

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

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
1.1 Les objectifs de la pertinence des soins	3
1.2 Le cadre législatif et réglementaire	3
1.2.1 Le PAPRAPS	3
1.2.2 Le dispositif de MSAP des établissements de santé	4
1.2.3 La contractualisation tripartite	5
1.3 Les acteurs régionaux de la promotion de la pertinence des soins	6
1.3.1 L'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins	6
1.3.2 La commission régionale de coordination des actions	6
1.4 Le champ du PAPRAPS Nouvelle Aquitaine	7
I. LA PERTINENCE DES ACTES	9
1. Les thématiques prioritaires au regard du diagnostic régional et la déclinaison opérationnelle	9
1.1 Les thématiques à fort enjeu en termes de sur-recours, avec référentiels nationaux	11
1.1.1 La chirurgie du canal carpien	11
1.1.2 Les appendicectomies	13
1.1.3 Les thyroïdectomies	16
1.1.4 Les amygdalectomies	18
1.2 Les thématiques à enjeu modéré en termes de sur-recours et/ou à fort enjeu en termes d'amélioration des pratiques, avec référentiels ou outils locaux	20
1.2.1 Les hystérectomies	20
1.2.2 Les angioplasties coronaires (patients stables)	22
1.2.3 Les césariennes programmées à terme	24
1.3 Les thématiques à faible enjeu en termes de sur-recours, faisant l'objet de programmes nationaux d'amélioration des pratiques	25
1.3.1 La chirurgie bariatrique	25
1.3.2 Les cholécystectomies	27
1.4 Les thématiques à fort enjeu en termes de sur-recours, mais sans référentiels nationaux ou locaux	29
1.4.1 Les extractions des dents de sagesse (acte HGBD038 : Avulsion des 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe)	29
1.4.2 Les cataractes	31
2. Les critères de ciblage des établissements	33
2.1 La contractualisation tripartite	33
2.2 La MSAP	33
2.2.1 Les méthodes de ciblage	33
2.2.2 Les actes ciblés	34
II. LA PERTINENCE DES PRESTATIONS (SEJOURS ET MODES DE PRISE EN CHARGE)	35
1. La pertinence des modes de prise en charge : La chirurgie ambulatoire	35
1.1 Le diagnostic régional	35
1.1.1 Le potentiel de séjours en chirurgie ambulatoire par application du taux régional (gestes marqueurs)	
GRAPH A CHANGER – EN ATTENTE	35
1.1.2 Le taux de chirurgie ambulatoire par territoire pour les gestes marqueurs présentant les plus gros volumes d'activité	36
1.2 La déclinaison opérationnelle : la mise sous accord préalable « chirurgie ambulatoire »	38
1.3 Les critères de ciblage des établissements	38
2. La pertinence des séjours pris en charge par l'assurance maladie	38
2.1 Les séjours de soins de suite et de réadaptation après chirurgie orthopédique	38

2.1.1	Le diagnostic régional	39
2.1.2	La déclinaison opérationnelle : la mise sous accord préalable « SSR »	41
2.1.3	Les critères de ciblage des établissements	41
2.2	Les « autres prestations hospitalières »	42
2.2.1	Le diagnostic régional	42
2.2.2	La déclinaison opérationnelle : la mise sous accord préalable « autres prestations hospitalières »	43
2.2.3	Les critères de ciblage des établissements	44
III. LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DE TRANSPORTS		45
1.	Le diagnostic régional	45
1.1	La décomposition des coûts en région Nouvelle-Aquitaine	45
1.2	Analyse comparative des circonscriptions de la Nouvelle-Aquitaine	46
2.	Les domaines prioritaires au regard du diagnostic régional et déclinaison opérationnelle	49
3.	Les critères de ciblage des établissements	50
REFERENTIELS NATIONAUX		51
GLOSSAIRE		52
ANNEXE		53

INTRODUCTION

1.1 Les objectifs de la pertinence des soins

Les actions d'amélioration de la pertinence ont pour objectifs l'accroissement de la qualité et de la sécurité des soins, **en réduisant les écarts de variations des pratiques médicales**, ainsi que l'optimisation des dépenses de santé dans le cadre d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) contraint :

- en participant à l'amélioration des pratiques,
- en optimisant les modes de prise en charge : hospitalisation complète, soins ambulatoires, soins externes,
- en réduisant les inadéquations en court séjour, en soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en psychiatrie et/ou en limitant les hospitalisations évitables.



1.2 Le cadre législatif et réglementaire

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu, dans un nouvel article du code de sécurité sociale (L 162-30-4 du CSS), l'élaboration par l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS), intégré au programme pluriannuel régional de gestion du risque mentionné à l'article L 1432-2 du code de la santé publique.

Le décret n° 2015-1511 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé précise le contenu du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ainsi que ses modalités d'élaboration et d'évaluation et crée une instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS).

Thématique nationale prioritaire de gestion du risque dès l'année 2013, la démarche d'amélioration de la pertinence des actes s'inscrit dans ce nouveau cadre juridique qui pérennise et renforce la portée de cette démarche, désormais élargie à la pertinence des soins.

1.2.1 Le PAPRAPS

Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins 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 siégeant en formation plénière.

Il est **révisé chaque année** dans les mêmes conditions.

Selon l'article R 162-44 du CSS issu du décret n°2015-1511 du 19 novembre 2015 précité, le PAPRAPS précise :

- le diagnostic de la situation régionale, réalisé sur un champ thématique délimité par la commission régionale de coordination des actions (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 précités 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 suivi et d'évaluation de ces actions.

Le PAPRAPS permet la mise en œuvre d'outils gradués à l'égard des établissements :

- la mise sous accord préalable (MSAP),
- la contractualisation tripartite ARS - Assurance Maladie – établissement.

Le plan d'actions précise les critères de ciblage des établissements de santé faisant l'objet d'une MSAP ou d'une contractualisation tripartite.

1.2.2 Le dispositif de MSAP des établissements de santé

1.2.2.1 Les objectifs de la MSAP

Initié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 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 Haute Autorité de Santé (HAS) ou des sociétés savantes et à améliorer 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.

1.2.2.2 Les critères de ciblage prévus par les textes

Les établissements de santé visés sont les établissements de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) quel que soit leur statut (public, ESPIC ou privé lucratif).

La loi permet de placer sous accord préalable les établissements de santé « prescripteurs » :

- d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement ou de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation qui auraient pu se faire en ambulatoire,
- d'une proportion élevée d'actes, de prescriptions ou de prestations d'hospitalisation non conformes aux référentiels établis par la HAS,
- d'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.

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

La liste des établissements retenue à l'issue du ciblage peut être complétée par l'insertion d'établissements à la demande de ces derniers.

1.2.2.3 Procédure de MSAP

Une fois le ciblage des établissements effectué en application des critères définis dans le PAPRAPS, le DGARS peut :

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

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

La procédure contradictoire repose sur les étapes suivantes :

- le DGARS notifie à l'établissement ciblé la liste des actes, prestations ou prescriptions pour lesquels il envisage la mise en œuvre de la MSAP,
- dans un délai de un mois à compter de sa réception, l'établissement peut présenter des observations écrites ou demander à être entendu par le DGARS ou son représentant,
- à l'issue de cette phase contradictoire, le DGARS notifie sa décision motivée à l'établissement en y précisant la date d'entrée en vigueur de la mise sous accord préalable, son terme, la nature des actes, prestations ou prescriptions concernées ainsi que les délais et voies de recours.

1.2.3 La contractualisation tripartite

Le contrat d'amélioration de la pertinence des soins, nouveau dispositif contractuel instauré par l'article L 162-30-4 du CSS et précisé par le décret n° 2015-1511 du 19 novembre 2015 précité est remplacé par le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, dit CAQES, qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Ce contrat a pour objet d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie.

Il comporte, outre un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et prestations, un ou plusieurs **volets additionnels** conclus, pour une durée maximale de 5 ans, avec les établissements :

- identifiés en application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins,
- ou ne respectant pas, pour certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, un ou plusieurs référentiels de qualité, de sécurité des soins ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie.

Le CAQES est tripartite : il est conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de l'établissement de santé relevant de leur ressort géographique.

Il précise, conformément à un contrat type national, les obligations respectives des parties, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluation.

1.3 Les acteurs régionaux de la promotion de la pertinence des soins

1.3.1 L'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins

Le décret n°2015-1511 du 19 novembre 2015 précité crée une instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) afin d'associer étroitement les professionnels de santé, les représentants des usagers et les fédérations hospitalières à la démarche d'amélioration de la pertinence des soins.

1.3.1.1 Son rôle

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'agence régionale de santé lui communique chaque année la liste des établissements de santé ayant été ciblés pour une MSAP ou un contrat tripartite ainsi qu'une synthèse des résultats de l'évaluation de la réalisation des objectifs du contrat tripartite.

1.3.1.2 Sa composition

Les membres de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Cette instance, dont le nombre de membres ne peut excéder vingt, est composée obligatoirement :

- 1° Le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant ;
- 2° 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 ;
- 3° Un représentant de chacune des fédérations hospitalières représentatives au niveau régional ;
- 4° Un professionnel de santé exerçant au sein d'un établissement de santé de la région ;
- 5° Un représentant de l'une des unions régionales des professionnels de santé ;
- 6° 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.

1.3.2 La commission régionale de coordination des actions

L'assurance maladie est associée à l'élaboration du PAPRAPS puisque, selon l'article R 162-44 CSS, la préparation, le suivi et l'évaluation du plan d'actions et ses révisions sont effectués par la commission régionale de coordination des actions siégeant en formation plénière, après consultation de l'IRAPS (art R 1463-13 du code de la santé publique)

Conformément à l'article R 1434-14-I du CSP, cette commission, présidée par le DGARS, est composée, en formation plénière :

- du directeur d'organisme ou de service représentant, au niveau régional, de chacun des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants),
- des directeurs des organismes et services d'assurance maladie de ces mêmes régimes du ressort de la région, signataires du contrat prévu à l'article L1434-14 du CSP.

1.4 Le champ du PAPRAPS Nouvelle Aquitaine

Le PAPRAPS de la région Nouvelle Aquitaine s'inscrit dans la continuité des travaux précédemment menés au sein des territoires qui la composent depuis la réforme territoriale. Un état des lieux, lancé dès le dernier trimestre 2015, a permis d'identifier les travaux qui :

- sont menés chaque année dans le cadre de campagnes nationales,
- ont déjà été lancés et qui ont vocation à être généralisés sur l'ensemble du territoire régional, du fait d'expériences territoriales réussies,
- ont déjà été lancés mais qui nécessitent une évaluation avant d'envisager une généralisation,
- seront débutés en 2016, sur la base du diagnostic régional,
- seront débutés ou relancés dès parution d'un référentiel de bonnes pratiques.

Le PAPRAPS de la région Nouvelle Aquitaine intègre ainsi les champs suivants :

- ✓ Dans la continuité des PAPRAPS arrêtés par dérogation en 2015, constitués « des seuls critères permettant d'identifier les établissements faisant l'objet de la procédure de MSAP », les thématiques des campagnes nationales de mise sous accord préalable (MSAP) : chirurgie ambulatoire, admission en établissement de soins de suite et de réadaptation, certaines prestations hospitalières,
- ✓ Actes : 11 parmi les 33 actes identifiés au niveau national, dans la continuité des travaux menés dans le cadre des programmes régionaux de gestion du risque puis du plan triennal pour l'efficacité et la performance du système de soins (bloc « pertinence des actes »),
- ✓ Prescriptions de transports sanitaires, dans le cadre du plan triennal pour l'efficacité et la performance du système de soins (bloc « transports »), en intégrant la question de la pertinence du mode de transport.

Le PAPRAPS ne recense pas de façon exhaustive l'ensemble des actions régionales menées dans le cadre de la pertinence de soins : il décrit les champs pour lesquels la contractualisation tripartite et/ou la MSAP sont mis en œuvre.

A l'occasion des révisions annuelles et en fonction de l'actualisation du diagnostic régional :

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

Le tableau ci-dessous regroupe, par grande catégorie, les champs du PAPRAPS et les leviers qui seront utilisés :

Champ	Thématique	Lever	
		Contractualisation tripartite	MSAP
Actes	Thyroïdectomie Amygdalectomie Appendicectomie* Chirurgie du canal carpien Hystérectomie Angioplastie coronaire* Césarienne programmée à terme Chirurgie bariatrique Cholécystectomie* Extraction dents de sagesse Cataracte	X	X
Prescriptions	Transports	X	
Prestations	Hôpital de jour de médecine pour le suivi des patients diabétiques, chirurgie réparatrice et reconstructive, forfait SE, les séjours de SSR après chirurgie orthopédique		X
Modes de prise en charge	Chirurgie ambulatoire		X

*Les actes réalisés en urgence sont exclus du champ de la MSAP

I. La pertinence des actes

1. Les thématiques prioritaires au regard du diagnostic régional et la déclinaison opérationnelle

Sélection des thématiques prioritaires

La Direction Générale de l'Offre de Soins a lancé en 2011 des travaux visant à la réduction des variations de pratiques médicales : 33 actes ont été identifiés comme prioritaires, principalement du fait d'une variation importante du recours entre les régions. Pour le champ de la pertinence des actes, le PAPRAPS s'inscrit dans la continuité des travaux menés au sein des territoires qui constituent la région Nouvelle Aquitaine.

La sélection des thématiques prioritaires s'appuie sur les critères suivants :

- Existence d'un sur-recours significatif à l'acte dans au moins un territoire de santé ou un département de la région (population domiciliée, quel que soit le lieu de réalisation de l'acte),
- Existence de programmes nationaux,
- Existence de référentiels de bonnes pratiques.

La notion de « **sur-recours territorial significatif** » s'appuie sur le cumul des **2 conditions suivantes** :

- Rapport entre le taux de recours standardisé du territoire et le taux de recours standardisé national (appelé indice national) **supérieur à 1,20**,
- Le territoire fait partie des **15% de territoires de santé* français** où le taux de recours standardisé est le plus élevé.

**Depuis le 27 octobre 2016 en Nouvelle-Aquitaine, les territoires de démocratie sanitaire ont remplacé les territoires de santé et correspondent aux départements.*

Par exception, ces seuils peuvent être modifiés pour les thématiques avec un fort volume d'actes constatés sur la région.

En effet, en raison du volume important d'actes, le sur-recours peut être considéré comme significatif sur des territoires présentant un rapport inférieur à 1,20 et sur des territoires dont le classement est moindre parmi les territoires de santé français ayant un taux de recours standardisé le plus élevé.

Sur la base de ces critères, les 11 actes sélectionnés par la région Nouvelle-Aquitaine peuvent être répartis en 4 catégories :

Fort enjeu en termes de sur-recours Et référentiels de bonnes pratiques HAS disponibles	Appendicectomie Chirurgie du canal carpien Thyroïdectomie Amygdalectomie
Enjeu modéré en termes de sur-recours Et/ou fort enjeu en termes d'amélioration des pratiques Et référentiels de bonnes pratiques ou outils locaux disponibles	Hystérectomie Angioplastie coronaire Césarienne programmée à terme
Faible enjeu en termes de sur-recours Et programmes nationaux d'amélioration des pratiques Et référentiels de bonnes pratiques nationaux disponibles	Chirurgie bariatrique Cholécystectomie
Fort enjeu en termes de sur-recours Et absence de référentiels de bonnes pratiques	Extraction dents de sagesse Cataracte

Description des moyens, outils et indicateurs utilisés pour la mise en œuvre des actions

Afin d'atteindre l'objectif de réduction des variations de pratiques au sein des territoires, les actions menées s'appuient sur différents moyens, outils et indicateurs, qui sont définis dans le tableau ci-dessous :

	Dénomination	Définition
Moyens	Dialogue avec les chirurgiens	<p>Une rencontre est organisée entre l'équipe de chirurgiens d'un établissement, médecin de l'ARS et un praticien conseil de l'assurance maladie visant à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - présenter les données statistiques, - présenter les référentiels de bonnes pratiques, - identifier les points de rupture dans le parcours de soins du patient susceptibles d'expliquer un sur-recours à l'acte chirurgical, - engager l'équipe de chirurgiens dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles sur la pertinence de l'acte. <p>Des professionnels de santé impliqués dans la réalisation de l'acte chirurgical ciblé et exerçant en dehors des territoires en sur-recours sont associés à la démarche : leur expérience permet d'identifier les potentiels points de rupture dans le parcours de soins et les leviers pour en limiter le risque.</p>
	Campagne nationale de l'assurance maladie	<p>L'assurance maladie met en place chaque année des campagnes nationales sur des thématiques qui peuvent être sélectionnées dans le PAPRAPS. Selon les cas, ces campagnes peuvent associer des échanges confraternels (entre un prescripteur et un praticien conseil), la diffusion de référentiels, des réunions spécifiques...</p>
Outils	Contractualisation tripartite	<p>La mise en œuvre du PAPRAPS peut s'appuyer sur un contrat tripartite entre l'établissement, l'ARS et l'assurance maladie.</p> <p>Concernant la pertinence des actes, les objectifs contractuels concerneront :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un objectif qualitatif de mise en œuvre d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles, valorisable dans le cadre de la certification HAS, - le cas échéant, un ou plusieurs objectifs quantitatifs, lorsque des indicateurs de parcours sont disponibles (respect d'une étape obligatoire du parcours de soins). <p>Dans l'attente des dispositions réglementaires relatives au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, la contractualisation peut être réalisée par le biais du CPOM conclu entre l'établissement et l'ARS.</p>
	Mise sous accord préalable (MSAP)	<p>Une procédure de mise sous accord préalable peut être mise en œuvre dans 2 situations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - établissement ciblé dans le cadre des campagnes annuelles, - en cas de non atteinte des objectifs du contrat tripartite.
Indicateurs	Variation des pratiques au sein d'un territoire	<p>Ecart entre le taux de recours standardisé du territoire et le taux de recours standardisé national pour l'acte concerné.</p> <p>Il s'agit d'un indicateur de résultat « territorial », permettant de juger de la réduction de la variation des pratiques.</p>
	Indicateur « de parcours »	<p>Cet indicateur est défini sous forme de taux (de patients pris en charge au sein d'un établissement), lié au respect d'une étape obligatoire dans le parcours de soins</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de réalisation d'un électromyogramme avant chirurgie du canal carpien, - Taux de réalisation d'une échographie et d'une cytoponction avant ablation d'un nodule thyroïdien.

1.1 Les thématiques à fort enjeu en termes de sur-recours, avec référentiels nationaux

1.1.1 La chirurgie du canal carpien

1.1.1.1 Le diagnostic

Historique :

Sur la base des sur-recours constatés dans les territoires de la Charente-Maritime Sud-Est et des Deux-Sèvres, des dialogues avec les chirurgiens ont été réalisés au cours de l'année 2014. Ils ont été préparés avec un groupe de professionnels impliqués dans le parcours de soins et exerçant en dehors des territoires en sur-recours : médecin généraliste, neurologue réalisant des EMG, rhumatologue pratiquant les infiltrations, chirurgien orthopédique pratiquant l'acte chirurgical. Leur expérience a permis d'identifier les principaux points de rupture dans le parcours du patient qui pourraient expliquer un sur-recours à l'acte.

Au cours des 4 dialogues, les principaux points de ruptures repérés étaient les suivants : difficultés d'accès au neurologue (EMG) et au rhumatologue (infiltration) – liens non formalisés, présomption d'inefficacité et/ou de retard de prise en charge efficace de l'infiltration et de l'orthèse (chez les patients et les professionnels).

Suite à ces dialogues, la mise en œuvre d'une EPP, visant à lutter contre les points de rupture identifiés par chaque équipe de chirurgiens, a été contractualisée au sein du CPOM ARS – établissement.

Dans ces 2 territoires, la mesure d'impact de ces dialogues est mitigée :

- Diminution de la variation des pratiques en Charente-Maritime Sud-Est : sur-recours de 1,35 en 2014 contre 1,51 en 2013,
- Augmentation de la variation des pratiques dans les Deux-Sèvres : sur-recours de 1,38 en 2014 contre 1,32 en 2013.

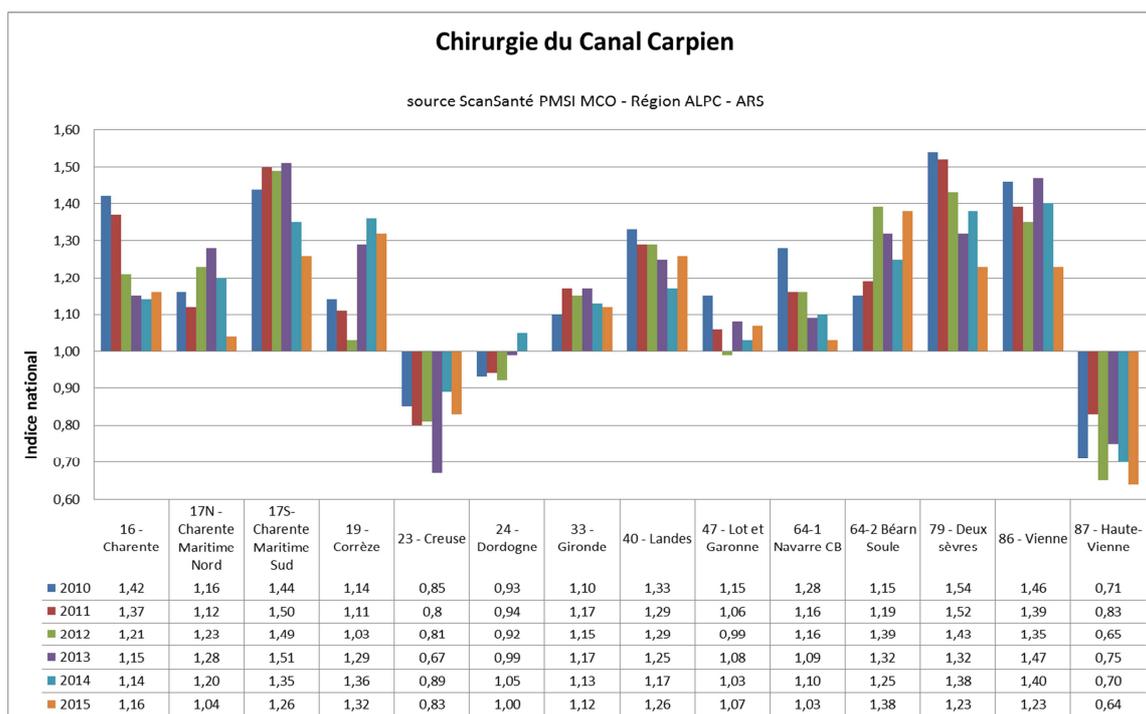
En outre, une campagne nationale a été mise en œuvre par l'assurance maladie au cours des années 2014 et 2015, dont il n'est pas encore possible de mesurer l'impact.

