



PAPRAPS Nouvelle-Aquitaine

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	7
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 avec recours atypiquement élevé en région et référentiels nationaux disponibles	12
1.1.1 La chirurgie du canal carpien	12
1.1.2 Les appendicectomies	14
1.1.3 Les thyroïdectomies	17
1.1.4 Les amygdalectomies	19
1.1.5 Les poses d'aérateurs transtympaniques	21
1.2 Les thématiques sans recours atypiquement élevé en région, avec problématique de pertinence identifiée et référentiels ou outils locaux	23
1.2.1 Les angioplasties coronaires (patients stables)	23
1.2.2 Les césariennes programmées à terme	25
1.3 Les thématiques avec recours atypiquement élevé en région et avec référentiels en attente de parution	26
1.3.1 Les extractions des dents de sagesse (acte HBGD038 : Avulsion des 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe)	26
1.3.2 Les cataractes	28
2. Les critères de ciblage des établissements	30
2.1 La contractualisation tripartite	30
2.2 La MSAP	30
2.2.1 Les méthodes de ciblage	30
2.2.2 Les actes ciblés	31
II. LA PERTINENCE DES PRESTATIONS (SEJOURS ET MODES DE PRISE EN CHARGE)	32
1. La pertinence des modes de prise en charge : La chirurgie ambulatoire	32
1.1 Le diagnostic régional	32
1.1.1 Le potentiel de séjours en chirurgie ambulatoire par application du taux régional (gestes marqueurs)	32
1.1.2 Le taux de chirurgie ambulatoire par département pour les gestes marqueurs présentant les plus gros volumes d'activité	33
1.2 La déclinaison opérationnelle : la mise sous accord préalable « chirurgie ambulatoire »	36
1.3 Les critères de ciblage des établissements	36
2. La pertinence des séjours pris en charge par l'assurance maladie	36
2.1 Les séjours de soins de suite et de réadaptation après chirurgie orthopédique	36
2.2 Les « autres prestations hospitalières »	40
2.2.1 Le diagnostic régional	40
2.2.2 La déclinaison opérationnelle : la mise sous accord préalable « autres prestations hospitalières »	41
2.2.3 Les critères de ciblage des établissements	42

III. LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS	43
1. La pertinence des prescriptions de transports	43
1.1 Le diagnostic régional	43
1.1.1 La décomposition des coûts en région Nouvelle-Aquitaine sur le 1 ^{er} semestre 2018	43
1.1.2 Analyse comparative des circonscriptions de la Nouvelle-Aquitaine sur l'année 2017	46
1.2 Les domaines prioritaires au regard du diagnostic régional	50
2. La pertinence des prescriptions médicamenteuses	52
2.1 Le diagnostic régional	52
2.1.1 Le contexte	52
2.1.2 La méthodologie	53
2.1.3 Les résultats	53
2.2 La déclinaison opérationnelle	55
2.2.1 Les thématiques liées au traitement des cancers	55
2.2.2 Les autres thématiques identifiées à enjeu	55
REFERENTIELS NATIONAUX	56
GLOSSAIRE	57
ANNEXE	58

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

Conformément à l'article L 162-30-3 du CSS, l'Agence Régionale de Santé (ARS) élabore un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS).

Le décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) précise les règles relatives à l'élaboration du PAPRAPS.

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 (CRCA) ARS – Assurance maladie siégeant en formation plénière.

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

Selon l'article D 162-11 du CSS, le PAPRAPS précise :

- le diagnostic de la situation régionale, réalisé sur un champ délimité par la CRCA ARS – Assurance maladie, 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 dans le cadre du CAQES en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018.

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 » (article L162-1-17 CSS) :

- 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

La procédure de MSAP est prévue à l'article D 162-10 du CSS.

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 d'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

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a rassemblé l'ensemble des dispositifs contractuels ayant pour objectif de garantir un juste recours à des soins de qualité au sein du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, dit CAQES, qui est entré en vigueur le 1er janvier 2018 (article L 162-30-2 du CSS).

Les modalités d'application du CAQES sont précisées dans le décret n°2017-584 du 20 avril 2017 (articles D 162-14 à D 162-16 du CSS), complété par l'arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type.

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 PAPRAPS,
- ou ne respectant pas, pour certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, un ou plusieurs référentiels de qualité, de sécurité des soins ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie.

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

Une instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) est créée 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 (article D 162-12 du CSS).

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 PAPRAPS, 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'IRAPS 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° du directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant ;
- 2° du 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° d'un représentant de chacune des fédérations hospitalières représentatives au niveau régional ;
- 4° d'un professionnel de santé exerçant au sein d'un établissement de santé de la région ;
- 5° d'un représentant de l'une des unions régionales des professionnels de santé ;
- 6° d'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 dans le cadre de la commission régionale de coordination des actions. Selon l'article R 1434-13, cette commission a pour mission de donner un avis sur le projet de PAPRAPS. Les articles D 162-11 II et D 162-12 du CSS précisent que la préparation, le suivi et l'évaluation du plan d'actions et ses révisions sont effectués par la CRCA **siégeant en formation plénière, après consultation de l'IRAPS.**

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 L 1434-14 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,
- seront débutés ou relancés dès parution d'un référentiel de bonnes pratiques.

Chaque année, dans le cadre de la révision du PAPRAPS, un ajustement des thématiques retenues pourra être mené en fonction du diagnostic régional.

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 : 9 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 ONDAM d'appui à la transformation du système de santé 2018-2022 (thématique « pertinence et qualité des actes »),
- ✓ Prescriptions
 - de transports sanitaires, dans le cadre du plan ONDAM d'appui à la transformation du système de santé 2018-2022 (thématique « pertinence et efficacité des prescriptions de transports »), en intégrant la question de la pertinence du mode de transports
 - de produits de santé sur la base d'un diagnostic régional réalisé sur les Prescriptions Hospitalières Exécutées en Ville, dans le cadre du plan ONDAM d'appui à la transformation du système de santé 2018-2022 (thématique « pertinence et efficacité des produits de santé »).

Le PAPRAPS ne recense pas de façon exhaustive l'ensemble des actions régionales menées dans le cadre de la pertinence des 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 Aérateurs transtympaniques Angioplastie coronaire* Césarienne programmée à terme Extraction des dents de sagesse Cataracte	X	X
Prescriptions	Transports Produits de santé (médicaments)	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 SSR		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 taux de recours atypiquement élevé à l'acte dans au moins 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 taux de recours significativement élevé 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 2016, les territoires de santé correspondent aux départements. Cette nouvelle échelle est retenue pour la comparaison entre territoires depuis 2016.*

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 taux de recours peut être considéré comme significativement élevé pour 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. Le volume important d'actes réalisés dans ces territoires et les variations interterritoriales plus faibles que pour d'autres thématiques peuvent justifier le choix d'un seuil plus bas par rapport à l'indice national.

Sur la base de ces critères, les 9 actes sélectionnés par la région Nouvelle-Aquitaine peuvent être répartis en 3 groupes :

<p>GROUPE 1 Recours atypiquement élevé en région Et référentiels de bonnes pratiques HAS disponibles</p>	<p>Appendicectomie Thyroïdectomie Amygdalectomie Chirurgie du canal carpien Aérateurs transtympaniques (NOUVEAU)</p>
<p>GROUPE 2 Absence de recours atypiquement élevé en région Problématique de pertinence identifiée Référentiels de bonnes pratiques ou outils locaux disponibles</p>	<p>Angioplastie coronaire Césarienne programmée à terme</p>
<p>GROUPE 3 Recours atypiquement élevé en région Et référentiels de bonnes pratiques en attente de parution</p>	<p>Extraction dents de sagesse Cataracte</p>

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, un 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 taux de recours atypiquement élevé 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 avec un taux de recours atypiquement élevé 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>Cette contractualisation est réalisée via le CAQES – volet additionnel pertinence des actes. Conclu sur 3 ans, ce contrat prévoit 2 phases :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La 1^{ère} année est dédiée à la mise en œuvre de l'EPP par les praticiens dans les établissements ciblés - Les 2 années suivantes sont dédiées à la mise en œuvre d'actions par les praticiens et au suivi des taux de recours des départements par l'ARS
	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 avec recours significativement élevé en région et référentiels nationaux disponibles

1.1.1 La chirurgie du canal carpien

1.1.1.1 Le diagnostic

Historique :

Sur la base des taux de recours significativement élevés 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 avec un taux de recours atypiquement élevé : médecin généraliste, neurologue réalisant des EMG (électromyogrammes), 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 les variations des taux de recours pour cet 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.

Une campagne nationale a été mise en œuvre par l'assurance maladie au cours des années 2014 et 2015.

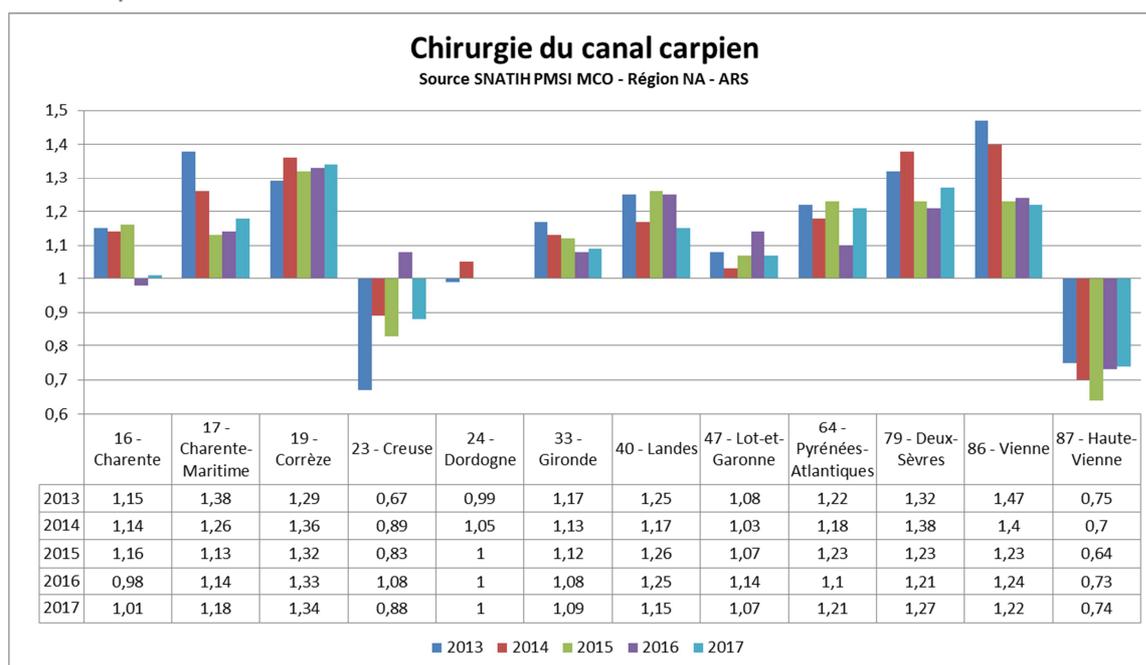
Ce suivi de la variation des taux de recours pour ces deux territoires démontre une tendance favorable : **les taux de recours sur les territoires ciblés ont diminué de près de moitié entre 2014 et 2016.**

Recours à l'acte :

14 944 actes réalisés en 2017 en région Nouvelle-Aquitaine.

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

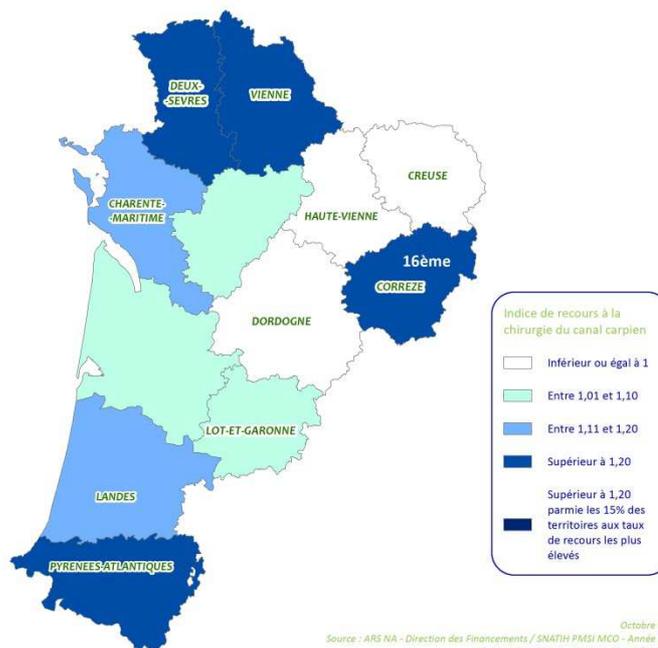
➤ Pour la période 2013/2017



Territoires ciblés :

Sur la période 2014-2017, il est constaté pour les territoires initialement ciblés (Charente maritime Sud et Deux Sèvres), une baisse significative des taux de recours.

Au regard des données 2017, le département de la Corrèze présentait un taux de recours standardisé supérieur de 20% au taux de recours national, le plaçant au 16^{ème} rang des départements Français. En raison du nombre important d'actes réalisés, de la persistance depuis 2013 d'un taux de recours élevé et du rang de classement, qui placent ce département à la limite des critères de ciblage, il a été décidé de retenir la Corrèze dans les territoires ciblés.



Territoires ciblés	Calendrier
17 S Charente Maritime Sud	2016 - 2017
79 Deux-Sèvres	2016 - 2017
19 Corrèze	2018 - 2019

1.1.1.2 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Mettre en œuvre les engagements contractuels des établissements dans les territoires de santé ciblés en 2014	2016-2017-2018
Mettre en œuvre l'accompagnement par l'Assurance Maladie (campagne CNAMTS) auprès des établissements ciblés selon le ciblage national	2016
Suivre les variations des taux de recours dans les départements ayant fait l'objet de dialogues	2018 - 2019
Mener des dialogues communs ARS/AM auprès des chirurgiens dans les établissements ciblés au sein du département avec un taux de recours atypiquement élevé (19 : Corrèze)	2019
Contractualiser avec les établissements ciblés au sein du département avec un taux de recours atypiquement élevé	2019 - 2020
Suivre la mise en œuvre des engagements contractuels des établissements de santé rencontrés	2019 - 2020

Outils	Calendrier
CPOM ARS - établissement	2016-2017
CAQES – volet additionnel pertinence des actes	2019 - 2020

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours sur la chirurgie du canal carpien dans les départements 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 taux de recours significativement élevés constatés pour l'année 2013 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. Des dialogues ont également été conduits en 2017 dans le département des Landes, en raison d'un taux de recours élevé en 2016.

