

ARRÊTÉ DU 30 JUIN 2022

FIXANT LE PLAN D' ACTIONS PLURIANNUEL RÉGIONAL D' AMÉLIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS 2022 – 2026 DE LA REGION NORMANDIE

Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Normandie

- VU le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-30-2, L. 162-30-3, et D. 162-11 ;
- VU la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- VU le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences Régionales de Santé ;
- VU le décret du 17 juin 2020 portant nomination de Monsieur Thomas DEROCHE, Directeur général de l'ARS de Normandie ;
- VU l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé de Normandie du 10 août 2021 portant prorogation du PAPRAPS Normandie 2016 – 2020 jusqu'au 31 décembre 2021 ;
- VU la décision du 23 mai 2022 portant délégation de signature du Directeur général de l'ARS de Normandie ;
- VU la décision du 23 mai 2022 portant délégation de signature du Directeur général de l'ARS de Normandie ;
- VU la consultation de l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS), en date du 26 janvier 2022 ;
- Vu la consultation pour avis des membres de la Commission Régionale de Coordination des Actions (CRCA) Normandie ;

ARRÊTE

Article 1 : Le Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins de la région Normandie est arrêté pour la période 2022 – 2026.

Article 2 : Le Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins de la région Normandie est annexé au présent arrêté ;

Article 3 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de CAEN, sis 3, rue Arthur LE DUC 14000 CAEN, dans un délai de deux mois à compter de sa publication aux recueils des Actes Administratifs de la région Normandie. La saisine du tribunal administratif peut se faire via Télérecours citoyens www.telerecours.fr ;

Article 4 : La Directrice de la stratégie de l'Agence régionale de santé de Normandie est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Caen, le **30 JUIN 2022**

Le Directeur général,



Thomas DEROCHE
La Directrice générale adjointe
Elise NOGUERA

PAPRAPS

Normandie

2022 – 2026

Consultations :

Commission Régionale de Coordination des Actions ARS – Assurance Maladie, 9 juin 2022 en commission restreinte et l'ensemble des membres par voie électronique

Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins, le 26 janvier 2022

SOMMAIRE

I - PREAMBULE : QUE RECOUVRE LA PERTINENCE DES SOINS

II – LA DEMARCHE NATIONALE DE PERTINENCE DES SOINS

De la coordination des actions ARS – Assurance Maladie à la stratégie de transformation du système de soins.

III – LA SITUATION REGIONALE – CONTEXTE ET ENJEUX

3.1 La pertinence des parcours de soins

3.1.1 Les hospitalisations potentiellement évitables

3.1.2 Les enjeux des parcours de soins

3.2 La pertinence des prescriptions et le bon usage dispositifs médicaux

3.2.1 L'iatrogénie médicamenteuse chez la population âgée

3.2.2 Les Médicaments de la Liste en Sus

3.2.3 Le respect des règles de traçabilité et de management des DMI

3.3 La pertinence des prises en charge

Les chimiothérapies sous cutanées – Enjeu de transfert des prises en charge MCO vers la prise en charge en HAD

IV – LA DEMARCHE REGIONALE D'AMELIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS

4.1 Le projet régional de santé

4.2 Le plan régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS)

4.2.1 Le cadre législatif et réglementaire

4.2.2 Le PAPRAPS 2016 - 2021

4.2.3 Le champ du PAPRAPS Normand 2022 – 2026

4.3 L'IRAPS au centre de l'intervention régionale

4.3.1 Le cadre législatif et réglementaire - Bases législatives et réglementaires

4.3.2 L'IRAPS Normande

V – LES LEVIERS DE L'AMELIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS

5.1 L'accompagnement des établissements de santé

5.1.1 Les dispositifs spécifiques de l'Assurance Maladie

5.1.2 La transmission de données facilitant les comparaisons

5.1.3 Les appels à candidature

5.2 La contractualisation avec les établissements de santé : le CAQES - Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficienc e des Soins

5.2.1 Présentation

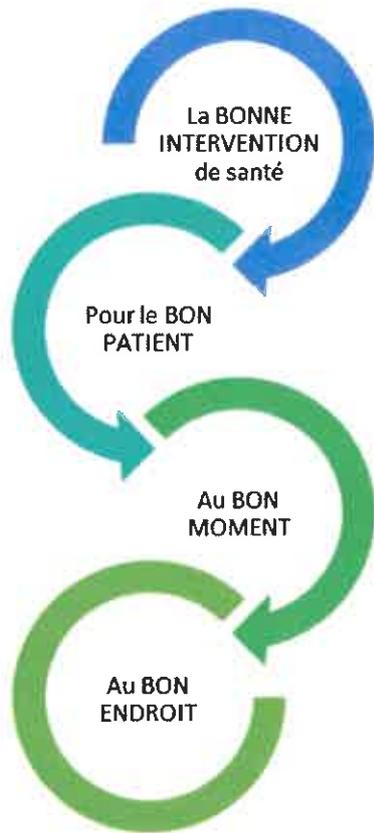
5.2.2 Le CAQES en Normandie – Critères de ciblage

