

PAPRAPS

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

2022-2006 – version actualisé 2023



PLAN D' ACTIONS PLURIANNUEL REGIONAL D'AMELIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS

References :

1. Seitz JF, Lapalus D, Arlotto S, Gentile S, Ettori F, Rinaldi Y, Grandval P and Delasalle . Colorectal cancer screening by fecal immunochemical test or colonoscopy in France: how many people are actually covered? Focus on the Provence-Alpes-Côte d'Azur region. Eur J Gastroenterol Hepatol 2022 ; 34 :405-410.
2. Arlotto S, Gentile S, Rinaldi Y, heid P, Winckler J, Le Cozannert E, Seitz JF. Colorectal cancer screening participation according to poverty in the department of Bouches-du-Rhône (France). Santé Publique 2021 ; 33 : 1-12.
3. Meyer A,Drouin J, Zureik M, Weill A, Dray-Spira R. Colonoscopy in France during the COVID-19 pandemic. Int J Colorectal Dis. 2021 ; 36:1073-1075

1.	INTRODUCTION	3
1.1.	LES OBJECTIFS DE LA PERTINENCE DES SOINS.....	3
1.2.	LE CADRE LEGISLATIF.....	4
1.3.	LE PLAN D' ACTIONS PLURIANNUEL REGIONAL D'AMELIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS (PAPRAPS).....	5
1.4.	LES AUTRES OUTILS DE LA PERTINENCE.....	6
1.4.1.	DISPOSITIF DE MISE SOUS ACCORD PREALABLE (MSAP) DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	6
1.4.2.	LA CONTRACTUALISATION TRIPARTITE	8
1.5.	LES ACTEURS REGIONAUX DE LA PROMOTION DE LA PERTINENCE DES SOINS.....	9
1.5.1.	L'INSTANCE REGIONALE D'AMELIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS	9
1.5.2.	LA COMMISSION REGIONALE DE COORDINATION DES ACTIONS	11
2.	LE DIAGNOSTIC DE LA SITUATION DE LA REGION PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	12
2.1.	LES CARACTERISTIQUES REGIONALES	12
2.2.	L'ETAT DES LIEUX REGIONAL DES ACTIVITES CIBLEES	14
3.	LA METHODOLOGIE DE TRAVAIL PROPOSEE.....	24
3.1	GROUPES DE TRAVAIL PRIORITAIRES	24
3.2	COMMUNICATION.....	25
3.3	MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION	25
4.	LES DOMAINES D' ACTION PRIORITAIRES	26
4.1.	LA PERTINENCE DES PARCOURS DE SOINS PRIORITAIRES.....	27
4.1.1.	LE PARCOURS DE SOINS INSUFFISANCE CARDIAQUE.....	27
	DIAGNOSTIC DETAILLE.....	27
	DECLINAISON OPERATIONNELLE.....	28
4.1.2.	LE PARCOURS DE SOINS DU SYNDROME CORONARIEN CHRONIQUE.....	30
	DIAGNOSTIC DETAILLE.....	30
	DECLINAISON OPERATIONNELLE.....	33
4.1.3.	LE PARCOURS DE SOINS DE PERINATALITE	35
	DIAGNOSTIC DETAILLE.....	35
	DECLINAISON OPERATIONNELLE.....	38
4.1.4.	LE PARCOURS PERTINENCE DU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL PAR FIT ET/OU COLOSCOPIE DANS LE PARCOURS DU CANCER COLO-RECTAL : DE LA PREVENTION AU TRAITEMENT.....	39
	DIAGNOSTIC DETAILLE.....	39
	DECLINAISON OPERATIONNELLE.....	40

4.2.	LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS	42
4.2.1.	LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DE TRANSPORTS.....	42
	DIAGNOSTIC DETAILLE.....	42
	DECLINAISON OPERATIONNELLE.....	44
4.2.2.	LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES	45
4.2.2.1.	BIOSIMILAIRES	45
4.2.2.2.	GENERIQUES.....	46
4.2.2.3.	QUALITE, SECURITE ET BON USAGE DES DISPOSITIFS MEDICAUX IMPLANTABLES (DMI) 47	
4.2.2.4.	PERTINENCE ET RESPECT DES INDICATIONS DES PRESCRIPTIONS DES MEDICAMENTS COUTEUX ET INNOVANTS (MEDICAMENTS LISTE EN SUS).....	49
4.2.2.5.	PHARMACIE CLINIQUE : DISPENSATION ET ACTIONS DE PHARMACIE CLINIQUE .	51
4.3.	LA PERTINENCE DES ACTES.....	54
	DIAGNOSTIC DETAILLE.....	54
	DECLINAISON OPERATIONNELLE.....	54

1. INTRODUCTION

1.1. LES OBJECTIFS DE LA PERTINENCE DES SOINS

Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes, nationales et internationales.

La pertinence des soins est une notion évolutive car un soin pertinent hier peut ne plus l'être aujourd'hui du fait de l'évolution des connaissances, des techniques et de l'organisation des soins.

Concrètement la pertinence des soins doit permettre d'améliorer les pratiques professionnelles afin de développer la qualité des soins ainsi que d'améliorer l'efficacité de la prise en charge pour éviter des traitements inadéquats et donc des risques potentiels pour les patients et des dépenses inutiles pour la collectivité.

Une attention particulière est portée aux variations territoriales de recours aux soins. Lorsque inexplicables par les données démographiques, ces variations permettent d'illustrer les écarts de pratiques médicales existants et d'interroger leurs causes afin de les réduire.

En définitif, les actions d'amélioration de la pertinence des soins 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. Ces actions d'amélioration de la pertinence des soins peuvent porter aussi bien sur l'amélioration des pratiques que sur l'optimisation des modes de prise en charge (hospitalisation complète, soins ambulatoires, soins externes, ...).

Sens large de la pertinence des soins



1.2. LE CADRE LEGISLATIF

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 relatif au cadre général du contrat d'amélioration de la qualité et d'efficacité des soins mentionné à l'article L. 160-30-2 du code de la sécurité sociale fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) précise les règles relatives à l'élaboration du PAPRAPS. Thématique nationale prioritaire de gestion du risque dès l'année 2013, la démarche d'amélioration de la pertinence des actes s'inscrit dans ce nouveau cadre juridique qui pérennise et renforce la portée de cette démarche, désormais élargie à la pertinence des soins.

1.3. LE PLAN D' ACTIONS PLURIANNUEL REGIONAL D'AMELIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS (PAPRAPS)

Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins est arrêté par le directeur général de l'ARS pour une durée de quatre ans, après avis de la commission régionale de coordination des actions (CRCA) ARS – Assurance maladie siégeant en formation plénière. Il est révisé chaque année dans les mêmes conditions.

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

- le diagnostic de la situation régionale, réalisé sur un champ délimité par la CRCA ARS – Assurance maladie, avec le concours de l'instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins,
- les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé, en définissant les actes, prestations et prescriptions retenus qui portent, le cas échéant, sur la structuration des parcours de santé et l'articulation des prises en charge en ville et en établissement de santé, avec ou sans hébergement,
- les actions communes aux domaines précités et la déclinaison, pour chacun d'eux, des actions qui seront menées en précisant le calendrier et les moyens mobilisés pour leur mise en œuvre,
- les modalités de suivi et d'évaluation de ces actions.

Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) permet la mise en œuvre d'outils gradués à l'égard des établissements :

- la mise sous accord préalable (MSAP),
- la contractualisation tripartite ARS - Assurance Maladie - établissement dans le cadre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) en vigueur depuis le 1er janvier 2018.

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

1.4. LES AUTRES OUTILS DE LA PERTINENCE

1.4.1. DISPOSITIF DE MISE SOUS ACCORD PREALABLE (MSAP) DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Les objectifs de la MSAP

Initié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, le dispositif de mise sous accord préalable (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.

Les critères de ciblage prévus par les textes

Les établissements de santé visés sont les établissements de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) quel que soit leur statut (public, ESPIC ou privé lucratif). La loi permet de placer sous accord préalable les établissements de santé « prescripteurs » (article L162-1-17 CSS) :

- d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement ou de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation qui auraient pu se faire en ambulatoire,
- d'une proportion élevée d'actes, de prescriptions ou de prestations d'hospitalisation non conformes aux référentiels établis par la HAS,
- d'un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable.

Le ciblage des établissements est réalisé conjointement par l'Assurance Maladie et l'Agence régionale de santé (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.

La Procédure de MSAP

La procédure de mise sous accord préalable (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 Directeur général de l'Agence régionale de santé 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 Directeur général de l'Agence régionale de santé (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 Directeur général de l'Agence régionale de santé (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.

1.4.2. LA CONTRACTUALISATION TRIPARTITE

L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a modifié les dispositions législatives s'appliquant au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, dit CAQES. Ces modifications sont entrées en vigueur à la date du 1^{er} janvier 2022.

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

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

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

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (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.

De plus, en application des dispositions de l'article L.162-30-4 du code de sécurité sociale, dans l'optique de maîtriser le « sur-recours », l'Agence régionale de santé (ARS) a la possibilité de fixer, pour un établissement en situation de sur-recours sur certains actes (liste non arrêtée à ce jour), prestations et prescriptions, un volume maximum d'activité. A l'issue d'une période d'observation de deux ans, si cet établissement demeure significativement au-delà des taux de recours nationaux, le Directeur général de l'ARS pourra, après une procédure contradictoire et pour le volume d'actes excédant le volume maximum fixé, minorer les tarifs nationaux des actes, prestations et prescriptions considérés dans la limite de 50%. Les montants ainsi économisés seraient alloués au Fond d'Intervention Régional (FIR).

A l'inverse, si le Directeur général de l'Agence régionale de santé constatait une faiblesse persistante de l'activité pour des prises en charge stratégiques, il pourrait, par contrat avec les établissements concernés, apporter un soutien financier temporaire du FIR afin que ces derniers développent leur capacité à la réalisation de ces actes.

La liste des actes, prestations et prescriptions concernées fera l'objet d'un arrêté ministériel dédié. Ces actes, prescriptions et prestations seront distincts de la liste des 15 indicateurs nationaux et régionaux concernés par le levier incitatif.

1.5. LES ACTEURS REGIONAUX DE LA PROMOTION DE LA PERTINENCE DES SOINS

1.5.1. L'INSTANCE REGIONALE D'AMELIORATION 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).

Son rôle

L'IRAPS contribue à l'amélioration de la pertinence des prestations, des prescriptions et des actes dans la région. Elle concourt à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche. Elle est consultée sur le projet de plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (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 mise sous accord préalable (MSAP) ou un contrat tripartite, ainsi qu'une synthèse des résultats de l'évaluation de la réalisation des objectifs du contrat tripartite.

Au-delà des domaines d'actions prioritaires figurant dans le PAPRAPS, l'instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins peut identifier des actions de pertinence à mettre en œuvre régionalement et portées par des membres de l'instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) missionnés conjointement par le Directeur général d'Agence régionale de santé et la présidente de l'IRAPS. Notamment des actions de pertinence déjà engagées par les professionnels de la région seront suivies et valorisées.

Sa composition

Les membres de l'instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins (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° des représentants 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.

1.5.2. LA COMMISSION REGIONALE DE COORDINATION DES ACTIONS

L'assurance maladie est associée à l'élaboration du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (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'instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins.

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.

2. LE DIAGNOSTIC DE LA SITUATION DE LA REGION PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

2.1. LES CARACTERISTIQUES REGIONALES

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur est une région hétérogène caractérisée par un éventail de territoires : montagneux et maritimes, ruraux et urbains, ouverts et enclavés, à la fois densément et faiblement peuplés.

La croissance démographique de la région ralentit depuis les années 90 et se situe actuellement dans la moyenne nationale avec une variation annuelle de +0.4%. Cette augmentation est pour moitié due au solde naturel. Le taux de fécondité en Provence-Alpes-Côte d'Azur est le plus élevé de France métropolitaine.

Toutefois le vieillissement de la population est très prononcé en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les personnes de 65 ans ou plus sont aussi nombreuses que les jeunes de moins de 20 ans. La population de la région est plus âgée que population moyenne nationale : l'indice de vieillissement de population de la région est de 101.5, versus 81.9 au niveau national (données INSEE 2018). Ce vieillissement va s'accroître fortement à l'horizon 2040.

A ces disparités géographiques et démographiques, s'ajoutent des inégalités socio-économiques fortes. Si le niveau de vie médian en Provence-Alpes-Côte d'Azur est proche de celui national, les écarts de niveau de vie sont parmi les plus importants de France: avec un taux de pauvreté de 17,3 %, c'est la troisième région de métropole la plus défavorisée (données INSEE 2018). Dans tous les départements de la région, à l'exception des Hautes-Alpes, le taux de pauvreté est supérieur à la moyenne nationale, particulièrement en Vaucluse et dans les Bouches-du-Rhône. Le taux de bénéficiaires de la CMU est supérieur en Provence-Alpes-Côte d'Azur par rapport à celui observé au niveau national (9.1% contre 8.3%).

La région présente une offre de soins disponible sur le territoire importante mais pas nécessairement bien répartie (que ce soit en terme de densité des structures de soins, des professionnels de santé, prescripteurs, libéraux ou hospitaliers, généralistes ou spécialistes), face à une demande accrue de soins liée à un effet démographique certain et à la part de patients en ALD, atteints de maladies chroniques.