Ces dialogues ont été préparés avec un chirurgien pratiquant l'appendicectomie et exerçant en dehors des territoires présentant un taux de recours atypiquement élevé, afin d'identifier les principaux points de rupture dans le parcours du patient qui pourraient expliquer les variations des taux de recours pour cet acte.

Au cours de ces 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).

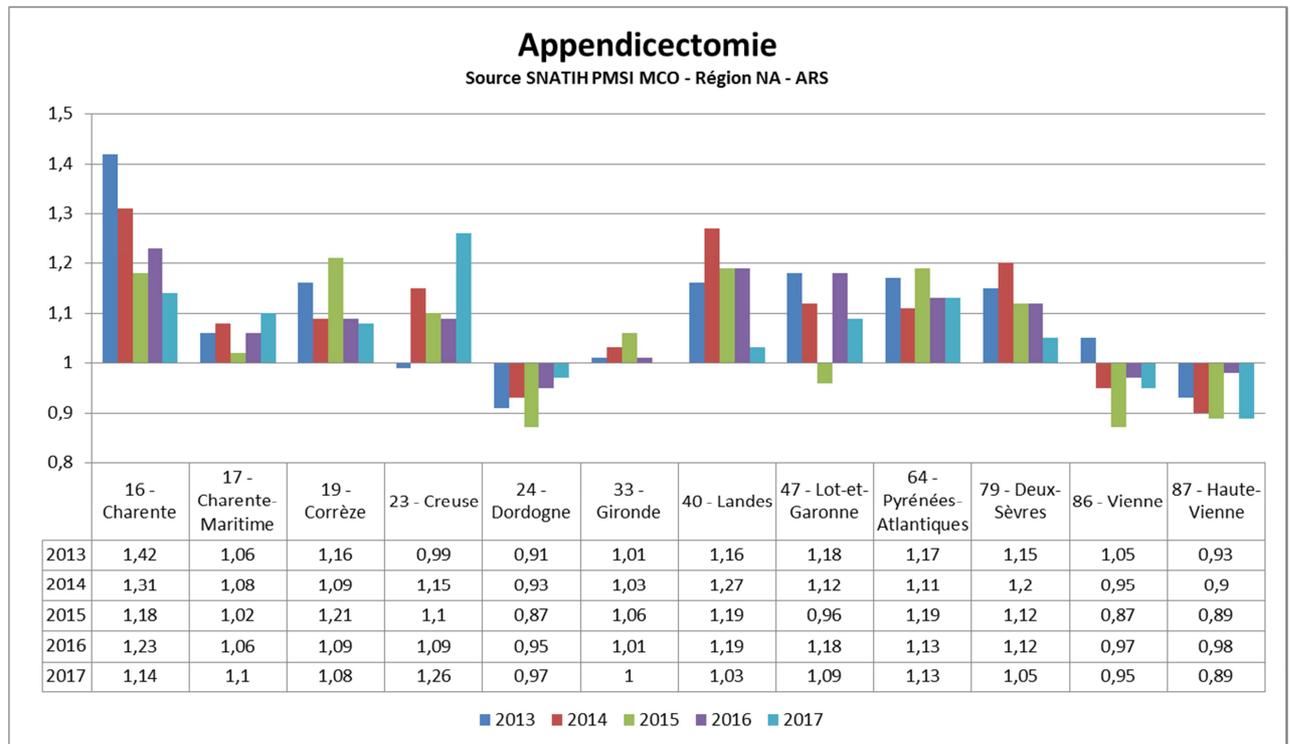
Par ailleurs, au regard des données 2016, le département de la Charente entrait à nouveau dans les critères de ciblage avec un taux de recours atypiquement élevé. Il a donc été décidé de rencontrer les chirurgiens des établissements ciblés au sein de ce département, afin de vérifier qu'une EPP a été bien été réalisée à l'issue des premiers dialogues et, le cas échéant, de discuter de la conclusion de cette EPP et des actions mises en œuvre.

Recours à l'acte :

6 437 appendicectomies ont été réalisées en région Nouvelle-Aquitaine en 2017.

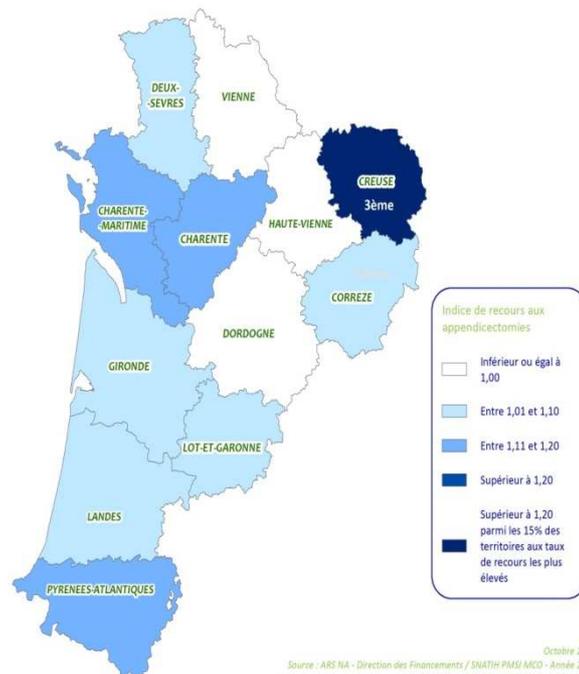
Le tableau, ci-après, présente le rapport entre le taux de recours standardisé des départements et le taux de recours standardisé national (indice national) :

► Pour la période 2013/2017



Territoires ciblés :

Les départements initialement ciblés et pour lesquels des dialogues ont été réalisés figurent en dessous des seuils de ciblage pour l'année 2017. Le département de la Creuse est nouvellement retenu par les critères de ciblage



Octobre 2018
Source : ARS NA - Direction des Financements / SNATH PMSI MCO - Année 2017
Réalisation : ARS NA - DSR, PESS - 25/10/2018
Cartographie : IGN/fond départemental - ArcGIS ©

Territoires ciblés	Calendrier
16 Charente	2016 – 2017 - 2018
17 Charente-Maritime Sud	2016 - 2017
40 Landes	2017
23 Creuse	2018

1.1.2.2 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Mettre en œuvre les engagements contractuels des établissements dans les territoires de santé ciblés en 2014 (16 : Charente ; 17 : Charente-Maritime Sud Est)	2016
Mettre en œuvre l'accompagnement par l'Assurance Maladie (campagne CNAMTS) auprès des établissements ciblés selon le ciblage national	2016
Mener des dialogues communs ARS/AM auprès des chirurgiens des établissements ciblés au sein du département avec taux de recours atypiquement élevé (Landes)	2017
Rencontrer à nouveau les établissements ciblés au sein du département avec taux de recours atypiquement élevé ayant déjà fait l'objet d'un dialogue en 2015 pour assurer un suivi des actions réalisées (16 : Charente)	2018
Mener des dialogues communs ARS/AM auprès des chirurgiens dans les établissements ciblés au sein du département avec taux de recours atypiquement élevé (23 : Creuse)	2019
Contractualiser avec les établissements ciblés au sein du département avec taux de recours atypiquement élevé	2019 - 2020
Suivre les variations des taux de recours dans les départements ayant fait l'objet de dialogues	2019 - 2020

Outils	Calendrier
CPOM ARS - Etablissement	2016-2017
CAQES – volet additionnel pertinence des actes	2019 - 2020

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours sur l'appendicectomie dans les départements 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 taux de recours atypiquement élevés constatés en 2014 dans les territoires des Deux-Sèvres et de la Vienne, des dialogues avec les chirurgiens ont été réalisés.

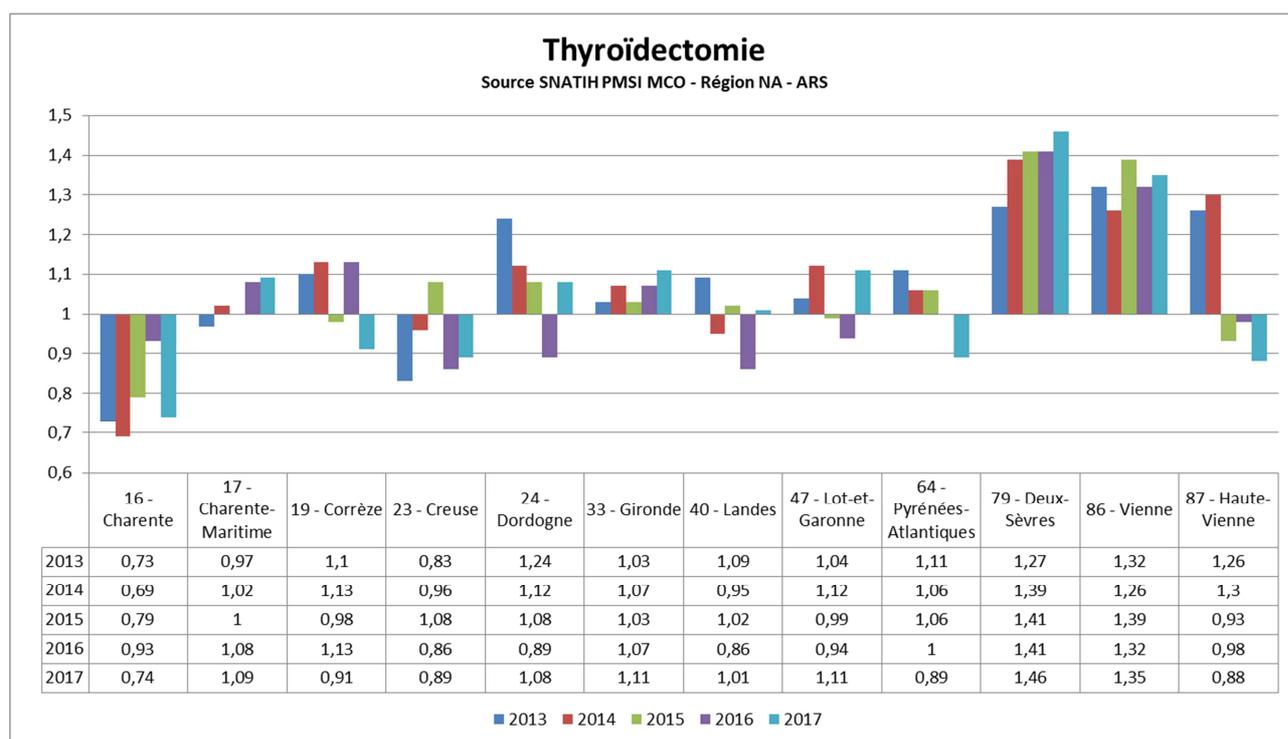
Devant la persistance de taux de recours élevés en 2015 et 2016 dans ces départements qui restaient ciblés, de nouvelles rencontres ont été organisées en 2018 avec les praticiens des établissements fortement contributeurs à ces taux de recours. Aucune EPP n'ayant été réalisée sur la période 2015-2018 dans ces établissements, il a été demandé aux praticiens de mettre en œuvre une EPP en 2019, dans le cadre de la contractualisation CAQES – volet additionnel pertinence des actes.

Recours à l'acte :

3 848 actes ont été réalisés en 2017 en région Nouvelle-Aquitaine.

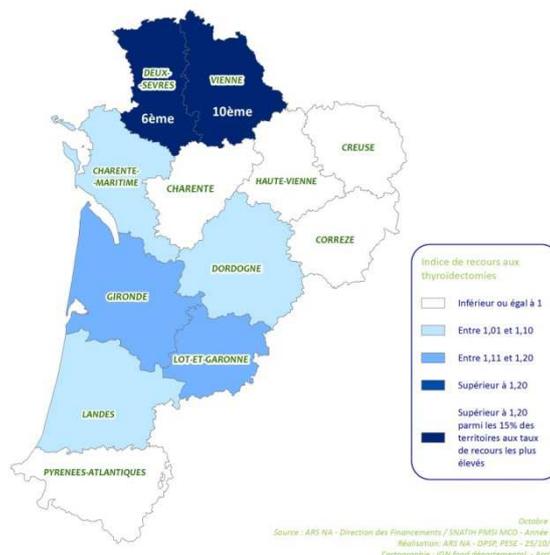
Le tableau, ci-après, présente le rapport entre le taux de recours standardisé des départements et le taux de recours standardisé national (indice national) :

➤ Pour la période 2013/2017



Territoires ciblés :

Au regard des données 2017, les départements de la Vienne et des Deux-Sèvres qui étaient initialement ciblés présentent toujours un taux de recours atypiquement élevé



Territoires ciblés	Calendrier
79 Deux-Sèvres	2016 - 2017 - 2018 - 2019
86 Vienne	2016 - 2017 - 2018 - 2019

1.1.3.2 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Mener des dialogues communs ARS/AM auprès des chirurgiens des établissements ciblés au sein du département avec taux de recours atypiquement élevé (79 : Deux-Sèvres* ; 86 : Vienne)	2015
Poursuivre l'accompagnement par l'Assurance Maladie (campagne CNAMTS) auprès des établissements ciblés selon le ciblage national	2016
Suivre les variations des taux de recours dans les départements avec taux de recours atypiquement élevé	2016 - 2017
Rencontrer à nouveau les établissements ciblés au sein du département avec taux de recours atypiquement élevé ayant déjà fait l'objet d'un dialogue en 2015 pour assurer un suivi des actions réalisées (79 : Deux-Sèvres* ; 86 : Vienne)	2018
Contractualiser avec les établissements ciblés au sein du département avec taux de recours atypiquement élevé (86 : Vienne)	2018
Suivre les variations des taux de recours dans les départements ayant fait l'objet de dialogues en 2018	2019 - 2020
Suivre la mise en œuvre des engagements contractuels des établissements de santé rencontrés en 2018	2019 - 2020

* Exclusion de l'établissement ciblé dans les Deux-Sèvres, en raison d'une forte activité liée aux interventions pour lésion tumorale

Outils	Calendrier
CAQES – volet additionnel pertinence des actes	2018 - 2019

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours sur la thyroïdectomie dans les départements avec taux de recours atypiquement élevé 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 a été mise en œuvre en 2016 par l'assurance maladie et des référentiels de bonnes pratiques sont disponibles. Devant l'existence d'un taux de recours atypiquement élevé dans les départements de Charente-Maritime, Gironde et Pyrénées-Atlantiques, 8 dialogues ont été réalisés dans ces territoires en 2017. Au cours de ces dialogues, les facteurs cités comme potentiellement responsables des taux de recours plus élevés sont :

- la proximité d'un centre du sommeil permettant le dépistage des troubles du sommeil de l'enfant ;
- l'existence d'une filière stomato/ORL avec réalisation d'amygdalectomie dans le cadre de troubles du développement orofacial pour lesquels les recommandations de la société française d'ORL sont moins précises.