5.3 Le dispositif de Mise Sous Accord Préalable (MSAP) - Article L. 162-1-17 du CSS

5.4 Les actions auprès de l'ensemble des professionnels de santé, hors établissements de santé

I. PREAMBULE : QUE RECOUVRE LA PERTINENCE DES SOINS

La pertinence, comme élément central de la qualité et de la sécurité des soins

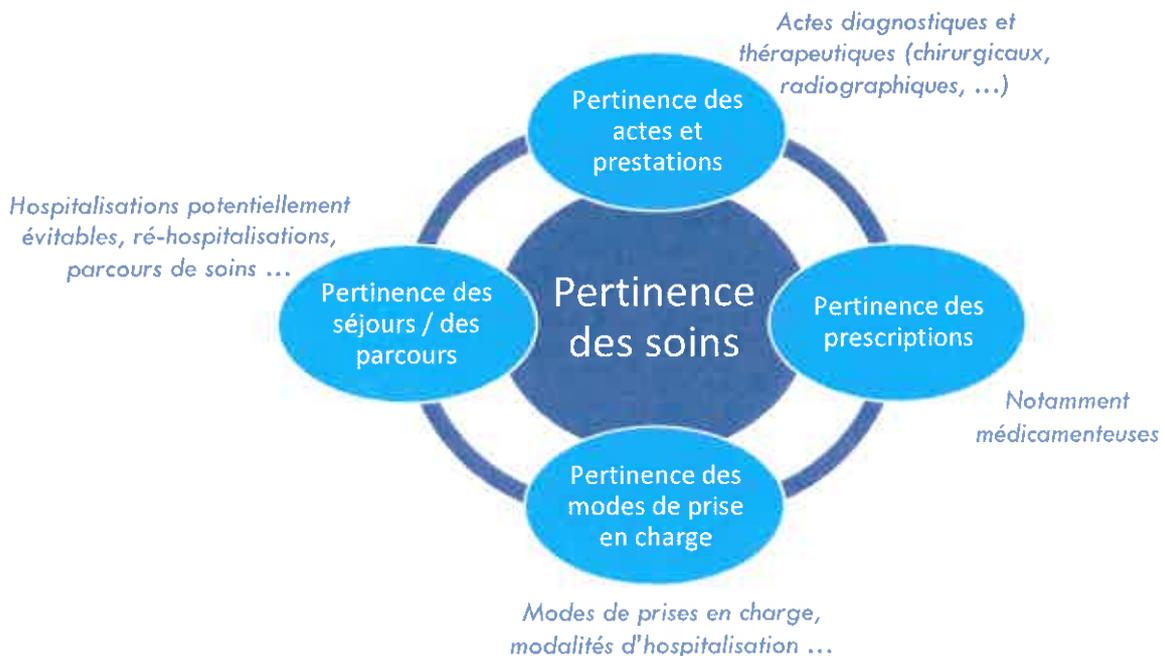


Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la HAS et des sociétés savantes, nationales et internationales (Source : solidarites.sante.gouv.fr)

Pour la HAS, la démarche de pertinence est d'abord tournée vers une exigence médicale de qualité et de sécurité des soins. Il s'agit de protéger le patient, par des soins strictement nécessaires, des conséquences :

- **De l'intervention inutile ou excessive** du système de santé (examens ou traitements inutiles susceptibles d'entraîner un sur-diagnostic, de présenter des risques ou effets secondaires ou d'entraîner des complications)
- **Des mauvaises indications** : des soins inappropriés ou non conformes aux standards
- **Mais aussi, de l'absence d'intervention**, susceptible d'entraîner un retard au diagnostic ou au traitement d'une pathologie.

Le champ d'application de la pertinence des soins



II. LA DEMARCHE NATIONALE DE PERTINENCE DES SOINS

De la coordination des actions ARS – Assurance Maladie à la stratégie de transformation du système de soins.

Contexte :

L'adaptation de la réponse aux besoins de santé de la population impose une démarche exigeante en termes de qualité des pratiques, de performance des organisations de santé et d'efficience collective des acteurs. Or, l'analyse des actes et des pratiques, des processus de soins, l'étude des trajectoires de prise en charge des patients ont révélé des marges de progrès pour la qualité des soins et l'efficience des dépenses de santé.

C'est pourquoi dès 2016 ; l'Assurance Maladie et la Haute Autorité de Santé ont coordonné leur action dans l'objectif de réduire les hospitalisations inutiles, les actes non adaptés : actes interventionnels non indiqués, examens d'imagerie déjà réalisés, prescriptions médicamenteuses inutiles, admissions en SSR non justifiées, hospitalisations inadéquates par rapport à une intervention en ambulatoire

- ✓ *Des outils ont été mis à disposition (PAPRAPS, contrats d'améliorations de la qualité et de l'efficience des soins, atlas des variations de pratiques, données d'analyse sur l'hospitalisation de l'ATIH, des indicateurs de ciblage de l'Assurance Maladie, des recommandations de la HAS, ...).*

Ont été aussi analysés les processus de soins, les taux de recours régionaux par comparaison aux taux de recours nationaux ; les recommandations de bon usage et de bonnes pratiques ont été diffusées par les sociétés savantes, les innovations techniques et organisationnelles identifiées comme facteurs de pertinence, comme les innovations technologiques.

Des réflexions sur des modes de financement innovants ont été introduites comme nouvelle valeur de la pertinence (financement à l'épisode de soin, financement au parcours de soin), et traduites notamment dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2019 au titre du développement du financement au forfait et à la qualité.

C'est ainsi qu'au même titre que la qualité et la sécurité, le principe de la pertinence des prises en charge a été **inscrite au cœur de la Stratégie Nationale de Santé** et affirmé pour chaque étape du parcours de santé. L'intérêt du patient est alors mis au premier plan et la pertinence des soins confirmée dans sa contribution à l'efficience du système de santé.

En déclinaison de la stratégie nationale, la pertinence des soins a fait l'objet au sein de la Stratégie de Transformation du Système de Santé, du chantier spécifique « Inscire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques » avec un axe fort sur la construction de parcours de soins adaptés aux réalités de terrain. L'un des objectifs de ce 1^{er} Chantier « travailler au développement d'une culture de la qualité et de la pertinence » cible en particulier le travail sur « la pertinence des prescriptions, des examens et des hospitalisations ». *Un acte médical, une prescription ou une intervention non pertinents sont potentiellement dangereux. Il s'agit donc de faciliter la diffusion des recommandations, de soutenir les initiatives des professionnels et de les intéresser à l'adoption des meilleures pratiques en pertinence médicale.*

- ✓ *Élaboration d'indicateurs de qualité des parcours (sur les 10 pathologies chroniques les plus fréquentes).*
- ✓ *Sélection et déploiement des programmes pertinence avec les conseils nationaux professionnels.*

A partir de 2019, c'est donc l'analyse des parcours de soins qui est en jeu avec un principe, celui du patient au cœur de la démarche. Issu des retours d'expérience des professionnels de santé et des usagers durant la période de gestion de crise sanitaire, les conclusions du Ségur de la Santé confirment la nécessité de mieux prendre en compte la qualité et la pertinence des parcours des patients dans les modes de financement des activités de soins.

III. LA SITUATION REGIONALE – CONTEXTE ET ENJEUX



3.1 La pertinence des parcours de soins

3.1.1 Les hospitalisations potentiellement évitables

La prise en charge des pathologies chroniques par la structuration des parcours de soins : Insuffisance Cardiaque (IC), Asthme, BPCO - La région Normandie atypique

La situation atypique de la Normandie est illustrée ici par les indicateurs de coordination, indicateurs dont l'objectif est d'identifier la partie des hospitalisations qui sont liées à des problématiques d'organisation des soins et des parcours : les taux d'Hospitalisations potentiellement évitables (HPE) ou Hospitalisations sensibles aux soins de 1er recours sont disponibles pour 6 pathologies : l'asthme, l'Insuffisance Cardiaque, la BPCO, la déshydratation, le diabète et l'angine de poitrine.

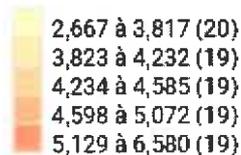
✓ **L'Insuffisance Cardiaque (IC)** : on note la prévalence de la pathologie « Insuffisance Cardiaque » sur les 6 pathologies mesurées.

