

Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la Pertinence des soins 2016-2019

Région Centre-Val de Loire

Révision Septembre 2018

SOMMAIRE

1	Introduction.....	5
1.1	Pertinence des soins : de quoi s’agit-il ?	5
1.2	Le cadre législatif et réglementaire.....	5
1.2.1	Le plan d’actions pluriannuel régional d’amélioration de la pertinence des soins - PAPRAPS 6	
1.2.2	Les instances régionales	6
1.2.3	Les outils réglementaires	7
1.3	La déclinaison en région Centre – Val de Loire	9
1.3.1	Les objectifs du PAPRAPS Centre – Val de Loire.....	9
1.3.2	Le périmètre du PAPRAPS en région Centre-Val de Loire	9
1.3.3	Les outils mobilisables en région Centre-Val de Loire.....	10
1.3.4	La gradation des outils mobilisables	10
2	La pertinence des actes	11
2.1	La situation en région Centre-Val de Loire.....	11
2.2	Les critères de ciblage des établissements	12
2.2.1	La contractualisation	12
2.2.2	La MSAP.....	12
2.2.3	Les méthodes de ciblage	12
2.3	Actes ciblés.....	13
2.3.1	La chirurgie bariatrique	13
2.3.2	La thyroïdectomie.....	15
2.3.3	La cholécystectomie	17
2.3.4	La chirurgie du syndrome du canal carpien	19
2.3.5	L’amygdalectomie	20
2.3.6	La chirurgie pour hypertrophie bénigne de la prostate	21
2.3.7	La pose d’aérateurs transtympaniques.....	23
3	La pertinence des modes de prise en charge.....	25
3.1	La chirurgie ambulatoire	25

3.1.1	Le diagnostic.....	25
3.1.2	Plan d'action.....	30
3.2	Les séjours de soins de suite et de réadaptation après chirurgie orthopédique.....	32
3.2.1	La mise sous accord préalable « SSR ».....	32
3.3	Les « autres prestations hospitalières ».....	33
3.3.1	La MSAP « Hospitalisation de jour en médecine ».....	34
3.3.2	La MSAP « Actes ouvrant droit à SE (forfait Sécurité Environnement) ».....	34
4	Pertinence des prescriptions.....	35
4.1	La pertinence des prescriptions de transports.....	35
4.1.1	Diagnostic régional.....	35
4.1.2	Les actions engagées en 2016/2017.....	38
4.1.3	Le plan d'action 2018/2019.....	39
4.1.4	Les critères de ciblage pour la mise en place d'un Volet Pertinence du CAQES dédié aux prescriptions de transports.....	39
4.2	La pertinence des prescriptions d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP).....	40
4.2.1	Contexte.....	40
4.2.2	Enjeux et priorités :.....	41
4.2.3	Eléments du diagnostic :.....	41
4.2.4	Plan d'actions.....	42
4.2.5	Critères de ciblage.....	43

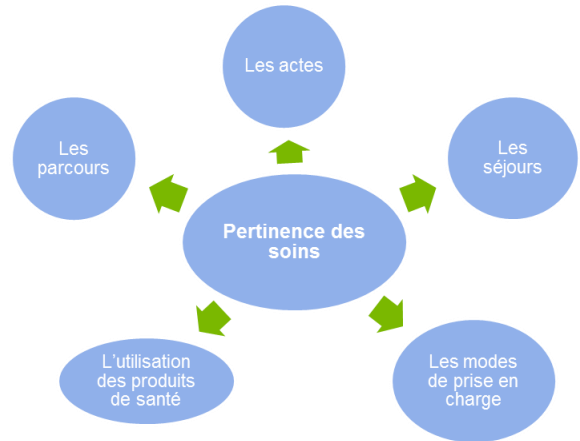
Liste des sigles utilisés :

ARS :	Agence Régionale de Santé
CAQES :	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficienc e des Soins
CNAMTS :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CRCA :	Commission de coordination des actions entre l'ARS et l'Assurance Maladie
CSO :	Centre Spécialisé de l'Obésité
EPP :	Evaluation des Pratiques Professionnelles
IRAPS :	Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins
MSAP :	Mise sous accord préalable
PAPRAPS :	Plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins
URPS :	Union Régionale des Professionnels de Santé

1 Introduction

1.1 Pertinence des soins : de quoi s'agit-il ?

Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des sociétés savantes, nationales et internationales. La pertinence des soins est une notion évolutive car un soin pertinent hier peut ne plus l'être aujourd'hui du fait de l'évolution des connaissances, des techniques et de l'organisation des soins.



Ainsi, la HAS retient que l'analyse de la pertinence d'une intervention de santé comporte potentiellement plusieurs dimensions :

- ✓ la balance entre les bénéfices et les risques ;
- ✓ la probabilité pour l'intervention d'aboutir aux résultats attendus (par comparaison avec d'autres traitements) ;
- ✓ la qualité de l'intervention de santé (au regard de standards) ;
- ✓ la prise en compte des préférences des patients (ce qui implique une information appropriée) ;
- ✓ la prise en compte du contexte social, culturel et de la disponibilité des ressources de santé.

Travailler sur la pertinence des soins, c'est identifier et travailler sur les marges d'optimisation individuelles et collectives pour assurer le juste soin.

1.2 Le cadre législatif et réglementaire

L'article 58 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2015 instaurait l'élaboration par l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS).

Le décret n° 2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) précise le contenu du PAPRAPS ainsi que ses modalités d'élaboration, et précise les modalités de fonctionnement et la composition de l'instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS).

1.2.1 Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins - PAPRAPS

Conformément à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale, l'ARS élabore un PAPRAPS. Il est arrêté par le Directeur Général de l'ARS pour une durée de quatre ans, après avis de la commission régionale de coordination des actions ARS / Assurance maladie (CRCA) siégeant en formation plénière, et après avis de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS). Il est révisable chaque année dans les mêmes conditions.

L'article D. 162-11 du code de la sécurité sociale modifié par le décret n°2017-584 en précise le contenu :

- ✓ le diagnostic de la situation régionale réalisé sur un champ thématique délimité par la CRCA avec le concours de l'IRAPS ;
- ✓ les domaines d'actions 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 prioritaires choisis et la déclinaison, pour chacun d'eux, des actions qui seront menées en précisant le calendrier et les moyens mobilisés pour leur mise en œuvre ;
- ✓ si besoin, les critères de ciblage permettant d'identifier les établissements faisant l'objet d'un volet additionnel du CAQES ou d'une procédure de mise sous accord préalable (MSAP) ;
- ✓ les modalités de suivi et d'évaluation des actions retenues.

1.2.2 Les instances régionales

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

Conformément au décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES), l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) contribue à l'amélioration de la pertinence des prestations, des prescriptions et des actes dans la région. Elle concourt à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche.

Elle est consultée sur le projet de PAPRAPS, lors de sa préparation, de sa révision et de son évaluation. Les membres de l'IRAPS, dont le nombre ne peut excéder vingt, sont nommés par le directeur général de l'ARS. L'instance comprend obligatoirement :

- ✓ Le directeur général de l'ARS ou son représentant ;
- ✓ Le directeur de l'organisme ou du service, représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ou son représentant ;
- ✓ Un représentant de chacune des fédérations hospitalières représentatives au niveau régional ;
- ✓ Un professionnel de santé exerçant au sein d'un établissement de santé de la région ;

- ✓ Un représentant de l'une des unions régionales des professionnels de santé (URPS) ;
- ✓ Un représentant des associations d'usagers agréées mentionnées à l'article L.1114-1 du code de la santé publique au niveau régional ou, à défaut, au niveau national.

1.2.2.2 La commission de coordination des actions entre l'ARS et l'Assurance maladie (CRCA)

L'article R.1434-13 du code de la santé publique précise les missions de la commission régionale de concertation des actions ARS / Assurance maladie (CRCA), dont la mission spécifique de donner un avis sur le projet de PAPRAPS.

La CRCA est composée juridiquement, en formation plénière, comme suit :

- ✓ Le Directeur Général de l'ARS
- ✓ Le Directeur de la DCGDR ;
- ✓ Le Directeur de l'ARCMSA ;
- ✓ Les Directeurs des Caisses Primaires d'Assurance Maladie ;
- ✓ Les Directeurs des Caisses de MSA.

1.2.3 Les outils réglementaires

1.2.3.1 Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES)

L'article L.162-30-2 du code de la sécurité sociale précise les modalités de mise en œuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES).

Celui-ci est conclu entre le directeur général de l'ARS, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de chaque établissement. Ce contrat a pour objet d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions, et de permettre une diminution des dépenses d'assurance maladie.

Ce contrat comporte :

- ✓ Un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations ;
- ✓ Le cas échéant, un ou plusieurs volets additionnels conclus avec les établissements identifiés en application du PAPRAPS ou ne respectant pas, pour certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, un ou plusieurs référentiels de qualité, de sécurité des soins ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale.

Le contrat est conclu pour une durée indéterminée. Par dérogation, les volets additionnels peuvent être conclus pour une durée maximale de cinq ans. Il prévoit notamment, conformément à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les obligations respectives des parties, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluation.

Suite à l'évaluation, deux possibilités sont prévues par les textes réglementaires en cas de non atteinte des objectifs :

- Sur le volet obligatoire : Sanction financière
- Sur les volets additionnels :
 - Sanction financière
 - MSAP

1.2.3.2 Le dispositif de mise sous accord préalable (MSAP)

Les objectifs de la MSAP

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

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

Cette procédure, qui se traduit pour les établissements et pour les professionnels y exerçant, par une supervision temporaire, sur un périmètre d'activité limité, a d'abord un objectif pédagogique et préventif et est de nature à entraîner une accélération du changement des pratiques des équipes médicales.

Les critères de ciblage prévus par les textes

La procédure concerne tous les établissements de santé de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) quel que soit leur statut (public, privé non lucratif ou privé lucratif).

Les motifs de ciblage de MSAP sont prévus à l'article L.162-1-17 du code de la sécurité sociale. La MSAP est justifiée par l'un des constats suivants :

- ✓ 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.

Le ciblage des établissements est réalisé conjointement par l'Assurance Maladie et l'ARS.

La procédure de MSAP

Une fois le ciblage des établissements effectué en application des critères définis dans le PAPRAPS, le directeur général de l'ARS peut, en application de l'article L162-1-17 du code de la sécurité sociale,

- ✓ après avis de l'organisme local d'assurance maladie,
- ✓ et après mise en œuvre d'une procédure contradictoire,

subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder 6 mois, la prise en charge par l'Assurance Maladie des actes, des prestations d'hospitalisation, des prescriptions concernées.

1.3 La déclinaison en région Centre – Val de Loire

1.3.1 Les objectifs du PAPRAPS Centre – Val de Loire

Le PAPRAPS constitue une déclinaison du Projet régional de santé 2018-2022, notamment son chapitre consacré à la pertinence du recours au système de soins. Ce chapitre a fait l'objet d'un travail de co-construction avec les membres de l'IRAPS au printemps 2017. Il a permis d'identifier trois objectifs prioritaires :

- Améliorer la pertinence des prescriptions de transports, notamment dans le champ des affections de longue durée et des entrées/sorties d'hospitalisation,
- Améliorer la pertinence des actes en réduisant la variation des pratiques dans les territoires ciblés,
- Réduire la iatrogénie médicamenteuse évitable en réduisant le recours à certains médicaments.

La mise en place du PAPRAPS a pour ambition de :

- ✓ renforcer la dynamique régionale avec les professionnels de santé en les associant plus en amont et en les rendant acteurs des démarches régionales de pertinence ;
- ✓ proposer une « action graduée » en renforçant la dimension appui et accompagnement, avant la mobilisation de leviers plus coercitifs ;
- ✓ donner une cohérence et une lisibilité d'ensemble aux actions conduites en région.

Le nouveau plan ONDAM (2018-2022) renforce les premiers travaux menés, en mettant particulièrement l'accent sur la pertinence des soins.

1.3.2 Le périmètre du PAPRAPS en région Centre-Val de Loire

Le périmètre initial du PAPRAPS de la région Centre – Val de Loire s'élargit pour aborder **les prescriptions de produits de santé et les prescriptions de transports.**

Le PAPRAPS ne recense pas de façon exhaustive l'ensemble des actions régionales menées dans le cadre de la pertinence de soins : il décrit plus particulièrement les champs sélectionnés dans le cadre

des travaux relatifs à la pertinence, notamment ceux pour lesquels la contractualisation tripartite et/ou la MSAP sont envisagées ou mises en œuvre.

Révisable chaque année, le PAPRAPS s'adaptera aux nouvelles investigations régionales. Ainsi :

- ✓ d'autres thématiques pourront être intégrées,
- ✓ d'autres leviers d'action pourront être utilisés pour des thématiques déjà identifiées.

1.3.3 Les outils mobilisables en région Centre-Val de Loire

En complément des outils réglementaires mentionnés au 1.2.3, les outils suivants seront mobilisés :

1.3.3.1 Le courrier de pertinence

Il est mobilisable pour un établissement pré-ciblé par les indicateurs nationaux CNAMTS, mais présentant un volume d'actes insuffisant pour mobiliser une MSAP.

