

PAPRAPS Nouvelle-Aquitaine 2022-2026

Plan d'actions Pluriannuel
Régional d'Amélioration
de la Pertinence des Soins



Version mise à jour 1^{er} avril 2025

1. INTRODUCTION	4
1.1. Les objectifs de la pertinence des soins	4
1.2. Le cadre législatif et réglementaire	4
1.2.1. Le PAPRAPS	4
1.2.2. Le dispositif de MSAP des établissements de santé	5
1.2.3. La contractualisation tripartite	6
1.3. Les acteurs régionaux de la promotion de la pertinence des soins	7
1.3.1. L'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins	7
1.3.2. La commission régionale de coordination des actions	8
1.4. Le champ du PAPRAPS Nouvelle-Aquitaine	8
2. FICHES – ACTIONS THÉMATIQUES	11
AXE I : PERTINENCE DES ACTES CHIRURGICAUX ET MEDICAUX	12
Fiche action- N°I-1 : AAP « Innover pour améliorer la pertinence des actes d'imagerie diagnostique en ville et en établissement en Nouvelle Aquitaine »	13
Fiche action - N°I-2 : Avulsion des quatre 3èmes molaires	15
Fiche action - N°I-3 : Évolution des modalités de prise en charge chirurgicale dans le cadre d'une mastectomie totale	18
Fiche action - N°I-4 : TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation)	20
Fiche action - N°I-5 : Thyroïdectomie	23
Fiche action - N°I-6 : Angioplasties coronaires et coronarographies	26
AXE II : PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DES PRODUITS DE SANTE	28
Fiche action - N°II-1 Promouvoir le bon usage des antibiotiques et lutter contre l'antibio résistance	29
Fiche action - N°II-2 Améliorer la pertinence des médicaments liés aux traitements de la santé mentale des patients (tout âge)	33
Fiche action - N°II-3 Améliorer l'accompagnement des patients sous anticancéreux oraux suivis à domicile et la coordination entre professionnels de santé sur ce parcours	36
Fiche action - N° II-4 Améliorer la pertinence de prescriptions des médicaments chez la personne âgée	41
Fiche action - N°II-5 Agir pour la qualité, la sécurité et la pertinence des traitements de la douleur, dans tous les secteurs de soins et auprès des patients de tout âge	46
AXE III : PERTINENCE DES TRANSPORTS SANITAIRES	49
Fiche action - N°III-1 Pertinence des Prescriptions de Transports Sanitaires	50
Fiche action - N°III-2 Optimisation de la gestion des demandes de transport	53
Fiche action - N°III-3 Fluidification des transports	55
AXE IV – PERTINENCE DES PARCOURS	57
Fiche action - N°IV-1 Améliorer le parcours du patient victime d'accident vasculaire cérébral	58
Fiche action - N°IV - 2 Améliorer le parcours du patient insuffisant cardiaque	61
AXE V : LES ACTEURS ESSENTIELS DU PARCOURS DE SOINS	64
Fiche action - N°V - 1 Exercice coordonné les CPTS	65
Fiche action - N°V–2 Infirmier en pratique avancée	68
3. ANNEXES THÉMATIQUES	71
LA PERTINENCE DES ACTES CHIRURGICAUX ET MEDICAUX	72
ANNEXE 1 : Méthodologie suivie	73

ANNEXE 1 A : AAP « Innover pour améliorer la pertinence des prescriptions d'imagerie diagnostique en ville et en établissement en Nouvelle Aquitaine »	79
ANNEXE 1 B : TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation)	81
ANNEXE 1 C : Thyroïdectomie	85
ANNEXE 1 D : Angioplasties et Coronographies	89
LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DES PRODUITS DE SANTE	92
ANNEXE 2 : Produits de Santé Médicaments, Produits et Prestations	93
ANNEXE 2A : Bon usage des antibiotiques et la lutte contre l'antibiorésistance	103
ANNEXE 2B : Médicaments Santé Mentale	109
ANNEXE 2C : Médicaments anticancéreux oraux	114
ANNEXE 2D : Médicaments chez la personne âgée	116
ANNEXE 2E : Médicaments pour le traitement de la douleur	120
LA PERTINENCE DES TRANSPORTS SANITAIRES	122
ANNEXE 3 : Diagnostic régional des transports sanitaires	123
LA PERTINENCE DES PARCOURS	127
ANNEXE 4 : Patient Insuffisant Cardiaque	128
2. REFERENTIELS NATIONAUX	133
3. GLOSSAIRE	134

1. 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 (SMR) 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°2021-1231 du 25 septembre 2021 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) précise en outre 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

Selon l'article D. 162-11 du CSS, le PAPRAPS est arrêté par le directeur général de l'ARS pour une durée de **quatre ans** (soit du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2026), 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 (Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins),
- Les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé, en définissant les actes, prestations et prescriptions retenus qui portent, le cas échéant, sur la structuration des parcours de santé et l'articulation des prises en charge en ville et en établissement de santé, avec ou sans hébergement,
- Les actions communes aux domaines 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 PPRAPS permet la mise en œuvre d'outils gradués à l'égard des établissements tels que :

- La mise sous accord préalable (MSAP),
- La contractualisation tripartite ARS - Assurance Maladie – établissement de santé, dans le cadre du CAQES en vigueur depuis le 1er janvier 2018 et modifié à compter du 1er avril 2022 (date butoir de mise en œuvre fixée au 1er juillet 2022).
- L'incitation financière pour l'amélioration de la qualité (IFAQ) 1

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

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

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 L. 162-1-17 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 prestations ou de prescriptions 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 retenus à l'issue du ciblage peut être complétée par l'insertion d'établissements à la demande de ces derniers.

1.2.2.3. La 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 PPRAPS, 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 six 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 concernés, ainsi que les délais et voies de recours.

⇒ **A noter l'absence d'actualité sur ce thème depuis la pandémie de COVID 19. En conséquence, aucune fiche action n'a été rédigée.**

1.2.3. La contractualisation tripartite

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, dit CAQES, créé par l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2016 a depuis lors, été modifié à plusieurs reprises¹. L'instruction interministérielle relative au CAQES du 27 juillet 2021 reprenant les modalités de suivi des contrats actuels, de la phase transitoire en 2021 et de la mise en œuvre des nouveaux CAQES en 2022 ainsi que le décret n° 2021-1231 du 25 septembre 2021 relatif au cadre général du contrat d'amélioration de la qualité et d'efficacité des soins mentionnés à l'article L.160-30-2 du code de la sécurité sociale fixent le nouveau cadre contractuel.

Selon l'article L. 162-30-2 du CSS, ce contrat a pour objet d'améliorer la pertinence et l'efficacité des soins et des prescriptions, et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie.

L'entrée en vigueur de cette nouvelle version du CAQES est arrêtée à compter du 1^{er} avril 2022 avec une date butoir de mise en œuvre fixée au 1^{er} juillet 2022 ; l'ensemble des contrats ont été signés au 30 juin 2022 au plus tard en Nouvelle-Aquitaine.

1.2.3.1. Le CAQES dans sa précédente configuration

Pour mémoire, le contrat dans sa précédente configuration comportait, 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 un ou plusieurs référentiels de pertinence et d'efficacité des actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie.

¹ **Arrêté du 24 septembre 2021 modifiant l'arrêté du 27 avril 2017** relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et d'efficacité des soins mentionné à l'article L.160-30-2 du code de la sécurité sociale ; **Arrêté du 31 décembre 2020 modifiant l'arrêté du 12 décembre 2018** fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale ; article 64 de la LFSS 2020, puis par l'article 28 de la LFSS 2021.

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.

1.2.3.2. Le nouveau CAQES

Conclu pour une durée initiale de 3 ans et reconduit pour 2 ans à compter du 1er janvier 2025, il concerne uniquement les établissements ciblés au regard de leurs résultats observés sur les indicateurs définis :

- Au niveau national ;
- Au niveau régional dans le cadre du PAPRAPS.

Il porte sur deux volets :

- Volet 1 : « pertinence des prescriptions » (produits de santé, examens biologiques et transports)
- Volet 2 : « pertinence des parcours et des séjours » intégrant également la partie dédiée à la mise sous surveillance pour les actes en sur-recours.

89 établissements ont contractualisé pour la période 2025 – 2026.

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 du 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 :

Du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé ou son représentant

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

D'un représentant de chacune des fédérations hospitalières représentatives au niveau régional

D'un professionnel de santé exerçant au sein d'un établissement de santé de la région

D'un représentant de l'une des unions régionales des professionnels de santé

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 (CRCA). Selon l'article R. 1434-13 du code de la santé publique, 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 du code de la santé publique, cette commission, présidée par le DG ARS, est composée, en formation plénière :

- Du directeur d'organisme ou de service représentant, au niveau régional, chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie
- Des directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de la région.

La CRCA plénière du 13 décembre 2023 a décidé de modifier le règlement intérieur de l'instance et d'intégrer à titre consultatif les 12 délégations départementales de l'ARS lors de ses séances.

La déclinaison opérationnelle du PAPRAPS se fera de manière concertée au plus près des acteurs de terrain en utilisant les outils et dispositifs déjà existants (CPTS, DAC, MSP...).

1.4. Le champ du PAPRAPS Nouvelle-Aquitaine

Le PAPRAPS de la région Nouvelle-Aquitaine s'inscrit dans la continuité des travaux précédemment menés.

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

Dans la continuité des travaux conduits dans le cadre du plan ONDAM d'appui à la transformation du système de santé 2018-2022 et du PAPRAPS 2016-2021, le PAPRAPS de la région Nouvelle-Aquitaine intègre ainsi les champs suivants :

- **La pertinence des actes** : 4 actes identifiés sur la base d'un diagnostic régional mené à partir des 33 actes prioritaires au niveau national (thématique « pertinence et qualité des actes » du plan ONDAM d'appui à la transformation du système de santé 2018-2022) ;
- **La pertinence des prescriptions**
 - ✓ **De transports sanitaires** : relative à la question de la pertinence du mode de transports et s'appuyant sur un diagnostic national et régional (thématique « pertinence et efficacité des prescriptions de transports » du plan ONDAM d'appui à la transformation du système de santé 2018-2022) ; (Cf. infra annexe relative au transports sanitaires).

- ✓ **De produits de santé** : relative aux données des Prescriptions Hospitalières Exécutées en Ville (PHEV), complétées par les données des prescriptions de ville et s'appuyant sur un diagnostic national et régional. En région il s'agit des données de remboursements de l'Assurance Maladie exprimées en taux des recours, standardisées à la population - âge et sexe. (Thématiques issues du plan « pertinence et efficience des produits de santé » du plan ONDAM d'appui à la transformation du système de santé 2018-2022) ; (Cf. infra annexe relative aux produits de santé).
 - ✓ **Des examens biologiques pré anesthésiques** s'appuyant sur un diagnostic national établi à partir d'indicateurs de pertinence relatifs aux prescriptions d'examen biologiques pré-interventionnels dont les taux attendus sont de 0% (Thématique « pertinence des examens paracliniques ») ; **ces prescriptions ne font plus l'objet d'un ciblage national ; en conséquence les nouveaux contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins en ne portent plus sur ce champ.**
- **La pertinence des prestations (séjours et modes de prises en charge)** : relative aux thématiques des campagnes nationales de mise sous accord préalable (MSAP) : chirurgie ambulatoire, SMR² et certaines prestations hospitalières s'appuyant sur un diagnostic régional basé sur les critères permettant d'identifier les établissements à inclure dans cette procédure.
 - **La pertinence du parcours** des patients atteints d'insuffisance cardiaque. Il s'agit d'améliorer la prise en charge coordonnée de ces patients ayant été hospitalisés pour un premier épisode de décompensation cardiaque afin de diminuer les ré hospitalisations non programmées.
 - **La rédaction d'une feuille de route régionale en 2023 sur le sous-usage de la filière AVC** : au regard des travaux conduits en 2022 et 2023, la problématique du délai d'accès à l'imagerie dans le temps indiqué par les recommandations de la HAS et des sociétés savantes est un sujet clairement identifié et documenté. En conséquence, il a été décidé que le groupe de travail issu de l'IRAPS se concentrerait désormais sur cet aspect du parcours en complémentarité des travaux, par ailleurs conduits, dans le cadre de la cellule régionale d'animation et de coordination (CRAC) de la filière AVC (Pôle soins de ville et hospitaliers). En outre, l'axe « entrée dans le parcours » (prévention, repérage diagnostique...) fera l'objet d'actions spécifiques.
 - **Les infirmiers en pratique avancée** et leur déploiement en région.
 - **Les communautés professionnelles de santé (CPTS)** regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes. Elles sont devenues un acteur central de l'amélioration des parcours de santé des patients.
 - **Le PAPRAPS ne recense pas de façon exhaustive l'ensemble des actions régionales menées dans le cadre de la pertinence des soins : il décrit principalement les champs pour lesquels des actions d'amélioration de la pertinence sont mises en œuvre, la contractualisation tripartite (via le CAQES) et la MSAP étant deux leviers parmi d'autres axes de travail possibles.** Ainsi, la déclinaison opérationnelle arrêtées pour chacune des thématiques précisera les actions pressenties.

En conséquence à l'occasion des révisions annuelles du PAPRAPS et en fonction de l'actualisation du diagnostic national et régional, d'autres thématiques pourront être intégrées, et d'autres leviers d'actions pourront être utilisés pour des thématiques déjà identifiées.

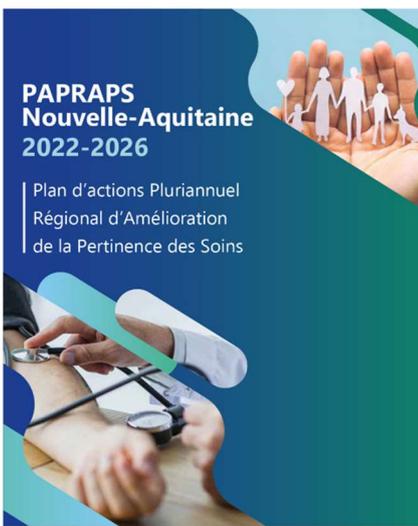
Enfin, les perspectives, toutes thématiques confondues, portent sur la prise en compte des aspects environnementaux et le développement des **soins écoresponsables (ou écosoin ou soin écoconçu)**. Il s'agit d'un soin qui, à qualité et sécurité égales, est moins impactant pour l'environnement. Cet impact, pouvant inclure des dimensions économiques et/ou sociales, concerne aussi bien la pratique de soin que l'organisation du soin. Il questionne la pertinence du soin réalisé.

Cette démarche consiste à prendre en compte les questions environnementales dans toutes les étapes du cycle de vie d'un produit ou d'un service : la conception, la fabrication, la distribution, l'utilisation et la valorisation en fin de vie. L'année 2023 a permis l'intégration du sujet de la transformation écologique dans le projet régional de santé (2023/2028) ; de plus, une feuille de route régionale 2024 – 2028 Transformation Écologique du Système de Santé (TESS) a été adoptée en novembre 2024 laquelle fixe **2 orientations** (structurer une gouvernance régionale et accompagner le secteur de la santé - accélérer la décarbonation et poursuivre toutes les autres démarches visant à réduire l'impact sur le changement climatique) et **3 priorités** (accompagner la

² Il s'agit des prestations d'hospitalisation en soins de suite ou de réadaptation en rapport avec des actes chirurgicaux, pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie et ne nécessitant pas de recourir à une hospitalisation (sauf cas particuliers) conformément aux recommandations de l'HAS.

décarbonation des établissements sanitaires et médico-sociaux ; agir sur la juste prescription des produits de santé ; déployer le référentiel environnemental pour l'hébergement et la restauration des établissements sanitaires et médico-sociaux) afin d'accompagner la transition écologique du secteur de la santé³.

³ [Feuille de route 2024 – 2028 Transformation Écologique du Système de Santé en Nouvelle - Aquitaine](#)



2. FICHES – ACTIONS THÉMATIQUES



AXE I : PERTINENCE DES ACTES CHIRURGICAUX ET MEDICAUX



THÉMATIQUE : PERTINENCE DES ACTES

FICHE ACTION- N°I-1 : AAP « INNOVER POUR AMELIORER LA PERTINENCE DES ACTES D'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE EN VILLE ET EN ETABLISSEMENT EN NOUVELLE AQUITAINE »

✚ Contexte et enjeux

L'ARS Nouvelle-Aquitaine a lancé en fin d'année 2021 un appel à projets régional pour inciter les acteurs de santé à innover en faveur de la pertinence des prescriptions d'imagerie diagnostique.

L'enjeu est donc de limiter la variabilité des pratiques et d'éviter les actes inutiles ou redondants dans le champ de l'imagerie diagnostique. Il s'agit de permettre aux établissements de santé, aux cabinets de radiologie de ville, leur regroupement ou les instances représentatives, de s'engager dans une démarche d'évaluation et d'amélioration de leurs pratiques dans le but de :

- Réduire les examens non-pertinents ;
- Améliorer le recours optimal et justifié aux examens d'imagerie diagnostique ;
- Limiter l'exposition des patients aux rayonnements ionisants, notamment par la suppression des actes non justifiés, dans le cadre d'une démarche d'optimisation de la balance bénéfique/risque pour le patient ;
- Réaffirmer la place et le rôle du médecin radiologue : la prescription médicale est-elle justifiée ? adaptée ? Le médecin radiologue peut-il modifier la demande d'examen reçu ?
- Sensibiliser les patients et leurs familles au juste soin/juste examen ;
- Allouer les ressources à des soins qui présentent un réel bénéfice.

✚ Pilote / co-pilote

ARS Nouvelle - Aquitaine

✚ Acteurs et partenaires concernés

Établissements retenus

✚ Textes - Recommandations –Référentiels

HAS : Guides de bonnes pratiques en imagerie

Guides de la société française de radiologie et d'imagerie médicale

Etat des lieux

Au niveau national, il est estimé que plus d'un examen d'imagerie sur deux réalisé ne correspond pas aux examens préconisés par les référentiels de bonnes pratiques

➤ **Pour en savoir plus consultez l'annexe 1A associée à cette fiche action thématique.**

Objectif

La priorité a été donnée aux projets présentant plusieurs des critères suivants :

- Définition et mise en œuvre d'une politique globale de pertinence des prescriptions des examens d'imagerie diagnostique impliquant la réalisation préalable de travaux dans ce domaine (état des lieux, revues de pertinence...);
- Implication d'un ou plusieurs services d'accueil des urgences dans le projet ;
- Coordination de plusieurs acteurs de l'imagerie au niveau d'un territoire ;
- Impact sur les soins non programmés, notamment dans les services d'accueil des urgences ;
- Réduction des délais d'attente pour l'accès aux examens d'imagerie diagnostique, en particulier l'imagerie de coupe (IRM, scanner).

Population et/ou territoires cibles

Les dossiers retenus portent sur les départements de Gironde, des Pyrénées-Atlantiques et des Landes

Plan d'actions et outils mobilisables

Réaliser les réunions de suivi des 2 AAP ;

Évaluer l'AAP imagerie en mesurant, notamment, son impact en matière de sobriété des prescriptions et de réduction des délais d'attente ;

Organiser une réunion entre les deux porteurs de projet.

Indicateurs

Améliorer la pertinence des prescriptions d'actes d'imagerie et les délais d'attente en imagerie aux urgences ;

Indicateurs propres à chaque dossier.

Calendrier de mise en œuvre

2022 - 2024



THÉMATIQUE : PERTINENCE DES ACTES

FICHE ACTION - N°I-2 : AVULSION DES QUATRE 3EMES MOLAIRES

✚ Contexte et enjeux

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 ».

La région Nouvelle – Aquitaine se distingue par un taux de recours historiquement très élevé depuis plus de 10 ans. De nombreuses actions ont été conduites en lien avec l'Université d'odontologie via une journée de formation médicale continue sur ce thème, la signature d'une annexe spécifique dans le CPOM des établissements de santé, l'analyse de l'indication par les praticiens effecteurs de l'acte...

En dépit de ce travail ancien au sujet de cette thématique il subsiste de nombreuses atypies régionales.

Des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de santé sont parues en mai 2019 « Avulsion des troisièmes molaires : indications, techniques et modalités ».

En 2022 des discussions avec des chirurgiens-dentistes du département de la Dordogne ont eu lieu afin de comprendre si l'hypothèse du lien avec les traitements d'orthodontie devait faire l'objet d'investigations complémentaires.

En 2025, après actualisation des taux de recours 2023, il est proposé d'étudier cette hypothèse en reconstituant le parcours de soins des patients ayant bénéficié de l'ablation des quatre troisièmes molaires. En fonction des résultats, des actions pourront être mises en œuvre en lien avec l'Université d'odontologie.

✚ Pilotes / co-pilotes

ARS Nouvelle – Aquitaine – Assurance Maladie

✚ Acteur et partenaires concernés

Établissements de santé – chirurgiens-dentistes

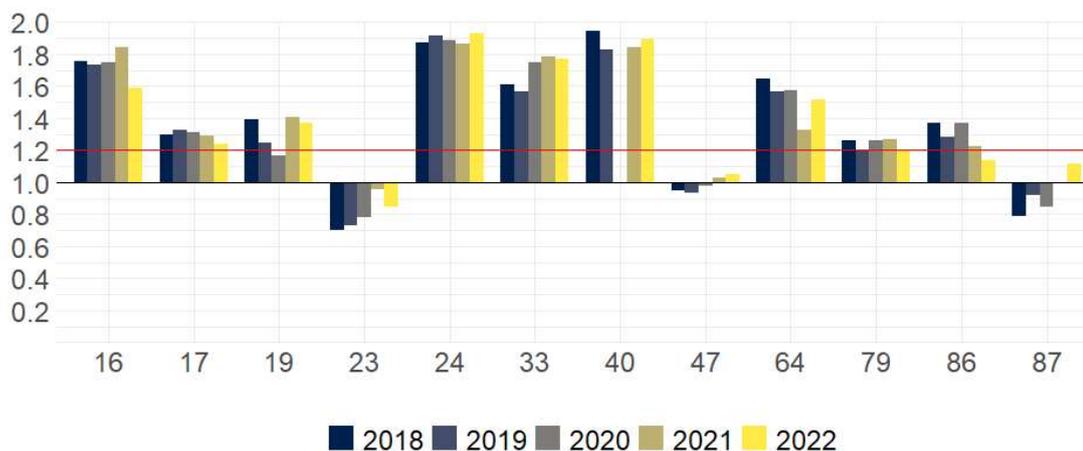
✚ Textes - Recommandations –Référentiels

HAS : référentiels de bonnes pratiques (mai 2019)

Etat des lieux

Le graphique, ci-après, présente le rapport entre le taux de recours standardisé des départements de la région et le taux de recours standardisé national (indice national) pour la période 2018 – 2022 :

Extraction des 4 dents de sagesse Evolution de l'indice national par département en Nouvelle-Aquitaine. 2018-2022



Données PMSI - Source ATIH

Objectif

Vérifier le lien avec les traitements orthodontiques

Population et/ou territoires cibles

Plus particulièrement les départements de Charente, de Dordogne, de Gironde, des Landes et des Pyrénées -Atlantiques

Plan d'actions et outils mobilisables

Etudier le lien entre l'extraction des 4 dents de sagesse et le traitement d'orthodontie : étude statistique DRSM

Indicateurs

Réduire l'écart 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.

Calendrier de mise en œuvre

2024 - 2026



THÉMATIQUE : PERTINENCE DES ACTES

FICHE ACTION - N°I-3 : ÉVOLUTION DES MODALITES DE PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DANS LE CADRE D'UNE MASTECTOMIE TOTALE

✚ Contexte et enjeux

En lien avec le développement de la chirurgie ambulatoire et de l'évolution des recommandations en la matière ainsi que des orientations du SRS-PRS sur ce sujet, l'IRAPS a proposé de travailler sur l'évolution des modalités de prise en charge chirurgicale dans le cancer du sein et notamment lors d'une mastectomie totale.

Si la prise en charge ambulatoire progresse sur cette indication il subsiste encore des freins mis en évidence par les premiers éléments chiffrés issus de Visuchir. Ce sujet sera abordé en incluant la RAAC.

✚ Pilote / co-pilote

ARS Nouvelle – Aquitaine – Assurance Maladie

✚ Acteurs et partenaires concernés

Groupe de travail IRAPS - experts

✚ Textes - Recommandations –Référentiels

Recommandations de bonnes pratiques HAS et INCa

✚ Etat des lieux

Les premières données analysées montrent que le recours à la chirurgie ambulatoire est marginal.

✚ Objectif

Lever les freins à la réalisation de cet acte en ambulatoire

Population et/ou territoires cibles

La région Nouvelle-Aquitaine

Plan d'actions et outils mobilisables

Réalisation d'un état des lieux régional sur la pratique de la chirurgie ambulatoire en matière de mastectomie totale des établissements autorisés.

Réunion de groupes de pairs et experts de la spécialité.

Détermination du plan d'action et mise en œuvre.

Indicateur

Évolution du taux de chirurgie ambulatoire sur les actes sélectionnés.

Calendrier de mise en œuvre

2024 - 2026



THÉMATIQUE : PERTINENCE DES ACTES

FICHE ACTION - N°I-4 : TAVI (TRANSCATHETER AORTIC VALVE IMPLANTATION)

✚ Contexte et enjeux

Pour mémoire, le remplacement valvulaire aortique s'effectue soit via la chirurgie, soit de manière transcutanée par l'implantation d'une bioprothèse aortique par cathétérisme (TAVI).

Le TAVI⁴ est un dispositif médical implantable soumis aux dispositions de l'article L.1151-1 du CSP⁵ qui requiert des formations et des qualifications spécifiques des personnels ainsi que des conditions techniques particulières de réalisation. Les centres planteurs doivent disposer de plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque. L'OMEDIT NAGG assure le suivi d'un registre dédié aux pratiques de pose. Depuis 2012, les établissements autorisés effectuent un « envoi exhaustif des données requises aux OMEDIT pour tous les patients implantés, sur une durée de suivi de dix ans, afin de garantir le respect des indications, de préciser notamment le type de valve posée, la voie d'abord associée, les données de suivi et de garantir la bonne tenue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire⁶ dont le compte-rendu est inséré dans le dossier médical du patient »⁷.

En août 2021, la Société européenne de cardiologie (ESC) a publié de nouvelles recommandations en matière de valvulopathies. Les précédentes recommandations dataient de 2017.

Au regard de ces nouvelles recommandations, les indications de pose de TAVI ont été élargies en France depuis 2022, incluant désormais les patients âgés de plus de 65 ou 70 ans présentant un faible risque opératoire (STS ou Euroscore II < 4%). L'indication de pose d'un TAVI doit être évaluée en « Heart Team ».

En décembre 2023, la HAS a publié son rapport d'évaluation concernant les critères d'éligibilité des centres implantant des TAVIs⁵. Elle recommande de maintenir les critères d'encadrement actuels, tout en ouvrant la possibilité d'impliquer les chirurgiens cardiaques dans la pose de TAVIs⁸. Cette mesure vise à augmenter l'offre de soins et à réduire les délais de prise en charge des patients.

✚ Pilote / co-pilote

OMEDIT NAGG

⁴ TAVI : Transcatheter Aortic Valve Implantation ou bioprothèses valvulaires transcutanées aortiques

⁵ [Article L1151-1 du CSP](#)

⁶ RCP obligatoire réunissant anesthésiste, cardiologue interventionnel et chirurgien cardiaque

⁷ Arrêté du 30 mai 2024 limitant la pratique de l'acte de pose de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transcathéter à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique (JO du 31/05/2024)

⁸ [Rapport d'évaluation HAS « Critères d'éligibilité des centres implantant des TAVIs » décembre 2023](#)

Acteurs et partenaires concernés

ARS - Établissements autorisés (CHU de Bordeaux, CHU de Limoges, CHU de Poitiers, clinique St Augustin) – groupe de travail IRAPS

Textes - Recommandations - Référentiels

Article L. 1151-1 du CSP ;

Arrêté du 30 mai 2024 limitant la pratique de l'acte de pose de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transcathéter à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique (JO du 31/05/2024) ;

En août 2021, la Société européenne de cardiologie (ESC) a publié de nouvelles recommandations en matière de valvulopathies. L'ESC recommande notamment désormais la pose de TAVI pour les patients de plus de 75 ans ou les patients à haut risque chirurgical (STS Euroscore II > 8 %) ou contre-indiqués à la chirurgie ;

HAS : rapport d'évaluation des critères d'éligibilité des centres implantant des TAVIs, décembre 2023

État des lieux

La part d'actes de pose de TAVI par rapport à l'ensemble des actes de remplacement valvulaire aortique (voie chirurgicale ou transcutanée) n'a cessé d'augmenter en France et sur la région Nouvelle-Aquitaine, avec une part en Nouvelle-Aquitaine inférieure à celle observée sur la France entière :

France entière : 49% en 2019 et 62% en 2023

Nouvelle-Aquitaine : 41,5% en 2019 et 53% en 2023

La région Nouvelle-Aquitaine est la région métropolitaine avec la part de poses de TAVI la plus faible, tandis que les régions Centre-Val de Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur ont les taux les plus élevés (69%).

Le taux de recours régional de la chirurgie de la valve aortique est légèrement supérieur au taux de recours national (IN à 1,21). Ainsi, 6 départements présentent un taux de recours régional > de 20% au taux de recours national mais seuls deux territoires figurent parmi les 15 premiers départements de France.

➤ **Pour en savoir plus consultez l'annexe 1B associée à cette fiche action thématique.**

Objectif

Analyser la prise en charge des patients atteints de valvulopathie aortique en Nouvelle-Aquitaine au regard du niveau élevé de chirurgie de la valve aortique par rapport à la pose de TAVI. Définir et mettre en œuvre, le cas échéant, des actions adaptées selon les orientations nationales et régionales.

Population et/ou territoires cibles

Les départements de la Creuse et des Deux-Sèvres affichent un taux de recours atypique pour l'acte de chirurgie, les positionnant respectivement au 2ème et 8ème rang parmi les départements français les plus requérants.

Plan d'actions et outils mobilisables

Poursuivre le suivi des pratiques de pose de TAVI et leur restitution par l'OMEDIT (registre) en lien avec les professionnels des centres implanteurs

Suivre et analyser les délais d'attente en lien avec France-TAVI et l'offre de soins associée ;

Accompagner les nouveaux critères d'encadrement dès leur publication ; en termes de filières de soins, notamment pour le département de Charente-Maritime pour lequel un taux de recours à la chirurgie de remplacement valvulaire aortique apparaît plus important que dans les autres départements versus un taux de pose de TAVI plus faible ; avec la mobilisation conjointe des chirurgiens cardiaques et des cardiologues interventionnels des centres implanteurs de TAVI dans l'amélioration de l'accès aux soins de remplacement aortique ;

Communication des travaux.

Indicateurs

INDICATEURS DE SUIVI ET DE MOYEN :

Suivre (sur la base des données PMSI) l'évolution des taux de recours standardisés par âge et par sexe du recours à la chirurgie valvulaire aortique et à la pose de TAVI : France entière et par département ainsi qu'en population générale et ciblé sur les plus de 65 ans ;

Suivre l'évolution du ratio TAVI / chirurgie par centre (4) pour identifier au besoin des freins à l'offre ainsi que l'évolution du taux de fuite détaillé par territoire ;

Suivre et analyser les délais d'attente en lien avec France-TAVI et l'OMEDIT.

INDICATEUR DE RESULTAT :

Réduire l'écart de pratiques et se rapprocher du taux national de pose de TAVI

Garantir un délai d'attente pour la pose de TAVI conforme aux recommandations de prise en charge des patients

Calendrier de mise en œuvre

2025 - 2026



THÉMATIQUE : PERTINENCE DES ACTES

FICHE ACTION - N°I-5 : THYROÏDECTOMIE

✚ Contexte et enjeux

Depuis une dizaine d'années, on relève un taux de recours à la thyroïdectomie atypiquement élevé dans deux départements de la région, en l'occurrence les Deux Sèvres et la Vienne. La région Nouvelle-Aquitaine se caractérise par un taux d'incidence élevé de cancer de la thyroïde (Cf. le registre des cancers de l'INCa).

Les actions mises en place depuis lors, telles que, la contractualisation via le CAQES, l'évaluation des pratiques professionnelles ou les dialogues avec les chirurgiens n'ont pas eu un impact significatif sur les taux de recours.

En 2021, à la faveur de la publication de nouvelles recommandations par la HAS de nouvelles investigations ont été engagées.

✚ Pilote / co-pilote

ARS Nouvelle - Aquitaine

✚ Acteurs et partenaires concernés

Groupe de travail « actes » IRAPS – établissements de santé ciblés - registre des cancers thyroïdiens Rhône et Marne-Ardennes
- expert chirurgiens et endocrinologues hors NA.

✚ Textes - Recommandations –Référentiels

Recommandations de la HAS, Exploration des pathologies thyroïdiennes chez l'adulte : pertinence et critères de qualité de l'échographie, pertinence de la cytoponction écho guidée, 28 septembre 2021.

✚ Etat des lieux

Le suivi de la variation du volume d'actes au niveau régional révèle que si le volume d'actes a diminué de plus de 22 % entre 2015 et 2019 celui-ci est de nouveau en progression constante depuis lors et atteint 3556 séjours en 2023 soit une hausse de 15% depuis 2020 ; le niveau de 2015 n'est pour autant pas atteint.

L'indice régional pour cet acte se maintient à 1,09. Toutefois, la région demeure en atypie sur cette thématique avec de très fortes disparités territoriales.

Par ailleurs, la Nouvelle-Aquitaine présente un taux d'incidence élevé de cancer de la thyroïde (registre des cancers)⁹.

En conséquence, la persistance d'atypies importantes dans les Deux-Sèvres et la Vienne requiert la poursuite d'investigations approfondies sur plusieurs champs tels que les indicateurs de suivi des pratiques médicales par établissement, une analyse ciblée de la volumétrie par établissement, la consultation et/ou réalisation d'études épidémiologiques sur cette thématique, et la prise en compte des dernières recommandations de l'HAS concernant le recours à l'imagerie pour les pathologies de la thyroïde¹⁰.

➤ **Pour en savoir plus consultez l'annexe 1C associée à cette fiche action thématique.**

Objectif

Comprendre ce sur-recours pour agir sur cette atypie.

Population et/ou territoires cibles

Plus particulièrement les départements des Landes, des Deux-Sèvres, de la Vienne et de la Haute-Vienne. (11 établissements de santé concernés).

Plan d'actions et outils mobilisables

2022/2023 : un premier travail exploratoire des bases de données SNDS a été réalisé ; (détail des résultats cf. PAPRAPS) et met en évidence des taux très faibles de cytoponctions.

2ème phase d'approfondissement 2024 : il s'agit de consolider les résultats de l'analyse exploratoire et d'analyser les facteurs associés aux indicateurs de pertinence tels que les densités de professionnels impliqués dans la prise en charge de ces patients (médecins généralistes, endocrinologues, chirurgiens ORL, radiologues) ; la répartition des spécialités des prescripteurs des actes de ces patients ; la répartition des spécialités des exécutants des actes de ces patients ; réaliser ces analyses sur plusieurs années pour décrire des évolutions ; faire un focus sur les établissements de la région pour alimenter les échanges avec les acteurs.

Propositions 2025 : réaliser le parcours des patients ayant bénéficié d'une thyroïdectomie afin d'explorer la conformité aux recommandations de bonne pratique (HAS, Exploration des pathologies thyroïdiennes chez l'adulte : Pertinence et critères de qualité de l'échographie, pertinence de la cytoponction écho guidée, septembre 2021) et notamment la réalisation d'une cytoponction préalable (Cf. travaux ARS)

Indicateurs

Écart 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.

Amélioration des indicateurs atypiques du profil → établissements de santé hors ciblage

⁹ « Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France 2007-2016 – Nouvelle Aquitaine », janvier 2019

¹⁰ Recommandations de l'HAS du 28 septembre 2021

Calendrier de mise en œuvre

2024 – 2026



THÉMATIQUE : PERTINENCE DES ACTES

FICHE ACTION - N°I-6 : ANGIOPLASTIES CORONAIRES ET CORONAROGRAPHIES

✚ Contexte et enjeux

Le registre ACIRA (registre Aquitain de Cardiologie Interventionnelle) a mis en place depuis décembre 2011, à l'échelle de la région ex-Aquitaine, un recueil de l'ensemble des actes de coronarographies et d'angioplasties coronaires comportant de multiples variables permettant l'analyse des pratiques.