2020, Source PMSI	Séjours IC	Séjours pathologies HPE	6	Prévalence IC HPE
Calvados	1960	3345		58,59%
Eure	1451	2477		58,58%
Manche	1728	2881		59,98%
Orne	1091	1841		59,26%
Seine Maritime	3454	5876		58,78%
Région	9684	16420		58,98%

La quasi-totalité de la Normandie est classée dans les taux de recours des HPE pour insuffisance cardiaque (IC) les plus élevés.



Taux de recours HPE IC

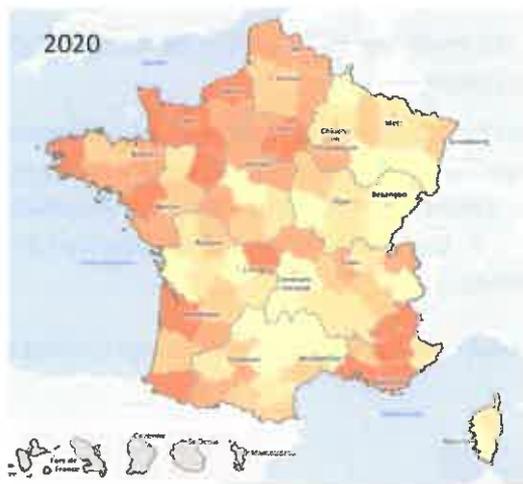


Les départements de l'Orne et de la Manche sont les 2 départements qui ont les plus forts taux d'HPE sur le territoire métropolitain.

HPE 2020	Nombre de Séjours pour IC	Taux de recours pour IC	Rang de classement pour IC
Calvados	1960	5,39	13
Eure	1451	4,71	34
Manche	1728	6,07	2
Orne	1091	6,58	1
Seine Maritime	3454	5,39	12

✓ L'Asthme

Comme pour l'IC, la région Normandie figure parmi les régions ayant les plus forts taux d'HPE pour asthme.



Taux de recours HPE



HPE 2020	Nombre de Séjours pour asthme	Taux de recours pour asthme	Rang de classement pour asthme
Calvados	181	0,33	8
Eure	111	0,24	30
Manche	128	0,32	9
Orne	78	0,34	5
Seine Maritime	350	0,36	4

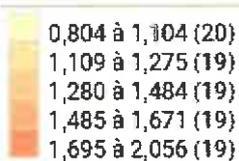
Quatre départements sur les cinq sont classés dans les 10 1ers départements ayant les plus forts taux de recours.

✓ La BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive

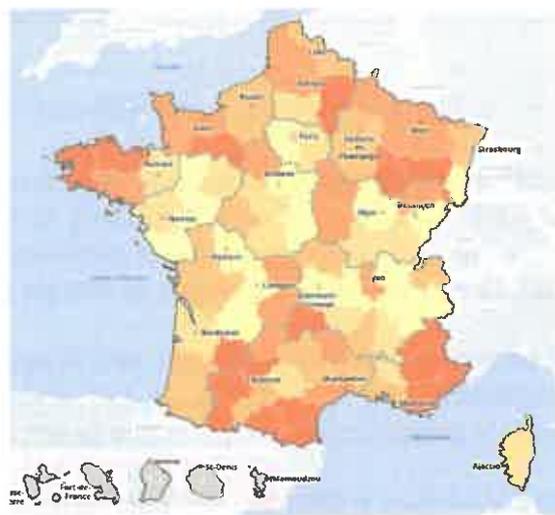
Le taux de recours HPE pour BPCO de la région est stable entre 2019 et 2020.



Taux de recours HPE 2019



Taux de recours HPE 2020



HPE 2020	Nombre de Séjours pour BPCO	Taux de recours pour BPCO	Rang de classement pour BPCO
Calvados	599	1,10	35
Eure	434	0,95	51
Manche	463	1,17	26
Orne	358	1,58	2
Seine Maritime	988	1,01	46

On note ici une forte prévalence du département de l'Orne, 2ème département de France ayant le plus fort taux de recours pour BPCO

✓ La Déshydratation

A noter sur cette pathologie, les départements de l'Eure et de la Seine Maritime qui se démarquent par leur classement dans les 10 1ers départements ayant les plus forts taux de recours HPE pour déshydratation.

HPE 2020	Nombre de Séjours pour déshydratation	Taux de recours pour déshydratation	Rang de classement pour déshydratation
Calvados	237	1,75	83
Eure	301	2,88	10
Manche	314	2,75	16
Orne	179	2,65	20
Seine Maritime	759	3,31	4

3.1.2 Les enjeux des parcours de soins

L'objectif est l'amélioration de la pertinence des prises en charge, en particulier pour les parcours priorisés du Projet Régional de Santé Normand (8 Parcours).

Au regard de la situation atypique de la Normandie, l'IRAPS a porté ses travaux sur les indicateurs de coordination relatifs aux pathologies du parcours « Maladies Chroniques » asthme/BPCO et insuffisance cardiaque. L'enjeu de pertinence a ainsi été identifié au regard des HPE mesuré par l'indicateur de coordination « taux de recours » ou « hospitalisations sensibles à la prise des soins de 1^{er} recours ». L'objectif, en particulier dans les départements de la Manche et de l'Orne est de limiter le recours aux hospitalisations pour ces 2 pathologies par une approche coordonnée : prévention, éducation thérapeutique du patient, prise en charge par le 1er recours.

✓ *Le déploiement du parcours Insuffisance Cardiaque (IC)*

L'insuffisance cardiaque est un enjeu de santé majeur, en particulier dans notre région. Elle touche 2% de la population générale, elle est la 3^{ème} cause de mortalité en France. Elle est la conséquence de maladies très diverses (souvent d'autres maladies cardio-vasculaires) et son pronostic vital est quasi identique à celui du cancer du côlon, soit une mortalité de 50% des patients à 5 ans.

Ont été relevées, 6000 hospitalisations pour IC aiguë en Normandie en 2019. Pour les patients hospitalisés, la mortalité à 3 ans est multipliée par 3 (ce n'est pas l'hospitalisation qui aggrave le pronostic mais ses causes ; le patient est arrivé trop loin dans sa pathologie).

Depuis 2017, dans le cadre de l'IRAPS, les travaux sur les Hospitalisations potentiellement évitables (HPE) ou « Hospitalisations sensibles aux soins de 1er recours » ont confirmé l'atypie de la Normandie. Les départements normands font partie des départements de France métropolitaine ayant les taux d'HPE les plus élevés (Manche et Orne en 1^{ère} et 2^{ème} position de 2017 à 2020)

Les enjeux au niveau national et particulièrement en région Normandie ont conduit l'ARS et l'Assurance Maladie, appuyée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), à déployer une stratégie régionale de déploiement du parcours « Insuffisance Cardiaque ». Compte tenu de l'enjeu de coordination des professionnels pour l'amélioration du parcours, le déploiement est initié auprès des professionnels déjà engagés dans une démarche de coordination, soit auprès des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et des structures d'exercice coordonnées présentes sur le territoire.