Recours à l'acte :

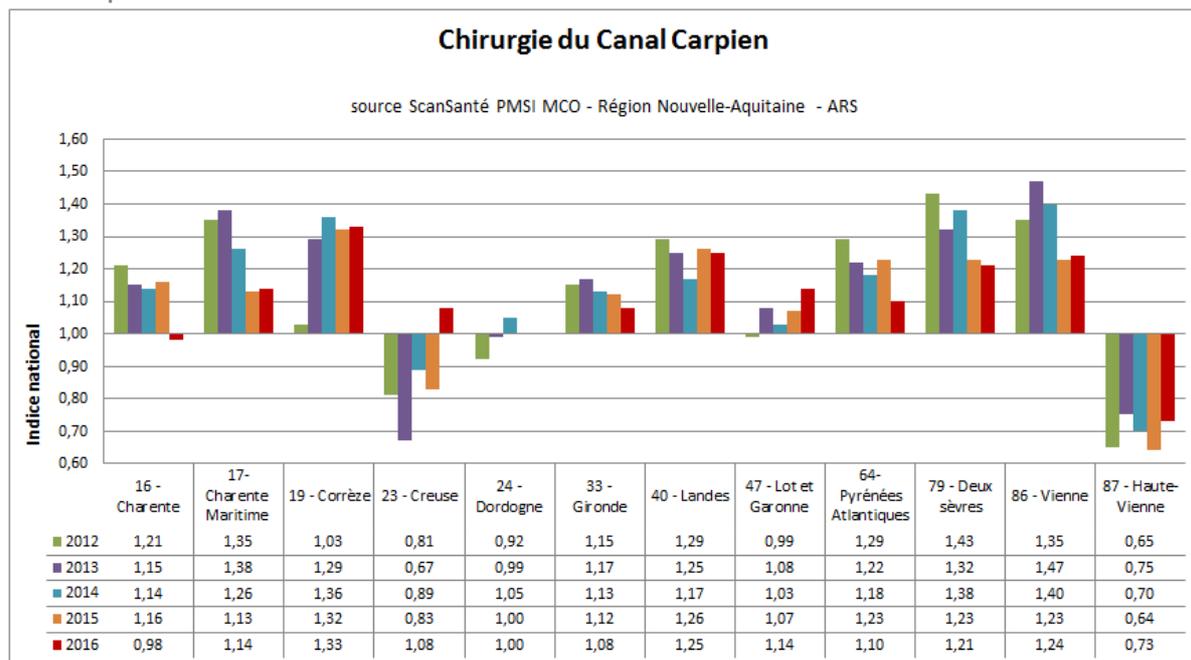
14 809 actes réalisés en 2016 en région Nouvelle-Aquitaine.

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

➤ Pour la période 2010/2015



➤ Pour la période 2012/2016

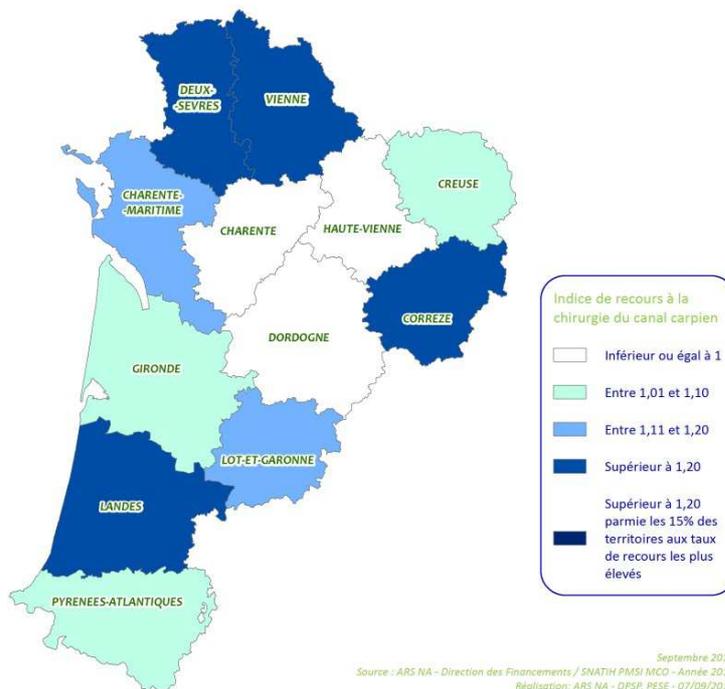


Territoires ciblés :

Sur la période 2010/2015, il est constaté pour les territoires initialement ciblés (Charente maritime Sud et Deux Sèvres), une baisse significative des taux de recours. En revanche, un nouveau territoire rentre dans les critères de ciblage : Béarn et Soule.

Au regard des données 2016, aucun territoire ne présente une atypie significative en termes de taux de recours. Le changement d'échelle géographique peut expliquer ce lissage des différences. De plus, les évolutions des autres départements ont un impact sur les classements et donc sur les résultats en termes de rang.

Il est décidé de réaliser un suivi des taux de recours sur le territoire de la Corrèze, compte-tenu de son 17^{ème} rang en termes de taux de recours.



Territoires ciblés	Calendrier
17 S Charente Maritime Sud	2016 - 2017
79 Deux-Sèvres	2016 - 2017
Aucun territoire ciblé	2017 - 2018

1.1.1.2 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Mettre en œuvre les engagements contractuels des établissements sur les territoires de santé ciblés en 2014	2016
Mettre en œuvre l'accompagnement par l'Assurance Maladie (campagne CNAMTS) des établissements ciblés selon le ciblage national	2016
Suivre les variations des taux de recours en Corrèze (19)	à partir de 2017

Outils	Calendrier
CPOM ARS - établissement	2016-2017

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours sur la chirurgie du canal carpien des territoires ciblés et le taux de recours national	Diminution de l'écart

1.1.2 Les appendicectomies

1.1.2.1 Le diagnostic

Historique :

Sur la base des sur-recours constatés dans les territoires de la Charente et de la Charente-Maritime Sud-Est, des dialogues avec les chirurgiens ont été réalisés au cours de l'année 2014.

Ces dialogues ont été préparés avec un chirurgien pratiquant l'appendicectomie et exerçant en dehors des territoires en sur-recours, afin d'identifier les principaux points de rupture dans le parcours du patient qui pourraient expliquer un sur-recours à l'acte.

Au cours des 6 dialogues, les principaux points de ruptures repérés étaient les suivants : accès à l'imagerie (échographie, scanner), appendicectomie « préventive » au cours d'une coelioscopie normale (pratique non recommandée), libellé du compte-rendu d'analyse de la pièce opératoire sujet à interprétation (perturbant la réflexion a posteriori sur la pertinence de l'acte).

Suite à ces dialogues, la mise en œuvre d'une EPP, visant à lutter contre les points de rupture identifiés par chaque équipe de chirurgiens, a été contractualisée au sein du CPOM ARS – établissement.

Dans ces 2 territoires, une diminution de la variation des pratiques a pu être objectivée :

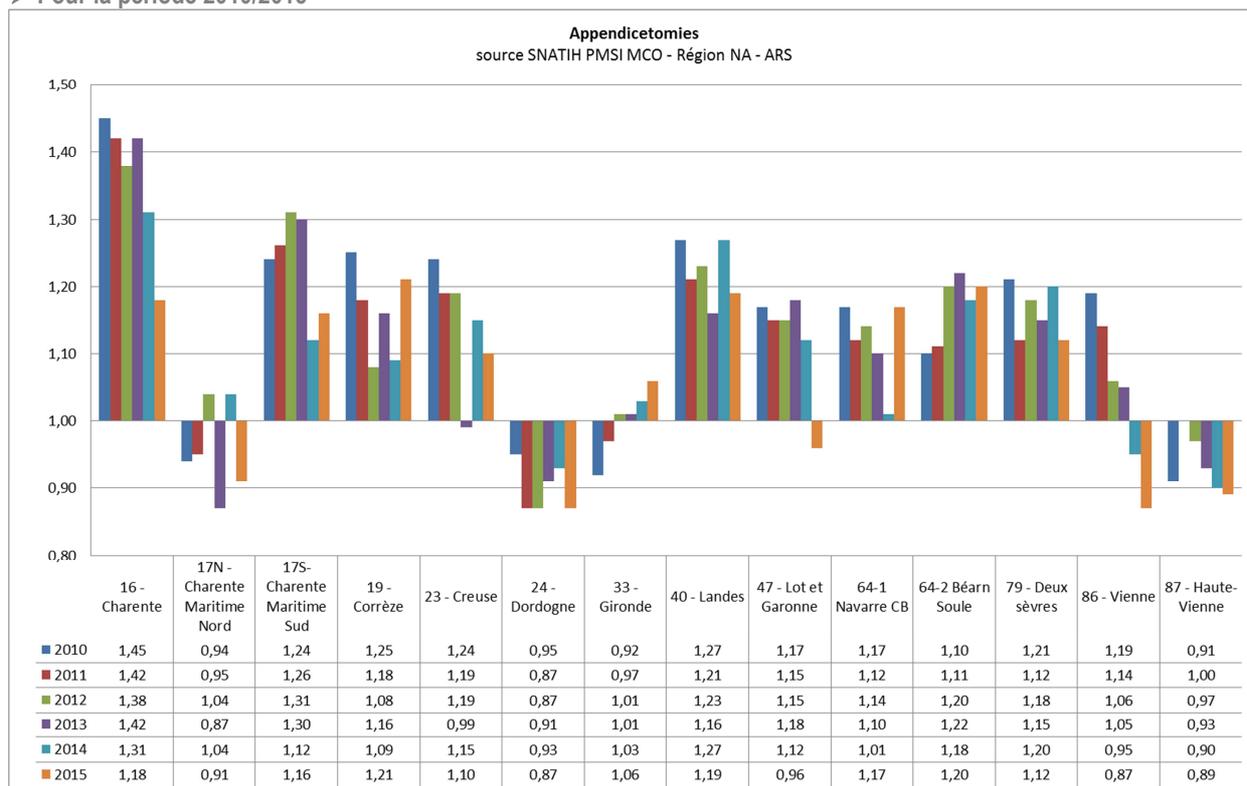
- Charente : sur-recours de 1,31 en 2014 contre 1,42 en 2013
- Charente-Maritime Sud-Est : sur-recours de 1,13 en 2014 contre 1,30 en 2013

Recours à l'acte :

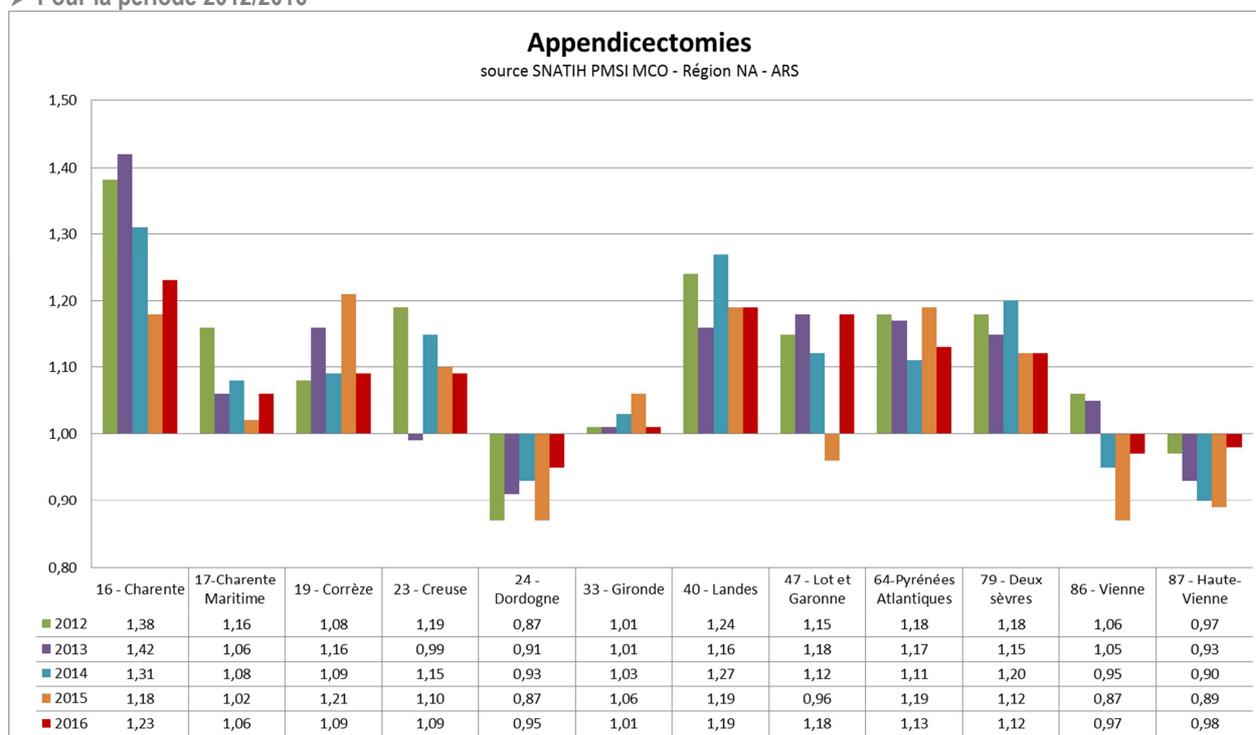
6 550 actes réalisés en 2016 en région Nouvelle-Aquitaine.

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

➤ Pour la période 2010/2015



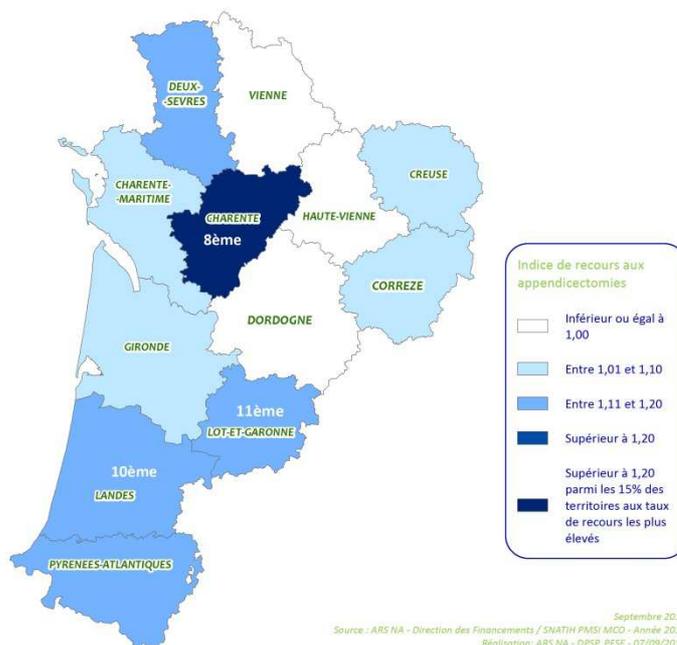
➤ Pour la période 2012/2016



Territoires ciblés :

Sur la période 2010/2015, il est constaté pour les 3 territoires initialement ciblés (Charente maritime Sud, Charentes et Landes), un maintien en dessous du seuil de ciblage. Il est constaté sur cette période une progression du taux de recours pour le territoire Béarn et Soule, le faisant entrer dans les critères de ciblage 2015.

Au regard des données 2016, le territoire de la Charente rentre à nouveau dans les critères de ciblage avec un sur-recours significatif.



Territoires ciblés	Calendrier
16 Charente	2016-2017
17 Charente-Maritime Sud*	2016-2017
40 Landes	2017
16 Charente	2017 - 2018

* continuité de l'action initiée en 2014 (même si l'indice 2014 est inférieur à 1,20)

1.1.2.2 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Mettre en œuvre les engagements contractuels des établissements sur les territoires de santé ciblés en 2014	2016
Mettre en œuvre l'accompagnement par l'Assurance Maladie (campagne CNAMTS) des établissements ciblés selon le ciblage national	2016
Mener des dialogues communs ARS/AM auprès des chirurgiens des établissements ciblés au sein du territoire en sur-recours (Landes)	2017
Suivre les variations des taux de recours dans le territoire faisant l'objet de dialogues en 2017 (Landes)	2018
Mener des dialogues communs ARS/AM auprès des chirurgiens des établissements ciblés au sein du territoire en sur-recours (16 : Charente)	2018
Contractualiser avec les établissements ciblés au sein du territoire en sur-recours	2018-2019

Outils	Calendrier
CPOM ARS Etablissement	2016-2017
Contrat tripartite	2018-2019

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours sur l'appendicectomie des territoires ciblés et le taux de recours national	Diminution de l'écart

1.1.3 Les thyroïdectomies

1.1.3.1 Le diagnostic

Historique :

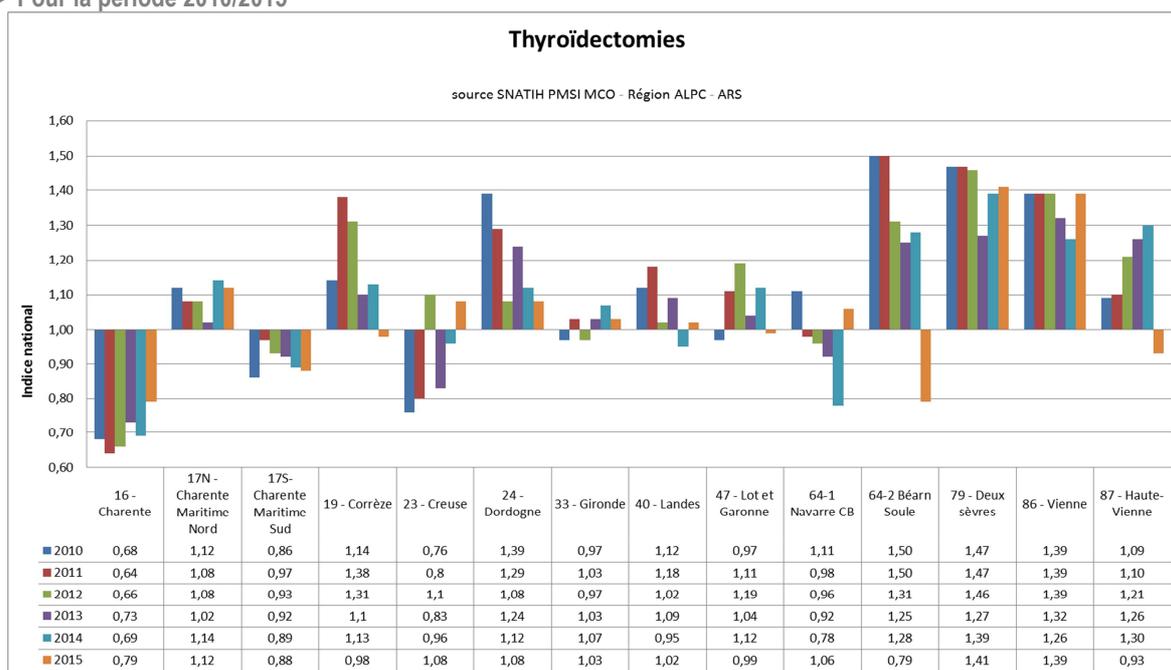
Sur la base des sur-recours constatés dans les territoires des Deux-Sèvres et de la Vienne, des dialogues avec les chirurgiens ont été réalisés au cours de l'année 2015.

Recours à l'acte :

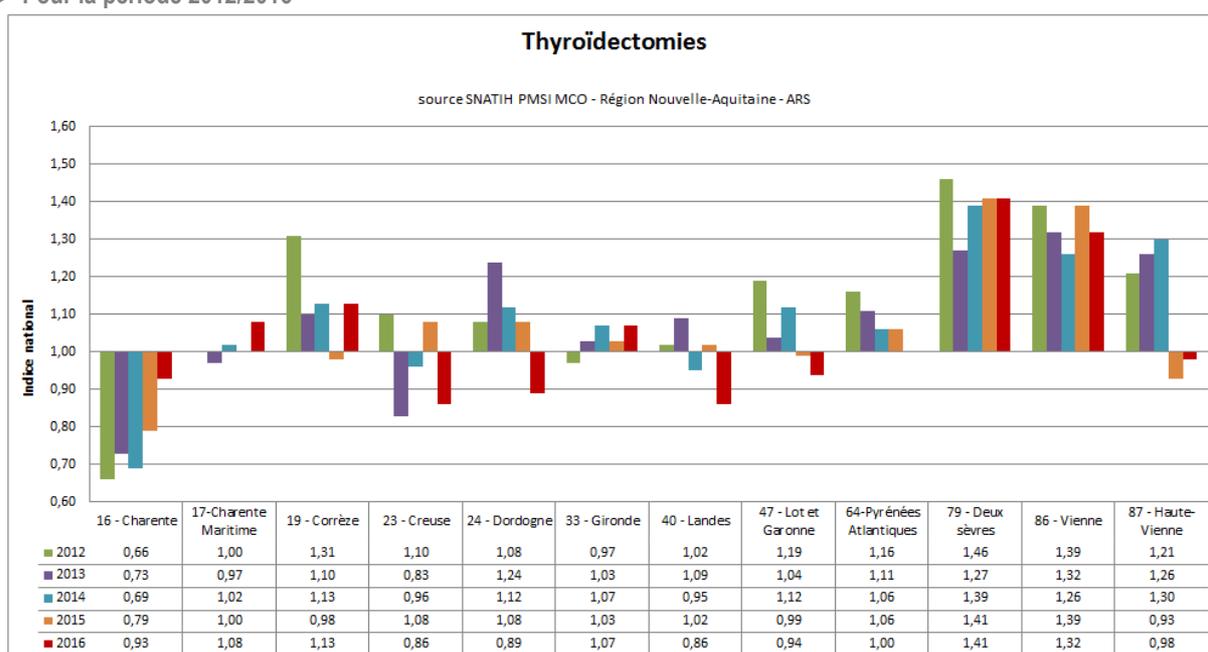
4 131 actes ont été réalisés en 2016 en région Nouvelle-Aquitaine.

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

➤ Pour la période 2010/2015



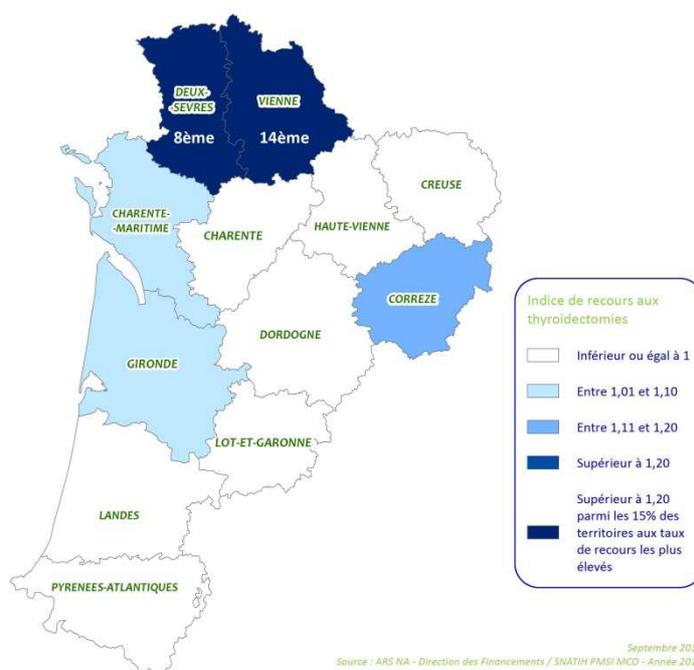
➤ Pour la période 2012/2016



Territoires ciblés :

Sur la période 2010/2015, il est constaté une baisse des taux de recours pour 2 territoires Béarn et Soule et Haute Vienne. Une stagnation du taux est observée pour les Deux-Sèvres. En Vienne, le taux de recours augmente.

Au regard des données 2016, deux territoires présentent un sur-recours significatif : les Deux-Sèvres et la Vienne.



