PLAN D'ACTIONS PLURIANNUEL REGIONAL D'AMELIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS (PAPRAPS)

Hauts-de-France

2022-2025

Avis favorable exprimé par l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins le 30 novembre 2021.

Avis favorable exprimé par la Commission Régionale de Coordination des Actions ARS-AM le 08 décembre 2021

Sommaire

INTRODUCTION 3

1- CONTEXTE DE LA PERTINENCE DES SOINS 3
2- CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE ET SOCIAL DE LA REGION HAUTS-DE FRANCE 4
3- CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE 9
4- LEVIERS POUR LA PROMOTION DE LA PERTINENCE DES SOINS 10
5- LES ACTEURS REGIONAUX DANS L'AMELIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS 13
5.1- L'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS) 13
5.2- La Commission Régionale de Coordination des Actions 13
6- ELABORATION ET MISE EN OEUVRE 14

PERTINENCE DES ACTES DIAGNOSTIQUES OU THERAPEUTIQUES 15

1- ACTES CHIRURGICAUX 15
1.1- Amygdalectomie 17
1.2- Pose d'aérateurs transtympaniques 18
2- PERSPECTIVES 19
2.1- Actes de biologie 19
2.2- Actes d'imagerie 20

PERTINENCE DES MODES DE PRISE EN CHARGE 21

1- CHIRURGIE AMBULATOIRE 21
1.1- Diagnostic régional 21
1.2- Plan d'actions régional 24
2- PERSPECTIVES 26
2.1- Réhabilitation améliorée après chirurgie 26
2.2- Médecine ambulatoire 27

PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS 28

1- EXAMENS PRE ANESTHESIQUES 28
2- PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES 30
2.1- Développement de la stratégie de pharmacie clinique 30
2.2- Travaux sur les produits de santé de la liste en sus 31
2.3- Campagnes d'accompagnement en ville des prescriptions médicamenteuses 32

PERTINENCE DES PARCOURS 33

1- PARCOURS OBESITE : CHIRURGIE BARIATRIQUE 33
1.1- Diagnostic régional 33
1.2- Plan d'actions régional 36
2- PARCOURS DE SOINS DU PATIENT AGE 38
2.1- Eléments de contexte 38
2.2- Lutter contre la iatrogénie 39
2.3- Fluidification du parcours de soins du patient âgé 40
3- PARCOURS INSUFFISANCE CARDIAQUE 44

Introduction

1- Contexte de la pertinence des soins

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la pertinence comme « la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient ».
Un soin pertinent est un soin dispensé en adéquation avec les besoins du patient, qu'il soit diagnostique ou thérapeutique, conformément aux données de la science et aux recommandations.

L'organisation de la réponse aux besoins de santé de la population part d'un diagnostic sur l'adaptation actuelle des soins à l'état de santé des patients : il s'agit autant d'identifier des manques ou des insuffisances de soins que de pointer des excès pour chercher à les corriger.

Les actions d'amélioration de la pertinence ont pour objectifs l'accroissement de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que l'optimisation de l'efficience des dépenses de santé dans le cadre d'un ONDAM contraint :

- en réduisant les inadéquations ou en limitant les hospitalisations évitables (pertinence des séjours, pertinence des parcours de soins)
- en optimisant les modes de prise en charge : hospitalisation complète, soins ambulatoires, soins externes (pertinence des modes de prises en charge)
- en participant à l'amélioration des pratiques (pertinence des actes et de l'utilisation des produits de santé).

La pertinence est une notion variable dans le temps, sujette aux évolutions des connaissances et des techniques, qui ne se limite pas au sur-recours.
La pertinence des soins interroge l'épidémiologie ainsi que l'analyse des pratiques et des parcours.

Depuis plusieurs années, l'amélioration de la pertinence des soins s'appuie sur de nombreux travaux : élaboration de référentiels de bonnes pratiques par les sociétés savantes de professionnels de santé, recommandations de bonnes pratiques et certification des établissements de santé par la Haute Autorité de Santé (HAS), actions de formation par le développement professionnel continu, évaluation de pratiques professionnelles par les professionnels eux-mêmes, travaux sur les inadéquations hospitalières.

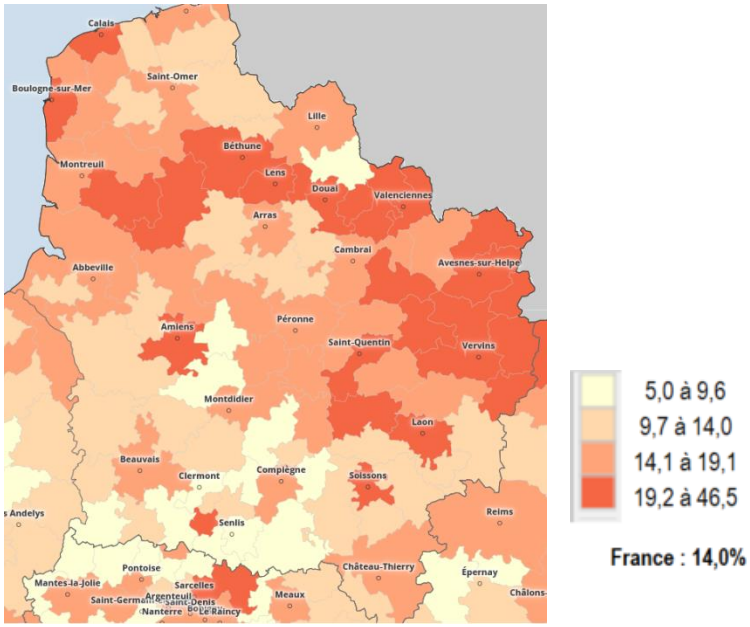
2- Contexte démographique et social de la région Hauts-de France

D'importantes disparités territoriales et sociales

Avec plus de 5.9 millions d'habitants, la région Hauts-de-France est la 5ème région la plus peuplée de France. L'Oise est le département à la croissance démographique la plus dynamique.

Les disparités sociales sont nombreuses en région.
Avec 18 % de la population vivant sous le seuil de pauvreté[1] en 2018, soit plus d'un million d'habitants, les Hauts-de-France sont la 2ème région de France métropolitaine la plus exposée à la pauvreté après la Corse (18,5 %).
Plus d'un habitant sur deux vit dans une zone où la situation sociale est classée défavorable ou plutôt défavorable.

Taux de pauvreté par EPCI en 2018 - HDF



Source : Insee, RP 2018

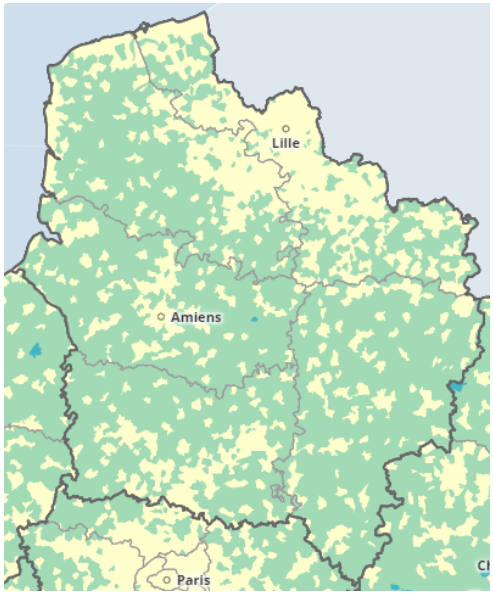
Le taux de pauvreté correspond au pourcentage de la population dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté monétaire. Plus le taux de pauvreté est élevé, plus la zone est en situation défavorable.

L'accès aux soins de premiers recours dans les Hauts-de-France est très hétérogène.
Les distances entre le domicile des patients et le lieu d'exercice des professionnels de santé de ville sont plus courtes sur le littoral et dans les grandes métropoles que dans le reste de la région.
Le département du Nord semble être le plus privilégié concernant l'accès aux soins vers les infirmiers libéraux et les médecins généralistes.

[1] 1 063€ par mois en 2018

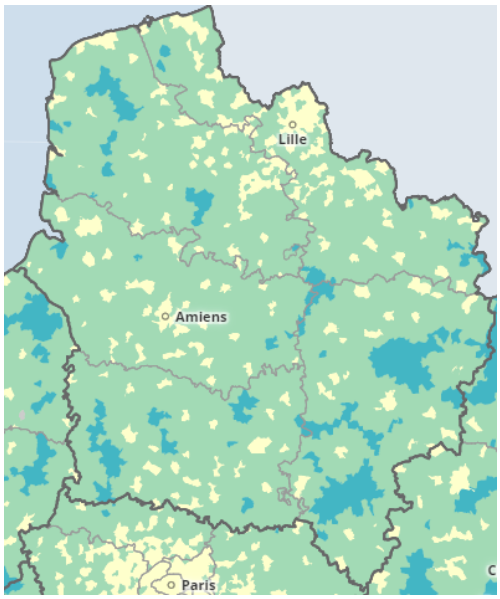
Pour les professionnels paramédicaux tels que les orthophonistes ou les sages-femmes, des disparités importantes en termes de distance existent au sein de la région.

Distance au plus proche médecin généraliste libéral, 2020(km)

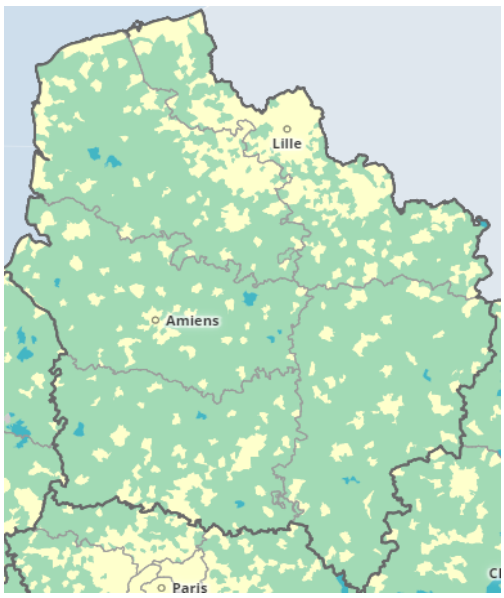


Distance au plus proche infirmier libéral, 2020 (km)

Distance au plus proche sage-femme, 2020 (km)



Distance au plus proche chirurgien-dentiste libéral, 2020 (km)



Distance de la plus proche à la plus lointaine

Une offre de soins en région inférieure à la moyenne nationale

- **Les soins de premier recours**

La région Hauts-de-France présente une offre de soins de premier recours pour les médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers ou encore pharmaciens, inférieure à la moyenne nationale.

Effectifs		Densité pour 100 000 habitants					
	Ensemble des médecins	Ensemble des médecins	dont général.	dont spécial.	Chirurg. dentistes	Infirmiers diplômés d'État	Pharm.
Hauts-de-France	18 196	302	147	155	48	1 026	107
France	226 219	338	153	185	63	1 047	110

Sources : DREES, ASIP-Santé RPPS, traitements Drees ; Insee, estimations de population.01/01/2018

Avec une densité moyenne de 302 médecins pour 100 000 habitants, la région Hauts-de-France fait partie des régions ayant une densité inférieure à la moyenne nationale.
La situation est toutefois contrastée entre départements : le Nord et la Somme ont des densités supérieures à la moyenne nationale, alors que l'Oise, le Pas-de-Calais et l'Aisne ont des densités nettement inférieures.

	Densité pour 100 000 habitants		
Départements	Ensemble des médecins	Généralistes	Spécialistes
Aisne	230	110	120
Nord	358	166	193
Oise	217	113	104
Pas-de-Calais	255	136	119
Somme	356	173	183
FRANCE	**338**	**153**	**185**

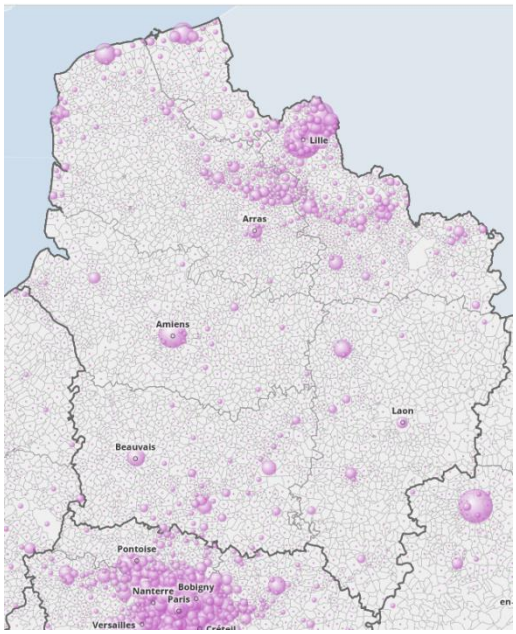
Sources : DREES, ASIP-Santé RPPS, traitements Drees ; Insee, estimations de population.