Sur la base des échanges avec les acteurs de santé de ces territoires et du partage de l'outil de diagnostic territorial, il s'agit :

- ✓ De procéder à l'identification des points de rupture avec un état des lieux des « freins et des leviers » autour de ces points de rupture.
- ✓ De déterminer de façon conjointe des pistes d'amélioration.

En complémentarité du déploiement du parcours sur les territoires de CPTS, l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS), associée au déploiement, oriente son intervention sur les territoires non couverts. Sur ces territoires seront identifiés des professionnels de santé volontaires, moteurs de la prise en charge coordonnée. L'objectif, à partir des expériences de terrain, est de construire et de partager les outils, en faveur de la prise en charge coordonnée de l'Insuffisance Cardiaque.

✓ La promotion de l'exercice coordonné

La pertinence de la prise en charge des patients à travers le déploiement des parcours de soins s'appuie donc sur la coordination des acteurs. Depuis plus de 10 ans, tous les acteurs normands de la santé sont engagés dans une démarche partenariale afin d'encourager l'exercice coordonné. Cette démarche a trouvé l'adhésion d'un nombre croissant de partenaires signataires pour 2021 – 2025 de la Charte partenariale pour l'accès aux soins ambulatoires en Normandie. Pour aller plus loin dans la dynamique, les partenaires ont souhaité prendre en compte l'émergence de nouvelles modalités de coordination et d'exercice regroupé, telles que les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), impulser et soutenir dans chaque territoire toutes les initiatives en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins comme la télémédecine ou les solutions mobiles de soins.

Les projets proposés par les professionnels de santé ayant reçu un avis favorable peuvent désormais bénéficier de différentes formes de soutien, en complément des appuis proposés par les autres partenaires.

3.2 La pertinence des prescriptions et le bon usage des dispositifs médicaux

3.2.1 L'iatrogénie médicamenteuse chez la population âgée

Le constat : une population âgée fragile et porteuse de nombreuses pathologies chroniques qui consomme en moyenne 8 médicaments différents par jour (risque iatrogène / coordination des acteurs pour une optimisation thérapeutique).

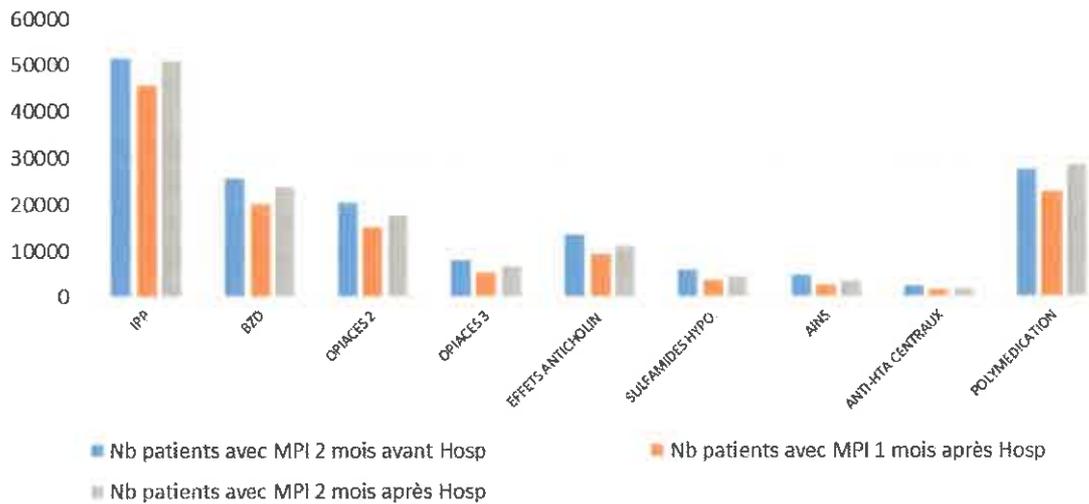
Le contexte : c'est celui de « Ma santé 2022 » dont l'un des axes de travail prioritaires est « La qualité de la pertinence des actes » avec le développement d'une logique de parcours de soins.

Les éléments diagnostics : les médicaments potentiellement inappropriés (MPI) composent fréquemment le traitement chronique des patients de plus de 75 ans.

La prescription de MPI chez un patient âgé est un des facteurs prédictifs d'hospitalisations pour iatrogénie et constitue donc un problème de santé publique majeur.

Les données régionales montrent que l'hospitalisation n'a pas d'impact favorable à 2 mois sur le recours aux MPI.

<i>Données hospitalisations (PMSI - MCO 2020) Données médicaments (DOR (2020 à septembre 2021)</i>	<i>Taux de prescription 2 mois avant hospitalisation</i>	<i>Taux de prescription 1 mois après hospitalisation</i>	<i>Taux de prescription 2 mois après hospitalisation</i>	<i>Impact 1 mois après hospitalisation</i>	<i>Impact 2 mois après hospitalisation</i>
AINS	5,16%	3,37%	4,31%	45,51%	27,32%
ANTI-HTA CENTRAUX	2,67%	2,03%	2,34%	34,29%	21,03%
BZD	29,05%	26,19%	29,84%	21,85%	7,71%
EFFETS ANTICHOLIN.	15,22%	11,90%	13,76%	32,33%	18,36%
IPP	58,25%	59,81%	63,99%	11,12%	0,78%
OPIACES 2	22,88%	19,51%	22,16%	26,20%	12,54%
OPIACES 3	8,84%	7,02%	8,10%	31,22%	17,21%
POLYMED.	31,25%	29,68%	35,78%	17,80%	-3,41%
SULFAMIDES HYPO.	6,62%	4,86%	5,71%	36,46%	21,07%



Les actions régionales :

Groupe de travail régional pluridisciplinaire « Optimisation des thérapeutiques médicamenteuses chez le sujet âgé ».

Appel à Projets (AAP) « Optimisation médicamenteuse ».

Formations optimisation de la pharmacothérapie chez le sujet âgé (conception d'outils interrégionaux).