En 2016, le registre ACIRA a développé et validé un indicateur de détection des coronarographies avec ou sans angioplasties non-pertinentes dans le contexte de l'angor stable et de l'ischémie silencieuse. L'objectif était de restituer ces indicateurs de pertinence aux cardiologues interventionnels, afin qu'ils puissent avoir un retour de leur pratique.

L'actualisation des recommandations européennes en 2019 ainsi que des recommandations de bonnes pratiques de la HAS en 2021 ont nécessité de revoir cet indicateur. Ainsi, en 2023, deux nouveaux indicateurs ont été proposés pour tenir compte de ces évolutions :

« Patients suspects de syndrome coronarien chronique (SCC) ayant bénéficié d'une coronarographie à visée diagnostique chez qui un test d'ischémie ou un coroscanner était indiqué et a été réalisé au préalable »

« Patients atteints de syndrome coronarien chronique (SCC) ayant bénéficié d'une angioplastie qui remplissent une des indications définies par les recommandations de l'ESC 2019 »

L'actualisation des recommandations européennes en 2024 va de nouveau nécessiter une actualisation de ces indicateurs.

✚ Pilote / co-pilote

ARS Nouvelle – Aquitaine _ Registre Aquitain de Cardiologie Interventionnelle (ACIRA)

✚ Acteurs et partenaires concernés

Groupe de travail IRAPS – établissements de santé

Textes - Recommandations –Référentiels

HAS mai 2016 « Angioplastie immédiate ou dissociée de l'acte de coronarographie diagnostique dans la maladie coronaire stable »

HAS avril 2021 « Guide du parcours de soins – Syndrome coronarien chronique »

2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes

2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes

État des lieux

La région se distingue par un volume de séjours important et en augmentation pour les coronarographies (10 470 en 2012 vs 13 022 en 2023) et les angioplasties coronaires (8 004 en 2012 vs 11 454 en 2023).

Toutefois, le taux de recours régional pour les angioplasties coronaires demeure inférieur au taux de recours national (IN à 1) et aucun département ne présente un indice de recours supérieur de 20% au taux de recours national.

➤ **Pour en savoir plus consultez l'annexe 1D associée à cette fiche action thématique.**

Objectifs

Développer et valider des indicateurs de qualité du parcours des patients victimes de syndrome coronarien chronique (SCC).

Mettre à disposition ces indicateurs auprès des professionnels concernés (cardiologues de l'Ex Aquitaine).

Améliorer les pratiques de prise en charge.

Réduire le taux d'hospitalisation.

Population et/ou territoires cibles

L'ensemble des cardiologues interventionnels réalisant des actes de coronarographie ou angioplastie coronaire dans les centres de cardiologie interventionnelle des départements de la région Ex Aquitaine.

Plan d'actions et outils mobilisables

Suivre les indicateurs de pertinence et de parcours développés par ACIRA (Cf. annexe 1C).

Définir et appliquer une stratégie de communication de ces indicateurs pour les cardiologues interventionnels.

Assurer un suivi des pratiques via :

- ✓ Le déploiement de la plateforme de restitution (RShiny) ;
- ✓ Les échanges avec les établissements ;
- ✓ Le développement et la validation de nouveaux indicateurs de pertinence des parcours post hospitaliers (projet « DELIQUA »).

Indicateur

Réduction du taux d'hospitalisation

Calendrier de mise en œuvre

2022 - 2026



AXE II : PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DES PRODUITS DE SANTÉ



THÉMATIQUE : PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DES PRODUITS DE SANTE

FICHE ACTION - N°II-1 PROMOUVOIR LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES ET LUTTER CONTRE L'ANTIBIO RESISTANCE

Réduire les prescriptions/consommations d'antibiotiques, notamment les plus générateurs de résistances (dit critiques), dans tous les secteurs de soins dans une démarche "une seule santé" compte tenu de leur impact sur l'environnement.

Contexte et enjeux

Cette thématique a été ajoutée au PAPRAPS en 2022, suite à l'opportunité de contractualiser sur ce sujet à enjeu de pertinence et à fort impact sur l'environnement (approche "une seule santé") avec des établissements de santé ciblés et l'Assurance maladie. En cohérence avec la FDR régionale sur la Prévention du Risque Infectieux et de l'Antibiorésistance (PRIA) un diagnostic régional des données de prescriptions infrarégionales, (tout prescripteur et tout antibiotique) exprimé via le taux de recours aux antibiotiques a été élaboré en région ; l'objectif est de mieux comprendre le rôle des acteurs engagés sur ce sujet (qui fait quoi), vulgariser les enjeux et mieux comprendre la situation de chaque département sur les consommations inappropriées et l'impact sur le développement des résistances. Cette corrélation a permis de comprendre la problématique et la situation de la région.

Ainsi un suivi pluriannuel régional est réalisé impliquant l'ensemble des professionnels de santé (tous secteurs confondus) et le niveau interministériel ; ce regard croisé permet de partager une analyse pluri professionnelle du recours aux ATB. Ces données standardisées à la population (sexe et âge) permettent une comparaison entre les départements de la région (études issues des données de remboursement de l'AM) ; elle a également permis de comprendre le rôle des acteurs et les leviers. L'étude réalisée, soutenue par l'ensemble des partenaires de la région, été suivie d'une campagne de communication grand public.

On relève que la consommation d'ATB est prépondérante en ville et des marges de progrès sont identifiées, elles portent sur la réduction des consommations inappropriées.

Pilote / co-pilote

ARS, AM, OMEDIT NAGG, CRA**t**b, CPIAS

Acteurs et partenaires concernés

Professionnels de santé (ES, VILLE, ESMS) - représentants des associations de patients - DRAL et DRAAF sur l'approche one Health - Professeurs, infectiologues experts, URPS - structures d'appui. Membres du COPIL PRIA et IRAPS (notamment France Assos)

✚ Textes - Recommandations - Référentiels

HAS, Santé Publique France, société savantes (SPILF)

✚ Etat des lieux

La part d'antibiotiques critiques (amoxicilline + acide clavulanique, céphalosporines de 3ème génération et 4ème génération (C3G et C4G), fluoroquinolones) est de 32,9% pour l'ensemble des secteurs (en nombre de boîtes) en Nouvelle-Aquitaine en 2022.

En ce qui concerne les données issues des prescriptions hospitalières issues des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif, elles représentent pour l'année 2022, 13% du total du nombre de boîtes d'antibiotiques remboursées ; la part d'antibiotiques critiques s'élève à 37,3% pour ce champ de prescriptions PHEV.

Les marges de progrès sont identifiées principalement en ville.

En Nouvelle-Aquitaine, la consommation en ville des antibiotiques en 2022 est supérieure à la consommation nationale :

- 22,14 DDJ/1000 hab/jour
- 849,8 prescr/1000 hab/an

Si la consommation d'antibiotiques reste globalement orientée à la baisse depuis 2012, elle a augmenté en 2022 à un rythme plus soutenu qu'en 2021 ; elle reste cependant à un niveau légèrement inférieur à celui observé en 2019.

Le secteur de la ville est le plus important en matière de consommation d'antibiotiques, la médecine générale représentant 69% du nombre de boîtes remboursées tous secteurs confondus.

Cartes 3 : Taux de recours standardisés 2022, tous prescripteurs, tous antibiotiques (a) et antibiotiques critiques (b) - Données cellule d'appui au DCGDR Nouvelle-Aquitaine - remboursements Assurance Maladie, régime général, source : SNDS

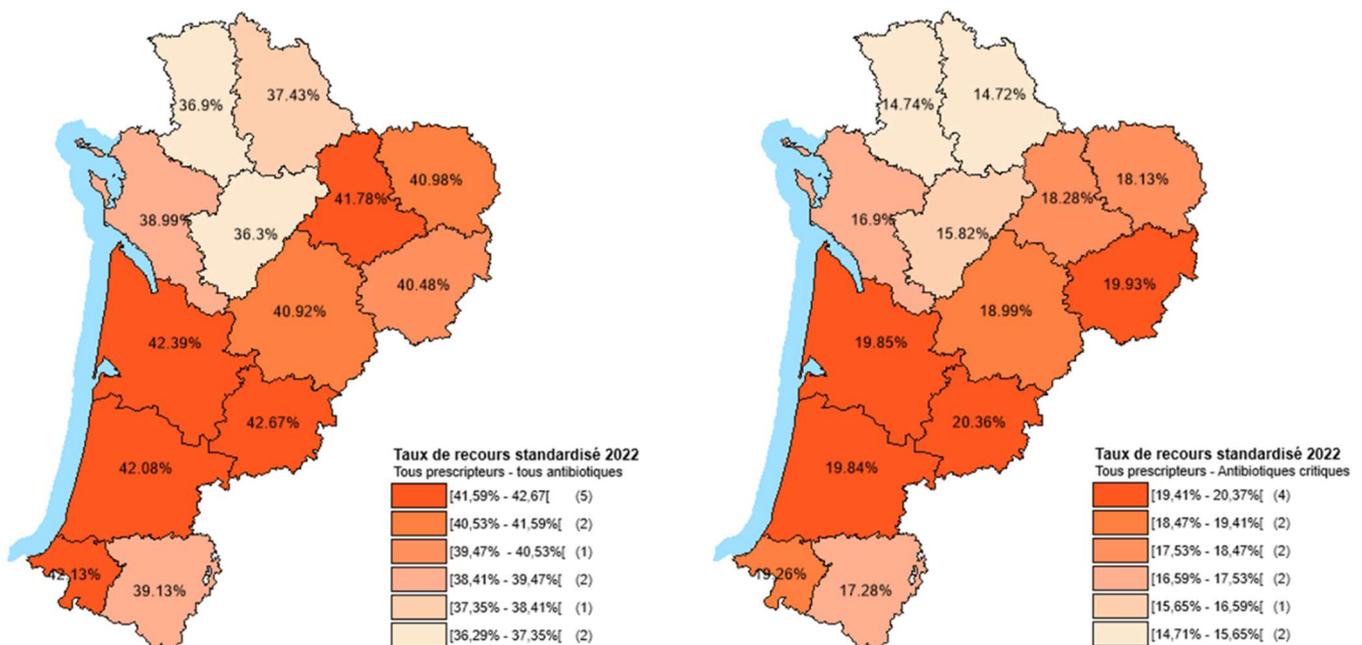


Tableau 13 : Les classes ATC les plus prescrites en médecine générale en région Nouvelle-Aquitaine en 2022 - Données cellule d'appui au DCGDR Nouvelle-Aquitaine - remboursements Assurance Maladie, régime général, source : SNDS

MEDECINE GENERALE	Nombre de consommateurs	Quantité de boîtes prescrites délivrées	Part dans le total des boîtes prescrites par la spécialité	Montants remboursés	Part dans le total des montants remboursés par la spécialité
ATB critiques	754 565	2 124 054	34,2%	9 267 183	42,6%
AMOXICILLINE	784 285	2 513 850	40,5%	3 517 872	16,2%
AMOXICILLINE + INHIBITEUR D'ENZYME	328 036	823 388	13,3%	3 031 504	13,9%
AZITHROMYCINE	182 305	256 889	4,1%	1 396 561	6,4%
FOSFOMYCINE	163 309	373 912	6,0%	1 108 740	5,1%
CEFPODOXIME	139 374	325 366	5,2%	1 136 168	5,2%
PRISTINAMYCINE	127 109	352 799	5,7%	4 741 609	21,8%
CEFIXIME	83 627	215 155	3,5%	984 594	4,5%
ROXITHROMYCINE	51 929	70 033	1,1%	329 277	1,5%
CLARITHROMYCINE	41 317	63 610	1,0%	294 686	1,4%
CIPROFLOXACINE	40 653	80 175	1,3%	508 432	2,3%
OFLOXACINE	40 623	87 413	1,4%	444 307	2,0%
JOSAMYCINE	38 833	70 017	1,1%	403 750	1,9%
PIVMECILLINAM	36 780	54 118	0,9%	303 788	1,4%
DOXYCYCLINE	35 952	76 155	1,2%	245 526	1,1%
LEVOFLOXACINE	35 871	89 012	1,4%	561 744	2,6%
			87,8%		87,3%

➤ Pour en savoir plus consultez l'annexe 2A associée à cette fiche action thématique.

📌 Objectifs

Réduire la consommation des ATB dans tous les secteurs de soins et prévenir l'antibio résistance

Améliorer la pertinence des prescriptions dans tous les secteurs de soins et agir en parallèle sur l'impact animal et environnemental de la surconsommation d'antibiotiques.

📌 Population et/ou territoires cibles

Nouvelle-Aquitaine

📌 Plan d'actions et outils mobilisables

En lien avec la FDR PRIA (Pilotage DPSA) :

Analyse des données et pratiques en région : taux de recours aux ATB et ATB critiques, tout secteur, tout prescripteur (données actualisées annuellement) par département NA ; analyser les pratiques via un audit régional.

Réalisation d'une importante campagne de communication grand public avec un double objectif :

Mieux travailler ensemble (infectiologues - PS de ville - structures d'appui, notamment lors de la création en région du CRA**t**b) afin de renforcer les relations et missions partenariales, et promouvoir les bonnes pratiques, notamment en ville.

Mieux comprendre les données disponibles, via une approche One Health, vulgariser les chiffres clé (corrélation entre les données de consommation et le développement de résistances)

Campagnes d'accompagnement vers les professionnels de ville :

Assurance Maladie :

- ✓ Entre 2021 et 2023, campagnes spécifiques sur les prescriptions de fluoroquinolones dans les infections urinaires de la femme – près de 7000 mémos envoyés auprès des sages-femmes, médecins gynécologues, biologistes médicaux et médecins généralistes - et de la personne âgée - 88 EHPAD accompagnés par l'Assurance Maladie en région. La mesure d'impact a montré une baisse significative du nombre de consommateurs de fluoroquinolones en 2023 (-7,9%) alors que le nombre de consommateurs tout antibiotiques était en stagnation.
- ✓ Entre 2022 et 2023, un accompagnement national a également été mis en œuvre auprès des médecins généralistes avec la promotion du TROD angine et de l'ordonnance de non-prescription.
- ✓ En 2024, une campagne d'accompagnement sur le bon usage des antibiotiques en pédiatrie dans les infections respiratoires aiguës a été menée par les délégués de l'Assurance Maladie auprès des médecins généralistes et pédiatres libéraux.

Un webinaire partenarial CRA**t**b / Assurance Maladie sur le bon usage des antibiotiques est programmé pour l'automne 2025.

Accompagnement vers les établissements de santé :

- ✓ En 2024, un accompagnement national a été mis en place avec la VAES (visite annuelle en établissement de santé) : 35 établissements ont été rencontrés en visites direction – des visites d'accompagnement des services d'urgence sont prévues dans un second temps, qui s'appuient sur un profil :
- ✓ La première partie est une description de l'activité du service des urgences.
- ✓ La deuxième partie décrit les consommations antibiotiques des patients pris en charge aux urgences.
- ✓ La troisième partie répartit les antibiotiques prescrits par classes thérapeutiques.
- ✓ La quatrième partie répartit le top 5 des antibiotiques les plus prescrits en région Nouvelle Aquitaine dans l'ensemble des prescriptions de l'établissement pour les moins de 16 ans et les 16 ans et plus.
- ✓ Contractualisation tripartite sur l'indicateur régional CAQES "bon usage des ATB"

Indicateurs

- **Indicateur régional CAQES (19 ES ciblés / 19 ES évalués) :**
 - ✓ Part des ES ayant réalisé un audit d'EPP (identification de marges de progression)
 - ✓ Part des ES ayant mis en place des actions vers la ville/ESMS
- **Indicateur PAPERAPS :**
 - ✓ Taux de recours aux ATB et ATB critiques par département en NA (tous secteurs - standardisés à la population)

Calendrier de mise en œuvre

2022 - 2026



THÉMATIQUE : PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DES PRODUITS DE SANTE

FICHE ACTION - N°II-2 AMELIORER LA PERTINENCE DES MEDICAMENTS LIES AUX TRAITEMENTS DE LA SANTE MENTALE DES PATIENTS (TOUT AGE)

Lutter contre les mésusages et sensibiliser prescripteurs et patients sur les molécules particulièrement à risque

Contexte et enjeux

Ce thème a été identifié lors d'un premier diagnostic initié en 2018 puis il a été confirmé à la suite des constats post-crise sanitaire. Les médicaments psychotropes, particulièrement à risque de dépendance et présentant des effets iatrogènes très fréquents chez la personne âgée, doivent faire l'objet d'une vigilance particulière, avec également des enjeux chez les plus jeunes au regard de la prescription et de la consommation de plus en plus importante dans cette tranche d'âge.

Cette thématique fait également l'objet d'alertes d'addictovigilance et de surveillance en termes d'abus, de détournements et de dépendance.

En ce qui concerne la famille des benzodiazépines, elle compte de nombreux médicaments (diazépam, bromazépam, clonazépam, etc...). Ils font partie des traitements psychoactifs les plus prescrits en France et en région, notamment pour traiter l'anxiété, le stress, l'insomnie, les convulsions.

En outre, cette problématique concerne tous les secteurs de soins : la prescription hospitalière est une prescription de référence et peut avoir un fort impact en sortie d'hospitalisation sur la durée des traitements et les renouvellements notamment.

Pour limiter un risque d'accoutumance qui pourrait conduire à une augmentation des doses et à une dépendance, la durée maximale de prise de benzodiazépines ne doit pas dépasser la période prescrite par le médecin. Par ailleurs, les médicaments psychoactifs sont parfois soumis à la réglementation des stupéfiants, comme le fentanyl, par exemple. En Nouvelle-Aquitaine, une alerte sur des mésusages du méthylphénidate (Ritaline), traitement médicamenteux du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité a été remontée par les structures régionales d'appui RREVA et l'Assurance maladie.

Les actions mises en place viseront à promouvoir les bonnes pratiques de prescription des médicaments liés à la santé mentale dans toute la population (tout âge) notamment au regard de la croissance de prescription de psychotropes observée après la crise sanitaire COVID-19.

La commission OMEDIT « Santé Mentale » est en particulier mobilisée pour contribuer au diagnostic régional, mais également pour proposer des outils et actions afin de promouvoir le bon usage des psychotropes dans une dynamique de parcours de soins et de promotion des activités de pharmacie clinique.

Pilote / co-pilote

ARS, AM, OMEDIT NAGG

Acteurs et partenaires concernés

L'ensemble des professionnels de santé de la région, tout secteur, les structures d'appui (RREVA), les membres IRAPS et les membres de la COMMISSION OMEDIT Santé Mentale.

Textes - Recommandations –Référentiels

Recommandations HAS

Etat des lieux

En France 16 millions de personnes parmi les 11-75 ans ont déjà pris des médicaments psychotropes. En région le taux de recours aux benzodiazépines est de 14,5%.

Selon les résultats de l'audit régional OMEDIT sur les prescriptions de sortie de benzodiazépines mis en œuvre dans le cadre de la contractualisation CAQES (17 ES - 312 patients inclus avec une moyenne d'âge de 48,6 ans et une durée moyenne de séjour de 35 jours) :

- La part de co-prescription de benzodiazépines anxiolytiques ou co-prescription de benzodiazépines sédatives était de 11% dont 3% non justifiées ;
- 24% des prescriptions de sortie comprenaient les modalités d'arrêt progressif des benzodiazépines prescrites ;
- La durée moyenne de prescription de benzodiazépine était de 21 jours ;
- La benzodiazépine la plus prescrite était le diazépam devant le zopiclone et l'alprazolam ;
- Des marges d'amélioration persistent sur la prescription des benzodiazépines à demi-vie longue chez la personne âgée (31% des prescriptions sont constatées chez les patients > 65 ans).

Par ailleurs, il a été constaté en Nouvelle-Aquitaine une augmentation de 116% des prescriptions de méthylphénidate chez l'enfant, entre 2010 et 2019, alors qu'une stabilisation est observée dans d'autres pays comparables. Les prescriptions sont parfois non conformes aux recommandations. On observe également une augmentation des signalements de mésusage chez l'adulte.

Au regard de l'augmentation de la consommation et de la prévalence de mésusage du méthylphénidate, et de patients nécessitant un traitement mais n'en ayant jamais bénéficié, une mobilisation de l'ARS, l'Assurance Maladie les CEIP/CRPV et l'OMEDIT est opérante pour mettre en œuvre des actions de sensibilisation au bon usage de ce médicament.

Le réseau régional de vigilances et d'appui de la Nouvelle-Aquitaine (RREVA-NA) a contribué sur ce sujet et notamment sur les risques liés aux psychotropes et à la dépendance, ainsi que sur certaines prescriptions qui peuvent faire l'objet de détournements et de mésusages.

Pour donner suite à des signalements de mésusage en Gironde (principalement Bordeaux), une étude a été menée par les CEIP-A de Bordeaux et Marseille, « Analyse d'un signal d'augmentation du détournement du méthylphénidate en Aquitaine et à l'île de la Réunion ». Les résultats principaux sont détaillés dans les annexes.

➤ **Pour en savoir plus, consultez l'annexe 2B associée à cette fiche thématique.**

Objectif

Améliorer la prise en charge des patients ayant des troubles psychiques, particulièrement essentielle lors qu'il s'agit de patients présentant une comorbidité somato-psychique.

Sensibiliser les professionnels de santé, dans tous les secteurs de soins, et les patients, sur les risques liés aux substances actives présentes dans certains médicaments du traitement de la santé mentale.

En lien avec l'addictovigilance agir sur les problématiques de détournements et dépendances.

Population et/ou territoires cibles

Nouvelle-Aquitaine

Plan d'actions et outils mobilisables

Partage du diagnostic et des bonnes pratiques dans la COMMISSION OMEDIT SANTE MENTALE afin de favoriser et amplifier la sensibilisation, et mieux suivre et comprendre les données disponibles.

Mise en place d'actions en fonction des besoins de terrain coconstruits avec les professionnels de santé dans une démarche pluriprofessionnelle

Plans d'actions ciblés :

Analyse des données et pratiques : groupe technique régional d'étude (méthodologie en cours de définition), groupe de pairs, commission dédiée pour le partage du diagnostic et des pratiques ciblées.

Accompagnement des dispositifs nationaux et régionaux : campagnes de l'assurance maladie (Bilan de médication partagé) et élaboration des supports et outils régionaux tels que la contractualisation tripartite sur le sous-indicateur régional CAQES "prévention de la iatrogénie et parcours ciblés". Outils d'aide au bon usage et outils d'audits régionaux proposés par l'OMEDIT sur le bon usage des médicaments en psychiatrie

Indicateurs

- Indicateur régional en cours de définition par le groupe technique d'étude.
- CAQES (20 ES ciblés / 20 ES évalués) :
 - ✓ Part des ES engagés dans l'analyse pharmaceutique en lien avec le dossier du patient
 - ✓ Part des ES engagés dans la mise en œuvre d'actions de pharmacie clinique
 - ✓ Part des ES engagés dans le renforcement de la coordination ville/hôpital
 - ✓ Part des ES ayant réalisé un audit sur les pratiques de prescription en santé mentale (outil régional proposé par l'OMEDIT)

Calendrier de mise en œuvre

2022 - 2026



THÉMATIQUE : PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DES PRODUITS DE SANTE

FICHE ACTION - N°II-3 AMELIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS SOUS ANTICANCEREUX ORAUX SUIVIS A DOMICILE ET LA COORDINATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE SUR CE PARCOURS

Améliorer la surveillance et la gestion des effets indésirables et favoriser l'adhésion thérapeutique (observance) des patients.

Contexte et enjeux

Les données régionales montrent une montée en charge soutenue des médicaments anticancéreux oraux dans la prise en charge des patients souffrant d'un cancer.

Le développement des traitements par voie orale présente des avantages en termes de qualité de vie pour les patients car ils bénéficient d'un traitement à domicile ; toutefois, des enjeux liés à la bonne observance et à la gestion des effets indésirables se posent.

L'accompagnement des patients sous anticancéreux oraux doit donc s'envisager via une coordination renforcée entre les différents professionnels de santé intervenant dans la prise en charge de ces patients et à la mise en place de moyens efficaces au service de cette coordination.

La feuille de route régionale CANCER fixe comme objectif à ce sujet la structuration de la prise en charge des patients atteints de cancer en ville avec l'appui des professionnels de santé hospitaliers.

L'enjeu est bien de garantir une continuité des prises en charge des patients pour ces thérapeutiques extrêmement coûteuses et de développer les conditions les plus favorables possibles pour que les professionnels travaillent mieux ensemble. Il s'agit d'améliorer la qualité de vie et la survie des patients en favorisant le suivi ville-hôpital de ces traitements par voie orale.

Ces travaux s'inscrivent dans la FDR régionale CANCER :

- **Axe II.8.1 Accompagner les professionnels de ville sur la chimiothérapie orale afin qu'ils apportent informations et conseils aux patients.**
 - **Sous-action : Structurer l'accompagnement des professionnels de ville (médecins et pharmaciens) par les professionnels hospitaliers dans les suivis des patients sous thérapie orale pour les filières sélectionnées (pressenties : sein, poumon, rein)**

Les dispositifs déployés au niveau national comme l'Avenant conventionnel 21 des pharmaciens d'officine avec l'Assurance Maladie, ou l'expérimentation « article 51 thérapies orales ONCOLINK » s'inscrivent dans cet objectif d'accompagnement des patients sous anticancéreux oraux :

- L'avenant 21 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, signé le 29 juillet 2020, met en place un accompagnement pharmaceutique pour les patients sous traitements anticancéreux oraux, avec une implication du pharmacien d'officine en lien avec les prescripteurs et le médecin traitant, et un dispositif de rémunération associée ;
- L'expérimentation nationale « article 51 thérapies orales », à compter d'octobre 2021, visant à renforcer l'implication de l'établissement de santé initiateur de la prescription des anticancéreux oraux dans le suivi des patients, en lien avec les professionnels de santé de ville. Un établissement de santé est concerné en Nouvelle-Aquitaine : Le Centre de Lutte Contre le Cancer Institut Bergonié.

Les actions déployées en région viennent en complémentarité avec ces dispositifs nationaux. Ces actions dévoilent le rôle grandissant des pharmaciens d'officine dans ce parcours, lors des délivrances des thérapies orales en ville.

Figure 1 : Schéma dispositifs et leviers pour la fluidification des parcours de soins à domicile



✚ Pilote / co-pilote

ARS, AM, OMEDIT NAGG

✚ Acteurs et partenaires concernés

Membres du COPIL CANCER

Établissements autorisés et associés pour les prescriptions des anticancéreux oraux, professionnels de ville, Oncologues, URPS, Fédérations hospitalières, CHU et CLCC, associations des patients, patients partenaires, Sociétés Françaises de Pharmacie Clinique (SFPC) et de Pharmacie Oncologique (SFPO).

✚ Textes - Recommandations –Référentiels

HAS - Avenant 21 à la convention des pharmaciens d'officine - Recommandations INCA - Recommandations société française de pharmacie clinique (SFPC) et société française de pharmacie oncologique (SFPO)

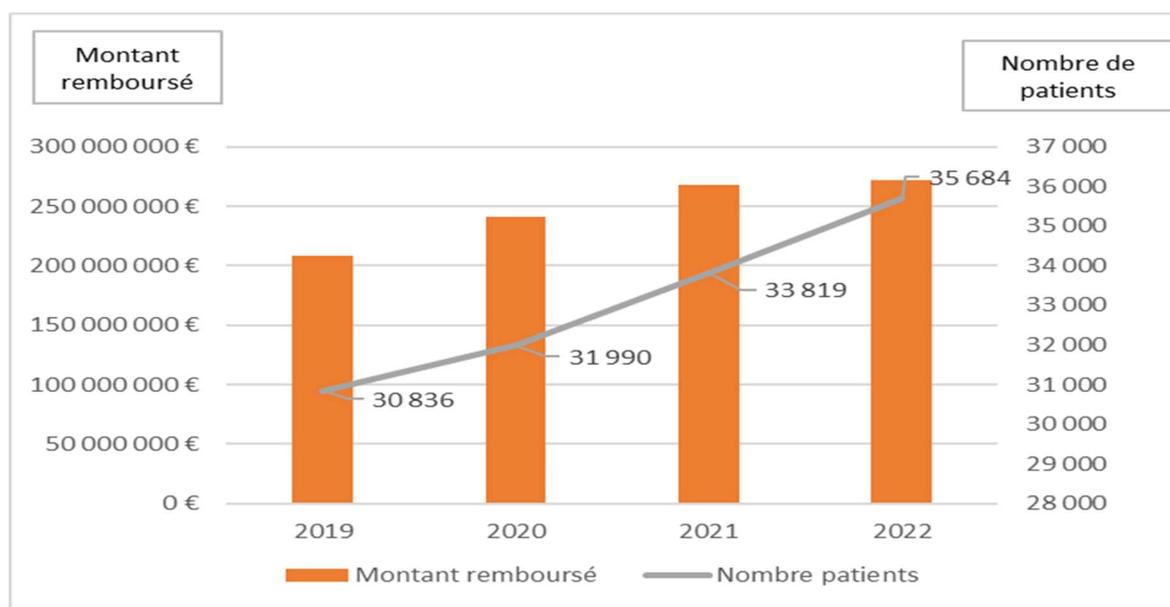
✚ Etat des lieux

Les dernières données régionales de remboursement PHEV mettent toujours en évidence une progression des médicaments anticancéreux oraux, à la fois en dépenses (+ 1,4% par rapport à 2021) et en nombre de patients bénéficiaires (+ 5,5 % entre 2021 et 2022). En 2022, 35 684 patients ont été concernés par un remboursement PHEV de médicaments anticancéreux oraux, pour un montant remboursé total de 272,3 millions € (1/4 des PHEV de la région).

Cette progression devrait se poursuivre avec la reprise de la recherche & développement ; les innovations thérapeutiques dans le domaine du cancer transforment les prises en charges en particulier pour le cancer du sein et prostate, suivis de plus en plus à domicile.

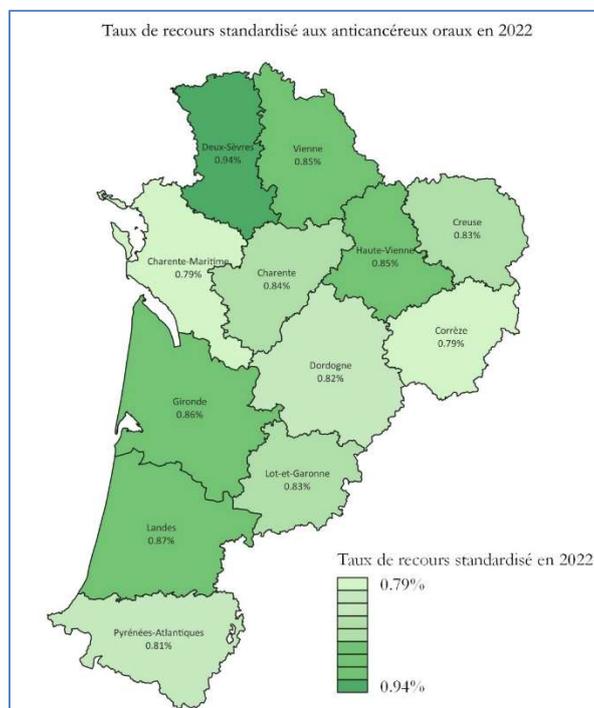
L'historique des données depuis 2019 est présenté dans la figure 2.

Figure 2 : Evolution annuelle entre 2019 et 2022 des montants PHEV d'anticancéreux oraux en Nouvelle-Aquitaine et du nombre de patients associés



Les premières données de taux de recours aux médicaments anticancéreux oraux standardisés sur l'âge et le sexe sont présentés dans la figure 3, et montrent une disparité selon les départements de la région Nouvelle-Aquitaine, avec des taux de recours qui s'échelonnent de 0,79 % (Corrèze et Charente-Maritime) à 0,94% (Deux-Sèvres) ; ces analyses sont en cours d'approfondissement.

Figure 3 : Taux de recours aux médicaments anticancéreux oraux standardisé sur l'âge et le sexe par département en 2022



➤ **Pour en savoir plus, consultez l'annexe 2C associée à cette fiche thématique.**

Objectif

Améliorer la prise en charge des patients souffrant d'un cancer traité par anticancéreux oraux, en renforçant la coordination entre professionnels de santé de ville et hospitaliers et en favorisant la montée en compétence des professionnels de ville, pour la meilleure réussite des traitements.

En particulier accompagner le rôle grandissant des pharmaciens d'officine ; Faciliter leur montée en compétence pour une délivrance optimale des traitements en ville, pour une intervention efficace et proactive lors du suivi des effets indésirables et pour une bonne adhésion thérapeutique des patients, en étroite coordination avec l'ensemble des professionnels de santé et aidants.

Population et/ou territoires cibles

Nouvelle-Aquitaine

Plan d'actions et outils mobilisables

Analyse des données et de pratiques : groupe technique régional d'étude (taux de recours et observance dans le cancer du sein), groupe de pairs pour le partage du diagnostic et des pratiques.

Contractualisation tripartite sur le sous-indicateur régional CAQES "prévention de la iatrogénie et parcours ciblés", axe prescription AKO

Accompagnement des dispositifs nationaux au service de la feuille de route cancer : avenant 21 et expérimentation nationale Onco'link, AAP régional sur cette thématique (Institut Bergonié, CHU Bordeaux, CHU Limoges, CH de la Rochelle), autres projets portés selon les territoires.

Création du site web Oncofficine dédié aux pharmaciens d'officine. Projet partenarial visant à la sensibilisation et la montée en compétence des pharmaciens de ville, pour mieux appréhender les thérapies orales et s'engager dans un accompagnement proactif auprès des patients suivis à domicile, via l'Avenant conventionnel 21 (MOA : Omedit NAGG). Projet inscrit dans la FDR régionale CANCER.

Indicateurs

- *Actions d'accompagnement des pharmaciens d'officine :*
 - ✓ Visites Dam pour sensibiliser à la nécessité des entretiens pharmaceutique et promotion du portail web Oncofficine annexe visite AM
 - ✓ Nombre de pharmaciens d'officine inscrits dans le portail web Oncofficine
- *Actions d'accompagnement des établissements de santé (source : Indicateurs CAQES) au titre du CAQES :*
 - ✓ Part des ES signataires mobilisés dans le partage et la transmission d'informations aux professionnels de ville
 - ✓ Part des ES signataires engagés dans les actions de pharmacie clinique
 - ✓ Part des ES ayant mis en place des démarches spécifiques afin d'améliorer la coordination avec la ville
- *Au titre de la Visite Annuelle en Établissement de Santé (VAES)*
 - ✓ Accompagnement avec des données ciblées par établissements : nombre de patient avec traitement AKO prescrit par l'établissement et part des patients ayant bénéficié d'un entretien pharmaceutique.
- *Indicateurs d'observance des traitements anticancéreux oraux dans le cancer du sein en cours de définition.*

Calendrier de mise en œuvre

2022 – 2026



THÉMATIQUE : PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DES PRODUITS DE SANTE

FICHE ACTION - N° II-4 AMELIORER LA PERTINENCE DE PRESCRIPTIONS DES MEDICAMENTS CHEZ LA PERSONNE AGEE

Lutter contre la polymédication et la iatrogénie médicamenteuse, réduire les médicaments potentiellement inappropriés

✚ Contexte et enjeux

Un état des lieux a été réalisé en Nouvelle-Aquitaine permettant de recenser plus de 30 actions (régionales et/ou locales) phares sur cette thématique de prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée (recensement non exhaustif). Ce travail a permis de mettre en évidence l'intérêt et l'implication de tous les professionnels de santé de la région sur ce sujet, agissant pour promouvoir la réduction des prescriptions des médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez la personne âgée.

Plusieurs leviers ont été identifiés et impulsés aussi bien par des organismes institutionnels, que par les professionnels de santé et structures d'appui (RREVA) ; cependant des marges de progrès existent et elles ont été confirmées lors des analyses de données régionales, partagées en groupe de pairs et commissions OMEDIT.

Parmi les actions phares figurent :

- La réalisation de supports de communication d'aide à la prescription (arbres décisionnels), de campagnes de sensibilisation explicitant la liste des médicaments potentiellement inappropriés,
- La réalisation de formations visant notamment à promouvoir une réévaluation régulière des traitements,
- L'amélioration de la coordination Ville/Hôpital/Etablissement médico-social, avec une vigilance particulière lors de points de transition,
- Et les démarches de déprescription des produits de santé inappropriés et à risque, avec la mise à profit du déploiement des activités de pharmacie clinique.

