

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

2022-2025



Région Centre-Val de Loire

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.....	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	10
1.3.1	Les objectifs du plan régional de pertinence Centre – Val de Loire.....	10
1.3.2	Le périmètre du plan régional de pertinence en région Centre-Val de Loire	10
1.3.3	Les outils mobilisables en région Centre-Val de Loire.....	11
1.3.4	La gradation des outils mobilisables	11
2	La pertinence des actes	12
2.1	La situation en région Centre-Val de Loire.....	12
2.2	Les critères de ciblage des établissements	13
2.2.1	La contractualisation	13
2.2.2	La MSAP.....	13
2.2.3	Les méthodes de ciblage	14
2.3	Actes ciblés.....	14
2.3.1	Les actes en sur-recours	15
2.3.2	Les actes en sous-recours.....	23
3	La pertinence des modes de prise en charge.....	27
3.1	La prise en charge de l'insuffisance cardiaque.....	27
3.1.1	Contexte et enjeux :	27
3.1.2	Premier éléments de diagnostic :	29
3.1.3	Premières actions :	30
3.1.4	Indicateurs de suivi :	31
4	La pertinence des prescriptions	32

4.1	Les prescriptions de médicaments de la liste en sus (LES).....	32
4.1.1	Le diagnostic régional.....	32
4.1.2	Les modalités d'évaluation et de suivi	34

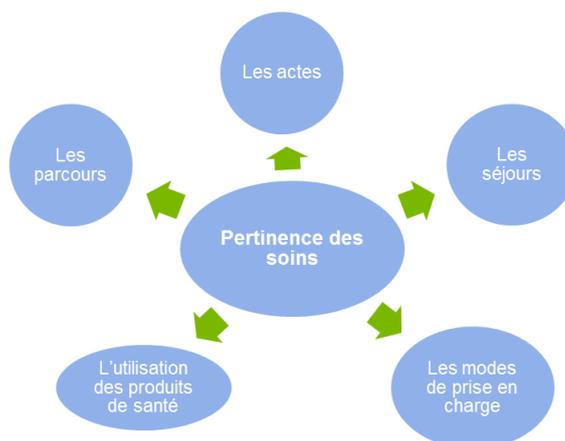
Liste des sigles utilisés :

ARS :	Agence Régionale de Santé
CAQES :	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiéce des Soins
CNAM :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPTS :	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRCA :	Commission de coordination des actions entre l'ARS et l'Assurance Maladie
EPP :	Evaluation des Pratiques Professionnelles
HAS :	Haute Autorité de Santé
IRAPS :	Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins
LES :	Liste en sus
MSAP :	Mise sous accord préalable
MSP :	Maison de santé pluriprofessionnelle
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 bénéfiques 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 (que nous dénommerons dans la suite du document : plan régional de pertinence).

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 plan régional de pertinence,

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

Conformément à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale, l'ARS élabore un plan régional de pertinence. 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 ou plusieurs volets 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 plan régional de pertinence, 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 plan régional de pertinence.

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)

Les objectifs du 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 pertinence et l'efficacité des soins et des prescriptions, et de permettre une diminution des dépenses d'assurance maladie.

Ce nouveau contrat est composé de 3 volets :

- ✓ Un volet « produits de santé » : bon usage des médicaments, des produits et prestations ;
- ✓ Un volet « organisation des soins » : amélioration de l'organisation des soins portant notamment sur les transports
- ✓ Un volet « promotion de la pertinence des actes, prescriptions et prestations », qui peut éventuellement comporter une partie dédiée au dispositif de mise sous surveillance pour les actes en sur-recours.

Le contrat est conclu pour une durée maximale de 5 ans.

Les critères de ciblage prévus par les textes

Deux instructions précisent les modalités de ciblage et de suivi des CAQES qui entreront en vigueur au 1er avril 2022 :

- Instruction interministérielle n° DSS/MCGFM/DGOS/PF2/CNAM/DHOSPI/2020/17 du 24 janvier 2020 validée par le CNP le 24 janvier 2020
- Instruction n° DSS/MCGR/2021/170 du 27 juillet 2021 validée par le CNP le 23 juillet 2021 et publiée au Bulletin Officiel.

Lorsque l'Agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les pratiques d'un établissement ou les prescriptions des professionnels de santé y exerçant ne sont pas conformes à un ou plusieurs des référentiels arrêtés par l'Etat ou en application du plan régional de pertinence, elle saisit l'établissement concerné et lui enjoint d'élaborer un programme d'amélioration de la pertinence des soins, servant de base à l'inclusion d'un volet consacré à ce plan dans le CAQES.

Ce volet fixe, pour les actes, prestations et prescriptions qui présentent des écarts significatifs en nombre ou en évolution par rapport aux moyennes régionales ou nationales, un nombre d'actes, prestations et prescriptions annuel cible attendu pour l'établissement. Ce nombre ne peut être inférieur de plus de 30 % au nombre de l'année précédente.

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.

1.3 La déclinaison en région Centre – Val de Loire

1.3.1 Les objectifs du plan régional de pertinence Centre – Val de Loire

Le plan régional de pertinence 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.

Ce nouveau plan régional de pertinence s'inscrit dans la continuité du premier plan, actualisé en 2018 afin de décliner de manière opérationnelle le chapitre relatif à la pertinence des soins du Projet régional de santé (PRS) 2018-2022.

Le plan décliné ici sera un plan de transition :

- la crise sanitaire de la COVID 19 a fortement impacté les organisations et activités sanitaires et est encore en cours à l'heure de la publication de ce plan
- un nouveau CAQES est mis en œuvre sur l'année 2022
- le PRS sera évalué en 2022, pour aboutir à un nouveau projet en 2023.

Le plan régional de pertinence sera donc actualisé en 2023 pour tenir compte des nouvelles orientations et priorités régionales relatives à la pertinence des soins.

1.3.2 Le périmètre du plan régional de pertinence en région Centre-Val de Loire

Compte tenu de l'arrêt des travaux sur la pertinence pour faire face à la crise sanitaire, le plan régional de pertinence proposé se focalisera sur 3 thématiques principales : la pertinence des actes, la pertinence des prises en charge, axée sur l'insuffisance cardiaque et la pertinence des prescriptions, axée sur le suivi de la Liste en sus.

Le plan régional de pertinence 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 plan régional de pertinence 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 CNAM, mais présentant un volume d'actes insuffisant pour mobiliser un dialogue de pertinence ou 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 plan régional de pertinence. 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
- CAQES (indicateurs régionaux)
- Mise sous accord préalable

Cette gradation ne concerne pas les indicateurs nationaux du CAQES.

2 La pertinence des actes

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 CNAM, 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, 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 ou inférieur 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 ou le plus faible ;
- ✓ L'existence de référentiels HAS suffisamment récents et robustes ;
- ✓ L'existence de programmes nationaux ;
- ✓ Profil pertinence de la CNAM ;
- ✓ 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... ;

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

Des actes en sur-recours :

- ✓ **La thyroïdectomie** 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'amygdalectomie** en raison d'une forte hétérogénéité entre territoires et d'un taux de recours particulièrement élevé dans deux territoires ;
- ✓ **La pose d'aérateurs transtympaniques** en raison d'un taux de recours particulièrement élevé dans deux territoires et d'un fort taux de recours régional ;

Des actes en sous-recours :

- ✓ **L'endoscopie digestive diagnostique** en raison d'un taux de recours régional très faible depuis plusieurs années ;
- ✓ **La coloscopie** en raison d'un taux de recours très faible dans 2 territoires depuis plusieurs années.

2.2 Les critères de ciblage des établissements

2.2.1 La contractualisation

Les établissements seront ciblés sur les indicateurs régionaux, **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, ou de campagnes menées par l'assurance maladie, n'ayant pas permis de réduire les taux de recours.

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 pertinence CAQES en cours sur l'acte concerné et non encore évalué.