3.2.2 Les Médicaments de la Liste en Sus (LES)

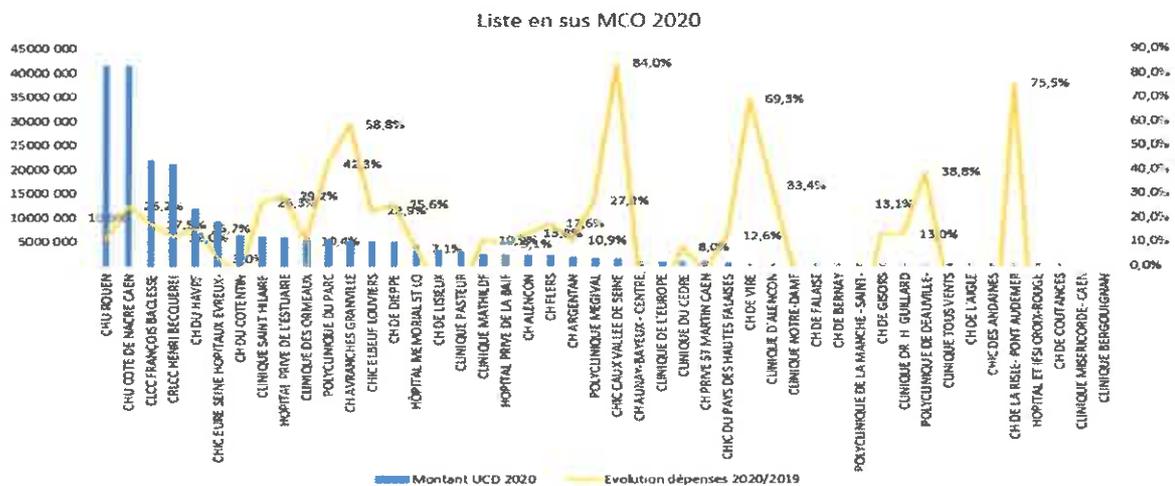
Le contexte : 2ème année de hausse des dépenses après un léger recul en 2018 (principalement dû à une meilleure pénétration des « biosimilaires », des immunosuppresseurs et des anticorps monoclonaux indiqués en oncologie).

Les éléments diagnostics : Evolutions région Normandie - 2020/2019 =

+ 5,1% en Nb d'UCD (= 276 000 UCD) - (Versus + 2,4% en 2019/2018)

+ 15,8% en montant (= 222,5 millions € en 2020) - (Versus + 13,2% en 2019/2018 - 192 millions € en 2019)

Et Cible : + 3%



Les actions régionales :

Dynamique des établissements de santé appuyée par le « Comité technique innovations » avec des groupes dédiés (IgHN, Cancérologie).

Accompagnement à la qualité du recueil des données, suivi, analyse et restitution des données d'utilisation au regard des référentiels existants.

3.2.3 Le respect des règles de traçabilité et de management des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI)

Le contexte :

Règlement européen et traçabilité sanitaire avec mise en place de l'Identifiant Unique des Dispositifs (IUD). Arrêté du 8 septembre 2021 relatif au management de la qualité du circuit des dispositifs médicaux implantables dans les établissements de santé et les installations de chirurgie esthétique.

Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), sortie de la Version 3 « d'Inter Diag DMS-DMI ».

Critère HAS 1.10 : le patient est informé des DMI implantés lors de son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.

Les actions régionales :

Accompagnement OMÉDIT Normandie/ResOMÉDIT : Webinaires (échanges, partage d'expériences), mise à disposition de boîte à outils.

3.3 La pertinence des prises en charge

Les chimiothérapies sous cutanées – Enjeu de transfert des prises en charge MCO vers la prise en charge en HAD

Le contexte :

La Feuille de route HAD 2021 – 2026 avec 7 axes prioritaires dont un axe pour renforcer la qualité et la pertinence des prises en charge et la stratégie décennale de lutte contre le cancer.

Les éléments diagnostics :

Taux de recours à l'HAD très faible (dernière position au niveau national) y compris pour la chimiothérapie (0,6% de l'activité totale en 2020).

Un état des lieux réalisé par la FNEHAD ayant permis d'identifier les HAD réalisant de la chimiothérapie injectable au domicile – En Normandie, la marge de progression est importante en terme de recours par rapport au niveau national (toute activité et particulièrement dans le domaine de la chimiothérapie).

Disparités en termes d'organisation : 11 établissements réalisent cette activité dont 9 avec Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) et 5 avec une Unité de reconstitution des chimiothérapies (URC).

IV. LA DEMARCHE REGIONALE D'AMELIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS

4.1 Le projet régional de santé (PRS)

Intégrée dans l'objectif stratégique 7 du PRS Normandie, la démarche régionale d'amélioration de la pertinence des soins identifie l'amélioration de la pertinence des actes en réduisant la variation de recours dans les territoires en atypies significatives et la pertinence des prescriptions comme objectif opérationnel du projet régional de santé.

Ainsi pour illustrer, la Normandie peut s'appuyer sur des professionnels et des structures particulièrement investis dans le champ de la télésanté et du numérique pour mettre en œuvre des orientations ambitieuses en matière de pertinence des soins.

4.2 Le Plan d'action régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS).

4.2.1 Le cadre législatif et réglementaire - L162-30-3 et D 162-11 code de la sécurité sociale (CSS)

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). 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 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.

Le PAPRAPS, sur la base d'un diagnostic de la situation régionale, définit donc les différentes actions d'amélioration de la pertinence des soins mises en œuvre en région conjointement avec l'Assurance maladie. Il détermine les priorités régionales précisant notamment les critères retenus pour identifier les établissements de santé devant inclure un volet consacré à ce plan dans le CAQES (contrat pour l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins).

4.2.2 PAPRAPS 2016 - 2021

Le PAPRAPS 2016 – 2020 a été prorogé jusqu'au 31 décembre 2021 par arrêté du directeur général de l'ARS Normandie en date du 10 août 2021.

✓ Une construction initiale contemporaine de l'IRAPS

La construction et la mise en œuvre du PAPRAPS 2016-2020 ont été contemporaines de la fusion des Régions Basse et Haute Normandie, ainsi que de la création de l'IRAPS.

Le PAPRAPS présenté une 1^{ère} fois lors de la réunion d'installation de l'IRAPS le 28 juin 2016 a été soumis pour avis à l'instance avant d'être arrêté le 30 août 2016 pour une effectivité au 1^{er} septembre 2016.

- ✓ *Cinq grands enjeux régionaux sont alors identifiés et un programme d'actions prioritaires définis :*

Enjeux régionaux	Programme d'actions prioritaires
Marges de progrès en chirurgie ambulatoire	Accélérer le développement de la chirurgie ambulatoire Accompagner les établissements de santé dans le développement de l'hospitalisation de jour de médecine
Amélioration des parcours de soins	Améliorer la pertinence des transferts en SSR des séjours de chirurgie orthopédique Développer l'HAD dans le parcours de soins
Amélioration de la pertinence des actes	Améliorer la pertinence des actes
Forte évolution des dépenses de médicaments	Renforcer la pertinence des prescriptions de produits de santé
Evolution continue des dépenses de transports	Renforcer la pertinence des prescriptions de transports

- ✓ *Les groupes de travail de l'IRAPS, la mise en œuvre de la procédure de **mise sous accord préalable (MSAP)** et les **contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES)** ont constitué les leviers de la mise en œuvre de ce programme.*

L'historique des travaux de l'IRAPS :

Atypies sur colectomies pour diverticulose :

Diffusion de l'étude / Attention des DIM sur codage PMSI – dépistage (dont sensibilisation)
Travaux / information des professionnels, étude du parcours de soins des patients, épidémiologie de la pathologie diverticulaire.

