du premier recours d'un même territoire au sein de rencontres pluri professionnelles, autour de revues de prescriptions ;
- 2ème axe visant le secteur hospitalier : développer la pharmacie clinique autour des patients ciblés : la conciliation médicamenteuse à l'entrée d'hospitalisation, à la sortie ainsi que l'analyse pharmaceutique ; Cet objectif sera à adapter en fonction du niveau déjà acquis par l'établissement concerné ;
- 3ème axe (transversal) : Renforcer le lien ville-hôpital afin de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient aux points charnières de son parcours notamment lors de la sortie d'hospitalisation et notamment :

- Porter une vigilance particulière à la transmission des informations relatives à la prescription (outre la transmission de la lettre de liaison) entre professionnels de santé et avec les patients ;
- S'inscrire dans la dynamique du « Ségur numérique » visant à accroître les échanges entre professionnels de santé des secteurs hospitaliers et de ville, par la mise à disposition des outils numériques adéquats.

Dans ce cadre, il pourra être proposé aux ES volontaires de contractualiser sur les indicateurs régionaux relatifs aux médicaments potentiellement inappropriés (MPI) et à la pharmacie clinique.

Les cibles :

- Populationnelle : patient de 75 ans et plus, ne résidant pas en EMS, avec une hospitalisation en court séjour, polymédiqués (> 8 molécules distinctes prescrites pour une durée de traitement supérieure ou égale à 6 mois)
- Expérimentation sur un ou plusieurs micro territoires impliquant CPTS ou MSP (médecins traitants, spécialiste et pharmacien d'officine) et un CH volontaire (idéalement gériatre et pharmacien clinicien). Le nombre de structures impliquées restera restreint.

- Le (ou les) territoire(s) les plus aptes à accueillir le projet, en fonction :
  - du taux de PA de plus de 75 ans ;
  - du degré de maturité des CPTS (actions déjà menées sur le territoire, disponibilité...) ;
  - de la dynamique des CH sur ces territoires ;
  - de la présence sur le(s) territoire(s) identifié(s) de facteurs favorisants : filière gériatrie etc.
  - des informations issues de l'indicateur composite « médicament potentiellement inapproprié » du nouveau CAQES.

- Trois groupes de médicaments sont principalement impliqués dans la iatrogénie :
  - les médicaments à visée cardiovasculaire (anti coagulant principalement) ;
  - les psychotropes sont la deuxième classe thérapeutique la plus iatrogène en gériatrie après les médicaments à visée cardiovasculaires (enquête Omédit des Pays de la Loire 2020) ;
  - les analgésiques et anti-inflammatoires.

Pourraient également être intégrés à la réflexion :

- les médicaments identifiés à risque (insuline, HBPM...)
- les alertes iatrogéniques les plus évidentes telles que mentionnées par la HAS, par exemple : ciblage des prescriptions avec 2 anti hypertenseurs ;
  ciblage des prescriptions avec 2 IEC ;
  ciblage des prescriptions avec deux psychotropes

Il s'agit de propositions non contraignantes susceptibles d'évolution au fur et à mesure des réflexions du groupe de travail.

Les outils :

- ✓ Etablir un recensement d'outils dans diverses régions dans le cadre de projets autour de l'optimisation du processus de prescription ;
- ✓ Expériences régionales des professionnels de santé autour de la prise en charge médicamenteuse, exploitables dans la construction de ce projet ;
- ✓ Déclinaison régionale d'expérimentations nationales (terminées ou en projet) sur lesquelles une capitalisation est à envisager (PAERPA, ICOPE…)

Le calendrier :

Considérant qu'il ressort notamment de l'expérimentation PAERPA que le contexte local constitue un élément majeur dans la réussite d'un projet et au regard de l'engagement actuel des CPTS et des établissements de santé dans la gestion de la crise sanitaire, une sollicitation dans cette période pourrait être mal comprise et contreproductive.

Prévisionnel :

Etat des lieux : fin 2021

Début des travaux du groupe de travail : fin 2021 ou janvier 2022

Durée des travaux du groupe : environ 6 mois

Suivi et bilan :

Mesures d'impact des actions menées par le biais de :

- la construction d'indicateurs adaptés au secteur de ville et au secteur hospitalier [notamment le suivi des taux de MPI et de la polyprescription (cf l'indicateur composite régional du nouveau CAQES*) dans les deux secteurs]
- un indicateur relatif à l'évolution des échanges d'informations par la voie numérique entre l'hôpital et la ville dans le cadre par exemple, de la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation.