Suite à ces dialogues, la mise en œuvre d'une EPP a été contractualisée au sein de chaque établissement via le CAQES – volet additionnel pertinence des actes. Le résultat de ces EPP et l'évolution des taux de recours en 2018 et 2019 dans ces départements permettront de mieux appréhender les points de rupture identifiés par chaque équipe de chirurgiens.

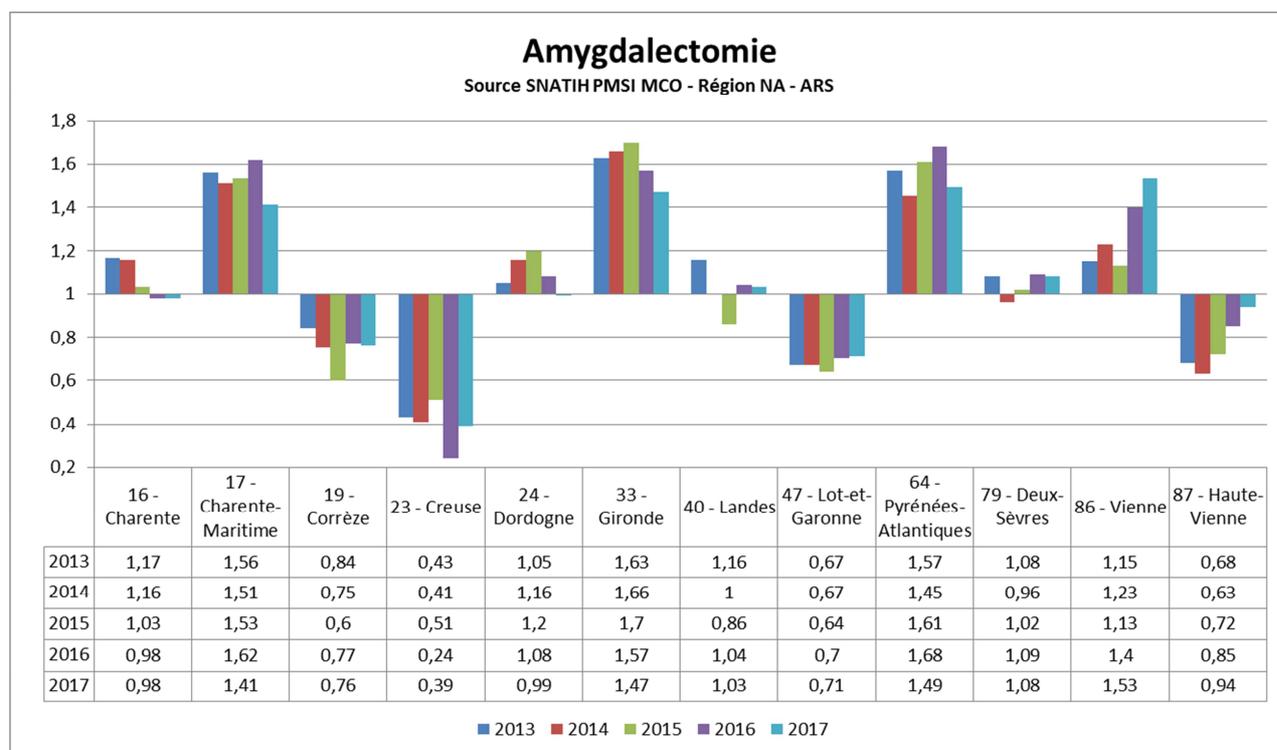
Le département de la Vienne, nouvellement ciblé sur les données de 2016, a fait l'objet de dialogues en 2018.

Recours à l'acte :

5 954 actes réalisés en 2017 en région Nouvelle-Aquitaine.

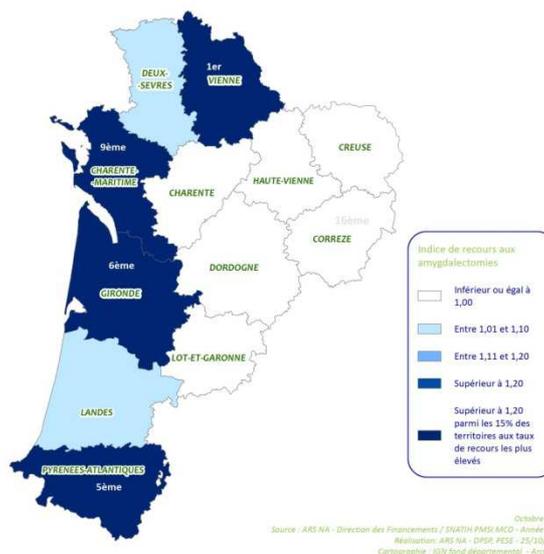
Le tableau, ci-après, présente le rapport entre le taux de recours standardisé des départements et le taux de recours standardisé national (indice national) :

➤ Pour la période 2013/2017



Territoires ciblés :

Bien qu'ayant présenté une diminution importante dans les départements de la Gironde, de la Charente-Maritime et des Pyrénées-Atlantiques, les indices nationaux observés en 2017 maintiennent ces départements ayant fait l'objet de dialogues en 2017 dans les critères de ciblage. En revanche, le département de la Vienne a présenté une progression de son indice national pour l'année 2017. Il a fait l'objet de dialogues en 2018.



Territoires ciblés	Calendrier
33 Gironde	2016 - 2017 - 2018 - 2019
17 Charente-Maritime Nord	2016 - 2017 - 2018 - 2019
64 Pyrénées Atlantiques	2016 - 2017 - 2018 - 2019
86 Vienne	2017 - 2018 - 2019

1.1.4.2 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Poursuivre l'accompagnement par l'Assurance Maladie (campagne CNAMTS) au sein des établissements ciblés selon le ciblage national	2016
Mener des dialogues communs ARS/AM auprès des chirurgiens dans les établissements ciblés au sein des 3 départements avec taux de recours atypiquement élevé (17 : Charente-Maritime ; 33 : Gironde ; 64 : Pyrénées-Atlantiques)	2016 - 2017
Contractualiser avec les établissements ciblés au sein des 3 territoires avec taux de recours atypiquement élevé	2017
Mener des dialogues communs ARS/AM auprès des chirurgiens dans les établissements ciblés au sein de la Vienne	2018
Contractualiser avec les établissements ciblés au sein de la Vienne	2018 - 2019
Suivre les variations des taux de recours dans le département ayant fait l'objet de dialogues en 2017 et 2018	2019 - 2020
Suivre la mise en œuvre des engagements contractuels au sein des établissements de santé rencontrés en 2017 et 2018	2019 - 2020

Outils	Calendrier
CAQES – volet additionnel pertinence des actes	2018 - 2019

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours sur l'amygdalectomie dans les départements avec taux de recours atypiquement élevé et le taux de recours national	Diminution de l'écart

1.1.5 Les poses d'aérateurs transtympaniques

1.1.5.1 Le diagnostic

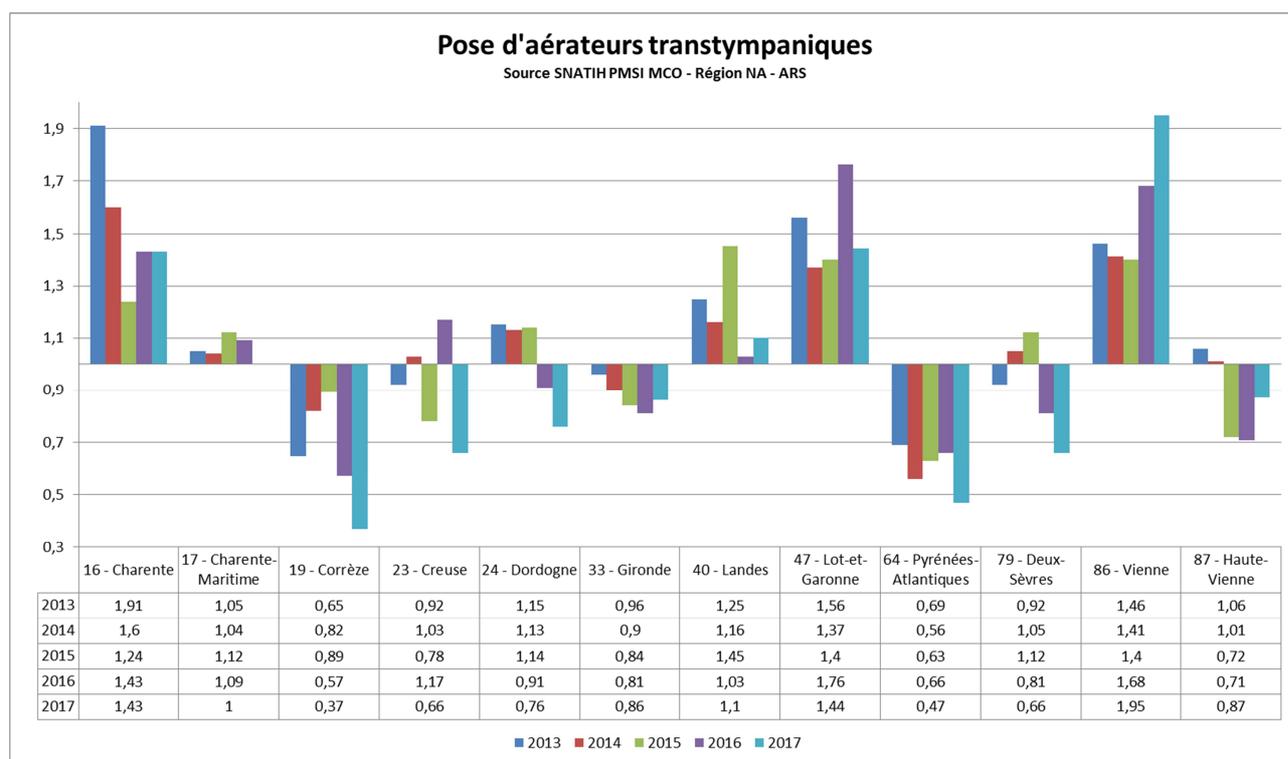
Contexte :

Une campagne nationale a été mise en œuvre en 2018 par l'assurance maladie et des référentiels de bonnes pratiques sont disponibles.

Recours à l'acte :

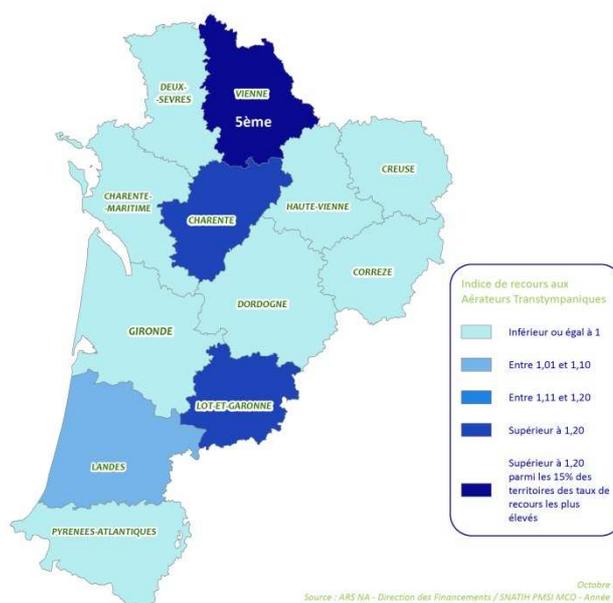
1 915 actes réalisés en 2017 en région Nouvelle-Aquitaine.

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



Territoires ciblés :

Sur la base des données 2017, le département de la Vienne présente un taux de recours atypiquement élevé.



Octobre 2018
Source : ARS NA - Direction des Financements / SNATH PMSI MCO - Année 2017
Réalisation : ARS NA - DPSR, PESE - 25/10/2018
Cartographie : ISN fond départemental - ArcGIS ©

Territoires ciblés	Calendrier
86 Vienne	2018

1.1.5.2 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Mener l'accompagnement par l'Assurance Maladie (campagne CNAMTS) au sein des établissements ciblés selon le ciblage national	2018
Mener des dialogues communs ARS/AM auprès des chirurgiens dans les établissements ciblés au sein du territoire avec taux de recours atypiquement élevé (86 : Vienne)	2019
Contractualiser avec les établissements ciblés au sein du territoire en avec taux de recours atypiquement élevé (86 : Vienne)	2019 - 2020

Outils	Calendrier
CAQES - volet additionnel pertinence des actes	2019 - 2020

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours sur la pose d'aérateurs transtympaniques dans les départements avec taux de recours atypiquement élevé et le taux de recours national	Diminution de l'écart

1.2 Les thématiques sans recours significativement élevé en région, avec problématique de pertinence identifiée et référentiels ou outils locaux

1.2.1 Les angioplasties coronaires (patients stables)

1.2.1.1 Le diagnostic

Historique :

En région ex-Aquitaine, un registre nominatif (appelé registre ACIRA – registre Aquitain de cardiologie interventionnelle) 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 a été transférée en 2017 du CCECQA (comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine) à l'ISPED (Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement).

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.

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. L'exploitation de ces données est en cours et devrait permettre de caractériser le parcours de ces patients.

Parallèlement, le registre ACIRA a développé et validé un indicateur de détection des coronarographies et angioplasties non-pertinentes dans le contexte de l'angor stable et de l'ischémie silencieuse, d'ores et déjà performant pour les actes de coronarographie.

L'objectif est de restituer ces indicateurs de pertinence aux cardiologues interventionnels, afin qu'ils puissent avoir un retour sur leur pratique. En ce sens, un groupe de travail ARS-ACIRA sera mis en place en 2019, afin de définir la stratégie de communication de ces indicateurs aux professionnels de santé concernés.

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 ACIRA) : elles ne peuvent être déployées à court terme sur l'ensemble du territoire.

Territoires ciblés	Calendrier
24 Dordogne	2016 - 2019
33 Gironde	2016 - 2019
40 Landes	2016 - 2019
47 Lot-et-Garonne	2016 - 2019
64 Pyrénées Atlantiques	2016 - 2019

1.2.1.2 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	2019 - 2020
Suivre les taux de ré hospitalisation	2017
Mesurer l'impact à moyen terme sur les pratiques des praticiens engagés dans la démarche de DPC	2019
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) dans les départements ciblés	2018 - 2019
Définir et appliquer une stratégie de communication des indicateurs de pertinence développés par ACIRA pour les cardiologues interventionnels	2019

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

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

1.2.2 Les césariennes programmées à terme

1.2.2.1 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 leurs pratiques 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 ex-Aquitaine. Pour les 3 établissements n'ayant pas participé à l'expérimentation, l'objectif est la mise en œuvre d'une évaluation de leurs pratiques.