Atypies sur les aérateurs transtympaniques (ATT) :

Communication des résultats via nORLandie et rappel des règles et bonnes pratiques auprès des ORL.
Visite Assurance Maladie pour entretiens confraternels.

Chirurgie du canal carpien :

Etat des lieux des pratiques – notamment parcours amont du patient avant intervention – Mise Sous Accord Préalable (MSAP).
Canal Carpien / Profils Assurance Maladie diffusés aux Etablissements de Santé et équipes chirurgicales.
Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) HAS via les vecteurs de communication des membres de l'IRAPS

Travaux sur les valves aortiques : Création du Groupe de Travail - Pontages aorto-coronariens (2017)

Les maladies chroniques : les travaux ont été engagés dès 2017 sur l'insuffisance cardiaque, l'asthme et la BPCO en particulier. Un groupe de travail régional sur le parcours de soins de l'insuffisance cardiaque a été initié fin 2019 par l'IRAPS, suivi par la mise en place d'un plan d'actions conjoint avec l'ARS et l'Assurance Maladie pour le déploiement en Normandie du parcours STSS expérimenté en Auvergne Rhône-Alpes et en Grand-Est. Ce processus a été interrompu avec la gestion de la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19.

Le bilan des mises sous accord préalable (MSAP) :

La démarche de mise sous accord préalable, avec un ciblage conjoint ARS-Assurance Maladie a été mise en œuvre jusqu'en 2019. 26 établissements ont été proposés à l'ARS par l'Assurance Maladie pour une MSAP.

Après échanges et phase contradictoire : 12 structures ont été placées sous MSAP (6 établissements au titre de la chirurgie ambulatoire et 6 établissements au titre des soins de suite et de réadaptation) pour une période de 3 mois (du 15 avril au 15 juillet 2018) et un établissement de santé pour une période de 6 mois (du 15 avril au 15 octobre 2018).

Le Bilan du CAQES 2018 – 2021 :

Chaque année une enveloppe d'environ 630 000€ a été réservée sur le Fonds d'Intervention Régional (FIR) de l'ARS pour intéresser les établissements à leurs résultats à l'issue de la procédure annuelle d'évaluation.

Au total, ce sont 123 établissements de santé qui ont contractualisé sur le volet socle « Produits de santé » et 6 établissements sur le volet additionnel (VA) relatif aux « Transports ».

Bilan de l'intéressement :

Année du CAQES	Nombre d'établissements intéressés	Fourchette des intéressements par ES
2020	46 dont 3 au titre du VA Transports	de 8 000 à 63 500€
2019	42 dont 5 au titre du VA Transports	de 3 645 à 51 352€

Le Virage Ambulatoire

Depuis 2017, l'outil régional « profil virage ambulatoire » créé par l'ARS et l'Assurance Maladie permet aux établissements de santé autorisés à en pratiquer l'exercice de suivre tous les 6 mois la progression de leur activité de Chirurgie Ambulatoire (CA), d'Hospitalisation de Jour (HDJ) et d'Hospitalisation à Domicile (HAD), de leur durée de séjours en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO). Les établissements peuvent ainsi se comparer à des niveaux fins d'analyse aux autres établissements de même catégorie, au vu de leur case-mix (type d'activité).

Les établissements peuvent également suivre leur potentiel de transférabilité de séjours MCO vers l'Hospitalisation à Domicile (HAD).

La situation Normande : la crise COVID a eu un impact fort sur l'activité de chirurgie ambulatoire. Ainsi, en 2020, l'activité de chirurgie a chuté, en particulier l'activité programmée entraînant de fait une évolution peu favorable des indicateurs de chirurgie ambulatoire sur cet exercice. On constate cependant, lorsque la situation s'est améliorée sensiblement, que les établissements ont trouvé un intérêt à faire progresser l'activité ambulatoire (en particulier, un meilleur flux de patients limite les contaminations pour COVID).

La progression du taux de chirurgie ambulatoire a donc été faible en 2020 puis forte en 2021:

- ✓ M12 2019: 57,9% observé (59,1% si comme France entière a activité identique).
- ✓ M12 2020: 58,2% observé (59,4% si comme France entière a activité identique).

- ✓ M12 2021: 60,6% observé (61,7% si comme France entière a activité identique).

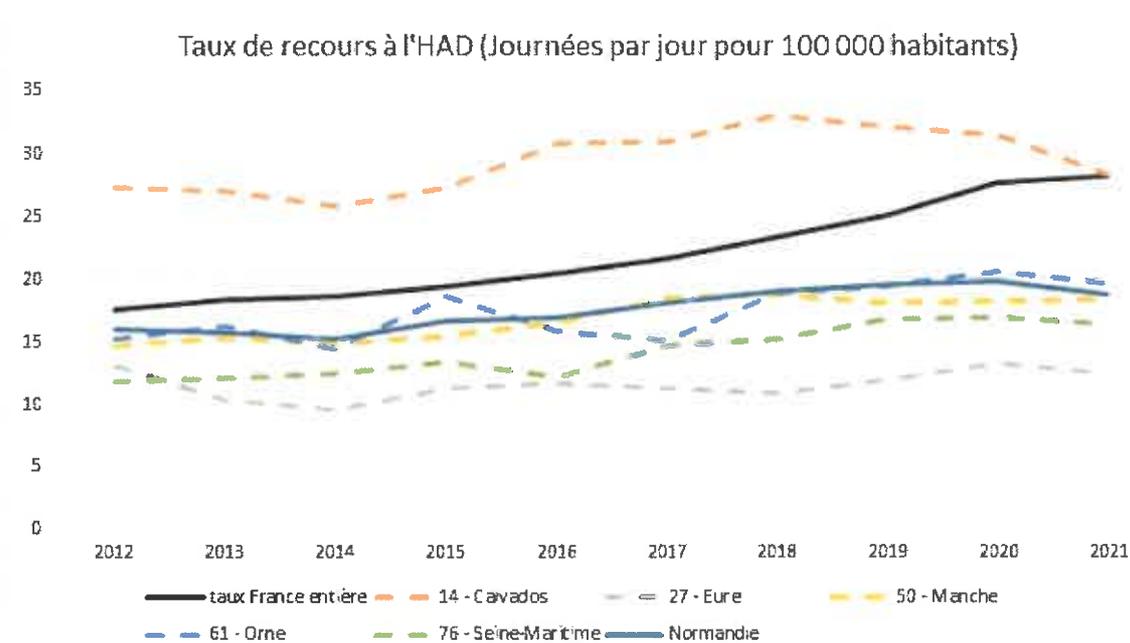
La progression de médecine HDJ a donc été faible en 2020 puis très forte en 2021:

- ✓ M12 2019: 23,5% observé (22,7% si comme France entière a activité identique).
- ✓ M12 2020: 24,0% observé (23,3% si comme France entière a activité identique).
- ✓ M12 2021: 27,9% observé (27,1% si comme France entière a activité identique).

