# **P**lan d'**A**ctions **P**luriannuel **R**égional d'**A**mélioration de la **P**ertinence des **S**oins **2016-2019**

## **R**égion **P**ays **d**e la **L**oire

© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

# Sommaire

Préambule ..... 5

Un nouveau contexte réglementaire ..... 6

Diagnostic de la situation régionale ..... 7

Chiffres clés de la région Pays de La Loire ..... 8

Un potentiel de développement de l'ambulatoire ..... 11

Une pertinence du recours aux soins à analyser ..... 12

L'évaluation des bonnes pratiques professionnelles ..... 15

Des parcours de santé à optimiser ..... 17

Les domaines d'actions prioritaires ..... 21

AXE 1 - Accompagner le développement de l'ambulatoire et la pertinence des modes de prise en charge ..... 22

Chantier 1 - Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire en encourageant la dynamique existante en PDL ..... 22

Chantier 2 - Accompagner le virage ambulatoire en médecine ..... 22

Chantier 3 - Accompagner le virage ambulatoire en psychiatrie ..... 23

Chantier 4 - Accompagner le virage ambulatoire en SSR ..... 23

AXE 2 - Veiller à la pertinence des actes et des pratiques ..... 24

Chantier 5 - Pertinence des actes et analyse des pratiques (prenant appui sur l'analyse du taux de recours) ..... 24

Chantier 6 - Pertinence des actes d'imagerie, de biologie médicale et d'examens préanesthésiques ..... 24

Chantier 7 – Qualité et sécurité des soins ..... 24

AXE 3 - Veiller à la pertinence des séjours ..... 26

Chantier 8 – Accompagnement des établissements dans l'analyses des inadéquations hospitalières en SSR et en court séjour de Médecine ..... 26

Chantier 9 – Analyse du recours aux services d'urgence ..... 26

AXE 4 - Renforcer la pertinence des prescriptions et de l'utilisation des produits de santé ..... 27

Chantier 10 – Evaluation du bon usage des médicaments par l'analyse des prescriptions hors référentiels et des pratiques décisionnelles partagées entre pairs ..... 27

Chantier 11 – Promotion et accompagnement de la mise en œuvre des EPP régionales ..... 27

Chantier 12 – Bon usage et conformité de la prescription au regard des CBU (ATB, liste en sus…) ..... 28

Chantier 13 – Amélioration de l'observance des traitements médicamenteux ..... 28

AXE 5 - Favoriser les parcours de soins les plus pertinents sur le plan médico-économique ..... 29

Chantier 14 – Pertinence des prises en charge suite à intervention orthopédique ..... 29

Chantier 15 – Parcours de santé des patients en IRC ..... 29

Chantier 16 - Développement et recours pertinent à l'HAD, dans le cadre d'une substitution à l'hospitalisation complète ..... 30

Chantier 17 – Coordination ville-hôpital dans la continuité de la prise en charge médicamenteuse ..... 30

Chantier 18 – Analyse des hospitalisations potentiellement évitables (HPE) ..... 30


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

ANNEXE ..... 31
Les modalités de mise en œuvre de la contractualisation tripartite et de mise sous accord préalable, entre l'ARS, l'assurance maladie et les établissements de santé ..... 31
Le contrat d'amélioration de la pertinence des soins – CAPS ..... 32
La procédure de mise sous accord préalable - MSAP ..... 33


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

# Préambule

Dans le cadre du Pacte de responsabilité et des objectifs de réduction des déficits publics, la croissance des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) doit être ramenée à 2% puis 1.75% entre 2015 et 2017. Alors que la croissance 'mécanique' des dépenses de santé, tirée principalement par le progrès technologique se situe plutôt au double, cette perspective est un véritable défi pour le système de santé.

L'adaptation de la réponse aux besoins de santé de la population impose une démarche exigeante en termes de qualité des pratiques, de performance des organisations de santé et d'efficience collective des acteurs pour que notre système solidaire d'assurance maladie trouve la voie d'un équilibre financier durable.

Or, l'analyse des actes et des pratiques, des processus de soins, l'étude des trajectoires de prise en charge des patients révèlent des marges de progrès pour la qualité des soins et l'efficience des dépenses de santé.

Ces enjeux exigent la construction d'une **vision partagée** par l'ensemble des acteurs de santé autour de la pertinence et des perspectives d'actions.

Selon l'Académie Nationale de Médecine,

> *« La pertinence est la qualité de ce qui est approprié à son objet. L'acte médical pertinent est celui qui convient au malade à un moment donné, c'est le plus adapté et le plus efficace. L'objectif final est d'améliorer l'état de santé du malade et de limiter les risques et les contraintes. La stratégie médicale pertinente consiste à prescrire et à programmer chacun des actes dans un ordre approprié, adapté à chaque situation clinique compte tenu des disponibilités des ressources de santé dans un esprit d'efficience, qu'il s'agisse du diagnostic ou de la thérapeutique. La pertinence des stratégies médicales s'insère dans le contexte général de la pertinence des soins qui inclut d'autres paramètres échappant aux seules responsabilités médicales. Elle est la base de la médecine sobre qui dans une approche humaniste soigne mieux au meilleur coût.»*

Selon la HAS, par analogie aux critères CRIB (Choix, Risque, Impracticality – manque d'esprit pratique, Bénéfices) du NICE[1], une pratique appropriée est une pratique qui respecte au moins quatre principes fondamentaux :

- La bienfaisance : efficacité et utilité
- La non malfaisance : iatrogénie et inutilité
- L'autonomie du patient : information et décision partagée
- La justice sociale : soutenabilité et égalité d'accès aux soins.

Pour sa part, le conseil scientifique de la CNAMTS retient que la pertinence doit répondre aux critères suivants :

- Le bon soin au bon patient
- Un bénéfice attendu supérieur au Risque
- Dépenser à bon escient, équitablement, c'est-à-dire
    - Ni trop : injuste en budget contraint
    - Ni trop peu: inégalités, pertes de chance
    - Ni mal : le risque est infini si l'acte est inutile »

Ainsi, la pertinence couvre ce qui est fait à tort mais aussi ce qui n'est pas assez fait.

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

1 NICE (National Institut for Health and care Excellence)


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

# Un nouveau contexte réglementaire

Considérant que l'amélioration de la pertinence des soins est un enjeu fort pour la qualité de notre système de soins et l'efficience des dépenses de santé et que les démarches menées en ce sens doivent désormais être intensifiées et rassemblées dans une politique plus globale s'appuyant sur des objectifs précis, l'article 58 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 instaure un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins.

Le Décret 2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé :

- Précise le contenu du **plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS)** ainsi que ses modalités d'élaboration et d'évaluation :
  - Le diagnostic de la situation régionale
  - Les domaines d'action prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé
  - La déclinaison des actions qui seront menées en précisant le calendrier et les moyens mobilisés pour leur mise en œuvre
  - Lorsque les actions mentionnées impliquent un ciblage des établissements de santé, les critères permettant d'identifier :
    - Les établissements faisant l'objet du contrat d'amélioration de la pertinence des soins, notamment ceux dont les contrats comportent des objectifs quantitatifs ;
    - Les établissements faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable

    En ce sens, le décret précise le contenu et la procédure de mise sous accord préalable ou de conclusion du contrat tripartite d'amélioration de la pertinence des soins, signé entre l'établissement de santé, l'agence régionale de santé et l'organisme local d'assurance maladie.
    (Cf. Annexe - Les modalités de mise en œuvre de la contractualisation tripartite et de mise sous accord préalable entre l'ARS, l'assurance maladie et les établissements de santé).
  - Les modalités de suivi et d'évaluation de chacune des actions mentionnées.

La préparation, le suivi et l'évaluation du plan d'actions et ses révisions sont effectués par la commission régionale de gestion du risque, après consultation de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins.

Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé pour une durée de quatre ans, après avis de la commission régionale de gestion du risque siégeant en formation plénière. Il est révisé chaque année dans les mêmes conditions.

- Instaure une **instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS)**

Cette instance concourt à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche.

Elle est consultée sur le projet de plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, lors de sa préparation, de sa révision et de son évaluation. Le directeur général de l'agence régionale de santé lui communique chaque année la liste des établissements de santé ayant été ciblés pour une contractualisation tripartite ou une MSAP ainsi qu'une synthèse des résultats de l'évaluation de la réalisation des objectifs des contrats.

L'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins associe étroitement les professionnels de santé, les représentants des usagers et les fédérations hospitalières à la démarche d'amélioration de la pertinence des soins. Ces membres sont nommés par le directeur général de l'ARS.

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


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

# Diagnostic de la situation régionale


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

# Chiffres clés de la région Pays de La Loire

Avec **3,7 millions d'habitants**, la région Pays de la Loire représente 5,6% de la population nationale.

En 2014, les dépenses de santé s'élèvent à **9,7 Mds €,** en croissance sur une année de +2,6%.

| | Pays de la Loire | Rang | National |
|---|---|---|---|
| **Démographie** | 3,6 millions d'habitants soit 5,6% de la population nationale | 5ème région | 63,7 millions d'habitants |
| **Dépenses de santé** | 9,7 Mds € soit 5,0 % des dépenses nationales | 5ème région | 194,3 Mds € |
| **Dépenses par habitant** | 2 640 € / habitant | | 3 052 € / habitant |

*Les publications de l'ARS*

## LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Dans les Pays de la Loire, le **nombre total de médecins en activité libérale ou salariée est passé de 8 741 en 2001, à 10 565 en 2015 (+20,9%)**. Le département de la Loire-Atlantique enregistre la plus forte hausse (30,6%) tandis que les départements de la Mayenne et de la Sarthe comptabilisent les plus faibles hausses (respectivement 6,7% et 6,6%).

| PROFESSIONNELS DE SANTE | PAYS DE LA LOIRE | 44 | 49 | 53 | 72 | 85 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Médecins généralistes | **5 315** | 2 200 | 1 211 | 352 | 703 | 849 |
| Médecins spécialistes | **5 250** | 2 372 | 1 327 | 267 | 669 | 615 |
| **Ensemble des médecins** | **10 565** | 4 572 | 2 538 | 619 | 1 372 | 1 464 |
| Chirurgiens dentistes | **2 013** | 912 | 396 | 121 | 232 | 352 |
| Infirmiers | **29 626** | 10 815 | 7 449 | 2 427 | 4 432 | 4 503 |
| Masseurs kinésithérapeutes | **3 852** | 1 804 | 747 | 204 | 438 | 659 |

Exerçant à titre libéral ou salarié au 01.01.2015 (Département d'inscription à l'ordre des médecins)
Sources : DREES, ADELI, FINESS, ASIP-RPPS, traitements DREES ; INSEE, estimations de population 2014 ; ARS

Avec une **densité moyenne de 254,8 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants**, la région Pays-de-la-Loire fait partie des régions ayant une densité faible. La situation est fortement contrastée entre départements : la Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire ont des densités proches de la moyenne nationale. En revanche, dans les trois autres départements, les densités sont nettement inférieures.

| | Densité en activité régulière | | Généralistes | | Spécialistes | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Département** | **2015** | **2020** | **2015** | **2020** | **2015** | **2020** |
| Loire-Atlantique | 313,4 | 324,7 | 142,5 | 144,1 | 170,9 | 182,1 |
| Maine et Loire | 291,4 | 300,4 | 134,1 | 132,9 | 157,3 | 169,3 |
| Mayenne | 186,1 | 181,2 | 105,3 | 100,6 | 80,9 | 83,3 |
| Sarthe | 211,7 | 203,9 | 104,8 | 97,2 | 106,9 | 108 |
| Vendée | 221,6 | 221 | 127,1 | 124,5 | 94,5 | 98 |

Source : Atlas régional de la démographie médicale – Conseil de l'Ordre

En application des dispositions de l'article R 4127-85 du code de la santé publique, l'activité régulière détermine, comme lieu habituel d'exercice du médecin, sa résidence professionnelle, au titre de laquelle, il est inscrit sur le tableau du Conseil Départemental conformément à l'article L 4112-1 du CSP.