Il doit permettre à un établissement de réaliser une analyse de ses indicateurs en atypie, en engageant une démarche d'auto évaluation, dans le but d'améliorer ses pratiques.

1.3.3.2 Le dialogue de pertinence

Il est mobilisé dès lors qu'un établissement se situe dans un territoire en sur-recours, présentant un important volume de production, et expliquant une part importante de la consommation du territoire.

Il s'agit d'un dialogue mené par un binôme de médecins de l'ARS et de l'Assurance maladie, avec les professionnels de santé du territoire ciblé, pour échanger sur les causes des sur-recours : analyses, explications, actions d'amélioration. Il doit permettre aux professionnels rencontrés de s'interroger sur leurs pratiques, d'identifier des actions à mener afin de réduire les sur-recours observés.

1.3.3.3 Les campagnes nationales de l'Assurance maladie

L'Assurance maladie met en place chaque année des campagnes nationales sur des thématiques qui peuvent être sélectionnées dans le PAPRAPS. Selon les cas, ces campagnes peuvent associer des échanges confraternels (entre un prescripteur et un praticien conseil), la diffusion de référentiels, des réunions spécifiques...

1.3.4 La gradation des outils mobilisables

Les 4 outils, prévus réglementairement ou pas, seront mobilisés en région Centre-Val de Loire en fonction des atypies relevées, des volumes d'activité et des thématiques concernées, de façon graduée :

- Courrier ou dialogue de pertinence
- Mise sous accord préalable (campagne nationale CNAMTS)
- Volet additionnel du CAQES.

2.1 La situation en région Centre-Val de Loire

Le ministère chargé de la santé a décidé, en lien avec la HAS et la CNAMTS, de focaliser son action sur 33 activités très fréquentes (césarienne, opération de la cataracte, appendicectomie, opération du syndrome du canal carpien, pose de prothèse de hanche et de genoux, chirurgie bariatrique...).

Si la région Centre - Val de Loire présente peu de taux de recours manifestement atypiques par rapport à ceux constatés au plan national, pour autant, des variations importantes de taux de recours à certains soins hospitaliers sont constatés entre territoires. Les indicateurs démographiques ou sanitaires (notamment épidémiologiques) seuls ne suffisent pas à expliquer ces variations.

Ainsi, les 33 actes ciblés au plan national ont été analysés en combinant des critères quantitatifs et qualitatifs :

- ✓ Le taux de recours régional comparé à la moyenne nationale ;
- ✓ L'existence d'un taux de recours significatif à l'acte dans au moins un département de santé, c'est-à-dire :
 - Indice national supérieur à 1,20 (rapport entre le taux de recours standardisé du département et le taux de recours standardisé national) ;
 - Un département fait partie des 10% des départements français où le taux de recours standardisé est le plus élevé ;
- ✓ L'existence de référentiels HAS suffisamment récents et robustes ;
- ✓ L'existence de programmes nationaux ;
- ✓ Profil pertinence de la CNAMTS ;
- ✓ L'enjeu de santé publique ou de sécurité sanitaire (cf. évènements indésirables graves) ;
- ✓ Les enjeux économiques, appréciés au regard du volume d'actes, mais également de coûts indirects tels que les incapacités de travail, invalidités... ;
- ✓ L'existence de moyens d'action efficaces.

Sur cette base, sept actes ont été sélectionnés en région Centre-Val de Loire :

- ✓ **La chirurgie bariatrique** en raison d'une augmentation rapide du taux de recours (+13 % entre 2013 et 2014, +15 % entre 2015 et 2016), d'une forte hétérogénéité entre territoires et des enjeux de sécurité sanitaire (mortalité post-opératoire par exemple) ;
- ✓ **La thyroïdectomie** en raison d'un fort taux de recours sur un territoire depuis plusieurs années ;
- ✓ **La cholécystectomie** en raison d'un fort taux de recours sur un territoire depuis plusieurs années ;
- ✓ **La chirurgie du syndrome du canal carpien** en raison d'un fort taux de recours régional depuis plusieurs années ;
- ✓ **L'hypertrophie bénigne de la prostate** en raison d'un taux de recours très élevé dans deux territoires et d'une forte hétérogénéité entre territoires ;

- ✓ **L'amygdalectomie en raison d'une forte hétérogénéité** entre territoires et d'un taux de recours particulièrement élevé dans un territoire ;
- ✓ **La pose d'aérateurs transtympaniques** en raison d'un taux de recours élevé dans trois territoires et d'une campagne nationale CNAMTS.

2.2 Les critères de ciblage des établissements

2.2.1 La contractualisation

Les établissements seront ciblés, **pour la pertinence des actes**, selon les conditions cumulatives suivantes :

- implantation sur un territoire en sur-recours de plus de 20% par rapport au taux de recours national,
- contribution à au moins 10 % de l'activité de ce territoire,
- identification de points de rupture dans le parcours du patient lors d'un dialogue de pertinence préalable.

Avant toute contractualisation, un temps d'échange et d'information est systématiquement mis en œuvre avec les professionnels de santé des établissements ciblés.

2.2.2 La MSAP

Les établissements identifiés comme « atypiques » au regard des indicateurs de ciblage et du diagnostic régional pourront faire l'objet d'une MSAP.

Un établissement est éligible à une MSAP même si celui-ci ne se trouve pas sur un département en sur-recours significatif.

Seront exclus du ciblage MSAP, les établissements ayant un volet additionnel pertinence CAQES en cours sur l'acte concerné et non encore évalué. Une fois évalués, les établissements n'ayant pas atteint les objectifs du contrat pourront faire l'objet d'une MSAP.

S'agissant des MSAP, le ciblage est réalisé en tenant compte des critères réglementaires, et de critères complémentaires permettant d'établir une priorité dans la sélection des établissements.

2.2.3 Les méthodes de ciblage

Elles reposent sur un panel d'indicateurs issus des bases de l'Assurance Maladie dans le but de repérer certains 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 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.

La CNAMTS propose un pré-ciblage national. Une analyse régionale par l'Assurance Maladie et l'ARS permet de confirmer ou non le ciblage de l'établissement.

L'analyse tient compte de la nature du ou des indicateurs pour lesquels l'établissement est atypique.

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.

La liste des indicateurs pour les actes ciblés est présentée en annexe.

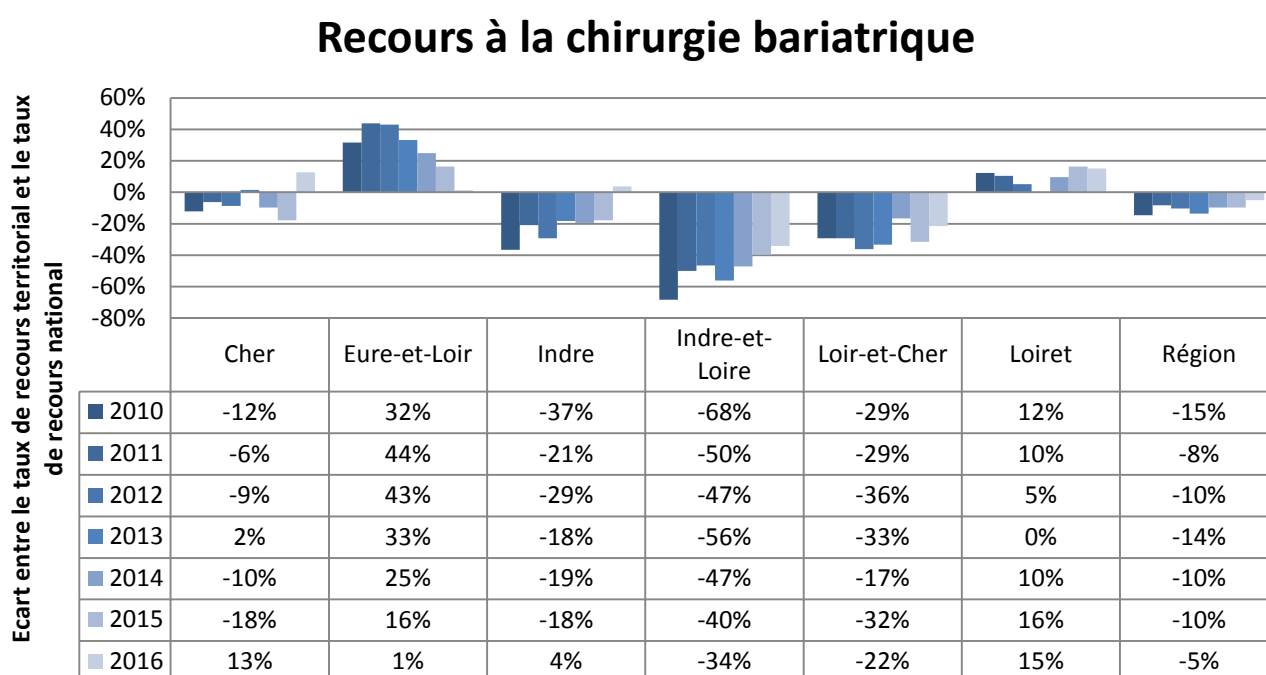
2.3 Actes ciblés

2.3.1 La chirurgie bariatrique

2.3.1.1 Le diagnostic régional

En 2016, 1 867 séjours de chirurgie bariatrique ont été réalisés en région Centre-Val de Loire.

Le tableau ci-après présente le rapport entre le taux de recours standardisé des territoires et le taux de recours standardisé national (indice national) :



Territoires ciblés	Calendrier
28 Eure et Loir	2016 - 2018
45 Loiret	2016 - 2018

Suite à l'évolution de l'offre de soins sur le territoire de l'Eure-et-Loir en 2016, seul le Loiret a été ciblé par un dialogue de pertinence.

2.3.1.2 Actions ciblées à destination des établissements

Actions réalisées en 2016 - 2017

Sur la base des sur-recours constatés, des dialogues de pertinence avec les praticiens exerçant dans les établissements contribuant à plus de 10 % de la consommation du territoire ont été réalisés en 2017.

En amont de ces dialogues, un travail préparatoire avec un chirurgien « référent expert », n'exerçant pas sur les territoires ciblés et choisi par l'URPS, a été nécessaire afin de pré-identifier les causes possibles de rupture dans le parcours et ainsi permettre de conduire les analyses et le diagnostic avec les chirurgiens des établissements.

Au cours des dialogues, les principaux points de ruptures identifiés étaient les suivants : défaut mineur de prise en charge pré-chirurgical et post-opératoire.

Suite à ces dialogues, une démarche d'amélioration des pratiques doit être initiée dans ces établissements au regard des constats posés suite à l'échange confraternel.

Conformément au ciblage de la CNAMTS, des établissements ont également été ciblés soit par une MSAP (2 établissements en 2016) soit par un courrier pertinence (2 établissements en mai 2017).

Pour l'ensemble des établissements, des actions de communication et de sensibilisation au respect des bonnes pratiques ont été réalisées par les deux Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) implantés en région, qui ont la responsabilité de l'organisation d'une filière de soins dédiée à l'obésité sur le territoire :

- ✓ Rédaction et adhésion des établissements partenaires à une « charte des bonnes pratiques des CSO de la région Centre-Val de Loire », soulignant la nécessité d'une pluridisciplinarité de l'offre de soins ;
- ✓ Création d'un site internet (www.ObeCentre.fr) ;
- ✓ Organisation régulière des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) de recours assurées par le CHRU de Tours pour les partenaires de la filière territoriale ;
- ✓ Organisation d'une journée régionale et/ou départementale d'échanges sur les pratiques professionnelles à destination des acteurs impliqués dans la prise en charge de l'obésité.

