RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

L'Assurance Maladie
NOUVELLE AQUITAINE

ars Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

Version mise à jour mars 2023

SOMMAIRE

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

I LA PERTINENCE DES ACTES 10

1 Les thématiques prioritaires au regard du diagnostic régional et leur déclinaison opérationnelle 10
1.1 Les critères de ciblage 10
1.1.1 La sélection des thématiques prioritaires au niveau régional 10
1.1.2 L'approche liée aux taux de recours atypiquement élevés 11
1.1.3 L'approche liée aux indicateurs d'atypies de pratiques médicales 11
1.1.4 Les actes retenus 12
1.1.5 Les actes retirés du PAPRAPS 13
1.1.6 Les thématiques ajoutées 13
1.2 Les leviers d'action et indicateurs utilisés pour réduire les atypies 14
1.3 Les thématiques avec recours significativement élevé en région et référentiels nationaux disponibles 15
1.3.1 Les thyroïdectomies 15
1.3.2 Les amygdalectomies 17
1.3.3 Les extractions des dents de sagesse (acte HBGD038 : Avulsion des 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe) 20
1.3.4 L'Hystérectomie 22
1.3.5 La chirurgie de la valve aortique 24
1.4 La thématique sans recours significativement élevé en région, avec problématique de pertinence identifiée et référentiels de bonnes pratiques ou outils locaux disponibles 27
1.4.1 Les angioplasties coronaires (patients stables) 27
1.5 Les thématiques retirées du PAPRAPS 30
1.5.1 Les poses d'aérateurs transtympaniques (ATT) 30
1.5.2 La ligamentoplastie du genou 32
1.5.3 Interventions transurétrales ou par voie transcutanée (ITU) et lithotritie extracorporelle (LEC) 33
1.5.4 La chirurgie du rachis 34
1.5.5 Les césariennes programmées à terme 36
1.5.6 Le pontage coronaire 36

II. LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS 38

1 La pertinence des prescriptions de transports 38
1.1 Le diagnostic régional 38
1.1.1 L'évolution de l'offre de transport sanitaire en Nouvelle-Aquitaine 38
1.1.2 La décomposition des dépenses en région Nouvelle-Aquitaine pour l'année 2022 39
1.1.3 Analyse comparative des départements de la Nouvelle-Aquitaine sur l'année 2022 41
1.2 Les domaines d'actions prioritaires et leur déclinaison opérationnelle 42
1.2.1 Les objectifs régionaux des nouveaux CAQES 43
1.2.2 L'utilisation de la plateforme régionale de commande de transports sanitaires 44

2 La pertinence des prescriptions de produits de santé (médicaments, produits et prestations) 45
2.1 La prise en compte des priorités nationales 45
2.2 Le diagnostic régional et les actions menées 46
2.2.1 L'évolution du diagnostic régional 46

2.2.2 Les prescriptions liées au traitement du cancer : Les thérapies orales 50
2.2.3 Les prescriptions médicamenteuses et la prévention de la iatrogénie médicamenteuse 53
2.2.4 Le bon usage des antibiotiques et la lutte contre l'antibiorésistance 63
2.2.5 Les conclusions sur le bon usage des antibiotiques et la lutte contre l'antibiorésistance 68
2.3 La déclinaison opérationnelle 2022 – 2025 69
2.3.1 Poursuivre les actions sur les thématiques liées au traitement des cancers via une approche de stratégie thérapeutique globale 69
2.3.2 Renforcer les actions concourant à la pertinence des prescriptions médicamenteuses (hors cancérologie) pour les sujets identifiés à enjeux de pertinence 69
2.3.3 Poursuivre les investigations et le partage des données et actions régionales avec les professionnels de santé et représentants des associations de patients 70

3 La pertinence des prescriptions d'examens paracliniques 70
3.1 La pertinence des examens biologiques examens pré- anesthésiques 70
3.1.1 Les thématiques prioritaires issues du diagnostic national 70
3.1.2 La déclinaison opérationnelle 72

III. LA PERTINENCE DU PARCOURS DES PATIENTS ATTEINTS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE 73

1 Le parcours de l'insuffisant cardiaque 73
1.1 Rappel du contexte 73
1.1.1 Quelques chiffres sur l'Insuffisance cardiaque 73
1.1.2 Les points critiques du parcours de soins 76
1.2 Méthodologie d'accompagnement par l'Assurance Maladie 76

IV LA FILIERE DU PATIENT VICTIME D'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL 78

V LES INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCEE 80

VI LA PERTINENCE DES PRESTATIONS (SEJOURS ET MODES DE PRISE EN CHARGE) 82

1 La pertinence des modes de prise en charge : 82
1.1 Le diagnostic régional 82
1.1.1 Le potentiel de séjours en chirurgie ambulatoire par application du taux régional (gestes marqueurs) 82
1.1.1 Le taux de chirurgie ambulatoire par département pour les gestes marqueurs présentant les plus gros volumes d'activité 83
1.2 La déclinaison opérationnelle : la mise sous accord préalable « chirurgie ambulatoire » 89
1.3 Les critères de ciblage des établissements 89
1.4 Le plan d'actions 90

2 La pertinence des séjours pris en charge par l'assurance maladie 90
2.1 Les séjours de soins de suite et de réadaptation après chirurgie orthopédique 90
2.1.1 Le diagnostic régional 91
2.1.2 La déclinaison opérationnelle : la mise sous accord préalable « SSR » 94
2.1.3 Les critères de ciblage des établissements 95
2.2 Les « autres prestations hospitalières » 95
2.2.1 Le diagnostic régional 95
2.2.2 La déclinaison opérationnelle : la mise sous accord préalable « autres prestations hospitalières » 97
2.2.3 Les critères de ciblage des établissements 97

REFERENTIELS NATIONAUX 98

GLOSSAIRE 100

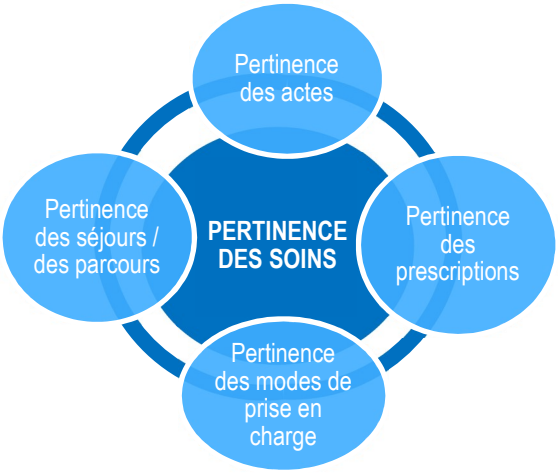
INTRODUCTION

1.1 Les objectifs de la pertinence des soins

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

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

Sens large de la pertinence des soins



1.2 Le cadre législatif et réglementaire

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

Le décret **n°2021-1231 du 25 septembre 2021** fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) précise en outre les règles relatives à l'élaboration du PAPRAPS.

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

1.2.1 Le PAPRAPS

Selon l'article D. 162-11 du CSS, le PAPRAPS est arrêté par le directeur général de l'ARS pour une durée de **quatre ans** (soit du 1er 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,
- 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).

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 retenue 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 6 mois, la prise en charge par l'assurance maladie des actes, des prestations d'hospitalisation, des prescriptions concernées.

La procédure contradictoire repose sur les étapes suivantes :

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

1.2.3 La contractualisation tripartite

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience 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 reprises[1]. 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 et le décret n° 2021-1231 du 25 septembre 2021 relatif au cadre général du contrat d'amélioration de la qualité et d'efficience 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'efficience 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 1er avril 2022 avec une date butoir de mise en œuvre fixée au 1er 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'efficience 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.

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] **Arrêté du 24 septembre 2021 modifiant l'arrêté du 27 avril 2017** relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et d'efficience 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.

1.2.3.2 Le nouveau CAQES

Conclu pour une durée maximale de 5 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 régionaux de la promotion de la pertinence des soins

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

Une instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) est créée afin d'associer étroitement les professionnels de santé, les représentants des usagers et les fédérations hospitalières à la démarche d'amélioration de la pertinence des soins (article D. 162-12 du CSS).

1.3.1.1 Son rôle

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

Elle est consultée sur le projet du PAPRAPS, lors de sa préparation, de sa révision et de son évaluation.

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

1.3.1.2 Sa composition

Les membres de l'IRAPS sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

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

1° du directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant ;

2° du directeur de l'organisme ou du service, représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ou son représentant ;

3° d'un représentant de chacune des fédérations hospitalières représentatives au niveau régional ;

4° d'un professionnel de santé exerçant au sein d'un établissement de santé de la région ;

5° d'un représentant de l'une des unions régionales des professionnels de santé ;

6° d'un représentant des associations d'usagers agréées mentionnées à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique au niveau régional ou, à défaut, au niveau national.

1.3.2 La commission régionale de coordination des actions

L'assurance maladie est associée à l'élaboration du PAPRAPS dans le cadre de la commission régionale de coordination des actions. Selon l'article R. 1434-13 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 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, 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 : 6 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 efficience des prescriptions de transports » du plan ONDAM d'appui à la transformation du système de santé 2018-2022) ;
  - **de produits de santé** : relative aux Prescriptions Hospitalières Exécutées en Ville et s'appuyant sur un diagnostic national et régional (thématique « 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'y aura pas de nouvelle contractualisation sur ce thème**.
- ✓ **La pertinence des prestations (séjours et des modes de prises en charge) :** relative aux thématiques des campagnes nationales de mise sous accord préalable (MSAP) : chirurgie ambulatoire, SSR[2] et certaines prestations hospitalières s'appuyant sur un diagnostic régional basé sur les critères permettant d'identifier les établissements à inclure dans cette procédure.

[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.

- ✓ **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**

- ✓ **Les infirmiers en pratique avancée**

- ✓ 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 possible.** 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,

- 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**. Il s'agit d'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 et la valorisation en fin de vie. **Pour l'heure les réflexions débutent mais les plans d'action thématiques ont vocation à inclure progressivement cette dimension, l'année 2023 marquera la première étape de cet engagement.**

I LA PERTINENCE DES ACTES

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

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

1.1 Les critères de ciblage

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 élevé :**
  - 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.

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 consommants[3] de cet acte parmi les habitants de la zone géographique donnée, rapporté à la population domiciliée dans cette zone. Les taux de recours sont standardisés sur l'âge et le sexe pour tenir compte des effets de structure de la population. Ces données sont fournies annuellement par l'ATIH**.**

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

– le rapport entre le taux de recours standardisé départemental[4] 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.

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.

3 Patients hospitalisés pour la réalisation de cet acte

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

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

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

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

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

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

⇨ Concernant la méthode des quartiles :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.4 Les actes retenus

La combinaison de ces 2 approches a permis d'identifier 6 actes chirurgicaux prioritaires pour une action conjointe entre l'ARS et l'Assurance maladie. Par ailleurs, des campagnes d'accompagnement des établissements de santé seront poursuivies par l'Assurance maladie sur d'autres thématiques.

Le tableau présenté ci-après indique les 6 actes sélectionnés par la région Nouvelle-Aquitaine ; ils se répartissent en deux groupes :

GROUPE 1 Recours atypiquement élevé en région et /**ou actes chirurgicaux avec indicateurs de suivi des pratiques médicales atypiques** et référentiels de bonnes pratiques disponibles	*Thyroïdectomie *Amygdalectomie Extraction des dents de sagesse Hystérectomie Remplacement valvulaire aortique
GROUPE 2 Absence de recours atypiquement élevé en région Problématique de pertinence identifiée Référentiels de bonnes pratiques ou outils locaux disponibles	Angioplastie coronaire

*** Actes avec profils établissements**

1.1.5 Les actes retirés du PAPRAPS

☞ **La chirurgie du rachis** :

Les recommandations actuelles de l'HAS[5] concernent exclusivement la prise en charge des lombalgies chroniques dégénératives d'origine discogénique ou facettaire ou mixte excluant de ce fait la lombalgie non dégénérative (liée à une cause traumatique, tumorale, infectieuse, ou inflammatoire), les spondylolisthésis, le canal lombaire étroit et la lombalgie avec radiculalgie. Aussi les recommandations de l'HAS s'avèrent non adaptées aux actes les plus fréquemment rencontrés puisqu'elles les excluent. Ne disposant pas d'éléments suffisamment robustes pour agir sur cette thématique, elle est pour l'heure retirée du plan d'actions régional.

☞ **La ligamentoplastie du genou :**

Un seul établissement est concerné dans la région pour cet acte. En région, les fuites de patients vers cet établissement en raison de son niveau d'expertise rendent difficiles un programme d'action spécifique. Pour l'heure il est décidé de ne pas retenir cet acte dans le plan d'actions du PAPRAPS.

☞ **Les césariennes programmées à terme :**

Depuis près de 10 ans la Nouvelle–Aquitaine s'est montrée pro-active dans la prise en compte de cette thématique. En conséquence, il n'existe pas d'atypie régionale ressortant au sujet des césariennes programmées à terme, l'objectif régional étant de demeurer dans cette dynamique vertueuse. Les échanges avec les acteurs de ce champ confirment, que pour l'instant, il ne s'agit pas d'un thème requérant d'autres travaux.

☞ Les actes suivants sont retirés du PAPRAPS au motif qu'un seul département régional présente une atypie de sur-recours ; la variabilité des territoires ressortant en atypie lors des ciblages annuels atteste de l'aspect conjoncturel de ces résultats. Les thématiques concernées sont les séjours afférents **aux aérateurs transtympaniques, les interventions transurétrales ou par voie transcutanée et la lithotritie extracorporelle**.

1.1.6 Les thématiques ajoutées

☞ Le **choix de l'acte** qui fera l'objet d'une contractualisation : travaux en cours afin d'aboutir à une contractualisation sur ce thème au 1er janvier 2024.

☞ En lien avec le recours aux actes d'imagerie (plus particulièrement d'IRM) et de thrombolyse : rédaction d'une **feuille de route régionale sur la filière AVC** (en lien avec le département offre de soins de l'ARS) et le registre Oba2 (Cf. supra).

[5] Recommandations en date de novembre 2015 « lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie »

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

Afin d'atteindre l'objectif de réduction des variations de pratiques au sein des territoires, les actions menées s'appuient sur différents moyens, outils et indicateurs présentés dans le tableau suivant :

	Dénomination	Définition
Moyens	**Dialogue avec les chirurgiens**	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 : - 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. 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.
	Campagne nationale de l'assurance maladie	L'assurance maladie met en place chaque année des campagnes nationales sur des thématiques qui peuvent être sélectionnées dans le PAPRAPS. Selon les cas, ces campagnes peuvent associer des échanges confraternels (entre prescripteur et praticien conseil), la diffusion de référentiels, des réunions spécifiques…
Outils	**Contractualisation tripartite**	La mise en œuvre du PAPRAPS peut s'appuyer sur un contrat tripartite entre l'établissement, l'ARS et l'assurance maladie. Cette contractualisation est réalisée via le CAQES ; celle-ci concernera pour le : ✓ volet pertinence des prescriptions : les examens pré anesthésiques ; ✓ volet pertinence des parcours : l'insuffisance cardiaque ; ✓ volet pertinence des actes : acte à définir en région en 2023 pour une contractualisation à compter du 1er janvier 2024
	Mise sous accord préalable (MSAP)	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 : - 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**	Cf point 1.1.3 explicitant la méthodologie suivie : L'approche liée aux indicateurs d'atypies de pratiques médicales
	Indicateur « de parcours »	Le parcours arrêté dans ce programme concerne les insuffisants cardiaques. L'indicateur prend en compte le différentiel entre les années n et n-1 des dépenses liées aux réhospitalisations des patients ayant déjà été hospitalisés pour un premier épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque dans l'établissement ciblé

1.3 Les thématiques avec recours significativement élevé en région et référentiels nationaux disponibles

1.3.1 Les thyroïdectomies

1.3.1.1 Le diagnostic

Historique

Sur la base des taux de recours atypiquement élevés constatés en 2014 dans les territoires des Deux-Sèvres et de la Vienne, des dialogues avec les chirurgiens ont été réalisés.

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

Suite à ces dialogues, le suivi des EPP et l'évolution des taux de recours dans ces départements permettront de mieux appréhender les points de rupture identifiés par chaque équipe de chirurgiens.

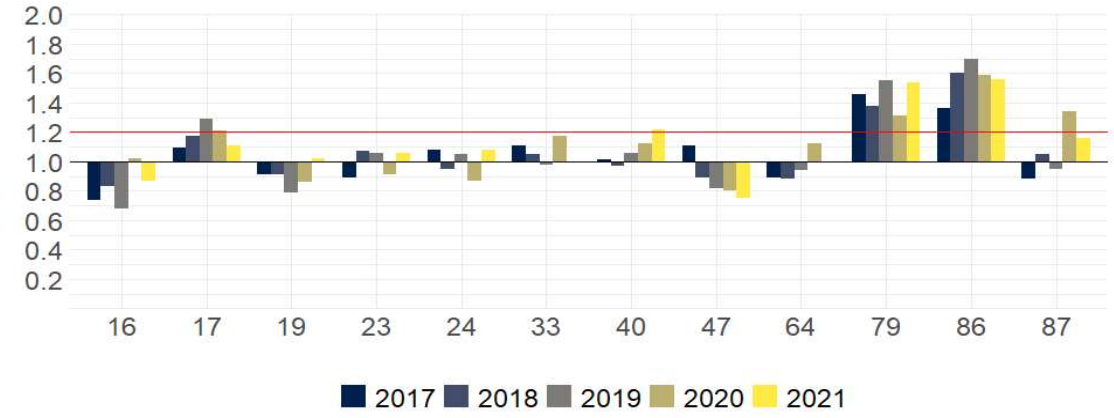
L'année 2022 a permis de poursuivre les investigations des sur-recours constatés dans certains départements de la région et de réaliser les premières analyses exploratoires.

A/ Analyse des taux de recours à l'acte

3 485 séjours ont été réalisés en 2021 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 2017/2021 :

Thyroidectomie
Evolution de l'indice national par département en Nouvelle-Aquitaine. 2017-2021



Données PMSI - Source ATIH

ANNEE	CHARENTE	CHARENTE-MARITIME	CORRÈZE	CREUSE	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	DEUX-SÈVRES	VIENNE	HAUTE-VIENNE
2017	0.74	1.09	0.91	0.89	1.08	1.11	1.01	1.11	0.89	1.46	1.36	0.88
2018	0.83	1.17	0.91	1.07	0.95	1.05	0.97	0.89	0.88	1.38	1.60	1.05
2019	0.68	1.29	0.79	1.06	1.05	0.98	1.06	0.82	0.94	1.55	1.70	0.95
2020	1.02	1.21	0.86	0.91	0.87	1.17	1.12	0.80	1.12	1.31	1.59	1.34
2021	0.87	1.11	1.02	1.06	1.08	0.99	1.22	0.75	0.99	1.54	1.56	1.16

Territoires ciblés

Le département de la Vienne, présente toujours un indice national élevé et se situe encore au 1er rang des départements français. Il est donc retenu par les critères de ciblage.

On relève la persistance du taux de recours atypiquement élevé dans le département des Deux-Sèvres depuis 2014 et sa position France entière le place désormais à la 2ème position des départements français.

Enfin, le département des Landes se positionne au 15ème rang des départements nationaux présentant les recours les plus élevés.

THYROIDECTOMIE			
Département	*IN 2021*	*Nb séjours 2021*	*Classement*
VIENNE	1.56	346	1
DEUX-SÈVRES	1.54	300	2
LANDES	1.22	280	15

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) et cette tendance se poursuit en 2021 avec une diminution de 117 séjours. L'indice régional pour cet acte se situe à 1,09.

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

Par ailleurs, la nouvelle Aquitaine présente un taux d'incidence élevé de cancer de la thyroïde (registre des cancers)[6].

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 thyroïde[7].

Territoires ciblés	Calendrier
40 Landes	2023 - 2024 – 2025 - 2026
79 Deux-Sèvres	2022 - 2023 - 2024 – 2025 - 2026
86 Vienne	2022 - 2023 - 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 1.1.3. la méthodologie de ciblage des établissements .

- **Les indicateurs d'atypies de pratiques[8] 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. 10) :

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

7 Recommandations de l'HAS du 28 septembre 2021

8 Source CNAM

- Indicateur 1 : Part des patients opérés pour nodule thyroïdien non toxique ayant eu une cyto ponction 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.

1.3.1.2 Ciblage des ES

Ainsi, **neuf établissements situés dans les** Deux-Sèvres, dans la Vienne et dans les Landes sont concernés par la mise en œuvre d'actions présentées dans le paragraphe suivant.

1.3.1.3 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 un courrier d'information à l'attention des praticiens des établissements en atypie.

Actions	Calendrier
Poursuivre les investigations afin d'affiner les causes de ce sur-recours	2022-2023
Poursuivre l'accompagnement des établissements ARS/AM auprès des chirurgiens des établissements ciblés au sein des départements ayant un taux de recours atypiquement élevé (79 :Deux-Sèvres ; 86 : Vienne ; 40 : Landes) en tenant compte des EPP déjà réalisées le cas échéant	2024-2025-2026
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 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° quartile)

1.3.2 Les amygdalectomies

1.3.2.1 Le diagnostic

Contexte

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

Devant l'existence d'un taux de recours atypiquement élevé dans les départements de Charente-Maritime, Gironde et Pyrénées-Atlantiques, 8 dialogues ont été réalisés dans ces territoires en 2017. Le département de la Vienne ciblé sur les données de 2016 a fait l'objet de dialogues en 2018. En 2019 un dialogue de gestion a été réalisé auprès d'un établissement situé dans le département de la Haute-Vienne.

Au cours de ces dialogues, les facteurs cités comme potentiellement responsables des taux de recours plus élevés ont été :

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

Suite à ces dialogues, la mise en œuvre d'une EPP a été contractualisée au sein de chaque établissement via le CAQES – volet additionnel pertinence des actes. Toutefois, si les taux de recours en 2018 et 2019 dans ces départements ont été sensiblement améliorés ils demeurent au-dessus des critères de seuils à l'exception de la Vienne dont les résultats lui permettent de sortir du ciblage.

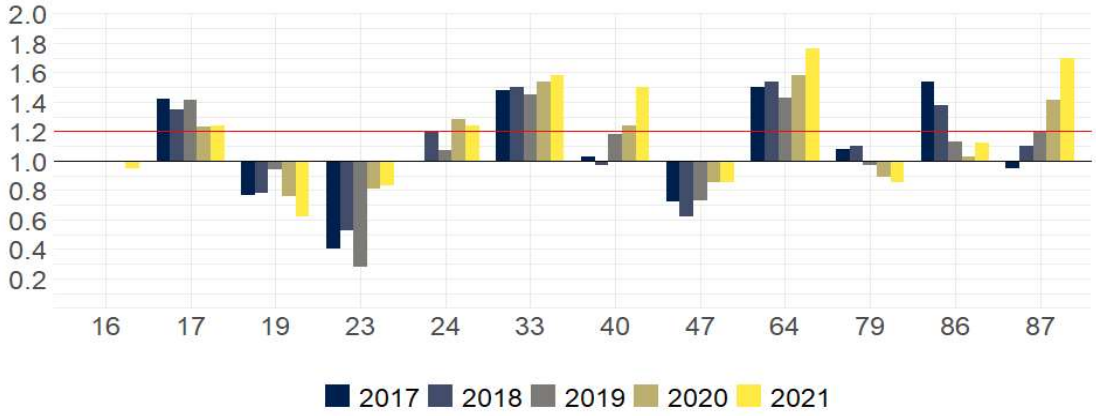
Ainsi, le suivi de la variation des taux de recours au regard des données 2019 montrent une diminution importante des taux de recours dans les 3 départements initialement ciblés depuis 2015 (Charente-Maritime, Gironde et Pyrénées-Atlantiques) ; ils restent cependant encore élevés comme en attestent les données présentées ci-après.

A/ Analyse des taux de recours à l'acte

4 704 séjours ont été réalisés en 2021 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 2017/2021 :

Amygdalectomie
Evolution de l'indice national par département en Nouvelle-Aquitaine. 2017-2021



Données PMSI - Source ATIH

ANNEE	CHARENTE	CHARENTE-MARITIME	CORRÈZE	CREUSE	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	DEUX-SÈVRES	VIENNE	HAUTE-VIENNE
2017	0.99	1.42	0.77	0.40	1.00	1.48	1.03	0.72	1.50	1.08	1.54	0.95
2018	1.00	1.35	0.78	0.53	1.20	1.50	0.97	0.62	1.54	1.10	1.38	1.10
2019	1.00	1.41	0.94	0.28	1.07	1.45	1.18	0.73	1.43	0.97	1.13	1.20
2020	0.99	1.23	0.76	0.81	1.28	1.54	1.24	0.85	1.58	0.89	1.03	1.41
2021	0.95	1.24	0.62	0.83	1.24	1.58	1.50	0.85	1.76	0.85	1.12	1.70

Le suivi de la variation du volume d'actes au niveau régional démontre toujours une tendance favorable : **le volume d'actes a diminué de près de 5% entre 2015 et 2019 au niveau régional** (5 924 actes en 2015 contre 5 650 en 2019) **après avoir connu deux années en très forte croissance (2016 et 2017) ; la tendance à la baisse amorcée en 2018 et 2019** se confirme en 2021 avec près de 1 000 séjours de moins qu'en 2019. Néanmoins la région présente un indice national de 1,34.

Territoires ciblés

Les données 2021 montrent que les départements de la Pyrénées-Atlantiques, de la Haute-Vienne, de la Gironde et des Landes présentent un recours atypiquement élevé et se positionnent dans les 9 premiers départements français ; 2 départements entrent dans ce classement il s'agit des Landes et de la Haute-Vienne.

