

1.

PAPRAPS Nouvelle-Aquitaine 2022-2026

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



Version mise à jour 1^{er} avril 2024

SOMMAIRE

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	LA TRANSFORMATION ECOLOGIQUE DU SYSTEME DE SANTE	10
3	LA PERTINENCE DES ACTES CHIRURGICAUX ET MEDICAUX	12
3.1	Les thématiques prioritaires au regard du diagnostic régional et leur déclinaison opérationnelle	12
3.1.1	Les critères de ciblage	13
3.1.2	Les 4 actes retenus	17
3.1.3	Evolutions des modalités de prise en charge chirurgicale	35
3.1.4	Les soins éco-responsables	35
3.1.5	L'appel à projets « Innover pour améliorer la pertinence des prescriptions d'imagerie diagnostique en ville et en établissement en Nouvelle Aquitaine »	36
4	LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS	39
4.1	La pertinence des prescriptions de transports	39
4.1.1	Le diagnostic régional	39
4.1.2	Les domaines d'actions prioritaires et leur déclinaison opérationnelle	43
4.2	La pertinence des prescriptions de produits de santé (médicaments, produits et prestations)	46
4.2.1	La prise en compte des priorités nationales	46
4.2.2	Le diagnostic régional	47
4.2.3	Les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV), liées au traitement du cancer : Les thérapies orales	53
4.2.4	La prévention de la iatrogénie médicamenteuse dans les parcours cibles	58
4.2.5	La prise en charge médicamenteuse en santé mentale	59
4.2.6	Les médicaments pour le traitement de la douleur chronique	63
4.2.7	La lutte contre la iatrogénie médicamenteuse et la surmédication dans le parcours de la personne âgée	65
4.2.8	Le bon usage des antibiotiques et la lutte contre l'antibiorésistance	72
4.2.9	La déclinaison opérationnelle 2022 – 2026	78
4.3	La pertinence des prescriptions d'examens paracliniques	80
4.3.1	La pertinence des examens biologiques examens pré- anesthésiques	80
5	LA PERTINENCE DES PARCOURS	83
5.1	Le parcours des patients atteints d'insuffisance cardiaque	83
5.1.1	Rappel du contexte	83
5.1.2	Méthodologie d'accompagnement par l'Assurance Maladie	86
5.1.3	Les Perspectives d'actions pour 2024	88
5.2	Le parcours du patient victime d'accident vasculaire cérébral	88
6	LES ACTEURS ESSENTIELS DU PARCOURS DE SOIN	90
6.1	Les infirmiers de pratique avancée	90
6.2	Les communautés professionnelles territoriales de santé	92
6.2.1	Les communautés professionnelles territoriales de santé	92
6.2.2	La mission ministérielle « tour de France des CPTS » et ses préconisations	92
6.2.3	Les CPTS en région	94

7	LA PERTINENCE DES PRESTATIONS (SEJOURS ET MODES DE PRISE EN CHARGE)	96
7.1	La pertinence des modes de prise en charge :	96
7.1.1	Le diagnostic régional	96
7.1.2	La déclinaison opérationnelle : la mise sous accord préalable « chirurgie ambulatoire »	103
7.1.3	Les critères de ciblage des établissements	103
7.1.4	Le plan d'actions	103
7.2	La pertinence des séjours pris en charge par l'assurance maladie	104
7.2.1	Les séjours de soins de suite et de réadaptation après chirurgie orthopédique	104
7.2.2	Les « autres prestations hospitalières »	108
8	REFERENTIELS NATIONAUX	111
9	GLOSSAIRE	112
10	ANNEXE	114

1 INTRODUCTION

1.1 LES OBJECTIFS DE LA PERTINENCE DES SOINS

Sens large de la pertinence des soins

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

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



1.2 LE CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

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'efficacité 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 PAPRAPS 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 PAPRAPS, le DGARS peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant pas excéder 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.

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 ; la signature des contrats devra être réalisée au plus tard le 30 juin 2022.

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 maximale de 3 ans, 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.

1.3 LES ACTEURS REGIONAUX 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)

- ✓ **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)
 - ✓ **des examens biologiques pré anesthésiques** s'appuyant sur un diagnostic national établi à partir d'indicateurs de pertinence relatifs aux prescriptions d'examens 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 contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins en cours demeurent mais il n'existe pas de nouvelle contractualisation sur ce thème.**
- **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, SSR² 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 de chacune des thématiques arrêtées 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) ; le PAPRAPS étant sa déclinaison opérationnelle pour le volet de la pertinence, l'actualisation du plan permet de détailler les réflexions et actions envisagées en matière de pertinence.

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.



2 LA TRANSFORMATION ECOLOGIQUE DU SYSTEME DE SANTE

Les données du Shift Project³ actualisées en avril 2023 permettent d'observer que les émissions des gaz à effet de serre (GES) du secteur de la santé représentent entre 40 et 61 millions de tonnes équivalent CO₂ (soit entre 6,6% et 10% de l'empreinte carbone de la France).

Ces émissions proviennent pour :

- 38% des établissements hospitaliers,
- 21% des établissements et services pour personnes âgées,
- 23% de la médecine de ville,
- 17% des établissements et services pour enfants et adultes handicapés
- 1% des administrations et complémentaires de santé.

Le secteur de la santé a donc un impact notable sur le changement climatique et va également en subir les conséquences avec l'augmentation de risques sanitaires du fait de ce changement (canicule, arboviroses, maladies respiratoires etc...).

L'enjeu est tel qu'un comité de pilotage interministériel pour la **Planification écologique du système de santé a été créé en mai 2023**

Ce Comité de pilotage de la planification écologique du système de santé présidé par Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé, a réuni pour la première fois les ministres de la Santé et de la Prévention, des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, l'ensemble des directions d'administration centrale du ministère de la Santé et de la Prévention, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), le ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires, l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME), l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), la Haute Autorité de Santé (HAS), la Direction interministérielle de la transformation publique (DITP), les fédérations du secteur et les conférences hospitalières, les représentants d'usagers du secteur ainsi que cinq experts identifiés pour leur engagement et leurs travaux sur le sujet. Les Agences Régionales de Santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine et Grand-Est représentent les ARS au sein de ce COPIL.

Une feuille de route nationale sur la transformation écologique du système de santé a été présentée lors de ce comité puis actualisée en décembre 2023.

Elle comprend 8 domaines d'actions : bâtiment et maîtrise de l'énergie, industrie et produits de santé, achats durables, soins écoresponsables, déchets du secteur, formation et recherche en transformation écologique, mobilités durables et impact environnemental du numérique.

Au niveau régional, la prise en compte des aspects environnementaux dans les soins est également devenue une priorité inscrite dans le Projet Régional de Santé (PRS) de l'ARS Nouvelle-Aquitaine à l'occasion de sa révision en 2023

³ The Shift Project est un think tank qui œuvre en faveur d'une économie libérée de la contrainte carbone. Il s'agit d'une association loi 1901 d'intérêt général dont la mission consiste à éclairer et influencer le débat sur la transition énergétique.

Ainsi, de nouvelles orientations⁴ ont été définies dans le PRS comme suit :

- la structuration d'une gouvernance régionale et l'accompagnement du secteur de la santé vers la transformation écologique d'ici 2028 : mettre en place une gouvernance régionale, créer une structure régionale d'appui, favoriser la mise en place d'outils structurants et transversaux, encourager la transformation, sensibiliser/Former/Informer les acteurs de la santé,
- l'encouragement de toutes les démarches visant à réduire l'impact sur le changement climatique et anticiper les impacts sur la santé d'ici 2028 : élaborer un plan de décarbonation pour tous les établissements sanitaires et médico-sociaux de la région, poursuivre l'engagement de l'ARS autour des achats durables et de la rénovation écologique des bâtiments des ES/ESMS, accélérer la rénovation écologique et la transformation énergétique des établissements du secteur de la santé, soutenir les autres initiatives qui concourent à abaisser les impacts du secteur de la santé sur le changement climatique (promotions des éco-soins et des produits de santé durable, gestion raisonnée de la ressource en eau, réduction des déchets, promotion de l'alimentation durable, encouragement vers des transports plus vertueux, sobriété numérique).

Ces orientations seront déclinées dans la feuille de route régionale Transformation Ecologique du Système de Santé en cours d'élaboration et qui devrait être publiée au cours du 1er semestre 2024.

Elle reprendra les orientations du PRS et les objectifs nationaux dont l'énergie, les produits de santé et les soins écoresponsables.

Certaines actions concernent directement les différentes thématiques abordées dans le PAPRAPS ; en conséquence de cet engagement régional, la plupart des volets du PAPRAPS intègrent une action structurante pour les thématiques concernées. Celles-ci seront donc présentées ci-après.

⁴ Ces axes sont intégrés au schéma régional de santé du plan régional de santé (2018 – 2028) dont la révision a été adoptée le 30 octobre 2023 par arrêté du Directeur régional de l'ARS Nouvelle – Aquitaine (Cf. axe 3 point 3.6)



3 LA PERTINENCE DES ACTES CHIRURGICAUX ET MEDICAUX

3.1 LES THEMATIQUES PRIORITAIRES AU REGARD DU DIAGNOSTIC REGIONAL ET LEUR DECLINAISON OPERATIONNELLE

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 étudiés⁵. Une nouvelle version de cet atlas des pratiques a été publiée le 1er février 2024⁶. 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 chirurgie⁷ (Raac) et le taux de réadmission à 30 jours afin de disposer d'une information plus approfondie.

⁵ 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.

⁶ IRDES : Atlas des variations de pratiques médicales, recours à onze interventions chirurgicales. Edition 2023

⁷ 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.

Le suivi des taux de recours demeure une orientation nationale et un axe de travail essentiel au niveau régional notamment dans le cadre de la communication avec les établissements de santé via notamment le réseau des référents qualité- pertinence qui sera mis en place en 2024. Toutefois, seuls certains actes sont retenus (Cf. infra) pour des travaux d'investigations plus approfondis.

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.

3.1.1 **Les critères de ciblage**

3.1.1.1 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.

3.1.1.2 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 consommateurs⁸ 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.

⁸ Patients hospitalisés pour la réalisation de cet acte

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 départemental⁹ 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**.

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.

3.1.1.3 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.

⁹ Depuis 2016, les territoires de santé correspondent aux départements et sont, depuis lors, retenus pour la comparaison entre les territoires.

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)

3.1.1.4 Evolution 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.

L'évolution des taux de recours par établissements sera communiquée aux référents des établissements de santé dès sa constitution au début de l'année 2024 du « Réseau qualité, pertinence et sécurité des prises en charge et des accompagnements ».

☞ 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.

3.1.1.5 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.

3.1.1.6 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...

	Dénomination	Définition
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 point 1.1.3 explicitant la méthodologie suivie :</p> <p>L'approche liée aux indicateurs d'atypies de pratiques médicales</p> <p>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.</p>
	Indicateur « de parcours »	<p>Le parcours arrêté dans ce programme concerne les insuffisants cardiaques.</p> <p>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.</p>

3.1.2 Les 4 actes retenus

3.1.2.1 Les thyroïdectomies

➤ **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.

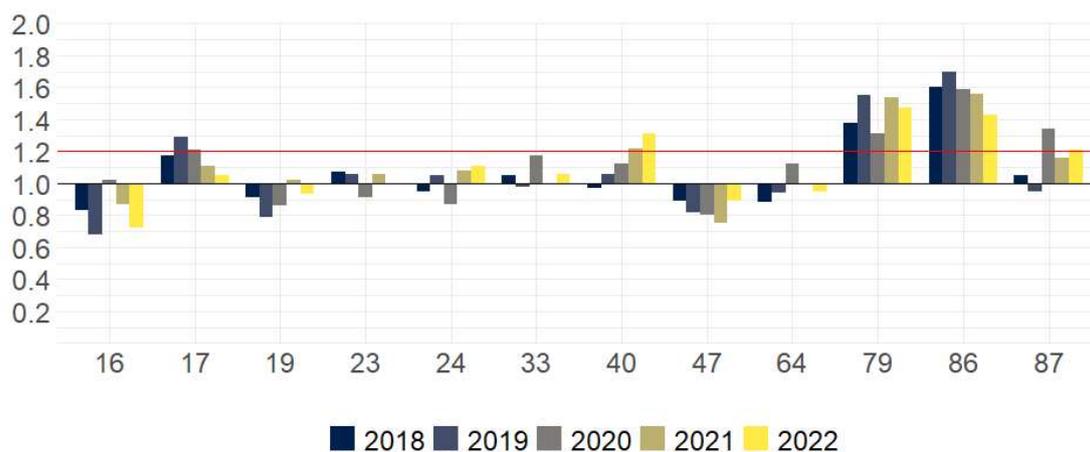
A/ Analyse des taux de recours à l'acte

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

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)¹⁰.

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 thyroïde¹¹.

Territoires ciblés	Calendrier
40 Landes	2023 - 2024 – 2025 - 2026
79 Deux-Sèvres	2022 - 2023 - 2024 – 2025 - 2026
86 Vienne	2022 - 2023 - 2024 – 2025 - 2026
87 Haute-Vienne	2024-2025-2026

B/ 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 pratiques¹² 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)
- ✓ 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 ES

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.

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

11 Recommandations de l'HAS du 28 septembre 2021

12 Source CNAM

➤ **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 précédents 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 (2^{EME} 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

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours sur la thyroïdectomie dans les départements avec taux de recours atypiquement élevé et le taux de recours national	Diminution de l'écart
Amélioration des indicateurs atypiques du profil	Etablissement hors ciblage (4 ^o quartile)

3.1.2.2 Les extractions des dents de sagesse (acte HBGD038 : Avulsion des 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe)

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

➤ **Le diagnostic**

❖ Historique

En région ex-Aquitaine, au regard du taux de recours à l'extraction des 4 dents de sagesse le plus élevé de France (en 2013 : 2,74 séjours/1000 habitants au niveau national versus 4,22 séjours/1000 habitants), une analyse des séjours hospitaliers et des soins de ville avait été menée conjointement entre l'ARS et l'Assurance Maladie en 2012/2013.

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

L'ARS a signé en 2015 une annexe spécifique dans le CPOM avec les établissements produisant dans l'année plus de 300 séjours en 2013 comportant exclusivement l'acte HBGD038 en dehors de l'anesthésie, sa surveillance et des actes de radiologie éventuels.

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

Les référentiels de bonnes pratiques de la HAS sont ensuite parus en mai 2019.

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

En 2022 des discussions avec des chirurgiens-dentistes du département de la Dordogne ont eu lieu afin de comprendre leur activité ; une rencontre est envisagée en lien avec l'Assurance Maladie pour mieux appréhender ces extractions ; l'hypothèse du lien avec les traitements d'orthodontie doit faire l'objet d'investigations complémentaires.

❖ Recours à l'acte

22 178 séjours réalisés en 2022 en région Nouvelle-Aquitaine ; une baisse de près de 4% a été relevée par rapport à l'activité de 2021.

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

ANNEE	CHARENTE	CHARENTE-MARITIME	CORRÈZE	CREUSE	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	DEUX-SÈVRES	VIENNE	HAUTE-VIENNE
2018	1.7575	1.2942	1.3900	0.7014	1.8721	1.6098	1.9436	0.9453	1.6450	1.2570	1.3699	0.7911
2019	1.7329	1.3228	1.2438	0.7308	1.9142	1.5674	1.8285	0.9327	1.5625	1.1961	1.2829	0.9183
2020	1.7465	1.3096	1.1656	0.7830	1.8883	1.7457	2.0098	0.9796	1.5758	1.2640	1.3705	0.8435
2021	1.8427	1.2868	1.4028	0.9555	1.8624	1.7825	1.8413	1.0281	1.3285	1.2646	1.2246	0.9818
2022	1.5848	1.2360	1.3674	0.8457	1.9320	1.7712	1.8920	1.0506	1.5121	1.2012	1.1367	1.1135

❖ Territoires ciblés

Au regard des données 2022, 5 départements présentent un recours atypiquement élevé, et font partie des 15% des départements français ayant le plus fort taux de recours : la Dordogne, la Charente, les Landes la Gironde et les Pyrénées atlantiques connaissent toujours une atypie sur ces séjours.

Extraction des 4 dents de sagesse			
Département	IN 2022	Nb séjours 2022	Classement
DORDOGNE	1.93	1621	2
LANDES	1.89	1720	3
GIRONDE	1.77	8068	5
CHARENTE	1.58	1261	10
PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	1.51	2449	12

Territoires ciblés	Calendrier
16 Charente	2022-2023-2024-2025-2026
24 Dordogne	2022-2023-2024-2025-2026
33 Gironde	2022-2023-2024-2025-2026
40 Landes	2022-2023-2024-2025-2026
64 Pyrénées Atlantiques	2024-2025-2026

➤ La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Etudier le lien entre l'extraction des 4 dents de sagesse et le traitement d'orthodontie : étude statistique DRSM	2024
Suivre les variations des taux de recours dans les départements avec taux de recours atypiquement élevé (ARS)	Durée du programme

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

3.1.2.3 Le remplacement valvulaire aortique

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).

➤ **La réglementation et les dernières recommandations**

Le TAVI¹³ est un dispositif médical implantable soumis aux dispositions de l'article L.1151-1 du CSP¹⁴ qui requiert des formations et des qualifications spécifiques des personnels et des conditions techniques particulières de réalisation. L'OMEDIT 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 pluridisciplinaire¹⁵ dont le compte-rendu est inséré dans le dossier médical du patient »¹⁶

En août 2021, la Société européenne de cardiologie (ESC) a publié de nouvelles recommandations en matière de valvulopathies. Les dernières recommandations dataient de 2017. L'ESC recommande notamment 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. Elle s'envisage pour les patients de plus de 75 ans à bas risque (STS Euroscore II < 4%) selon avis de la Heart Team. L'ESC insiste également sur l'amélioration du dépistage (échocardiographie, test d'effort) afin de pouvoir évaluer la gravité de la valvulopathie chez les patients asymptomatiques.

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.

¹³ TAVI : Transcatheter Aortic Valve Implantation ou bioprothèses valvulaires transcutanées aortiques

¹⁴ [Article L1151-1 du CSP](#)

¹⁵ RCP obligatoire réunissant anesthésiste, cardiologue interventionnel et chirurgien cardiaque

¹⁶ [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 \(JO 13/12/2023\)](#)

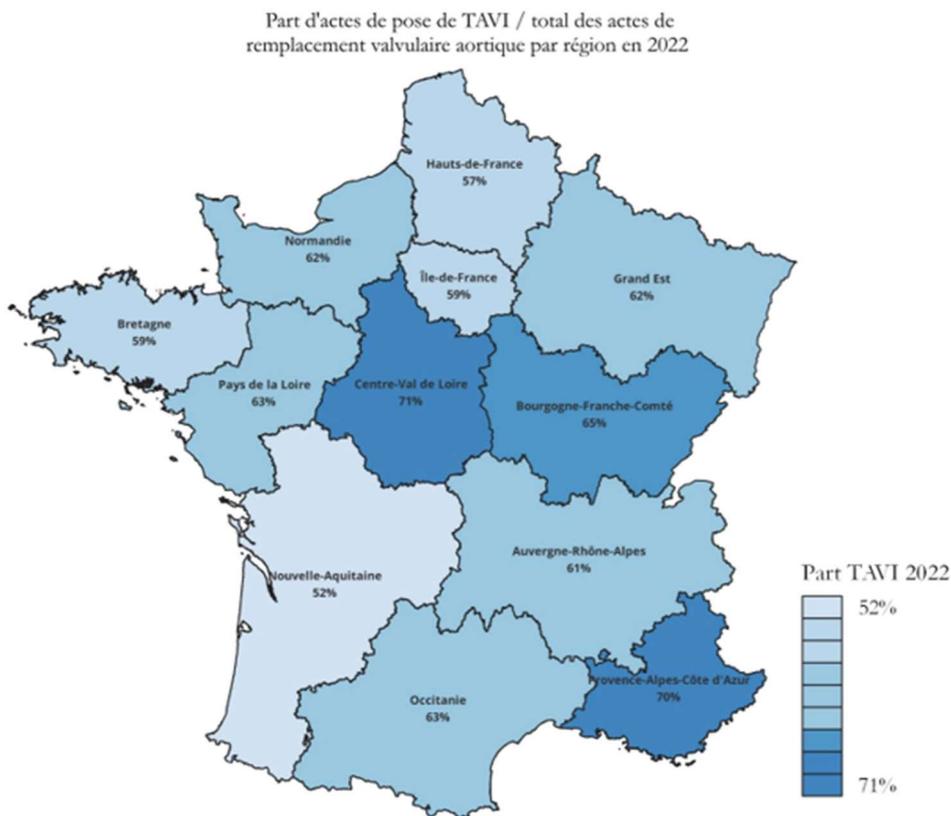
¹⁷ HAS : rapport d'évaluation des critères d'éligibilité des centres implantant des TAVIs, décembre 2023

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.

3.1.2.4 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 :

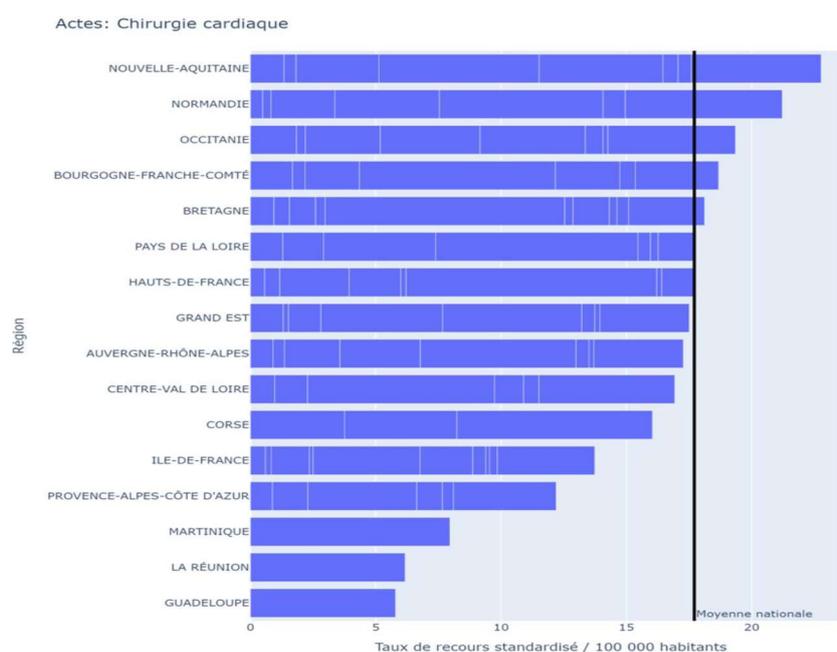


Source : données Diamant – traitement OMEDIT

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.

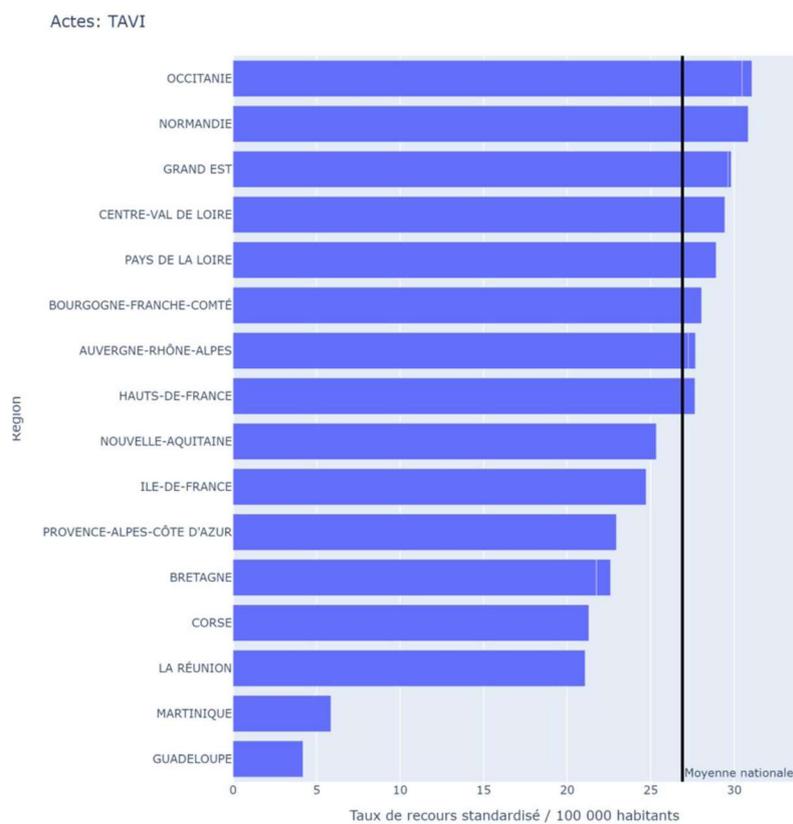
Concernant le taux de recours standardisé (sur le sexe et l'âge) à la chirurgie de remplacement valvulaire aortique /100 000H, la région Nouvelle-Aquitaine présente le taux le plus élevé au niveau national, alors que le taux de recours aux TAVI est inférieur à la moyenne nationale. Les graphiques suivants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

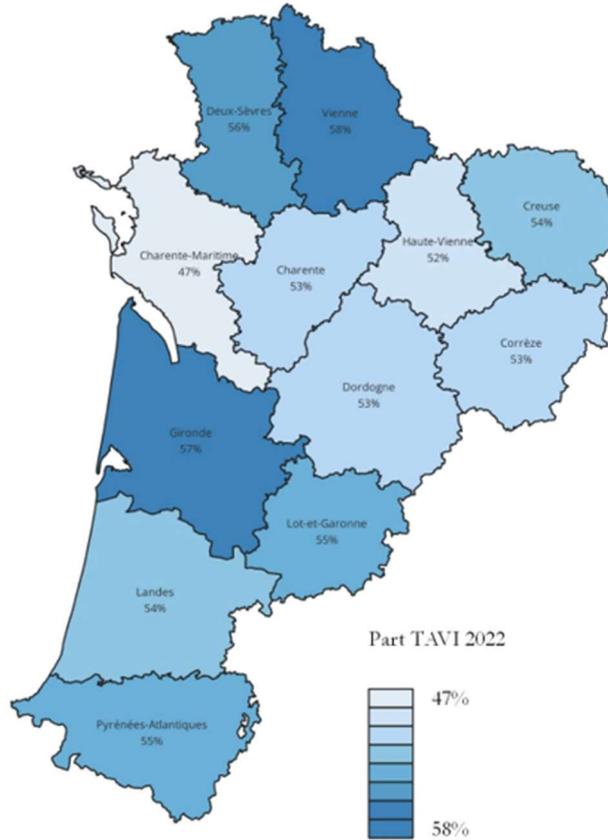
Taux de recours à la pose de TAVIs par région, par rapport à la moyenne nationale, en 2022



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.