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 CNAM 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

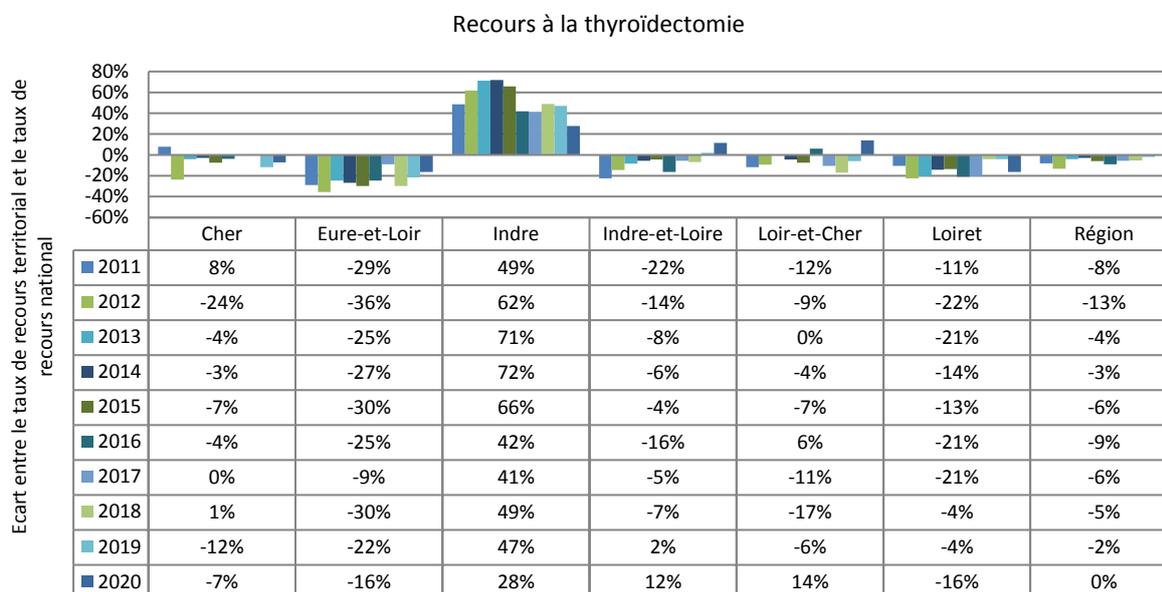
Compte tenu de la crise sanitaire liée à la COVID 19, les données 2019 serviront de base pour les analyses et ciblage. Les données 2020 sont mentionnées à titre indicatif.

2.3.1 Les actes en sur-recours

2.3.1.1 La thyroïdectomie

2.3.1.1.1 Diagnostic régional

En 2019, 1 117 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) :

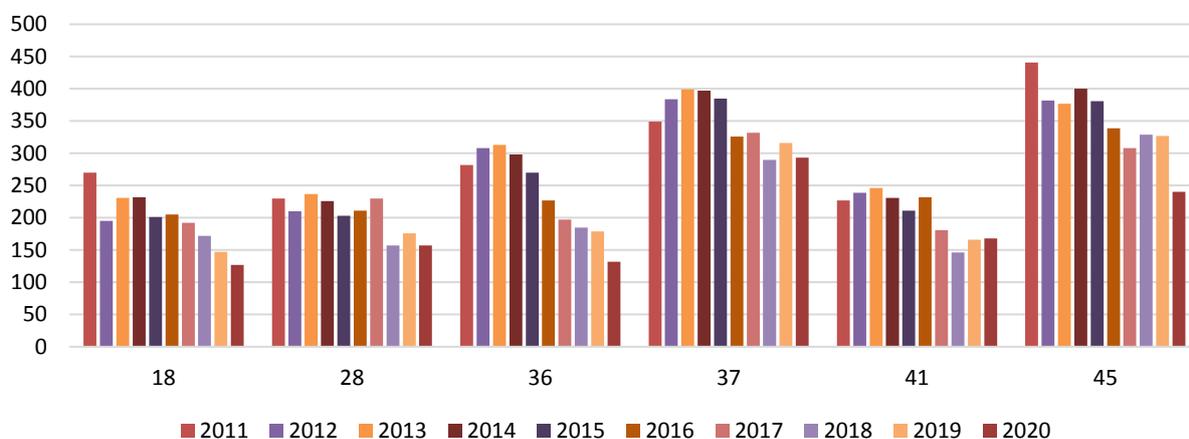


Le département de l'Indre est le département qui a le taux de recours le plus élevé de la région, il est 47% supérieur au taux de recours national et fait partie des 10 % des départements avec le taux de recours le plus important.

Territoires ciblés	Calendrier
36 Indre	2022-2025

Le nombre d'actes réalisés aux patients de l'Indre diminue chaque année depuis 2014, mais de manière moins rapide depuis 2017. En 2019, les actes réalisés aux patients de l'Indre représentaient 14 % des actes réalisés aux patients de la région.

Nombre d'actes réalisés par département et par année



2.3.1.1.2 Actions ciblées à destinations des établissements

Actions déjà réalisées

Sur la base des sur-recours déjà 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. Ces travaux n'ayant pu aboutir, ils seront relancés à partir de 2022.

Actions	Calendrier
Dialogue de pertinence	à partir de 2022
Suivre la variation du taux de recours des territoires ciblés	à partir de 2022
Contractualiser, le cas échéant, avec les établissements ciblés	à partir de 2023

2.3.1.1.3 Les modalités d'évaluation et de suivi

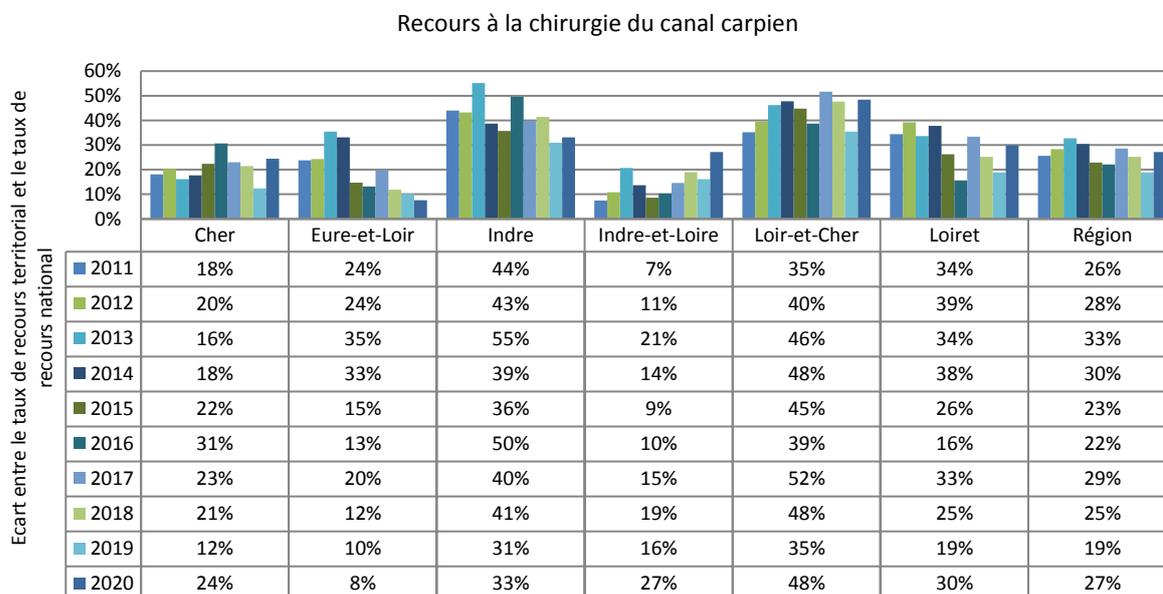
Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours à la thyroïdectomie des territoires ciblés et le taux de recours national	Diminution de l'écart
Taux de conformité aux recommandations HAS : respect des grandes étapes du parcours préopératoire	Augmentation
Mise en œuvre d'un accompagnement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

2.3.1.2 La chirurgie du syndrome du canal carpien

2.3.1.2.1 Diagnostic régional

En 2019, 6 339 séjours de chirurgie du canal carpien ont été réalisés à des patients de la région Centre-Val de Loire.