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

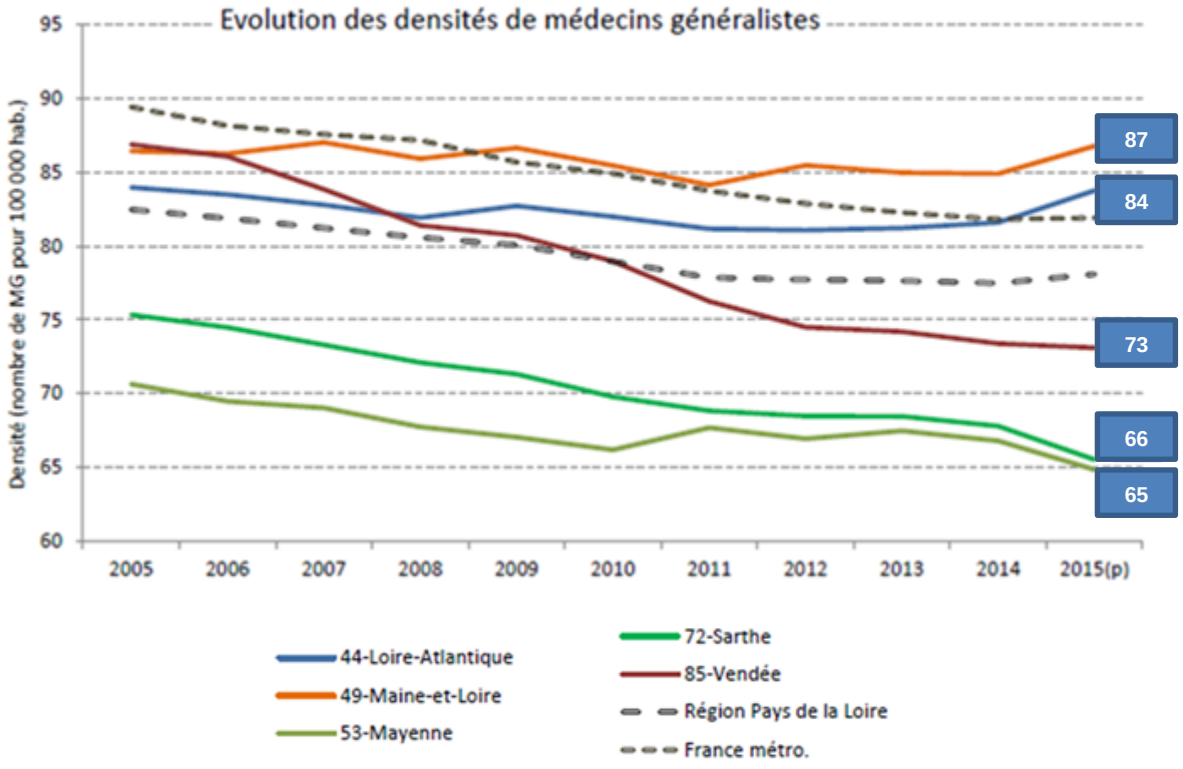
**En activité libérale ou mixte, la région compte 3 693 généralistes et 2 604 spécialistes libéraux en 2015**. Les densités les plus faibles sont observées dans le département de la Mayenne.

| PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX OU MIXTE | PAYS DE LA LOIRE | 44 | 49 | 53 | 72 | 85 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Médecins généralistes** | | | | | | |
| nombre | **3 693** | 1 550 | 875 | 237 | 465 | 566 |
| densité | **100** | 115 | 109 | 77 | 82 | 85 |
| **Médecins spécialistes** | | | | | | |
| nombre | **2 604** | 1 174 | 605 | 138 | 373 | 314 |
| densité | **71** | 87 | 75 | 45 | 65 | 47 |
| **Ensemble des médecins libéraux** | | | | | | |
| nombre | **6 297** | 2 724 | 1 480 | 375 | 838 | 880 |
| **Chirurgiens dentistes** | | | | | | |
| nombre | **1 843** | 834 | 373 | 106 | 207 | 323 |
| densité | **50** | 62 | 46 | 34 | 36 | 49 |
| **Infirmiers** | | | | | | |
| nombre | **3 398** | 1 253 | 744 | 319 | 429 | 653 |
| densité | **92** | 93 | 92 | 103 | 75 | 99 |
| **Masseurs kinésithérapeutes** | | | | | | |
| nombre | **3 114** | 1 474 | 600 | 161 | 320 | 559 |
| densité | **84** | 110 | 75 | 52 | 56 | 84 |

En exercice au 01.01.2015 : nombre et densité pour 100 000 habitants (Département d'inscription à l'ordre des médecins)

Sources : DREES, ADELI, ASIP-RPPS traitements DREES ; ARS

En terme de **densité de médecins généralistes**, l'étude Assurance Maladie « Médecins traitants dans les Pays de la Loire » de Février 2016 montre une évolution défavorable pour les territoires déjà mal pourvus.





© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

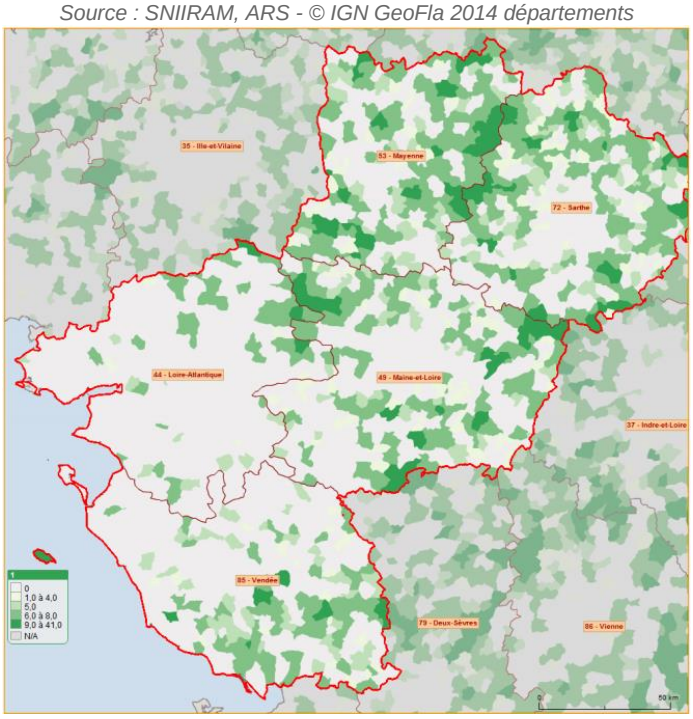
Par ailleurs, **l'accès spatial aux soins de premier** recours est assez hétérogène.

Les temps d'accès les plus courts aux soins concernent principalement les aires urbaines des grandes agglomérations de la région et le littoral.
Inversement, les temps d'accès les plus longs concernent les territoires ruraux de la Mayenne et de la Sarthe, mais également quelques territoires au nord de la Loire-Atlantique, au nord et à l'est du Maine-et-Loire, et au Sud-est de la Vendée.

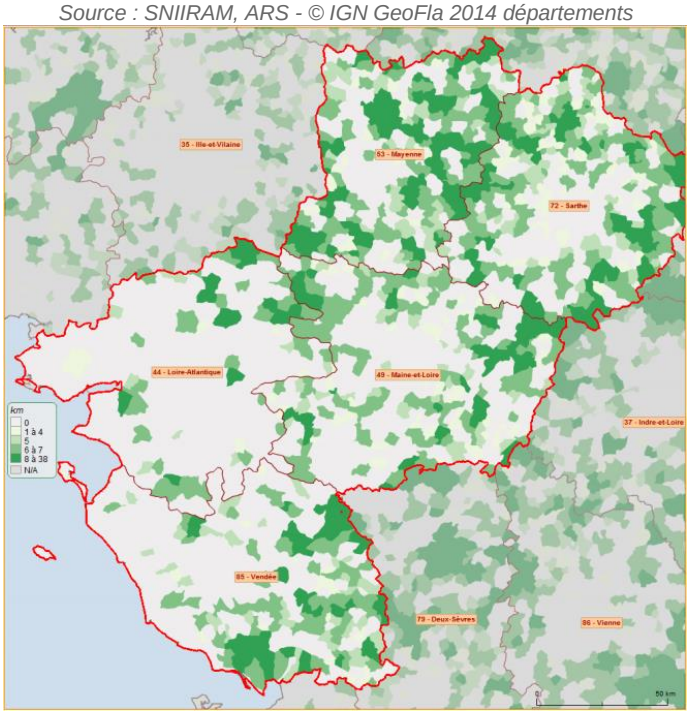
C@rtoSanté — L'offre et le recours aux soins en un clic ! — Cartographie ars Soin de 1er recours

***Guide de lecture*** : en foncé, les communes où les médecins généralistes les plus proches sont installés à plus de 9 mn de trajet.