AMYGDALECTOMIE			
Département	*IN 2021*	*Nb séjours 2021*	*Classement*
PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	1.76	686	1
HAUTE-VIENNE	1.70	363	3
GIRONDE	1.58	1638	6
LANDES	1.50	347	9

Territoires ciblés	Calendrier
40 Landes	2023 - 2024 – 2025 - 2026
33 Gironde	2022 - 2023 - 2024 – 2025 - 2026
64 Pyrénées Atlantiques	2022 - 2023 - 2024 – 2025 - 2026
87 Haute-Vienne	2023 - 2024 – 2025 - 2026

B/ Analyse des indicateurs d'atypie de pratique médicale

- **Les Indicateurs d'atypies de pratiques pour cet acte**

Le choix et le mode de calcul des 5 indicateurs retenus ont été validés par la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie (SFORL) et les établissements sont ciblés à partir la méthode des seuils laquelle repère les établissements ayant une position atypique sur un ou plusieurs indicateurs, mais ne renseigne pas sur le comportement global de l'établissement. (cf. p.10) :

- Indicateur 1 : Evolution du nombre d'amygdalectomies chez le patient de moins de 18 ans sur les 3 dernières années
- Indicateur 2 : Part des patients de moins 6 ans opérés pour amygdalectomie
- Indicateur 3 : Part des patients de moins 6 ans opérés pour amygdalectomie pour trouble obstructif
- Indicateur 4. Part des patients de moins de 18 ans ayant été traités par antibiotiques dans les 3 années précédentes.
- Indicateur 5 : Part des patients de moins de 18 ans ayant eu une consultation médicale dans l'année précédente.

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

L'analyse du ciblage France entière révèle que seul 1 établissement de la région est possiblement ciblé en tenant compte des profils Assurance maladie.

1.3.2.2 Le ciblage des établissements

Ainsi à l'issue des travaux réunissant les deux méthodes de ciblage précitées, 10 établissements sont concernés par la mise en œuvre d'actions présentées dans le paragraphe suivant :

1.3.2.3 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Poursuivre l'accompagnement des établissements ARS/AM auprès des chirurgiens des établissements ciblés au sein du département ayant un taux de recours atypiquement élevé (40 Landes ; 33 Gironde ; 64 : Pyrénées Atlantiques ; 87 Haute-Vienne) en tenant compte des EPP déjà réalisées	Durée du programme
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 l'amygdalectomie dans les départements avec taux de recours atypiquement élevé et le taux de recours national	Diminution de l'écart
Amélioration des indicateurs d'atypie du profil	Etablissement en segment A ou B

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

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

1.3.3.1 Le diagnostic

Historique

En région ex-Aquitaine, au regard du taux de recours à l'extraction des 4 dents de sagesse le plus élevé de France (en 2013 : 2,74 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.

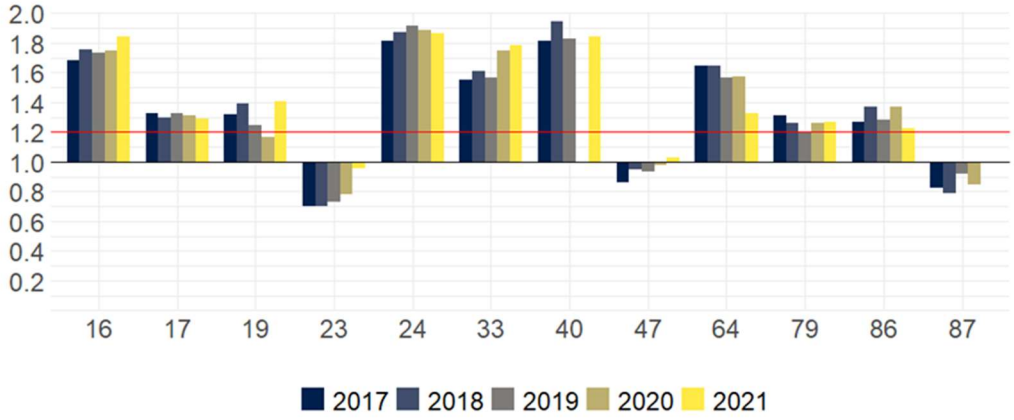
Recours à l'acte

23 042 séjours réalisés en 2021 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 2017/2021**

Extraction des 4 dents de sagesse
Evolution de l'indice national par département en Nouvelle-Aquitaine. 2017-2021



Données PMSI - Source ATIH

ANNEE	CHARENTE	CHARENTE-MARITIME	CORRÈZE	CREUSE	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	DEUX-SÈVRES	VIENNE	HAUTE-VIENNE
2017	1.6784	1.3257	1.3195	0.6992	1.8126	1.5520	1.8160	0.8621	1.6492	1.3123	1.2698	0.8235
2018	1.7575	1.2942	1.3900	0.7014	1.8721	1.6098	1.9436	0.9453	1.6450	1.2570	1.3693	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	2.0099	0.9796	1.5758	1.2640	1.3705	0.8435
2021	1.8427	1.2869	1.4028	0.9555	1.8624	1.7825	1.8413	1.0281	1.3285	1.2646	1.2246	0.9919

Territoires ciblés :

Au regard des données 2021, 4 départements présentent un recours atypiquement élevé, avec un indice national supérieur à 1,70 et font partie des 15% des départements français ayant le plus fort taux de recours : la Dordogne, la Charente, les Landes et la Gironde connaissent toujours une atypie sur ces séjours.

EXTRACTION DES 4 DENTS DE SAGESSE

Département	*IN 2021*	*Nb séjours 2021*	*Classement*
DORDOGNE	**1.86**	**1639**	**3**
CHARENTE	**1.84**	**1532**	**4**
LANDES	**1.84**	**1732**	**5**
GIRONDE	**1.78**	**8415**	**6**

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

1.3.3.2 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Organiser une rencontre test avec un établissement du département de la Dordogne avant de la généraliser	2022
Etudier le lien entre l'extraction des 4 dents de sagesse et le traitement d'orthodontie	2022-2023
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

1.3.4 L'Hystérectomie

Cette thématique a précédemment été inscrite au PAPRAPS en raison d'un taux de recours atypiquement élevé constaté en ex-région Limousin.

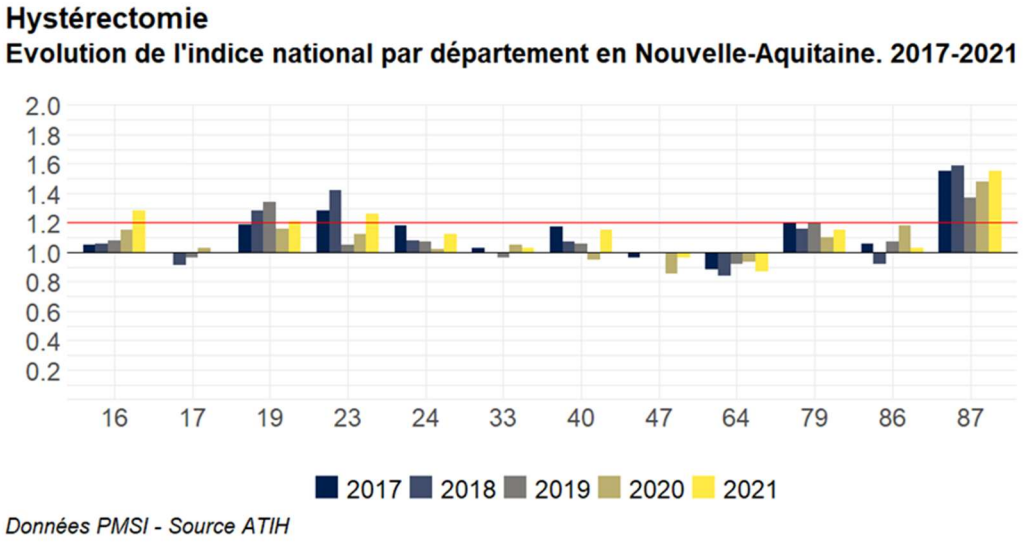
Il existe des recommandations HAS pour cette chirurgie.

Des explorations complémentaires sont envisagées en 2023/2024.

1.3.4.1 Le diagnostic

Le volume régional est en légère baisse (5 619 séjours). Ce taux de recours régional demeure légèrement supérieur au taux de recours national (IN à 1,09).

Le graphique suivant présente les résultats régionaux : quatre départements affichent un taux de recours supérieur à 20% de l'indice de recours national et se classent parmi les 15 premiers départements français :



ANNEE	CHARENTE	CHARENTE-MARITIME	CORRÈZE	CREUSE	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	DEUX-SÈVRES	VIENNE	HAUTE-VIENNE
2017	1.05	1.00	1.19	1.28	1.18	1.03	1.17	0.96	0.88	1.20	1.06	1.55
2018	1.06	0.91	1.28	1.42	1.08	0.99	1.07	0.99	0.84	1.16	0.92	1.59
2019	1.08	0.96	1.34	1.05	1.07	0.96	1.06	1.00	0.92	1.20	1.07	1.37
2020	1.15	1.03	1.16	1.12	1.02	1.05	0.95	0.85	0.93	1.10	1.18	1.48
2021	1.28	1.00	1.21	1.26	1.12	1.03	1.15	0.96	0.87	1.15	1.03	1.55

Territoires ciblés :

Quatre territoires présentent des taux de recours atypiques, la Haute-Vienne et la Corrèze demeurent ciblés ainsi que la Charente et la Creuse comme en atteste les résultats présentés ci-après :

HYSTÉRECTOMIE			
Département	*IN 2021*	*Nb séjours 2021*	*Classement*
HAUTE-VIENNE	1.55	493	1
CHARENTE	1.28	385	8
CREUSE	1.26	134	9
CORRÈZE	1.21	254	12

Territoires ciblés	Calendrier
16 Charente	2023-2024-2025-2026
19 Corrèze	2022-2023-2024-2025-2026
23 Creuse	2023-2024-2025-2026
87 Haute-Vienne	2022-2023-2024-2025-2026

1.3.4.2 Les établissements ciblés

Pour mémoire, la méthode de ciblage des établissements dans les départements ressortant en atypie est présentée dans le point *1.1.3. la méthodologie de ciblage des établissements*.

Ainsi, à l'issue du ciblage, **trois** établissements sont concernés par la mise en œuvre d'un plan d'actions dont la présentation est faite dans le point suivant.

1.3.4.3 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Phase 1 - Exploration des thématiques sur la base : ✓ Des données disponibles ✓ De travaux à mener par l'ARS et l'AM ✓ D'échanges internes avec des experts et des établissements en région	**2022-2023**
Phase 2 – Dialogues de pertinence avec les chirurgiens des établissements ciblés : ✓ Animés par un binôme médical ARS/Assurance maladie dans les établissements ciblés au sein des départements au recours atypiquement élevé	**2024**
Phase 3 – Mise en œuvre d'une revue de pertinence par les chirurgiens au sein des établissements ciblés : ✓ **Suivi des variations des taux de recours des départements par l'ARS**	**2025-2026**

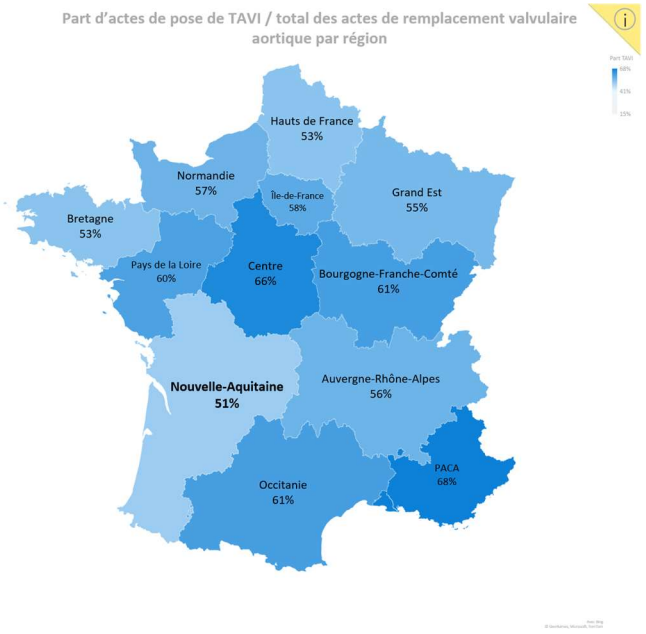
1.3.5 La chirurgie de la valve aortique

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

Cette thématique doit en outre être mise en perspective avec le remplacement de la valve aortique par voie percutanée (TAVI). En janvier 2023, l'HAS a publié une note de cadrage relative aux critères d'éligibilité des centres implantant des TAVIs[9]

Les TAVIs[10] sont un dispositif médical implantable soumis aux dispositions de l'article L.1151-1 du CSP[11] 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. 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 pluridisciplinaire[12] dont le compte-rendu est inséré dans le dossier médical du patient » jusqu'au 31/12/2023.

Les données comparatives 2021 concernant la région NA et France entière, attestent d'un retard régional dans le recours au TAVI même si une tendance à la hausse est constatée.
Le taux relatif aux actes de pose de TAVI sur l'ensemble des actes de poses de TAVI et de chirurgie de remplacement valvulaire aortique en France est de 58%, la Nouvelle-Aquitaine représente 12 % des actes de chirurgie de remplacement valvulaire aortique en France et 9 % des actes de pose de TAVI en France.



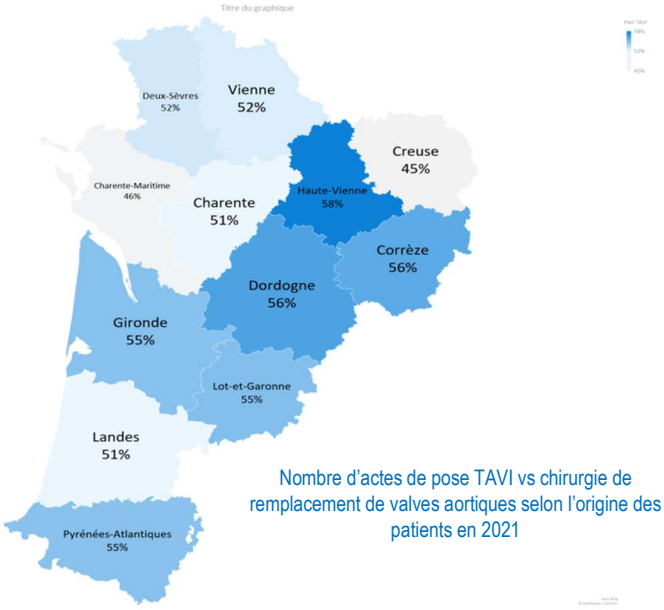
Source : données OMEDIT

[9] HAS : note de cadrage relative aux critères d'éligibilité des centres implantant des TAVIs, validé par le collège, 4 janvier 2023

[10] TAVI : Transcatheter Aortic Valve Implantation ou bioprothèses valvulaires transcutanées aortiques

[11] Article L1151-1 du CSP

[12] RCP obligatoire réunissant anesthésiste, cardiologue interventionnel et chirurgien cardiaque



Nombre d'actes de pose TAVI vs chirurgie de remplacement de valves aortiques selon l'origine des patients en 2021

Le taux relatif aux actes de pose de TAVI sur l'ensemble des actes de poses de TAVI et de chirurgie de remplacement valvulaire aortique pour les patients résidant en Nouvelle-Aquitaine est de 53 %.

On relève que la part de TAVI semble très inférieure à la moyenne nationale et régionale pour les patients de Charente-Maritime et de Creuse

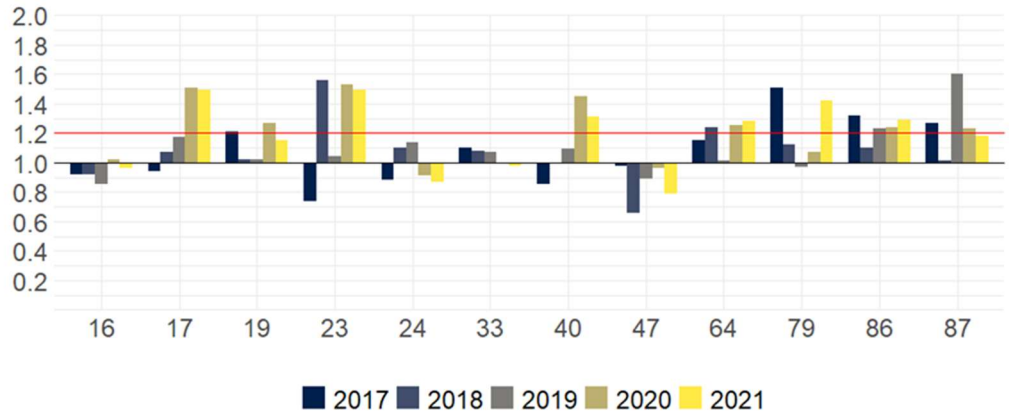
Un groupe de travail régional en lien avec l'OMEDIT a permis de réaliser un diagnostic de la pratique de pose en région et de voir que cette indication de pose évoluait vers les patients âgés d'au moins 65 ans à bas risque de pose. La note de cadrage de l'HAS de janvier 2023 précitée, a pour objet au cours de l'année à venir, d'évaluer si les critères d'encadrement actuels nécessitent ou non d'être révisés, de définir et tester des indicateurs (pertinence, qualité…) spécifiques à la pose des TAVIs et de suivre les centres implanteurs pour améliorer la prise en compte de la qualité des soins.

1.3.5.1 Le diagnostic

Le volume régional est de 929 séjours en 2021.

Le taux de recours régional est légèrement supérieur au taux de recours national (IN à 1,16). 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. 2017-2021



Données PMSI - Source ATIH

ANNEE	CHARENTE	CHARENTE-MARITIME	CORRÈZE	CREUSE	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	DEUX-SÈVRES	VIENNE	HAUTE-VIENNE
2017	0.92	0.94	1.21	0.74	0.88	1.10	0.85	0.98	1.15	1.51	1.32	1.27
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	0.89	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	0.96	1.49	1.15	1.49	0.87	0.98	1.31	0.79	1.28	1.42	1.29	1.18

Territoires ciblés :

Les départements de Charente-Maritime et de la Creuse affichent un taux de recours atypique pour cet acte, les positionnant respectivement au 13ème et 14ème rang parmi les départements français les plus requérants comme en atteste le tableau ci-après :

CHIRURGIE DE LA VALVE AORTIQUE			
Département	*IN 2021*	*Nb séjours 2021*	*Classement*
CHARENTE-MARITIME	1.49	132	13
CREUSE	1.49	26	14

Territoires ciblés	Calendrier
17 Charente-Maritime	2023-2024-2025-2026
23 Creuse	2023-2024-2025-2026

1.3.5.2 Les établissements ciblés

Pour mémoire, la méthode de ciblage des établissements dans les départements ressortant en atypie est présentée dans le point *1.1.3. la méthodologie de ciblage des établissements* .

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.

1.3.5.3 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Phase 1 - Exploration des thématiques sur la base :	**2022-2023**
✓ Des données disponibles ✓ De travaux à mener par l'ARS, l'OMEDIT et l'AM ✓ Groupes de pairs avec les quatre centres experts de la région	
Phase 2 – Dialogues de pertinence avec les chirurgiens des établissements ciblés :	**2024**
✓ Animés par un binôme médical ARS/Assurance maladie dans les établissements ciblés au sein des départements au recours atypiquement élevé	
Phase 3 – Mise en œuvre d'une revue de pertinence par les chirurgiens au sein des établissements ciblés :	**2025-2026**
✓ Suivi des variations des taux de recours des départements par l'ARS	

1.4 La thématique sans recours significativement élevé en région, avec problématique de pertinence identifiée et référentiels de bonnes pratiques ou outils locaux disponibles

1.4.1 Les angioplasties coronaires (patients stables)

1.4.1.1 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 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.

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.

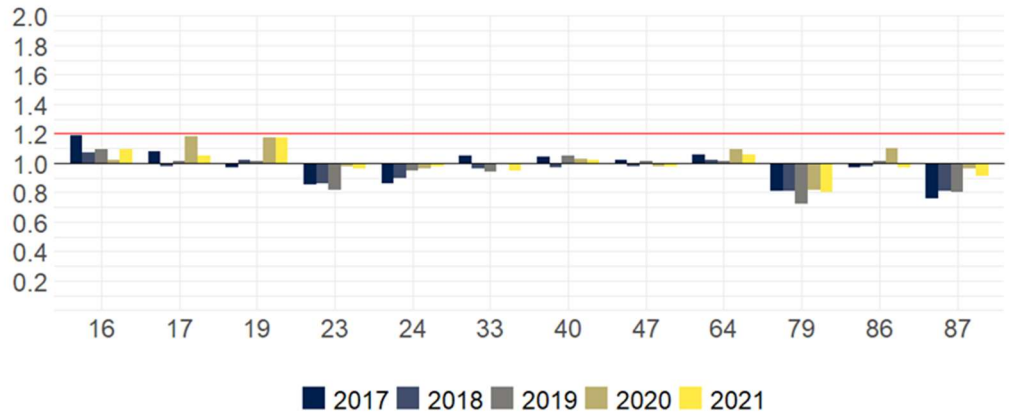
Un projet de développement et de validation d'indicateurs de qualité du parcours des patients victimes de syndrome coronarien chronique (SCC), soumis par l'équipe d'ACIRA a récemment été primé à l'appel à manifestation d'intérêt Coopération ATIH – Universités – Organismes de recherche. Ce projet a pour 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). Avec ce projet qui démarrera en 2022, le registre ACIRA concourt à l'effort national de production de nouveaux indicateurs de pertinence de parcours, à partir des bases du PMSI et du SNDS.

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 19 463 en 2021). 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 0,99) 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. 2017-2021



Données PMSI - Source ATIH

ANNEE	CHARENTE	CHARENTE-MARITIME	CORRÈZE	CREUSE	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	DEUX-SÈVRES	VIENNE	HAUTE-VIENNE
2017	1.19	1.08	0.97	0.85	0.86	1.05	1.04	1.02	1.06	0.81	0.97	0.76
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	1.09	0.82	1.10	0.96
2021	1.09	1.05	1.17	0.96	0.98	0.95	1.02	0.98	1.06	0.80	0.97	0.91

Territoires ciblés :

Territoires ciblés	Calendrier
24 Dordogne	**2022-2023**
33 Gironde	**2022-2023**
40 Landes	**2022-2023**
47 Lot-et-Garonne	**2022-2023**
64 Pyrénées Atlantiques	**2022-2023**

1.4.1.2 Les établissements ciblés

Pour mémoire, la méthode de ciblage des établissements dans les départements ressortant en atypie est présentée dans le point 1.1.3. la méthodologie de ciblage des établissements .

Cette dernière n'a pas relevé d'établissements en atypie néanmoins des actions sont proposées dans les établissements pratiquant des angioplasties des départements précités afin d'améliorer leur recours et suivi.

1.4.1.3 La déclinaison opérationnelle

Actions	Calendrier
Mettre en œuvre les **engagements contractuels** des centres d'angioplastie sur les territoires de santé ciblés en 2015	Réalisés en 2016
Suivre l'évolution des **taux de ré-hospitalisation par établissement pour les syndromes coronariens chroniques** entre 2013 et 2019	2021-2022
Poursuivre l'étude menée par l'équipe du registre ACIRA 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	2022-2023
Définir et appliquer une **stratégie de communication** des indicateurs de pertinence développés par ACIRA pour les cardiologues interventionnels et assurer un suivi des pratiques	2019-2022
Développement et validation de **nouveaux indicateurs de pertinence des parcours post-hospitalier (projet « ATIH »)**	2022-2024

Indicateur(s) de parcours	Résultat attendu
Indicateur de pertinence 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 coroscanner positif	

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
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 (indicateur à définir)	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 »)	

Ces indicateurs de résultats seront précisés et actualisés lors des révisions annuelles du PAPRAPS.

1.5 Les thématiques retirées du PAPRAPS

1.5.1 Les poses d'aérateurs transtympaniques (ATT)

1.5.1.1 Le diagnostic

Contexte

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

Devant l'existence d'un taux de recours atypiquement élevé dans le département de la Vienne, deux dialogues ont été réalisés dans ce territoire en 2019.

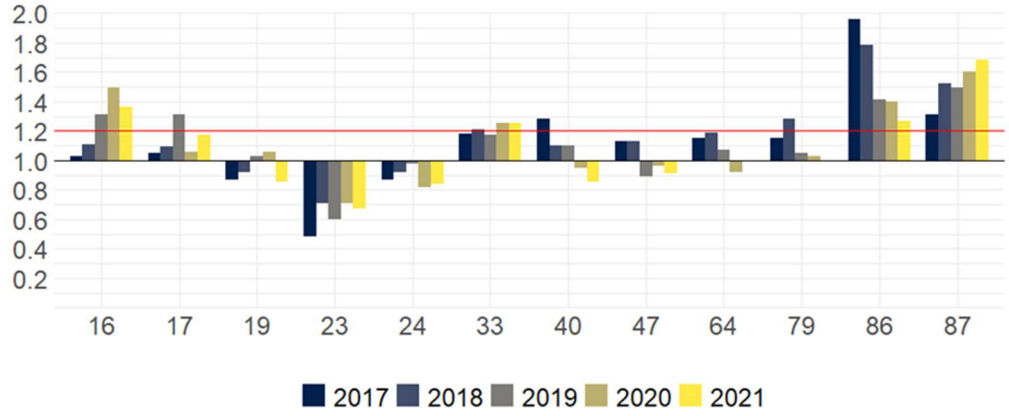
Suite à ces rencontres, la mise en œuvre d'une EPP, visant à lutter contre les points de rupture identifiés par chaque équipe de chirurgiens, a été contractualisée au sein du CAQES – volet additionnel pertinence des actes.