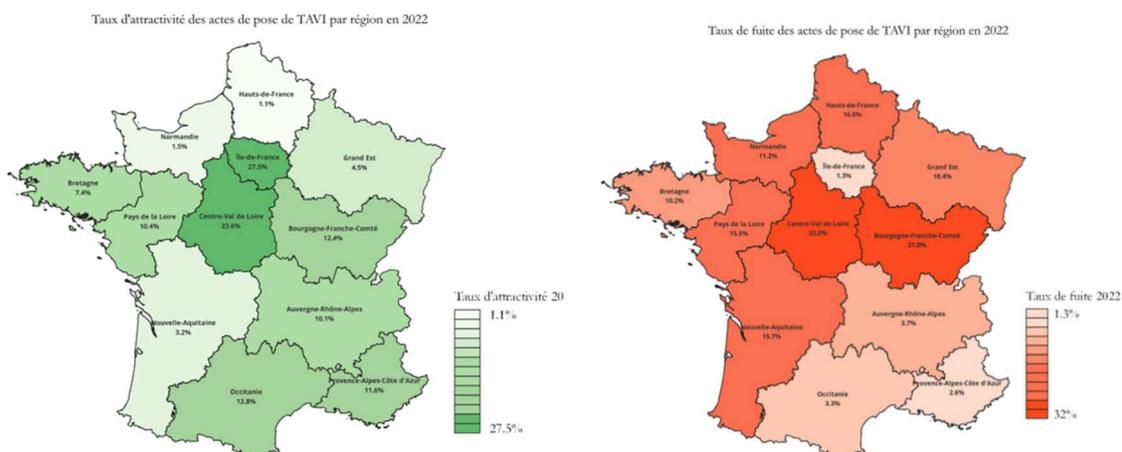
Nombre d'actes de pose TAVI vs chirurgie de remplacement de valves aortiques selon l'origine des patients en 2022



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 :



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%)

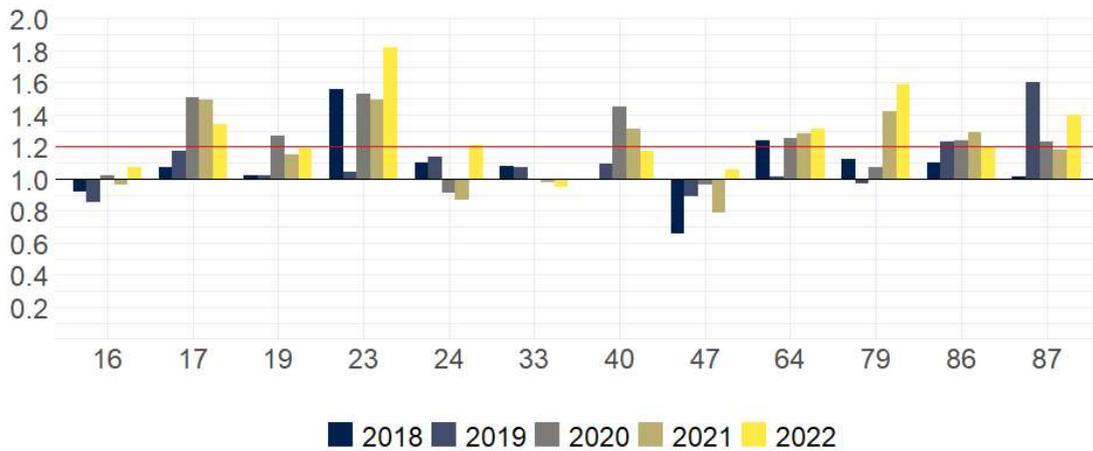
➤ **Le diagnostic**

Le volume régional est de 829 séjours en 2022 en baisse par rapport à 2021 (929 séjours).

Le taux de recours régional 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 2 territoires seulement figurent parmi les 15 premiers départements de France.

Chirurgie de la valve aortique

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



Données PMSI - Source ATIH

ANNEE	CHARENTE	CHARENTE-MARITIME	CORRÈZE	CREUSE	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	DEUX-SÈVRES	VIENNE	HAUTE-VIENNE
2018	0,92	1,07	1,02	1,56	1,10	1,08	0,99	0,66	1,24	1,12	1,10	1,01
2019	0,85	1,17	1,02	1,04	1,14	1,07	1,09	0,68	1,01	0,97	1,23	1,60
2020	1,02	1,51	1,27	1,53	0,91	1,00	1,45	0,96	1,25	1,07	1,24	1,23
2021	0,86	1,49	1,15	1,49	0,87	0,98	1,31	0,78	1,28	1,42	1,29	1,18
2022	1,07	1,34	1,19	1,82	1,21	0,95	1,17	1,06	1,31	1,59	1,20	1,40

Territoires ciblés :

Les départements de la Creuse et des Deux-Sèvres affichent un taux de recours atypique pour cet acte, les positionnant respectivement au 2^{ème} et 8^{ème} rang parmi les départements français les plus requérants comme en atteste le tableau ci-après :

Chirurgie de la valve aortique			
Département	IN 2022	Nombre séjours 2022	Classement
CREUSE	1.82	29	2
DEUX-SÈVRES	1.59	67	8

Territoires ciblés	Calendrier
23 Creuse	2023-2024-2025-2026
79 Deux-Sèvres	2024-2025-2026

➤ **Les établissements ciblés**

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

Ainsi, à l'issue du ciblage, **les quatre centres experts de la région** sont concernés par la mise en œuvre d'un plan d'actions dont la présentation est faite dans le point suivant.

➤ **La déclinaison opérationnelle**

Au regard de l'évolution des données régionales, il s'avère indispensable de maintenir le groupe de travail régional animé par l'OMEDIT afin de comprendre les raisons d'un niveau élevé de chirurgie de la valve aortique au détriment de la pose de TAVI.

Pour ce faire, plusieurs actions seront réalisées au cours de l'année 2024 comme présentées dans les tableaux ci-après ; toutefois, deux axes de travail sont à mettre en évidence :

- 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 implantateurs de TAVI dans l'amélioration de l'accès aux soins de remplacement aortique.

Actions	Calendrier
Accompagnement des établissements	2022-2026
<ul style="list-style-type: none">• Groupes de pairs avec les quatre centres experts de la région• Assurer le respect des indications concernant les patients âgés de plus de 65 ans potentiellement éligibles à la pose de TAVI• Communication des travaux	

Indicateurs de suivi	Calendrier
<ul style="list-style-type: none">• Suivre les taux de recours	2022 - 2026
<ul style="list-style-type: none">• 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	2022 - 2026
<ul style="list-style-type: none">• 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.	2024 - 2026
<ul style="list-style-type: none">• Suivi du ratio des actes de pose de TAVI versus les actes de chirurgie valvulaire aortique	2024 – 2026
<ul style="list-style-type: none">• Suivre et analyser les délais d'attente en lien avec France – TAVI et l'OMEDIT	2024 - 2026

3.1.2.5 Les angioplasties coronaires

➤ **Le Diagnostic**

❖ Historique

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. L'équipe opérationnelle du registre ACIRA a été transférée en 2017 du CCECQA (comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine) à l'ISPED (Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement). Le registre a désormais vocation à s'étendre progressivement à l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine.

Le comité scientifique du registre a décidé en 2014 :

- d'analyser la pertinence des actes d'angioplastie coronaire chez les patients stables,
- de mettre en place un programme de Développement Professionnel Continu (DPC). Il a été effectif en mars 2016 auprès des professionnels d'angioplastie.

Par ailleurs, un projet de recherche à partir des données du registre de pratiques ACIRA « Analyse des réhospitalisations dans l'année suivant un acte de coronarographie et d'angiographie coronaire » a été lancé au 1er trimestre 2015 sur les données de prise en charge de 2013. Une extension du périmètre de cette étude est en cours de mise en place, permettant de caractériser le parcours hospitalier après la phase aigüe, de l'ensemble des patients inclus dans ACIRA entre 2012 et 2019. La plus grande profondeur temporelle des données permettra d'analyser d'éventuelles évolutions du parcours post-hospitalier au cours du temps. Un focus sera fait sur la pertinence d'un nouvel acte de coronarographie ou d'angioplastie coronaire lors de réhospitalisations dans les 30 jours suivant un premier acte d'angioplastie. Parallèlement, 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 (article publié). D'autres indicateurs de pertinence ont été depuis élaborés, tenant compte de l'évolution des recommandations en la matière. Les échanges avec les établissements permettront d'éclairer la compréhension des résultats.

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.

❖ La 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 plateforme¹⁸ 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 pourront être restitués aux cardiologues à compter du printemps de l'année 2024. Ces échanges conduits par ACIRA auprès des établissements de santé au cours de l'année 2024 s'appuieront sur les données recueillies via la plateforme afin de présenter l'outil et son contenu et d'effectuer une restitution des données.

¹⁸ 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).

Ces rencontres permettront d'échanger sur les pratiques professionnelles des équipes concernées et d'affiner la compréhension de leurs résultats. Les résultats des indicateurs de pertinence des actes de cardiologie interventionnelle seront à ces occasions discutés avec les équipes de cardiologie.

Le lien entre la base de données du registre ACIRA et les bases nationales de données médico-administratives du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a été mis en route en 2021. Il devrait ainsi être possible de développer et de suivre des indicateurs sur le parcours de soins hospitalier des patients pendant un an : réhospitalisations et admissions en soins de suite et de réadaptation (SSR) cardiologique.

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



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

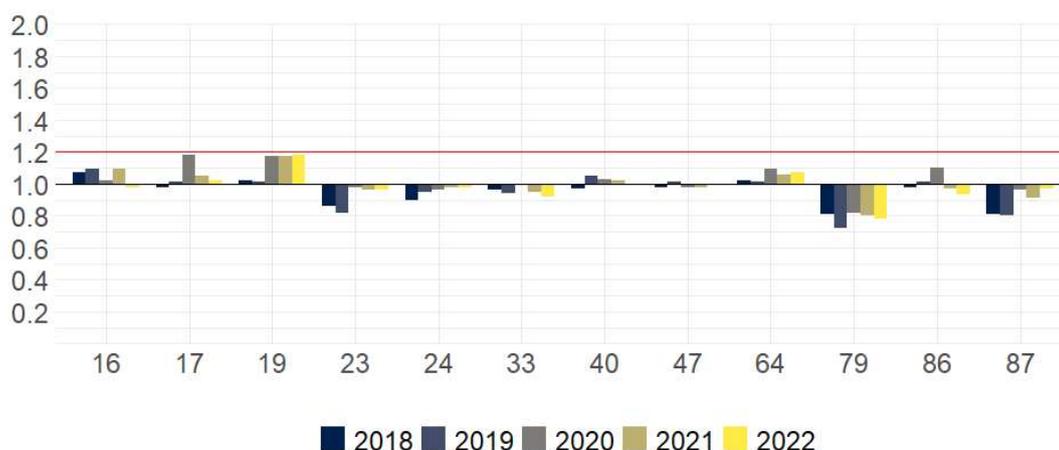
Un projet de développement et de validation d'indicateurs de qualité du parcours des patients victimes de syndrome coronarien chronique (SCC), soumis par l'équipe d'ACIRA a récemment été primé à l'appel à manifestation d'intérêt Coopération ATIH – Universités – Organismes de recherche. Ce projet a pour 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, a connu un peu de retard et devrait aboutir à la construction d'indicateurs d'ici la fin de l'année 2024.

➤ **L'état des lieux**

La région se distingue par un volume de séjours important de séjours pour cet acte et en augmentation (18 600 en 2019 vs 19 300 en 2022). Il convient de préciser que les données ATIH ne distinguent pas les actes d'angioplastie réalisés en urgence des actes programmés

Le taux de recours régional pour les angioplasties coronaires demeure inférieur au taux de recours national (IN à 0,98) et aucun département ne présente un indice de recours supérieur de 20% au taux de recours national comme le montrent les résultats présentés dans le graphique suivant :

Endoprothèses vasculaires sans IDM (Angioplasties coronaires) Evolution de l'indice national par département en Nouvelle-Aquitaine. 2018-2022



Données PMSI - Source ATIH

ANNEE	CHARENTE	CHARENTE-MARITIME	CORREZE	CREUSE	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRENEES-ATLANTIQUES	DEUX-SEVRES	VIENNE	HAUTE-VIENNE
2018	1.07	0.98	1.02	0.86	0.90	0.96	0.97	0.98	1.02	0.81	0.98	0.81
2019	1.09	1.01	1.01	0.82	0.95	0.94	1.05	1.01	1.01	0.72	1.01	0.80
2020	1.02	1.18	1.17	0.98	0.96	0.99	1.03	0.98	1.03	0.82	1.10	0.96
2021	1.09	1.05	1.17	0.96	0.98	0.96	1.02	0.98	1.08	0.80	0.97	0.91
2022	0.98	1.02	1.18	0.96	0.98	0.92	0.99	1.00	1.07	0.78	0.93	0.97

➤ La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Suivre les indicateurs de pertinence et de parcours développés par ACIRA (voir tableau infra)	2022 /2026
Définir et appliquer une stratégie de communication des indicateurs pour les cardiologues interventionnels et assurer un suivi des pratiques :	
Déploiement de la plateforme de restitution	2024
Echanges avec les établissements	2024
Développer et valider de nouveaux indicateurs de pertinence des parcours post-hospitalier (projet « ATIH ») ¹⁹	2024

¹⁹ Projet DELIQUA-CNV 2022/2024 : Appel à projet AMI-ATIH 2021 « Définition et mise en œuvre d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins » ; objectif : construire et valider des indicateurs de qualité de parcours des patients victimes d'un AVC ou d'un SCC, développés à partir des bases médico-administratives du SNDS, pour faciliter leur déploiement et leur suivi à l'échelle nationale : *Parcours SCC* : réhospitalisations pour un nouvel acte d'angioplastie programmé après une angioplastie pour un SCC (réalisation de plusieurs actes d'angioplastie coronaire lors de différentes hospitalisations rapprochées : doute sur leur pertinence (overuse)) ; réhospitalisations en urgences après une angioplastie ambulatoire pour un SCC (réhospitalisation en urgences dans les jours suivant une intervention : indicateur de "non-qualité" des soins, évaluation de la sécurité des pratiques ambulatoires) ; *Parcours post-AVC* : orientation post-hospitalisation à la phase aiguë en fonction de la sévérité de l'AVC et repérage des consultations pluridisciplinaires post-AVC entre 2 et 6 mois après la phase aiguë

➤ **Les indicateurs de suivi**

Indicateur(s) de parcours	Résultats attendus
Indicateur de pertinence et de documentation des actes de coronarographies avec ou sans angioplasties pour une indication d'angor stable/ ischémie silencieuse (pertinence au regard des recommandations européennes)	Amélioration de la pertinence
Indicateur de documentation de l'acte de coronarographie pour motif d'ischémie correspondant au taux de réalisation d'une coronarographie pour motif d'ischémie chez les patients coronariens stables par 9 tests non invasifs réalisés au préalable + FFR	Augmentation de la documentation
Indicateur de documentation de l'acte d'angioplastie pour motif d'ischémie correspondant au taux de réalisation d'une angioplastie pour motif d'ischémie chez les patients coronariens stables par 4 tests non invasifs réalisés au préalable + FFR	Augmentation de la documentation
Indicateur de documentation de l'acte d'angioplastie pour motif d'ischémie correspondant au taux de réalisation d'une angioplastie pour motif d'ischémie chez les patients coronariens stables par 9 tests non invasifs réalisés au préalable + FFR	Augmentation de la documentation
Indicateur de documentation de l'acte d'angioplastie pour motif d'ischémie correspondant au taux de réalisation d'une angioplastie pour motif d'ischémie chez les patients coronariens stables par FFR	Augmentation de la documentation
Test d'ischémie non invasifs – 4 tests : épreuve d'effort, scintigraphie myocardique, échocardiographie de stress ou IRM cardiaque	
Test d'ischémie non invasifs – 9 tests : épreuve d'effort, scintigraphie myocardique, échocardiographie de stress ou IRM cardiaque, élévation des enzymes cardiaques, modification ECG, échocardiographie positive, holter positif ou coroscaner positif	
Indicateur(s) de résultat	Résultats attendus
Taux de réhospitalisation à 30 jours pour un nouvel acte de cardiologie interventionnelle après un acte d'angioplastie coronaire chez un patient avec un syndrome coronarien chronique (angor stable, ischémie silencieuse)	Réduction des réhospitalisations
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)	Réduction des réhospitalisations
Réhospitalisations pour un nouvel acte d'angioplastie programmé après une angioplastie pour un SCC (indicateur à définir dans le cadre du projet « ATIH »)	Réduction des réhospitalisations
Réhospitalisations en urgences après une angioplastie ambulatoire pour un SCC (indicateur à définir dans le cadre du projet « ATIH »)	Réduction des réhospitalisations
Pertinence d'un nouvel acte de coronarographie ou d'angioplastie coronaire lors de réhospitalisations dans les 30 jours suivant un premier acte d'angioplastie	Réduction des réhospitalisations
Réhospitalisations pour motif d'insuffisance cardiaque après un acte de coronarographie ou d'angioplastie coronaire (indicateur à définir dans le cadre de la pertinence du parcours « insuffisance cardiaque »)	

3.1.3 Evolutions des modalités de prise en charge chirurgicale

En lien avec le développement de la chirurgie ambulatoire et de l'évolution des recommandations en la matière ainsi que des orientations du SRS-PRS²⁰ sur ce sujet, il est proposé de travailler sur l'évolution des modalités de prise en charge chirurgicale dans le cancer du sein et notamment à l'occasion de la réalisation d'une mastectomie totale. En effet, 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 Visuchir²¹. Il convient de noter que ce sujet sera abordé en incluant la RAAC.

Dans un souci de cohérence avec les priorités du SRS-PRS, l'ajout de cette thématique de travail est envisagé de manière à avoir une réflexion sur le parcours de ces patientes. Ainsi, en amont, le repérage passe par une amélioration du taux de dépistage du cancer du sein ; en effet, en Nouvelle-Aquitaine près d'une femme sur deux ne participe pas au dépistage organisé, avec le constat de très fortes disparités territoriales. Aussi un objectif d'amélioration du taux de dépistage a-t-il été intégré au PRS. Par ailleurs, ce travail thématique sera complété (Cf. infra partie produits de santé – axe cancer) par une étude sur l'observance des anti-cancéreux oraux dans ce type de cancer.

S'agissant de l'évolution des modalités de prise en charge chirurgicale dans le cancer du sein, avec un focus sur les mastectomies totales, le plan d'actions proposé ainsi que l'indicateur de suivi sont détaillés dans le tableau ci-après :

Actions	Calendrier
Réalisation d'un état des lieux régional sur la pratique de la chirurgie ambulatoire en matière de mastectomie totale des établissements autorisés	2024
Réunion de groupes de pairs et experts de la spécialité	2024 - 2025
Détermination du plan d'action et mise en œuvre	2024- 2025

Indicateur de suivi	Calendrier
Suivi du taux de chirurgie ambulatoire sur les actes sélectionnés	2024 - 2026

3.1.4 Les soins éco-responsables

Un soin écoresponsable est un soin qui, à qualité et sécurité égales, est moins impactant pour l'environnement. 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, la valorisation en fin de vie.

²⁰ SRS-PRS 2023 – 2028 : « **Renforcer les prises en charge ambulatoires, à domicile et amplifier le virage inclusif, (...), le renforcement des prises en charge ambulatoires est gagé par : la mise en œuvre de groupes de pairs concernant les gestes chirurgicaux ambulatoires émergents, la promotion des parangonnages, l'élaboration par les établissements d'un plan virage ambulatoire (...), l'optimisation des durées moyennes de séjours (de 3 jours et plus) en impulsant des actions limitant les journées inadaptées à l'hôpital, telles que l'amélioration des organisations d'aval, le développement des programmes d'accompagnement du retour à domicile (PRADO), la promotion de techniques de réhabilitation précoce après chirurgie** ».

²¹ VISUCHIR est un outil de visualisation qui permet d'explorer de manière interactive les pratiques chirurgicales. Il est le fruit d'un partenariat entre l'Assurance Maladie (avec le service médical de la région Bourgogne-Franche-Comté), l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) et les conseils nationaux professionnels et sociétés savantes. L'outil présente 3 gammes : établissement, spécialités et région.

En cohérence avec les orientations du SRS-PRS²² Nouvelle-Aquitaine et de la feuille régionale en matière de transition écologique qui sera arrêtée au cours de l'année 2024, la réflexion autour des soins éco-responsables s'avère un sujet incontournable. D'ailleurs l'IRAPS lors de sa réunion du 14 décembre 2023 s'est déclarée favorable pour travailler sur ce sujet. Il convient de souligner que certains de ses membres sont d'ores et déjà très engagés dans cette thématique.

Dans l'attente de l'adoption de la feuille de route régionale, le plan d'action proposé sera étayé au cours de l'année 2024 pour certains axes :

Actions	Calendrier
Intégration des membres de l'IRAPS volontaires au sein de la future comitologie régionale	2024
Poursuivre les travaux engagés concernant les prescriptions plus sobres et la pertinence des soins et des parcours : actes d'imagerie (Cf. AAP imagerie en cours)	2024/ 2025 2024/2026
Participation aux groupes de travail sur les éco-soins	2024/2026

Indicateur de suivi	Calendrier
Impact de l'AAP imagerie en matière de sobriété des prescriptions	2024

3.1.5 L'appel à projets « Innover pour améliorer la pertinence des prescriptions d'imagerie diagnostique en ville et en établissement en Nouvelle Aquitaine »

Dans le cadre de sa politique en faveur de la pertinence des soins, 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 étant de limiter la variabilité des pratiques et d'éviter les prises en charge inutiles ou redondantes dans le champ de l'imagerie diagnostique, dans un contexte d'efficacité du système de santé.

Celui-ci s'adressait aux établissements de santé, aux cabinets de radiologie de ville, à leur regroupement afin de faire émerger des initiatives innovantes en termes d'évaluation et d'amélioration des pratiques.

Trois dossiers ont tout d'abord été retenus mais un établissement s'est désisté quelques mois plus tard. Les deux dossiers retenus concernent les urgences. L'AAP s'étend sur la période 2022 à 2024.

3.1.5.1 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.

²² SRS-PRS (2023 – 2028) : Axe 3.6 Promouvoir le développement durable et la transformation écologique du système de santé

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.

3.1.5.2 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 fréquentes²³. 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 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.

²³ Traumatisme crânien léger, céphalées, vertiges instabilité et suspicion d'Accident Vasculaire Cérébral, embolie pulmonaire et colique néphrétique

3.1.5.3 Plan d'actions et indicateurs de suivi

Actions	Calendrier
Réaliser les réunions de suivi des 2 AAP	2024 (1 T.)
Faire le lien avec les autres acteurs de l'ARS (DOS et DD33 notamment) pour l'organisation de la mise en place du comité de pilotage du CHU de Bordeaux	2024 (2T.)
Organiser une réunion entre les deux porteurs de projet	2024 (4 T.)
Réaliser l'évaluation de l'AAP imagerie en mesurant, notamment, l'impact de l'AAP en matière de sobriété des prescriptions et la réduction des délais d'attente	2024 (décembre)

Indicateurs de suivi	Calendrier
Amélioration de la pertinence des prescriptions d'actes d'imagerie	2024 (4 T.)
Amélioration des délais d'attente en imagerie aux urgences	2024 (4T.)



4 LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS

4.1 LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DE TRANSPORTS

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

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

4.1.1 *Le diagnostic régional*

4.1.1.1 Les dépenses en Nouvelle-Aquitaine pour l'année 2023

➤ *Evolution 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**

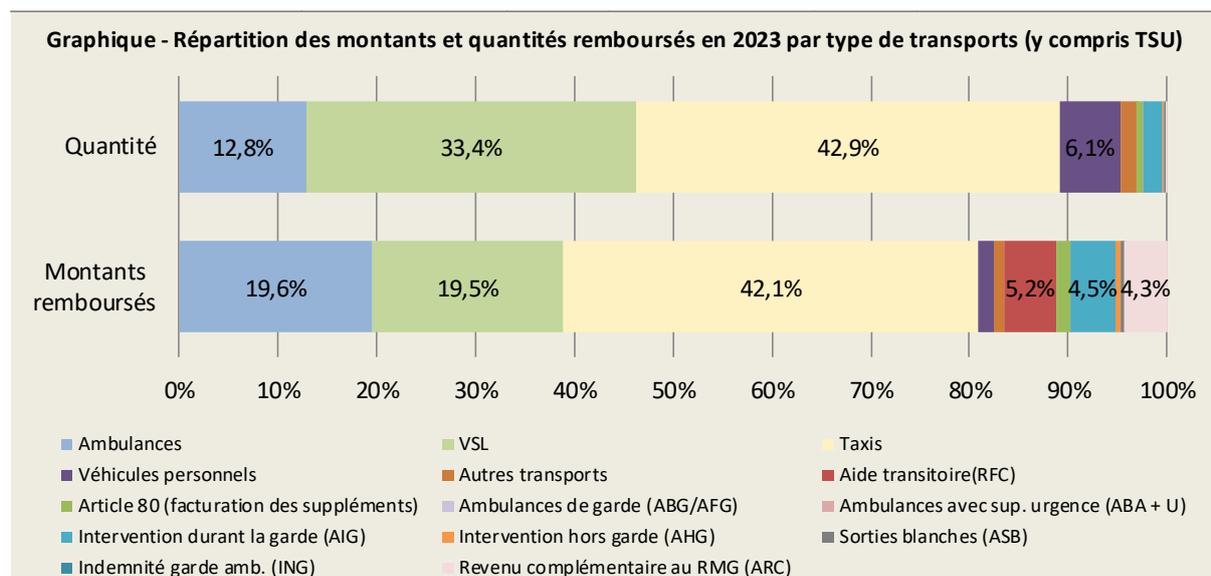
	Montants remboursés	Part	Evolution	Quantité	Part	Evolution
Transports sanitaires urgents	45 236 629	100,0%	62,8%	176 708	100,0%	-2,5%
Ambulances de garde (ABG/AFG)	83 786	0,2%	-97,2%	805	0,5%	-98,3%
Ambulances avec sup. urgence (ABA + U)	312 549	0,7%	-92,8%	1 799	1,0%	-96,0%
Intervention durant la garde (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 1^{er} 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%).

➤ Evolution 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 stable (+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.

4.1.1.2 Analyse comparative des départements de la Nouvelle-Aquitaine en 2023

➤ **Evolution 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.