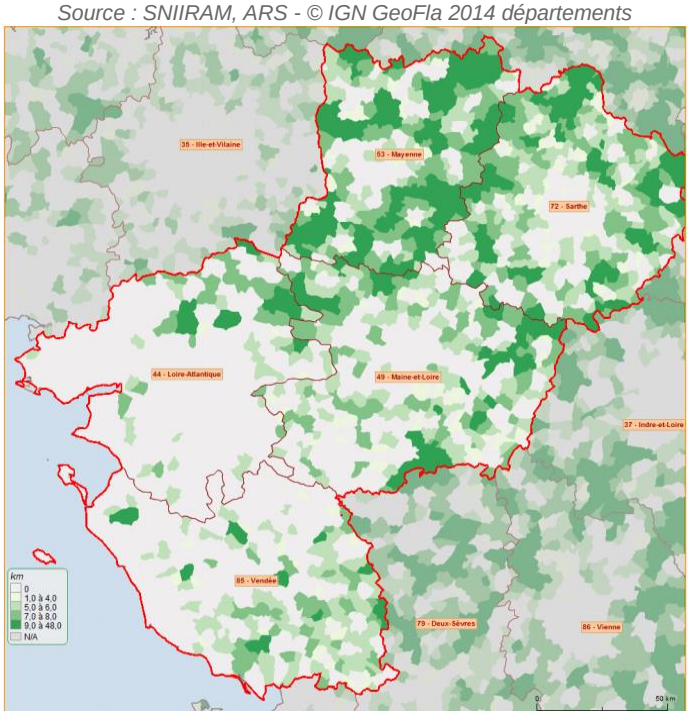
**Distance (km) au plus proche médecin généraliste, 2014**
*Source : SNIIRAM, ARS - © IGN GeoFla 2014 départements*




**Distance (km) au plus proche infirmier, 2014**
*Source : SNIIRAM, ARS - © IGN GeoFla 2014 départements*




**Distance (km) au plus proche masseur-kiné, 2014**
*Source : SNIIRAM, ARS - © IGN GeoFla 2014 départements*





© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

# Un potentiel de développement de l'ambulatoire

### UN TAUX GLOBAL DE CHIRURGIE AMBULATOIRE SATISFAISANT EN REGION

L'ARS Pays de la Loire s'est très tôt positionnée pour faire de la chirurgie ambulatoire, définie comme une hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, un levier majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins. L'enjeu est inscrit dans les orientations du SROS-PRS (2011-2016) des Pays de la Loire comme chirurgie « qualifiée et substitutive », alternative à l'hospitalisation complète.
Alors qu'en 2009, la région présente un taux global de chirurgie ambulatoire de 35,4 %, se situant ainsi au 11ème rang national, à fin 2015, le taux global de chirurgie ambulatoire en Pays de la Loire, est de 54,4% (Vs 52,2% France entière), ce qui la place au 3ème rang national.

De 2010 à 2015, la dynamique de croissance a été particulièrement soutenue en Loire-Atlantique et en Mayenne. Certains établissements ont connu une évolution de plus de 15 points sur cette période.
La situation demeure assez hétérogène entre département avec des taux allant de 49,4% pour la Sarthe à 57,6% pour la Loire-Atlantique.

L'objectif de taux de chirurgie ambulatoire fixé pour la région à horizon 2020 est de 69% (Vs 65,5% France entière), sachant que les Pays de la Loire sont une des régions avec le plus fort potentiel de développement.

### UNE EVOLUTION INEGALE DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE SELON LES ETABLISSEMENTS

Ainsi,
- 22 établissements affichent un taux supérieur à leur cible,
- dont 11 avec un écart supérieur à +2 points. A l'inverse, 18 établissements restent au-dessous de leur cible.

Le potentiel régional de développement représente encore 20 % des séjours :
- 15 établissements de santé, dont 11 ex-OQN, détiennent 68% du potentiel de développement
- les établissements de Loire Atlantique détiennent 46% du potentiel de développement.

### UNE ANALYSE DES GESTES MARQUEURS ENTRE CIBLES NATIONALES ET REGIONALES

Afin d'encourager le développement des opérations chirurgicales courantes en ambulatoire, le taux de chirurgie ambulatoire concernant une liste de 55 gestes marqueurs, établie au niveau national avec les sociétés savantes, est plus particulièrement suivi. Ce suivi s'intéresse notamment aux hôpitaux et cliniques qui présentent un fort potentiel dans ce domaine.

Le taux global de chirurgie ambulatoire sur ces 55 gestes marqueurs en 2014 était de 77,4% en région, inférieur d'environ 1 point au taux national.

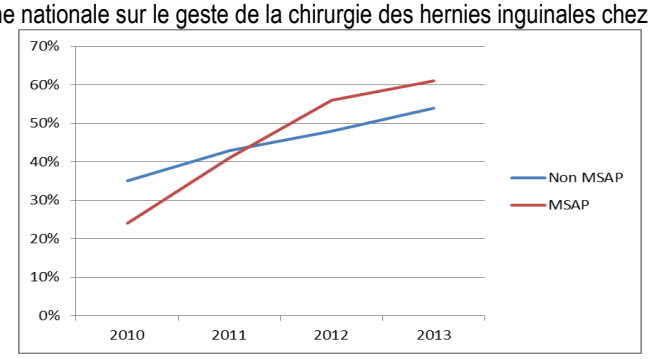
Les principaux gestes avec taux inférieurs aux nationaux portent sur la chirurgie de la main, l'ophtalmologie (glaucome, strabisme), l'urologie (vessie, urètre) et la chirurgie des hernies de l'enfant.

Toutefois de fortes variations existent entre les établissements, y compris sur des gestes fréquents. Par exemple :
- 79% pour le taux de chirurgie ambulatoire le plus bas de la région en 2015 sur la chirurgie du cristallin contre 99% pour le plus élevé ;
- de 69% à 100% sur les extractions dentaires ;
- de 74% à 97% pour la chirurgie des varices.


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

Pour leur part, les procédures de mise sous accord préalable de l'Assurance maladie ont contribué à l'essor de la chirurgie ambulatoire, tout particulièrement pour les gestes moins développés initialement comme la chirurgie des hernies.

Suivi de la campagne nationale sur le geste de la chirurgie des hernies inguinales chez l'adulte depuis 2011.




*Les publications de l'ARS*

# Une pertinence du recours aux soins à analyser

### UNE CONSOMMATION ELEVEE D'ACTES CHIRURGICAUX EN PAYS DE LA LOIRE

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

**La démarche mise en place au niveau national** vise à construire une approche structurée globale de la pertinence des soins et à développer les outils indispensables à son amélioration.

Elle s'appuie principalement sur le développement d'outils d'amélioration continue des pratiques professionnelles issus des travaux de la Haute Autorité de Santé (HAS), et la priorisation des actions est déterminée sur la base de plusieurs critères, principalement : la dispersion des taux de recours, la dynamique d'activité, le nombre de séjours concernés, le poids financier associé.

Sur la base de ces critères, 33 activités sont identifiées par l'ATIH. A partir de cette sélection, deux autres critères ont été pris en compte, pour établir le programme des travaux HAS

- la faisabilité d'élaboration des référentiels de bonne pratique par la HAS
- et l'opérationnalité de ces référentiels pour être en mesure ensuite d'identifier les pratiques non pertinentes.

Ainsi, en 2015, six activités sont ciblées et accompagnées nationalement : Chirurgie du canal carpien, Appendicectomies, Amygdalectomies, Chirurgie bariatrique, Thyroïdectomies et Cholécystectomies.

**En Pays de la Loire**, la consommation des séjours chirurgicaux ainsi que la dynamique de son évolution sont supérieures à la moyenne nationale. La région se situe en 5ème position en termes de consommation. Cet écart se creuse encore en 2014. La région affiche un différentiel de 5,3 séjours pour 1 .000 habitants, avec le taux national, avec un taux de 88,1 en 2014.

Par ailleurs, au niveau régional, l'analyse des taux de recours met en exergue **trois « atypies »**, notamment au regard d'un taux de recours supérieur de plus de 20% au taux national : Drains transtympaniques, Affections des dents et de la bouche et Chirurgie du rachis.

L'ARS observait, dès 2011, que la chirurgie ORL et stomatologique, et en particulier la pose de drains transtympaniques, est réalisée presque exclusivement par le secteur privé lucratif. Une étude publiée par la revue « réflexions hospitalières » en 2009, soulignait que la pose de drains est d'autant plus fréquente que l'activité ORL n'est pas très soutenue.


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

Concernant les affections de la bouche et des dents, la région présente un taux de recours de près de 2 points supérieur au taux national (taux quasi identiques de 2011 à 2014). Ce taux ne trouve pas d'explication en termes de démographie de la population générale ou des professionnels de santé.

En outre, au détour de la réflexion sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, un focus a été fait sur l'accès aux soins bucco-dentaires montrant des difficultés d'accès dues à un secteur ambulatoire peu engagé auxquelles s'ajoutaient des problématiques de délais pour accéder aux plateaux techniques

Concernant ces trois activités, et en l'absence de référentiels nationaux, les moyens d'analyse et d'action doivent être recherchés localement en relation avec les acteurs.

En 2016 des travaux sont initiés au niveau national concernant la pertinence des examens d'imagerie médicale. Dans ce domaine, les orientations du PRS 2015-2018 Pays de la Loire portaient sur le renforcement des dynamiques de mutualisation entre acteurs publics et privés et l'accompagnement du progrès médical ainsi que le soutien à l'innovation.
L'enjeu était double : favoriser un égal accès à la population et réduire le délai d'attente. Ainsi, depuis 2013, des autorisations supplémentaires ont permis à la région des Pays de la Loire de combler le retard pris en matière d'équipement d'IRM et d'atteindre pratiquement la moyenne nationale.
La diversification du parc des IRM (7 autorisations d'IRM spécialisés en ostéo-articulaire) a été encouragée et a reposé sur une dynamique de mutualisation des acteurs publics et privés.
Aujourd'hui, 41 implantations d'IRM et 50 implantations de scanner sont autorisées.

*Les publications de l'ARS*

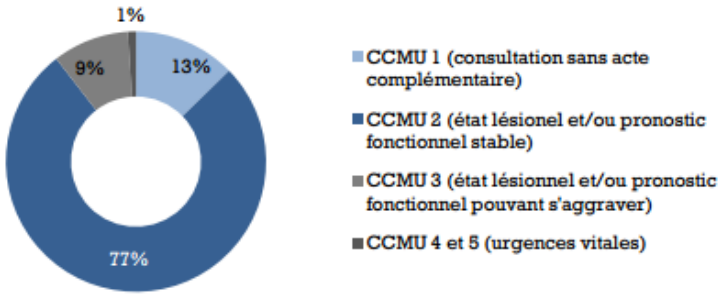
### PROGRESSION CONTINUE DU RECOURS AUX URGENCES

Le nombre de passages dans les services d'urgences de la région peut être estimé à 863 000 en 2015 :
- 87 % des passages aux urgences ont lieu dans les établissements publics de santé, dont 23 % dans les deux CHU de Nantes et Angers,
- et 13 % dans les cliniques privées.

L'ensemble des services d'urgences prennent en charge en moyenne chaque jour près de 2 400 patients, soit 79 patients par site. Ce dernier chiffre varie de 21 pour le Centre hospitalier de Mamers à 320 au CHU de Nantes (urgences adultes et pédiatriques).

L'estimation du nombre de passages dans les services d'urgences en 2015 s'inscrit dans la tendance évolutive observée à partir des données des enquêtes SAE 2004 à 2014.
Selon ces enquêtes, le nombre de passages dans les services d'urgences de la région a progressé, sur cette période, au rythme annuel moyen de + 3,7 % dans les Pays de la Loire (de 591 000 en 2004 à 847 000 en 2014), contre + 2,9 % au plan national.