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur présente la plus forte densité médicale de France avec 372 médecins pour 100 000 habitants en 2019. Cependant, ce chiffre cache de grandes disparités régionales : les médecins généralistes et spécialistes sont principalement

implantés le long de la bande littorale, tandis que le reste de la région est en carence. Par ailleurs l'analyse de la pyramide des âges des médecins de la région prévoit une forte diminution des généralistes comme des spécialistes à l'horizon 2026 en particulier pour les 55-65 ans.

L'offre de soins hospitalière est elle aussi globalement plus abondante que la moyenne nationale mais inégalement répartie. La part du secteur privé à but commercial, et à but non lucratif, sur le territoire est importante.

Avec plus de 20 milliards d'euros en 2020, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) représente 8.6% des dépenses de santé au niveau national pour 7.8% de la population de France métropolitaine. Rapportées à la population, les dépenses de santé représentent 3 957.70 euros par habitant.

Les trois principaux postes de dépenses sont :

- les soins de ville (9.597 milliards d'euros) ;
- les soins en établissement de santé (7.412 milliards d'euros) ;

Ces deux postes représentent 84 % des dépenses de santé de la région en 2020 ;

- les soins en établissements et services médico-sociaux (1.521 milliards d'euros).

L'activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) représente 78% des dépenses hospitalières (5.79 milliards d'euros sur 7.38 milliards) financée essentiellement par la tarification à l'activité (T2A).

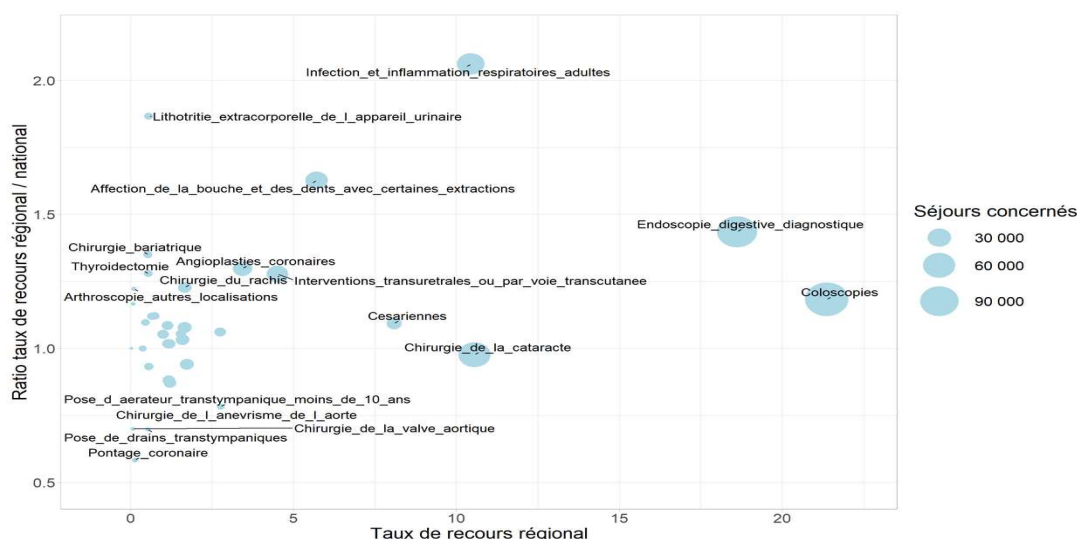
2.2. L'ETAT DES LIEUX REGIONAL DES ACTIVITES CIBLEES

En accord avec l'instruction N° DGOS/R5/2013/44 du 4 février 2013, l'analyse de la consommation de soins présentée se base sur les taux de recours aux soins de la population domiciliée dans la région. La présente analyse utilise les taux de recours standardisés, soit le nombre de patients ou séjours/séances hospitaliers annuels de la population domiciliée d'une zone géographique pour 1000 habitants corrigé de l'effet structure de la population (âge et sexe). L'analyse est centrée sur les activités prioritairement retenues pour l'analyse de la pertinence de soins, en accord avec les travaux de l'ATIH, la HAS et la CNAMTS publiés en 2012 et de l'atlas des variations de pratiques médicales publié en 2016. Ces activités prioritaires ont été ciblées d'après plusieurs critères, notamment en termes de volume d'activité et de dispersion des taux de recours par territoire de santé.

Comme le montrent les graphiques pluriannuels présentés plus avant, la dynamique des ratios entre taux de recours régionaux et nationaux n'a pas changé drastiquement en 2020 (exception faite des infections et inflammations respiratoires de l'adulte), raison pour laquelle l'année 2020 est intégrée aux analyses, bien qu'elle ait vu débuter l'épidémie de SARS-CoV-2.

Les ratios des taux de recours nationaux versus régionaux en 2020 en Provence-Alpes-Côte d'Azur sont présentés dans la Figure 1, avec les taux de recours régionaux et les volumes de séjours concernés (seules les activités présentant les ratios les plus extrêmes sont annotées).

Figure 1 Taux de recours et volumes de séjours en 2020 en région PACA



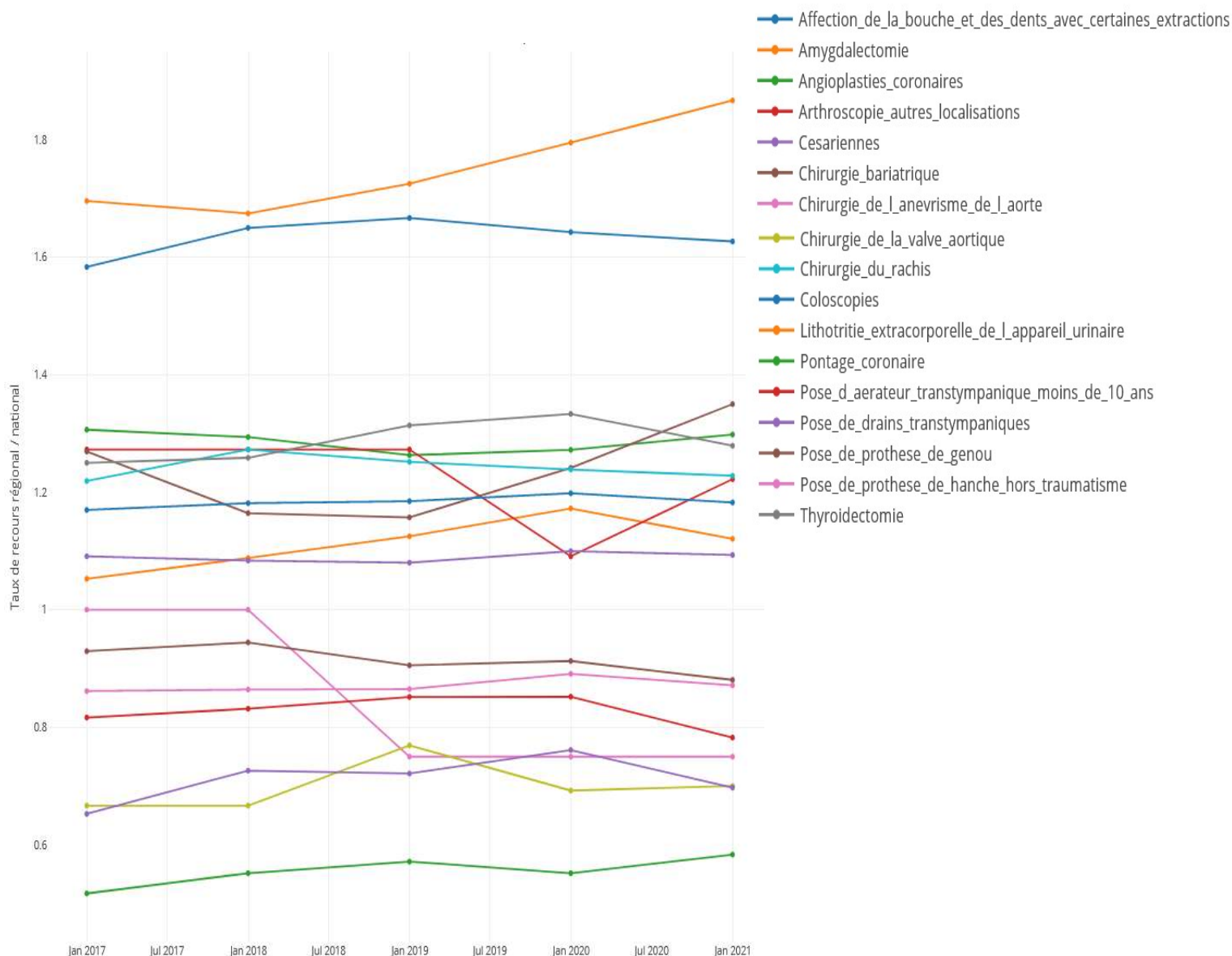
Parmi ces activités, 17 présentent des taux de recours significativement différents de ceux nationaux avec des évolutions négatives (sur-recours en augmentation ou sous-recours en diminution). La sélection de ces activités respecte les critères suivants :

- Ratio des taux de recours régional / national > 1.1 , ou > 1.05 pour les activités représentant 80% du volume de séjours, et :
 - o évolution positive du ratio des taux de recours sur la période 2019-2020 sans que le minimum soit inférieur à 1.05 sur la même période, ou :
 - o évolution positive du ratio des taux de recours sur la période 2016-2020 sans que le minimum soit inférieur à 1.05 sur la même période.
- Ratio des taux de recours régional / national < 1 en 2020 et :
 - o évolution négative du ratio des taux de recours sur la période 2019-2020, ou :
 - o évolution négative du ratio des taux de recours sur la période 2016-2020, ou :
 - o ratio des taux de recours en 2020 < 0.75

La Figure 2 ci-dessous présente ces activités et leur évolution sur la période 2016-2020, tandis que les Tableau 1 et

Tableau 2 décrivent les taux de recours en 2020 pour les activités présentant des ratios de taux de recours régional / national > 1.05 et < 0.95 respectivement.

Figure 2 Evolution des activités présentant des taux de recours significativement différents en PACA (versus national)



Concernant les 17 activités ciblées avec évolutions négatives, on peut observer que les activités de *lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire* et les *affections de la bouche et des dents avec certaines extractions*, se détachent nettement des autres activités, avec des taux de recours respectivement 1.8 et 1.6 fois plus élevés en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) par rapport au national (Figure 2), tandis qu'en 2020 les recours pour *infection et inflammation respiratoires adultes* étaient 2 fois supérieur en PACA par rapport au national, en lien avec l'impact de l'épidémie à SARS-CoV-2 en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) en 2020 (

Tableau 1).

Parmi les 17 activités ciblées avec évolutions négatives, on observe aussi que l'activité de *pontage coronaire* présente un sous-recours particulièrement important en PACA, avec un ratio des taux recours régional / national inférieur à 0.6. Ce ratio, bien qu'en légère augmentation depuis 2016, reste très inférieur à celui national en 2020. Ce sous-recours au pontage coronaire est probablement à rapprocher du sur-recours observé pour l'activité d'*angioplasties coronaires*, qui fait partie des 17 activités ciblées avec évolutions négatives en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA).

En effet, parmi les 17 activités ciblées avec évolutions négatives, l'activité d'*angioplasties coronaires*, comme celles de *chirurgie bariatrique*, *thyroïdectomie*, *chirurgie du rachis*, *arthroscopie autres localisations*, *coloscopies*, *amygdalectomies* et *césariennes*, présentent des taux de recours régionaux significativement supérieurs à ceux observés au niveau national.

A contrario, parmi les 17 activités ciblées avec évolutions négatives, les activités de *pose de prothèse de genou*, *pose de prothèse de hanche hors traumatisme*, *pose d'aérateur trans-tympanique moins de 10 ans*, *chirurgie de l'anévrisme de l'aorte*, *chirurgie de la valve aortique* et *pose de drain trans-tympanique*, présentent des taux recours régionaux significativement inférieurs à ceux observés au niveau national. Il est à noter que dans le cas de la *chirurgie de la cataracte*, une baisse est observée depuis 3 ans.

Tableau 1 Activités présentant des ratios de taux de recours régional / national > 1.05 en 2020

Recours	Taux de recours régional / national	Nombre de séjours en 2020	Evolution à 2 ans	Evolution à 5 ans
Affection de la bouche et des dents avec certaines extractions	1.627	27012	-1.6 %	4.3 %
Amygdalectomie	1.121	3067	-5.2 %	6.8 %
Angioplasties coronaires	1.298	19299	2.6 %	-0.8 %
Appendicectomie	1.086	5570	1.1 %	4 %
Arthroscopie autres localisations	1.222	566	13.1 %	-5.1 %
BPC surinfectée	1.053	5698	-3.2 %	6 %
Cesariennes	1.093	10999	-0.6 %	0.2 %
Chirurgie bariatrique	1.35	2667	10.9 %	8.1 %
Chirurgie du rachis	1.228	8859	-1.1 %	0.9 %
chirurgie pour hypertrophie bénigne de la prostate	1.062	5677	4.9 %	7.5 %
Cholecystectomie 07C13	1.098	2404	-2.4 %	2.8 %
Coloscopies	1.183	114858	-1.6 %	1.3 %
Endoscopie digestive diagnostique	1.436	97964	-0.7 %	-3.1 %
Hystérectomie	1.054	4239	2.6 %	5.4 %
Infection et inflammation respiratoires adultes	2.061	42969	107.1 %	114.7 %
Infections des reins et des voies urinaires	1.078	9339	0.6 %	9.1 %
Interventions transuretrales ou par voie transcutanée	1.278	24666	-2 %	-0.3 %
Ligamentoplastie du genou	1.121	3545	8.6 %	3.6 %
Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire	1.867	2908	7.2 %	17.1 %
Pancreatéctomie	1.167	389	2.4 %	16.7 %
Thyroïdectomie	1.279	2884	-5.4 %	2.9 %

Tableau 2 Activités présentant des ratios de taux de recours régional / national < 0.95 en 2020

Recours	Taux de recours regional / national	Evolution à 2 ans	Evolution à 5 ans
Chirurgie de l anevrisme de l aorte	0.75	0 %	-25 %
Chirurgie de la valve aortique	0.7	0.8 %	3.3 %
Chirurgie des varices	0.933	1.4 %	2.2 %
Chirurgie du syndrome du canal carpien	0.94	0 %	0.6 %
Pontage coronaire	0.583	3.2 %	6.6 %
Pose d aerateur transtympanique moins de 10 ans	0.782	-7 %	-3.4 %
Pose de drains transtympaniques	0.697	-6.4 %	4.5 %
Pose de prothese de genou	0.881	-3.2 %	-4.9 %
Pose de prothese de hanche hors traumatisme	0.871	-1.9 %	1 %

D'un point de vue de la variabilité infrarégionale des taux de recours, on observe une certaine hétérogénéité entre les départements de Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA).