- **Les établissements de santé**

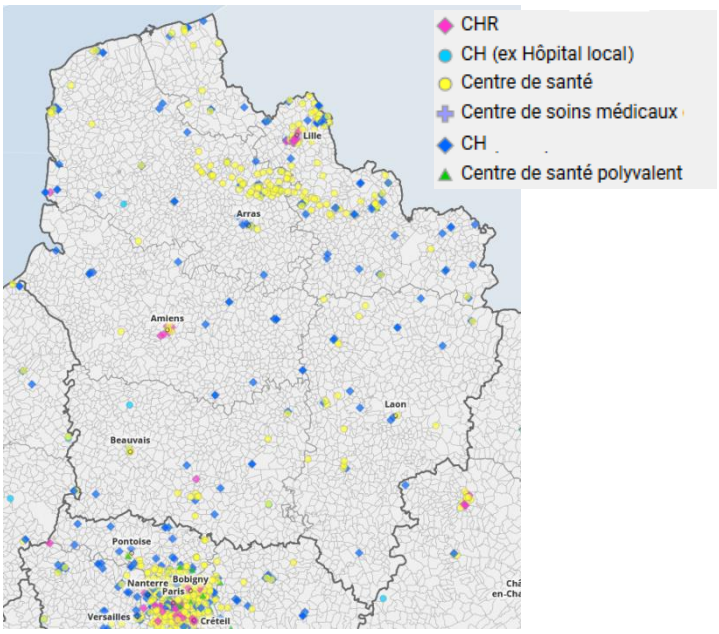
	Région Hauts-de-France		
	Nombre d'établissements (PMSI) implantés	Nombre de séjours ou journées 2019 (en milliers)	Evolution 2018/2019 du nombre de séjours ou journées
MCO - activité en séjours, hors séances	114	1 756,58	+2,2%
HAD - activité en journées	31	608,89	+8,2%
SSR - activité en journées en hospitalisation complète	135	2 922,74	-0,5%
Psychiatrie - activité en journées, hors ambulatoire	51	1 886,89	-3,8%

Source : ATIH scansanté

Concentration de la population en région HDF



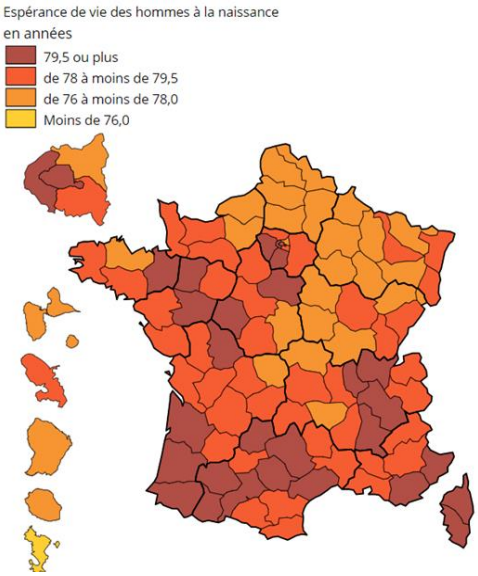
Implantation des établissements en HDF



Source : CartoSante – ARS HDF

<u>Espérance de vie et mortalité en région</u>

L'espérance de vie est également moins bonne que dans les autres régions françaises : 83,1 ans pour les femmes et 76,6 ans pour les hommes en 2020.



Le taux brut de mortalité en région Hauts-de-France de 10,3‰ n'est que très légèrement supérieur à celui observé en France métropolitaine (+ 0,4 point).

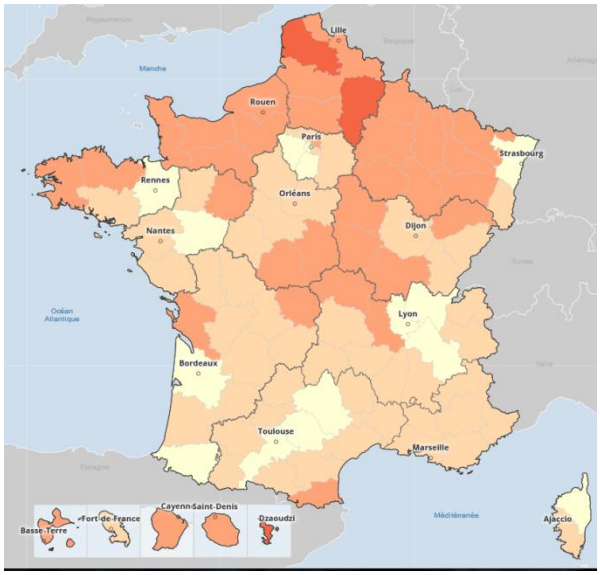
Toutefois, compte tenu du fait que notre région présente une population plus jeune que la moyenne nationale, les Hauts-de-France devraient donc disposer d'un taux brut de mortalité inférieur.

Ainsi, après prise en compte de l'âge, le taux régional de mortalité standardisé des 65 ans et plus est supérieur au taux national : 45,8‰ versus 39,6‰ en France métropolitaine.

De la même façon, le taux régional de mortalité standardisé des moins de 65 ans est également supérieur au taux national : 2,5 ‰ versus 1,9‰ en France métropolitaine.
On relève ainsi une surmortalité en région très importante pour les moins de 65 ans.

Taux de mortalité standardisés en 2020

Chez les moins de 65 ans

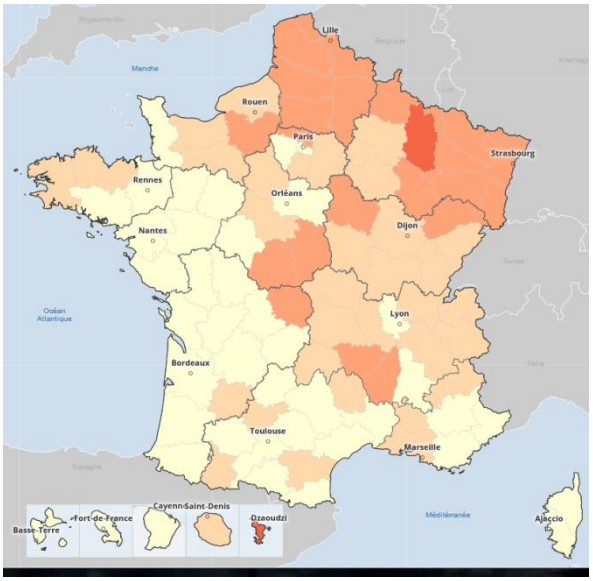


Source : Insee

1,5 à 1,7
1,8 à 2,0
2,1 à 2,5
2,6 à 3,6

France : 1,9 pour 1 000 hab.

Chez les 65 ans et plus



Source : Insee

33,4 à 38,4
38,5 à 42,3
42,4 à 47,7
47,8 à 72,8

France : 39,6 pour 1 000 hab.

Ce taux élevé de mortalité est un marqueur fort de fragilité de la population de notre région.
La surmortalité est constante depuis les 30 dernières années concernant les principales causes de décès (cancer, maladies cardiovasculaires, diabète, suicide et causes exterieures telles que traumatismes et empoisonnements)[2].

[2] Le rapport complet national 2017 (mise à jour 02/2021) est disponible sur le site de la DREES : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017

3- Cadre législatif et réglementaire

La démarche d'amélioration de la pertinence des soins, co-pilotée par l'ARS et l'Assurance Maladie, a été inscrite dans le plan ONDAM 2015-2017 et réaffirmée dans le plan ONDAM 2018-2022, comme un enjeu fort pour la qualité de notre système de soins et l'efficience des dépenses de santé. La qualité des soins et la pertinence des actes figurent à ce titre parmi les cinq chantiers prioritaires de « Ma santé 2022 ».

L'article L 162-30-3 du Code de la Sécurité Sociale indique que :

L'ARS élabore un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région.

Ce plan identifie les écarts significatifs entre le nombre ou l'évolution du nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par les établissements de la région ou les professionnels y exerçant et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable.

Lorsque l'ARS, 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 d'actions régional susmentionné, elle saisit l'établissement concerné et lui enjoint d'élaborer un programme d'amélioration de la pertinence des soins.

L'article D 162-11 du Code de la Sécurité Sociale précise le contenu du PAPRAPS :

- le diagnostic de la situation régionale, réalisé sur un champ thématique délimité par la commission régionale de coordination des actions de l'ARS et de l'Assurance Maladie, avec le concours de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins ;
- 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 mentionnés 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 ;
- Les modalités de ciblage des établissements de santé si un ciblage est nécessaire ;
- Les modalités de suivi et d'évaluation de chacune des actions.

Le Décret n° 2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) réintroduit le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) et l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS) qui contribuent à l'amélioration de la pertinence des prestations, des prescriptions et des actes dans la région.

4- Leviers pour la promotion de la pertinence des soins

- **La contractualisation tripartite**

L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 modifie les dispositions législatives s'appliquant au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) en introduisant 2 leviers :

✓ *Levier Incitatif*

15 priorités déclinées en indicateurs nationaux et régionaux au sein de 3 volets :

- volet relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations
- volet relatif à l'amélioration de l'organisation des soins
- volet relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé

Ces volets sont conclus avec les établissements identifiés en raison du non-respect d'un ou plusieurs référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'Assurance Maladie.

✓ *Levier préventif de sur-recours*

Un certain nombre d'actes, prestations ou prescriptions seront définis par arrêté national.
Ce dispositif pourra être mis en œuvre avec un établissement lorsque ses pratiques s'écarteront significativement, en nombre ou en termes d'évolution, des moyennes régionales ou nationales.

Ce contrat est conclu entre le Directeur général de l'ARS, le directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie et le représentant légal de l'établissement de santé relevant de leur ressort géographique.

Il définit les obligations respectives des parties, les objectifs attendus pour l'établissement, les modalités d'évaluation ainsi que l'intéressement délivré en fonction de l'atteinte des objectifs.

A ce jour, nous sommes dans l'attente de la publication de l'arrêté national qui fixera les modalités de ce dispositif.

- **L'incitation financière pour l'amélioration de la qualité (IFAQ)**

Après un lancement en 2012 et une généralisation du dispositif en 2016, l'IFAQ évolue en 2019 pour que tout établissement de santé, public ou privé, exerçant une activité de MCO, SSR ou HAD soit automatiquement intégré au dispositif de paiement à la qualité sans condition particulière.
L'article L. 162-23-15 (tel que modifié par l'article 37 du PLFSS pour 2019) du code de la sécurité sociale pose les principes du dispositif.

Ce dispositif permet de verser une dotation complémentaire à un établissement au regard de ses résultats qualité par rapport à des établissements comparables.

Les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé sont fixées chaque année par arrêté (dernier arrêté du 13 juillet 2021).

- **Le dispositif de Mise Sous Accord Préalable (MSAP)**

Les dispositions de la procédure de MSAP sont prévues dans l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale.

La mise sous accord préalable 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 Directeur général de l'ARS peut alors décider de subordonner à l'accord préalable du service de contrôle médical de l'Assurance Maladie, pour une durée maximale de 6 mois, la prise en charge d'actes, prestations ou prescriptions délivrés par l'établissement.
Cette procédure peut être demandée après avis de l'organisme local d'Assurance Maladie et après la mise en œuvre d'une période contradictoire.

- **La promotion de l'exercice coordonné**

L'Accord Cadre Inter-Professionnel (ACIP) signé en 2018, fixe l'émergence de différentes formes d'organisations coordonnées susceptibles de proposer une prise en charge adaptée aux besoins des patients, une meilleure articulation entre la ville, l'hôpital et le médico-social afin d'éviter notamment les ruptures dans le parcours de santé des patients et de favoriser le maintien à domicile.

✓ *Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)*

Les MSP regroupent des professionnels de santé qui peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, dans le cadre d'un projet de santé qu'ils élaborent. Lorsque le projet de santé est validé par l'ARS, la structure pluriprofessionnelle peut signer un contrat tripartite avec l'ARS et l'Assurance Maladie afin de bénéficier de la rémunération conventionnelle prévue par l'Accord Conventionnel Interprofessionnel «ACI MSP».

La mission principale des professionnels de santé de la MSP est de proposer à leurs patients une prise en charge et un suivi pluriprofessionnel coordonné, notamment grâce à la rédaction de protocoles pluriprofessionnels de prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques mais aussi à l'organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelle autour de cas patients.

- ✓ *Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)*

La CPTS, en fédérant autour de son projet de santé un maximum d'acteurs du soin dans une dimension pluriprofessionnelle, du médico-social et du social, permet une coordination territoriale autour de l'organisation des soins et des parcours des patients.

Les CPTS ayant élaboré un projet de santé validé par l'ARS, peuvent signer un contrat tripartite avec l'ARS et l'Assurance Maladie afin de bénéficier de la rémunération conventionnelle prévue par l'Accord Conventionnel Interprofessionnel «ACI CPTS» (paru au JO du 7 avril 2019).

Dans ce cadre conventionnel, la CPTS s'engage sur différentes missions dont celle d'organiser des parcours pluriprofessionnels autour des patients. La CPTS doit donc proposer et mettre en œuvre des parcours répondant aux besoins des territoires notamment pour améliorer la prise en charge et le suivi des patients (éviter les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile notamment).

Les parcours pluriprofessionnels permettent d'améliorer la pertinence de la prise en charge en évitant les actes redondants et préviennent l'isolement des professionnels face aux situations complexes. Les missions de la CPTS sont financées en tenant compte de l'intensité des moyens déployés dans le cadre de leurs missions, mais aussi des résultats observés quant à leur impact, sur la base des indicateurs définis en partenariat avec l'ARS et l'Assurance Maladie.

5- Les acteurs régionaux dans l'amélioration de la pertinence des soins

5.1- L'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS)

Article D 162-12 du code de la sécurité sociale

L'IRAPS contribue à l'amélioration de la pertinence des prestations, des prescriptions et des actes dans la région. Elle concourt à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche.