L'année 2017 a vu la création d'un Réseau PERINAT à l'échelle de la Nouvelle-Aquitaine permettant de mener des actions sur l'intégralité du territoire de la région. Dans ce cadre et devant la persistance d'une variabilité entre les territoires de la région concernant les taux de césariennes programmées, il a été décidé de lancer une campagne d'évaluation des pratiques professionnelles sur cette thématique pour l'ensemble des territoires de la région en ciblant des établissements atypiques. Le soutien méthodologique et le déploiement de cette campagne reposeront sur le CCECQA. Le réseau interviendra pour la définition des critères de ciblage et l'accompagnement des établissements pour la mise en place d'actions secondaires après la réalisation des EPP.

Territoires ciblés :

L'ensemble des départements de Nouvelle-Aquitaine est concerné, la réalisation des EPP concernera uniquement des établissements ciblés comme atypiques.

Territoires ciblés	Calendrier
16 Charente	2019
17 Charente-Maritime	2019
19 Corrèze	2016 - 2019
23 Creuse	2016 - 2019
24 Dordogne	2016 - 2019
33 Gironde	2016 - 2019
40 Landes	2016 - 2019
47 Lot-et-Garonne	2016 - 2019
64 Pyrénées Atlantique	2016 - 2019
79 Deux-Sèvres	2016 - 2019
86 Vienne	2019
87 Haute-Vienne	2016 - 2019

1.2.2.2 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Réalisation d'une campagne d'EPP pour les établissements ciblés	2019
Mise en œuvre des actions d'améliorations des pratiques avec le soutien du réseau PERINAT	2019-2020

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 avec recours significativement élevé en région et avec référentiels en attente de parution

1.3.1 Les extractions des dents de sagesse (acte HBGD038 : 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 ».

1.3.1.1 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 des séjours hospitaliers et des soins de ville a été menée conjointement entre l'ARS et l'assurance maladie 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 HBGD038 sans autres actes en dehors de l'anesthésie, sa surveillance et des actes de radiologie éventuels.

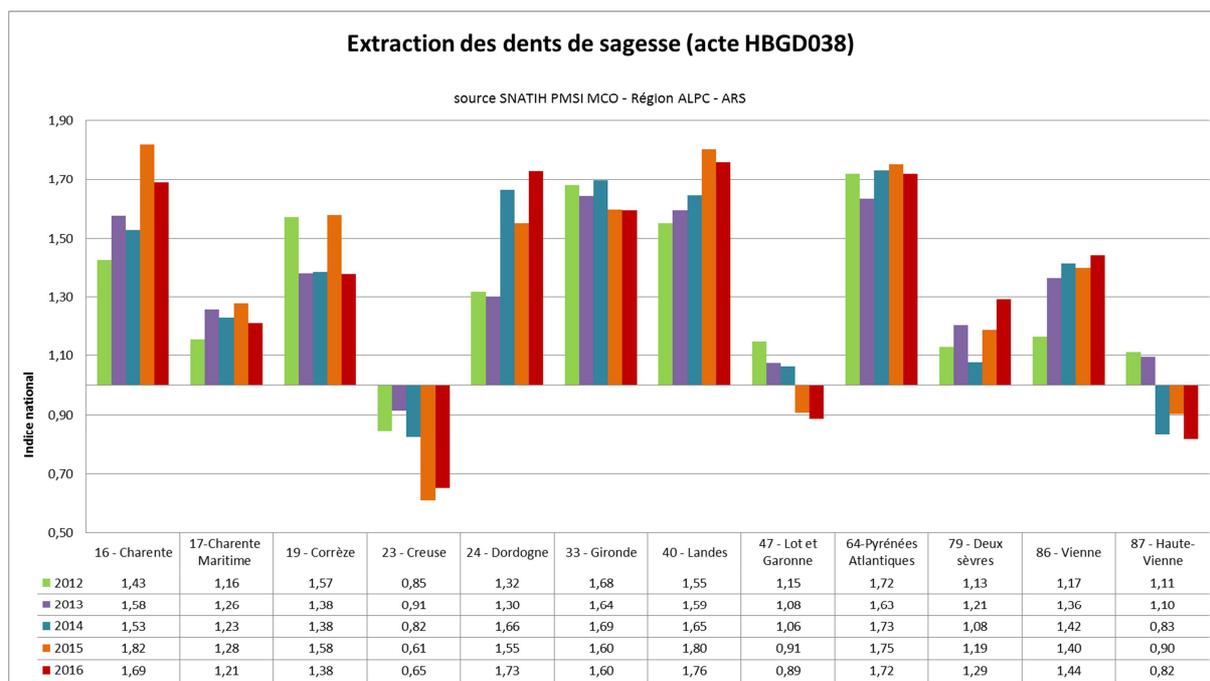
Afin de mieux analyser les éléments d'indications d'extractions des 4 dents de sagesse, et sans attendre la publication des recommandations de l'HAS, les établissements se sont engagés à ce qu'une analyse par les praticiens effecteurs sur ces indications soit réalisée, pour pouvoir les confronter ensuite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

Recours à l'acte :

22 121 actes réalisés en 2017 en région Nouvelle-Aquitaine.

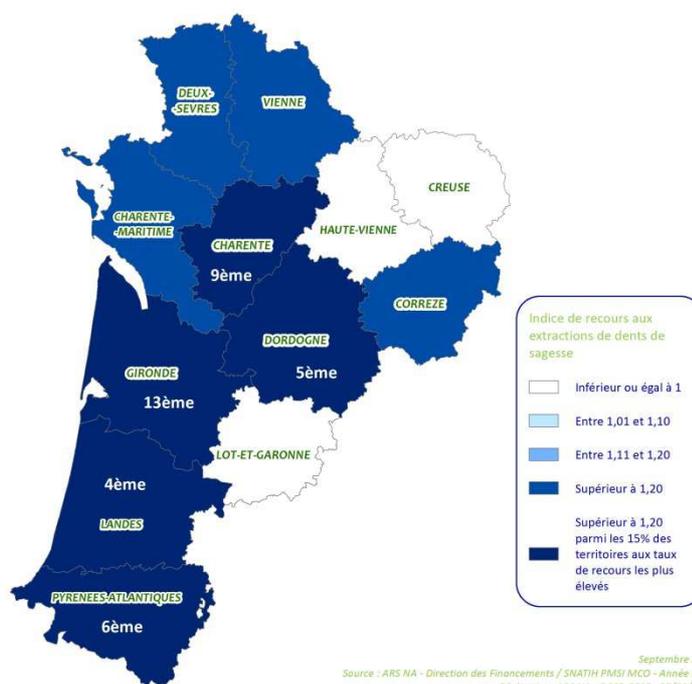
Le tableau, ci-après, présente le rapport entre le taux de recours standardisé des départements et le taux de recours standardisé national (indice national) :

➤ Pour la période 2013/2017



Territoires ciblés :

Au regard des données 2017, 5 départements présentent un indice national supérieur ou égal à 1,20 et font partie des 15% des départements français ayant un le plus fort taux de recours.



Territoires ciblés	Calendrier
16 Charente	Dès parution des référentiels
24 Dordogne	Dès parution des référentiels
33 Gironde	Dès parution des référentiels
40 Landes	Dès parution des référentiels
64 Pyrénées Atlantiques	Dès parution des référentiels

1.3.1.2 La déclinaison opérationnelle

La parution de référentiels de bonnes pratiques est annoncée dans le programme de travail de la HAS pour fin 2018, les actions auprès des établissements dépendront de ce calendrier de parution.

Actions	Calendrier
Assurer un suivi des taux de recours des départements de la région	2016-2017
Accompagner les établissements, dès parution des référentiels de bonnes pratiques	2019

Outils	Calendrier
CAQES – volet additionnel pertinence des actes, dès parution des référentiels de bonnes pratiques	2019 - 2020

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) dans les départements de la région et le taux de recours national	Réduction de l'écart

1.3.2 Les cataractes

1.3.2.1 Le diagnostic

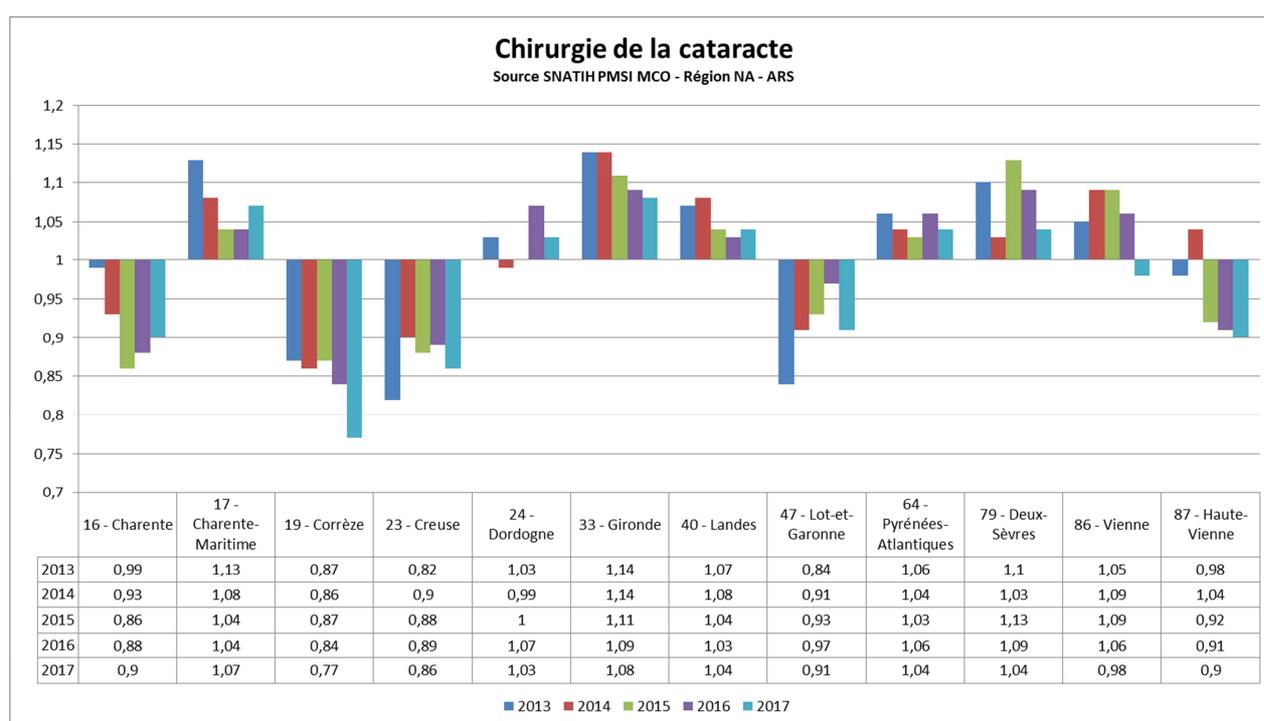
Recours à l'acte :

89 253 actes réalisés en 2017 en région Nouvelle-Aquitaine.

En raison du volume important d'actes dans ces territoires et de la parution de recommandations HAS à venir, cette thématique reste inscrite au PAPRAPS et fera l'objet d'une surveillance.

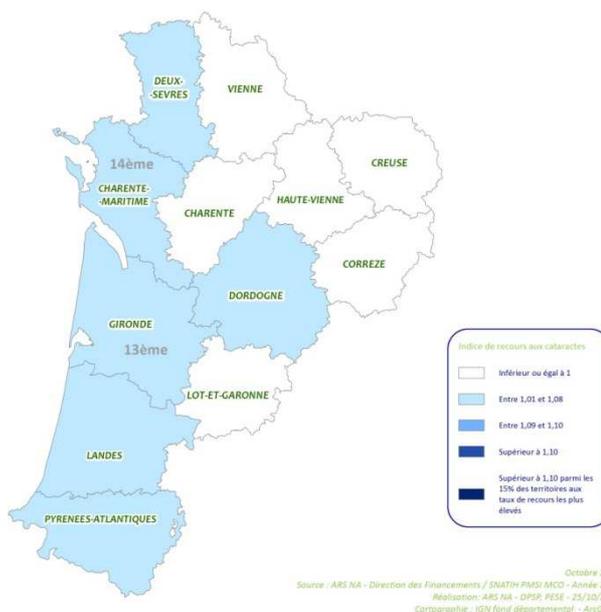
Le tableau, ci-après, présente le rapport entre le taux de recours standardisé des départements et le taux de recours standardisé national (indice national) :

➤ Pour la période 2013/2017



Territoires ciblés :

Au regard des données 2017, les territoires initialement ciblés n'apparaissent plus avec un avec taux de recours significativement élevé. En revanche, les départements de la Gironde et de la Charente-Maritime présentent des taux de recours standardisés supérieurs au taux de recours national.



Territoires ciblés	Calendrier
17 Charente-Maritime	Dès parution des référentiels
33 Gironde	Dès parution des référentiels

1.3.2.2 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Assurer un suivi des taux de recours des départements de la région	2016-2017
Accompagner les établissements, <u>dès parution des référentiels de bonnes pratiques</u>	2019

Outils	Calendrier
CAQES – volet additionnel pertinence des actes, <u>dès parution des référentiels de bonnes pratiques</u>	2019 - 2020

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours sur la cataracte dans les départements 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 :

- Représenter au moins **10 % de l'activité** du département **avec taux de recours atypiquement élevé,**
- 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 département avec un taux de recours atypiquement élevé.

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 observés 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 potentiellement 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 (SSR) après chirurgie orthopédique.