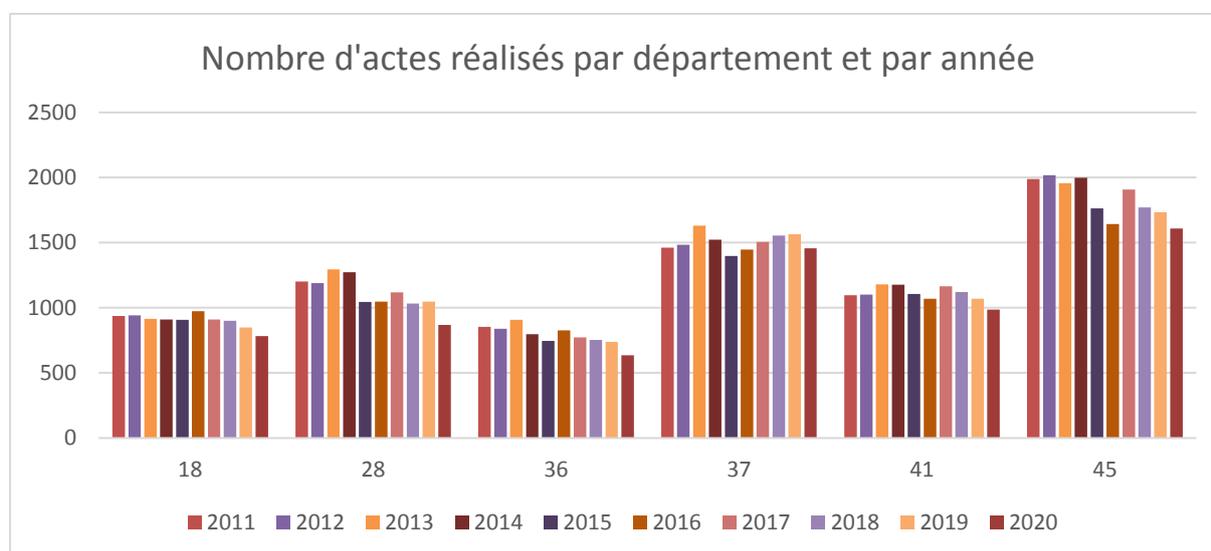
Le tableau ci-après présente le rapport entre le taux de recours standardisé des territoires et le taux de recours standardisé national (indice national) :



Depuis 2011, le taux de recours à la chirurgie du canal carpien de la région est nettement supérieur au taux national. Au regard des données 2019, deux territoires présentent une atypie significative avec un taux de recours supérieur de plus de 30% à la moyenne nationale.

Territoires ciblés	Calendrier
36 Indre	à partir de 2022
41 Loir-et-Cher	à partir de 2022

Le nombre d'actes réalisés sur ces deux départements est relativement stable depuis 2017.



2.3.1.2.2 Actions ciblées à destination des établissements

Actions	Calendrier
Dialogue de pertinence	à partir de 2022
Courrier pertinence	à partir de 2022
Suivre la variation du taux de recours des territoires ciblés	à partir de 2022
Contractualiser, le cas échéant, avec les établissements ciblés	à partir de 2023

2.3.1.2.3 Les modalités d'évaluation et de suivi

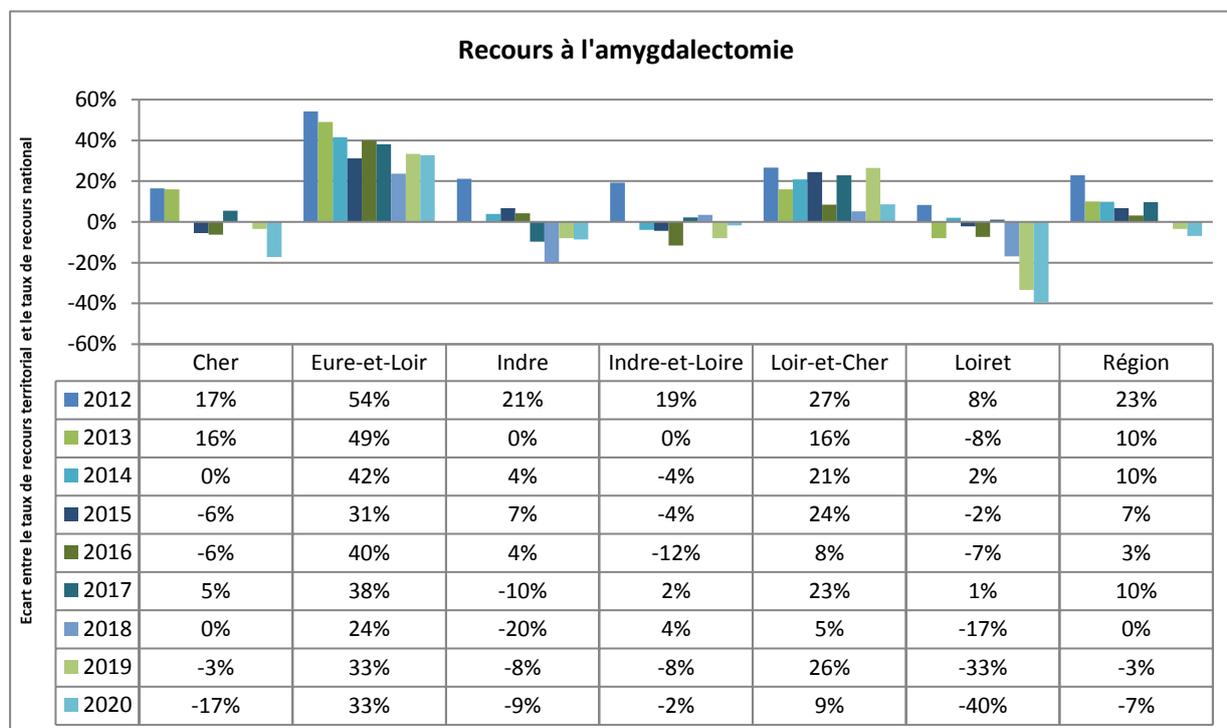
Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours à la chirurgie du canal carpien des territoires ciblés et le taux de recours national	Diminution de l'écart
Taux de conformité aux recommandations HAS : respect des grandes étapes du parcours préopératoire	Augmentation
Suivi des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

2.3.1.3 L'amygdalectomie

2.3.1.3.1 Le diagnostic régional

En 2019, 1 327 séjours d'amygdalectomie ont été réalisés a des patients de la région Centre-Val de Loire.

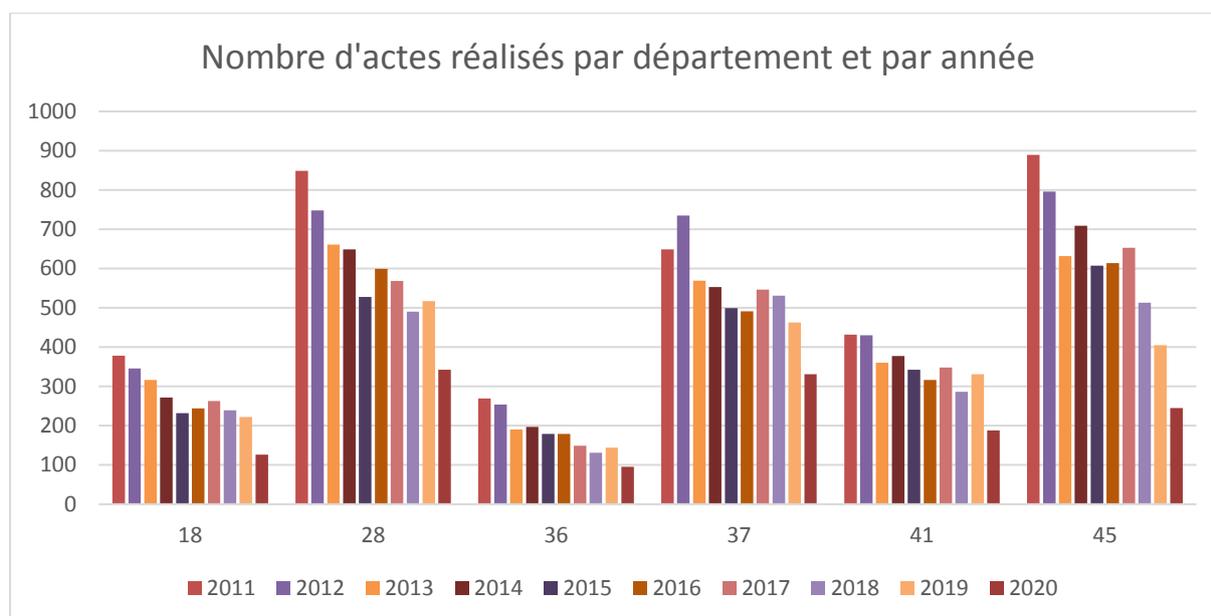
Le tableau ci-après présente le rapport entre le taux de recours standardisé des territoires et le taux de recours standardisé national (indice national) :