Territoires ciblés	Calendrier
64 Béarn Soule	2016 – 2017
79 Deux-Sèvres	2016 – 2017
86 Vienne	2016 – 2017
87 Haute Vienne	2016 – 2017
79 Deux Sèvres	2017 - 2018
86 Vienne	2017 - 2018

1.1.3.2 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Poursuivre l'accompagnement par l'Assurance Maladie (campagne CNAMTS) des établissements ciblés selon le ciblage national	2016
Mener des dialogues communs ARS/AM auprès des chirurgiens des établissements ciblés au sein des territoires en sur-recours 64 Béarn-Soule, 87 Haute-Vienne	2016-2017
Contractualiser avec les établissements ciblés au sein des 4 territoires en sur-recours	2016-2017
Suivre les variations des taux de recours dans les territoires en sur-recours	2016-2017
Mener des dialogues communs ARS/AM auprès des chirurgiens des établissements ciblés au sein des territoires en sur-recours : 79 : Deux-Sèvres et 86 : Vienne	2018-2019

Outils	Calendrier
Contrat tripartite	2018-2019

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours sur la thyroïdectomie des territoires en sur-recours et le taux de recours national	Diminution de l'écart

1.1.4 Les amygdalectomies

1.1.4.1 Le diagnostic

Contexte :

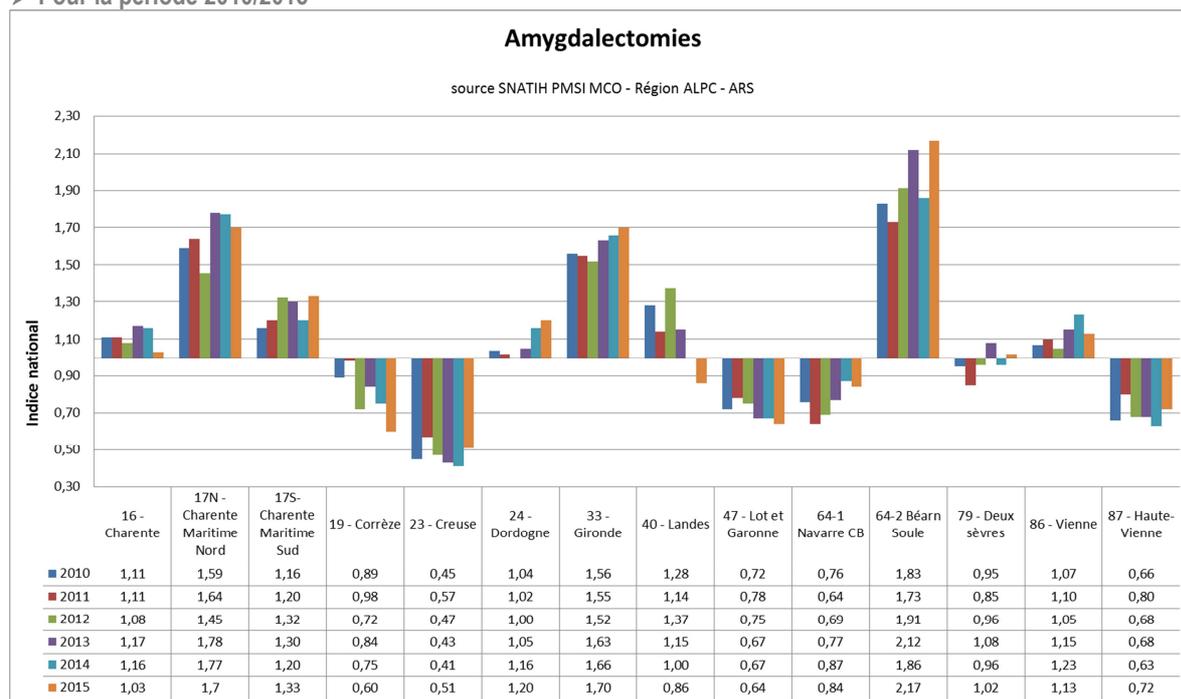
Une campagne nationale est mise en œuvre en 2016 par l'assurance maladie et des référentiels de bonnes pratiques sont disponibles.

Recours à l'acte :

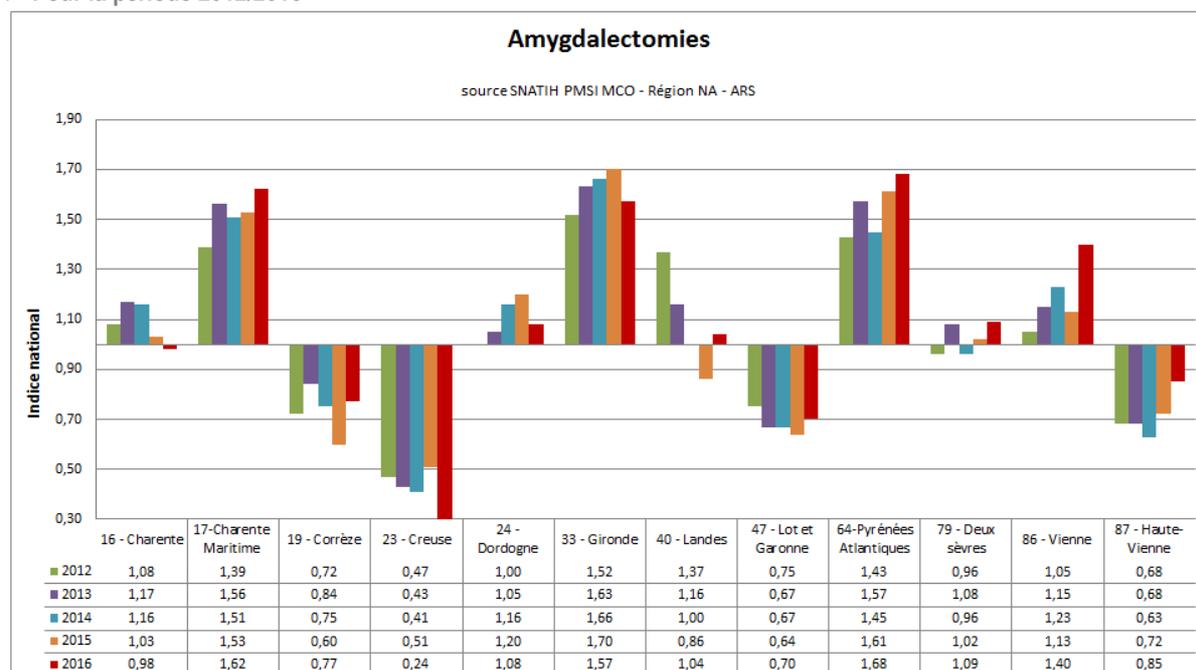
6 463 actes réalisés en 2016 en région Nouvelle-Aquitaine.

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

➤ Pour la période 2010/2015



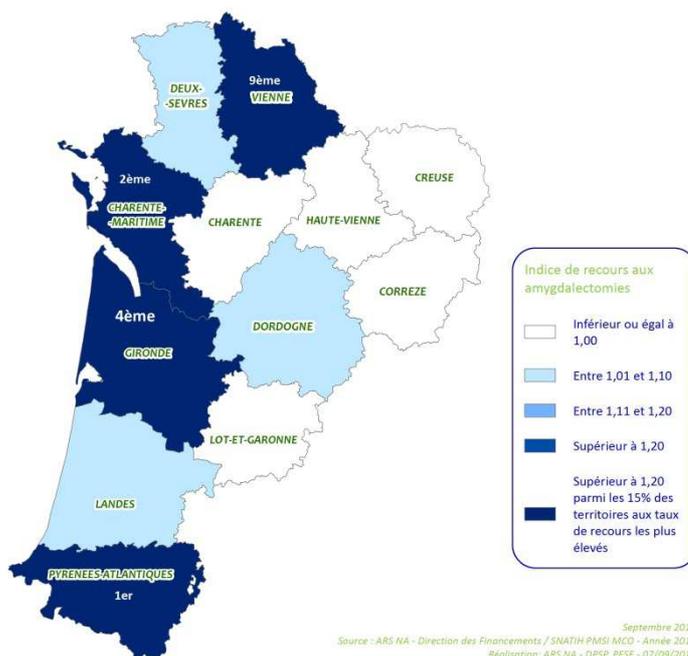
➤ Pour la période 2012/2016



Territoires ciblés :

L'évolution des données entre 2010 et 2015 confirme le ciblage initial. La Gironde et la Charente Maritime Nord restent à des niveaux de recours élevés. Le territoire de Béarn et Soule augmente de manière significative son taux de recours.

Au regard des données 2016, il est décidé de suivre l'évolution des taux de recours des territoires pour lesquels des dialogues ont été menés en 2017 : Gironde, Charente Maritime et Pyrénées Atlantiques. La Vienne, nouveau territoire ciblé, fera l'objet de dialogues avec les équipes de chirurgiens.



Territoires ciblés	Calendrier
33 Gironde	2016 – 2017
17 N Charente Maritime Nord	2016 – 2017
64 Béarn Soule	2016 – 2017
86 Vienne	2017-2018
33 Gironde	2017-2018
17 Charente Maritime	2017-2018
64 Béarn Soule	2017-2018

1.1.4.2 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Poursuivre l'accompagnement par l'Assurance Maladie (campagne CNAMTS) des établissements ciblés selon le ciblage national	2016
Mener des dialogues communs ARS/AM auprès des chirurgiens des établissements ciblés au sein des 3 territoires en sur-recours	2016-2017
Contractualiser avec les établissements ciblés au sein des 3 territoires en sur-recours	2017
Suivre les variations des taux de recours dans les territoires en sur-recours	2017-2018
Mener des dialogues communs ARS/AM auprès des chirurgiens des établissements ciblés au sein de la Vienne	2018
Contractualiser avec les établissements ciblés au sein de la Vienne	2018-2019

Outils	Calendrier
Contrat tripartite	2018-2019

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours sur l'amygdalectomie des territoires en sur-recours et le taux de recours national	Diminution de l'écart

1.2 Les thématiques à enjeu modéré en termes de sur-recours et/ou à fort enjeu en termes d'amélioration des pratiques, avec référentiels ou outils locaux

1.2.1 Les hystérectomies

1.2.1.1 Le diagnostic

Historique :

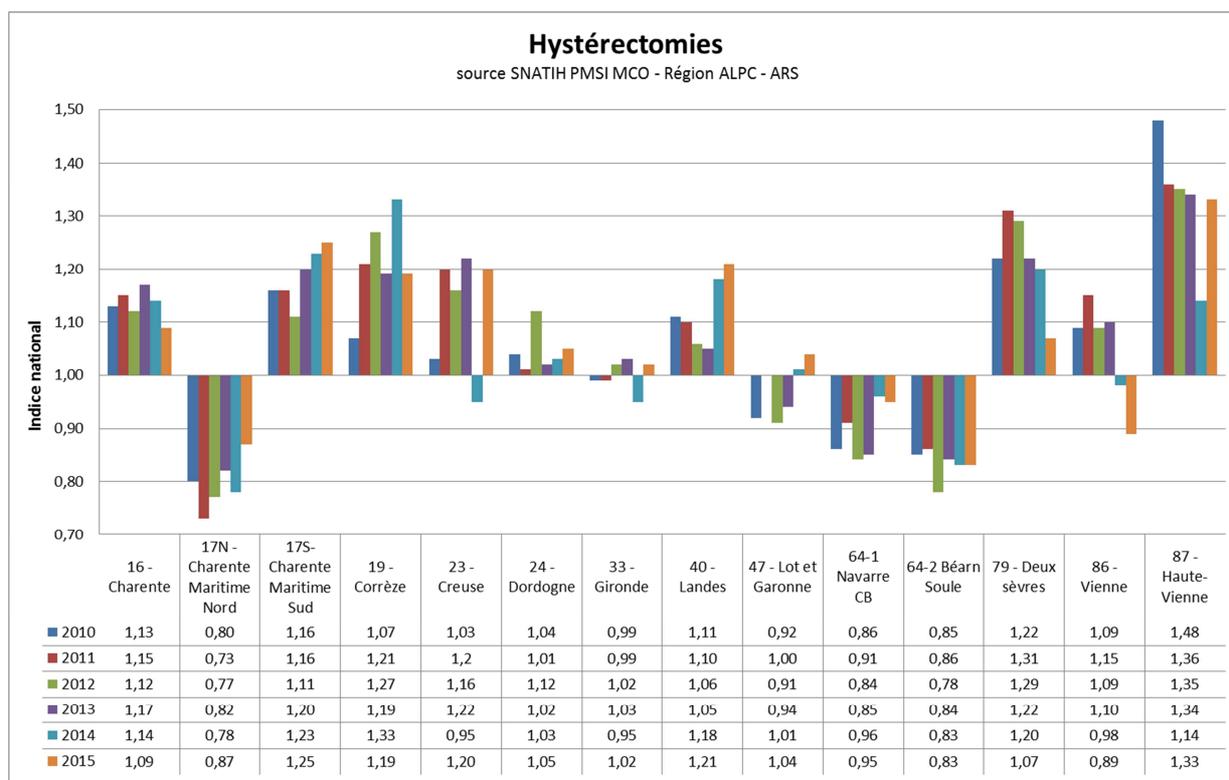
Sur la base du sur-recours constaté sur le territoire du Limousin, un état des lieux régional et un référentiel de bonnes pratiques ont été réalisés en lien avec les professionnels concernés.

Recours à l'acte :

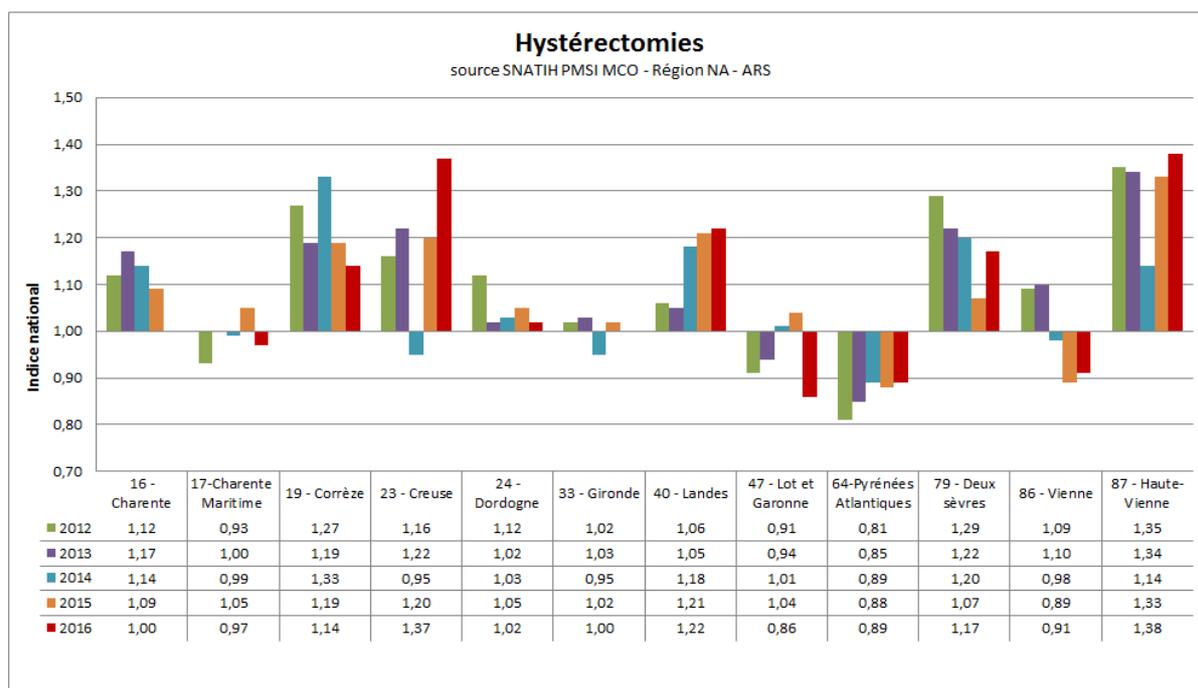
5 994 actes réalisés en 2016 en région Nouvelle-Aquitaine.

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

➤ Pour la période 2010/2015



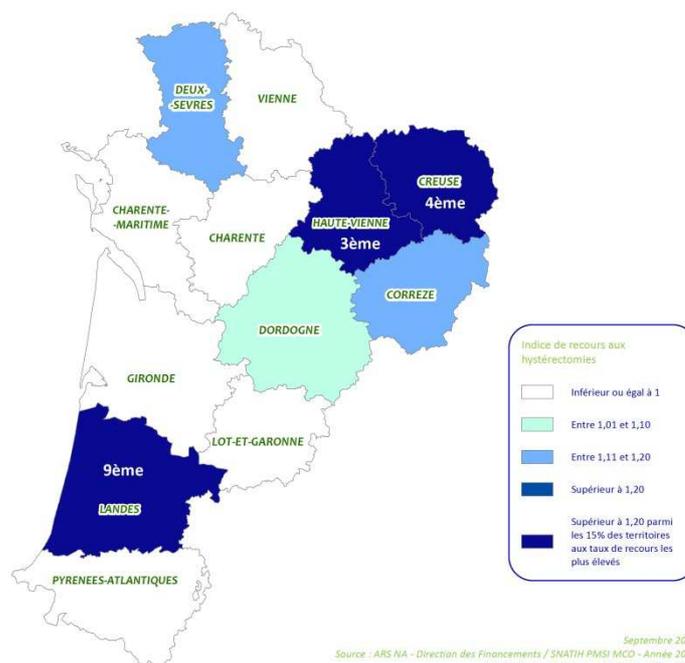
➤ Pour la période 2012/2016



Territoires ciblés :

Le territoire de la Corrèze initialement ciblé présente une diminution du taux de recours.

Cependant, à partir des données de 2016, il est constaté un accroissement du nombre de territoires ciblés : Haute Vienne (87), Creuse (23) et les Landes (40).



Territoires ciblés	Calendrier
19 Corrèze	2016 - 2017
87 Haute-Vienne	2018-2019
23 Creuse	2018-2019
40 Les Landes	2018-2019

1.2.1.2 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Mener une réflexion sur les actions d'accompagnement possibles auprès des établissements atypiques, à partir d'un travail d'analyse universitaire	2018-2019
Suivre les variations du taux de recours du territoire sur l'hystérectomie dans la perspective d'une généralisation en fonction des résultats et la parution d'éventuelles recommandations	2018-2019

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours sur l'hystérectomie sur le territoire ciblé et le taux de recours national	Réduction

1.2.2 Les angioplasties coronaires (patients stables)

1.2.2.1 Le diagnostic

Historique :

En région ex-Aquitaine, un registre nominatif (appelé registre ACIRA) recueillant l'ensemble des actes de coronarographie et d'angioplastie coronaire a été mis en place depuis décembre 2011 comportant de multiples variables permettant l'analyse des pratiques.

L'équipe opérationnelle du registre ACIRA est basée actuellement au comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA).

Le comité scientifique du registre a décidé en 2014 :

- d'analyser la pertinence des actes d'angioplastie coronaire chez les patients stables,
- et de mettre en place un programme de Développement Professionnel Continu (DPC)

Il a été effectif en mars 2016 auprès des professionnels d'angioplastie ; une évaluation est prévue en fin d'année 2017.

Par ailleurs, un projet de recherche à partir des données du registre de pratiques ACIRA « Analyse des ré hospitalisations dans l'année suivant un acte de coronarographie et d'angiographie coronaire » a été lancé au 1er trimestre 2015. A ce sujet, l'exploitation des données est en cours avec en parallèle une recherche sur un algorithme d'identification des actes d'angioplastie non pertinents.

En 2015, l'ARS a signé une annexe spécifique dans le CPOM avec les centres ayant une autorisation de cardiologie interventionnelle (activité 3) dans laquelle l'établissement s'engage sur la participation d'au moins un cardiologue interventionnel au programme de DPC.

Territoires ciblés :

Ces actions portant sur l'amélioration des pratiques s'appuient sur une structure relais fortement impliquée au niveau infrarégional (registre de cardiologie interventionnelle [CCECQA]) : elles ne peuvent être déployées à court terme sur l'ensemble du territoire.

Territoires ciblés	Calendrier
24 Dordogne	2016 - 2018
33 Gironde	2016 - 2018
40 Landes	2016 - 2018
47 Lot-et-Garonne	2016 - 2018
64 Béarn-Soule	2016 - 2018
64 Navarre Côte Basque	2016 - 2018

1.2.2.2 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Mettre en œuvre les engagements contractuels des centres d'angioplastie sur les territoires de santé ciblés en 2015	2016
Accompagner les professionnels et établissements ayant un fort taux de réhospitalisation pour angioplastie sans contexte lésionnel ou pathologie particulière (retour sur les pratiques) sur les territoires ayant fait l'objet de l'étude	2016-2017
Suivre les taux de ré hospitalisation	2017
Mesurer l'impact sur les pratiques des praticiens engagés dans la démarche	2018
Poursuivre l'étude menée par l'équipe du registre ACIRA sur la pertinence du 2ème acte de coronarographie et d'angioplastie coronaire (cas de ré hospitalisations dans l'année suivant un même acte) sur les territoires ciblés	2018-2019

Outils	Calendrier
CPOM ARS - établissements	2016-2017

Indicateur(s) de parcours	Résultat attendu
Taux d'angioplasties coronaires réalisées chez des patients stables sans test d'ischémie non invasif au préalable sur les territoires ciblés	Réduction

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Taux de réhospitalisation pour angioplastie sans contexte lésionnel ou pathologie particulière	Réduction

1.2.3 Les césariennes programmées à terme

1.2.3.1 Le diagnostic

En 2013, une expérimentation nationale s'est engagée sur l'optimisation de la pertinence des Césariennes Programmées (CP) à terme à laquelle les maternités des ex-régions Aquitaine et Limousin ont participé en grand nombre (33 établissements de naissance sur 36 [35 aujourd'hui]).

Dans le cadre de cette expérimentation, les établissements ont réalisé des évaluations des pratiques professionnelles en 2013 et/ou en 2014, avec un accompagnement des professionnels de santé dans l'amélioration de leur pratique par les réseaux de périnatalité.

A l'issue des évaluations ainsi réalisées, plusieurs objectifs d'amélioration des pratiques ont été identifiés.

L'ARS a contractualisé en 2015 avec les maternités ayant participé à l'expérimentation, afin de renouveler l'analyse de pratiques (EPP), en lien avec le Réseau Périnatalité Aquitaine. Pour les 3 établissements n'ayant pas participé à l'expérimentation, l'objectif est la mise en œuvre d'une évaluation de leur pratique.

Territoires ciblés :

Ces actions portant sur l'amélioration des pratiques s'appuient sur des structures relais fortement impliquées au niveau infrarégional (réseaux de périnatalité : Réseau PERINAT Aquitaine et réseau PERINATLIM) : elles ne peuvent être déployées à court terme sur l'ensemble du territoire.