Par ailleurs les données disponibles en EHPAD, en établissement de santé et en ville dévoilent encore trop de lignes de médicaments prescrits (surconsommation de certaines classes thérapeutiques telles que les psychotropes), des mésusages et des traitements qui perdurent sans réévaluation.

Le risque iatrogénique est très élevé dans la population âgée concernée par plusieurs pathologies, souvent poly médiqué, et dépendante.

L'objectif commun des actions est de partager entre pairs les pratiques et les données disponibles de la région, en matière de prescriptions / consommations par classe d'âge et de faire un focus sur certains médicaments responsables des nombreux effets indésirables.

Nous pouvons observer *via* les données de l'Assurance maladie qu'en région :

- **43,4%** des patients hospitalisés âgés de 75 et plus sont polymédiqués (soit 3 patients sur 10),
- 39,6% des patients âgés de plus de 75 ans sont concernés par un ou plusieurs médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées,
- ou encore que **44,85%** des boîtes d'**antidépresseurs** consommées en région concernent les personnes âgées de plus de 65 ans.

De façon plus globale sur la pertinence de soins, on estime qu'une part notable des (ré)hospitalisations seraient évitables, notamment celles liées à des problèmes médicamenteux (iatrogénie, problèmes d'observance et sous traitement) : entre 20 et 30 % des prescriptions ne seraient pas pertinentes.

Pilote / co-pilote

ARS, AM, OMEDIT NAGG

Acteurs et partenaires concernés

Tous les professionnels de santé de la région, de tous les secteurs de soins et les structures d'appui (RREVA). Les actions seront menées sous l'égide et avec la participation des membres IRAPS et de la commission régionale « Personne âgée » animée par l'OMEDIT.

Textes - Recommandations –Référentiels

Référentiels et recommandations outils d'aide à la prescription :

Liste REMEDI[e]S (2021)

Critères STOPP / START v2 (2015) et v3 (2023)

Critères de Beers (2019)

Le site Pimcheck

Guides :

Le guide PAPA de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) et le Conseil National Professionnel de gériatrie (CNP)

Etat des lieux

L'état des lieux en région s'appuie sur les données disponibles issues des accompagnements de l'Assurance maladie en EHPAD, en ville et en établissement de santé.

L'analyse des pratiques provenant des CAQES et des profils sur la polymédication de la personne âgée en établissement de santé et le partage entre pairs sur ces données et pratiques complètent le diagnostic régional.

Les données disponibles (Profils EHPAD de l'Assurance Maladies, données CAQES) et les analyses ciblées démontrent des marges de progrès existantes encore dans tous les secteurs de soins.

Les résultats de la première évaluation du contrat en 2023, sur les données de l'année 2022, ont permis de mettre en exergue une dynamique régionale des établissements dans la prévention de l'iatrogénie chez la personne âgée : (source : évaluation CAQES 2023 année 2022).

Les résultats quantitatifs 2022, des 26 établissements ciblés en Nouvelle-Aquitaine, issus des données PHEV de l'Assurance Maladie montrent que :

- En moyenne, 316 patients âgés sont traités par benzodiazépines à demi-vie longue en sortie d'hospitalisation et dans les 2 mois qui suivent (A noter : le seuil de ciblage retenu en 2021 étant de 200 patients). Il est à noter une baisse du nombre de patients pour 90% des établissements concernés par rapport à l'année antérieure 2021 – la cible étant une baisse de la prescription des benzodiazépines à demi-vie longue chez la personne âgée – médicament inapproprié
- En moyenne, 62 patients âgés sont traités par antihypertenseurs centraux en sortie d'hospitalisation et dans les 2 mois qui suivent (A noter : le seuil de ciblage retenu en 2021 étant de 50 patients). Il est à noter une baisse du nombre de patients pour 68% des établissements concernés par rapport à l'année antérieure 2021 – la cible étant une baisse de la prescription des antihypertenseurs

Les résultats confirment la mobilisation importante de l'ensemble des acteurs en région sur cette thématique. On notera l'engagement des organismes institutionnels, des structures d'appui, des professionnels en ES et en ville, et l'implication des associations de patient.

Les objectifs régionaux suivants s'inscrivent dans la continuité et le renforcement des actions déjà menées par les différents acteurs impliqués pour l'année 2024 :

- Fédérer davantage les professionnels du secteur sanitaire, médico-social et de la Ville (notamment dans le cadre du déploiement des CPTS), de façon décloisonnée, sur la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée, avec une coordination renforcée dans une logique de parcours de soins global (contexte d'acteurs et de structures multiples) et le déploiement des outils numériques ;
- Assurer la réévaluation régulière des traitements, et la dé-prescription de médicaments inappropriés chez la personne âgée, avec notamment la mise à profit :
 - ✓ Des actions de pharmacie clinique en établissement de santé (conciliation médicamenteuse entrée/sortie, réévaluation pluriprofessionnelle des traitements) ;
 - ✓ Des actions de réévaluation pluriprofessionnelle des traitements en ville (implication du médecin traitant et du pharmacien d'officine) et dans le secteur médico-social notamment en EHPAD (mobilisation pluriprofessionnelle autour d'une politique du médicament incluant la pertinence des prescriptions) ;
 - ✓ Des actions de communication et de formation sur le bon usage et la pertinence des prescriptions ;
 - ✓ Des démarches d'EPP ou d'analyses de pratiques ciblées (groupes de pairs, échanges pluridisciplinaires).

Une implication de plus en plus importante des patients, la communication et la sensibilisation vers le grand public ainsi que les démarches d'éducation thérapeutique doivent être renforcées.

Les données spécifiques sur la prise en charge médicamenteuse en EHPAD fournies par l'Assurance Maladie (EHPAD sans PUI) en région Nouvelle-Aquitaine ont été actualisées avec les données 2021.

Il est à noter qu'en Nouvelle-Aquitaine, en 2021, parmi les résidents en EHPAD sans PUI :

- ✓ 12,9% des résidents ont plus de 2 psychotropes différents contre 11,9% au niveau national,
- ✓ 19,1 % des résidents ont un traitement par une ou plusieurs benzodiazépines hypnotiques contre 18,5% au niveau national. Cette proportion est en diminution depuis 2017 (22,5% en 2019, 19,8% en 2020 au niveau régional).
- ✓ 54,9% ont un traitement par benzodiazépines anxiolytiques contre 48,6% au niveau national (10,0% ont un traitement par benzodiazépines anxiolytiques à demi-vie longue contre 8,6% au niveau national).

La recherche d'une méthodologie et des indicateurs régionaux spécifiques plus fins, à suivre en région, sont en cours. Les pistes de travail sont les suivantes : Taux de recours à certaines classes de médicaments en région et par département, nombre de ligne de médicaments pour les personnes de plus de 75 ans dans tous les secteurs de soins.

➤ **Pour en savoir plus, consultez l'annexe 2D associée à cette fiche thématique.**

Objectif

Améliorer la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées, notamment lors des transferts entre structures de prise en charge : établissements de santé, la ville et les établissements sociaux et médico-sociaux.

Favoriser l'observance, lutter contre la poly-médication et contribuer par des prescriptions pertinentes et appropriées à la bonne prise en charge et qualité de vie des personnes âgées, tout en contribuant aux enjeux de soutenabilité et transformation écologique du système de santé.

Population et/ou territoires cibles

Nouvelle-Aquitaine

Plan d'actions et outils mobilisables

Mobilisation de la COMMISSION OMEDIT Personne âgée (PA) afin de favoriser et amplifier le partage de bonnes pratiques et mieux suivre et comprendre les données disponibles.

Plans d'actions ciblés :

Analyse des données et pratiques : mise en place d'un groupe technique régional d'étude (méthodologie en cours de définition pour installer un suivi dynamique), poursuite des groupes de pairs et élargissement des membres de la commission dédiée pour un large partage du diagnostic et des bonnes pratiques.

Contractualisation tripartite sur le sous-indicateur régional CAQES "prévention de la iatrogénie et parcours ciblés",

Accompagnement des dispositifs nationaux au service de la lutte contre la iatrogénie :

- ✓ Campagnes de l'assurance maladie auprès des EHPAD (à venir, un nouveau profil avec des indicateurs poly-médication et médicaments potentiellement inappropriés)
- ✓ Campagnes de l'assurance maladie auprès des établissements MCO via la Visite d'Accompagnement en Établissement de Santé (profil ES avec le nombre de patients concernés et les molécules identifiées)
- ✓ L'accompagnement ANAP auprès des EHPAD ;
- ✓ Les dispositifs conventionnels (Bilan de Médication Partagé), sensibilisation et communication grand public,
- ✓ L'accompagnement des PS libéraux (médecins généralistes) par les DAM

Accompagnement régional des professionnels de santé libéraux programmé en 2025 sur la prescription des médicaments à visée anticholinergiques chez la personne âgée, avec un focus sur les antidépresseurs : réalisation d'un mémo.

Mise en place et/ou valorisation des dispositifs ciblés régionaux et locaux (dans divers territoires):

- ✓ AAP régional, projets partenariaux : Choosing Wisely en gériatrie conduit par le CCECQA - Formations OMEDIT NAGG, contribution au plan régional Antichute, divers support/outils nationaux et élaborés en région.
- ✓ Mise en place d'une nouvelle commission Personne âgée :
 - Valorisation et partage des actions de terrain : Audit (EPP); CAQES : Identification des marges de progrès, leviers et suivi du « palmarès » des MIPA. Partage de l'évaluation de certaines actions et des initiatives régionales. Amplifier la communication sensibilisation dans tous les secteurs de soins (cohérence de discours). Nombre des commission réalisés.

Indicateurs

➤ *Indicateurs CAQES (26 ES ciblés / 26 ES évalués) :*

- ✓ Part des ES signataires mobilisés dans les actions sur la prévention de la iatrogénie chez la personne âgée
- ✓ Part des ES signataires mobilisés ayant une activité de pharmacie clinique ciblé sur ce parcours des patients âgées

Calendrier de mise en œuvre

2022 – 2026



THÉMATIQUE : PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DES PRODUITS DE SANTE

FICHE ACTION - N°II-5 AGIR POUR LA QUALITE, LA SECURITE ET LA PERTINENCE DES TRAITEMENTS DE LA DOULEUR, DANS TOUS LES SECTEURS DE SOINS ET AUPRES DES PATIENTS DE TOUT AGE

Contexte et enjeux

La thématique de la prise en charge de la douleur et de la douleur chronique est une priorité régionale associant une importante représentation institutionnelle en région (ARS, OMEDIT, Assurance Maladie, CEIP, URPS, associations des patients ...) ainsi que des représentants régionaux de la SFETD et des experts régionaux.

Les actions de sensibilisation visent à favoriser la détection, la prise en charge des patients douloureux chroniques ainsi que la prévention du risque de dépendance et de mésusage dans une logique de parcours de soins avec implication de chaque professionnel de santé (médecins, pharmaciens, IDE notamment).

L'usage des échelles de douleurs spécifiques adaptées aux différentes situations cliniques (enfants – personnes handicapées – dyscommuniquants ...) est une bonne pratique incontournable pour des prises en charge précoces et adaptées qui visent aussi à prévenir la chronicité de la douleur.

Des actions sont déjà en cours dans la région pour favoriser le bon usage des antalgiques, en ciblant des pathologies et des parcours à enjeu en termes de bon usage, de pertinence des prescriptions et de risque d'addiction. Certaines actions visent aussi à développer le recours à des thérapies non médicamenteuses, en particulier dans les structures et centres douleurs chroniques de la région (aide psychologique – hypnose – relaxation – aide psychocorporelle – activité physique adaptée ...).

Le recours à ces modalités parfois innovantes et qui ont fait la preuve scientifique de leur efficacité, contribue à diminuer ou retarder l'usage de médicaments contre la douleur ainsi que leur mésusage, ceux-ci pouvant induire des effets iatrogènes et de dépendance.

A noter aussi, que dans le cadre de la structuration de la filière de prise en charge de l'endométriose mise en place sous l'égide de l'ARS et l'AFENA (Association filière endométriose en Nouvelle-Aquitaine), les centres multidisciplinaires endométriose (16 centres en 2022) sont impliqués dans la mise en place d'actions spécifiques de prise en charge de la douleur dans l'approche globale de l'endométriose.

Pilote / co-pilote

ARS, AM, OMEDIT NAGG

Acteurs et partenaires concernés

Tous les professionnels de santé prescripteurs, dans tous les secteurs, les structures d'appui (RREVA), les membres IRAPS, et en particulier les établissements mobilisés sur le CAQES et les ESMS PH.

Textes - Recommandations –Référentiels

Recommandations HAS, FDR nationale 2019-2022 prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes, recommandations Société Française d'Etude et Traitement de la Douleur (SFETD).

État des lieux

Un diagnostic régional a été réalisé par l'Assurance Maladie fin 2021, sur les données des années 2019 et 2020.

Cette étude portait notamment sur l'analyse des taux de recours aux antalgiques par département (en 2019 et 2020) selon le type d'antalgique (antalgiques de palier I, II, III, AINS, Tramadol, Fentanyl).

Cette première étude globale devait être complétée par des études complémentaires et des analyses multifactorielles ciblant les parcours des patients à enjeu de pertinence sur la prise en charge de la douleur. Cette étude n'a pas encore été réalisée en raison de l'hétérogénéité des pathologies concernées, des modes de prise en charge, des types de patients et des parcours.

Ces analyses permettront d'affiner le diagnostic et d'adapter les actions régionales au regard des échanges entre pairs et des leviers mobilisables : réévaluation pluriprofessionnelle des traitements antalgiques avec mise à profit des activités de pharmacie clinique, recours aux traitements non médicamenteux validés ; l'objectif étant d'améliorer la qualité de vie des patients (efficacité du traitement et maîtrise de effets indésirables) et de lutter contre les mésusages (accoutumance ou dépendance) ou les détournements.

Parmi les éléments de diagnostic initial réalisé par l'ARS et l'Assurance Maladie, et après les échanges effectués avec les professionnels de santé en groupe de pair, deux axes principaux de travail sont identifiés comme nécessitant des investigations :

- La pertinence des prescriptions notamment du Tramadol et des antalgiques de palier 3 sans ALD associée ;
- La prévention du risque de mésusage des AINS (information du patient sur les risques de l'automédication notamment dans le contexte de conditionnement inadapté) et du fentanyl transmuqueux en particulier (difficulté de sevrage notamment chez les patients cancéreux en rémission).

Ce diagnostic initial a été complété suite à la réalisation d'autres analyses régionales ciblées, notamment celle concernant l'oxycodone. L'analyse complémentaire a mis en évidence un sur-recours pour ce médicament en Nouvelle-Aquitaine. Compte tenu des signalements et alertes réalisés par le RREVA, une étude régionale sur la problématique de possibles mésusages de l'oxycodone a été réalisée avec l'appui de l'Assurance maladie, du CRPV, de l'OMEDIT et des professionnels de santé experts, avec l'élaboration d'outils d'aide au bon usage et d'évaluation des pratiques de prescription.

➤ **Pour en savoir plus, consultez l'annexe 2E associée à cette fiche thématique.**

Objectifs

- Amplifier les actions de prévention dans tous les secteurs de soins pour le bon usage des antalgiques
- Sensibiliser les professionnels de santé et les patients sur les risques liés aux antalgiques et lutter contre les mésusages.
- Améliorer, en lien avec le RREVA, la sécurité, la qualité et la pertinence de la prise en charge de la douleur.
- Promouvoir des activités de pharmacie clinique dans les établissements de santé de la région
- Réduire les prescriptions/ consommations inappropriées.

Population et/ou territoires cibles

Nouvelle-Aquitaine

Plan d'actions et outils mobilisables

Partage régional des données disponibles et des bonnes pratiques.

Contractualisation tripartite CAQES : sous-indicateur régional CAQES "prévention de la iatrogénie et parcours ciblés » axe DOULEUR.

Analyse des données et pratiques : groupe technique régional d'étude constitué pour analyser les données de consommation de l'OXYCODONE – suite donnée à l'alerte CRPV. sujet d'étude du groupe régional RREVA Qualité, Sécurité et Pertinence de prescription.

Mise en place de supports / moyens de communication pour sensibiliser les prescripteurs et patients sur la consommation inappropriée des antalgique (palier I, II, et III) : 3 supports de communication et prévention liés aux prescriptions de l'oxycodone en 2023 : vers les ES, vers les officines, en ville, en fonction des problématiques identifiées.

Accompagnement des ESMS PH (MAS FAM IME) : Chez les personnes handicapées, la douleur peut se manifester par des troubles du comportement (agitation, agressivité, cris, pleurs) ou par la prostration, l'anorexie, des troubles du sommeil. L'évaluation de la douleur est importante. Son intensité est notée dans le dossier du résident et les moyens les mieux adaptés sont utilisés pour la prévenir et la soulager (antalgiques, méthode non médicamenteuse, etc.). (En annexe, le nombre de visite réalisée et les outils)

Indicateurs

Indicateur régional de pertinence en cours de définition par le groupe d'étude technique.

CAQES (30 ES ciblés / 30 ES évalués) :

- Part des ES engagés auprès des patients afin de réduire les risques de dépendance et de iatrogénie
- Part des ES engagés dans la mise en œuvre d'actions de pharmacie clinique et de réévaluation pluriprofessionnelle des traitements
- Part des ES engagés dans des actions d'information et de sensibilisation des professionnels de ville sur le bon usage et les risques de dépendance (réunion d'information, support de communication, ...)

Calendrier de mise en œuvre

2022 – 2026



AXE III : PERTINENCE DES TRANSPORTS SANITAIRES



THÉMATIQUE : PERTINENCE DES TRANSPORTS SANITAIRES

FICHE ACTION - N°III-1 PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DE TRANSPORTS SANITAIRES

✚ Contexte et enjeux

La prescription de transport sanitaire est un acte médical. Le médecin prescripteur doit évaluer si la situation du patient justifie une prescription de transport et déterminer le mode de transport le mieux adapté à son état de santé et à son niveau d'autonomie, dans le respect du référentiel de prescription des transports : moyen de transport individuel, transport en commun, transport assis professionnalisé (taxi conventionné ou véhicule sanitaire léger (VSL)) ou ambulance.

Les dépenses d'Assurance maladie liées à ces prescriptions augmentent de façon continue (hors crise sanitaire) et dynamique sous l'effet de plusieurs facteurs, dont notamment : le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre d'usagers atteints d'ALD et le report du transport par VSL au profit des taxis dont les tarifs sont en moyenne plus onéreux.

L'enjeu est de répondre aux besoins de transports sanitaires tout en assurant la soutenabilité financière des dépenses d'Assurance maladie, dont près des 2/3 sont liées à des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV).

✚ Pilote / co-pilote

ARS Nouvelle-Aquitaine et Assurance maladie

✚ Acteurs et partenaires concernés

Établissements de santé (ES)

✚ Textes - Recommandations - Référentiels

Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale

✚ État des lieux

En Nouvelle-Aquitaine, les dépenses liées à la prise en charge par l'Assurance maladie des transports programmés (hors TSU, aide transitoire et suppléments article 80) ont augmenté de +4,2% entre 2022 et 2023 et les ES sont à l'origine de 65% de ces dépenses.

➤ **Pour en savoir plus consultez l'annexe 3 associée à cette fiche action thématique.**

Objectif

Améliorer la pertinence des prescriptions médicales de transports des établissements de santé : favoriser le juste recours au transport professionnalisé et le choix du mode de transport le plus adapté à l'état de santé des patients.

Population et/ou territoires cibles

30 ES ciblés sur cette thématique dans le cadre du CAQES (dans tous les départements)

Plan d'actions et outils mobilisables

CAQES

Indicateur national :

Définition : Part de l'ambulance dans les PHEV de transports en montants remboursés

- ✓ Ciblage : ES ayant une part de l'ambulance dans leurs PHEV de transports supérieure ou égale à 20% et des dépenses d'ambulance supérieures ou égales à 400 000 euros à 24 ES ciblés
- ✓ Objectif pour les ES ciblés : Diminuer la part de l'ambulance dans leurs PHEV de transports

Indicateur régional composite défini en complémentarité avec l'indicateur national :

Définition de l'indicateur quantitatif : Taux de recours aux transports professionnalisés (taxi, VSL), décliné selon trois types d'activités (séjours MCO, séances de chimiothérapie pour affection tumorale et de radiothérapie, actes et consultations externes)

✓ Mode de calcul :

Type d'activité	Définition
Séjours	Taux de recours aux transports professionnalisés en nombre de séjours = Nombre de séjours MCO avec transport professionnalisé / Nombre de séjours MCO
Séances de chimiothérapie pour affection tumorale ou radiothérapie	Taux de recours « exclusif » aux transports professionnalisés en nombre de patients = Nombre de patients avec transport professionnalisé et aucun autre mode de transport, en rapport avec une séance de chimiothérapie pour affection tumorale ou radiothérapie / Nombre de patients avec une séance de chimiothérapie pour affection tumorale ou radiothérapie
Actes et Consultations Externes (ACE)	Taux de recours aux transports professionnalisés en nombre de venues* = Nombre de venues pour ACE avec transport professionnalisé / Nombre de venues pour ACE * Le nombre de venues est comptabilisé en nombre de jours-patients

- ✓ Ciblage : ES publics (ou ESPIC) ayant un taux de recours supérieur d'au moins 2 points à la médiane régionale en 2019, sur au moins un des trois types d'activité, et des dépenses d'ambulance supérieures ou égales à 400 000 euros
à 18 ES ciblés

Indicateurs régionaux	Médiane régionale 2019	Médiane régionale 2021	Médiane régionale 2022
Taux de recours aux transports professionnalisés pour Séjours	21,6%	23,8%	23,1%
Taux de recours aux transports professionnalisés pour Séances de chimiothérapie pour affection tumorale ou radiothérapie	62,5%	65,8%	64,1%
Taux de recours aux transports professionnalisés pour Actes et Consultations Externes (ACE)	4,3%	4,8%	4,6%

Sources : DCIR tous régimes, PMSI MCO

✓ Objectifs pour les ES ciblés :

- Diminuer leur taux de recours aux transports professionnalisés au profit du véhicule personnel ou du transport en commun
- Mettre en œuvre un plan d'actions comportant la mise en place d'un plan de communication, l'utilisation de la plateforme régionale, la fixation d'objectifs chiffrés dans les contrats de pôle des spécialités ciblées et la fluidification du processus de sortie
- Favoriser la décarbonation des transports pour soins (CAQES 2025-2026)

📊 Indicateurs d'évaluation

➤ Indicateur régional composite :

- ✓ Score de réalisation du plan d'actions
- ✓ Taux de recours aux transports professionnalisés décliné selon les trois types d'activité considérés
- ✓ Taux de transports partagés en VSL (CAQES 2025-2026)

➤ Indicateur national :

- ✓ Part de l'ambulance dans les PHEV transports en montant remboursés

📅 Calendrier de mise en œuvre

- ✓ 2022 - 2026



THÉMATIQUE : PERTINENCE DES TRANSPORTS SANITAIRES

FICHE ACTION - N°III-2 OPTIMISATION DE LA GESTION DES DEMANDES DE TRANSPORT

✚ Contexte et enjeux

Les besoins de transports sanitaires augmentent sous l'effet du vieillissement de la population et de l'évolution des modes de prise en charge.

Les établissements de santé sont à l'origine de près des 2/3 des prescriptions de transports exécutées en ville et depuis l'application de l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018, ils ont la responsabilité du financement de l'ensemble des transports des patients inter et intrahospitaliers.

Au sein des établissements de santé (ES), l'enjeu est d'améliorer l'efficacité du processus de commande des transports tout en maîtrisant l'évolution des dépenses.

✚ Pilote / co-pilote

ARS Nouvelle-Aquitaine et Assurance maladie

✚ Acteurs et partenaires concernés

Établissements de santé, transporteurs, association Trajets Solutions Santé (TSS), société éditrice de la plateforme (Amblea)

✚ Textes - Recommandations - Référentiels

Cahier des charges plateforme de transports de la CNAM (9/12/2015)

✚ État des lieux

Les contraintes organisationnelles et logistiques peuvent être à l'origine de pratiques hétérogènes et inefficaces en matière de gestion des transports sanitaires.

Plusieurs établissements de santé ont exprimé leur besoin de disposer d'une plateforme de centralisation des commandes de transports dans le cadre de l'appel à projets lancé par l'ARS en 2017 sur le thème de la régulation des PHEV de transports.

Objectif

Il s'agit d'optimiser la gestion des demandes de transports sanitaires, en permettant notamment aux établissements de santé de suivre leurs prescriptions pour une meilleure régulation interne et une fluidification des entrées et sorties ; cet outil doit aussi faciliter le déploiement du transport partagé.

Population et/ou territoires cibles

Ensemble des ES de la région

Plan d'actions et outils mobilisables

Proposer une plateforme unique de commande de transports pilotée au niveau régional pour les ES et les transporteurs de la région

Indicateurs

Taux de déploiement de la plateforme dans les établissements de santé de Nouvelle-Aquitaine

Nombre de demandes postées dans la plateforme

Description des demandes postées dans la plateforme : nature, mode, tranche horaire, anticipation

Réponses aux demandes postées dans la plateforme : taux de missions non pourvues, délais d'acceptation, nombre d'entreprises de transport

Part des missions TAP postées dans la plateforme réalisée en partagé (une fois le module déployé)

Quantification et description des événements indésirables (EI) traités par l'association TSS (missions enveloppe de ville postées dans la plateforme uniquement)

Taux de recours aux transports sanitaires avant/après (données disponibles uniquement pour les ES publics)

Taux de transport partagé en VSL par ES

Calendrier de mise en œuvre

Déploiement de la plateforme dans les établissements de santé entre avril 2019 et avril 2024 et déploiement de la fonctionnalité complémentaire d'organisation des transports partagés en 2025



THÉMATIQUE : PERTINENCE DES TRANSPORTS SANITAIRES

FICHE ACTION - N°III-3 FLUIDIFICATION DES TRANSPORTS

✚ Contexte et enjeux

L'augmentation des besoins de transports sanitaires crée des tensions sur l'offre de transports sanitaires.

L'enjeu pour les établissements de santé est de fluidifier le quotidien des patients en répondant aux besoins de transports.

✚ Pilote / co-pilote

ARS Nouvelle-Aquitaine

✚ Acteurs et partenaires concernés

Établissements de santé, Assurance maladie

✚ État des lieux

Les établissements peuvent être confrontés à des difficultés pour trouver une solution de transport sanitaire, ce qui a des conséquences sur la qualité de prise en charge du patient et sur leur organisation interne.

L'organisation des transports demandés par les établissements de santé peut être améliorée pour favoriser la réduction des indisponibilités des transporteurs et des délais d'attente.

✚ Objectif

Inciter les établissements de santé à travailler sur leur organisation interne pour faciliter la fluidification des transports de patients et notamment le transport partagé.

✚ Population et/ou territoires cibles

Projets menés par 9 établissements de santé dans 5 départements (16, 24, 33, 64, 79) de Nouvelle-Aquitaine.

Plan d'actions et outils mobilisables

Appel à projets sur la fluidification des transports à destination des établissements de santé MCO ayant un service d'accueil des urgences

Indicateurs

Taux de transport partagé en VSL

Répartition des demandes de transport postées dans la plateforme selon l'heure demandée

Indicateurs spécifiques à chaque projet

Calendrier de mise en œuvre

Projets financés par l'ARS pour une durée de 3 ans à partir du 1er janvier 2024



AXE IV – PERTINENCE DES PARCOURS



THÉMATIQUE : PERTINENCE DES PARCOURS

FICHE ACTION - N°IV-1 AMELIORER LE PARCOURS DU PATIENT VICTIME D'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

✚ Contexte et enjeux

Au cours de l'année 2022 mise en place d'un groupe de travail régional IRAPS pour travailler sur le parcours du patient victime d'AVC afin d'identifier d'éventuels sous-recours et/ou sous-usage de la filière AVC.

Ces travaux ont été conduits sur la base des données émanant de l'observatoire ObA2 travaillant sur cette filière.

L'observatoire a inclus 58 établissements de santé dont les 16 établissements disposant d'une unité neuro-vasculaire, 29 établissements équipés de TéléAVC et 13 établissements de SMR disposant d'une spécialisation.

A noter l'existence de 5 centres de thrombectomie dans la région (tous inclus dans les établissements participants à l'observatoire).

ObA2 dispose de trois types de recueil : l'un dédié aux Unités Neuro-Vasculaires (UNV), un second relatif aux consultations post-AVC et un dernier consacré au parcours AVC.

✚ Pilote / co-pilote

ARS Nouvelle – Aquitaine – Observatoire des accidents vasculaires cérébraux en Nouvelle – Aquitaine (ObA2)

✚ Acteurs et partenaires concernés

ObA2 - Groupes de travail de l'IRAPS - neurologues animateurs de filières via la Cellule Régionale d'Animation et de Coordination de la filière AVC (CRAC) – Assurance Maladie

✚ Textes - Recommandations – Référentiels

"Alert on elongated in-hospital acute stroke management delays. An Aquitain cohort study", revue neurologique, février 2022 : V. Thevenet, E. Lesaine, S. Domecq, S. Miganeh-Hadi, M. Maugeais, F. Rouanet, I. Sibon, F. Saillour-Glenisson

Recommandations HAS

Etat des lieux

Il ressort du recueil des données les constats suivants :

- Un sous-usage des UNV et une difficulté d'accès à l'IRM la nuit notamment ou lors des plages partagées public/privé.
- Une grande différence du volume de thrombolyse réalisées selon qu'elles sont effectuées en UNV ou en téléAVC (données disponibles entre 2017 et 2021). Sur la base de la carte des thrombolyse réalisées par territoire et la nature de prise en charge réalisée il est constaté une forte variabilité des pratiques.
- Une diminution des thrombolyse réalisées chez les patients en « alerte thrombolyse » (soit dans les 4h) chez les patients pris en charge en UNV ; pour les établissements de proximité on relève une progression du niveau de prise en charge mais il n'est pas optimal ; un sous-usage manifeste est constaté.
- Une différence conséquente du délai de prise en charge (entre les symptômes et l'admission) selon s'il y a eu appel du SAMU ou pas.
- Une difficulté constatée d'accès à l'IRM avec des délais médians variant du simple ou double entre l'admission et la première imagerie avec une perte de chance conséquente pour les patients. Paradoxalement, les délais d'accès sont plus longs dans les établissements disposant d'une UNV car l'accès est réalisé via les urgences qui ne possèdent pas toujours de filière AVC. Ce délai d'accès à l'imagerie ne cesse de s'allonger depuis 2015 ; les causes seraient multifactorielles : la question des astreintes, les plateaux d'imagerie partagés, la formation des urgentistes, la lecture des images... Moins de 5% des patients victimes d'un AVC sont pris en charge selon les délais définis par les recommandations.
- Une amélioration des délais post-imagerie.
- Le défaut d'orientation vers le SMR en post-AVC immédiat.

Objectif

Proposer des mesures d'amélioration relatives à l'accès à l'imagerie car il s'agit du premier point de rupture identifié en préadmission hospitalière.

Population et/ou territoires cibles

La région Nouvelle-Aquitaine

Plan d'actions et outils mobilisables

Plan d'actions via la Cellule régionale d'animation et de coordination de la filière AVC (CRAC)

⇒ *Il existe plusieurs projets de recherche en cours ; les résultats sont attendus en 2025 :*

- **Projet PAPASéPA** : Analyse des liens entre Parcours des Patients victimes d'AVC et Séquelles post-AVC PREPS 2016 ; Investigateur : Dr F Rouanet.

- **Projet U.MEHF** : Utilisation des médicaments en prévention secondaire de l'AVC : différences homme-femme, mené par l'équipe de PharmacoEpi - CHU Bordeaux – J. Bezin ; J. Perrier.
- **Projet DELIQUA-CNV** : Développement et validation d'indicateurs de qualité de parcours des patients victimes d'accident vasculaire cérébral et de syndrome coronarien chronique - Utilisation de registres de pratiques comme outils de validation d'algorithmes développés à partir des bases médico-administratives françaises du SNDS AMI-ATIH 2021 ; Investigateurs : Dr Emilie Lesaine, Dr Florence Saillour-Glénisson

- ✓ L'Assurance Maladie développe dans le cadre de son programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) après hospitalisation le volet AVC sur la région Nouvelle-Aquitaine. Ainsi, PRADO peut être mobilisé dans le cadre du parcours AVC en sortie d'hospitalisation. En 2024, près de 1000 patients ont été pris en charge au titre d'un PRADO AVC par l'Assurance Maladie. 12 établissements se sont saisis de cet outil pour plus de 10 patients en 2024, dont notamment les 3 CHU de la région Nouvelle-Aquitaine (296 inclusions en PRADO AVC pour le CHU de Bordeaux, 44 pour le CHU de Poitiers et 68 pour le CHU de Limoges en 2024).

Indicateur

Proposer des mesures d'amélioration d'accès à l'IRM

Calendrier de mise en œuvre

2022 - 2026



THÉMATIQUE : PERTINENCE DES PARCOURS

FICHE ACTION - N°IV - 2 AMELIORER LE PARCOURS DU PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE

Contexte et enjeux

La mise en place du Parcours de soins insuffisance cardiaque constitue un des deux parcours pilotes identifiés parmi les chantiers nationaux de la Stratégie de Transformation du Système Santé Ma Santé 2022.

L'insuffisance cardiaque est une pathologie chronique qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire sur le long cours, associant en fonction du stade des mesures hygiéno-diététiques et un traitement médicamenteux adaptés ainsi qu'un suivi régulier partagé entre le cardiologue et le médecin traitant. Lorsqu'elle n'est pas correctement prise en charge, elle peut évoluer de manière aiguë sous forme de décompensation, complication grave, potentiellement létale, nécessitant une hospitalisation et des soins urgents.

L'un des points critiques identifié du parcours des patients concerne les suites d'une hospitalisation pour un épisode de décompensation. Plusieurs recommandations de la HAS ont traité de ce sujet et préconisent un contact rapide avec un professionnel de santé (médecin traitant dans la semaine qui suit l'hospitalisation puis cardiologue) pour optimiser le traitement.

Plusieurs études ont montré que la prise en charge des patients pouvait être améliorée et conduire à d'importants gains en termes de survie, de qualité de vie et de dépenses évitées.

En plus de l'enjeu central de prévenir les décompensations aiguës chez les patients déjà atteints, il s'agit d'un enjeu de prévention primaire afin de prévenir l'évolution vers l'insuffisance cardiaque des personnes à risque.

Pilote / co-pilote

Assurance Maladie

Acteurs et partenaires concernés

ARS Nouvelle - Aquitaine, établissements de santé, CPTS, HAD, URPS libéraux médicaux et paramédicaux, fédérations, Agora Lib', cardiologues, pharmaciens, DAC (liste non exhaustive)

✚ Textes - Recommandations –Référentiels

HAS : guide du parcours de soins Insuffisance cardiaque (2014)

ESC : recommandations de l'insuffisance cardiaque émises par la Société Européenne de Cardiologie en 2021 et update de décembre 2023

Référentiels CNP

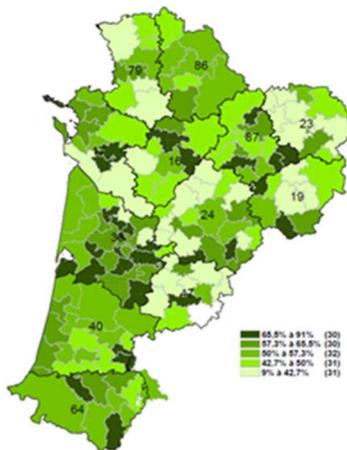
✚ Etat des lieux

Un des constats majeurs issus des résultats de la cartographie médicalisée des dépenses est la baisse importante en 2020 des effectifs des maladies cardio-neuro-vasculaires aiguës et des dépenses liées à leur prise en charge, effets majeurs de la crise sanitaire. L'insuffisance cardiaque aiguë est la pathologie pour laquelle ces évolutions sont les plus importantes, avec une diminution d'environ 21 000 personnes (-10,5%) et de plus de 100 millions d'euros remboursés (-6,6%) entre 2019 et 2020.

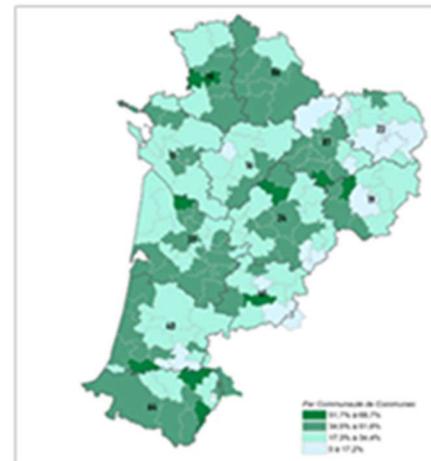
La baisse du recours hospitalier constaté à l'échelle nationale, avec un moindre repérage de l'IC en 2020, est observée au sein de chacune des régions métropolitaines dont la Nouvelle-Aquitaine et se traduit par une baisse des effectifs et une part moins importante d'IC aiguë parmi l'ensemble des personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque.