Données de la période : 01/01/2023 - 31/12/2023 **Prescripteurs Etablissements**
Evolution calculée par rapport à la période : 01/01/2022 - 31/12/2022

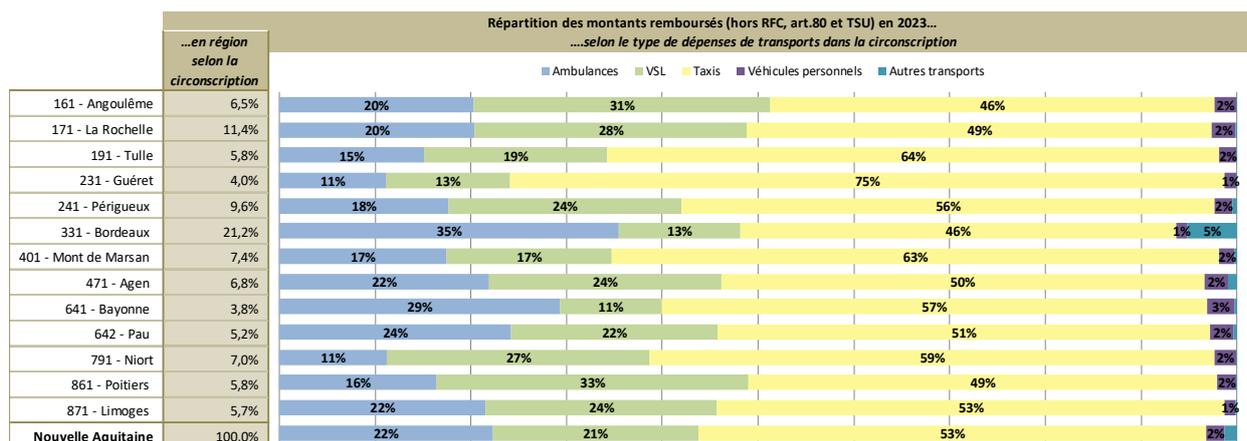
Transports, hors RFC, art.80 et TSU	Montants remboursés	Part	Evolution	Contribution à l'évolution*
161 - Angoulême	16 870 657	6,5%	7,2%	7,1%
171 - La Rochelle	29 646 845	11,4%	4,8%	8,4%
191 - Tulle	15 178 658	5,8%	10,2%	8,7%
231 - Guéret	10 332 906	4,0%	1,3%	0,8%
241 - Périgueux	24 791 421	9,6%	10,1%	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

➤ **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

4.1.2 Les domaines d'actions prioritaires et leur déclinaison opérationnelle

Au regard du diagnostic régional, deux objectifs ont été identifiés conjointement par l'Agence Régionale de Santé et l'Assurance Maladie sur la thématique de la pertinence des prescriptions de transports :

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

Plusieurs leviers et chantiers contribuent à l'atteinte de ces objectifs :

- Contractualiser avec les établissements sur des objectifs de diminution du recours à l'ambulance et au transport professionnalisé dans le cadre des nouveaux contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) applicables depuis le 1^{er} juillet 2022 ;
- Engager les établissements dans la gestion de leurs flux de transports sanitaires via l'utilisation de la plateforme régionale de commande de transports et l'appel à projets lancé en 2023.

4.1.2.1 Les objectifs régionaux des nouveaux CAQES

➤ La prise en compte de l'indicateur défini au niveau national

L'objectif de la contractualisation tripartite sur la thématique des transports est d'améliorer la pertinence des prescriptions des professionnels de santé exerçant en établissement en favorisant le juste mode de transport, et de réduire les variations de pratiques en la matière.

En effet, la prescription de transport est un acte médical. Le médecin prescripteur doit s'appuyer sur le référentiel de prescription médicale de transport, publié par arrêté du 23 décembre 2006, qui liste les indications de prescription des différents modes de transport (ambulance, transport assis professionnalisé et transports en commun ou moyen de transport individuel).

Avec la rénovation du dispositif des CAQES, un indicateur a été défini au niveau national : la part de l'ambulance dans les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de transports (ambulance, VSL et taxi), en montants remboursés. Les établissements ciblés sont les établissements 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 (en montants remboursés). L'objectif pour l'établissement de santé signataire du contrat est de diminuer la part de l'ambulance dans ses PHEV de transports. La réalisation d'économies entre deux années lui permet d'être rémunéré à hauteur de 20% des économies générées.

➤ L'indicateur régional

L'objectif régional a été défini en complémentarité de la priorité retenue au niveau national sur les transports. Il porte sur la diminution du recours au transport professionnalisé au profit du véhicule personnel ou du transport en commun.

L'indicateur régional retenu pour le ciblage des établissements est le taux de recours au transport professionnalisé (ambulance et transport assis professionnalisé). Il est décliné selon trois types d'activité : séjours en médecine chirurgie obstétrique (MCO), séances de chimiothérapie pour affection tumorale et de radiothérapie, actes et consultations externes (ACE).

Initialement, deux indicateurs devaient être calculés pour les séances en distinguant les séances de chimiothérapie et radiothérapie d'une part et les séances de dialyse d'autre part. L'indicateur retenu porte uniquement sur les séances de chimiothérapie pour affection tumorale et de radiothérapie en raison :

- du fort recours à l'ambulance dans le cadre des séances de dialyse, l'enjeu portant moins pour ces patients sur la baisse du recours au transport sanitaire que sur la baisse du recours à l'ambulance ;
- du faible poids des séances de chimiothérapie pour affection non tumorale comparativement à la chimiothérapie pour affection tumorale et à la radiothérapie ;
- du pourcentage de patients avec transports nettement inférieur pour les séances de chimiothérapie pour affection non tumorale par rapport aux séances de chimiothérapie pour affection tumorale ou radiothérapie.

Le mode de calcul de l'indicateur selon le type d'activité est défini dans le tableau ci-dessous :

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 <i>* Le nombre de venues est comptabilisé en nombre de jours-patients</i>

➤ Les critères de ciblage

Pour pouvoir cibler les établissements éligibles à la contractualisation tripartite sur l'indicateur régional, un chaînage des bases inter-régimes de remboursements de l'Assurance Maladie et du PMSI est réalisé afin de rattacher les transports prescrits par les établissements à leurs activités de soins en MCO et de calculer ainsi leur taux de recours au transport sanitaire professionnalisé par type d'activité. Les PHEV transports sont exhaustives uniquement pour les établissements publics. Le ciblage régional concerne donc uniquement cette catégorie d'établissements.

Les établissements publics sont pré-ciblés dès lors que leur taux de recours est supérieur d'au moins 2 points à la médiane régionale sur au moins un des trois types d'activité. A partir de ce pré-ciblage régional, ne sont retenus que les établissements présentant des montants de dépenses de transports supérieurs à 400 000 euros sur l'année étudiée (seuil retenu par le Ministère de la santé et la CNAM pour le ciblage des établissements sur les dépenses d'ambulances).

Le tableau ci-dessous présente les médianes régionales 2019 par type d'activité (utilisées pour le pré-ciblage dans le cadre des CAQES 2022-2024) ainsi que les médianes 2021 et 2022 :

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

➤ **Les objectifs**

Les établissements signataires s'engagent à diminuer leur taux de recours aux transports professionnalisés et à mettre en œuvre un plan d'actions comportant :

- La mise en place d'un plan de communication pour sensibiliser au juste recours aux transports professionnels ;
- L'utilisation de la plateforme régionale de commande de transports ;
- La fixation d'objectifs chiffrés dans les contrats de pôle des spécialités ciblées conjointement par les parties ;
- La fluidification du processus de sortie.

4.1.2.2 Engager les établissements dans la gestion de leurs transports sanitaires

Si l'objectif, pour les établissements, est de veiller à mettre en cohérence le mode de transport prescrit avec l'état de santé du patient, des contraintes organisationnelles et logistiques peuvent être à l'origine de pratiques hétérogènes et inefficaces en matière de gestion des transports sanitaires.

➤ **L'utilisation de la plateforme régionale de commande de transports sanitaires**

L'objectif du projet de plateforme régionale de commande de transports sanitaires, porté par l'Agence régionale de santé et l'Assurance Maladie depuis 2018, est d'optimiser la gestion des transports sanitaires, en permettant notamment aux établissements de suivre leurs prescriptions de transports pour une meilleure régulation interne et une fluidification des entrées et sorties.

Le déploiement de la plateforme régionale de commande de transports sanitaires dans les établissements de santé arrive à son terme. Les derniers déploiements se feront au cours du 1^{er} trimestre 2024. En parallèle, l'Agence Régionale de Santé et l'Assurance Maladie ont lancé les travaux d'évaluation du projet qui se poursuivront en 2024.

Enfin, le travail sur l'organisation du transport partagé par la plateforme, mis en suspens pendant la crise sanitaire, a été relancé et sera mené à son terme en 2024. Le développement des transports partagés poursuit plusieurs objectifs : l'amélioration de la réponse aux besoins de transport (en permettant une augmentation de l'offre de transports sanitaires à nombre de véhicules constant), la réduction de l'empreinte écologique de ce secteur d'activité et la maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Plusieurs mesures conventionnelles et législatives ont été prises pour développer le transport partagé : des mesures incitatives à destination des transporteurs (avenants 10 et 11 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés) et des mesures à destination des patients (article 69 de la LFSS 2024). L'évolution de la plateforme permettra de faciliter son organisation par les établissements de santé.

➤ **L'appel à projets sur la fluidification des transports de patients**

En complémentarité avec la contractualisation tripartite (CAQES), la promotion de l'utilisation de la plateforme régionale et le travail sur le transport partagé, l'ARS, en concertation avec l'Assurance Maladie, a lancé en juin 2023 un appel à projets sur la fluidification des transports de patients, à destination des établissements de santé MCO publics et privés ayant un service d'accueil des urgences.

L'objectif est de faire émerger des modèles d'organisation permettant de fluidifier l'ensemble des transports de patients non urgents, professionnels et personnels, favorisant ainsi la réduction des indisponibilités des transporteurs et des délais d'attente et participant par conséquent à une amélioration de la gestion des lits et de la prise en charge des patients. L'ARS a reçu 14 dossiers de candidature. Sur avis du jury de sélection, composé de représentants de l'ARS et de l'Assurance Maladie, 9 projets ont été retenus. Ces projets sont financés pour une durée de 3 ans à partir du 1er janvier 2024. Les bonnes pratiques identifiées dans le cadre de leur évaluation feront l'objet d'une communication régionale.

4.2 LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DE PRODUITS DE SANTE (MÉDICAMENTS, PRODUITS ET PRESTATIONS)



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

4.2.1 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.

Il est nécessaire en complément d'intégrer des actions directes à haute valeur ajoutée en termes de réduction de l'empreinte carbone liée aux produits de santé, avec l'implication attendue des professionnels mais également des patients.

La promotion d'une politique des achats pharmaceutiques responsables ainsi qu'une meilleure optimisation des déchets pharmaceutiques, en évitant le gaspillage, constituent les principaux enjeux.

Ces actions s'inscriront en cohérence avec les axes fixés dans la feuille de route régionale afférente à la transformation écologique du système de santé qui sera arrêtée dans les prochains mois.

4.2.2 Le diagnostic régional

4.2.2.1 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.

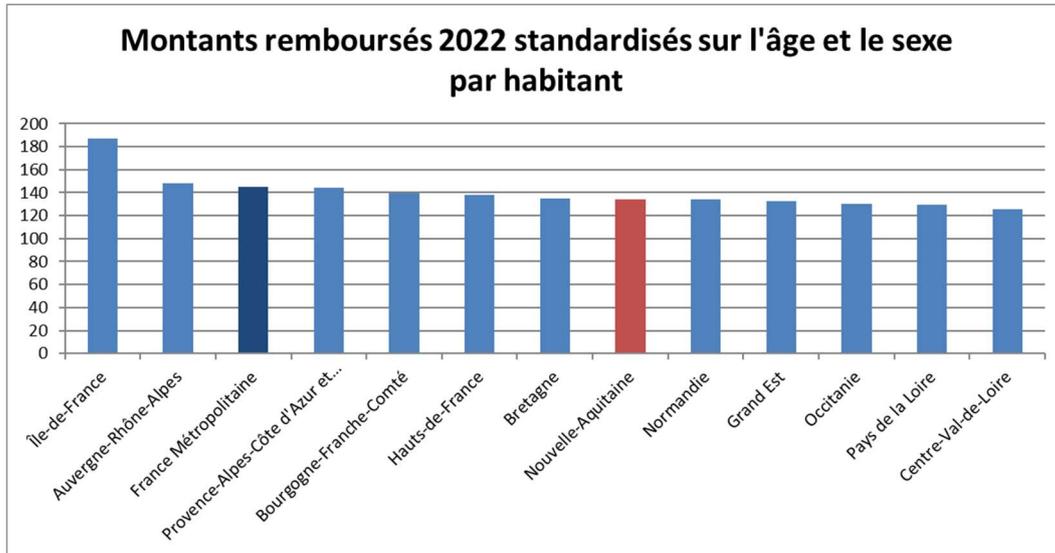
Il s'agit de recalculer le montant de remboursement en appliquant la répartition par âge et sexe de la patientèle nationale, et de rapporter à la population du territoire d'intérêt pour obtenir des montants remboursés standardisés pour 100 000 habitants.

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 régional)

	Montant remboursé			Contribution à l'évolution globale (pt)
	Janv-Déc 2021	Janv-Déc 2022	2022-2021	
Pharmacie codée hors nouveautés/radiations	712 405 419	791 138 293	78 732 874	10,5
<i>= molécules associées à des montants remboursés en janvier-septembre 2021 et en 2022</i>				
⇒ 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

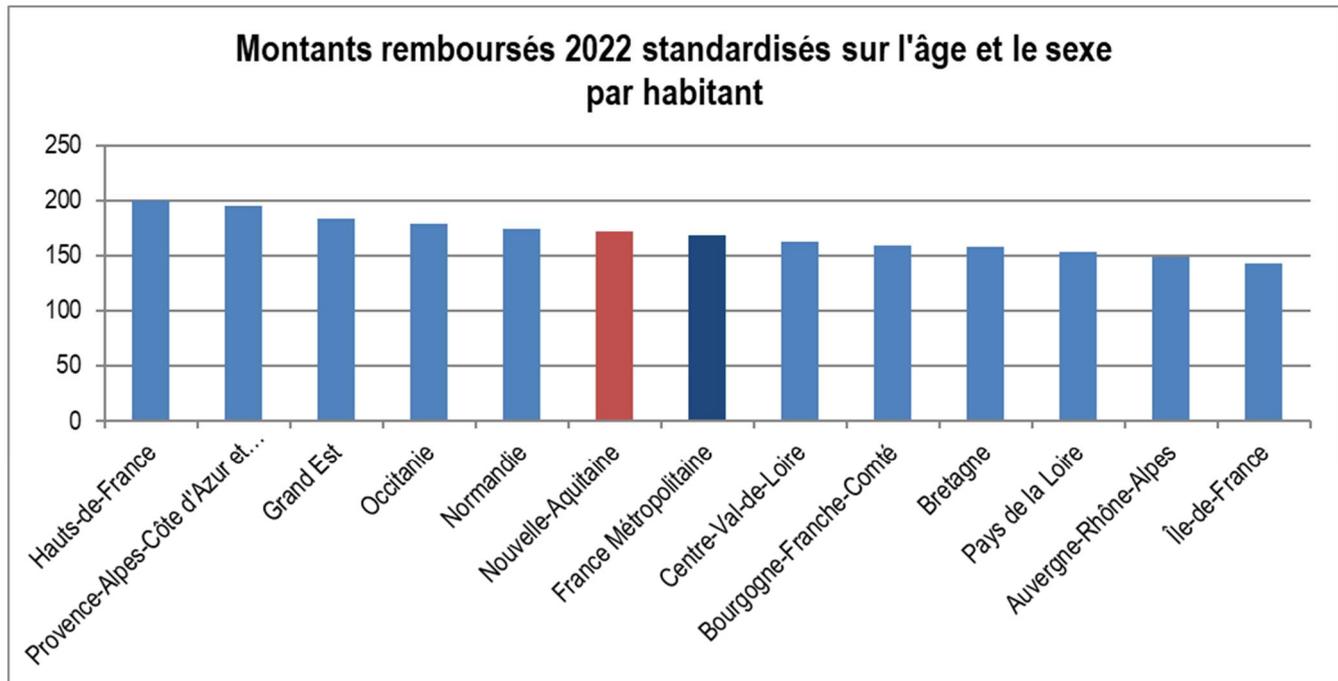
4.2.2.2 Le champ des médicaments remboursés en ville hors PHEV

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.

4.2.3 Les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV), liées au traitement du cancer : Les thérapies orales

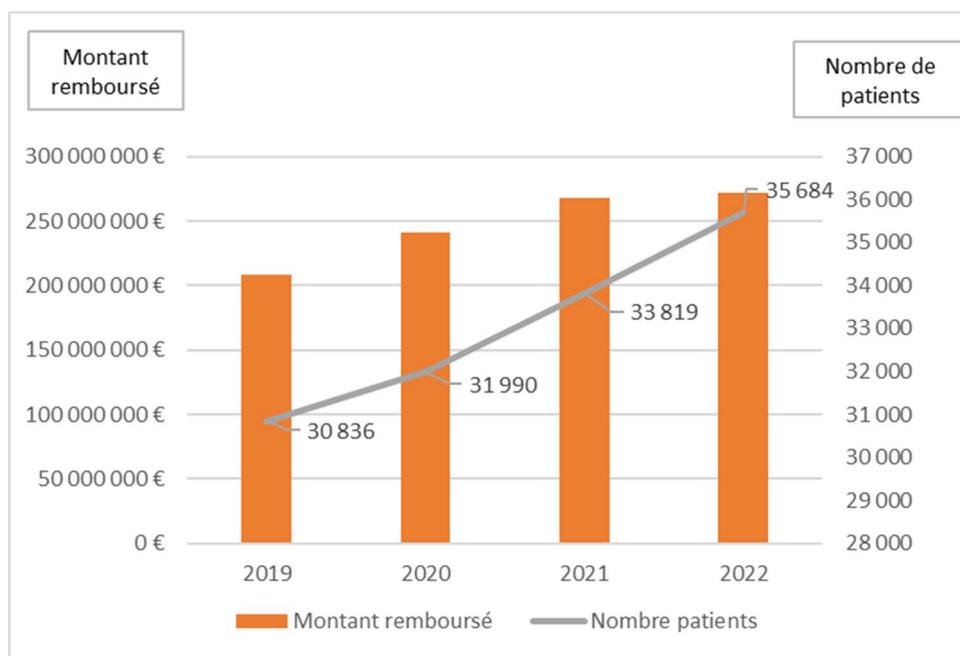
4.2.3.1 La poursuite de la montée en charge des médicaments anticancéreux par voie orale

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 €.

L'historique des données depuis 2019 est présenté dans la figure 3.

Figure 3 : Evolution annuelle entre 2019 et 2022 des montants PHEV d'anticancéreux oraux en Nouvelle-Aquitaine et du nombre de patients associés



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	TAGRISSO®	17 732 380 €	15 108 680 €	+ 17,4 %

Classe ATC	Spécialité(s)	Montants 2022	Montants 2021	Evolution des montants
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 %

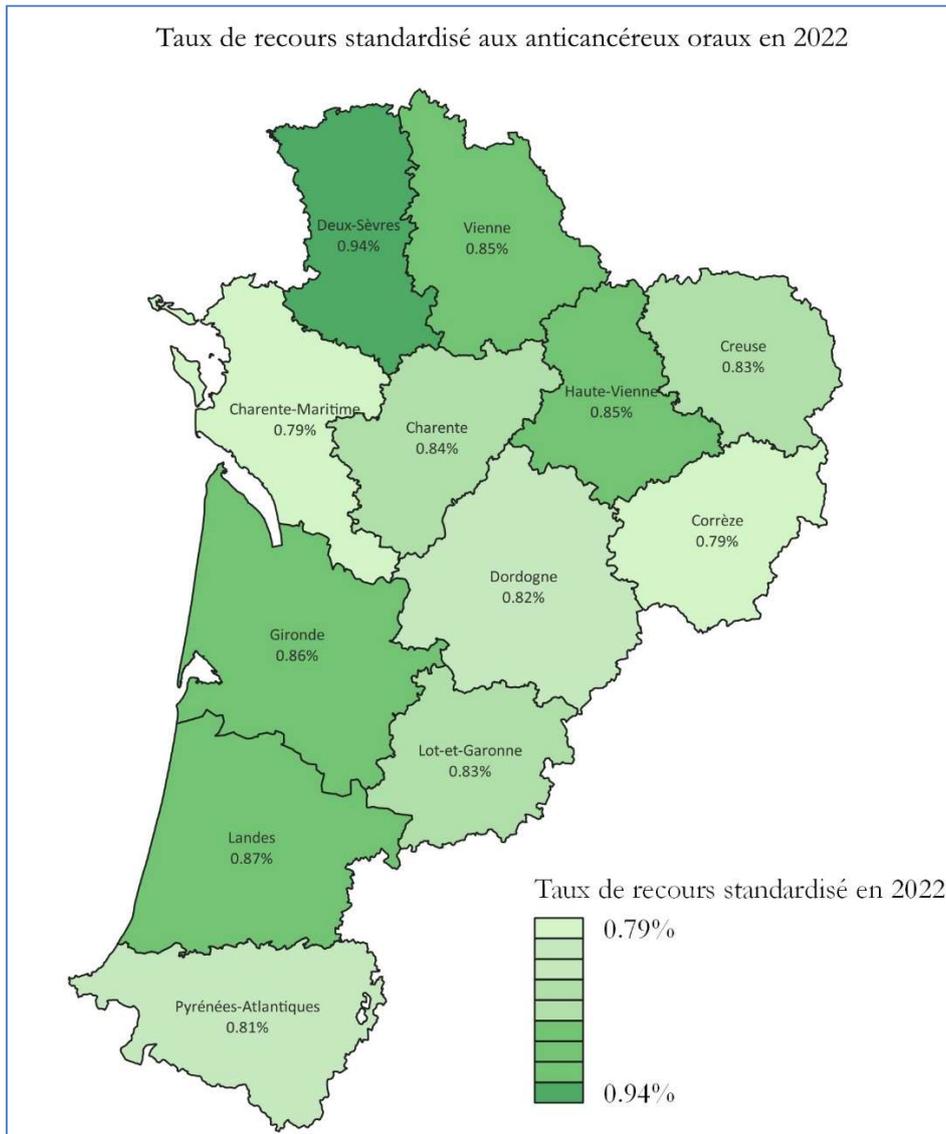
Les 10 premiers médicaments anticancéreux par voie orale - en nombre de patients en 2022 (**Tableau 8**), concernent principalement l'hormonothérapie des cancers du sein et de la prostate.

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 %
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 %

Les premières données de taux de recours aux médicaments anticancéreux oraux standardisés sur l'âge et le sexe sont présentées dans la figure 4, 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 4 : Taux de recours aux médicaments anticancéreux oraux standardisé sur l'âge et le sexe par département en 2022



➤ **Action phare en 2024**

Des travaux ayant pour objectif de comparer le recours aux médicaments anticancéreux oraux versus les médicaments anticancéreux injectables ont été engagés en région ; ils alimentent depuis 2023 les échanges en groupes de pairs régionaux.

En 2024 des travaux d'analyse de l'observance des traitements anticancéreux oraux dans le cancer du sein seront engagés.

4.2.3.2 Les enjeux de l'accompagnement des patients sous thérapies orales dans une démarche Ville-Hôpital renforcée

Le développement des traitements par voie orale pour les patients souffrant d'un cancer présente des avantages en termes de qualité de vie des patients pouvant bénéficier d'un traitement à domicile, tout en faisant apparaître les enjeux de la bonne observance et la surveillance et gestion des effets indésirables.

Il s'agit souvent de traitements au long cours pour lesquels l'adhésion au traitement des patients est primordiale.

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

➤ **Poursuite des actions déjà engagées sur ce thème en 2024**

❖ **L'avenant conventionnel 21 et l'article 51 thérapies orales**

Les dispositifs déployés au niveau national comme l'**Avenant conventionnel 21** des pharmaciens d'officine avec l'Assurance Maladie, ou expérimentation « **article 51 thérapies orales** » 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.

En particulier deux dispositifs de la région Nouvelle-Aquitaine ont permis d'inciter à la collaboration entre les professionnels des différents secteurs de soins et au renforcement de la coordination pluri-professionnelle au service des patients :

- la contractualisation régionale CAQES
- et les appels à projet mis en œuvre dans la région sur la prévention de la iatrogénie et la maîtrise des PHEV, dont certains sont ciblés sur les actions d'accompagnement des patients sous anticancéreux oraux

Synthèse des leviers d'appui à la coordination des professionnels, et fluidification des parcours, pour la qualité et sécurité de la prise en charge globale du patient



❖ 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)

Par ailleurs, l'appel à projets régional « produits de santé », lancé en 2021 par l'ARS Nouvelle-Aquitaine, a permis d'accompagner 4 projets s'inscrivant dans ces objectifs de coordination ville/hôpital pour l'accompagnement des patients sous anticancéreux oraux (Institut Bergonié, CHU Bordeaux, CHU Limoges, GH La Rochelle). Ces établissements participent par ailleurs en étroite collaboration avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine et l'Assurance Maladie à la construction d'un projet régional issu de l'une des thématiques proposées par les établissements sous AAP ; la création d'une plateforme dédiée aux pharmaciens d'officine, pour monter en compétence sur les thérapies orales et s'engager activement dans l'accompagnement des patients.

La création de la plateforme régionale « oncofficine », une plateforme web dédiée et gratuite pour faciliter l'accès à l'information et à la formation continue des pharmaciens d'officine sur les thérapies orales et la prise en charge des patients en ville.

L'ARS Nouvelle-Aquitaine, en partenariat avec l'URPS Pharmaciens, l'OMEDIT, Onco-NA et l'Assurance Maladie, a développé une plateforme web qui propose plusieurs contenus formateurs et facilitateurs pour les actions d'accompagnement des patients sous anticancéreux oraux par les pharmaciens d'officine.

Il s'agit d'une démarche partenariale soutenue par les représentants des professionnels de santé de la région, avec le soutien et la contribution des établissements de santé inclus dans l'appel à projets régional « produits de santé ».

Le portail web offre quatre modules formateur : une auto-évaluation des connaissances, un QCM de validation des acquis, des témoignages et paroles d'experts à visualiser, et un module de simulation en santé interactif ; Ce module développé avec l'appui de l'Institut Bergonié, permet une mise en situation virtuelle d'entretien avec les patients à la pharmacie.

La mise en ligne du site est prévue au 2^{ème} trimestre 2024.

Ce site ludique et simple d'accès et d'utilisation, permet d'encourager la formation continue et l'actualisation des connaissances des pharmaciens d'officine. La démarche vise à faciliter la recherche d'information et permettre, grâce au recensement des participants, d'animer, *in fine*, une communauté de professionnels désireux de se former sur les activités de pharmacie clinique en ville, pour un meilleur accompagnement des patients suivi à domicile. Ce projet a obtenu le soutien de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) et de la Société Française de Pharmacie Oncologique (SFPO).

❖ 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.

Cette démarche régionale, qui met à profit la conjugaison de l'expertise d'un ensemble d'acteurs (professionnels de santé, contribution des médecins et pharmaciens, référents institutionnels de l'ARS et de l'AM), permet notamment un partage des données *via* une exploitation conjointe et croisée afin d'identifier des axes de travaux transversaux.

Cette démarche a fait l'objet par ailleurs d'une présentation nationale des travaux de la Nouvelle-Aquitaine par l'ARS, la DRSM et l'OMEDIT en janvier 2020.