Actions	Calendrier
Communication et sensibilisation auprès de tous les établissements par le CSO	depuis 2016
Mise en œuvre de la procédure de MSAP	2016
Dialogue de pertinence	2017
Courrier pertinence	2017
Homogénéisation des modalités de gestion et avis entre ELSM	2018
Suivre la variation du taux de recours des territoires ciblés	à partir de 2018
Contractualiser, le cas échéant, avec les établissements ciblés	à partir de 2019

Outils	Calendrier
Volet additionnel pertinence du CAQES	à partir de 2019
MSAP	à partir de 2019

2.3.1.3 Les modalités d'évaluation et de suivi

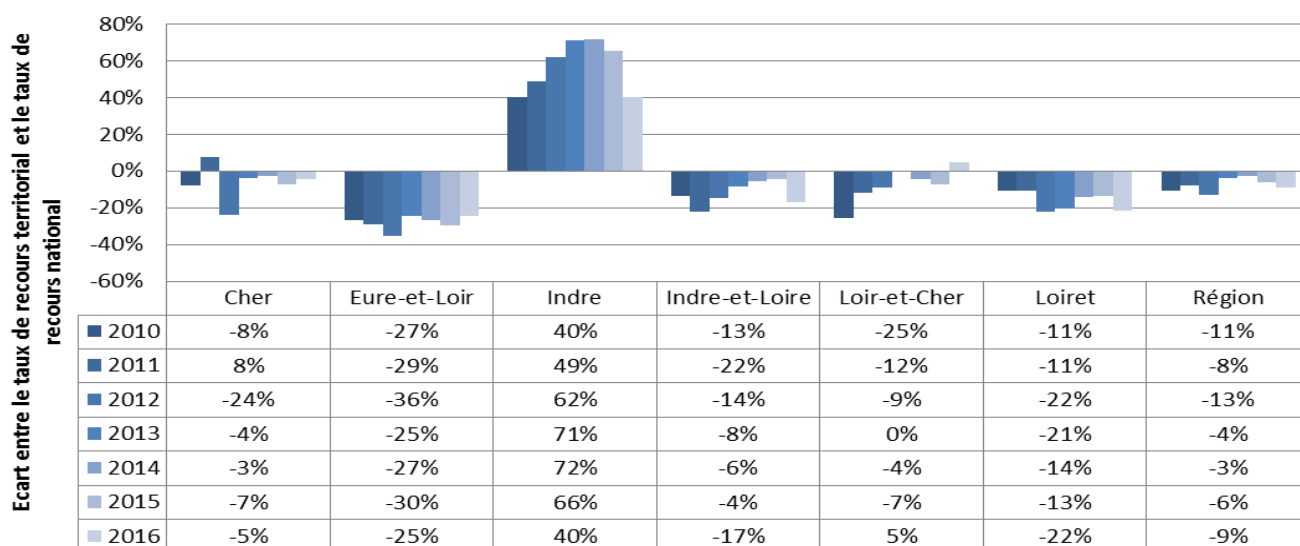
Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours à la chirurgie bariatrique des territoires ciblés et le taux de recours national	Diminution de l'écart
Taux de conformité aux recommandations HAS : respect des grandes étapes du parcours préopératoire	Augmentation
Mise en place d'actions au sein des établissements suite à la réalisation des dialogues de pertinence.	Elaboration d'un plan d'action
Suivi des profils pertinence CNAMTS	Diminution des atypies

2.3.2 La thyroïdectomie

2.3.2.1 Diagnostic régional

En 2016, 1 540 séjours liés à une thyroïdectomie ont été réalisés en région Centre-Val de Loire. Le tableau ci-après présente le rapport entre le taux de recours standardisé des territoires et le taux de recours standardisé national (indice national) :

Recours à la thyroïdectomie



En 2016, le département de l'Indre est le département qui a le taux de recours le plus élevé de la région, il est 40% supérieur au taux de recours national.

Territoires ciblés	Calendrier
36 Indre	2016 - 2018

2.3.2.2 Actions ciblées à destinations des établissements

Actions réalisées en 2016 - 2017

Sur la base des sur-recours constatés, des dialogues de pertinence avec les praticiens exerçant dans les établissements contribuant à plus de 10% de la consommation du territoire ont été réalisés en 2017.

En amont de ces dialogues, un travail préparatoire avec un chirurgien « expert », n'exerçant pas sur les territoires ciblés et choisi par la fédération des URPS, a été réalisé afin de pré-identifier les causes possibles de rupture dans le parcours et ainsi permettre de conduire les analyses et le diagnostic avec les chirurgiens des établissements.

Au cours des dialogues, les principaux points de rupture identifiés étaient les suivants : qualité des comptes rendu des échographies, accès en proximité à la cytoponction.

Suite à ces dialogues, il a été proposé aux établissements de mettre en œuvre une EPP visant à améliorer les pratiques des échographies et des cytoponctions en établissement et de mener un accompagnement des radiologues exerçant en ville.

Conformément au ciblage de la CNAMTS, 2 autres établissements ont été ciblés par un courrier pertinence adressé en mai 2017.

Actions	Calendrier
Dialogue de pertinence	2017
Courrier pertinence	2017
Suivre la variation du taux de recours du territoire ciblé	à partir de 2018
Contractualiser, le cas échéant, avec les établissements ciblés	à partir de 2019

Outils	Calendrier
Volet additionnel pertinence du CAQES	à partir de 2019
MSAP	à partir de 2019

2.3.2.3 Les modalités d'évaluation et de suivi

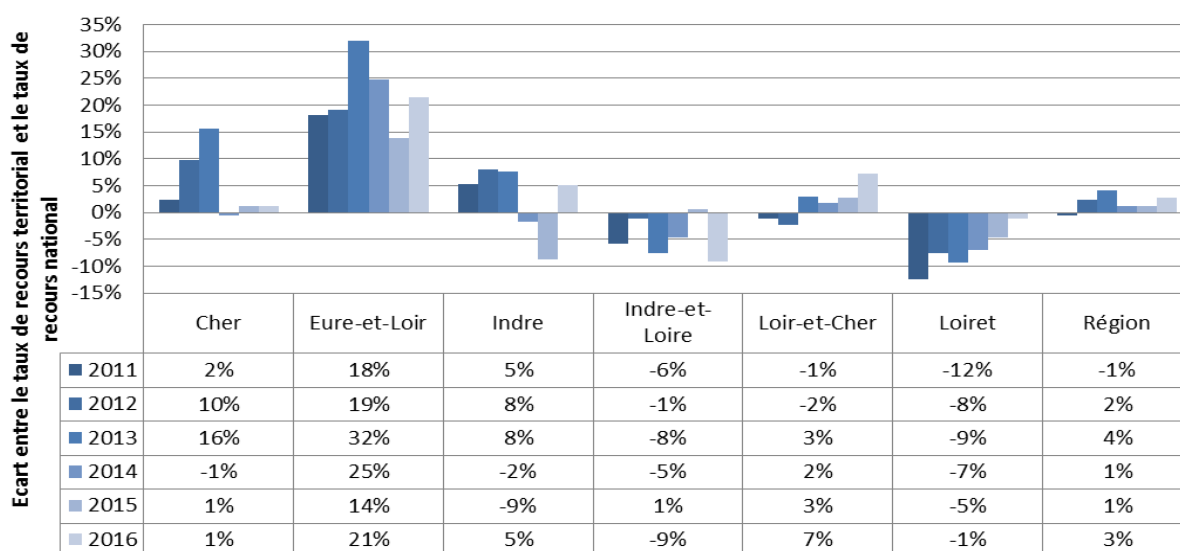
Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours à la thyroïdectomie des territoires ciblés et le taux de recours national	Diminution de l'écart
Taux de conformité aux recommandations HAS : respect des grandes étapes du parcours préopératoire	Augmentation
Mise en œuvre d'EPP suite à la réalisation des dialogues de pertinence	Amélioration de la qualité des comptes rendus
Mise en œuvre d'un accompagnement par l'Assurance Maladie des radiologues exerçant en ville	Amélioration de la qualité des comptes rendus
Suivi des profils pertinence CNAMTS	Diminution des atypies

2.3.3 La cholécystectomie

2.3.3.1 Diagnostic régional

En 2016, 4 774 séjours liés à une cholécystectomie ont été réalisés en région Centre-Val de Loire. Le tableau ci-après présente le rapport entre le taux de recours standardisé des territoires et le taux de recours standardisé national (indice national) :

Recours à la cholécystectomie (GHM 07C13 + 07C14)



Au regard de l'analyse des taux de recours par département de la région Centre-Val de Loire entre 2011 et 2016, il apparaît que l'Eure-et-Loir enregistre un taux de recours à la cholécystectomie supérieur au taux de recours national sur l'ensemble de la période et de plus de 20%, notamment en 2016.

Territoires ciblés	Calendrier
28 Eure-et-Loir	2016 - 2018

2.3.3.2 Actions ciblées à destination des établissements

Actions réalisées en 2016 – 2017

Sur la base des sur-recours constatés, des dialogues de pertinence avec les praticiens exerçant dans les établissements contribuant à plus de 10% de la consommation du territoire ont été réalisés en 2017.

En amont de ces dialogues, un travail préparatoire avec un chirurgien « référent expert », n'exerçant pas sur les territoires ciblés et choisi par l'URPS, a été nécessaire afin de pré-identifier les causes possibles de rupture dans le parcours et ainsi permettre de conduire les analyses et le diagnostic avec les chirurgiens des établissements.

Au cours des dialogues, les principaux points de rupture identifiés étaient les suivants : des difficultés d'organisation, des risques de banalisation d'un geste chirurgical, l'appréciation des demandes d'intervention de cholécystectomie.

Suite à ces dialogues, des pistes d'actions ont été identifiées avec les chirurgiens afin d'améliorer leurs pratiques médicales : des retours d'expériences de certains dossiers médicaux, l'engagement des chirurgiens dans une démarche formelle d'EPP et la participation à un programme de DPC.

Conformément au ciblage de la CNAMTS, un établissement a été ciblé par une MSAP et deux autres établissements ont fait l'objet d'un courrier pertinence.

Actions	Calendrier
Dialogue de pertinence	2017
Mise en œuvre de la procédure de MSAP	à partir de 2017
Courrier pertinence	2017
Suivre la variation du taux de recours du territoire ciblé	à partir de 2018
Contractualiser, le cas échéant, avec les établissements ciblés	à partir de 2019

Outils	Calendrier
Volet additionnel pertinence du CAQES	à partir de 2019
MSAP	à partir de 2019

2.3.3.3 Les modalités d'évaluation et de suivi

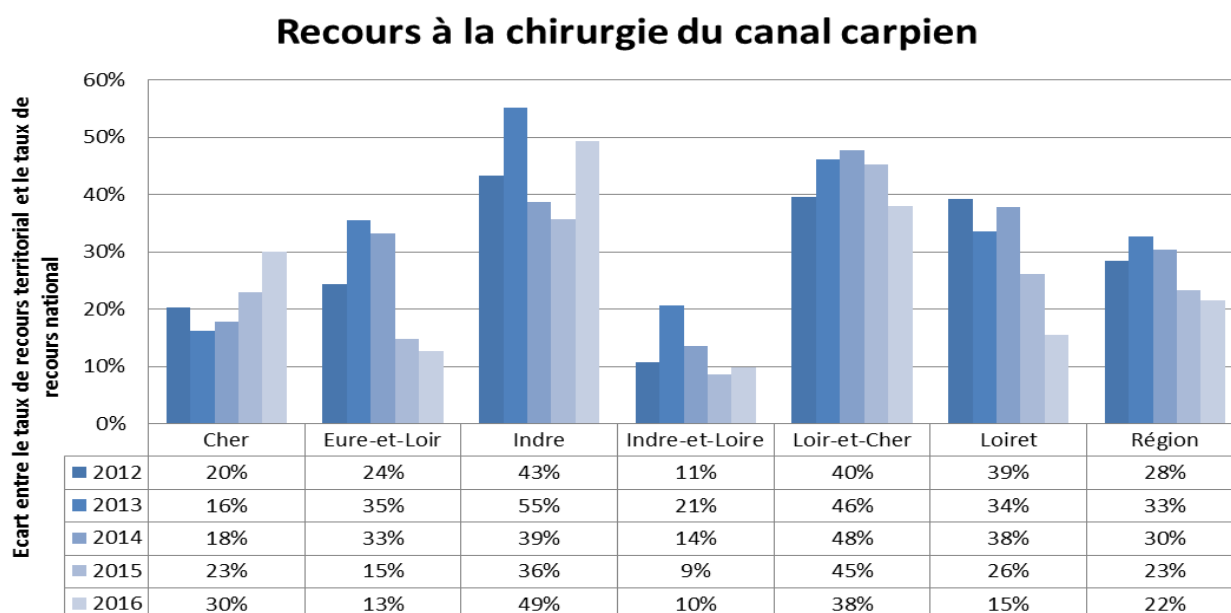
Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours à la cholécystectomie des territoires ciblés et le taux de recours national	Diminution de l'écart
Taux de conformité aux recommandations HAS : respect des grandes étapes du parcours préopératoire	Augmentation
Mise en œuvre d'EPP suite à la réalisation des dialogues de pertinence	Amélioration des pratiques
Mise en œuvre d'un plan d'actions au sein des établissements suite à la réalisation des dialogues de pertinence	Elaboration d'un plan d'actions
Suivi des profils pertinence CNAMTS	Diminution des atypies

2.3.4 La chirurgie du syndrome du canal carpien

2.3.4.1 Diagnostic régional

En 2016, 7 007 séjours de chirurgie du canal carpien ont été réalisés en région Centre-Val de Loire.

Le tableau ci-après présente le rapport entre le taux de recours standardisé des territoires et le taux de recours standardisé national (indice national) :



Depuis 2012, le taux de recours à la chirurgie du canal carpien de la région est nettement supérieur au taux national. Au regard des données 2016, trois territoires présentent une atypie significative avec un taux de recours supérieur de plus de 30% à la moyenne nationale.