Les six départements de PACA sont représentés des Figure 3 à **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**, on y observe par exemple que l'activité de lithotritie *extracorporelle de l'appareil urinaire* présente un taux de recours plus de 2 fois supérieur à celui national dans les Bouches-du-Rhône et les Alpes de Haute-Provence, tandis que cette activité n'est pas en sur-recours dans le Vaucluse ni les Hautes-Alpes.

On observe aussi qu'une activité globalement en sous-recours au niveau régional comme la *pose de drains trans-tympaniques*, est en revanche celle présentant le plus fort sur-recours dans le Vaucluse. De telles disparités entre départements sont aussi observées pour d'autres activités comme les activités de *colectomie totale*, *coloscopies* et *endoscopies digestives*.

Sans surprise, c'est dans le département des Bouches du Rhône que les activités liées aux *infections et inflammations respiratoires adultes* sont le plus en sur-recours en 2020, en lien avec l'impact particulièrement soutenu de l'épidémie à SARS-CoV-2 cette année dans ce département.

Figure 3 Taux de recours et volumes de séjours en 2020 dans le département des Alpes de Haute-Provence

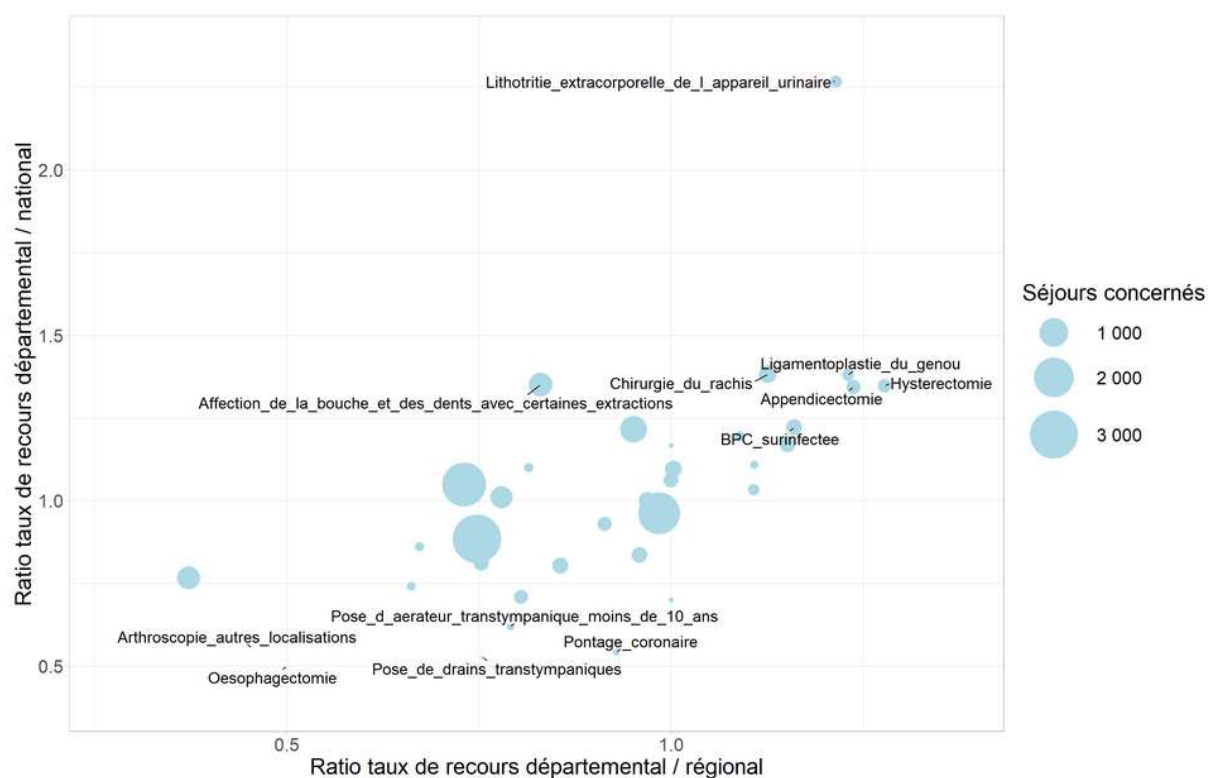


Figure 4 Taux de recours et volumes de séjours en 2020 dans le département des Hautes-Alpes

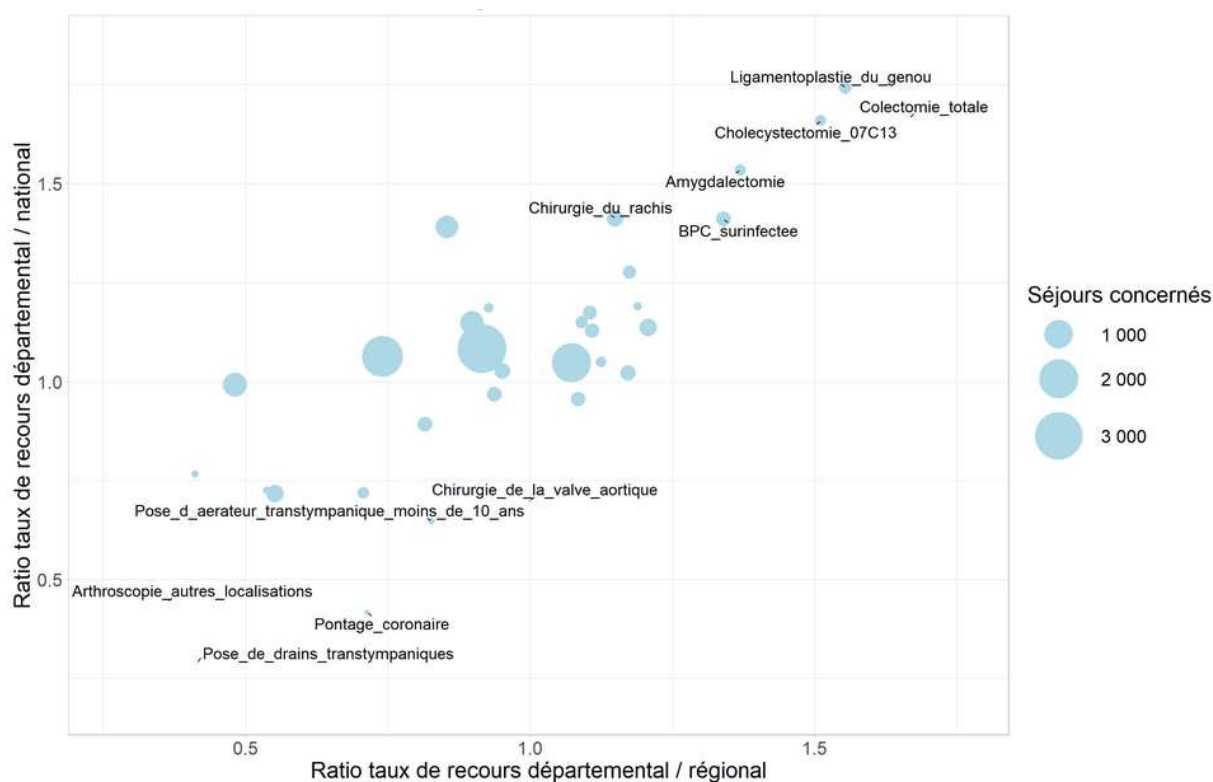


Figure 5 Taux de recours et de volumes de séjours dans le département des Alpes-Maritimes

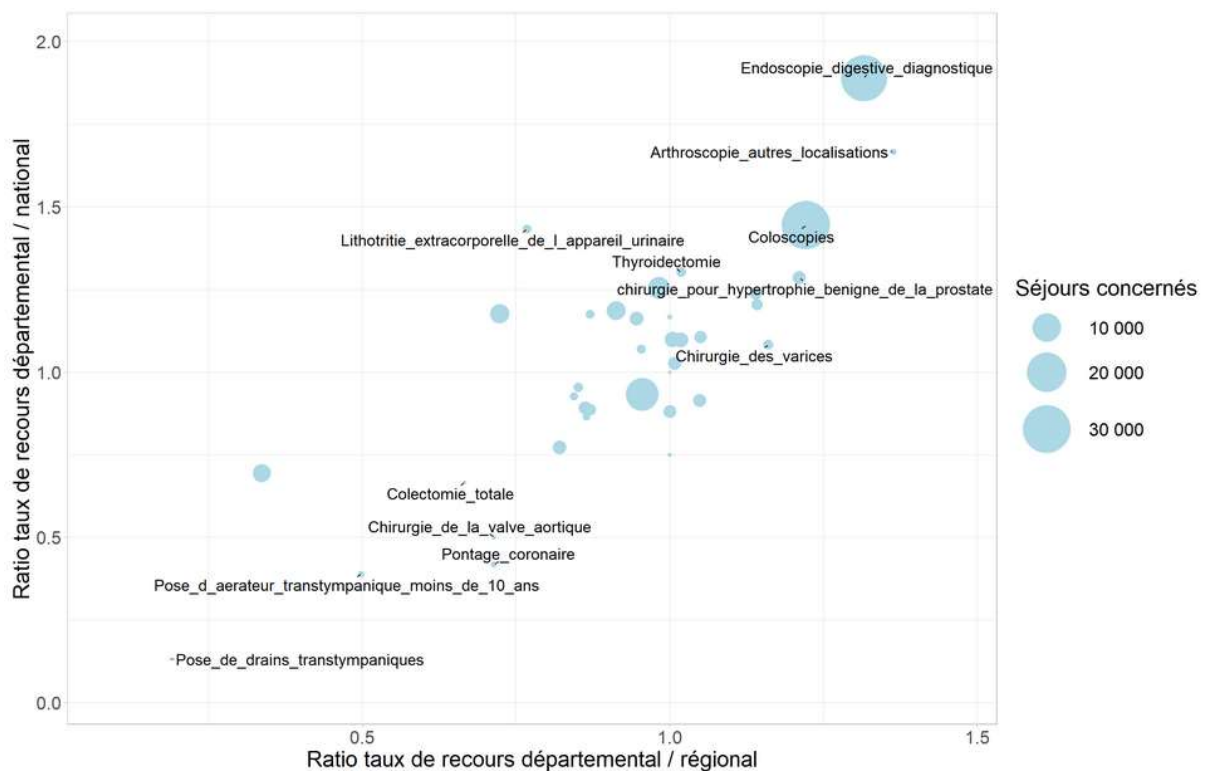


Figure 6 Taux de recours et volumes de séjours en 2020 dans le département des Bouches-du-Rhône

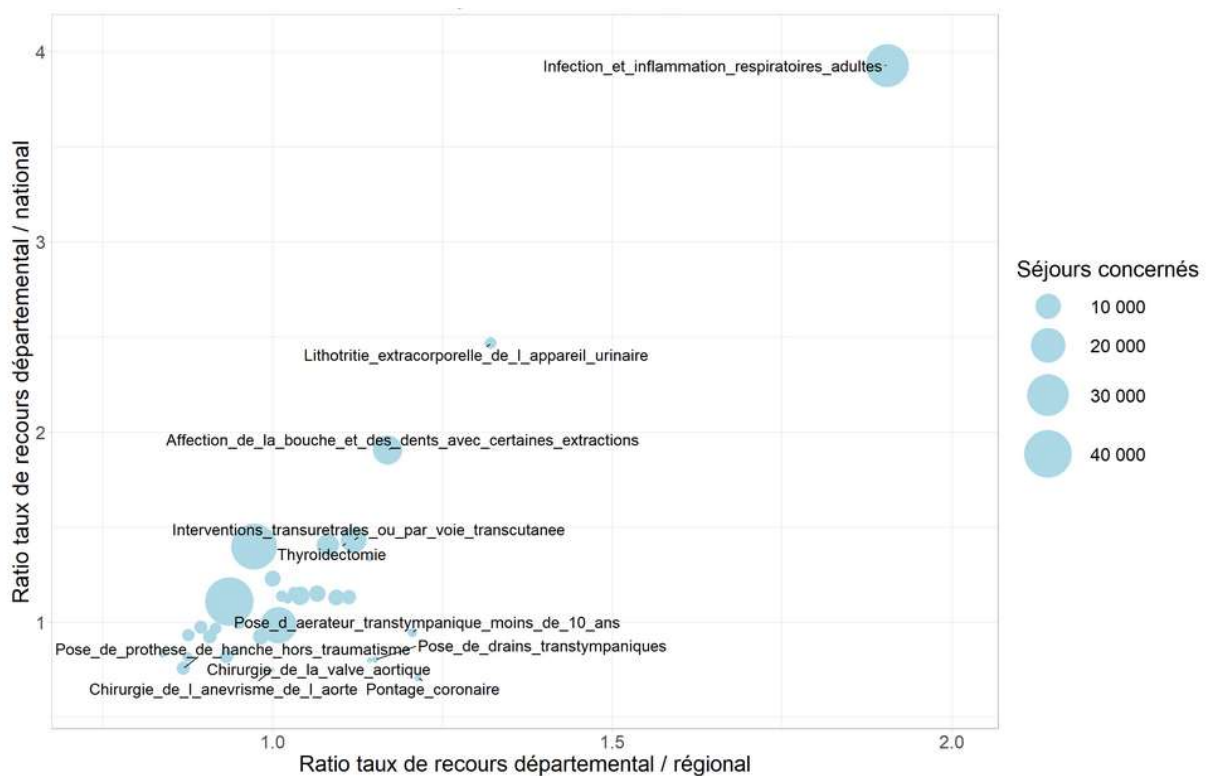


Figure 7 Taux de recours et volumes de séjours en 2020 dans le département du Var