A/ Analyse des taux de recours à l'acte

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 2017/2021 :

➢ **Pose d'aérateur transtympanique (moins de 10 ans)**

Pose d'aérateur transtympanique (moins de 10 ans)
Evolution de l'indice national par département en Nouvelle-Aquitaine. 2017-2021



Données PMSI - Source ATIH

ANNEE	CHARENTE	CHARENTE-MARITIME	CORRÈZE	CREUSE	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	DEUX-SÈVRES	VIENNE	HAUTE-VIENNE
2017	1.03	1.05	0.87	0.48	0.87	1.18	1.28	1.13	1.15	1.15	1.96	1.31
2018	1.11	1.09	0.92	0.71	0.92	1.21	1.10	1.13	1.19	1.28	1.78	1.52
2019	1.31	1.31	1.03	0.60	0.98	1.17	1.10	0.89	1.07	1.05	1.41	1.49
2020	1.49	1.06	1.06	0.71	0.82	1.25	0.95	0.96	0.92	1.03	1.40	1.60
2021	1.36	1.17	0.85	0.67	0.84	1.25	0.85	0.91	0.99	0.99	1.27	1.68

Le territoire ciblé :

On retrouve le département de la Haute-Vienne pour la pose de drains transtympaniques des moins de 10 ans à un niveau moindre au niveau national en atypie.

POSE D'AERATEUR TRANSTYMPANIQUE (MOINS DE 10 ANS)			
Département	*IN 2021*	*Nb séjours 2021*	*Classement*
HAUTE-VIENNE	1.68	249	8

Au regard du constat précité mettant en évidence une atypie de sur-recours dans un seul département de la région cet acte est donc retiré du PAPRAPS en cours.

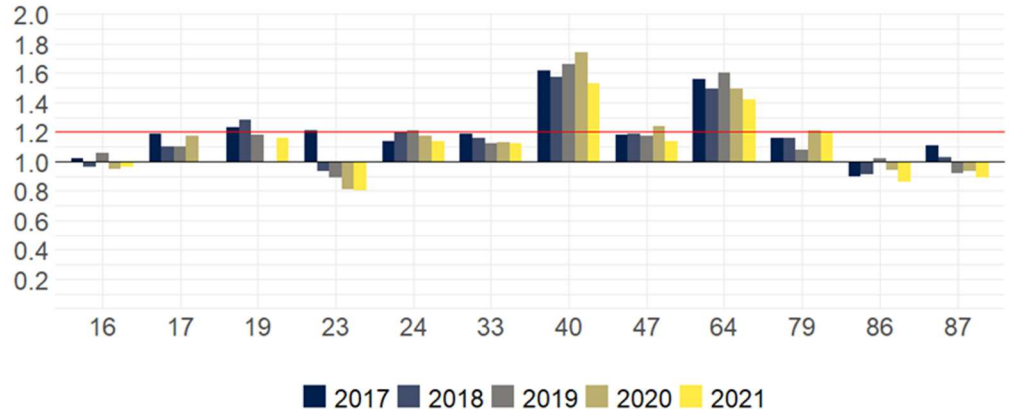
1.5.2 La ligamentoplastie du genou

La région se distingue par un volume de séjours afférents à la ligamentoplastie du genou conséquent portant son taux de recours régional supérieur au taux de recours national lequel s'élève à 1,18.

Il existe des recommandations HAS depuis 2008 sur la prise en charge des lésions isolées du ligament croisé antérieur.

Le graphique ci-après présente les résultats par départements : deux d'entre eux affichent des critères de seuils supérieurs au taux de recours national et se classent parmi les quinze premiers départements de France.

Ligamentoplastie du genou
Evolution de l'indice national par département en Nouvelle-Aquitaine. 2017-2021



Données PMSI - Source ATIH

ANNEE	CHARENTE	CHARENTE-MARITIME	CORRÈZE	CREUSE	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	DEUX-SÈVRES	VIENNE	HAUTE-VIENNE
2017	1.02	1.19	1.23	1.21	1.14	1.19	1.62	1.18	1.56	1.16	0.90	1.11
2018	0.96	1.10	1.28	0.93	1.20	1.16	1.57	1.19	1.49	1.16	0.91	1.03
2019	1.06	1.10	1.18	0.89	1.21	1.12	1.66	1.17	1.60	1.08	1.02	0.92
2020	0.95	1.17	1.00	0.81	1.17	1.13	1.74	1.24	1.49	1.21	0.94	0.93
2021	0.96	1.00	1.16	0.80	1.14	1.12	1.53	1.14	1.42	1.20	0.86	0.89

LIGAMENTOPLASTIE DU GENOU

Département	IN 2021	Nb séjours 2021	Classement
LANDES	**1.53**	**316**	**9**
PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	**1.42**	**522**	**11**

En réalité un seul établissement de la région hors de ces départements en atypie est concerné pour cet acte. En effet, on constate une forte attractivité vers cet établissement en raison de son expertise. Ceci rend difficile la mise en œuvre d'un programme d'actions spécifique. Pour l'heure il est décidé de ne pas retenir cet acte dans le plan d'actions du PAPRAPS.

1.5.3 Interventions transurétrales ou par voie transcutanée (ITU) et lithotritie extracorporelle (LEC)

Les interventions transurétrales et la lithotritie extracorporelle présentant des problématiques connexes. Elles sont traitées dans un même chapitre.

Il existe des recommandations de l'HAS pour les pathologies lithiasiques depuis 2017.

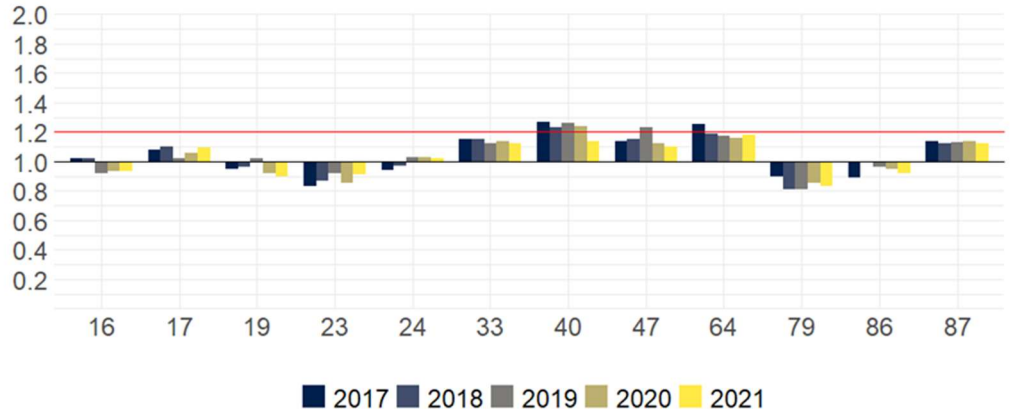
1.5.3.1 Les Interventions transurétrales ou par voie transcutanée

1.5.3.1.1 Le diagnostic

D'un point de vue méthodologique, les GHM retenus par l'ATIH pour les ITU comprennent les ITU pour lithiases et les ITU pour pathologies non lithiasiques. Les ITU pour lithiase représente 50% des ITU

La région se distingue par un volume de séjours en hausse de près 1000 séjours par rapport aux données 2019 (26 284). Le taux de recours régional est supérieur au taux de recours national (IN à 1,06). Néanmoins, aucun département régional affiche un taux de recours > de 20% au taux de recours national comme le montre le graphique suivant.

Interventions transurétrales ou par voie transcutanée
Evolution de l'indice national par département en Nouvelle-Aquitaine. 2017-2021



Données PMSI - Source ATIH

ANNEE	CHARENTE	CHARENTE-MARITIME	CORRÈZE	CREUSE	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	DEUX-SÈVRES	VIENNE	HAUTE-VIENNE
2017	1.02	1.08	0.95	0.83	0.94	1.15	1.27	1.14	1.25	0.90	0.89	1.14
2018	1.02	1.10	0.96	0.87	0.97	1.15	1.23	1.15	1.19	0.81	1.00	1.12
2019	0.92	1.02	1.02	0.92	1.03	1.12	1.26	1.23	1.17	0.81	0.96	1.13
2020	0.93	1.06	0.92	0.85	1.03	1.14	1.24	1.12	1.16	0.85	0.95	1.14
2021	0.93	1.09	0.90	0.91	1.02	1.12	1.14	1.10	1.18	0.83	0.92	1.12

Au regard de l'absence d'atypie de sur-recours dans les départements de la région, cet acte est donc retiré du PAPRAPS en cours.

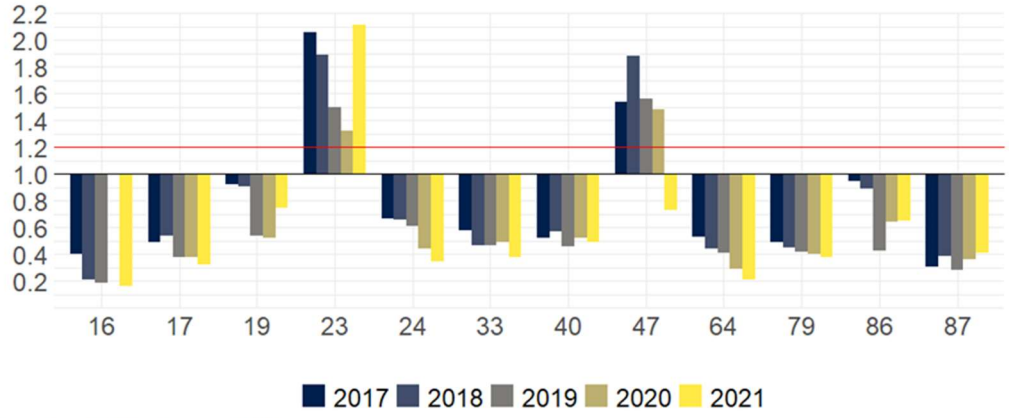
1.5.3.2 La Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire

1.5.3.2.1 Le diagnostic

Il ressort des données ATIH 20121 que le volume régional pour cet acte est faible et en baisse depuis 2019 de 600 séjours (930 séjours). Le taux de recours régional s'avère toujours inférieur au taux de recours national (IN à 0,44). Toutefois un département présente un taux de recours > de 20% au taux de recours national et se classe parmi les 15 premiers départements.

Le graphique suivant présente ces résultats 2017/2021 :

Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire
Evolution de l'indice national par département en Nouvelle-Aquitaine. 2017-2021



Données PMSI - Source ATIH

ANNEE	CHARENTE	CHARENTE-MARITIME	CORRÈZE	CREUSE	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	DEUX-SÈVRES	VIENNE	HAUTE-VIENNE
2017	0.40	0.49	0.92	2.06	0.67	0.58	0.52	1.54	0.53	0.49	0.95	0.31
2018	0.21	0.54	0.91	1.89	0.66	0.47	0.57	1.88	0.44	0.45	0.89	0.39
2019	0.19	0.38	0.54	1.50	0.61	0.47	0.46	1.56	0.41	0.42	0.43	0.28
2020		0.38	0.52	1.32	0.44	0.49	0.52	1.48	0.29	0.40	0.64	0.36
2021	0.16	0.32	0.75	2.11	0.35	0.38	0.49	0.73	0.21	0.38	0.65	0.41

Territoire ciblé :

Selon le graphique présenté ci-après seul le département de la Creuse présente une atypie de sur-recours significative qui classe ce territoire parmi les 15 premiers départements français pour ce séjour.

LITHOTRITIE EXTRACORPORELLE DE L'APPAREIL URINAIRE

Département	*IN 2021*	*Nb séjours 2021*	*Classement*
CREUSE	**2.11**	**96**	**11**

Au regard du constat précité mettant en évidence une atypie de sur-recours dans un seul département de la région cet acte est donc retiré du PAPRAPS en cours.

1.5.4 La chirurgie du rachis

La chirurgie du rachis est une thématique inscrite depuis de nombreuses années dans le PAPRAPS.

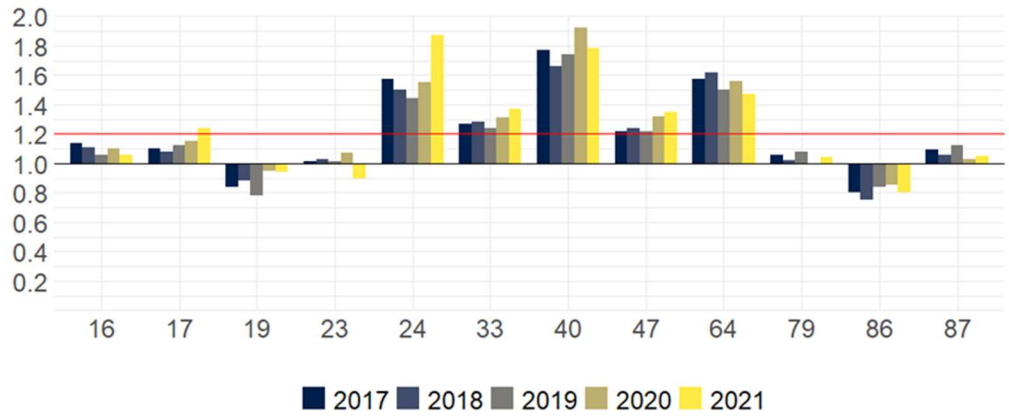
Le volume régional de séjours demeure élevé (12 877 séjours).

Néanmoins les recommandations actuelles de l'HAS[13] concernent exclusivement la prise en charge des lombalgies chroniques dégénératives d'origine discogénique ou facettaire ou mixte excluant de ce fait la lombalgie non dégénérative (liée à une cause traumatique, tumorale, infectieuse, ou inflammatoire), les spondylolisthésis, le canal lombaire étroit et la lombalgie avec radiculalgie.

1.5.4.1 Le diagnostic

Le taux de recours régional est supérieur au taux de recours national (IN à 1,22) ; ainsi 5 départements présentent un taux de recours > de 20% au taux de recours national (24, 33, 40, 47, 64) dont 3 parmi les 15 premiers départements (24, 40 et 64)

Chirurgie du rachis
Evolution de l'indice national par département en Nouvelle-Aquitaine. 2017-2021



Données PMSI - Source ATIH

ANNEE	CHARENTE	CHARENTE-MARITIME	CORRÈZE	CREUSE	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	DEUX-SÈVRES	VIENNE	HAUTE-VIENNE
2017	1.14	1.10	0.84	1.01	1.57	1.27	1.77	1.22	1.57	1.06	0.80	1.09
2018	1.11	1.08	0.88	1.03	1.50	1.28	1.66	1.24	1.62	1.02	0.75	1.06
2019	1.06	1.12	0.78	1.01	1.44	1.24	1.74	1.22	1.50	1.08	0.84	1.12
2020	1.10	1.15	0.95	1.07	1.55	1.31	1.92	1.32	1.56	1.00	0.85	1.03
2021	1.06	1.24	0.94	0.90	1.87	1.37	1.78	1.35	1.47	1.04	0.80	1.05

CHIRURGIE DU RACHIS

Département	*IN 2021*	*Nb séjours 2021*	*Classement*
DORDOGNE	1.87	1328	1
LANDES	1.78	1257	2
PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	1.47	1683	4
GIRONDE	1.37	3441	9
LOT-ET-GARONNE	1.35	756	10

[13] Recommandations en date de novembre 2015 « lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie »

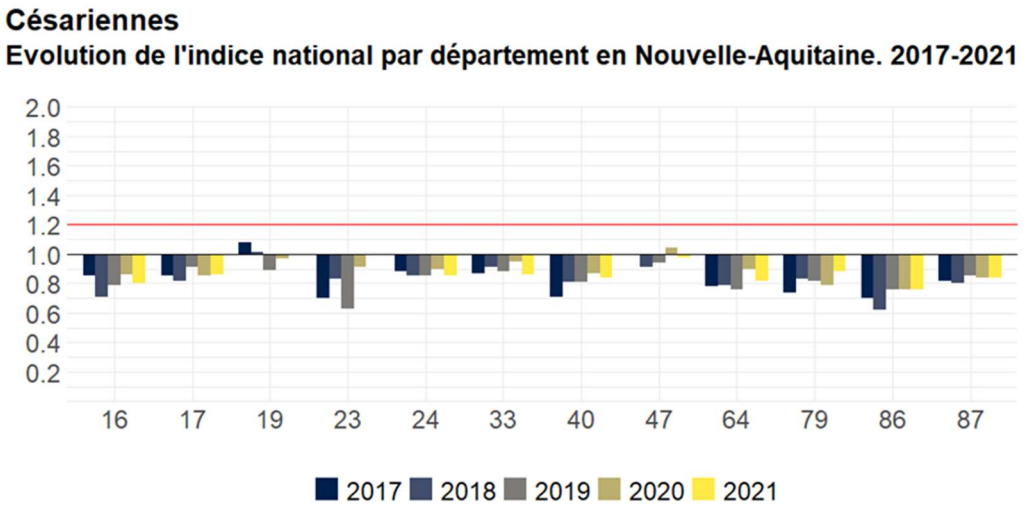
Les recommandations actuelles de l'HAS[14] concernent exclusivement la prise en charge des lombalgies chroniques dégénératives d'origine discogénique ou facettaire ou mixte excluant de ce fait la lombalgie non dégénérative (liée à une cause traumatique, tumorale, infectieuse, ou inflammatoire), les spondylolisthésis, le canal lombaire étroit et la lombalgie avec radiculalgie. Aussi les recommandations de l'HAS s'avèrent non adaptées aux actes les plus fréquemment rencontrées puisqu'elles les excluent.

Ne disposant pas d'éléments suffisamment robustes pour agir sur cette thématique, elle est pour l'heure retirée du plan d'actions régional.

1.5.5 Les césariennes programmées à terme

1.5.5.1 Le diagnostic

Les données 2021 présentées dans le graphique ci-après ne montrent aucune atypie de recours sur cette thématique :



Données PMSI - Source ATIH

ANNEE	CHARENTE	CHARENTE-MARITIME	CORRÈZE	CREUSE	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	DEUX-SÈVRES	VIENNE	HAUTE-VIENNE
2017	0.85	0.85	1.08	0.70	0.88	0.87	0.71	0.99	0.78	0.74	0.70	0.82
2018	0.71	0.82	1.01	0.83	0.85	0.91	0.81	0.91	0.79	0.83	0.62	0.80
2019	0.79	0.91	0.89	0.63	0.85	0.88	0.81	0.94	0.76	0.82	0.76	0.85
2020	0.86	0.85	0.97	0.91	0.90	0.95	0.87	1.04	0.90	0.79	0.76	0.84
2021	0.80	0.86	1.00	1.00	0.85	0.86	0.84	0.98	0.82	0.88	0.76	0.84

Depuis près de 10 ans la Nouvelle–Aquitaine s'est montrée pro-active dans la prise en compte de cette thématique. En conséquence, il n'existe pas d'atypie régionale ressortant au sujet des césariennes programmées à terme, l'objectif régional étant de demeurer dans cette dynamique vertueuse. Les échanges avec les acteurs de ce champ confirment, que pour l'instant, il ne s'agit pas d'un thème requérant d'autres travaux.

1.5.6 Le pontage coronaire

Cette thématique dispose de recommandations de l'HAS : guide du parcours de soins maladie coronaire stable (2016) et de l'ESC Recommandations de la Société européenne de cardiologie sur la revascularisation myocardique (2019)

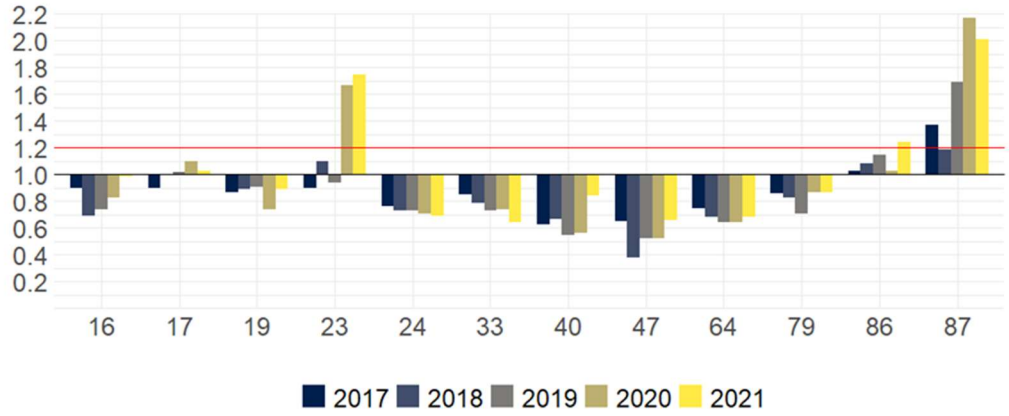
[14] Recommandations en date de novembre 2015 « lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie »

1.5.6.1 Le diagnostic

L'analyse des données ATIH 2021 met en évidence un volume régional conséquent de séjours mais stable (1 624). Cependant le taux de recours régional est toujours inférieur au taux de recours national (IN à 0,91).

Toutefois comme le montre le graphique suivant deux départements présentent un taux de recours > de 20% au taux de recours national et se situent parmi les 15 premiers départements français ; on retrouve la Haute-Vienne déjà ciblée en 2022 sur la base des données ATIH 2019.

Pontage coronaire
Evolution de l'indice national par département en Nouvelle-Aquitaine. 2017-2021



Données PMSI - Source ATIH

ANNEE	CHARENTE	CHARENTE-MARITIME	CORRÈZE	CREUSE	DORDOGNE	GIRONDE	LANDES	LOT-ET-GARONNE	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	DEUX-SÈVRES	VIENNE	HAUTE-VIENNE
2017	0.90	0.90	0.87	0.90	0.76	0.85	0.63	0.65	0.75	0.86	1.03	1.37
2018	0.69	1.00	0.89	1.10	0.73	0.79	0.67	0.38	0.68	0.83	1.08	1.19
2019	0.74	1.02	0.91	0.94	0.73	0.73	0.55	0.52	0.64	0.71	1.15	1.69
2020	0.83	1.10	0.74	1.67	0.71	0.74	0.56	0.52	0.64	0.87	1.03	2.17
2021	0.99	1.03	0.89	1.75	0.69	0.64	0.84	0.66	0.68	0.87	1.24	2.01

Territoires ciblés

Les départements de Haute-Vienne et de la Creuse affichent un taux de recours atypique pour cet acte les positionnant respectivement au 2ème et 4ème rang parmi les départements français les plus requérant comme le montre le tableau ci-après :

PONTAGE CORONAIRE			
Département	*IN 2021*	*Nb séjours 2021*	*Classement*
HAUTE-VIENNE	2.01	223	2
CREUSE	1.75	73	4

Au demeurant à l'issue du ciblage, un seul établissement en Haute-Vienne serait concerné par la mise en œuvre d'un plan d'actions relatif au pontage coronaire car il prend en charge les patients de la Creuse de manière très substantielle. En conséquence il est proposé pour l'heure de retirer cet acte du PAPRAPS.

II. LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS

1 La pertinence des prescriptions de transports

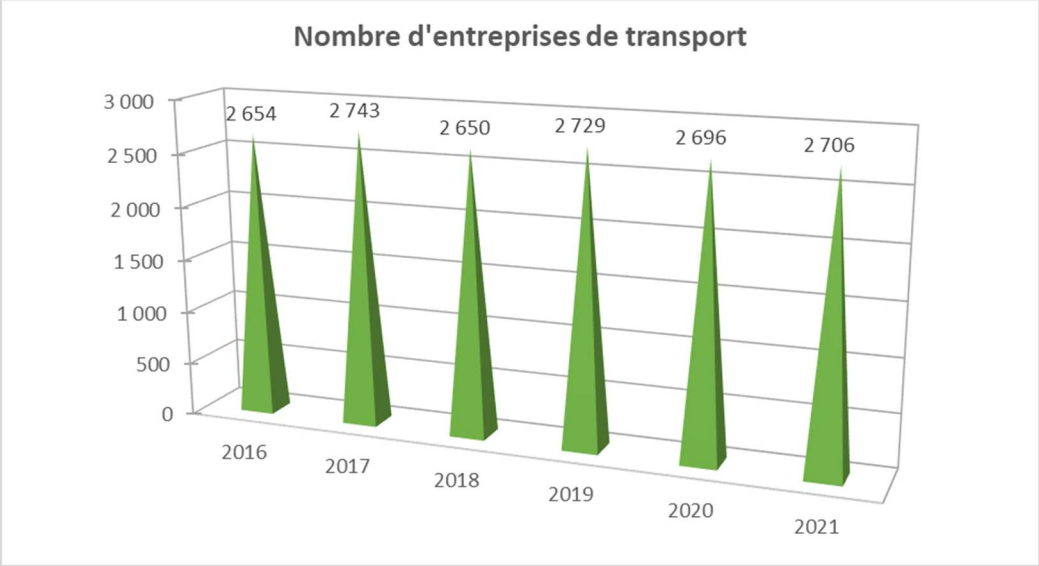
La priorité est d'évaluer, à chaque prescription, la nécessité du besoin médical de la prescription du transport et de veiller à mettre en cohérence le mode de transport prescrit avec l'état de santé du patient. Il s'agit de répondre aux besoins de transports induits par les nouveaux modes de prise en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

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

1.1 Le diagnostic régional

1.1.1 L'évolution de l'offre de transport sanitaire en Nouvelle-Aquitaine

Les données présentées dans le graphique qui suit, résultent de la localisation géographique des entreprises de transports réalisée chaque année par l'INSEE à partir de l'extraction des adresses présentes dans le Fichier National des Professionnels de Santé (FNPS). Seules les entreprises de transport ayant réalisé au moins un acte au cours de l'année précédente sont dénombrées.