Elle est consultée sur le projet de plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, lors de sa préparation, de sa révision et de son évaluation.
Le Directeur général de l'ARS lui communique chaque année la liste des établissements de santé ayant été ciblés (pour un contrat CAQES ou une MSAP), ainsi qu'une synthèse des résultats de l'évaluation de la réalisation des objectifs du contrat CAQES.

Les membres, dont le nombre ne peut excéder vingt, sont nommés par le Directeur général de l'ARS.

Cette 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
- Un représentant des associations d'usagers agréées.

L'instance élit son président parmi les professionnels de santé qui en sont membres.

5.2- La Commission Régionale de Coordination des Actions

Articles R 1434-13 et R 1434-14 du code de santé publique

La commission régionale de coordination des actions (CRCA) de l'ARS et de l'Assurance Maladie est présidée par le Directeur général de l'ARS.

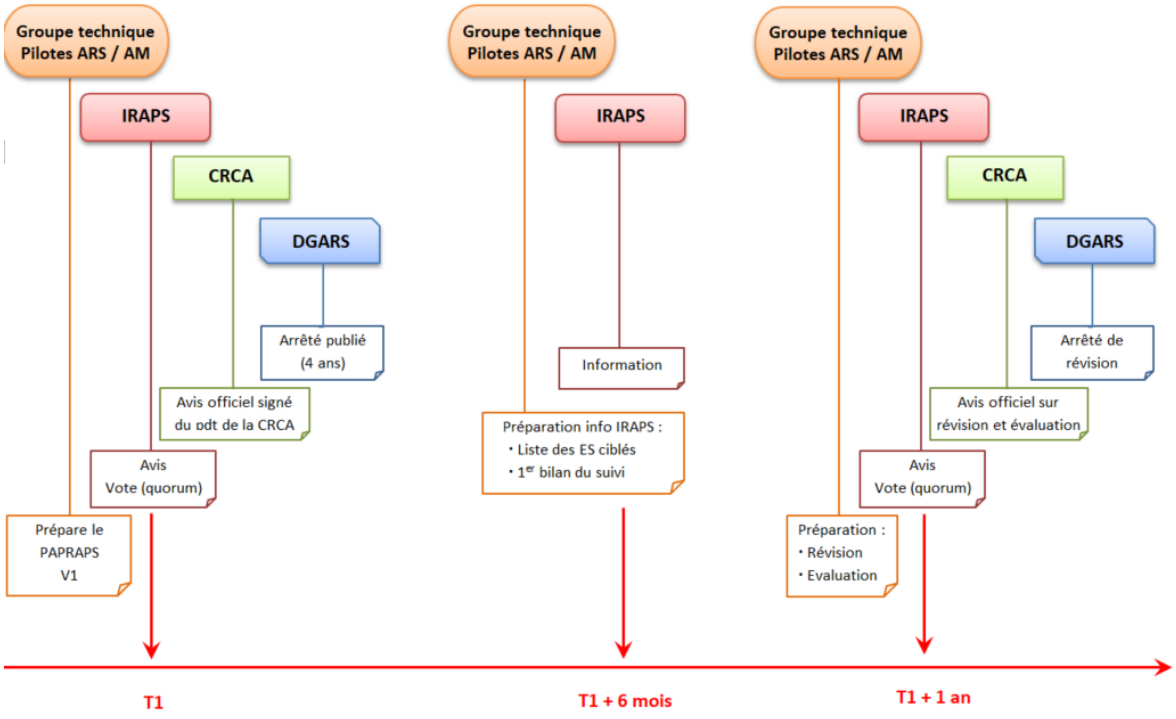
La formation plénière de la commission rend son avis sur le projet de PAPRAPS.
Outre le président de la commission, elle comprend : le directeur d'organisme, représentant, au niveau régional, chaque régime d'Assurance Maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'Assurance Maladie, ainsi que les directeurs des organismes d'Assurance Maladie du ressort de la région.

6- Elaboration et mise en oeuvre

Art. D 162-11 du code de la sécurité sociale

Le PAPRAPS est arrêté par le Directeur général de l'ARS pour une durée de quatre ans, après avis de la CRCA.

Il est révisé chaque année dans les mêmes conditions.



Pertinence des actes diagnostiques ou thérapeutiques

1- Actes chirurgicaux

Choix des actes

En 2012, 32 thématiques prioritaires avaient été publiées par la DGOS dans un guide méthodologique.
Elles étaient issues des travaux :

- De l'ATIH : 25 activités suffisamment fréquentes, présentant une évolution dynamique sur les 3 dernières années et une grande dispersion des taux de recours par territoire de santé,
- De la Cnam : résultats des études en région sur la comparaison interdépartementale de recours aux soins sur 16 activités (2007-2008).

En 2014, 33 thématiques nationales ont été retenues.

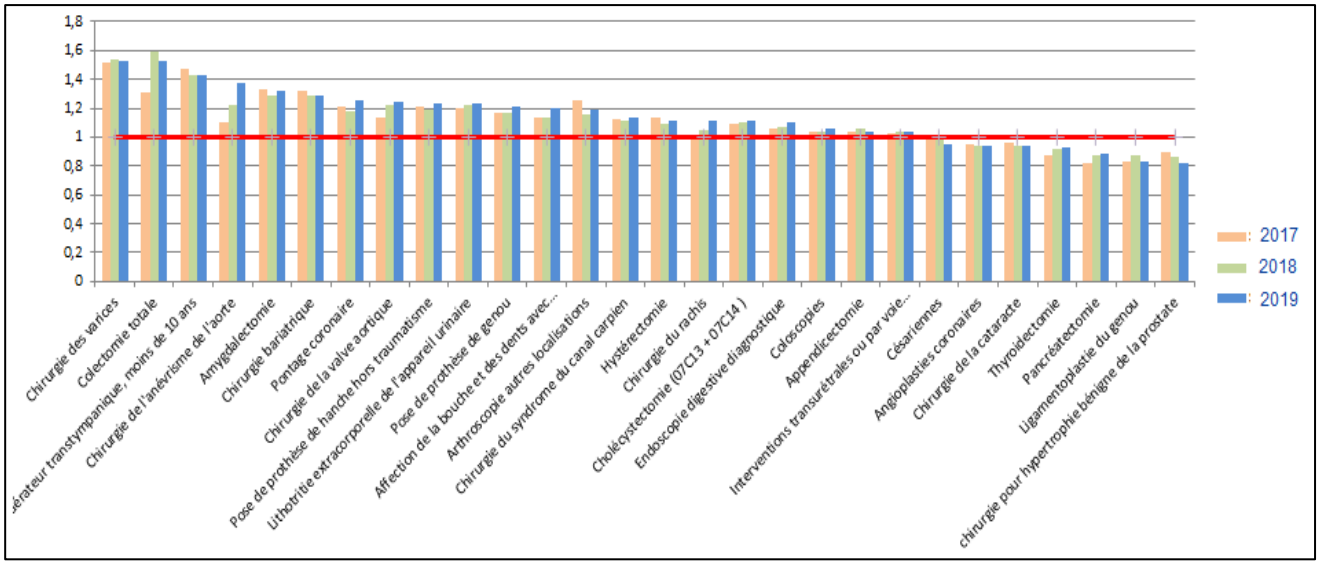
En 2015, des actions prioritaires ont été définies sur 6 thématiques (car disposant de recommandations de la HAS ou de sociétés savantes) pour lesquelles la Cnam a développé des indicateurs de ciblage pour la mise en œuvre : césarienne, syndrome du canal carpien, appendicectomie, cholécystectomie, thyroïdectomie, chirurgie bariatrique.
Depuis, 2 autres thèmes ont été ajoutés : amygdalectomie et pose d'aérateurs transtympaniques.

Un diagnostic régional sur l'ensemble des thématiques a été réalisé avec les taux de recours MCO et comparaison nationale.
Les taux de recours[3] MCO mesurent la consommation de soins hospitaliers en MCO des habitants d'une zone géographique donnée (quel que soit le lieu de réalisation des soins), rapportée à la population domiciliée dans cette zone.

En outre, l'indice national permet de positionner le taux de recours standardisé régional en donnant le rapport entre le taux de recours standardisé de la région, du territoire de santé ou du zonage spécifique et le taux de recours national. Si l'indice national est supérieur à 1, le taux d'hospitalisation standardisé de la région ou du territoire de santé considéré est plus important que le taux national.

[3] Ils sont exprimés en nombre de patients ou de séjours/séances pour 1000 habitants : taux bruts ou standardisés (corrigés de l'effet structure de la population : âge et sexe). Ils permettent ainsi d'assurer les comparaisons nationales, régionales ou territoriales et de faire un repérage des atypies par activité.

Au niveau régional, le graphique ci-dessous indique les indices nationaux des principaux gestes chirurgicaux, pour les Hauts-de-France sur 2017-2018-2019.



En 2019, 12 actes chirurgicaux présentent un indice national ≥ à 1,2. Parmi eux on retrouve une évolution stable ou en augmentation de l'indice national par rapport à l'année N-1, sauf pour les colectomies totales dont l'évolution est en baisse.

Parmi ces gestes, nous avons retenu ceux pour lesquels nous disposons de référentiels HAS ou de sociétés savantes consensuelles :

- amygdalectomie,
- pose d'aérateurs transtympaniques,
- chirurgie bariatrique : le thème est développé dans le chapitre spécifique de la pertinence des parcours.

Critères de ciblage

Le choix des établissements se fait en trois étapes :

Etape 1 **: choix des territoires**

Le découpage retenu est le zonage spécifique ARS 2019 (Zone de proximité en Hauts-de-France composée de 23 territoires).

Trois critères président au choix des territoires :

1. Des taux de recours élevés, l'indicateur choisi étant l'indice national (IN). Le seuil retenu est une valeur ≥ 1.20,
2. Stabilité ou augmentation de l'IN année N versus année N-1 excepté pour les territoires où le taux de recours reste significativement élevé.
3. Volumétrie importante du nombre d'actes.

Etape 2 : **ciblage des établissements de santé (ES) dans les territoires retenus**

Les ES retenus en première intention sont les gros contributeurs sur le territoire, en volume et/ou en croissance de l'activité concernée.

Etape 3 : **second ciblage des ES et choix définitif**

Les ES retenus en étape 2 font l'objet d'un classement en fonction de leurs profils CNAM selon les critères définis pour chaque acte. Ils seront classés en 3 segments :

- Segment A : aucun indicateur clignotant
- Segment B : un indicateur clignotant
- Segment C : plus d'un indicateur clignotant.

Modalités des actions

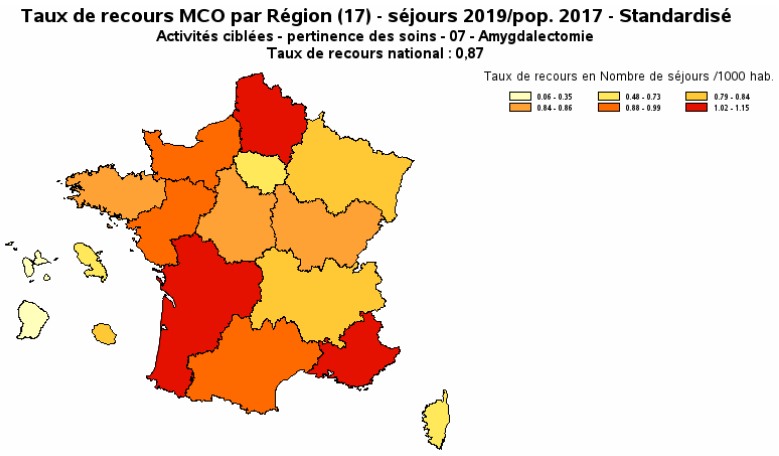
- L'analyse sur site de trente dossiers tirés au sort, par un binôme médecin ARS / médecin conseil, sera proposée aux établissements retenus sur les critères définis, afin d'apprécier le respect des recommandations (contrôle pertinence).
- A défaut, le respect des recommandations HAS pourra être apprécié par la réalisation d'un audit interne au sein des établissements retenus.

Suivi et évaluation

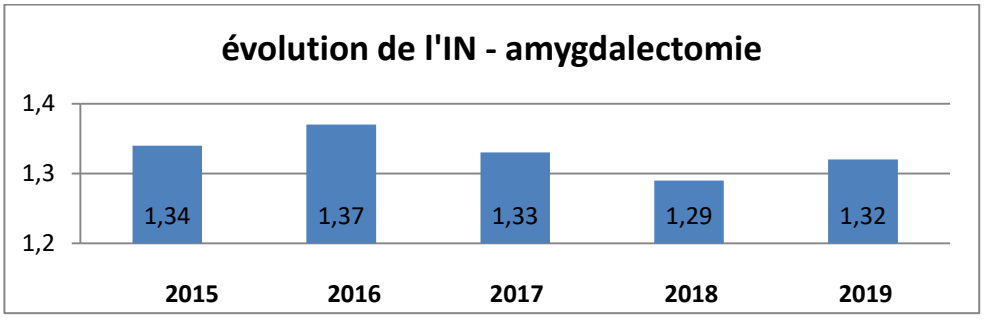
- Bilan des contrôles pertinence réalisés sur site
- Bilan de l'audit interne le cas échéant
- Evolution du taux de recours régional.