Territoires ciblés	Calendrier
18 Cher	à partir de 2018
36 Indre	à partir de 2018
41 Loir-et-Cher	à partir de 2018

2.3.4.2 Actions ciblées à destination des établissements

Actions	Calendrier
Dialogue de pertinence	2019
Mise en œuvre de la procédure de MSAP	2019
Courrier pertinence	2019
Suivre la variation du taux de recours des territoires ciblés	à partir de 2019
Contractualiser, le cas échéant, avec les établissements ciblés	à partir de 2019

Outils	Calendrier
Volet additionnel pertinence du CAQES	à partir de 2019
MSAP	2019

2.3.4.3 Les modalités d'évaluation et de suivi

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours à la chirurgie du canal carpien des territoires ciblés et le taux de recours national	Diminution de l'écart
Taux de conformité aux recommandations HAS : respect des grandes étapes du parcours préopératoire	Augmentation
Suivi des profils pertinence CNAMTS	Diminution des atypies

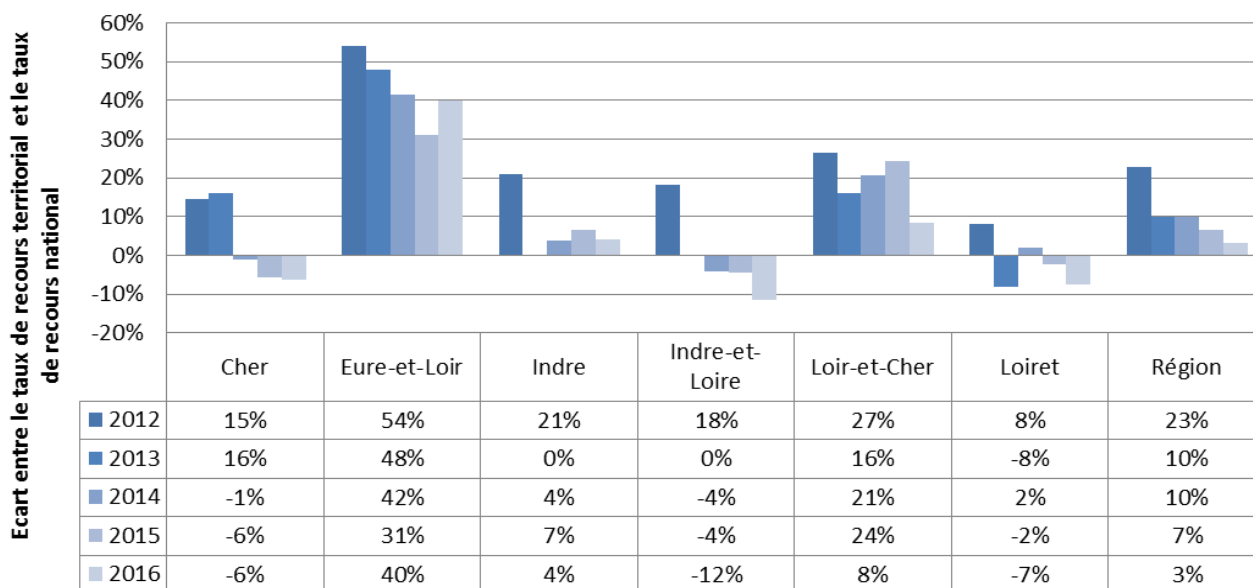
2.3.5 L'amygdalectomie

2.3.5.1 Le diagnostic régional

En 2016, 2 443 séjours d'amygdalectomie ont été réalisés en région Centre-Val de Loire.

Le tableau ci-après présente le rapport entre le taux de recours standardisé des territoires et le taux de recours standardisé national (indice national) :

Recours à l'amygdalectomie



Au regard des données 2016, l'Eure-et-Loir présente une atypie significative avec un taux de recours supérieur de plus de 30% à la moyenne nationale. En 2016, plus de 70% des amygdalectomies ont été réalisées sur des enfants de moins de 10 ans.

Territoires ciblés	Calendrier
28 Eure-et-Loir	à partir de 2018

2.3.5.2 Actions ciblées à destination des établissements

Actions	Calendrier
Dialogue de pertinence	2019
Mise en œuvre de la procédure de MSAP	2019
Courrier pertinence	2019
Suivre la variation du taux de recours des territoires ciblés	à partir de 2019
Contractualiser, le cas échéant, avec les établissements ciblés	à partir de 2019

Outils	Calendrier
Volet additionnel pertinence du CAQES	à partir de 2019
MSAP	2019

2.3.5.3 Les modalités d'évaluation et de suivi

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours à l'amygdalectomie des territoires ciblés et le taux de recours national	Diminution de l'écart
Taux de conformité aux recommandations HAS : respect des grandes étapes du parcours préopératoire	Augmentation
Suivi des profils pertinence CNAMTS	Diminution des atypies

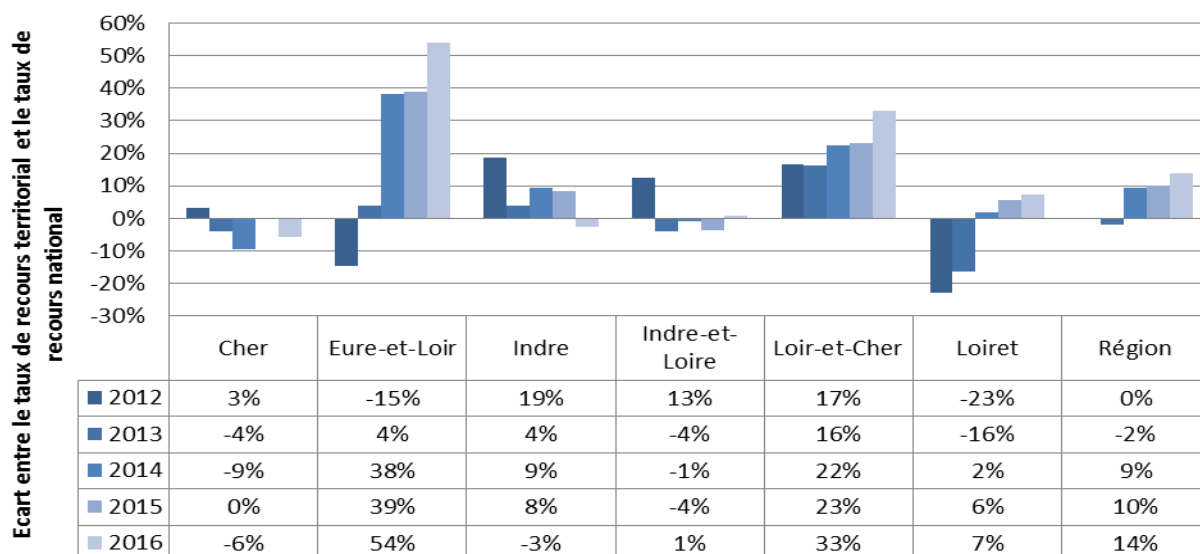
2.3.6 La chirurgie pour hypertrophie bénigne de la prostate

2.3.6.1 Le diagnostic régional

En 2016, 3 600 séjours de chirurgie pour l'hypertrophie bénigne de la prostate ont été réalisés en région Centre-Val de Loire.

Le tableau ci-après présente le rapport entre le taux de recours standardisé des territoires et le taux de recours standardisé national (indice national) :

Chirurgie pour hypertrophie bénigne de la prostate



Au regard des données 2016, l'Eure-et-Loir et le Loir-et-Cher présentent une atypie significative avec un taux de recours supérieur de plus de 30% à la moyenne nationale. On constate que depuis 2014, l'écart entre le taux de recours de ces territoires et le taux de recours national s'est creusé. En comparaison des autres départements français, l'Eure-et-Loir présente le taux le plus élevé.

Territoires ciblés	Calendrier
28 Eure-et-Loir	à partir de 2018
41 Loir-et-Cher	à partir de 2018

2.3.6.2 Actions ciblées à destination des établissements

Actions	Calendrier
Dialogue de pertinence	2019
Mise en œuvre de la procédure de MSAP	2019
Courrier pertinence	2019
Suivre la variation du taux de recours des territoires ciblés	à partir de 2019
Contractualiser, le cas échéant, avec les établissements ciblés	à partir de 2019

Outils	Calendrier
Volet additionnel pertinence du CAQES	à partir de 2019
MSAP	2019

2.3.6.3 Les modalités d'évaluation et de suivi

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours à la chirurgie pour l'hypertrophie bénigne de la prostate des territoires ciblés et le taux de recours national	Diminution de l'écart
Taux de conformité aux recommandations HAS : respect des grandes étapes du parcours préopératoire	Augmentation
Suivi des profils pertinence CNAMTS	Diminution des atypies

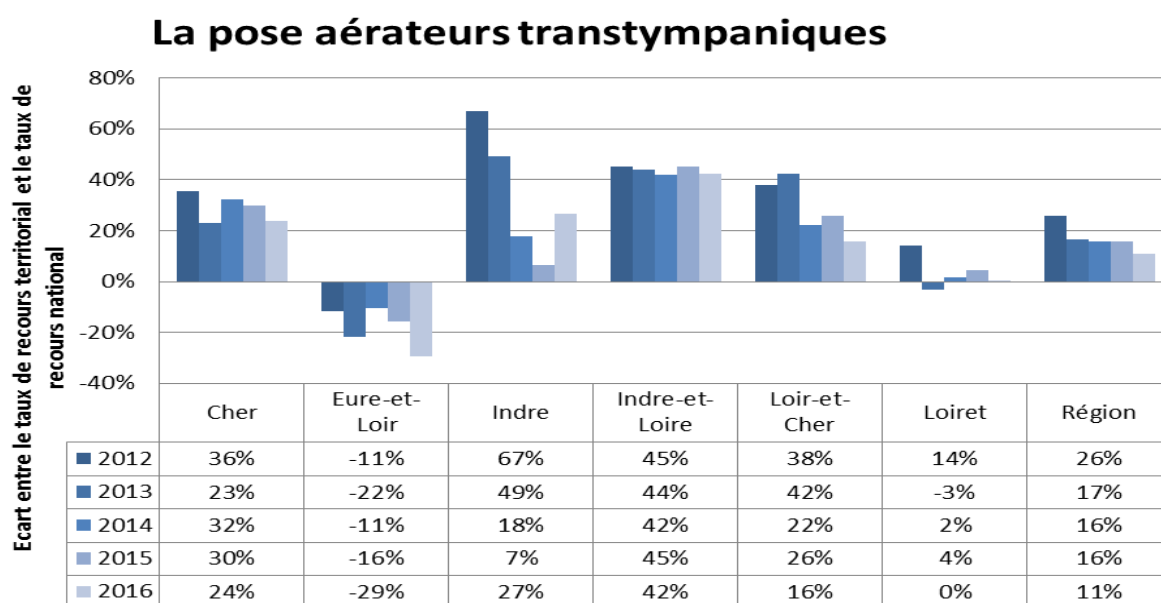
2.3.7 La pose d'aérateurs transtympaniques¹

2.3.7.1 Le diagnostic régional

Le taux de recours national standardisé, calculé sur l'ensemble des six actes de pose d'aérateurs transtympaniques, diminue entre 2012 et 2016 de 1,46 à 1,25 séjours pour 1000 habitants. Sur la même période, le taux évolue de 1,8 à 1,4 en région Centre - Val de Loire.

Il apparaît donc que la région Centre-Val de Loire reste atypique avec un taux standardisé à 1,4 contre 1,25 au plan national.

Le tableau ci-après présente le rapport entre le taux de recours standardisé des territoires et le taux de recours standardisé national (indice national) :



¹ HAS – Fiche pertinence des soins – Mars 2017 : Pose d'aérateurs transtympaniques dans l'otite moyenne séreuse et séroumuqueuse chronique bilatérale chez l'enfant, SFORL – Recommandations pour la pratique clinique – 2016 : Prise en charge thérapeutique des OSM de l'enfant

En 2016, quatre départements présentent un recours atypique : le Cher, l'Indre, l'Indre-et-Loire et le Loir-et-Cher.

En 2018, la pose d'aérateurs transtympaniques fait l'objet d'une campagne nationale CNAMTS.

Les 6 actes étudiés sont les suivants :

- CBLD001 Pose bilatérale d'aérateur transtympanique ;
- CBLD003 Pose unilatérale d'aérateur transtympanique ;
- FAFA001 Adénoïdectomie avec pose unilatérale d'aérateur transtympanique ;
- FAFA002 Adénoïdectomie avec pose bilatérale d'aérateur transtympanique ;
- FAFA005 Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie et pose unilatérale d'aérateur transtympanique ;
- FAFA010 Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie et pose bilatérale d'aérateur transtympanique.

Territoires ciblés	Calendrier
18 Cher	à partir de 2018
36 Indre	à partir de 2018
37 Indre-et-Loire	à partir de 2018
41 Loir-et-Cher	à partir de 2018

2.3.7.2 Actions ciblées à destination des établissements

Actions	Calendrier
Campagne d'accompagnement des professionnels de santé et des établissements par l'Assurance Maladie	à partir de 2018

Outils	Calendrier
Profils CNAMTS	2018

2.3.7.3 Actions ciblées à destination des ORL

Actions	Calendrier
Campagne d'accompagnement des ORL par l'Assurance Maladie	à partir de 2018

Outils	Calendrier
Parcours de soins des enfants opérés	2018

2.3.7.4 Les modalités d'évaluation et de suivi

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours des territoires ciblés et le taux de recours national	Diminution de l'écart
Taux de conformité aux recommandations HAS : respect des grandes étapes du parcours préopératoire	Augmentation
Suivi des profils pertinence CNAMTS	Diminution des atypies

3 La pertinence des modes de prise en charge

3.1 La chirurgie ambulatoire

3.1.1 Le diagnostic

Eléments diagnostics nationaux

Qu'est-ce que la chirurgie ambulatoire ?