Les Durées moyennes de séjours ont toutes chuté en 2021 :

	2019	2020	2021
Médecine	3,4	3,5	3,3
Chirurgie	2,3	2,3	2,1
Obstétrique	3,5	3,4	3,3

L'activité en HAD n'a pas progressé, contrairement à ce qui est observé au niveau « France entière ». Ceci n'est cependant pas nouveau, le taux de recours à l'HAD d'aujourd'hui dans l'Eure est même inférieur à celui d'il y a 9 ans.



4.2.3 Le champ du PAPRAPS Socle Normand 2022 - 2026

Conformément aux dispositions susvisées, les grands enjeux du PAPRAPS Normand 2022 – 2026 ont été présentés en CRCA du 7 décembre 2021 et en IRAPS du 26 janvier 2022. Le principe d'un PAPRAPS Socle révisable tous les ans a été présenté et accepté par les deux instances.

Ce PAPRAPS n'a donc pas l'ambition d'être exhaustif et devra dans le cadre d'une révision annuelle prévue par la réglementation, être complété avec les éléments suivants :

- ✓ Mise à jour du diagnostic de la situation régionale pour les domaines d'actions prioritaires et des plans d'action conjoints ARS – Assurance Maladie.
- ✓ Actualisation des thématiques retenues et objectifs et enjeux associés, sur la base des réflexions et travaux qui seront conduits par l'IRAPS.

Les priorités régionales de ce PAPRAPS Socle 2022 sont déclinées ci-dessous, le contexte de la situation régionale a été présenté ci-dessus au point III.

Priorités régionales	Enjeux régionaux
La prise en charge des personnes âgées	Lutter contre les chutes - intégration dans le plan national de lutte contre les chutes Déshydratation de la personne âgée et hospitalisations liées, sensibles aux soins de premiers recours
Les prescriptions médicamenteuses	Une population âgée fragile et porteuse de nombreuses pathologies chroniques qui consomme en moyenne 8 médicaments différents par jour (risque iatrogène / coordination des acteurs pour une optimisation thérapeutique) Les travaux engagés sur les médicaments de la liste en sus ont permis la maîtrise des coûts de +15,8% pour les établissements de santé MCO à relativiser au regard d'une baisse de -2,2% en Unités de ConDidionnement (UCD) pour un nombre de séances de + 4,7% (données 2020/2019)
La prise en charge des séances de chimiothérapies sous cutanées	Des séances de chimiothérapies sous-cutanées réalisées en secteur MCO dont une partie importante pourrait être transférée en HAD voire en soins externes
Les parcours de soins	Enjeu d'amélioration de la pertinence des soins par la structuration du parcours de soins ; - prise en charge de l'insuffisance cardiaque - prise en charge de l'asthme et hospitalisations liées à l'asthme Admissions directes sans passage aux urgences

4.3 L'IRAPS au centre de l'intervention régionale

4.3.1 Le cadre législatif et réglementaire de l'IRAPS – D.162-12 du CSS

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.

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

Elle est consultée sur le projet de PAPRAPS, lors de sa préparation, de sa révision et de son évaluation. Le directeur général de l'agence régionale de santé lui communique chaque année la liste des établissements de santé ayant été ciblés pour une MSAP ou un contrat tripartite, ainsi qu'une synthèse des résultats de l'évaluation de la réalisation des objectifs du contrat tripartite.

Sa composition : les membres de l'IRAPS sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS)

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.

4.3.2 L'IRAPS Normandie

La composition nominative de l'IRAPS Normandie renouvelée a été fixée par décision du directeur général de l'ARS Normandie, le 24 janvier 2022. Lors de son installation du 26 janvier 2022, a été élu le Dr Frédéric JEGOU en qualité de Président de l'instance.

Dans le cadre de ce renouvellement, la priorité est donnée à la représentation des professionnels de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens, ...) en faveur d'une instance de professionnels à la disposition des professionnels. Sont donc représentés à l'IRAPS Normandie, outre les représentants de l'ARS et de l'Assurance Maladie, les unions régionales de professionnels de santé (URPS infirmiers et pharmaciens, URML), des professionnels de santé, des fédérations hospitalières et des usagers. En outre, peuvent être invités en tant que de besoin, des personnalités extérieures pour contribuer aux travaux (groupes de travail).

L'objectif est que les professionnels diffusent la culture de la pertinence dans leurs réseaux, sur leurs lieux de travail et mobilisent les professionnels de santé dans leur entourage professionnel.

Au regard des enjeux et des priorités régionales, les membres de l'IRAPS ont choisi leurs 1ères thématiques de travail (listées ci-dessous) et les groupes sont en cours de constitution :

- ✓ Lutte contre les chutes – Personnes Agées - dont Iatrogénie Médicamenteuse
- ✓ Admission directe sans passage aux urgences / à élargir au-delà de la population des personnes âgées
- ✓ Prise en charge de l'asthme et hospitalisations liées à l'asthme, sensibles aux soins de 1er recours.
- ✓ Déshydratation de la personne âgée et hospitalisations liées, sensibles aux soins de 1er recours
- ✓ Communication IRAPS
- ✓ Référents IRAPS : Appui au déploiement du parcours Insuffisance Cardiaque

Les travaux de l'IRAPS contribueront à faire évoluer le programme de travail et par conséquent le présent PAPRAPS.

V. LES LEVIERS DE L'AMELIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS

5.1 L'accompagnement des établissements de santé

5.1.1 Les dispositifs spécifiques de l'Assurance Maladie

Le programme PRADO : dispositif de retour à domicile des patients hospitalisés de l'Assurance Maladie.

La sensibilisation à l'appropriation des référentiels de bonnes pratiques, les échanges confraternels entre les praticiens-conseils de l'Assurance maladie et les praticiens des établissements de santé

L'accompagnement par les délégués de l'Assurance Maladie pour certaines campagnes thématiques ;

Le soutien au développement d'actions d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) ;

Le soutien au partage d'expériences, à la mutualisation des outils ;

Les actions de communication.