*cet indicateur régional portera sur les prescriptions de médicament potentiellement inapproprié (MPI) chez la personne âgée, se déclinera en sous-indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

ANNEXE 8

FICHE ACTION PERTINENCE DES ACTES ET DES PARCOURS

« Prévention de la dénutrition chez la personne-âgée à domicile »

Contexte :

La dénutrition de la personne âgée constitue une des conséquences du vieillissement de la population. Selon la HAS, elle est un facteur de risque d'accroissement de la morbidité et de la mortalité, quelles que soient les pathologies sous-jacentes, même chez les sujets en surpoids ou obèses. Le risque de chutes, de fractures, d'hospitalisation, d'infections nosocomiales, de dépendance et de décès est augmenté.
Parallèlement, les interventions nutritionnelles auprès de personnes âgées dénutries ou à risque de dénutrition ont montré un effet positif sur le statut nutritionnel et une réduction du risque d'hospitalisation chez les sujets vivant à domicile, de complications à l'hôpital et de réadmission après la sortie.
La part des personnes âgées hospitalisées pour des conséquences de dénutrition est estimée à près de 40% et la HAS estime que 4 à 10% des personnes âgées vivant à domicile sont potentiellement concernées par ce risque.

Par ailleurs, la prévention et le traitement de la dénutrition constituent une des priorités de santé publique ayant motivé la mise en place des phases successives du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Un des objectifs du PNNS 4 (2019-2023) est de réduire le pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution, de 15% au moins pour les + de 60 ans et de 30% au moins pour les + de 80 ans. Deux actions du PPN4 ont pour objectifs de prévenir la dénutrition (objectif 17): en sensibilisant le grand public et les professionnels à cette pathologie (mise en place une semaine nationale de la dénutrition...) et en favorisant le dépistage précoce de la dénutrition chez les séniors (plus de 70 ans).

Les problèmes bucco-dentaires (pathologies infectieuses, édentation...) représentent des situations à risque de dénutrition, puisqu'un rapport direct de causalité a été établi entre les problèmes buccaux et la malnutrition des personnes âgées.

Il nous faut tenir compte de la nouvelle **stratégie globale pour prévenir la perte d'autonomie 2020-2022 mise en place par notre ministère,** qui prévoit l'expérimentation nationale d'un dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge à partir de la démarche ICOPE (Integrated Care for Older PEople) de l'OMS, à partir de 60 ans.

A partir du constat d'un fonctionnement encore trop centré sur une approche « sanitaire » des personnes âgées basée sur l'identification des maladies et leur traitement, **le concept de fragilité** a été développé. Le concept de fragilité et les démarches de son repérage ont permis d'évoluer vers une approche préventive en amont de la perte d'autonomie.
Sa démarche est centrée sur cinq grandes fonctions déterminantes pour l'autonomie des personnes : la locomotion, **l'état nutritionnel**, la santé mentale, la cognition et les capacités sensorielles. Le programme prévoit une évaluation complémentaire de l'environnement physique et social (logement, aidants, entourage...).
Le programme cherche à mobiliser la participation de professionnels de première ligne en coopération avec les médecins traitants pour un dépistage au plus près des personnes dans une **démarche d'« aller vers » jusqu'au plan de soins dans un parcours intégré.** Des outils de dépistage et d'évaluation, un algorithme définissant la conduite à tenir et des messages d'information sont proposés pour chaque dimension. Il permet d'**outiller les professionnels**, en premier lieu les médecins généralistes, pour une **approche préventive structurée** et de leur adjoindre l'appui d'autres professionnels. Une adaptation du programme ICOPE au territoire français est en cours au travers d'un AMI lancé par le secrétariat général du ministère.

Diagnostic régional:

Selon les données INSEE publiées le 6/02/2021, en Auvergne-Rhône-Alpes, la part des personnes âgées de 60 à 74 ans était en 2017 de 16% (~1.3 M) de la population régionale et celle des 75 ans de 9.3% (~750 000). Ces proportions et nombres sont en augmentation d'un recensement à l'autre.