La chirurgie ambulatoire permet l'hospitalisation de moins de 12 heures, sans hébergement de nuit.

Elle comprend les actes chirurgicaux programmés et impérativement réalisés dans le cadre sécurisé d'un bloc opératoire, en vue de la sortie du patient le jour même de son intervention, sans risque majoré.

Quels en sont les bénéfices ?

- ✓ Des bénéfices pour les patients, avec des interventions intégrant le même niveau de qualité et de sécurité des soins que ceux pratiqués en hospitalisation conventionnelle, une limitation du risque infectieux et de la perte de repères – surtout chez les personnes âgées – et un suivi systématique par l'unité de chirurgie ambulatoire.
- ✓ Des bénéfices pour les équipes hospitalières, avec une optimisation des temps d'utilisation des infrastructures et des blocs, l'opportunité d'améliorer la qualité des prises en charge et de développer de nouvelles pratiques tant techniques



qu'organisationnelles, des personnels fédérés autour d'un projet médical commun, une image moderne et attractive de l'établissement.

Une priorité nationale

Le développement de la chirurgie ambulatoire est identifié comme étant une priorité nationale depuis 2010, co-pilotée par l'Etat et l'assurance maladie dans le cadre du plan quinquennal pour l'efficience et la performance du système de santé.

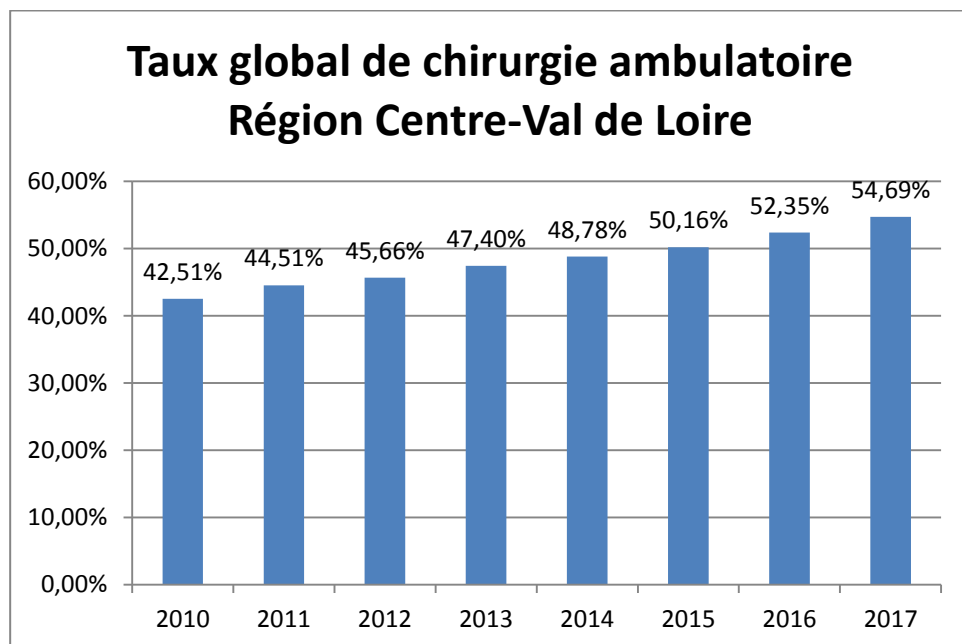
Cette priorité a été réaffirmée par la stratégie nationale de santé et la loi de modernisation du système de santé qui font du « virage ambulatoire » un axe fort.

L'instruction N°DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 définit des objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.

L'objectif national

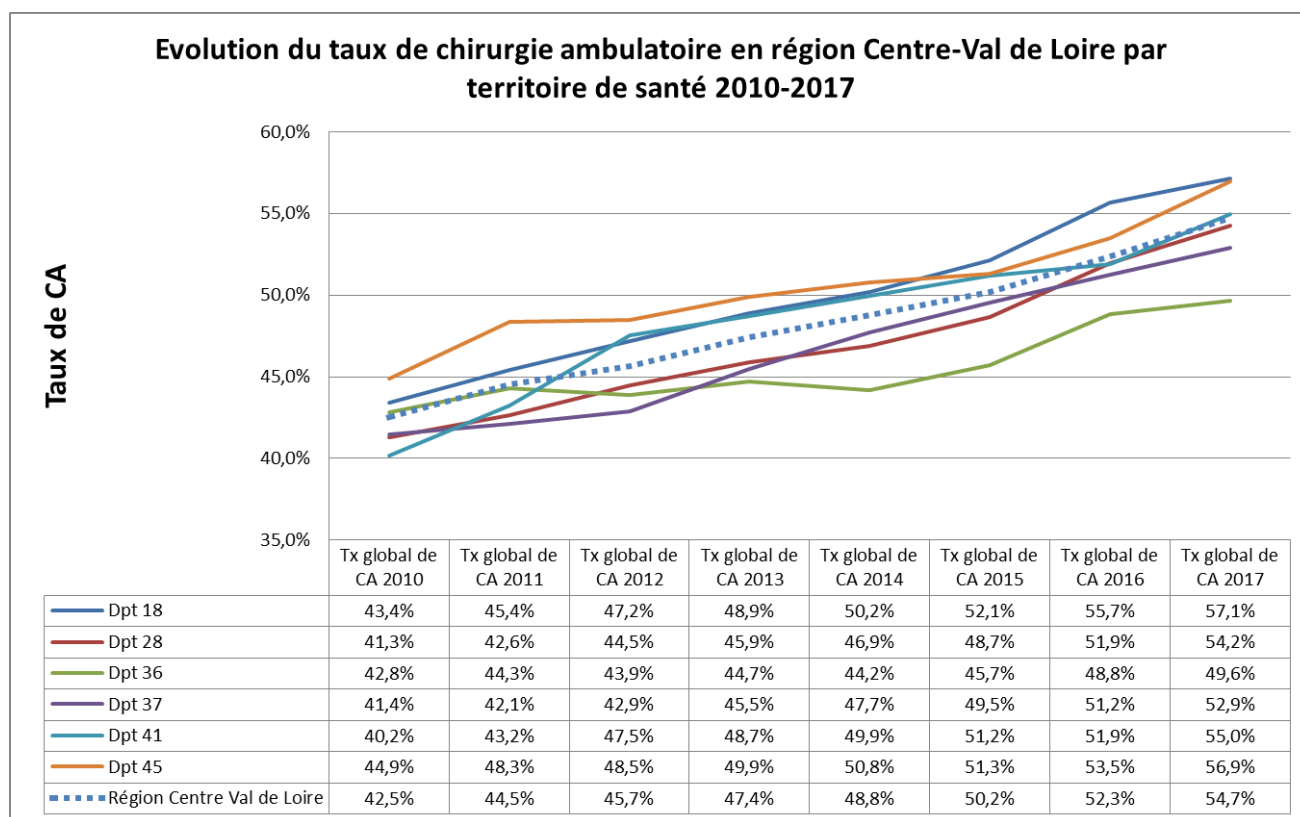
- ✚ Développer la chirurgie ambulatoire **en substitution de l'hospitalisation complète**
- ✚ Cible : **7 interventions chirurgicales sur 10 réalisées en ambulatoire d'ici 2022 (taux cible de 70 %)**

Le taux de pratique de chirurgie ambulatoire en région Centre-Val de Loire (Données PMSI)



Depuis 2010, on observe une augmentation régulière du taux de chirurgie ambulatoire en région, signe d'une modification des pratiques. **Pour la première fois en 2015, la chirurgie ambulatoire devient majoritaire dans l'activité régionale, cette tendance se confirmant sur les exercices 2016 et 2017.**

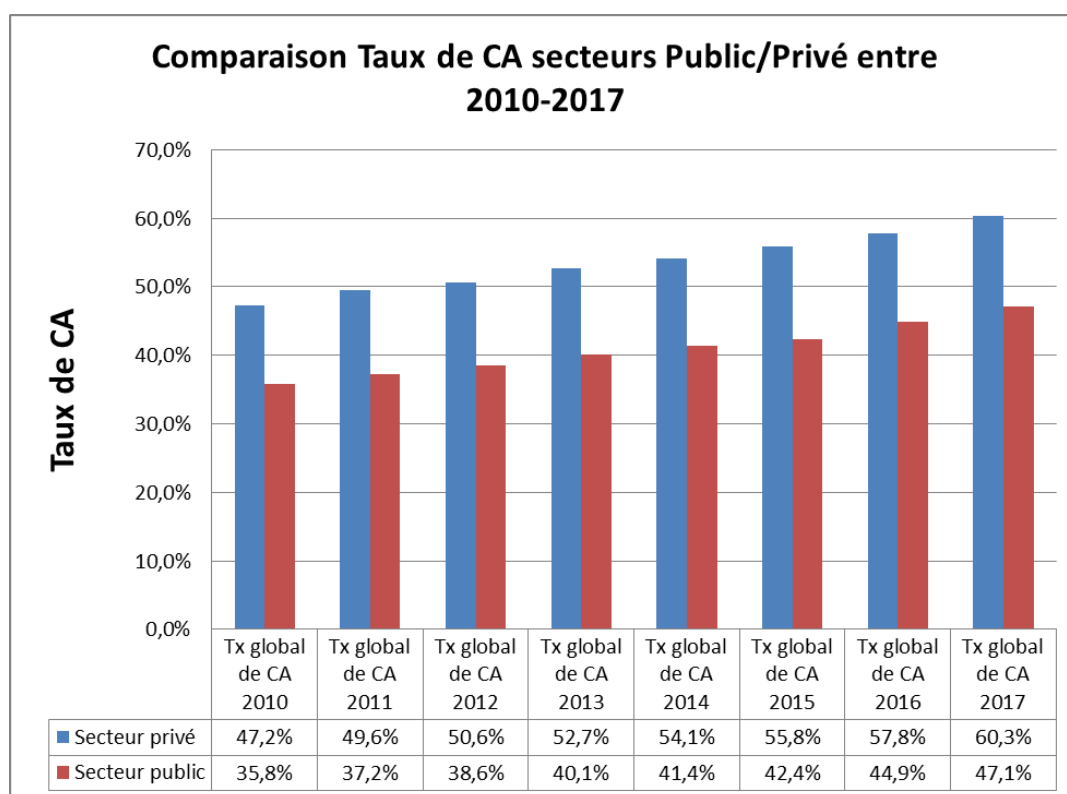
La variabilité des pratiques : selon les territoires, les établissements et les spécialités (Données PMSI)



Le taux de pratique ambulatoire s'est accru dans tous les territoires de santé de la région, à divers rythmes.

Tous les départements ont dépassé le seuil de 50 % de chirurgie ambulatoire, à l'exception de l'Indre, qui présente le taux le plus faible de la région (49,6 % en 2017).

Variabilité selon les secteurs (public/privé)



Il existe une avance sensible du secteur privé à but lucratif sur le secteur public avec plus d'1 séjour sur 2 réalisés en ambulatoire (60% en 2017) et une progression de 13 points depuis 2010.

Le secteur public progresse également mais plus lentement (+11 points sur la même période). Il réalise en moyenne 47 % des séjours chirurgicaux en ambulatoire, soit un écart de 13 points, avec le secteur privé.

Pour atteindre l'objectif national de 70% de taux de chirurgie ambulatoire à horizon 2022, le « virage ambulatoire » doit nécessairement s'amplifier.

Le niveau national, dans l'objectif d'accompagner les établissements dans la dynamique du virage ambulatoire, a mis au point une méthodologie permettant d'identifier sur un exercice donné, les taux de transférabilité de séjours réalisés en hospitalisation complète qui auraient pu faire l'objet d'une prise en charge ambulatoire. La méthodologie² repose sur l'analyse des niveaux de sévérité des séjours en lien avec la Durée Moyenne de Séjours (DMS).

L'analyse des taux de transférabilité sur l'activité 2017 met en lumière les éléments suivants :

²

Niveau de sévérité des séjours	1	1	1	1	2	2
DMS	1	2	3	≥ 4	3	≥ 4
Taux de transférabilité	80%	70%	20%	10%	10%	5%

Les séjours avec des niveaux de sévérité 3 et 4 sont exclus de la matrice de transférabilité dans la mesure où il s'agit par nature de prises en charge lourdes non éligibles à de l'ambulatoire.

- Malgré un taux de chirurgie ambulatoire s'élevant à 60 % en 2017, le secteur privé affiche un taux de chirurgie ambulatoire potentiel sur la même année s'élevant à 76% soit un potentiel de 16 points.
- Le secteur public affiche un taux de chirurgie ambulatoire (CA) potentiel sur l'activité 2017 s'élevant à 63 % soit un potentiel de 16 points également.