Source : Portail SNDS – Elaboration CNAM/INSEE – données au 1er janvier de l'année

1.1.2 La décomposition des dépenses en région Nouvelle-Aquitaine pour l'année 2022

1.1.2.1 Evolution des dépenses en montants remboursés

Le tableau présenté ci-dessous détaille les montants et quantités remboursés par l'Assurance Maladie par type de transports, leur part dans l'ensemble des transports et leur évolution par rapport à l'année 2021 :

Données de la période : 01/01/2022 - 31/12/2022 **Ensemble des prescripteurs**
Evolution calculée par rapport à la période : 01/01/2021 - 31/12/2021

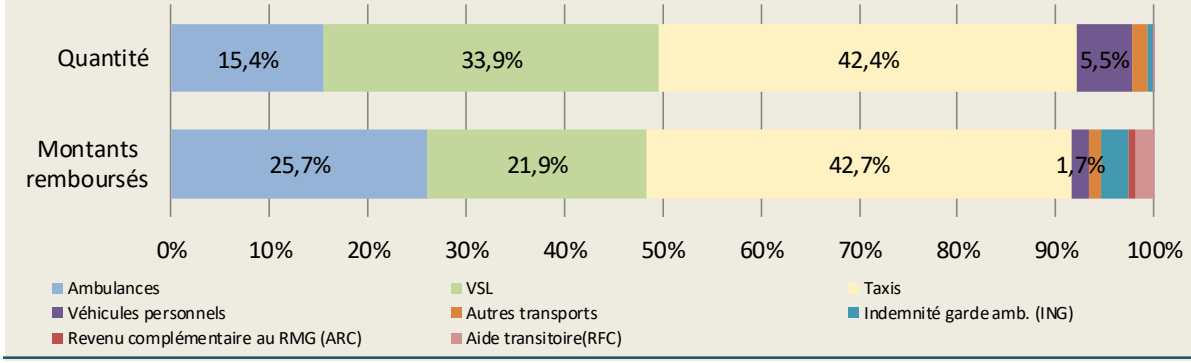
	Montants remboursés	Part	Evolution	Quantité	Part	Evolution
Ensemble des transports (yc. ING, ARC, RFC et art. 80)	426 972 163	*100,0%*	*+5,9%*	7 027 900	*100,0%*	*+3,1%*
Ambulances	109 771 785	*25,7%*	*+5,0%*	1 084 781	*15,4%*	*+2,1%*
VSL	93 319 895	*21,9%*	*+4,8%*	2 382 250	*33,9%*	*+3,6%*
Taxis	182 375 349	*42,7%*	*+7,2%*	2 976 640	*42,4%*	*+2,2%*
Véhicules personnels	7 437 309	*1,7%*	*+8,0%*	389 314	*5,5%*	*+9,7%*
Autres transports	4 755 605	*1,1%*	*+31,9%*	111 361	*1,6%*	*+27,6%*
Indemnité garde amb. (ING)	*12 363 033*	*2,9%*	*-27,9%*	*38 999*	*0,6%*	*-28,0%*
Revenu complémentaire au RMG (ARC)	*2 241 257*	*0,5%*		*217*	*0,0%*	
Aide transitoire(RFC)	*8 301 748*	*1,9%*	*+56,1%*	*3 557*	*0,1%*	*+32,4%*
Article 80 (facturation des suppléments)	*6 406 183*	*1,5%*	*-1,3%*	*40 781*	*0,6%*	*-5,4%*

Source : ERASME régional, régime général hors SLM

Les dépenses de transports de l'Assurance Maladie ont augmenté de +5,9% entre 2021 et 2022. Le poids des différents types de transports est stable par rapport à 2021, que ce soit en montants ou en quantités remboursés.

Le graphique ci-dessous présente la répartition des montants et quantités remboursés par type de transports en 2022 :

Graphique - répartition des montants remboursés et quantités par type de transports (yc. ING, ARC et RFC)



Source : ERASME régional, régime général hors SLM

Les taxis représentent 43% des dépenses de transports en montants remboursés. La part de l'ambulance est plus faible (26%) mais est élevée au regard de son poids dans les quantités remboursées (15%).

1.1.2.2 Evolution des dépenses liées aux transports sanitaires urgents

Données de la période : 01/01/2022 - 31/12/2022 **Ensemble des prescripteurs**
Evolution calculée par rapport à la période : 01/01/2021 - 31/12/2021

Transports sanitaires urgents	Montants remboursés	Part	Evolution	Quantité	Part	Evolution
Ensemble des transports (yc. ING et ARC)	28 235 318	100,0%	+2,3%	192 797	100,0%	-2,0%
Ambulances de garde (ABG/AFG)	2 998 378	10,6%	-27,1%	51 842	26,9%	-30,1%
Ambulances avec sup. urgence (ABA + U)	4 540 374	16,1%	-28,2%	48 536	25,2%	-28,9%
Intervention durant la garde (AIG)	5 209 166	18,4%		45 337	23,5%	
Intervention hors garde (AHG)	783 134	2,8%		6 719	3,5%	
Sorties blanches (ASB)	99 976	0,4%	+835,4%	1 364	0,7%	+834,2%
Indemnité garde amb. (ING)	12 363 033	43,8%	-27,9%	38 999	20,2%	-28,0%
Revenu complémentaire au RMG (ARC)	2 241 257	7,9%		217	0,1%	

Source : ERASME régional, régime général hors SLM

Les nouvelles modalités de rémunération prévues par l'avenant 10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés ont été mises en œuvre progressivement à partir du 1er juillet 2022 en fonction de la mise en œuvre dans les départements de la nouvelle organisation de la garde ambulancière.

En 2022, les transports sanitaires urgents représentent 7% des montants remboursés pour l'ensemble des transports et leur poids est stable par rapport à 2021.

1.1.2.3 Evolution des dépenses par type de prescripteurs

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

Données de la période : 01/01/2022 - 31/12/2022 **Ensemble des prescripteurs**
Evolution calculée par rapport à la période : 01/01/2021 - 31/12/2021

Prescripteurs (hors ING, ARC, RFC et art. 80)	Montants remboursés	Part	Evolution	Quantité	Part	Evolution
Généralistes libéraux	84 695 296	21,3%	+0,5%	1 845 443	26,6%	+0,4%
Spécialistes libéraux	55 293 649	13,9%	+1,7%	978 242	14,1%	-1,2%
Etablissements	256 401 730	64,5%	+9,3%	4 097 238	59,0%	+6,0%

Montants remboursés (bruts + évolution)	Ambulance		VSL		Taxi	
Généralistes libéraux	27 307 691	-5,2%	23 054 234	2,3%	31 785 491	+3,9%
Spécialistes libéraux	11 351 633	-2,2%	15 283 507	-0,4%	26 951 332	+4,2%
Etablissements	70 692 730	+10,8%	54 771 731	7,4%	123 269 342	+8,8%

Source : ERASME régional, régime général hors SLM

Les montant remboursés sur prescription des établissements augmentent de +10,8% par rapport à 2021 alors que les montants remboursés sur prescription des généralistes et spécialistes libéraux n'augmentent respectivement que de +0,5% et +1,7%.

La part des établissements dans les prescriptions de transports a augmenté d'1,6 point par rapport à 2021 et s'élève à 64,5% en 2022. Cette augmentation concerne tous les types de transports et notamment l'ambulance.

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

1.1.3 Analyse comparative des départements de la Nouvelle-Aquitaine sur l'année 2022

1.1.3.1 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. Les dépenses de PHEV de transports augmentent dans tous les départements et leur évolution varie de +5,6% dans la Vienne à +13,9% dans les Pyrénées-Atlantiques.

Données de la période : 01/01/2022 - 31/12/2022 **Prescripteurs Etablissements**
Evolution calculée par rapport à la période : 01/01/2021 - 31/12/2021

Départements (hors ING, ARC, RFC et art. 80)	Montants remboursés	*Part*	*Evolution*	*Contribution à l'évolution**
16- Charente	16 453 623	*6%*	*+8,2%*	*+5,7%*
17- Charente-Maritime	30 326 629	*12%*	*+10,3%*	*+12,9%*
19- Corrèze	14 652 015	*6%*	*+11,3%*	*+6,8%*
23- Creuse	10 603 643	*4%*	*+6,4%*	*+2,9%*
24- Dordogne	23 349 363	*9%*	*+11,6%*	*+11,1%*
33- Gironde	53 949 230	*21%*	*+7,3%*	*+16,8%*
40- Landes	18 697 201	*7%*	*+7,5%*	*+5,9%*
47- Lot-et-Garonne	16 640 797	*6%*	*+12,7%*	*+8,5%*
64- Pyrénées-Atlantiques	23 080 413	*9%*	*+13,9%*	*+12,9%*
79- Deux-Sèvres	17 872 763	*7%*	*+9,6%*	*+7,1%*
86- Vienne	15 804 290	*6%*	*+5,6%*	*+3,8%*
87- Haute-Vienne	14 971 762	*6%*	*+8,7%*	*+5,5%*
Nouvelle-Aquitaine	256 401 730	*100%*	*+9,3%*	*+100,0%*

** La contribution à l'évolution se définit comme la part que représente l'évolution des montants remboursés du département dans l'évolution des montants remboursés de la région.*

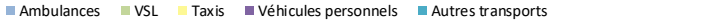
Source : ERASME régional, régime général hors SLM

1.1.3.2 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 selon le mode de transport par département. Cette répartition est variable selon les départements. La part de l'ambulance (hors ING, ARC, RFC et article 80), qui s'élève à 28% en Nouvelle-Aquitaine, varie par exemple de 15% dans la Creuse à 33% dans les Pyrénées-Atlantiques.

Données de la période : 01/01/2022 - 31/12/2022 **Prescripteurs Etablissements**
Evolution calculée par rapport à la période : 01/01/2021 - 31/12/2021

Départements (hors ING, ARC, RFC et art. 80)	… selon le département	Répartition des montants remboursés… ….selon le type de transports dans le département
16- Charente	6,4%	25% 31% 42% 2%
17- Charente-Maritime	11,8%	27% 29% 42% 2%
19- Corrèze	5,7%	21% 19% 58% 2%
23- Creuse	4,1%	16% 13% 70% 1%
24- Dordogne	9,1%	23% 24% 51% 2%
33- Gironde	21,0%	39% 13% 42% 1% 5%
40- Landes	7,3%	23% 18% 57% 2%
47- Lot-et-Garonne	6,5%	29% 23% 45% 2% 1%
64- Pyrénées-Atlantiques	9,0%	33% 16% 48% 2%
79- Deux-Sèvres	7,0%	15% 28% 54% 2%
86- Vienne	6,2%	23% 32% 43% 2%
87- Haute-Vienne	5,8%	30% 21% 48% 1%
Nouvelle-Aquitaine	**100,0%**	28% 21% 48% 2% 1%



Source : ERASME régional, régime général hors SLM

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, identifiés dans la feuille de route CPAM/ARS, 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'efficience des soins (CAQES) applicables depuis le 1er 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.

1.2.1 Les objectifs régionaux des nouveaux CAQES

1.2.1.1 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.

1.2.1.2 L'indicateur régional

L'objectif régional a été défini en complémentarité de la priorité définie 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 ** Le nombre de venues est comptabilisé en nombre de jours-patients*

1.2.1.3 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 du premier semestre 2022 (S1 2022) :

Indicateurs régionaux	**Médiane régionale 2019**	***Médiane régionale 2021***	***Médiane régionale S1 2022***
Taux de recours aux transports professionnalisés pour **Séjours**	**21,6%**	*23,8%*	*23,5%*
Taux de recours aux transports professionnalisés pour **Séances de chimiothérapie pour affection tumorale ou radiothérapie**	**62,5%**	*65,8%*	*63,1%*
Taux de recours aux transports professionnalisés pour **Actes et Consultations Externes (ACE)**	**4,3%**	*4,8%*	*4,8%*

1.2.1.4 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.

1.2.2 L'utilisation de la plateforme régionale de commande de 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 inefficientes en matière de gestion des 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 1er semestre 2023. En parallèle, l'Agence régionale de santé et l'Assurance maladie ont lancé les travaux d'évaluation du projet qui se poursuivront cette année. 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 avant la fin de l'année 2023.

2 La pertinence des prescriptions de produits de santé (médicaments, produits et prestations)

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

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 des bons usages 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 des Soins (CAQES) faisant l'objet d'un suivi renforcé et d'un accompagnement des établissements de santé (ES) concernés.

Par ailleurs, les priorités régionales s'inscrivent en complémentarité des expérimentations nationales « article 51 » sur les produits de santé notamment celles relatives à l'accompagnement des patients sous chimiothérapie orale à domicile. Ces actions auront 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, dans la continuité des travaux PAPRAPS d'ores et déjà menés. Pour rappel 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, médico-social et la Ville.

Enfin, toutes les actions ont vocation à s'inscrire en cohérence avec la démarche de développement durable. Les principaux leviers en sont la lutte contre le gaspillage et la prévention de la surconsommation des produits de santé, mais également l'incitation à une démarche d'« achat responsable » de produits de santé avec la volonté d'impliquer et de sensibiliser les patients et les usagers.

2.2 Le diagnostic régional et les actions menées

2.2.1 L'évolution du diagnostic régional

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

Quand les données sont disponibles, sont présentées les trois années 2019, 2020 et 2021.

Les données de l'année 2020 sont en effet 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, ainsi que des enjeux identifiés notamment sur certaines classes thérapeutiques à risque et/ou enjeu de pertinence. Ces prescriptions permettent d'investiguer sur les pratiques émanant de l'hôpital et leur impact en ville lors de la sortie du patient ou dans le cadre de consultations externes.

Aussi, 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 2021, avec un montant de 746 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 + 13,4 % par rapport à 2020. En prenant en compte un périmètre constant entre 2020 et 2021 (neutralisation des nouveaux médicaments et des radiations), le montant remboursé s'élève à 720 millions d'euros en région, avec une évolution de + 9,6 % par rapport à l'année 2020.

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

	2021	2020	2019
Evolution des dépenses PHEV médicament hors molécules neutralisées	+ 9,6%	+ 5,6%	+ 2,1%
Evolution des dépenses PHEV médicament	+ 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 2021.

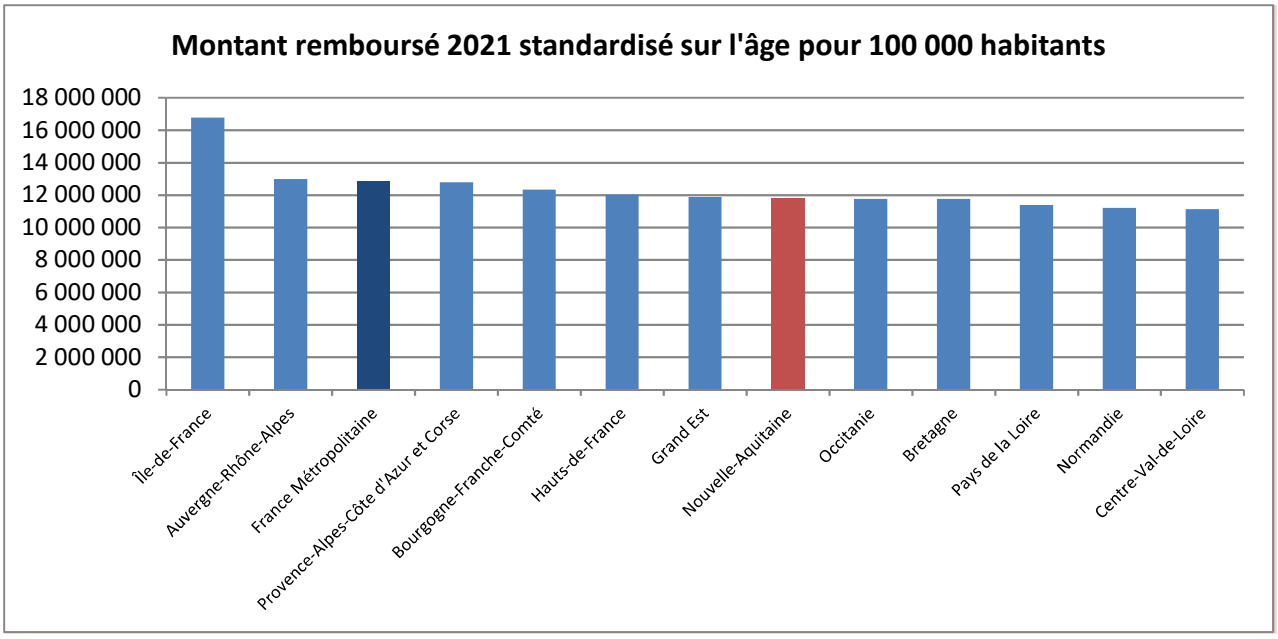
Il s'agit de recalculer le montant de remboursement en appliquant la répartition en âge de la patientèle nationale, et de rapporter à la population du territoire d'intérêt pour obtenir des montants remboursés standardisés pour 100 000 habitants.

Selon cet indicateur, la région Nouvelle-Aquitaine figure au 7ème rang national avec des remboursements s'élevant à près de 12 millions d'euros pour 100 000 habitants (rang inchangé par rapport à 2019) – **cf tableau 2 et figure 1.**

Tableau 2 : Remboursements PHEV médicaments standardisés et rapportés à la population en 2021, détail par région métropolitaine (ES publics et ESPIC)

Région	Montant remboursé 2021	Montant remboursé 2021 standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants
Île-de-France	1 896 276 105	16 777 783
Auvergne-Rhône-Alpes	1 042 903 866	12 990 630
France Métropolitaine	8 396 071 246	12 828 721
Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse	723 788 321	12 787 101
Bourgogne-Franche-Comté	360 095 696	12 322 344
Hauts-de-France	699 477 388	12 014 062
Grand Est	665 762 319	11 869 233
Nouvelle-Aquitaine	756 175 287	11 784 208
Occitanie	731 021 225	11 769 178
Bretagne	409 646 838	11 758 319
Pays de la Loire	439 005 601	11 381 972
Normandie	378 161 087	11 216 024
Centre-Val-de-Loire	293 757 513	11 119 176

Figure 1 : Remboursements PHEV médicaments standardisés et rapportés à la population en 2021, détail par région métropolitaine (ES publics et ESPIC)



Le tableau ci-dessous (**tableau 3**) montre les contributions importantes à la croissance 2021 de certains médicaments des classes "Antitussifs et autres produits de l'appareil respiratoires", "Traitement du cancer" et "Alzheimer", qui ont représenté, en 2021, près de 40 % de la croissance totale des PHMEV.

Tableau 3 : Contribution à l'évolution des dépenses PHEV des 5 médicaments en augmentation les plus importantes en Nouvelle-Aquitaine 2021 (extrait tableau de synthèse régional)

Pharmacie codée hors nouveautés/radiations = molécules associées à des montants remboursés en janvier-septembre 2019 et en 2020	**9,4**
ð 5 augmentations les plus importantes	**3,1**
- TAFAMIDIS (Alzheimer)	*1,0*
- IVACAFTOR (Antitussifs et autres produits de l'appareil respiratoire)	*0,7*
- IBRUTINIB (Traitement du cancer)	*0,6*
- VENETOCLAX (Traitement du cancer)	*0,4*
- DUPILUMAB (Dermatologie)	*0,4*

Plusieurs facteurs structurels expliquent ces évolutions importantes des prescriptions comme :

- l'arrivée de nouvelles molécules de la classe "Antitussifs et autres produits de l'appareil respiratoire"
- 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. Des 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. Ils visent également la sécurisation du parcours des patients notamment dans les points de transition.

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 + 9,3 % entre 2021 et 2020 (**tableau 4**) en région Nouvelle-Aquitaine (ES publics et ESPIC), pour un montant remboursé en 2021 de 197 millions d'euros. Cette évolution importante fait suite à une année 2020 atypique avec une évolution très faible (+ 0.1%) dans le contexte de crise sanitaire COVID.

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

	2021	2020	2019
TOTAL LPP	9,3%	0,1%	5,2%

On constate également une forte hausse sur l'évolution LPP en 2021. Les principales contributions à l'évolution de ces dépenses concernent les classes suivantes :

- Appareillage orthopédique externe : représente 11 % des dépenses et contribue à hauteur de 26 % à la croissance des produits et prestations (**tableau 5**). Les dépenses des prothèses du membre inférieur et de l'appareillage du tronc contribuent le plus à cette croissance.

- Appareil respiratoire (dont pression positive pour apnée du sommeil, oxygénothérapie) : représente 25% des dépenses et contribue à hauteur de 15 % à la croissance des produits et prestations.

- Appareil digestif et abdomen (dont nutrition entérale, poches et prestations) : représente 9 % des dépenses et contribue à hauteur de 12 % à la croissance des produits et prestations.

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

Contributions à la croissance des montants (en %)

Classes thérapeutiques	2021	2020	2019
APPAREIL RESPIRATOIRE	15	93	42
MÉTABOLISME	-2	321	21
MAINTIEN À DOMICILE	10	171	8
APPAREIL DIGESTIF ET ABDOMEN	12	-69	7
AIDES A LA VIE ET FAUTEUILS ROULANTS (VPH)	6	-125	6
Orthoprothèses		-56	5
ORGANES DES SENS ET SPHÈRE ORL	9	-132	4
Orthèses, petit appareillage		-107	4
APPAREIL GENITO-URINAIRE	5	-3	2
PROTHÈSES RÉPARATRICES À VISÉE ESTHÉTIQUE	1	7	1
NEUROLOGIE	1	-2	1
Appareils électroniques de surdité		13	1
APPAREILLAGE ORTHOPEDIQUE EXTERNE	26	-34	1
SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE	7	126	0
Appareil générateur aéorosol		-7	0
DERMATOLOGIE	10	-96	-1

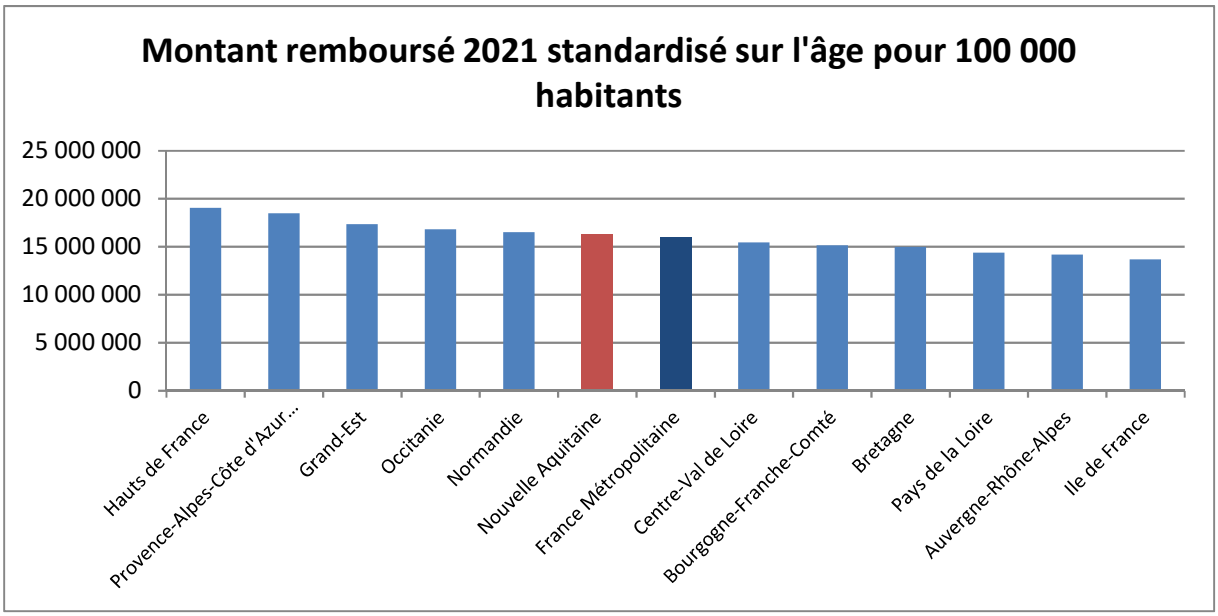
Le champ des médicaments remboursés en ville (hors PHEV)

Les montants remboursés standardisés, présentés dans le tableau 6, montrent que la région Nouvelle-Aquitaine figure au 6ème rang national (rang inchangé par rapport à 2019) avec des remboursements s'élevant à **16,3 millions d'euros** pour 100 000 habitants, pour une moyenne nationale à **16 millions d'euros** (ES publics et ESPIC).

Tableau 6 : Remboursements de médicaments en ville hors PHEV, standardisés et rapportés à la population en 2021, détail par région métropolitaine

Région	Montant remboursé 2021	Montant remboursé 2021 standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants
Hauts de France	1 093 219 463	19 055 511
Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse	1 067 103 561	18 477 644
Grand-Est	976 665 338	17 355 512
Occitanie	1 064 585 069	16 805 172
Normandie	566 997 178	16 526 422
Nouvelle Aquitaine	1 073 881 573	16 297 850
France Métropolitaine	10 416 729 331	15 916 172
Centre-Val de Loire	416 419 457	15 459 111
Bourgogne-Franche-Comté	451 291 248	15 132 594
Bretagne	534 591 550	14 968 255
Pays de la Loire	558 031 649	14 383 206
Auvergne-Rhône-Alpes	1 134 181 786	14 188 622
Ile de France	1 479 761 460	13 687 757

Figure 2 : Remboursements de médicaments en ville (hors PHEV), standardisés et rapportés à la population en 2021, détail par région métropolitaine



La nouvelle contractualisation tripartite CAQES a permis de renforcer le suivi des thématiques inscrites et explorées dans le volet prescriptions de produits de santé du PAPRAPS.

Ainsi deux indicateurs régionaux ont été élaborés :

- ⇨ L'Indicateur régional « Prévention de la iatrogénie et parcours ciblés : Douleur Chronique, Santé Mentale, Thérapies orales en cancérologie »
- ⇨ L'indicateur régional « Prévention de la iatrogénie et réduction des médicaments inappropriés chez la personne âgée »

Ces thématiques sont poursuivis, mais au même titre que le thème Prévention de l'antibiorésistance et bon usage des antibiotiques - intégré plus récemment dans le PAPRAPS, bénéficient de sources d'analyses complémentaires. En effet, les premiers constats réalisés par les experts ont été partagés largement en groupe de pairs et plus particulièrement les établissements de santé signataires du contrat, engagés sur ces thématiques, doivent désormais concourir à la pertinence des prescriptions et pourront également enrichir les analyses.

Chaque thématique sera bordée sous l'angle de la pertinence dans une cohérence globale de parcours de soins ville/hôpital.