Au regard des données 2019, l'Eure-et-Loir présente toujours une atypie significative avec un taux de recours supérieur de plus de 30% à la moyenne nationale. Le Loir-et-Cher présente une atypie avec un effet « yoyo » d'une année à l'autre. Ce département, même s'il n'est pas ciblé, fera l'objet d'une attention particulière.

Territoires ciblés	Calendrier
28 Eure-et-Loir	à partir de 2022

Globalement, tous les départements présentent une diminution du nombre d'actes réalisés depuis 2017, à l'exception de l'Eure-et-Loir qui connaît un rebond en 2019, et du Loiret-et-Cher, qui alterne augmentation/diminution.



2.3.1.3.2 Actions ciblées à destination des établissements

Actions	Calendrier
Dialogue de pertinence	à partir de 2022
Courrier pertinence	à partir de 2022
Suivre la variation du taux de recours des territoires ciblés	à partir de 2022
Contractualiser, le cas échéant, avec les établissements ciblés	à partir de 2023

2.3.1.3.3 Les modalités d'évaluation et de suivi

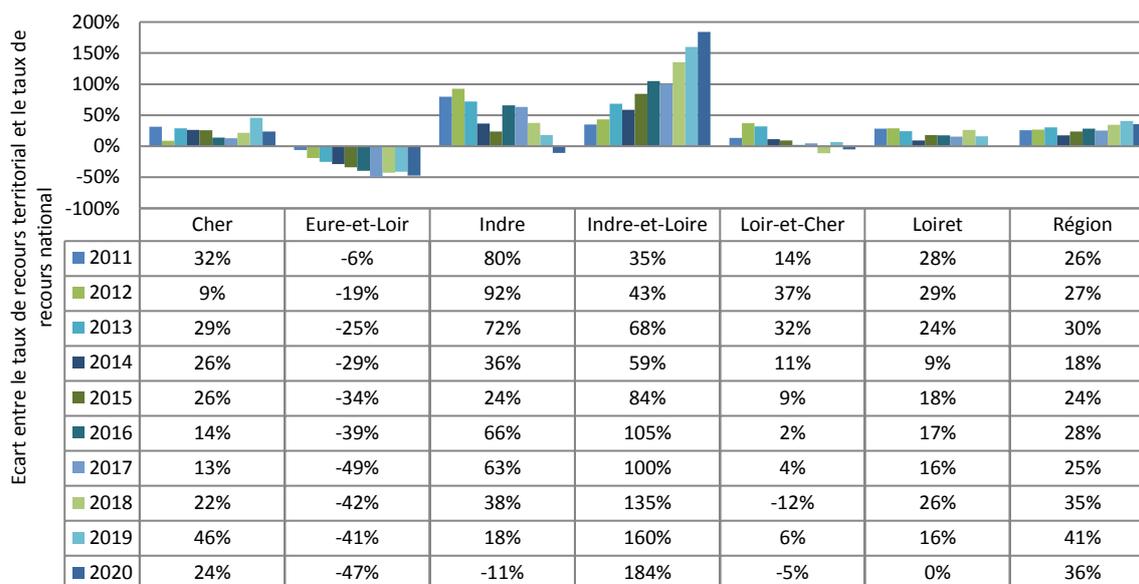
Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours à l'amygdalectomie des territoires ciblés et le taux de recours national	Diminution de l'écart
Taux de conformité aux recommandations HAS : respect des grandes étapes du parcours préopératoire	Augmentation
Suivi des profils pertinence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

2.3.1.4 La pose d'aérateurs transtympaniques

2.3.1.4.1 Le diagnostic régional

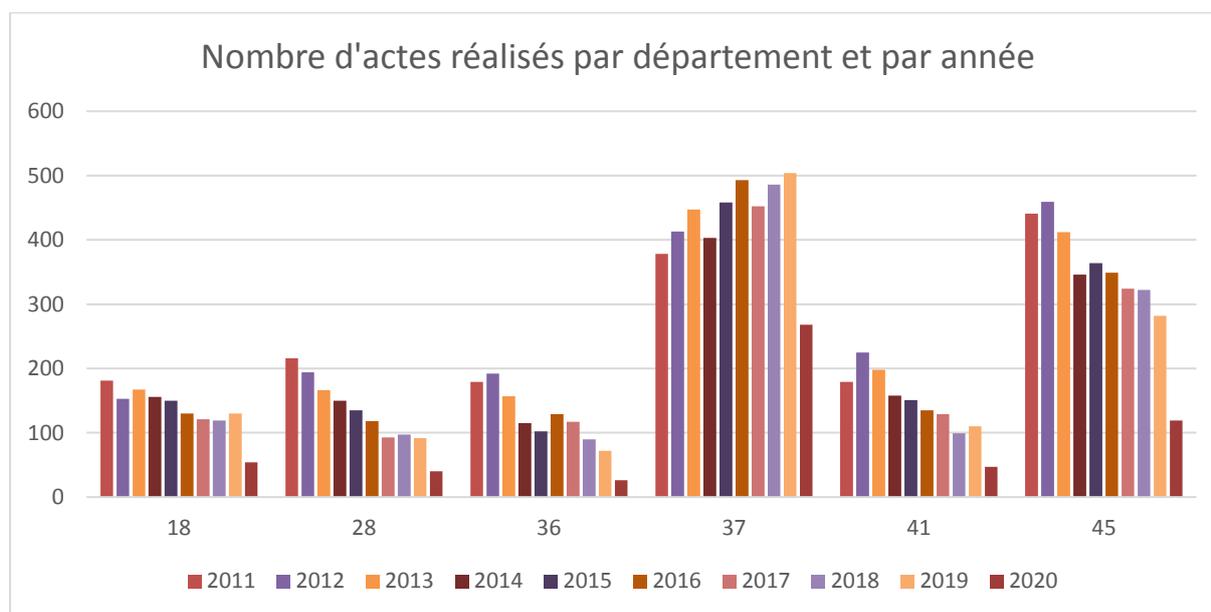
En 2019, 1 190 actes de pose de drains transtympaniques ont été réalisés à des patients de la région. Cet acte est caractérisé par des taux de recours très disparates d'un territoire à l'autre. Si l'Eure-et-Loir connaît un taux de recours très inférieur au taux de recours national, le Cher, mais surtout l'Indre-et-Loire ont un taux de recours très importants, plaçant le taux de recours régional à plus de 40 % au-dessus du taux de recours national.

Recours à la pose de drains transtympaniques



Territoires ciblés	Calendrier
18 Cher	à partir de 2022
37 Indre-et-Loire	à partir de 2022

Le nombre d'actes réalisés à des patients du Cher était en constante diminution depuis 2013, mais a connu un rebond en 2019. L'Indre-et-Loire connaît une augmentation quasi constante du nombre d'actes réalisés depuis 2011.