Les secteurs privé et public sur l'exercice 2017 disposent donc de la même marge de transférabilité des séjours vers une prise en charge ambulatoire.

Variabilité selon les spécialités

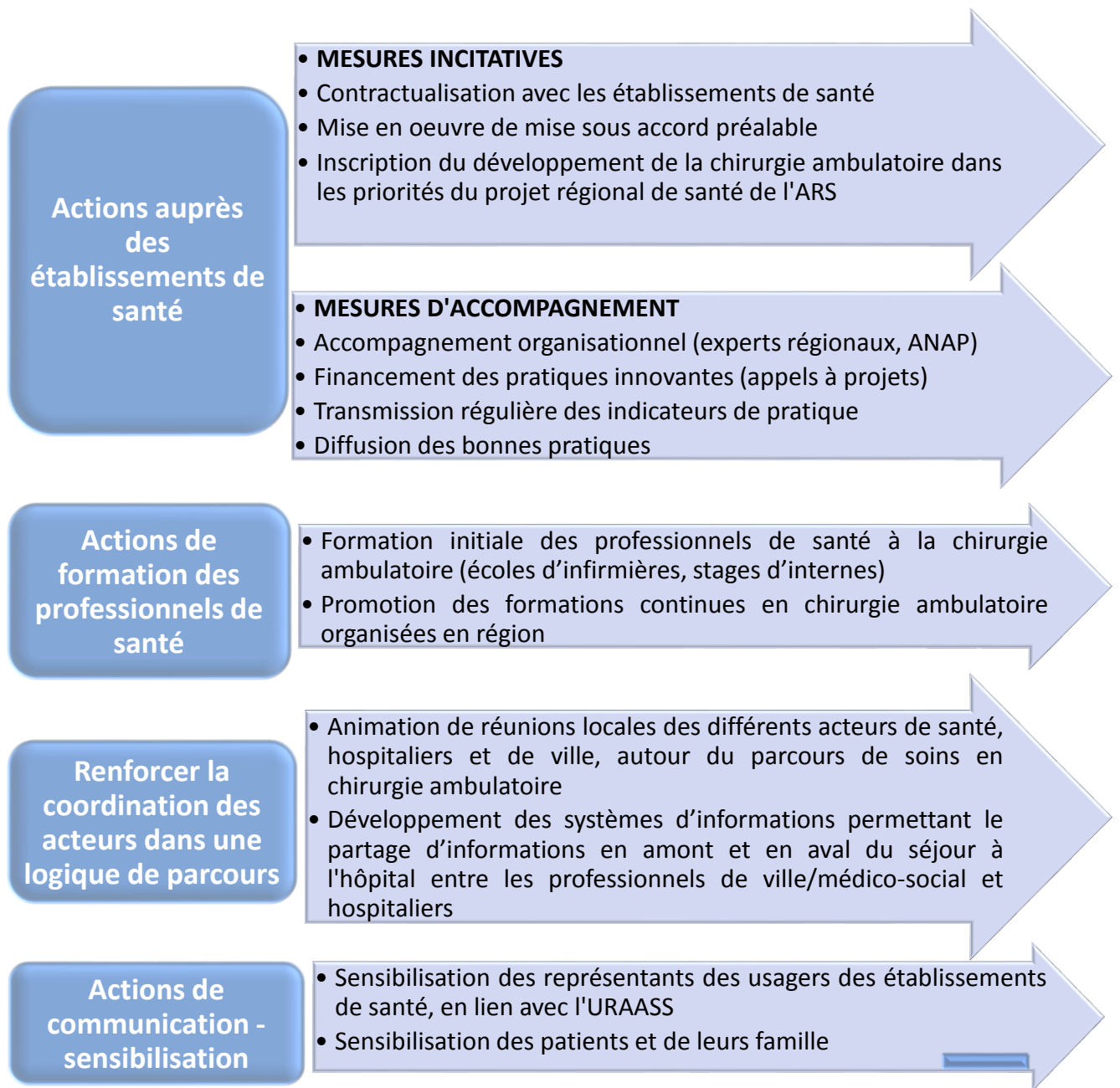
Rang de la région Centre-Val de Loire comparativement aux autres régions de France	Spécialité	Evolution Taux de CA par spécialité région Centre-Val de Loire					Leader France en termes de taux de CA par spécialité
		2012	2013	2014	2015	2016	2016
10 sur 17	Orthopédie	37,7%	38,4%	39,1%	39,7%	41,3%	Ile de France : 45.9 %
7 sur 17	Digestif	19,2%	21,9%	24,4%	27,2%	30,6%	Auvergne Rhône Alpes : 34.5 %
11 sur 17	Ophthalmologie	77,4%	80,7%	83,6%	85,2%	86,9%	Corse : 95.4 %
17 sur 17	Gynécologie	45,5%	46,7%	48,0%	49,8%	51,2%	Réunion : 62.7 %
7 sur 17	ORL	55,3%	55,3%	56,1%	57,5%	58,8%	Corse : 70.1 %
10 sur 17	Stomatologie	61,9%	64,3%	66,0%	67,8%	70,5%	Corse : 84.4 %
10 sur 17	Urologie	35,4%	36,1%	34,7%	34,7%	37,1%	Ile de France : 51.3 %

La région Centre-Val de Loire affiche un retard manifeste dans le développement des prises en charge ambulatoires en gynécologie, dernière région en termes de taux de CA sur la base des données 2016. Toutefois, il convient de nuancer ce constat dans la mesure où le taux de CA le plus élevé toutes régions confondues en 2016 est de 62.7 % (Réunion) pour un taux région Centre-Val de Loire s'élevant à 51.2 %.

L'analyse des taux de prise en charge ambulatoire sur les autres spécialités, à l'exception de l'ORL, met en lumière une marge de progression de la région Centre Val de Loire.

Spécialités	Taux de CA Centre-Val de Loire 2016	Taux de CA national 2016
Orthopédie	41,3%	43.3 %
Digestif	30,6%	31.2 %
Ophthalmologie	86,9%	88.1 %
Gynécologie	51,2%	56.8 %
ORL	58,8%	58 %
Stomatologie	70,5%	72.3 %
Urologie	37,1%	40.9 %

3.1.2 Plan d'action



3.1.2.1 La mise sous accord préalable « chirurgie ambulatoire »

Définition

La mise sous accord préalable pour contribuer au développement de la chirurgie ambulatoire consiste à conditionner à un avis du service médical la capacité d'un établissement à accueillir un patient pendant au moins une nuitée pour les actes couramment pratiqués en ambulatoire.

Périmètre

La campagne MSAP chirurgie ambulatoire repose sur une liste de gestes marqueurs établie avec les sociétés savantes et/ou les conseils nationaux professionnels, enrichie régulièrement. Depuis 2015, 55 gestes sont concernés (cf. annexe 1).

La procédure de MSAP ne porte pas sur l'opportunité de l'acte mais sur l'environnement de sa prise en charge. Cette procédure ne s'applique pas dans les cas suivants :

- ✓ **Urgence** : les actes réalisés en urgence n'ont pas à faire l'objet d'une mise sous accord préalable.
- ✓ **Enfant** : pour les gestes de chirurgie de l'enfant (16 ans et moins) en accord avec le conseil national de la chirurgie de l'enfant (CNCE), sont exclues de la MSAP, les interventions sur les enfants de moins de 1 an en raison des contraintes de l'anesthésie pédiatrique et de l'organisation de la chirurgie pédiatrique.
- ✓ **Conversion** : cas des patients initialement programmés en chirurgie ambulatoire pour lesquels la réévaluation post opératoire ne permet pas la sortie le jour même. Dans ces cas, l'établissement adressera au fil de l'eau, dans les 48 heures, l'identité du patient et les motifs d'hospitalisation complète par courrier sous pli confidentiel au service médical de l'Assurance Maladie.

Critères de ciblage

Le ciblage est réalisé en tenant compte des critères réglementaires rappelés ci-dessus et des critères complémentaires suivants permettant d'établir une priorité dans la sélection des établissements :

- ✓ un taux de chirurgie ambulatoire de l'établissement inférieur aux moyennes régionales ou nationales ;
- ✓ une part significative d'hospitalisation avec hébergement présentant un potentiel de transférabilité des séjours en chirurgie ambulatoire ;
- ✓ une absence de progression ou une diminution du taux de chirurgie ambulatoire sur le geste.

Les modalités d'évaluation et de suivi

Un suivi bi-annuel des taux de chirurgie ambulatoire est réalisé au niveau de la région, pour chaque territoire de santé et par établissement :

- taux global de chirurgie ambulatoire (tous gestes chirurgicaux confondus) ;
- taux de chirurgie ambulatoire par geste marqueur (gestes marqueurs identifiés dans le cadre de la MSAP chirurgie ambulatoire : la liste est évolutive).

3.2 Les séjours de soins de suite et de réadaptation après chirurgie orthopédique

Les enjeux sont :

- ✓ l'amélioration de la qualité des soins par la diminution des actes inutiles et la réduction des variations de pratiques médicales ;
- ✓ l'amélioration de l'organisation des soins (articulation hôpital/ville/médico-social, réorganisation de l'offre) ;
- ✓ la diminution de l'impact économique des soins par la même diminution des actes inutiles et la diminution des hospitalisations non justifiées par une meilleure adéquation de l'état de santé du patient à l'hospitalisation en SSR.

3.2.1 La mise sous accord préalable « SSR »

Définition

Lors de la mise sous accord préalable des prestations d'hospitalisation pour les soins de suite et de réadaptation, les professionnels de l'établissement doivent demander l'accord du service médical avant toute prescription d'hospitalisation en SSR dans les suites de gestes de chirurgie visés par la MSAP.

Périmètre

La MSAP concerne les prestations d'hospitalisation pour les soins de suite et de réadaptation 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 de soins de masso-kinésithérapie.

La rééducation est réalisable en ville dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité avec le maintien à domicile, du fait :

- ✓ de complications locales, régionales ou générales ;

- ✓ de pathologies associées ;
- ✓ de l'isolement social.

Le dispositif de MSAP porte sur l'établissement prescripteur des soins de suite et de réadaptation⁴. En pratique, les établissements visés sont les établissements de médecine, chirurgie et obstétrique ayant une activité orthopédique, quel que soit leur statut.

L'ensemble des séjours en SSR de patients adultes (à partir de 18 ans) prescrits par un professionnel d'un établissement MCO est concerné, c'est-à-dire :

- ✓ les transferts directs ou les mutations depuis le MCO après une intervention programmée ou en urgence ;
- ✓ les entrées en SSR programmées par le MCO après un retour au domicile.

La MSAP SSR s'appuie sur une liste de gestes ayant fait l'objet de recommandations HAS (2006 et 2008) portant sur les critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou SSR :

- ✓ Arthroplastie de genou par prothèse totale de genou en 1ère intention (PTG) [2008] ;
- ✓ Chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendon rompu de la coiffe des rotateurs (épaule) [2008] ;
- ✓ Ligamentoplastie du croisé antérieur du genou (LCA) [2008] ;
- ✓ Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche en 1ère intention (PTH) [2006] ;
- ✓ Ostéosynthèse d'une fracture trochantérienne du fémur [2006] ;
- ✓ Pose d'une prothèse totale de hanche suite à une fracture du col du fémur [2006].

Critères de ciblage

Le ciblage est réalisé en tenant compte des critères règlementaires, énoncés au paragraphe 1.2.3.2 de l'introduction, et d'un critère complémentaire permettant d'établir une priorité dans la sélection des établissements :

- ✓ un taux d'orientation en SSR supérieur au taux régional.

3.3 Les « autres prestations hospitalières »

Cette démarche est relative à la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie d'un séjour. Deux prestations sont concernées :

- ✓ Hospitalisation de jour de médecine pour le suivi des patients diabétiques ;
- ✓ Hospitalisation de jour pour un acte soumis à un forfait SE (donc théoriquement réalisé hors hospitalisation).

⁴ Cf. LFSS 2014, article 42.

Le ciblage est réalisé en tenant compte des critères réglementaires, énoncés au paragraphe 1.2.3.2 de l'introduction, et de critères complémentaires permettant d'établir une priorité dans la sélection des établissements.

3.3.1 La MSAP « Hospitalisation de jour en médecine »

Sont ciblées les situations correspondant à une prise en charge en HDJ de médecine pour suivi des patients diabétiques. Les GHM retenus pour la requête de ciblage des établissements présentent un diagnostic principal « diabète » « et une durée de séjour égale à 0 jour » :

- ✓ 23M08J (autres motifs de recours chez un patient diabétique, en ambulatoire) ;
- ✓ 10M13Z (explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques) ;
- ✓ 10M02T (diabète, âge supérieur à 35 ans, très courte durée) ;
- ✓ 10M021 (diabète, âge supérieur à 35 ans, niveau 1) ;
- ✓ 10M03T (diabète, âge inférieur à 36 ans, très courte durée) ;
- ✓ 10M031 (diabète, âge inférieur à 36 ans, niveau 1) ;
- ✓ 23M19Z (explorations et surveillance pour autres motifs de recours aux soins).