2.2.2 Les prescriptions liées au traitement du cancer : Les thérapies orales

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

Comme le montrent les données de remboursement PHEV des médicaments du traitement du cancer, les anticancéreux sous forme orale ont continué leur progression en 2021, avec une évolution des montants remboursés de 12% entre 2020 et 2021 pour l'ensemble des ES publics et ESPIC de Nouvelle-Aquitaine soit un montant total de 217 509 236 millions d'euros en 2021. Le nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement par anticancéreux par voie orale est en augmentation de 2% entre 2020 et 2021.

Les 10 premiers médicaments anticancéreux par voie orale - en montant de dépenses en 2020 (**Tableau 7**), concernent principalement les médicaments de thérapie ciblée.

Tableau 7 : Palmarès des 10 premiers médicaments anticancéreux oraux en montant en PHEV en 2020 pour la région Nouvelle-Aquitaine (ES publics et ESPIC) - périmètre constant entre 2019 et 2020)

Classe ATC	Spécialité(s)	Montants 2020	Montants 2019	Evolution des montants
L01XE27-IBRUTINIB	IMBRUVICA®	27 918 896 €	22 991 396 €	+ 21,4 %
L01XE33-PALBOCICLIB	IBRANCE®	21 243 834 €	21 726 786 €	- 2,2 %
L01XE18-RUXOLITINIB	JAKAVI ®	13 976 252 €	12 641 657 €	+ 10,6 %
L01XE35-OSIMERTINIB	TAGRISSO®	13 448 060 €	4 023 936 €	+ 234,2 %
L02BX03-ABIRATERONE	ZYTIGA® et génériques	12 677 919 €	10 004 486 €	+ 26,7 %
L02BB04-ENZALUTAMIDE	XTANDI®	10 914 278 €	9 423 262 €	+ 15,8 %
L01XE01-IMATINIB	GLYVEC et génériques ®	6 379 707 €	6 261 275 €	+ 1,9 %
L01XX52-VENETOCLAX	VENCLYXTO®	6 112 105 €	3 860 449 €	+ 58,3%
L01XE26-CABOZANTINIB	CABOMETYX®	5 706 686 €	5 538 155 €	+ 3,0 %
L01XE25-TRAMETINIB	MEKINIST®	5 229 718 €	5 895 866 €	-11,3 %

Le diagnostic mené dans le cadre du précédent PAPRAPS avait permis d'identifier des axes de travaux régionaux, partagés lors de groupes de pairs régionaux de l'OMEDIT et lors des travaux menés sur les cancers (prostate, rein et cancers onco hématologiques). Des indicateurs d'observance ont été analysés.

Les principaux anticancéreux oraux utilisés pour le traitement de ces cancers identifiés ont connu une progression soutenue :

- Cancer de la prostate : abiratérone (ZYTIGA®) et enzalutamide (XTANDI®)
- Cancer du rein : sunitinib (SUTENT®) et pazopanib (VOTRIENT®)
- Cancers oncohématologiques : ibrutinib (IMBRUVICA®), ruxolitinib (JAKAVI®) et Venetoclax (Venclyxto®)

Au regard des évolutions thérapeutiques constantes, notamment sur ce champ spécifique des anticancéreux par voie orale, le diagnostic évolutif permet de mobiliser les professionnels de santé dans le cadre des groupes de pairs spécifiques par exemple sur le cancer du poumon pour lequel on note une évolution très importante du médicament Tagrisso® (osimertinib) en 2020 (+ 234%).

Les éléments échangés en groupes de pairs régionaux confirment que le développement des traitements par voie orale pour les patients souffrant d'un cancer :

- présentent des avantages en termes de qualité de vie des patients pouvant bénéficier d'un traitement à domicile
- tout en faisant apparaître de nouveaux enjeux comme la question de la bonne observance et la surveillance des effets indésirables.

Il est ainsi ressorti le besoin de mieux accompagner les patients et les professionnels *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.

Le contexte de crise sanitaire n'a pas permis de mettre en œuvre l'ensemble des actions régionales définies dans le précédent PAPRAPS visant l'amélioration de la prise en charge des patients sous chimiothérapie orale incluant notamment la meilleure observance des patients.

Néanmoins, les dispositifs désormais déployés au niveau national (**avenant conventionnel 21** des pharmaciens d'officine, expérimentation « **article 51 thérapies orales** ») s'inscrivent dans cet objectif d'accompagnement des patients sous chimiothérapie orale à domicile :

- **L'avenant 21 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine,** signé le 29 juillet 2020, met en place un nouvel accompagnement pharmaceutique pour les patients sous traitement anticancéreux oraux, avec une implication du pharmacien d'officine en lien avec les prescripteurs et le médecin traitant, et un dispositif de rémunération associée.
  Une campagne de l'Assurance Maladie a été menée auprès des pharmacies d'officine pour présenter cet avenant : 556 officines ont été contactées dans la région Nouvelle-Aquitaine ; les visites ont été limitées en 2020 et 2021 en raison de la crise sanitaire.

- **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 de chimiothérapie orale 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.

Par ailleurs, un appel à projets régional « produits de santé », lancé en 2021 par l'ARS Nouvelle-Aquitaine, a permis d'accompagner des projets s'inscrivant dans ces objectifs de coordination ville/hôpital.

A ces travaux s'ajoute une expérimentation « patient partenaire » menée par l'ARS dans le cadre de l'AAP démocratie sanitaire. Cette expérimentation s'articule avec le PAPRAPS. En effet, pour concrétiser cette volonté forte, l'ARS a lancé en 2020 un appel à projet visant à intégrer des patients partenaires salariés dans les équipes de soins de plusieurs établissements de santé de la région pour optimiser les parcours de soin des patients en oncologie. Sept établissements et dix patients partenaires sont engagés dans cette expérimentation unique en France afin de capitaliser sur l'expérience vécue par d'anciens patients et d'utiliser leur savoir, en complémentarité avec les soignants et les autres acteurs du système de santé pour améliorer la prise en charge et l'accompagnement de personnes atteintes de cancer.

Le suivi, l'accompagnement et l'évaluation de ces différentes actions et dispositifs nationaux et régionaux mis en œuvre en Nouvelle-Aquitaine permettent une bonne articulation des actions au bénéfice de la prise en charge des patients. Cela permet également de fédérer les acteurs sur des objectifs communs.

2.2.2.2 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 visant, avec l'implication des professionnels concernés, à échanger autour de la meilleure prise en charge et stratégie thérapeutique, 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'indicateur de suivi du recours aux médicaments anticancéreux oraux et leurs montées 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 (hors mur), avec la meilleure coordination possible.

2.2.2.3 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 nouvelle génération en cours de préparation en 2023.

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 permettra, 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.

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 par sous l'égide du PAPRAPS.

2.2.3 Les prescriptions médicamenteuses et la prévention de la iatrogénie médicamenteuse

Les travaux s'inscrivent dans la continuité des thématiques identifiées à enjeu de pertinence 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 divers 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 de renforcer la coordination Ville/Hôpital.

Il a été relevé de nombreuses actions de 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 lien et en cohérence avec :

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

-les programmes de régulation menés par l'Assurance maladie notamment en ville,

-les divers dispositifs mis en place 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 « prévention de la iatrogénie et Parcours » reprenant 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.

Ce diagnostic identifie les trois axes prioritaires suivants :

- 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**
- 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 nécessaire),
- poursuivre la prévention de la iatrogénie **chez les personnes âgées**.

Dans ces axes de prévention de la iatrogénie, la coordination entre les professionnels hospitaliers et les professionnels de ville sera également au centre du programme d'actions.

2.2.3.1 LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE EN SANTE MENTALE

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

Parmi les différentes classes de psychotropes, l'actualisation de l'analyse a été ciblée sur les antipsychotiques et les benzodiazépines anxiolytiques, en lien avec les risques iatrogènes majorés liés à l'usage inapproprié de ces médicaments.

Sur ces classes, l'analyse des données de remboursement PHEV et ville (source : OpenMedic) en 2018, 2019 et 2020 renforce les précédents constats, avec des atypies relevées sur la classe des antipsychotiques, avec des taux de recours importants observés par rapport à la France, notamment sur le secteur de ville (tableau 8).

Tableau 8 : Taux de recours et coût unitaire standardisé de médicaments antipsychotiques en Nouvelle-Aquitaine en 2018, 2019 et 2020 (source : OPEN MEDIC / INSEE)

	Taux de recours								
Taux de recours d'antipsychotiques	2018			2019			2020		
	France	NA (standardisé*)	ratio	France	NA (standardisé*)	ratio	France	NA (standardisé*)	ratio
PHEV	1,08%	1,09%	1,02	1,11%	1,12%	1,01	1,09%	1,13%	1,04
Ville	1,78%	1,98%	1,11	1,78%	1,96%	1,10	1,75%	1,96%	1,12
Total	2,86%	3,07%	1,07	2,88%	3,08%	1,07	2,85%	3,09%	1,09
	Couts unitaires								
Coûts unitaires d'antipsychotiques	2018			2019			2020		
	France	NA (standardisé*)	ratio	France	NA (standardisé*)	ratio	France	NA (standardisé*)	ratio
PHEV	338 €	333 €	0,98	323 €	317 €	0,98	315 €	312 €	0,99
Ville	133 €	135 €	1,01	122 €	124 €	1,02	117 €	123 €	1,05
Total	210 €	206 €	0,98	199 €	195 €	0,98	193 €	193 €	1,00

*Taux de recours et cout unitaire standardisé à l'âge

Un approfondissement de l'analyse a été réalisé sur les antipsychotiques sous forme injectable à durée d'action prolongée, et sous forme buvable à risque de iatrogénie majorée. Cette analyse permet de mettre en évidence que :

- Les données détaillées relatives aux antipsychotiques buvables montrent un recours important à ces médicaments en région par rapport à la France, notamment sur la classe d'âge 20-60 ans ; une vigilance doit donc être portée sur la prescription de la forme la plus appropriée en fonction du patient.
- Concernant les antipsychotiques administrés par voie injectable à durée d'action prolongée, si le taux de recours régional reste similaire à la France, le coût unitaire est très important et en augmentation ces dernières années. L'enjeu principal de ces traitements est la maîtrise des dépenses en s'assurant de la pertinence des prescriptions (utilisation des formes à injection bimensuelle, mensuelle ou trimestrielle, à adapter en fonction du patient, du suivi prévu dans l'objectif de renforcer l'adhésion en ne limitant pas le recours au suivi psychiatrique).

Parmi cette classe, un recours important au Lithium est observé en Nouvelle-Aquitaine avec une moyenne régionale se situant bien au-dessus des valeurs nationales (cf tableau 9).

Tableau 9 : Taux de recours et coût unitaire standardisé au lithium en Nouvelle-Aquitaine en 2018, 2019 et 2020 (source : OPEN MEDIC / INSEE)

Taux de recours du Lithium	Taux de recours								
	2018			2019			2020		
	France	NA (standardisé*)	ratio	France	NA (standardisé*)	ratio	France	NA (standardisé*)	ratio
PHEV	0,06%	0,08%	1,36	0,06%	0,08%	1,30	0,06%	0,08%	1,28
Ville	0,11%	0,14%	1,31	0,11%	0,14%	1,27	0,11%	0,14%	1,26
Total	0,17%	0,22%	1,33	0,17%	0,22%	1,28	0,18%	0,22%	1,27
	Couts unitaires								
Cout unitaire du Lithium	2018			2019			2020		
	France	NA (standardisé*)	ratio	France	NA (standardisé*)	ratio	France	NA (standardisé*)	ratio
PHEV	50 €	52 €	1,05	48 €	51 €	1,07	47 €	50 €	1,07
Ville	47 €	48 €	1,02	45 €	47 €	1,05	44 €	46 €	1,05
Total	48 €	50 €	1,03	46 €	49 €	1,06	45 €	48 €	1,06

*Taux de recours standardisé à l'âge et cout unitaire standardisé sur le tx de consommants en FM

Il convient toutefois de noter, après échange avec les professionnels de la région, qu'il ne s'agit pas d'une pratique non conforme (indication AMM). S'agissant d'un médicament à risque iatrogène accru (marge thérapeutique étroite) dont le suivi thérapeutique et biologique est essentiel, une attention particulière est alors portée sur la définition d'actions de prévention du risque en lien avec les professionnels.

Ces éléments ont été partagés en « Commission régionale santé mentale de l'OMEDIT NA » et lors des groupes d'experts comprenant des professionnels d'établissements de santé, de ville et des référents ARS-AM ainsi que l'OMEDIT. Une surveillance des évolutions de ces prescriptions est déjà inscrite dans la « Commission santé mentale de l'OMEDIT ».

Concernant le recours aux benzodiazépines anxiolytiques, il est noté une baisse du nombre de patients traités en Nouvelle-Aquitaine entre 2017 et 2019 (de 1,4 millions en 2017 à 723 178 en 2019), conformément aux résultats attendus en termes de baisse des consommations.

La codispensation d'au moins 2 benzodiazépines, non conforme aux recommandations de bonnes pratiques, est également en baisse en Nouvelle-Aquitaine entre 2017 (4,3 % des patients avec benzodiazépines) et 2019 (3,4 %) : cf tableau 10.

La classe d'âge la plus concernée par la codispensation d'au moins 2 benzodiazépines est celle des patients de 75 ans et plus (3,8 % en 2019 et 5,0 % en 2020).

Le rebond observé en 2020 est lié au contexte de crise COVID, notamment dans la classe d'âge [18 ans – 44 ans] où le nombre de patients avec benzodizépines a été multiplié par 2 entre 2019 et 2020.

Tableau 10 : Part de patients avec codispensation de benzodiazépines anxiolytiques en Nouvelle-Aquitaine en 2017, 2018, 2019 et 2020 (source : SNDS)

	2017	2018	2019	2020
Nombre de patients avec au moins 1 benzodiazépine	1 491 392	1 104 555	723 178	1 287 716
Nombre de patients avec au moins 2 benzodiazépines	64 504	38 379	24 946	52 301
Part de patients avec au moins 2 benzodiazépines	**4,3 %**	**3,8 %**	**3,4 %**	**4,1 %**

Ces éléments ont été partagés en « Commission régionale de la santé mentale OMEDIT NA » qui sera à nouveau mobilisée pour échanger sur cet état des lieux afin d'adapter son plan d'action et poursuivre les actions déjà en cours à savoir :

- l'élaboration d'outils de bon usage et de suivi des patients (notamment sur le lithium), et de sensibilisation au suivi biologique annuel des patients ;
- l'amélioration de la pertinence des prescriptions dans le parcours du patient, avec un impact attendu sur les pratiques en ville par le renforcement du lien hôpital/ville (bénéfice des actions de communication et promotion de la conciliation médicamenteuse de sortie en psychiatrie), notamment sur les antipsychotiques et benzodiazépines.

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.

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

Les évolutions du diagnostic régional relatif à la pertinence des prescriptions en santé mentale, que ce soit en ville ou en établissement de santé, éclaireront les actions régionales dans une approche globale du parcours de santé de la population.

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 la dépendance, ainsi que sur certaines prescriptions qui peuvent faire l'objet de détournements et des mésusages.

2.2.3.2 LES MEDICAMENTS POUR LA GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE

La thématique de la prise en charge de la douleur et de la douleur chronique est une priorité régionale placée sous l'égide du « Comité de Pilotage régional Douleur » associant une représentation institutionnelle (ARS, OMEDIT, Assurance maladie, CEIP, URPS, associations des patients ...) avec des représentants régionaux de la SFETD et des experts régionaux dans la prise en charge de la douleur.

Cette instance a eu l'occasion de partager depuis plusieurs années les données d'activités et les enjeux de ces prises en charges médicamenteuses dans une recherche permanente du meilleur effet thérapeutique en fonction de l'analyse bénéfice/risques. Par ailleurs, un diagnostic régional sur les consommations de médicaments antalgiques a été réalisé par la CPAM de la Vienne, pour la région, à partir des données de remboursement.

D'après ces données (tous prescripteurs confondus), le taux de recours aux médicaments à visée antalgique, c'est-à-dire le nombre d'individus ayant bénéficié d'au moins un remboursement de médicaments à visée antalgique ramené à la population de Nouvelle-Aquitaine s'est élevé, en 2020, à 68%, contre 69% en 2019.
Le contexte sanitaire très particulier de l'année 2020 n'a ainsi conduit qu'à une très discrète inflexion, par rapport à 2019, du taux de recours global aux antalgiques avec néanmoins une forte involution des taux de recours aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et au fentanyl.

Le taux de recours aux antalgiques de palier 1 s'élève en Nouvelle-Aquitaine, en 2020, à 60% ; il est de 16% pour le palier 2 et 13% pour le palier 3, avec une stabilité par rapport à 2019.

L'analyse détaillée des taux de recours aux antalgiques montre des disparités selon la classe d'âge de plus ou moins de 75 ans et le statut ALD ou non ALD.

Ainsi, le taux de recours au Fentanyl de 0,3 %, toutes classes d'âges confondues, s'élève à 2,8 % pour la population de patients de plus de 75 ans en ALD.

De la même manière, le taux de recours au Tramadol seul ou en association est de 7% toutes classes d'âges confondues ; il passe à 12 % pour la population des personnes âgées de plus de 75 ans.

Les médecins généralistes constituent l'origine principale des prescriptions (77% en 2020), suivis des établissements de santé (18%).

Le paracétamol a représenté en Nouvelle-Aquitaine, en 2020, 71% du volume des remboursements, contre 69% en 2019 ; le Tramadol reste stable entre 2019 et 2020 (3% en association au paracétamol et 2% seul **– cf tableau 11).**

Tableau 11 : répartition des volumes de remboursement de médicaments à visée antalgique en Nouvelle-Aquitaine en 2019 et 2020 (tous prescripteurs - source : SNIIRAM - CPAM86)

Médicament	Répartition 2019	Répartition 2020
PARACETAMOL	69%	71%
CODEINE ET PARACETAMOL	5%	4%
IBUPROFENE	4%	3%
TRAMADOL ET PARACETAMOL	3%	3%
DICLOFENAC	3%	3%
PARACETAMOL EN ASSOCIATION AVEC DES PSYCHOLEPTIQUES	3%	3%
KETOPROFENE	2%	2%
TRAMADOL	2%	2%
PARACETAMOL EN ASSOCIATION SAUF AUX PSYCHOLEPTIQUES	2%	2%
OXYCODONE	1%	1%
MORPHINE	1%	1%
NEFOPAM	1%	1%
NAPROXENE	1%	1%
ACETYLSALICYLIQUE ACIDE	0,5%	-
FENTANYL	0,4%	0,4%
Autres antalgiques	2%	2%

La comparaison du niveau de consommation d'antalgiques remboursés entre la région Nouvelle-Aquitaine et la France entière montre une consommation par habitant plus élevée en Nouvelle-Aquitaine sur les classes suivantes :

- Antalgiques de palier 1, notamment les AINS ;
- Antalgiques de palier 3, notamment le Fentanyl (hors formes transmuqueuses non incluse dans l'étude)

A l'inverse, le niveau de consommation de Tramadol observé en région est comparable à celui de la France entière.

Les données détaillées figurent dans le tableau 12.

Tableau 12 : comparaison des volumes de remboursement de médicaments à visée antalgique Nouvelle-Aquitaine versus France entière en 2020 (tous prescripteurs - source : CPAM86)

	Nbre de boîtes / hab.		Ecart relatif Nvlle Aqu. / France	Montants remb. / hab. (en €)		Ecart relatif Nvlle Aqu. / France
Domaine antalgiques	Nouvelle-Aquitaine	France		Nouvelle-Aquitaine	France	
Palier I	8,5	7,8	8%	8,1	7,6	6%
AINS	0,6	0,5	17%	1,1	1,0	16%
Palier II	1,3	1,3	0%	3,2	3,1	4%
Tramadol	0,2	0,2	-3%	0,8	0,8	1%
Palier III	1,0	0,9	17%	3,8	3,1	22%
Fentanyl	0,1	0,0	37%	1,4	1,1	29%

Il convient de promouvoir des actions visant à favoriser la détection, la prise en charge des patients douloureux chroniques ainsi que la prévention du risque de dépendance et de mésusage dans une logique de parcours de soins avec implication de chaque professionnel de santé (médecins, pharmaciens, IDE notamment). L'usage des échelles de douleurs spécifiques adaptées aux différentes situations cliniques (enfants – personnes handicapées – dyscommuniquants ...) est une bonne pratique incontournable pour des prises en 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 des effets iatrogènes.

Parmi les éléments de diagnostic échangés avec les professionnels, 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 et de difficulté de sevrage notamment chez les patients cancéreux en rémission).

L'expertise des centres d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD – **carte 1**) sur l'ensemble des territoires sera valorisée dans le cadre de la nouvelle contractualisation CAQES qui comprend un indicateur régional sur la thématique de la prise en charge de la douleur chronique.

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).

Par ailleurs, dans le cadre de la structuration de la filière de prise en charge de l'endométriose mises 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) mettrons en place des actions spécifiques de prise en charge de la douleur dans l'approche globale de l'endométriose.

La lutte contre la douleur chronique fera l'objet d'un travail approfondi avec les RREVA, avec l'enjeu de poursuivre ensemble les réflexions de comment lutter contre la **douleur chronique,** mais aussi contre la iatrogénie médicamenteuse.

2.2.3.3 LUTTE CONTRE LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE ET LA SURMEDICATION DANS LE PARCOURS DE LA PERSONNE AGEE

La lutte contre la iatrogénie médicamenteuse et la surmédication de la personne âgée constitue une priorité régionale renouvelée en vue notamment de prévenir la perte d'autonomie de cette population.

En effet, selon les dernières données sur la France entière, les prévalences de la polymédication et des prescriptions potentiellement inappropriées (PPI) ont diminué chez les personnes âgées de plus de 75 ans en France entre 2011 et 2019 mais à un rythme assez lent selon une récente étude française (Decreasing trends in potentially inappropriate medications in older people: a nationwide repeated cross-sectional study. Solène Drusch BMC Geriatrics (2021).

Selon cette étude, la prévalence des PPI a diminué entre 2011 et 2019, passant de 49,6% à 39,6%, soit une baisse de 1,2% par an en moyenne :

- les benzodiazépines étaient les PPI les plus fréquentes et la prévalence d'au moins une PPI a également diminué, de 35% à 27% (-1,3% par an en moyenne) ; cette réduction est liée principalement à celle des hypnotiques "apparentés Z" (zolpidem, zopiclone) et des benzodiazépines d'action longue ;
- les antihistaminiques de type 1 et les AINS oraux représentent après les benzodiazépines les PPI les plus retrouvées.

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

Le recensement des actions mises en œuvre en Nouvelle-Aquitaine a montré une mobilisation importante de l'ensemble des acteurs 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 de 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 notamment,
- 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
- les diverses actions de formation à l'attention des professionnels de santé (sanitaire et médico-social) : conciliation médicamenteuse et pertinence des prescriptions chez la personne âgée.

Une nouvelle commission régionale sur la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée sera installée en 2023 avec un objectif de mobilisation autour de la pertinence des prescriptions chez la personne âgée dans le parcours et la baisse des médicaments inappropriés (partage des pratiques, communication et promotion de dispositifs et outils innovants, retours d'expériences ville-hôpital, partage pluriprofessionnel des données de consommation médicamenteuse chez la personne âgée).

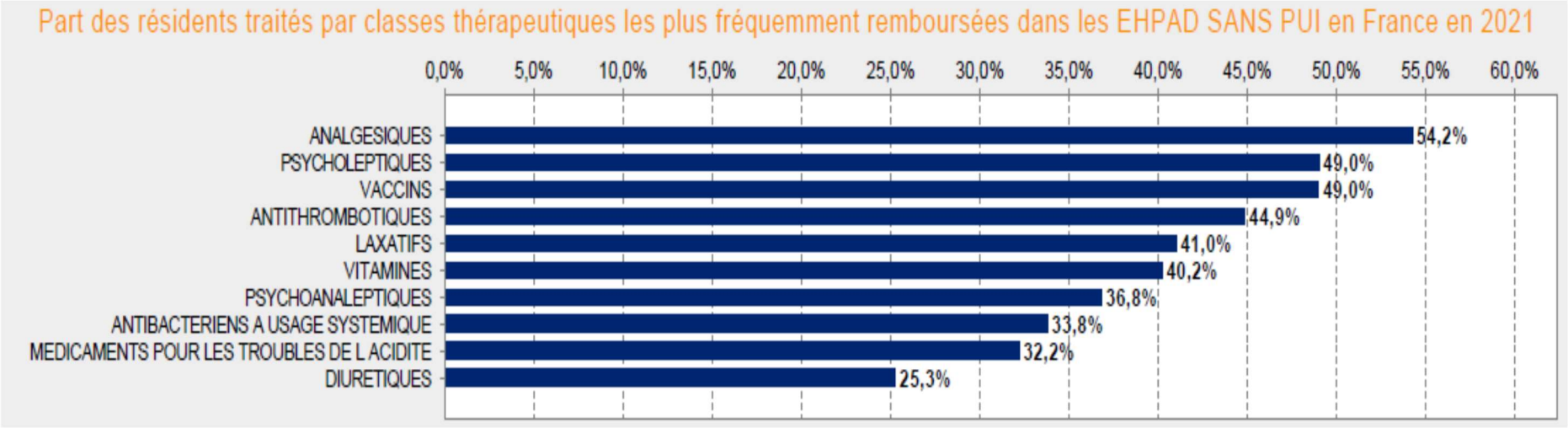
Les données spécifiques sur la prise en charge médicamenteuse en EHPAD fournies par l'Assurance maladie (EHPAD sans PUI) en région Nouvelle-Aquitaine ont été actualisées, avec les données 2021.

Il est à noter que parmi les résidents en EHPAD sans PUI :

- **12,9%** des résidents ont plus de 2 psychotropes différents en Nouvelle-Aquitaine en **2021, contre 11,9%** au niveau national,
- **19,1 %** des résidents ont un traitement par une ou plusieurs benzodiazépines hypnotiques en Nouvelle-Aquitaine en 2021 (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 en Nouvelle-Aquitaine en **2021**, contre **48,6%** sur la France entière (**10,0%** ont un traitement par benzodiazépines anxiolytiques à demi-vie longue en Nouvelle-Aquitaine en **2021, contre 8,6%** au niveau national).