En effet, il s'agit d'un suivi renforcé des pratiques de prescription des médicaments coûteux et innovants (« liste en sus ») 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. Par ailleurs, des nouveaux travaux sont engagés à compter de 2023 afin de disposer d'indicateurs de suivi du recours aux médicaments anticancéreux oraux et leur montée en charge par rapport aux anticancéreux injectables.

Les professionnels de santé de la région Nouvelle-Aquitaine sont déjà très investis sur le suivi et le cadrage de l'utilisation des médicaments innovants. L'enjeu est l'élargissement de cette dynamique régionale vers le suivi des patients sous anticancéreux oraux en ville, avec la meilleure coordination possible.

➤ **Conclusions sur l'axe CANCER**

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.

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'usager 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.

4.2.4 La prévention de la iatrogénie médicamenteuse dans les parcours cibles

Les travaux menés s'inscrivent dans la continuité des thématiques identifiées à enjeu de pertinence, déjà ciblées dès l'inscription de la thématique « prescriptions des produits de santé » dans le-PAPRAPS.

Il convient de rappeler qu'un « état des lieux » a été réalisé en Nouvelle-Aquitaine permettant de recenser plus de 30 actions phares sur la thématique de la prévention de la iatrogénie médicamenteuse (recensement non exhaustif). Ce travail a permis de mettre en évidence l'intérêt et l'implication des professionnels de santé de la région sur cette problématique.

Parmi ces actions figurent notamment la réalisation de supports de communication, de campagnes de sensibilisation ou de formations visant notamment à :

- prévenir les effets indésirables lors de la prise de médicament,
- éviter des ré-hospitalisations ou des effets d'addiction,
- promouvoir une réévaluation régulière des traitements et renforcer la coordination Ville/Hôpital.

De nombreuses actions sont mises en œuvre au sein des établissements de santé pour la prévention de médicaments inappropriés chez les personnes âgées, des actions ciblées sur la prévention du mésusage ou de la surconsommation de certains médicaments ou classes thérapeutiques à risque.

Ces actions sont en cohérence avec les dispositifs institutionnels menés dans le cadre de la contractualisation avec les établissements de santé, par l'ARS et l'AM, et en sus des supports/ outils de communication ou de sensibilisation - formations réalisées en partenariat avec les professionnels de santé et experts de la région.

En ce qui concerne les programmes de régulation menés par l'Assurance Maladie notamment en ville, des campagnes historiques sont réalisées (PS de ville et en EHPAD) et divers dispositifs sont mis en place également en EHPAD par l'OMEDIT, le Centre Régional de Pharmacovigilance, les professionnels de santé experts, les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), avec l'implication des représentants des associations des patients.

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. Ce sujet sera ainsi le fil conducteur des actions mises en œuvre dans le volet « prescriptions des produits de santé » du PAPRAPS au regard des analyses réalisées dans le cadre du diagnostic régional.

Le choix des thématiques retenues est confirmé et poursuivi de façon renforcée, depuis la mise en œuvre de la nouvelle contractualisation CAQES qui comporte désormais un **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, sécurité et qualité de 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) permettra 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 d'engager les établissements de santé sur ces sujets.

4.2.5 La prise en charge médicamenteuse en santé 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.

4.2.5.1 Le résultat de la première évaluation régionale CAQES

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, permettra d'éclairer les actions régionales à mener en priorité pour l'année 2024, 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) sera 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

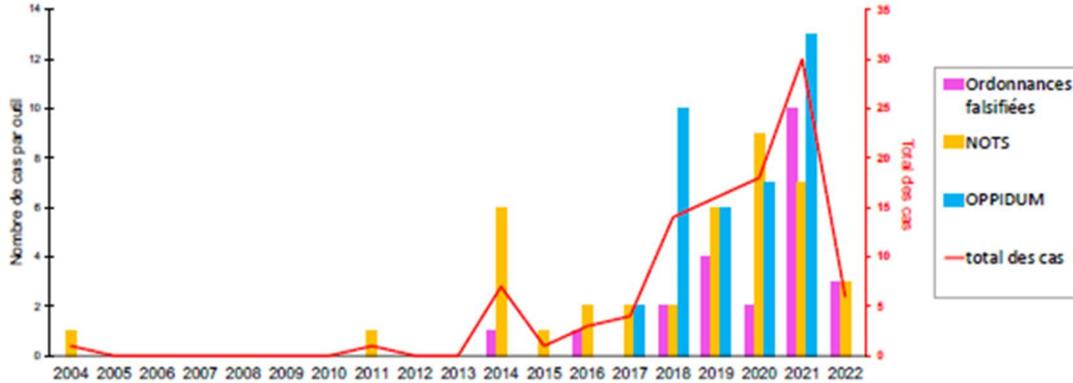
Suite à des signalements de mésusage en Gironde (principalement Bordeaux), une étude a été menée par les CEIP-A de Bordeaux et Marseille, « Analyse d'un signal d'augmentation du détournement du méthylphénidate en Aquitaine et à l'île de la Réunion ». Les résultats principaux sont détaillés ci-dessous.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

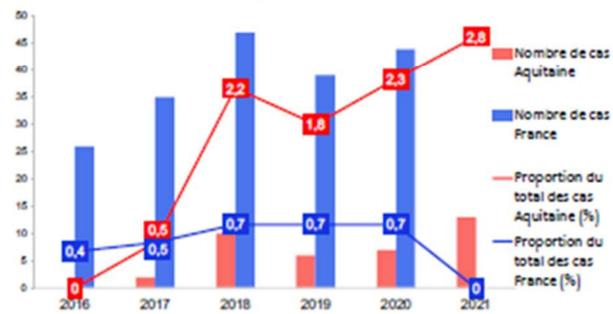
- 40 cas notifiés
 - 30 graves (75 %)
 - 2 décès (5 %)
- Sex-ratio (H/F) : 3,3
- Age médian : 33,5 ans
- **Ritaline®** (31 ; 75 %)
- **Voie IV** (22 ; 55 %)
- **Polyconsommation** (39 ; 97,5 %)

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

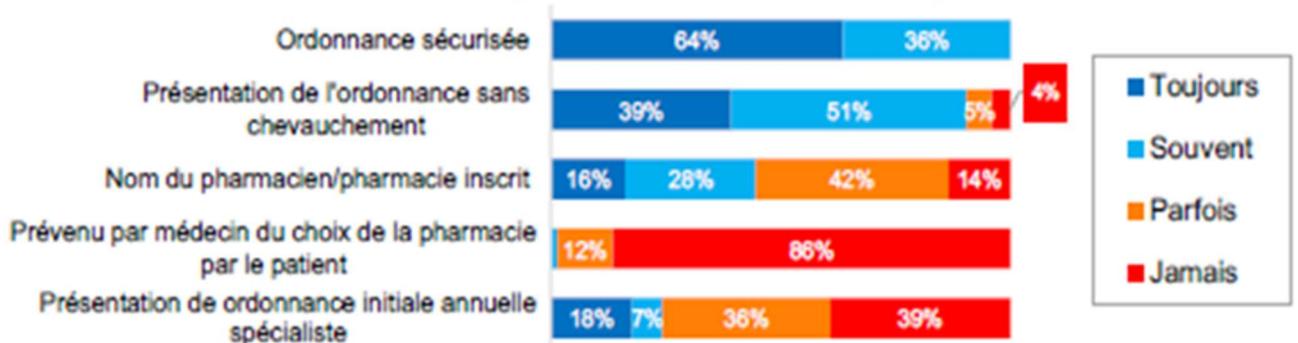
➤ Substances associées



➤ 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) sera ainsi déployé courant 2024.

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

4.2.6 Les médicaments pour le traitement de la douleur chronique

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 dans la prise en charge de la douleur.

Le pilotage et suivi des actions en région se faisait jusqu'en 2023 par l'intermédiaire du COPIL DOULEUR. Cette instance sera ouverte à compter de 2024 à tous les professionnels de santé de la région dès 2024 sous la forme de Webinaires afin de promouvoir plus largement les enjeux de ces prises en charges médicamenteuses.

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 – dyscommuniants ...) est une bonne pratique incontournable pour des prises en charges 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, 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 effets iatrogènes et dépendance.

Parmi les éléments de diagnostic initial réalisé par l'ARS et l'Assurance Maladie, et après échanges avec les professionnels de santé, deux axes principaux de travail sont identifiés :

- 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).

4.2.6.1 Le résultat de la première évaluation régionale CAQES

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 œuvre 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 iatrogénie (surdosage, gestion des effets indésirables notamment)
- 46% d'établissements engagés dans la mise en œuvre 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).

4.2.6.2 Les actions régionales

Par ailleurs, 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) mettront en place des actions spécifiques de prise en charge de la douleur dans l'approche globale de l'endométriose.

La douleur chronique, fait l'objet également d'un sujet d'étude avec le RREVA, et en particulier avec les structures qui jouent un rôle essentiel dans le processus de prévention des risques et de gestion des événements sanitaires indésirables. *En 2024 il est envisagé une étude régionale sur certains opioïdes ciblés qui ont fait l'objet d'alertes et de sensibilisations spécifiques dans la région. La diffusion de référentiels et le rappel des règles de bon usage seront poursuivis.*

En 2023 et 2024 une campagne portée par l'Assurance Maladie sur l'évaluation et la gestion de la douleur dans les ESMS PH est mise en œuvre. Cette nouvelle campagne a pour objectif de diffuser, partager les publications du référentiel HAS d'évaluation des ES/ESMS en mars 2022 sur, en particulier, les critères de la prise en charge de la douleur dans l'évaluation des **personnes handicapées**.

Cette thématique vise à sensibiliser le personnel soignant et non soignant dans les EMS PH afin de déclencher et renforcer un réflexe du soignant vis-à-vis de l'évaluation de la douleur, compte tenu des difficultés de communication des personnes en situation de handicap qui complexifient la détection et l'évaluation de la douleur, qui de fait est souvent sous-évaluée.

Ce réflexe doit comprendre une recherche systématiquement d'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.

La visite portée par l'Assurance Maladie est l'occasion de faire le point sur les circuits de prise en charge de la douleur et les pratiques de l'établissement, ainsi que de partager les outils d'évaluation et les travaux en cours sur la prise en charge de la douleur par la Société Française d'Études et de Traitement de la Douleur (SFEDT).

Les objectifs sont donc de :

- Renforcer la prévention
- Améliorer le repérage
- Développer l'évaluation
- Utilisation des échelles d'évaluation adaptées
- Partager les résultats des évaluations en équipe pluridisciplinaire
- Tracer dans le dossier du patient
- Développer la complémentarité entre traitements médicamenteux et interventions non médicamenteuses
- Avertir le médecin

Lors de la visite AM les points ci-dessous sont discutés pour savoir :

- Quelle est la ressource médicale possible au sein de l'établissement et externe en tant qu'experts (centre anti douleur)
- Quels protocoles infirmiers ont été rédigés pour la prise en charge de la douleur au sein de l'établissement et si ceux-ci sont réévalués régulièrement
- S'il existe une concertation pluridisciplinaire
- Et sur quelles ressources extérieures et experts l'établissement ou le médecin référent de l'établissement peuvent s'appuyer ?

La douleur chronique altère la qualité de vie des personnes qui en souffrent et affecte fortement la vie de l'entourage. Elle peut impacter le plan physique, psychologique, social, professionnel ou scolaire de la population concernée.

La sensibilisation engagée pour les personnes en situation d'handicap est une grande avancée.

4.2.7 La lutte contre la iatrogénie médicamenteuse et la surmédication dans le parcours de la personne âgée

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.

4.2.7.1 Le résultat de la première évaluation régionale CAQES

Dans ce contexte, cette thématique a été intégrée dans la nouvelle contractualisation CAQES 2022-2024 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.

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 âgées 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 âgées 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 centraux chez la personne âgée – médicament inapproprié
- 92% des établissements ont intégré dans leur programme des actions sur la prévention de la iatrogénie chez la personne âgée en lien avec l'engagement sur cette thématique.

4.2.7.2 Réalisation d'un audit d'évaluation des pratiques de 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 sera renouvelé lors de l'évaluation CAQES 2024 sur les données 2023 avec l'intégration des MPI et des omissions de traitements. Cet outil régional sera étendu au-delà du cadre du CAQES aux établissements volontaires (secteurs sanitaire et médicosocial).

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 nouvelle campagne est prévue en 2024, toujours portée par les DAM, à propos de la poly médication de la personne âgée à partir d'outils dédiés par médicaments à destination des MG et des patients ; un profil de prescription sera mis à disposition des médecins généralistes
- Parallèlement l'ANAP a mis en place des accompagnements individualisés et en continus des EHPAD candidats sur la région NA sur le circuit du médicament (190 EHPAD en région)

4.2.7.3 Mise en place d'une nouvelle commission régionale OMEDIT

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 déploiera dès 2024 un outil dénommé « **OMAGE²⁴** » (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 seront 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.

4.2.7.4 Choosing Wisely ou choisir avec soin en gériatrie

L'objectif général de cette campagne est de réduire les pratiques de prescription non pertinentes ciblées par les 5 recommandations de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG), tout en favorisant une prise de décision partagée.

La campagne internationale « Choisir avec soins » encourage les professionnels de santé et les patients à engager un dialogue éclairé afin de déterminer les soins les plus appropriés pour chaque patient, en fonction de leur situation unique. L'objectif est de réduire le recours aux soins qui ne sont pas étayés par des données probantes et qui peuvent exposer les patients à des préjudices dans certains contextes.

En pratique, la campagne Choisir avec Soins repose sur l'élaboration, par les sociétés savantes participantes, de 5 recommandations relatives à des traitements ou examens couramment prescrits dans la spécialité concernée, et pour lesquels il existe une problématique de prescription non pertinente, à la fois fréquente et documentée.

²⁴ « OMAGE » a été développé par l'OMEDIT Île-de-France.

Ainsi, en 2023, la SFGG a mis à jour ses recommandations, et prévoit de lancer, en 2024, en partenariat avec France Assos Santé et les structures d'appui régionales (avec le soutien de la Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques en santé) une campagne inter-régionale d'évaluation de pratiques professionnelles dont les objectifs sont de :

- sensibiliser les professionnels aux recommandations et faciliter leur appropriation ;
- permettre aux professionnels de santé de s'évaluer/ se questionner par rapport à certaines pratiques ciblées par la SFGG comme étant à risque de non pertinence ;
- inciter à mettre en place des actions d'amélioration afin de réduire les pratiques non pertinentes.

Cette action est portée par un groupe de travail national dans lequel figurent 20 gériatres de 9 régions différentes (dont 3 gériatres de Nouvelle-Aquitaine), 4 représentants d'usagers, 3 structures régionales d'appui à la qualité des soins et la sécurité des patients (Bretagne, Hauts de France et Centre Val de Loire).

Les 5 recommandations pour la campagne 2024 portent sur les thèmes suivants les :

- Bandelettes urinaires et examen cyto bactériologique des urines (en l'absence de symptômes cliniques urinaires, il n'y a aucune indication ni à une analyse d'urine ni à un traitement antibiotique).
- Antipsychotiques : en cas de symptômes psycho-comportementaux chez une personne atteinte d'un trouble neurocognitif majeur (syndrome démentiel), les antipsychotiques ne doivent être prescrits qu'en dernier recours et pour une durée définie.
- Benzodiazépines : en cas d'usage d'anxiolytiques ou d'hypnotiques (benzodiazépines et apparentés) depuis plus de 3 mois, une dynamique de « dé prescription » doit s'engager à partir d'un échange avec le patient (consultation dédiée, consultation infirmière, entretien pharmaceutique...).
- Inhibiteurs de la pompe à protons : tout traitement par IPP au long cours (défini par une durée de prescription > 8 semaines) doit faire l'objet d'une dynamique de « dé-prescription » si aucune indication ne persiste.
- Dialogue sur nature des soins/accompagnement : Dès les premiers jours d'hospitalisation ou d'entrée en EHPAD, un dialogue sur la nature des soins ou de l'accompagnement à mettre en place doit s'instaurer avec la personne concernée, et avec son entourage si elle le souhaite, afin que ces soins ou accompagnement reposent sur les besoins et attentes de la personne.

Pour chaque recommandation on retrouve :

- ⇒ une grille pour l'évaluation des pratiques professionnelles (évaluation de type audit sur 30 dossiers un jour donné ; support informatique pour la saisie des résultats ; rapport de résultats automatisés)
- ⇒ un logigramme et des indicateurs de non pertinence ;
- ⇒ une boîte à outils.

Ainsi, en complémentarité avec les actions conduites par l'OMEDIT en matière de prise en charge médicamenteuse de la personne âgée, il sera proposé aux établissements volontaires (établissements de santé signataires ou pas d'un CAQES et aux établissements médico-sociaux) de participer à une campagne de recueil de données sur six semaines.

La première étape passe par l'organisation d'une réunion de lancement du projet avec les principaux acteurs (CCECQA, OMEDIT, les trois gériatres néo-aquitains du groupe de travail national, l'ARS, la DRSM, les usagers, le CRATB) concernés par cette action pour notamment arrêter le périmètre des établissements cibles ainsi que les recommandations visées par le recueil.

4.2.7.5 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 :

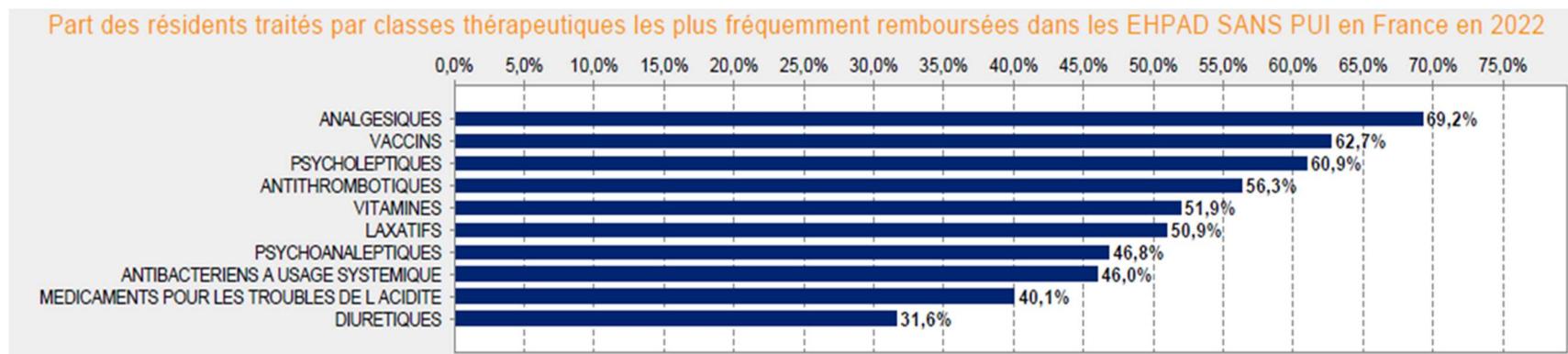
- **12,9%** des résidents ont plus de 2 psychotropes différents **contre 11,9%** au niveau national,
- **19,1 %** des résidents ont un traitement par une ou plusieurs benzodiazépines hypnotiques **contre 18,5%** au niveau national. Cette proportion est en diminution depuis 2017 (22,5% en 2019, 19,8% 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%

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)



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**. Toutes les démarches d'EPP ou des 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.

4.2.7.6 Les conclusions sur le volet prescriptions médicamenteuses et prévention de la iatrogénie

Sous l'égide de l'IRAPS, toutes les thématiques du PAPRAPS relatives aux prescriptions de produits de santé sont suivies avec un objectif commun et transversal de lutter contre la iatrogénie médicamenteuse.

Ces actions sont partagées et explorées au sein des différentes instances, groupes de pairs, groupes de travaux techniques pour les analyses des données, commissions thématiques, webinaires de restitution thématiques. L'objectif sera de ressortir des constats régionaux et de présenter des chiffres et des pratiques qui permettent d'identifier des marges de progression et d'enrichir le diagnostic, le faire évoluer si nécessaire.

Pour chacune des thématiques abordées, une considération particulière doit être développée pour les patients en situation de handicap (par exemple avec l'usage de l'échelle spécifique de la douleur).

Les projets nationaux et régionaux (appel à projet régional produits de santé notamment) sont complémentaires et ont permis la réalisation et co-construction des outils, supports ou leviers au service des parcours de soins et du renforcement de la coordination ES/EMS/VILLE. L'identification des pratiques innovantes peut faire l'objet de transpositions régionales.

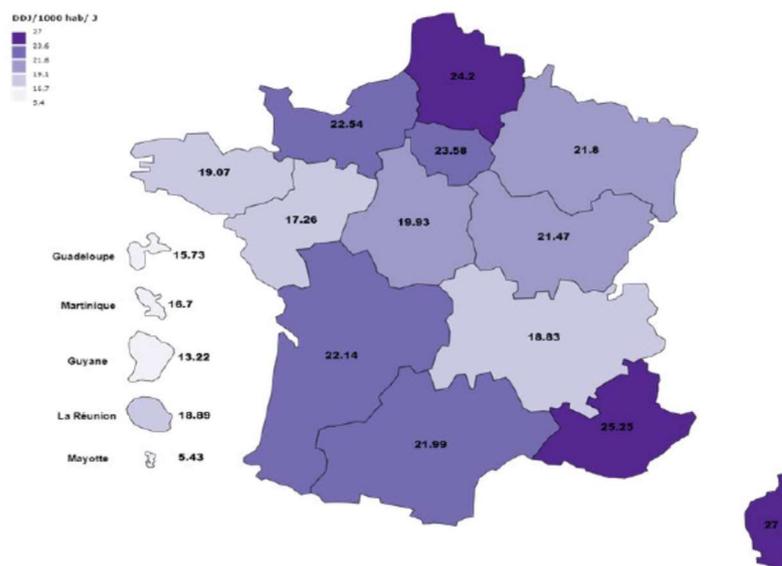
Toutes les actions de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la promotion des réévaluations régulières des traitements, la prévention contre le mésusage des produits de santé, et toutes les actions comprises dans le plan d'accompagnement de l'Assurance Maladie en ville, avec un focus sur les polyprescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées, s'inscrivent en cohérence et complémentarité avec la mobilisation qui sera demandée aux établissements de santé via la contractualisation CAQES.

Les campagnes de communication et de promotion des bonnes pratiques à destination des établissements de santé et des professionnels de santé exerçant en ville viseront un discours partagé ville/hôpital et auront pour objectif de sensibiliser professionnels de santé et patients.

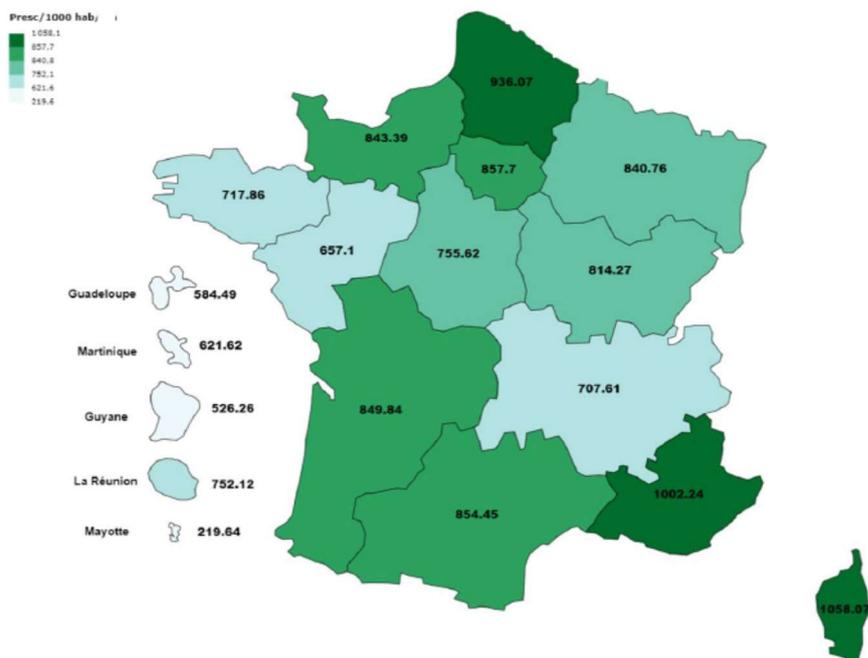
Les actions participantes à la transformation écologiques du système de soins seront valorisées et jugées prioritaires dès 2024.

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.

4.2.8.1 Etat des lieux des consommations en France et en Nouvelle Aquitaine

➤ **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)

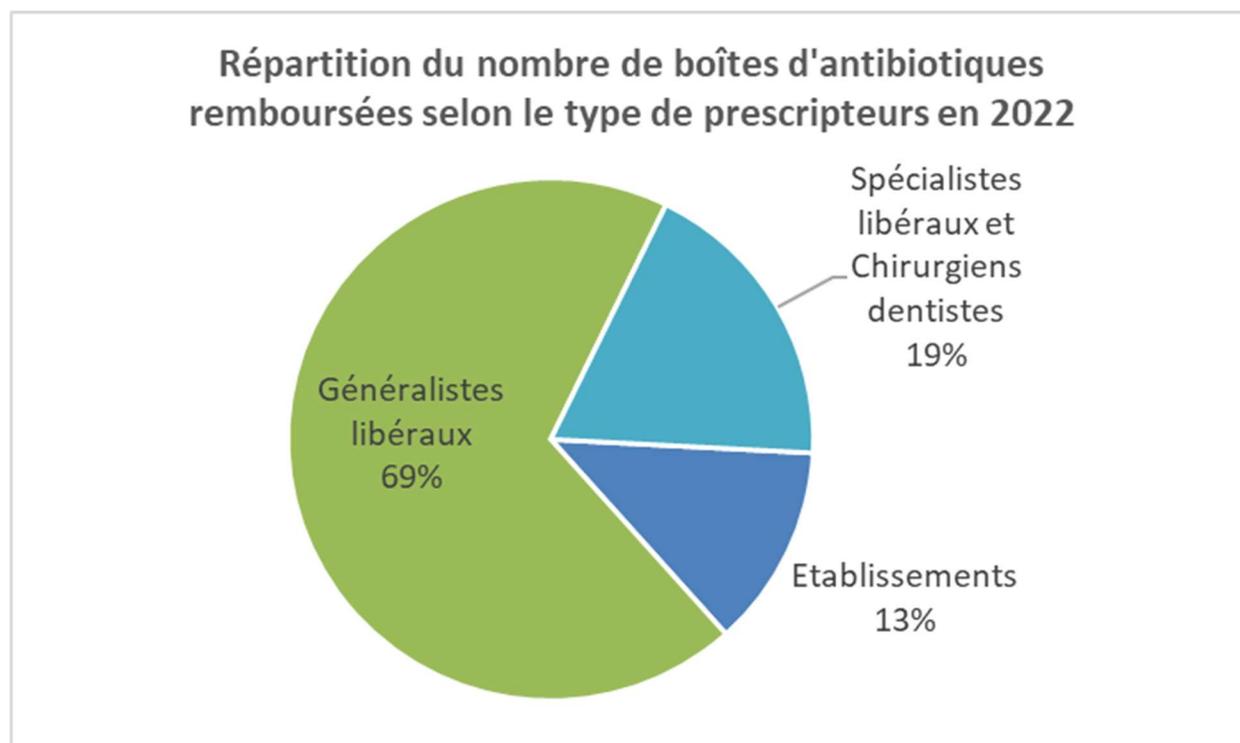
En Nouvelle-Aquitaine, la consommation en ville des antibiotiques en 2022 est supérieure à la consommation nationale :

- 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 3^{ème} génération et 4^{ème} 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.