13% des passages concernent des patients ayant bénéficié essentiellement d'une consultation externe, sans acte complémentaire (CCMU1), et trois patients sur quatre relèvent de la CCMU2. 1 % des passages concernent des patients dont le pronostic vital est engagé




Source : RPU (ORU Pays de la Loire)
Hors RPU avec orientation 'fugue', 'parti sans attendre' ou 'réorientation'
Ces traitements portent sur 13 établissements et 238 727 RPU, soit 29 % du nombre de RPU hors orientation 'fugue', 'parti sans attendre' ou 'réorientation'. **Données non redressées et à interpréter avec précaution en raison d'une faible exhaustivité.**

*Les publications de l'ORU*


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

## RECOURS AUX SERVICES D'URGENCES DES RESIDENTS EN EHPAD

Une enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières a été conduite par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé :

- concerne tous les points d'accueil et tous leurs patients
- sur une journée : entre 8h le 11 juin et 8h le 12 juin 2013
- 48711 questionnaires patients reçus et exploitables (taux de réponse = 93,6%)

Les **principales constatations régionales** issues de cette enquête sont les suivantes :

- 49 patients ligériens inclus dans l'enquête, dont la moyenne d'âge est de 84.74 ans (avec un minimum de 68 ans)
- dans 70% des cas, les patients ne sont pas régulés
- le Médecin Traitant n'est l'adresseur que dans 30% des cas
- 33% des passages sont jugés non pertinents
- 41% des passages font l'objet d'un retour à domicile sans hospitalisation
    - 7% en milieu rural
    - 56% en milieu urbain

## INADEQUATIONS HOSPITALIERES EN SSR ET MEDECINE

Les inadéquations hospitalières correspondent aux lits occupés de manière non pertinente et non justifiée.
La réflexion sur les inadéquations hospitalières devient stratégique alors que les établissements sont sollicités pour ajuster leur capacité prenant en compte le besoin, l'évolution des modes de prise en charge et les exigences accrues d'efficience de leur organisation.

L'outil AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) a fait l'objet d'une validation pour les établissements sanitaires français (MCO et SSR) et une étude DGOS 2011 a conclu que 7,3% des admissions en hospitalisation complète à partir des urgences seraient « inadéquates » et 21,7% des hospitalisations « adéquates » à l'admission comporteraient au moins une journée « inadéquate ».

**En Pays de la Loire**, de janvier à juillet 2013, une étude a été menée sur les journées d'hospitalisation en SSR dans 18 établissements adhérant au réseau QualiSanté (établissements sanitaires et médico-sociaux de Loire-Atlantique et Vendée). Les questionnaires ont été saisis sur la plateforme E-Forap, 'outil d'évaluation validé mis en libre-service pour les établissements adhérents.

Le résultat des 3 évaluations est le suivant :

| | 2008 | 2009 | 2013 |
|---|---|---|---|
| **Nombre de journées évaluées** | 406 | 576 | 619 |
| **Taux de pertinence** | 73 | 76 | 78 |
| **Causes de non-pertinence** | | | |
| **- Internes** | | 29% | 41% |
| **- Externes** | | 52% | 33% |
| **- Patient/entourage** | | 19% | 26% |

En 2014, l'ARS Pays de la Loire a expérimenté une adaptation régionale de cette grille dans 9 établissements représentant environ 20% de la production régionale de **séjours médicaux** réalisés en hospitalisation complète.
L'analyse montre que 8,3% des admissions sont inadéquates ainsi que 21,5% des journées d'hospitalisations complètes.

L'analyse agrégée des facteurs et des causes d'inadéquations au niveau des neuf établissements met en évidence plusieurs éléments saillants :

- 74% des journées d'hospitalisation complètes inappropriées et 53% des admissions inappropriées concernent des personnes âgées de plus de 75 ans ;
- 58% des admissions inadéquates sont justifiées par des nécessités de soins (qui par définition auraient théoriquement pu être délivrées en dehors d'un registre d'hospitalisation en urgence), 25% par des raisons « sociales » (aide et soutien à domicile, aide psychologique) et 17% ne sont justifiées ni par des nécessités de soins ni par des nécessités de soutien et d'assistance ;


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

- 32% des journées d'hospitalisation inadéquates sont motivées par des nécessités de soins et 52% par des raisons « sociales » ; 15% ne sont justifiées ni par des nécessités de soins ni par des nécessités de soutien et d'assistance ;
- 40% des admissions auraient pu faire l'objet d'une prise en charge à domicile et 28% des situations admises auraient pu être convenablement soignées au niveau d'une structure médicalisée ou non médicalisée autre qu'une unité fonctionnelle de médecine aigue ;
- 43% des prises en charge correspondant aux journées inadéquates auraient pu être réalisées à domicile et 46% au niveau de structures d'hébergement autre qu'une unité fonctionnelle de médecine aigue ;
- 34% des admissions et des journées inappropriées sont motivées par des « raisons internes » à l'établissement (qui concernent principalement l'organisation des soins) ;
- 49% des journées inappropriées sont justifiées par des raisons « externes » à l'établissement (principalement le manque de places au niveau des structures ou des dispositifs d'assistance d'aval).

*Les publications de l'ARS*

# L'évaluation des bonnes pratiques professionnelles

### QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Les indicateurs IPAQSS (Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) sont des indicateurs de suivi de la prise en charge du patient

En 2015, le recueil des indicateurs IPAQSS (Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) a concerné cette année les indicateurs de spécialités, sur les thèmes de :

- ✓ la prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde,
- ✓ la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral,
- ✓ la prévention et la prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat,
- ✓ la qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques (1er recueil)

La moyenne régionale des scores (+ 4 à + 10 points) connaît une évolution favorable à la hausse, une augmentation similaire étant observée au niveau national (+ 3 à + 12 points).

La moyenne régionale de 7 indicateurs (sur 11) atteint ou dépasse l'objectif de performance.

*Les publications de l'ARS*

### LES PRODUITS DE SANTE

En 2015, l'analyse des données de dépenses a estimé l'évolution régionale des dépenses de médicaments de la liste en sus à 8,78%, supérieure aux prévisions nationales de 3.5 points. En revanche, l'évolution régionale des dépenses des dispositifs médicaux (DM) de la liste en sus est inférieure à l'objectif, 5.3% contre 5.7%.

- Concernant les médicaments, Kadcyla® et Perjeta® représentent les deux plus importants postes de progression en 2015 et 4.9% de la dépense régionale totale.
- L'augmentation de la pose de TAVI a contribué à faire des valves cardiaques le plus important poste de progression des dépenses DM avec une évolution de 95% sur 2 ans.

➢ Pertinence des prescriptions de produits de santé et amélioration des pratiques professionnelles

Dans le domaine des produits de santé, la promotion et la réalisation des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) sont portées par l'OMEDIT Pays de la Loire qui se charge de la sollicitation, de la communication et du portage des projets d'EPP.

L'ensemble des EPP et les appels à projets sont accessibles sur le site de l'OMEDIT.

Elles concernent aussi bien les médicaments que les dispositifs médicaux, tant les prescriptions hospitalières délivrées en ville (PHEV) que la liste en sus.


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

| EXEMPLES DES RECENTES EPP PROPOSEES A L'ECHELLE REGIONALE | |
|---|---|
| **Observatoire des anti-biotiques** | • Infections urinaires<br>• Antibioprophylaxie en chirurgie<br>• Réévaluation de l'Antibiothérapie à 48 - 72 H |
| **Observatoire des cancers** | • Etat des lieux "prescription des facteurs de croissance de la lignée blanche"<br>• IVOIRE : Etude observationnelle prospective évaluant les traitements par voie orale contre le cancer métastatique du rein |
| **Produits de santé de la liste en sus** | Un appel à projets a été lancé auprès des établissements éligibles pour le pilotage d'EPP relatives aux produits de santé inscrits sur ces listes. |
| **Dispositifs médicaux** | La commission Dispositifs Médicaux de l'OMEDIT a mené une EPP régionale en 2014 sur les neurostimulateurs, le 2ème tour et prévu en 2016 |
| **ASE** | EPP sur respect des indications, à la pertinence et à la part des bio similaires pour les prescriptions d'ASE. |

➢ Evaluation du bon usage par l'analyse de prescriptions hors référentiels de médicaments de la liste en sus des GHS et des pratiques décisionnelles partagées entre pairs:

L'instruction n°36 du 31 janvier 2012 a mis en place un circuit à titre expérimental de remontée, par les ARS via les réseaux des OMEDITS, des cas de prescriptions non conformes aux référentiels de bon usage de médicaments anticancéreux. L'objectif de cette démarche était d'apporter un éclairage sur la gestion de ces cas lors des contrôles annuels et d'améliorer la connaissance au plan national de ces situations afin de concevoir si nécessaire des nouveaux référentiels.
Le bilan de cette expérimentation a montré d'une part la nécessité d'encadrer les hors AMM et d'autres part, l'intérêt de poursuivre cette démarche.

C'est dans ce contexte que, en 2015, l'observatoire des cancers a procédé au recueil et à l'analyse des données de 22 établissements en Pays de Loire, portant sur 7 anticancéreux : Avastin®, Vectibix®, Yondelis®, Halaven®, Yervoy®, Zaltrap®, Mabthera®.

Les principaux constats sont les suivants :
- 22 établissements ont participé au recueil
- Le nombre de patients est de 1208 hors essai en 2014 et de 1291 au 1er semestre 2015
- Pas de prescriptions en Situation Non Acceptable – SNA
- Part AMM évolue de 86% à 80%
- Evolution du hors AMM de 13% en 2014 à 19% au 1er semestre 2015 (19% de situations justifiées et 0.1% de situations non justifiées)

Les moyennes régionales des prescriptions hors référentiels des produits de santé de la liste en sus sont respectivement de 8.7% pour les médicaments et 0.09% pour les DM.
Le taux de hors référentiels des anticancéreux traceurs est de 18.5% pour l'Avastin®, 2.05% pour l'Halaven® et 27.55% pour le Mabthera®. Le taux de hors référentiels de l'infliximab en gastro-entérologie est de 0.31% contre 0.38% en 2014. Le taux de hors référentiel d'endoprothèses coatées déclarées est négligeable en région (inférieur à 0.01%).

L'analyse des situations de hors AMM a conduit à la mise en place des actions suivantes:
- Analyse et diffusion d'études sur certains anticancéreux.
- Remontée vers la HAS pour une révision des SMR et ASMR.
- Sensibilisation des cliniciens lors des ateliers médico-économiques.
- Sensibilisation des experts

➢ Bon usage et conformité de la prescription au regard des CBU

En 2015, en Pays de la Loire, 56 établissements ayant signé le CBU ont renseigné leur rapport d'étape. L'analyse de ces rapports par l'OMEDIT révèle un taux moyen régional d'atteinte des objectifs concernant les indicateurs de la pertinence d'utilisation des produits de santé de 87%.

52% des établissements avaient au moins un biosimilaire référencé dans un de leur livret de médicament. Les biosimilaires représentent seulement 6.3% des dépenses totales régionales d'infliximab.


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

La moyenne régionale d'atteinte des objectifs pour le bon usage des médicaments dans la prise en charge de l'AVC est de 96%, 87% dans les infarctus du myocarde et 79% pour les patients dialysés.