2.3.1.4.2 Actions ciblées à destination des établissements

Actions	Calendrier
Dialogues de pertinence	A partir de 2022
Courriers de pertinence	A partir de 2022
Contractualiser avec les établissements ciblés	à partir de 2022

2.3.1.4.3 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 CNAM	Diminution des atypies

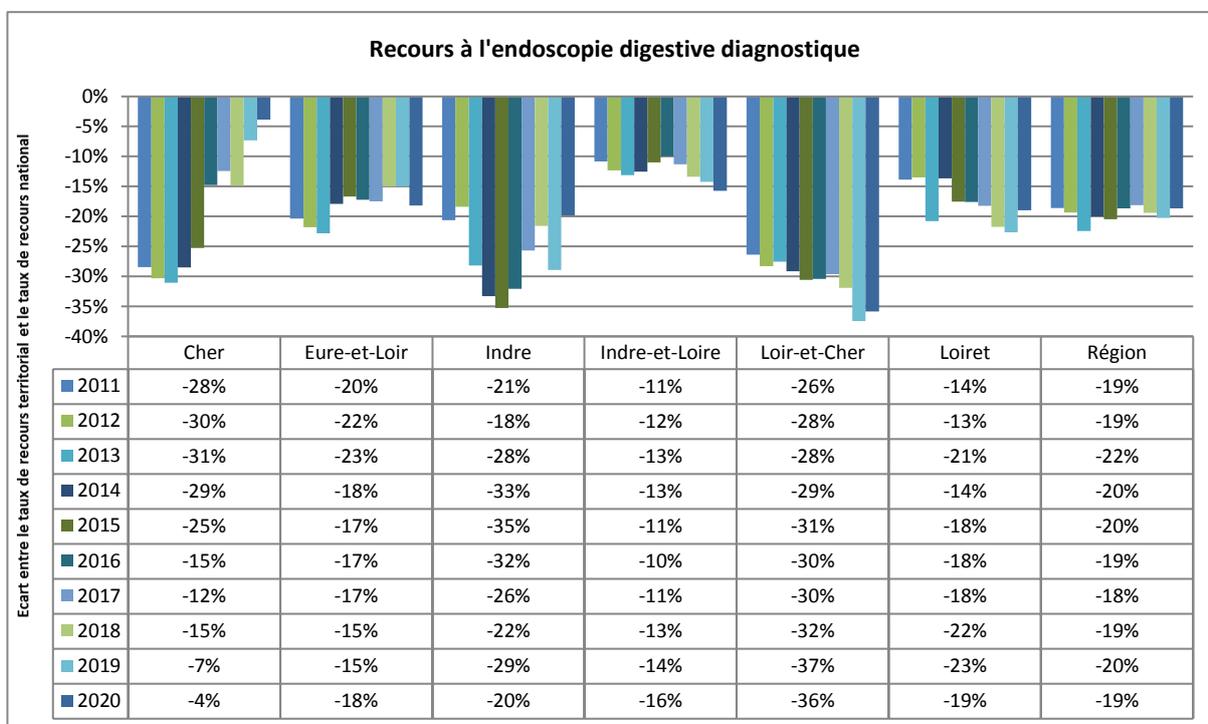
2.3.2 Les actes en sous-recours

Jusqu'à présent, les actes en sous-recours n'avaient pas été intégrés dans le plan régional de pertinence, faute de méthode d'analyse. Cependant, un sous-recours à certains actes, notamment diagnostiques, peut avoir un impact important sur la prise en charge des patients, notamment en termes de perte de chance. Les membres de l'IRAPS souhaitent donc explorer le champ des actes présentant un sous-recours importants.

2.3.2.1 L'endoscopie digestive diagnostique

2.3.2.1.1 Le diagnostic régional

En 2019, 28 038 endoscopies digestives diagnostiques ont été réalisées à des patients de la région. Cet acte est caractérisé par un sous-recours très important dans tous les départements de la région, et cela depuis 2011. Le sous-recours observé a tendance à s'accroître chaque année, excepté dans le Cher, département dans lequel il diminue pour se rapprocher du taux de recours national. Ce dernier est stable entre 2016 et 2019 (15,62 séjours pour 100 000 habitants en 2016, et 15,76 en 2019).



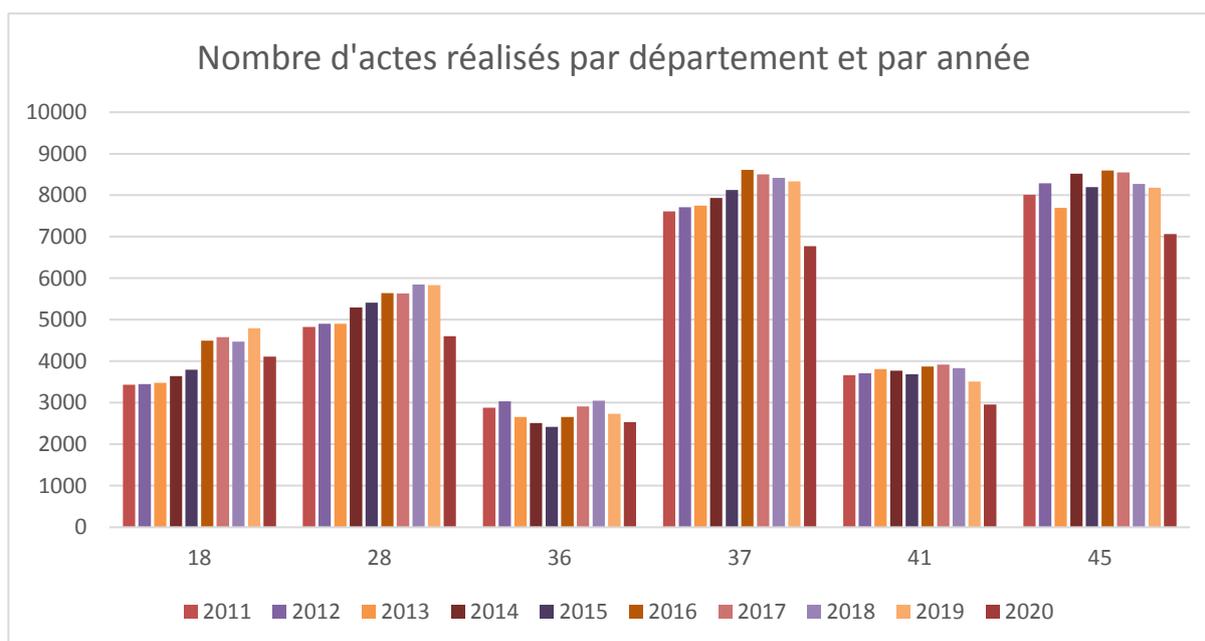
Territoires ciblés

Région Centre-Val de Loire

Calendrier

à partir de 2022

Le Cher et l'Eure-et-Loir connaissent une légère augmentation du nombre d'actes réalisés depuis 2016, alors que les autres départements de la région connaissent une diminution plus ou moins marquée.