4.2.8.2 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 sur la lutte contre l'antibiorésistance et le bon usage des antibiotiques, en lien avec tous les partenaires institutionnels et structures d'appui associés aux travaux, sont unanimes sur quelques constats de base qui méritent d'avoir une attention particulière les années à venir :

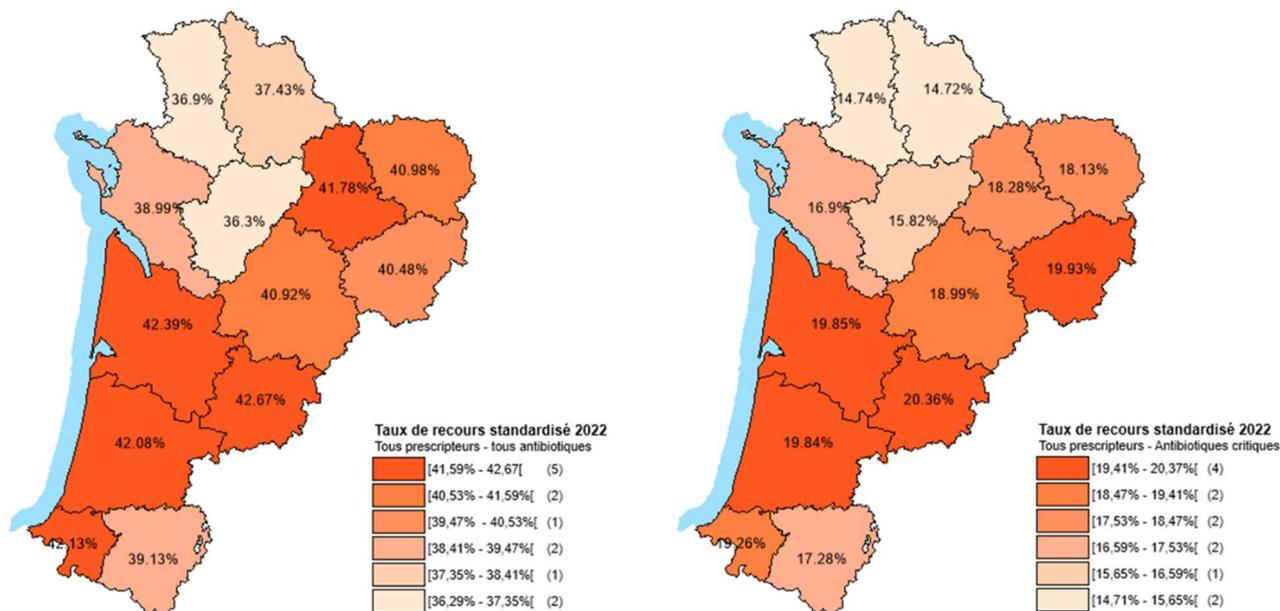
- Il convient de partager davantage avec les professionnels de santé et le grand public les données de consommations des antibiotiques au niveau régional et infrarégional, et de poursuivre la pédagogie pour une bonne compréhension des données et des enjeux. La communication est essentielle.
- Des indicateurs 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,...)

➤ *Quelles données suivre au sein de la région Nouvelle-Aquitaine ?*

En complément des indicateurs d'impact de la stratégie nationale 2022-2025, des données régionales de consommation des antibiotiques délivrés en ville seront suivies annuellement afin d'éclairer les actions qui seront déclinées au niveau territorial et d'identifier d'éventuels axes d'approfondissement sur des atypies.

En premier lieu, les cartographies des taux de recours standardisés de l'Assurance Maladie permettent de visualiser les disparités territoriales. Cette approche permet par la standardisation de s'affranchir des variations de répartition de classe d'âge notamment. Ces taux de recours sont déclinés pour l'ensemble des antibiotiques et pour les antibiotiques critiques (cf cartes 3)

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



Un second indicateur sera suivi afin d'éclairer les données départementales par classes ATC (anatomique, thérapeutique et chimique) les plus prescrites avec notamment un focus sur la médecine générale (Tableau 13) qui concentre 90% des remboursements d'antibiotiques en ville.

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%

4.2.8.3 Les conclusions 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 CRAtb 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 CRAtb. 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.

4.2.9 La déclinaison opérationnelle 2022 – 2026

4.2.9.1 Le CAQES : un levier d'action essentiel

Sur le champ sanitaire, la nouvelle contractualisation tripartite CAQES 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 pour 3 ans 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 cancérologie »
- 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 commune.

4.2.9.2 Poursuivre les actions sur les thématiques liées au traitement des cancers via une approche de stratégie thérapeutique globale

Actions	Calendrier
<p>Poursuivre la réalisation des groupes de pairs et le partage des enjeux et des pratiques en région, avec l'appui des données disponibles.</p> <p>Faire une analyse des taux de recours des médicaments anticancéreux oraux.</p> <p>Communiquer et sensibiliser les acteurs des territoires sur les actions visant à l'amélioration de l'observance des patients sous médicaments anticancéreux oraux en ville</p> <p>Mobiliser les professionnels de santé <i>via</i> la contractualisation 2020-2024</p> <p>Inciter toutes les démarches innovantes sur l'exercice coordonné ES/VILLE : soutenir et articuler les dispositifs nationaux et régionaux, l'appel à projet régional, les expérimentations Art. 51, les actions de sensibilisation régionales, avec les dispositifs conventionnels des professionnels libéraux.</p>	<p>2022 – 2026</p>

4.2.9.3 Renforcer les actions concourant à la pertinence des prescriptions médicamenteuses (hors cancérologie) pour les sujets identifiés à enjeux de pertinence

Actions	Calendrier
<p>Sensibiliser, communiquer et fédérer les professionnels de la région, et dans chaque territoire, sur l'enjeu de la prévention de la iatrogénie médicamenteuse dans une vision croisée ES/EMS/VILLE pour tous les thèmes traités.</p>	<p>2022 - 2026</p>
<p>Mobiliser les établissements de santé <i>via</i> la contractualisation 2022-2024 avec une valorisation et promotion des activités de pharmacie clinique et des actions innovantes et renforcées dans les points de transition ES/EMS/VILLE.</p>	<p>2022 – 2026</p>

4.2.9.4 Poursuivre les investigations et le partage des données et actions régionales avec les professionnels de santé et représentants des associations de patients

<i>Actions</i>	<i>Calendrier</i>
Actualiser les données avec notamment l'analyse de l'impact de la crise COVID (sur période 2020/2021).	2023
Poursuivre les analyses des données et les partager avec les experts. Diffuser au niveau régional et territorial les constats issus de chaque thématique pour une sensibilisation auprès des professionnels et du grand public, sous l'égide de l'IRAPS : organisation des conférences ou des communiqués de presse.	Annuellement, en fonction du sujet et données disponibles.

4.3 LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS D'EXAMENS PARACLINIQUES

4.3.1 La pertinence des examens biologiques examens pré-anesthésiques

4.3.1.1 Les thématiques prioritaires issues du diagnostic national

Le contexte

La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) a actualisé son référentiel sur les examens pré-anesthésiques en 2012²⁵.

Elle a défini 5 situations pour lesquelles certains examens pré-anesthésiques étaient jugés inappropriés et a défini les critères de sélection (séjours de chirurgie ou endoscopie (GHM, CCAM), âge, ALD, comorbidités (CIM10), antécédents actes de chirurgie (CCAM), traitements médicamenteux avant et après le geste).

4 de ces 5 thèmes ont été retenus pour établir un profil établissement à partir de la méthode de comparaison de pratiques basée sur des indicateurs issus des bases de remboursement de l'Assurance maladie.

Ils concernent des examens diagnostiques biologiques.

Pour chacun des 4 thèmes, la population a été définie avec des critères d'inclusion et d'exclusion de façon à repérer les situations pour lesquelles les examens sont jugés non pertinents. **Pour chaque indicateur, le taux de recours attendu est de 0 %.**

L'objectif principal est d'obtenir, de la part des prescripteurs, la non prescription de ces examens inappropriés, sans affecter la qualité et la sécurité des soins via le rappel des bonnes pratiques.

²⁵ Recommandations formalisées d'experts SFAR 2012 : Examens pré interventionnels systématiques (www.sfar.org)

L'Historique

Deux actions ont précédemment été réalisées par l'Assurance Maladie :

- Un accompagnement par envoi du profil établissement en 2016 aux Directeurs et Présidents de CME précédé par l'envoi d'un courrier co-signé par le Médecin conseil national et le Président de la SFAR sensibilisant aux prescriptions d'exams pré anesthésiques.
- Un accompagnement des établissements en atypie via des rencontres en CME et auprès des anesthésistes au 1^{er} trimestre 2019.

Ainsi, pour l'année 2019, le nombre d'exams pré-anesthésiques évitables en région Nouvelle Aquitaine s'élevait à **39 998**, ce qui représentait un montant moyen global de remboursement lié aux prescriptions inutiles de **463 362€** (soit 277 906 € correspondant à la prise en charge assurance maladie).

La méthodologie

Le pré-ciblage national a consisté à prendre les établissements ayant une part des séjours avec les prescriptions jugées inutiles sur l'ensemble des séjours entrant dans les critères de sélection supérieurs à 0% et une activité supérieure à 1 000 EPA par an.

S'agissant du ciblage régional soit l'établissement affichait un score (fiche indicateur profil EPA) compris entre 2 et 4 (3^{ème} et 4^{ème} quartiles) et un pourcentage d'actes évitables supérieur ou égal à 20% soit l'établissement dispose déjà d'un volet additionnel CAQES sur cette thématique.

Les indicateurs

Les indicateurs retenus sont les suivants :

N°	Libellé	Prescriptions de biologie
1	Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'enfant, avant amygdalectomie et adénoïdectomie	Association NFS + plaquettes + TP + TCA
2	Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte	Association TP + TCA
3	Taux de recours au groupe sanguin (GS)	Association GS + RAI + phénotype
4	Taux de recours à l'ionogramme sanguin	Na + K +/- Cl +/- (CO2 + Protides)

Les résultats

A l'issue de l'application de la méthodologie précitée, 17 établissements publics et privés sont concernés en région Nouvelle-Aquitaine.

4.3.1.2 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Contractualiser avec les établissements ciblés via le CAQES	2022
Suivre l'évolution des indicateurs	2022-2023-2024-2025-2026
Evaluer la mise en œuvre des engagements contractuels dans le cadre du CAQES*	Annuel

*L'intéressement sera calculé, pour chacun des 4 indicateurs de l'indicateur composite, de la manière suivante : 30%*Nombre de gestes*évités montant remboursable des actes *60% (taux de prise en charge des actes)

Outils	Calendrier
CAQES – volet additionnel pertinence des prescriptions	2022

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Amélioration des 4 indicateurs de suivi	Tendre vers 0%



5 LA PERTINENCE DES PARCOURS

5.1 LE PARCOURS DES PATIENTS ATTEINTS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

5.1.1 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 suivi²⁶.

²⁶ Rapport Charges et Produits pour 2023 : *Approche par pathologie : l'insuffisance cardiaque*

5.1.1.1 Evolution des chiffres sur l'Insuffisance Cardiaque

Un des constats majeurs issus des résultats de la cartographie médicalisée des dépenses est la baisse importante en 2020 des effectifs des maladies cardiovasculaires 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 IC :

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 aiguë ^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 aiguë ^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 aiguë ^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 aiguë ^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 aiguë ^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 aiguë ^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 aiguë ^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 aiguë ^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 aiguë ^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 aiguë ^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 aiguë ^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 aiguë ^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 aiguë ^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 aiguë ^b	19,0%	19,2%	19,3%	19,4%	20,1%	18,7%

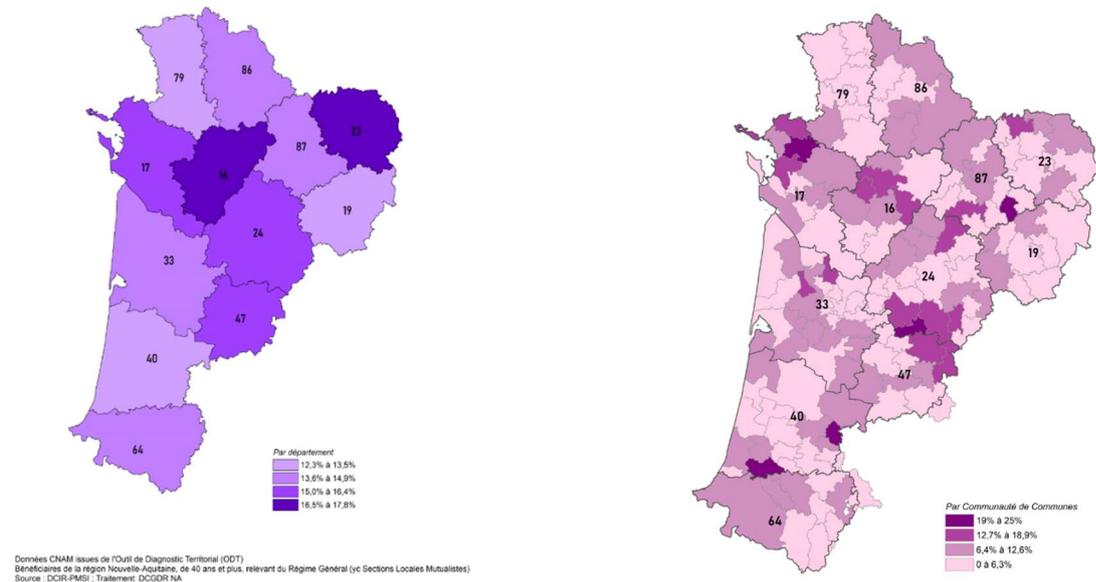
^a Les départements et régions d'outre-mer ne sont pas représentés ; la somme des effectifs régionaux ne correspond pas aux effectifs France entière.

^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 aiguë, 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

5.1.1.2 Etat des lieux en Nouvelle-Aquitaine

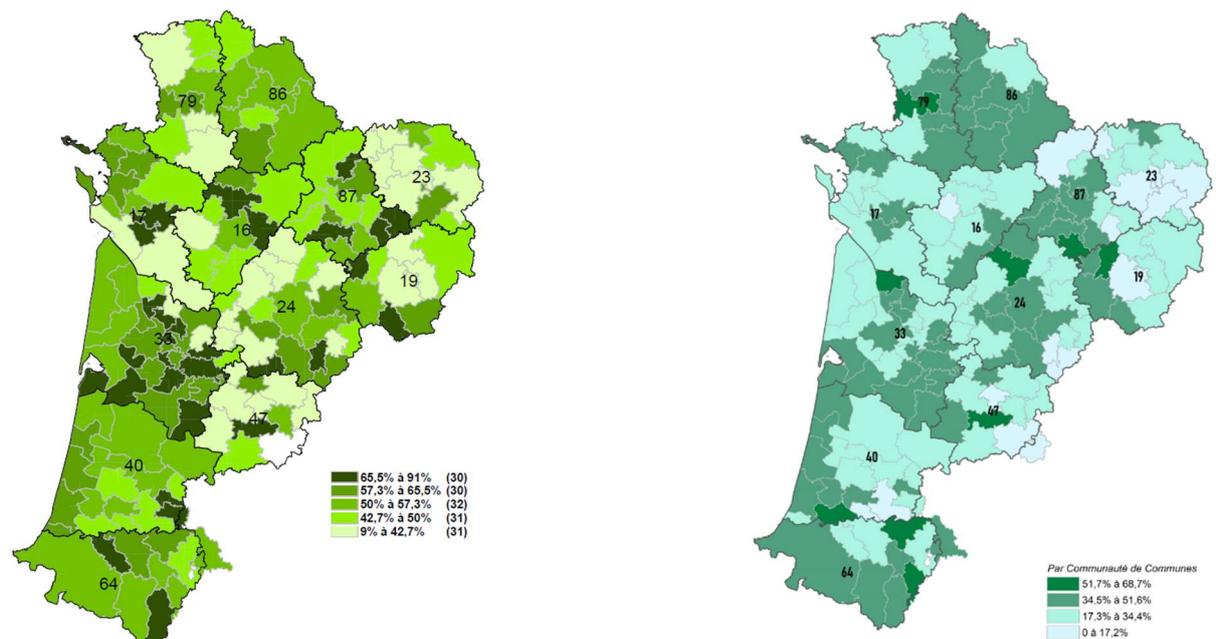
Cartographie sur les taux de réhospitalisation pour décompensation cardiaque à 3 mois en 2019



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)



5.1.1.3 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.



5.1.2 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.

5.1.2.1 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%.

5.1.2.2 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%).

5.1.2.3 Les travaux de comité de pilotage régional

En 2023 le COPIL régional²⁷ 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 1er / 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, ISPIC²⁸) 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 webinar régional à destination du personnel soignant des EHPAD sur les signes EPOF/EPON adapté à la personne âgée. Ce webinar 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. infra).

²⁷ 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.

²⁸ Infirmier en pratique avancée et Infirmier Spécialisé en Insuffisance Cardiaque

5.1.3 Les Perspectives d'actions pour 2024

En complément de la poursuite de l'accompagnement des établissements de santé de court séjour dans le cadre du CAQES et des CPTS investies dans le parcours, **un séminaire régional réunissant les HAD** sera organisé par l'ARS et l'Assurance Maladie pour partager les prises en charge développées en région et hors région autour des patients insuffisants cardiaques (HAD diurétiques, injection de fer, dobutamine).

En rebond de la campagne d'échanges confraternels auprès des médecins généralistes sur leur patientèle à risque d'évolution d'une insuffisance cardiaque, l'Assurance Maladie envisage de proposer des **modules de formation à destination des médecins traitants** faisant intervenir des cardiologues et des gériatres de la région sur le suivi thérapeutique pour leurs patients. Cette formation sera dispensée également auprès des professionnels de santé exerçant en maison de santé pluri-professionnelle qui travaillent sur des protocoles pluri-professionnels de soins relatifs à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque (24 MSP à ce jour sur les 202 MSP conventionnées de Nouvelle-Aquitaine).

En réponse aux besoins des EHPAD identifiés lors du webinaire régional de décembre 2023, **le portage aux EHPAD d'un annuaire par département sur les ressources en gériatrie et en cardiologie** pourrait être également envisagé.

5.2 LE PARCOURS DU PATIENT VICTIME D'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

Au cours de l'année 2022 un groupe de travail régional IRAPS a été mis en place pour travailler sur le parcours du patient victime d'AVC afin d'identifier des 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 SSR 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 : un dédié aux Unités Neuro-Vasculaires (UNV), un second relatif aux consultations post-AVC et un dernier qui porte sur le parcours AVC.

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.
- Les thrombolyse réalisées chez les patients en alerte thrombolyse (soit dans les 4h) est en diminution 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.
- On relève la différence très importante du délai de prise en charge (entre les symptômes et l'admission) selon s'il y a eu appel du SAMU ou pas.
- Il est constaté une difficulté 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.
- A contrario, on relève une amélioration des délais post-imagerie.
- Le recueil de données met, enfin, en lumière le défaut d'orientation vers le SSR en post-AVC immédiat.

☞ Il existe plusieurs projets de recherche en cours ; les résultats seront connus fin 2023/2024 :

- **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

Les premiers constats attestent de la difficulté d'accès à l'imagerie²⁹ vraisemblablement pour des raisons d'organisation : inexistence de filière AVC aux urgences, moindre recours à la téléAVC notamment.

Le projet PAPASépa répondra à la question de l'orientation des patients en post-AVC.

Sur la base de ce premier constat, il a été acté, en lien avec le département offre de soins et les travaux de la cellule régionale d'animation et de coordination de la filière AVC, le registre ObA2 et les membres de l'IRAPS, d'améliorer la prise en charge des patients atteints d'AVC sur les points de rupture identifiés et à terme, d'arrêter un parcours dédié à ces patients tout au long des différentes étapes de la maladie.

- ⇒ **La prochaine étape consiste à proposer des mesures d'amélioration relatives à l'accès à l'imagerie puisqu'il s'agit d'un point de rupture clairement identifié du patient victime d'AVC. En conséquence, en lien avec les neurologues de la CRAC, la restitution de ces éléments diagnostic sera réalisée au mois de mars 2024 et un plan d'action élaboré par la cellule au cours de cette année de sorte à optimiser dans les meilleurs délais la prise en charge de ces patients.**

Enfin, il est proposé des actions relatives à l'entrée dans le parcours notamment sur la partie repérage des facteurs de risque ; en effet, le rôle des CPTS peut être déterminant sur ce sujet et il pourrait être proposé des actions dès 2024 qui s'étendront en 2025.

Des actions autour de la sortie d'hospitalisation et le retour à domicile avec la mobilisation du PRADO notamment pourront être valorisées auprès des établissements de santé.

²⁹ "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-Glénisson



6 LES ACTEURS ESSENTIELS DU PARCOURS DE SOIN

6.1 LES INFIRMIERS DE PRATIQUE AVANCEE

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 et 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. Il renvoie la définition par décret pour 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 patients³⁰.

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) (AVC – artériopathies chroniques – cardiopathie, maladie coronaire – diabète de type 1 et de type 2 – insuffisance respiratoire chronique – maladie d'Alzheimer et autres démences – maladie de Parkinson– épilepsie).
- Oncologie et hémato-oncologie (depuis septembre 2018).
- Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale (depuis septembre 2018).
- Psychiatrie et santé mentale (depuis septembre 2019).
- Urgences³¹ (depuis septembre 2021) : 5 formés en France, la formation a débuté en Nouvelle-Aquitaine en septembre 2022.

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 santé³² ou en établissements médico-sociaux ou structures d'exercice coordonné (CPTS, MSP, centres de santé).

³⁰ La Loi RIST du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé permet aux patients d'accéder directement, sans passer par un médecin aux infirmiers en pratique avancée (IPA) qui exercent à l'hôpital, en clinique, dans un établissement social ou médico-social ou, en ville, dans une maison ou un centre de santé.

³¹ Le décret du 25 octobre 2021 instaure la pratique avancée dans le domaine des urgences. Leur mission sera de participer à la prise en charge globale des patients confiée par un médecin. L'IPA est compétent pour prendre en charges les patients et établir des conclusions cliniques dès lors qu'un médecin du service des urgences intervient pendant la prise en charge. Les premiers IPA mention urgences ont commencé leur formation en septembre 2022 et l'achèveront en juillet 2024 en N-A.

³² Création du corps des auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée pour la FPH (décret du 12 mars 2020 et arrêté du 23 décembre 2020).

Un objectif national de 5000 IPA en activité d'ici fin 2024 a été fixé par le Ministre de la santé et de la prévention en janvier 2023, afin d'en faire pleinement un levier de transformation, en ville comme à l'hôpital.

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

Depuis 2019, l'ARS Nouvelle-Aquitaine soutient financièrement les infirmiers-ères pour se former et exercer les fonctions d'IPA. De 2019 à 2022, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a accompagné (via un Appel à candidatures) les infirmiers-ères libéraux-ales souhaitant se former à la pratique avancée, en contribuant aux frais de formation ainsi qu'à la perte de leurs revenus. Ces appels à candidatures concernaient l'exercice des fonctions IPA mention Pathologies chroniques stabilisées, prévention et poly pathologies courantes en soins primaires en zones sous denses et dans le cadre d'un exercice coordonné (équipe de soins primaires (ESP), maison de santé pluri-professionnelle (MSP), centre de santé, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). 3 promotions soit un total de 19 étudiants et 8 structures ont été financés.

En 2022, un comité de pilotage réunissant les fédérations d'établissements, l'Assurance maladie, des représentants des opérateurs, des professionnels et IPAassociation a été installé afin de promouvoir, développer et coordonner la mise en œuvre de la pratique avancée infirmière, et favoriser l'échange de pratiques.

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 dotées³³. 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.

Au regard de ces éléments **l'objectif régional** en ce domaine est le suivant :

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

Indicateurs de suivi
Nombre d'IDE engagés dans la formation Nombre d'IDE en exercice en structure d'exercice coordonné 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.

³³ L'AMI était ouvert aux établissements de santé et de services médico-sociaux, en proposant de contribuer au financement du poste d'IDE à une hauteur de 30 000 euros, par infirmier-ère formé(e) pour les 2 années de la formation mais aussi aux infirmiers-ères libéraux-ales en contribuant à la perte de revenus et aux frais de formation universitaire à hauteur de 30 000 euros pour les 2 années de la formation.

6.2 LES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ

6.2.1 Les communautés professionnelles territoriales de santé

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 2019³⁴ 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.

6.2.2 La mission ministérielle « tour de France des CPTS » et ses préconisations

Suite à la mission « Tour de France »³⁵ effectuée au premier semestre 2023, le rapport rendu au ministre en juin 2023 a fixé la généralisation des CPTS sur l'ensemble du territoire à la fin 2023.

Les rapporteurs ont formulé 19 actions déclinées en 5 axes :

- animer le déploiement des CPTS et évaluer leur impact ;
- étendre la couverture en CPTS à 100% de la population ;
- faire connaître et mobiliser les professionnels de santé dans et en dehors des CPTS ;
- accompagner les CPTS pour la réalisation de leurs missions ;
- consolider et outiller la gestion des CPTS.

Le rapport souligne l'enjeu majeur d'accès aux soins, notamment pour les patients atteints de maladies chroniques sans médecin traitant. Par ailleurs, si la mission a noté les résultats positifs quant au taux de déploiement des CPTS sur le territoire national (68 % de la population couverte à la fin 2022), il convient désormais d'assurer sa complète couverture.

³⁴ ACI signé le 20 juin 2019. « L'ACI a été modifié à deux reprises et notamment par l'avenant n°2 signé le 20 décembre 2021. A cette date plusieurs clauses conventionnelles importantes ont été ajoutées : adjonction d'une nouvelle mission socle dédiée aux crises sanitaires graves ; la mise en place d'un accélérateur de projet ; le renforcement de l'accompagnement financier (l'aide peut aller jusqu'à 580 000 euros contre 450 000 euros auparavant pour les CPTS de taille 4 déployant toutes les missions) ; les modalités de la collaboration entre le SAS et les CPTS », Rapport « Mission Tour de France des CPTS », juin 2023

³⁵ [Rapport : « Tour de France des CPTS », Dr Marie-Hélène CERTAIN – Albert LAUTMAN – Hugo GILARDI, 28 juin 2023](#)

Quelques constats :

- La structuration des CPTS nécessite d'être consolidée, leur déploiement récent repose sur des organisations de maturités différentes. Dans ce contexte, pour l'ensemble des missions pour lesquelles les CPTS sont financées (accès aux soins, organisation des parcours de soins, prévention, qualité et pertinence, accompagnement des professionnels), il était trop tôt pour mener un travail d'évaluation de l'impact de l'action conduite.
- La mission a pu recenser un certain nombre de réalisations concrètes qui permettent de mesurer ce que les CPTS apportent déjà pour l'amélioration de la coordination des actions des professionnels. L'exercice coordonné s'impose donc comme une bonne pratique. L'approche centrée sur le patient et ses besoins doit rester au centre des préoccupations afin de maintenir une offre pertinente et de qualité.
- De nombreuses problématiques requièrent une approche collective autour de diagnostics partagés :
 - ✓ l'accès au soin,
 - ✓ les parcours de santé,
 - ✓ la gestion de crise,
 - ✓ la demande de soins non programmés,
 - ✓ l'organisation de l'offre,
 - ✓ la promotion de la santé, la prévention,
 - ✓ la réponse à des problèmes spécifiques à un territoire.