Au regard des recommandations HAS (guide de juin 2024), les patients ayant été hospitalisés pour un épisode de décompensation cardiaque doivent consulter leur médecin généraliste dans les 7 jours suivant leur sortie d'hospitalisation et un cardiologue dans les deux mois afin de prévenir de nouvelles réhospitalisations.

Taux de recours aux médecins généralistes dans les 14 jours suivant la sortie d'hospitalisation (séjour index sur la période)



Taux de recours aux cardiologues dans les 2 mois suivant la sortie d'hospitalisation (séjour index sur la période)



➤ Pour en savoir plus, consultez l'annexe 4 associée à cette fiche thématique.

Objectifs

Parmi les axes d'amélioration identifiés :

- ✓ la sensibilisation au diagnostic et aux premiers signes d'insuffisance cardiaque est un axe majeur. En effet le repérage précoce des patients insuffisants cardiaques par les médecins généralistes et les infirmiers, sont déterminants pour l'orientation des patients vers les cardiologues.
- ✓ Le deuxième axe est le renforcement du lien entre le premier recours et le second recours, et la capacité des médecins généralistes à pouvoir activer une prise en charge spécialisée en ville ou à l'hôpital.

Population et/ou territoires cibles

Population déterminée selon le diagnostic territorial réalisé à partir de l'outil de l'Assurance maladie : le territoire cible souvent infra-départemental voire au niveau d'une CPTS.

Au demeurant tous les départements de la région Nouvelle-Aquitaine sont concernés.

Plan d'actions et outils mobilisables

Copil régional dédié ;

Contractualisation via le CAQES sur un indicateur dédié ;

Recours au dispositif PRADO notamment.

Indicateurs

Inclusion de patients dans PRADO insuffisant cardiaque

CAQES : Diminution du taux de réhospitalisation à 3 mois

Calendrier de mise en œuvre

2022 - 2026



AXE V : LES ACTEURS ESSENTIELS DU PARCOURS DE SOINS



THÉMATIQUE : LES ACTEURS ESSENTIELS DU PARCOURS DE SOINS

FICHE ACTION - N°V - 1 EXERCICE COORDONNE LES CPTS

Contexte et enjeux

Créées en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) constituent un dispositif souple à la main des professionnels qui veulent travailler ensemble pour répondre aux besoins de santé spécifiques d'un bassin de population.

Elles sont constituées à l'initiative des « professionnels de santé » et ont vocation à rassembler les « acteurs de santé » de leur territoire. En effet, elles se composent de professionnels des soins du premier et/ou du second recours mais aussi hospitaliers, médico-sociaux et sociaux d'un même territoire.

Elles assurent une meilleure coordination des professionnels de santé autour du patient, qu'ils travaillent en équipe ou en exercice isolé, et participent concrètement à la structuration des parcours de santé. Elles permettent d'améliorer l'accès aux soins (notamment l'accès à un médecin traitant et l'accès aux soins non programmés) ; d'organiser des parcours pluriprofessionnels autour du patient ; de développer des actions territoriales de prévention ; d'améliorer la qualité et la pertinence des soins et d'accompagner les professionnels de santé sur le territoire.

L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) signé en 2019 a fixé le cadre opérationnel de déploiement des CPTS en arrêtant les différentes étapes et conditions de développement des CPTS (lettre d'intention, projet de santé, conventionnement) ; les missions donnant lieu à financement ; leur taille ; les modalités de financement ainsi que les modalités de suivi de leur activité.

Pilote / co-pilote

ARS Nouvelle – Aquitaine et Assurance Maladie

Acteurs et partenaires concernés

CPTS – professionnels de santé

✚ Textes - Recommandations –Référentiels

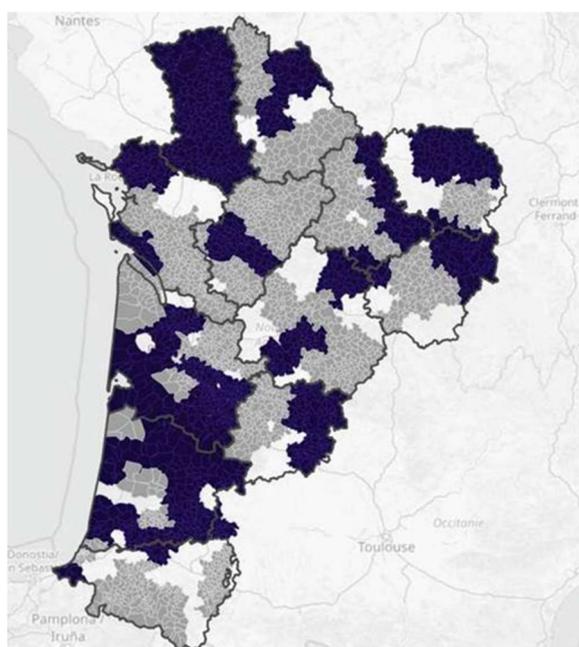
Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
ACI signé le 20 juin 2019 puis modifié par l'avenant n°2 signé le 20 décembre 2021

[Rapport : « Tour de France des CPTS », Dr Marie-Hélène CERTAIN – Albert LAUTMAN – Hugo GILARDI, 28 juin 2023](#)

✚ Etat des lieux

En Nouvelle-Aquitaine, près de 80% de la population régionale est couverte par une CPTS.

[Cartographie des CPTS en Nouvelle – Aquitaine – fin 2023](#)



✚ Objectif

Atteindre une couverture régionale complète

✚ Population et/ou territoires cibles

Nouvelle-Aquitaine

Plan d'actions et outils mobilisables

ARS :

- ✓ Financer précocement un coordonnateur soit à mi-temps soit à temps plein (échéance : septembre 2023)

ARS / AM :

- ✓ Communiquer sur l'intérêt des CPTS
- ✓ Organiser une journée CPTS lors de la formation initiale
- ✓ Agréer certaines CPTS en lieu de stage pour les internes en santé publique (échéance : novembre 2023)
- ✓ Déployer une stratégie territoriale avec l'ensemble des acteurs pour investiguer chaque zone blanche et proposer un plan d'actions.
- ✓ Décliner une véritable animation territoriale des CPTS (réunion territoriale)
- ✓ Déployer des instances de mutualisation « inter CPTS »

CPTS :

- ✓ Associer les professionnels de santé non adhérents aux actions de la CPTS de leur territoire (communication par mél. et autres canaux URPS...) (échéance 2024)

ARS, AM, CPTS :

- ✓ Développer les référents parcours Ville – Hôpital en CPTS (définir leur rôle, développer des outils et prendre appui sur l'ARS)
- ✓ Promouvoir l'organisation d'équipes autour du patient (partage de pratiques favorables, mobilisation de protocoles de coopération)
- ✓ Encourager la participation des associations de patients dans les activités des CPTS (aider à la mise en relation) (échéance 2024)

Indicateur

Taux de couverture du territoire régional

Calendrier de mise en œuvre

2022 - 2026



THÉMATIQUE : LES ACTEURS ESSENTIELS DU PARCOURS DE SOINS

FICHE ACTION - N°V-2 INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

Contexte et enjeux

L'article L. 4301-1 du Code de la santé publique a introduit le principe de la pratique avancée des auxiliaires médicaux. Des décrets ultérieurs ont précisé les domaines d'intervention, les conditions et les règles de l'exercice en pratique avancée, la nature du diplôme et de ses modalités d'obtention.

La pratique avancée vise un double objectif : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées. En outre, la pratique avancée favorise la diversification de l'exercice des professionnels paramédicaux et débouche sur le développement des compétences vers un haut niveau de maîtrise.

L'IPA exerce dans une forme innovante de travail interprofessionnel. En acquérant des compétences relevant du champ médical, il suit des patients qui lui auront été confiés par un médecin, avec son accord et celui des patients.

Différents domaines d'intervention des IPA sont prévus par les textes et ouvre la pratique avancée à différents domaines d'intervention :

- ✓ Pathologies chroniques stabilisées, prévention et poly pathologies courantes en soins primaires (depuis septembre 2018).
- ✓ Oncologie et hématologie (depuis septembre 2018).
- ✓ Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale (depuis septembre 2018).
- ✓ Psychiatrie et santé mentale (depuis septembre 2019).
- ✓ Urgences (depuis septembre 2021) : 5 formés en France, la formation a débuté en Nouvelle-Aquitaine en septembre 2022.

Pilote / co-pilote

ARS Nouvelle – Aquitaine

Acteurs et partenaires concernés

AM – IPAssociation - Fédérations hospitalières - Représentants des opérateurs des professionnels

Textes - Recommandations –Référentiels

L'article 119 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a créé l'article L. 4301-1 du Code de la santé publique introduit le principe de la pratique avancée des auxiliaires médicaux. Il définit l'exercice en pratique avancée par des auxiliaires médicaux au sein d'une équipe coordonnée par un médecin ; décrets ultérieurs (2018,2019 et 2021)

Etat des lieux

L'IPA met en œuvre une expertise infirmière approfondie et des compétences élargies dans les champs notamment, de la clinique, de la prescription médicamenteuse, des examens paracliniques, de la coordination, de l'orientation, de la recherche et de l'éducation.

Dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant et en complémentarité avec les autres professionnels de l'équipe de soins, l'IPA participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par le médecin ayant défini la conduite diagnostique et les choix thérapeutiques. Les IPA exercent en libéral ou en établissement de santé ou en établissements médico-sociaux ou structures d'exercice coordonné (CPTS, MSP, centres de santé).

En 2023, on dénombre 150 infirmiers en pratique avancée en exercice et 154 étudiants en cours de formation en Nouvelle Aquitaine

Objectif

Promouvoir la formation des IPA et leur exercice en structure d'exercice coordonné et en établissements

Population et/ou territoires cibles

Nouvelle-Aquitaine

Plan d'actions et outils mobilisables

Afin de poursuivre la démarche engagée et augmenter le nombre d'IPA formés, l'ARS a proposé en 2023 un appel à manifestation d'intérêt (AMI) IPA en établissement (ES et ESMS) et structures d'exercice coordonné prioritairement dans les zones sous dotées¹. Pour les établissements, l'aide octroyée doit pouvoir contribuer au remplacement de l'infirmier-ère sur les temps pédagogiques. L'accompagnement de l'ARS s'élève à 30 000€ pour les deux années de formation. Elle se matérialise par un ou deux versements de 15 000€ en fonction de l'année universitaire concernée à la rentrée 2023 (première ou deuxième année de master de Diplôme d'Etat d'Infirmier en pratique avancée).

Au total en 2023, l'ARS a retenu une cinquantaine de projets professionnels (soit 60 % des IPA en formation à la rentrée 2023) pour un montant global de 1 410 000 euros. Ce montant correspond à l'enveloppe globale dédiée à l'accompagnement de ces projets, sélectionnés dans le cadre de ce nouveau dispositif

Indicateurs

Nombre d'IDE engagés dans la formation

Nombre d'IDE en exercice en structure d'exercice coordonnée

Nombre d'IDE en exercice en établissement ayant réalisé des actes notamment pour les mentions santé mentale et urgences dont la formation vient de commencer.

Calendrier de mise en œuvre

2022 - 2026



3. ANNEXES THÉMATIQUES



LA PERTINENCE DES ACTES CHIRURGICAUX ET MEDICAUX

ANNEXE 1 : METHODOLOGIE SUIVIE

Les thématiques prioritaires au regard du diagnostic régional et leur déclinaison opérationnelle

Une démarche nationale de pertinence axée sur le secteur hospitalier a été portée à partir de 2011 par la DGOS et la CNAM, au sein d'un groupe technique associant la HAS (Haute autorité de santé) et l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation). Ces travaux ont conduit à identifier 33 thématiques prioritaires, correspondant à des actes dont la variation interdépartementale des taux de recours interrogeait la pertinence.

Un premier atlas des variations des pratiques médicales a été rédigé en 2016 afin d'illustrer les écarts de pratiques chirurgicales existants entre les départements et interroger leurs causes afin de les réduire ; 10 actes étaient étudiés¹¹. Une nouvelle version de cet atlas des pratiques a été publiée le 1er février 2024¹². Il dresse l'état des lieux et suit l'évolution des taux de recours de onze interventions chirurgicales entre 2014 et 2019. Ainsi, 11 interventions chirurgicales ont été sélectionnées pour cette nouvelle version : les actes de l'atlas 1ère version ont été repris en priorité afin d'en mesurer l'évolution (8 actes repris), certains ont été exclus du fait d'un faible volume et/ou d'une faible variabilité départementale ou bien d'une évolution des pratiques, d'autres ont été ajoutés car identifiés dans les recommandations de la HAS ou bien dans la littérature internationale comme sensibles à l'offre de soins et dont les prises en charge varient selon les patients. La liste des actes analysés dans l'atlas de 2023 concerne l'ablation des amygdales, la chirurgie de la cataracte, la césarienne, la chirurgie de l'obésité, la chirurgie de la prostate, la chirurgie du syndrome du canal carpien, l'ablation de la vésicule biliaire, l'hystérectomie, la prothèse du genou, la prothèse de hanche après fracture et la pose de stent coronaire sans infarctus du myocarde.

En outre, l'atlas élargit également le cadre du suivi et de l'évaluation des variations des pratiques en France en proposant trois nouveaux indicateurs de processus et de qualité des soins : le taux de chirurgie ambulatoire, l'utilisation des protocoles de Récupération améliorée après chirurgie¹³ (Raac) et le taux de réadmission à 30 jours afin de disposer d'une information plus approfondie.

Le suivi des taux de recours demeure une orientation nationale.

¹¹ Liste des actes analysés dans l'atlas de 2016 : chirurgie de l'appendicite, de l'obésité, de la prostate et du syndrome du canal carpien ; césarienne ; ablation des amygdales, de la vésicule biliaire, de l'utérus et de la thyroïde ; prothèse totale de genou.

¹² IRDES : Atlas des variations de pratiques médicales, recours à onze interventions chirurgicales. Edition 2023

¹³ La Raac est un ensemble de protocoles de soins qui modifient les pratiques chirurgicales conventionnelles et proposent de nouveaux protocoles englobant des mesures pré-, per- et postopératoires destinées à réduire les conséquences du stress chirurgical et à permettre au patient de récupérer plus vite ses capacités fonctionnelles et ses activités quotidiennes. La Raac repose sur une combinaison de mesures concrètes telles que le patient reçoit une information claire sur les différents temps du traitement ; des objectifs sont fixés avec l'équipe médico-chirurgicale (exemple : se lever le jour de l'intervention, pouvoir marcher une certaine distance le lendemain, etc.) ; diminution ou épargne du recours aux morphiniques ; jeûne préopératoire limité ; utilisation limitée de drains, de sondes urinaire et naso-gastrique ; réalimentation précoce ; mobilisation rapide des patients pour réduire le risque de complications (phlébite*, embolie pulmonaire*, etc.) ; préparation dès la phase préopératoire de la convalescence et des suites postopératoires.

Pour le champ de la pertinence des actes, le PAPRAPS s'inscrit donc dans la continuité des travaux menés au sein des territoires qui constituent la région Nouvelle Aquitaine.

Les critères de ciblage

1 La sélection des thématiques prioritaires au niveau régional

La sélection des thématiques prioritaires au niveau régional s'appuie sur une approche combinée autour des éléments suivants :

- **L'approche liée aux taux de recours atypiquement élevés :**
 - ✓ Objectif : identifier des variations de recours aux soins des populations entre départements
 - ✓ Les critères liés aux volumes d'actes
- **L'approche liée aux indicateurs de suivi des pratiques médicales**
 - ✓ Objectif : identifier des variations de pratiques médicales entre établissements, conformément aux référentiels HAS.
 - ✓ Critères liés aux profils basés sur des comparaisons des pratiques sous réserve d'un volume d'actes ou de séjours suffisants.

Ainsi la méthodologie suivie pour l'identification des thématiques régionales prioritaires et des établissements ciblés s'effectue à partir :

- De critères statistiques mettant en évidence des variations du taux de recours entre départements ;
- De critères statistiques liés aux indicateurs d'atypies de pratiques médicales élaborés conformément aux référentiels de bonnes pratiques nationaux disponibles ;
- De l'existence de référentiels de bonnes pratiques.

2 L'approche liée aux taux de recours atypiquement élevés

La méthodologie suivie pour déterminer l'existence d'un recours atypiquement élevé pour un acte donné dans au moins un département de la région (population domiciliée, quel que soit le lieu de réalisation de l'acte) correspond à la prise en compte du taux de recours : celui-ci correspond au nombre de consommateurs¹⁴ de cet acte parmi les habitants de la zone géographique donnée, rapporté à la population domiciliée dans cette zone. Les taux de recours sont standardisés sur l'âge et le sexe pour tenir compte des effets de structure de la population. Ces données sont fournies annuellement par l'ATIH.

La notion de taux de recours significativement élevé s'appuie sur le cumul des 2 conditions suivantes :

- Le rapport entre le taux de recours standardisé départemental¹⁵ et le taux de recours standardisé national (appelé indice national) **supérieur à 1,20** (soit TRs départemental / TR national)
- Le territoire fait partie des **15 premiers départements ayant les taux de recours les plus élevés au niveau national**.

Les critères de sélection des établissements : Prise en compte de l'activité de l'établissement pour l'acte sélectionné, **s'il représente un volume d'activité au moins égal à 10% de l'activité du département en recours atypiquement élevé.**

¹⁴ Patients hospitalisés pour la réalisation de cet acte

¹⁵ Depuis 2016, les territoires de santé correspondent aux départements et sont, depuis lors, retenus pour la comparaison entre les territoires.

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

3 L'approche liée aux indicateurs d'atypies de pratiques médicales

La méthodologie suivie concernant l'approche liée aux indicateurs de suivi des pratiques médicales se présentent comme suit : le ciblage des établissements de santé repose sur un panel d'indicateurs issus des bases de données de l'Assurance Maladie, les indicateurs sélectionnés ayant été validés par les professionnels experts de la thématique. :

- Les établissements doivent présenter **des indicateurs de suivi des pratiques médicales atypiques** pour les actes ciblés ;
- La sélection des établissements éligibles pour intégrer la démarche sur la pertinence des actes s'effectue sur la base **des critères cumulatifs** suivants :
 - L'existence d'un profil en atypie (méthode des seuils ou des quartiles)
 - L'existence d'un nombre d'actes ou de séjours significatifs (seuil minimal défini à 100 séjours)

Les méthodes relatives aux seuils et aux quartiles sont développées ci-après :

⇒ S'agissant de la méthode des seuils :

Seuls les établissements ayant un minimum d'activité sont concernés.

Pour chaque indicateur, on procède à un tri des établissements.

Si l'établissement se situe dans le dernier décile : top =1.

Somme des tops : si la somme des tops = 0, l'établissement est positionné en catégorie A.

si la somme des tops = 1, l'établissement figure en catégorie B.

si la somme des tops >1, l'établissement se situe en catégorie C.

Les établissements en catégorie C sont ciblés (sous réserve d'un nombre minimal d'actes de 100)

⇒ Concernant la méthode des quartiles :

Seuls les établissements ayant un minimum d'activité sont concernés.

Pour chaque indicateur, on procède à un tri des établissements :

- les 25 % d'établissements les moins élevés (1er quartile) auront une note de 1 ;
- les 25 % d'établissements suivants (2ième quartile) auront une note de 2 ;
- les 25 % d'établissements suivants (3ième quartile) auront une note de 3 ;
- les 25 % d'établissements les plus élevés (4ième quartile) auront une note de 4.

L'ensemble des notes sera ensuite pondéré afin de calculer un score moyen.

Les établissements ayant un score moyen appartenant au dernier quartile sont ciblés.

Des profils sont élaborés pour chaque établissement sous réserve d'une activité suffisante (nombre d'actes annuel > 30 ou >20 selon les actes).

Les établissements les plus atypiques sont pré-ciblés au niveau national. La sélection est validée au niveau régional, en fonction de la connaissance du contexte régional et des autres actions récentes ou en cours.

En région, pour déterminer les thématiques prioritaires pour les actes chirurgicaux à inscrire dans le PAPRAPS, il est fait référence à la notion d'atypies des indicateurs de suivi des pratiques médicales. Cette notion s'appuie sur les 2 conditions suivantes :

- Existence d'un profil en atypie (méthode des seuils : catégorie C ou méthode des quartiles : 4^{ème} quartile) ;
- Existence d'un nombre d'actes ou de séjours significatifs (seuil défini à 100 séjours)

Évolution de la méthodologie de sélection validée pour retenir les actes

Dans le PAPRAPS 2016 – 2020 (prorogé jusqu'en mars 2022), sur la base de travaux nationaux et des 33 actes identifiés, la sélection des thématiques prioritaires régionales s'appuyait principalement sur l'identification de taux de recours départementaux élevés : les établissements de santé produisant le plus de volume d'activité dans ces départements étaient ciblés et les actions suivantes étaient mises en œuvre :

- Dialogues avec les chirurgiens avec l'organisation d'une rencontre entre l'équipe de chirurgiens de l'établissement et un binôme de médecins ARS/AM à l'issue de laquelle les chirurgiens s'engageaient dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).
- Contractualisation CAQES (volet additionnel pertinences des actes) avec un objectif qualitatif de mise en œuvre de la démarche d'EPP (12 EPP ont été réalisées par les établissements sur les 16 attendues et aucune n'a mis en évidence d'écarts aux recommandations de bonnes pratiques).

Bien que perturbées par la crise Covid, les actions ont pu être menées à terme auprès de plusieurs établissements. Les résultats de la démarche n'ont pas permis d'identifier de soins « non pertinents » et les dialogues effectués auprès des chirurgiens ont parfois donné lieu à un rejet de la démarche.

L'IRAPS a exprimé, à plusieurs reprises, des réserves sur cette approche très centrée sur les taux de recours élevés. Ces réserves se sont renforcées à l'issue de l'évaluation des actions du PAPRAPS précédent. Aussi pour la poursuite des actions sur la pertinence, l'IRAPS s'est positionnée favorablement sur la réduction du nombre de thématiques explorées ; au développement d'une approche de type parcours de soins (analyse des points de ruptures du parcours, des différents freins et leviers...) permettant à la fois une meilleure compréhension des thématiques et des échanges plus constructifs avec les acteurs ; la prise en compte de thématiques avec sous-recours dans nos travaux ; l'amélioration de la communication avec les établissements de santé en s'appuyant notamment sur un réseau des référents pertinence.

A noter néanmoins qu'il ressort des travaux du réseau national des référents pertinence (animé par la DGOS) que la thématique du suivi des taux recours demeure d'actualité (Cf. supra). En témoigne également la publication de l'atlas de variations des pratiques V2 (2023) publiée le 1er février 2024.

Enfin, au regard des échanges réguliers menés avec les membres de l'IRAPS pour la définition des thématiques de travail du PAPRAPS actuel ainsi que lors de sa révision annuelle, il est tenu compte de l'expérience acquise. Des groupes de travail thématiques constitués au sein de l'IRAPS ont permis de retenir les principaux axes de travail pour ce volet : thyroïdectomie, sous-recours ou mésusage de la filière AVC, angioplasties coronaires et remplacement valvulaire aortique.

Les différents travaux menés permettront notamment d'identifier les établissements pour lesquels des échanges pourraient être conduits en incluant les référents pertinence de l'établissement (Cf. supra) de manière conjointe entre l'ARS et l'Assurance Maladie et en lien avec des structures d'appui (OMEDIT, registres neuro-vasculaires, CCECQA...). Par ailleurs, des campagnes d'accompagnement des établissements de santé seront poursuivies par l'Assurance Maladie sur d'autres thématiques.

Les 4 actes sélectionnés par la région Nouvelle-Aquitaine sont la thyroïdectomie, l'extraction des dents de sagesse, le remplacement valvulaire aortique et l'angioplastie coronaire.

👉 A noter qu'il était prévu de choisir un acte qui devait faire l'objet d'une contractualisation CAQES en 2024 : les travaux conduits en 2022 et 2023 sur différents actes (amygdalectomie et thyroïdectomie notamment) ont finalement amené le groupe de travail à envisager l'amélioration du taux de recours en chirurgie ambulatoire ; il s'agissait donc d'un sujet afférent à la pertinence des séjours. Toutefois, face aux incertitudes liées à la poursuite du CAQES sous sa forme actuelle, il a semblé inopportun de débiter une contractualisation qui ne pourrait se dérouler que sur un seul exercice sans certitude de pouvoir la poursuivre au-delà. En conséquence il a été décidé de renoncer en 2024 à une contractualisation sur ce thème. Pour mémoire, le terme des contrats actuels est fixé au 31 décembre 2024.

1. Les thématiques ajoutées

En lien avec les nouvelles orientations du PRS en matière de transition écologique, il est proposé pour les thématiques du PAPRAPS une réflexion et/ou action à mettre en œuvre (Cf. supra transports, soins éco responsables et produits de santé notamment) ; en outre, en cohérence avec les actions qui vont être conduites en matière d'amélioration du dépistage du cancer du sein et de l'étude sur l'observance des anti-cancéreux oraux chez les patientes atteintes de cancer du sein, un nouvel axe de travail est proposé concernant la prise en charge des mastectomies totales en ambulatoire au titre de l'évolution des nouvelles modalités de prise en charge chirurgicale.

2. Les leviers d'action et indicateurs utilisés pour réduire les atypies

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 présentés dans le tableau suivant :

	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 et/ou les profils (source CNAM) - 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, - 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	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 prescripteur et praticien conseil), la diffusion de référentiels, des réunions spécifiques...
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>Cette contractualisation est réalisée via le CAQES ; celle-ci concernera pour le :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ volet pertinence des prescriptions : les examens pré anesthésiques ; ✓ volet pertinence des parcours : l'insuffisance cardiaque ;
	Mise sous accord préalable (MSAP)	<p>Au titre de la pertinence des modes de prise en charge : une procédure de mise sous accord préalable peut être mise en œuvre concernant la chirurgie ambulatoire et le SSR 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>Cf supra</p> <p>L'approche liée aux indicateurs d'atypies de pratiques médicales</p>

	Dénomination	Définition
		Envoi de courriers aux ES dont les taux de recours sont en atypie via le réseau des référents qualité-pertinence mis en place en 2024.
	Indicateur « de parcours »	Le parcours arrêté dans ce programme concerne les insuffisants cardiaques. L'indicateur prend en compte le différentiel entre les années n et n-1 des dépenses liées aux réhospitalisations des patients ayant déjà été hospitalisés pour un premier épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque dans l'établissement ciblé.

ANNEXE 1 A : AAP « INNOVER POUR AMELIORER LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS D'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE EN VILLE ET EN ETABLISSEMENT EN NOUVELLE AQUITAINE »

1. Le projet du PIMM Sud Aquitain

Le projet porté par le Plateau d'Imagerie Médicale Mutualisé (PIMM) Sud Aquitain est un « travail sur la pertinence des demandes d'examen complémentaires (essentiellement scanner et IRM) pour la permanence des soins dans le cadre du PIMM » ; ce dernier réunit quatre établissements dans deux départements distincts (les centres hospitaliers de la Côte Basque, de Saint-Palais, de Mont-de-Marsan et de Dax). Le projet, qui implique plusieurs services d'urgence, permettra la coordination des acteurs de l'imagerie au niveau du territoire concerné par le PIMM. La réalisation de ce projet devrait montrer un impact positif sur les délais d'attente aux urgences notamment, avec plus particulièrement, la réduction des délais d'attente pour l'imagerie de coupe. Les travaux portent à la fois sur la volumétrie et la pertinence de ces actes d'imagerie.

Pour ce faire, il s'agit d'améliorer les actions de pertinence en amont (grâce à l'interface numérique support des prescriptions lors de la demande de l'examen complémentaire) et en aval avec la mise en place d'une solution de business intelligence. Les actions de pertinence envisagées doivent permettre que toute demande d'imagerie soit validée par un radiologue et interprétée dans un délai de deux heures maximum pour les 4 établissements parties au PIMM. L'uniformisation des demandes entre cliniciens et radiologues a été mise en place et le développement d'EPP de pertinence des examens d'imagerie en cours de réalisation.

Le projet a nécessité un travail préliminaire des acteurs afin d'homogénéiser les protocoles de prise en charge ; ainsi, des rencontres thématiques ont été organisées entre les urgentistes et les radiologues selon les situations cliniques pour insuffler les bonnes pratiques.

La mise en place des revues de pertinence est prévue à compter de la fin d'année 2023.

2. Le projet du CHU de Bordeaux

Le projet présenté par le CHU de Bordeaux s'intitule PERTIMUR. Il a pour objectif l'amélioration de la pertinence du parcours d'imagerie diagnostique des patients pris en charge aux urgences adultes de Pellegrin pour six situations cliniques fréquentes¹⁶. Lors de la sélection du dossier, au regard du caractère du projet innovant et large (quant à la multitude des acteurs impliqués et à son sujet), il a été demandé à l'établissement de restreindre son périmètre ; la durée de l'AAP ne permettant pas la réalisation de tous les axes proposés.

PERTIMUR a pour objet de créer des filières semi-urgentes pour les pathologies ne nécessitant pas une imagerie en extrême urgence bien définie. Il s'agirait, pour des patients présentant des urgences pouvant être différées, de construire un nouveau parcours de prise en charge, différenciant les éléments de la prise en charge devant être réalisés au moment de l'accueil aux urgences, de ceux pouvant être planifiés à distance et en externe. Ainsi les patients « non urgents » en attente de leur imagerie

¹⁶ Traumatisme crânien léger, céphalées, vertiges instabilité et suspicion d'Accident Vasculaire Cérébral, embolie pulmonaire et colique néphrétique

pourraient quitter les urgences, permettant à la fois une meilleure fluidification des passages dans ce service et une bonne qualité des soins, la suite de la prise en charge étant programmée.

Ce projet comporte plusieurs enjeux :

- Dans un premier temps la sélection des situations cliniques (sur la base des méthodes de consensus structurées, éprouvées et établies qui guideront la construction de ces nouveaux parcours) entrant dans le champ de cette organisation ;
- Dans un second temps la construction de ces filières semi-urgentes impliquant les structures de prise en charge de la ville, les autres centres hospitaliers et les structures du champ médico-social situés dans le territoire.
- In fine, pour les pathologies devant être prises en charge en extrême urgence, des filières courtes avec des circuits et relais internes spécifiques bien identifiés et du matériel d'imagerie dédié.

Ainsi cette organisation doit permettre :

- D'améliorer la pertinence des prescriptions des actes d'imagerie en coupe ;
- D'optimiser les délais de prise en charge des patients aux urgences par un renforcement de la filiarisation des prises en charge les plus fréquentes aux urgences.

L'année 2024 doit permettre d'arrêter les principes directeurs de la création de ces filières de prise en charge et le premier semestre 2025 leur mise en place.

ANNEXE 1 B : TAVI (TRANSCATHETER AORTIC VALVE IMPLANTATION)

Le remplacement valvulaire aortique

1. La réglementation et les dernières recommandations

Le rapport d'évaluation de la HAS relatif aux critères d'éligibilité des centres implantant des TAVIs¹⁷ (de décembre 2023) a pour objet de proposer une mise à jour des critères d'encadrement de la pose de TAVIs au regard d'une analyse exhaustive de la littérature, de l'évolution des pratiques et du recueil de la position des parties prenantes concernées par ce travail. En effet, le principal critère d'encadrement existant est la nécessité de pouvoir disposer sur site des départements de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque, en cas de conversion chirurgicale des patients en urgence. Aujourd'hui, tous les centres en France réalisant de la chirurgie cardiaque sont ouverts à l'activité de pose de TAVIs. Toutefois, au regard de la démocratisation de cette procédure, de l'extension de ses indications et de l'amélioration des résultats cliniques, il existe une forte attente de la part de la communauté cardiologique pour voir ouvrir l'activité de pose de TAVIs à de nouveaux centres ne disposant pas sur site de département de chirurgie cardiaque.

Après analyse des études nationales et internationales et consultations des différents conseils nationaux professionnels des spécialités concernées ainsi que des usagers, la HAS a émis des recommandations dont celle relative à la question des délais d'attente. Pour réduire ces délais, la HAS recommande en premier lieu de conserver les modalités d'encadrement existantes et souligne la nécessité de disposer des plateaux de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque sur site.(...) Afin « d'optimiser le parcours de soins des patients » elle encourage la création de filières spécifiques au TAVI en favorisant notamment l'accès aux examens d'imagerie et en permettant aux chirurgiens cardiaques d'implanter des TAVIs par voie transfémorale sous conditions : « si après 1 an de mise en place de ces mesures, il existe des délais d'attente régionaux prohibitifs, la HAS est favorable à la mise en place d'une expérimentation pour une durée de 3 ans dans des centres ne disposant pas de chirurgie cardiaque sur site et sous conditions de plateau technique et de compétences. Ceci suppose que puissent être objectivés ces délais d'attente ainsi que la temporalité notamment par la complétude de remplissage du registre France TAVI qui pourra être analysé au niveau local par les Agences Régionales de Santé qui réaliseraient un diagnostic et proposeraient, le cas échéant, d'autoriser la pose de TAVIs dans de nouveaux centres sans chirurgie cardiaque sur site.

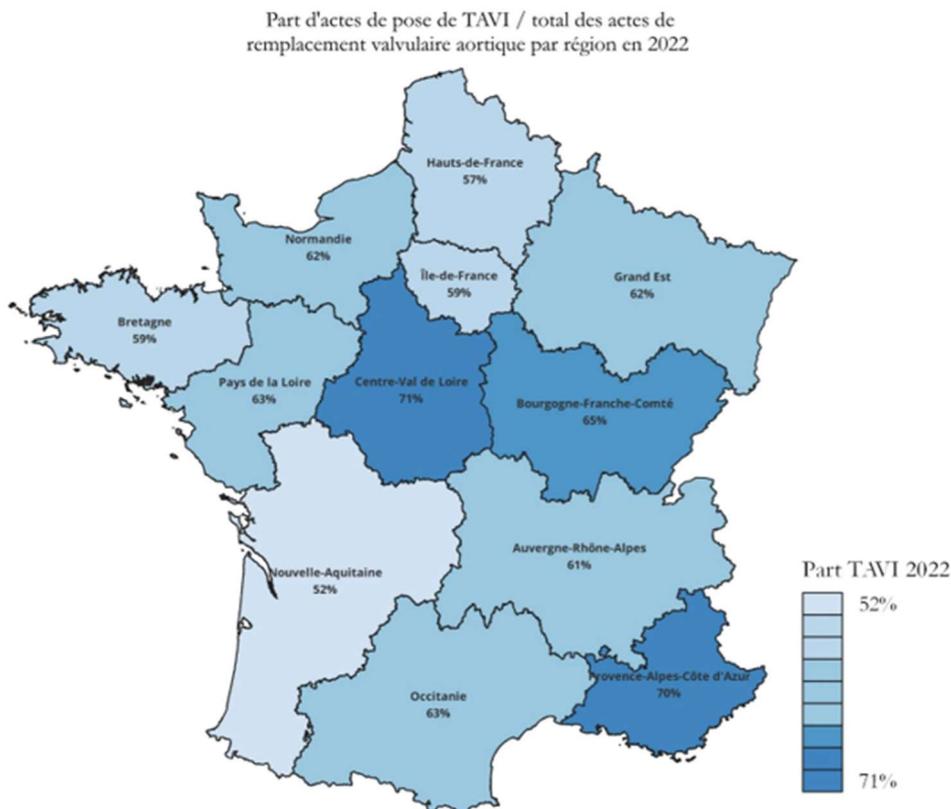
Ces agences se prononceraient également en prenant en compte l'évolution de la démographie et de la disponibilité des cardiologues interventionnels afin de garantir le juste accès aux soins cardiologiques et conserver ainsi un maillage territorial optimal et indispensable en particulier pour la prise en charge des urgences coronaires par angioplastie. Cette proposition nécessite des concertations complémentaires avec tous les acteurs concernés ».

Enfin, la HAS recommande de rendre obligatoire le remplissage du registre France TAVI afin de suivre les pratiques et de pouvoir suivre dans les meilleures conditions possibles les résultats liés à l'expérimentation.