Territoires ciblés	Calendrier
19 Corrèze*	2016 - 2017
23 Creuse*	2016 - 2017
24 Dordogne	2016 - 2017
33 Gironde	2016 - 2017
40 Landes	2016 - 2017
47 Lot-et-Garonne	2016 - 2017
64 Béarn-Soule	2016 - 2017
64 Navarre Cote Basque	2016 - 2017
87 Haute-Vienne*	2016 - 2017

1.2.3.2 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Assurer un suivi des engagements pris par les maternités des territoires ciblés concernant l'amélioration de leurs pratiques en associant les réseaux périnatalité dans la mise en œuvre des engagements (EPP notamment) et le suivi	2016 - 2017

Outils	Calendrier
CPOM ARS / Etablissements * Pour ces territoires : Réflexion en cours sur l'opportunité d'une contractualisation	2016-2017

Indicateur(s) de parcours	Résultat attendu
Taux de césariennes programmées avec âge gestationnel est > ou = à 39 semaines d'aménorrhées parmi les césariennes programmées avec enfant unique	Hausse

1.3 Les thématiques à faible enjeu en termes de sur-recours, faisant l'objet de programmes nationaux d'amélioration des pratiques

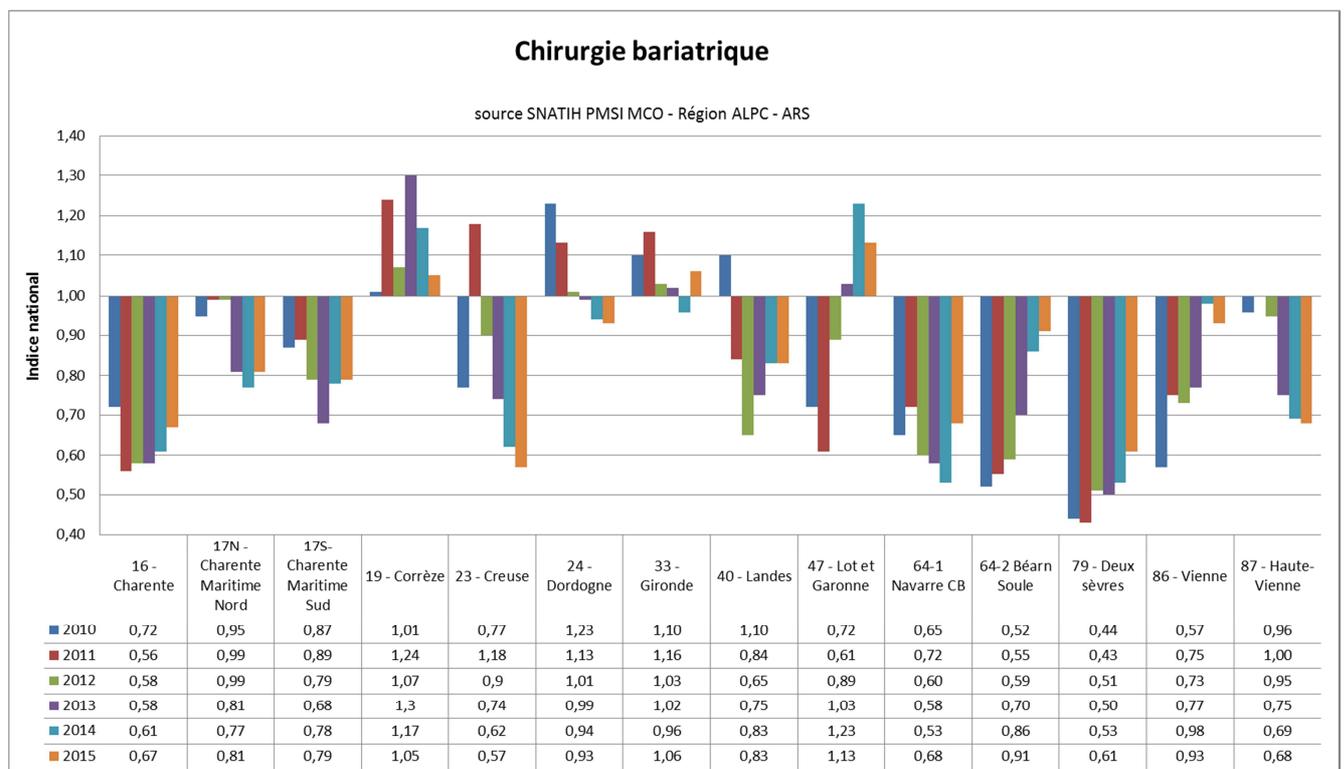
1.3.1 La chirurgie bariatrique

1.3.1.1 Le diagnostic

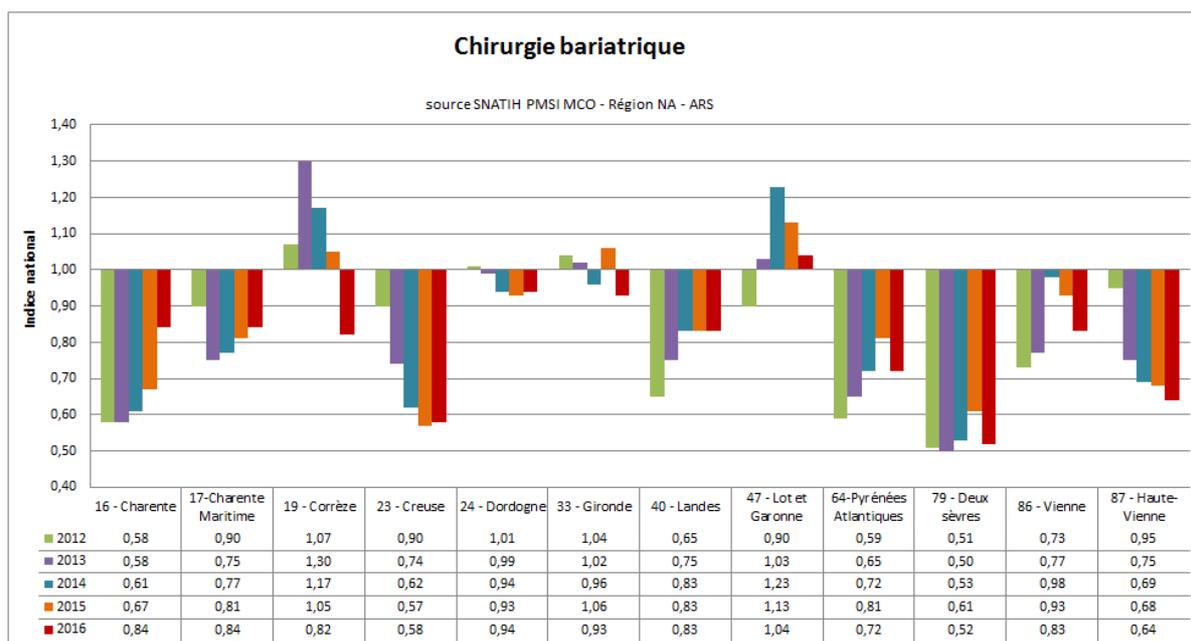
3 709 actes réalisés en 2016 en région Nouvelle-Aquitaine.

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

➤ Pour la période 2010/2015



➤ Pour la période 2012/2016



Territoires ciblés :

Pas de territoire en sur-recours ciblés

1.3.1.2 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Poursuivre l'accompagnement par l'Assurance Maladie (campagne CNAMTS)	2016 - 2017
Suivre les variations du taux de recours sur les territoires de la région afin d'identifier les tendances au sur-recours	2017 - 2018

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours sur la chirurgie bariatrique des territoires de la région et le taux de recours national	Absence de territoire en sur-recours significatif

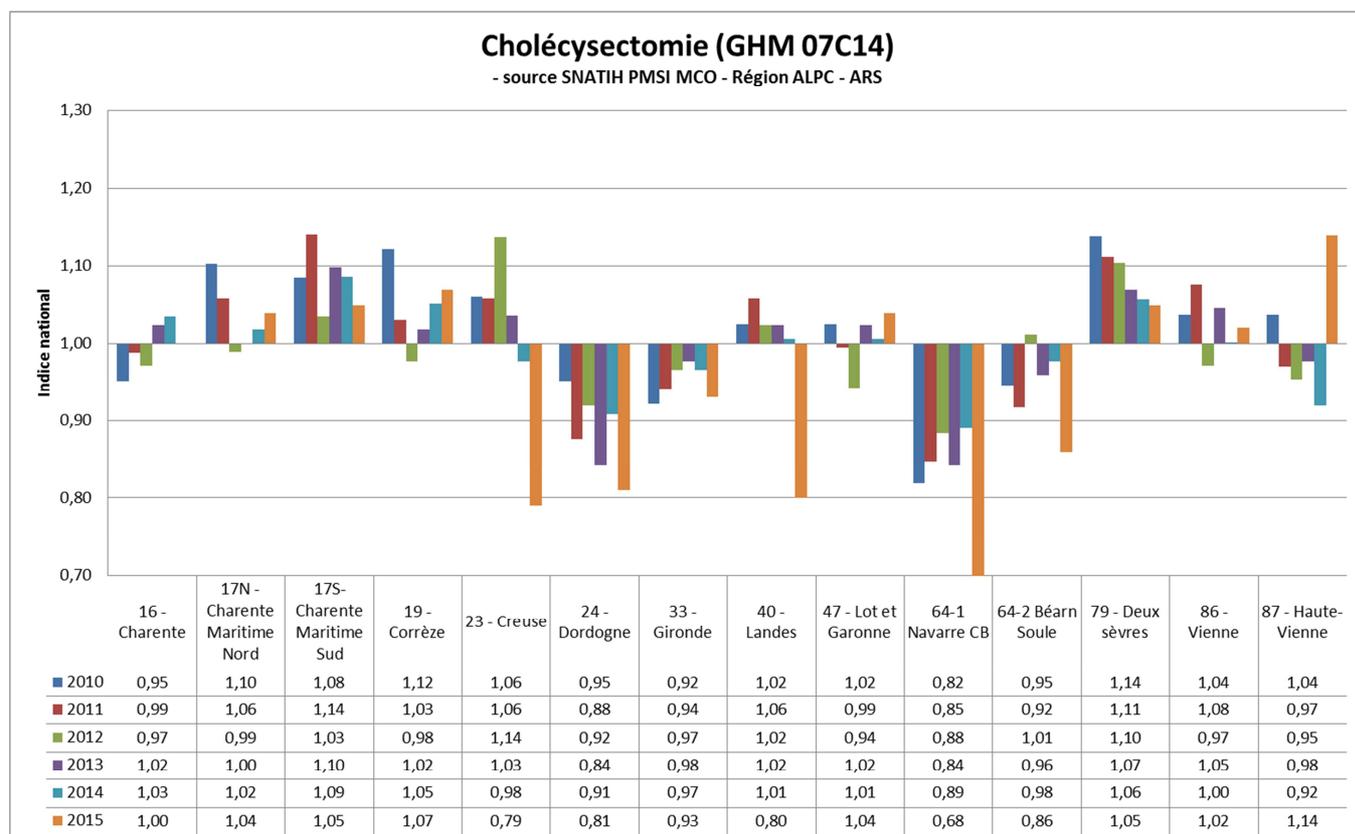
1.3.2 Les cholécystectomies

1.3.2.1 Le diagnostic

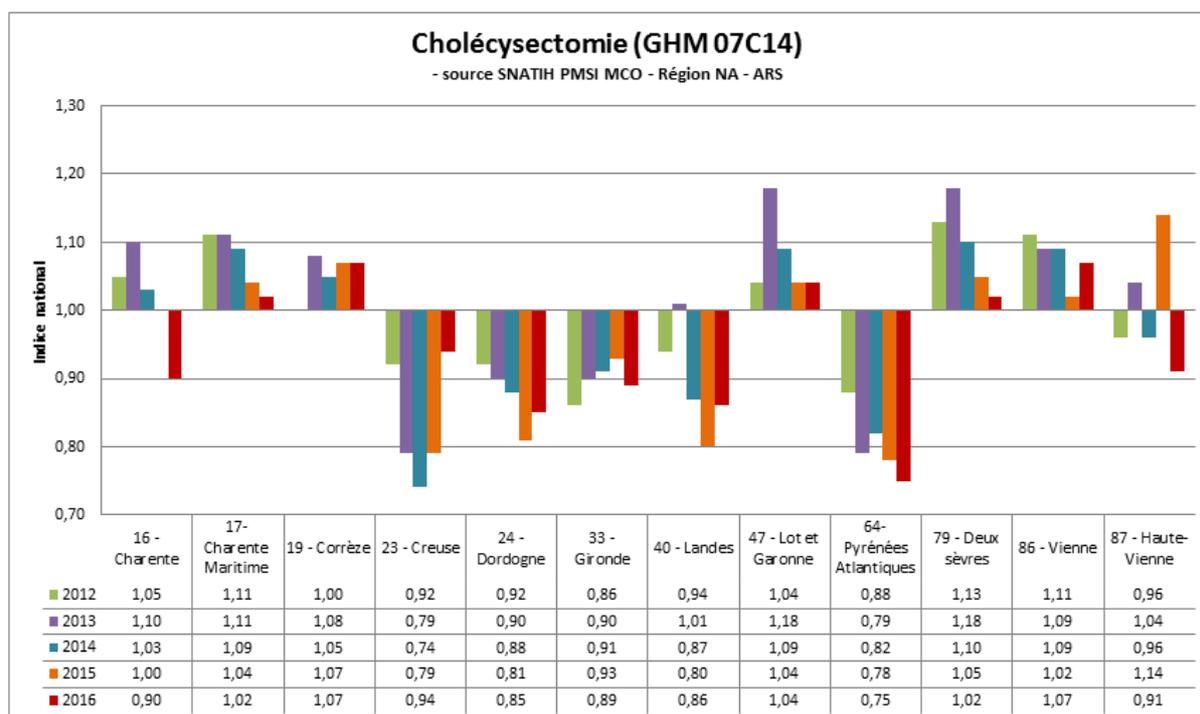
7 476 actes (GHM 07C14) réalisés en 2016 en région Nouvelle-Aquitaine.

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

➤ Pour la période 2010/2015



➤ Pour la période 2012/2016



Territoires ciblés :

Pas de territoire en sur-recours ciblés

1.3.2.2 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Poursuivre l'accompagnement par l'Assurance Maladie (campagne CNAMTS)	2016 - 2017
Suivre les variations du taux de recours sur les territoires de la région afin d'identifier les tendances au sur-recours	2017 - 2018

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours sur la cholécystectomie des territoires de la région et le taux de recours national	Absence de territoire en sur-recours significatif

1.4 Les thématiques à fort enjeu en termes de sur-recours, mais sans référentiels nationaux ou locaux

1.4.1 Les extractions des dents de sagesse (acte HGBD038 : Avulsion des 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe)

La thématique nationale « chirurgie de la bouche et des dents » recouvre un champ large : ce champ a été restreint à l'acte principal « avulsion des 4 troisièmes molaires ».

1.4.1.1 Le diagnostic

Historique :

En région ex-Aquitaine, au regard du taux de recours à l'extraction des 4 dents de sagesse le plus élevé de France (en 2013 : 2,74 pour 1 000 habitants au niveau national versus 4,221 séjours / 1000 habitants), une analyse conjointe entre l'ARS et l'assurance maladie des séjours hospitaliers et des soins de ville a été menée en 2012/2013.

L'Université d'odontologie a organisé une journée de formation médicale continue sur le thème des indications d'extraction de dents de sagesse en septembre 2012.

L'ARS a signé en 2015 une annexe spécifique dans le CPOM avec les établissements produisant dans l'année plus de 300 séjours en 2013 comportant l'acte HGBD038 sans autres actes en dehors de l'anesthésie, sa surveillance et des actes de radiologie éventuels.

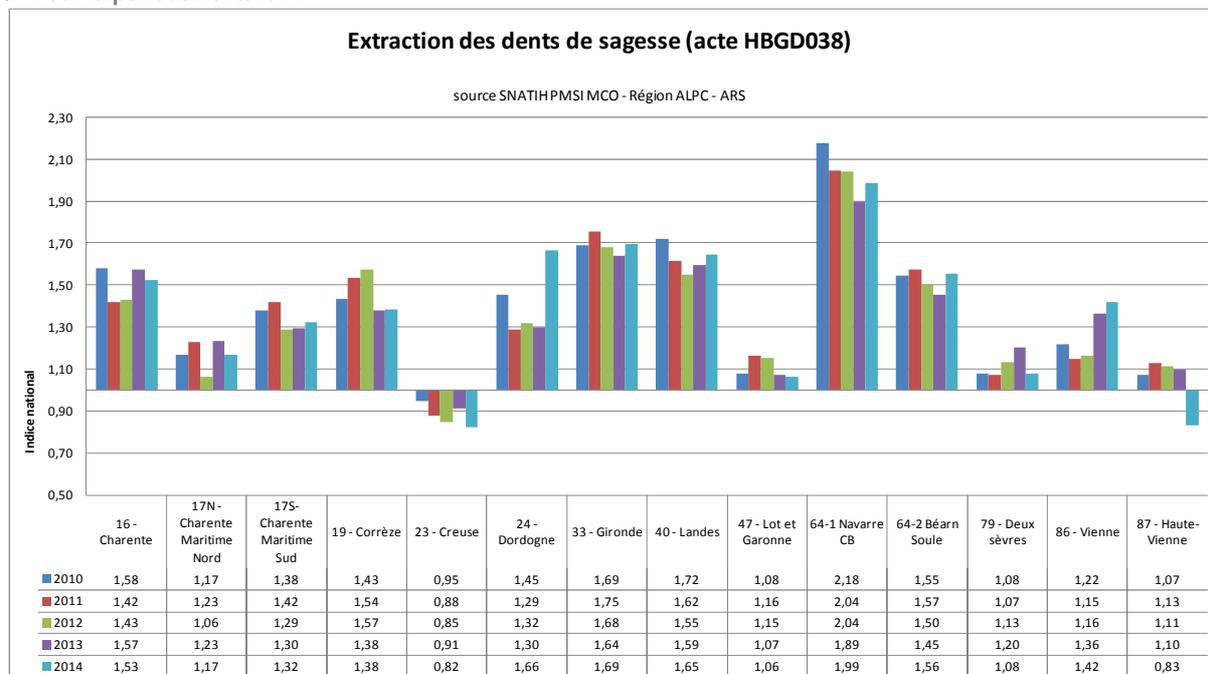
Afin de mieux analyser les éléments d'indications d'extractions des 4 dents de sagesse, et sans attendre la publication des recommandations de l'HAS, les établissements se sont engagés à ce qu'une analyse par les praticiens effecteurs sur ces indications soit réalisée, pour pouvoir les confronter ensuite à un référentiel de bonnes pratiques.

Recours à l'acte :

21 448 actes réalisés en 2014 en région Nouvelle-Aquitaine.

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

➤ Pour la période 2010/2014



➤ Pour la période 2012/2016

Les données ne sont pas disponibles.

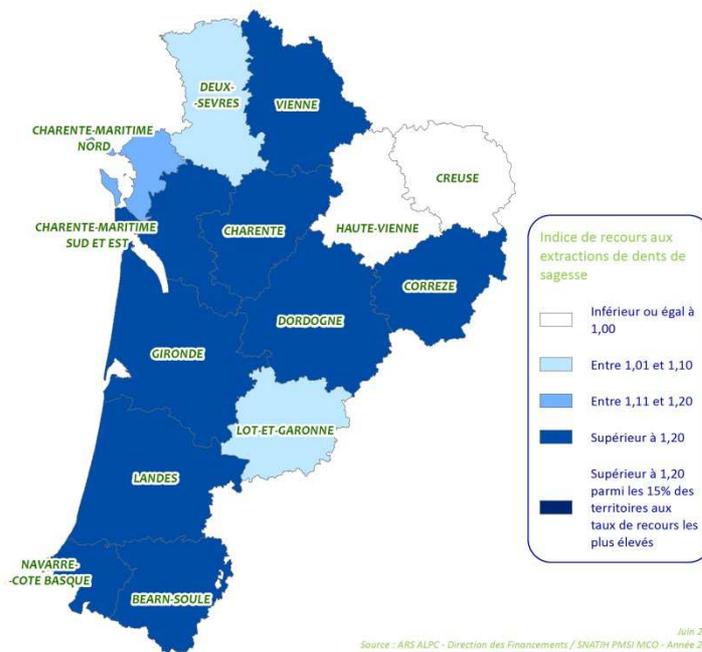
Territoires ciblés :

Au regard des données 2014, 9 territoires présentent un indice national supérieur ou égal à 1,20.

Néanmoins, dans l'attente de la parution de référentiels de bonnes pratiques, les actions auprès des établissements sont poursuivies sur les seuls territoires où elles ont été initiées.

Le ciblage sera revu au moment de la parution des référentiels.

La carte est inchangée (données 2014).



Territoires ciblés	Calendrier
16 Charente	Dès parution des référentiels
17 Charente Maritime Sud	Dès parution des référentiels
19 Corrèze	Dès parution des référentiels
24 Dordogne	2016 - 2017
33 Gironde	2016 - 2017
40 Landes	Dès parution des référentiels
64 Béarn-Soule	2016 - 2017
64 Navarre Côte Basque	2016 - 2017
86 Vienne	Dès parution des référentiels

1.4.1.2 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Mettre en œuvre les engagements contractuels des établissements sur les territoires ciblés en 2015	2016-2017
Assurer un suivi des taux de recours sur les territoires de la région	2016-2017
Cibler, sur les territoires en sur recours identifiés, les établissements à accompagner dès parution des référentiels de bonnes pratiques	2016-2017

Outils	Calendrier
CPOM ARS/Etablissements	2016-2017

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours sur avulsions des 4 3èmes molaires retenues ou à l'état de germe (HGBD038) sur les territoires de la région et le taux de recours national	Réduction de l'écart

1.4.2 Les cataractes

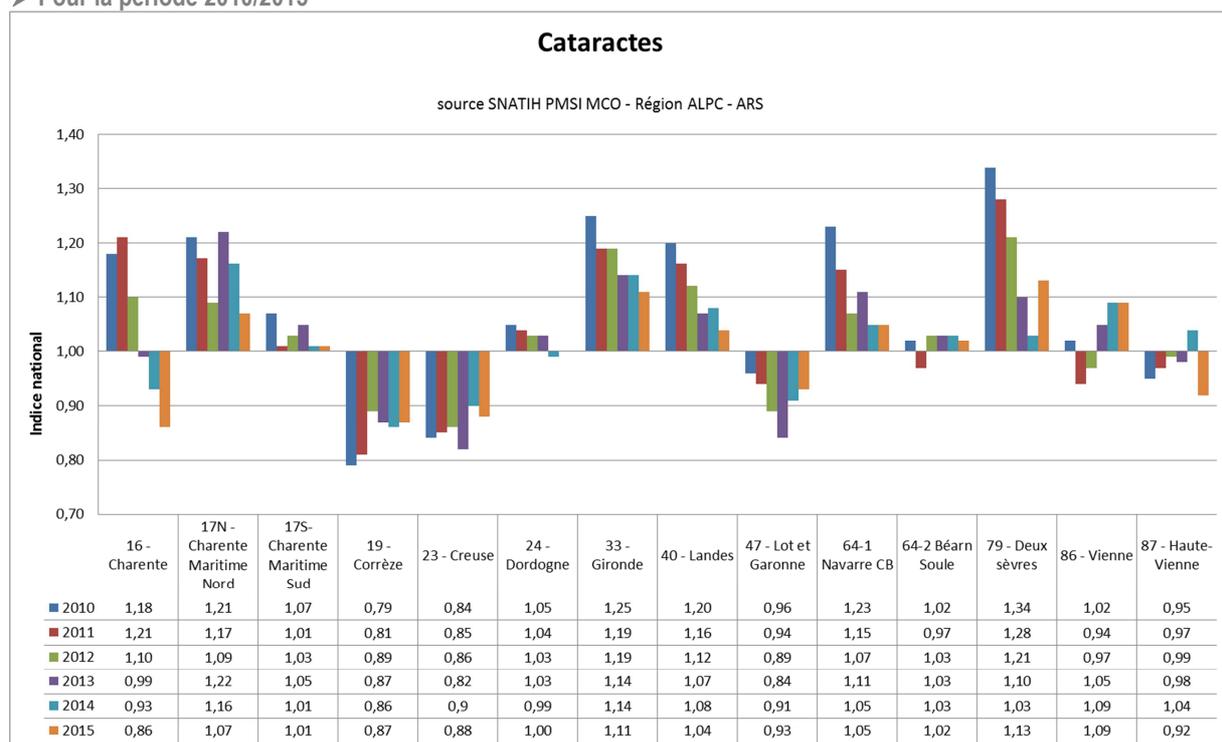
1.4.2.1 Le diagnostic

Recours à l'acte :

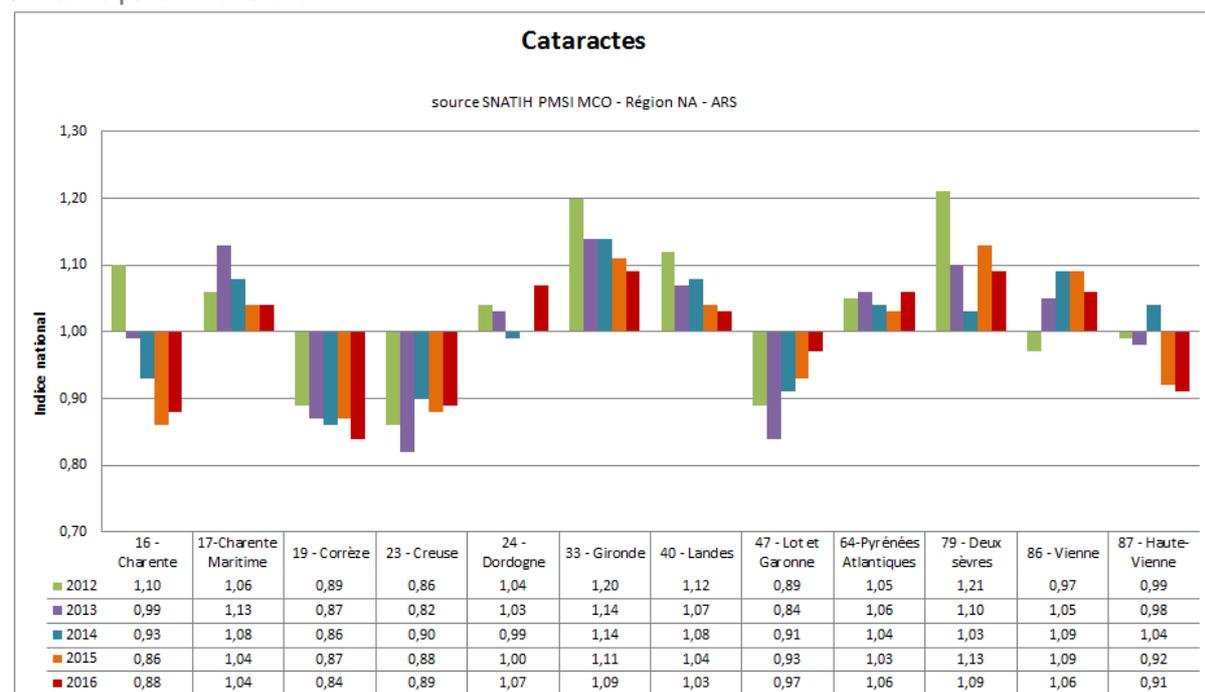
88 590 actes réalisés en 2016 en région Nouvelle-Aquitaine.