83% des établissements (39/47) ont atteint les objectifs concernant le bon usage des antibiotiques :

- 91% ont déclaré que chaque prescripteur a accès à un conseil diagnostique et thérapeutique en antibiothérapie
- 98% déclarent disposer d'un référent en antibiothérapie, au sein de l'établissement ou partagé entre plusieurs établissements

S'agissant du bon usage des médicaments chez la personne âgée, l'objectif régional était d'obtenir un score A ou B de la certification V2010 HAS : 100% (49/49) des établissements de la région ont atteint cet objectif. Toutefois, le suivi de consommation d'antibiotique en DDJ/1000JH révèle une atypie de certains établissements. Une réflexion est menée par l'observatoire des antibiotiques pour mettre en place un accompagnement des établissements concernés.

*Les publications de l'ARS*

# Des parcours de santé à optimiser

### ORIENTATION EN SSR SUITE A CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

Le taux d'orientation en SSR des séjours MCO pour « Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents » (GHM 08C481 et 08C482) reste très hétérogène entre les établissements de la région.
Pour 2015, il varie de 8% à 40%, pour les établissements réalisant au moins 50 séjours/an.
Le taux d'orientation en SSR des séjours MCO pour « Prothèses de genou, niveaux 1 et 2 » (GHM 08C241 et 08C242) reste très hétérogène entre les établissements de la région.
Pour 2015, il varie de 8% à 79%, pour les établissements réalisant au moins 50 séjours/an.
Les établissements « atypiques » par le taux d'orientation en SSR ne présentent pas de caractéristiques particulières de DMS ou d'âge des patients.

L'Assurance maladie propose un Programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO) visant à fluidifier les parcours hôpital / ville. Il permet d'accompagner la sortie des patients hospitalisés après une intervention en chirurgie orthopédique. Le retour à domicile après l'hospitalisation est favorisé par la mise en contact du patient avec le professionnel de santé de son choix (infirmiers/masseurs-kinésithérapeutes). Le PRADO permet d'adapter les circuits de prise en charge aux besoins des patients.

Sur la région des Pays de la Loire, ce sont 23 établissements qui proposent ce service. 932 patients ont bénéficié d'un accompagnement au retour à domicile à fin avril 2016.

### INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE (IRC)

En Pays de la Loire, l'Insuffisance rénale chronique terminale est relativement stable, soit environ 125 nouveaux cas par an par million d'habitants (environ 460 nouveaux cas par an) l'incidence des modalités initiales de traitement est de 86% pour l'hémodialyse, 5 % pour la transplantation.

Par ailleurs, parmi les 3 904 patients en Insuffisance rénale chronique, 53% sont transplantés, et 47% sont dialysés. La région est une des plus performantes en termes de greffe rénale : 53% Vs une moyenne nationale à 44%. En 2014, 225 patients ont bénéficié d'une greffe (référence Réseau REIN).

A contrario, les prises en charge en centres lourds sont plus fréquentes. Au regard de l'évaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique réalisée par l'Agence de biomédecine et l'HAS, les alternatives pourraient être plus développées.


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

➢ Dépistage et prévention de l'insuffisance rénale chronique

Toutefois, il faut noter pour le sous ensemble des patients diabétiques un dépistage non optimum en 2013 :

| | taux de dépistage de la créatininémie | taux de dépistage de l'albuminurie |
|---|---|---|
| **Loire-Atlantique** | 79% | 39% |
| **Maine-et-Loire** | 83% | 39% |
| **Laval** | 78% | 35% |
| **Le Mans** | 83% | 33% |
| **La Roche-sur-Yon** | 83% | 37% |

➢ Greffe rénale

La greffe devient le traitement de première intention de l'IRCT : « *En dehors des situations complexes …, il est recommandé, après accord du patient, de débuter le bilan prétransplantation et/ou d'orienter vers une équipe de transplantation tout patient de moins de 85 ans, avec une MRC irréversible* ». HAS recommandations de bonne pratique Octobre 2015.

Même si la région obtient des résultats satisfaisants au regard de la moyenne nationale (53% de patients prévalents transplantés dans la région contre 44% pour la France), le taux de greffés est loin des valeurs observées en Europe du Nord (70% en Norvège). De plus, des inégalités entre départements persistent (49% en Sarthe, 60% en Mayenne).

➢ Modalités de dialyse

La région présente un faible recours à la dialyse autonome au profit de celle en centre. Les modalités de traitement des patients dialysés au 31 décembre 2013 se distribuent ainsi :

| | 26 régions | Pays de la Loire |
|---|---|---|
| **Centre** | 56,1 % | 62,6 % |
| **Unité de dialyse médicalisée** | 17,5 % | 16,4 % |
| **Unité d'autodialyse** | 18,5 % | 11,8 % |
| **Domicile** | 0,6 % | 0,4 % |
| **HD en entraînement** | 0,7 % | 1,7 % |
| **Dialyse péritonéale continue ambulatoire** | 3,8 % | 3,8 % |
| **Dialyse péritonéale automatisée** | 2,6 % | 3,1 % |

A titre de comparaison, le taux de dialyse péritonéale est de 29% en Franche-Comté, celui de dialyse à domicile de 3,2% en Normandie, de dialyse en centre de 47% en Bourgogne.

## DEVELOPPEMENT ET RECOURS PERTINENT A L'HAD

Concernant l'activité sur l'année 2015, sont constatées :

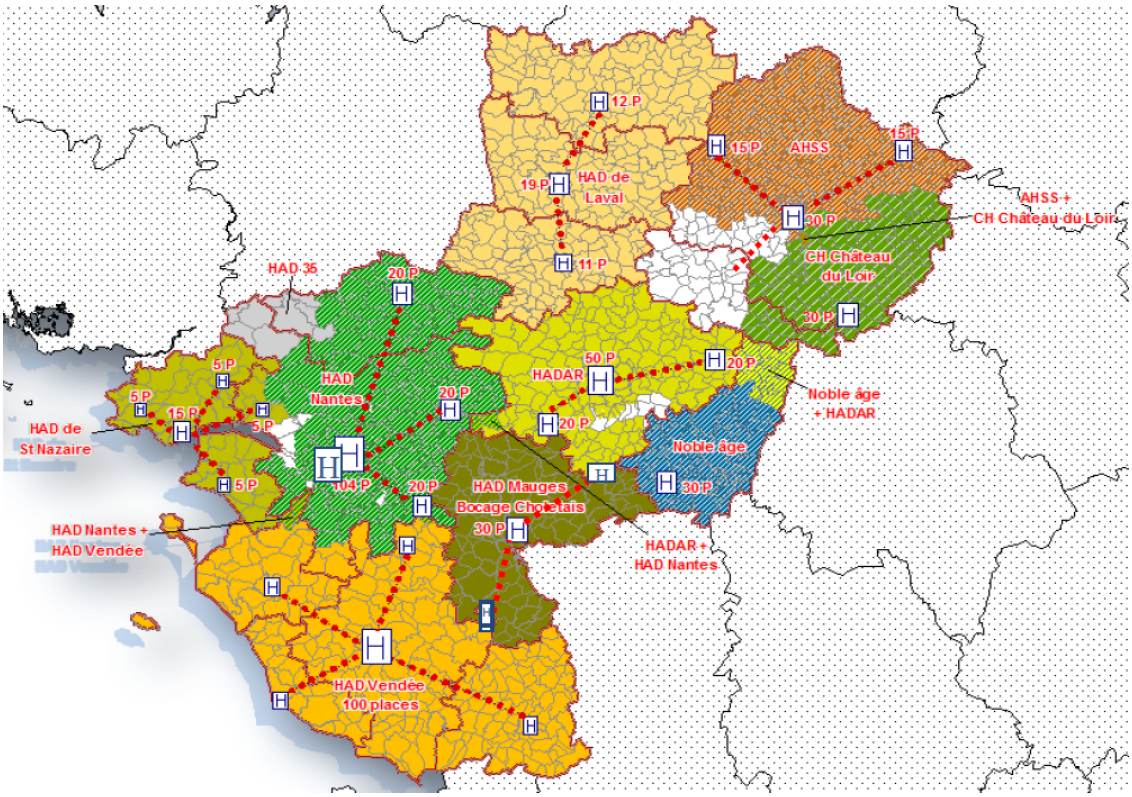
- Une augmentation du nombre de journées de +4% au niveau régional contre +2% au niveau national,
- Une augmentation en nombre de séjours de +12.5 % contre -1.2% au niveau national,
- Une augmentation en nombre de patients distincts de +16.1% contre -2.2% au niveau national.

Toutefois, la valeur cible du nombre moyen de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants en HAD est fixée à 30. En 2014, le taux moyen national est à 18, et à 14,2 pour la région des Pays de la Loire.

En outre, des disparités existent entre les territoires, avec une forte augmentation d'activité pour certains: HAD Nantes et région, HAD Vendée, HAD Laval, HAD St-Nazaire, AHSS; et une activité en diminution pour les HAD Château du Loir et l'HAD Ouest Anjou. Cette dernière avait toutefois atteint les objectifs d'activité sur l'année 2014.


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

En 2014, l'ensemble de la région est couverte par une offre HAD. La couverture territoriale est représentée sur la carte ci-dessous :




En déclinaison de la circulaire du 4 décembre 2013, et en concertation avec les 10 implantations HAD du territoire, un plan d'action 2015 régional a été élaboré, afin de conforter l'offre HAD :

- Un groupe régional réunissant l'ensemble des HAD a été mis en place et se réunit semestriellement.
- Identification des situations médicales qui, en articulation avec le service concerné relève d'une prise en charge HAD, sur la base de retours d'expérience des HAD de la région : thématiques post-chirurgie et urgences.
- Réalisation d'une EPP sur les motifs de refus d'admission : élaboration de la grille avec la structure régionale d'appui et d'expertise qualité.
- Amélioration de la coordination SSIAD HAD : harmonisation des conventions de partenariat.

*Les publications de l'ARS*

Modalité de prise en charge de la chimiothérapie anticancéreuse en HAD

Certaines modalités de prise en charge en HAD sont particulièrement peu développées dans la région. C'est le cas de la modalité « chimiothérapie anticancéreuse ». Ainsi dans les années 2013 et 2014, la région a réalisé moins de 1 500 journées pour cette modalité ; sur la même période, une HAD corrézienne effectuait plus de 2 000 journées annuellement.

L'HAS a produit des recommandations sur le sujet à partir d'expériences similaires. Sont particulièrement mis en avant les chimiothérapies utilisant les produits Velcade® et Vidaza® pour des cancer hématologiques, mais également Taxotère®, Avastin®, Alimta®, Tomudex®, Herceptin®, Gemzar®, Navelbine®, Oxaliplatine®. Certaines procédures associent des prises en charge alternant hospitalisation conventionnelle et HAD. Une étude médico-économique montre pour ce modèle une réduction des dépenses de plus de 16%.

Au cours du premier semestre 2015, 2 694 séjours avec prescription de Velcade® ont été réalisés dans la région en MCO, 3 153 séjours avec Vidaza®. Ces séjours sont essentiellement dispensés dans deux CHU, deux CH, et une clinique.

Un projet de convention d'association pour l'activité de chimiothérapie à domicile entre une HAD et un CHU a vu le jour en 2015. Les médicaments cités sont Velcade®, Vidaza® et Herceptin®.