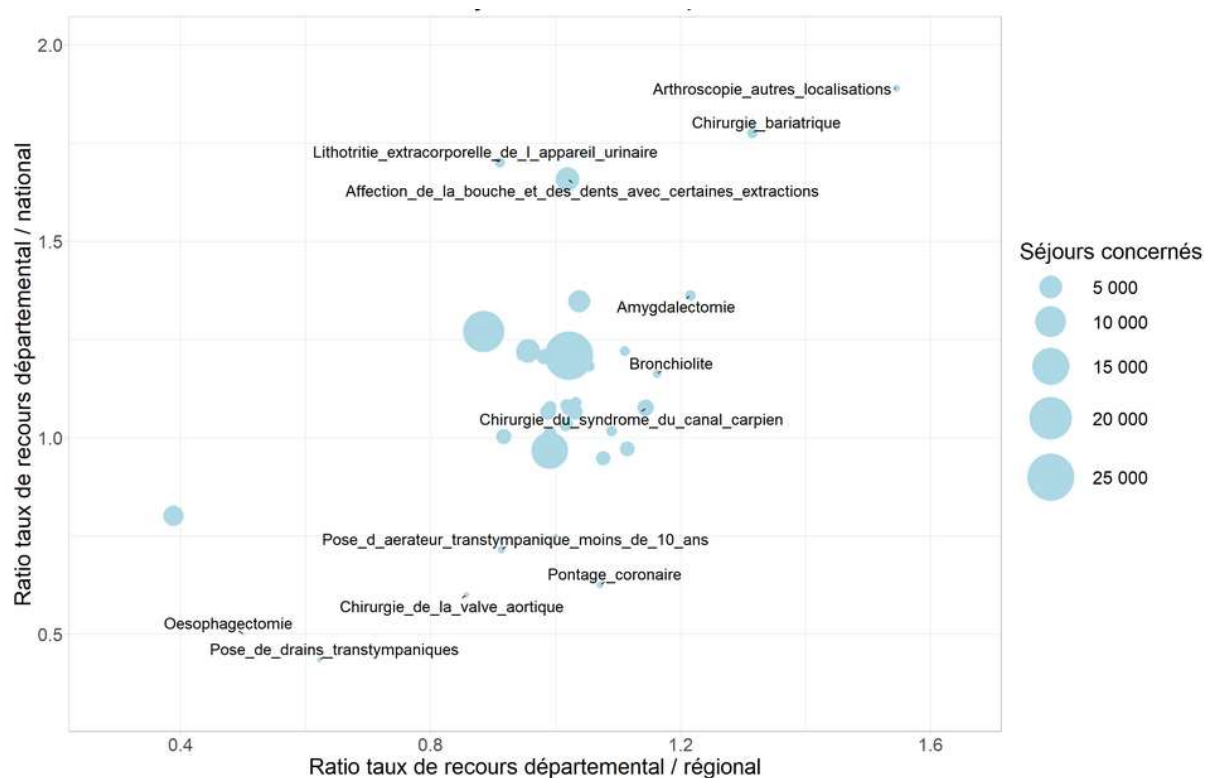
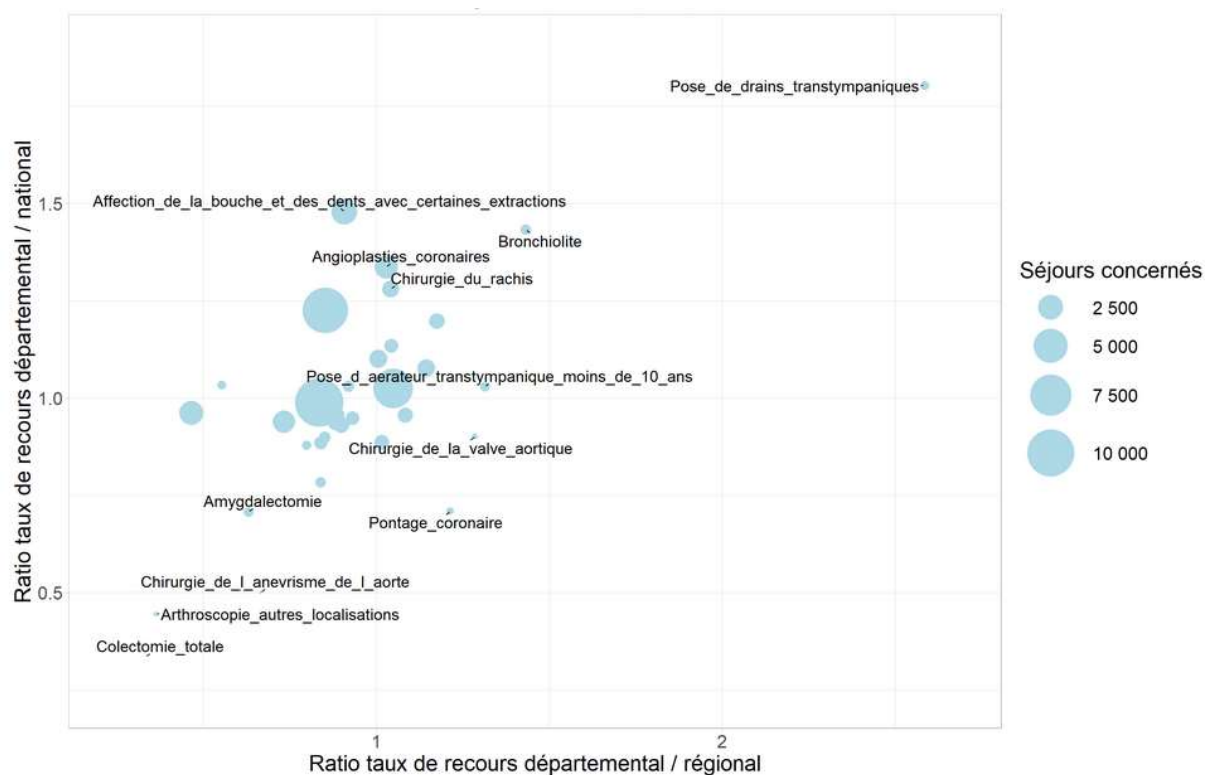


Figure 8 Taux de recours et volumes de séjours en 2020 dans le département du Vaucluse



3. LA METHODOLOGIE DE TRAVAIL PROPOSEE

Comme précédemment, la démarche d'amélioration de la pertinence de soins, pour être valorisée, doit toujours être portée par les professionnels de santé eux-mêmes, et ne doit pas se restreindre uniquement à des actions d'accompagnement et/ou d'incitations contractuelles. Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) ainsi rédigé propose de définir les actions de pertinence prioritaires, d'inclure une méthodologie de travail pour approfondir certaines thématiques identifiées régionalement, de promouvoir des modalités de communication des bonnes pratiques et de suivre l'avancée des travaux sur certains des domaines prioritaires.

3.1 GROUPES DE TRAVAIL PRIORITAIRES

Un certain nombre de domaines d'actions prioritaires pourra bénéficier de groupes de travail dédiés. Dans le cadre de ces groupes de travail, les membres de l'IRAPS mèneront un travail, sur les thématiques choisies, en parallèle aux réunions de fonctionnement de l'instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS). L'objectif de ces groupes de travail est d'améliorer la pertinence des actes et/ou des parcours identifiés comme prioritaires. Les thématiques ciblées pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) qui bénéficieront de groupes de travail, dans un premier temps, sont les suivantes :

- le parcours de soins insuffisance cardiaque,
- le parcours de soins du syndrome coronarien chronique,
- le parcours de soins de périnatalité.

D'autres groupes pourront être décidés par les membres en fonctions de nouveaux domaines d'action prioritaires choisies par l'IRAPS.

Il est proposé de mettre en place un groupe de travail dédié à chacune de ces thématiques, dont la chefferie est confiée à un membre de l'IRAPS. L'objectif est d'évoluer en parallèle des réunions de l'instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS), via la constitution d'une équipe projet, constituée d'experts référents sur le sujet dans la région. Chaque chef de projet aura une lettre de mission dans laquelle les enjeux et objectifs de la thématique seront rappelés. L'objectif est de pouvoir formuler des axes régionaux d'amélioration de la pertinence sur les champs identifiés et de définir les modalités de diffusion des recommandations ou actions préconisées au-delà des mesures nationales déjà existantes.

3.2 COMMUNICATION

La définition d'une stratégie régionale de communication devra permettre de promouvoir davantage les actions proposées par les membres de l'IRAPS, et les experts référents des thématiques prioritaires. L'ensemble des outils de communication existant doit être utilisé afin de s'assurer de la bonne diffusion des recommandations et des bonnes pratiques.

3.3 MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION

Un bilan des diagnostics et actions mis en œuvre dans le cadre du précédent plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) sera entrepris, notamment concernant :

- Le virage ambulatoire,
- La chirurgie bariatrique.
- La chirurgie du canal carpien,
- Les appendicectomies,
- Les thyroïdectomies,
- Les cholécystectomies,
- Les césariennes programmées,
- Les angioplasties coronaires,
- Les pontages coronaires,
- Les endoscopies digestives diagnostiques,
- Les gestes endos-urétéraux dont lithotritie,
- Les prothèses totales de genou,
- Les coloscopies post-polypectomies.

L'ensemble de ces thématiques seront présentées lors de la mise en place de la nouvelle instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS), afin qu'une continuité puisse être assurée sur les thématiques retenues pertinentes, de par le diagnostic ou les actions menées précédemment. Les éventuelles thématiques retenues pourront être intégrées dans le cadre de la révision annuelle du PAPRAPS.

Par ailleurs, pour chacun des domaines d'actions prioritaires, un suivi spécifique devra être mis en place en fonction des actions retenues.

Un groupe de travail transversal pourra également être mis en place, selon les mêmes principes d'organisation que les groupes thématiques, dédié aux principes d'évaluation des actions proposées par les différents groupes, comme à l'évaluation des actions portées par l'instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS).

Aussi, la MSAP et la contractualisation future (CAQES) pourront être suivies et évaluées par l'Assurance Maladie en lien avec l'Agence Régionale de Santé.

4. LES DOMAINES D'ACTION PRIORITAIRES

La définition des domaines d'action prioritaire résulte de la combinaison du diagnostic régional des activités ciblées pour la pertinence des soins (chapitre précédent) avec les priorités définies au plan national (notamment faisant suite aux travaux menés par la Haute Autorité de santé).

Certaines activités pointées dans le diagnostic régional comme étant en sur ou sous-recours par rapport au niveau national peuvent donc ne pas être retenues dans les domaines d'action prioritaires dans le cadre du présent plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS).

Pour ces activités, nécessitant un diagnostic plus approfondi ou ne faisant pas l'objet de consensus sur les parcours à suivre, un bilan sera mené dans le cadre des travaux de l'IRAPS, afin d'éventuellement intégrer ces activités dans une révision du présent PAPRAPS.

4.1. LA PERTINENCE DES PARCOURS DE SOINS PRIORITAIRES

4.1.1. LE PARCOURS DE SOINS INSUFFISANCE CARDIAQUE

DIAGNOSTIC DETAILLE

L'insuffisance cardiaque est une affection fréquente, sous-diagnostiquée et grave (France entière : 70 000 décès annuels, 170 000 hospitalisations annuelles) dont le coût dépasse les 3 milliards d'euros.

- La prévalence de la maladie augmente avec l'âge.
- L'hospitalisation pour décompensation est associée à un risque de réhospitalisation et de surmortalité (30% à un an).