C'est le sens de l'approche populationnelle que les CPTS ont vocation à porter.

A propos de la qualité et la pertinence des soins :

- connaître le métier et les compétences des autres, pour construire la pluriprofessionnalité et les parcours de santé, harmoniser les pratiques, tels sont les objectifs d'actions pour cette mission.
- déployer un référent parcours au sein de la CPTS (ou de l'inter CPTS), dans l'objectif de faciliter la relation opérationnelle avec les services hospitaliers pour la mise en place et l'animation des parcours Ville Hôpital.

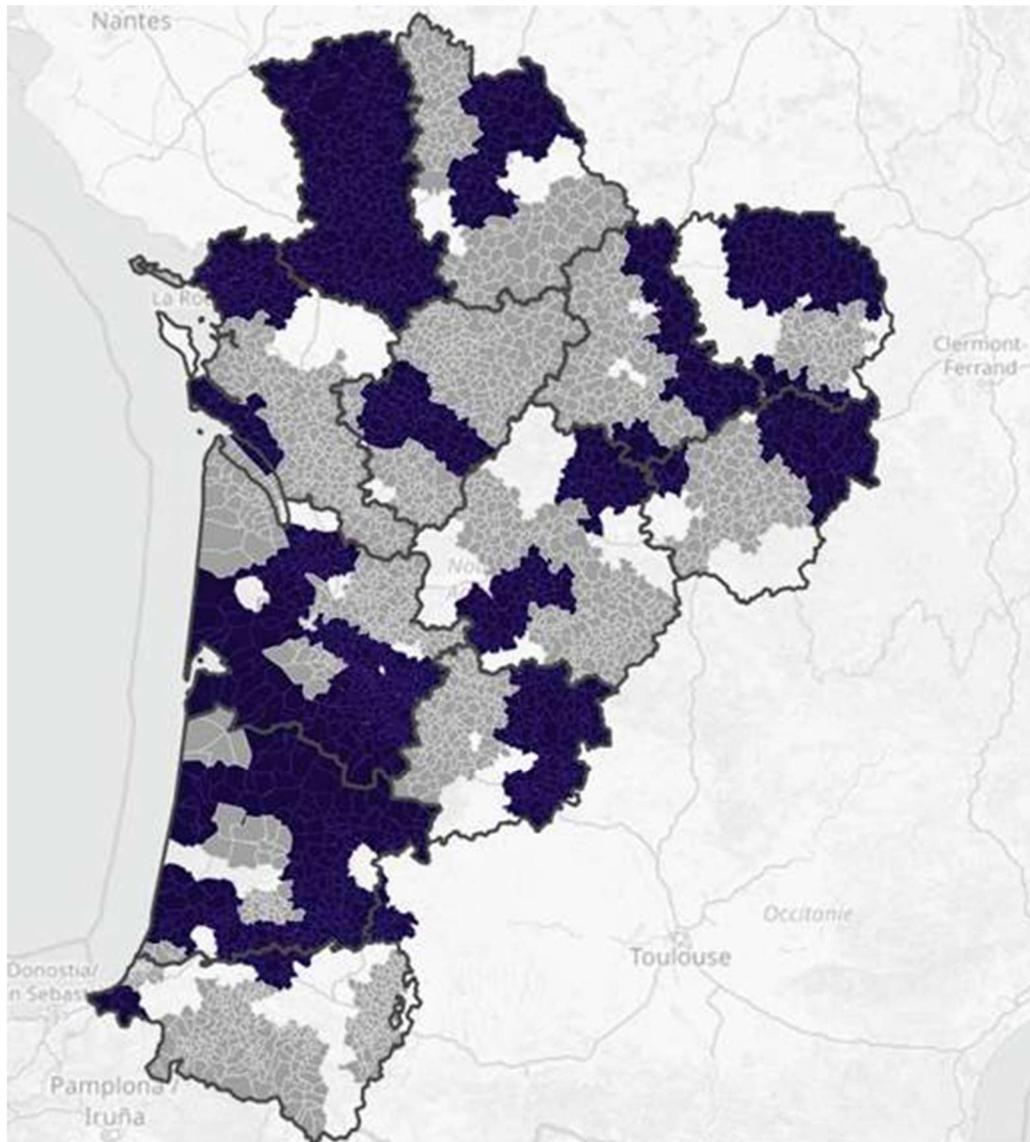
Un certain nombre d'actions concernent par ailleurs le niveau national (DGOS, CNAM, FCPTS...)³⁶

³⁶ Intégrer les CPTS dans l'observatoire de l'exercice coordonné ; développer la recherche et l'innovation en soins primaires ; développer l'animation nationale du réseau des CPTS ; développer les ressources techniques et méthodologiques (Plateforme collaborative avec fiches actions, recommandations de bonnes pratiques, recensement des formations pour les professionnels de santé) ; clarifier les règles de gestion des données personnelles et professionnelles ; mieux identifier le poste de coordonnateur et assurer sa formation (fiche de poste, certification professionnelle, formation) ; développer une formation socle pour les membres de la gouvernance ; dans le cadre des négociations de l'ACI permettre la mise en œuvre des projets d'initiative locale...

6.2.3 Les CPTS en région

En Nouvelle-Aquitaine, près de 80% de la population régionale est couverte par une CPTS. La cartographie présentée ci-après détaille les différents niveaux de couverture territoriale :

Cartographie des CPTS en Nouvelle – Aquitaine – fin 2023



Source : EXECO CPTS

Bleu foncé : zone couverte ; **Gris** : Emergence + lettre d'intention validée + Contrat mission précoce + Projet de santé signé ; **Blanc** : zone blanche

Un plan d'actions régional a été élaboré avec les différents acteurs concernés pour atteindre les objectifs fixés :

	ACTIONS	Calendrier
ARS	<ul style="list-style-type: none"> Financer précocement un coordinateur soit à mi-temps soit à temps-plein 	Septembre 2023
ARS / AM	<ul style="list-style-type: none"> 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 	Novembre 2023
ARS, AM	<ul style="list-style-type: none"> Déployer une stratégie territoriale avec l'ensemble des acteurs pour investiguer chaque zone blanche et proposer un plan d'action 	Septembre 2023
	<ul style="list-style-type: none"> Décliner une véritable animation territoriale des CPTS (réunion territoriale) Déployer des instances de mutualisation « interCPTS » 	2024
CPTS	<ul style="list-style-type: none"> Associer les professionnels de santé non adhérents aux actions de la CPTS de leur territoire (communication par mail et autres canaux URPS...) 	2024
ARS, AM, CPTS	<ul style="list-style-type: none"> Développer les référents parcours Ville-Hôpital en CPTS (définir le 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) 	2024

La mise en œuvre de ce plan d'actions permettra d'assurer une couverture complète du territoire et de conforter la place des CPTS comme un acteur incontournable du parcours de soins du patient.



7 LA PERTINENCE DES PRESTATIONS (SEJOURS ET MODES DE PRISE EN CHARGE)

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

7.1 LA PERTINENCE DES MODES DE PRISE EN CHARGE :

L'essor de la chirurgie ambulatoire a été confirmé comme un levier majeur de l'évolution de l'offre de soins en chirurgie, cela en termes de qualité et d'efficacité pour les structures.

L'objectif ministériel annoncé en octobre 2017 fixe un taux cible national de 70% en 2022

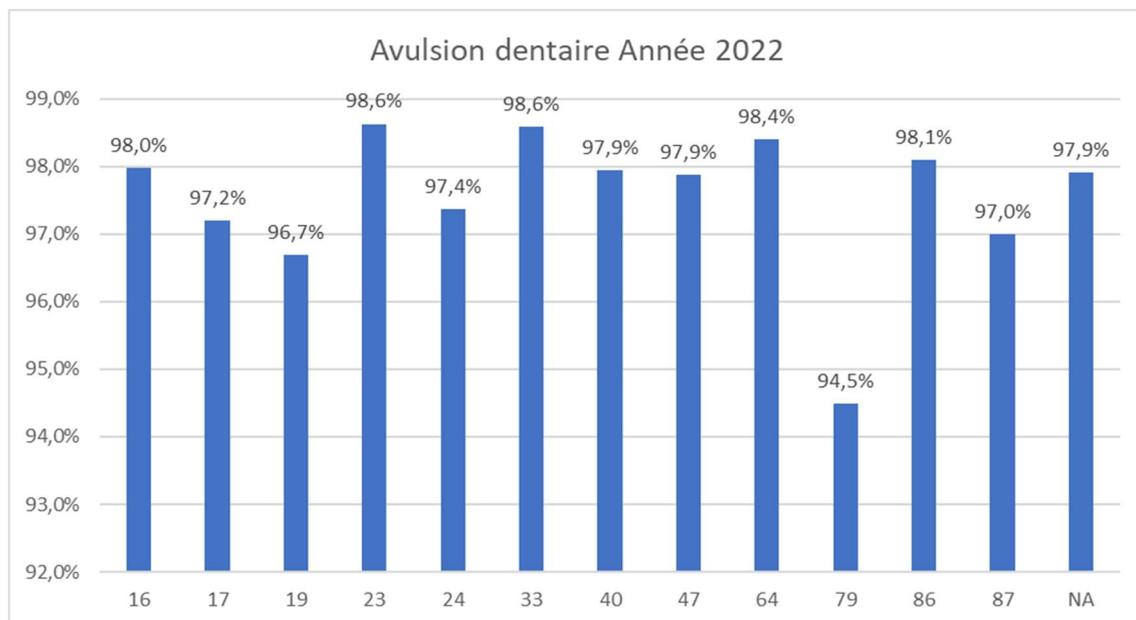
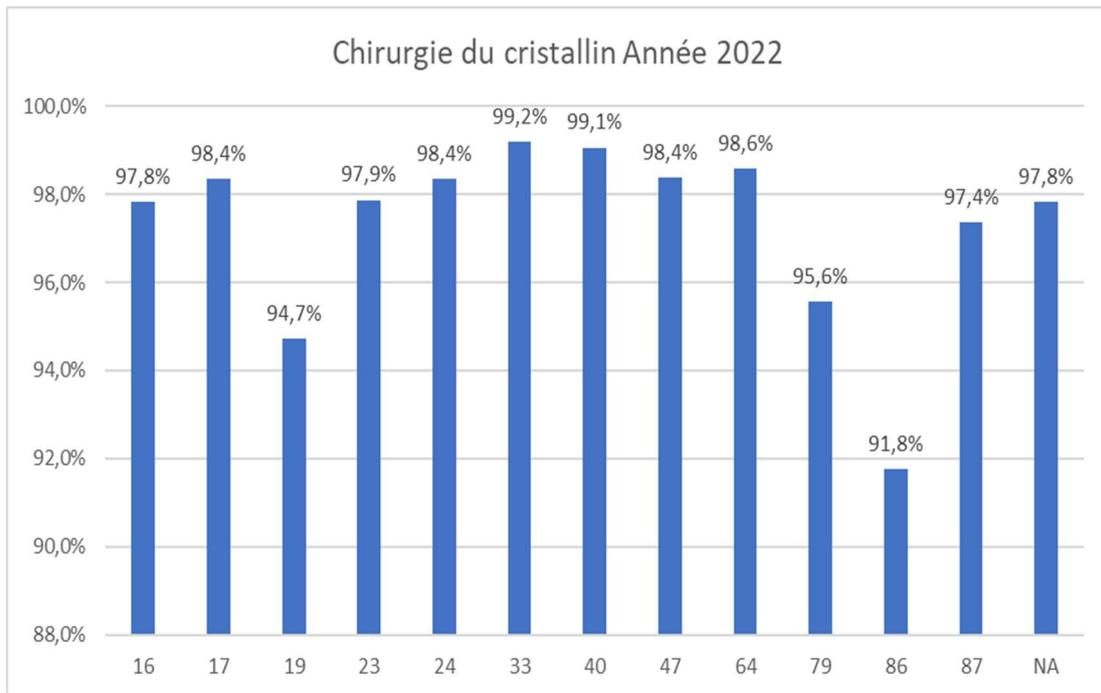
La procédure de mise sous accord préalable pour la chirurgie ambulatoire (MSAP CA) contribue, en complément d'autres actions (incitations tarifaires, accompagnement des établissements, engagements dans les CPOM des établissements...) à la progression du taux de recours à la chirurgie ambulatoire en France.

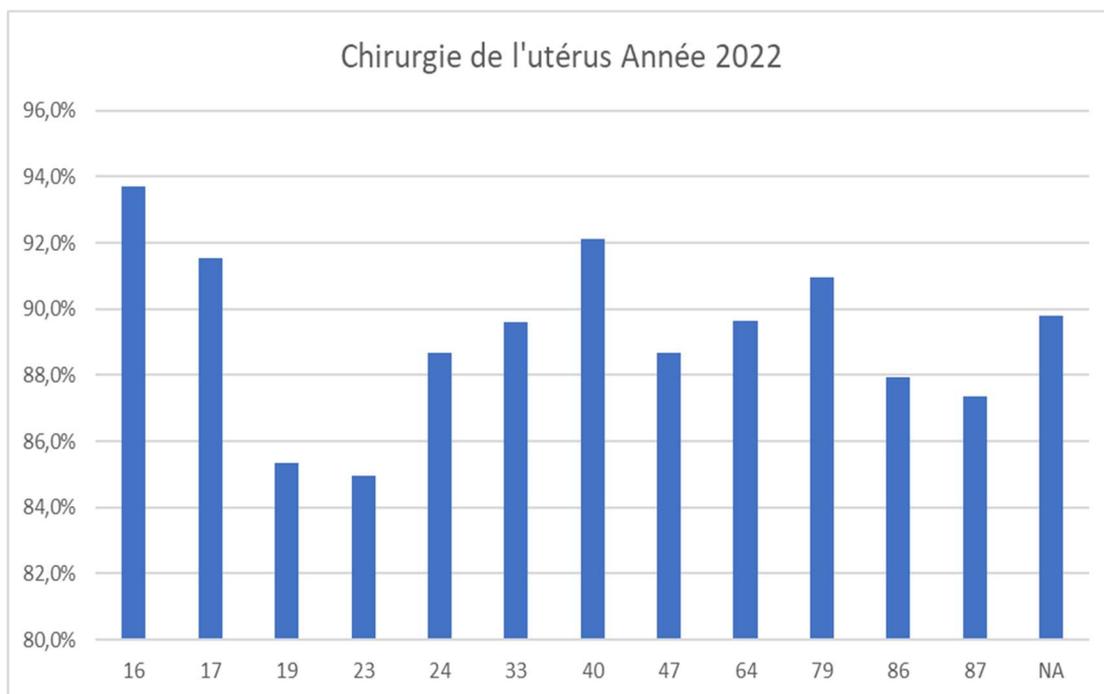
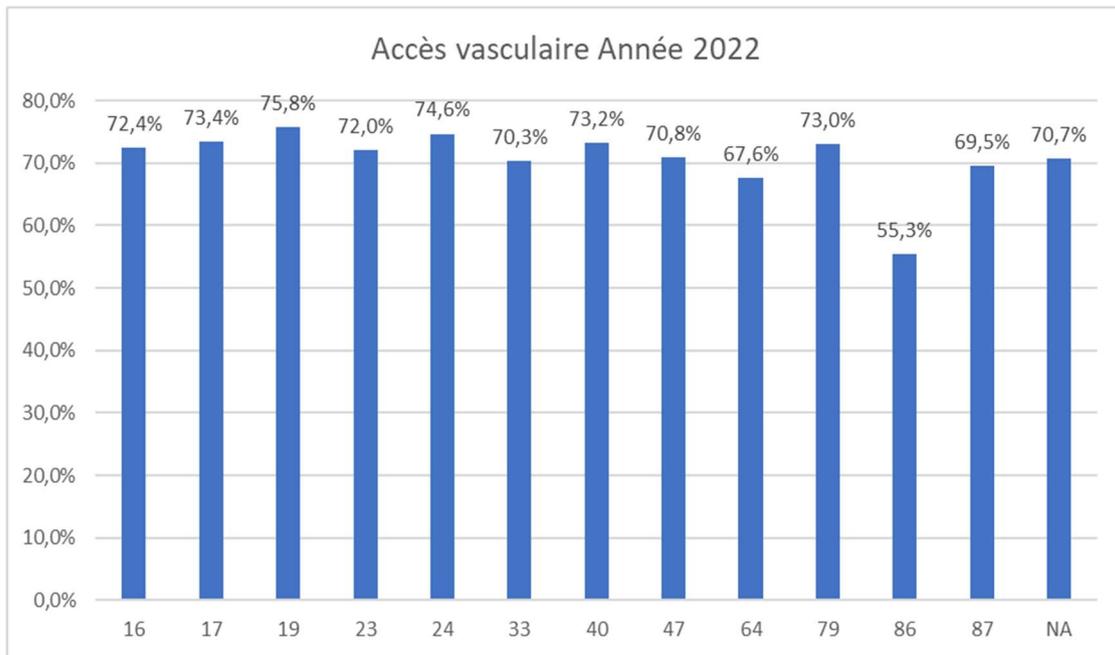
La MSAP « chirurgie ambulatoire » repose sur une **liste de gestes marqueurs** établie avec les sociétés savantes et/ou les conseils nationaux professionnels, enrichie régulièrement. La liste de ces gestes a été progressivement étendue : de 5 gestes en 2008 à 55 gestes en 2015 (liste en annexe).

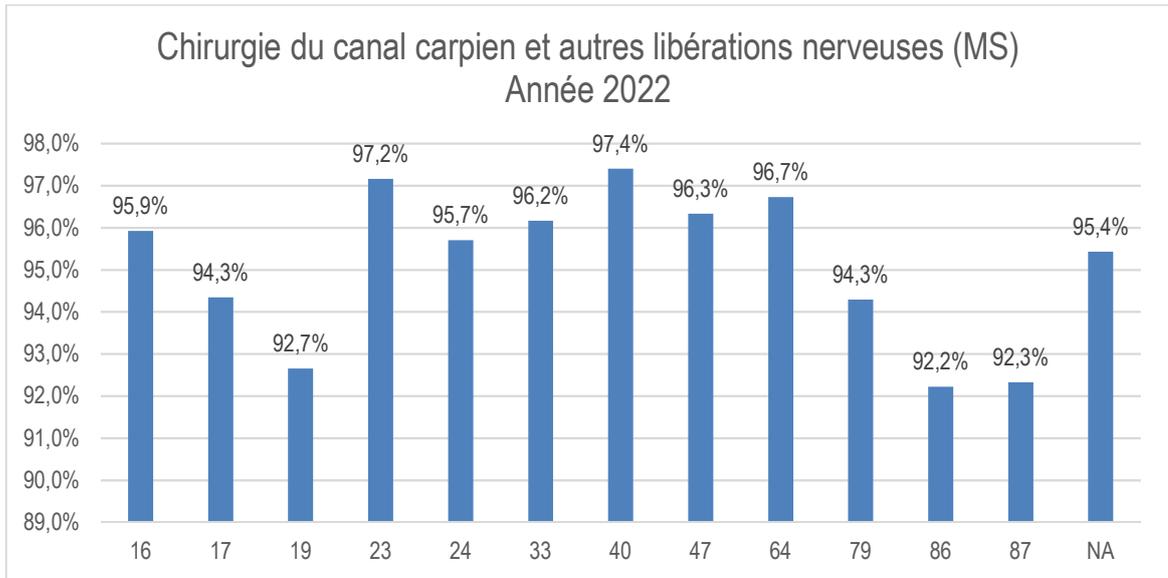
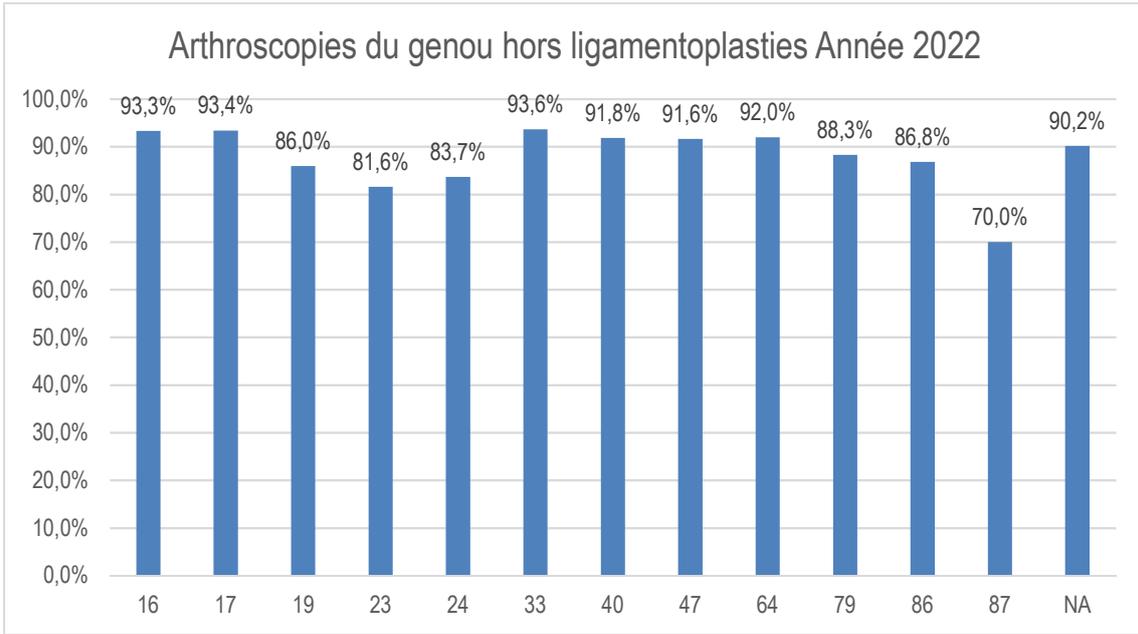
7.1.1 *Le diagnostic régional*

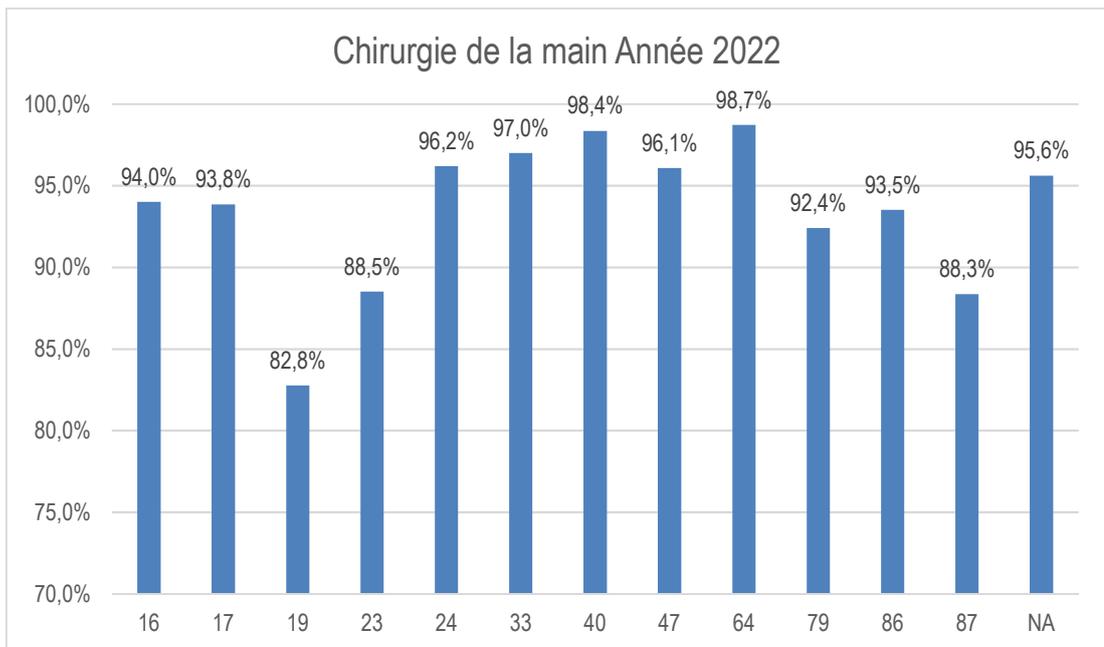
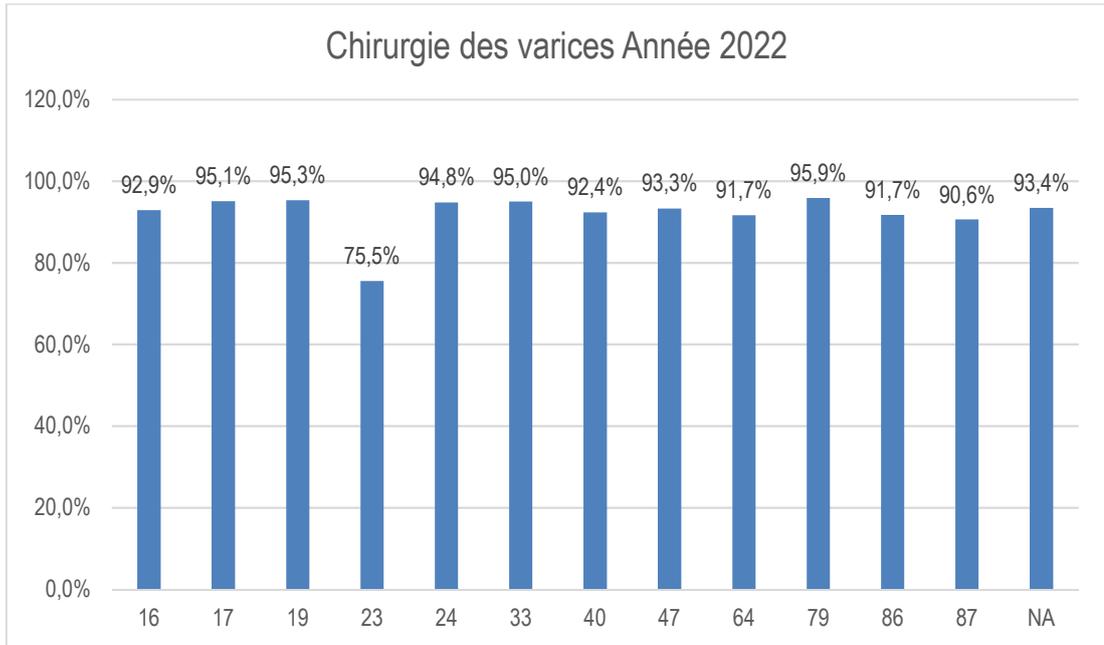
7.1.1.1 Le taux de chirurgie ambulatoire par département pour les gestes marqueurs présentant les plus gros volumes d'activité