3.3.2 La MSAP « Actes ouvrant droit à SE (forfait Sécurité Environnement) »

Les établissements sont ciblés pour les actes ouvrant droit aux forfaits SE réalisés en hospitalisation de jour sur les critères suivants :

- ✓ un nombre d'actes significatif réalisés en HDJ ;
- ✓ une augmentation du nombre d'actes réalisés en HDJ.

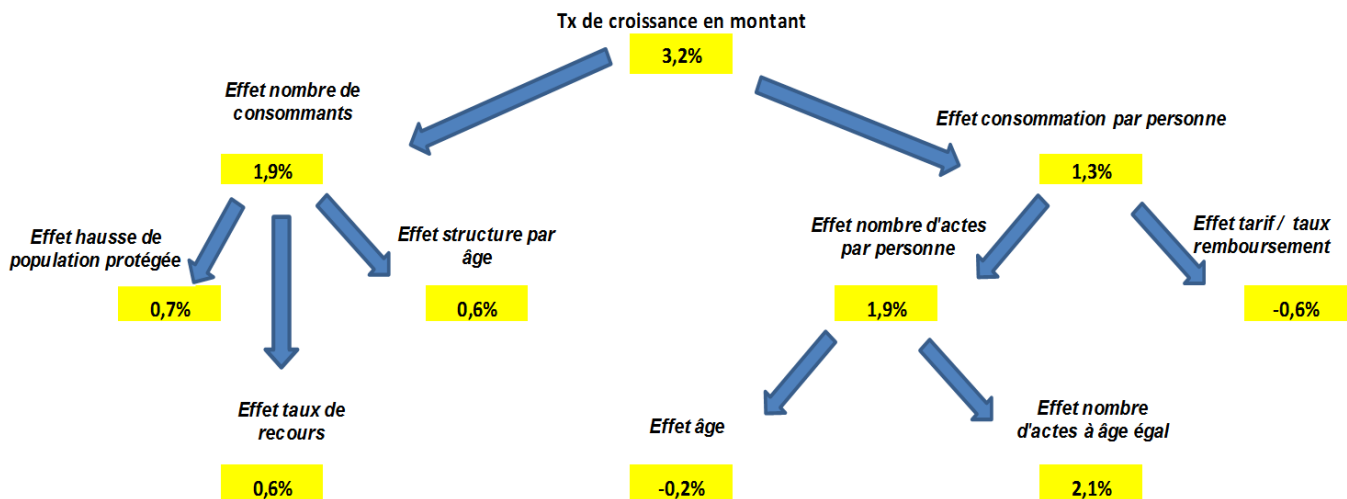
4 Pertinence des prescriptions

4.1 La pertinence des prescriptions de transports

4.1.1 Diagnostic régional

En 2017, les dépenses de transport remboursées aux assurés de la région ont augmenté de 3,2% (3,8% à l'échelon national). Cette croissance est tirée par un effet nombre de consommateurs (1,9 point sur les 3,2%), qui s'explique à la fois par l'augmentation de la population protégée et le vieillissement de la population, et un effet nombre de transports par consommant.

Décomposition du Taux de croissance des dépenses de transport en 2017



Entre 2013 et 2017, les dépenses ont évolué en cumul de 3% par an dans la région, contre 3,9% au niveau national et ce malgré des éléments de contexte particulièrement défavorables en Centre-Val de Loire (démographie médicale, sur-représentation des pathologies chroniques, indice de vieillissement de la population).

Dépenses totales de transport par département en région Centre -Val de Loire

TOUS TRANSPORTS	2013	2014	2015	2016	2017	TCAM 2013-2017
18	23 624 961 €	24 664 450 €	25 441 246 €	25 480 396 €	25 764 496 €	2,2%
28	24 907 794 €	25 589 930 €	26 306 376 €	27 271 367 €	27 563 272 €	2,6%
36	21 041 428 €	21 418 036 €	22 678 705 €	23 680 002 €	23 534 172 €	2,8%
37	26 512 770 €	27 305 324 €	28 179 781 €	29 386 313 €	30 431 690 €	3,5%
41	22 037 744 €	22 465 199 €	23 749 717 €	24 932 879 €	25 953 118 €	4,2%
45	35 763 295 €	36 964 378 €	38 267 079 €	37 983 732 €	39 909 423 €	2,8%
Région	153 887 992 €	158 407 318 €	164 622 904 €	168 734 689 €	173 156 171 €	3,0%
France	3 229 493 900 €	3 337 385 946 €	3 467 360 306 €	3 628 752 459 €	3 763 445 412 €	3,9%

Les dépenses de transports prescrits par les généralistes ont connu une évolution moindre (+3,4% contre +5,5% en France) et celles de l'ensemble des établissements sont comparables au national (+3,8% contre +4,0% en France).

Si l'on ne retient que les prescriptions émises par des établissements de la région, alors le taux d'évolution (+2,6%) est nettement inférieur à la moyenne nationale.

Pour mémoire, 20% de l'ensemble des dépenses de transports prescrits à des assurés de la région en 2017 l'ont été par des établissements de santé hors région.

	Généralistes	Spécialistes	Etablissements	Autres
	24 316 488 € 15,6%	29 064 096 € 18,7%	102 249 240 € 65,6%	147 844 € 0,1%
76% CVDL	23 106 061 € 14,8%	24 832 396 € 15,9%	70 650 859 € 45,4%	75 647 € 0,0%
24% Hors région	1 210 427 € 0,8%	4 231 701 € 2,7%	31 598 381 € 20,3%	72 197 € 0,0%

Ainsi, en dépit du ralentissement de la progression des dépenses de transports constaté dans une majorité des établissements de la région, ceux-ci, compte tenu de leur poids dans les dépenses, restent le principal contributeur. En particulier, les établissements privés de la région (12,5% des dépenses prescrites) contribuent cette année à hauteur d'un tiers de l'augmentation des dépenses.

Des disparités intra régionales existent en termes de taux de recours au transport par la population protégée. Ainsi, l'Indre affiche le taux de recours le plus important, devant le Cher et le Loir-et-Cher, avec une forte corrélation avec la pyramide des âges. Dans ces départements, la dépense moyenne par assuré est supérieure à celle de la région et de la France.

	Population protégée au 1er janvier 2018 A	Nombre de bénéficiaires d'au moins un transport à fin 2017 B	Taux de recours C=B/A	Monstant de dépenses à fin 2017 D	Dépenses moyenne / assuré en 2017 E=D/A	Dépenses moyenne / personne transportée en 2017 F=D/B
181	230 551	25 676	11,1%	23 343 631 €	101 €	909 €
281	323 684	27 515	8,5%	23 954 111 €	74 €	871 €
361	166 760	23 430	14,1%	21 395 897 €	128 €	913 €
371	474 829	43 502	9,2%	27 494 555 €	58 €	632 €
411	242 745	26 350	10,9%	23 493 604 €	97 €	892 €
451	540 785	41 497	7,7%	36 095 870 €	67 €	870 €
CVDL	1 979 354	187 970	9,5%	155 777 668 €	79 €	829 €
Métropole	52 219 891			3 592 495 291 €	69 €	

Taux de recours au transport de la population protégée par mode de transport

	Ambulances	VSL	TAXIS	Autres
181	5,0%	3,4%	6,2%	1,3%
281	4,2%	2,5%	3,5%	1,0%
361	5,8%	5,4%	7,8%	1,6%
371	5,2%	2,7%	3,9%	0,7%
411	5,3%	3,2%	5,6%	1,1%
451	4,1%	1,6%	3,8%	0,7%
CVDL	4,8%	2,7%	4,6%	1,0%

En ce qui concerne le taux de recours à l'ambulance, les disparités entre les départements sont marginales et explicables par la structure démographique de la population. Cependant, globalement les dépenses de transport en ambulance ont augmenté de 3,3% en 2017 dans la région, contre une baisse de 0,4% au niveau national.

L'examen de la répartition des dépenses par mode de transports montre que les transports réalisés par les taxis en région Centre-Val de Loire pèsent 55% dans les dépenses de transport contre 40% à l'échelon national. À l'inverse, les dépenses de transports réalisés en ambulance représentent 27% en région contre 39% au niveau national.

En revanche, la structure des dépenses de transports pour les patients en ALD au sein de chaque département renvoie à des disparités significatives de pratiques de prescriptions de transport, à la fois en terme de taux de recours global et de taux de recours à l'ambulance.

Montants remboursés 2017 en € et structure en %							
ALD	Bourges	Chartres	Châteauroux	Tours	Blois	Orléans	Total Région
IRC <i>selon cible</i>	1 705 699 10%	2 127 944 12%	1 644 083 10%	2 459 077 12%	2 837 274 15%	3 376 736 12%	13 791 611 12%
Psy <i>selon cible</i>	1 813 947 11%	2 452 641 14%	1 914 321 12%	3 706 638 18%	2 134 652 12%	2 885 974 11%	14 908 171 13%
Cancer <i>selon cible</i>	5 814 941 34%	5 525 980 32%	6 281 829 38%	5 384 095 26%	5 710 151 31%	9 123 472 33%	37 840 468 32%
Autres situations ALD	7 735 714 45%	7 299 885 42%	6 596 746 40%	9 089 805 44%	7 654 912 42%	11 993 772 44%	50 730 036 43%
Total	17 070 301	17 406 449	16 436 978	20 639 616	18 336 989	27 379 953	117 270 286
Poids des 3 ALD ciblées							
- En montant	55%	58%	60%	56%	58%	56%	57%
- En nombre de patients	42%	45%	45%	41%	42%	43%	43%

4.1.2 Les actions engagées en 2016/2017

Le premier axe de travail pour améliorer la pertinence des dépenses de transports est le recentrage de la prescription sur la nécessité du besoin médical de recours aux transports. Il s'agit bien de fonder la prescription sur une incapacité physique ou mentale du patient à se déplacer par ses propres moyens pour accéder aux soins et d'adapter et de réévaluer régulièrement le mode de transports à l'incapacité constatée.

Pour cela, un nouvel imprimé de prescription, plus explicite, a été diffusé et commenté auprès des prescripteurs libéraux et établissements de santé. Par ailleurs, les CPAM ont renforcé les contrôles sur le respect du caractère préalable de la prescription dans la mesure où il s'agit d'un pré requis indispensable pour mettre le médecin en situation de décision.

Pour les établissements les plus « gros » prescripteurs, les CAQES signés avec 104 établissements ont mis l'accent sur l'identification des numéros RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé) des prescripteurs et le déploiement d'actions de sensibilisation interne.

Les dispositifs de commande centralisée de transports ont commencé à se déployer, notamment pour intégrer la question du transport à la gestion prévisionnelle des sorties et éviter le biais consistant à favoriser des modes de sortie immédiatement disponibles et donc utiles d'un point de vue logistique, mais coûteux et non pertinents en termes de besoin médical.

Les établissements les plus importants ont fait l'objet d'un accompagnement conjoint CPAM / ARS.

Enfin, une campagne de communication régionale a été menée en juin 2017 en direction des patients en affection chronique pour les sensibiliser à la bonne utilisation des transports, avec des messages différenciés suivant leur pathologie.

4.1.3 Le plan d'action 2018/2019

Le choix est de travailler sur les segments de dépenses les plus importants :

1/ Les transports itératifs prescrits pour les patients pour des soins en rapport avec les ALD santé mentale, cancer et Insuffisance Rénale Chronique (surreprésentée en région Centre-Val de Loire) représentent 46% de l'ensemble des dépenses de transports prescrits pour des personnes en ALD.

Ces soins sont principalement dispensés en établissements de santé publics ou privés et l'on observe des taux de recours aux différents modes de transports très disparates.

Les objectifs sont de réduire les écarts en termes de taux de recours à l'ambulance des établissements de santé.

Un ciblage est réalisé pour prendre en compte la catégorie des établissements et son activité principale.

2/ Les entrées et sorties d'hospitalisation

25% des prescriptions sont en rapport avec un séjour. Par conséquent, il est important de promouvoir des organisations compatibles avec le développement du transport partagé (commande centralisée de transports). Une attention particulière sera portée aux patients admis en ambulatoire.

3/ La prise en charge en ville et les actes et consultations externes des patients en ALD avec des soins peu invasifs mais itératifs (diabète, maladie cardiovasculaire)

Les méthodes de ciblage restent à finaliser, ce dernier champ sera investigué en 2019.

4.1.4 Les critères de ciblage pour la mise en place d'un Volet Pertinence du CAQES dédié aux prescriptions de transports

Le choix a été fait de procéder à un ciblage par catégorie d'établissements, afin de limiter les biais méthodologiques inhérents à la comparaison de prescripteurs avec des types d'activités sensiblement différents. Cinq groupes d'établissements ont été retenus :

- les établissements publics avec une activité polyvalente,
- les établissements privés avec une activité polyvalente,
- les établissements avec une activité de dialyse,
- les établissements avec une activité de cancérologie,
- les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie.

La prise en compte de ce dernier groupe pourra faire l'objet d'un report à l'année prochaine, dans la mesure où le travail d'exploitation des bases de données n'est pas encore finalisé au moment de la rédaction du PAPRAPS.