¹⁷ HAS : rapport d'évaluation des critères d'éligibilité des centres implantant des TAVIs, décembre 2023

2. Evolution de la pose des TAVIs et de la chirurgie de la valve aortique

La part d'actes de pose de TAVI en France sur l'ensemble des actes de remplacement valvulaire aortique (voie chirurgicale ou transcutanée) n'a cessé d'augmenter passant de 49% en 2019 à 61% en 2022. Cependant, la part de poses de TAVI est différente entre les régions allant de 52% en Nouvelle-Aquitaine en 2022 à 71 % dans la région Centre-Val de Loire comme en atteste la cartographie suivante :

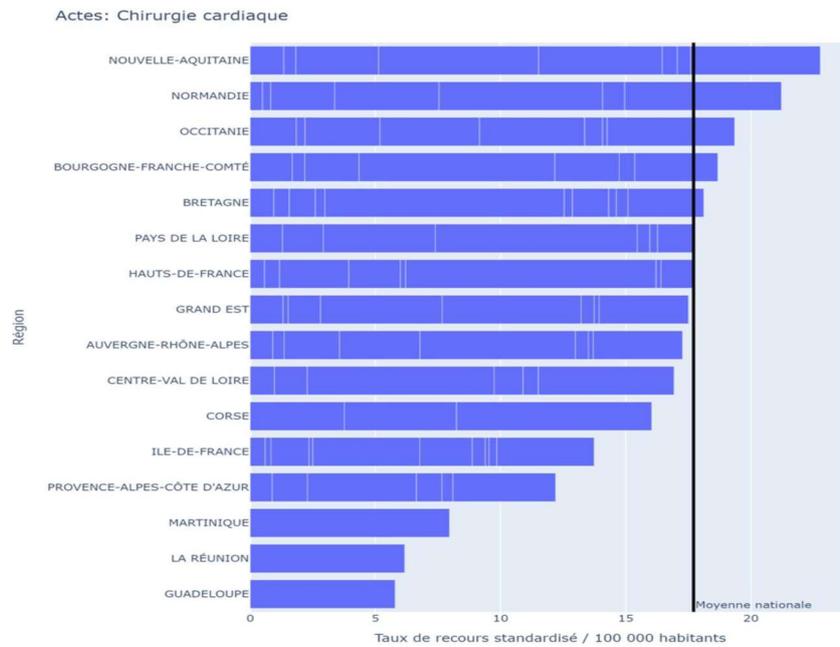


Source : données Diamant – traitement OMEDIT

Le taux relatif aux actes de pose de TAVI sur l'ensemble des actes de remplacement valvulaire aortique par région en 2022 met toujours en évidence le repli de la région Nouvelle-Aquitaine par rapport aux autres régions avec un maintien d'une activité chirurgicale de remplacement valvulaire aortique élevée.

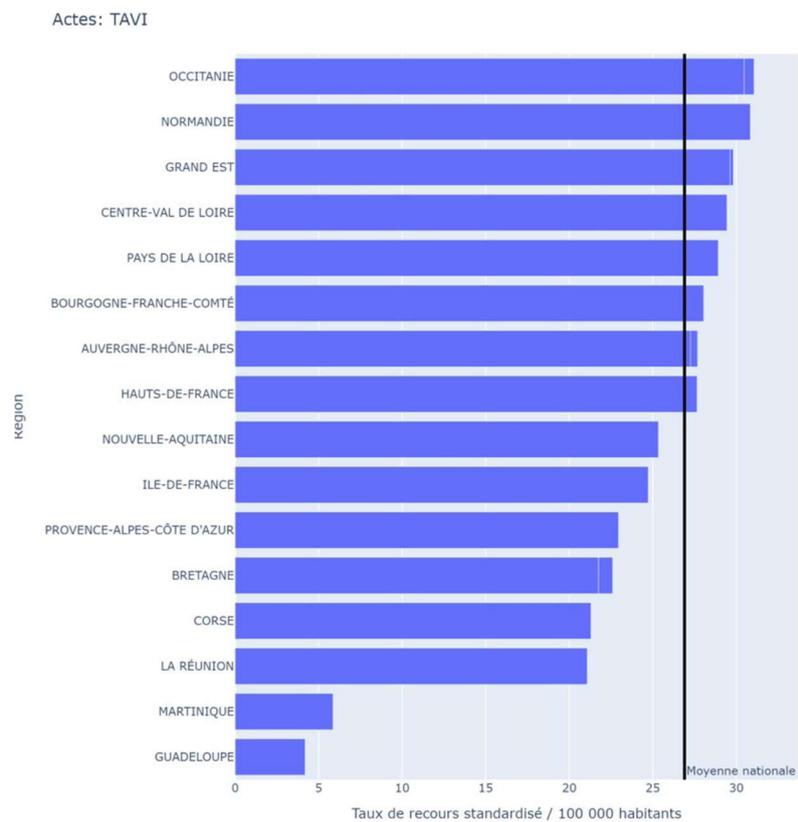
Concernant le taux de recours standardisé (sur le sexe et l'âge) à la chirurgie de remplacement valvulaire aortique /100 000H, la région Nouvelle-Aquitaine présente le taux le plus élevé au niveau national, alors que le taux de recours aux TAVI est inférieur à la moyenne nationale. Les graphiques suivants attestent de cette situation :

Taux de recours à la chirurgie de remplacement de la valve aortique par région, par rapport à la moyenne nationale en 2022



Source : rapport d'évaluation des critères d'éligibilité des centres implantant des TAVIs, HAS, décembre 2023

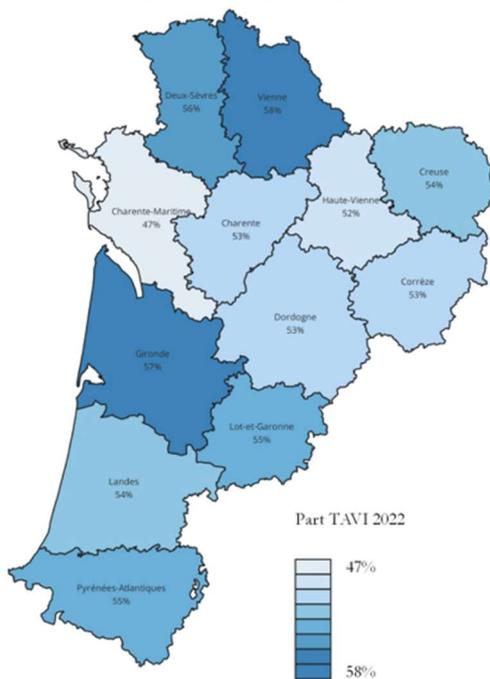
Taux de recours à la pose de TAVIs par région, par rapport à la moyenne nationale, en 2022



Source : rapport d'évaluation des critères d'éligibilité des centres implantant des TAVIs, HAS, décembre 2023

La carte ci-après présente les résultats départementaux (selon le lieu de résidence des patients) d'actes de pose de TAVI. Elle montre des résultats infrarégionaux relativement homogènes, à l'exception de la Charente-Maritime (47%), qui demeure très en deçà de la moyenne nationale (61%) et régionale (52%) comme en 2021.

Nombre d'actes de pose TAVI vs chirurgie de remplacement de valves aortiques selon l'origine des patients en 2022

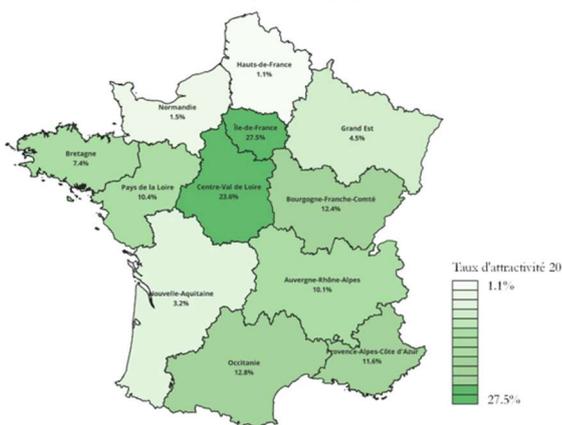


Source : données Diamant – traitement OMEDIT

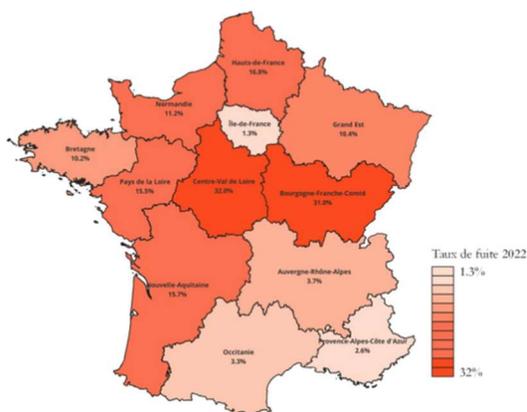
Le taux de fuite des poses de TAVI des néo-aquitains vers les autres régions est important (15,7% - 3^{ème} région en taux de fuite derrière la Bourgogne-Franche-Comté et la région Centre-Val de Loire) non compensé par une attractivité qui reste faible (3,2% - 9^{ème} région en taux d'attractivité).

Les cartographies suivantes présentent les résultats :

Taux d'attractivité des actes de pose de TAVI par région en 2022



Taux de fuite des actes de pose de TAVI par région en 2022



Source : données Diamant – traitement OMEDIT

Le taux de fuite de Nouvelle-Aquitaine est principalement orienté vers l'Occitanie (11,3 %), et dans une moindre mesure vers les autres régions limitrophes en Centre-Val de Loire (0,7%), en Pays de la Loire (1,4%) et Auvergne- Rhône-Alpes (1,4%) ou vers l'Île de France (0,8%)

ANNEXE 1 C : THYROIDECTOMIE

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. Une EPP (sur les 2 attendues) a été réalisée par un établissement ne mettant pas en évidence d'écart aux recommandations de bonnes pratiques. A noter que cette EPP a été réalisée avant la parution en 2021 des recommandations de bonnes pratiques HAS.

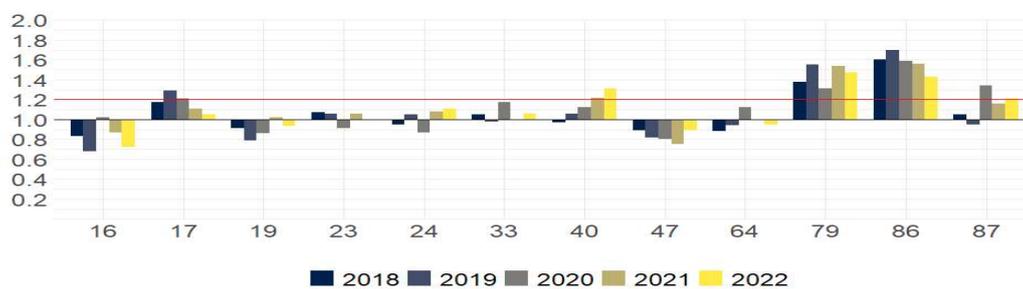
L'année 2022 a permis de poursuivre les investigations des sur-recours constatés dans certains départements de la région et de réaliser les premières analyses exploratoires.

Analyse des taux de recours à l'acte

3 467 séjours ont été réalisés en 2022 en région Nouvelle-Aquitaine.

Le graphique, ci-après, présente le rapport entre le taux de recours standardisé des départements de la région et le taux de recours standardisé national (indice national) pour la période 2018 / 2022 :

Thyroidectomie
Evolution de l'indice national par département en Nouvelle-Aquitaine. 2018-2022



Données PMSI - Source ATIH

ANNEE	CHARENTE	CHARENTE-MARITIME	CORREZE	CRFUSE	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRENEES-ATLANTIQUES	DEUX-SEVRES	VIENNE	HAUTE-VIENNE
2018	0.83	1.17	0.91	1.07	0.95	1.05	0.97	0.89	0.88	1.38	1.60	1.05
2019	0.88	1.29	0.78	1.06	1.05	0.98	1.08	0.82	0.94	1.55	1.70	0.95
2020	1.02	1.21	0.88	0.91	0.87	1.17	1.12	0.80	1.12	1.31	1.59	1.34
2021	0.87	1.11	1.02	1.06	1.08	0.99	1.22	0.75	0.99	1.54	1.56	1.16
2022	0.72	1.05	0.93	0.99	1.11	1.08	1.31	0.88	0.95	1.47	1.43	1.21

Territoires ciblés

Les départements des Deux-Sèvres et de la Vienne présentent toujours un indice national élevé et se situent respectivement au 5ème et 6ème rang des départements français.

La persistance de taux de recours atypiquement élevé de ces deux départements depuis près de 10 ans conforte l'intérêt de l'étude engagée sur cet acte dont la méthodologie et les premiers résultats sont présentés infra.

Enfin, les départements des Landes et de la Haute-Vienne se positionnent aussi parmi les quinze départements nationaux présentant les recours les plus élevés.

Thyroidectomie			
Département	IN 2022	Nb séjours 2022	Classement
DEUX-SÈVRES	1.47	282	5
VIENNE	1.43	316	6
LANDES	1.31	305	8
HAUTE-VIENNE	1.21	237	14

Le suivi de la variation du volume d'actes au niveau régional démontre une tendance favorable : **le volume d'actes a diminué de plus de 22 % entre 2015 et 2019 au niveau régional** (4 339 actes en 2015 contre 3 368 actes en 2019) ; cette tendance à la baisse se poursuit en 2022 mais à un rythme nettement moins élevé avec une diminution de 18 séjours (versus 117 séjours en 2021). L'indice régional pour cet acte se maintient à 1,09.

Néanmoins, la région demeure en atypie sur cette thématique avec de très fortes disparités territoriales.

Par ailleurs, la Nouvelle-Aquitaine présente un taux d'incidence élevé de cancer de la thyroïde (registre des cancers)¹⁸.

En conséquence, la persistance d'atypies importantes dans les Deux-Sèvres et la Vienne requiert la poursuite d'investigations approfondies sur plusieurs champs tels que les indicateurs de suivi des pratiques médicales par établissement, une analyse ciblée de la volumétrie par établissement, la consultation et/ou réalisation d'études épidémiologiques sur cette thématique, et la prise en compte des dernières recommandations de l'HAS concernant le recours à l'imagerie pour les pathologies de la thyroïde¹⁹.

Analyse des indicateurs d'atypie de pratique médicale

Pour mémoire, la méthode de ciblage des établissements dans les départements ressortant en atypie est présentée dans le point 3.1.1 la méthodologie de ciblage des établissements .

• Les indicateurs d'atypies de pratiques²⁰ pour cet acte

Les établissements sont ciblés à partir des indicateurs suivants (élaborés sur la base des recommandations de la Société Française d'endocrinologie de 2011 pour la prise en charge des nodules thyroïdiens) selon la méthode des quartiles (cf p.14) :

- ✓ Indicateur 1 : Part des patients opérés pour nodule thyroïdien non toxique ayant eu une cytoponction préopératoire ou une biopsie (dans les 12 mois précédents le geste)
- ✓ Indicateur 2 : Part des patients opérés d'une thyroïdectomie pour cancer / tous les patients opérés d'une thyroïdectomie pour nodule (bénin ou malin)
- ✓ Indicateur 3 : Taux d'évolution du nombre d'interventions pour l'ensemble des thyroïdectomies (totales et partielles)
- ✓ Indicateur 4 : Part des patients ayant eu une échographie préopératoire thyroïdienne dans les 12 mois précédent (lire recommandations septembre 2021)

18 « Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France 2007-2016 – Nouvelle Aquitaine », janvier 2019

19 Recommandations de l'HAS du 28 septembre 2021

20 Source CNAM

- ✓ Indicateur 5 : Part des hommes

- **L'analyse du ciblage France entière**

L'analyse du ciblage France entière révèle qu'aucun établissement de la région n'est possiblement ciblé si l'on tient compte des profils Assurance Maladie.

Ciblage des établissements

Ainsi, 11 établissements situés dans les Deux-Sèvres, dans la Vienne, la Haute-Vienne et dans les Landes sont concernés par la mise en œuvre d'actions présentées.

La déclinaison opérationnelle

Devant les actions déjà menées sur cette thématique dans les départements des Deux-Sèvres et de la Vienne il est proposé d'adresser dans un premier temps un courrier d'information à l'attention des praticiens des établissements en atypie via les référents pertinence et des échanges seront menés avec les établissements sur la base des résultats des analyses complémentaires.

➤ *Méthode suivie pour la première phase exploratoire*

Un premier travail exploratoire des bases de données SNDS a été réalisé en 2022. Les données analysées sont les suivantes, pour tous les départements de France métropolitaine sur l'année 2019 :

- Les données de séjours de patients ayant eu une thyroïdectomie (PMSI) ;
- Les données de consommations de soins : dosages biologiques, échographies et cytoponctions thyroïdiennes (SNDS) :
 - ✓ Des patients ayant eu une thyroïdectomie
 - ✓ De la population de chaque département
 - ✓ Les données d'incidence de cancer de la thyroïde (Inca)

Principaux résultats

- Parmi les 5 départements métropolitains qui ont les taux de recours les plus élevés, 2 sont en Nouvelle-Aquitaine (Deux-Sèvres et Vienne).
- Les taux de recours élevés ne semblent pas systématiquement corrélés à une incidence du cancer de la thyroïde élevée. C'est le cas notamment dans la Vienne.
- Environ la moitié des patients qui ont eu une thyroïdectomie l'ont eu pour un cancer ou un nodule bénin.
- La moitié environ des patients qui ont eu une thyroïdectomie pour un cancer ou un nodule bénin n'ont pas eu de cytoponction retrouvée dans les SNDS dans les 12 mois précédant l'intervention.
- Les indicateurs de pertinence calculés semblent être positivement corrélés à l'augmentation du volume d'activité des établissements (taux de cytoponction et d'échographies, ratio de thyroïdectomie pour cancer vs nodule bénin).

Conclusion

La mise en évidence de taux très faibles de cytoponction interroge. Selon les recommandations de bonne pratique, la réalisation d'au moins une cytoponction est un préalable nécessaire à la thyroïdectomie pour cancer. Si ce résultat était confirmé, et notamment après exclusion de problématiques liées à l'absence de codage de l'acte, il nécessiterait d'être approfondi en lien avec les praticiens concernés afin de proposer des pistes d'amélioration (pratiques non conformes, difficulté d'accès aux soins et en particulier aux exécutants de la cytoponction, situations cliniques particulières, etc...).

De plus, les indicateurs de pertinence semblent être plus dégradés pour les établissements qui réalisent de faibles volumes d'activité mettant en évidence l'intérêt d'élargir la réflexion aux départements ayant des taux de recours faibles (voire qui sont en sous-recours).

Perspectives (2ème phase D'approfondissement)

Des analyses complémentaires

Sur la base de ces premiers résultats, des analyses complémentaires ont été débutées dont les objectifs sont de :

- Consolider les résultats de l'analyse exploratoire ;
- Analyser les facteurs associés aux indicateurs de pertinence tels que :
 - ✓ Les densités de professionnels impliqués dans la prise en charge de ces patients (médecins généralistes, endocrinologues, chirurgiens ORL, radiologues) ;
 - ✓ La répartition des spécialités des prescripteurs des actes de ces patients ;
 - ✓ La répartition des spécialités des exécutants des actes de ces patients.
- Réaliser ces analyses sur plusieurs années pour décrire des évolutions ;
- Faire un focus sur les établissements de la région pour alimenter les échanges avec les acteurs.

Des échanges avec les acteurs

Sur la base des données analysées, les actions suivantes sont envisagées :

- dans un premier temps échanger avec des experts de la thématique dans le cadre du groupe de travail IRAPS : registre des cancers thyroïdiens (Rhône et Marne-Ardenne) experts chirurgiens et endocrinologues (idéalement hors-région NA). Ces échanges auront lieu pendant le 2^{ème} trimestre 2024.
- Puis des échanges avec les établissements de la région NA. Seront concernés un nombre d'établissements limités situés dans des départements en sur-recours et en sous-recours selon les résultats des analyses et en particulier des indicateurs de pertinence. Les analyses globales, centrées sur leur territoire et centrées sur leur établissement seront discutées et un accompagnement à la réalisation d'EPP leur sera proposé. Ces échanges auront lieu pendant les 3^{ème} et 4^{ème} trimestres 2024.

Résultats attendus

Il est attendu une meilleure compréhension des *freins et leviers* à l'amélioration du parcours de soins des patients susceptibles d'avoir une thyroïdectomie. Ceci afin de proposer des actions concrètes d'amélioration de la pertinence à la fois sur la conformité aux recommandations de bonnes pratiques et sur l'organisation de l'offre de soins. Un rapport sera rédigé en ce sens fin 2024.

Actions	Calendrier
Poursuivre les investigations afin d'affiner les causes de ce sur-recours	2022-2024
Echanges avec des experts hors région (Cf. supra)	2024-2025-2026
Echanges avec les ES concernés dans les départements en sur-recours et en sous-recours	2024
Accompagnement à la réalisation d'EPP	2024
Suivre les variations des taux de recours dans les départements avec taux de recours atypiquement élevés (ARS)	Durée du programme

ANNEXE 1 D : ANGIOPLASTIES ET CORONOGRAPHIES

Les coronarographies et angioplasties coronaires

Le Diagnostic

Historique

Indicateurs de pertinence des actes

Le registre ACIRA (registre Aquitain de Cardiologie Interventionnelle) a mis en place depuis décembre 2011, à l'échelle de la région ex-Aquitaine, un recueil de l'ensemble des actes de coronarographie et d'angioplastie coronaire comportant de multiples variables permettant l'analyse des pratiques. Le comité scientifique du registre a décidé dès 2014 d'utiliser les données de ces registres pour développer des indicateurs de pertinence des actes :

- ✓ Pertinence des actes de coronarographies avec ou sans angioplasties pour une indication d'angor stable/ ischémie silencieuse au regard des recommandations européennes 2023-2014. Indicateur validé (article publié).
- ✓ Documentation des coronarographies avec ou sans angioplastie par des tests d'ischémie non invasifs
- ✓ Développement d'un programme de Développement Professionnel Continu (DPC) en mars 2016 auprès des cardiologues réalisant des actes de coronarographie ou d'angioplastie coronaire.

L'évolution des recommandations européennes et française de bonnes pratiques a nécessité d'actualiser ces indicateurs de pertinence des actes. Ainsi, en 2023, deux nouveaux indicateurs ont été proposés pour tenir compte de ces évolutions :

- ✓ « Patients suspects de syndrome coronarien chronique (SCC) ayant bénéficié d'une coronarographie à visée diagnostique chez qui un test d'ischémie ou un coroscaner était indiqué et a été réalisé au préalable ».
- ✓ « Patients atteints de syndrome coronarien chronique (SCC) ayant bénéficié d'une angioplastie qui remplissent une des indications définies par les recommandations de l'ESC 2019 ».

L'actualisation des recommandations européennes en 2024 va de nouveau nécessiter une actualisation de ces indicateurs.

Le développement d'indicateurs de qualité du parcours des patients victimes de syndrome coronarien chronique (SCC)

Un projet de développement et de validation d'indicateurs de qualité du parcours des patients victimes de syndrome coronarien chronique (SCC), soumis par l'équipe d'ACIRA a été primé à l'appel à manifestation d'intérêt Coopération ATIH – Universités – Organismes de recherche. Ce projet a pour objectifs le développement et la validation de deux nouveaux indicateurs de pertinence du parcours post-hospitaliers des patients atteints de maladies coronaires chroniques (réhospitalisations pour un nouvel acte d'angioplastie programmé après une angioplastie pour un SCC et réhospitalisations en urgence après une angioplastie ambulatoire pour un SCC). Ce projet qui concourt à l'effort national de production de nouveaux indicateurs de pertinence de parcours, à partir des bases du PMSI et du SNDS, doit aboutir à la construction d'indicateurs validés d'ici la fin de l'année 2025.

Sur les deux indicateurs proposés dans le cadre de ce projet de recherche, le conseil scientifique a décidé de ne pas retenir l'indicateur « réhospitalisations en urgence après une angioplastie ambulatoire pour un SCC » compte tenu de la faible activité ambulatoire constatée pour les angioplasties coronaires dans certains centres de cardiologie interventionnelle.

Indicateurs de pertinence des parcours

Un travail de réflexion a également été mené pour développer des indicateurs de pertinence des parcours. Dans ce cadre, un projet de recherche à partir des données du registre de pratiques ACIRA « Analyse des réhospitalisations dans l'année suivant un acte de coronarographie et d'angiographie coronaire » a été lancé au 1er trimestre 2015. Ce projet qui utilise le lien entre le registre ACIRA et les bases de données du PMSI, a permis le développement d'indicateurs de parcours en lien avec les réhospitalisations/admissions en SMR. Ces indicateurs sont maintenant suivis en routine pour l'ensemble des centres de cardiologie interventionnelle :

- ✓ Réhospitalisation à 30 jours pour un nouvel acte de cardiologie interventionnelle programmé après un acte d'angioplastie coronaire chez un patient avec un syndrome coronarien chronique (SCC).
- ✓ Réhospitalisation à 30 jours pour motif cardio-vasculaire après un acte d'angioplastie coronaire chez un patient avec un SCC.
- ✓ Admission en SMR cardiologique à 90 jours après un acte d'angioplastie coronaire chez un patient avec un SCC.

En 2021, un projet de recherche « Développement et validation d'indicateurs de qualité de parcours des patients victimes d'accident vasculaire cérébral et de SCC, Utilisation de registres de pratiques comme outils de validation d'algorithmes développés à partir des bases médico-administratives françaises du SNDS » a été accepté à l'appel à projet AMI-ATIH. Dans le cadre de ce projet, deux indicateurs de parcours des SCC après une première angioplastie coronaire ont été proposés.

- ✓ Réhospitalisations pour un nouvel acte d'angioplastie programmé après une angioplastie pour un SCC (en cours de développement).
- ✓ Réhospitalisations en urgence après une angioplastie ambulatoire pour un SCC (indicateur abandonné pour raison de faisabilité).

❖ Retour auprès des professionnels

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, le registre ACIRA développe une stratégie de communication de ces indicateurs aux professionnels de santé concernés.

- ✓ Mise en place d'une plateforme de restitution des résultats

Une réflexion a été menée avec les médecins praticiens quant aux modalités de restitution des résultats et de retour sur les pratiques, de façon à instaurer un cercle « vertueux » tant pour améliorer les pratiques de prise en charge que pour les encourager à participer aux registres. Pour conduire à ce changement des pratiques, le retour d'information se doit d'être plus rapide et direct. Une plateforme²¹ web interactive et dynamique de restitution de résultats a été développée. L'utilisation d'un outil *open source* permet de procéder plus simplement et rapidement à des modifications : indicateurs développés, accès des utilisateurs.

Les résultats de prise en charge en cardiologie interventionnelle sont maintenant restitués aux cardiologues interventionnels depuis le printemps 2024, au travers de la plateforme RShiny de restitution de résultats. Des échanges auprès des établissements de santé sont prévus par ACIRA en s'appuyant sur les données restituées via la plateforme. Ces rencontres permettront d'échanger sur les pratiques professionnelles des équipes concernées et d'affiner la compréhension de leurs résultats.

Sont présentées ci-après quelques captures d'écran de la plateforme de restitution :

²¹ En parallèle, un projet d'évaluation de l'impact de la mise en œuvre de cet outil internet de retour d'information aux équipes d'urgentistes sur la prise en charge pour SCA ST+ a été accepté pour un financement par la DGOS (projet FERVEUR - appel à projet du programme de recherche sur la performance du système des soins - PREPS 2019). Un autre projet s'appuiera également sur cette plateforme web pour renforcer la communication des résultats sur les parcours de soins AVC auprès des acteurs de la filière neuro-vasculaire (projet ObACANA - financement AMI Territoire de Santé du Futur 2020 - Conseil Régional).



Les indicateurs

Indicateur(s) de parcours	Résultats attendus
Patients suspects de syndrome coronarien chronique (SCC) ayant bénéficié d'une coronarographie à visée diagnostique chez qui un test d'ischémie ou un coroscanner était indiqué et a été réalisé au préalable	Amélioration de la pertinence
Patients atteints de syndrome coronarien chronique (SCC) ayant bénéficié d'une angioplastie qui remplissent une des indications définies par les recommandations de l'ESC 2019	Augmentation de la documentation
Indicateur(s) de résultat	Résultats attendus
Taux de réhospitalisation à 30 jours pour un nouvel acte de cardiologie interventionnelle programmé après un acte d'angioplastie coronaire chez un patient avec un syndrome coronarien chronique (angor stable, ischémie silencieuse, autre ischémie)	Réduction des réhospitalisations
Taux de réhospitalisation à 30 jours pour motif cardio-vasculaire après un acte d'angioplastie coronaire chez un patient avec un syndrome coronarien chronique (angor stable, ischémie silencieuse, autre ischémie)	
Réhospitalisations pour un nouvel acte d'angioplastie programmé après une angioplastie pour un SCC (Projet DELIQUA-CNV)	Réduction des réhospitalisations
Taux d'admission en SMR cardiologique à 90 jours après un acte d'angioplastie coronaire chez un patient avec un syndrome coronarien chronique (angor stable, ischémie silencieuse, autre ischémie) : (sous-utilisation)	



LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DES PRODUITS DE SANTE



LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DES PRODUITS DE SANTE

ANNEXE 2 : PRODUITS DE SANTE MEDICAMENTS, PRODUITS ET PRESTATIONS



Identité visuelle créée en 2021 pour accompagner le programme d'actions du volet « Produit de santé » du PAPRAPS

1. La prise en compte des priorités nationales

Les priorités et axes de travaux régionaux ciblés dans le cadre de la pertinence des prescriptions de produits de santé sont en cohérence avec les constats et plans d'actions nationaux suivants :

- Les orientations de la **stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030**,
- La feuille de route **2019-2022 « prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes »**,
- Les **orientations nationales de lutte contre l'antibiorésistance** : Stratégie nationale 2022-2025 de Prévention des Infections et de l'Antibiorésistance - 42 actions afin de se donner les moyens de répondre aux enjeux prioritaires de santé publique en matière de prévention des infections et de l'antibiorésistance en santé humaine dans les 4 ans,
- La **lutte contre la surconsommation de benzodiazépines observée au niveau national** (rapport ANSM « état des lieux de la consommation des benzodiazépines en France » - avril 2017) et l'impact de la crise COVID (Rapport EPI-PHARE « Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 25 avril 2021 »),
- Les **différentes recommandations et référentiels de bon usage** nationaux en lien avec les produits de santé, notamment ceux des Agences nationales (HAS, ANSM, INCa),
- Les thématiques nationales ciblées dans le **Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES)** faisant l'objet d'un suivi renforcé et d'un accompagnement des établissements de santé (ES) concernés,
- Les enjeux nationaux de la **transformation écologique du système de santé** dont il est remarqué la forte contribution des produits de santé aux émissions de gaz à effet de serre - estimation Shift Project – et le fort impact des certains produits et classes thérapeutiques sur la santé globale (Approche One Health de la **Stratégie française en santé mondiale 2023-2027**).

Par ailleurs, la pertinence des soins et des prescriptions participe aux enjeux du **Projet régional de santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 (PRS)**. Les priorités régionales sur les « produits de santé » s'inscrivent en complémentarité des feuilles de route régionales et des autres dispositifs de vigilance et de qualité qui concourent à la pertinence des prescriptions dans tous les secteurs de soins. Ces actions visent un impact bénéfique pour l'ensemble des acteurs de la région.

La **prévention de la iatrogénie médicamenteuse** constitue, en lien avec les constats nationaux, une priorité régionale renouvelée, et fil conducteur de toutes les actions. Dans la continuité des travaux du PAPRAPS d'ores et déjà menés depuis sa création, l'objectif est de sensibiliser, communiquer et fédérer les professionnels de la région sur cet enjeu dans une vision globale et décloisonnée entre le secteur sanitaire, le secteur médico-social et la Ville.

Enfin, il faudra désormais intégrer dans toutes les actions mises en œuvre sur la promotion de la pertinence des prescriptions médicamenteuses, la valorisation des pratiques, des protocoles de soins et des expérimentations ou innovations organisationnelles qui concourent aux alternatives non médicamenteuses et écoresponsables.

Les actions visées par le programme d'actions sur la pertinence des soins et des prescriptions participent déjà à la transformation écologique du système de soins, par la promotion d'une juste prescription et d'une consommation des médicaments appropriée et rationnelle.

Ces actions s'inscrivent en cohérence avec la feuille de route régionale 2024-2028 « Transformation écologique du système de santé » publiée en 2024 (axe « agir sur la juste prescription des produits de santé »).

2. Le diagnostic régional

Le diagnostic régional sur l'axe prescriptions des produits de santé

L'actualisation du diagnostic régional intègre le contexte particulier de la crise sanitaire COVID et son impact sur le profil des prescriptions médicamenteuses.

Les données des années 2019 à 2022 sont présentées.

Les données de l'année 2020 sont atypiques du fait de la crise sanitaire. Elles font l'objet d'une analyse particulière, notamment en termes d'impact de la crise sanitaire sur le recours augmenté à certaines classes médicamenteuses (médicaments psychotropes par exemple), et à l'inverse sur le sous-recours probable à d'autres classes thérapeutiques (par exemple les anticancéreux oraux ou les antibiotiques en lien avec la mise en place des mesures barrière).

Le champ des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) a été ciblé dans le cadre des précédents PAPRAPS en raison d'atypies relevées en région, des enjeux identifiés notamment sur certaines classes thérapeutiques à risque et/ou enjeu de pertinence et de continuité de prise en charge entre les différents secteurs de soins. Ces prescriptions permettent d'investiguer les pratiques émanant de l'hôpital et leur impact en ville lors de la sortie du patient ou dans le cadre de consultations externes. Ces données sont standardisées et rapportées à la population et complétées par les données de prescriptions en ville ainsi que par des données disponibles sur les prescriptions EHPAD, fournies par l'Assurance Maladie.

Ainsi, c'est sur un prisme de cohérence globale de parcours de soins ville/hôpital que ces données thématiques seront analysées. La dimension transversale de la prise en charge médicamenteuse permet une prise en compte des pratiques dans tous les secteurs de soins et, dans la mesure du possible, une analyse en fonction des caractéristiques infrarégionales.

➤ **Le champ particulier des Prescriptions Hospitalières de Médicaments Exécutées en Ville (PHMEV)**

Le montant global des remboursements liés aux médicaments PHEV a poursuivi sa progression en 2022, avec un montant de 853 millions d'euros pour l'ensemble des ES publics et privés d'intérêt collectif (ESPIC) de Nouvelle-Aquitaine (données ES privés non disponibles), et une évolution de + 13,8 % par rapport à 2021. En prenant en compte un périmètre constant entre 2021 et 2022 (neutralisation des nouveaux médicaments et des radiations), le montant remboursé s'élève à 831 millions d'euros en région, avec une évolution de + 11,0 % par rapport à l'année 2021.

Sur les trois dernières années, on constate une nette accélération des remboursements sur le champ des PHEV de médicaments (cf tableau 1).

Tableau 1 : Taux d'évolution des dépenses PHEV médicaments en Nouvelle-Aquitaine 2019, 2020, 2021, 2022

	2022	2021	2020	2019
Évolutions des dépenses PHEV médicaments hors molécules neutralisées	+ 11,0 %	+ 9,6%	+ 5,6%	+ 2,1 %
Évolutions des dépenses PHEV tous médicaments	+ 13,8%	+ 13,4%	+ 8,0%	+ 6,1 %

Afin de comparer les résultats en Nouvelle-Aquitaine avec les autres régions, les résultats de l'indicateur « montants remboursés standardisés », présentés dans le précédent PAPRAPS, ont été actualisés avec les données de l'année 2022.