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

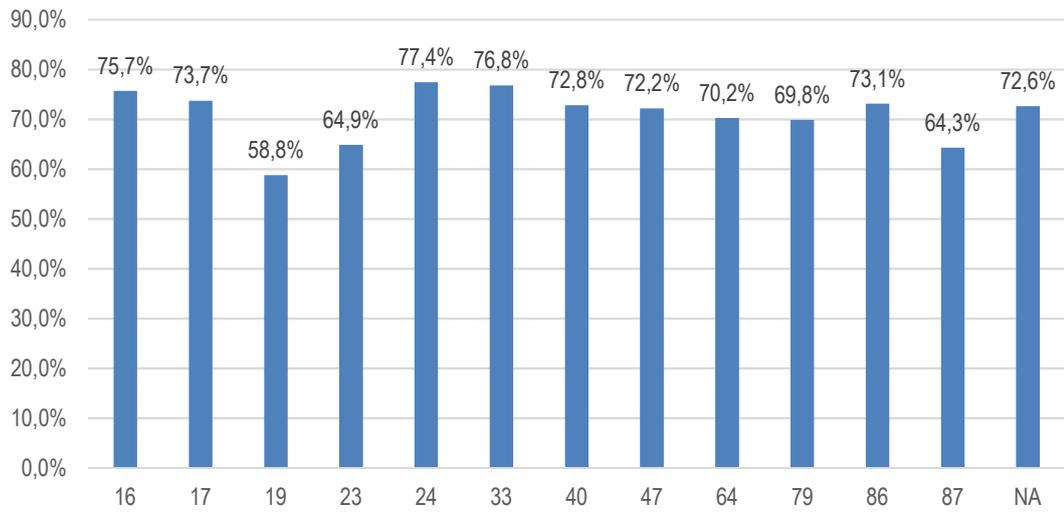




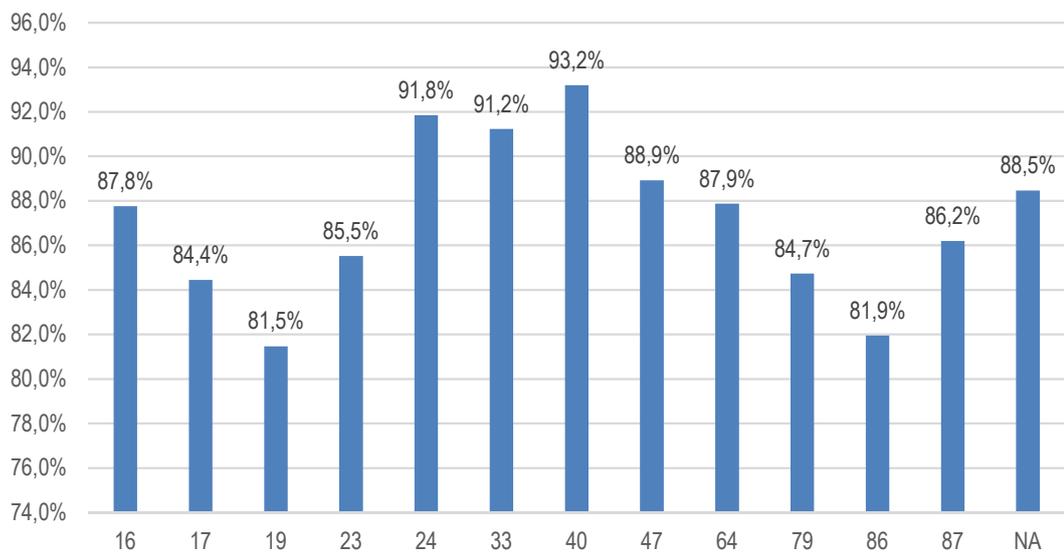


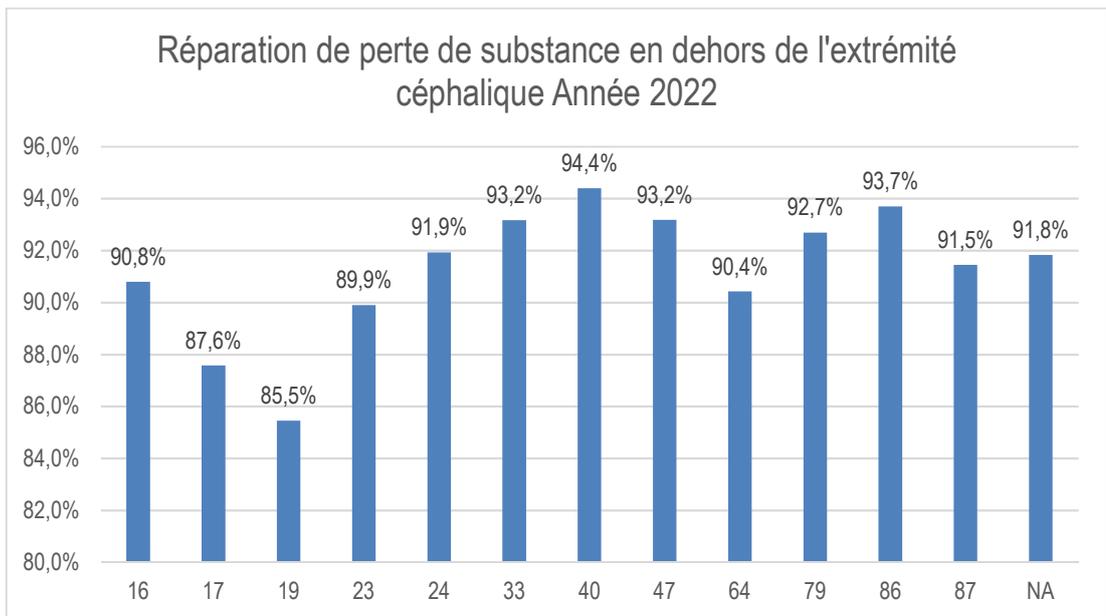
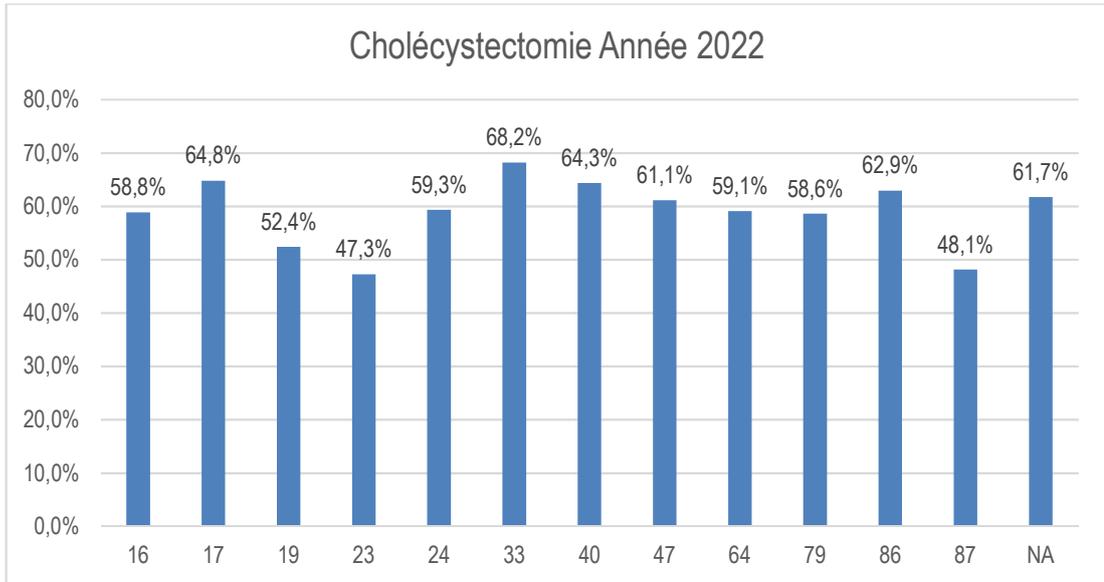


Chirurgie des hernies inguinales Année 2022



Exérèse de lésions sous-cutanées Année 2022





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

Avertissement : dans la mesure où aucune actualité n'existe sur ce sujet, cette partie n'a pas été révisée en 2024 ; ce point sera reconsidéré en 2025.

La procédure de MSAP ne porte pas sur l'opportunité de l'acte (qui revient au chirurgien) mais sur le mode prise en charge.

Cette procédure ne s'applique pas dans les cas suivants :

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

7.1.3 Les critères de ciblage des établissements

Le ciblage porte de préférence sur les établissements :

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

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

7.1.4 Le plan d'actions

Le virage ambulatoire s'est largement amorcé en chirurgie. Il constitue un des axes de la politique de la stratégie de santé et du programme « ma Santé 2022 ». L'objectif est de proposer un retour précoce et sécurisé des patients à leur domicile après un séjour hospitalier.

Le taux de chirurgie ambulatoire pour la région Nouvelle Aquitaine est de 62,1 % pour l'année 2022 pour un taux national de 63,5 %. L'objectif était de 70 % de chirurgie ambulatoire en 2022 et le Haut Conseil de Santé Publique préconise d'atteindre les 80% de chirurgie ambulatoire en s'aidant notamment de l'outil VISUCHIR³⁷ et des travaux des sociétés savantes (Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé Juin 2021).

³⁷ **Visuchir** a été le premier outil de data-visualisation mis en ligne par la CNAM, grâce à l'appui de la DRSM Bourgogne Franche Comté, et disponible sur Scansanté en open data. Il se décline en une gamme de 3 outils, fondés sur les benchmarks, qui ont pour finalité commune de faire évoluer les pratiques chirurgicales vers les bonnes pratiques, professionnelles (innovation, techniques, voies d'abord..) et organisationnelles (chirurgie ambulatoire, Récupération Améliorée Après Chirurgie...). Ces 3 outils ont des publics cibles différents : **Visuchir établissement** (mis en ligne en octobre 2018) : à destination principalement des établissements de santé dans le cadre de leur dialogue de gestion interne et externe avec leurs tutelles ; **Visuchir spécialités** (mis en ligne en novembre 2021) : à destination des professionnels de santé et sociétés savantes dans le cadre de l'évaluation des pratiques et de l'évolution des recommandations ; **Visuchir régions** (mis en ligne prévisionnelle au 1^{er} semestre 2022) : à destination des DCGDR et des ARS dans le cadre d'une aide à la recomposition de l'offre régionale. D'autres outils concernant d'autres thématiques sont en cours de construction : **Visumed** (sur la médecine ambulatoire hospitalière), **Visuinterventionnel** (sur la médecine interventionnelle) et **Visuk** (sur la cancérologie).

Pour accompagner les établissements de santé sur cette thématique, l'ARS Nouvelle Aquitaine a réalisé un profil chirurgie ambulatoire. Ce profil sera adressé à l'ensemble des établissements autorisés pour l'activité de soins de chirurgie. Son objectif est de présenter à chaque établissement son taux de chirurgie ambulatoire en 2022 avec son évolution sur les 5 dernières années, comparé aux taux national, régional et des établissements de même catégorie. Ce profil indique également le potentiel de chaque établissement calculé à partir de la pratique des 20 % d'établissements de même catégorie les plus performant en chirurgie ambulatoire avec un focus sur les spécialités ayant le potentiel de chirurgie ambulatoire le plus important. L'outil VISUCHIR sera complémentaire permettant de revenir à l'acte CCAM.

7.2 LA PERTINENCE DES SEJOURS PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

7.2.1 *Les séjours de soins de suite et de réadaptation après chirurgie orthopédique*

Les enjeux sont :

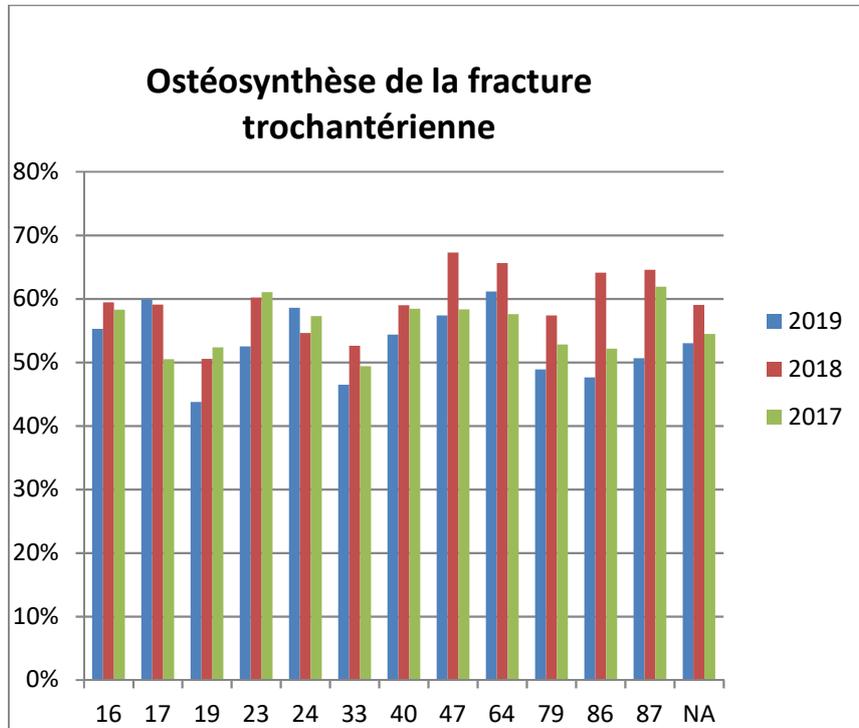
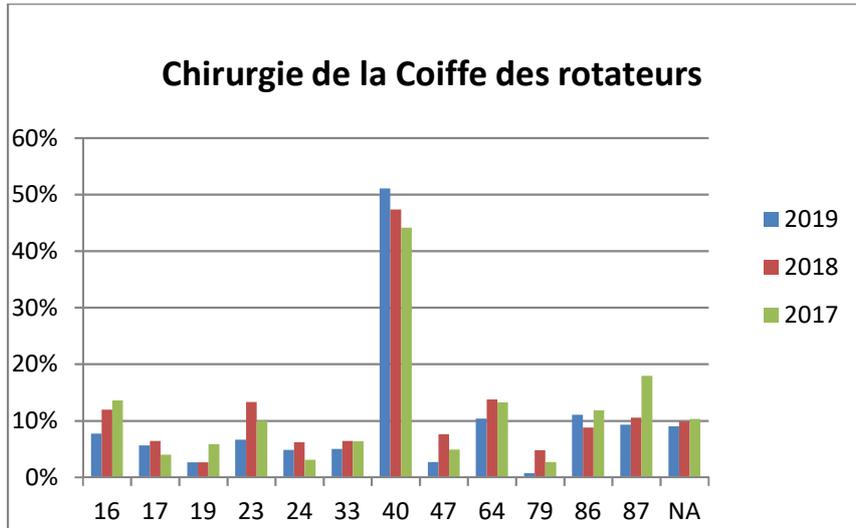
- l'amélioration de la qualité des soins par la diminution des actes inutiles et la réduction des variations de pratiques médicales,
- l'amélioration de l'organisation des soins (articulation hôpital/ville/médico-social, réorganisation de l'offre),
- la diminution de l'impact économique des soins par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

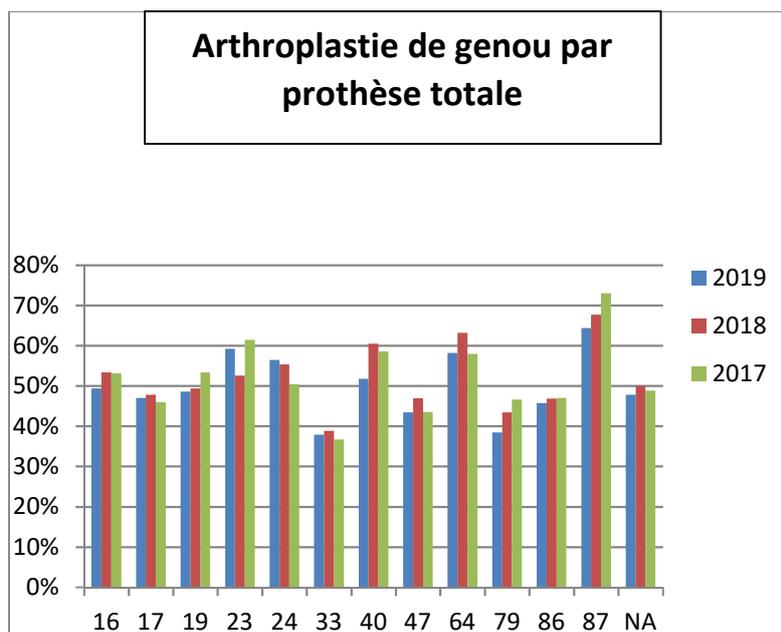
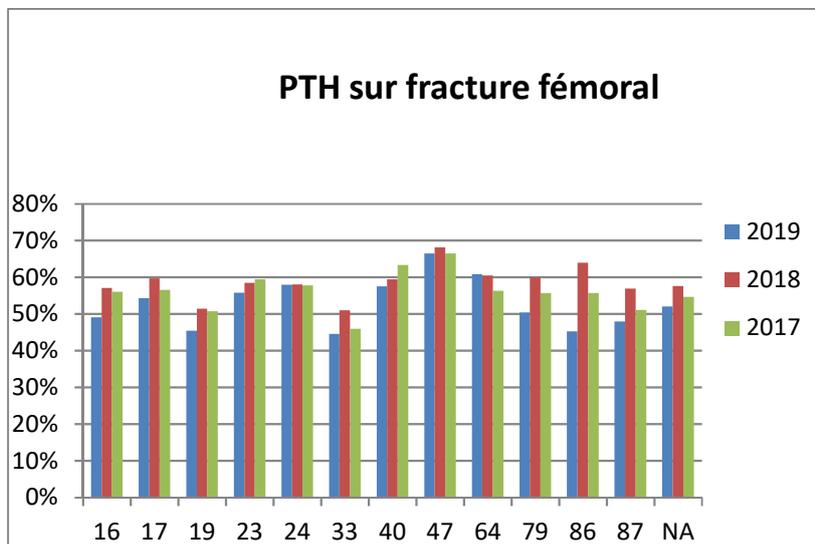
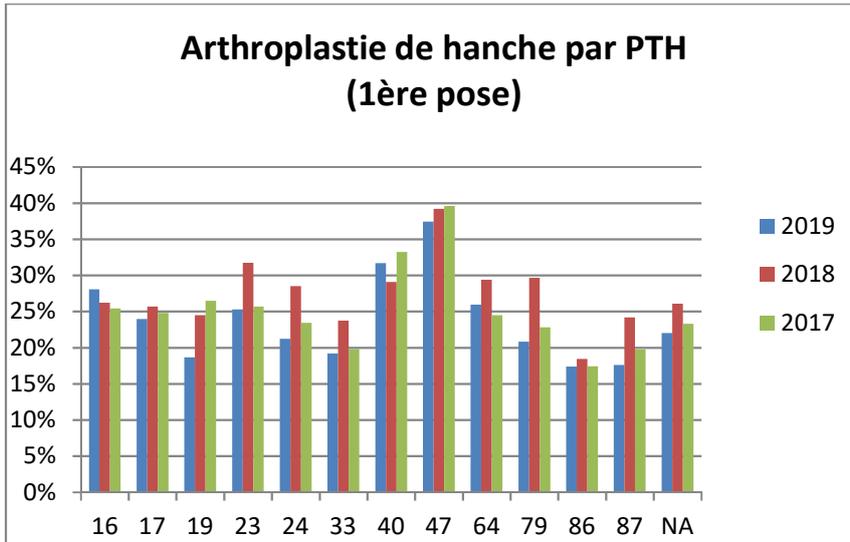
La MSAP des séjours de SSR (MSAP SSR) s'appuie sur une liste de gestes ayant fait l'objet de recommandations HAS (2006 et 2008) portant sur les critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou SSR :

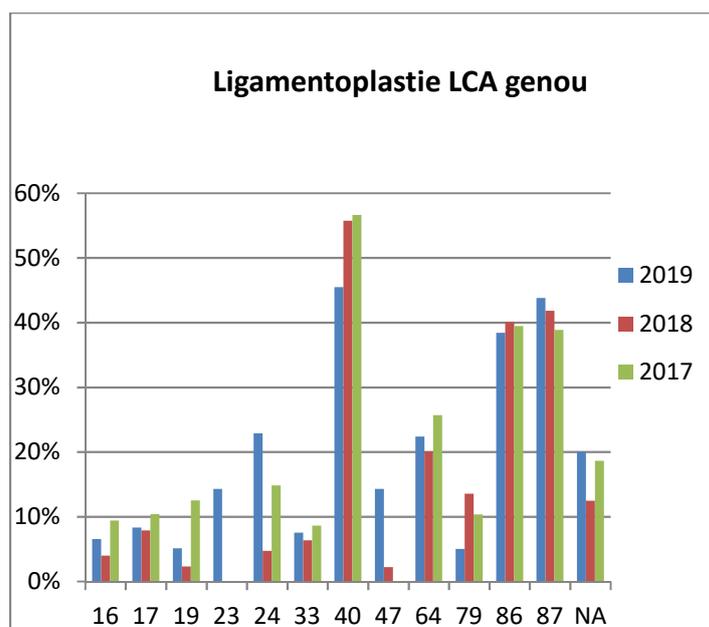
- Arthroplastie de genou par prothèse totale de genou en 1ère intention (PTG) [2008],
- Chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendon rompu de la coiffe des rotateurs (épaule) [2008],
- Ligamentoplastie du croisé antérieur du genou (LCA) [2008],
- Arthroplastie de hanche par prothèse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

7.2.1.1 Le diagnostic régional

Les taux de sortie en SSR concernant la période 2017-2019 pour les 6 gestes marqueurs sont présentés dans les graphiques suivants :







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

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

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

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

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

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

Il peut s'agir :

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

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

Il convient de souligner l'existence de l'outil numérique ViaTrajectoire lequel propose une aide à l'orientation personnalisée dans le domaine de la santé. Il permet d'identifier les établissements et services correspondant aux besoins de l'utilisateur et de faciliter leurs admissions pour la prise en charge d'un projet de rééducation, réadaptation, réinsertion ou d'hébergement. Depuis 2019, l'outil propose pour les patients éligibles à un retour à domicile une orientation vers PRADO permettant de favoriser l'orientation des patients vers ce programme d'aide au retour à domicile et de dématérialiser les grilles d'éligibilité pour les équipes hospitalières et les conseillers Assurance Maladie (CAM).

7.2.1.3 Les critères de ciblage des établissements

Les établissements sont ciblés en fonction :

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

7.2.2 *Les « autres prestations hospitalières »*

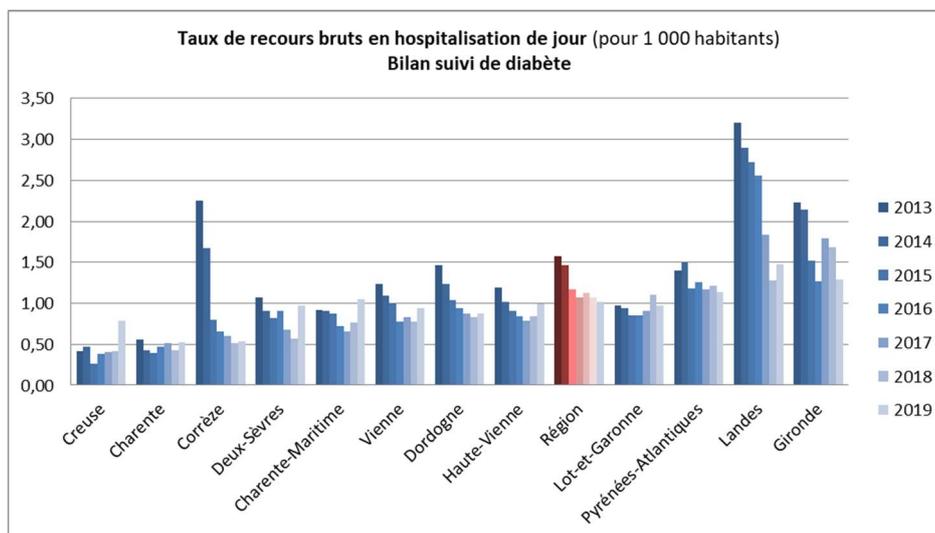
Cette démarche est relative à la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie d'un séjour.