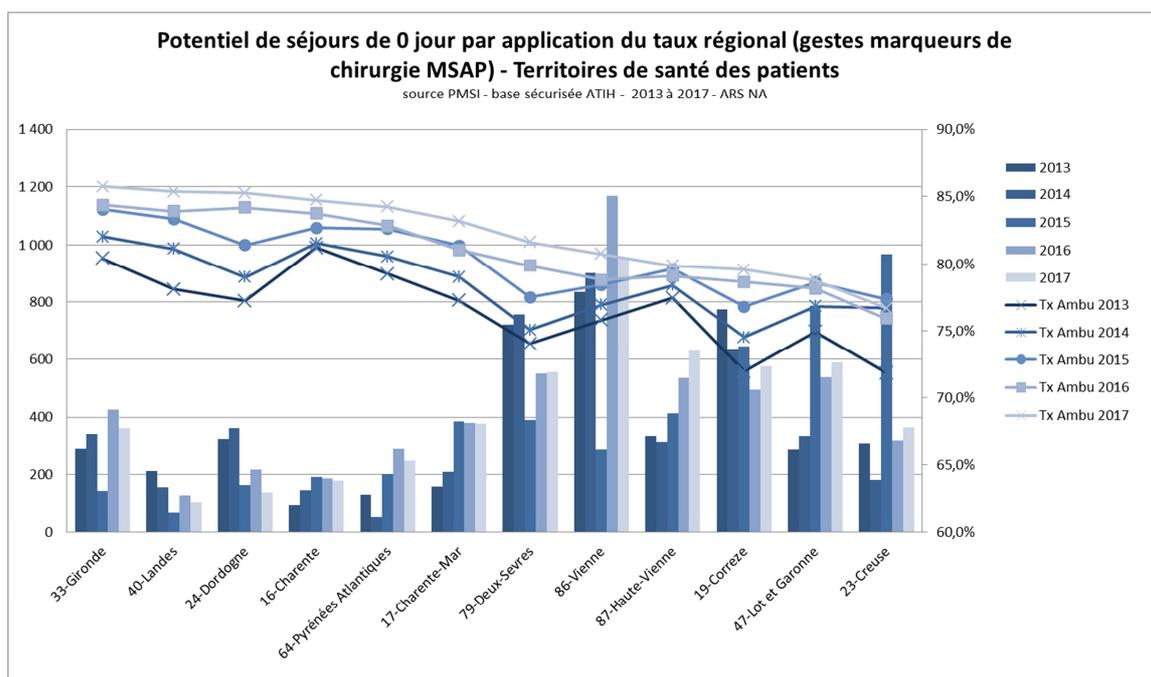
1. La pertinence des modes de prise en charge : La chirurgie ambulatoire

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).

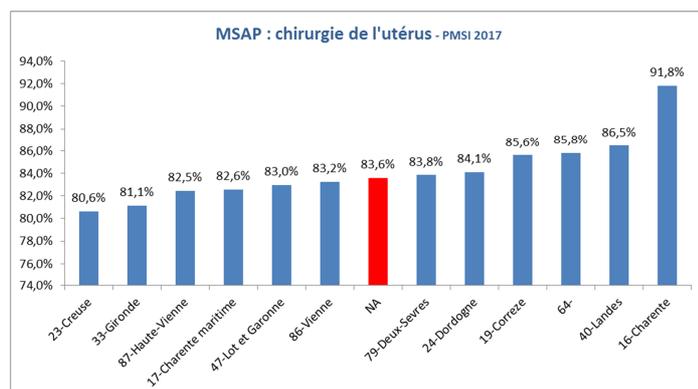
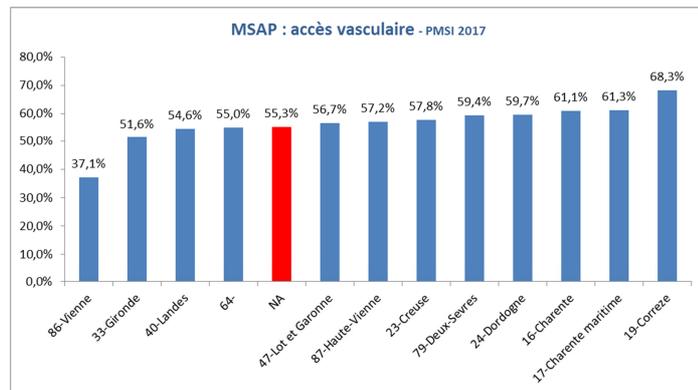
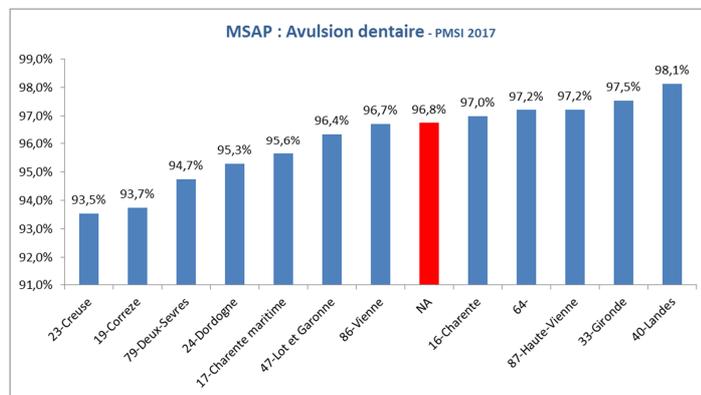
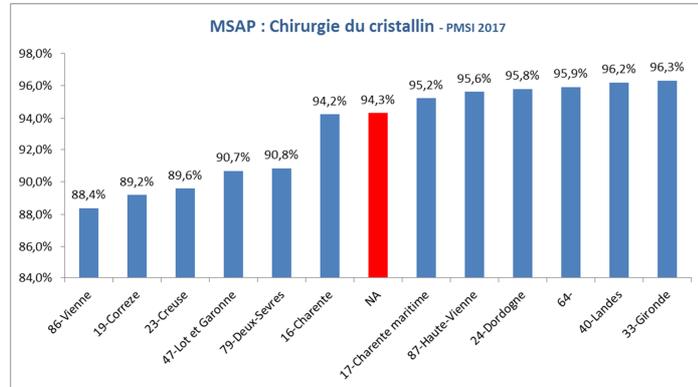
1.1 Le diagnostic régional

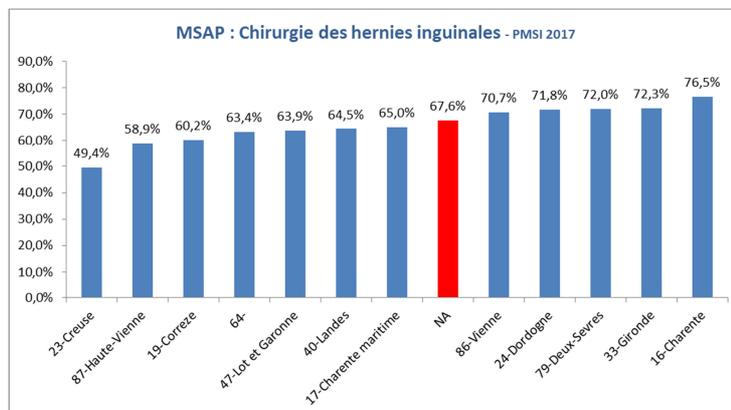
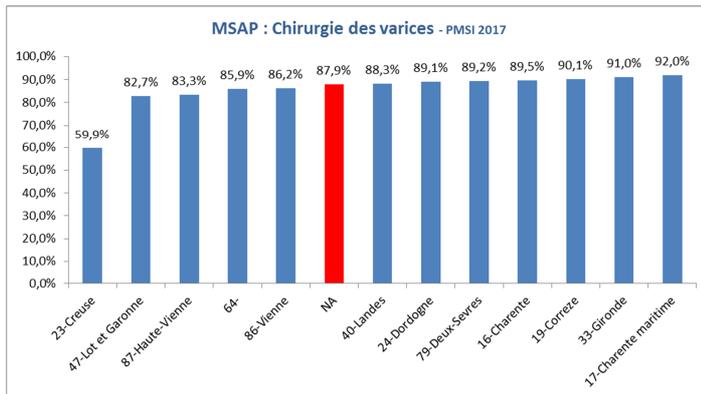
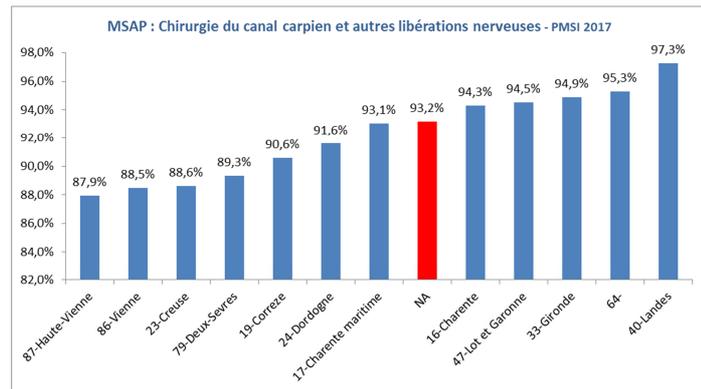
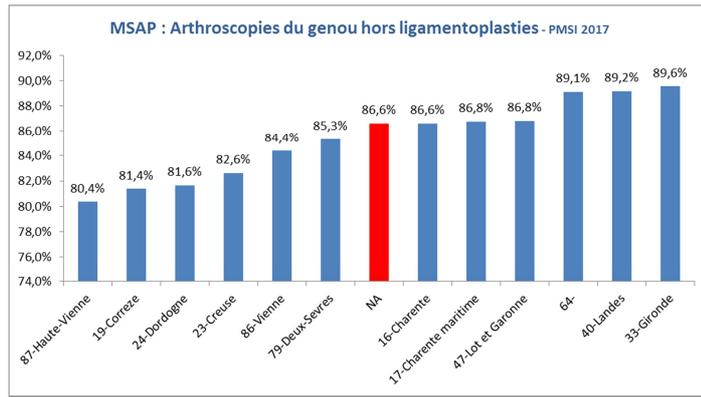
1.1.1 Le potentiel de séjours en chirurgie ambulatoire par application du taux régional (gestes marqueurs)

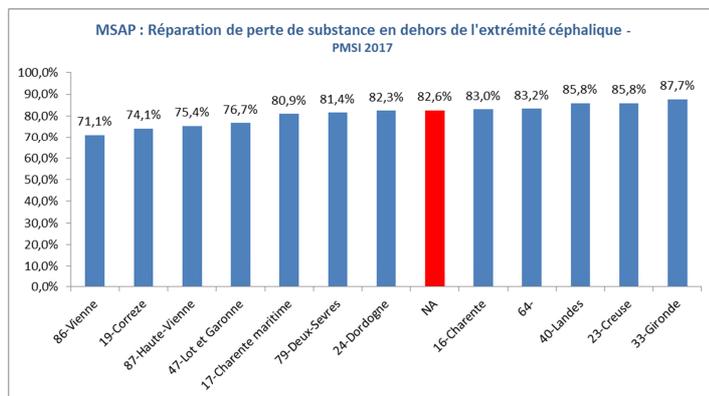
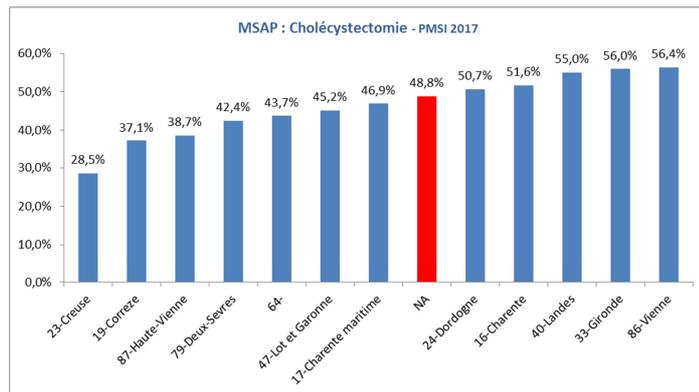
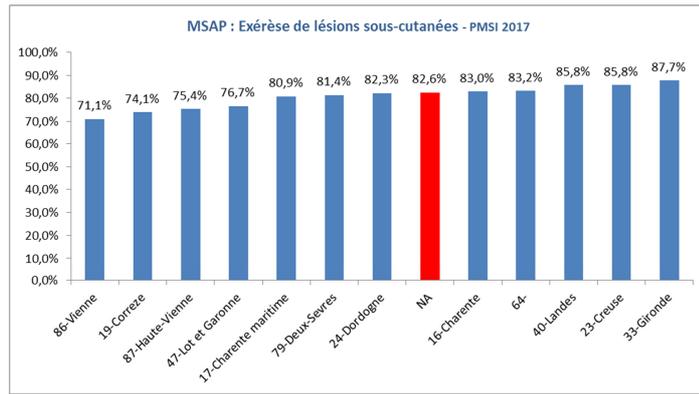


1.1.2 Le taux de chirurgie ambulatoire par département pour les gestes marqueurs présentant les plus gros volumes d'activité

11 gestes marqueurs représentent quasiment les $\frac{3}{4}$ de l'activité de chirurgie ambulatoire dans la région Nouvelle-Aquitaine :







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 chirurgie ambulatoire 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'assurance maladie.
- 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 :

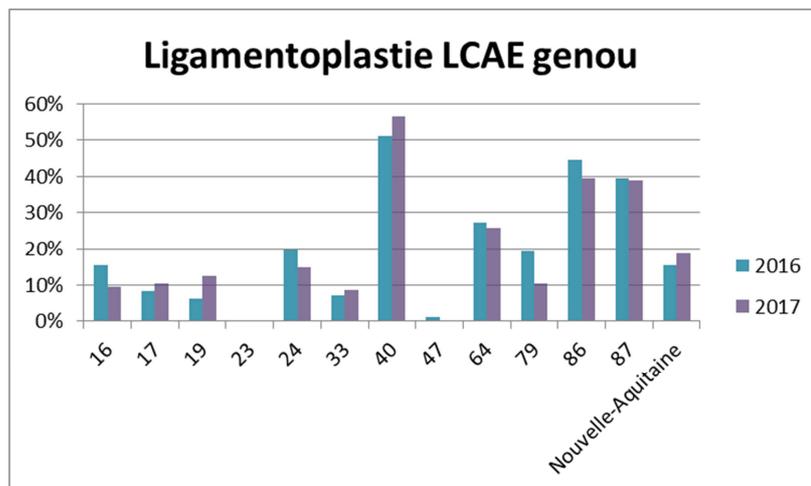
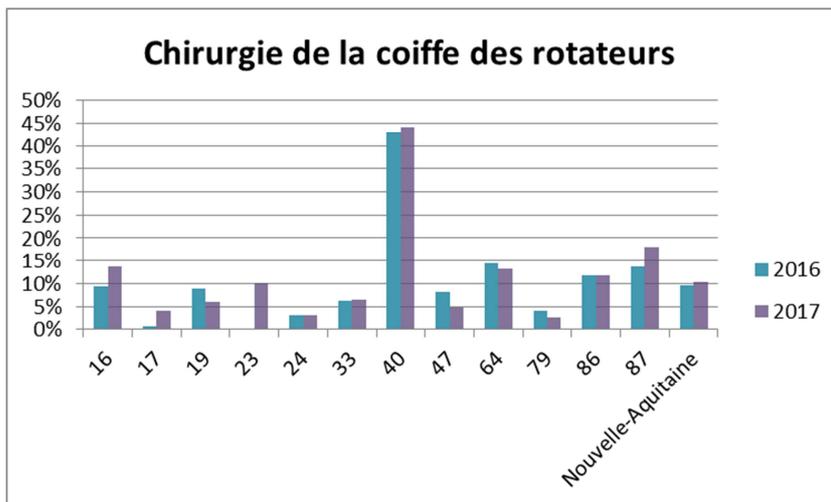
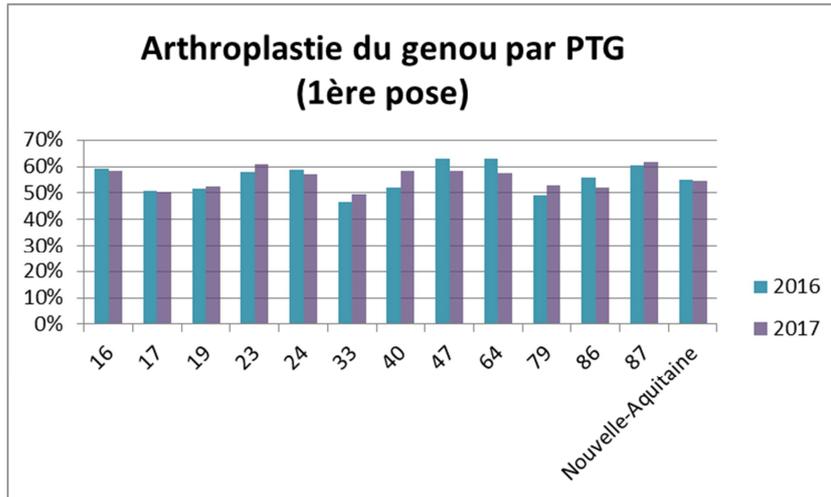
- l'amélioration de la qualité des soins par la diminution des actes inutiles et la réduction des variations de pratiques médicales,
- l'amélioration de l'organisation des soins (articulation hôpital/ville/médico-social, réorganisation de l'offre),
- la diminution de l'impact économique des soins par 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 :