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

### CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

Dans le cadre de l'instruction du 9 mars 2015 de la DGOS, une enquête a été menée pour dresser un état de lieux et identifier les besoins pour le déploiement national de la **conciliation médicamenteuse**. L'objectif était de disposer d'une revue des pratiques de conciliation médicamenteuse en France. L'OMEDIT PDL propose une analyse et une synthèse régionale[2] :

Etats des lieux des pratiques en Pays de la Loire :

- ✓ 30 % (n=21) des établissements ayant répondu à l'enquête déclarent mettre en œuvre une activité de conciliation médicamenteuse.
- ✓ Les activités ciblées :
  - Services : Gériatrie, Chirurgie et SSR
  - Populations : 81,8% patients polymédiqués, 77.3% patients de plus de 65 ans.
  - Points de transition : 95.2% à l'admission, 68.1% à la sortie
- ✓ Les catégories de professionnels de santé impliqués dans la réalisation d'une conciliation médicamenteuse sont diverses : médecins, pharmaciens séniors et juniors, préparateurs, infirmiers.
- ✓ Les principales sources utilisées sont le dossier patient, les ordonnances de ville et l'entretien patient.
- ✓ 57,1 % des établissements tracent le bilan de conciliation médicamenteuse dans le dossier patient.
- ✓ 28,6 % des établissements ont mis en place des indicateurs qualitatifs ou quantitatifs d'activité
- ✓ 59,7% des établissements répondants ont identifié la conciliation médicamenteuse comme une stratégie susceptible de sécuriser leur circuit du médicament.
- ✓ Les besoins identifiés pour la mise en œuvre de l'activité sont par ordre de priorité:
  - La mise à disposition d'outils
  - La formation
  - L'information et la sensibilisation

Les résultats de cette enquête ont permis à l'OMEDIT de concevoir un plan d'actions pour promouvoir la montée en charge de la conciliation médicamenteuse dans la région. Elle repose dans un premier temps, sur un programme de sensibilisation des professionnels de santé aux erreurs médicamenteuse. D'autre part, donner la possibilité aux acteurs qui souhaitent mettre en œuvre la conciliation médicamenteuse, de bénéficier d'une formation pour les accompagner dans cette démarche.

*Les publications de l'OMEDIT*

### HOSPITALISATIONS POTENTIELLEMENT EVITABLES

Les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) sont des hospitalisations qui, tout en étant a priori adéquates au moment où elles se produisent, auraient pu être évitées avec une prise en charge optimale en soins de premier recours.

L'objectif initial des indicateurs d'HPE est d'évaluer la performance des soins de premier recours, mais les déterminants sont multiples, et l'interprétation complexe.

L'étude réalisée par l'ORS Pays de la Loire en 2013 sur des données 2007-2011 dénombre 26 500 hospitalisations évitables chaque année dans la région, portant notamment sur les pathologies suivantes :

- 40 % liés à une insuffisance cardiaque
- 25 % liés à une pneumopathie bactérienne

*Les publication de l'ORS*

[2] http://www.omedit-paysdelaloire.fr/fr/la-conciliation-medicamenteuse,370,94326.html


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

# Les domaines d'actions prioritaires

**A NOTER**

Afin de **développer une culture commune** autour des enjeux de pertinence des soins, **partager les données** avec les acteurs et **structurer le dialogue** sur ces enjeux, l'ARS en relation avec l'IRAPS s'engage à :

- Publier annuellement l'étude régionale sur les taux de recours aux soins des ligériens
- Organiser des rencontres périodiques (RQE) avec les acteurs sur les enjeux de la pertinence des soins en prenant appui sur les études régionales réalisées
- Valoriser les études conduites par les acteurs sur la pertinence des soins, rendre disponibles les données régionales et accompagner la diffusion des outils de la HAS

Sur la durée de sa mise en œuvre (2016-2019), le Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins est complété par un **avenant annuel**. Cet avenant doit permettre de

- Compléter ou ajuster le plan d'actions,
- Préciser les thématiques et modalités de mise en œuvre de la contractualisation tripartite ou de la procédure de MSAP.


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

# AXE 1 - Accompagner le développement de l'ambulatoire et la pertinence des modes de prise en charge

**Enjeux et cibles :**

Le développement des modes de prises en charge ambulatoires est une source d'amélioration de la qualité des soins et d'efficience de l'offre.

Les enjeux sont à la fois de garantir le juste soin, de donner aux établissements les moyens d'être plus performants et de répondre aux attentes des usagers.

Les objectifs sont de promouvoir un développement ambitieux des prises en charge ambulatoires en substitution de l'hospitalisation complète et adapter les organisations en conséquence.

## Chantier 1 - Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire en encourageant la dynamique existante en PDL

- Accompagner de manière ciblée des ES à fort potentiel de développement, notamment par la mise en œuvre d'appels à projet nationaux et régionaux :
    - INCA : Soutien de projets pilotes développant la chirurgie ambulatoire du cancer
    - Accompagnement des établissements de santé dans les modernisations et restructurations nécessaires au développement de la chirurgie ambulatoire
    - Développement de la réhabilitation améliorée après chirurgie
    - Développement des gestes innovants en chirurgie ambulatoire

- Analyser les potentiels de développement de la chirurgie ambulatoire des établissements et partager avec chaque acteur les données de sa situation.

- Définir les cibles attendues du développement de la chirurgie ambulatoire et les contractualiser avec chaque établissement au sein du CPOM.

- Initier une analyse du taux de conversions en hospitalisation complète et du taux de réadmissions à 3 jours après la sortie (expérimentation nationale IPAQSS 2016)

- Cibler les établissements pouvant relever d'une contractualisation tripartite d'amélioration de la pertinence des soins ou de la démarche de mise sous accord préalable.

## Chantier 2 - Accompagner le virage ambulatoire en médecine

- Accompagner les praticiens dans la prise en charge en HDJ médecine, notamment dans le cadre des travaux engagés dans le cadre du Comité Régional de l'Information Médical (CORIM) avec les professionnels afin de :
    - Valider les bonnes pratiques de codage.
    - Réaliser un formulaire décrivant les conditions de prise en charge en HDJ, qui sera complété par les professionnels, avec les éléments requis (avis, résultats d'examen…), et joint au courrier de fin d'hospitalisation.

- S'inscrire dans les démarches nationales (ANAP, IGAS…) et assurer la promotion des outils et recommandations élaborées au niveau national.

- Accompagner les établissements dans leur dynamique d'organisation interne des HDJ


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

## Chantier 3 - Accompagner le virage ambulatoire en psychiatrie

- Définir un plan d'actions avec l'ensemble des acteurs :
    - Réaliser un benchmark des Centres Médico-psychologiques (CMP)
    - Développer la coopération avec les établissements médico-sociaux et les services d'accompagnement à domicile
    - Assurer la complémentarité entre le secteur psychiatrique et la médecine générale

- Poursuivre la réflexion et agir pour la réduction des
    - séjours longs
    - inadéquations hospitalières

## Chantier 4 - Accompagner le virage ambulatoire en SSR

- En lien avec les DCA :
    - Analyser l'activité HTP des établissements
    - Analyser les parcours territoriaux
    - Identifier les patients avec sortie vers l'HAD

- Documenter les profils de patients pouvant bénéficier d'une prise en charge HTP en SSR, pour mieux éclairer le développement de cette offre.


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

# AXE 2 - Veiller à la pertinence des actes et des pratiques

**Enjeux et cibles :**

L'analyse des taux de recours est un outil de repérage des enjeux régionaux de pertinence. Les taux de recours aux soins hospitaliers, standardisés et ajustés à l'âge et au sexe de la population, permettent en effet, par une comparaison nationale, régionale ou territoriale, de faire un repérage des atypies, par type de prise en charge.

L'analyse est centrée sur les atypies en sur consommation et sur la recherche d'éléments explicatifs de ces atypies permettant après élimination de retenir des hypothèses de non pertinence. Le sous-recours à certains soins peut avoir sa place dans ce cadre, même si la sous-consommation est plus souvent étudiée dans le cadre de l'organisation des soins, avec recherche de carence de l'offre ou de problèmes d'accès aux soins.

Les enjeux sont l'accroissement de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que l'optimisation de l'efficience des dépenses de santé dans le cadre d'un ONDAM contraint, en participant à l 'amélioration des pratiques.

## Chantier 5 - Pertinence des actes et analyse des pratiques (prenant appui sur l'analyse du taux de recours)

- Analyser les taux de recours régionaux pour les gestes ciblés prioritairement au niveau national et pour lesquels il existe un référentiel HAS dont il est possible d'évaluer le respect des recommandations.

- Cibler au regard des indicateurs taux de recours, les actes concernés dans la région, même si certains de ces actes ne bénéficient pas actuellement de référentiel ou recommandations de la HAS et éclairer les enjeux par des études (par exemple, étude comparative sur les extractions dentaires en HC Vs en cabinet).

- Cibler les établissements pouvant relever de la contractualisation tripartite d'amélioration de la pertinence des soins ou de la démarche de mise sous accord préalable.

## Chantier 6 - Pertinence des actes d'imagerie, de biologie médicale et d'examens préanesthésiques

- S'inscrire dans la démarche nationale d'amélioration de la pertinence des demandes d'examen d'imagerie médicale afin de
    - réduire l'exposition des patients aux rayonnements ionisants par la suppression des actes non justifiés et par l'utilisation préférentielle des techniques non irradiantes
    - améliorer les pratiques cliniques par la rationalisation des indications des examens d'imagerie

- Favoriser la mobilisation des équipes hospitalières sur des travaux d'analyse et d'accompagnement relatifs à la pertinence des examens complémentaires

- Développer des actions relatives à la pertinence des examens complémentaires permettant d'éviter les actes inutiles ou répétés de façon injustifiée

## Chantier 7 – Qualité et sécurité des soins

Les indicateurs IPAQSS (Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) sont des indicateurs de suivi de la prise en charge du patient, fondés sur une analyse rétrospective de dossiers de patients hospitalisés en MCO, SSR, HAD, santé mentale ou hémodialyse.

- Mettre en œuvre les campagnes annuelles IPAQSS, dont les thèmes et indicateurs de contrôle sont arrêtés par la HAS.


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

En 2016, les campagnes nationales de recueil porteront sur les thèmes d'indicateurs transversaux

- Dossier du patient (MCO, SSR, PSY, HAD
- Dossier anesthésique MCO
- Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)Tableau de bord des infections noso-comiales
- Indicateur de satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 h en MCO

- Publier les résultats régionaux des campagnes annuelles.


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

# AXE 3 - Veiller à la pertinence des séjours

**Enjeux et cibles :**

Utiliser l'hôpital à bon escient suppose de repérer et traiter les inadéquations de prise en charge, qu'elles relèvent d'admissions inutiles ou de durées de séjour trop longues et d'accroître la pertinence de l'offre territoriale.

L'efficience de l'offre de soins est un enjeu auquel concourt la réduction des inadéquations hospitalières. La revue de pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation est une méthode d'amélioration de la qualité permettant le repérage de la non pertinence et la recherche des causes associées.