La figure 3 montre le détail des classes thérapeutiques les plus souvent retrouvées dans les EHPAD sans PUI en France en 2021.

Figure 3 : Part des résidents traités par classes thérapeutiques les plus fréquemment remboursées dans les EHPAD sans PUI en France en 2021 (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 :

- 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.

Le nouveau CAQES a vocation à contribuer à la mise en œuvre de ces actions, avec la présence d'une thématique régionale dédiée au sujet « Médicaments inappropriés chez la personne âgée » et prévention de la iatrogénie.

2.2.3.4 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 (prescription des médicaments anticancéreux oraux à domicile, prise en charge médicamenteuse en santé mentale et de la douleur chronique, prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée), sont suivies avec un objectif commun et transversal de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, fil conducteur des priorités régionales inscrites dans le PAPRAPS.

Les actions du volet produits de santé du PAPRAPS s'inscrivent en articulation avec les orientations et travaux menés par les différentes instances et groupes de travaux régionaux (Comité de Pilotage Institutionnel « Douleur » ; Commission régionale Santé Mentale, GT pour la surveillance et le suivi des données de prescriptions et des prises en charge médicamenteuses, groupes de pairs spécifiques...), un partage des pratiques et des données visant à enrichir le diagnostic et à le faire évoluer.

Pour chacune des thématiques abordées, il convient de concourir à la pertinence des prescriptions médicamenteuses quel que soit l'état clinique et social du patient, et notamment une considération particulière pour les patients en situation de handicap (par exemple avec l'usage de l'échelle spécifique de la douleur). L'enjeu est donc de fédérer les professionnels de santé sur des objectifs partagés concernant la lutte contre la iatrogénie et le recours aux actions expérimentales en région.

Au-delà de la poursuite des actions régionales de communication et de sensibilisation sur ces thématiques régionales prioritaires, les établissements de santé seront mobilisés en Nouvelle-Aquitaine sur ces axes via la contractualisation CAQES 2022-2024. Les projets nationaux et régionaux (appel à projet régional produits de santé) seront articulés avec ces actions par l'ARS, avec l'appui de l'OMEDIT NA, et par l'Assurance Maladie. Ils permettront de concourir à la pertinence des prescriptions et au renforcement de la coordination ES/EMS/VILLE.

L'objectif de ces projets régionaux sera l'identification des pratiques innovantes dans la région qui pourront 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 demandé 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 les patients à ces bonnes pratiques pour la poursuite d'une mobilisation générale sur ces sujets.

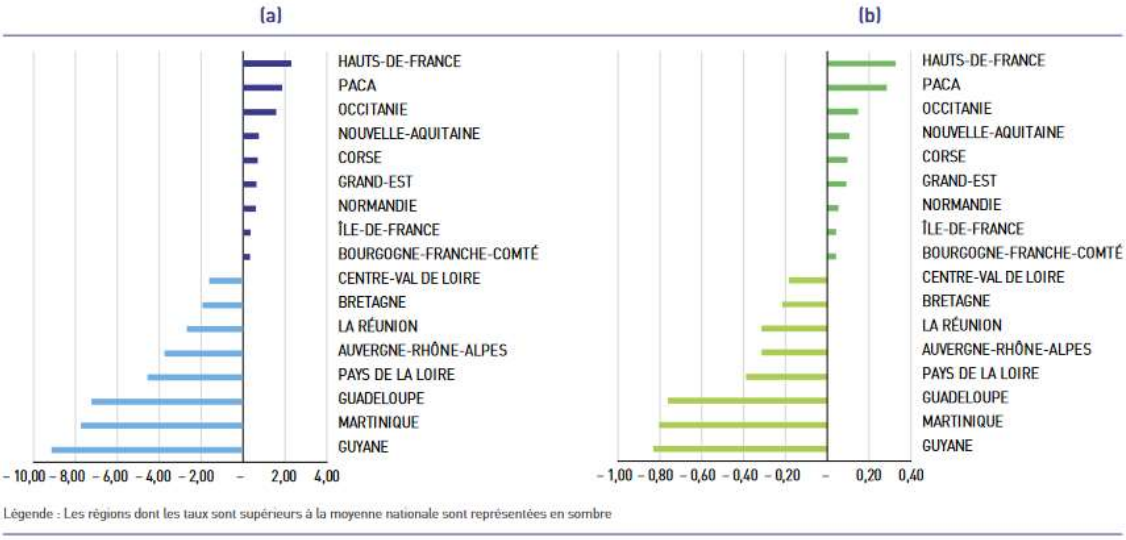
2.2.4 Le bon usage des antibiotiques et la lutte contre l'antibiorésistance

Le bon usage des antibiotiques et la lutte contre l'antibiorésistance est une priorité nationale et régionale qui a été intégrée en avril 2022 dans les actions prioritaires du Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) 2022-2026 de la région Nouvelle-Aquitaine - volet prescriptions.

Les actions engagées en 2022 ont notamment eu vocation à actualiser et approfondir le diagnostic régional sur les données de consommation d'antibiotiques dans l'ensemble des secteurs, avec une approche territoriale. Afin d'adapter au mieux les actions en régions, avec notamment le bénéfice de la création du Centre Régional en Antibiothérapie Nouvelle-Aquitaine (CRAtb) dont les actions d'appui sont mises en œuvre en lien avec le CPIAS et l'OMEDIT, et en cohérence avec la feuille de route régionale de prévention du risque infectieux.

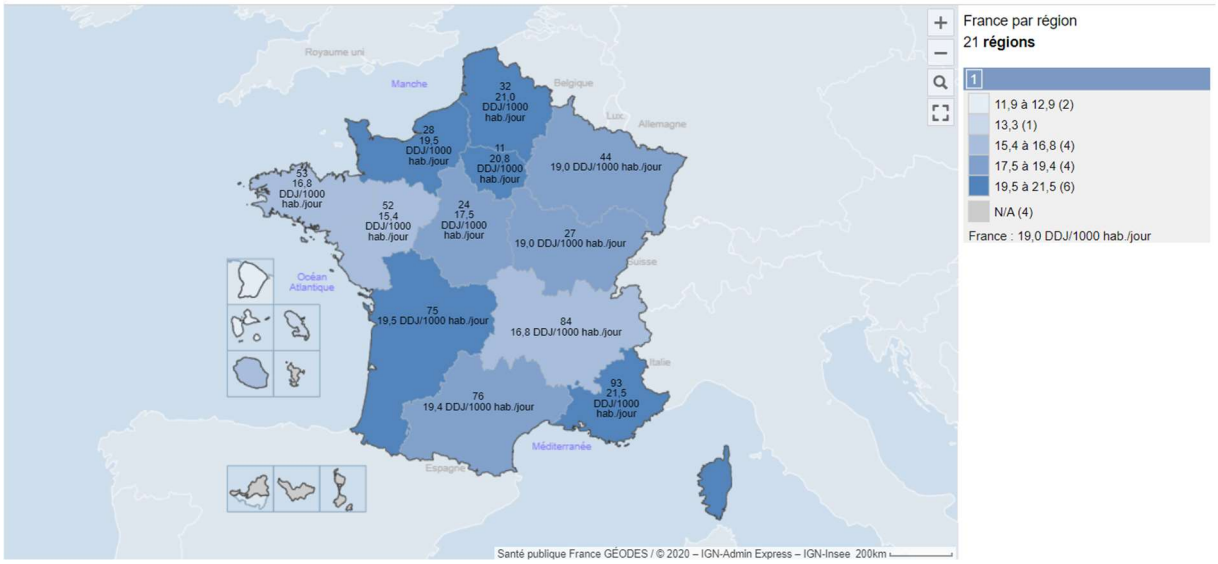
Selon les dernières données nationales, la France figure toujours en 2021 au 4ème rang des pays les plus consommateurs d'antibiotiques, et ceci depuis 201815 et malgré la baisse continue observée depuis 10 ans. Au niveau régional, la Nouvelle-Aquitaine est toujours en 2021 la quatrième région la plus consommatrice d'antibiotiques comme observé entre 2016 et 2020 (voir **figure 1 et carte 1**).

Figure 4 : Différence des taux de quantité consommée (a) et de nombre de prescriptions (b) par région par rapport à la moyenne nationale sur les 5 dernières années (2016 -2020) Source : synthèse données de surveillance Santé Publique France - Novembre 2021



[15] Infographie SPF « prescriptions d'antibiotiques en médecin de ville » – 08 novembre 2022

Carte 2 : Cartographie des consommations d'antibiotiques en ville (DDJ/1000 hab/jour)- Géodes - Santé publique France



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

La stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance santé humaine, 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 délivrés 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.**

2.2.4.1 Etat des lieux des consommations en France et en Nouvelle Aquitaine en 2021

2.2.4.1.1 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 2018 ont été actualisées dans le dernier rapport SpF de novembre 2022 (données 2011 à 2021).

Pour le secteur de ville, la consommation nationale des antibiotiques est estimée en 2021 à 18,9 DDJ/1000hab/j en progression de 4,9% par rapport à 2020 (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 705,07 Prescriptions/1000hab./an, en augmentation de 6%)

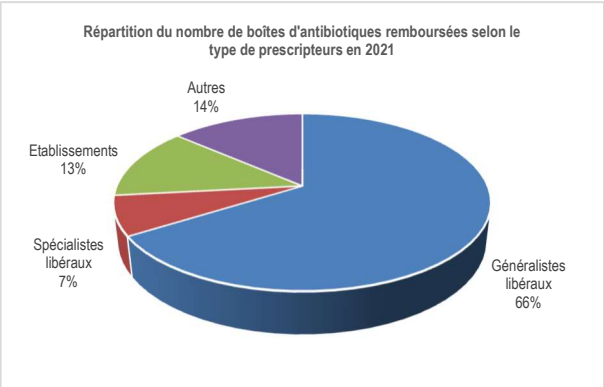
En Nouvelle-Aquitaine, la consommation en ville des antibiotiques en 2021 est supérieure à la consommation nationale :

- 19,5 DDJ/1000 hab/jour
- 735 prescr/1000 hab/ans

La progression qui est observée en 2021 au niveau nationale et régionale, malgré la pandémie de COVID-19 reste suffisamment modérée pour que la consommation d'antibiotiques en 2021 demeure inférieure au niveau qu'elle avait atteint en 2019.

Le secteur de ville est le plus important en termes de consommation d'antibiotiques, la médecine générale représentant 66% du nombre de boites remboursées tous secteurs confondus (**cf figure 5**)

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



En région Nouvelle-Aquitaine, un diagnostic actualisé sur l'année 2021 a été réalisé par l'Assurance maladie à partir des données de remboursement, avec un focus réalisé sur les antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance dits critiques : amoxicilline + acide clavulanique, céphalosporines de 3ème génération et 4ème génération (C3G et C4G), fluoroquinolones :

- La part d'antibiotiques critiques est de 29,12% pour l'ensemble des secteurs (en nombre de boîtes) en Nouvelle-Aquitaine en 2021 ;
- 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 2021, 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.

Concernant les EHPAD sans PUI, contrairement au secteur de ville, la consommation a continué de diminuer en 2021 par rapport à 2020 (-10,3 % en DDJ et -9,6 % en prescriptions) en lien avec la poursuite de l'application des protocoles mis en place pour assurer la protection des résidents jusqu'en août 2021, et à l'ensemble des gestes barrières, notamment le port du masque en intérieur. 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 plus élevées en Nouvelle Aquitaine que les valeurs de consommation nationale.

En termes de prescriptions, au niveau national, l'utilisation des pénicillines à large spectre est en forte progression, et résulte de prescriptions de plus en 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 3ème et 4ème 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).

2.2.4.1.2 CONSOMMATIONS EN ETABLISSEMENT DE SANTE

En ce qui concerne les données de consommation intra-hospitalières, en 2021, en France, la consommation globale est de 282 doses définies journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation (JH) en France selon les données de surveillance de la consommation des antibiotiques « SPARES ». Les consommations globales d'antibiotiques sont plus faibles qu'en 2020, année marquée par une consommation élevée, dans un contexte d'activité hospitalière profondément modifiée par la crise sanitaire Covid-19. Néanmoins, sur 10 ans, une tendance à une consommation plus faible est observée.

Selon les données de surveillance de la consommation des antibiotiques « SPARES », la région Nouvelle-Aquitaine se situait au 6ème rang National des régions les plus consommatrices (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.

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

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.

2.2.4.1.3 DONNEES DE RESISTANCES BACTERIENNES EN NOUVELLE AQUITAINE

Concernant les résistances observées en établissement de santé, en 2021 en Nouvelle-Aquitaine, l'incidence des SARM était toujours supérieure à la valeur nationale avec une légère augmentation pour la première fois depuis 2015. En revanche, l'incidence des entérobactérales productrices de béta-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.

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

2.2.4.2 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 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.

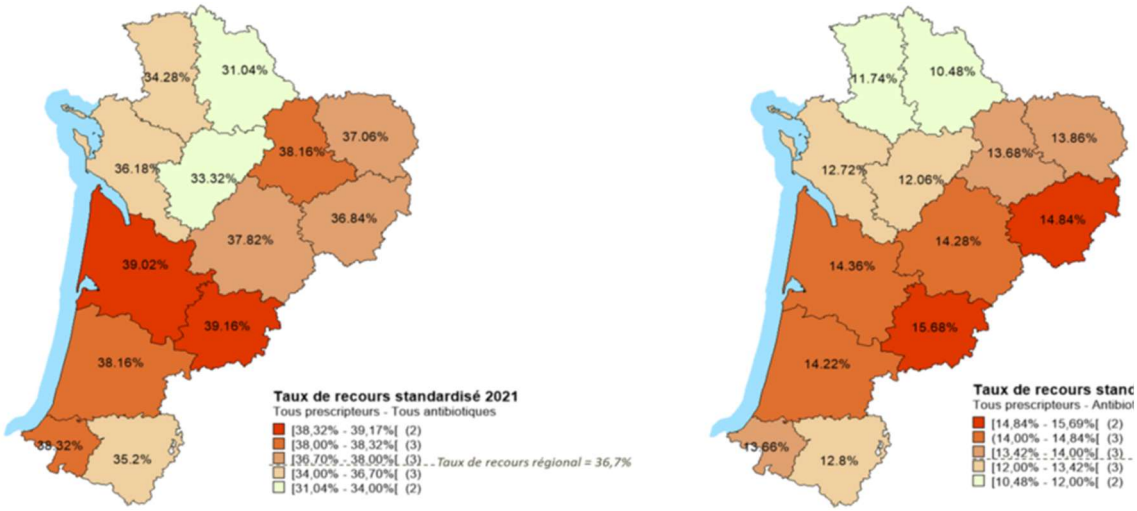
- La poursuite de la sensibilisation et la formation sur le bon usage des antibiotiques via la transmission des référentiels de prescription de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des recommandations de la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) reste indispensable avec :
  - l'amélioration 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,…)

2.2.4.3 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 2021, tous prescripteurs, tous antibiotiques (a) et antibiotiques critiques (b) - Données cellule d'appui au DCGDR Nouvelle-Aquitaine - remboursements Assurance Maladie



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 - Données cellule d'appui au DCGDR Nouvelle-Aquitaine - remboursements Assurance Maladie

MEDECINE GENERALE	Nombre de consommants	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	517 328	1 574 088	*30,6%*	6 743 126	*36,5%*
AMOXICILLINE	618 866	1 952 868	*37,9%*	2 723 529	*14,7%*
AMOXICILLINE ET INHIBITEUR D'ENZYME	271 905	677 899	*13,2%*	2 527 480	*13,7%*
FOSFOMYCINE	157 065	363 328	*7,1%*	1 079 266	*5,8%*
AZITHROMYCINE	131 084	192 689	*3,7%*	1 055 621	*5,7%*
CEFPODOXIME	108 331	252 101	*4,9%*	886 000	*4,8%*
PRISTINAMYCINE	104 579	293 875	*5,7%*	3 989 730	*21,6%*
CEFIXIME	80 116	209 299	*4,1%*	965 177	*5,2%*
OFLOXACINE	43 692	94 347	*1,8%*	482 308	*2,6%*
CIPROFLOXACINE	39 408	78 439	*1,5%*	495 786	*2,7%*
DOXYCYCLINE	37 253	79 887	*1,6%*	256 523	*1,4%*
SPIRAMYCINE EN ASSOCIATION AVEC AUTRE	36 608	92 670	*1,8%*	315 894	*1,7%*
ROXITHROMYCINE	35 202	48 077	*0,9%*	226 232	*1,2%*
PIVMECILLINAM	33 230	49 399	*1,0%*	273 492	*1,5%*
METRONIDAZOLE	32 086	62 652	*1,2%*	117 720	*0,6%*
CLARITHROMYCINE	28 391	44 387	*0,9%*	208 747	*1,1%*
			87,2%		*84,4%*

2.2.5 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 régionale, en déclinaison des orientations stratégiques inscrites et renouvelles dans le Projet Régional de Santé de 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, tout secteur confondu

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

2.3 La déclinaison opérationnelle 2022 – 2025

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

Actions	***Calendrier***
Poursuivre la réalisation des groupes de pairs et le partage des enjeux et des pratiques en région, avec l'appui des données disponibles. Faire une analyse des taux de recours des médicaments anticancéreux oraux. 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 Mobiliser les professionnels de santé *via* la contractualisation 2020-2024 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.	***2022 – 2025***

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

Actions	***Calendrier***
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.	***2022 - 2025***
Mobiliser les établissements de santé via 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.	***2022 – 2025***

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

Actions	*Calendrier*
Actualiser les données avec notamment l'analyse de l'impact de la crise COVID (sur période 2020/2021).	Calendrier prévisionnel : 2023
Poursuivre les analyses des données et le 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.

3 La pertinence des prescriptions d'examens paracliniques

3.1 La pertinence des examens biologiques examens pré-anesthésiques

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 201216.

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.

16 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'examens pré anesthésiques.
- Un accompagnement des établissements en atypie via des rencontres en CME et auprès des anesthésistes au 1er trimestre 2019.

Ainsi, pour l'année 2019, le nombre d'examens 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 (3ème et 4ème 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 +/- (C02 + Protides)

Les résultats

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

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%

III. LA PERTINENCE DU PARCOURS DES PATIENTS ATTEINTS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

1 Le parcours de l'insuffisant cardiaque

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.

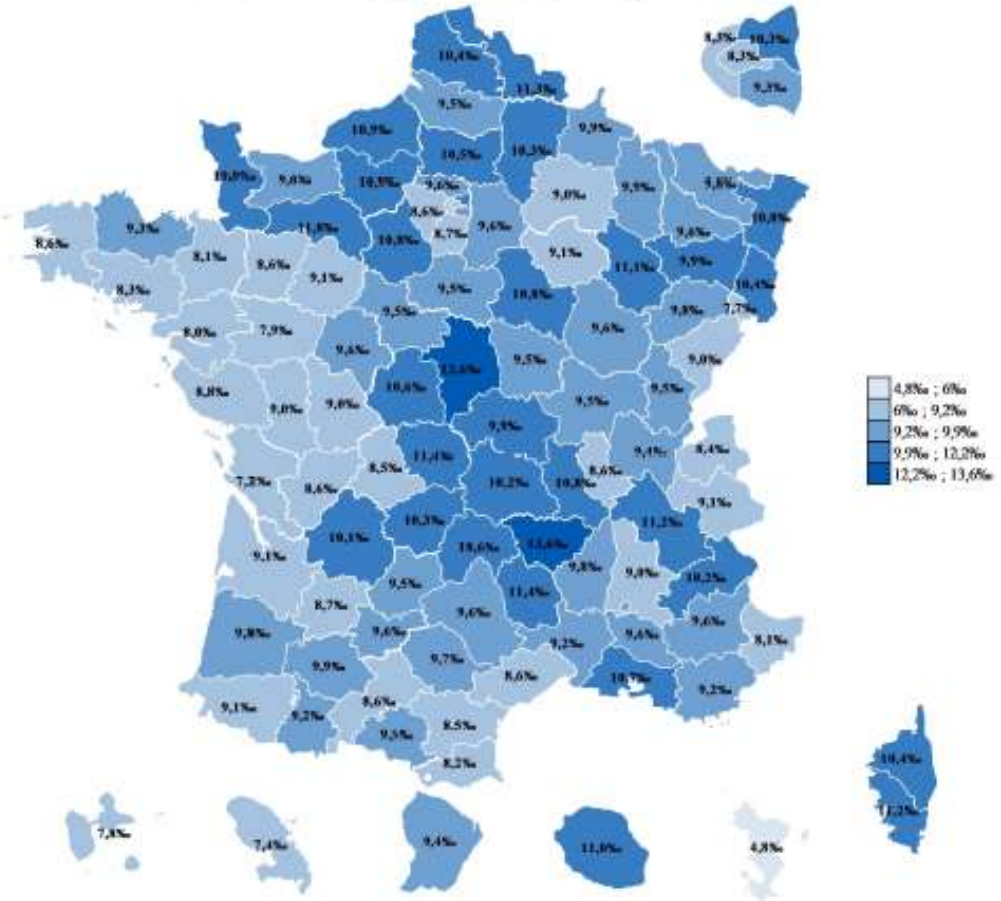
Plusieurs études ont montré que la prise en charge des patients pouvait être améliorée et conduire à d'importants gains en termes de survie, de qualité de vie et de dépenses évitées. Ainsi, l'insuffisance cardiaque représente la moitié des séjours d'hospitalisation potentiellement évitables avec plus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

1.1.1 Quelques chiffres sur l'Insuffisance cardiaque

En France la prévalence de l'IC est estimée de 2 à 3% (1,5 millions de patients, avec une répartition hommes – femmes globalement équilibrée et une prévalence croissant avec l'âge), mais cette prévalence est probablement sous-diagnostiquée.

Prévalences standardisées des personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque chronique par département en 2019



Champ : tous régimes, dépenses remboursées - France entière
Source : Cnam (cartographie version de juillet 2021)
Méthode : standardisation sur la structure d'âge et de sexe de la population Insee

DREES 2018 / Données CNAM 2021

En Nouvelle-Aquitaine le taux de personnes prises en charge pour Insuffisance cardiaque en 2019, varie de 7,3% en Charente-Maritime à 10,3% en Creuse.

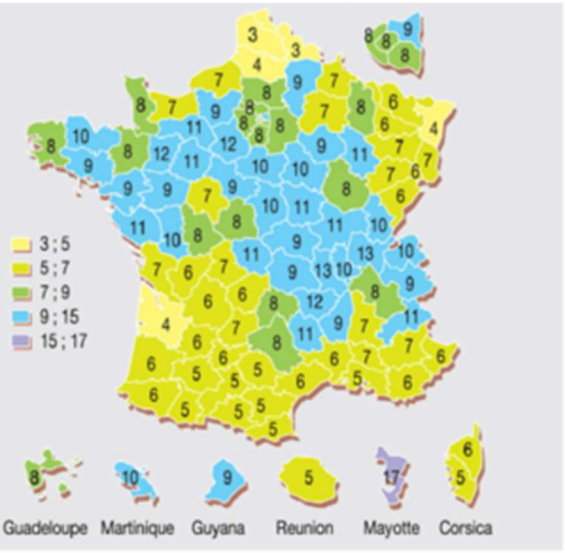
Le taux régional d'entrée par les urgences dans notre région, s'élève à 74% pour l'année 2019. Le taux de réhospitalisation à 6 mois concerne 21% des patients ; seulement 41% des patients ont une consultation de médecin généraliste dans les 14 jours et seulement 21% des patients voient un cardiologue dans les 2 mois.

Résultats à 30 jours après la sortie d'hospitalisation : consultation auprès du MG

Sur un groupe ici présenté de 70 367 patients hospitalisés pour IC, non institutionnalisés au décours.

Taux de recours au MG (médiane 78%)

Délai de recours au MG (médiane 7 jours)



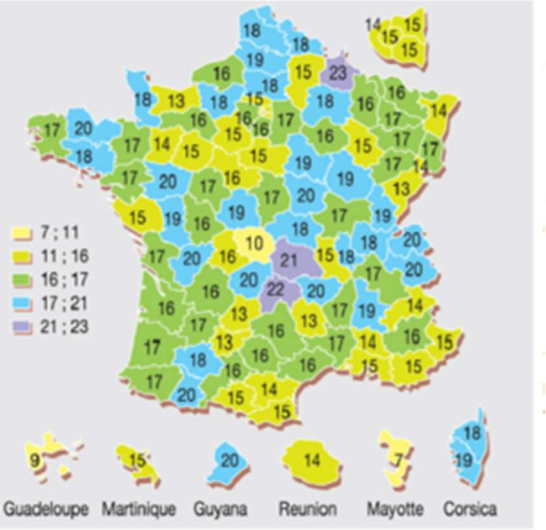
Arch Card Dis 2020

Selon le département de résidence

Résultats à 30 jours après la sortie d'hospitalisation : consultation auprès du cardiologue

Taux de recours au cardiologue (médiane 21%)

Délai de recours au cardiologue (médiane 16 jours)



Arch Card Dis 2020

Selon le département de résidence

On observe une plus grande variabilité sur l'accès aux cardiologues au sein des territoires de la Nouvelle-Aquitaine.

1.1.2 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.

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 ré hospitalisations 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 pourront s'inscrire 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 sont concernés. L'indicateur de suivi concernera le taux de réhospitalisation de ces patients à trois mois et permettra de mesurer l'engagement de l'établissement pour améliorer le parcours avec des relais ambulatoires. 37 établissements ont effectivement contractualisé sur cet indicateur.
- La fixation d'objectifs et la mise en place de protocole de soins au sein de certaines Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et maisons de santé pluridisciplinaires MSP. 8 CPTS étaient intéressées pour retenir le parcours des patients insuffisants cardiaque à fin décembre 2022.