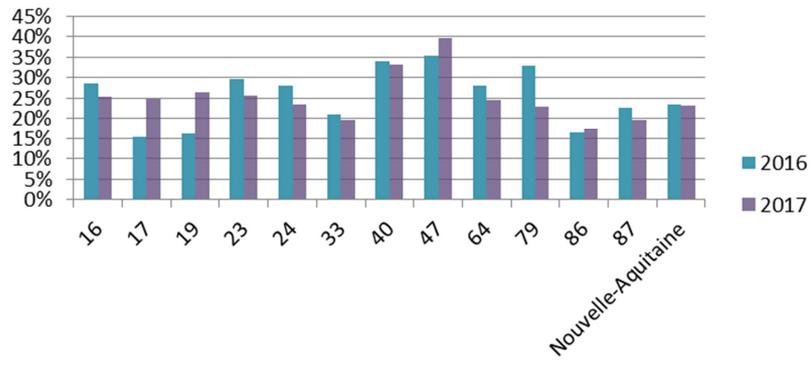
- Arthroplastie de genou par prothèse totale de genou en 1ère intention (PTG) [2008],
- Chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendon rompu de la coiffe des rotateurs (épaule) [2008],
- Ligamentoplastie du croisé antérieur du genou (LCA) [2008],
- Arthroplastie de hanche par prothèse 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].

1.1.1 Le diagnostic régional

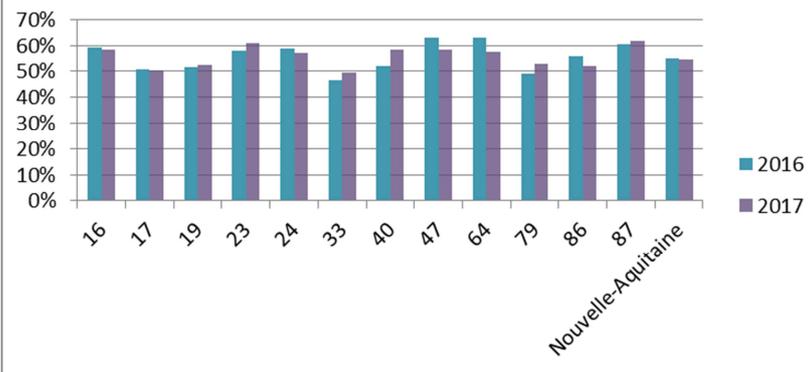
Les taux de sortie en SSR concernant la période 2016-2017 pour les 6 gestes marqueurs sont les suivants :



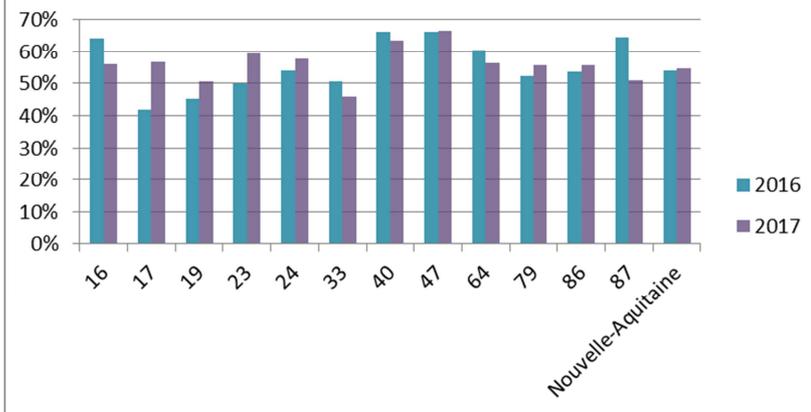
Arthroplastie de hanche par PTH (1ère pose)



Ostéosynthèse de la fracture trochantérienne



PTH sur fracture du col fémoral



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

La MSAP pour les séjours de 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.

1.1.3 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 »

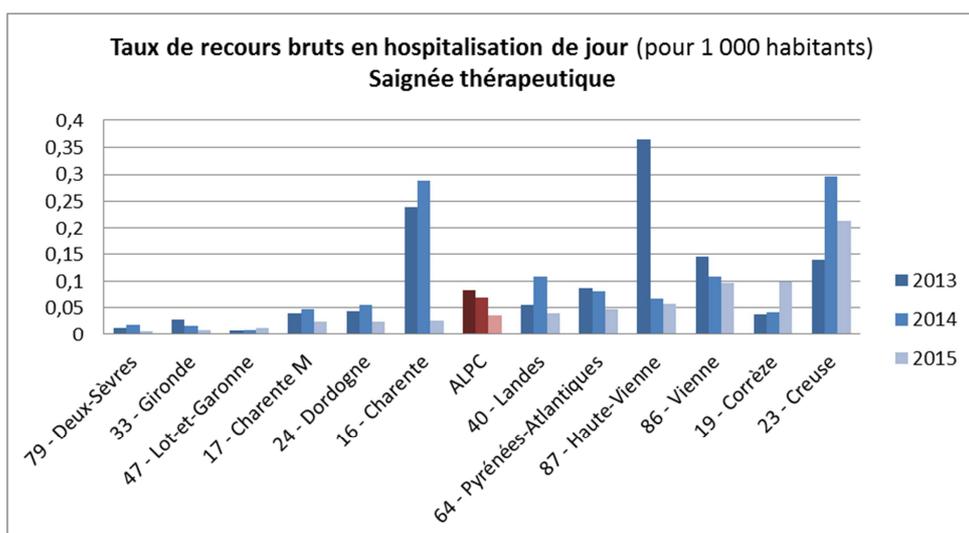
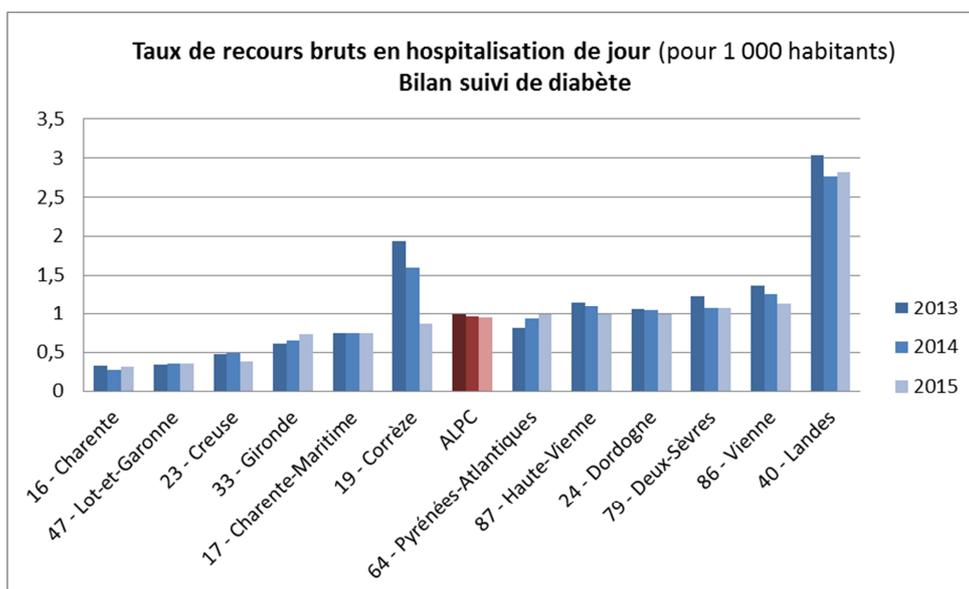
Cette démarche est relative à la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie d'un séjour.

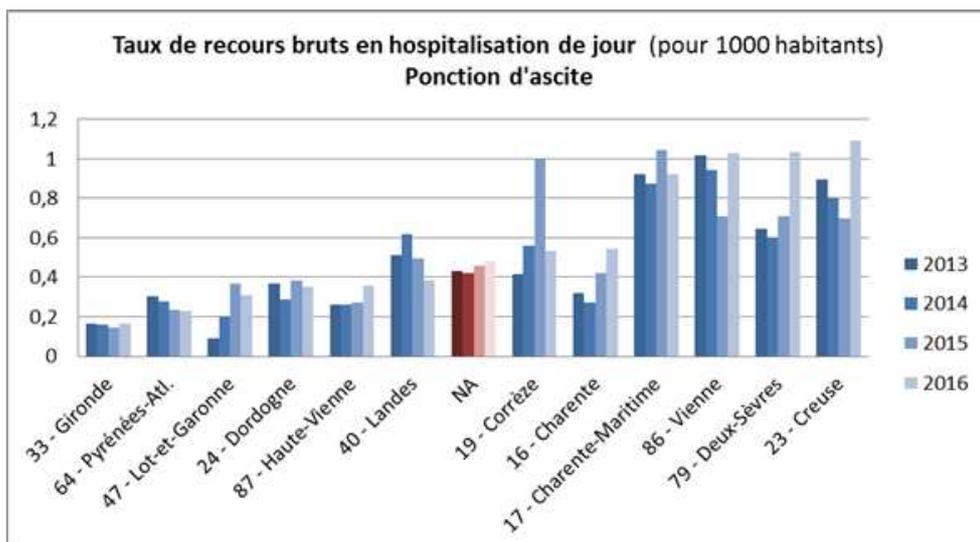
Trois prestations sont concernées :

- 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 »

Hôpital de jour de médecine pour suivi des patients diabétique	<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
Forfait Sécurité Environnement	<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 HPJB001 - 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 atypique 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

1. La pertinence des prescriptions de transports

La priorité est d'évaluer, à chaque prescription, la nécessité du besoin médical de la prescription du transport et de veiller à mettre en cohérence le mode de transport prescrit avec l'état de santé du patient. Il s'agit de répondre aux besoins de transports induits par les nouveaux modes de prise en charge des patients (parcours de santé au sein des GHT, médecine ambulatoire), tout en assurant la soutenabilité financière de ces dépenses.

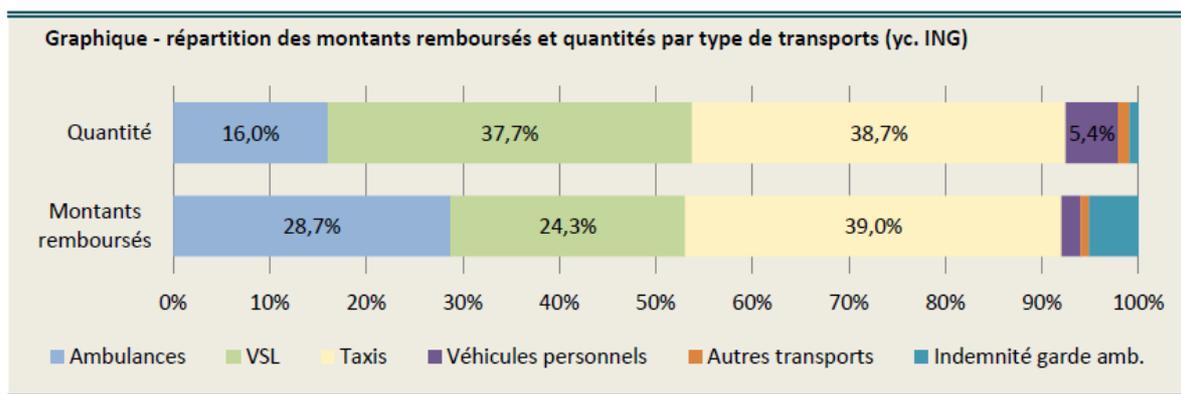
Les transports sanitaires sont définis par les activités des taxis, VSL, ambulances et autres (transports personnels notamment).

1.1 Le diagnostic régional

1.1.1 La décomposition des coûts en région Nouvelle-Aquitaine sur le 1^{er} semestre 2018

➤ Evolution en montants remboursés

Données de la période : 01/01/2018 - 30/06/2018				Ensemble des prescripteurs		
	Montants remboursés	Part	Evolution	Quantité	Part	Evolution
Ensemble des transports (yc. ING)	160 956 174	100,0%	4,9%	2 962 294	100,0%	5,0%
Ambulances	46 238 017	28,7%	4,1%	474 504	16,0%	4,3%
VSL	39 151 715	24,3%	3,8%	1 117 536	37,7%	4,7%
Taxis	62 763 359	39,0%	7,3%	1 147 376	38,7%	3,3%
Véhicules personnels	3 164 057	2,0%	-3,5%	159 600	5,4%	19,1%
Autres transports	1 388 068	0,9%	-6,7%	35 563	1,2%	33,4%
Indemnité garde amb.	8 250 960	5,1%	2,3%	27 715	0,9%	2,1%



Les dépenses de transports (y compris ING¹) présentent une augmentation de 4.9 % en Nouvelle Aquitaine sur les 6 premiers mois de l'année 2018. Cette augmentation s'explique :

- à 57 % par l'augmentation des dépenses de transports en taxis
- à 24 % par l'augmentation des dépenses en ambulances
- à 19 % par l'augmentation des dépenses en VSL.