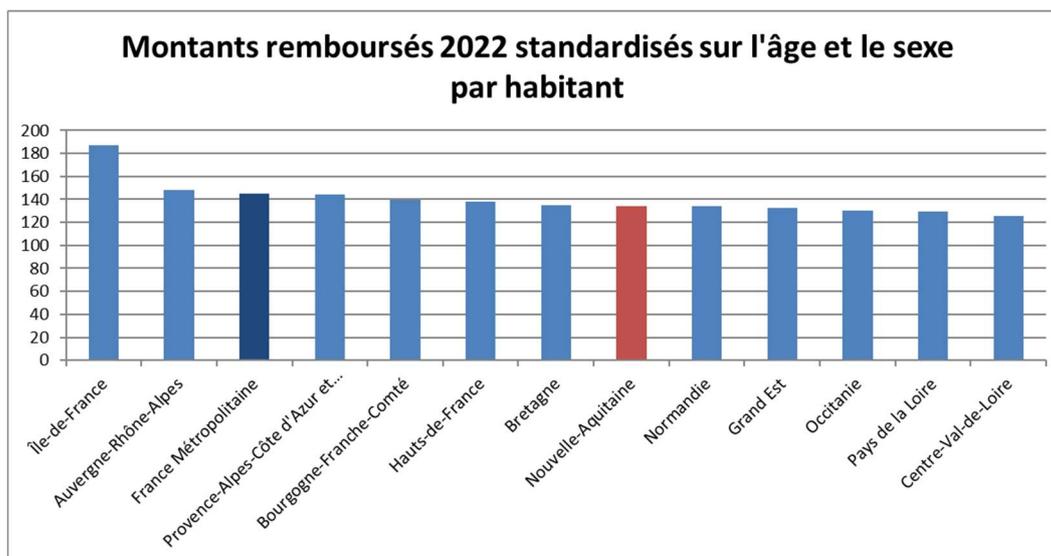
Il s'agit de recalculer le montant de remboursement en appliquant la répartition par âge et sexe de la patientèle nationale, et de rapporter à la population du territoire d'intérêt pour obtenir des montants remboursés standardisés pour 100 000 habitants.

Selon cet indicateur, la région Nouvelle-Aquitaine figure au 7^{ème} rang national avec des remboursements s'élevant à **134 € par habitant (rang inchangé par rapport à 2021)** – cf [tableau 2](#) et [figure 1](#).

Tableau 2 : Remboursements PHEV médicaments standardisés et rapportés à la population en 2022, détail par région métropolitaine (ES publics et ESPIC)

Région	Montant remboursés 2022	Montant remboursés 2022 standardisés sur l'âge et le sexe par habitant
Île-de-France	2 120 671 925	187
Auvergne-Rhône-Alpes	1 196 489 808	148
France Métropolitaine	9 520 945 058	145
Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse	815 516 989	144
Bourgogne-Franche-Comté	407 085 003	140
Hauts-de-France	804 675 677	138
Bretagne	470 053 246	135
Nouvelle-Aquitaine	862 445 032	134
Normandie	451 194 656	134
Grand Est	742 342 433	132
Occitanie	816 662 307	131
Pays de la Loire	501 571 945	129
Centre-Val-de-Loire	332 236 037	126

Figure 1 : Remboursements PHEV médicaments standardisés et rapportés à la population en 2022, détail par région métropolitaine (ES publics et ESPIC)



Le tableau ci-dessous (**tableau 3**) montre les contributions importantes à la croissance **2022** de certains médicaments des classes :

- Antihémorragiques,
- Autres médicaments du système respiratoire,
- Thérapie endocrine,
- Autres médicaments du système nerveux.

qui ont représenté, en 2022, près de 50 % de la croissance totale des PHMEV.

Concernant les antihémorragiques, l'évolution des dépenses est liée à la disponibilité en ville depuis juin 2021 du premier médicament anti-hémophilique (HEMLIBRA®), permettant une accessibilité facilitée des patients à ce traitement antérieurement seulement disponible à l'hôpital.

Les nouveaux traitements innovants de la mucoviscidose (KAFTRIO®, KALYDECO®) récemment mis sur le marché, sont également à l'origine d'une augmentation des dépenses de PHEV au regard de leur coût unitaire élevé.

Par ailleurs, il est à noter la poursuite de l'augmentation des dépenses remboursées d'anticancéreux oraux, principal poste de dépenses de PHEV, dont les thérapies endocrines.

Cette augmentation s'inscrit dans le contexte d'un nombre de patients traités de plus en plus important au regard notamment des nouvelles indications de traitement, avec également un effet cumulatif du nombre de patients traités s'agissant de traitements de plus en plus chroniques.

Tableau 3 : Contribution à l'évolution des dépenses PHEV des 5 médicaments en augmentation les plus importantes en Nouvelle-Aquitaine 2022 (extrait tableau de synthèse régionale)

	Montant remboursé			Contribution à l'évolution globale (pt)
	Janv-Déc 2021	Janv-Déc 2022	2022-2021	
Pharmacie codée hors nouveautés/radiations = molécules associées à des montants remboursés en janvier-septembre 2021 et en 2022	712 405 419	791 138 293	78 732 874	10,5
⇒ 5 augmentations les plus importantes	32 554 367	81 175 467	48 621 101	6,5
- EMICIZUMAB (ANTIHÉMORRAGIQUES)	2 458 068	20 019 903	17 561 835	2,3
- IVACAFTOR + TEZACAFTOR + ELEXACAFTOR (AUTRES MÉDICAMENTS DU SYSTÈME RESPIRATOIRE)	5 259 607	20 296 875	15 037 269	2,0
- IVACAFTOR (AUTRES MÉDICAMENTS DU SYSTÈME RESPIRATOIRE)	5 042 419	14 125 556	9 083 137	1,2
- APALUTAMIDE (THÉRAPEUTIQUE ENDOCRINE)	2 420 713	5 948 609	3 527 896	0,5
- TAFAMIDIS (AUTRES MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX)	17 373 561	20 784 524	3 410 963	0,5

Plusieurs facteurs structurels expliquent ces évolutions importantes des prescriptions comme :

- **L'arrivée de nouvelles molécules,**
- **Le type de molécules prescrites,**
- **Les baisses de prix et les inscriptions au répertoire des génériques concentrées sur des classes peu prescrites à l'hôpital,**
- **Les évolutions des techniques de traitements entraînant une baisse des durées des séjours et une augmentation des besoins de soins prescrits.**

L'évolution de ce montant de prescriptions doit néanmoins rester soutenable pour le système de soins. Les thématiques retenues dans le programme d'actions PAPRAPS et plusieurs dispositifs nationaux et régionaux visent particulièrement la maîtrise de cette évolution *via* la promotion d'une juste prescription, le bon médicament au bon patient au bon moment, en établissements de santé et médico-sociaux et en ville. Une prescription juste qui assure la qualité et la sécurisation du parcours des patients notamment dans les points de transition.

➤ **Les PHEV relevant de la Liste des produits et prestations (LPP)**

Au-delà des PHEV médicaments, l'augmentation des dépenses de PHEV concerne également la liste des produits et prestations (LPP).

Ces dépenses de produits et prestations ont connu une évolution de + 7,7 % entre 2022 et 2021 (**tableau 4**) en région Nouvelle-Aquitaine (ES publics et ESPIC), pour un montant remboursé en 2022 de 218 millions d'euros.

Tableau 4 : Taux d'évolution des dépenses PHEV produits et prestations en Nouvelle-Aquitaine 2019, 2020, 2021, 2022

	2022	2021	2020	2019
Évolutions des dépenses PHEV de la Liste des Produits et Prestations	+ 7,7 %	+ 9,3 %	+ 0,1 %	+ 5,2 %

Les principales contributions à l'évolution de ces dépenses concernent les classes suivantes (**tableau 5**) :

- **Métabolisme (contrôle du diabète) : représente 22 % des dépenses et contribue à hauteur de 39 % à la croissance des produits et prestations.**
- **Appareil respiratoire (dont pression positive pour apnée du sommeil, oxygénothérapie) : représente 24 % des dépenses et contribue à hauteur de 13 % à la croissance des produits et prestations.**
- **Appareillage orthopédique externe : représente 11 % des dépenses et contribue à hauteur de 11 % à la croissance des produits et prestations. Les dépenses des prothèses des membres inférieurs et supérieurs et les dépenses de l'appareillage du tronc contribuent le plus à cette croissance.**

Tableau 5 : Contribution à l'évolution des dépenses PHEV LPP par classe de produits et prestation en Nouvelle-Aquitaine 2019, 2020, 2021, 2022

Contributions à la croissance des montants en %

Classes thérapeutiques	2022	2021	2020	2019
APPAREIL RESPIRATOIRE	13	15	93	42
MÉTABOLISME	39	-2	321	21
MAINTIEN À DOMICILE	8	10	171	8
APPAREIL DIGESTIF ET ABDOMEN	5	12	-69	7
AIDES A LA VIE ET FAUTEUILS ROULANTS (VPH)	2	6	-125	6
ORGANES DES SENS ET SPHÈRE ORL	2	9	-132	4
APPAREIL GENITO-URINAIRE	8	5	-3	2
PROTHÈSES RÉPARATRICES À VISÉE ESTHÉTIQUE	0	1	7	1
NEUROLOGIE	0	1	-2	1
APPAREILLAGE ORTHOPÉDIQUE EXTERNE	11	26	-34	1
SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE	7	7	126	0
DERMATOLOGIE	6	10	-96	-1

Le champ des médicaments remboursés en ville hors PHEV

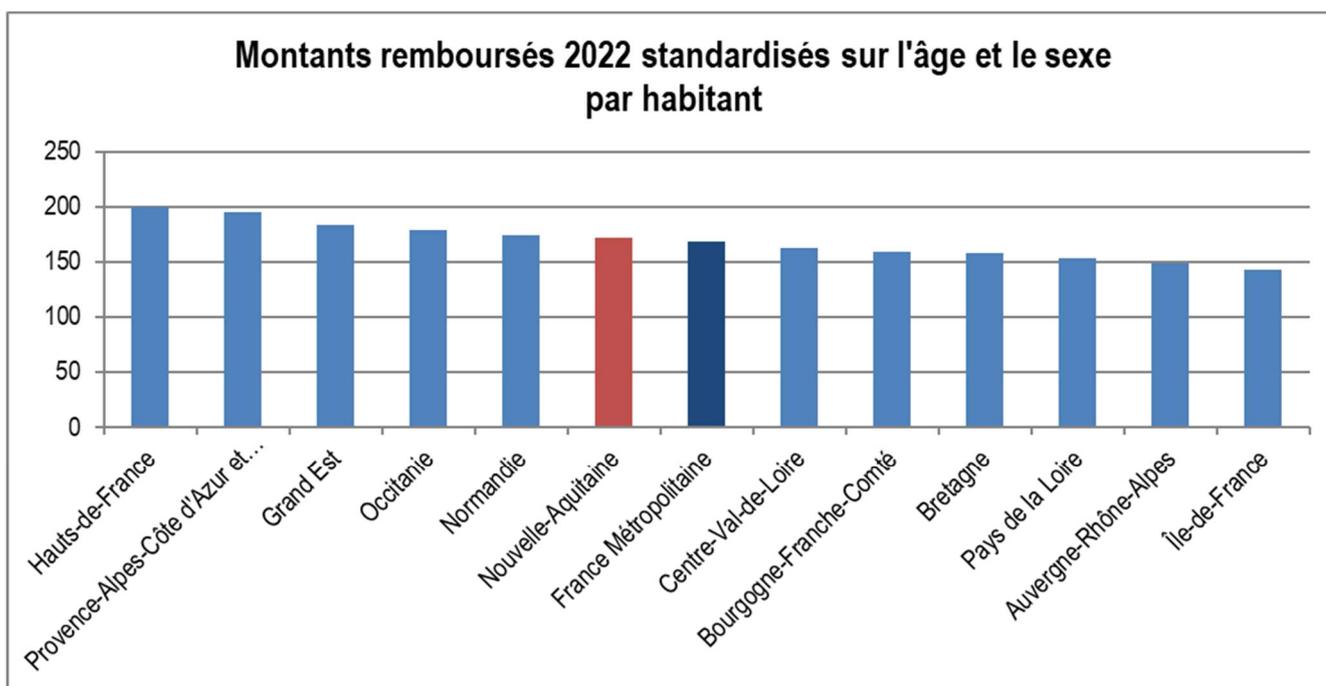
Les montants remboursés standardisés, présentés dans le tableau 6, montrent que la région Nouvelle-Aquitaine figure au 6ème rang national (rang inchangé par rapport à 2021) avec des remboursements s'élevant à **172 € par habitant**, pour une moyenne nationale à **168 € (prescripteurs libéraux, hors Hôpitaux Publics)**.

Tableau 6 : Remboursements de médicaments en ville hors PHEV, standardisés et rapportés à la population en 2022, détail par région métropolitaine

Région	Montants remboursés 2022	Montants remboursés 2022 standardisés sur l'âge et le sexe par habitant
Hauts-de-France	1 147 029 735	200
Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse	1 127 785 551	195
Grand Est	1 035 087 383	184
Occitanie	1 136 893 586	178
Normandie	597 951 725	174
Nouvelle-Aquitaine	1 140 142 315	172
Centre-Val-de-Loire	438 459 039	163
Bourgogne-Franche-Comté	475 627 247	159
Bretagne	568 457 961	158
Pays de la Loire	599 434 839	153

Auvergne-Rhône-Alpes	1 195 805 146	149
Île-de-France	1 543 359 528	142
France Métropolitaine	11 006 034 055	168

Figure 2 : Remboursements de médicaments en ville (hors PHEV), standardisés et rapportés à la population en 2022, détail par région métropolitaine



Le champ de la ville est particulièrement investi par l'Assurance maladie avec un programme soutenu des actions auprès des professionnels de ville, notamment en accompagnements ou soutien des engagements conventionnels.

3. Le choix des thématiques prioritaires

➤ Contexte et objectifs généraux

Les travaux régionaux menés sur le cadrage de la pertinence des prescriptions de produits de santé concernent des thématiques identifiées comme prioritaire en région depuis plusieurs années suite au diagnostic réalisé qui tient compte des constats et priorités nationales.

Il s'agit des thématiques suivantes :

- Bon usage des antibiotiques et lutte contre l'antibiorésistance
- Améliorer l'accompagnement des patients sous anticancéreux oraux suivis à domicile et la coordination entre professionnels de santé sur ce parcours
- Agir pour la sécurité, la qualité et la pertinence des traitements de la douleur, dans tous les secteurs de soins et auprès des patients de tout âge
- Améliorer la pertinence des prescriptions des médicaments chez la personne âgée - Lutter contre la polymédication et la iatrogénie médicamenteuse, réduire les médicaments potentiellement inappropriés

- Améliorer la pertinence des médicaments liés aux traitements de la santé mentale des patients - Lutter contre les mésusages et sensibiliser prescripteurs et patients sur les molécules particulièrement à risque

Les objectifs généraux sont les suivants :

- Lutter contre les prescriptions inappropriées au regard des référentiels existants (notion de juste prescription)
- Garantir l'observance des traitements, prévenir et gérer la survenue des effets indésirables
- Eviter les réhospitalisations liées à des événements indésirables en lien avec les produits de santé
- Prévenir les risques d'accoutumance et de dépendance
- Prévenir les risques d'antibiorésistance
- Obtenir l'adhésion du patient à son traitement (ou absence de traitement)

Les principaux leviers à mobiliser sont les suivants :

- Diffusion et appropriation des référentiels et recommandations de bonnes pratiques par les professionnels de santé : formations régionales, campagnes de l'Assurance Maladie, plateformes régionales
- Réévaluation des traitements, avec notamment le développement des activités de pharmacie clinique dans le parcours du patient
- Coordination entre les professionnels de santé hospitaliers et professionnels de santé de ville
- Sensibilisation et implication des patients dans le bon usage des médicaments et la juste prescription
- Incitation et valorisation des établissements de santé à la mise en œuvre d'actions d'amélioration de la pertinence des prescriptions de produits de santé, notamment par l'intermédiaire du CAQES

De plus, et dans le cadre de sa politique régionale de démocratie en santé, l'ARS Nouvelle-Aquitaine s'est engagée pour renforcer la place de l'utilisateur dans le système de soins et le partenariat entre les patients et les professionnels de santé.

Le véritable enjeu se trouve encore sur la coordination ville-hôpital et la collaboration pluri professionnelle, le portage des projets communs est un axe fort impulsé sous l'égide du PAPRAPS.

➤ **Fous sur la prévention de la iatrogénie médicamenteuse**

Le sujet de la prévention de la iatrogénie médicamenteuse est un axe majeur et principal du programme d'actions déployé dans le cadre du PAPRAPS, et qui est décliné dans le cadre de la contractualisation CAQES 2022-2025 avec l'**indicateur régional « prévention de la iatrogénie et parcours »**.

Il reprend les thèmes du PAPRAPS centrés sur les actions de pertinence portées par l'hôpital vers la ville, et le renforcement du parcours ville-hôpital du patient.

Les prises en charge médicamenteuses jugées à enjeu de pertinence, qualité et sécurité des soins sont les suivantes :

⇒ **Sur les médicaments de la SANTE MENTALE, population tout âge.**

Les actions viseront à promouvoir le bon usage et la pertinence des prescriptions des produits de santé dans la prise en charge des **troubles psychiques, en lien avec la santé mentale dans sa globalité.**

⇒ **Sur les médicaments de la prise en charge de la DOULEUR CHRONIQUE, population tout âge.**

L'objectif est de concourir à la pertinence des prescriptions dans **la prise en charge de la douleur chronique** (prenant en considération, dans la prise en charge de la douleur en cancérologie, l'approche et l'expertise spécifique nécessaires).

- ⇒ **Sur la prévention de la iatrogénie CHEZ LA PERSONNE AGEÉ, poursuite et renforcements des actions régionales sur les marges de progrès déjà identifiées et en impliquant davantage les patients.**

Les actions viseront en particulier à réduire les prescriptions de médicaments inappropriés chez la personne âgée (MIPA) et à faciliter, favoriser et inciter à la réévaluation des traitements.

Sur l'ensemble de ces axes, la coordination entre les professionnels hospitaliers et les professionnels de ville est un enjeu central.

L'analyse des données disponibles et leur suivi dans le temps (données de remboursement Assurance Maladie, résultats d'audits régionaux) permet d'échanger avec les professionnels, notamment à l'occasion des groupes de pairs et commissions régionales de l'OMEDIT, sur les résultats obtenus et marges de progression.

L'année 2023 a été marquée par la première évaluation de la contractualisation CAQES de nouvelle génération. Les indicateurs régionaux élaborés sur ces thématiques ont permis de renforcer l'engagement des établissements de santé sur ces sujets.

➤ **Focus sur l'accompagnement des patients sous anticancéreux oraux**

Les axes de travaux régionaux en cours et à venir s'inscrivent dans le cadre des orientations de la stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030 et du PRS 2018-2028.

Au-delà du bénéfice attendu des dispositifs nationaux et appels à projets régionaux, qui feront l'objet d'un accompagnement institutionnel et d'une évaluation en région, la nouvelle contractualisation des établissements de santé a permis, à compter de 2023, d'inciter les établissements de santé à mettre en œuvre des actions visant à renforcer la qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients traités par cancer.

L'ensemble des acteurs concernés sont d'accord sur les objectifs centraux d'amélioration de l'observance et la poursuite du renforcement de la coordination entre les professionnels hospitaliers et les professionnels de ville. Le partage des bonnes pratiques innovantes pour renforcer cette coordination sera au cœur du programme d'actions, avec notamment l'impact attendu de la plateforme régionale « oncofficine » pour la sensibilisation et la formation des pharmaciens d'officine à l'accompagnement des patients sous anticancéreux oraux, en cohérence avec les actions d'accompagnement de l'Assurance maladie.

En parallèle de cette démarche, le suivi renforcé des pratiques de prescription des médicaments coûteux et innovants (« liste en sus ») est poursuivi notamment par le biais du dispositif de suivi « hors AMM ». L'objectif est d'échanger entre pairs sur la stratégie thérapeutique globale incluant les médicaments onéreux administrés à l'hôpital et en ville. Cette approche a été complétée par l'analyse des médicaments anticancéreux conventionnels et traitements administrés au domicile.

➤ **Focus sur le bon usage des antibiotiques et la lutte contre l'antibiorésistance**

La pertinence des prescriptions d'antibiotiques, qui s'inscrit dans les objectifs de qualité et sécurité des soins, vise la prescription la plus juste au regard des référentiels actualisés et la plus adaptée aux particularités du patient. Elle s'inscrit dans le cadre de la feuille de route régionale relative au bon usage des antibiotiques avec la contribution de l'ensemble des acteurs institutionnels et structures d'appui notamment le CRA^{tb} avec la contribution du CPIAS et de l'OMEDIT.

Le dispositif de contractualisation CAQES a vocation à renforcer la mobilisation des établissements de santé sur la pertinence des prescriptions d'antibiotiques dans une dimension de promotion des bonnes pratiques au niveau territorial, en lien avec le CRA^{tb}. Les nombreuses actions menées en ville par l'Assurance Maladie, en miroir, vont dans le même sens.

La mise en place de la nouvelle feuille de route régionale, en déclinaison des orientations stratégiques inscrites et renouvelées dans le Projet Régional de Santé nouvelle génération, et la réalisation du présent diagnostic, doivent donner un nouvel élan au programme d'actions prévu en Nouvelle-Aquitaine et apporter en particulier :

- ✓ Une meilleure compréhension des données disponibles
- ✓ Une sensibilisation plus large et transversale sur les enjeux, tous secteurs confondus

Enfin la cohésion de tous les acteurs de la région, autour des objectifs communs, sera au centre des actions mises en place, ainsi que la promotion d'une approche pluridisciplinaire et globale des enjeux sanitaires.

L'année 2023 a été marquée par une importante campagne de communication grand public déployée en région avec l'organisation de conférences de presse départementales (11), lors de la semaine mondiale de lutte contre les antimicrobiens promue par l'OMS.

Cette mobilisation a bénéficié de la prise de parole conjointe des infectiologues et des professionnels de ville pour la diffusion des bons messages et a fédéré de nombreux acteurs régionaux et locaux sous l'égide des délégations départementales de l'ARS et des CPAM, qui ont pu souligner en particulier la démarche « une seule santé » qui mobilise la lutte contre l'antibiorésistance et la promotion du bon usage des antibiotiques.

➤ **Focus sur l'inscription des priorités régionales PAPRAPS dans la contractualisation tripartite qui lie les établissements de santé à l'ARS et à l'Assurance Maladie**

Sur le champ sanitaire, la contractualisation tripartite CAQES 2022-2026 qui lie les établissements de santé ciblés, à l'ARS et aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) de la région, a permis de renforcer le suivi des thématiques inscrites dans le volet prescriptions de produits de santé du PAPRAPS.

Ce contrat conclu initialement pour 3 ans (2022-2024), et reconduit pour 2025 et 2026, a fait l'objet en 2023 d'une première évaluation pour l'ensemble des indicateurs régionaux reprenant les priorités du PAPRAPS :

- ✓ L'Indicateur régional (IR) « Prévention de l'iatrogénie et parcours ciblés » :
 - Douleur Chronique,
 - Santé Mentale,
 - Thérapies orales en oncologie
- ✓ L'indicateur régional (IR) « Prévention de la iatrogénie et réduction des médicaments inappropriés chez la personne âgée »
- ✓ L'indicateur régional (IR) « Bon usage des antibiotiques »

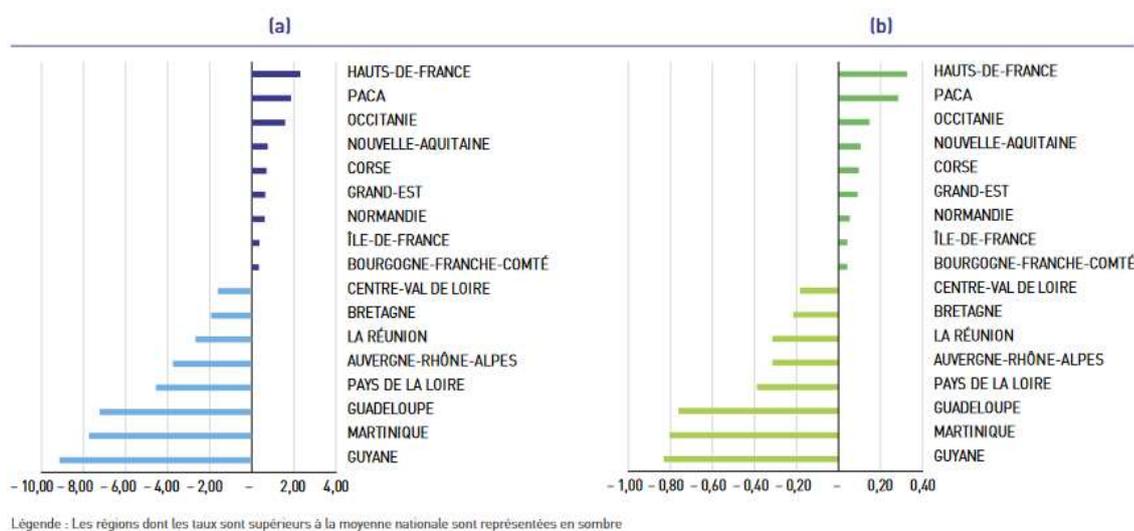
Ce dispositif et les thématiques (IR) précitées sont poursuivis avec un objectif commun : fédérer les établissements de santé ciblés sur les thèmes à enjeu de pertinence et concourir selon les orientations de l'ARS et l'Assurance Maladie (signataires du contrat) à la promotion des bonnes pratiques et à l'identification des leviers d'actions.

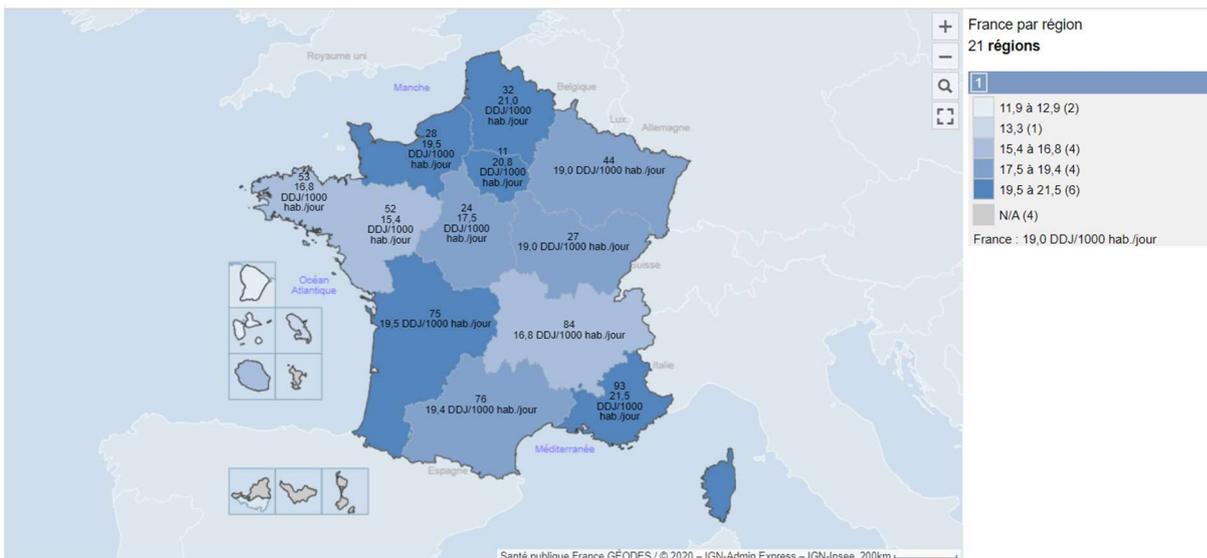
La mise en œuvre du contrat permet, grâce à l'évaluation annuelle, de valoriser les actions menées via l'attribution d'un intéressement financier.

Par ailleurs, la communication régionale des résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus, notamment via les commissions régionales et groupes de pairs, permet de valoriser et partager les actions innovantes relevées au sein des établissements de santé, dans une démarche de progression continue et commune.

ANNEXE 2A : BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES ET LA LUTTE CONTRE L'ANTIBIORESISTANCE

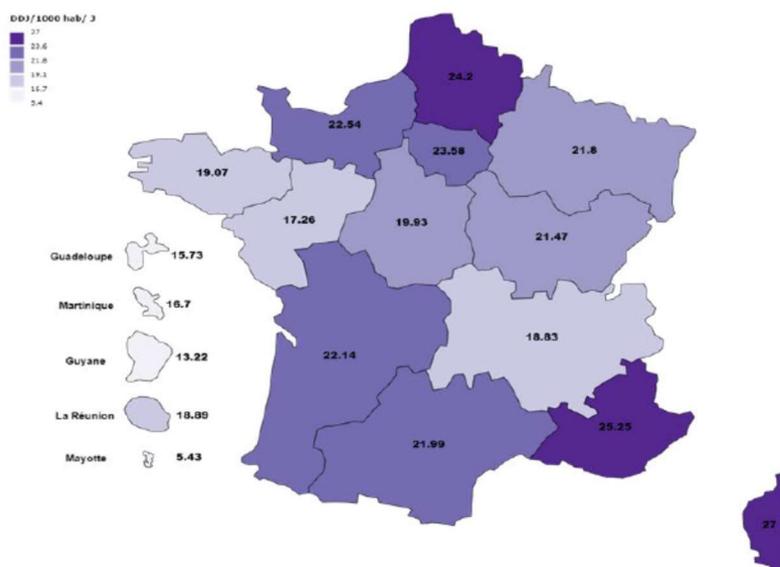
En 2021 la France figure toujours au 4ème rang des pays les plus consommateurs d'antibiotiques, et ceci depuis 2018, malgré la baisse continue observée depuis 10 ans. Au niveau régional, la Nouvelle-Aquitaine est toujours en 2021 la quatrième région la plus consommatrice d'antibiotiques comme observé entre 2016 et 2020 (voir **figure 1 et carte 1**).



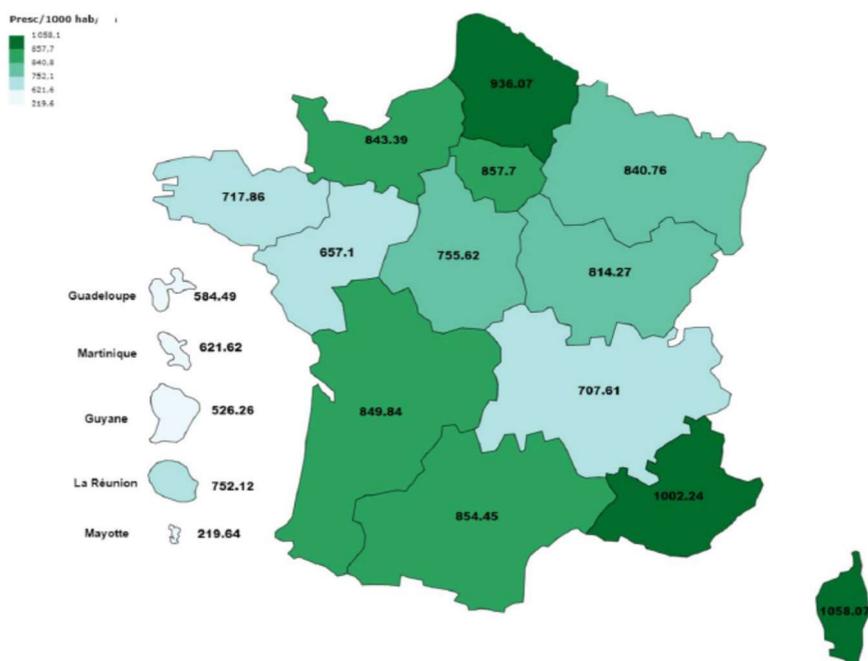


Cartes 1 et 2. Consommation et prescriptions d'antibiotiques en 2022 par région. Source : Santé publique France, données de surveillance, consommation d'antibiotiques en secteur de ville en France, 2012-2022

Carte 1. Consommation d'antibiotiques en 2022 par région



Carte 2. Prescription d'antibiotiques en 2022 par région



Les disparités régionales doivent néanmoins être analysées au regard des disparités en termes de population, d'offre de soins et d'activité médicale.

La stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance, dans une approche de santé globale « One Health », a fixé les objectifs suivants sur le bon usage des antibiotiques :

- Limiter le nombre de prescriptions d'antibiotiques délivrées en ville à moins de 650 par an pour 1.000 habitants d'ici 2025
- Réduire d'au moins 10% les consommations d'antibiotiques en établissement de santé entre 2019 et 2025.

➤ **Focus Consommations en ville et en EHPAD**

La consommation d'antibiotiques en ville, incluant les prescriptions hospitalières délivrées en officine de ville, fait l'objet d'une surveillance spécifique par Santé publique France. Les dernières données 2022 ont été actualisées dans le dernier rapport SpF de novembre 2023 (données 2012 à 2022).

Pour le secteur de ville, la consommation nationale des antibiotiques est estimée en 2022 à 21,6 DDJ (Dose définie journalière) /1000hab/j en progression de 14% par rapport à 2021 (pour rappel la consommation était de 22,5 DDJ/1000hab/j en 2018). La consommation exprimée en nombre de prescription pour 1000 habitants en France s'est établie à 821,5 Prescriptions/1000hab./an en 2022, en augmentation de 16,6% par rapport à 2021)

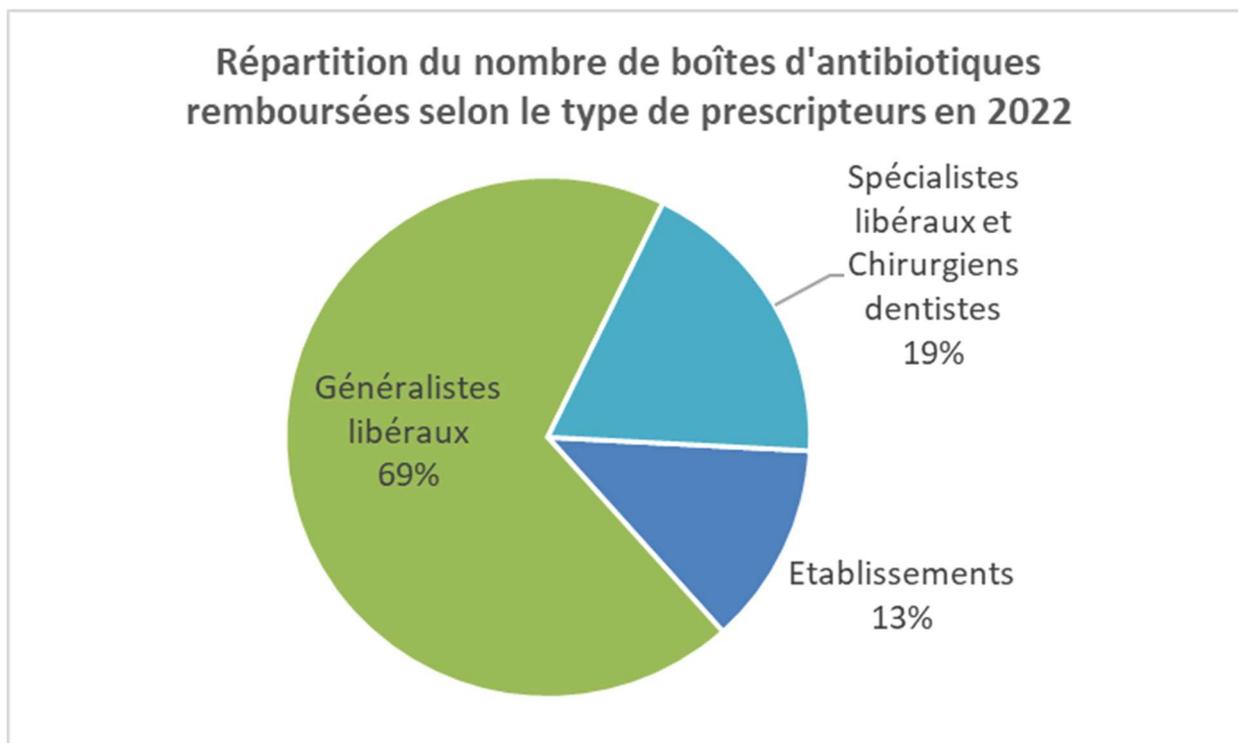
En Nouvelle-Aquitaine, la consommation en ville des antibiotiques en 2022 est supérieure à la consommation nationale :

- 22,14 DDJ/1000 hab/jour
- 849,8 prescr/1000 hab/an

Si la consommation d'antibiotiques reste globalement orientée à la baisse depuis 2012, elle a augmenté en 2022 à un rythme plus soutenu qu'en 2021 ; elle reste cependant à un niveau légèrement inférieur à celui observé en 2019.