- Le renforcement du dispositif PRADO sur les territoires, avec des partenariats à construire en terme de relai vers les MSP et les CPTS en aval.
- Le développement de délégations de taches et de protocoles de coopération entre professionnels de santé.
- Les solutions de télémédecine existantes en matière de suivi et de télésurveillance mais également de télé expertise.
- La promotion des programmes d'éducation thérapeutiques.

L'année 2023 verra la poursuite des travaux du *COPIL* dédié à cette thématique réunissant l'Assurance maladie, l'ARS, des cardiologues, des membres des URPS (médecine générale, infirmier, pharmacie), des représentants de la FNAMPoS[1], des fédérations hospitalières, des SSR cardiologiques, du registre ACIRA[2] et des représentants des usagers dont la mission première sera d'élaborer un plan d'actions. Ce dernier sera intégré au PAPRAPS à l'occasion de sa révision annuelle.

[1] Fédération Nouvelle Aquitaine des maisons Pluri prOfessionnelles de santé (FNAMPoS)
[2] Registre Aquitain de Cardiologie Interventionnelle (ACIRA)

IV LA FILIERE DU PATIENT VICTIME D'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

Au cours de l'année 2022 un groupe de travail régional a été mis en place afin d'examiner l'existence ou pas de sous-recours ou de 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.

ObA2 dispose de trois types de recueil : un dédié aux 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 thrombolyses réalisées selon qu'elles sont effectuées en UNV ou en téléAVC (données disponibles entre 2017 et 2021). Sur la base de la carte des thrombolyses réalisées par territoire et la nature de prise en charge réalisée il est constaté une forte variabilité des pratiques.
- ✓ Les thrombolyses 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.
- ✓ Il existe 5 centres de thrombectomie dans la région.
- ✓ 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'imagerie[17] 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 de l'ARS, le registre ObA2 et les membres de l'IRAPS, de rédiger une feuille de route régionale sur la filière AVC en 2023/2024 dans la perspective, à terme, d'arrêter un parcours dédié à ces patients tout au long des différentes étapes de la maladie.

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

V LES INFIRMIERS EN 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 des règles de l'exercice en pratique avancée, la nature du diplôme et de ses modalités d'obtention.

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

L'IPA exerce dans une forme innovante de travail interprofessionnel. En acquérant des compétences relevant du champ médical, il suit des patients qui lui auront été confiés par un médecin, avec son accord et celui des patients[18].

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).
- Urgences[19] (depuis septembre 2021) : 5 formés en France, la formation a débuté en Nouvelle-Aquitaine en septembre 2022.

[18] Des discussions législatives ont par ailleurs été engagées début 2023 dans le sens de l'ouverture à un accès direct aux infirmiers en pratique avancée (IPA), dans le cadre d'un exercice coordonné, pour que les patients puissent se rendre directement chez ces professionnels sans passer par un médecin, ainsi que la primo prescription.

[19] 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 compétente 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.

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

Dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant et en complémentarité avec les autres professionnels de l'équipe de soins, l'IPA participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par le médecin ayant défini la conduite diagnostique et les choix thérapeutiques. Les IPA exercent en libéral ou en établissement de santé [20] ou en établissements médico-sociaux ou structures d'exercice coordonné (CPTS, MSP, centres de santé).

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 2022, on dénombrait 69 infirmiers formés à la pratique avancée et 40 étudiants en cours de formation en Nouvelle Aquitaine.

Afin de promouvoir l'inscription en formation et l'exercice des IPA, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a lancé 4 appels à candidatures depuis 2019 afin d'accompagner des infirmiers libéraux pour se former et exercer les 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.

Un comité de pilotage réunissant les fédérations d'établissements, l'Assurance maladie, des représentants des opérateurs, des professionnels et IPAassociation a été installé en juin 2022 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 proposera en 2023 un appel à manifestation d'intérêt (AMI) IPA en établissement (ES et ESMS) et structures d'exercice coordonné.

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

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

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

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

1 La pertinence des modes de prise en charge :

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'efficience pour les structures.

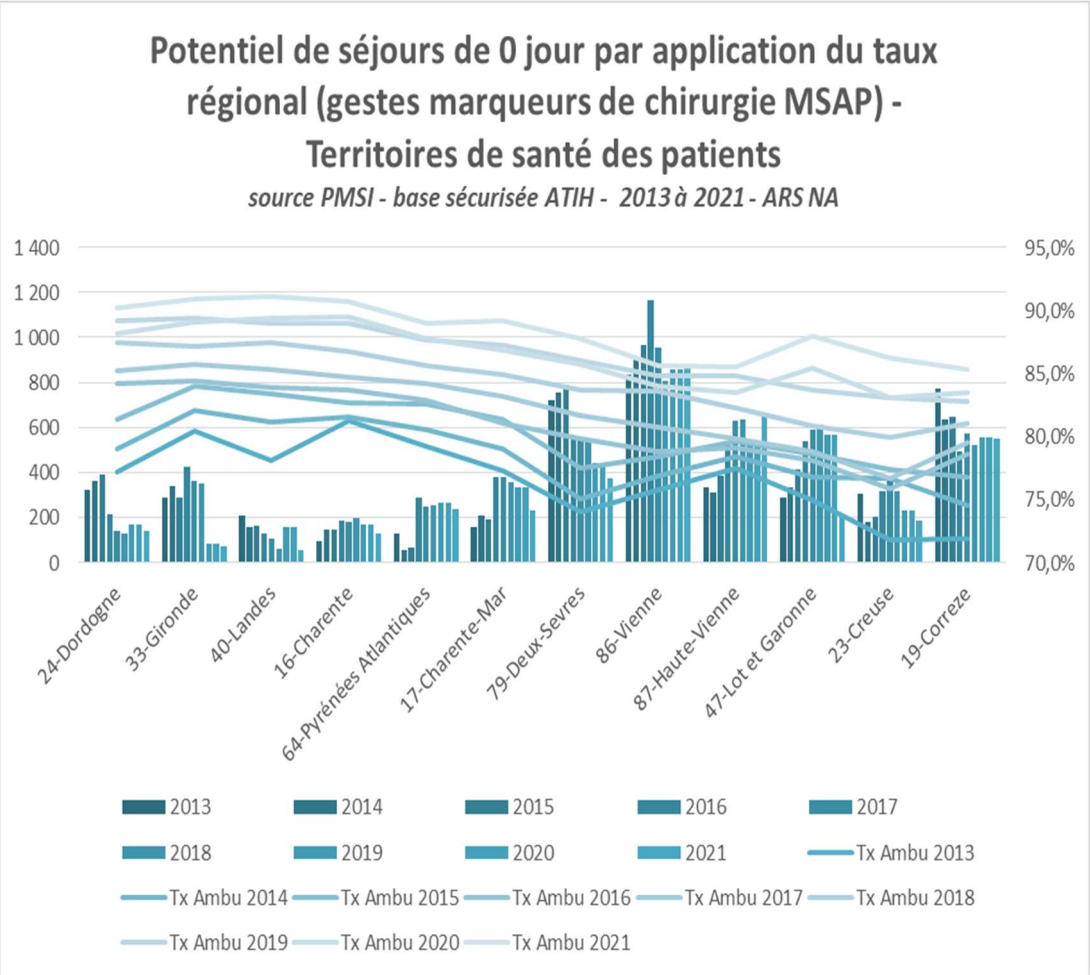
L'objectif ministériel annoncé en octobre 2017 fixe un taux cible national de 70% en 2022

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).

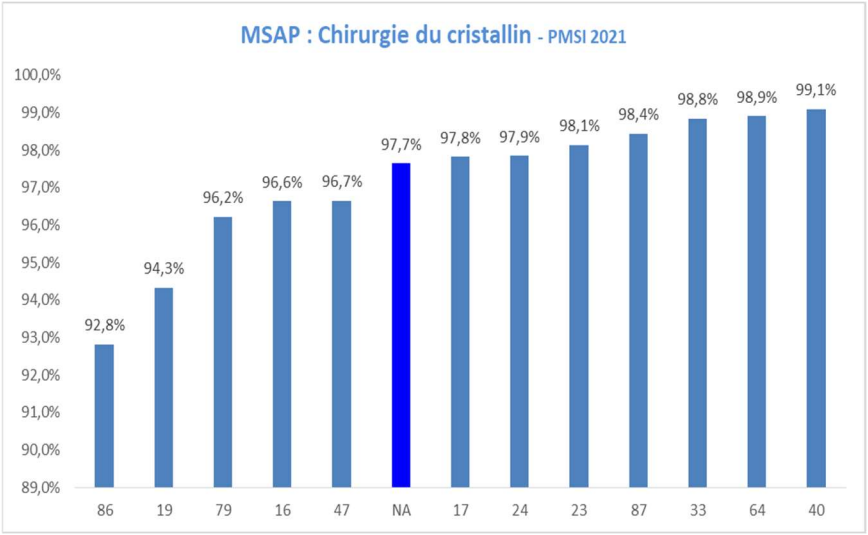
1.1 Le diagnostic régional

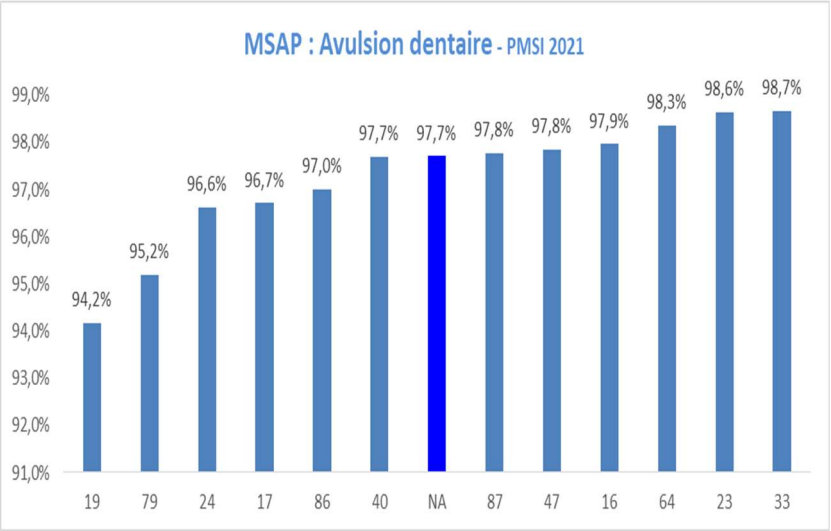
1.1.1 Le potentiel de séjours en chirurgie ambulatoire par application du taux régional (gestes marqueurs)

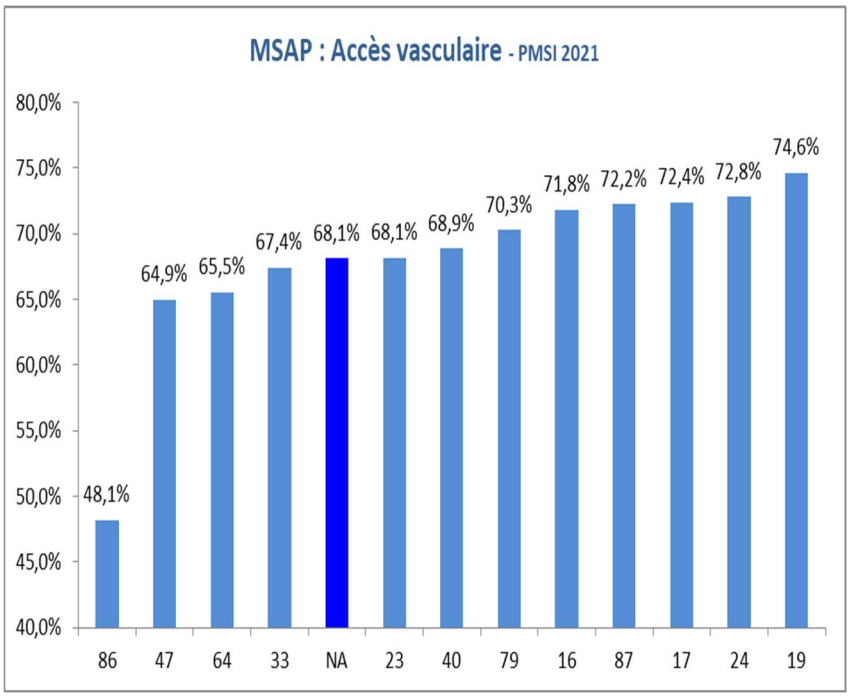


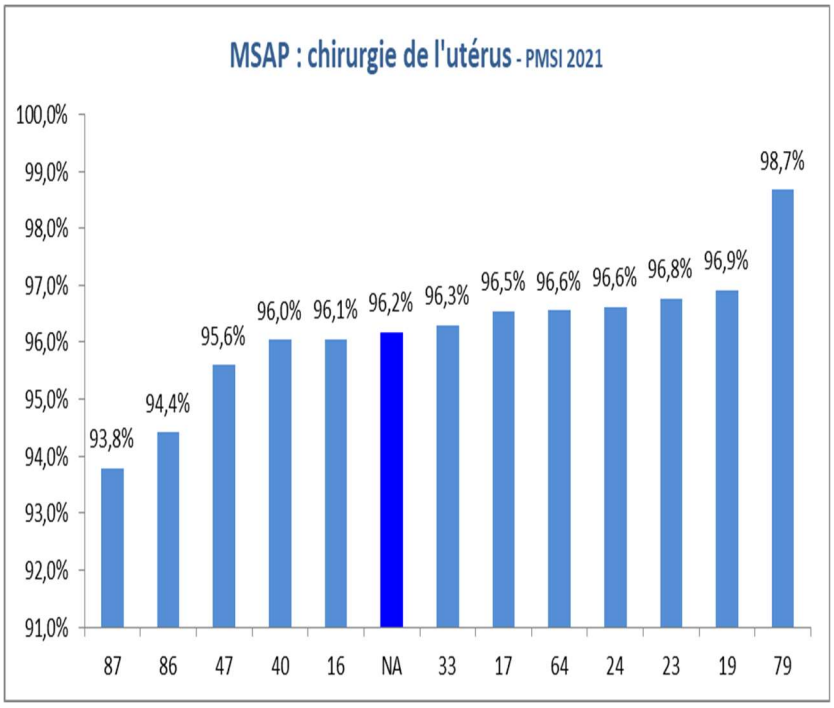
1.1.1 Le taux de chirurgie ambulatoire par département pour les gestes marqueurs présentant les plus gros volumes d'activité

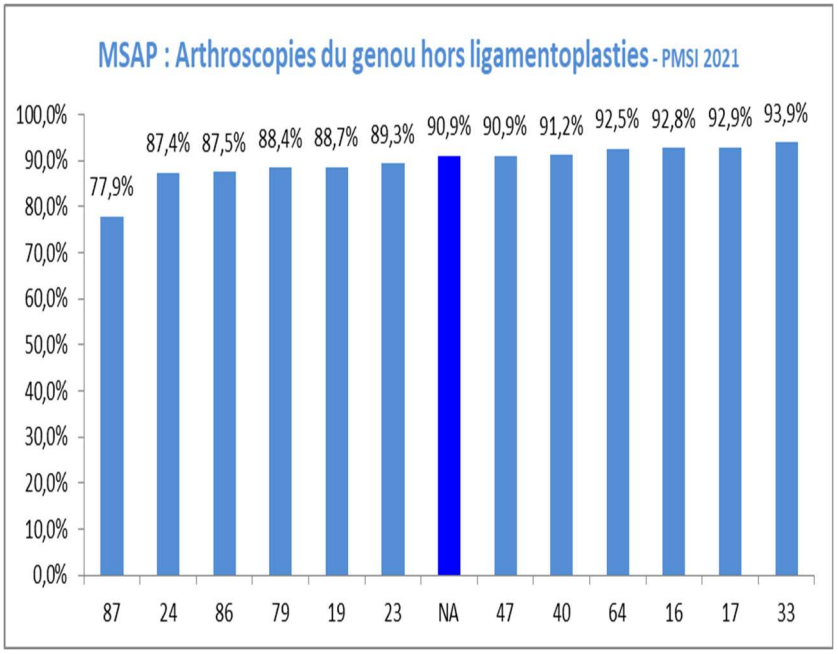
11 gestes marqueurs représentent quasiment les ¾ de l'activité de chirurgie ambulatoire dans la région Nouvelle-Aquitaine :

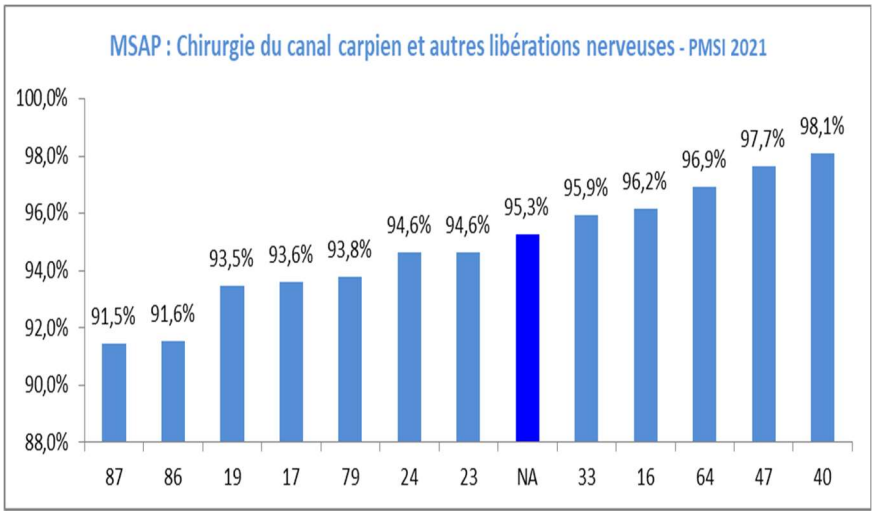


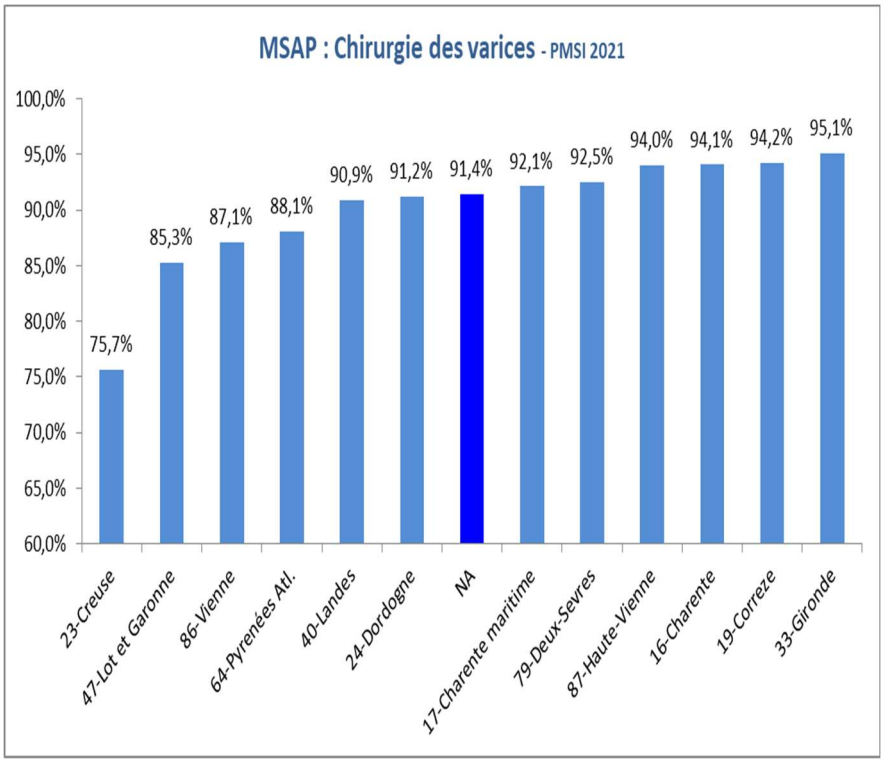

MSAP : Avulsion dentaire - PMSI 2021
99,0%
98,0%
97,0%
96,0%
95,0%
94,0%
93,0%
92,0%
91,0%
94,2%
95,2%
96,6%
96,7%
97,0%
97,7%
97,7%
97,8%
97,8%
97,9%
98,3%
98,6%
98,7%
19
79
24
17
86
40
NA
87
47
16
64
23
33

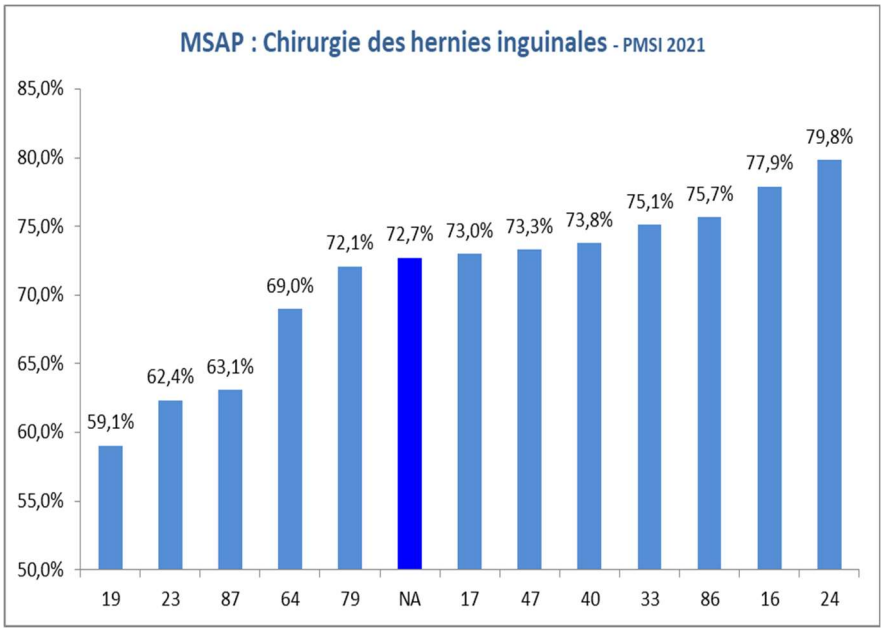

MSAP : Accès vasculaire - PMSI 2021
80,0%
75,0%
70,0%
65,0%
60,0%
55,0%
50,0%
45,0%
40,0%
48,1%
64,9%
65,5%
67,4%
68,1%
68,1%
68,9%
70,3%
71,8%
72,2%
72,4%
72,8%
74,6%
86
47
64
33
NA
23
40
79
16
87
17
24
19

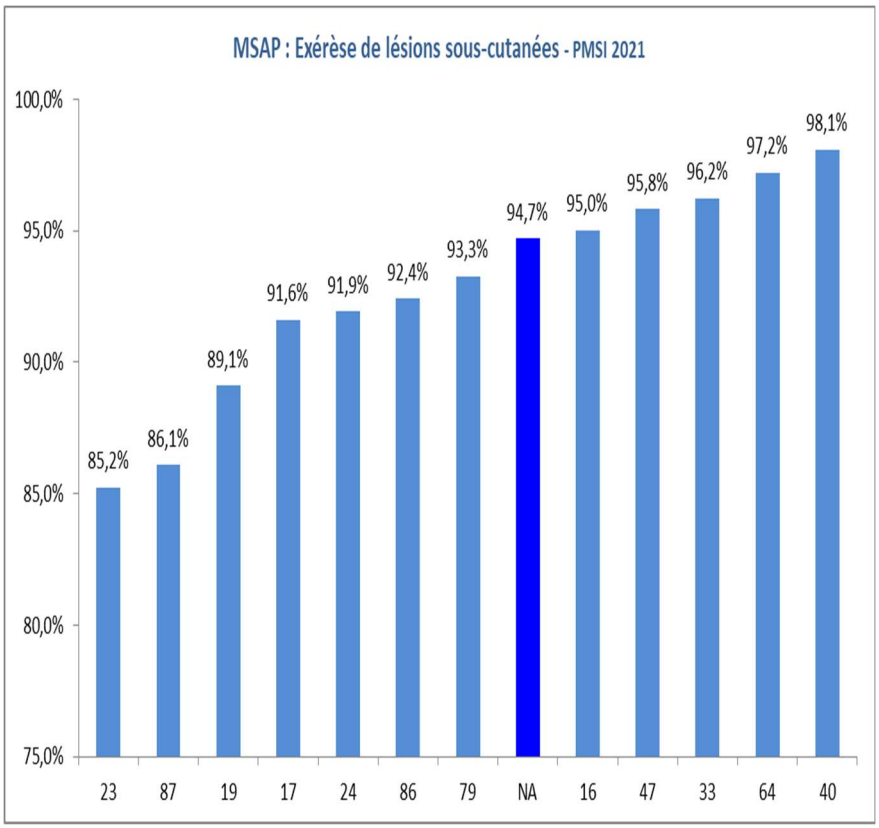

MSAP : chirurgie de l'utérus - PMSI 2021
100,0%
99,0%
98,0%
97,0%
96,0%
95,0%
94,0%
93,0%
92,0%
91,0%
93,8%
94,4%
95,6%
96,0%
96,1%
96,2%
96,3%
96,5%
96,6%
96,6%
96,8%
96,9%
98,7%
87
86
47
40
16
NA
33
17
64
24
23
19
79