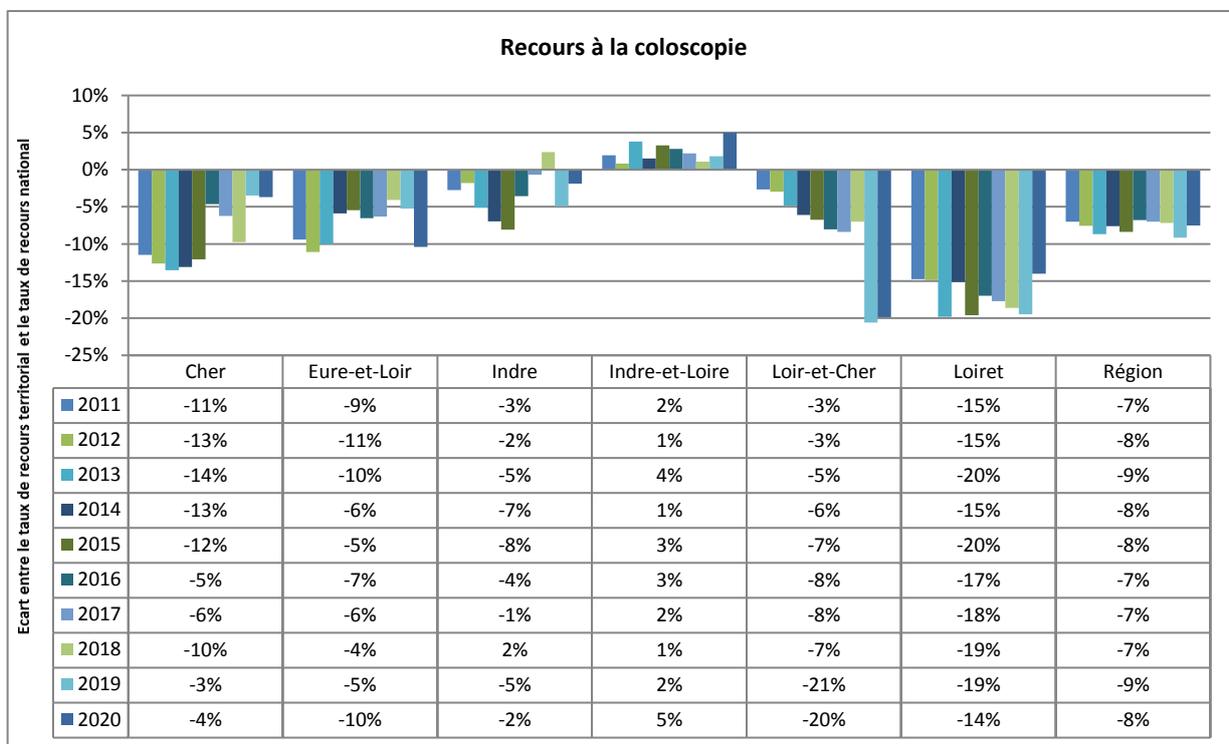
2.3.2.1.2 Les actions à mettre en place

Aucune méthodologie n'existant à ce jour, un groupe de travail issu de l'IRAPS, et pouvant associer des professionnels qualifiés, sera créé afin d'élaborer une méthodologie de travail, permettant d'identifier les problématiques en région menant à ce sous-recours très important. Des pistes d'actions pourront alors être proposées pour inverser la tendance observée depuis plusieurs années.

2.3.2.2 La coloscopie

2.3.2.2.1 Le diagnostic régional

En 2019, 53 812 coloscopies ont été réalisées à des patients de la région. A l'exception de l'Indre-et-Loire, qui observe un léger sur-recours par rapport au niveau national, tous les départements de la région connaissent un sous-recours, plus ou moins important. Le département le plus impacté est le Loiret, dont le sous-recours est important depuis 2011. Le sous-recours observé dans le Loir-et-Cher, qui était contenu jusqu'en 20118, connaît un bon important en 2019, et sera donc à surveiller.



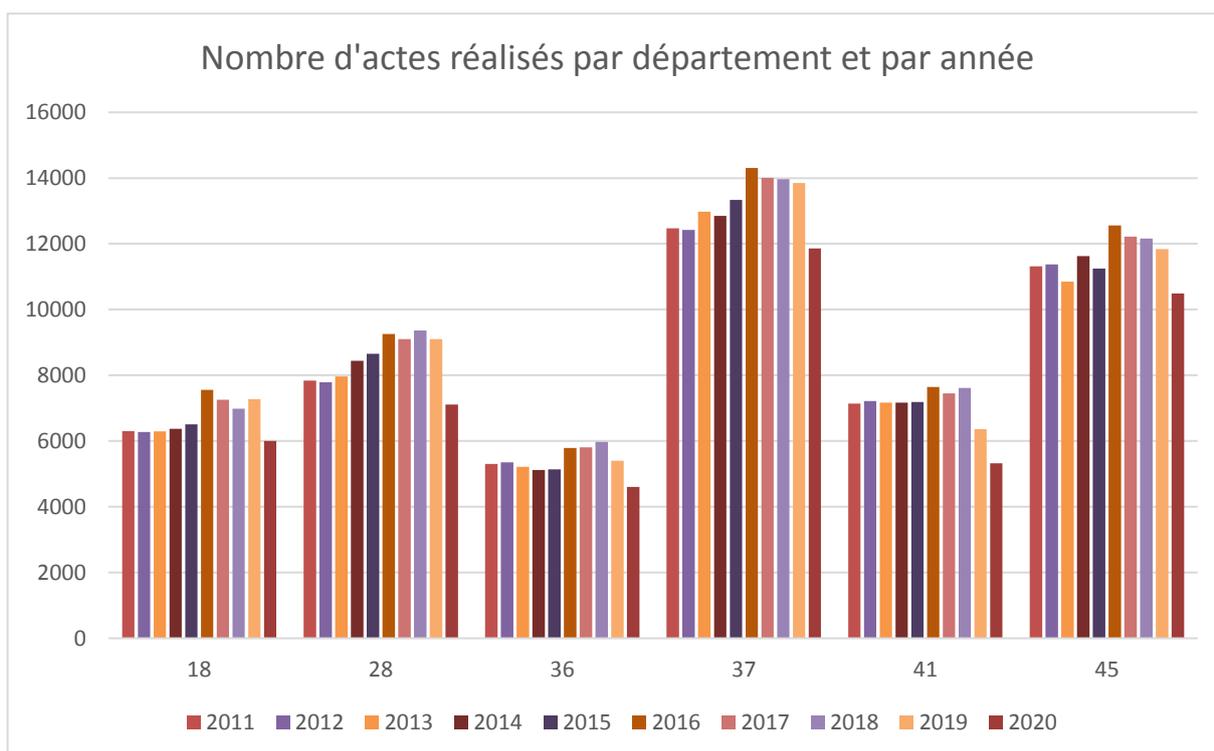
Territoires ciblés

45 Loiret

Calendrier

à partir de 2022

Pratiquement tous les départements ont une tendance à augmenter leur nombre d'actes entre 2011 et 2016, puis se stabilisent ou diminuent, comme le Loir-et-Cher et le Loiret.



2.3.2.2.2 Les actions à mettre en place

Les travaux sur la coloscopie seront à mettre en regard des travaux sur les endoscopies digestives diagnostiques, dès lors que la méthode régionale sera arrêtée. Le parcours de soins des patients avec un cancer colorectal pourra alors être étudié dans sa globalité. Selon une publication de santé publique France diffusée en 2019 (*Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France*) la région Centre-Val de Loire est en effet marquée par un taux de dépistage organisé parmi les meilleurs au niveau national (33,7 % sur l'année 2019/2020 contre 28,9 % au niveau national – 3^{ème} place nationale), mais une surmortalité par cancer colorectal, principalement dans le Cher et l'Indre.