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

➤ Pour la période 2010/2015

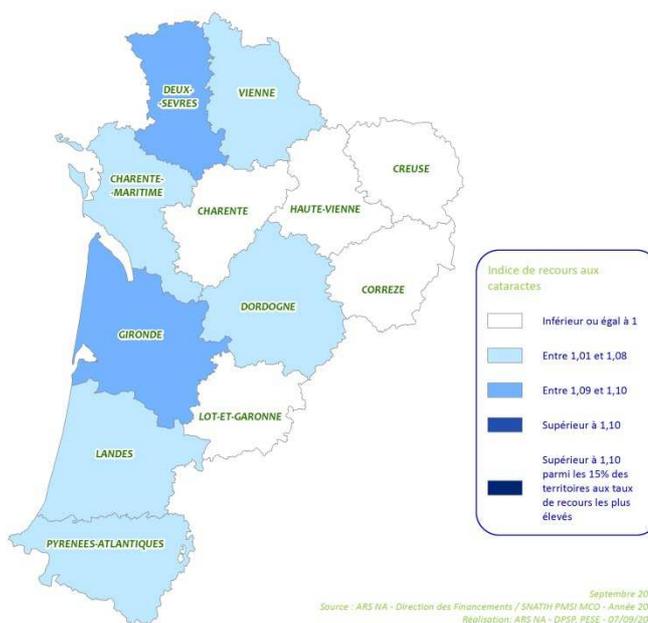


➤ Pour la période 2012/2016



Territoires ciblés :

Au regard des données 2016, les territoires initialement ciblés n'apparaissent plus avec un taux de recours significativement élevé.



Territoires ciblés	Calendrier
17 Charente Maritime Nord	Dès parution des référentiels
33 Gironde	Dès parution des référentiels
Aucun territoire ciblé	2017 - 2018

1.4.2.2 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Assurer un suivi des taux de recours sur les territoires de la région	2017-2018

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours sur la cataracte sur les territoires de la région et le taux de recours national	Réduction de l'écart

2. Les critères de ciblage des établissements

Deux leviers d'actions sont mis en œuvre auprès des établissements pour réduire les variations de pratiques des professionnels de santé :

- la contractualisation, avec des objectifs qualitatifs et/ou quantitatifs,
- la mise sous accord préalable (MSAP).

2.1 La contractualisation tripartite

Les établissements sont ciblés sur les critères suivants :

- être implantés sur un territoire avec un **sur-recours significatif**, et représenter au moins **10 % de l'activité** du territoire en sur-recours,
- Le cas échéant, présenter des indicateurs de parcours de soins atypiques pour certains actes ciblés (cf méthode de ciblage et indicateurs décrits ci-dessous)

Avant toute contractualisation tripartite, un temps d'échanges et d'information est systématiquement mis en œuvre avec les professionnels de santé des établissements ciblés (appelé « dialogue avec les chirurgiens » cf. page 10)

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 mise sous accord préalable.

Un établissement est éligible à une MSAP même s'il n'est pas sur un territoire avec un sur-recours significatif.

Seront exclus du ciblage, les établissements ayant un contrat en cours sur la période et non encore évalué. Une fois évalué, les établissements n'ayant pas atteint les objectifs du contrat tripartite pourront faire l'objet d'une MSAP.

2.2.1 Les méthodes de ciblage

Les méthodes de ciblage reposent sur un panel d'indicateurs issus des bases de l'Assurance Maladie permettant de situer les pratiques d'un établissement de santé en comparaison avec les autres.

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

Les indicateurs sont de deux types :

- Ceux construits sur les recommandations établies ou validées par la HAS,
- Ceux construits sur la base de constats épidémiologiques et/ou statistiques.

La CNAMTS propose un fichier de pré ciblage national : une analyse régionale par l'Assurance Maladie et l'ARS est indispensable afin de confirmer ou non le ciblage de l'établissement pour l'action.

Il est possible de cibler des établissements non retenus dans le pré ciblage national s'ils sont en écart par rapport aux moyennes nationales (sur le score global ou sur un ou plusieurs indicateurs).

L'analyse tiendra compte de la nature du ou des indicateurs pour lesquels l'établissement est atypique mais chaque indicateur pris isolément n'a pas de valeur statistique pour la pertinence.

Parmi les indicateurs, ceux construits sur les recommandations de la HAS ont plus de poids que les autres. Cependant, le résultat de certains indicateurs peut être analysé comme indicateur de parcours préopératoire du patient et suivi en tant que tel. Il n'y a pas de taux cible pour chacun des indicateurs.

2.2.2 Les actes ciblés

Depuis 2015, les actes ciblés dans le cadre de la MSAP sont les suivants :

- la chirurgie bariatrique,
- la chirurgie du syndrome du canal carpien.

Les indicateurs pour la chirurgie bariatrique :

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

Les indicateurs 2, 3 et 6 reposent sur les recommandations de la HAS de 2009⁷ et 2014⁸.

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

Les indicateurs pour le syndrome du canal carpien :

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

Les indicateurs 4, 5 et 6 reposent sur les recommandations de la HAS de 2012¹ et 2013².

II. La pertinence des prestations (séjours et modes de prise en charge)

Les campagnes de MSAP, actuellement mises en œuvre dans les établissements de santé, portent sur la chirurgie ambulatoire, sur des séjours médicaux ou chirurgicaux, et sur les transferts en soins de suite et de réadaptation après chirurgie orthopédique.

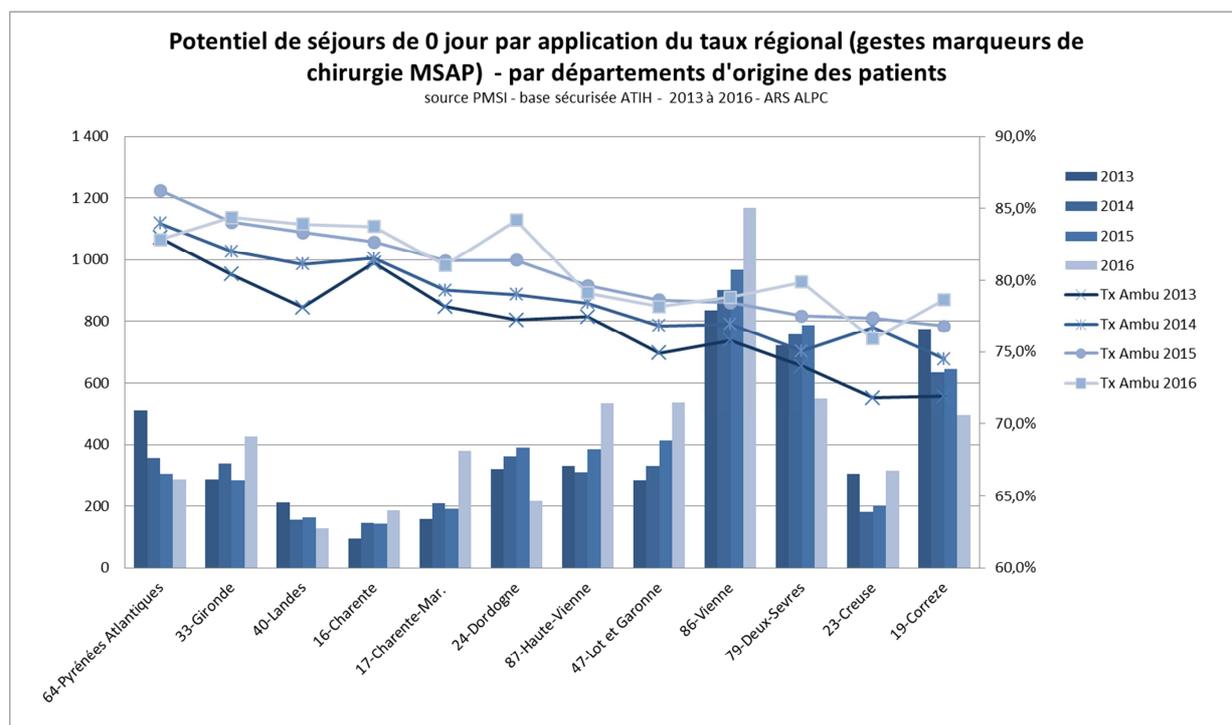
1. La pertinence des modes de prise en charge : La chirurgie ambulatoire

La procédure de mise sous accord préalable pour la chirurgie ambulatoire (MSAP CA) contribue, en complément d'autres actions (incitations tarifaires, accompagnement des établissements, engagements dans les CPOM des établissements...), à la progression du taux de recours à la chirurgie ambulatoire en France.

La MSAP « chirurgie ambulatoire » repose sur une **liste de gestes marqueurs** établie avec les sociétés savantes et/ou les conseils nationaux professionnels, enrichie régulièrement. La liste de ces gestes a été progressivement étendue : de 5 gestes en 2008 à 55 gestes en 2015 (liste en annexe).

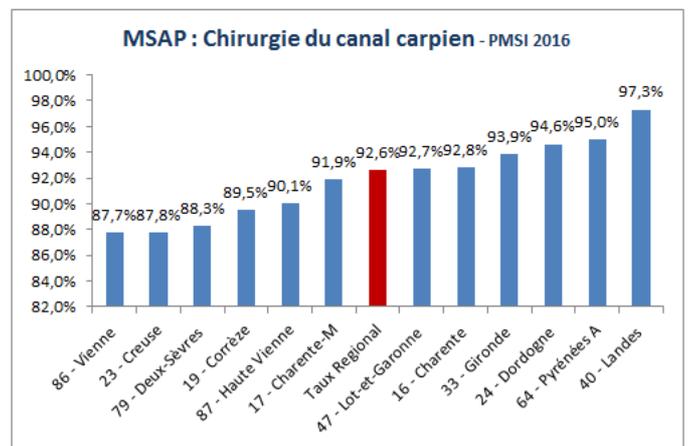
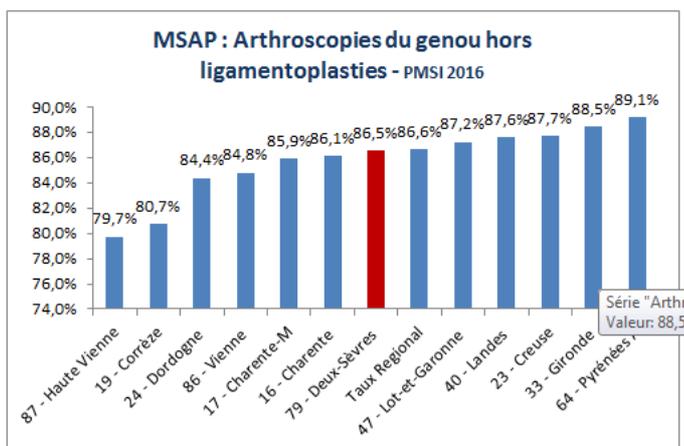
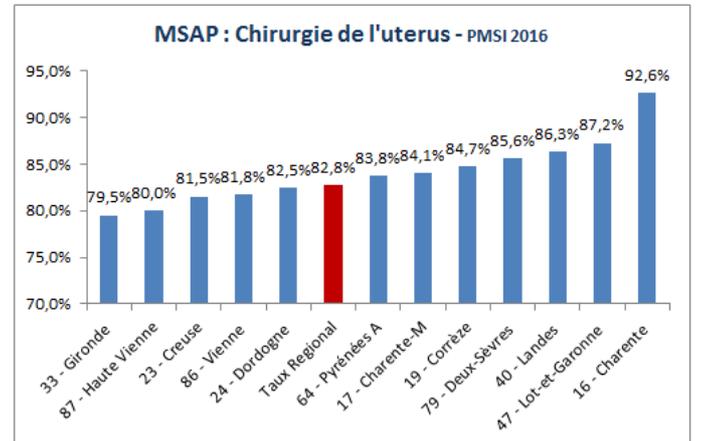
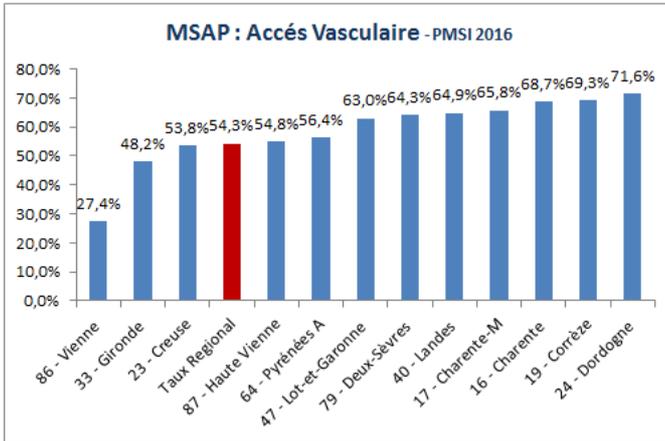
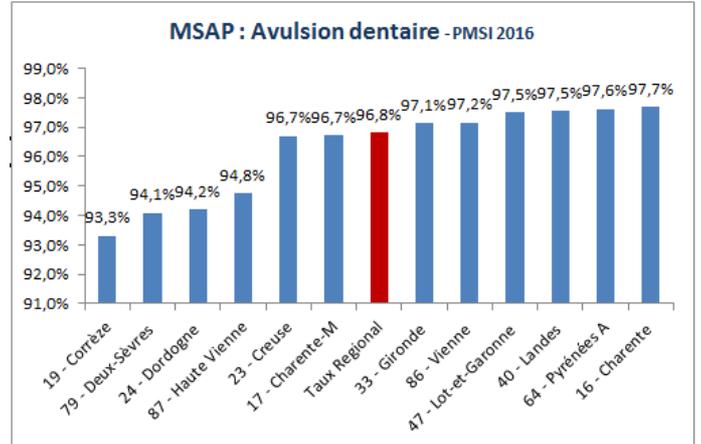
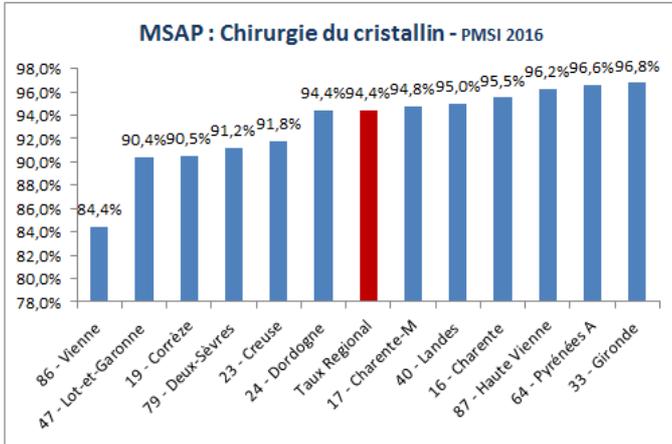
1.1 Le diagnostic régional

1.1.1 Le potentiel de séjours en chirurgie ambulatoire par application du taux régional (gestes marqueurs)

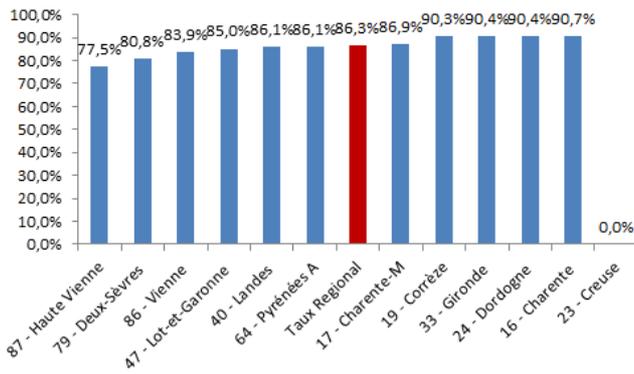


1.1.2 Le taux de chirurgie ambulatoire par territoire pour les gestes marqueurs présentant les plus gros volumes d'activité

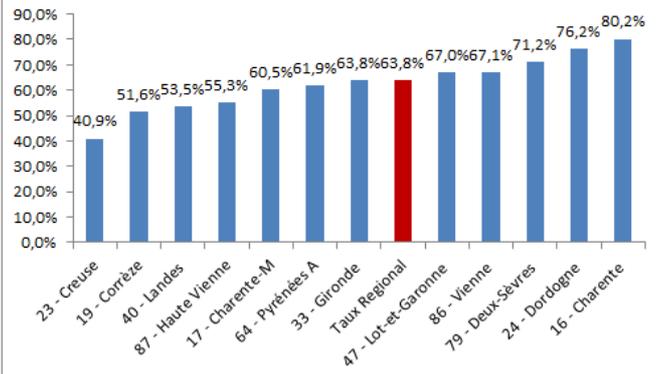
11 gestes marqueurs représentent quasiment les ¾ de l'activité de chirurgie ambulatoire dans la région Nouvelle-Aquitaine :



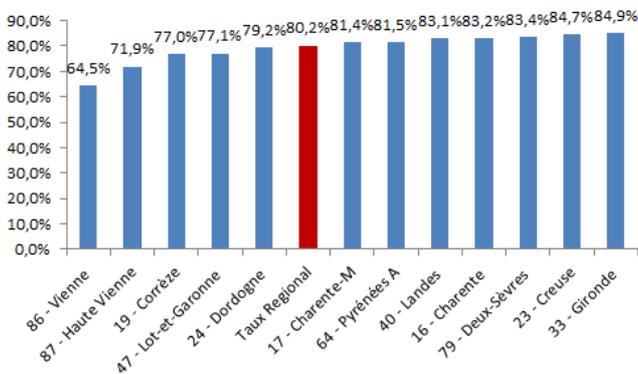
MSAP : Chirurgie des varices - PMSI 2016



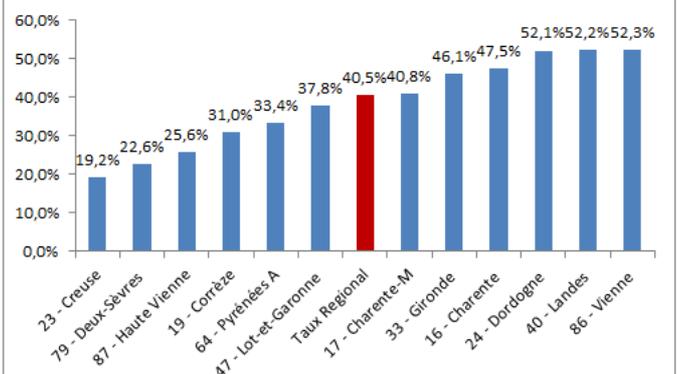
MSAP : Chirurgie des hernies inguinales - PMSI 2016



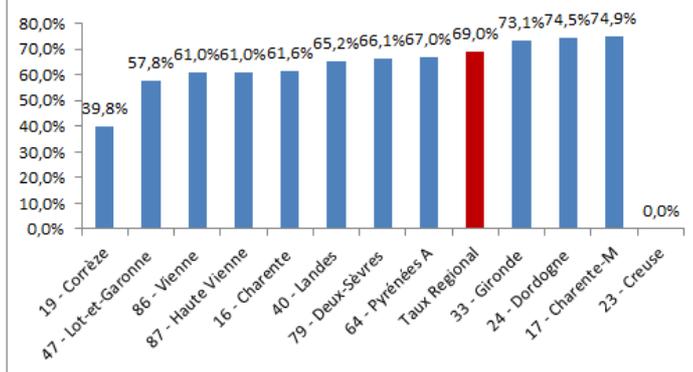
MSAP : Exérèse de lésions sous-cutanées - PMSI 2016



MSAP : Cholécystectomie - PMSI 2016



MSAP : Réparation de perte de substance en dehors de l'extrémité céphalique - PMSI 2016



1.2 La déclinaison opérationnelle : la mise sous accord préalable « chirurgie ambulatoire »

La procédure de MSAP ne porte pas sur l'opportunité de l'acte (qui revient au chirurgien) mais sur le mode prise en charge. Cette procédure ne s'applique pas dans les cas suivants :

- Urgence : les actes réalisés en urgence n'ont pas à faire l'objet d'une mise sous accord préalable.
- Enfant : pour les gestes de chirurgie de l'enfant (16 ans et moins) en accord avec le conseil national de la chirurgie de l'enfant (CNCE), sont exclus de la MSAP les interventions sur les enfants de moins de 1 an du fait des contraintes de l'anesthésie pédiatrique et de l'organisation de la chirurgie pédiatrique.
- Conversion : cas des patients initialement programmés en CA pour lesquels la réévaluation post opératoire ne permet pas la sortie le jour même (survenue d'un fait nouveau inopiné ou d'une complication justifiant une hospitalisation complète). Dans ces cas, l'établissement adressera au fil de l'eau, dans les 48 heures, l'identité du patient et les motifs d'hospitalisation complète par courrier sous pli confidentiel au service médical de l'AM.
- Patients programmés le 1er mois de la période de MSAP : ces patients sont exclus de la procédure, sous réserve de la transmission par l'établissement de la liste de ces patients avant le début de la MSAP.