Six points de rupture ont été identifiés dans le parcours de soins d'un patient insuffisant cardiaque comme devant faire l'objet d'une attention toute particulière et d'un accompagnement des professionnels de santé impliqués dans sa prise en charge :

1. Diagnostic et évaluation initiale de la maladie
2. Hospitalisation
3. Sortie d'hospitalisation
4. Organisation du suivi en ville
5. Optimisation du traitement médicamenteux (titration)
6. Prise en charge non médicamenteuse

L'insuffisance cardiaque en région PACA :

- Contexte territorial
 - 1,2 % de la population, soit plus de 56 000 patients
 - 7,9 % de patients sont bénéficiaires de la CMU-C/C2S ;
 - 5,3 % résident en Ehpad
- Indicateurs de moyens (tous patients)
 - 38 % des patients n'ont pas consulté de cardiologue dans les 12 mois
 - 58 % n'ont pas bénéficié d'une échographie cardiaque dans les 12 mois
 - 32 % n'ont pas eu recours à des soins infirmiers dans les 12 mois
 - 17 % n'ont pas bénéficié d'un bilan biologique de base dans les 12 mois
 - 53 % n'ont bénéficié d'aucun dosage de peptide natriurétique dans les 12 mois
- Indicateurs de moyens (patients hospitalisés)

amont

séjour

aval

- 71.8 % ont eu recours au cardiologue dans les 12 mois précédant le séjour
- Délai médian entre le dernier contact avec un médecin et le séjour : 9 j

- 74,8 % présentaient au moins une comorbidité

- 64 % ont été admis par les urgences
- 24,8 % sont passés en réanimation ou soins intensifs
- 51 % ont eu recours au médecin généraliste (MG) dans les 14 j après la sortie
- 43 % ont eu recours au cardiologue dans les 2 mois
- 3 % ont bénéficié d'un acte AMI 5.8 dans les 8 jours
- Indicateurs de résultats à fin 2019
 - Mortalité : 42,1% chez les patients ayant été hospitalisés vs. 36,3%
 - Réhospitalisation : 16 % à 6 mois (8% avec entrée par les urgences)

DECLINAISON OPERATIONNELLE

OBJECTIF :

Accompagnement des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des insuffisants cardiaques : hospitaliers, libéraux et dans le cadre de l'exercice coordonné. L'Assurance Maladie, membre de l'IRAPS est déjà particulièrement impliquée en lien avec les recommandations HAS publiées. L'IRAPS s'appuiera sur les travaux d'accompagnement déjà engagés notamment en termes de communication autour de la pertinence du parcours de soins, de la coordination des acteurs et de l'implication des patients, leviers de la qualité et de la sécurité des soins.

Actions	Calendrier
Présentation du projet de parcours à quelques CPTS de la région	30/06/21
Présentation à l'instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins	14/10/21
Club CPTS de la région PACA	19/10/21
Présentation nationale du parcours IC	11/21
Campagne d'accompagnement des PS	T1 2022
Signature des CAQES	T1 2022

Outils	Calendrier
Outil de diagnostic territorial (ODT) - CNAM	Octobre 2021
Outil de suivi - CNAM (exercice coordonné)	Octobre 2021
Profils Etablissements de Santé - CNAM	Octobre 2021
Kit exercice coordonné (CPTS, MSP) : indicateurs, protocole pluriprofessionnel	Octobre 2021
Mémos thérapeutiques - CNAM	Novembre 2021
Carnet de suivi - CNAM	Novembre 2021
Campagne grand public, EPOF/EPON	T1 2022

Indicateurs de suivi et résultat	Résultat attendu
Nombre d'hospitalisations pour décompensation d'insuffisance cardiaque	↓
Part des hospitalisations pour décompensation avec admission par les urgences	↓
Taux de réhospitalisation à 3 mois	↓
Adhésions à Prado Insuffisance Cardiaque	↑
Recours au MG dans les 8j et au cardiologue dans les 2 mois suivant la sortie	↑
Recours à l'IDE dans les 7 jours suivant la sortie	↑
Mortalité par insuffisance cardiaque	↓

4.1.2. LE PARCOURS DE SOINS DU SYNDROME CORONARIEN CHRONIQUE

DIAGNOSTIC DETAILLE

En France 1 595 900 personnes sont prises en charge pour syndrome coronarien chronique dont près de 150 000 en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) (2/3 d'hommes et 1/3 de femmes et 75% âgés de plus de 64 ans ; source AM 2018).

Le SCC fait partie des 10 maladies chroniques retenues dans « ma Santé 2022 ».

La région PACA est parmi les plus dotées en offre de soins concernant le nombre de cardiologues par habitants (Figure 4 ci-dessous).

Les actes de cardiologie interventionnelle et tout particulièrement la coronarographie sont en sur-recours comparé au reste de la France, le traitement chirurgical étant lui en sous recours. En effet, en 2020, en PACA, le ratio des taux de recours régional / national est de 1.3 pour les angioplasties coronaires et 0.6 pour les pontages coronaires. Comme présenté sur la Figure 5, cette tendance est observée depuis plus de 5 ans.

Figure 4 Densité médicale en cardiologie et maladies vasculaires (INSEE, CNOM 2021)

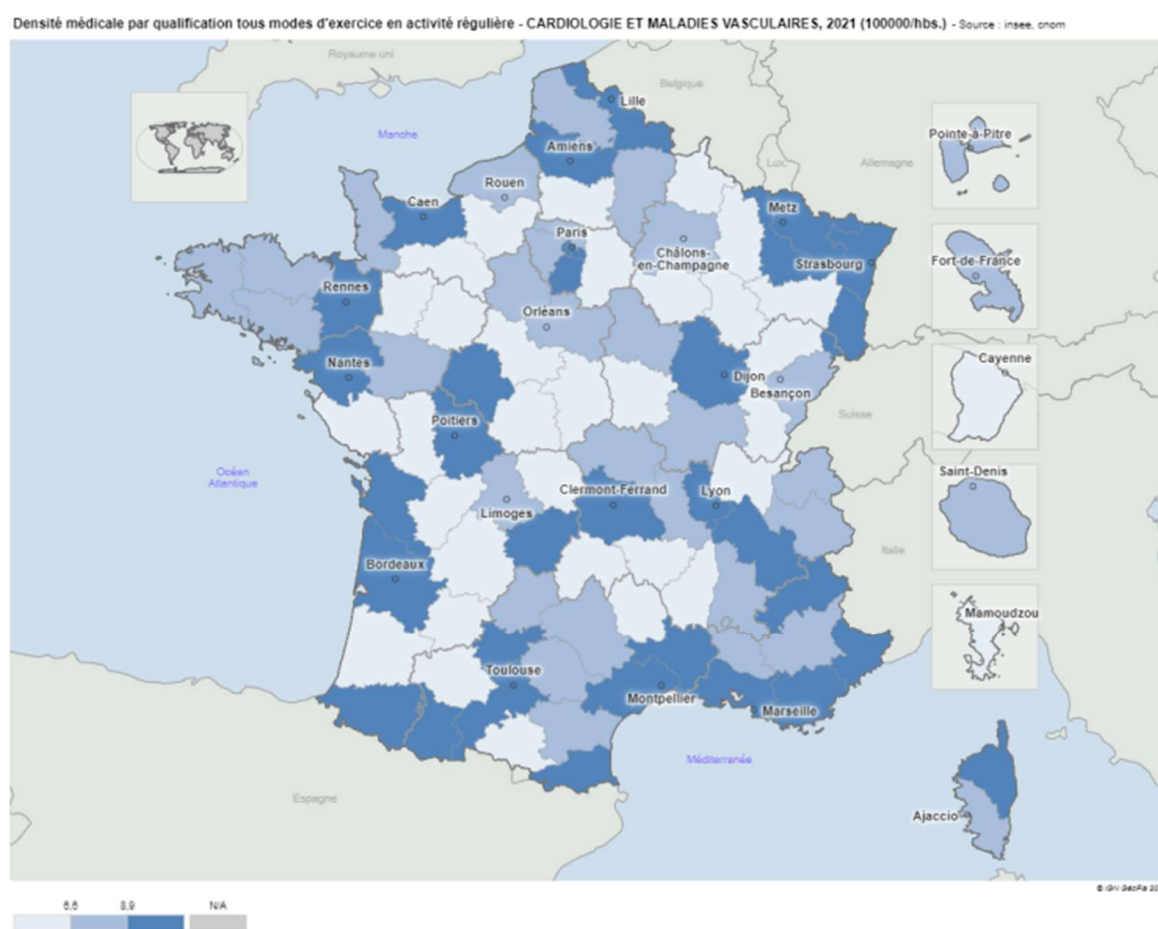
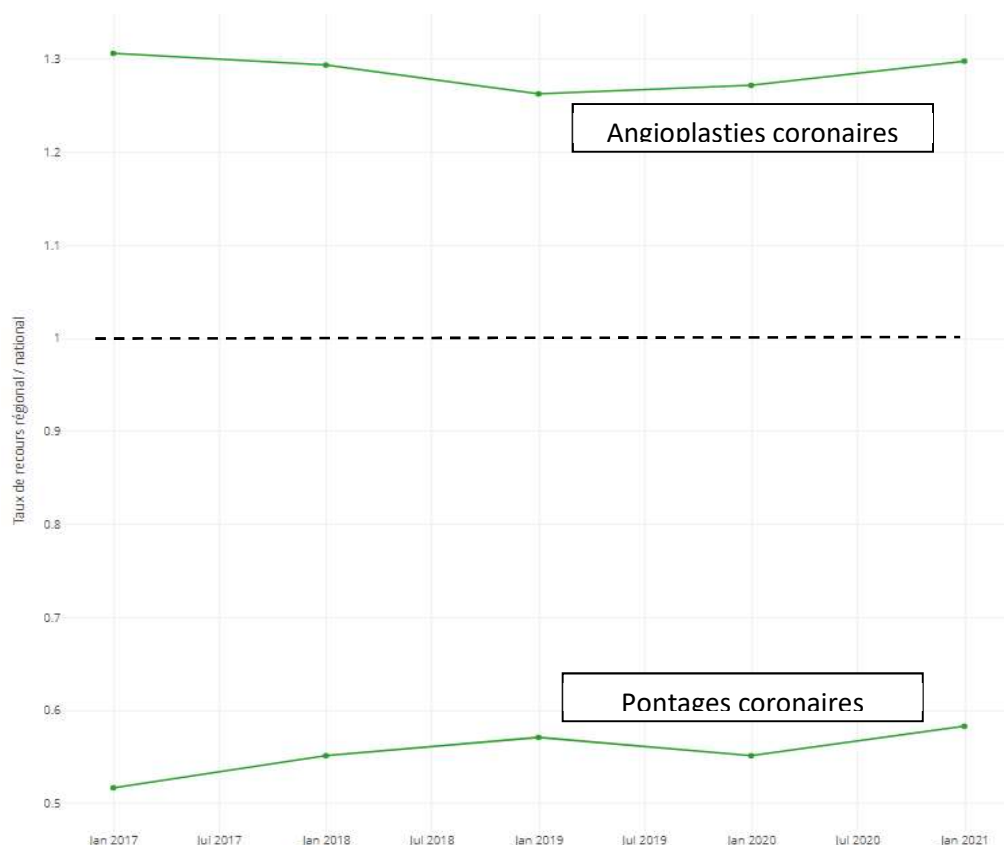


Figure 5 Ratio des taux de recours régional / national sur la période 2016-2020 en PACA



Il existe de plus une

disparité au niveau infrarégional concernant le recours à l'angioplastie, avec un sur-recours surtout marqué dans les départements du Var, du Vaucluse et des Bouches du Rhône (ratios des taux de recours régional / national en 2020 de 1.35, 1.34 et 1.4 respectivement). En revanche, le pontage coronaire est en sous-recours dans l'ensemble des départements (ratios des taux de recours régional / national en 2020 entre 0.42 et 0.70).

Dans ce contexte, la HAS a publié en 2021 différents travaux issus d'un comité d'expert :

- Guide du parcours de soins - Syndrome coronarien chronique (avril 2021)
- Syndrome coronarien chronique : les points critiques du parcours (avril 2021)
- Syndrome coronarien chronique : 7 messages clés pour améliorer votre pratique (avril 2021)
- Patient présentant un SCC : définition des indicateurs de qualité du parcours (juillet 2021)

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) a été désignée pilote pour le déploiement de ces nouvelles recommandations (ma Santé 2022).

Dans le cadre de ces recommandations, le parcours du patient présentant un SCC a été découpé en 4 parties :

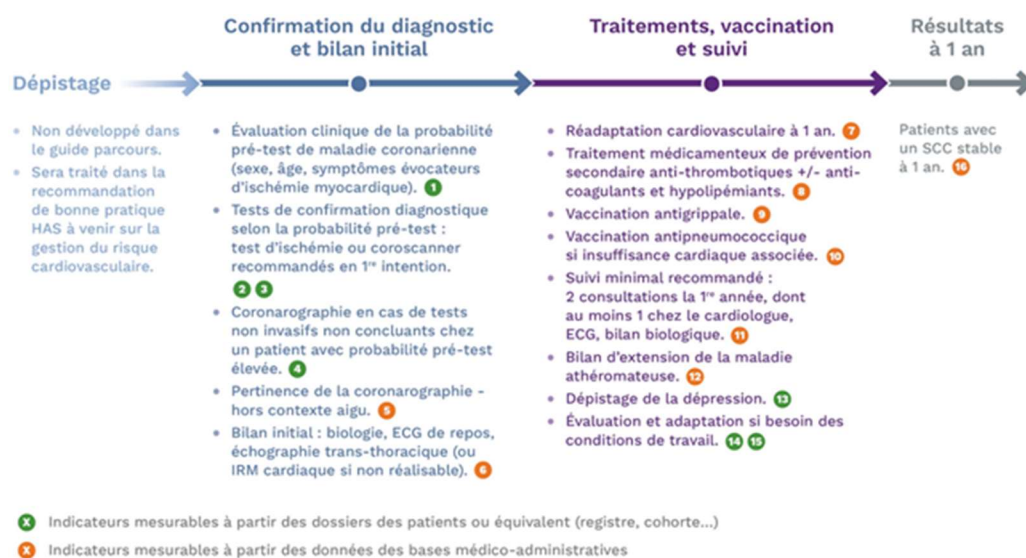
1. Dépistage.