Le secteur de ville est le plus important en termes de consommation d'antibiotiques, la médecine générale représentant 69% du nombre de boîtes remboursées tous secteurs confondus (cf figure 5)

Figure 5 : répartition des types de prescripteurs d'antibiotiques en nombre de boîtes, en Nouvelle-Aquitaine – pour tous les antibiotiques - Données cellule d'appui au DCGDR Nouvelle-Aquitaine - remboursements Assurance Maladie Régime général.
source SNDS



En région Nouvelle-Aquitaine, un diagnostic actualisé sur l'année 2022 a été réalisé par l'Assurance Maladie à partir des données de remboursement, avec un focus réalisé sur les antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance dits critiques : amoxicilline + acide clavulanique, céphalosporines de 3ème génération et 4ème génération (C3G et C4G), fluoroquinolones :

- La part d'antibiotiques critiques est de 32,9% pour l'ensemble des secteurs (en nombre de boîtes) en Nouvelle-Aquitaine en 2022 ;

- En ce qui concerne les données issues des prescriptions hospitalières issues des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif, qui représentent, pour l'année 2022, 13% du total du nombre de boîtes d'antibiotiques remboursées : la part d'antibiotiques critiques s'élève à 37,3% pour ce champ de prescriptions PHEV.

Dans les EHPAD sans pharmacie à usage intérieur (PUI), les consommations et les prescriptions d'antibiotiques ont augmenté en 2022 alors qu'elles étaient en diminution de 2015 à 2021. Elles étaient de 40,5/DDJ/1 000 Jheb (journées d'hébergement) (+11,4 % par rapport à 2021) et 4,07 presc./1 000 Jheb (+10,5 % par rapport à 2021), soit là aussi un niveau légèrement inférieur à celui observé en 2019. Malgré la hausse observée en 2022, l'utilisation des antibiotiques dans les EHPAD sans PUI demeure orientée à la baisse depuis 2015 et, comme dans le secteur de ville, une très forte diminution a été observée en 2020.

En 2021, contrairement au secteur de ville, la consommation dans le secteur des EHPAD a continué de diminuer. Le maintien, durant une grande partie de l'année, des protocoles mis en place ainsi que le respect des gestes barrières pour assurer la protection des résidents ont certainement contribué à cette baisse.

En 2022, par contre, le retour progressif à des protocoles proches de ceux en vigueur avant la pandémie permet en partie d'expliquer les augmentations constatées.

En revanche, selon les données de la surveillance SPARES dans 55 EHPAD avec PUI de Nouvelle-Aquitaine, la consommation d'antibiotiques était plus élevée en 2021 qu'en 2020 (34 DDJ/ 1000 journées d'hébergement et 31 en 2020). Il est à noter que les valeurs de consommations de fluoroquinolones et de C3G orales étaient supérieures en Nouvelle Aquitaine aux valeurs de consommation nationale.

Au niveau national, l'utilisation des pénicillines à large spectre est en forte progression et résulte de prescriptions de plus en plus nombreuses d'amoxicilline. Cette augmentation est à relier à la baisse des prescriptions de céphalosporines observées au niveau national conformément aux recommandations de bon usage. Néanmoins, en région Nouvelle Aquitaine, le nombre de prescription de céphalosporines de 3^{ème} et 4^{ème} génération reste stable entre 2020 et 2021.

Des modifications de la répartition des types d'antibiotiques prescrits sont à prévoir au regard des tensions d'approvisionnements nationales d'amoxicilline en cours sur l'année 2022-2023 avec des reports vers d'autres classes disponibles (notamment association amoxicilline-acide clavulanique, céphalosporines, macrolides).

➤ **Consommations en établissement de santé**

En ce qui concerne les données intra-hospitalières en France en 2022, la consommation globale est de 296 doses définies journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation (JH) selon les données de surveillance de la consommation des antibiotiques « SPARES ». L'utilisation globale d'antibiotiques est plus importante qu'en 2020, année pourtant marquée par une consommation élevée, dans un contexte d'activité hospitalière profondément modifiée par la crise sanitaire Covid-19. Néanmoins, sur 10 ans, une légère tendance à une consommation plus faible est observée. La stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance vise une réduction de 10 % de la consommation globale entre 2019 et 2025. L'évolution observée entre 2019 et 2022 (+ 4 %) souligne l'ampleur des efforts restant à accomplir.

Selon les données de surveillance de la consommation des antibiotiques « SPARES », la région Nouvelle-Aquitaine se situait au 6^{ème} rang national des régions les plus consommatrices en 2021 (après standardisation par rapport à l'activité hospitalière), avec une consommation totale d'antibiotiques de 296 DDJ/1000 JH (France entière : 282 DDJ/1000 JH).

En Nouvelle-Aquitaine, l'analyse des données SPARES 2020 et 2021 par le CPias Nouvelle-Aquitaine montre une consommation plus élevée qu'au niveau national d'antibiotiques à visée anti-staphylocoques résistants à la méticilline (à rapprocher de la fréquence importante de *S. aureus* résistant à la méticilline dans la région et de l'existence de centres de référence des infections ostéoarticulaires complexes) avec moins de glycopeptides au profit du linézolide.

La consommation de rifampicine est également plus élevée dans les secteurs de chirurgie de Nouvelle Aquitaine.

En 2021, la consommation en C1G-C2G est plus élevée que les consommations nationales d'environ 20% tous secteurs d'activité cliniques confondus (en secteur de chirurgie, les consommations n'étaient que 2% supérieures à la moyenne nationale).

En 2019, en Nouvelle-Aquitaine, la consommation de ceftazidime avibactam et de ceftolozane tazobactam, antibiotiques de dernier recours, excédait de plus de 10% la moyenne nationale en chirurgie, en réanimation et en pédiatrie. Une réduction importante de leur consommation a été observée en 2020 uniquement dans les secteurs de réanimation.

En 2021, la consommation de ceftazidime-avibactam s'est stabilisée en chirurgie et pédiatrie, mais a fortement augmenté en réanimation, en lien avec une rupture d'approvisionnement en ceftolozane tazobactam tout au long de l'année 2020.

Données de résistances bactériennes en Nouvelle-Aquitaine

Concernant les résistances observées en établissement de santé, en 2022 en Nouvelle-Aquitaine, l'incidence des *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) était inférieure à la valeur nationale (23.5% vs. 24.9%). De même, l'incidence des entérobactériales productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE), dont *Escherichia coli* et *Klebsiella pneumoniae*, était plus faible que l'incidence en France avec la poursuite d'une diminution de l'incidence de *E. coli* producteur de BLSE (62.5% vs. 62.9%).

Concernant les résistances observées en secteur de ville en Nouvelle-Aquitaine, en 2021, selon les données de la surveillance PRIMO, l'incidence de *E. coli* producteur de BLSE était inférieure à la valeur nationale. De même, l'incidence en *E. coli* résistant aux fluoroquinolones était inférieure à la valeur nationale pour la première fois, avec une tendance nationale à l'augmentation.

➤ **Quel est le regard des experts de la région Nouvelle-Aquitaine face à la problématique de l'antibiorésistance ?**

Les professionnels et experts régionaux (dont le nouveau Centre Régional en Antibiothérapie engagé dans la lutte contre l'antibiorésistance et le bon usage des antibiotiques) en lien avec l'ensemble des partenaires institutionnels et structures d'appui associés aux travaux, sont unanimes sur quelques constats de base qui méritent une attention particulière pour l'avenir :

- Il convient de partager davantage avec les professionnels de santé et le grand public les données de consommations des antibiotiques au niveau régional et infrarégional, et de poursuivre la pédagogie pour une bonne compréhension des données et des enjeux. La communication est essentielle.
- Des indicateurs définis au niveau régional pour chaque secteur de soin, et suivis dans le temps, de façon collective, permettraient une meilleure visibilité sur les évolutions constatées.
- La poursuite de la sensibilisation et de la formation sur le bon usage des antibiotiques via la transmission des référentiels de prescription de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des recommandations de la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) reste indispensable avec :
 - ✓ L'amélioration de l'accessibilité aux outils d'aide au diagnostic et à la prescription (par exemple : Antibioclic.com ou le e-POPI) à l'hôpital et en ville ;
 - ✓ La formation des professionnels en ville, à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux ;
 - ✓ L'élaboration et la diffusion d'outils visant à promouvoir le bon usage des antibiotiques (fiches de bon usage, flyers, quiz,...)

ANNEXE 2B : MEDICAMENTS SANTE MENTALE

Les psychotropes, et plus précisément les antipsychotiques et anxiolytiques, avaient été ciblés dans le précédent PAPRAPS avec une volonté de mobiliser les professionnels sur le bon usage de ces médicaments.

La Commission régionale santé mentale de l'OMEDIT NA poursuit sa mobilisation sur la proposition d'outils et d'actions afin de promouvoir le bon usage des anti psychotropes et anxiolytiques dans une dynamique de parcours de soins et de promotion des activités de pharmacie clinique.

La nouvelle génération de CAQES permet également, à compter de 2023, d'inciter les professionnels des établissements de santé à renforcer la prise en charge médicamenteuse globale (somatique et psychique) des patients. Les actions mises en œuvre doivent viser le déploiement notamment des activités de pharmacie clinique (conciliation médicamenteuse admission/sortie, réévaluation pluri professionnelle des traitements) et le renforcement du partage d'informations avec les professionnels de l'ambulatoire.

Les principaux résultats de la première évaluation CAQES 2023 (à laquelle tous les établissements ciblés ont répondu – 20/20) sont les suivants :

- 85% d'établissements engagés dans l'analyse pharmaceutique en lien avec le dossier du patient et les résultats biologiques
- 65% d'établissements engagés dans la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse
- 65% d'établissements engagés dans la mise en œuvre de la réévaluation pluriprofessionnelle des traitements
- 50% d'établissements engagés dans le renforcement de la coordination ville/hôpital autour de la prise en charge globale des patients

Dans le cadre de cette contractualisation CAQES, les établissements de santé ciblés par l'indicateur santé mentale ont réalisé (17ES/20) un audit sur les prescriptions de sortie de benzodiazépines. 312 patients ont été inclus avec une moyenne d'âge de 48,6 ans et une durée moyenne de séjour de 35 jours. La part de co-prescription de benzodiazépines anxiolytiques ou co-prescription de benzodiazépines sédatives était de 11% dont 3% non – justifiées. 24% des prescriptions de sortie comprenaient les modalités d'arrêt progressif des benzodiazépines prescrites. La durée moyenne de prescription de benzodiazépine était de 21 jours. La benzodiazépine la plus prescrite était le diazépam devant le zopiclone et l'alprazolam.

- Des marges d'amélioration persistent sur la prescription des benzodiazépines à demi-vie longue chez la personne âgée (31% des prescriptions sont constatées chez les patients >65 ans).
- Une nouvelle itération de cet audit aura lieu en 2024 avec le suivi des actions d'amélioration mises en place suite aux résultats de l'audit.

Par ailleurs, la pertinence des prescriptions médicamenteuses en santé mentale fait l'objet d'une vigilance et d'une analyse en particulier sur l'angle parcours de soins ville/hôpital, en raison des conséquences de la crise sanitaire. Dans ce domaine, notamment chez les jeunes populations, des dispositifs spécifiques ont été déjà mis en place par le ministère et l'Assurance Maladie : le Dispositif MonParcoursPsy, par exemple, qui permet de bénéficier de 8 séances par an chez un ou une psychologue.

Les évolutions des études et données exposées dans le PAPRAPS sur la pertinence des prescriptions en santé mentale, que ce soit en ville ou en établissement de santé, permettront d'éclairer les actions régionales à mener en priorité, dans une approche globale du parcours de santé de la population.

➤ Une mobilisation sur le bon usage du méthylphénidate (ritaline)

Au regard de l'augmentation de la consommation et de la prévalence de mésusage du méthylphénidate, et de patients nécessitant un traitement mais n'en ayant jamais bénéficié, une mobilisation de l'ARS, l'Assurance Maladie les CEIP/CRPV et l'OMEDIT est opérante pour mettre en œuvre des actions de sensibilisation au bon usage de ce médicament.

Le réseau régional de vigilances et d'appui de la Nouvelle-Aquitaine (RREVA-NA) a été également mis à contribution sur ce sujet et notamment sur les risques liés aux psychotropes et à la dépendance, ainsi que sur certaines prescriptions qui peuvent faire l'objet de détournements et de mésusages.

Concernant les populations pédiatriques, plusieurs rapports et études sont parus en 2023 :

- Le rapport du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) : « Quand les enfants vont mal, comment les aider ? » (Mars 2023) montre que la consommation de psychotropes chez l'enfant et l'adolescent (6-17 ans) a notamment augmenté de +62,58% pour les antidépresseurs, +78,07% pour les psychostimulants, et +155,48% pour les hypnotiques et sédatifs entre 2014 et 2021. La prévalence de consommation entre 2010 et 2021 a augmenté de +35% pour les hypnotiques et les anxiolytiques, +179% pour les antidépresseurs et +148% pour les psychostimulants. Pour la seule année 2021 (étude ANSM/EPIPHARE), l'augmentation est de +16% pour les anxiolytiques, +224% pour les hypnotiques et +23% pour les antidépresseurs.
- Ce phénomène de sur-médication ne concerne pas des cas isolés mais bien des dizaines de milliers d'enfants. Ces niveaux d'augmentation sont sans commune mesure (2 à 20 fois plus élevés) avec ceux observés au niveau de la population générale. Les enfants sont donc nettement plus exposés que les adultes à la souffrance psychique et aux difficultés psychologiques, mais aussi à la médication.
- Alors qu'à l'étranger, on observe des effets de pallier voire une diminution de la médication chez les plus jeunes, on constate en France entre 2010 et 2019 que les prescriptions de méthylphénidate (Ritaline) ont augmenté de +116%, alors que les consultations en CMPP ont été divisées par 4.
- L'étude ENABEE (Etude Nationale sur le Bien-être des Enfants), sur le bien-être et la santé mentale des enfants de 3 à 11 ans scolarisés en France métropolitaine, montre que 13% des enfants de 6-11 ans scolarisés du CP au CM2 présentent au moins un trouble probable de santé mentale.
- L'étude de la DREES, sur le 3e volet de l'enquête EpiCov', montre que près d'un enfant sur six a eu besoin de soins pour un motif psychologique entre mars 2020 et juillet 2021.

Le méthylphénidate, traitement médicamenteux de 2e intention du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité constitue un enjeu de santé publique régional particulier, consécutivement d'une part aux signalements effectués auprès des CEIP-A de la région, et d'autre part aux extensions récentes d'indications de l'AMM et de remboursement dans la prise en charge du TDAH chez l'adulte.

7 spécialités (princeps et génériques) sont commercialisées en France à ce jour, administrées par voie orale. Toutes disposent d'une indication commune dans la prise en charge globale du TDAH chez l'enfant de 6 ans et plus, lorsque des mesures correctives seules s'avèrent insuffisantes.

3 spécialités disposent actuellement d'une AMM et du remboursement en instauration de traitement du TDAH chez l'adulte ainsi qu'en poursuite du traitement initié durant l'enfance ou l'adolescence : RITALINE LP® (générique METHYLPHENIDATE ARROW LP®), CONCERTA LP® et MEDIKINET®, avec une nécessité de réévaluation régulière.

	SPECIALITES	DOSAGES	LIBERATION DANS L'ORGANISME
Spécialités disponibles en France ayant un statut stupéfiant	RITALINE LI®	10 mg	100% LI
	RITALINE LP®	10/20/30/40 mg	50% LI / 50% LP
	METHYLPHENIDATE ARROW LP®	10/20/30/40 mg	50% L I / 50% LP
	CONCERTA LP®	18/36/54 mg	22% LI / 78% LP
	METHYLPHENIDATE VIATRIS LP®	18/36/54 mg	22% LI / 78% LP
	MEDIKINET®	5/10/20/30/40 mg	50% LI / 50% LP
	QUASYM LP®	10/20/30 mg	30% LI / 70% LP

Suite à des signalements de mésusage en Gironde (principalement Bordeaux), une étude a été menée par les CEIP-A de Bordeaux et Marseille, « Analyse d'un signal d'augmentation du détournement du méthylphénidate en Aquitaine et à l'île de la Réunion ». Les résultats principaux sont détaillés ci-dessous.

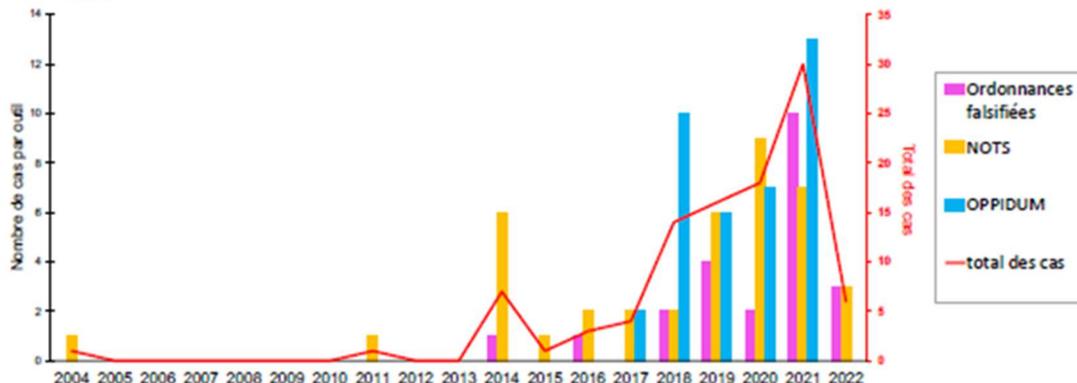
Les conclusions formulées : « Ces données confirment une augmentation des signaux de détournement et abus du MPH en Aquitaine, en particulier à Bordeaux, chez des adultes, en majorité des hommes, polyconsommateurs et injecteurs.

En revanche, aucune augmentation n'est mise en évidence à la Réunion. Le respect des conditions de dispensation pourrait être amélioré, notamment la présentation de l'ordonnance initiale annuelle par un spécialiste, ainsi que la communication entre professionnels de santé, grâce à la diffusion d'un document de communication rappelant les règles de délivrance du MPH aux médecins et pharmaciens. »

Les graphiques ci-après présentent l'évolution globale du nombre de cas et signalements en Nouvelle-Aquitaine :

1) Evolution globale du nombre de cas et signalements en Aquitaine

→ augmentation du nombre de signalements dans tous les outils → débute en 2019, paroxysme en 2021



NOTS (2004 – 2022)

- 40 cas notifiés
 - 30 graves (75 %)
 - 2 décès (5 %)
- Sex-ratio (H/F) : 3,3
- Age médian : 33,5 ans

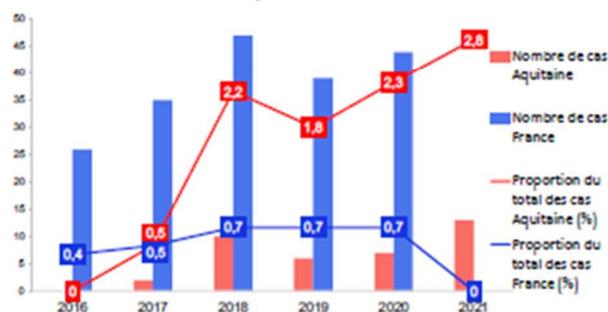
- **Ritaline®** (31 ; 75 %)
- **Voie IV** (22 ; 55 %)
- **Polyconsommation** (39 ; 97,5 %)

Ordonnances falsifiées (2014 – 2022)

- 23 ordonnances
- **Pic en 2021** : 10 ordonnances de complaisance réalisées par le même médecin à Bordeaux, impliquant Ritaline®

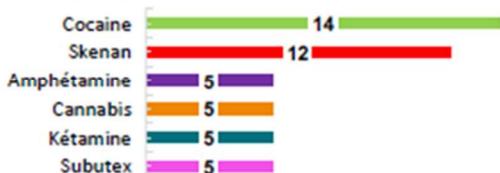
Oppidum (2016 – 2021)

➤ Evolution des mentions de MPH dans OPPIDUM en France et en Aquitaine



→ La proportion est stable au niveau national mais ↗ en Aquitaine

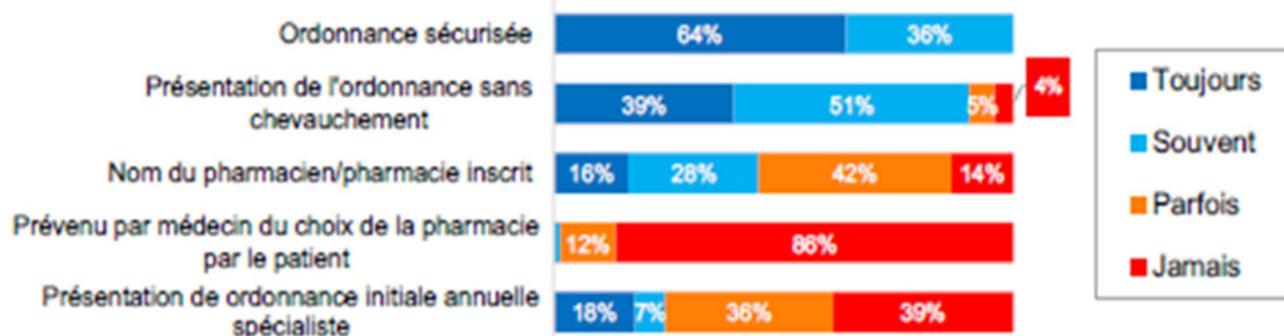
➤ Substances associées



➤ Conséquences médicales

- Locales (infection, éruption, nécrose cutanée,...) 20 ; 50 %
- Neuropsychiatriques (convulsions, coma, somnolence,...) 10 ; 25 %

➤ Respect des conditions de dispensation



NOTS : notification spontanée

La problématique double, inclut un risque de mésusage du MPH, chez l'adulte principalement, et une méconnaissance des conditions actuelles de prescription, dispensation et prise en charge du MPH, chez l'enfant et l'adulte, induisant des réticences préjudiciables au parcours de soins de la part des professionnels de santé, libéraux, mais aussi hospitaliers.

Un premier accompagnement des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine, par le biais de fiches Mémos dédiées, co-construites avec les CEIP-A et les CRPV de Nouvelle-Aquitaine, mais également les pédopsychiatres du CREDAH (CH Charles Perrens) a été déployé.

Des documents à destination des patients sont de même proposés, pour favoriser l'empowerment des patients et de leurs familles.

ANNEXE 2C : MEDICAMENTS ANTICANCEREUX ORAUX

Les 10 premiers médicaments anticancéreux par voie orale - en montant de dépenses en 2022 (Tableau 7), concernent principalement les médicaments de thérapies ciblées.

Tableau 7 : Palmarès des 10 premiers médicaments anticancéreux oraux en montant en PHEV en 2022 pour la région Nouvelle-Aquitaine (tous ES publics, ESPIC et privés)

Classe ATC	Spécialité(s)	Montants 2022	Montants 2021	Evolution des montants
L01EL01-IBRUTINIB	IMBRUVICA®	29 757 533 €	29 130 956 €	+ 2,2 %
L01EF01-PALBOCICLIB	IBRANCE®	22 072 562 €	21 905 127 €	+ 0,8 %
L04AX06-POMALIDOMIDE	IMNOVID®	19 704 125 €	16 976 280 €	+ 16,1 %
L01EB04-OSIMERTINIB	TAGRISSEO®	17 732 380 €	15 108 680 €	+ 17,4 %
L01EJ01-RUXOLITINIB	JAKAVI®	17 091 384 €	15 316 397 €	+ 11,6 %
L02BB04-ENZALUTAMIDE	XTANDI®	14 350 182 €	12 343 736 €	+ 16,3 %
L02BX03-ABIRATERONE	ZYTIGA® et génériques	11 982 184 €	13 452 672 €	-10,9 %
L01XX52-VENETOCLAX	VENCLYXTO®	11 217 300 €	8 689 271 €	+ 29,1%
L04AX04-LENALIDOMIDE	REVLIMID® et génériques®	9 658 040 €	41 570 149 €	-76,8 %
L01XK01-OLAPARIB	LYNPARZA®	8 733 361 €	6 050 029 €	+ 44,4 %

Les 10 premiers médicaments anticancéreux par voie orale - en nombre de patients en 2022 (Tableau 8), concernent principalement l'hormonothérapie des cancers du sein et de la prostate.

Tableau 8 : Palmarès des 10 premiers médicaments anticancéreux oraux en nombre de patients en PHEV en 2022 pour la région Nouvelle-Aquitaine (tous ES publics, ESPIC et privés)

Classe ATC	Spécialité(s)	Nombre de patients 2022	Nombre de patients 2021	Evolution 2021/2022
L02BG04-LETROZOLE	FEMARA® et génériques	10 534	9 624	+ 9,5 %
L02BA01-TAMOXIFENE	NOLVADEX® et génériques	4 333	4 235	+ 2,3 %
L01XX05-HYDROXYCARBAMIDE	HYDREA® et génériques	3 675	3 452	+ 6,5 %
L02BG03-ANASTROZOLE	ARIMIDEX® et génériques	3 392	3 299	+ 2,8 %
L02BG06-EXEMESTANE	AROMASINE® et génériques	2 836	2 742	+ 3,4 %
L04AX04-LENALIDOMIDE	REVLIMID® et génériques	2 242	2 113	+ 6,1 %

Classe ATC	Spécialité(s)	Nombre de patients 2022	Nombre de patients 2021	Evolution 2021/2022
L01BC06-CAPECITABINE	XELODA® et génériques	2 116	2 135	- 0,9 %
L01EF01-PALBOCICLIB	IBRANCE®	1 613	1 596	+ 1,1 %
L02BB03-BICALUTAMIDE	CASODEX® et génériques	1 281	1 429	- 10,4 %
L02BX03-ABIRATERONE	ZYTIGA® et génériques	1 147	956	+ 20,0 %

3.1.1.1.1.1 Le CAQES et l'appel à projet régional sur les « produits de santé »

Le nouveau CAQES a permis, à compter de 2022, d'inciter les professionnels des établissements de santé à renforcer les actions de pharmacie clinique et d'accompagnement des patients sous anticancéreux oraux en lien avec les professionnels de Ville. A noter que cette incitation financière vient en complément du financement au titre d'une mission d'intérêt général « Primo-Préscription de Chimiothérapie Orale » (Article D.6124-134 du CSP).

Les principaux résultats de la première évaluation CAQES 2023 (à laquelle tous les établissements ciblés ont répondu – 19/19) sont les suivants :

- 89% des établissements mobilisés dans le partage et la transmission d'informations aux professionnels de Ville
- 68% d'établissements engagés dans les actions de pharmacie clinique
- 47% d'établissements ayant mis en place des démarches spécifiques afin d'améliorer la coordination avec la Ville pour le suivi des patients (plateformes et réunions d'échanges Ville-Hôpital, mise à disposition d'outils d'aide au bon usage, sessions de formation à l'attention des professionnels de Ville)

L'élargissement des travaux dans un objectif d'optimisation de la stratégie thérapeutique globale du traitement médicamenteux des cancers

Les actions régionales menées depuis plusieurs années visent, avec l'implication des professionnels concernés, à échanger autour de la meilleure prise en charge et stratégie thérapeutique. Elles seront poursuivies avec la contribution des groupes de pairs régionaux pilotés par l'OMEDIT.

ANNEXE 2D : MEDICAMENTS CHEZ LA PERSONNE AGEE

La prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée constitue une priorité régionale renouvelée, identifiée par l'IRAPS et demeure un axe fort au regard du risque iatrogénique élevé dans cette population polypathologique, polymédiquée et souvent dépendante, avec une déclinaison particulière.

Dans ce contexte, cette thématique a été intégrée à la contractualisation CAQES 2022-2024, prolongée pour 2025 et 2026, avec un indicateur régional (IR) dédié, et concerté avec les établissements de santé ciblés, signataires, soit 26 établissements dans la région. Cet indicateur vise la réduction des Médicaments Inappropriés chez la Personne Âgée (MIPA) et propose un audit de pratiques sur la pertinence des prescriptions.

L'audit régional d'évaluation des pratiques de prescriptions a été réalisé et mis à disposition des établissements ciblés afin de détecter les médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée.

10 établissements ont réalisé cet audit en 2023, dont les résultats régionaux sont les suivants :

- Sur les 250 patients inclus, d'âge moyen 86,3 ans, une moyenne de 10,7 médicaments prescrits par patient a été retrouvé avec un maximum de 31.
- 235 situations ou médicaments inappropriés (MPI) ont été détectés, soit 0,94 par prescription et 56% des prescriptions présentaient au moins un MPI.
- Le palmarès des MPI était : 1/ les inhibiteurs de la pompe à protons IPP, 2/ l'association de médicaments à effet anticholinergique, 3/ les benzodiazépines à demi vie longue.
- 161 interventions pharmaceutiques ou médicales, soit 69%, ont été proposées en vue de modifier la prescription, dont 78% ont été acceptées. Soit une baisse de 54% des MPI après réévaluation des prescriptions.

Cet audit renouvelé lors de l'évaluation CAQES 2024 sur les données 2023 avec l'intégration des MPI et des omissions de traitements, a été étendu, au-delà du cadre du CAQES, aux établissements volontaires (secteurs sanitaire et médicosocial).

Selon les données issues de l'évaluation des résultats 2022, l'activité de conciliation médicamenteuse chez la population âgée ciblée a été mise en place dans 81% des établissements ciblés (100% dans les CHU, 69% dans les CH et 83% dans les établissements privés, en lien avec les ressources humaines disponibles) dans un objectif de sécurisation du parcours du patient, d'optimisation de la prise en charge et de transmission d'informations.

La réévaluation pluriprofessionnelle des prescriptions dans un objectif de pertinence et de prévention de la iatrogénie a été mise en place dans 73% des établissements selon une formalisation plus ou moins importante de cette activité.

L'évaluation des actions menées a permis de mettre en exergue la mobilisation en interne des établissements. Des actions externes en lien avec la ville se développent notamment l'organisation de soirée ville/hôpital, des échanges avec les EHPAD, l'utilisation d'outil communicant tel que PAACOO Globule.

Ces résultats confirment la mobilisation importante de l'ensemble des acteurs en région sur cette thématique. On notera l'engagement des organismes institutionnels, des structures d'appui, des professionnels en ES et en ville, et l'implication des associations des patients.

Peuvent être notamment cités :

- ✓ L'élaboration et la diffusion de guides et outils de sensibilisation ou communication à la prévention de la iatrogénie de la personne âgée incluant notamment la liste des médicaments inappropriés chez la personne âgée
- ✓ Les actions lors de la semaine de sécurité des patients (Novembre) en partenariat avec les représentants des associations des patients
- ✓ Les actions de formation à l'attention des professionnels de santé (sanitaire et médico-social) : conciliation médicamenteuse, pertinence des prescriptions et antibiothérapies chez la personne âgée
- ✓ En 2023, 5 formations ont été organisées par l'OMEDIT sur la thématique pertinence des prescriptions chez la personne âgée, soit 163 participants (42% médecins, 40% pharmaciens et 13% préparateurs)
- ✓ L'expérimentation « PAERPA » (Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) et du programme national TSN (Territoire de Santé Numérique) XL ENS Landes avec notamment l'appui à la promotion des outils de coordination (PAACO Globule) et l'appui de l'OMEDIT NA pour le renforcement de la conciliation médicamenteuse
- ✓ Les actions d'accompagnement en EHPAD en vue d'optimiser les organisations et de favoriser l'approche pluriprofessionnelle de la prise en charge médicamenteuse (OMEDIT-ARS)
- ✓ L'accompagnement historique de l'Assurance Maladie en EHPAD sur la prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée avec l'appui de profils, a été renouvelé en 2023 en particulier avec un focus sur le circuit des médicaments et la prévention des infections associées aux soins (IAS : infections urinaires, pulmonaires et cutanés) et sur l'antibiorésistance ; Cet accompagnement a été l'occasion d'une action synergique avec l'OMEDIT et les structures d'appui (CPIAS, CCECQA)

En complément de cette campagne spécifique, des campagnes de sensibilisation sur la pertinence des prescriptions médicamenteuses en matière d'IPP (inhibiteurs de pompe à protons) ou d'antibiothérapie ont été portées par les DAM (délégués assurance maladie) en 2023 à destination des médecins généralistes

- ✓ Une autre campagne portée par les DAM en 2024, à destination des MG sur la poly médication de la personne âgée à partir d'outils dédiés par médicaments :
 - Un profil de prescription via la Dataviz polymédication
 - Des outils mis à sa disposition pour aider dans la dé prescription via la boîte à Outils « Risque iatrogénique »
 - disponible sur Ameli/PS/médecin/santé et prévention/ médicaments.

Parallèlement l'ANAP a mis en place des accompagnements individualisés et en continu des EHPAD candidats sur la région NA sur le circuit du médicament (190 EHPAD en région)

Une nouvelle commission régionale animée par l'OMEDIT sur la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée a été installée en 2023 avec l'objectif de renforcer la coordination régionale et le partage des bonnes pratiques autour de la pertinence des prescriptions chez la personne âgée.

La recherche des indicateurs de suivi sur la baisse des médicaments inappropriés en région devra se poursuivre car aucune méthode n'a été retenue pour le moment. La commission permettra un partage plus large des expérimentations, des outils de communication et de sensibilisation innovants et l'identification des dispositifs, outils ou supports qui pourront être transposés en région.

A ce titre, l'OMEDIT a déployé en 2024 deux outils :

- Un serious game « PRISMAGE », codéveloppé par l'OMEDIT N-AGG et l'OMEDIT Martinique, sur la Prévention des Risques liés à l'iatrogénie Médicamenteuse chez le Sujet Âgé.
L'objectif est d'apprendre à identifier les risques, à prendre des décisions éclairées, et à enrichir ses connaissances sur la juste prescription et l'iatrogénie médicamenteuse tout au long du parcours.
Cet outil est à destination des médecins, pharmaciens et IDE, à la fois du secteur hospitalier et de ville.

- Un outil dénommé « **OMAGE²²** » (Optimisation des Médicaments chez les patients AGEs) » dont la finalité est de concourir à l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée. Ce déploiement fait suite aux besoins exprimés par les professionnels de santé de la région Nouvelle-Aquitaine dans le cadre de la commission régionale OMEDIT « personnes âgées ».

Il s'agit d'un outil se présentant sous la forme d'un jeu de carte, qui permet la conduite d'un entretien avec le patient ; grâce à un temps structuré d'écoute active de celui-ci à un moment de son parcours de soin, cette démarche permet la création et le renforcement de l'alliance thérapeutique, la co-construction du plan de soins (et d'aides), ainsi que l'augmentation de la pertinence des soins et de l'adhésion du patient.

Des sessions de formation sont mises en œuvre par l'OMEDIT Nouvelle-Aquitaine à compter de 2024 à destination des professionnels de tous les secteurs, sachant que cette approche concerne également, au-delà de la population des personnes âgées, les patients complexes polypathologiques et polymédiqués.

Les prescriptions en EHPAD sans PUI, données mises à disposition par l'Assurance Maladie.

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (PCEM) chez les personnes âgées, et notamment les résidents en EHPAD, est un sujet complexe dont l'enjeu est primordial. Les campagnes se poursuivent en 2024.

Les données spécifiques sur la prise en charge médicamenteuse en EHPAD fournies par l'Assurance Maladie (EHPAD sans PUI) en région Nouvelle-Aquitaine ont été actualisées avec les données 2021.

Il est à noter qu'en Nouvelle-Aquitaine, en 2021, parmi les résidents en EHPAD sans PUI :

- **12,9%** des résidents ont plus de 2 psychotropes différents **contre 11,9%** au niveau national,
- **19,1 %** des résidents ont un traitement par une ou plusieurs benzodiazépines hypnotiques **contre 18,5%** au niveau national. Cette proportion est en diminution depuis 2017 (22,5% en 2019, 19,8% en 2020 au niveau régional).
- **54,9%** ont un traitement par benzodiazépines anxiolytiques **contre 48,6%** au niveau national (**10,0%** ont un traitement par benzodiazépines anxiolytiques à demi-vie longue **contre 8,6%** au niveau national).