1.3 Les critères de ciblage des établissements

Le ciblage porte de préférence sur les établissements :

- dont le taux d'hospitalisation complète est élevé par rapport au taux national ou régional,
- sur les gestes avec un potentiel de transférabilité des séjours en chirurgie ambulatoire significatif.

Les séjours qui comportent des associations d'actes ne sont pas exclus par principe pour le ciblage (certaines associations ne remettent pas en cause la réalisation en chirurgie ambulatoire, d'autres peuvent justifier une hospitalisation complète, à charge pour l'établissement de justifier pendant la phase contradictoire de leur activité spécifique pouvant remettre en cause le ciblage).

2. La pertinence des séjours pris en charge par l'assurance maladie

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

Les enjeux sont :

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

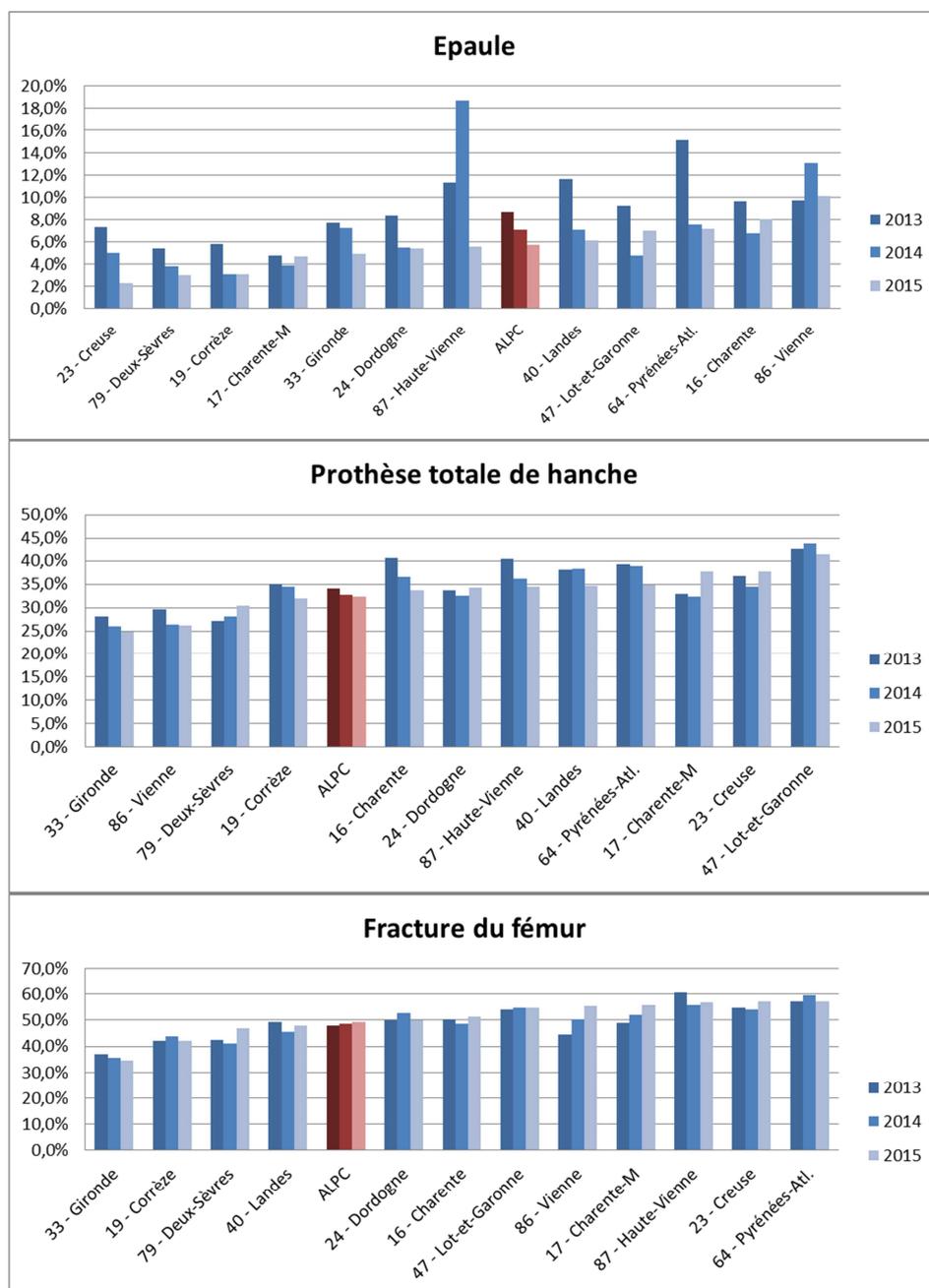
La MSAP des séjours de SSR (MSAP SSR) s'appuie sur une liste de gestes ayant fait l'objet de recommandations HAS (2006 et 2008) portant sur les critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou SSR :

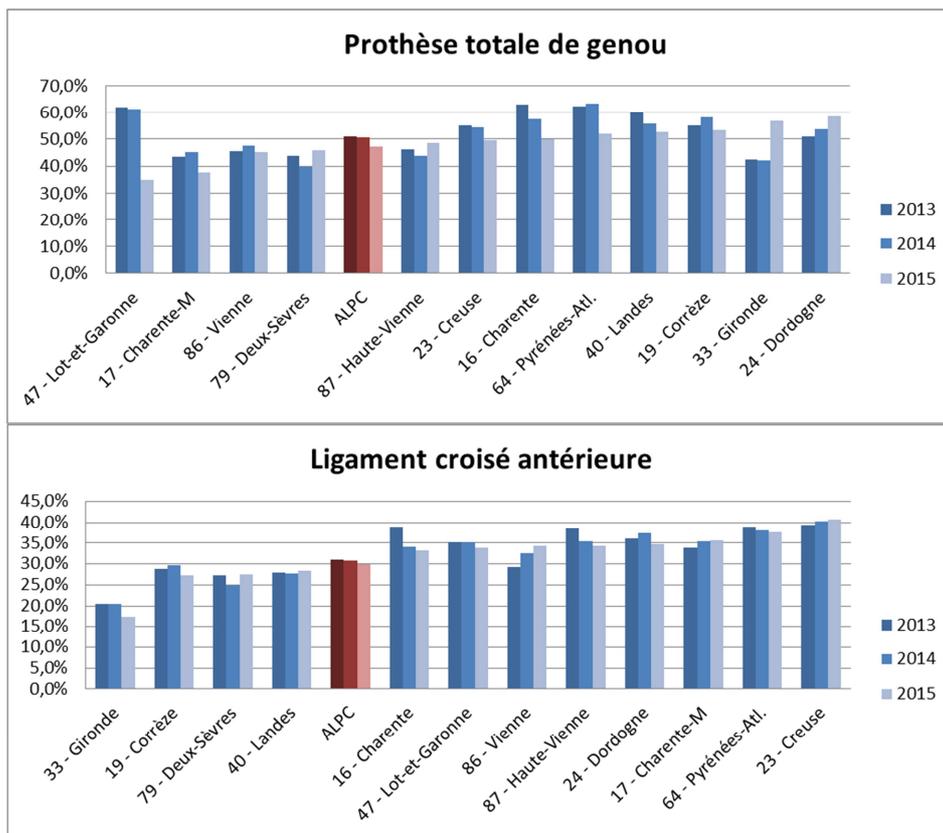
- Arthroplastie de genou par prothèse totale de genou en 1ère intention (PTG) [2008],
- Chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendon rompu de la coiffe des rotateurs (épaule) [2008],
- Ligamentoplastie du croisé antérieur du genou (LCA) [2008],
- Arthroplastie de hanche par prothèse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

2.1.1 Le diagnostic régional

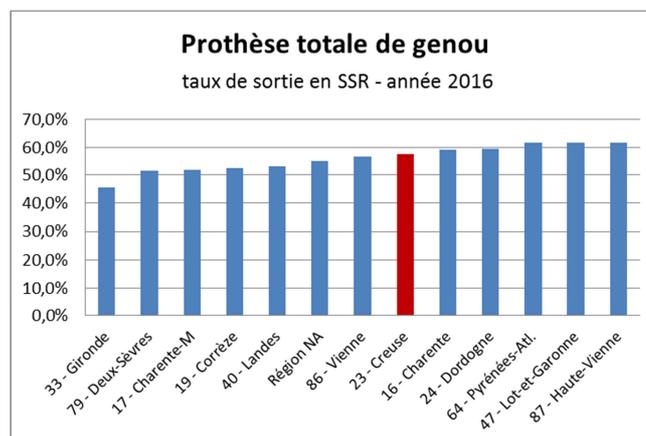
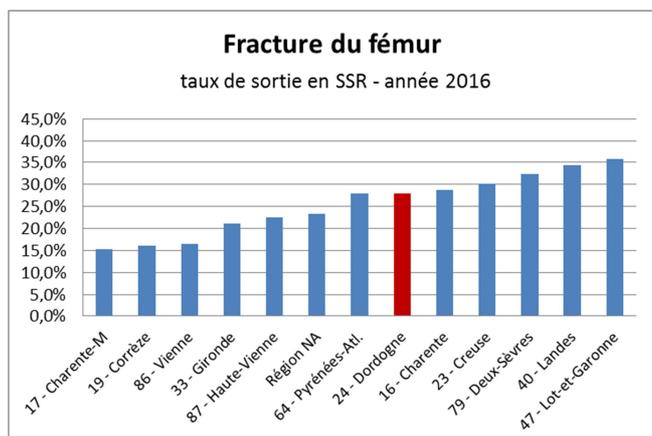
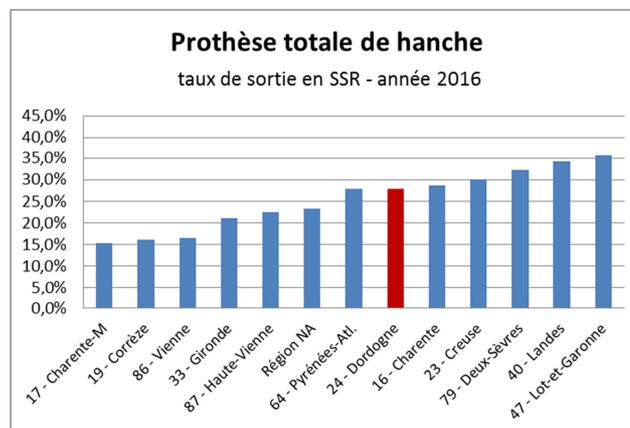
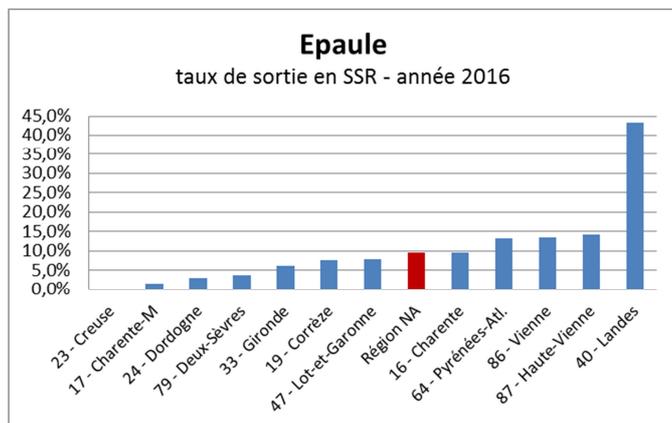
Les taux de sortie en SSR (mode de sortie directe) pour les 6 gestes marqueurs sont les suivants :

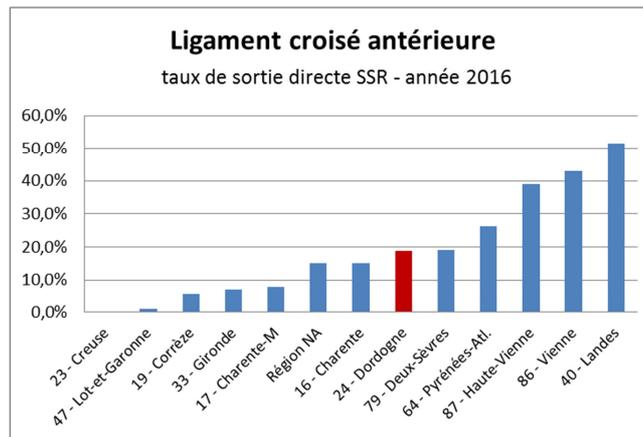
► Pour la période 2013/2015





➤ Pour la période 2016 (Changement de méthode de calcul en 2016)





2.1.2 La déclinaison opérationnelle : la mise sous accord préalable « SSR »

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

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

- de complications locales, régionales ou générales,
- de pathologies associées,
- de l'isolement social.

Le dispositif de la MSAP SSR porte sur l'établissement prescripteur des soins de suite et de réadaptation.

L'ensemble des séjours en SSR de patients adultes (à partir de 18 ans) afférents aux gestes ciblés (hospitalisation complète ou de jour) prescrits par un professionnel d'un établissement MCO est concerné.

Il peut s'agir :

- d'un transfert direct ou la mutation depuis le MCO après une intervention programmée ou en urgence,
- d'une entrée en SSR programmée par le MCO après un retour au domicile.

Les séjours inclus dans la MSAP sont ceux pour lesquels la décision d'hospitalisation en SSR a été prise à compter de la date de notification de la MSAP à l'établissement MCO par l'ARS.

2.1.3 Les critères de ciblage des établissements

Les établissements sont ciblés en fonction :

- du taux de transfert/mutation des établissements vers le SSR sur les gestes ciblés, en fonction de la moyenne régionale ou nationale,
- du respect des référentiels HAS relatifs à l'hospitalisation en SSR ou à la rééducation en ville (en articulation avec les dispositifs PRADO et trajectoire).

2.2 Les « autres prestations hospitalières »

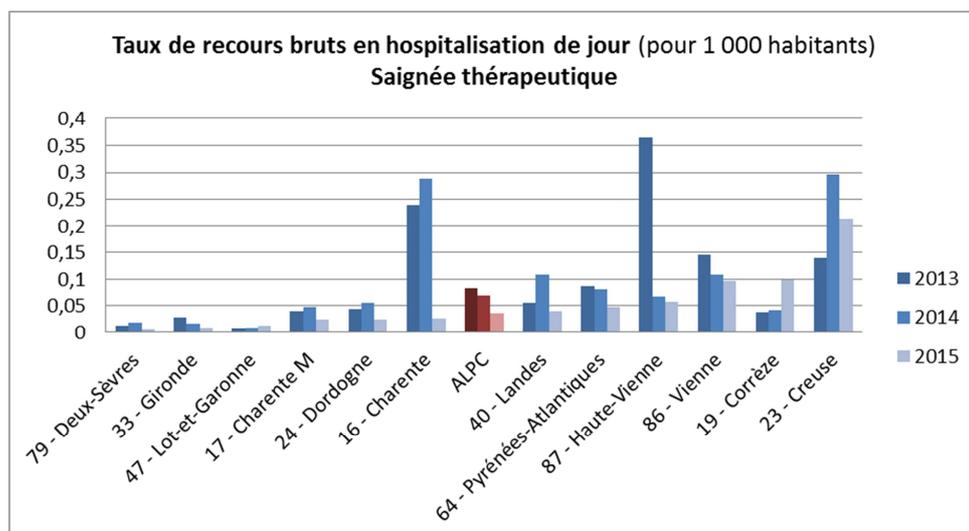
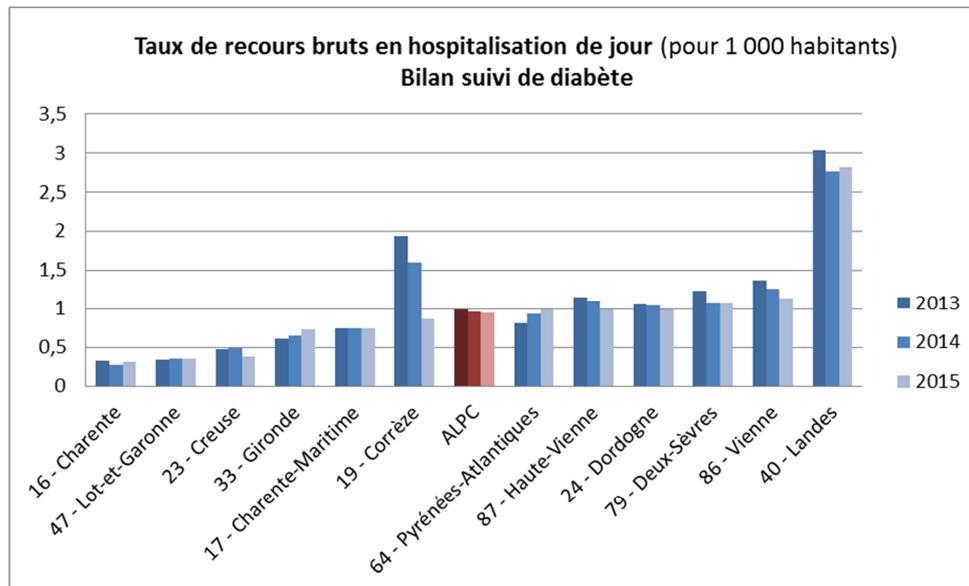
Cette démarche est relative à la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie d'un séjour.

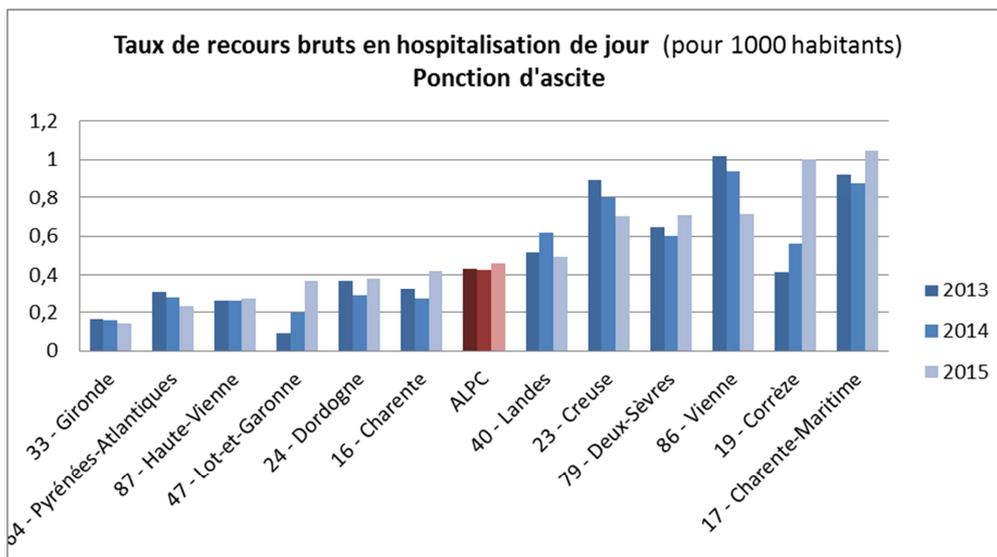
Trois prestations sont concernées :

- Séjours de chirurgie réparatrice et reconstructive,
- Hospitalisation de jour de médecine pour le suivi des patients diabétiques,
- Hospitalisation de jour pour un acte soumis à un forfait SE (donc théoriquement réalisé hors hospitalisation).

2.2.1 Le diagnostic régional

Les taux de recours (bruts) en hospitalisation de jour pour 1000 habitants sont les suivants :





2.2.2 La déclinaison opérationnelle : la mise sous accord préalable « autres prestations hospitalières »

<p>Hôpital de jour de médecine pour suivi des patients diabétique</p>	<p>Pertinence de la facturation d'un séjour en HDJ pour des bilans incomplets ne répondant pas aux critères de facturation d'un GHS et refus des prises en charge d'éducation thérapeutique isolées du patient par un GHS alors qu'il relève d'un autre mode de financement</p>	<p>GHM retenus :</p> <ul style="list-style-type: none"> 23M08J (autres motifs de recours chez un patient diabétique, en ambulatoire) 10M13Z (explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques) 10M02T (diabète, âge supérieur à 35 ans, très courte durée) 10M021 (diabète, âge supérieur à 35 ans, niveau 1) 10M03T (diabète, âge inférieur à 36 ans, très courte durée) 10M031 (diabète, âge inférieur à 36 ans, niveau 1) 23M19Z (explorations et surveillance pour autres motifs de recours aux soins), présentant un diagnostic principal (DP) diabète (E10* à E14*) et une durée de séjour égale à 0 jour
<p>Forfait Sécurité Environnement</p>	<p>Pertinence de la prise en charge par l'Assurance Maladie d'un séjour : Justification de l'environnement « hôpital de jour » pour un acte soumis à un forfait SE (donc théoriquement réalisé hors hospitalisation)</p>	<p>Actes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ponction d'ascite HPJPB001 - Amniocentèse JPHJ002 - Biopsie de prostate JGHJ001 - Ablation système diffuseur EBGA001

2.2.3 Les critères de ciblage des établissements

Les établissements sont ciblés par rapport à leur comportement plus ou moins atypiques vis à vis du comportement moyen régional et ou national concernant les indicateurs de pertinence élaborés sur la base des recommandations de la HAS.

Le ciblage porte :

- pour la chirurgie réparatrice et reconstructive : sur les constats antérieurs des contrôles CCAM sur ce thème ;
- pour les hospitalisations de jour de médecine pour les bilans diabétiques : sur la part importante de séjours à 0 jour répondant aux critères définis (GHM, DP) comparativement aux établissements d'activité comparable

ou

sur les établissements dont l'augmentation du nombre de bilans réalisés chez les patients diabétiques ne correspond pas à une diminution des hospitalisations complètes ou ceux dont les séjours correspondants aux GHM décrits supra sont associés à un nombre faible d'actes comparativement aux autres établissements ;

- pour les hospitalisations de jour : pour des actes ouvrant droit à un forfait SE, sur la base du taux de réalisation de l'acte en hospitalisation de jour.

III. La pertinence des prescriptions de transports

Les transports sanitaires sont définis par les activités des taxis, VSL, ambulances et autres (transports personnels notamment).

1. Le diagnostic régional

1.1 La décomposition des coûts en région Nouvelle-Aquitaine

➤ Evolution en montants remboursés

Données de la période : 01/01/2015 - 31/12/2015				Ensemble des prescripteurs		
	Montants remboursés	Part	Evolution	Quantité	Part	Evolution
Ensemble des transports (yc. ING)	277 226 747	100,0%	4,2%	5 037 788	100,0%	3,1%
Ambulances	81 732 953	29,5%	2,8%	837 672	16,6%	3,5%
VSL	69 344 673	25,0%	7,0%	1 933 236	38,4%	2,9%
Taxis	100 734 817	36,3%	5,0%	1 909 446	37,9%	3,3%
Véhicules personnels	7 040 618	2,5%	3,3%	259 819	5,2%	1,0%
Autres transports	3 093 579	1,1%	-5,0%	45 927	0,9%	8,4%
<i>Indemnité garde amb.</i>	15 280 108	5,5%	-2,6%	51 688	1,0%	-2,9%

La région Nouvelle-Aquitaine enregistre en 2015 un taux d'évolution des dépenses de transport de +4.2%, porté par une hausse, en montants remboursés, des transports en VSL et taxis.