➤ Evolution des dépenses liées aux transports sanitaires urgents

Transports sanitaires urgents	Montants remboursés	Part	Evolution	Quantité	Part	Evolution
Ensemble des transports (yc. ING)	12 226 502	100,0%	5,0%	84 007	100,0%	6,4%
Ambulances de garde	1 666 312	13,6%	7,5%	31 718	37,8%	5,7%
Ambulances avec sup. urgence	2 309 230	18,9%	14,3%	24 574	29,3%	12,7%
Indemnité garde amb. (ING)	8 250 960	67,5%	2,3%	27 715	33,0%	2,1%

Les transports sanitaires urgents et les ING représentent 7,6 % des montants remboursés pour l'ensemble des transports (y compris ING) et contribuent à l'évolution globale à hauteur de 2 %.

Dans le cadre des transports régulés par le centre 15, on constate toujours sur la moitié de l'année 2018 une hausse significative des ambulances commerciales en période de garde ambulancière.

1 ING = Indemnité de Garde ambulancière

➤ Evolution par type de prescripteurs

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

Prescripteurs (hors ING)	Montants remboursés	Part	Evolution	Quantité	Part	Evolution
Généralistes libéraux	33 187 108	21,7%	10,1%	776 630	26,5%	7,6%
Spécialistes libéraux	21 592 190	14,1%	-0,1%	407 070	13,9%	3,3%
Etablissements	97 280 848	63,7%	4,7%	1 732 209	59,0%	4,5%

L'augmentation des montants remboursés (hors ING) s'explique :

- à 60 % par les transports prescrits par les établissements
- à 38 % par les transports prescrits par les généralistes libéraux
- à 3 % par les transports prescrits par les spécialistes libéraux.

➤ La décomposition des coûts pour les transports prescrits par les établissements

Focus sur les transports en ambulance

Décomposition sur les transports en AMBULANCE

Données comparatives : 01/01/2018 - 30/06/2018 & 01/01/2017 - 30/06/2017

Etablissements

1ère phase de la décomposition	Croissance des remboursements	Effet nombre de consommateurs	Effet taux de remboursement	Effet consommation par tête
Ensemble population	4,25%	5,55%	-0,26%	-0,98%
Population hors ALD	6,40%	6,23%	-1,21%	1,38%
Population en ALD	3,91%	5,21%	0,02%	-1,26%

2ème phase de la décomposition	Effet hausse pop. protégée	Effet taux de recours	Effet nombre d'actes par tête	Effet tarifs
Ensemble population	1,28%	4,22%	-1,05%	0,07%
Population hors ALD	0,31%	5,90%	2,02%	-0,62%
Population en ALD	6,00%	-0,74%	-1,48%	0,22%

L'augmentation des montants remboursés pour les transports en ambulance (+ 4,2 %) s'explique essentiellement par :

- l'augmentation du nombre d'assurés consommateurs (5,55 points sur les 4,25), du fait de l'augmentation de la population protégée (1,28 points sur les 4,25) et du taux de recours (4,22 points sur les 4,25),
- une baisse du nombre de transports par assuré consommant prescrits par les établissements (-0,98 point sur les 4,7) qui modère la hausse des dépenses d'ambulances.

Focus sur les taxis

Décomposition sur les transports en TAXI

Données comparatives : 01/01/2018 - 30/06/2018 & 01/01/2017 - 30/06/2017

Etablissements

1ère phase de la décomposition	Croissance des remboursements	Effet nombre de consommateurs	Effet taux de remboursement	Effet consommation par tête
Ensemble population	7,36%	6,35%	0,25%	0,70%
Population hors ALD	3,82%	4,37%	0,66%	-1,18%
Population en ALD	7,83%	6,84%	0,08%	0,84%

2ème phase de la décomposition	Effet hausse pop. protégée	Effet taux de recours	Effet nombre d'actes par tête	Effet tarifs
Ensemble population	1,28%	5,01%	-2,92%	3,73%
Population hors ALD	0,3%	4,0%	-5,51%	4,58%
Population en ALD	6,0%	0,8%	-2,19%	3,10%

L'augmentation des montants remboursés pour des transports en taxi (+ 7,36 %), s'explique essentiellement par :

- l'augmentation du nombre d'assurés consommateurs (6,35 points sur les 7,36), du fait de l'augmentation de la population protégée (1,28 points sur les 7,36) et du taux de recours (5,01 points sur les 7,36),
- l'augmentation du coût des transports en taxi (3,73 points sur les 7,36).

1.1.2 Analyse comparative des circonscriptions de la Nouvelle-Aquitaine sur l'année 2017

- Evolution des dépenses de prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) pour les transports par circonscription

	Montant transport Prescriptions Etab	Part régionale	Evol 2017/2016
161- Charente	6 560 702	4%	6%
171- Charente-Maritime	18 463 479	10%	2%
191- Corrèze	10 147 603	6%	2%
231- Creuse	2 106 025	1%	2%
241- Dordogne	5 141 278	3%	6%
331- Gironde	60 067 904	34%	2%
401- Landes	9 425 927	5%	8%
471- Lot-et-Garonne	7 097 915	4%	0%
641- Bayonne	7 494 338	4%	6%
642- Pau	4 134 272	2%	4%
791- Deux-Sèvres	10 211 386	6%	1%
861- Vienne	20 549 730	12%	6%
871- Haute-Vienne	22 658 426	13%	3%

Les évolutions des dépenses de transports issues des établissements en 2017 par rapport à 2016 sont variables selon les circonscriptions. Il faut cependant noter que 5 départements sur 12 ont réussi à atteindre l'objectif d'évolution des dépenses 2017 fixé à 2,2%.

➤ Contribution de chaque famille de transport sur l'évolution des dépenses sur chaque circonscription

	Montant transport Prescriptions Etab	Contribution à l'évolution sur les montants totaux par département		
		montants transports pour séjour	montants transports pour séances	montants transports pour ACE
161- Charente	6 560 702	40%	23%	27%
171- Charente-Maritime	18 463 479	-11%	49%	-28%
191- Corrèze	10 147 603	-2%	26%	1%
231- Creuse	2 106 025	-84%	87%	101%
241- Dordogne	5 141 278	9%	43%	13%
331- Gironde	60 067 904	-8%	54%	1%
401- Landes	9 425 927	1%	23%	21%
471- Lot-et-Garonne	7 097 915	-11137%	14638%	-1184%
641- Bayonne	7 494 338	19%	37%	10%
642- Pau	4 134 272	30%	12%	20%
791- Deux-Sèvres	10 211 386	118%	107%	43%
861- Vienne	20 549 730	19%	51%	36%
871- Haute-Vienne	22 658 426	11%	52%	35%
Nouvelle-Aquitaine	184 058 986	10%	43%	17%

Note de lecture : les montants des transports pour séances expliquent à hauteur de 23% le taux d'évolution de 8% des dépenses dans les Landes. Le département du Lot-et-Garonne a un taux d'évolution de 0% ce qui explique des pourcentages de contribution à l'évolution des dépenses non significatifs et non comparables aux autres départements.

Les transports pour séances expliquent majoritairement les évolutions des dépenses de transports.

➤ Evolution des transports pour séjours par circonscription

	Montant transports pour séjours	Evolution 2017/2016	
		des montants transports pour séjours	des volumes de séjours
161- Charente	1 228 219	15%	2%
171- Charente-Maritime	2 820 376	-2%	1%
191- Corrèze	1 385 298	0%	2%
231- Creuse	638 019	-5%	-5%
241- Dordogne	1 639 323	2%	-1%
331- Gironde	16 522 238	-1%	3%
401- Landes	1 399 793	1%	1%
471- Lot-et-Garonne	1 555 260	4%	-2%
641- Bayonne	1 443 425	6%	3%
642- Pau	1 321 911	4%	0%
791- Deux-Sèvres	1 695 360	6%	1%
861- Vienne	4 445 457	5%	-1%
871- Haute-Vienne	4 796 670	2%	2%
Nouvelle-Aquitaine	40 891 349	1%	1%

L'évolution du volume de séjours n'explique que partiellement l'évolution des dépenses de transports pour séjours. Les effets taux de recours et/ou coût moyen des transports en fonction du mode et de la distance contribuent souvent à la hausse des dépenses.

➤ Evolution des transports pour séances par circonscription

	Montant transports pour séances	Evolution 2017/2016	
		des montants transports pour séances	des volume de séances
161- Charente	1 688 549	6%	1%
171- Charente-Maritime	5 088 537	4%	4%
191- Corrèze	3 531 343	2%	-3%
231- Creuse	392 809	10%	6%
241- Dordogne	449 314	39%	18%
331- Gironde	17 268 887	4%	4%
401- Landes	2 731 878	6%	3%
471- Lot-et-Garonne	2 302 592	-4%	8%
641- Bayonne	2 232 430	8%	7%
642- Pau	463 269	5%	4%
791- Deux-Sèvres	2 502 918	4%	1%
861- Vienne	7 631 488	8%	4%
871- Haute-Vienne	7 006 293	5%	4%
Nouvelle-Aquitaine	53 290 305	5%	4%

➤ Evolution des transports pour actes et consultations externes par circonscription

	Montant transport pour ACE	Evolution 2017/2016		
		des montants transport pour ACE	des volumes d'ACE	du poids de l'ambulance en montant pour les ACE
161- Charente	1 148 818	10%	3%	-0,1
171- Charente-Maritime	2 147 968	-5%	4%	-1,5
191- Corrèze	1 367 441	0%	2%	0,1
231- Creuse	453 671	10%	-1%	-0,8
241- Dordogne	749 844	6%	5%	-0,5
331- Gironde	16 695 109	0%	2%	0,2
401- Landes	1 472 063	11%	3%	-1,9
471- Lot-et-Garonne	677 634	1%	-1%	-2,3
641- Bayonne	1 189 956	4%	1%	0,6
642- Pau	956 427	4%	-1%	0,1
791- Deux-Sèvres	1 533 551	2%	3%	-0,5
861- Vienne	5 159 021	9%	-2%	-1,7
871- Haute-Vienne	6 646 652	4%	2%	0,1
Nouvelle-Aquitaine	40 198 154	3%	2%	-0,3

➤ Evolution des indicateurs par circonscription

On constate une très faible variation des résultats régionaux de 2015 à 2017.

Les résultats, ci-dessous, par circonscription font état d'une variation plus importante et peuvent être analysés à l'échelle départementale.

	taux de recours au transport pour séjours 2017	Evol 2017/2016	poids de l'ambulance en montant pour les séjours	Evol 2017/2016	poids de l'ambulance en montant pour les séances	Evol 2017/2016	taux de recours au transport pour ACE	Evol 2017/2016
161- Charente	28%	2,8	76%	0,3	26%	-3,2	4%	0,4
171- Charente-Maritime	28%	-0,9	71%	0,7	26%	-3,8	5%	-0,3
191- Corrèze	31%	-0,4	54%	0,1	14%	-0,2	6%	0,2
231- Creuse	44%	0,1	64%	-1,3	14%	-3,6	5%	0,7
241- Dordogne	32%	-0,5	78%	1,0	21%	-1,6	4%	0,0
331- Gironde	29%	-0,5	45%	-0,6	24%	-2,5	8%	-0,2
401- Landes	26%	-0,3	64%	-1,5	16%	-1,3	5%	0,3
471- Lot-et-Garonne	24%	0,9	79%	0,0	43%	-8,9	3%	0,0
641- Bayonne	32%	0,2	74%	1,1	43%	-1,0	6%	0,3
642- Pau	29%	1,3	75%	1,1	11%	-2,7	4%	0,0
791- Deux-Sèvres	33%	1,4	62%	2,7	18%	1,8	5%	0,1
861- Vienne	35%	0,4	40%	1,2	12%	-1,1	9%	0,9
871- Haute-Vienne	39%	-0,1	34%	0,9	16%	-1,2	11%	-0,1

1.2 Les domaines prioritaires au regard du diagnostic régional

Au regard du diagnostic régional et en lien avec les priorités identifiées conjointement par l'ARS et l'Assurance maladie sur la thématique des transports dans le plan ONDAM d'appui à la transformation du système de santé 2018-2022, deux objectifs ont été identifiés sur la thématique de la pertinence :

- Réduire les variations de pratiques 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 le PPRGDRESS contribuent à l'atteinte de ces objectifs :

- Engager les établissements dans la gestion de leurs recours aux transports sanitaires pour les consultations externes, les séances de soins, ainsi que les sorties d'hospitalisation (organisation centralisée des commandes de transport, régulation des transports au niveau des entrées),
- 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.

Afin de cibler les établissements éligibles à la contractualisation tripartite via le CAQES-volet additionnel sur la pertinence des prescriptions de transports, un chaînage des bases inter-régimes de remboursements de l'Assurance Maladie et du PMSI est réalisé, afin de rattacher les transports prescrits par les établissements à leurs activités de soins et de calculer ainsi leurs taux de recours au transport sanitaire.

Le ciblage porte uniquement sur les établissements publics et compare les établissements sur plusieurs indicateurs ; il détermine, pour les séjours, séances et Actes et Consultations Externes (ACE) une référence qui est la médiane régionale.

➤ Les critères de ciblage des établissements éligibles

Les établissements sont pré-ciblés, dès lors qu'ils présentent des atypies significatives 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)
- **Taux de recours à l'ambulance parmi les transports avec séjours**
=> Ce nouvel indicateur vient en substitution de l'indicateur « Poids de l'ambulance dans les transports pour séjours en montant »
- Poids de l'ambulance dans les transports pour séances (indicateur concernant uniquement les établissements réalisant au moins 1000 séances sur l'année)

A partir de ce pré-ciblage régional ne seront retenus que les établissements présentant des montants de dépenses de transports au moins supérieures à 200 000 euros sur l'année étudiée.

Les critères du PAPRAPS se divisent en deux catégories : la mesure du recours à l'ensemble des transports sanitaires d'une part et la mesure du poids de l'ambulance en montants d'autre part. Concernant le poids de l'ambulance, l'indicateur relatif au « poids de l'ambulance en montant pour les séjours » a été remplacé par l'indicateur « taux de recours à l'ambulance pour les séjours avec transports ». Le facteur lié à la distance parcourue par les patients pour se rendre dans les établissements de santé, qui impacte le coût des transports en ambulance, est ainsi isolé. Ce changement permet ainsi de ne pas pénaliser les établissements pour lesquels les patients font de longues distances en transports pour les séjours.

Concernant l'évaluation des résultats des établissements, elle sera effectuée à partir de 2019 sur la base de ces nouveaux critères à partir des données année entière 2018.