Calendrier : mise en œuvre en 2022

1.1- Amygdalectomie



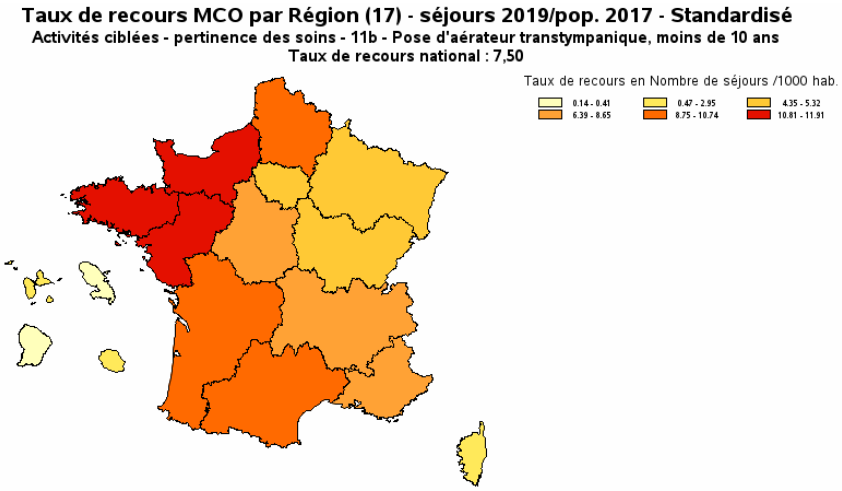
Depuis 2015 l'IN est constamment supérieur à 1, indiquant un sur-recours régional pour l'acte d'amygdalectomie.



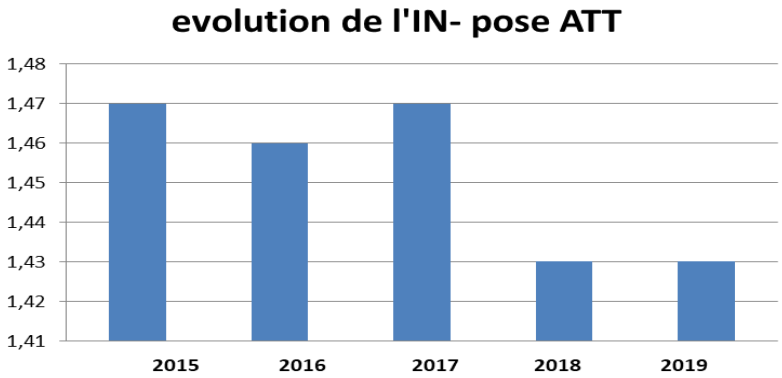
Critères de pertinence : les indicateurs retenus par la Cnam sont :

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

1.2- Pose d'aérateurs transtympaniques



L'évolution de l'IN est constamment supérieure à 1 depuis 2015 indiquant un sur-recours régional pour la pose d'aérateurs transtympaniques.



Critères de pertinence : les indicateurs retenus par la Cnam sont :

- Evolution sur 3 ans du nombre de séjours avec pose d'ATT des patients de 3 à 10 ans
- Part des séjours sans test audiométrique retrouvé dans les 6 mois précédant l'intervention
- Part des séjours sans test audiométrique retrouvé dans les 6 mois suivant l'intervention
- Part des séjours sans consultation ORL retrouvée dans les 12 mois précédant l'intervention.

2- Perspectives

2.1- Actes de biologie

Contexte

L'Assurance Maladie et les syndicats de biologistes ont conclu en 2016 un protocole d'accord sur des actions de maitrise médicalisée en particulier sur :

- Le dosage de la vitamine D,
- L'exploration et la surveillance biologique thyroïdienne,
- La détermination du groupe sanguin et la recherche d'anticorps anti-érythrocytaires.

Concernant ces analyses, l'HAS a publié des recommandations précisant les situations cliniques pour lesquelles chaque analyse était pertinente et qui ont fait l'objet de présentations aux médecins généralistes.

Recommandations

- *Exploration et surveillance biologique thyroïdienne*

Il n'y a pas lieu de dépister systématiquement une dysthyroïdie dans la population générale asymptomatique.
Un dépistage ciblé dans les populations à risque est recommandé dans des situations précisées par l'HAS.

En première intention, le dosage isolé de TSH est suffisant pour le diagnostic et la surveillance des dysthyroïdies dans la quasi-totalité des cas (sans dosage associé de T3L et T4L).

- *Dosage de la vitamine D*

Le dosage n'est indiqué que dans 6 situations précises validées par l'HAS :

- Suspicion de rachitisme
- Suspicion d'ostéomalacie
- Suivi de transplantation rénale
- Avant et après chirurgie bariatrique
- Personnes âgées sujettes aux chutes (évaluation et prise en charge)
- Prise de médicaments préconisant le dosage de vitamine D.

- *Détermination de groupe sanguin*

Il n'y a pas lieu de prescrire systématiquement la détermination du groupe sanguin avant une intervention chirurgicale.
La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), dans son référentiel de prescriptions des examens pré-anesthésiques, définit ainsi les situations dans lesquelles la détermination du groupe sanguin est non pertinente.

Plan d'actions régional

Réaliser un état des lieux régional pour ces actes de biologie.

Calendrier : 2022-2025

2.2- Actes d'imagerie

Contexte

Le 11 avril 2018, La Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR) s'est engagée avec la Cnam dans une démarche d'amélioration de la pertinence des demandes d'examens en imagerie.

Cet accord visait à réduire, de 2018 à 2020, les actes non indiqués, inutiles ou plus coûteux et devait permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients en leur offrant le meilleur examen.

Les actions de pertinence portaient en premier lieu sur la lombalgie commune pour laquelle le recours à l'imagerie est inutile dans sa phase aigüe. De plus, les praticiens étaient incités à recourir aux produits de contraste à des doses plus adaptées pour réduire les effets secondaires et à se tourner vers des versions génériques.

La région des Hauts-de-France s'était mobilisée afin de déployer efficacement cet accord sur tout le territoire mais la crise sanitaire a stoppé ce dynamisme.

Modalités des actions

Cette thématique sera remobilisée après un diagnostic régional et en fonction des négociations nationales en cours.

Calendrier : 2022-2025

1- Chirurgie ambulatoire

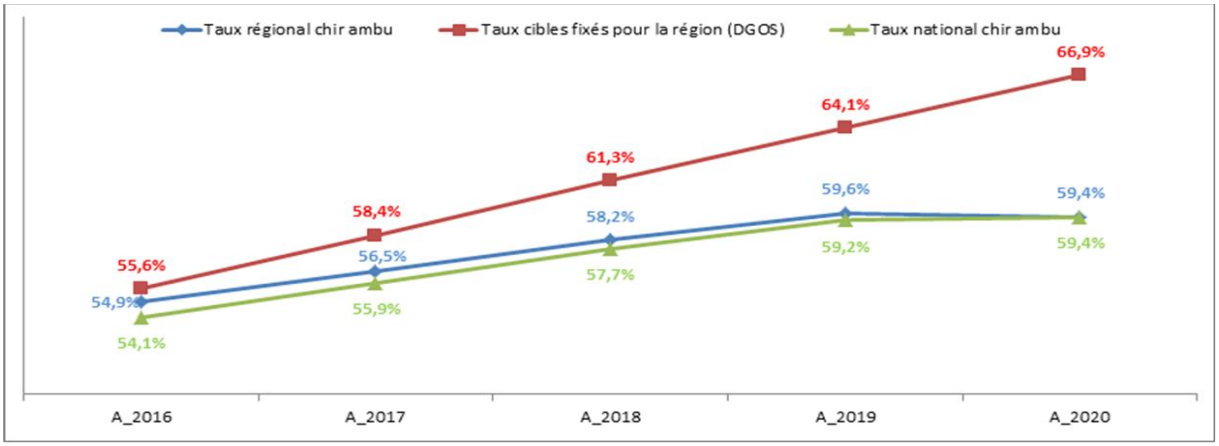
1.1- Diagnostic régional

La chirurgie ambulatoire (CA) se définit par des prises en charge d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ce mode de prise en charge.

Le développement de la chirurgie ambulatoire s'inscrit dans le cadre du « virage ambulatoire », axe fort de la stratégie nationale de santé.

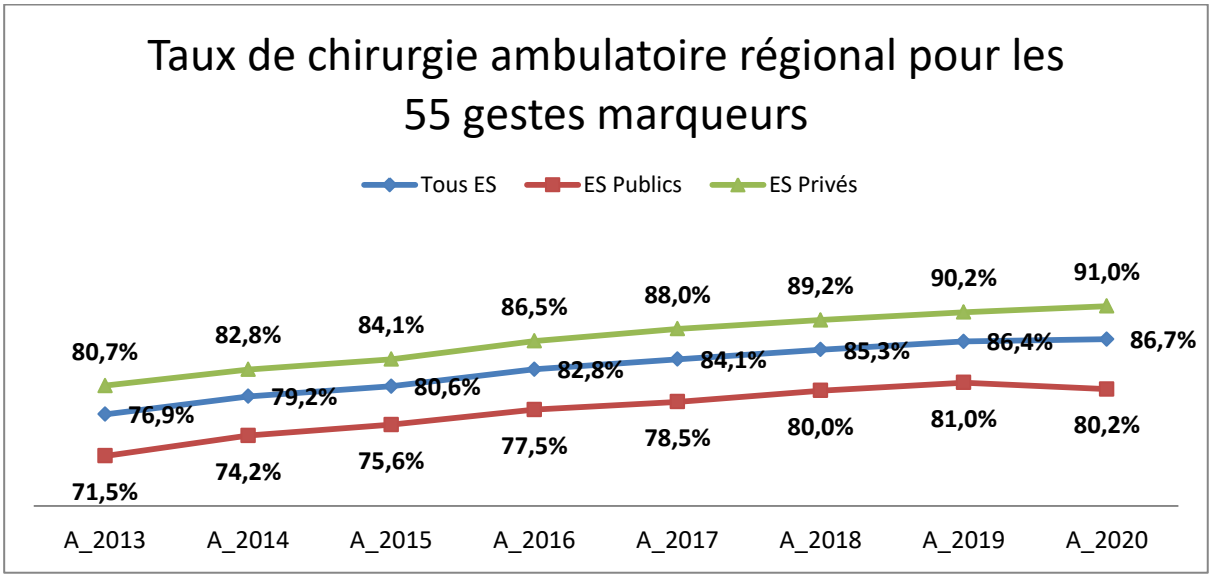
Taux global de chirurgie ambulatoire :
Le périmètre retenu pour estimer le taux de chirurgie ambulatoire est celui de l'instruction DGOS n° DGOS/R3/2015/296 du 28 Septembre 2015.
La progression annuelle du taux global de chirurgie ambulatoire dans les Hauts-de-France avoisine les + 2%.
En 2020, le taux global de chirurgie ambulatoire est de 59.4% en région Hauts-de-France, soit un taux inférieur à l'objectif fixé par la DGOS (cible de 66.9%).

Au niveau national, l'objectif est d'atteindre un taux de chirurgie ambulatoire de 70% en 2022, ce qui implique pour la région d'accroitre encore sa progression annuelle.



Taux de chirurgie ambulatoire sur les 55 gestes marqueurs :
Les gestes marqueurs, au nombre de 55, sont des gestes dont la communauté scientifique s'accorde à reconnaître qu'ils sont réalisables en ambulatoire dans 80 à 100% des cas et qui servent de références au dispositif de Mise Sous Accord Préalable (MSAP).

En 2020, le taux de chirurgie ambulatoire pour les 55 gestes marqueurs est de 86.7% en région Hauts-de-France, soit un niveau supérieur de 1.6 points par rapport au niveau national (85.1%).



On remarque l'atteinte de taux élevés en région et un tassement des courbes en ce qui concerne les 55 gestes marqueurs, ce qui incite à **élargir le case-mix de chirurgie ambulatoire** des établissements en soutenant la réalisation de gestes innovants.