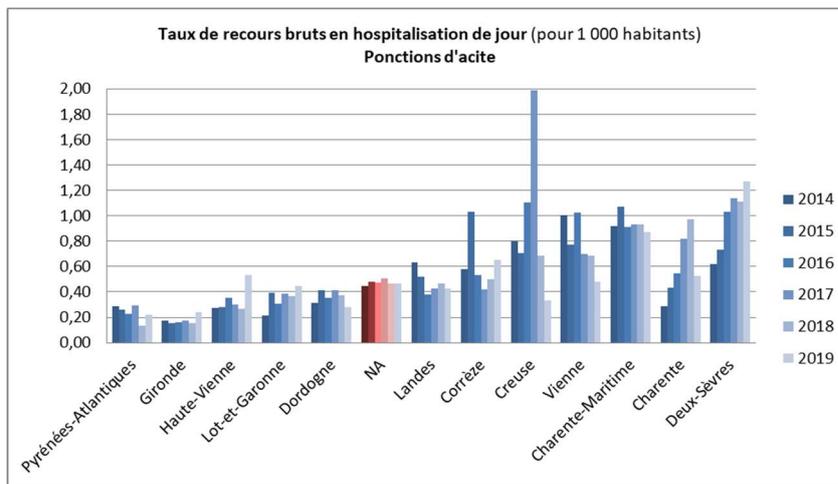
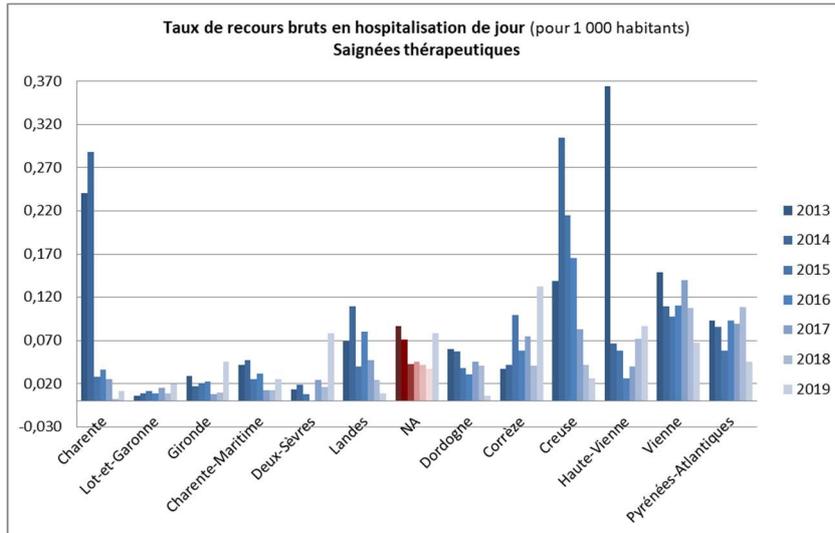
Trois prestations sont concernées :

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

7.2.2.1 Le diagnostic régional

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





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

<p>Hôpital de jour de médecine pour suivi des patients diabétique</p>	<p>Pertinence de la facturation d'un séjour en HDJ pour des bilans incomplets ne répondant pas aux critères de facturation d'un GHS et refus des prises en charge d'éducation thérapeutique isolées du patient par un GHS alors qu'il relève d'un autre mode de financement</p>	<p>GHM retenus :</p> <p>23M08J (autres motifs de recours chez un patient diabétique, en ambulatoire) 10M13Z (explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques) 10M02T (diabète, âge supérieur à 35 ans, très courte durée) 10M021 (diabète, âge supérieur à 35 ans, niveau 1) 10M03T (diabète, âge inférieur à 36 ans, très courte durée) 10M031 (diabète, âge inférieur à 36 ans, niveau 1) 23M19Z (explorations et surveillance pour autres motifs de recours aux soins), présentant un diagnostic principal (DP) diabète (E10* à E14*) et une durée de séjour égale à 0 jour</p>
<p>Forfait Sécurité Environnement</p>	<p>Pertinence de la prise en charge par l'Assurance Maladie d'un séjour : Justification de l'environnement « hôpital de jour » pour un acte soumis à un forfait SE (donc théoriquement réalisé hors hospitalisation)</p>	<p>Actes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ponction d'ascite HPJB001 - Amniocentèse JPHJ002 - Biopsie de prostate JGHJ001 - Ablation système diffuseur EBGA001

7.2.2.3 Les critères de ciblage des établissements

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

Le ciblage porte :

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

ou

- sur les établissements dont l'augmentation du nombre de bilans réalisés chez les patients diabétiques ne correspond pas à une diminution des hospitalisations complètes ou ceux dont les séjours correspondants aux GHM décrits supra sont associés à un nombre faible d'actes comparativement aux autres établissements
- **pour** les hospitalisations de jour : pour des actes ouvrant droit à un forfait SE, sur la base du taux de réalisation de l'acte en hospitalisation de jour

En raison de la crise sanitaire il n'y pas eu de contrôles T2A ces deux dernières années, des évolutions sont donc attendues sur ces thématiques.

8 REFERENTIELS NATIONAUX

Thyroidectomie

[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. Mollieux, S. Pierreb, C. Bléry , E. Marret , H. Beloeil , * Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 31 (2012) 752–763

9 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 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

10 ANNEXE

Liste des ES concernés par les priorités du Contrat d'Amélioration de la Qualité et la pertinence des soins (7 sujets nationaux / 6 sujets régionaux)

Synthèse ciblage ES avec le détail des thèmes concernés

MSAP chirurgie ambulatoire : Liste des gestes marqueurs

Codes couleurs utilisés :

en noir : Les 17 gestes marqueurs (depuis 2009)

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

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

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

en violet : modification pour la campagne 2018-2019 suite modification de la CCAM pour la chirurgie du cristallin : suppression de l'acte BFGA 004 remplacé par l'acte BFGA 427 (Décision du 11 mars 2019 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie JO 11/04/19) et interdiction d'associer l'acte BELB001 avec des actes des sous chapitres 02 04 04 01 et 02 04 04 02 (chirurgie du cristallin) (UNCAM du 05/07/2018 avec entrée en vigueur le 01/10/2018 JO du 05/08/2018)

MAJ 2020 jusqu'à V61 CCAM : pas de modification

geste	cdc_act	conditions	libelles
Accès vasculaire	EBLA003		Pose d'un catheter relié à une veine profonde du membre supérieur ou du cou par voie transcutanée, avec pose d'un système diffuseur implantable sous cutané
Adénoïdectomies	FABA001		Adénoïdectomie avec pose unilatérale d'aérateur transtympanique
	FABA002		Adénoïdectomie avec pose bilatérale d'aérateur transtympanique
	FABA008		Adénoïdectomie
	FABA013		Adénoïdectomie avec myringotomie unilatérale ou bilatérale
Angioplasties du membre supérieur	EFAF002		Dilatation intraluminaire d'une veine du membre supérieur sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée
	EZAF001		Dilatation intraluminaire d'un accès vasculaire artérioveineux d'un membre sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
	EZJF002		Thromboaspiration d'un accès vasculaire artérioveineux d'un membre avec dilatation intraluminaire sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
	EZPF004		Désobstruction mécanique d'un accès vasculaire artérioveineux avec dilatation intraluminaire sans pose d'endoprothèse, par voie vasculaire transcutanée
Angioplasties périphériques	EZAF002		Dilatation intraluminaire d'un accès vasculaire artérioveineux d'un membre avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
Arthroscopie de la cheville	NGJC001		Nettoyage de l'articulation tibiotalienne, par arthroscopie
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	NFFC002		Libération mobilisatrice de l'articulation du genou, par arthroscopie
	NFFC002	si acte isolé	Synovectomie antérieure du genou, par arthroscopie
	NFEC001		Réinsertion ou suture des 2 ménisques du genou, par arthroscopie
	NFEC002		Réinsertion ou suture d'un ménisque du genou, par arthroscopie
	NFFC003		Méniscectomies latérale et médiale du genou, par arthroscopie
	NFFC004		Méniscectomie latérale ou médiale du genou, par arthroscopie
	NFJC001		Nettoyage de l'articulation du genou, par arthroscopie
	NFJC002		Evacuation de collection de l'articulation du genou, par arthroscopie
	NFPC001		Section du retinaculum patellaire latéral [aileron rotulien externe], par arthroscopie
	NFQC001		Exploration de l'articulation du genou, par arthroscopie
Avulsion dentaire	HBED022		Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement

	HBGD003		Avulsion d'un odontoïde inclus ou d'une dent surnuméraire à l'état de germe
	HBGD004		Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe
	HBGD007		Avulsion de 11 à 14 dents sur arcade, en un temps
	HBGD010		Avulsion de 6 à 10 dents sur arcade, en un temps
	HBGD016		Avulsion d'une racine incluse
	HBGD017		Avulsion d'une dent ectopique
	HBGD018		Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe
	HBGD021		Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
	HBGD025		Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
	HBGD026		Avulsion de 2 dents temporaires retenues
	HBGD029		Avulsion de 15 à 20 dents sur arcade, en un temps
	HBGD038		Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
	HBGD042		Avulsion d'une dent temporaire retenue
	HBGD045		Avulsion de 21 dents sur arcade ou plus, en un temps
	HBPA001		Dégagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau
	HBPD002		Dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal
Chirurgie anale	EGFA005		Resection d'un paquet hémorroïdaire isolé
	EGJA001		Evacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe
	HJAD001		Dilatation ou incision de sténose anorectale
	HKFA001		Destruction et/ou exérèse de tumeur bénigne du canal anal
	HKFA008		Destruction et/ou exérèse de lésion superficielle non tumorale de l'anus
	HKFA009		Sphinctéromyectomie de l'anus, par abord anal
	HKPA003		Sphinctérotomie interne [Léiomyotomie] latérale de l'anus
	HKPA006		Incision d'abcès de la région anale
	HKFA002		Résection d'une fissure anale infectée
	HKFA004		Excision d'une fissure anale [Fissurectomie anale]
	QBFA004		Excision d'une hidrosadénite suppurative périnéo-fessière (maladie de Verneuil) sur moins de 30 cm2
Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)	BCFA003		Exérèse primitive de ptérygion, avec autogreffe de conjonctive ou de muqueuse
	BCFA004		Exérèse de lésion de la conjonctive, avec autogreffe de muqueuse
	BCFA005		Exérèse de ptérygion récidivant, avec autogreffe de conjonctive ou de muqueuse
	BCFA006		Exérèse de pterygion récidivant, sans autogreffe
	BCFA008		Exérèse de lésion de la conjonctive, sans autogreffe
	BCFA009		Exérèse primitive de ptérygion, sans autogreffe
Chirurgie de la main	MHFA001	si acte isolé	Synovectomie d'une articulation métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt, par abord direct
	MDFA002		Exérèse partielle d'un os de la main sans interruption de la continuité, par abord direct
	MHDB001		Arthrorise temporaire d'une articulation métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt par broche, par voie transcutanée
	MHPA004		Libération mobilisatrice d'une articulation de la main avec libération de tendon, par abord direct
	MJFA012		Ténosynovectomie des muscles fléchisseurs des doigts sur plusieurs rayons de la main, par abord direct
	MJFA015		Ténosynovectomie des muscles fléchisseurs des doigts sur un rayon de la main, par abord direct
	MJPA002		Libérations des tendons des muscles fléchisseurs des doigts sur un rayon de la main, par abord direct
	MJPA009		Libération du tendon d'un muscle extenseur d'un doigt sur un rayon de la main, par abord direct
	MDHA001		Biopsie d'un os et/ou d'une articulation de la main, par abord direct
Chirurgie de la main pour maladie de Dupuytren	MJFA006		Fasciectomie [Aponévrectomie] palmodigitale sur un rayon de la main, par abord direct
	MJFA010		Fasciectomie [Aponévrectomie] palmodigitale sur plusieurs rayons de la main, par abord direct

	MJPA005		Fasciotomie [Aponévrectomie] palmaire, par abord direct
	MJPB001		Fasciotomie [Aponévrectomie] palmaire, par voie transcutanée
Chirurgie de la main pour réparation des ligaments et tendons	MHCA002		Suture ou plastie de l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation métacarpophalangienne du pouce, par abord direct
	MHCA003		Suture ou plastie de l'appareil capsuloligamentaire d'une articulation métacarpophalangienne
	MJPA013		Section ou plastie d'agrandissement de la partie cruciforme de la gaine fibreuse digitale [poulie de réflexion de tendon de muscle fléchisseur des doigts] sur un rayon de la main, par abord direct
	PCPA006		Section ou plastie d'agrandissement de poulie de réflexion de tendon, par abord direct
Chirurgie de l'avant pied	NDPA004	si unilatéral et acte isolé	Ostéotomie d'un métatarsien latéral ou d'une phalange d'orteil, sur un rayon du pied
	NDPA009	si unilatéral et acte isolé	Ostéotomie de la phalange proximale et libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil
	NHMA002	si unilatéral et acte isolé	Arthroplastie par résection de l'articulation ou arthrodèse interphalangienne d'un orteil latéral
Chirurgie de l'épaule	MEMA006		Acromioplastie sans prothèse, par abord direct
	MEMC001		Arthroplastie acromioclaviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule, par arthroscopie
	MEMC002		Capsuloplastie antérieure ou postérieure de l'articulation scapulohumérale, par arthroscopie
	MEMC003		Acromioplastie sans prothèse, par arthroscopie
	MEMC004		Réparation du bourrelet glénoïdal scapulohuméral, par arthroscopie
Chirurgie de l'utérus	JKFE001		Section ou résection de cloison utérine, par hystérocopie
	JKFE002		Résection de myome de l'utérus, par hystérocopie
	JKGD002		Curetage de la cavité de l'utérus à visée thérapeutique
	JKGD003		Curetage de la cavité de l'utérus à visée diagnostique
	JKND001		Destruction de la muqueuse utérine par thermocontact, par voie vaginale
	JKNE001		Abrasion de la muqueuse de l'utérus [Endométréctomie], par hystérocopie
	JKPE001		Exérèse de polype de l'utérus, par hystérocopie
	JKQE001		Hystérocopie avec curetage de la cavité de l'utérus
	JNBD001		Cerclage du col de l'utérus au cours de la grossesse, par voie transvaginale
	JNJD002		Evacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1er trimestre de la grossesse
	JNMD001		Révision de la cavité utérine après avortement
Chirurgie des bourses	EGFA008		Résection ou ligature de la veine testiculaire par abord direct, avec embolisation intraveineuse
	EGFA010		Résection ou ligature de la veine testiculaire, par abord direct
	EGFC001		Résection ou ligature de la veine testiculaire, par coéloscopie
	EGSA001		Interruption des veines de drainage du pénis, par abord direct
	EGSA002		Ligature du plexus pampiniforme ou de la veine testiculaire, par abord scrotal
	EGSF001		Embolisation suprasélective de la veine testiculaire ou ovarique, par voie veineuse transcutanée
	EGSF002		Embolisation sélective ou hypersélective de la veine testiculaire ou ovarique, par voie veineuse transcutanée
	EGSF003		Embolisation des veines de drainage du pénis, par injection intraveineuse transcutanée
	JHBA001		Plicature de la tunique vaginale du testicule, par abord scrotal
	JHDA001		Orchidopexie, par abord scrotal
	JHEA002		Abaissement et fixation d'un testicule ectopique palpable, par abord inguinal et par abord scrotal
	JHFA001		Exérèse d'un kyste du cordon spermatique chez l'adulte, par abord inguinal
	JHFA004		Exérèse d'un kyste de l'épididyme, par abord scrotal
	JHFA014		Epididymectomie, par abord scrotal
	JHSA001		Ligature, section ou résection unilatérale ou bilatérale du conduit déférent, par abord scrotal

Chirurgie des bourses de l'enfant	ELSA001	≥ 1an et ≤ 16 ans	Ligature ou section du pédicule testiculaire (spermatique) pour cryptorchidie par laparotomie
	ELSC001		Ligature ou section du pédicule testiculaire (spermatique) pour cryptorchidie, par coelioscopie
	JHEA001		Abaissement et fixation d'un testicule ectopique non palpable, par abord inguinal et scrotal
	JHFA013		Résection de la tunique vaginale du testicule, abord scrotal
	JHFA019		Résection d'une hydrocèle abdominoscrotale, par laparotomie ou abord inguinal
Chirurgie des hernies de l'enfant	LMMA011		Cure d'une hernie fémorale [crurale], par abord inguino-fémoral
	LMMA014		Cure d'une hernie de la paroi abdominale antérieure avant l'âge de 16 ans, par abord direct
	LMMA018		Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord inguinal
	LMMC004	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par vidéo-chirurgie	
Chirurgie des hernies abdominales	LMMA006	si acte isolé	Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans avec pose de prothèse, par abord direct
	LMMA009		Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans sans pose de prothèse, par abord direct
	LMMC020		Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans avec pose de prothèse, par coelioscopie
Chirurgie des hernies inguinales	LMMA008		Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord pré-péritonéal
	LMMA012		Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord inguinal
	LMMA016		Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie locale, par abord inguinal
	LMMA017		Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord inguinal
	LMMC002		Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par vidéo-chirurgie
	LMMC003		Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par vidéo-chirurgie
Chirurgie des maxillaires	LAGA003		Ablation de matériel interne d'ostéosynthèse ou de distraction du massif facial sur un site, par abord direct
	LAGA005		Ablation de matériel interne d'ostéosynthèse ou de distraction du massif facial sur 2 sites, par abord direct
	LBFA023		Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de moins de 2 cm de grand axe, par abord intrabuccal
	LBFA030		Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de 2 cm à 4 cm de grand axe, par abord
	LBFA031		Résection d'hypertrophie osseuse intrabuccale
Chirurgie des sinus	GBPE001		Méatotomie nasale moyenne par endoscopie
	GBPE003		Méatotomie nasale inférieure bilatérale, par endoscopie
	GBPA004		Sinusetomie maxillaire par abord de la fosse canine, abord vestibulaire
	GBGD001		Déméchage et/ou nettoyage postopératoire de sinus paranasal, sous AG
Chirurgie des varices	EJFA002		Exérèses multiples de branches de la grande veine saphène et/ou de la petite veine saphène sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord direct
	EJFA004		Exérèse de la crosse de la petite veine saphène, par abord direct
	EJFA006		Exérèse secondaire de la crosse de la grande veine saphène ou de la petite veine saphène, par abord direct
	EJFA007		Exérèse de la crosse de la grande veine saphène, par abord direct
	EJFB001		Seance d'exérèse de segment de varice ou de veine perforante du membre inférieur, par voie transcutanée sous anesthésie locale
	EJGA001		Extraction [Stripping] de la petite veine saphène, par abord direct
	EJGA002		Extraction [Stripping] de la grande veine saphène, par abord direct
	EJGA003		Extraction [Stripping] de la grande veine saphène et de la petite veine saphène, par abord direct
	EJSA001		Ligature de plusieurs veines perforantes jambières, par abord direct
Chirurgie du canal carpien et autres	AHPA009		Libération du nerf médian au canal carpien, par abord direct

libérations nerveuses (MS)			
	AHPA021		Libération du nerf ulnaire au poignet et/ou à la main, par abord direct
	AHPA022		Libération du nerf ulnaire au coude, par abord direct
	AHPA023		Libération du nerf radial au coude, par abord direct
	AHPA028		Libération de nerf digital par abord direct, sur un rayon de la main
	AHPC001		Libération du nerf median au canal carpien, par vidéochirurgie
Chirurgie du col utérin, vulve, vagin	JKFA031		Conisation du col de l'utérus
	JKND002		Destruction de lésion du col de l'utérus, du vagin, de la vulve, du périnée et de la région périanale, avec laser
Chirurgie du cristallin	BFEA001		Repositionnement de cristallin artificiel ou de lentille intraoculaire
	BFGA001		Extraction de cristallin luxé
	BFGA002		Extraction extracapsulaire manuelle du cristallin, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil
	BFGA003		Extraction extracapsulaire manuelle du cristallin, sans implantation de cristallin artificiel
	BFGA427		Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil, sans implantation de drainage trabéculaire.
	BFGA005		Ablation de matériel implanté dans le segment antérieur de l'œil
	BFGA006		Extraction intracapsulaire ou extracapsulaire du cristallin, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre antérieure de l'œil en cas d'impossibilité d'implantation dans la chambre postérieure
	BFGA007		Extraction de cristallin subluxé ou ectopique
	BFGA008		Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, sans implantation de cristallin artificiel
	BFGA009		Extraction intracapsulaire du cristallin, sans implantation de cristallin artificiel
	BFGA010		Extraction du cristallin par sclérotomie postérieure [pars plana] [Phakophagie]
	BFGA001		Changement de matériel implanté dans le segment antérieur de l'œil
	BFLA001		Implantation secondaire d'un cristallin artificiel non suture
	BFLA002		Insertion d'un anneau de contention intrasacculaire, au cours d'une extraction du cristallin
	BFLA003		Implantation secondaire d'un cristallin artificiel suturé
	BFLA004		Implantation secondaire de cristallin artificiel sur un œil pseudophraxie
Chirurgie du glaucome	BGFA014	hors association avec geste sur le cristallin	Sclérectomie profonde non transfixiante ou sclérokératotomy profonde, sans viscocanaliculoplastie
Chirurgie du nez	GAMA007		Septoplastie nasale
	LAEA007		Réduction fracture de l'os nasal par abord direct
	LAEP002		Réduction orthopédique de fracture de l'os nasal [des os propres du nez]
Chirurgie du pied	NDGA003	si unilatéral et acte isolé	Ablation de matériel d'ostéosynthèse du pied, à foyer ouvert
	NJPA007	si unilatéral et acte isolé	Aponévrotomie ou aponévrectomie plantaire, ou désinsertion de l'aponévrose plantaire
	NDFA002	si unilatéral et acte isolé	Exérèse partielle d'os du pied sans interruption de la continuité, par abord direct
	NGFA002	si unilatéral et acte isolé	Exérèse d'un kyste synovial ou d'une bourse séreuse de la cheville ou du pied, par abord direct
Chirurgie du poignet	MGCC001	si acte isolé	Suture et/ou réinsertion de ligament articulaire du poignet, par arthroscopie
	MJFA004		Ténosynovectomie des muscles extenseurs au poignet, par abord direct
	MJPA011		Libération de tendon au poignet avec ténosynovectomie, par abord direct
Chirurgie du sein/tumorectomie	QEFA004	Hors racine GHM '09C05'	Tumorectomie du sein
Chirurgie du trou maculaire	BGFA005	hors association avec geste sur le cristallin	Vitrectomie par sclérotomie postérieure, avec dissection du cortex vitréen [pelage] et tamponnement interne par gaz
Chirurgie du tympan	CBMA008		Myringoplastie sans décollement du lambeau tympano-métal
	CBMA009		Myringoplastie avec décollement du lambeau tympano-métal sans exploration mastoïdo-atticiale
Chirurgie pour strabisme	BJDA001	âge > 7 ans	Myopexie bilatérale rétroéquatoriale des muscles oculomoteurs
	BJDA002		Myopexie unilatérale rétroéquatoriale des muscles oculomoteurs

	BJEA001		Transposition de muscles oculomoteurs pour suppléance
	BJMA001		Renforcement ou affaiblissement unilatéral ou bilatéral de muscle oculomoteur, avec suture ajustable
	BJMA002		Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion d'un muscle oculomoteur droit
	BJMA003		Renforcement, affaiblissement ou déplacement bilatéral de l'insertion d'un muscle oculomoteur
	BJMA004		Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion d'un muscle oculomoteur oblique
	BJMA005		Renforcement, affaiblissement ou déplacement unilatéral de l'insertion de 2 muscles oculomoteurs
	BJMA006		Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion de 2 muscles oculomoteurs d'un côté et d'un muscle oculomoteur de l'autre
	BJMA007		Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion de 4 muscles oculomoteurs ou plus
	BJMA008		Renforcement, affaiblissement ou déplacement itératif de l'insertion de 2 muscles oculomoteurs
	BJMA009		Renforcement, affaiblissement ou déplacement itératif de l'insertion d'un muscle oculomoteur
Cholécystectomie	HMFC004	si racine GHM = 07C14	Cholécystectomie, par cœlioscopie (hors aigues)
Cure de paraphimosis	JHEA003	≥ 1an et ≤ 16 ans	Réduction chirurgicale d'un paraphimosis
Exérèse de kystes synoviaux	MGFA004		Exérèse de kyste synovial avec ténosynovectomie des extenseurs au poignet, par abord direct
	MGFA007		Exérèse de kyste synovial du poignet, par abord direct
	MHFA002		Exérèse de kyste synovial ou mucoïde d'une articulation ou d'une gaine fibreuse de la main
Exérèse de lésions cutanées	QZFA036		Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5 cm ²
	GAFA007		Exérèse non transfixiante de lésion de la peau du nez ou de la muqueuse nasale
	CAFA005		Exérèse partielle transfixiante de l'auricule
Exérèse de lésions de la bouche	HAFA021	si acte isolé	Exérèse non transfixiante de lésion infiltrante de la joue, par abord intrabuccal
	HAFA034	si acte isolé	Exérèse de kyste du plancher de la bouche, par abord intrabuccal
Exérèse de lésions sous-cutanées	PDFA001		Exérèse de lésion fasciale et/ou sousfasciale des tissus mous, sans dissection d'un gros tronc vasculaire ou nerveux
	MJFA008		Exérèse de lésion faciale et/ou sous faciale des tissus mous de la paume de la main
Fermeture de fistule buccale	HASA018		Fermeture d'une communication buccosinusienne par lambeau de glissement vestibulojugal, par abord intrabuccal
	HASA025		Fermeture d'une communication buccosinusienne par lambeau de transposition du corps adipeux de la joue, par abord intrabuccal
	HASA013	si acte isolé	Fermeture d'une communication buccosinusienne et/ou bucconasale par lambeau palatin, par abord intrabuccal
Fistules artérioveineuses	EPLA002		Pose d'un cathéter veineux central tunnellisé à double courant pour circulation extra corporelle, par abord direct
	EZFA002		Exérèse d'un accès vasculaire artérioveineux sans reconstruction vasculaire
	EZMA001	si veine céphalique du patient	Création d'une fistule artérioveineuse pour accès vasculaire par abord direct sans superficialisation veineuse, chez un sujet de plus de 20 kg
Geste secondaire sur lambeau	QZMA006		Modelage secondaire d'un lambeau
	QZPA008		Autonomisation d'un lambeau
Geste sur la vessie	JCLE004	≥ 2 ans	Injection sous muqueuse intra-urétérale de matériel hétérologue, par endoscopie
	JDNE001		Destruction de lésion de la vessie, par endoscopie
Geste sur les glandes salivaires	HCFA007		Exérèse de petite glande salivaire [glande salivaire accessoire]
	HCPA001		Marsupialisation de kyste de glande salivaire
	HCGA001		Ablation de calcul canalaire d'une glande salivaire, par abord intrabuccal
Geste sur l'uretère	JCAE001	si acte isolé	Dilatation de l'uretère, par uretéroscopie rétrograde
	JCGE001		Ablation et/ou fragmentation de calcul de l'uretère pelvien
	JCKE002	si acte isolé	Changement d'endoprothèse urétérale, par endoscopie rétrograde
Geste sur l'urètre	JEFA003		Exérèse de lésion du méat urétral chez la femme, par abord direct

	JEMA013		Méatoplastie de l'urètre par abord direct, chez la fille
	JEMA017		Méatoplastie ou méatotomie urétrale sans lambeau, chez l'adulte
Interruption tubaire	JJPA004		Interruption uni ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines, par abord vaginal
	JJPC003		Interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines, par coelioscopie
	JJPE001		Interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines par insertion de dispositif intratubaire, par hystérocopie
LEC	JANM001		Lithotritie extracorporelle du rein, avec guidage échographique
	JANM002		Lithotritie extracorporelle du rein, avec guidage radiologique
	JCNM001		Lithotritie extracorporelle de l'uretère, avec guidage échographique
	JCNM002		Lithotritie extracorporelle de l'uretère, avec guidage radiologique
Plastie de lèvres	HAMA027		Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau cutané local
	HAMA028		Correction de rétraction de lèvre par autoplastie locale
Prélèvement d'ovocyte	JJFJ001		Prélèvement d'ovocytes sur un ou deux ovaires, par voie transvaginale avec guidage échographique
Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique	QAMA002		Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique par lambeau local ou régional muqueux, cutané ou fasciocutané, à pédicule vasculonerveux non individualisé ou non individualisable
Réparation de perte de substance en dehors de l'extrémité céphalique	QZMA001		Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional muqueux, cutané ou fasciocutané, à pédicule vasculonerveux non individualisé ou non individualisable [lambeau au hasard], en dehors de l'extrémité céphalique
	QZMA004		Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional cutané, fascial, fasciocutané, septocutané, musculaire ou musculocutané, à pédicule vasculaire ou vasculonerveux anatomique, en dehors de l'extrémité céphalique
Vitrectomie avec pelage de membrane	BGPA002	hors association avec geste sur le cristallin	Dissection de la membrane épirétinienne et/ou de la membrane vitrée [hyaloïde]
Vitrectomie postérieure isolée	BGFA001	hors association avec geste sur le cristallin	Vitrectomie par sclérotomie postérieure, sans coagulation de la rétine