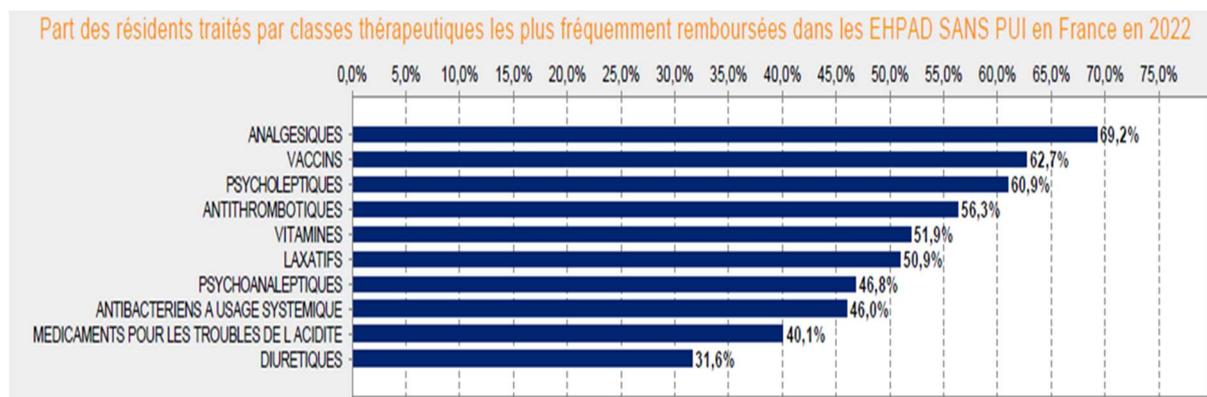
Données 2022 - profils Assurance Maladie (3 données pour la région : Aquitaine/Limousin et Poitou-Charentes)

Part des résidents en EHPAD sans PUI en 2022	ex-Aquitaine	ex-Poitou-Charentes	ex-Limousin	France
Agés de plus de 66 ans avec plus de 10 molécules différentes consommées par mois	14,00%	11,90%	15,50%	13,30%
Ayant eu plus de 2 psychotropes différents	13,30%	10,30%	15%	12,20%
Sous traitement de benzodiazépines hypnotiques	18,70%	13,50%	18,40%	18,20%
Sous traitement de benzodiazépines anxiolytiques	55,40%	53,20%	51,90%	49,20%
Sous traitement de benzodiazépines anxiolytiques à 1/2 vie longue	10,10%	9,70%	11,70%	8,80%

²² « OMAGE » a été développé par l'OMEDIT Île-de-France.

La figure 3 montre le détail des classes thérapeutiques les plus souvent retrouvées dans les EHPAD sans PUI en France en 2022.

Figure 3 : Part des résidents traités par classes thérapeutiques les plus fréquemment remboursées dans les EHPAD sans PUI en France en 2022 (Source : CNAM SNIIRAM/DCIR et RESIDEHPAD)



ANNEXE 2E : MEDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR

Données issues de l'étude régionale de l'Assurance maladie réalisée en 2021 sur les données 2020

Les prescripteurs à l'origine d'une prescription de médicaments antalgiques étaient en 2020 :

- 75% : médecins généralistes
- 20% : établissements
- 6% : autres

71% des remboursements concernaient le paracétamol, 4% l'association paracétamol + codéine, 3% l'association paracétamol + Tramadol.

Le taux de recours aux antalgiques s'élevait à 68% pour l'ensemble de la population, dont :

- 79% pour les personnes âgées de 75 ans et plus
- 66% pour les personnes âgées de moins de 75 ans

Le taux de recours aux antalgiques était de 60% pour les antalgiques de pallier 1, 16% pour les antalgiques de pallier 2 et 13% pour les antalgiques de pallier III.

Les taux de recours détaillés par médicament sont les suivants :

- AINS : 26%
- Tramadol : 7%
- Fentanyl : 0,3%

La répartition des prescriptions selon le nombre de molécules antalgiques simultanément prescrites (hors associations fixes) est la suivante :

- 1 seule molécule : 76% des prescriptions
- 2 molécules : 21%
- 3 molécules : 3%
- Plus de 3 molécules : 0,3%

Cette première étude globale a permis de disposer d'un état des lieux des pratiques au niveau régional avec une déclinaison départementale.

Elle a vocation à être complétée par des études complémentaires et analyses multifactorielles ciblant des parcours patients à enjeux de pertinence sur la prise en charge de la douleur (n'ayant pas pu être réalisé à ce jour), au regard de l'hétérogénéité des pathologies concernées, modes de prise en charge et types de patients et parcours.

Contractualisation CAQES 2022-2024, reconduite pour 2025 et 2026

L'expertise des centres d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) sur l'ensemble des territoires a été valorisée dans le cadre de la nouvelle contractualisation CAQES qui comprend un indicateur régional (IR) sur la thématique de la prise en charge de la douleur chronique.

La contractualisation sur ce sujet a permis à compter de 2023, d'inciter les professionnels des établissements à poursuivre la mise en oeuvre d'actions visant à améliorer la prise en charge globale des patients douloureux chronique, de participer à l'identification des pratiques innovantes ou d'alerter sur les risques liés à certaines spécialités.

Les principaux résultats de la première évaluation CAQES 2023 (à laquelle tous les établissements ciblés ont répondu – 30/30) sont les suivants :

- 85% d'ES engagés auprès des patients atteints de douleurs chroniques et des professionnels de ville afin de réduire les risques de dépendance et de la iatrogénie (surdosage, gestion des effets indésirables notamment)
- 46% d'établissements engagés dans la mise en oeuvre de la conciliation médicamenteuse et de la réévaluation pluriprofessionnelle des traitements
- 27% d'établissements engagés dans le renforcement des actions d'information et de sensibilisation des professionnels de ville menées sur les risques de dépendance aux traitements (réunion d'information, support de communication, ...)

L'ensemble des établissements de santé disposant d'un CETD sont ciblés avec comme principaux attendus :

- La mise à profit des activités de pharmacie clinique (conciliation médicamenteuse et réévaluation pluriprofessionnelle des prescriptions) ;
- La mise en place des actions auprès des patients atteints de douleurs chroniques et des professionnels de ville en vue de réduire les risques de dépendance et de iatrogénie (surdosage, amélioration de l'observance et gestion des effets indésirables notamment).

Accompagnement des ESMS PH (FAM MAS IME)

La prise en charge de la douleur est un des objectifs des visites auprès de ces établissements. Il convient de rechercher systématiquement une cause somatique en cas de trouble du comportement. Le handicap lui-même peut induire des troubles du comportement. Mais certains troubles peuvent être le signe d'une douleur.

- Initier une dynamique sur les pratiques de l'établissement dans une démarche d'amélioration de la prise en charge de la douleur
- Renforcer le réflexe douleur chez le personnel (repérage, évaluation et réévaluation avec des échelles)

Quelques exemples des outils proposés :

- [Santé BD => dire-et-soulager-ma-douleur](#)
- [Fiches Handiconnect](#) : faciliter la relation soignante soigné, permettre au professionnel de santé de tisser des liens de confiance avec son patient et ainsi éviter les ruptures de parcours de soins et des arrêts de traitements.
- [Le guide Pedialol](#) est destiné à tout soignant s'occupant d'un enfant malade ou accidenté.
- [La Plateforme CEPS](#) propose une classification multilingue des INM (interventions non médicamenteuses). Elle permet de faciliter la compréhension commune de ces méthodes favorables à la santé au sein d'une organisation hiérarchique, et encourage une meilleure description de la part des chercheurs et des praticiens inventeurs.

A fin juin 2024, 104 établissements de la région ont été rencontrés.



LA PERTINENCE DES TRANSPORTS SANITAIRES

ANNEXE 3 : DIAGNOSTIC REGIONAL DES TRANSPORTS SANITAIRES

1. Évolution des dépenses en montants remboursés

Le tableau ci-dessous détaille les montants et quantités remboursés par l'Assurance Maladie en 2023 par type de transports, leur part dans l'ensemble des transports et leur évolution par rapport à 2022, hors dépenses liées aux transports sanitaires urgents (TSU).

Région Nouvelle Aquitaine						
Données comparatives : 01/01/2023 - 31/12/2023 & 01/01/2022 - 31/12/2022						
Données de la période : 01/01/2023 - 31/12/2023				Ensemble des prescripteurs		
	Montants remboursés	Part	Evolution	Quantité	Part	Evolution
Transports hors transports sanitaires urgents	431 969 913	100,0%	8,2%	6 997 085	100,0%	2,2%
Ambulances	93 341 120	21,6%	-3,4%	919 137	13,1%	-2,5%
VSL	92 983 443	21,5%	-0,4%	2 396 015	34,2%	0,6%
Taxis	201 101 498	46,6%	10,3%	3 079 304	44,0%	3,4%
Véhicules personnels	7 971 455	1,8%	7,2%	439 763	6,3%	13,0%
Autres transports	5 060 359	1,2%	6,6%	119 641	1,7%	7,5%
Aide transitoire(RFC)	24 787 648	5,7%	198,6%	1 007	0,0%	-71,7%
Article 80 (facturation des suppléments)	6 724 390	1,6%	5,0%	42 218	0,6%	3,5%

Source : ERASME régional, régime général hors SLM, en date de remboursement

Les dépenses de transports hors TSU ont augmenté de +8,2% entre 2022 et 2023. Ce sont les dépenses de taxis et l'aide transitoire (qui correspond, en 2023, au forfait d'aide à l'équipement) qui contribuent le plus à cette augmentation. Les dépenses d'ambulances diminuent de -3,4%. Elles représentent 21,6% des dépenses de transports hors TSU en 2023 (contre 24,2% en 2022).

Le tableau ci-dessous présente les données relatives aux TSU :

Région Nouvelle Aquitaine

Données comparatives : 01/01/2023 - 31/12/2023 & 01/01/2022 - 31/12/2022

Données de la période : 01/01/2023 - 31/12/2023

Ensemble des prescripteurs

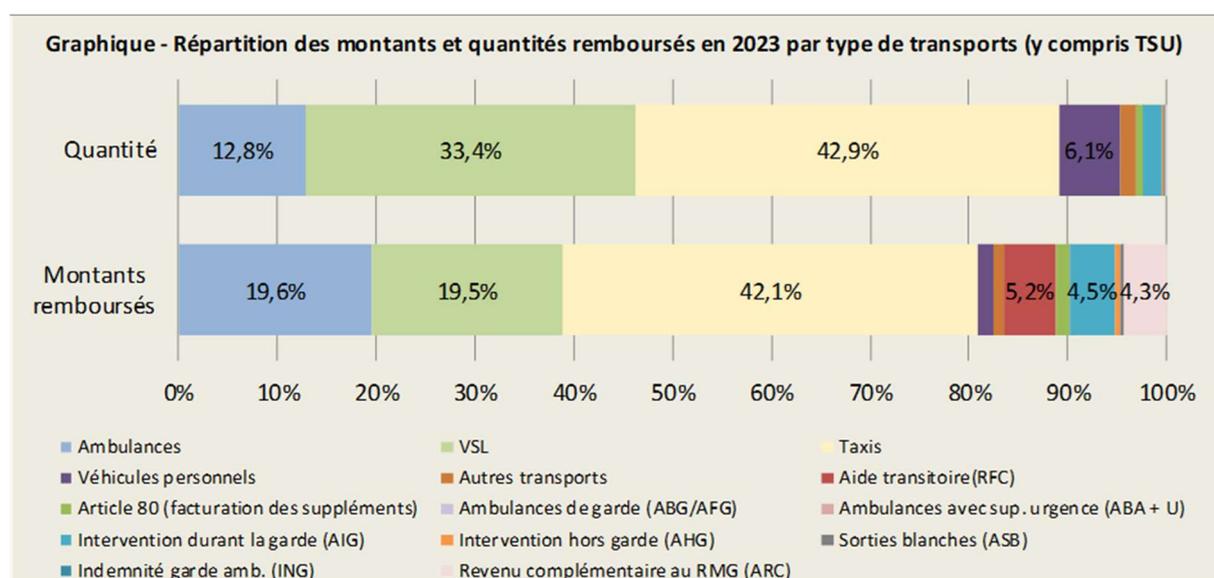
	Montants remboursés	Part	Evolution	Quantité	Part	Evolution
Transports sanitaires urgents	45 236 629	100,0%	62,8%	176 708	100,0%	-2,5%
Ambulances de garde (ABG/AFG)	83 786	0,2%	-97,2%	805	0,5%	-98,3%
Ambulances avec sup. urgence (ABA + U)	312 549	0,7%	-92,8%	1 799	1,0%	-96,0%
Intervention durant la garde (AIG)	21 580 545	47,7%	330,3%	135 232	76,5%	224,8%
Intervention hors garde (AHG)	2 835 645	6,3%	273,1%	17 390	9,8%	178,9%
Sorties blanches (ASB)	1 222 366	2,7%	1122,7%	16 561	9,4%	1114,1%
Indemnité garde amb. (ING)	416 850	0,9%	-96,6%	1 308	0,7%	-96,6%
Revenu complémentaire au RMG (ARC)	18 784 888	41,5%	738,1%	3 613	2,0%	1565,0%

Source : ERASME régional, régime général hors SLM, en date de remboursement

Les nouvelles modalités de rémunération des transports urgents pré-hospitaliers prévues par les avenants 10 et 11 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés ont été appliquées progressivement à partir du 1er juillet 2022, en fonction de la mise en œuvre dans les départements de la nouvelle organisation de la garde ambulancière.

En 2023, les TSU représentent 9,5% des montants remboursés pour l'ensemble des transports, soit une augmentation de +3 points de pourcentage par rapport à 2022. L'augmentation observée en date de remboursement est majorée par rapport à ce qu'elle serait en date de soins en raison des modalités de paiement de ces transports.

Le graphique ci-dessous présente la répartition des montants et quantités remboursés en 2023 par type de transports, y compris TSU :



Source : ERASME régional, régime général hors SLM, en date de remboursement

Les taxis représentent 42,1% des dépenses de transports en montants remboursés. La part de l'ambulance est plus faible (19,6%) mais est élevée au regard de son poids dans les quantités remboursées (12,8%).

2. Évolution des dépenses par type de prescripteurs

Les tableaux suivants présentent l'évolution des montants et quantités remboursés (hors RFC, art.80 et hors TSU) par type de prescripteurs (médecins généralistes libéraux, spécialistes libéraux et établissements) :

Région Nouvelle Aquitaine						
Données comparatives : 01/01/2023 - 31/12/2023 & 01/01/2022 - 31/12/2022						
Données de la période : 01/01/2023 - 31/12/2023						
Prescripteurs (hors RFC, art. 80 et TSU)	Montants remboursés	Part	Evolution	Quantité	Part	Evolution
Généralistes libéraux	83 834 149	20,9%	-1,0%	1 837 320	26,4%	-0,4%
Spécialistes libéraux	56 038 076	14,0%	1,4%	962 820	13,8%	-1,6%
Etablissements	259 519 327	64,8%	6,6%	4 133 318	59,4%	4,4%
Montants remboursés (bruts + évolution)	Ambulance		VSL		Taxi	
Généralistes libéraux	25 299 371	-7,3%	22 203 518	-3,7%	33 490 807	5,4%
Spécialistes libéraux	9 970 950	-12,1%	14 783 677	-3,3%	29 499 968	9,5%
Etablissements	57 782 374	0,1%	55 755 519	1,8%	137 747 779	11,7%

Source : ERASME régional, régime général hors SLM, en date de remboursement

Les montants remboursés (hors RFC, art.80 et TSU) augmentent de +6,6% par rapport à 2022 pour les prescriptions des établissements alors qu'ils n'augmentent que de +1,4% pour les spécialistes libéraux et qu'ils diminuent de -1,0% pour les généralistes. La part des prescriptions de transports des établissements augmente donc par rapport à 2022 et s'élève à 64,8% en 2023 (+1,5 point de pourcentage par rapport à 2022).

L'augmentation des montants remboursés sur prescription des établissements concerne principalement les taxis (+11,7%) alors que les montants d'ambulances (hors TSU) sont stables (+0,1%).

La réglementation relevant de l'article 80 n'ayant pas été modifiée, le point sur ce sujet est pour l'instant retiré du programme.

3. Évolution des dépenses de prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de transports par département

Les données présentées ci-dessous portent sur les prescriptions exécutées en ville des établissements de santé publics et privés hors RFC, art .80 et TSU. Les dépenses de PHEV de transports (hors RFC, art .80 et TSU) augmentent dans tous les départements et leur évolution varie de +1,0% pour la Vienne à +11,4% pour la CPAM du Lot-et-Garonne.

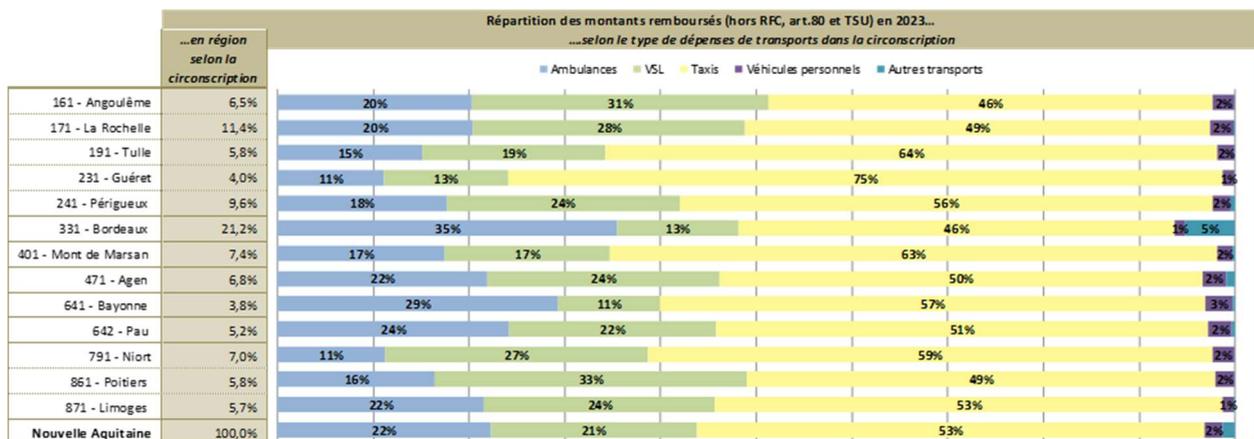
Transports, hors RFC, art.80 et TSU	Montants remboursés	Part	Evolution	Contribution à l'évolution*
161 - Angoulême	16 870 657	6,5%	7,2%	7,1%
171 - La Rochelle	29 646 845	11,4%	4,8%	8,4%
191 - Tulle	15 178 658	5,8%	10,2%	8,7%
231 - Guéret	10 332 906	4,0%	1,3%	0,8%
241 - Périgueux	24 791 421	9,6%	10,1%	14,1%
331 - Bordeaux	54 949 317	21,2%	6,2%	19,8%
401 - Mont de Marsan	19 196 743	7,4%	7,4%	8,2%
471 - Agen	17 672 468	6,8%	11,4%	11,3%
641 - Bayonne	9 733 927	3,8%	3,7%	2,2%
642 - Pau	13 400 409	5,2%	10,4%	7,9%
791 - Niort	18 106 196	7,0%	5,1%	5,4%
861 - Poitiers	14 940 382	5,8%	1,0%	0,9%
871 - Limoges	14 699 400	5,7%	5,9%	5,1%
Nouvelle Aquitaine	259 519 327	100,0%	6,6%	100,0%

*La contribution à l'évolution se définit comme l'impact de l'évolution des montants remboursés de la circonscription sur l'évolution des montants remboursés en région.

Source : ERASME régional, régime général hors SLM, en date de remboursement

4. Répartition des dépenses de PHEV de transports selon le mode de transport par département

Le graphique ci-dessous présente la répartition des dépenses de PHEV de transports (hors RFC, art.80 et TSU) selon le mode de transport, par département. Cette répartition est variable selon les départements. La part de l'ambulance (hors RFC, art.80 et TSU), qui s'élève à 22% en Nouvelle-Aquitaine, varie par exemple de 11% dans la Creuse et dans les Deux-Sèvres à 35% en Gironde.



Source : ERASME régional, régime général hors SLM, en date de remboursement



LA PERTINENCE DES PARCOURS

ANNEXE 4 : PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE

Rappel du contexte

La mise en place du **Parcours de soins insuffisance cardiaque** constitue un des deux parcours pilotes identifiés parmi les chantiers nationaux de la Stratégie de Transformation du Système Santé Ma Santé 2022.

Le rapport Charges et Produits 2020 de l'Assurance Maladie rappelle le choix de cette pathologie parmi les pathologies chroniques :

« L'insuffisance cardiaque est une pathologie chronique qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire sur le long cours, associant en fonction du stade des mesures hygiéno-diététiques adaptées, un traitement médicamenteux adapté et un suivi régulier partagé entre le cardiologue et le médecin traitant. Lorsqu'elle n'est pas correctement prise en charge, elle peut évoluer de manière aiguë sous forme de décompensation, complication grave, potentiellement létale, nécessitant une hospitalisation et des soins urgents.

Plusieurs études ont montré que la prise en charge des patients pouvait être améliorée et conduire à d'importants gains en termes de survie, de qualité de vie et de dépenses évitées. Ainsi, l'insuffisance cardiaque représente la moitié des séjours d'hospitalisation potentiellement évitables avec plus de 156 000 séjours en 2015 et plus de 160 000 séjours en 2017. »

« L'un des points critiques identifié du parcours des patients concerne les suites d'une hospitalisation pour un épisode de décompensation. Plusieurs recommandations de la HAS ont traité de ce sujet et préconisent un contact rapide avec un professionnel de santé (médecin traitant dans la semaine qui suit l'hospitalisation puis cardiologue) pour optimiser le traitement. Sont également recommandées des visites à domicile d'un infirmier formé au suivi des patients atteints d'une insuffisance cardiaque et d'un kinésithérapeute. La sortie d'hospitalisation des patients insuffisants cardiaque fait l'objet notamment du programme PRADO ».

En plus de l'enjeu central de prévenir les décompensations aiguës chez les patients déjà atteints, le rapport Charges et Produits pour 2023 met l'accent sur l'importance de prévenir l'évolution vers l'insuffisance cardiaque des personnes à risque. Cet enjeu de prévention primaire est illustré par l'analyse de l'incidence de l'insuffisance cardiaque parmi les personnes avec une maladie coronaire, au cours de 4 années de suivi²³.

²³ Rapport Charges et Produits pour 2023 : *Approche par pathologie : l'insuffisance cardiaque*

Évolution des chiffres sur l'Insuffisance Cardiaque

Évolution des effectifs d'insuffisance cardiaque (IC) entre 2015 et 2020, selon la région

		2015	2016	2017	2018	2019	2020
France entière ^a	Ensemble des personnes avec IC ^b	835 800	852 300	866 800	864 400	864 000	846 500
	dont IC aigue ^b	22,7%	22,4%	22,4%	22,5%	22,9%	20,9%
Auvergne-Rhône-Alpes	Ensemble des personnes avec IC ^b	100 800	102 800	105 100	104 700	105 000	102 400
	dont IC aigue ^b	21,5%	21,5%	21,6%	21,8%	22,2%	20,2%
Bourgogne-Franche-Comte	Ensemble des personnes avec IC ^b	40 800	41 500	42 100	41 500	41 600	40 800
	dont IC aigue ^b	22,7%	22,3%	22,2%	22,8%	23,1%	20,6%
Bretagne	Ensemble des personnes avec IC ^b	43 600	44 100	44 400	44 000	43 900	42 900
	dont IC aigue ^b	25,0%	24,9%	24,7%	24,9%	24,5%	22,9%
Centre-Val-de-Loire	Ensemble des personnes avec IC ^b	39 200	39 900	40 200	39 600	39 700	38 500
	dont IC aigue ^b	22,3%	21,7%	21,9%	21,5%	22,1%	20,7%
Corse	Ensemble des personnes avec IC ^b	5 000	5 200	5 200	5 100	5 000	5 000
	dont IC aigue ^b	17,3%	16,8%	16,1%	18,0%	17,2%	17,9%
Grand-Est	Ensemble des personnes avec IC ^b	72 400	74 500	75 200	74 900	74 500	73 000
	dont IC aigue ^b	23,3%	23,0%	22,9%	23,1%	23,6%	21,0%
Hauts-de-France	Ensemble des personnes avec IC ^b	76 200	76 800	78 200	78 100	78 400	77 400
	dont IC aigue ^b	24,2%	24,2%	24,2%	23,8%	24,5%	22,1%
Île-de-France	Ensemble des personnes avec IC ^b	109 900	112 900	115 900	117 000	116 600	113 800
	dont IC aigue ^b	24,7%	23,9%	24,0%	23,9%	23,8%	21,1%
Normandie	Ensemble des personnes avec IC ^b	48 300	49 500	50 800	50 900	51 000	50 200
	dont IC aigue ^b	23,8%	23,7%	23,0%	23,6%	24,1%	22,0%
Nouvelle-Aquitaine	Ensemble des personnes avec IC ^b	86 200	88 000	90 500	89 500	88 800	87 100
	dont IC aigue ^b	23,4%	22,8%	22,4%	22,5%	22,8%	21,0%
Occitanie	Ensemble des personnes avec IC ^b	79 100	80 300	81 400	80 900	80 200	77 900
	dont IC aigue ^b	20,1%	20,2%	20,4%	20,6%	21,0%	19,4%
Pays-de-la-Loire	Ensemble des personnes avec IC ^b	45 500	45 700	45 900	45 800	46 600	46 400
	dont IC aigue ^b	23,2%	23,1%	22,8%	23,3%	24,9%	22,8%
Provence-Alpes-Côte-D'azur	Ensemble des personnes avec IC ^b	72 600	73 900	74 700	74 200	74 000	72 200
	dont IC aigue ^b	19,0%	19,2%	19,3%	19,4%	20,1%	18,7%

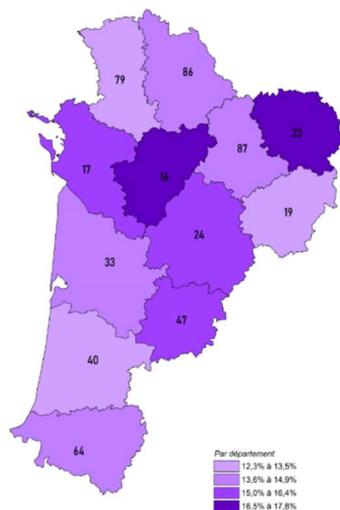
^a Les départements et régions d'outre-mer ne sont pas représentés ; la somme des effectifs régionaux ne correspond pas aux effectifs France entière.

^b Repérés par les algorithmes médicaux de la cartographie, qui combinent les informations issues des séjours hospitaliers, avec un recul de 5 années, et des Affections Longue Durée et qui distinguent l'IC aigue, en cas de séjour hospitalier pour IC dans l'année, de l'IC chronique, lorsque le diagnostic d'IC est connu mais qu'il n'y a pas de prise en charge hospitalière pour IC dans l'année. Effectifs arrondis à la centaine.

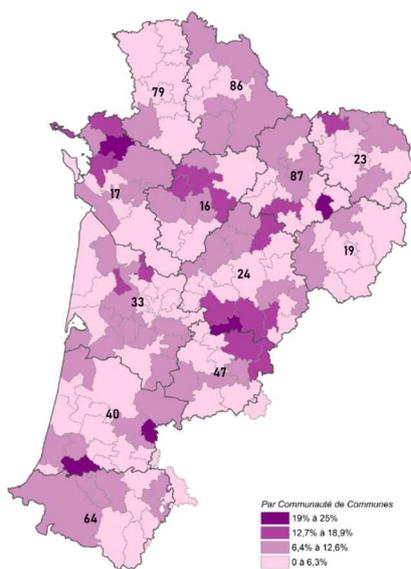
Source : Rapport Charges et Produits pour 2023

État des lieux en Nouvelle-Aquitaine

Cartographie sur les taux de réhospitalisation pour décompensation cardiaque à 3 mois en 2019



Données CNAM issues de l'outil de Diagnostic Territorial (ODT)
Bénéficiaires de la région Nouvelle-Aquitaine, de 40 ans et plus, relevant du Régime Général (y.c Sections Locales Mutualistes)
Source : DOR-PMSI - Traitement : DCOGR NA



Les points critiques du parcours de soins

Parmi les axes d'amélioration identifiés, la sensibilisation au diagnostic et aux premiers signes d'insuffisance cardiaque est un axe majeur. En effet le repérage précoce des patients insuffisants cardiaques par les médecins généralistes et les infirmiers, sont déterminants pour l'orientation des patients vers les cardiologues.

Le deuxième axe est le renforcement du lien entre le premier recours et le second recours, et la capacité des médecins généralistes à pouvoir activer une prise en charge spécialisée en ville ou à l'hôpital. Face à une démographie de professionnels de santé contrainte, une réflexion autour d'équipes de soins doit être menée pour optimiser le suivi thérapeutique, biologique, cardiologique et l'adapter au niveau de gravité de la pathologie.



Méthodologie d'accompagnement par l'Assurance Maladie

Une stratégie de déploiement impliquant directement les acteurs territoriaux est privilégiée dans la déclinaison de ce parcours au niveau national, avec de nouvelles formes d'accompagnement des professionnels de santé des territoires, au regard des référentiels élaborés par la HAS et les CNP.

Un diagnostic territorial comprenant un grand nombre d'indicateurs de pertinence et de parcours sera présenté aux différents acteurs locaux de la prise en charge en présence des institutionnels afin de co-construire un plan d'action et d'ancrer le déploiement de ce dernier sur des organisations territoriales existantes, à l'instar d'un programme de lutte contre les réhospitalisations en copilotage avec les équipes de Communauté Professionnelles Territoriale de Santé (CPTS), ou encore l'organisation d'admission directe des personnes en situation de décompensation.

Plusieurs leviers d'actions en lien avec l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine s'inscrivent dans cette démarche pour faire émerger une dynamique territoriale sur le parcours des patients insuffisants cardiaques. On pourra citer notamment :

- **La contractualisation CAQES** proposée à compter d'avril 2022 à certains établissements de santé de court séjour particulièrement atypiques en France sur le taux de réhospitalisation de leur patient à 3 mois. Un plan d'action, en lien avec la ville sera attendu afin de diminuer les hospitalisations évitables et développer des filières directes de prise en charge en cas d'aggravation de l'état des patients. A l'issue du ciblage national 42 établissements publics et privés étaient concernés. L'indicateur de suivi concerne le taux de réhospitalisation de ces patients à trois mois et permet de mesurer l'engagement de l'établissement pour améliorer le parcours avec des relais ambulatoires. 37 établissements ont effectivement contractualisé sur cet indicateur (Cf. résultats infra).
- **La fixation d'objectifs et la mise en place de protocoles de soins** au sein de certaines Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et Maisons de Santé Pluridisciplinaires MSP. En 2023, 14 CPTS ont retenu le parcours des patients insuffisants cardiaque sur la mission 2 parcours de l'accord conventionnel inter-professionnel.
- L'organisation de réunions de travail Ville/hôpital dans les territoires, notamment impulsée par les coordonnateurs des CPTS avec l'appui des CPAM et du service médical.

- Le renforcement du dispositif PRADO dans les territoires, avec des partenariats à construire en terme de relais vers les MSP et les CPTS en aval.
- Le développement de délégations de tâches et de protocoles de coopération entre professionnels de santé.
- Les solutions de télémédecine existantes en matière de suivi et de télésurveillance mais également de téléexpertise pour recourir à un avis cardiologique.
- La promotion des programmes d'éducation thérapeutiques.

Les résultats du CAQES 2022

Après étude des taux de réhospitalisation à 3 mois sur les 37 établissements ciblés sur l'indicateur CAQES IC, on constate une diminution de ce taux entre le second semestre 2021 et le second semestre 2022 passant de 10,1% à 9,5%.

Les résultats PRADO IC 2023

Les inclusions de patients au PRADO IC ont été très dynamiques en 2023 un taux d'évolution de plus de 139%. 2628 patients sont inclus en région. Il convient de noter un fort recours au PRADO IC dans les départements de la Dordogne (20% des inclusions), de la Vienne (14%) et de la Charente-Maritime (12%).

Les travaux de comité de pilotage régional

En 2023 le COPIL régional²⁴ a poursuivi ses travaux :

- L'année 2023 a été marquée par une bonne implication des CPTS dans le souhait de contractualisation sur le parcours IC, positionnant les CPTS comme un acteur central du parcours. Ainsi sous l'impulsion de coordonnateur de CPTS des réunions ont été organisées en collaboration avec les CPAM afin de réunir les acteurs hospitaliers et libéraux qui interviennent dans le suivi des patients insuffisants cardiaques. L'organisation par l'Assurance Maladie d'un séminaire le 5 octobre 2023 a été un temps fort de l'année, réunissant les 10 coordonnateurs de CPTS impliqués dans le Parcours IC pour partager leur démarche et leurs actions en présence des hospitaliers des territoires concernés.
- Article 51 : l'équipe de soins spécialisés en cardiologie et télémédecine du CHU de Bordeaux a été retenu dans le cadre de cette expérimentation avec deux sites, l'un à Fumel (47) et l'autre à Cenon (33). L'objectif concerne la prise en charge coordonnée 1^{er} / 2nd et de 3^{ème} recours des pathologies cardiaques pour des patients fragilisés en incapacité de se déplacer : il s'agit d'optimiser l'accès aux soins grâce à la délégation de tâches (IPA, ISPIC²⁵) et aux solutions de télésanté (y compris outils connectés innovants).
- Trophée de l'innovation de l'insuffisance cardiaque « OUTILIC » : le jury a récompensé 10 projets dont celui porté par le CHU de Poitiers au titre des innovations médicales et/ou organisationnelles. Le projet intitulé HADENFER concerne le suivi de la carence en fer en HAD des patients insuffisants cardiaques.
- L'Assurance maladie a organisé un webinaire régional à destination du personnel soignant des EHPAD sur les signes EPOF/EPON adapté à la personne âgée. Ce webinaire a été l'occasion de recueillir les besoins des EHPAD par rapport aux situations de décompensations cardiaques et aux hospitalisations aux urgences.

Enfin, en lien avec ce parcours la formation des IPA en région se poursuit (Cf. fiche action dédiée).

²⁴ Le COPIL régional réunit notamment l'Assurance maladie, l'ARS, des cardiologues (hospitaliers et libéraux), des membres des URPS (médecine générale, infirmier, pharmacie), des représentants de la FNAMPoS, des fédérations hospitalières, des SSR cardiologiques, du registre ACIRA, des DAC et des représentants usagers.

²⁵ Infirmier en pratique avancée et Infirmier Spécialisé en Insuffisance Cardiaque

2. REFERENTIELS NATIONAUX

Thyroïdectomie

[Exploration des pathologies thyroïdiennes chez l'adulte : pertinence et critères de qualité de l'échographie, pertinence de la cytoponction échoguidée –HAS- 9 septembre 2021](#)

Institut National du Cancer (INCa), [Les traitements des cancers de la thyroïde](#), novembre 2021

Prise en charge des dysthyroïdies chez l'adulte – [HAS- 4 novembre 2020](#)

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

Extraction de dents de sagesse

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

HAS, « Synthèse de la recommandation de bonne pratique – Avulsion des 3èmes molaires : indications, techniques, modalités », mai 2019

HAS, « Recommandation de bonne pratique : Avulsion des 3èmes molaires : indications, techniques, modalités – Méthode recommandations pour la pratique clinique », mai 2019

Remplacement valvulaire aortique

« Recommandations de la Société européenne de cardiologie sur les valvulopathies », août 2021

Arrêté du 7 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 28 mars 2019 limitant la pratique de l'acte de pose de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transcathéter à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de santé publique (JO 13/12/2023)

Angioplastie coronaire

HAS mai 2016 « Angioplastie immédiate ou dissociée de l'acte de coronarographie diagnostique dans la maladie coronaire stable »

Les Examens pré interventionnels systématiques

RECOMMANDATIONS FORMALISÉES D'EXPERTS S. Molliex, S. Pierreb, C. Bléry , E. Marret , H. Beloeil , * Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 31 (2012) 752–763

3. GLOSSAIRE

ACE	Actes et consultations externes
ACIRA	Registre aquitain de cardiologie interventionnelle
ADEME	Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	Agence Régionale de Santé
ATU	Accueil et traitement des urgences
CA	Chirurgie ambulatoire
CAQES	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins
CBU	Contrat de bon usage
CCECQA	Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Nouvelle-Aquitaine
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRAC	Cellule régionale d'animation et de coordination de la filière AVC
CPTS	Communautés professionnelles de santé
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DGARS	Directeur général de l'agence régionale de santé
DITP	Direction interministérielle de la transformation publique
DP	Diagnostic principal
DPC	Développement professionnel continu
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
FORAP	Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques en santé
GDR	Gestion du risque
GHM	Groupe homogène de malades
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAS	Haute autorité de santé
IFAQ	Incitation financière pour l'amélioration de la qualité

IRAPS	Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins
IPA	Infirmier pratique avancée
IPP	Inhibiteurs de la Pompe à Protons
ISPIC	Infirmier Spécialisé en Insuffisance Cardiaque
LPP	Liste des produits et prestations
OMEDIT	Observatoire des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques
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
PIMM	Plateau d'imagerie mutualisée
PRADO	Programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation
SAS	Service d'accès aux soins
SE	Soins externes
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TAVI	Transcatheter aortic valve implantation