	Nombre de séjours de 0 jour	Nombre total de séjours	Taux de chirurgie ambulatoire
Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)	347	347	100,0%
Prélèvement d'ovocyte	3 164	3 185	99,3%
Exérèse de kystes synoviaux	1 634	1 661	98,4%
Adénoïdectomies	4 176	4 254	98,2%
Avulsion dentaire	23 283	23 875	97,5%
Chirurgie du cristallin	55 005	56 557	97,3%
Chirurgie pour strabisme	456	472	96,6%
Chirurgie de la main pour réparation des ligaments et tendons	1 544	1 610	95,9%
Chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)	14 230	14 881	95,6%
Chirurgie du col utérin, vulve, vagin	2 631	2 761	95,3%
Chirurgie de la main	4 706	4 968	94,7%
LEC	2 076	2 206	94,1%
Chirurgie de la main pour maladie de Dupuytren	1 460	1 553	94,0%
Vitrectomie avec pelage de membrane	873	939	93,0%
Chirurgie des varices	5 049	5 510	91,6%
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	8 313	9 216	90,2%
Chirurgie du trou maculaire	312	346	90,2%
Chirurgie du poignet	852	946	90,1%
Chirurgie des bourses de l'enfant	332	370	89,7%
Fermeture de fistule buccale	261	291	89,7%
Geste sur les glandes salivaires	163	182	89,6%
Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique	2 074	2 319	89,4%
Exérèse de lésions sous-cutanées	5 035	5 694	88,4%
Chirurgie du sein/tumorectomie	390	443	88,0%
Chirurgie des maxillaires	1 271	1 452	87,5%
Exérèse de lésions cutanées	2 055	2 369	86,7%

Chirurgie de l'utérus	12 984	15 050	86,3%
Interruption tubaire	1 293	1 504	86,0%
Plastie de lèvres	70	82	85,4%
Chirurgie du pied	971	1 152	84,3%
Chirurgie des bourses	2 500	3 070	81,4%
Vitrectomie postérieure isolée	361	450	80,2%
Arthroscopie de la cheville	56	71	78,9%
Réparation de perte de substance en dehors de l'extrémité céphalique	4 646	5 951	78,1%
Chirurgie des hernies de l'enfant	103	134	76,9%
Chirurgie de l'avant pied	639	841	76,0%
Chirurgie du nez	1 372	1 879	73,0%
Chirurgie des hernies inguinales	5 942	8 408	70,7%
Accès vasculaire	9 844	14 147	69,6%
Chirurgie du glaucome	70	102	68,6%
Chirurgie du tympan	213	330	64,5%
Exérèse de lésions de la bouche	24	38	63,2%
Cholécystectomie	4 555	7 335	62,1%
Chirurgie anale	1 324	2 189	60,5%
Chirurgie des hernies abdominales	2 901	5 057	57,4%
Geste sur l'urètre	36	64	56,3%
Cure de paraphimosis	5	9	55,6%
Chirurgie des sinus	784	1 427	54,9%
Angioplasties du membre supérieur	952	1 738	54,8%
Geste secondaire sur lambeau	116	212	54,7%
Chirurgie de l'épaule	1 049	1 953	53,7%
Geste sur l'uretère	1 986	3 973	50,0%
Angioplasties périphériques	9	19	47,4%
Fistules artérioveineuses	824	1 821	45,2%
Geste sur la vessie	135	340	39,7%
Total général	**197 456**	**227 753**	**86,7%**

Taux de chirurgie ambulatoire par gestes marqueurs – Région Hauts-de-France 2020 (données Qlikview)

Il reste tout de même une marge de progression importante sur certains gestes marqueurs pour lesquels on constate encore un faible taux de prise en charge ambulatoire (17 gestes marqueurs se situent sous le seuil des 70%).

Toutefois ce constat est à moduler car dans ces 17 gestes :

- 7 gestes ont un nombre d'actes régional faible (< 500/annuel)
- les fistules artério veineuses et les accès vasculaires sont des gestes le plus souvent réalisés pendant un séjour médical non exclusivement réservé à ce geste.

Au final, il reste potentiellement 8 gestes qui ont une marge de progression conséquente régionalement.

Dans ce contexte d'amélioration attendue de la progression du taux de recours à la chirurgie ambulatoire en région, la poursuite du dispositif de MSAP, réalisable uniquement sur les 55 gestes marqueurs, pourrait donc contribuer en partie à répondre à cet objectif.

1.2- Plan d'actions régional

Un plan régional « Chirurgie ambulatoire » est mis en œuvre pour répondre au constat d'une trop faible croissance des taux régionaux de chirurgie ambulatoire pour atteindre les objectifs ministériels, parallèlement à un plafonnement de la réalisation des gestes marqueurs.

- **Démarche de Benchmark régional**

Le développement du virage ambulatoire est un défi organisationnel et structurel pour les établissements de santé afin de répondre aux nouveaux enjeux de santé.
Pour accompagner au mieux les établissements dans ce virage ambulatoire et permettre une prise en charge sécurisée et satisfaisante pour les patients, il est nécessaire de réaliser un diagnostic régional précis sur l'activité ambulatoire.

Une démarche de benchmark des méthodes et des organisations sera ainsi proposée à l'ensemble des établissements de la région disposant d'une autorisation de pratique de chirurgie ambulatoire.
Les objectifs de cette démarche étant de :

- Réaliser un diagnostic organisationnel et structurel de l'établissement
- Identifier les freins au développement de la pratique ambulatoire
- Repérer les besoins d'accompagnement
- Recenser les outils existants d'optimisation du parcours en interne et du lien ville/hôpital
- Identifier des pratiques ou organisations innovantes mises en place (RAAC…).

A l'issue du benchmark, une journée de restitution régionale permettra de retracer les difficultés et freins rencontrés pour le recours à la chirurgie ambulatoire et de partager une réflexion commune entre établissements de la région sur les bonnes pratiques organisationnelles.

Les établissements se verront ensuite proposer la construction d'un plan d'actions visant notamment au développement de l'offre de chirurgie ambulatoire et à l'optimisation de leurs capacités organisationnelles.
A cette occasion un rappel sur les outils existants de data visualisation pourra être fait aux établissements (Visuchir).

Cette approche pragmatique, au-delà d'une approche purement théorique basée sur le PMSI, permettra d'intégrer dans la réflexion les divers facteurs influençant le recours à la chirurgie ambulatoire.

Calendrier : Mise en œuvre fin 2021

- **Accompagnement de proximité des établissements**

Dans un second temps, un accompagnement régional personnalisé sera proposé aux établissements dans la mise en œuvre de leur plan d'actions.

L'objectif est de relancer une dynamique régionale et de poursuivre la politique d'accompagnement des établissements de santé, déjà initiée depuis plusieurs années, dans le développement de la chirurgie ambulatoire.

L'évolution du taux de chirurgie ambulatoire en région s'inscrit dans la déclinaison opérationnelle d'un accompagnement de proximité des établissements à travers différents leviers envisagés :

- *Accompagnement par un prestataire externe* ***:*** accompagnement d'un groupe d'établissements à l'élaboration et à la mise en œuvre de leur plan d'amélioration sur un champ donné.

- *Accompagnement ANAP (Agence National d'Appui à la Performance):* accompagnement qui pourrait être proposé aux établissements ayant des projets de transformation d'organisation.
  L'ANAP propose des appuis thématiques avec des équipes hospitalières ayant pour objectif de :
  - soutenir les équipes hospitalières dans la résolution des problèmes d'organisation interne et territoriale qu'elles peuvent rencontrer ;
  - valoriser et partager les solutions qu'elles ont déjà trouvées à certaines de ces difficultés.

- *Accompagnement individualisé des établissements dans une démarche conjointe ARS/AM* ***:*** proposition d'accompagnement de l'établissement (et en priorité des chirurgiens) pour l'aider à progresser sur deux axes :
  - Développement du volume ambulatoire sur case mix existant
  - Développement des pratiques innovantes.

  Cet accompagnement permettra également de procéder à un rappel des informations disponibles sur l'outil de data visualisation « Visuchir ».

- *Proposition de réflexion sur la mise en œuvre d'un indicateur régional CAQES- Chirurgie ambulatoire*

- *Proposition de réaliser un appel à projets en chirurgie ambulatoire* qui porterait sur des actes innovants : incitation des établissements à élargir leur case-mix en chirurgie ambulatoire.

Suivi et évaluation

- Taux de chirurgie ambulatoire par établissement
- Evolution de la trajectoire régionale en chirurgie ambulatoire sur 4 ans
- Retour des établissements sur les accompagnements proposés.

Calendrier : mise en œuvre 2ème trimestre 2022

- **Procédure de mise sous accord préalable**

Cette procédure de MSAP, inscrite à l'article D162-10, reste une possibilité d'action pour les établissements les plus en retrait sur certains gestes marqueurs.

Modalités de ciblage

- Sont ciblés les établissements dont le taux global de chirurgie ambulatoire est inférieur au taux cible inscrit dans l'instruction ministérielle n°DGOS/R3/2015/296 du 28 Septembre 2015, soit 66,9% en 2020 (calculé sur le PMSI de l'année précédente).
- Pour ces établissements, sont retenus les gestes dont le nombre de séjours annuels pour les établissements est supérieur à 100 et dont le taux de réalisation en ambulatoire est inférieur à 70%.
- Concernant la chirurgie du cristallin, le taux seuil est le taux régional pour ce geste.

Suivi et évaluation

- Taux de chirurgie ambulatoire par geste
- Taux de refus MSAP
- Contrôle de cohérence à posteriori en rapprochant le nombre d'entente préalable du nombre d'actes réalisés en hospitalisation conventionnelle sur la même période.

Calendrier : 2022-2025

2- Perspectives

2.1- Réhabilitation améliorée après chirurgie

La Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC) se fonde sur une approche multidisciplinaire de prise en charge globale du patient en période péri-opératoire visant au rétablissement rapide de ses capacités antérieures.
Reposant sur une organisation spécifique de la prise en charge, centrée autour du patient tout au long du parcours de soins, l'ensemble des mesures sur les 3 périodes pré-, per- et postopératoires doivent permettre une récupération améliorée du patient permettant une sortie anticipée.

Par sa dimension multidisciplinaire, la mise en place d'un parcours RAAC nécessite une coordination des équipes médicales (médecins anesthésistes, chirurgiens, médecins rééducateurs…) et paramédicales (infirmiers, kinésithérapeutes, aides-soignants...) ainsi qu'un environnement administratif et organisationnel favorable avec l'élaboration de chemins cliniques.

Plan d'actions régional

- Réaliser un état des lieux *(des premiers éléments seront apportés par le benchmark réalisé en région sur la chirurgie ambulatoire)*
- Constitution d'un groupe de travail régional, incluant quelques établissements de santé volontaires et déjà avancés sur la RAAC.

Calendrier : 2022-2025

2.2- Médecine ambulatoire

Au mêmes titre que les travaux engagés sur le développement de la chirurgie en ambulatoire, la région Hauts-de-France souhaite promouvoir le développement de la médecine ambulatoire.

Les prises en charge ambulatoires répondent à une logique de gradation des soins et des moyens mobilisés autour du patient, dans un continuum allant de l'activité externe jusqu'à l'hospitalisation de jour (HDJ).

La stratégie de développement de ces prises en charge repose sur 3 leviers :

- Amplifier la politique tarifaire incitative au développement de l'ambulatoire
- Clarifier la gradation des prises en charge ambulatoires en établissements de santé et des tarifications associées
- Promouvoir une meilleure valorisation de l'activité réalisée par les établissements de santé dans le champ externe.

L'instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 Septembre 2020 a permis de clarifier les conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charges hospitalières sans nuitées en les distinguant plus précisément des actes et consultations externes.
Des forfaits de financement des HDJ sont créés pour reprendre l'ensemble des situations particulières que peut connaitre un établissement.

Tout l'enjeu des travaux menés a été de passer d'une logique de frontière à une logique de gradation des prises en charge avec une sécurisation de la facturation des hôpitaux de jour et la généralisation d'un niveau intermédiaire de prise en charge.

Cette clarification concernant les conditions de facturation vient lever l'un des freins majeurs au développement de l'activité de médecine ambulatoire.
Des travaux seront engagés dans les années à venir afin de promouvoir ces prises en charges ambulatoires, éléments structurants pour l'amélioration de la qualité des soins.

Pertinence des prescriptions

Dans un contexte de maitrise médicalisée et dans un souci d'optimisation de l'efficience des prescriptions et d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins, les champs retenus en matière de prescription concernent les actes de biologie pré-anesthésiques et les prescriptions médicamenteuses.

1- Examens pré anesthésiques

Contexte

En 2012 la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) a actualisé son référentiel sur les examens préanesthésiques (EPA) : elle y définit des situations dans lesquelles certains examens de biologie sont non pertinents, c'est-à-dire inutiles à la bonne prise en charge du patient.

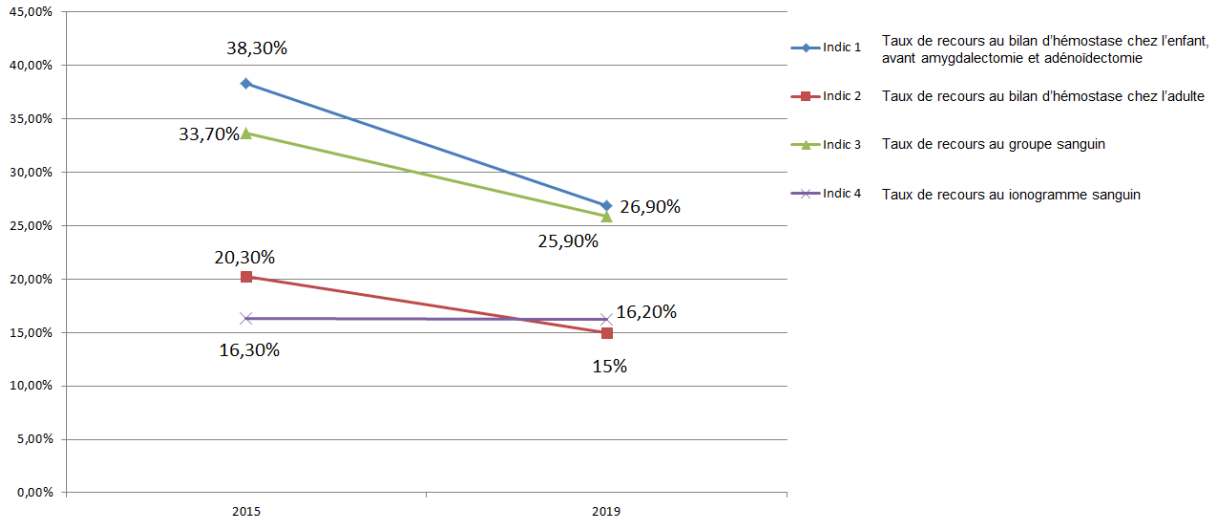
L'INDICATEUR EXAMENS PRÉ-ANESTHÉSIQUES : 4 THEMES RETENUS

Thèmes	Prescription recherchée	Inclusion	Exclusion
① Amygdalectomies et adénoïdectomies chez l'enfant ayant acquis l'âge de la marche	Association NFS + plaquettes + TP + TCA	2 à 17 ans	FDR hémorragique
② Hémostase chez l'adulte	Association TP + TCA	Toutes interventions chirurgicales	FDR hémorragique
③ Groupe sanguin et Agglutinines irrégulières avant 4 gestes chirurgicaux	Association GS + RAI + phénotype	Cholécystectomie sous coelio Thyroïdectomie Hernie discale lombaire Mastectomie	Certains actes
④ Ionogramme sanguin	Na + K +/- Cl +/- (C02 + Protides)	Certaines interventions chirurgicales mineures sous anesthésie (panel de ACC/ AHA)	FDR d'insuff. rénale et troubles ioniques

L'analyse des pratiques a montré la persistance d'examens inutiles prescrits lors de la préparation des patients à une intervention chirurgicale, en particulier pour le bilan d'hémostase chez l'enfant et l'adulte, le groupe sanguin ou le ionogramme sanguin dans certaines situations cliniques.