2. Confirmation du diagnostic et bilan initial.
3. Traitements, vaccination et suivi.
4. Résultats à 1 an.

A chacune de ces étapes sont associés 7 messages clefs :

- **DIAGNOSTIC** : réalisation d'examens ciblés et évaluation du risque d'évènement grave
 1. Examens complémentaires diagnostiques adaptés à la clinique et au risque CV du patient.
 2. Pas de coronarographie diagnostique en première intention, hors contexte aigu
 3. Évaluer systématiquement le risque d'évènement CV grave (SCA, décès) après le diagnostic de SCC
- **TRAITEMENT** : prise en charge du patient dans sa globalité, avec un traitement médicamenteux optimal
 4. Traitement basé sur :
 - a. adaptation du mode de vie,
 - b. correction des facteurs de risque CV,
 - c. traitement par statine et anti-thrombotique aux doses optimales.
 5. Revascularisation coronarienne seulement en cas de symptômes invalidants ou preuve d'ischémie malgré traitement.
- **SUIVI** : adapté au patient et à ses habitudes de vie
 6. Suivi prolongé et coordonné des patients pour adapter le mode de vie :
 - a. éducation thérapeutique du patient,
 - b. programme de réadaptation cardio-vasculaire
 7. Evaluer et adapter poste et conditions de travail de ces pratiques découlent des indicateurs d'évaluation qui répondent au parcours du patient, détaillés dans la figure suivante.

Figure 6 Indicateurs de qualité du parcours du patient présentant un SCC (source : HAS)



Les premiers résultats issus de ces indicateurs HAS montrent que les pratiques professionnelles s'éloignent des recommandations du guide du parcours de soins réactualisés, et notamment pour la région PACA comparé à la France.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

OBJECTIFS :

- Améliorer la conformité des prises en charge avec les recommandations de la has.
- Identifier des points critiques spécifiques à la région paca et décliner les priorités régionales.
- Évaluer l'amélioration des pratiques et l'expérience « patient ».

Actions	Calendrier
Définition, mise en œuvre et déclinaison régionale des indicateurs de suivi et de résultats en accord avec les recommandations HAS: groupe de travail CNAM, HAS, ARS.	2022
Communication concernant les recommandations HAS auprès du grand public et des acteurs de santé.	2022-2023
Mise en place d'un groupe de travail dédié à l'élaboration d'actions ciblées visant à améliorer la prise en charge des patients en PACA	2022-2026
Mise en place d'un groupe de travail dédié à l'évaluation, dont l'évaluation de l'expérience patient	2022-2026
Promotion de l'adhésion à un registre de cardiologie interventionnelle	2022-2026
Développement professionnel continu sur le parcours du SCC (MG et cardiologue)	2022-2026
Suivre l'évolution des pratiques : monitoring d'indicateurs de résultats concernant l'amélioration des pratiques (conformes au guide de parcours de soins)	2023-2026

Outils	Calendrier
Registre de cardiologie interventionnelle	2022-2024
Outils d'informations, de formations, de communications, d'évaluation	2022-2026

Indicateur(s) de suivi et de résultat	résultat attendu
Indicateurs de parcours HAS : confirmation du diagnostic et bilan initial (exemple : pertinence de la coronarographie hors contexte aigu)	Amélioration
Indicateurs de parcours HAS : traitements, vaccination et suivi (exemple : suivi minimal recommandé la 1ere année)	Amélioration
Pronostic de la maladie : patients avec un SCC confirmé stable pendant au moins 1 an	Amélioration

4.1.3. LE PARCOURS DE SOINS DE PERINATALITE

DIAGNOSTIC DETAILLE

Dans le schéma régional de santé de PACA pour la période 2018-2023 l'objectif du parcours périnatalité est de garantir sur l'ensemble de la région et pour toute femme qui y réside une grossesse désirée et sécurisée, ainsi qu'un suivi et un accouchement conformes aux évolutions des pratiques actuelles et adaptées aux problématiques de démographie médicale. Cet objectif se décline de la manière suivante :

- OBJECTIF 1 : Permettre un accès au parcours de périnatalité équitable pour toutes les femmes quelle que soit leur situation financière ou géographique.
- OBJECTIF 2 : Permettre la conduite d'une grossesse désirée et sécurisée pour tous.
- OBJECTIF 3 : Garantir un accouchement et une naissance sécurisés, avec un niveau de médicalisation adapté au niveau de risque pour la mère et l'enfant.

Depuis 2015, le nombre de naissances est en diminution au niveau régional, comme au niveau national. La tendance régionale est moins importante qu'au niveau national. Cette décroissance concerne tous les départements mais encore plus les départements alpins.

	TOTAL DES ACCOUCHEMENTS						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Evolution 2016-2020
Département 04	1 155	1 163	1 117	1 008	952	900	-22,6%
Département 05	1 369	1 367	1 298	1 289	1 334	1 244	-9,0%
Département 06	12 363	12 345	12 235	11 959	11 990	11 605	-6,0%
Département 13	26 461	26 108	26 050	26 110	25 743	25 070	-4,0%
Département 83	9 190	9 149	9 037	8 717	8 963	8 610	-5,9%
Département 84	8 289	8 126	7 994	7 913	7 742	7 707	-5,2%
Région PACA	58 827	58 258	57 731	56 996	56 724	55 136	-5,4%
France métropolitaine	750 859	736 190	721 024	711 726	704 900	688 547	-6,5%

Comme observé dans le cadre du diagnostic régional, dans ce contexte de baisse de la natalité, la pratique des césariennes reste à un niveau élevé en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). Le taux de recours régional est au-dessus du taux moyen national (21% vs 20%) avec un rapport entre taux de recours régional et national de 1.093 en 2020. Ce taux de

recours varie significativement entre les différents départements, de 19,5% dans le 84 à 22,8% dans le 04.

	TAUX DES CESARIENNES					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Département 04	22,1%	21,9%	20,8%	19,4%	20,0%	22,8%
Département 05	22,2%	21,8%	21,9%	21,3%	20,5%	20,3%
Département 06	22,0%	21,8%	21,0%	20,3%	21,7%	22,4%
Département 13	22,2%	21,7%	21,3%	21,8%	22,2%	21,6%
Département 83	19,6%	19,1%	19,2%	18,8%	19,2%	20,1%
Département 84	20,3%	18,3%	18,7%	17,7%	19,5%	19,5%
Région PACA	21,4%	20,9%	20,6%	20,4%	21,2%	21,2%
France métropolitaine	20,1%	20,1%	20,1%	19,9%	20,3%	20,4%

La Haute Autorité de santé (HAS) a publié en mars 2012, un ensemble d'outils destinés à favoriser la mise en pratique de la recommandation de bonne pratique "Indications de la césarienne programmée à terme".

Dans ce cadre et compte tenu des taux élevés de césariennes retrouvés dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), le Réseau Périnatalité Méditerranée a mis en place à la demande de l'ARS, deux enquêtes basées sur le volontariat portant sur les césariennes programmées à terme sur l'ensemble des maternités de la région, pour les périodes 2014-2015 (T1) et 2017-2018 (T2). L'objectif était d'évaluer le niveau de pertinence des pratiques concernant les indications de césariennes programmées à terme, en se basant sur les recommandations de bonne pratique publiées par la HAS en janvier 2012.

Dans la très grande majorité des dossiers médicaux, au moins une indication était notée pour une césarienne programmée à terme (> 95%). On retrouve deux catégories d'indications :

- Celles correspondant aux recommandations de la HAS, qui sont majoritaires (> 80%).
- Celles dites hors recommandations, environ 42%.

Lors des deux enquêtes T1 et T2, les trois indications correspondant aux recommandations de la HAS les plus fréquemment retrouvées étaient:

- Utérus cicatriciel par antécédent de césarienne,
- Présentation fœtale par le siège,
- Césarienne sur demande.

On observait par ailleurs entre les deux enquêtes :

- une augmentation du pourcentage de césariennes sur demande (17,9% à T1 versus 21,6% à T2) ;
- une diminution de près de 7 points du pourcentage de césariennes programmées avant 39 SA parmi les grossesses monofoetales ;
- une amélioration concernant les éléments d'information communiqués à la femme enceinte ;
- une augmentation de la part de césariennes réalisées à un âge gestationnel conforme (grossesse monofoetale + AG \geq 39 SA et grossesse gémellaire + AG \geq 38 SA).

Ces résultats traduisent une amélioration de la pertinence du recours aux actes de césariennes, mais ne peuvent masquer la subsistance d'une grande disparité entre les établissements de la région concernant le taux recours aux césariennes programmées.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

OBJECTIFS :

- Mettre en œuvre les recommandations de la HAS sur le parcours de soins en périnatalité pour une prise en charge optimale de la mère et de l'enfant.
- Amélioration du suivi durant la période préconceptionnelle, au travers notamment d'une meilleure information et d'un meilleur accompagnement dès le projet de grossesse, prenant en compte précocement les facteurs de risque maternels.
- Adapter la prise en charge de la période anténatale aux besoins, en renforçant notamment les entretiens prénatals précoces, les séances de préparation à l'accouchement, et le suivi clinique et paraclinique, afin entre autre de mieux prendre en compte les facteurs de risque maternels et/ou fœtaux et obstétricaux.
- Promouvoir la pertinence durant la période d'accouchement et séjour en maternité, et notamment concernant les situations critiques pendant l'accouchement, la pratique de la césarienne programmée, et la période de sortie de la maternité.
- Développement du suivi postnatal précoce à domicile.
- Accompagnement de la mère et de l'enfant dans les mois suivant la naissance, avec notamment une attention particulière vis-à-vis de la contraception après la naissance.

Actions	Calendrier
Mise à disposition du grand public d'un outil d'information sur les pratiques des établissements de la région.	2022-2023
Actualisation du diagnostic régional des atypies de recours à l'acte de césarienne programmée.	2022
Communication des résultats du diagnostic régional et des recommandations HAS concernant les césariennes programmées.	2022-2023
Mise en place d'un groupe de travail dédié à la thématique des césariennes programmées pour définir les actions à mettre en œuvre dans les établissements cibles (ciblage des établissements, campagnes d'évaluation des pratiques professionnelles, formation continue, etc...).	2022-2026

Outils	Calendrier
Outil d'information sur les pratiques des établissements de la région	2022-2023

Indicateur(s) de suivi et de résultat	résultat attendu
Indicateur de mesure des césariennes programmées	Amélioration

4.1.4.LE PARCOURS PERTINENCE DU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL PAR FIT ET/OU COLOSCOPIE DANS LE PARCOURS DU CANCER COLO-RECTAL : DE LA PREVENTION AU TRAITEMENT

DIAGNOSTIC DETAILLE

Le cancer colorectal EST un problème majeur de santé publique dans le monde (1,850 millions de nouveaux cas et 880 000 décès par an). La France fait partie des pays à incidence élevée : c'est le 3ème cancer le plus fréquent (43 336 nouveaux cas en 2018) et la 2ème cause de mortalité par cancer, avec plus de 17 000 décès.

Le dépistage organisé permet de réduire la mortalité de ce cancer grâce à la détection de formes plus précoces mais aussi son incidence, grâce à la détection et à l'ablation lors d'une coloscopie des lésions précancéreuses, les adénomes avancés. Les premières études démontrant une réduction de la mortalité par cancer colorectal utilisaient un test biochimique au gaïac de recherche de sang occulte dans les selles. L'introduction des tests immunologiques fécaux, supérieurs aux tests au gaïac pour la détection des adénomes avancés, a permis de réduire aussi l'incidence de ce cancer. Les autres méthodes de dépistage ayant montré leur efficacité sont la rectosigmoidoscopie (4 études randomisées) et la coloscopie (études cas-témoin).

Ainsi le dépistage du cancer colo-rectal est recommandé dans la plupart des pays développés, mais parfois avec des modalités différentes.

En France, le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR), généralisé à tout le territoire en 2008, est adapté au niveau de risque individuel des assurés : il propose la réalisation tous les 2 ans d'un test de recherche de sang microscopique dans les selles (Hemocult® jusqu'en 2014, puis Test Immunologique Fécal ou FIT à partir de mai 2015) aux assurés à risque moyen, hommes et femmes de 50 à 74 ans, et une coloscopie aux sujets à risque élevé (antécédents familiaux ou des antécédents personnels de cancer ou encore ceux ayant une maladie inflammatoire chronique), ou très élevé (polypose adénomateuse familiale ou cancer colorectal héréditaire non polyposique ou HNPCC). Lorsque le FIT est positif (dans environ 4% des cas au seuil utilisé), l'assuré doit impérativement réaliser une coloscopie qui retrouvera un adénome dans environ 50% des cas, et un cancer dans 6% des cas, le plus souvent à un stade précoce.

Aux USA la méthode de dépistage est laissée libre en fonction des préférences du patient et de la disponibilité des tests : recherche annuelle de sang occulte ou d'ADN tumoral (tous les 3 ans) dans les selles, rectosigmoidoscopie (tous les 5 ans), coloscopie (tous les 10 ans). Le FIT (tous les ans ou tous les 2 ans) et la coloscopie totale (tous les 10 ans) sont les techniques les plus utilisées actuellement. Les sociétés savantes américaines se sont fixées pour objectif que ce dépistage «multimodal » soit appliqué à plus de 80% des assurés dès 2018. Cet objectif a été atteint dans certains états avec une réduction marquée de l'incidence et de la mortalité du cancer colorectal.

Malgré les performances du test immunologique fécal détectant, aux seuils utilisés en France, 2,4 fois plus de cancer, et 3,7 fois plus d'adénomes avancés, et malgré sa simplicité d'utilisation, le taux de participation reste faible (33.5% pour la période 2016-2017, 30.5% pour 2018-2019 et 34,6% pour 2020-2021), très inférieur aux recommandations européennes (>45%), et aux résultats publiés dans certains pays comme la Hollande (71%).