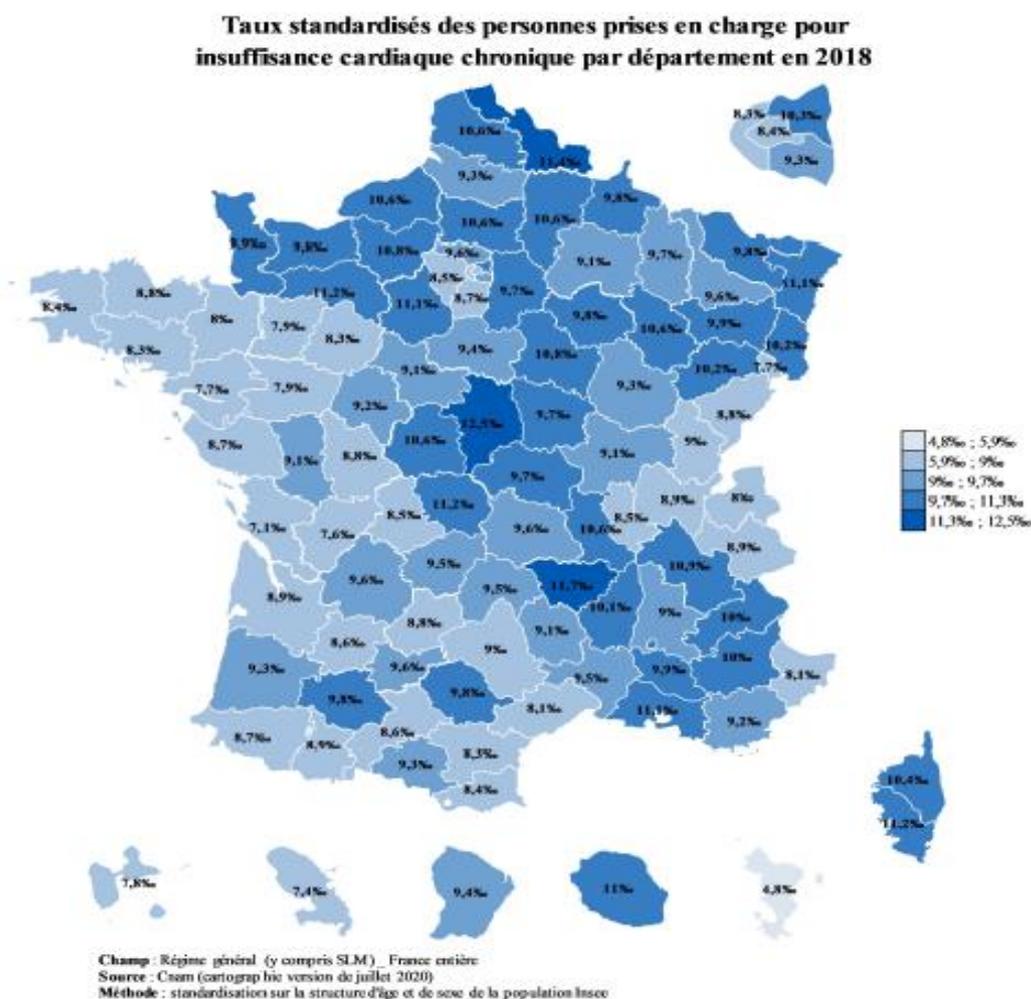
3 La pertinence des modes de prise en charge

3.1 La prise en charge de l'insuffisance cardiaque

3.1.1 Contexte et enjeux :

En France, la prévalence est estimée entre 2 à 3% avec cependant une répartition géographique hétérogène.

La région Centre Val de Loire compte parmi les régions avec la plus forte prévalence, avec cependant des différences selon les territoires.



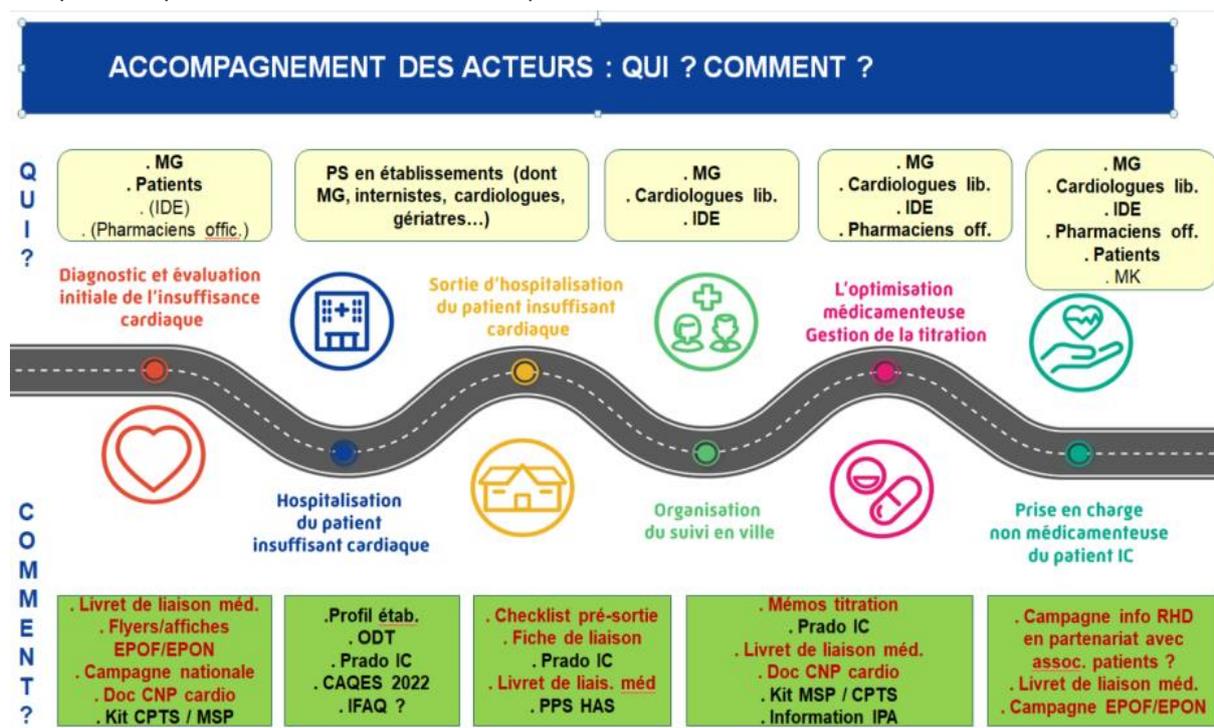
L'insuffisance cardiaque est une pathologie sévère et fréquente, dont la prévalence augmente avec l'âge. L'étude menée au plan national auprès de presque 70 000 patients porteurs d'une insuffisance cardiaque objective :

- de très fréquentes ré hospitalisations,
- un taux de décès à 2 ans de la première décompensation de 40%.

Les travaux des agences de santé, des sociétés savantes et les publications scientifiques nationales et internationales ont permis d'identifier des points critiques, situations à risque émaillant le parcours de soins du patient insuffisant cardiaque :

- le diagnostic et l'évaluation initiale de l'insuffisance cardiaque,
- la prise en charge hospitalière du patient atteint d'insuffisance cardiaque,
- l'organisation de la prise en charge à la sortie d'hospitalisation,
- l'organisation du suivi en ville,
- l'optimisation médicamenteuse (titration),
- la prise en charge non médicamenteuse de la pathologie.

Ce constat conduit à rechercher les différents leviers mobilisables afin d'améliorer la prise en charge des patients porteurs d'insuffisance cardiaque, comme illustré ci-dessous :



L'amélioration du parcours de l'insuffisant cardiaque vise prioritairement à :

- Réduire la mortalité,
- Réduire le taux de ré hospitalisation à 3 mois,
- Optimiser le lien ville-hôpital lors de la sortie d'hospitalisation pour décompensation de l'insuffisance cardiaque.

3.1.2 Premier éléments de diagnostic :

La filière cardiologique est structurée en région Centre Val de Loire autour du CRAC (Club Régional des Angioplasticiens de la région Centre). Créé en 2010, il regroupe les 6 centres de cardiologie interventionnelle de la région Centre Val de Loire. Un registre observationnel, débuté en 2014, permet un recueil exhaustif d'environ 150 variables de toutes les coronarographies et angioplasties de la région. Il comprend des données cliniques et procédurales, des événements cardiovasculaires hospitaliers et à un an, et des traitements pour toutes les angioplasties coronaires. Il comprend également des données pré-hospitalières de tous les infarctus < H 24. Cette base de données (eCRAC) permet une analyse et une présentation annuelle des résultats aux différents acteurs concernés de la région. Il permet également une évaluation des pratiques professionnelles.

Un diagnostic partagé avec les professionnels impliqués (CPTS et établissements de santé notamment) dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques sera conduit en 2022. Il intégrera notamment les acquis et les pistes de développement de la télésurveillance. Il permettra de définir un plan d'action ambitieux, à la hauteur des enjeux de la région.

Des premiers éléments relatifs au suivi post-opératoire font apparaître d'importante marge de progrès et des disparités entre territoires.