## Chantier 8 – Accompagnement des établissements dans l'analyses des inadéquations hospitalières en SSR et en court séjour de Médecine

L'identification des journées non pertinentes s'effectue à l'aide de critères simples regroupés dans une grille : la grille AEP (Appropriateness Evaluation Protocol). Celle-ci permet d'évaluer la pertinence (« adéquation ») d'une admission ou d'une journée d'hospitalisation et comprend 30 critères permettant d'apprécier d'une part les conditions cliniques et les besoins en soins, d'autre part les besoins de support et d'assistance.

- Engager l'ensemble des établissements dans une revue régulière de la pertinence des admissions et des journées d'hospitalisations en SSR et en médecine
- S'assurer de la mise en œuvre des revues de pertinence et des plans d'actions validés par la CME dans les établissements

## Chantier 9 – Analyse du recours aux services d'urgence

S'agissant des urgences, il semble qu'une réflexion globale sur la pertinence des passages, des hospitalisations et des séjours, soit nécessaire. Pour cela, plusieurs pistes sont à étudier.

- Analyser le recours aux services d'urgences par une analyse des passages relevant des Classification Clinique des Malades aux Urgences, CCMU 1 et 2, en Pays de la Loire.
- Identifier les séjours et les journées inadéquates, en utilisant la grille AEP.
- Eclairer le lien entre le recours aux services d'urgences et la médicalisation en EHPAD
    - Tirer les enseignements de l'expérimentation IDE de nuit (évaluation prévue en septembre 2016)


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

# AXE 4 - Renforcer la pertinence des prescriptions et de l'utilisation des produits de santé

**Enjeux et cibles :**
La pertinence des prescriptions et de l'utilisation des produits de santé comprend les actions sur le bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux comme l'évaluation des pratiques et la conformité des prescriptions.

L'enjeu est de favoriser les prescriptions les plus efficientes sur le plan médico-économique. Cela suppose de poursuivre la politique d'accompagnement des établissements de santé et promouvoir auprès des prescripteurs hospitaliers les recommandations et référentiels sur les stratégies de prescriptions les plus efficientes, en particulier pour les produits de santé de la liste en sus.

En effet, une pratique de prescriptions des médicaments et DM de la liste en sus conforme aux référentiels permettrait de contenir les dépenses de santé tout en garantissant la qualité des soins.

Par ailleurs, la contractualisation avec les établissements est un levier permettant d'instaurer dans les établissements une culture de la prescription pertinente.

## Chantier 10 – Evaluation du bon usage des médicaments par l'analyse des prescriptions hors référentiels et des pratiques décisionnelles partagées entre pairs

En lien avec l'observatoire du cancer Pays de la Loire :

- Poursuivre le recueil et l'analyse des situations des hors AMM des anticancéreux traceurs en 2016 :
    - Bevacizumab (Avastin®), Eribuline((Halaven®), Panitumumab(Vectibix®), Trabectidine (Yondelis®), , Pembrolizumab (Keytruda®) Nivolumab ( Opvido®) (les deux derniers ne sont pas encore inscrits dans la liste en sus).

- Proposer des actions qui découlent de l'analyse qui en sera faite.
    - Diffuser des études sur les anticancéreux.
    - Sensibiliser les cliniciens et les experts.
    - Faire des remontées d'informations vers la HAS le cas échéant pour la révision des SMR et ASMR

## Chantier 11 – Promotion et accompagnement de la mise en œuvre des EPP régionales

- Conduire une Evaluation des Pratiques Professionnelles relatives à la prescription d'immunoglobulines intraveineuses dans les indications en neurologie
    - Accompagner le CHU d'Angers pour le portage de cette EPP
    - Faire des recommandations de bonnes pratiques relatives à la prescription des immunoglobulines intraveineuse
    - Proposer un référentiel régional pour les stratégies d'adaptation dans les PIDC

- Poursuivre l'EPP Neuro-stimulateurs (2ème tour en 2016)


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

## Chantier 12 – Bon usage et conformité de la prescription au regard des CBU (ATB, liste en sus…)

- Réaliser un suivi pluriannuel du CBU par l'analyse des rapports d'étape concernant les indicateurs stratégiques de la pertinence d'utilisation des produits de santé (CBU 2014-2018).

- Veiller à la pertinence d'utilisation des produits de santé par un bon usage et la conformité des prescriptions :
    - Suivre et analyser l'évolution des dépenses de produits de santé de la liste en sus en infra annuel et décliner des actions ciblées.
    - Evaluer le bon usage des médicaments dans la prise en charge des AVC, des infarctus du myocarde et des patients dialysés :
        - Objectif régional IQSS pour ces 3 indicateurs fixé à 80%
    - Evaluer le bon usage des antibiotiques :
        - Score ICATB2.
        - Evaluer l'accès à une expertise en antibiothérapie (sous-critères ATB02et ATBM3)
        - Consommation des antibiotiques en DJJ/1000 d'hospitalisations.
    - Evaluer le bon usage des médicaments chez la personne âgée
        - Score A ou B pour le critère 20B de la certification V2010 HAS

## Chantier 13 – Amélioration de l'observance des traitements médicamenteux

La mauvaise observance entraîne des complications médicales, psychosociales et détériore la qualité de vie des patients. Or, les études disponibles évaluent le taux d'observance en France de l'ordre de 40%.

Des actions pourront être engagées pour renforcer les conditions d'une bonne observance :

- Renforcer l'information des patients.
- Développer les outils d'aide à la communication sur les traitements pour les professionnels.
- Inviter les professionnels à promouvoir l'observance.
- Mobiliser l'entourage des malades.

Le développement des voies orales en cancérologie est particulièrement concerné par ce sujet.


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

# AXE 5 - Favoriser les parcours de soins les plus pertinents sur le plan médico-économique

**Enjeux et cibles :**

L'amélioration de la qualité de la prise en charge clinique et thérapeutique et de l'accompagnement des malades atteints de maladies chroniques notamment doit s'appuyer sur la promotion de parcours de soins qui comprend, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales)…

La démarche consiste donc à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme. Cette notion de parcours de soins permet ainsi de s'appuyer sur les bonnes pratiques de chaque professionnel mais aussi de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués.

Les enjeux dans ce domaine sont donc la fluidité des parcours de santé, l'organisation efficace des filières de prise en charge, et le respect du choix du maintien des patients à leur domicile.

## Chantier 14 – Pertinence des prises en charge suite à intervention orthopédique

- Déployer les dispositifs d'accompagnement à la sortie d'hospitalisation
    - Accompagner les DCA dans le déploiement d'outils d'orientation des patients suite à intervention orthopédique
    - Déployer le programme d'accompagnement de retour à domicile suite à intervention orthopédique - PRADO Orthopédie
    - Poursuivre les travaux d'articulation des dispositifs PRADO/DCA
- Analyser la pertinence de la prescription SSR
- Cibler les établissements pouvant relever de la contractualisation tripartite d'amélioration de la pertinence des soins ou de la démarche de mise sous accord préalable.

## Chantier 15 – Parcours de santé des patients en IRC

La région Pays de la Loire a été retenue pour conduire l'expérimentation inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (article 43 de la loi du 23.12.2013 et Décret n° 2015-881 du 17 juillet 2015).

Cette expérimentation vise à optimiser et à coordonner le parcours de soins des patients sur la base des travaux de la Haute Autorité de Santé et des Etats Généraux du Rein de 2013. La prise en charge de l'IRC implique, en effet, de nombreux acteurs avec un fort enjeu de décloisonnement dans une perspective de fluidité du parcours.

Le projet régional d'expérimentation vise deux objectifs principaux :

1 - Une meilleure information et un meilleur suivi du patient dès le début de la maladie

2 - Une meilleure orientation et une priorité donnée à la greffe ou aux prises en charge hors centre

- Favoriser l'accès à la greffe et privilégier le développement des alternatives à la dialyse en centre lourd (dispositif d'orientation pluridisciplinaire et suivi)
- Renforcer le sujet prévention – avant l'arrive au stade terminal de l'IRC
- Faire le lien avec les actions de l'expérimentation
- Travailler avec les néphrologues sur l'élaboration d'un référentiel
- Communiquer auprès des patients sur les différents modes de prise en charge disponibles


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

## Chantier 16 - Développement et recours pertinent à l'HAD, dans le cadre d'une substitution à l'hospitalisation complète

La circulaire du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) donne les trois orientations principales : conforter l'offre HAD, améliorer l'accessibilité à l'HAD, renforcer la pertinence du recours à l'HAD.

- Analyser le potentiel de développement d'activité des HAD.
- Développer l'hospitalisation à domicile (HAD) par substitution de séjours en hospitalisation complète MCO et SSR sur des prises en charge spécialisées aisément repérables.
    - Engager des travaux sur le développement de la chimiothérapie anticancéreuse - intraveineuse – sur la base des recommandations de la HAS (janvier 2015)
    - Identifier les segments d'activité à développer
- Donner de la visibilité et améliorer la connaissance du périmètre des prises en charge HAD par les acteurs hospitaliers, libéraux, médico-sociaux et les patients, et contribuer à l'amélioration de la coordination des acteurs.

## Chantier 17 – Coordination ville-hôpital dans la continuité de la prise en charge médicamenteuse

- Promouvoir la conciliation médicamenteuse en Pays de la Loire
    - Sensibiliser les professionnels de santé aux erreurs médicamenteuses ;
    - Proposer dès 2016 une formation pour les acteurs souhaitant mettre en œuvre cette activité;
    - Participer au développement des systèmes d'information (messagerie sécurisée) ;
    - Accompagner les établissements dans l'évaluation de la mise en œuvre et la mesure d'impact de la conciliation médicamenteuse sur la prise en charge médicamenteuse et les organisations.
    - Evaluer les besoins pour la création d'un centre de ressources régional dédié à la conciliation médicamenteuse.
- La capacité à contractualiser sur le thème de la conciliation médicamenteuses avec les établissements dans le cadre du CAPS sera étudiée afin de faire bénéficier le patient des apports de la pharmacie clinique, fluidifier le parcours de soins du patient, sécuriser les interfaces ville/hôpital/ville et s'engager sur des enjeux économiques de santé décloisonnés

## Chantier 18 – Analyse des hospitalisations potentiellement évitables (HPE)

Dans le cadre de l'amélioration de la pertinence des parcours et de la coordination avec le premier recours, la DGOS reprend en 2016 les travaux sur les hospitalisations potentiellement évitables avec la publication d'un guide pour partager la méthodologie et les résultats et définir les modalités d'organisation de la validation d'un indicateur HPE.

- Au regard des enjeux, engager la région et ses acteurs dans la démarche développée au niveau national


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

# ANNEXE

# Les modalités de mise en œuvre de la contractualisation tripartite et de mise sous accord préalable, entre l'ARS, l'assurance maladie et les établissements de santé

**A NOTER**
Conformément au Décret n° 2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé, le directeur général de l'agence régionale de santé communique chaque année à l'IRAPS

- la liste des établissements de santé ciblés dans le cadre de la mise en œuvre du contrat d'amélioration de la pertinence des soins ou de la procédure de mise sous accord préalable,
- ainsi qu'une synthèse des résultats de l'évaluation de la réalisation des objectifs inscrits aux contrats signés avec les établissements.