Pour chaque catégorie d'établissements, les critères de ciblage retenus sont :

- le différentiel entre le taux d'évolution des dépenses de transports et l'évolution de l'activité ;
- le taux de recours brut aux transports par établissement (nombre de personnes transportées / nombre de personnes ayant eu un passage dans l'établissement par type d'activité « actes et consultations externes, séjours, séances ») ;
- taux de recours aux transports prescrits en ambulance par établissement relatif aux séjours, aux séances et aux actes et consultations externes (exemple : nombre de patients transportés en rapport avec un séjour / nombre de patients total ayant eu un séjour) ;
- taux de recours au transport pour les ALD cancer, psychiatrie et dialyse (pour les établissements avec activité polyvalente) ;

Le ciblage sera affiné avec le poids des dépenses de transport dans les dépenses régionales, la contribution à l'évolution régionale des dépenses et l'évolution des dépenses de transports par l'établissement par rapport à l'année précédente.

Les établissements présentant les scores les plus élevés sur ces différents critères seront ciblés pour la signature d'un volet Pertinence dédié à la prescription de transports.

Les autres établissements seront sensibilisés via un accompagnement spécifique (courrier pertinence, entretien).

4.2 La pertinence des prescriptions d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

4.2.1 Contexte

L'article R.4127-8 du Code de la santé publique prévoit expressément que « dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles. »

En France, la iatrogénie médicamenteuse est responsable d'environ 7 500 décès par an et de 3,4 % des hospitalisations chez les patients de 65 ans et plus. Elle peut être due à des effets indésirables

évitables (médicaments inadaptés, ou contre-indiqués, ou qui auraient pu être retirés de l'ordonnance), mais aussi à des effets indésirables non évitables (imprévisibles malgré une bonne démarche thérapeutique). De plus, la iatrogénie et le défaut d'observance médicamenteuse représentent un des 4 principaux facteurs d'hospitalisation dite « évitable », qu'il s'agisse de sujets âgés vivants à domicile ou en EHPAD.

La juste prescription des produits de santé présente un enjeu majeur en matière de iatrogénie médicamenteuse évitable. Chez la personne âgée, la polymédication rend particulièrement critique la pertinence des prescriptions de produits de santé pour le maintien de l'autonomie. De plus, la région présente une population vieillissante plus importante qu'au plan national. Ainsi, la conformité aux recommandations, que ce soit en termes de doses, de durées de traitement ou d'indications, est un enjeu essentiel pour la sécurité des soins et la qualité des prises en charges.

L'examen du recours à certains médicaments permet d'identifier des produits présentant une atypie sur au moins un département de la région. Cela permet de cibler des produits de santé présentant un enjeu important de pertinence des prescriptions. L'analyse des consommations permet ainsi d'identifier les inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) comme premier sujet d'investigation.

4.2.2 Enjeux et priorités :

Diminuer la iatrogénie médicamenteuse évitable due à la prescription des IPP au long cours.

4.2.3 Éléments du diagnostic :

En 2015, la région Centre-Val de Loire figure parmi les dix premières régions fortement consommatrices d'IPP (cf. source Erasme national v1). Le taux de recours standardisé s'élève à 13,6 % au plan national, alors que 15 % des patients de la région Centre-Val de Loire, en moyenne, sont traités par IPP, ce pourcentage étant beaucoup plus élevé dans certains départements.

DEPARTEMENT	Période cumulée de janvier à décembre 2015				
	Montant prescrit	Montant moyen prescrit par patient traité non standardisé	Montant moyen prescrit par patient traité standardisé	Pourcentage de patients sous IPP non standardisé	Pourcentage de patients sous IPP standardisé
Cher	2 637 892 €	42,8 €	39,6 €	16,1%	14,7%
Eure-et-Loir	3 220 496 €	37,2 €	36,9 €	16,1%	16,1%
Indre	2 433 693 €	47,1 €	44,0 €	19,5%	17,6%
Indre-et-Loire	4 265 596 €	35,4 €	34,9 €	13,7%	13,5%
Loir-et-Cher	2 381 850 €	36,8 €	34,9 €	16,4%	15,4%
Loiret	4 779 818 €	36,8 €	36,0 €	14,9%	14,8%
Total région	19 719 346 €	38,3 €	37,0 €	15,4%	14,9%

En 2016, d'après les données de dépenses globales, la classe des IPP représente en valeur 25 126 274 € dans la région Centre-Val de Loire soit 2,83 % des dépenses régionales versus 2,6 % des dépenses de la France, soit un écart de 8 % par rapport à la moyenne nationale.

Le coût moyen pour 1 000 habitants en 2016, est de 9 753 € en région Centre-Val de Loire, 8 % de plus que la moyenne nationale (9 031 €), avec de grandes variabilités entre départements.

Coût moyen pour 1000 habitants							
18-Cher	28-Eure-et	36-Indre	37-Indre-e	41-Loir-et	45-Loiret	Centre	France
10 983	9 616	13 245	8 883	9 280	9 105	9 753	9 031

4.2.4 Plan d'actions

2^{ème} semestre 2018 :

Action 2018	Acteur	Indicateur
Envoi du bilan de l'EPP régionale IPP aux directions des établissements ayant répondu à l'enquête	OMÉDIT	100% des bilans envoyés aux 27 établissements
Diffusion résultats EPP régionale sur les prescriptions d'IPP à tous les établissements de santé et EHPAD avec le kit IPP avec un protocole de déprescription validé en juin 2018	OMÉDIT	Envois des bilans et kit IPP à 100% des établissements sanitaires et EHPAD
Analyse des consommations d'IPP dans les EHPAD rattachés à un établissement sanitaire	OMÉDIT	Suivi annuel réalisé par l'OMÉDIT
Sensibilisation de certaines pharmacies dans le cadre de l'accompagnement de l'avenant 12 de la convention AM / Pharmacien (mise en œuvre du bilan partagé de médication)	DRSM	

Action 2019	Acteur	Indicateur
Envoi du bilan des consommations d'IPP dans les EHPAD rattachés à un établissement sanitaire	OMÉDIT	INFo à 100% des EHPAD concernées
Identifier quelques EHPAD volontaires. Les établissements initiant la déprescription seront un modèle sur lequel pourront s'appuyer les autres établissements.	OMÉDIT	Nombre d'EHPAD volontaires
Création d'une méthode clé en main pour un binôme médecin/pharmacien : arbre décisionnel clair, directif, à	OMÉDIT	Méthodologie avec indicateur de mesure d'impact

élaborer, formaliser un recueil de données.		
Communication massive aux pharmaciens de PUI, aux officinaux, aux EHPAD, aux médecins coordinateurs, aux URPS.	URPS, CPAM, OMÉDIT	Moyens de communication utilisés Evolution des dépenses d'IPP
Renouvellement EPP régionale	OMÉDIT	Evolution des résultats
Sensibilisation de médecins forts prescripteurs de traitements prolongés	DRSM	

4.2.5 Critères de ciblage

Requête DRSM pour identifier les patients de la région avec des IPP en janvier 2018 et renouvelé mois par mois jusqu'en juin 2018 et des co-prescriptions d'AINS, AAP, corticoïdes (sous forme de nombre de mois avec délivrance de l'association)...

Ciblage des prescripteurs de ces patients et des officines dispensatrices pour sensibilisation individuelle.

Annexe 1
Liste des gestes marqueurs des campagnes MSAP chirurgie ambulatoire

LISTE DES 55 GESTES MARQUEURS		
Accès vasculaire	Chirurgie des hernies inguinales	Exérèse de lésions de la bouche
Adénoïdectomies	Chirurgie des maxillaires	Exérèse de lésions sous-cutanées
Angioplasties du membre supérieur	Chirurgie des sinus	Fermeture de fistule buccale
Angioplasties périphériques	Chirurgie des varices	Fistules artérioveineuses
Arthroscopie de la cheville	Chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)	Geste secondaire sur lambeau
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	Chirurgie du col utérin, vulve, vagin	Geste sur la vessie
Avulsion dentaire	Chirurgie du cristallin	Geste sur les glandes salivaires
Chirurgie anale	Chirurgie du glaucome	Geste sur l'uretère
Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)	Chirurgie du nez	Geste sur l'urètre
Chirurgie de la main	Chirurgie du pied	Interruption tubaire
Chirurgie de la main pour maladie de Dupuytren	Chirurgie du poignet	LEC
Chirurgie de la main pour réparation des ligaments et tendons	Chirurgie du sein/tumorectomie	Plastie de lèvres
Chirurgie de l'avant pied	Chirurgie du trou maculaire	Prélèvement d'ovocyte
Chirurgie de l'épaule	Chirurgie du tympan	Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique
Chirurgie de l'utérus	Chirurgie pour strabisme	Réparation de perte de substance en dehors de l'extrémité céphalique
Chirurgie des bourses	Cholécystectomie	Vitrectomie avec pelage de membrane
Chirurgie des bourses de l'enfant	Cure de paraphimosis	Vitrectomie postérieure isolée
Chirurgie des hernies de l'enfant	Exérèse de kystes synoviaux	
Chirurgie des hernies abdominales	Exérèse de lésions cutanées	

Annexe 2

Liste des indicateurs pour les actes ciblés pour une campagne MSAP

Chirurgie bariatrique

Sur ce thème, les indicateurs pouvant être retenus pour le ciblage des établissements sont les suivants :

- ✓ part des 18/20 ans,
- ✓ part des patients ayant un IMC 30-40, sans comorbidité et sans antécédent d'intervention depuis 2006⁵,
- ✓ part des patients n'ayant aucun suivi préopératoire depuis 12 mois⁵,
- ✓ part relative des interventions dans l'activité de chirurgie digestive hors chirurgie pariétale,
- ✓ part du groupe d'intervention le plus fréquent,
- ✓ part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pré-chirurgicale⁵,
- ✓ évolution du nombre de prestations hospitalières,
- ✓ nombre de prestations hospitalières anormalement élevé par rapport aux autres établissements et faisant ainsi état d'un comportement atypique.

Chirurgie du canal carpien

Sur ce thème, les indicateurs pouvant être retenus pour le ciblage des établissements sont les suivants :

- ✓ part relative des patients avec infiltrations avant intervention dans les 12 mois précédant l'intervention⁶,
- ✓ part relative des patients avec attelle avant intervention dans les 12 mois précédant l'intervention⁶,
- ✓ part relative des patients ayant eu un EMG dans les 12 mois précédant l'intervention⁶,
- ✓ taux d'évolution du nombre d'interventions pour un SCC sur les 5 dernières années,
- ✓ part relative des patients de 65 ans et plus opérés pour un SCC,
- ✓ part relative des interventions pour SCC dans l'activité d'orthopédie.

Cholécystectomie

Sur ce thème, les indicateurs pouvant être retenus pour le ciblage des établissements sont les suivants :

⁵ Ces indicateurs reposent sur les recommandations de la HAS de 2009 et 2014

- Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte – Recommandation. HAS, 2009 (www.has.fr)

- Chirurgie de l'obésité : prise en charge pré et postopératoire du patient / Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques. HAS, décembre 2014 (www.has.fr)

⁶ Ces indicateurs reposent sur les recommandations de la HAS de 2012 et 2013 :

- Chirurgie du SCC : approche multidimensionnelle pour une décision pertinente. HAS, sept 2012

- Syndrome du canal carpien / Optimiser la pertinence du parcours patient / Analyse et amélioration des pratiques. HAS, février 2013

- ✓ évolution du nombre de cholécystectomies sur 3 ans,
- ✓ évolution du nombre de cholécystectomies hors infection aiguë par rapport aux cholécystectomies avec infection aiguë, sur 3 ans⁷,
- ✓ part des cholécystectomies dans l'activité de chirurgie digestive,
- ✓ part des cholécystectomies hors aiguë sans exploration de la VBP de niveau de sévérité 1 par rapport à tous les niveaux de sévérité,
- ✓ part des sujets âgés de moins de 75 ans,
- ✓ part des patients opérés d'une cholécystectomie ayant eu dans les 6 mois précédent une échographie abdominale⁷.

Thyroïdectomie

Sur ce thème, les indicateurs pouvant être retenus pour le ciblage des établissements sont les suivants :

- ✓ part des patients opérés pour nodule thyroïdien non toxique ayant eu une cytoponction préopératoire ou une biopsie (dans les 12 mois précédents le geste)⁸,
- ✓ part des patients opérés d'une thyroïdectomie pour cancer / tous les patients opérés d'une thyroïdectomie pour nodule (bénin ou malin)⁸,
- ✓ taux d'évolution du nombre d'interventions pour l'ensemble des thyroïdectomies (totales et partielles),
- ✓ part des patients ayant eu une échographie préopératoire thyroïdienne dans les 12 mois précédent⁸,
- ✓ part des hommes.

⁷ Ces indicateurs reposent sur les recommandations de la HAS de 2013 :

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

⁸ Ces indicateurs reposent sur les recommandations de la Société Française d'Endocrinologie traduites par la CNAMTS dans un référentiel de bonne pratique validé par la HAS :

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

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