➤ Evolution par type de prescripteurs

La répartition entre type de prescripteurs (médecins généralistes libéraux, spécialistes libéraux et établissements) est la suivante :

<u>Prescripteurs (hors ING)</u>	Montants remboursés	Part	Evolution	Quantité	Part	Evolution
Généralistes libéraux	53 050 404	20,3%	3,2%	1 268 633	25,4%	2,3%
Spécialistes libéraux	41 326 085	15,8%	4,1%	761 369	15,3%	2,7%
Etablissements	166 490 948	63,6%	5,2%	2 935 848	58,9%	3,7%

Les établissements, qui représentent plus de 64% des dépenses de transports, connaissent une hausse significative de 5.2% en 2015.

➤ Evolution des dépenses liées aux transports sanitaires urgents

Transports sanitaires urgents	Montants remboursés	Part	Evolution	Quantité	Part	Evolution
Ensemble des transports (yc. ING)	22 748 726	100,0%	0,2%	157 298	100,0%	2,3%
Ambulances de garde	3 008 695	13,2%	4,8%	58 561	37,2%	4,2%
Ambulances avec sup. urgence	4 459 924	19,6%	8,0%	47 049	29,9%	6,1%
Indemnité garde amb. (ING)	15 280 108	67,2%	-2,6%	51 688	32,9%	-2,9%

Dans le cadre des transports régulés par le centre 15, on constate à nouveau en 2015 une hausse significative des ambulances commerciales en période de garde ambulancière.

1.2 Analyse comparative des circonscriptions de la Nouvelle-Aquitaine

Les résultats présentés sont « bruts » et ne prennent pas en compte les caractéristiques géographiques des départements, les caractéristiques socio-démographiques et sanitaires de la population, ainsi que les particularités en termes d'offre de soins.

➤ Indicateurs transports par circonscriptions

Cpam	Population protégée au 01/01/2015		Montant moyen de transports par consommant 2014		Taux de recours 2014		Poids Ambulances 2014		Poids ING* 2014		Evolution des montants 2015/2014	Superficie (km ²)
	Nb benefs.	Rang	Montant	Rang	Taux	Rang	Poids	Rang	Poids	Rang		
241 PERIGUEUX	275 507	62	795 €	47	11,7%	13	23%	69	7%	23	6,3%	9 060
331 BORDEAUX	1 053 666	12	784 €	52	7,2%	84	50%	10	3%	81	2,6%	10 725
401 MONT-DE-MARSAN	263 198	66	866 €	21	9,8%	37	22%	78	10%	8	-0,1%	9 243
471 AGEN	220 772	78	826 €	34	9,9%	34	29%	42	6%	28	2,7%	5 361
641 BAYONNE	245 084	73	728 €	68	7,3%	80	38%	24	8%	14	5,9%	2 420
642 PAU	268 877	65	845 €	29	7,3%	81	27%	48	8%	11	8,3%	5 375
191 TULLE	165 489	86	841 €	30	9,8%	39	19%	88	11%	5	0,0%	5 857
231 GUERET	76 580	101	989 €	8	14,3%	1	15%	99	10%	6	7,0%	5 565
871 LIMOGES	256 905	68	643 €	84	9,9%	32	26%	56	7%	21	0,0%	5 520
161 ANGOULEME	256 638	69	643 €	83	9,6%	43	24%	63	4%	50	7,0%	5 956
171 LA ROCHELLE	454 645	42	743 €	65	9,4%	50	25%	58	4%	72	1,9%	6 864
791 NIORT	270 744	64	689 €	75	9,6%	42	14%	101	5%	49	4,5%	5 999
861 POITIERS	297 974	60	596 €	97	8,8%	56	23%	72	9%	10	2,8%	6 990
Région ALPC	4 276 044		755 €		8,2%		27%		5%		3,1%	84 935
Moyenne France métropolitaine			767 €		7,9%		36%		4%		3,9%	

ING* : Indemnités de garde ambulancière

➤ **Des montants moyens de transports par consommant très dispersés entre circonscriptions de la région Nouvelle-Aquitaine**

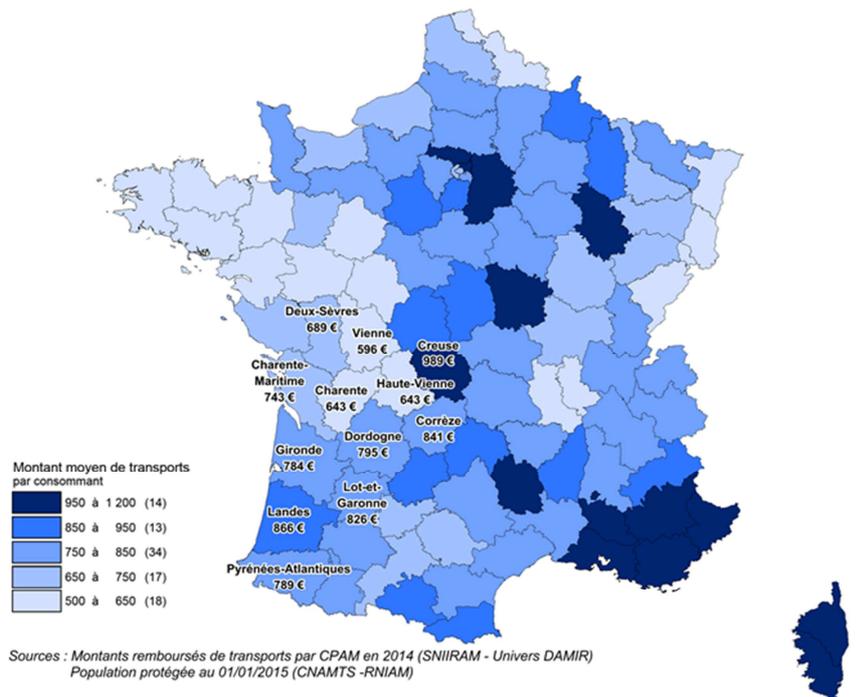
- la Vienne, la Haute-Vienne et la Charente font partie des départements avec les montants moyens par consommant les plus faibles de France,
- la Dordogne, la Gironde, les Pyrénées-Atlantiques, le Lot-et-Garonne, les Deux-Sèvres, la Charente-Maritime et la Corrèze se situent autour de la moyenne nationale (767 €),
- et les Landes et la Creuse ont des montants moyens par consommant élevés.

Globalement, la région Nouvelle-Aquitaine se situe à un niveau moyen mais avec une importante hétérogénéité en comparaison avec la Bretagne ou les Pays de Loire où l'ensemble des départements se situent en dessous de la moyenne nationale.

Cette hétérogénéité est à mettre en regard du paysage sanitaire et de la densité médicale de même que la typologie de l'offre en transports est un facteur explicatif.

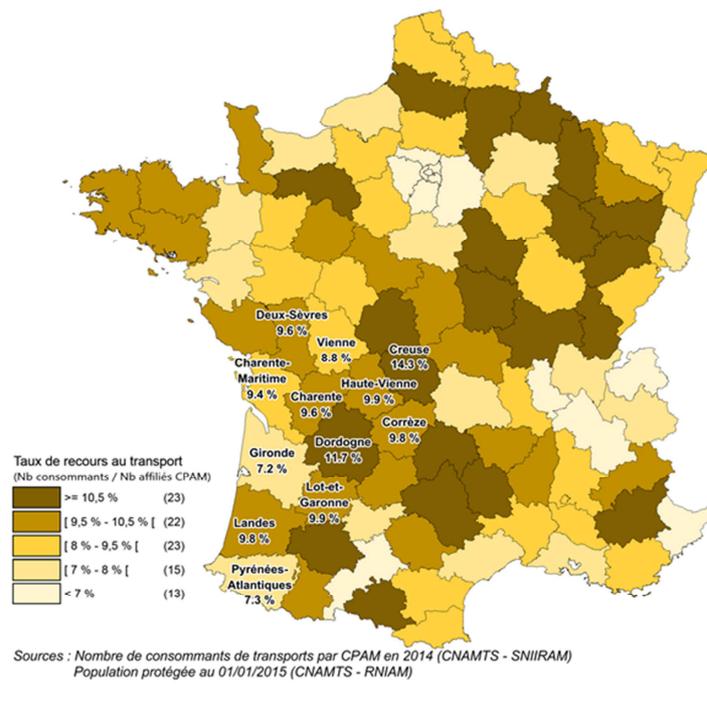
Le taux de recours mais également les distances parcourues ou encore le poids des ambulances viennent expliquer ces montants moyens de transport par consommant.

Figure 1 - Montant moyen de transports par consommant en 2014 (CPAM hors SLM)



➤ **Des taux de recours hétérogènes**

Figure 2 – Taux de recours au transport en 2014 (CPAM hors SLM)



Seules 3 circonscriptions de la région ont des taux de recours au transport en dessous de la moyenne nationale : Bayonne, Pau et Bordeaux.

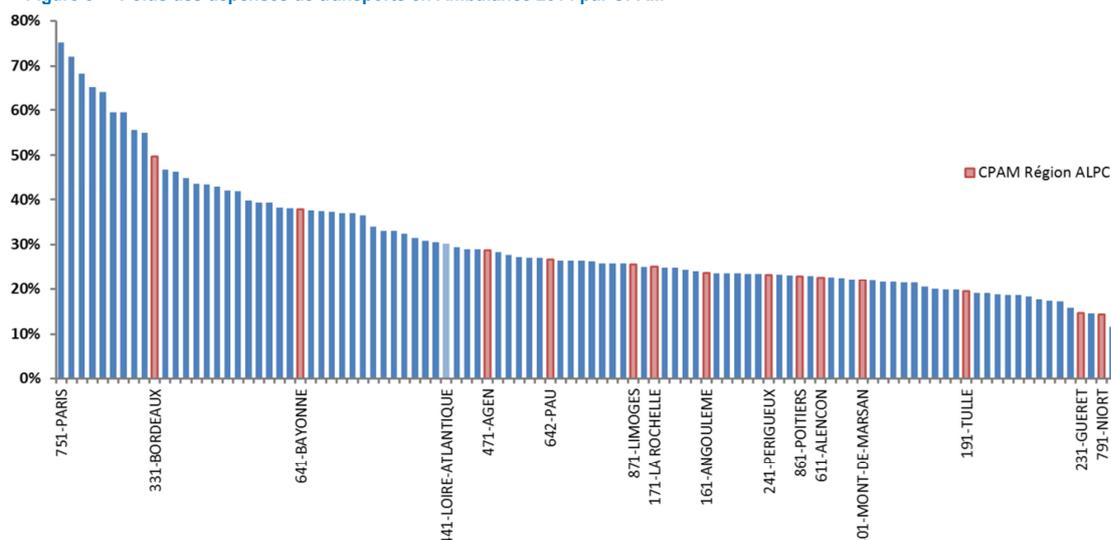
Les autres territoires sont au-dessus de la moyenne nationale et notamment la Creuse et la Dordogne avec un recours au transport quasiment deux fois plus important.

La variabilité des taux de recours peut s'expliquer par :

- l'âge de la population sur chaque département,
- le caractère urbain ou rural des départements.

➤ **Dépenses de transports en ambulance : une atypie girondine**

Figure 3 - Poids des dépenses de transports en Ambulance 2014 par CPAM



Les territoires de la région Nouvelle-Aquitaine se positionnent de façon très dispersée en ce qui concerne le poids de l'ambulance en montant remboursé.

La Gironde se caractérise par une proportion de dépenses de transports en ambulance élevée qui la place au 10ème rang (les 1ers étant majoritairement des circonscriptions d'Ile-de-France). L'offre en transports sanitaires explique en grande partie le recours à l'ambulance.

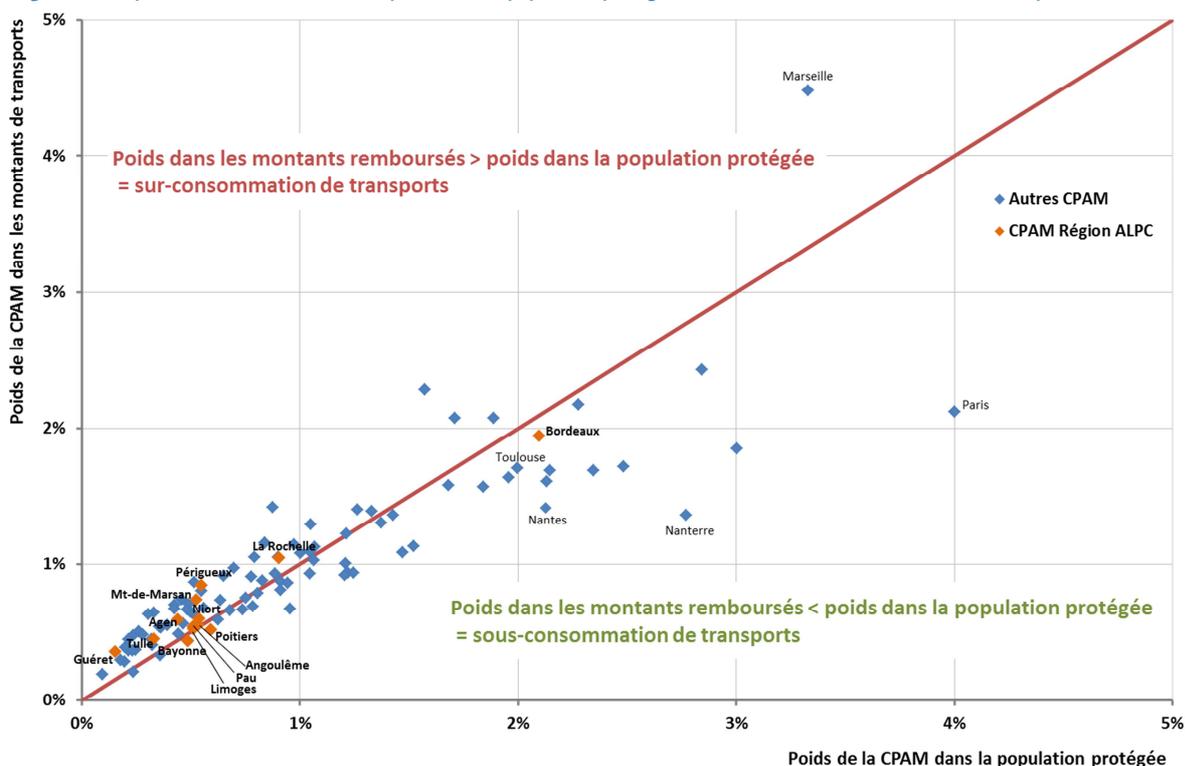
Au contraire, la Creuse et les Deux-Sèvres ont des poids de transports en ambulance très faibles.

➤ **Répartition des CPAM selon leur poids dans la population protégée et dans les montants remboursés de transports**

Le graphique ci-dessous situe les CPAM selon leur importance en volume de population protégée et leur poids dans les montants remboursés de transports au niveau national.

Les points proches de la droite rouge correspondent à des caisses dont les poids en termes de population protégée et de montants de transports sont proches.

Figure 4 - Répartition des CPAM selon leur poids dans la population protégée et dans les montants remboursés de transports



2. Les domaines prioritaires au regard du diagnostic régional et déclinaison opérationnelle

Au regard du diagnostic régional et en lien avec les priorités identifiées conjointement entre l'assurance maladie et l'ARS sur la thématique des transports dans le cadre du plan triennal pour l'efficience et la performance du système de soins, deux objectifs ont été identifiés concernant la pertinence :

- Réduire les variations de pratique entre les circonscriptions en matière de recours aux transports sanitaires,
- Diminuer le taux de recours à l'ambulance pour les circonscriptions atypiques en favorisant le juste mode de transport.

Plusieurs leviers et chantiers, identifiés dans la feuille de route commune entre l'assurance maladie et l'ARS (bloc transport) contribuent à l'atteinte de ces objectifs :

- Mener avec certaines collectivités locales un chantier sur l'aménagement du territoire afin de diminuer un recours parfois injustifié aux transports sanitaires sur des territoires caractérisés par un déficit en transport collectif, auxquels s'ajoutent parfois des situations de précarité.
- Remédier aux dysfonctionnements dans l'organisation de la garde ambulancière sur certains départements à l'origine d'un recours injustifié aux ambulances commerciales en période de garde.
- Engager les établissements dans la gestion de leurs recours aux transports sanitaires pour les consultations externes, ainsi que les sorties d'hospitalisation (organisation centralisée des commandes de transport, régulation des transports au niveau des entrées).

La contractualisation tripartite avec les établissements ciblés constitue un levier supplémentaire pour améliorer la pertinence des prescriptions de transports sanitaires.

Actions	Calendrier
Accompagner les établissements dans l'identification des taux de recours par activité de soins par la présentation des profils transports AM par activités de soins publics et privés actualisés au semestre	2015-2016
Contractualiser avec les établissements ciblés	2017
Suivre l'évolution des taux de recours par activité de soins	2017

Outils	Calendrier
Contrat tripartite	2017

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Taux d'évolution des dépenses de transports prescrits par les établissements (tous régimes)	Diminution du taux d'évolution
Taux d'évolution de la part des ambulances dans les dépenses de transports prescrits par les établissements (tous régimes)	Diminution du taux d'évolution

3. Les critères de ciblage des établissements

Afin de pouvoir cibler les établissements éligibles à la contractualisation tripartite, la CPAM de la Gironde a élaboré des profils de prescription :

- Ces profils, conçus à partir d'un chaînage des bases inter-régimes de remboursements de l'Assurance Maladie et du PMSI, permettent de rattacher les transports prescrits par l'établissement à ses activités de soins et de calculer ainsi ses taux de recours au transport sanitaire.
- Les méthodologies de requêtage étant différentes selon le statut public ou privé de l'établissement, l'étude des données comparatives sur les prescriptions de transports porte sur les établissements publics d'une part et sur les établissements privés d'autre part.

Deux bases de données public/privé ont ensuite été élaborées pour comparer les établissements sur plusieurs indicateurs et déterminer, pour les séjours, séances et Actes et Consultations Externes (ACE) une présentation des données comprenant des bornes hautes et basses et des médianes.

Les critères de ciblage des établissements sont les suivants :

- **Atpye significative par rapport à la médiane régionale sur au moins 2 des indicateurs suivants :**
 - Taux de recours aux transports sanitaires pour les séjours
 - Taux de recours aux transports sanitaires pour les ACE hors accueil et traitement des urgences (ATU) (indicateur concernant uniquement les établissements publics)
 - Poids de l'ambulance dans les transports pour séjours
 - Poids de l'ambulance dans les transports pour séances (indicateur concernant uniquement les établissements réalisant au moins 1000 séances sur l'année)

Critères de ciblage	Médiane régionale Etablissements publics Données au 1 ^{er} semestre 2015	Médiane régionale Etablissements publics Données au 1 ^{er} semestre 2016	Médiane régionale Etablissements privés Données au 1 ^{er} semestre 2015
Sur le recours aux transports sanitaires pour les séjours, écart d'au moins 2 points aux taux de recours régional	28%	26%	20%
Sur le recours aux transports sanitaires pour les ACE hors ATU, écart d'au moins 1 point au taux de recours régional	3%	3%	NC
Sur le poids de l'ambulance sur les transports pour séjours, écart d'au moins 4 points à la médiane régionale	73%	75%	49%
Sur le poids de l'ambulance sur les transports pour séances, écart d'au moins 4 points à la médiane régionale	18%	20%	18%

- **Volume de prescription significatif (montant annuel de dépenses de transports au moins supérieur à 200 000 euros).**

REFERENTIELS NATIONAUX

La chirurgie du canal carpien

CNAMTS, « Syndrome du canal carpien – Référentiel du parcours de soins », octobre 2013, validé par la HAS

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos>

HAS, « Analyse et amélioration des pratiques – Syndrome du Canal Carpien : Optimiser la pertinence du parcours patient », février 2013

HAS, « Chirurgie du syndrome du canal carpien : approche multidimensionnelle pour une décision pertinente », septembre 2012

HAS, « Chirurgie du canal carpien : note de cadrage », décembre 2011

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, « Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire : Recommandations formalisées d'experts », 2009

Les appendicectomies

HAS, « Rapport d'évaluation technologique / Appendicectomie – Eléments décisionnels pour une indication pertinente », novembre 2012

HAS, « Note de cadrage / Appendicectomie – Eléments décisionnels pour une indication pertinente », juillet 2011

Les thyroïdectomies

CNAMTS, « Nodule thyroïdien sans hyperthyroïdie – Référentiel du parcours de soins », novembre 2014, document élaboré en collaboration avec les Sociétés Françaises d'Endocrinologie, d'Oto-Rhino-Laryngologie, l'Association Francophone de Chirurgie Endocrinienne, la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive, les Sociétés Françaises de Radiologie et d'Anesthésie-Réanimation, après avis de la HAS

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos>

Les amygdalectomies

CNAMTS, Mémo « Quand réaliser une amygdalectomie chez l'enfant ou l'adolescent (moins de 18 ans) ? Indications opératoires et complications », novembre 2015, élaboré en lien avec la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie, et validé par la Haute Autorité de Santé

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos>

HAS, « Note de problématique / Amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie chez l'enfant ou l'adolescent (moins de 18 ans) / Synthèse des données de la littérature », décembre 2012

Les césariennes programmées à terme

HAS, « Indications de la césarienne programmée à terme », janvier 2012

La chirurgie bariatrique

HAS, plusieurs recommandations de bonnes pratiques « Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte » « Chirurgie de l'obésité : prise en charge pré et postopératoire du patient », 2009

Les cholécystectomies

CNAMTS, Référentiel « Lithiase biliaire : quand réaliser une cholécystectomie ? », février 2015, après avis de la HAS

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos>

HAS, « Points clés et solutions pertinence des soins. Quand faut-il faire une cholécystectomie ? », janvier 2013

HAS, « Points clés et solutions pertinence des soins – Note problématique pertinence – Cholécystectomie », décembre 2012

Les extractions de dents de sagesse

HAS, « note de problématique – Pertinence de l'avulsion des 3èmes molaires », novembre 2014

GLOSSAIRE

ACE	Actes et consultations externes
ALPC	Aquitaine Limousin Poitou-Charentes
ARS	Agence Régionale de Santé
ATU	Accueil et traitement des urgences
CA	Chirurgie ambulatoire
CAQES	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins
CCECQA	Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
DGARS	Directeur général de l'agence régionale de santé
DP	Diagnostic principal
DPC	Développement professionnel continu
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
GDR	Gestion du risque
GHM	Groupe homogène de malades
HAS	Haute autorité de santé
IRAPS	Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MSAP	Mise sous accord préalable
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PAPRAPS	Plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins
PRADO	Programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation
SE	Soins externes
SSR	Soins de suite et de réadaptation