Des actions de communication et de sensibilisation des établissements ont été menées conjointement par l'Assurance Maladie et la SFAR entre 2015 et 2017.

Ces actions se sont traduites par une baisse des taux nationaux témoignant d'une amélioration de la pertinence de ces examens. Toutefois les taux de recours nationaux restent relativement élevés.



Plan d'actions régional

- Contractualiser dans le cadre de l'indicateur national CAQES sur les taux de recours aux 4 examens préanesthésiques définis par la SFAR et la CNAM pour des chirurgies mineures pour lesquelles les examens sont jugés inutiles, avec ciblage des établissements selon le nombre d'examens inutiles
- Mener une action d'accompagnement complémentaire régionale vers les établissements non signataires du CAQES réalisant ces actes.

Suivi et évaluation

Taux de recours pour les 4 indicateurs

Calendrier : Mise en œuvre en 2022

2- Prescriptions médicamenteuses

2.1- Développement de la stratégie de pharmacie clinique

Contexte

Dans le cadre du développement des pratiques professionnelles, le déploiement de la conciliation médicamenteuse et l'organisation des interventions pharmaceutiques permettent d'améliorer la prise en charge du patient tout au long de son parcours de soins.

La culture de la pharmacie clinique dans les établissements s'est développée depuis 2002. Les actions de pharmacie clinique sont définies par l'article R.5126-10 du CSP. Elles se déclinent en :

- expertise pharmaceutique clinique des prescriptions faisant intervenir des produits de santé aux fins d'assurer le suivi thérapeutique des patients
- réalisation de bilans de médication
- élaboration de plans pharmaceutiques personnalisés (PPP) en collaboration avec les autres professionnels de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et /ou le patient
- entretiens pharmaceutiques et autres actions
- élaboration de stratégie thérapeutique pour adapter les traitements aux patients.

En 2019, dans le cadre du CAQES, 56% des établissements de la région Hauts-de-France déclaraient réaliser des conciliations médicamenteuses chez près de 50,7% des patients priorisés (taux national de 57,2%).

Objectifs

- Poursuivre le déploiement de la pharmacie clinique déjà initiée depuis plusieurs années en région
- Amener les établissements à améliorer la qualité des prestations de pharmacie clinique.

Plan d'actions régional

- Rédiger des lettres d'interventions pharmaceutiques reprenant les grands messages
- Organiser des réunions régionales d'interventions pharmaceutiques en collaboration avec les facultés de pharmacie d'Amiens et de Lille
- Réaliser des modules de formation sur l'optimisation des prescriptions chez la personne âgée à destination des professionnels de santé
- Développer des outils numériques permettant une meilleure communication entre la ville et l'hôpital (démarche IATROPREV)
- Accompagner les établissements au déploiement en SADM (Système d'aide à la décision médicale) s'appuyant sur des règles de détection de prescriptions à risque
- Suivre annuellement des indicateurs de pharmacie clinique pour mesurer le déploiement de la démarche
- Contractualiser dans le cadre de l'indicateur régional inscrit au nouveau CAQES 2022 avec les établissements n'ayant pas mis en œuvre ou déployé la pharmacie clinique au sein de leur structure.

Suivi et évaluation

- Nombre de lettres d'interventions pharmaceutiques envoyées aux professionnels
- Nombre de réunions d'analyse des interventions pharmaceutiques
- Nombre d'établissements équipés d'un SADM
- Nombre d'établissements ayant réalisé une activité de conciliation
- Nombre de patients conciliés.

Calendrier : 2022-2025

2.2- Travaux sur les produits de santé de la liste en sus

Contexte

Le montant des dépenses des médicaments de la liste en sus dans la région Hauts-de-France a augmenté de 16% en 2019 et de 12,6% en 2020 pour atteindre plus de 392 millions d'euros sur l'année 2020.

Cette évolution très dynamique est portée notamment par l'apparition des « flats doses » et les extensions d'indications pour les anti-PD1 nivolumab et pembrolizumab. De nouvelles thérapies très onéreuses appelées Car-T Cells (autres agents néoplasiques), représentant une nouvelle option thérapeutique porteuse d'espoir pour lutter contre certains cancers, ont été commercialisées en 2019.

Depuis 2019, un code correspondant à l'indication dans laquelle le médicament est prescrit doit être renseigné par les établissements pour que le remboursement soit effectif lorsque l'indication est inscrite sur la liste en sus.

Le montant des dépenses des dispositifs médicaux de la liste en sus dans la région Hauts-de-France a augmenté de 5,9% en 2019 puis baissé de 9,8% en 2020 pour atteindre plus de 150 millions d'euros sur l'année 2020.

Cette baisse résulte de la conséquence de la crise sanitaire ayant entrainé des déprogrammations d'actes chirurgicaux, en touchant plus particulièrement le nombre de poses de prothèses de hanche, de genou et d'épaule.

Plan d'actions régional

- Réaliser et transmettre annuellement les profils de consommation des produits de santé de la liste en sus aux établissements
- Promouvoir les biosimilaires
- Etudier l'efficience des prises en charges thérapeutiques par des études médico-économiques
- Garantir la fiabilité et l'exhaustivité du codage des indications des médicaments de la liste en sus lors de la facturation
- S'assurer de la pertinence des prescriptions au regard des situations « hors référentiel » par l'analyse des prescriptions hors AMM hors RTU
- Analyser les facturations par les établissements des produits de santé inscrits sur la liste en sus, notamment les facturations d'EMI (Ecart Médicament Indemnisable) et d'ETI (Ecart Tarif Indemnisable) et mettre en place des actions graduées en fonction des constats : courrier de rappel/ échange avec les établissements/ récupération du préjudice.

Suivi et évaluation

- Taux d'évolution des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus
- Taux de pénétration des biosimilaires de la liste en sus
- Taux d'UCD avec anomalie de codage ou avec codage I999999
- Taux d'établissements concernés ayant remonté l'argumentaire de leurs situations « hors référentiel »
- Indicateurs suite à l'analyse des facturations des produits de santé par les établissements inscrits sur la liste en sus :
    - Nombre d'établissements ayant reçu un courrier de rappel réglementaire,
    - Nombre d'établissements ayant eu un échange,
    - Nombre d'établissements ayant eu une récupération de préjudice, ainsi que les montants.

Calendrier : 2022-2025

2.3- Campagnes d'accompagnement en ville des prescriptions médicamenteuses

L'Assurance Maladie décline des campagnes nationales et régionales sur la pertinence et la qualité des prescriptions médicamenteuses auprès des professionnels de santé de ville (médecins, pharmaciens…).

Pour exemple : les campagnes antalgiques.
Les antalgiques les plus consommés en France sont non opioïdes [paracétamol, aspirine et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)] (78 %), suivis par les antalgiques opioïdes faibles (20 %), puis les antalgiques opioïdes forts (2 %)[4].
Les actions de l'Assurance Maladie portent notamment sur le bon usage du paracétamol. Son usage tend à se banaliser mais il est la première cause de greffe hépatique d'origine médicamenteuse en cas de surdosage[5].

Au-delà de l'objectif de santé publique, la pertinence des prescriptions et l'amélioration du parcours de soins (stratégie de prise en charge de la douleur) sont abordés auprès des professionnels de ville.

Plan d'actions régional
Poursuite des campagnes d'accompagnement

Calendrier : 2022-2025

[4] État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques - ANSM Février 2019.

[5] Lignot-Maleyran S et coll. "Drug exposure and risk of acute liver failure leading to registration for liver transplantation (ALFT) : results of the SALT-III study in adults in France" - 39èmes journées de pharmacovigilance, Toulouse : 12-14 juin 2018. Fundam Clin Pharmacol 2018 ; 32 (suppl 1) : 78 (abstract PS2-007 : version complète).

Pertinence des parcours

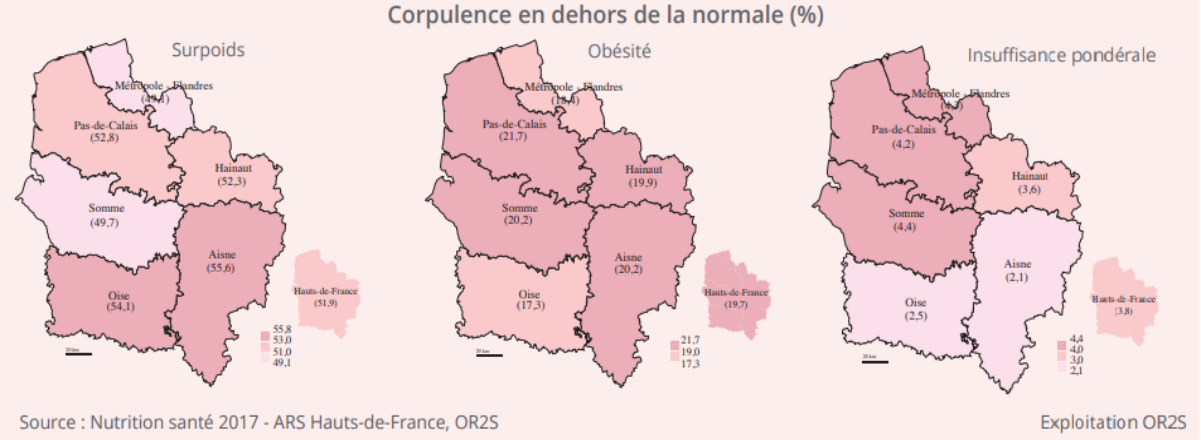
Réduire le risque de non-pertinence au cours d'un parcours de soins permet de se rapprocher d'un parcours conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Il s'agit de faire bénéficier chaque patient, à chaque étape de sa prise en charge, du geste, des examens et des thérapeutiques justes, dispensés au bon moment, par les bons professionnels et dans les environnements adaptés.

1- Parcours obésité : chirurgie bariatrique

1.1- Diagnostic régional

- **Surpoids et obésité**

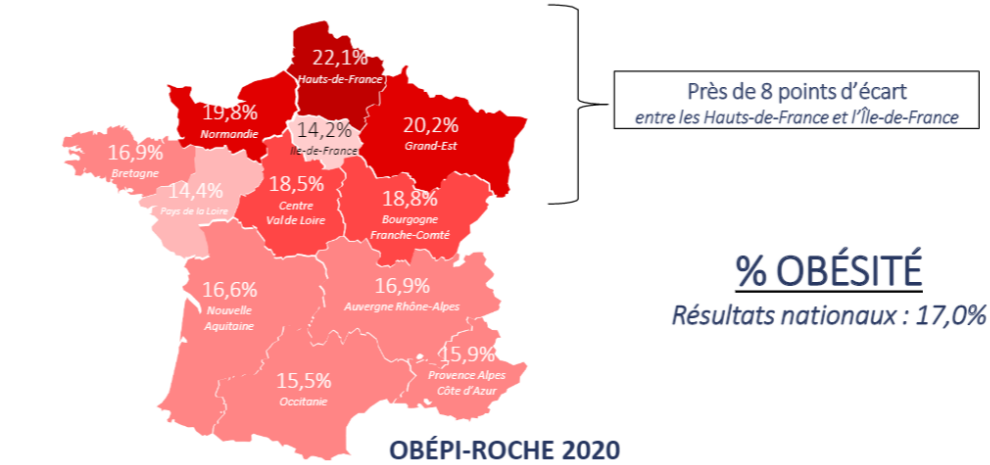
L'étude régionale OR2S menée en 2018 indique que plus de 50% des habitants des Hauts-de-France sont en surpoids, avec une répartition assez hétérogène entre les différents départements de la région (les départements les plus impactés sont l'Aisne et l'Oise).



Alors que la prévalence des personnes en surpoids recule, celle des personnes en situation d'obésité ne cesse d'augmenter.

En 2020, 17% de la population française souffre d'obésité (soit plus de 8.5 millions de personnes dont 1 million en situation d'obésité massive) et cette prévalence atteint les 22.1% en région Hauts-de-France (enquête Obépi 2020).

Ce constat régional s'explique en partie par le lien connu entre l'obésité et le niveau de vie socio-économique des patients.