La région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) peuplée de 5 millions d'habitants (environ 7,5 % de la population française) a une incidence du cancer colorectal proche de la moyenne nationale ; en revanche la mortalité y est l'une des plus faible avec un rapport standardisé

de mortalité (SMR) de 0.86 [0.84 ; 0.88] chez l'homme et de 0.91 [0.88 ; 0.93] chez la femme (28), alors que le taux de participation à la campagne de dépistage organisé par le FIT est plus faible (même si l'écart tend à se réduire : 28% vs 33,5% pour la période 2016-2017, 25,6 vs 30,5% pour 2018-2019, et 31,5% vs 34,6% pour 2020-2021).

Dans un premier travail (1), nous avons évalué le pourcentage d'assurés de 50 à 74 ans ayant bénéficié en région PACA d'un dépistage du cancer colorectal par FIT et/ou d'une coloscopie cherché les variations entre département, et apprécié le taux de coloscopies « thérapeutiques » (avec ablation de polypes) (vs France entière) :

Le taux de recours au FIT pendant la période 2016-2017 en PACA était de 25,6% vs 29,1% en France entière ($p < 0.001$) (sous-recours : 0.88). Il variait significativement d'un département à l'autre (de 21,1% dans le 06 à 29,7% dans le 05). A l'inverse, sur la période 2013-2017, 23,1% de la population cible avait eu une coloscopie dans les 5 ans en PACA vs 20,1% en France entière ($p < 0.001$) (sur-recours : 1.16), avec là encore une variation significative inter-départements (de 18,1% dans le 04 à 25,4% dans le 06). Le total des assurés de 50 à 74 ans ayant eu un FIT dans les 2 ans et/ou une coloscopie totale dans les 5 ans était de 46,0% en région PACA vs 46,5% en France entière ($p < 0.001$).

Selon les critères USA (dépistage multimodal), le taux d'assurés ayant eu un FIT dans les 2 ans, et/ou un rectosigmoïdoscopie dans les 5 ans et/ou une coloscopie dans les 10 ans était évalué à 59,4% en région PACA vs 54,7% en France entière ($p < 0.001$). Ceci pourrait expliquer au moins en partie la plus faible mortalité par CCR en région PACA, et un sous-recours à la colectomie pour cancer notée sur l'année 2016.

Cependant, le sur-recours à la coloscopie pour 2016-2017 portait essentiellement sur les coloscopies diagnostiques (1.21), et peu sur les coloscopies thérapeutiques (1,05). Le taux de coloscopies thérapeutiques était plus élevé pour les coloscopies associées à un FIT que pour les coloscopies sans FIT (47,88% vs 38,7% - $p < 0.001$).

La participation au FIT doit donc être améliorée pour augmenter le taux de coloscopies thérapeutiques et ainsi mieux réduire l'incidence.

Dans un second travail (2), nous avons montré que le taux de pauvreté dans les BdR, supérieur à la moyenne nationale, était corrélé à une plus faible participation au FIT ; d'autres facteurs comme la densité des médecins généralistes et leur accessibilité semblaient jouer un rôle. Cette étude est en train d'être élargie à la région PACA.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

OBJECTIFS :

L'objectif est double :

1) Affiner le Diagnostic Régional :

- Suivre le taux de couverture des assurés de 50-74 ans par FIT +/- Coloscopie en région SUD-PACA vs France, de 2016-2017 à 2020-2021, et mesurer notamment l'impact de la pandémie Covid-19 les premiers résultats montrent notamment une amélioration paradoxale de la participation au FIT pendant la pandémie en 2020-2021, plus marquée en PACA, et une chute des actes de coloscopies liée au confinements de 2020 (3) ;
- Suivre l'évolution du taux de coloscopie thérapeutiques (avec ablation de polypes) en région PACA de 2016 à 2021 et le corrélér au taux de participation au FIT ;

- Etudier les colectomies pour cancer en PACA et en France de 2016 à 2021, et chercher si le sous recours à la colectomie en PACA noté en 2016 se confirme sur les années suivantes ;
- Evaluer l'impact de la précarité, de l'accès aux soins sur la participation en région, et ainsi identifier des lieux/populations qui participent le moins ;
- Quantifier les actes biologiques de recherche de sang dans les selles dans la population cible hors dépistage organisé (cette modalité de dépistage individuel est mal connue), mais aussi en dehors de la tranche d'âge 50-74 ans ;
- Etudier la prévalence des cancers d'intervalle.

2/ Améliorer la participation de la population cible au FIT,

- Par des actions de Sensibilisation et de Formation des professionnels de santé :
 - o la distribution des tests aux assurés de la tranche d'âge éligibles au DOCCR repose sur les médecins généralistes, auxquels se sont ajoutés depuis 2018 les hépato-gastroentérologues, les gynécologues et les médecins des centres de santé de l'assurance maladie ;
 - o environ 15% des assurés n'ont pas de médecins traitants, ou rechignent à aller le consulter pour un acte qui ne leur paraît pas prioritaire : le gouvernement a ainsi annoncé dans son plan de stratégie décennale contre le cancer en février 2021, deux mesures qui deviennent opérationnelles en 2022 : la commande en ligne par les assurés '(effective depuis le 1er mars 2022)à et la distribution des tests en officine par les pharmaciens. La formation des pharmaciens est un objectif crucial ; elle est assurée par les CRCDC. A ce jour, 269/1900 pharmaciens ont été formés par le CRCDC-Sud-PACA, et les efforts doivent être intensifiés.
- par des actions de Communication auprès du grand public :
 - o Ces actions visent à lever les réticences et informer les assurés que le DOCCR est avant tout une démarche de prévention puisque le FIT détecte le plus souvent des lésions précancéreuses (adénomes dans 50% des cas) et rarement un cancer (6% des cas, mais dans ce cas, le plus souvent à un stade précoce) ;
 - o et à mieux faire connaître les nouvelles modalités d'accès au test de dépistage (commande en ligne, officines)

Actions	Calendrier
Webinaires destinés aux MG, HGE, Gynéco, Médecins centres de santé AM, Pharmaciens : Objet / thème : Pertinence du dépistage et de la prévention du cancer Colon-rectal	Decembre2022 - Janvier 2023
Webinaire Grand Public en ouverture de la campagne de communication MARS BLEU	Mars 2023

Outils réglementaires	Calendrier

Indicateur(s) de résultat	résultat attendu

4.2. LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS

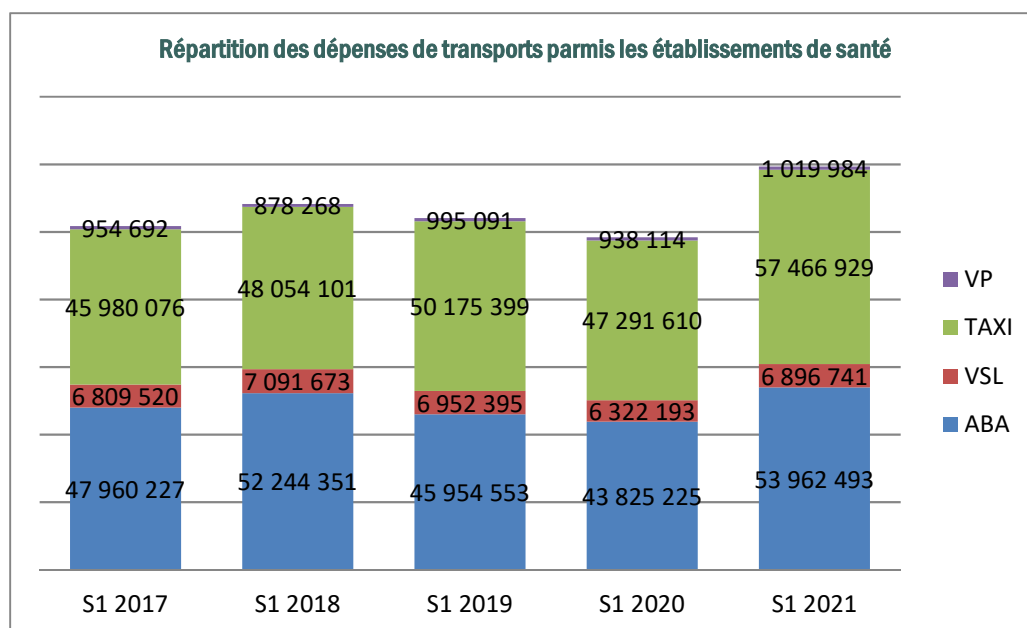
4.2.1. LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DE TRANSPORTS

DIAGNOSTIC DETAILLE

Il existe de fortes hétérogénéités de prescriptions de transports entre les départements mais aussi entre les prescripteurs, libéraux et hospitaliers, de la région. De nombreuses actions sont déjà menées auprès des PS libéraux et par les caisses d'AM afin de les inciter à améliorer l'adéquation de leurs prescriptions de transports avec l'état de santé de leur patient. Les actions menées auprès des établissements de santé, via la mise en œuvre des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES), répondent également à cet objectif. Il s'agit notamment de veiller à :

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

Un des leviers permettant d'atteindre ces objectifs est de proposer un accompagnement spécifique aux établissements de santé de la région forts pourvoyeurs de prescriptions de transports au travers des Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficacité des Soins. Depuis de nombreuses années, les établissements et les Caisses d'AM travaillent plus particulièrement sur le recours au transport allongé, dont le poids dans les dépenses est particulièrement important (près de 50% pour les prescripteurs de la région, contre 34% au niveau national, hors TUPH). Un des indicateurs nationaux du CAQES prévoit d'ailleurs un indicateur spécifique sur cet item.



Un autre axe de travail consiste à travailler au développement du transport personnel, qui ne représente encore qu'une faible part des dépenses de transports en région. En effet, le potentiel de développement de ce mode de transport est important et les avantages nombreux. Plus économique, le patient n'a plus à payer la franchise médicale de 2€ par trajet et n'est plus tributaire de l'attente d'un taxi. Il est aussi autonome et libre de son itinéraire pour se rendre à une consultation ou en sortie d'hospitalisation, peut se faire accompagner par un proche, utiliser sa voiture personnelle ou les transports en commun, et enfin, peut se voir rembourser les frais de péage et de parking.

Données S1 2021	Montant remboursé (tous prescripteurs)	Nb trajets	dont prescrits par un établissement	Nb de bénéficiaires	Nb moyen de trajet / bénéficiaire
CPAM 04	139 326	3 433	59%	569	6,0
CPAM 05	105 795	1 860	62%	494	3,8
CPAM 06	151 319	16 445	57%	710	23,2
CPAM 13	324 442	6 924	55%	1 446	4,8
CPAM 83	499 007	48 798	67%	2 078	23,5
CPAM 84	354 606	8 416	70%	1 269	6,6
REGION	1 574 493	85 876	64%	6 566	13,1

Aujourd'hui, la part du transport personnel dans le total des transports assis (TAXIS + VSL + VP) ne représente en région Provence Alpes Côte d'Azur qu'1,4% des dépenses mais 3,5% des trajets, dont la majorité est prescrit par les établissements de santé (64%). La situation des départements concernant les prescriptions de VP par les médecins, libéraux ou

hospitaliers, est très hétérogène, qu'il s'agisse du nombre de bénéficiaires ou du nombre de trajets. En effet, il existe un écart allant de 1 à 6 sur le nombre de trajet par bénéficiaire selon les départements.

La promotion du véhicule personnel est donc un enjeu important dans les établissements de santé, quelle que soit leur catégorie (MCO / HAD / SSR / PSY).

DECLINAISON OPERATIONNELLE

OBJECTIF :

- Accroître la part des "autres modes" de transports (véhicule personnel et transports en commun) dans le total des dépenses de transport de l'établissement

Actions	
Campagne d'accompagnement MMH	2022 /23
Signature volet régional « transport personnel » CAQES	1 ^{er} avril 2022

Outils	Calendrier
Visites MMH	Dès 2022
Elaboration d'un plan d'action spécifique à la situation de l'établissement	Dès 2022
Profils de prescriptions par établissement	Dès 2022
Outils de communication (vidéos, flyer, affiches...)	Dès 2022
Déploiement de « Mes Remboursements Simplifiés »	Dès 2022
Convention de prise en charge des frais de parking	Dès 2022

Indicateur(s) de suivi et de résultat	résultat attendu
Augmentation de la part « VP+TC » dans le total des transports assis = Montants (VP+TC) / Montants (Taxis+VSL+VP+TC)	Supérieur à 2 points

4.2.2. LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES

4.2.2.1. BIOSIMILAIRES

DIAGNOSTIC DETAILLE

- Priorité du ministère de la santé et des solidarités dans le plan stratégique de santé 2018 - 2022.

Il insiste sur la promotion «des médicaments biosimilaires qui présentent la même efficacité, qualité et sécurité que le médicament biologique de référence, avec un objectif à atteindre de 80 % de pénétration sur le marché d'ici 2022».

- En région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) :

Données PHEV sur l'année 2020 des molécules ciblées :

Molécules	Nombre de boîtes		Taux
	Nombre de boîtes totales	biosimilaires	
adalimumab	53 313	12 038	23%
etanercept	16 601	4 285	26%
pegfilgastrim	19 498	13 536	69%

DECLINAISON OPERATIONNELLE

OBJECTIF :

- Augmenter la prescription des biosimilaires appartenant à la liste de l'ANSM publiée au 1 janvier de l'année.