Les caractéristiques de la population attendue selon les données préliminaires analysées par le Gérontopole de Toulouse expérience ICOPE1 (1747 patients analysés jusqu'au 30 septembre 2020) sur les dépistages effectués : Age 73.7 ans en moyenne, 61% de femmes

- 6% : pas de diminution de capacité intrinsèque

- 18%: 1 capacité intrinsèque altérée

- 52,5 % ≥ 3 capacités intrinsèques diminuées

Les altérations fonctionnelles les plus fréquentes sont: vision (74%) mémoire (58%) audition (48%) thymique (36%) mobilité (33%) nutrition (18%).

[1] Extrait du projet AMI ICOPE HCL

Objectifs et résultats attendus :

Objectifs généraux :

Promouvoir la mise en place à l'échelle territoriale d'un dispositif de dépistage de la fragilité, de prise en charge interdisciplinaire et pluri-professionnelle de la personne âgée autour d'une collaboration ville-hôpital afin de prévenir la dénutrition et par voie de conséquence, la réhospitalisation notamment.

Objectifs opérationnels :

Trouver un compromis réaliste entre le concept de fragilité (5 fonctions) et de dénutrition (en incluant le dépistage bucco-dentaire) qui pourrait être faire l'objet de l'expérimentation en 2022-23 ;

Etre rapidement mis en œuvre avec les acteurs du premier recours en attendant les résultats des expérimentations ICOPE à l'échelle de 4 à 5 ans.

Mobiliser peu de moyens financiers ou utiliser ceux du droit commun (ACI).

Impliquer un ou deux micro territoires identifiés en fonction du taux de population âgée; le projet devra associer une CPTS du territoire suffisamment mature pour s'engager et, en tant que de besoin, s'appuyer sur le centre hospitalier référent de la CPTS, avec idéalement une activité de gériatrie.

La cible:

Sujets âgés de 70 ans et plus vivant à domicile

Les actions :

Elles pourraient consister:

- Dépistage par le premier recours de la fragilité de la PA (test ICOPE) plus dépistage bucco-dentaire (test à trouver), un suivi régulier du poids
- Un bilan nutritionnel initial (MG/ spécialistes) ?
- Déterminer les traitements pouvant être mise en place par le médecin traitant (complément nutritionnel, prescription APA).
- En s'appuyant sur les compétences des acteurs du territoire, en lien avec l'établissement hospitalier d'appui, lien avec le DAPAP, la mise en place de consultations avec un nutritionniste (CPTS/hôpital), bilan activité physique adapté ou autre bilan en fonction des troubles fonctionnels dépistés……

Les outils :

- Recommandation HAS 2007, en révision. L'HAS a publié le 19 mars 2020 une note de cadrage pour le diagnostic de la dénutrition de la personne âgée.
- La généralisation des téléconsultations, l'arrivée et la banalisation de l'usage d'outils connectés.
- Une capitalisation :
    - Sur l'expérience du PAERPA
    - Potentiellement sur d'autres expérimentations à partir de la démarche ICOPE au titre de "l'article 51", impliquant 2 projets retenus dans la région dans le cadre de l'AMI national (CNAMTS-Ministère santé) celui de la CPTS de Mauriac pour la mise en œuvre d'un dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge, et le projet piloté par l'institut du vieillissement porté par les HCL de Lyon impliquant les CPTS Vénissieux, CPTS des Monts du Lyonnais et la MSP de St Priest.
    - La présence dans la région du collectif national dénutrition (CHU Grenoble)

Calendrier de mise en œuvre :

Les CPTS et les établissements de santé étant fortement engagés sur les actions liées au Covid, une sollicitation dans cette période serait contreproductive. Il n'en demeure pas moins qu'un repérage des ambitions et projets territoriaux peut s'engager sans tarder.
Cela implique la constitution d'un groupe de travail et la désignation d'un pilote.
Le groupe de travail constitué est MG URPS, URPS infirmier ?, CROM AURA Pr Thieblot (Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition), plus la consultation d'expert (Collectif national semaine Dénutrition), enseignant MG, les lieux d'expériences sur le sujet (CPTS Mauriac...).

Ecriture du plan d'action décembre 2021 avec rencontres avec les différents experts.
Plan d'action : 2022-23

Critères d'évaluation du projet et indicateurs de suivi:

La note de cadrage HAS précitée sera facilitante.
Les indicateurs régionaux de suivi ainsi que les modalités d'une évaluation finale sont à définir.

Bilan et perspectives :

Suite aux résultats de l'évaluation, une extension de l'expérimentation dans d'autres territoires de la région sera à envisager le cas échéant.