En France, l'obésité est une problématique de santé qui touche également les enfants, puisque 34% des enfants âgés de 2 à 7 ans et 21% des enfants de 8 à 17 ans sont en situation de surpoids ou d'obésité.

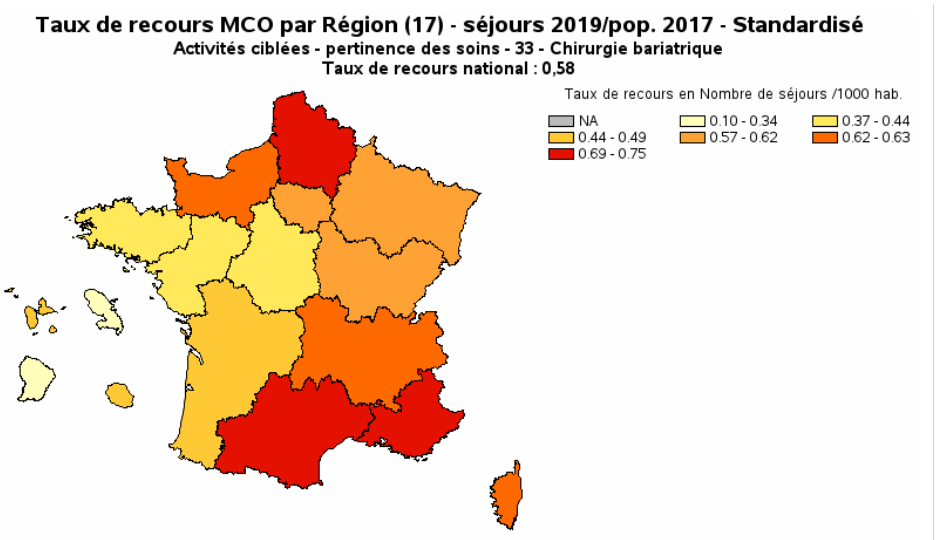
Des centres spécialisés de l'obésité (CSO) ont été labellisés au niveau national (en application de l'instruction n°DGS/DGOS/2011/I-190 du 29 juillet 2011).
Les missions des CSO issues du plan obésité 2010-2013 concernent :

- la prise en charge de l'obésité sévère de l'adulte et de l'enfant et organisation de la pluridisciplinarité
- l'organisation de la filière de prise en charge au sein du territoire.

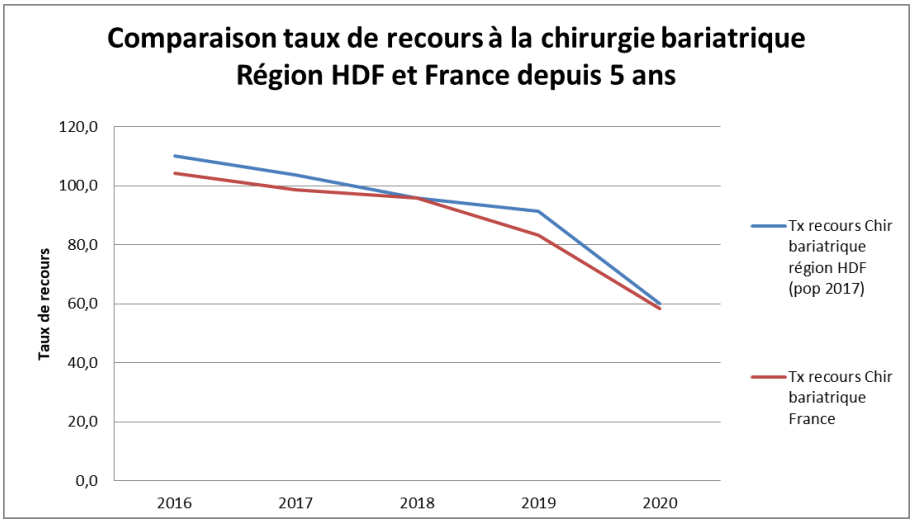
Les Hauts-de-France disposent à ce jour de 5 CSO : CHRU de Lille, CHU d'Amiens, CH de Boulogne, CH d'Arras et le CH de Valenciennes.

- **Recours à la chirurgie bariatrique**

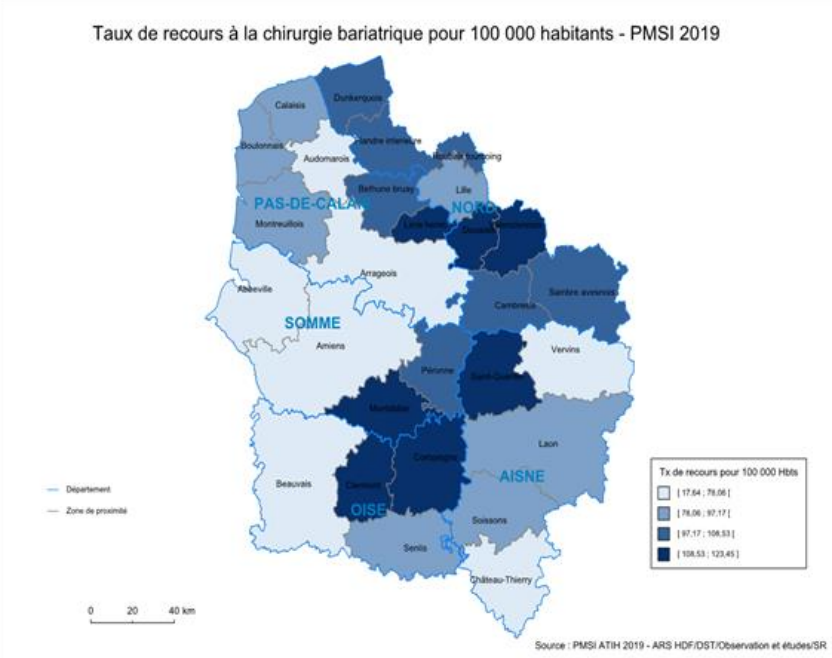
La chirurgie bariatrique a connu un développement important ces dernières années avec 50 000 opérations réalisées en 2018 au niveau national.
En France en 2020, 2.8 % de la population a déjà bénéficié d'une chirurgie bariatrique par anneau, sleeve ou bypass pour traiter un problème de surpoids (enquête Odoxa Obépi –Roche).



Dans la région Hauts-de-France, le taux de recours à la chirurgie bariatrique reste supérieur à la moyenne nationale (0.58 au niveau national en 2019 et 0.75 en région).
Toutefois, on constate qu'une diminution de ce taux commence à s'amorcer depuis quelques années (à noter qu'en 2020 la crise sanitaire a nettement fait chuter le taux).



Les disparités intra régionales sont importantes ; les départements du Nord, de l'Aisne et de l'Oise ayant les taux de recours à la chirurgie bariatrique les plus élevés.



On estime que 2 ans seulement après une chirurgie bariatrique, un patient sur deux n'est plus suivi, ce qui induit un risque majeur de reprise de poids et dès lors d'échec thérapeutique à moyen ou long terme.

1.2- Plan d'actions régional

Au regard de ces différents constats, il est donc nécessaire de mieux prendre en charge ces patients en pré, per et postopératoire, avec un parcours standardisé et un suivi assuré dans le temps.
Plusieurs projets régionaux sont ainsi mis en œuvre.

- **Améliorer le repérage et la prise en charge du surpoids et de l'obésité**

Modalités des actions

- Poursuite des programmes de repérage et d'éducation thérapeutiques des patients.
  Actuellement il existe 97 programmes en région : 64 pour les adultes et 33 pour les enfants.
- Poursuite de la mise en œuvre du forfait dans le cadre de « Mission : retrouve ton cap » : l'objectif étant de permettre une prise en charge précoce et pluridisciplinaire pour les enfants de 3 à 8 ans à risque d'obésité, adaptée à leurs besoins et à ceux de leur entourage, grâce à la mise en place d'un forfait spécifique.
- Mise en place d'actions de communication et de sensibilisation des professionnels de santé libéraux sur l'accompagnement des personnes en situation d'obésité et du maillage possible avec les ressources territoriales.

Calendrier : 2022-2025

- **Contrôle de la pertinence des actes de chirurgie bariatrique**

Les taux de recours régionaux élevés et dynamiques, et le constat fait au décours des contrôles antérieurs de marges de progression importantes sur la qualité du suivi nous font proposer de poursuivre la démarche à l'ensemble des établissements pratiquant cette chirurgie sur un rythme de 10 établissements chaque année.

Modalités des actions

- Une analyse sur site de trente dossiers tirés au sort, par un binôme médecin ARS / médecin conseil, sera proposée aux établissements
- A défaut, le respect des recommandations HAS concernant le parcours de soins pourra être apprécié par la réalisation d'un audit interne proposé aux établissements.

Suivi et évaluation

Bilan des contrôles pertinence et évolution des taux de recours

Calendrier : 2022-2025

- **Améliorer le suivi post-opératoire des patients en ville**

Modalités des actions

- Actions de communication auprès des professionnels de santé de ville pour rappeler les bonnes pratiques concernant le parcours de soins.
- Diffuser aux professionnels de santé de ville des supports synthétiques concernant le suivi postopératoire (dépistage et supplémentation des carences vitaminiques, accompagnement nutritionnel, signes d'alerte d'un échec thérapeutique, accompagnement psychologique…).

Calendrier : 2022-2025

- **Développer le lien ville-hôpital dans le parcours du patient opéré : projet article 51**

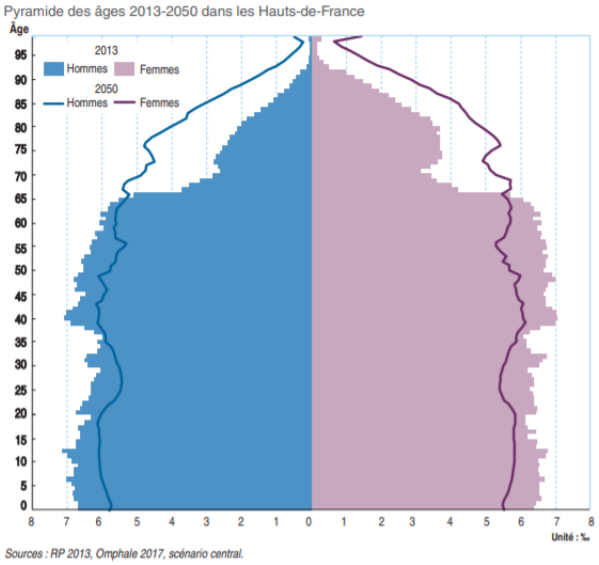
Une expérimentation dans le cadre de l'article 51 est en cours en région.
« Baria-up » est un projet visant à mettre en œuvre un forfait multidisciplinaire hôpital-ville pour assurer la préparation et le suivi de patients opérés.

En se positionnant en amont et en aval de la chirurgie bariatrique, le projet permet le financement de parcours éducatifs individuels et collectifs afin de permettre au patient d'être acteur de sa prise en charge et d'améliorer sa qualité de vie.

2- Parcours de soins du patient âgé

2.1- Eléments de contexte

Entre 2013 et 2050, la population des séniors (personnes de 65 ans ou plus) devrait augmenter dans la région Hauts-de-France. Avec une hausse de +1.4% par an en moyenne, la région compterait environ 1.6 millions de personnes âgées de 65 ans et plus en 2050, contre un peu plus d'1.1 million aujourd'hui.
La part des séniors passerait ainsi dans la région de 15% en 2013 à 25% en 2050.



Le vieillissement de la population se traduit par un nombre croissant de patients polypathologiques et en conséquence polymédiqués avec un coût élevé pour la société ; en 2019 les médicaments représentaient 15.7% de la consommation de soins et de bien médicaux.

Les problèmes associés aux médicaments peuvent être de trois ordres : des prescriptions non-optimales (excès de prescription, sous prescription, prescription non justifiée ou inadaptée…), des problèmes d'observance ou des phénomènes de iatrogénie.
Au niveau national, la iatrogénie médicamenteuse serait responsable de plus de 10 % des hospitalisations chez les personnes de plus de 65 ans et de près de 20 % chez les octogénaires.
Une partie non négligeable de cette iatrogénie étant évitable, mieux prescrire chez le sujet âgé devient donc un enjeu de santé publique.

Toutefois, les accidents iatrogéniques chez le sujet âgés ne sont pas uniquement liés aux caractéristiques des patients, mais dépendent également de l'organisation structurelle des soins portés au patient.
Améliorer le parcours de soins des sujets âgés est donc également essentiel.

Pour répondre à ces objectifs de lutte contre la iatrogénie et d'amélioration du parcours de soins chez les patients âgés, plusieurs actions ont été initiées en région.

2.2- Lutter contre la iatrogénie

- **Médicaments potentiellement inappropriés chez les patients âgés**

Contexte

La iatrogénie médicamenteuse a des conséquences qui peuvent être graves et qui sont parfois évitables. Chez la personne âgée, le risque d'accident iatrogène est renforcé voire provoqué par une série de facteurs dont :

- La polymédication : plus de 10% des personnes âgées d'au moins 75 ans prennent quotidiennement entre 8 à 10 médicaments (CNAMTS 2012)
- La modification de la pharmacologie liée à l'âge
- La dénutrition
- Les épisodes d'hospitalisation …

Il est constaté au niveau national que les accidents iatrogéniques chez les sujets âgés restent plus fréquents, plus graves et plus coûteux que pour les sujets jeunes.