Actions	Calendrier
Transmission de profils	Semestriel
Visite MMH dans les services concernés- présentation du profil aux principaux prescripteurs (appuyer le discours avec une estimation des économies réalisables)	Une visite par an

Outils	Calendrier
Données PHEV	Semestriel

Indicateur(s) de résultat	résultat attendu
Taux de biosimilaires dispensés en PHEV	↑

DEFINITION DE L'INDICATEUR :

Nombre de boîtes remboursées de médicaments biosimilaires / nombre de boîtes remboursées de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires pour les PHEV.

4.2.2.2. GENERIQUES

DIAGNOSTIC DETAILLE

En région PACA (données PHEV sur l'année 2020) :

Taux de prescription dans le répertoire des génériques
53%

Taux de délivrance de génériques de l'Acide Gadotérique				
Classe thérapeutique	Molécule	Nombre de boîtes totales	Nombre de boîtes génériques	Taux
Produits de contraste	Acide Gadotérique	65 502	17 285	26%

DECLINAISON OPERATIONNELLE

OBJECTIFS :

- Augmenter le recours aux médicaments génériques :
 - En favorisant la prescription des médicaments inscrits au répertoire
 - En favorisant la délivrance de médicaments génériques de certaines classes ou molécules pour lesquelles on constate des taux de délivrance faibles exemple : le produit de contraste Acide Gadotérique
- Augmenter le taux de prescription dans le répertoire des génériques
- Augmenter le taux de délivrance de génériques de certaines classes/molécules ciblées

Actions	Calendrier
Transmission de profils	Semestriel
Présentation du profil dans les services + rappel des nouvelles règles sur le NS (enrichir le discours à l'aide d'éléments sur les économies réalisables)	Annuel

Outils	Calendrier
Données PHEV	Dès 2022
Données de suivi régionales - DCIR inter régimes	Dès 2022

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
taux de prescription dans le répertoire des génériques	↑

DEFINITION DE L'INDICATEUR :

Nombre de boîtes remboursées de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques (princeps + génériques) / nombre total de boîtes remboursées pour les PHEV.

4.2.2.3. QUALITE, SECURITE ET BON USAGE DES DISPOSITIFS MEDICAUX IMPLANTABLES (DMI)

DIAGNOSTIC DETAILLE

La traçabilité sanitaire de l'implantation des dispositifs médicaux implantables (DMI) dans les établissements de santé et l'information des patients a été mesurée en Provence-Alpes-Côte d'Azur (audit CAQES 2020) et sur le territoire (enquête 2019).

Force est de constater que la réglementation est très partiellement appliquée.

Rappels :

- Décret n°2006-1497 du 29 novembre 2006 fixant les règles particulières de la matériovigilance exercée sur certains dispositifs médicaux et modifiant le code de la santé publique (Dispositions réglementaires) : institue l'obligation de traçabilité de certains dispositifs médicaux.
- Règlement européen 2017/745 : Mise en place du système d'identification unique des dispositifs (IUD).
- Arrêté du 8 septembre 2021, paru au JO du 17/09/2021, relatif au management de la qualité du circuit des DMI dans les établissements de santé et les installations de chirurgie esthétique.
- Critère HAS 1.1-10 : Le patient est informé des DM qui lui sont implantés pendant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.

DECLINAISON OPERATIONNELLE**OBJECTIFS :**

- Optimiser l'informatisation du circuit du DMI à toutes les étapes
- Garantir et optimiser la traçabilité sanitaire et financière du DMI
- Promouvoir le bon usage et la pertinence du DMI
- Coordonner le partage d'information entre ville/hôpital/patient

Actions	Calendrier
Cartographie des risques à réaliser par les établissements et élaboration d'un plan de maîtrise des risques	Dès 2022
Traçabilité sanitaire des DMI dans le dossier patient informatisé (DPI)	Dès 2022

Audit bon usage et pertinence : respect de la LPP pour les 3 classes de DMI choisies. Choix des DMI traceurs : abord vasculaire longue durée (chambres implantables, Picc Line), prothèses de genou	Dès 2022
---	----------

Outils	Calendrier
Cartographie ANAP Interdiag® V3 et plan d'actions	Annuel
Audit : présence de la traçabilité sanitaire structurée dans le DPI	Annuel
Audit : saisie de l'indication de pose des DMI ciblés	Annuel
Information du patient tracée (critère HAS 1.10)	Annuel

Indicateur(s) de résultat	résultat attendu
Structuration de la traçabilité sanitaire des DMI dans le DPI : audit	100%
Taux alimentation du DMP : nb d'alimentation de DMP/nb de séjours hospitaliers	↑
% DM implantés respectant les indications et les conditions de pose de la LPP	100% en 2022

4.2.2.4. PERTINENCE ET RESPECT DES INDICATIONS DES PRESCRIPTIONS DES MEDICAMENTS COUTEUX ET INNOVANTS (MEDICAMENTS LISTE EN SUS)

DIAGNOSTIC DETAILLE

La maîtrise de la croissance des dépenses pour garantir la pérennité du système de santé est un objectif constant. Un des efforts repose sur la maîtrise des dépenses inutiles, par exemple par des prescriptions non pertinentes car les traitements sont réalisés dans des conditions non conformes à des règles de sécurité ou de qualité.

Dépenses molécules onéreuses (MO) PACA

2020	392 947 497€	+17,7%
2019	333 829 484€	+16,6%
2018	286 208 658€	+ 0.7%
2017	284 232 012€	

Montant hors Autorisation de Mise sur le Marché (I999999) en PACA

2020	42 801 085€	10,9% de la dépense
2019	54 455 020€	16,3% de la dépense

DECLINAISON OPERATIONNELLE

OBJECTIFS :

- Evaluer la pertinence des prescriptions, réduire les dépenses liées à des prises en charge inefficaces ou non recommandées
- Vérifier le respect des conditions applicables aux prescriptions hors AMM, hors RTU et hors essais cliniques

Actions	Calendrier
Suivi trimestriel des dépenses des MO LES prescrites hors AMM, hors Recommandation Temporaire d'Utilisation et hors essais cliniques (codées I999999)	Dès 2022
Suivi qualitatif de l'argumentaire hors AMM	Dès 2022
Suivi du taux d'anomalie de codage pour les 3 molécules les plus prescrites en valeur financière en PACA : pembrolizumab, daratumumab, eculizumab (antinéoplasiques immunomodulateurs)	Dès 2022

Outils	Calendrier
Fichier trimestriel de recueil AMM et hors AMM par OMEDIT	Trimestriel
Prescriptions hors AMM/RTU argumentées	Trimestriel
ePMSI recueil I999999	Annuel

Indicateur(s) de résultat	résultat attendu
Taux de prescription hors AMM (I999999)	< 15%
Anomalie codage pour molécules ciblées	0%
Argumentaire transmis pour toutes prescriptions codées I999999	100%

4.2.2.5. PHARMACIE CLINIQUE : DISPENSATION ET ACTIONS DE PHARMACIE CLINIQUE DIAGNOSTIC DETAILLE

La dispensation est l'acte pharmaceutique associant à la délivrance des produits de santé :

- l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance,
- la préparation éventuelle des doses à administrer,
- la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des médicaments (article R4235-48 du CSP).

L'étape d'analyse pharmaceutique des ordonnances représente une étape cruciale dans le cadre de la sécurisation du circuit du médicament. L'utilisation d'un LAD certifié associé à un module de priorisation des prescriptions permet d'augmenter significativement l'exhaustivité, la sécurité et l'efficacité de l'activité.

L'Ordonnance n°2016-1729 du 15 décembre 2016 art. 1 a introduit dans la loi les actions de pharmacie clinique comme nouvelles missions obligatoires des pharmacies à usage intérieur (PUI).

Le décret en conseil d'Etat n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux PUI définit les actions de pharmacie clinique (article R.5126-10 du CSP) :

- Expertise pharmaceutique clinique
- Bilans de médication
- Plans pharmaceutiques personnalisés
- Entretiens pharmaceutiques

Le déploiement de ces activités peut nécessiter des outils numériques dédiés, complémentaires au LAD et module de priorisation et représente un enjeu important dans l'optimisation de la prise en charge thérapeutique des patients en établissement de santé. La traçabilité de ces actions est indispensable pour la mise en œuvre d'une des nouvelles missions des PUI : les renouvellements et adaptations des prescriptions dans le cadre de protocoles locaux de coopération médecin/pharmacien (Article L5126-1 alinéa 5 et arrêté relatif au renouvellement et à l'adaptation des prescriptions par les pharmaciens exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur en application de l'article L. 5126-1 du Code de la Santé Publique.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

Objectifs :

- Systématiser l'analyse pharmaceutique des ordonnances et optimiser son efficacité en utilisant des outils de priorisation/ciblage des prescriptions.
- Promouvoir la mise en œuvre et la traçabilité des actions de pharmacie clinique en établissement de santé selon les bonnes pratiques de pharmacie clinique (SFPC 2022), en intégrant le déploiement de logiciels métiers dédiés (cf HAS 2022).
- Promouvoir les protocoles locaux de coopération médecins hospitaliers/pharmaciens hospitaliers

Actions	Calendrier
Promouvoir les bonnes pratiques de pharmacie clinique (SFPC) au sein de l'établissement (CME, services cliniques)	2024
Systématiser l'analyse pharmaceutique des ordonnances de la totalité des médicaments des patients hospitalisés	2024
Favoriser l'utilisation de LAD ou LAP/LAD hospitaliers certifiés (HAS)	2024
Cibler les patients pour la réalisation des bilans de médication et de pharmaceutiques personnalisés et des entretiens pharmaceutiques (critères de données patients, données médicamenteuses, filière de soins, données qualité)	2024
Rédiger les procédures de pharmacie clinique	2024
Étudier l'opportunité de l'acquisition d'un logiciel d'aide aux actions de pharmacie clinique	2024
Organiser la codification des actions de pharmacie clinique (bilans de médication et pharmaceutiques personnalisés et entretiens pharmaceutiques) dans le SI Hospitalier et le guide de codification des actes de pharmacie clinique (OMÉDIT PACA Corse) et assurer la traçabilité des documents dans le DPI (selon la nomenclature du DMP en vigueur en 2022)	2024
Réaliser les autodiagnostic ANAP: Conciliation médicamenteuse et Pharmaceutique et rédiger les plans d'action	2024
Mettre en œuvre un protocole mentionné à l'article L5126-1 alinéa 5	2024

Outils
Bonnes pratiques de conciliation (HAS, SFPC 2018)
Bonnes Pratiques de Pharmacie Clinique (SFPC 2022)
Travaux des comités techniques inter-régionaux OMÉDIT PACA Corse (cahier des charges logique de codification régionale des actions de pharmacie clinique ...) 2022-2023
Autodiagnostic ANAP Conciliation 2022
Autodiagnostic ANAP Pharmacie Clinique 2023
Modèle des protocoles locaux de coopération médecins hospitaliers /pharmaciens hospitaliers / accompagnement OMÉDIT

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Indicateur incitatif : (Taux SI 1) + (Taux SI 2) + (Taux SI 3) + (Taux SI 4) / 4 L'indicateur incitatif correspond à la moyenne des taux des sous-indicateurs i dessous :	>20%
Sous-indicateur 1: Taux de lignes de prescription analysées par le pharmacien lignes analysées par le pharmacien/Nombre total de lignes de prescriptio issues du LAP/LAD ou LAD hospitalier	>80%
Sous-indicateur 2: Taux de séjours incluant un Bilan de Médication trac hospitalier et faisant l'objet d'un dépôt de documents standardisés dans le D	>0%
Sous-indicateur 3: Taux de séjours incluant un Plan Pharmaceutique Perso dans le SI hospitalier et faisant l'objet d'un dépôt de documents standardisés	>0%
Sous-indicateur 4: Taux de séjours incluant un entretien pharmaceutique thé dans le SI hospitalier et faisant l'objet d'un dépôt de documents standardisés	>0%

4.3. LA PERTINENCE DES ACTES

4.3.1. LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

DIAGNOSTIC DETAILLE

Le développement de la chirurgie ambulatoire (CA) est un axe fort de la stratégie nationale de santé et de la loi de modernisation de notre système de santé.

La CA apporte un meilleur confort au patient qui est moins exposé aux infections associées aux soins et peut rejoindre son domicile plus rapidement, ce qui évite les pertes de repère chez les personnes âgées.

Elle recentre l'hôpital sur ses activités de soins aigus et son expertise technique, sur l'hébergement des patients à la suite d'une intervention.

Elle permet d'optimiser le temps d'utilisation des infrastructures et des blocs opératoires et permet aux équipes de gagner du temps pour développer des pratiques innovantes.

La CA fait l'objet de campagnes d'accompagnement par l'Assurance Maladie depuis plusieurs années.

Les données disponibles dans Visuchir mettent en évidence la persistance d'un potentiel de développement de la CA pour une trentaine d'établissements de la région.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

OBJECTIFS :

Améliorer le recours à la chirurgie ambulatoire dans les établissements ciblés

Maintenir ou initier une réflexion dans l'établissement sur les actes pouvant être réalisés en ambulatoire

Décliner cette réflexion à l'échelle des spécialités chirurgicales

Actions	Calendrier
Promouvoir la chirurgie ambulatoire dans les ES ciblés : démarche globale (CME) à décliner selon la spécialité	2024

Outils
Profil CNAM (PMSI disponible en été de l'année n+1)
Outil Visuchir (disponible en janvier de l'année n+2)

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Taux de recours à la chirurgie ambulatoire dans l'ES	Hausse
Taux de recours à la chirurgie ambulatoire par spécialité	Hausse
(Taux potentiel ambulatoire global) – (Taux ambulatoire)	Diminution (critère de ciblage)