ANNEXE

MSAP chirurgie ambulatoire : Liste des gestes marqueurs

Codes couleurs utilisés :

en noir : Les 17 gestes marqueurs (depuis 2009)

en bleu : Modifications pour la campagne 2012 (38 gestes marqueurs)

en marron : Modifications pour la campagne 2013-2014 (43 gestes marqueurs)

en vert : Modifications pour la campagne 2015-2016 (55 gestes marqueurs)

geste	cdc_act	conditions	libelles	
Accès vasculaire	EBLA003		Pose d'un catheter relié à une veine profonde du membre supérieur ou du cou par voie transcutanée, avec pose d'un système diffuseur implantable sous cutané	
Adénoïdectomies	FAFA001		Adénoïdectomie avec pose unilatérale d'aérateur transtympanique	
	FAFA002		Adénoïdectomie avec pose bilatérale d'aérateur transtympanique	
	FAFA008		Adénoïdectomie	
	FAFA013		Adénoïdectomie avec myringotomie unilatérale ou bilatérale	
Angioplasties du membre supérieur	EFAF002		Dilatation intraluminal d'une veine du membre supérieur sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée	
	EZAF001		Dilatation intraluminal d'un accès vasculaire artérioveineux d'un membre sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	
	EZJF002		Thromboaspiration d'un accès vasculaire artérioveineux d'un membre avec dilatation intraluminal sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	
	EZPF004		Désobstruction mécanique d'un accès vasculaire artérioveineux avec dilatation intraluminal sans pose d'endoprothèse, par voie vasculaire transcutanée	
Angioplasties périphériques	EZAF002		Dilatation intraluminal d'un accès vasculaire artérioveineux d'un membre avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	
Arthroscopie de la cheville	NGJC001		Nettoyage de l'articulation tibiotalienne, par arthroscopie	
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	NFFC002		Libération mobilisatrice de l'articulation du genou, par arthroscopie	
	NFFC002	si acte isolé	Synovectomie antérieure du genou, par arthroscopie	
	NFEC001		Réinsertion ou suture des 2 ménisques du genou, par arthroscopie	
	NFEC002		Réinsertion ou suture d'un ménisque du genou, par arthroscopie	
	NFFC003		Ménisectomies latérale et médiale du genou, par arthroscopie	
	NFFC004		Ménisectomie latérale ou médiale du genou, par arthroscopie	
	NFJC001		Nettoyage de l'articulation du genou, par arthroscopie	
	NFJC002		Evacuation de collection de l'articulation du genou, par arthroscopie	
	NFFC001		Section du retinaculum patellaire latéral [aileron rotulien externe], par arthroscopie	
	NFQC001		Exploration de l'articulation du genou, par arthroscopie	
	Avulsion dentaire	HBED022		Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement
		HBGD003		Avulsion d'un odontoïde inclus ou d'une dent surnuméraire à l'état de germe
		HBGD004		Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe
HBGD007			Avulsion de 11 à 14 dents sur arcade, en un temps	
HBGD040			Avulsion de 6 à 40 dents sur arcade, en un temps	
HBGD016			Avulsion d'une racine incluse	
HBGD017			Avulsion d'une dent ectopique	
HBGD018			Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe	
HBGD021			Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	
HBGD025			Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	
HBGD026			Avulsion de 2 dents temporaires retenues	
HBGD029			Avulsion de 15 à 20 dents sur arcade, en un temps	
HBGD038			Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	
HBGD042			Avulsion d'une dent temporaire retenue	
HBGD045			Avulsion de 21 dents sur arcade ou plus, en un temps	
HBPA001		Dégagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau		

acte supprimé dans la CCAM

	HBPD002		Dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal
Chirurgie anale	EGFA005		Resection d'un paquet hémorroïdaire isolé
	EGJA001		Evacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe
	HJAD001		Dilatation ou incision de sténose anorectale
	HKFA001		Destruction et/ou exérèse de tumeur bénigne du canal anal
	HKFA008		Destruction et/ou exérèse de lésion superficielle non tumorale de l'anus
	HKFA009		Sphinctéromyectomie de l'anus, par abord anal
	HKPA003		Sphinctérotomie interne [Léiomyotomie] latérale de l'anus
	HKPA006		Incision d'abcès de la région anale
	HKFA002		Résection d'une fissure anale infectée
	HKFA004		Excision d'une fissure anale [Fissurectomie anale]
	QBFA004		Excision d'une hidrosadénite suppurative périnéo-fessière (maladie de Verneuil) sur moins de 30 cm2
Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)	BCFA003		Exérèse primitive de ptérygion, avec autogreffe de conjonctive ou de muqueuse
	BCFA004		Exérèse de lésion de la conjonctive, avec autogreffe de muqueuse
	BCFA005		Exérèse de ptérygion récidivant, avec autogreffe de conjonctive ou de muqueuse
	BCFA006		Exérèse de ptérygion récidivant, sans autogreffe
	BCFA008		Exérèse de lésion de la conjonctive, sans autogreffe
	BCFA009		Exérèse primitive de ptérygion, sans autogreffe
Chirurgie de la main	MHFA001	si acte isolé	Synovectomie d'une articulation métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt, par abord direct
	MDFA002		Exérèse partielle d'un os de la main sans interruption de la continuité, par abord direct
	MHDB001		Arthrose temporaire d'une articulation métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt par broche, par voie transcutanée
	MHPA004		Libération mobilisatrice d'une articulation de la main avec libération de tendon, par abord direct
	MJFA012		Ténosynovectomie des muscles fléchisseurs des doigts sur plusieurs rayons de la main, par abord direct
	MJFA015		Ténosynovectomie des muscles fléchisseurs des doigts sur un rayon de la main, par abord direct
	MJPA002		Libérations des tendons des muscles fléchisseurs des doigts sur un rayon de la main, par abord direct
	MJPA009		Libération du tendon d'un muscle extenseur d'un doigt sur un rayon de la main, par abord direct
	MDHA001		Biopsie d'un os et/ou d'une articulation de la main, par abord direct
Chirurgie de la main pour maladie de Dupuytren	MJFA006		Fasciectomie [Aponévrectomie] palmodigitale sur un rayon de la main, par abord direct
	MJFA010		Fasciectomie [Aponévrectomie] palmodigitale sur plusieurs rayons de la main, par abord direct
	MJPA005		Fasciotomie [Aponévrectomie] palmaire, par abord direct
	MJPB001		Fasciotomie [Aponévrectomie] palmaire, par voie transcutanée
Chirurgie de la main pour réparation des ligaments et tendons	MHCA002		Suture ou plastie de l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation métacarpophalangienne du pouce, par abord direct
	MHCA003		Suture ou plastie de l'appareil capsuloligamentaire d'une articulation métacarpophalangienne
	MJPA013		Section ou plastie d'agrandissement de la partie cruciforme de la gaine fibreuse digitale [poulie de réflexion de tendon de muscle fléchisseur des doigts] sur un rayon de la main, par abord direct
	PCPA006		Section ou plastie d'agrandissement de poulie de réflexion de tendon, par abord direct
Chirurgie de l'avant pied	NDPA004	si unilatéral et acte isolé	Ostéotomie d'un métatarsien latéral ou d'une phalange d'orteil, sur un rayon du pied
	NDPA009	si unilatéral et acte isolé	Ostéotomie de la phalange proximale et libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil
	NHMA002	si unilatéral et acte isolé	Arthroplastie par résection de l'articulation ou arthrodèse interphalangienne d'un orteil latéral
Chirurgie de l'épaule	MEMA006		Acromioplastie sans prothèse, par abord direct
	MEMC001		Arthroplastie acromioclaviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule, par arthroscopie
	MEMC002		Capsuloplastie antérieure ou postérieure de l'articulation scapulo-humérale, par arthroscopie
	MEMC003		Acromioplastie sans prothèse, par arthroscopie
	MEMC004		Réparation du bourrelet glénoïdal scapulo-huméral, par arthroscopie
Chirurgie de l'utérus	JKFE001		Section ou résection de cloison utérine, par hystérocopie
	JKFE002		Résection de myome de l'utérus, par hystérocopie
	JKGD002		Curetage de la cavité de l'utérus à visée thérapeutique
	JKGD003		Curetage de la cavité de l'utérus à visée diagnostique
	JKND001		Destruction de la muqueuse utérine par thermocontact, par voie vaginale
	JKNE001		Abrasion de la muqueuse de l'utérus [Endométréctomie], par hystérocopie
	JKPE001		Exérèse de polype de l'utérus, par hystérocopie
	JKQE001		Hystérocopie avec curetage de la cavité de l'utérus
	JNBD001		Cerclage du col de l'utérus au cours de la grossesse, par voie transvaginale
	JNJD002		Evacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1er trimestre de la grossesse

	JNMD001		Révision de la cavité utérine après avortement	
Chirurgie des bourses	EGFA008		Résection ou ligature de la veine testiculaire par abord direct, avec embolisation intraveineuse	
	EGFA010		Résection ou ligature de la veine testiculaire, par abord direct	
	EGFC001		Résection ou ligature de la veine testiculaire, par coelioscopie	
	EGSA001		Interruption des veines de drainage du pénis, par abord direct	
	EGSA002		Ligature du plexus pampiniforme ou de la veine testiculaire, par abord scrotal	
	EGSF001		Embolisation suprasélective de la veine testiculaire ou ovarique, par voie veineuse transcutanée	
	EGSF002		Embolisation sélective ou hypersélective de la veine testiculaire ou ovarique, par voie veineuse transcutanée	
	EGSF003		Embolisation des veines de drainage du pénis, par injection intraveineuse transcutanée	
	JHBA001		Plicature de la tunique vaginale du testicule, par abord scrotal	
	JHDA001		Orchidopexie, par abord scrotal	
	JHEA002		Abaissement et fixation d'un testicule ectopique palpable, par abord inguinal et par abord scrotal	
	JHFA001		Exérèse d'un kyste du cordon spermatique chez l'adulte, par abord inguinal	
	JHFA004		Exérèse d'un kyste de l'épididyme, par abord scrotal	
	JHFA014		Epididymectomie, par abord scrotal	
JHSA001		Ligature, section ou résection unilatérale ou bilatérale du conduit déférent, par abord scrotal		
Chirurgie des bourses de l'enfant	ELSA001	≥ 1an et ≤ 16 ans	Ligature ou section du pédicule testiculaire (spermatique) pour cryptorchidie par laparotomie	
	ELSC001		Ligature ou section du pédicule testiculaire (spermatique) pour cryptorchidie, par coelioscopie	
	JHEA001		Abaissement et fixation d'un testicule ectopique non palpable, par abord inguinal et scrotal	
	JHFA013		Résection de la tunique vaginale du testicule, abord scrotal	
	JHFA019		Résection d'une hydrocèle abdominoscrotale, par laparotomie ou abord inguinal	
Chirurgie des hernies de l'enfant	LMMA011		Cure d'une hernie fémorale [crurale], par abord inguino-fémoral	
	LMMA014		Cure d'une hernie de la paroi abdominale antérieure avant l'âge de 16 ans, par abord direct	
	LMMA018		Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord inguinal	
	LMMC004		Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par vidéo-chirurgie	
Chirurgie des hernies abdominales	LMMA006		si acte isolé	Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans avec pose de prothèse, par abord direct
	LMMA009	Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans sans pose de prothèse, par abord direct		
	LMMC020	Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans avec pose de prothèse, par coelioscopie		
Chirurgie des hernies inguinales	LMMA008		Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord pré-péritonéal	
	LMMA012		Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord inguinal	
	LMMA016		Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie locale, par abord inguinal	
	LMMA017		Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord inguinal	
	LMMC002		Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par vidéo-chirurgie	
	LMMC003		Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par vidéo-chirurgie	
	Chirurgie des maxillaires	LAGA003		Ablation de matériel interne d'ostéosynthèse ou de distraction du massif facial sur un site, par abord direct
		LAGA005		Ablation de matériel interne d'ostéosynthèse ou de distraction du massif facial sur 2 sites, par abord direct
LBFA023			Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de moins de 2 cm de grand axe, par abord intrabuccal	
LBFA030			Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de 2 cm à 4 cm de grand axe, par abord	
LBFA031			Résection d'hypertrophie osseuse intrabuccale	
Chirurgie des sinus	GBPE001		Méatotomie nasale moyenne par endoscopie	
	GBPE003		Méatotomie nasale inférieure bilatérale, par endoscopie	
	GBPA004		Sinotomie maxillaire par abord de la fosse canine, abord vestibulaire	
	GBGD001		Déméchage et/ou nettoyage postopératoire de sinus paranasal, sous AG	
Chirurgie des varices	EJFA002		Exérèses multiples de branches de la grande veine saphène et/ou de la petite veine saphène sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord direct	
	EJFA004		Exérèse de la crosse de la petite veine saphène, par abord direct	
	EJFA006		Exérèse secondaire de la crosse de la grande veine saphène ou de la petite veine saphène, par abord direct	
	EJFA007		Exérèse de la crosse de la grande veine saphène, par abord direct	
	EJFB001		Seance d'exérèse de segment de varice ou de veine perforante du membre inférieur, par voie transcutanée sous anesthésie locale	
	EJGA001		Extraction [Stripping] de la petite veine saphène, par abord direct	
	EJGA002		Extraction [Stripping] de la grande veine saphène, par abord direct	
	EJGA003		Extraction [Stripping] de la grande veine saphène et de la petite veine saphène, par abord direct	
	EJSA001		Ligature de plusieurs veines perforantes jambières, par abord direct	
	Chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)	AHPA009		Libération du nerf médian au canal carpien, par abord direct

dans chirurgie du nez en 2013
- reclassé en 2015

	AHPA021		Libération du nerf ulnaire au poignet et/ou à la main, par abord direct
	AHPA022		Libération du nerf ulnaire au coude, par abord direct
	AHPA023		Libération du nerf radial au coude, par abord direct
	AHPA028		Libération de nerf digital par abord direct, sur un rayon de la main
	AHPC001		Libération du nerf median au canal carpien, par vidéochirurgie
Chirurgie du col utérin, vulve, vagin	JKFA031		Conisation du col de l'utérus
	JKND002		Destruction de lésion du col de l'utérus, du vagin, de la vulve, du périnée et de la région périanales, avec laser
Chirurgie du cristallin	BFEA001	Si acte isolé excepté association à BELB001	Repositionnement de cristallin artificiel ou de lentille intraoculaire
	BFGA001	Si acte isolé excepté association à BELB001	Extraction de cristallin luxé
	BFGA002	Si acte isolé excepté association à BELB001	Extraction extracapsulaire manuelle du cristallin, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil
	BFGA003	Si acte isolé excepté association à BELB001	Extraction extracapsulaire manuelle du cristallin, sans implantation de cristallin artificiel
	BFGA004	Si acte isolé excepté association à BELB001	Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil
	BFGA005	Si acte isolé excepté association à BELB001	Ablation de matériel implanté dans le segment antérieur de l'œil
	BFGA006	Si acte isolé excepté association à BELB001	Extraction intracapsulaire ou extracapsulaire du cristallin, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre antérieure de l'œil en cas d'impossibilité d'implantation dans la chambre postérieure
	BFGA007	Si acte isolé excepté association à BELB001	Extraction de cristallin subluxé ou ectopique
	BFGA008	Si acte isolé excepté association à BELB001	Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, sans implantation de cristallin artificiel
	BFGA009	Si acte isolé excepté association à BELB001	Extraction intracapsulaire du cristallin, sans implantation de cristallin artificiel
	BFGA010	Si acte isolé excepté association à BELB001	Extraction du cristallin par sclérotomie postérieure [pars plana] [Phakopagie]
	BFKA001	Si acte isolé excepté association à BELB001	Changement de matériel implanté dans le segment antérieur de l'œil
	BFLA001	Si acte isolé excepté association à BELB001	Implantation secondaire d'un cristallin artificiel non suture
	BFLA002	Si acte isolé excepté association à BELB001	Insertion d'un anneau de contention intrasacculaire, au cours d'une extraction du cristallin
	BFLA003	Si acte isolé excepté association à BELB001	Implantation secondaire d'un cristallin artificiel suturé
	BFLA004	Si acte isolé excepté association à BELB001	Implantation secondaire de cristallin artificiel sur un œil pseudophraxie
Chirurgie du glaucome	BGFA014	hors association avec geste sur le cristallin	Sclérectomie profonde non transfixiante ou sclérokératotomy profonde, sans viscocanaliculoplastie
Chirurgie du nez	GAMA007		Septoplastie nasale
	LAEA007		Réduction fracture de l'os nasal par abord direct
	LAEP002		Réduction orthopédique de fracture de l'os nasal [des os propres du nez]
Chirurgie du pied	NDGA003	si unilatéral et acte isolé	Ablation de matériel d'ostéosynthèse du pied, à foyer ouvert
	NJPA007	si unilatéral et acte isolé	Aponévrotomie ou aponévrectomie plantaire, ou désinsertion de l'aponévrose plantaire
	NDFEA002	si unilatéral et acte isolé	Exérèse partielle d'os du pied sans interruption de la continuité, par abord direct
	NGFA002	si unilatéral et acte isolé	Exérèse d'un kyste synovial ou d'une bourse séreuse de la cheville ou du pied, par abord direct
Chirurgie du poignet	MGCC001	si acte isolé	Suture et/ou réinsertion de ligament articulaire du poignet, par arthroscopie
	MJFA004		Téno-synovectomie des muscles extenseurs au poignet, par abord direct
	MJPA011		Libération de tendon au poignet avec téno-synovectomie, par abord direct
Chirurgie du sein/tumorectomie	QEFA004	Hors racine GHM '09C05'	Tumorectomie du sein
Chirurgie du trou maculaire	BGFA005	hors association avec geste sur le cristallin	Vitrectomie par sclérotomie postérieure, avec dissection du cortex vitréen [pelage] et tamponnement interne par gaz
Chirurgie du tympan	CBMA008		Myringoplastie sans décollement du lambeau tympano-métal
	CBMA009		Myringoplastie avec décollement du lambeau tympano-métal sans exploration mastoïdo-atticale
Chirurgie pour strabisme	BJDA001	âge > 7 ans	Myopexie bilatérale rétroéquatoriale des muscles oculomoteurs
	BJDA002		Myopexie unilatérale rétroéquatoriale des muscles oculomoteurs
	BJEA001		Transposition de muscles oculomoteurs pour suppléance
	BJMA001		Renforcement ou affaiblissement unilatéral ou bilatéral de muscle oculomoteur, avec suture ajustable
	BJMA002		Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion d'un muscle oculomoteur droit
	BJMA003		Renforcement, affaiblissement ou déplacement bilatéral de l'insertion d'un muscle oculomoteur
	BJMA004		Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion d'un muscle oculomoteur oblique
	BJMA005		Renforcement, affaiblissement ou déplacement unilatéral de l'insertion de 2 muscles oculomoteurs
	BJMA006		Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion de 2 muscles oculomoteurs d'un côté et d'un muscle oculomoteur de l'autre
	BJMA007		Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion de 4 muscles oculomoteurs ou plus
BJMA008	Renforcement, affaiblissement ou déplacement itératif de l'insertion de 2 muscles oculomoteurs		
BJMA009	Renforcement, affaiblissement ou déplacement itératif de l'insertion d'un muscle oculomoteur		
Cholécystectomie	HMFC004	si racine GHM = 07C14	Cholécystectomie, par coelioscopie (hors aigues)

Cure de paraphimosis	JHEA003	≥ 1an et ≤ 16 ans	Réduction chirurgicale d'un paraphimosis
Exérèse de kystes synoviaux	MGFA004		Exérèse de kyste synovial avec ténosynovectomie des extenseurs au poignet, par abord direct
	MGFA007		Exérèse de kyste synovial du poignet, par abord direct
	MHFA002		Exérèse de kyste synovial ou mucoïde d'une articulation ou d'une gaine fibreuse de la main
Exérèse de lésions cutanées	QZFA036		Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5 cm²
	GAFA007		Exérèse non transfixiante de lésion de la peau du nez ou de la muqueuse nasale
	CAFA005		Exérèse partielle transfixiante de l'auricule
Exérèse de lésions de la bouche	HAFA021	si acte isolé	Exérèse non transfixiante de lésion infiltrante de la joue, par abord intrabuccal
	HAFA034	si acte isolé	Exérèse de kyste du plancher de la bouche, par abord intrabuccal
Exérèse de lésions sous-cutanées	PDFA001		Exérèse de lésion fasciale et/ou sous-fasciale des tissus mous, sans dissection d'un gros tronc vasculaire ou nerveux
	MJFA008		Exérèse de lésion faciale et/ou sous-faciale des tissus mous de la paume de la main
Fermeture de fistule buccale	HASA018		Fermeture d'une communication buccosinusienne par lambeau de glissement vestibulojugal, par abord intrabuccal
	HASA025		Fermeture d'une communication buccosinusienne par lambeau de transposition du corps adipeux de la joue, par abord intrabuccal
	HASA013	si acte isolé	Fermeture d'une communication buccosinusienne et/ou bucconasale par lambeau palatin, par abord intrabuccal
Fistules artérioveineuses	EPLA002		Pose d'un cathéter veineux central tunnellisé à double courant pour circulation extra corporelle, par abord direct
	EZFA002		Exérèse d'un accès vasculaire artérioveineux sans reconstruction vasculaire
	EZMA001	si veine céphalique du patient	Création d'une fistule artérioveineuse pour accès vasculaire par abord direct sans superficialisation veineuse, chez un sujet de plus de 20 kg
Geste secondaire sur lambeau	QZMA006		Modelage secondaire d'un lambeau
	QZPA008		Autonomisation d'un lambeau
Geste sur la vessie	JCLE004	≥ 2 ans	Injection sous muqueuse intra-urétrale de matériel hétérologue, par endoscopie
	JDNE001		Destruction de lésion de la vessie, par endoscopie
Geste sur les glandes salivaires	HCFA007		Exérèse de petite glande salivaire [glande salivaire accessoire]
	HCPA001		Marsupialisation de kyste de glande salivaire
	HCGA001		Ablation de calcul canalaire d'une glande salivaire, par abord intrabuccal
Geste sur l'uretère	JCAE001	si acte isolé	Dilatation de l'uretère, par urétéroscopie rétrograde
	JCGE001		Ablation et/ou fragmentation de calcul de l'uretère pelvien
	JCKE002	si acte isolé	Changement d'endoprothèse urétrale, par endoscopie rétrograde
Geste sur l'urètre	JEFA003		Exérèse de lésion du méat urétral chez la femme, par abord direct
	JEMA013		Méatoplastie de l'urètre par abord direct, chez la fille
	JEMA017		Méatoplastie ou méatotomie urétrale sans lambeau, chez l'adulte
Interruption tubaire	JJPA004		Interruption uni ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines, par abord vaginal
	JJPC003		Interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines, par coelioscopie
	JJPE001		Interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines par insertion de dispositif intratubaire, par hystéroscopie
LEC	JANM001		Lithotritie extracorporelle du rein, avec guidage échographique
	JANM002		Lithotritie extracorporelle du rein, avec guidage radiologique
	JCNM001		Lithotritie extracorporelle de l'uretère, avec guidage échographique
	JCNM002		Lithotritie extracorporelle de l'uretère, avec guidage radiologique
Plastie de lèvres	HAMA027		Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau cutané local
	HAMA028		Correction de rétraction de lèvre par autoplastie locale
Prélèvement d'ovocyte	JJFJ001		Prélèvement d'ovocytes sur un ou deux ovaires, par voie transvaginale avec guidage échographique
Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique	QAMA002		Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique par lambeau local ou régional muqueux, cutané ou fasciocutané, à pédicule vasculonerveux non individualisé ou non individualisable
Réparation de perte de substance en dehors de l'extrémité céphalique	QZMA001		Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional muqueux, cutané ou fasciocutané, à pédicule vasculonerveux non individualisé ou non individualisable [lambeau au hasard], en dehors de l'extrémité céphalique
	QZMA004		Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional cutané, fascial, fasciocutané, septocutané, musculaire ou musculocutané, à pédicule vasculaire ou vasculonerveux anatomique, en dehors de l'extrémité céphalique
Vitrectomie avec pelage de membrane	BGPA002	hors association avec geste sur le cristallin	Dissection de la membrane épitréonienne et/ou de la membrane vitrée [hyaloïde]
Vitrectomie postérieure isolée	BGFA001	hors association avec geste sur le cristallin	Vitrectomie par sclérotomie postérieure, sans coagulation de la rétine