Les médicaments potentiellement inappropriés (MPI) composent fréquemment le traitement chronique des patients âgés. La prescription de MPI chez un patient âgé est un des facteurs prédictifs d'hospitalisation pour iatrogénie et constitue donc un problème de santé publique majeur.
3 groupes principaux de médicaments MPI sont impliqués :

- Les psychotropes
- Les médicaments à visée cardiovasculaire
- Les analgésiques et anti-inflammatoires.

Objectifs

- Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge médicamenteuses pour des patients à fort risque iatrogène : patients âgés polymédiqués (patients ≥ 75 ans ou ≥ 65 ans avec ALD, avec au moins un MPI)
- Promouvoir les exercices coordonnés, la coopération interprofessionnelle, le lien ville-hôpital (bilan médical partagé BMP ou optimisé BMO)
- Augmenter le recours à la conciliation médicamenteuse
    - Diminuer la prescription des MPI chez le sujet âgé en ville comme à l'hôpital
    - Limiter la iatrogénie médicamenteuse chez les patients vulnérables en améliorant la pertinence et l'efficience des pratiques de prescription ainsi qu'en favorisant la démarche d'optimisation médicamenteuse (revue des prescriptions)
- Diminuer le recours aux hospitalisations liées à la iatrogénie.

Plan d'actions régional

- Réaliser un état des lieux régional des MPI
- Créer un profil type MPI à destination des établissements de santé
- Mettre en place des formations sur l'optimisation des prescriptions des personnes âgées à destination des professionnels de santé
- Mener des campagnes de communication et de sensibilisation auprès des professionnels de santé et du grand public
- Proposer des grilles d'audit de repérage des prescriptions de MPI
- Suivre les évolutions des prescriptions des MPI après la réalisation du plan d'actions.

Suivi et évaluation

- Taux d'évolution des prescriptions de MPI associées à une polyprescription avant et après l'hospitalisation
- Nombre de personnes formées avec les modules d'optimisation de prescription
- Nombre d'établissements ayant réalisé une évaluation des pratiques dans le cadre des MPI.

Calendrier : 2022-2025

2.3- Fluidification du parcours de soins du patient âgé

- **Structurer les filières gériatriques**

La structuration des filières gériatriques répond à un besoin grandissant des personnes âgées d'avoir accès à des soins adaptés en pluridisciplinarité. Les durées de séjour ne sont pas toujours adéquates et les passages aux urgences trop nombreux. Il existe trop de mésusage des médicaments ou des ré hospitalisations évitables, stigmates d'organisations ou de coopérations insatisfaisantes.
L'organisation des filières doit ainsi permettre non seulement d'avoir accès à des expertises gériatriques (en et hors hospitalisation complète), mais également de permettre une diffusion de la culture gériatrique dans tous les établissements de santé quelle que soit leur taille (grâce à une politique d'établissement cohérente).
L'objectif étant d'atteindre une couverture complète sur les 23 territoires de la région.

Modalités des actions

Un appel à projet a été lancé en 2020 par l'ARS Hauts-de-France pour permettre une reconnaissance des filières gériatriques intra et inter-hospitalières par le soutien à une labellisation régionale.
Un établissement par territoire de filière a ainsi été retenu avec pour objectif de fédérer les différents acteurs de la gériatrie autour d'un projet commun (établissement comportant un service médical d'urgence et une filière gériatrique complète).
Ces établissements référents seront aidés dans leurs missions par les coordonnateurs de filière gériatrique.

Calendrier : 2021-2022

- **Favoriser les admissions directes**

Dans le cadre de l'engagement Ma Santé 2022, le pacte de refondation des urgences paru en 2019 apparait comme un levier et un accélérateur de la transformation des urgences et de soutien aux professionnels de santé.
Une des mesures de ce pacte porte sur l'amélioration du parcours de soins des patients en favorisant les admissions directes en établissements de santé.

Modalités des actions
Par le biais d'un appel à projet lancé en août 2021, l'ARS Hauts-de-France souhaite encourager les acteurs hospitaliers à proposer de nouvelles solutions innovantes afin de favoriser l'admission directe du patient au sein des établissements, sans passer par les urgences, voire d'éviter des hospitalisations complètes.
La population cible de ces parcours correspond aux personnes âgées de 75 ans et plus (ou 65 ans et plus pour la psychogériatrie).
Au travers de ces projets, l'objectif est également de structurer le maillage entre la médecine de ville et les établissements de santé ; les CPTS et MSP étant des vecteurs importants.

Calendrier : 2021-2022

- **Anticiper la sortie du patient : PRADO personne âgée**

Le programme d'accompagnement du retour à domicile personne âgée (Prado PA) s'inscrit dans les différentes réflexions et initiatives en cours menées au niveau national pour simplifier et sécuriser les parcours de la personne âgée tout en améliorant la coordination des acteurs autour d'elle.
L'objectif principal de ce dispositif est d'anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile après son hospitalisation et de fluidifier le parcours ville-hôpital.
Le Prado PA est un dispositif de l'Assurance Maladie destiné aux personnes de 75 ans et plus, quel que soit leur motif d'hospitalisation, proposant un accompagnement tant médical que social.

En France, un bilan des expérimentations effectuées en 2018 dans 3 départements a montré, à un mois, un taux de ré-hospitalisation diminué (4% versus 18%) ainsi qu'un taux de retour à domicile amélioré (78% versus 72%) grâce à un meilleur suivi post hospitalisation par les professionnels de ville.

Le programme Prado doit s'intégrer dans les dispositifs régionaux et locaux à disposition des personnes âgées.

Modalités des actions
- Poursuite du déploiement du Prado PA sur l'ensemble des territoires des Hauts-de-France, en s'appuyant en priorité sur les établissements référents des filières gériatriques, en lien avec les coordonnateurs recrutés.
- Poursuite de la campagne d'information auprès des professionnels de santé libéraux, en priorité dans les secteurs des établissements signataires.

Suivi et évaluation

- Nombre d'établissements signataires du volet Prado PA dans la région
- Nombre d'adhésions au Prado PA mis en œuvre dans la région.

Calendrier : 2022-2025

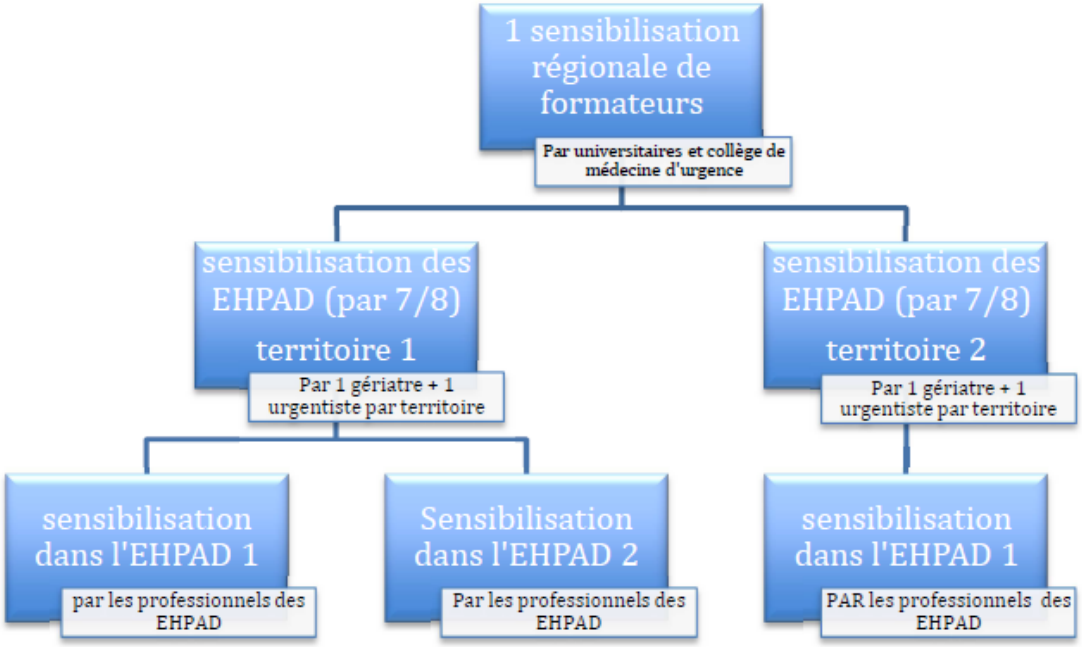
- **Le dispositif de formation ASSURE : Amélioration des SoinS d'URgence en EHPAD**

L'augmentation des appels inappropriés au centre 15 par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les transferts non programmés, potentiellement évitables et inappropriés, des EHPAD vers les urgences, ont un impact négatif sur les personnes âgées fragiles ou dépendantes et favorisent le déclin fonctionnel et cognitif.

L'ARS Hauts-de-France est à l'initiative du projet ASSURE (Amélioration des SoinS d'URgence en EHPAD), en lien avec le CHRU de Lille et le CHU d'Amiens, dont l'objectif est d'améliorer la coordination des soins entre établissements de santé et EHPAD.

Ce dispositif innovant lancé par la région a pour objectifs de sensibiliser les EHPAD au juste recours au centre 15 dans le cadre du parcours de soins et de favoriser les liens entre les urgences et les filières gériatriques en utilisant un « kit réflexe » portant sur les situations les plus fréquentes accompagné d'outils pédagogiques.

Etant donné le nombre important d'EHPAD (600 établissements en région) et le turnover de ces personnels, il a été proposé d'organiser une sensibilisation de type « train the trainer ».
Cette sensibilisation aura ainsi pour but de former des transmetteurs en EHPAD qui devront à leur tour sensibiliser leurs équipes.



Les outils pédagogiques utilisés dans le cadre de ces formations sont pour une majeure partie regroupés sous forme de « jeux pédagogiques » comme le Cluehpad composé de fiches mémos, de mise en situation… Ces outils permettent de rendre les apprenants actifs et les motivent.

Suite au succès d'ASSURE pour les EHPAD, le projet est étendu :

- Formation et transmission des outils aux IFSI/IFAS, aux assistants de régulation médicale en 2021
- Adaptation au domicile avec formation des HAD/SSIAD en 2021/2022
- Est envisagée une transmission des outils vers les professionnels de santé libéraux (projet à déployer en priorité sur les CPTS) : démarrage 2022
- Etude de la numérisation des outils de formation sous forme de serious game et des fiches réflexes au sein de PREDICE pour l'échange entre professionnels

3- Parcours Insuffisance Cardiaque

Contexte

- Parcours de soins

Un des axes du chantier pertinence du plan « ma santé 2022 » est la construction de parcours de soins adaptés aux réalités de terrain pour favoriser durablement les pratiques pertinentes.

L'élaboration de ces parcours est menée conjointement par des représentants des spécialités médicales et para médicales concernées ainsi que des usagers, avec l'appui de la HAS. Les indicateurs de ces parcours doivent permettre d'objectiver la réalité des points de rupture du parcours et de refléter les modifications de pratique.

Les différentes étapes des parcours sont décrites en abordant les phases hospitalières et ambulatoires de la prise en charge et en couvrant les aspects de prévention, de diagnostic, de traitement et de suivi.

Le premier parcours concerne l'insuffisance cardiaque et a été élaboré en lien avec le collège national professionnel de cardiologie.

- Parcours Insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque (IC) est une pathologie chronique qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire sur le long cours, associant en fonction du stade, des mesures hygiéno-diététiques, un traitement médicamenteux adapté et un suivi régulier partagé entre médecin traitant et cardiologue.

Elle évolue le plus souvent de manière aigüe sous forme de décompensation nécessitant une hospitalisation et des soins urgents et représente ainsi la moitié des séjours d'hospitalisation potentiellement évitables.

L'un des points critiques identifié concerne les suites d'une hospitalisation pour un épisode de décompensation car après la première hospitalisation :
- 1/5 des patients sont réhospitalisés à 1 mois
- 1/3 des patients sont réhospitalisés dans l'année suivante, dont la moitié dans les 3 mois
- 3/5 des patients sont réhospitalisés à 1 an.

La prévalence de cette pathologie est estimée en France entre 2 et 3%, soit 1,5 millions de patients, et est croissante avec l'âge car probablement sous-diagnostiquée.
Il existe de fortes disparités territoriales avec 4 régions à forte prévalence dont les Hauts-de-France.

L'insuffisance cardiaque est également une pathologie sévère car son taux de décès est très élevé, soit 6% pendant l'hospitalisation et 40% à 2 ans après la première hospitalisation pour décompensation.

Plan d'actions régional

- Déploiement du parcours IC sur tout le territoire des Hauts-de-France en impliquant directement les acteurs territoriaux afin de permettre l'optimisation de la prise en charge en réduisant les inégalités territoriales.
- Mise en œuvre d'actions plus spécifiques centrées sur la sortie d'hospitalisation pour un épisode de décompensation :
    - Poursuivre le déploiement du service Prado IC qui permet d'anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et de fluidifier le parcours ville-hôpital
    - Contractualiser dans le cadre de l'indicateur national CAQES en ciblant les réhospitalisations à 3 mois.

Suivi et évaluation

- Nombre d'établissements signataires du volet Prado IC dans la région
- Nombre d'adhésions au Prado IC mis en œuvre dans la région
- Taux de réhospitalisations à 3 mois pour les établissements ciblés dans le cadre du CAQES.

Calendrier : 2022-2025