Critères de ciblage	Evolution des médianes régionales Etablissements publics		
	2015	2016	2017
Taux de recours aux transports sanitaires pour les séjours (écart d'au moins 2 points au taux de recours régional)	30%	29%	29%
Taux de recours aux transports sanitaires pour les ACE hors ATU (écart d'au moins 1 point au taux de recours régional)	3%	3%	3%
Taux de recours à l'ambulance parmi les séjours avec transports (écart d'au moins 2 points à la médiane régionale) NOUVEAU	-	-	59%
Poids de l'ambulance (en montant) sur les transports pour séances (écart d'au moins 4 points à la médiane régionale)	18%	20%	18%

2. La pertinence des prescriptions médicamenteuses

2.1 Le diagnostic régional

2.1.1 Le contexte

L'arrivée permanente de nouvelles spécialités médicamenteuses, les modifications fréquentes des indications et la variabilité des pratiques de prescriptions en vie réelle font des prescriptions médicamenteuses un sujet à fort enjeu en termes de pertinence.

Concernant les prescriptions réalisées en établissements de santé, l'analyse des indications et des pratiques de prescriptions intra hospitalières et de la liste des médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus, est déjà fortement investie en région depuis plusieurs années. Cela a été confirmé lors du dernier bilan des anciens contrats de bon usage (CBU), qui avaient pour objectif l'amélioration et la sécurisation des circuits des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, au sein des établissements de santé MCO.

Par ailleurs, les montants des remboursements de la liste en sus représentent en 2017, en Nouvelle-Aquitaine, une progression de +0,4 % sur les molécules onéreuses et de +3,6% sur les dispositifs médicaux, entre 2016 et 2017, dans le respect des cibles fixées annuellement pour la région.

En revanche, depuis plusieurs années, l'évolution de remboursements liés aux prescriptions médicamenteuses effectuées par des médecins hospitaliers à l'issue de séjours hospitaliers et délivrées par les pharmacies d'officine, appelées prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV), reste excessivement dynamique et en constante évolution.

Les PHEV s'élèvent en France, en 2017, à plus de 8 Md€ (dont 76% concernent les médicaments, hors hépatite C, soit 6Md€), ce qui représente un taux d'évolution à hauteur de 6,1% pour l'année 2016 et 4,5% pour l'année 2017 France entière (soit 25% de l'enveloppe ONDAM de ville).

En Nouvelle-Aquitaine, ces prescriptions représentent près de 640 M€ en 2016 et 675 M€ en 2017, des remboursements qui ont progressé de 5,6% entre 2016 et 2017 pour un taux cible fixé à 4% pour la région.

Cette forte évolution s'explique notamment par le type de molécules prescrites, l'inscription au répertoire des génériques concentrés sur des classes peu prescrites à l'hôpital, l'évolution des techniques et de traitements entraînant une baisse des durées des séjours et une augmentation corrélative des prescriptions exécutées en ville, et le coût de certains traitements innovants pour les maladies chroniques (médicaments de spécialité). Celle-ci doit néanmoins rester soutenable et la pertinence de la prescription hospitalière, prescription de référence dans la durée et le type de traitements en ville, mérite une vigilance particulière.

Face à ce constat, il apparaît nécessaire d'investiguer le champ des PHEV liées aux médicaments pour identifier des marges et leviers d'actions pour l'amélioration de la pertinence des prescriptions médicamenteuses hospitalières exécutées en ville (hors Liste des produits et prestations (LPP)).

2.1.2 La méthodologie

Une étude comparative entre la Nouvelle-Aquitaine et le niveau national a été réalisée en rapportant à la population du territoire, les remboursements liés aux médicaments prescrits par les établissements publics et ESPIC et délivrés en officine de ville. Cette étude a pour objectif d'identifier les classes médicamenteuses pour lesquelles les remboursements rapportés à la population diffèrent significativement de la moyenne nationale, signant une potentielle variabilité dans les pratiques de prescription.

Les données concernant les remboursements proviennent de la base OPEN PHEV, base de données nationale en accès libre, pour laquelle les données sont restituées au travers de la classification ATC. Les montants remboursés ont été rapportés à la population du territoire d'intérêt (population légale municipale de l'année N-2 provenant des bases de l'INSEE) pour obtenir des remboursements pour 10 000 habitants.

Les critères fixés pour définir les classes pour lesquelles les remboursements en région sont atypiques par rapport au reste de la France sont les suivants :

- ⇒ Sommes remboursées rapportées à la population, supérieures de 10% en Nouvelle-Aquitaine par rapport à la France entière

ET

- ⇒ Volume de remboursement régional suffisant (remboursements régionaux > 1 million €)

L'analyse par classe a été conduite au niveau ATC3.

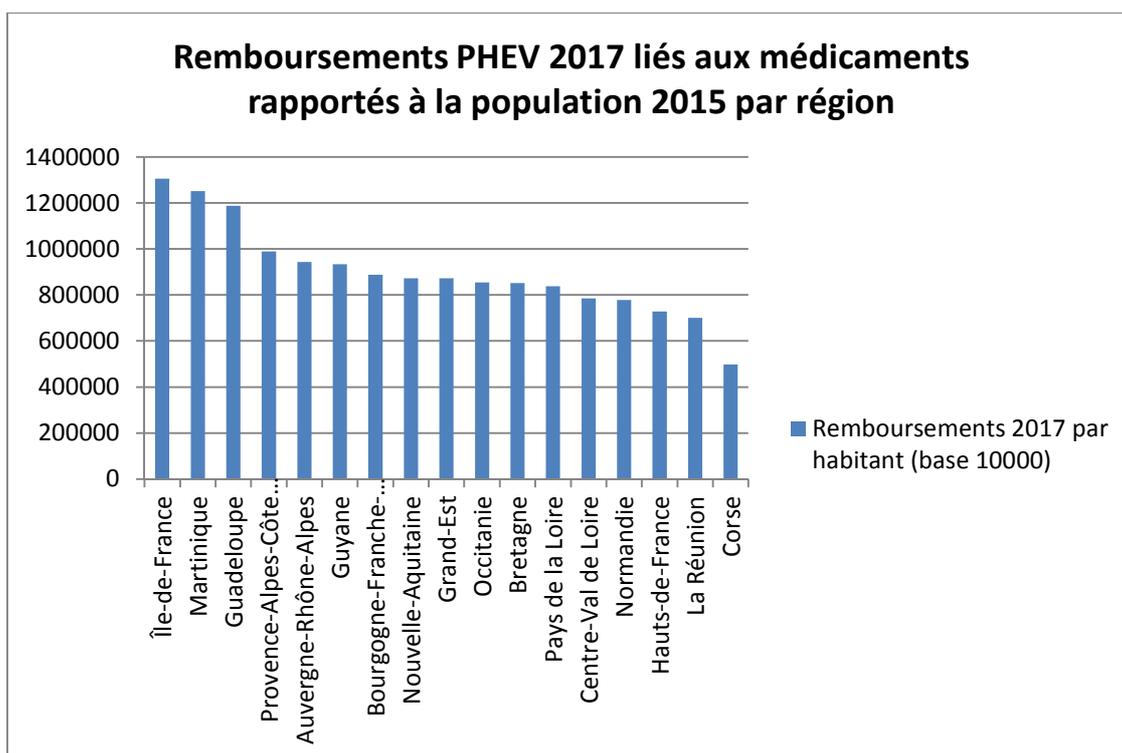
2.1.3 Les résultats

Pour l'année 2017, le montant global des remboursements PHEV liés aux médicaments s'élève à 516 Millions d'euros. Si on rapporte les remboursements PHEV liées aux médicaments à la population, la région Nouvelle-Aquitaine figure au 8ème rang national, avec des remboursements s'élevant à 873 265€ pour 10 000 habitants, pour une moyenne nationale à 944 465€.

Le tableau 1 présente les remboursements liés aux PHEV médicamenteuses rapportés à la population pour les régions de France.

Tableau 1 : Remboursements PHEV médicaments par habitants en 2017, détail par région

Région	Remboursements 2017 par habitant (base 10000)	Remboursements 2017
Île-de-France	1 306 484	1 578 512 893
Martinique	1 251 496	47 666 618
Guadeloupe	1 187 831	47 274 504
Provence-Alpes-Côte d'Azur	989 735	495 656 774
Auvergne-Rhône-Alpes	944 027	743 676 012
Guyane	933 642	24 262 097
Bourgogne-Franche-Comté	888 357	250 600 228
Nouvelle-Aquitaine	873 265	516 229 186
Grand-Est	872 760	485 171 578
Occitanie	855 262	493 844 297
Bretagne	852 477	280 793 214
Pays de la Loire	838 367	311 747 631
Centre-Val de Loire	785 214	202 474 693
Normandie	777 831	259 728 092
Hauts-de-France	728 713	437 954 500
La Réunion	700 027	59 553 183
Corse	497 934	16 296 538



Lorsqu'on s'intéresse aux montants globaux, la Nouvelle-Aquitaine ne présente pas de remboursements par habitant atypiquement élevés. Néanmoins, une analyse plus fine par classe thérapeutique permet de relever certaines atypies par rapport à la France entière.

Le tableau 2 présente les 5 classes thérapeutiques ATC3 pour lesquelles le volume de remboursement est le plus élevé en Nouvelle-Aquitaine en 2017.

Tableau 2 : Palmarès des classes médicamenteuses ATC 3 présentant les montants de remboursement les plus élevés en région Nouvelle-Aquitaine

Classe thérapeutique ATC3	Remboursements 2017 par habitant (base 10000)	Remboursements 2017	Evolution 2016-2017
Immunosuppresseurs	145 375	85 938 058	11,9%
Autres antinéoplasiques	126 908	75 021 480	11,4%
Antiviraux à action directe	94 754	56 013 523	0,2%
Antihormones et apparentés	38 598	22 816 864	10,3%
Antipsychotiques	38 133	22 542 414	-1,4%

Parmi elles, seule la classe « Antihormones et apparentés » est classée comme atypique selon les critères définis précédemment.

Le tableau 3 présente les classes thérapeutiques ATC3 pour lesquelles les remboursements rapportés à la population en Nouvelle-Aquitaine sont retenus comme atypiques par rapport à la France entière, selon ces mêmes critères.

Tableau 3 : Remboursement PHEV, classes thérapeutiques ATC3 avec remboursements retenus comme atypiques en pour la région Nouvelle-Aquitaine en 2017

Classe ATC3	Remboursements 2017		Evolution 2016-2017		Remboursements par habitants 2017 (base 10 000)			
	NA	France	NA	France	NA	Ran g	Ratio	
Antihormones et apparentés	22 816 864	11,2%	10,3%	34 756	38 598	6	1,11	
Hormones et apparentés	4 968 736	0,0%	3,7%	7 044	8 405	3	1,19	
Antiémétiques et anti nauséux	3 738 265	-0,4%	3,1%	5 587	6 324	3	1,13	
Anti métabolites	2 451 234	23,9%	17,8%	3 545	4 147	3	1,17	

Ces classes correspondent majoritairement à des thérapeutiques liées au traitement du cancer. Une analyse menée pour ces classes à un niveau plus fin a permis de déterminer que les molécules, pour lesquelles les dépenses par habitant différaient le plus par rapport au niveau national, concernaient principalement le traitement du cancer du sein et du cancer de la prostate.

2.2 La déclinaison opérationnelle

2.2.1 Les thématiques liées au traitement des cancers

Actions	Calendrier
Réalisation d'un état des lieux des pratiques régionales et échanges sur la stratégie thérapeutique globale en oncologie en groupe de pairs piloté par l'OMEDIT <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Compléter le diagnostic sur les thérapeutiques en oncologie en investiguant les pratiques ⇒ Définir les actions à mettre en place auprès des prescripteurs ⇒ Définir les critères de ciblage des établissements 	A partir du dernier trimestre 2018
Mise en place des actions auprès des prescripteurs au sein des établissements	A partir du 1 ^{er} semestre 2019

2.2.2 Les autres thématiques identifiées à enjeu

Actions	Calendrier
Poursuite du diagnostic avec ajustements méthodologiques	A partir du dernier trimestre 2018
Mise en place d'une standardisation sur l'âge et le sexe pour prendre en compte la structure de la population / Décomposition des remboursements en taux de recours et coût unitaire <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Identification de nouvelles classes thérapeutiques d'intérêt ⇒ Investigations spécifiques sur les classes à enjeu de pertinence identifiées en groupe de travail (Traitement de la SEP, des maladies inflammatoires chroniques, antipsychotiques de libération prolongée) 	
Mise en place de groupe de pairs pour les thématiques nouvellement identifiées <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Définition des actions à mettre en place auprès des prescripteurs 	1 ^{er} trimestre 2019
Mise en place des actions auprès des prescripteurs au sein des établissements	A partir du 1 ^{er} semestre 2019

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
ARS	Agence Régionale de Santé
ATU	Accueil et traitement des urgences
CA	Chirurgie ambulatoire
CAQES	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
CBU	Contrat de bon usage
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	Évaluation des pratiques professionnelles
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
GDR	Gestion du risque
GHM	Groupe homogène de malades
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAS	Haute autorité de santé
IRAPS	Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins
LPP	Liste des produits et prestations
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MSAP	Mise sous accord préalable
OMEDIT	Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PAPRAPS	Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins
PHEV	Prescriptions hospitalières exécutées en ville
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		Ménissectomies latérale et médiale du genou, par arthroscopie		
	NFFC004		Ménissectomie 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	acte supprimé dans la CCAM	
HBGD040			Avulsion de 6 à 40 dents sur arcade, en un temps	acte supprimé dans la CCAM	
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	acte supprimé dans la CCAM	
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	acte supprimé dans la CCAM	
		HBPA001		Dégagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau	

	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		Sphinctéromyotomie 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		Réséction ou ligature de la veine testiculaire par abord direct, avec embolisation intraveineuse	
	EGFA010		Réséction ou ligature de la veine testiculaire, par abord direct	
	EGFC001		Réséction 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 réséction 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		Réséction de la tunique vaginale du testicule, abord scrotal	
	JHFA019		Réséction 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			Réséction d'hypertrophie osseuse intrabuccale	
Chirurgie des sinus	GBPE001		Méatotomie nasale moyenne par endoscopie	
	GBPE003		Méatotomie nasale inférieure bilatérale, par endoscopie	
	GBPA004		Sinusotomie 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 pseudophtalme
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
	NDA002	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		Ténosynovectomie des muscles extenseurs au poignet, par abord direct
	MJPA011		Libération de tendon au poignet avec ténosynovectomie, 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 sousfasciale 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