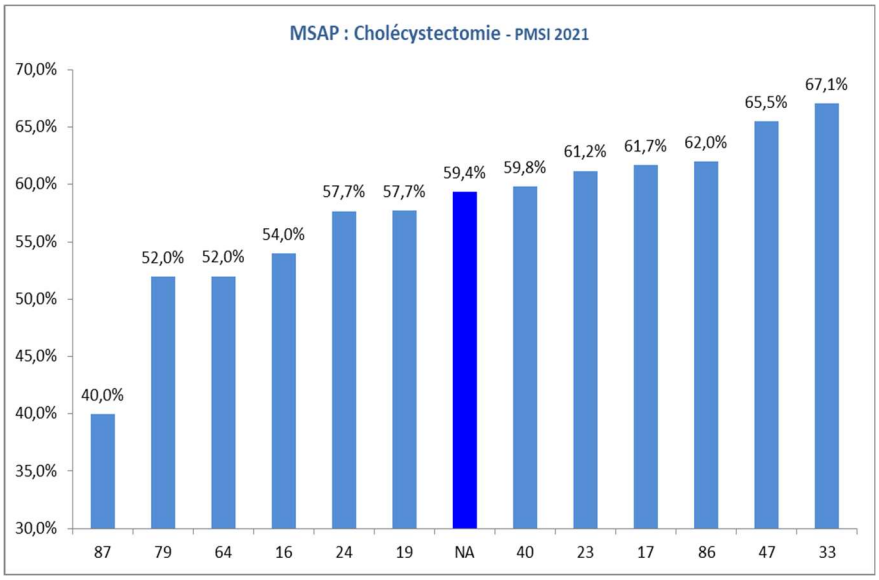

MSAP : Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties - PMSI 2021
100,0%
90,0%
80,0%
70,0%
60,0%
50,0%
40,0%
30,0%
20,0%
10,0%
0,0%
77,9%
87,4%
87,5%
88,4%
88,7%
89,3%
90,9%
90,9%
91,2%
92,5%
92,8%
92,9%
93,9%
87
24
86
79
19
23
NA
47
40
64
16
17
33

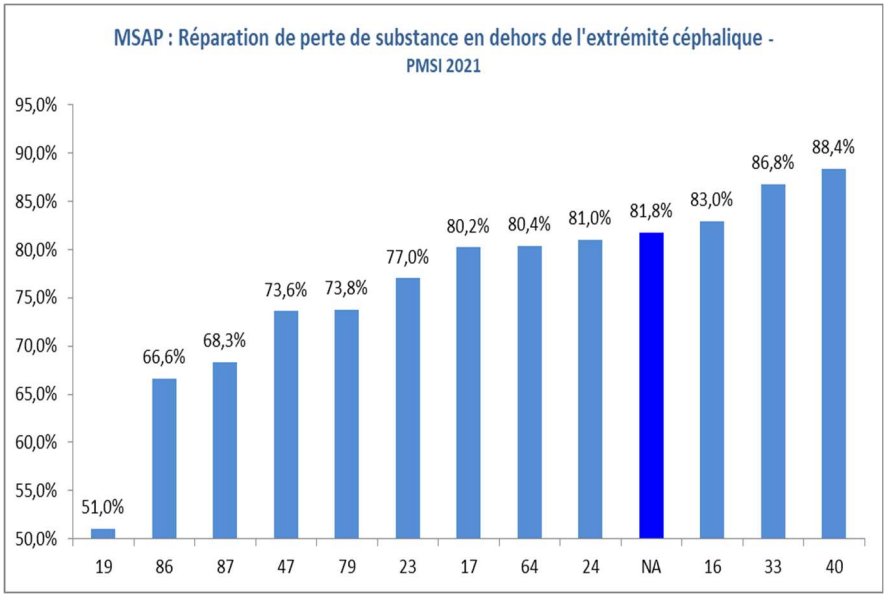

MSAP : Chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses - PMSI 2021
100,0%
98,0%
96,0%
94,0%
92,0%
90,0%
88,0%
91,5%
91,6%
93,5%
93,6%
93,8%
94,6%
94,6%
95,3%
95,9%
96,2%
96,9%
97,7%
98,1%
87
86
19
17
79
24
23
NA
33
16
64
47
40


MSAP : Chirurgie des varices - PMSI 2021
100,0%
95,0%
90,0%
85,0%
80,0%
75,0%
70,0%
65,0%
60,0%
75,7%
85,3%
87,1%
88,1%
90,9%
91,2%
91,4%
92,1%
92,5%
94,0%
94,1%
94,2%
95,1%
23-Creuse
47-Lot et Garonne
86-Vienne
64-Pyrenées Atl.
40-Landes
24-Dordogne
NA
17-Charente maritime
79-Deux-Sevres
87-Haute-Vienne
16-Charente
19-Correze
33-Gironde


MSAP : Chirurgie des hernies inguinales - PMSI 2021
85,0%
80,0%
75,0%
70,0%
65,0%
60,0%
55,0%
50,0%
59,1%
62,4%
63,1%
69,0%
72,1%
72,7%
73,0%
73,3%
73,8%
75,1%
75,7%
77,9%
79,8%
19
23
87
64
79
NA
17
47
40
33
86
16
24


MSAP : Exérèse de lésions sous-cutanées - PMSI 2021
100,0%
95,0%
90,0%
85,0%
80,0%
75,0%
85,2%
86,1%
89,1%
91,6%
91,9%
92,4%
93,3%
94,7%
95,0%
95,8%
96,2%
97,2%
98,1%
23
87
19
17
24
86
79
NA
16
47
33
64
40


MSAP : Cholécystectomie - PMSI 2021
70,0%
65,0%
60,0%
55,0%
50,0%
45,0%
40,0%
35,0%
30,0%
40,0%
52,0%
52,0%
54,0%
57,7%
57,7%
59,4%
59,8%
61,2%
61,7%
62,0%
65,5%
67,1%
87
79
64
16
24
19
NA
40
23
17
86
47
33


MSAP : Réparation de perte de substance en dehors de l'extrémité céphalique - PMSI 2021
95,0%
90,0%
85,0%
80,0%
75,0%
70,0%
65,0%
60,0%
55,0%
50,0%
51,0%
66,6%
68,3%
73,6%
73,8%
77,0%
80,2%
80,4%
81,0%
81,8%
83,0%
86,8%
88,4%
19
86
87
47
79
23
17
64
24
NA
16
33
40

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

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

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

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

1.3 Les critères de ciblage des établissements

Le ciblage porte de préférence sur les établissements :

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

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

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 VISUCHIR21 et des travaux des sociétés savantes (Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé Juin 2021).

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 VISU CHIR sera complémentaire permettant de revenir à l'acte CCAM.

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

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

Les enjeux sont :

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

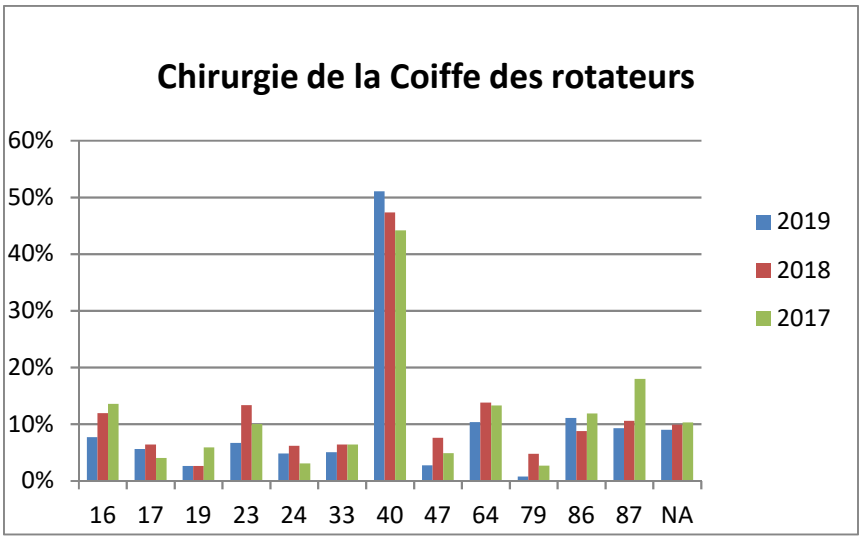
[21] **Visuchir** a été le premier outil de data-visualisation mis en ligne par la CNAM, grâce à l'appui de la DRSM Bourgogne Franche Comté, et disponible sur Scansanté en open data. Il se décline en une gamme de 3 outils, fondés sur les benchmarks, qui ont pour finalité commune de faire évoluer les 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 1er 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).

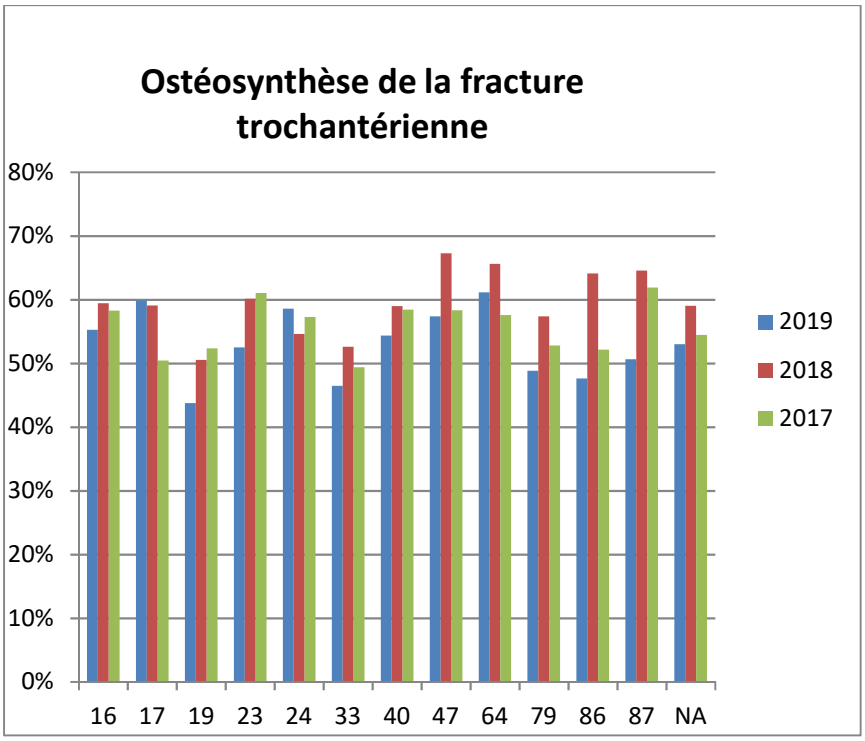
La MSAP des séjours de SSR (MSAP SSR) s'appuie sur une liste de gestes ayant fait l'objet de recommandations HAS (2006 et 2008) portant sur les critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou SSR :

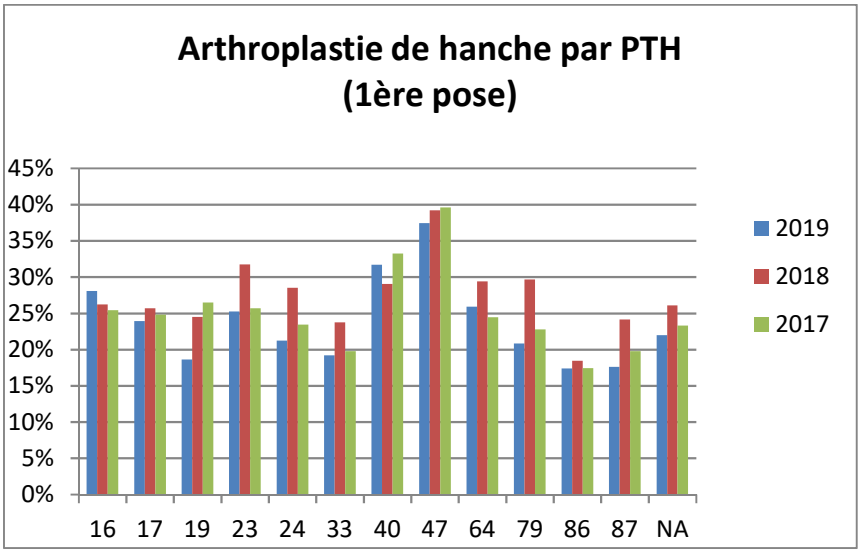
- Arthroplastie de genou par prothèse totale de genou en 1ère intention (PTG) [2008],
- Chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendon rompu de la coiffe des rotateurs (épaule) [2008],
- Ligamentoplastie du croisé antérieur du genou (LCA) [2008],
- Arthroplastie de hanche par prothèse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

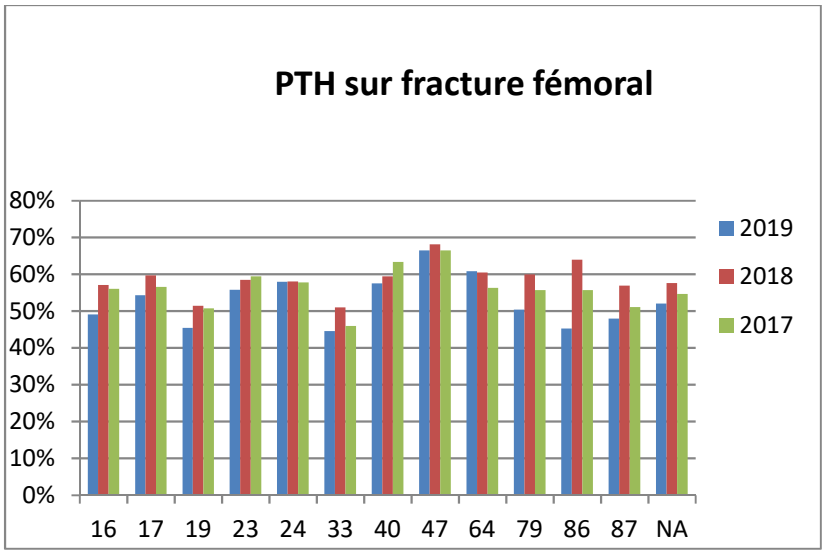
2.1.1 Le diagnostic régional

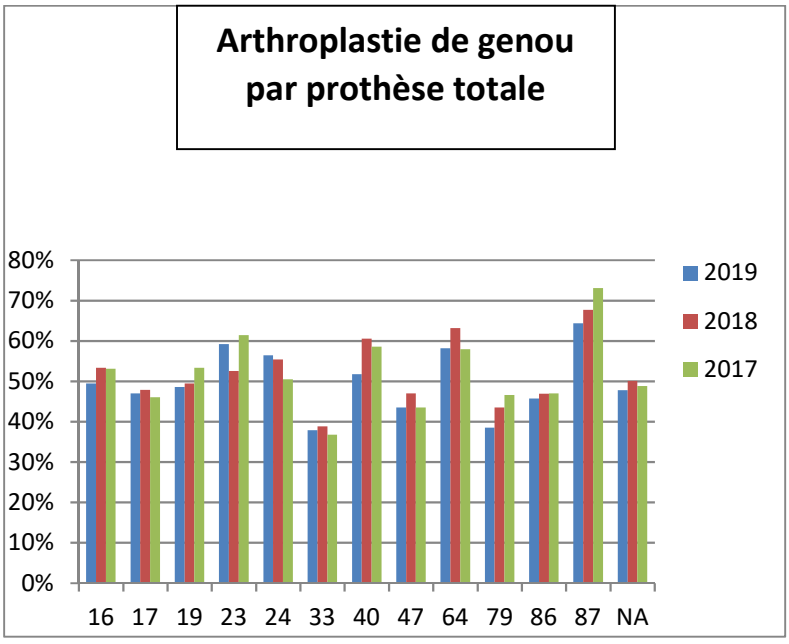
Les taux de sortie en SSR concernant la période 2017-2019 pour les 6 gestes marqueurs sont présentés dans les graphiques suivants :

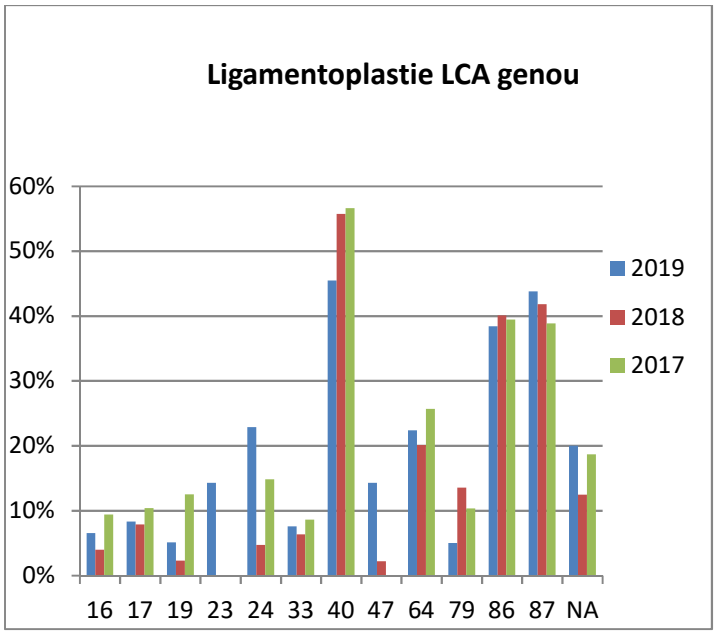



Ostéosynthèse de la fracture trochantérienne
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
16 17 19 23 24 33 40 47 64 79 86 87 NA
2019
2018
2017


Arthroplastie de hanche par PTH (1ère pose)
45%
40%
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
16 17 19 23 24 33 40 47 64 79 86 87 NA
2019
2018
2017


PTH sur fracture fémoral
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
16 17 19 23 24 33 40 47 64 79 86 87 NA
2019
2018
2017


Arthroplastie de genou par prothèse totale
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
16 17 19 23 24 33 40 47 64 79 86 87 NA
2019
2018
2017



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 liés à des actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas de façon générale, selon les recommandations de la HAS, de recourir à une hospitalisation, pour un patient qui justifie des soins de masso-kinésithérapie.

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

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

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

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

Il peut s'agir :

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

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

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'usager 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).

2.1.3 Les critères de ciblage des établissements

Les établissements sont ciblés en fonction :

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

2.2 Les « autres prestations hospitalières »

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

Trois prestations sont concernées :

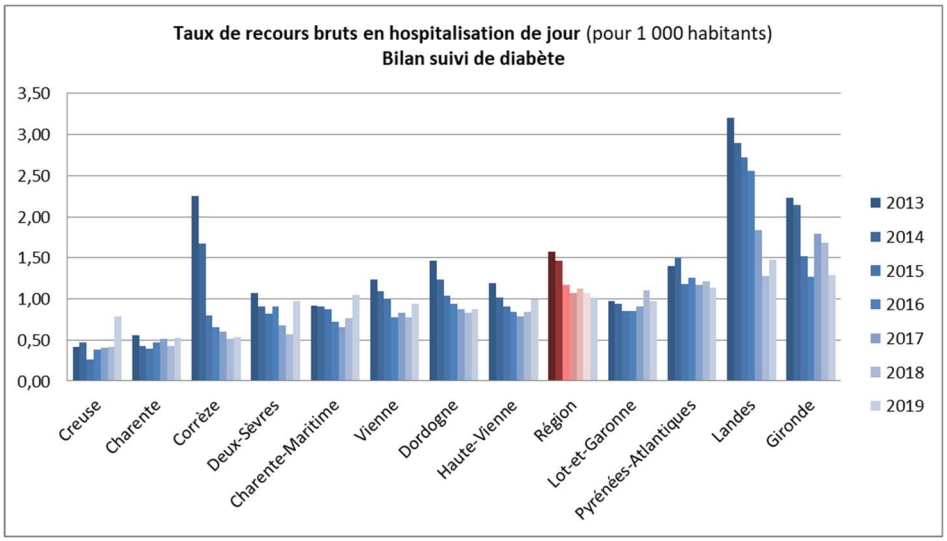
– Séjours de chirurgie réparatrice et reconstructive,

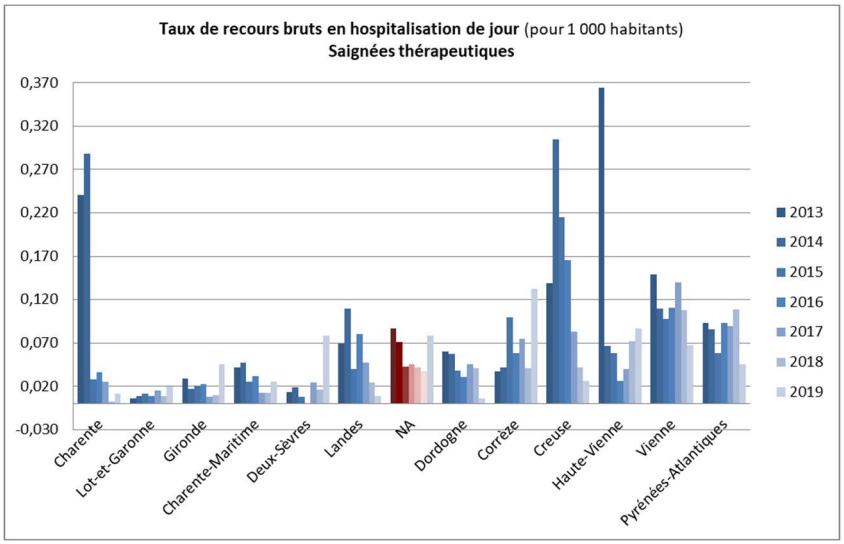
– Hospitalisation de jour de médecine pour le suivi des patients diabétiques,

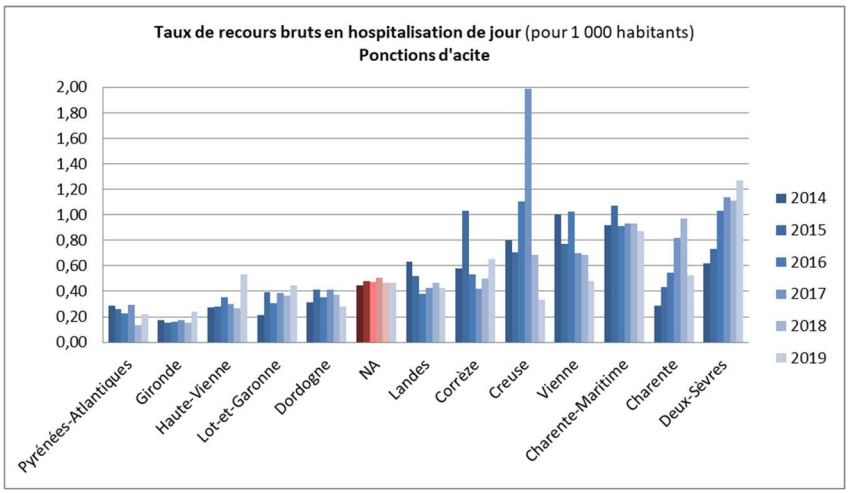
– Hospitalisation de jour pour un acte soumis à un forfait SE (donc théoriquement réalisé hors hospitalisation).

2.2.1 Le diagnostic régional

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




Taux de recours bruts en hospitalisation de jour (pour 1 000 habitants)
Saignées thérapeutiques
0,370
0,320
0,270
0,220
0,170
0,120
0,070
0,020
-0,030
Charente
Lot-et-Garonne
Gironde
Charente-Maritime
Deux-Sèvres
Landes
NA
Dordogne
Corrèze
Creuse
Haute-Vienne
Vienne
Pyrénées-Atlantiques
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019


Taux de recours bruts en hospitalisation de jour (pour 1 000 habitants)
Ponctions d'acite
2,00
1,80
1,60
1,40
1,20
1,00
0,80
0,60
0,40
0,20
0,00
Pyrénées-Atlantiques
Gironde
Haute-Vienne
Lot-et-Garonne
Dordogne
NA
Landes
Corrèze
Creuse
Vienne
Charente-Maritime
Charente
Deux-Sèvres
2014
2015
2016
2017
2018
2019

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

Hôpital de jour de médecine pour suivi des patients diabétique	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	**GHM retenus :** **23M08J (autres motifs de recours chez un patient diabétique, en ambulatoire)** **10M13Z (explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques)** **10M02T (diabète, âge supérieur à 35 ans, très courte durée)** **10M021 (diabète, âge supérieur à 35 ans, niveau 1)** **10M03T (diabète, âge inférieur à 36 ans, très courte durée)** **10M031 (diabète, âge inférieur à 36 ans, niveau 1)** **23M19Z (explorations et surveillance pour autres motifs de recours aux soins), présentant un diagnostic principal (DP) diabète (E10* à E14*) et une durée de séjour égale à 0 jour**
Forfait Sécurité Environnement	**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)**	Actes suivants : - Ponction d'ascite HPJB001 - Amniocentèse JPHJ002 - Biopsie de prostate JGHJ001 - Ablation système diffuseur EBGA001

2.2.3 Les critères de ciblage des établissements

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

Le ciblage porte :

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

ou

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

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

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.

REFERENTIELS NATIONAUX

Thyroïdectomie

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

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

Amygdalectomie

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

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

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

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

Ligamentoplastie du genou

HAS 2008 « Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après ligamentoplastie du croisé antérieur du genou »

Interventions transurétrales (ITU) et lithotritie extracorporelle (LEC)

HAS mai 2017 « Traitements interventionnels de première intention des calculs urinaires »

Rachis

HAS novembre 2015 « lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie »

Hystérectomie

HAS 2016 « Evaluation des dimensions clinique et organisationnelle de la chirurgie robot-assistée dans le cadre d'une prostatectomie totale. Saint-Denis La Plaine

HAS 2021 « Evaluation clinique de l'hystérectomie robot-assistée pour pathologie bénigne »

Remplacement valvulaire aortique

« Recommandations de la Société européenne de cardiologie sur les valvulopathies », août 2021

Pontage coronarien

HAS 2016 « guide du parcours de soins maladie coronaire stable »

ESC « Recommandations de la Société européenne de cardiologie sur la revascularisation myocardique », 2019)

Angioplastie coronaire

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

Césarienne programmée à terme

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

Les Examens pré interventionnels systématiques

RECOMMANDATIONS FORMALISÉES D'EXPERTS S. Molliex, S. Pierreb, C. Bléry , E. Marret , H. Beloeil ,* Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 31 (2012) 752–763

GLOSSAIRE

ACE	Actes et consultations externes
ACIRA	Registre aquitain de cardiologie interventionnelle
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
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
DGARS	Directeur général de l'agence régionale de santé
DP	Diagnostic principal
DPC	Développement professionnel continu
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
GDR	Gestion du risque
GHM	Groupe homogène de malades
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAS	Haute autorité de santé
IRAPS	Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins
LPP	Liste des produits et prestations
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
PRADO	Programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation

SE	Soins externes
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TAVI	Transcatheter aortic valve implantation