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

# Le contrat d'amélioration de la pertinence des soins – CAPS

**A NOTER**
Le CAPS est établi sur la base d'un contrat type. Ce contrat est en attente de publication par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale
Le calendrier prévisionnel est le suivant :
- Publication de l'arrêté au second semestre 2016,
- Mise en œuvre de la contractualisation à compter de 2017.

Le contrat est établi en fonction des données observées et du contexte propre à chaque établissement. Le périmètre de mise en œuvre de la contractualisation tripartite s'étend à l'ensemble du champ de la pertinence des soins, contrairement à la procédure de mise sous accord préalable dont il précède éventuellement la mise en œuvre.

Il est conclu pour une durée d'un ou deux ans et comporte :

- Des objectifs destinés à améliorer la qualité des actes, des prestations ou des prescriptions réalisés par l'établissement de santé et la qualité des parcours ;
- Des objectifs de réduction du nombre des actes, prestations ou prescriptions ou de substitution de ceux-ci réalisés par l'établissement de santé, lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, procède à l'une des constatations suivantes :
    - a) Soit un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;
    - b) Soit une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.

Le contrat définit pour chaque objectif les indicateurs, les modalités et les données sur lesquelles se fondent leur évaluation et les sanctions encourues par l'établissement en cas de non-réalisation de celui-ci.

La réalisation des objectifs du contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle, effectuée par l'assurance maladie conjointement avec l'agence régionale de santé, sur la base des données disponibles. L'établissement signataire du contrat peut en outre procéder à son autoévaluation, dont les résultats sont transmis à l'agence régionale de santé et à l'organisme local d'assurance maladie comme élément d'analyse complémentaire.

Lorsque cette évaluation nécessite un retour au dossier médical, le directeur de l'établissement désigne, sur proposition du président de la commission médicale d'établissement ou du président de la conférence médicale d'établissement, un ou plusieurs professionnels de santé exerçant au sein de l'établissement évalué pour y assister.

Le représentant légal de l'établissement assure la diffusion de ce rapport auprès des professionnels de santé concernés au sein de l'établissement.

Les établissements de santé qui ne sont pas ciblés en application des critères mentionnés au a du 4° du I de l'article R. 162-44 et qui souhaitent conclure un contrat tripartite d'amélioration de la pertinence des soins en font la demande auprès du directeur général de l'agence régionale de santé. Les dispositions prévues au IV du présent article ne sont pas appliquées en cas de non-réalisation des objectifs du contrat conclu avec l'établissement volontaire.


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

# La procédure de mise sous accord préalable - MSAP

Les activités et gestes susceptibles de faire l'objet d'une procédure de mise sous accord préalable sont définis nationalement. Les thématiques retenues ont vocation à s'élargir. Un avenant annuel complètera et précisera les thèmes et actes sélectionnés.

Les constats justifiant le lancement d'une procédure de MSAP sont ceux précisés dans l'article L. 162-1-17 du Code de la Sécurité Sociale :

- Une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;
- Une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;
- Un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;
- Une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.

**A – CAMPAGNE DE MSAP CHIRURGIE AMBULATOIRE**

Le développement de la chirurgie ambulatoire est l'une priorité réaffirmée dans le plan triennal 2015-2017.
En région Pays de la Loire, le taux au 31 décembre 2015 est de 54.4%, pour un objectif de 54% en 2015 et 59,7% en 2017.

La méthode de ciblage des établissements retenus pour cette campagne régionale de MSAP est la suivante:

Dans le cadre de leurs contrats d'objectifs et de moyens (CPOM), l'ARS a fixé aux établissements concernés des objectifs de développement de la chirurgie ambulatoire. Ces objectifs sont calculés à partir d'une méthode nationale reposant sur des potentiels estimés de conversion en ambulatoire des Groupes Homogènes de Malades chirurgicaux des quatre niveaux de sévérité.
A partir de ces objectifs, sont mesurés pour chaque établissement un nombre de séjours à transférer en ambulatoire pour chaque année de la période 2015-2020.

- Une première sélection peut être effectuée en retenant les établissements pour lesquels il est prioritaire d'engager un effort de développement de la chirurgie ambulatoire.

  Cette hiérarchisation repose sur les volumes de séjours transférables, soit en valeur absolue (nombre de séjours transférables), soit en valeur relative (poids des séjours transférables de l'établissement dans le total régional des séjours transférables).

  La différence entre le taux attendu de chirurgie ambulatoire et celui mesuré est également prise en compte.
- Afin d'articuler cette méthode reposant sur l'ensemble des GHM avec la procédure des MSAP basée sur une liste de gestes marqueurs fixée nationalement (55 gestes en 2015), il convient ensuite, pour chacun de ces établissements pré-ciblés, d'examiner leur situation vis-à-vis des gestes marqueurs de la liste MSAP.

  Il est tenu compte du potentiel absolu (nombre de séjours réalisable en ambulatoire par référence à la moyenne régionale) et de l'écart entre le taux de l'établissement et la moyenne régionale et/ou le meilleur taux de la région pour le geste considéré.
- Afin de ne pas exclure certaines particularités pouvant déboucher sur une MSAP, en complément de la méthode articulant objectifs CPOM et liste des gestes marqueurs, 4 types d'investigations sont effectués :
  - Analyse des gestes marqueurs dont le taux de chirurgie ambulatoire est nul et le potentiel d'interventions significatif dans l'année,
  - Etude spécifique sur les nouveaux gestes marqueurs,
  - Potentiel par geste marqueur les plus importants,
  - Etudes spécifiques des gestes marqueurs pour lesquels des MSAP antérieures avaient donné des résultats globalement positifs (arthroscopie du genou, hernies inguinales, varices, cholécystectomies, chirurgie de l'utérus, lithotritie extracorporelle, cataracte).

Une consolidation du ciblage est réalisée avec les données les plus récentes disponibles afin de mieux appréhender les dernières tendances

Il est enfin tenu compte du contexte lié à chaque établissement sélectionné.


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

## B – CAMPAGNE DE MSAP HORS CHIRURGIE AMBULATOIRE

D'autres thèmes peuvent être soumis à la procédure de mise sous accord préalable et visent à s'assurer de la pertinence :

- du mode de prise en charge : hospitalisations de jour en médecine,
- des actes ouvrant droit au forfait SE,
- de la prescription d'un séjour en SSR à la suite d'actes de chirurgie orthopédique programmée (arthroplastie du genou, chirurgie réparatrice de la coiffe des rotateurs, de la ligamentoplastie du genou, d'arthroplastie de la hanche pour arthrose ou fracture et des fractures trochantériennes),
- des actes déjà soumis à accord préalable dans la CCAM : la chirurgie bariatrique
- des actes non soumis à accord préalable, accompagnés et priorisés nationalement : chirurgie du syndrome du canal carpien, amygdalectomies, cholécystectomies, thyroïdectomies, appendicectomies, césariennes.

La liste des actes est amenée à s'élargir progressivement selon une sélection nationale : examens d'imagerie, examens pré-anesthésiques, chirurgie des lombalgies, de la cataracte, angioplasties coronaires...

### Campagne de MSAP SSR

La MSAP concerne la prescription de prestations d'hospitalisation pour les soins de SSR liés à des actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas de façon générale, selon les recommandations de la HAS, de recourir à une hospitalisation, pour un patient qui justifie des soins de masso-kinésithérapie.

Les enjeux visés au niveau national par la MSAP SSR, sont une amélioration de la pertinence des séjours en SSR et notamment :

- d'améliorer la qualité des soins aux patients : éviter des soins inutiles et leurs conséquences, assurer une équité de traitement (variation des pratiques),
- d'améliorer l'organisation des soins : pertinence des parcours de soins, réorganisation de l'offre, articulation hôpital/ville/médico-social,
- de diminuer l'impact économique des soins par la même diminution des actes inutiles et de leurs conséquences, pour arriver à une amélioration de la qualité des soins, ainsi qu'à une diminution des hospitalisations non justifiées, par une meilleure adéquation de l'état du patient à l'hospitalisation en SSR,
- d'atteindre à terme (2018) au niveau national, les taux de 20 % des patients pris en charge en ville à la suite d'une pose de prothèse de genou pour arthrose et de 45 % sur la rééducation à domicile en général, pour un gain de 40 millions d'euros.

La MSAP porte sur l'établissement prescripteur des soins de suite et de réadaptation et sur un ou plusieurs des 6 gestes orthopédiques ci-dessous énumérés :

- Arthroplastie de genou par prothèse totale de genou (PTG) en 1ère intention,
- Chirurgie réparatrice des ruptures de coiffe de l'épaule,
- Ligamentoplastie du ligament croisé antérieur (LCA) du genou,
- Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche (PTH) en 1ère intention hors fracture du col du fémur,
- Ostéosynthèse d'une fracture trochantérienne du fémur,
- Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche suite à une fracture du col du fémur.

Les établissements prescripteurs sont ciblés de la façon suivante :

- Pour chaque établissement et pour chacun des 6 gestes orthopédiques concernés, est d'abord examiné le taux d'orientation en SSR (mutations, transferts et entrées dans les 60 jours après passage à domicile) sur la totalité des séjours MCO.
  - Sur chacun des 6 gestes orthopédiques concernés, un taux moyen régional d'orientation en SSR est calculé. Ce taux est appliqué pour tous les établissements, par geste, au nombre de séjours MCO réalisés. Cela génère un nombre théorique d'orientations en SSR par geste pour chaque établissement.
  - L'écart (= potentiel) entre ce nombre et celui réel d'orientations en SSR est étudié.


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

- Les établissements qui ont un taux d'orientation en SSR supérieur à la moyenne régionale sur le geste, sont pré-ciblés en retenant le critère des potentiels de transfert les plus importants par rapport à la moyenne.
- L'articulation avec le déploiement du programme PRADO orthopédie (adhésion de l'établissement à la démarche PRADO, nombre d'inclusions) est également prise en compte.

Il est tenu compte du contexte lié à chaque établissement sélectionné.

↳ **Campagne de MSAP Pertinence des actes**

Au regard des données de l'année 2015, une campagne de MSAP pertinence des actes sera mise en œuvre sur un ou plusieurs des actes suivants :

- chirurgie du syndrome du canal carpien,
- amygdalectomies,
- cholécystectomies,
- thyroïdectomies,
- appendicectomies,

Le critère principal de ciblage des établissements retenu pour cette campagne régionale est

- une proportion élevée d'actes réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé, évaluée sur des critères spécifiques à chaque acte sélectionné

Il est tenu compte du contexte lié à chaque établissement sélectionné.


© 2016 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

17 boulevard Gaston Doumergue – CS 56233
44262 Nantes Cedex 2
Tél. 02 49 10 40 00 - www.ars.paysdelaloire.sante.fr

Date de la publication
Juillet 2016
Référence du document
Arrêté ARS/PDL/DG/2016/36
Suivi par
Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins
Commission Régionale de Gestion du Risque