Départements	Taux moyen de ré-hospitalisation à 3 mois (source CNAM)	Moyenne du taux de consultation du médecin traitant à 8 jours après la sortie d'hospitalisation pour décompensation de l'insuffisance cardiaque (source CNAM)	Moyenne de taux de consultation du cardiologue à 2 mois après la sortie d'hospitalisation pour décompensation de l'insuffisance cardiaque (source CNAM)
18	15,63%	21,16%	22,86%
28	17,43%	17,68%	30,04%
36	13,65%	22,59%	20,71%
37	14,54%	33,46%	27,24%
41	15,87%	24,36%	20,89%
45	15,23%	20,11%	30,52%
Région	15,46%	23,65%	26,49%

La mise en œuvre du Prado insuffisance cardiaque est également hétérogène selon les territoires. En favorisant la sortie d'hospitalisation et le lien avec la ville, le Prado insuffisance cardiaque constitue l'un des leviers qui peut être actionné en vue d'améliorer la prise en charge des patients.

département	Potentiel IC (en séjours par an) source CNAM	taux d'adhésion
18 - Cher	741	1,08%
28 - Eure et Loire	1057	16,93%
36 - Indre	458	2,84%
37 - Indre et Loire	1331	23,82%
41 - Loir et Cher	481	19,13%
45 - Loiret	1189	2,61%
Région	5257	12,17%

3.1.3 Premières actions :

Le plan d'action sera précisé à l'issu diagnostic régional partagé avec les professionnels impliqués dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques.

Les outils nationaux de diagnostic et de suivi seront mobilisés :

- Un Profil Etablissement de Santé : ce profil permet de décrire annuellement la prise en charge des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque aigüe notamment leur parcours en aval et en amont de l'hospitalisation, et de mettre en évidence les éventuels points de rupture du parcours.
- Un outil de diagnostic territorial (ODT) : Cet outil permet de décrire la prise en charge des patients IC sur un territoire et de mettre en évidence les principales singularités du parcours.
- Un outil de suivi (ODS) permettra à une CPTS (ou à un territoire défini) de suivre annuellement l'évolution de la prise en charge médicale des patients IC à l'échelle de son territoire.

Enfin, la contractualisation au titre du CAQES dès 2022 pour les établissements les plus atypiques permettra d'engager l'amélioration du suivi post-opératoire et d'y assortir un intéressement. Au-delà des établissements de santé, il est également prévu une action de sensibilisation auprès des structures d'exercices coordonnées (CPTS, MSP) afin de renforcer leur vigilance sur ces indicateurs.

3.1.4 Indicateurs de suivi :

Les indicateurs seront précisés à l'issue des travaux de diagnostic approfondi avec les acteurs de la région. Plusieurs indicateurs relatifs au suivi post-opératoire peuvent d'ores et déjà être suivis :

- Taux d'adhésion Prado Insuffisance cardiaque,
- Taux de consultation du médecin traitant à 8 jours après la sortie d'hospitalisation pour décompensation de l'insuffisance cardiaque,
- Taux de consultation du cardiologue à 2 mois après la sortie d'hospitalisation pour décompensation de l'insuffisance cardiaque.

4 La pertinence des prescriptions

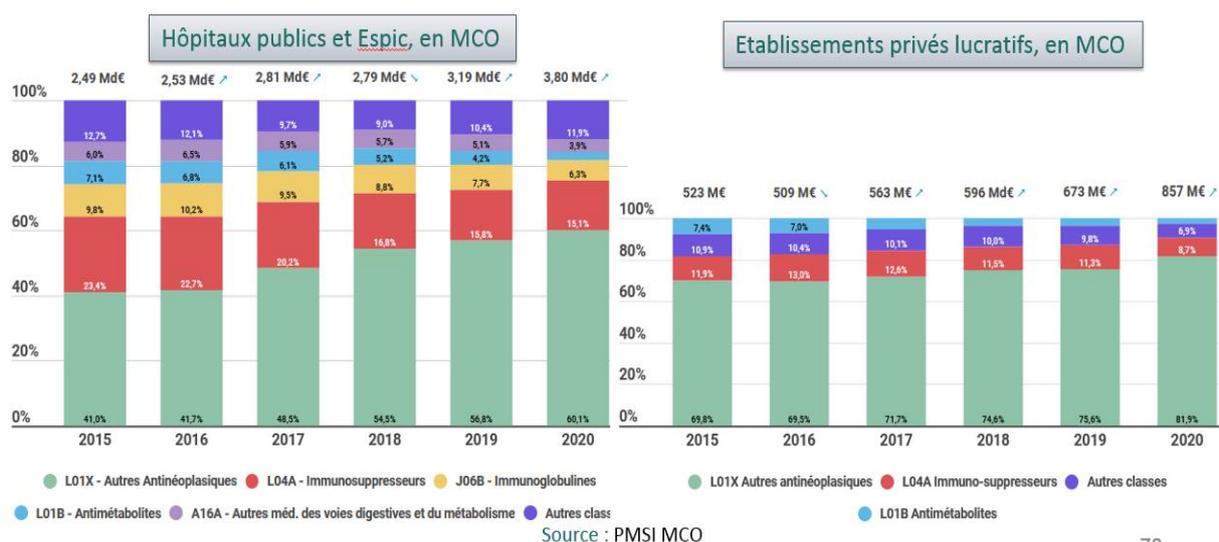
4.1 Les prescriptions de médicaments de la liste en sus (LES)

4.1.1 Le diagnostic régional

4.1.1.1. Les dépenses de la LES

Sur les 7 premiers mois de l'année 2021, les dépenses de la liste en sus en région s'élèvent à 89,6 M€, en augmentation de 10,5 % par rapport à 2020. Au niveau national elles représentent 2,9 Md€, en augmentation de 14,5 %, selon la répartition suivante :

Répartition des dépenses de la liste en sus par classes de médicaments



Sur les 7 premiers mois de l'année 2021, les antinéoplasiques représentent 73 % des dépenses de la liste en sus en région (70 % au niveau national) et 54 % des unités communes de dispensation (UCD) délivrées (48 % au niveau national). Evolution en montants :

Antinéoplasiques	M7 2021	M7 2020	Évolution (%)
France	2 069 029 839 €	1 785 847 804 €	+15,86 %
CENTRE-VAL DE LOIRE	65 547 995 €	58 422 941 €	+12,20 %

4.1.1.2. Le codage en I999999

Un référentiel « liste en sus » répertorie pour chaque médicament relevant de la liste en sus, toutes les indications inscrites sur les listes (agrément aux collectivités et/ou liste en sus), les indications faisant l'objet de recommandations temporaires d'utilisation (RTU) et le cas échéant, les indications radiées. Un code est attribué à chaque indication. Le code indication « I999999 » permet le codage des indications qui ne seraient pas présentes dans le référentiel administratif et qui seraient prescrites en dehors d'une indication prévue par l'autorisation de mise sur le marché au sens de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique.

Sur les 7 premiers mois de l'année 2021, les établissements de la région ont moins utilisé ce codage

Tous médicaments	M7 2021 UCD	M7 2021 Montants
France	3 522 405	2 931 503 876 €
CENTRE-VAL DE LOIRE	112 754	89 632 121 €

Codage I999999	M7 2021 UCD	Part UCD	M7 2021 Montants	Part montant
France	622 075	17,7%	380 491 887 €	13,0%
CENTRE-VAL DE LOIRE	15 119	13,4%	8 192 250 €	9,16%

qu'au niveau national, soulignant la qualité du codage en région.

En revanche, la tendance s'inverse en focalisant sur les antinéoplasiques :

Classe L01	M7 2021 CD	M7 2021 Montants	Part de L01 /tous médts
France	1 695 408	2 069 029 839 €	70,58%
CENTRE-VAL DE LOIRE	60 961	65 547 995 €	73,13%

L01 en codage I999999	M7 2021 UCD	Part UCD	M7 2021 Montants	Part des L01 I999 /tous I999
France	342 72	55,1%	268 480 797 €	70,56%
CENTRE-VAL DE LOIRE	10 269	67,9%	6 344 860 €	77,45%

4.1.2 Les modalités d'évaluation et de suivi

Action à mettre en place	Echéance
Contractualiser avec les établissements ciblés	CAQES 2022

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre les taux d'évolution des ES sur chacun des 2 indicateurs et les taux nationaux	Diminution de l'écart