5.1.2 La transmission de données facilitant les comparaisons

L'outil régional « profil virage ambulatoire » créé par l'ARS et l'Assurance Maladie permet aux établissements de santé autorisés à en pratiquer l'exercice de suivre tous les 6 mois la progression de leur activité de Chirurgie Ambulatoire (CA), d'Hospitalisation de Jour (HDJ) et d'Hospitalisation à Domicile (HAD), de leur durée de séjours MCO. Les établissements peuvent ainsi se comparer à des niveaux fins d'analyse aux autres établissements de même catégorie, au vue de leur case-mix (type d'activité).

Les établissements peuvent également suivre leur potentiel de transférabilité de séjours MCO vers l'Hospitalisation à Domicile (HAD).

5.1.3 Les Appels à Candidature

En 2021, l'appel à candidatures relatif à « **L'Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée** » a suscité l'engagement de 12 établissements de santé qui seront accompagnés financièrement en 2022.

Cet appel à candidatures régional souhaite promouvoir les approches consistant en la mise en place d'un dispositif de prise en charge interdisciplinaire et pluri-professionnelle de la personne âgée autour d'une collaboration ville-hôpital s'inscrivant dans le parcours patient : le projet repose sur un dispositif d'appui hospitalier, composé d'un médecin avec une compétence gériatrique et d'un pharmacien qui est dédié à l'optimisation médicamenteuse. Il contribue pleinement à la logique de décloisonnement des structures et acteurs.

5.2 La contractualisation avec les établissements de santé : le CAQES - Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins

5.2.1 Présentation

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 crée le CAQES au 1^{er} janvier 2018. Celui-ci lie l'ARS, l'organisme local d'assurance maladie et l'établissement de santé dans un objectif d'amélioration des pratiques dans les domaines où des marges de progrès significatives existent. Il comporte alors un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations, applicable à l'ensemble des établissements de santé (MCO, HAD, dialyse, SSR et psychiatrie) et, le cas échéant, un ou plusieurs volets additionnels, facultatifs. Ces derniers concernent des thématiques suivies auparavant dans les Contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) et peuvent concerner les dépenses de transport exécutées en ville, l'amélioration des pratiques (ciblage des risques médicamenteux, infectieux et rupture de parcours) ainsi que la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé.

Dans un objectif de simplification, le dispositif relatif au CAQES a été actualisé par la LFSS pour 2020. Le CAQES ainsi rénové n'a plus de caractère obligatoire et systématique. Ce nouveau dispositif entre en vigueur au 1^{er} juillet 2022 au plus tard et le contrat signé pour une durée maximale de 5 ans est désormais structuré autour de 2 leviers :

- **Un levier incitatif** : la sélection des établissements se fait sur la base d'un nombre d'indicateurs resserré (15 au total) répartis entre :

✓ 7 indicateurs nationaux sur les thématiques suivantes :

Volet	Thématique de l'indicateur
Produits de santé (PDS)	Limiter la prescription des associations contenant des statines avec l' Ezétimibe (2 nd intention) et orienter les prescriptions vers les statines les plus efficaces.
	Inciter les établissements à choisir les modalités de perfusion à domicile (Perfadom) les plus efficaces
	Sensibiliser les établissements de santé sur la pertinence de la prescription des IPP
Organisation des soins	Inciter les services hospitaliers à améliorer la pertinence et l'efficacité des prescriptions de pansements
	Inciter les ES à prescrire les transports les plus efficaces
Pertinence	Améliorer le parcours des patients IC ré hospitalisés pour décompensation cardiaque
	Améliorer la pertinence de la prescription d'examens pré-anesthésiques (EPA) pour des actes de chirurgie mineure

→ Un intéressement national de 20 à 30% des économies générées selon l'indicateur

✓ 7 indicateurs régionaux à construire et les modalités d'intéressement à déterminer.

- **Un levier de mise sous surveillance** : à destination des établissements dont les pratiques s'écartent significativement des moyennes régionales et nationales pour les actes, prestations ou prescriptions définis par arrêté. Le DGARS aura la possibilité d'agir sur le niveau de remboursement de l'acte concerné pour l'établissement ciblé. A noter que ce levier n'est pas mis en œuvre, l'arrêté n'étant pas paru au moment de la rédaction du présent PAPRAPS Socle.

A noter que l'année 2021 a constitué une année transitoire dans l'objectif de préparer le déploiement de ce nouveau CAQES en 2022. Ont été ainsi testés avec les établissements volontaires, les 4 indicateurs nationaux suivant :

- Prescriptions des inhibiteurs de la pompe à protons
- Prescriptions de perfusions à domicile
- Examens pré-anesthésiques pour des actes de chirurgie mineure
- Taux de recours aux ambulances par rapport au transport assis

La contractualisation CAQES est assortie d'un dispositif d'accompagnement des établissements.

5.2.2 Le CAQES en Normandie – Critères de ciblage

Le contrat est mis en œuvre à partir du 1^{er} juillet 2022.

Le Dispositif de mise sous surveillance

Comme mentionné ci-dessus, le présent PAPRAPS n'intègre pas les dispositions législatives relatives au dispositif de « mise sous surveillance », l'arrêté relatif à leur mise en œuvre n'étant pas publié à la date de publication du PAPRAPS Socle.

Le Dispositif incitatif : les critères de ciblage des établissements et les critères complémentaires.

La structure du CAQES redéfini est basée sur des indicateurs nationaux d'une part, des indicateurs régionaux d'autre part.

✓ *Les Indicateurs nationaux*

Les indicateurs nationaux, les référentiels à respecter par les établissements pour ne pas être intégrés dans le pré-ciblage national et les taux cibles sont fixés par arrêté (Arrêté référentiel du 23 février 2022).

Ci-dessous, déterminés par l'arrêté référentiel et pour chaque indicateur national, sont rappelés les critères qui excluent les établissements du pré-ciblage national ainsi que les référentiels pour les taux cibles.

Les critères complémentaires : dans l'objectif d'utiliser le CAQES comme un levier efficace de la pertinence des soins en Région, ont été déterminés des critères complémentaires permettant de cibler au plus près, les établissements pour lesquels un potentiel de progression est identifié ou « établissements à plus forts enjeux ».

Ces critères complémentaires présentés lors des différentes concertations relatives au processus CAQES sont rappelés ci-après.

Les indicateurs nationaux et les critères complémentaires régionaux

Nom de l'indicateur	Référentiel à respecter par les établissements de santé	Références pour les critères	Critères complémentaires régionaux - 2022
Les PHEV d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	Les PHEV de spécialités contenant un IPP sont inférieures à 8500 boîtes par an	-5%/an de dépenses remboursées	Pas d'exclusion du pré ciblage national compte tenu notamment des outils d'aide à la prescription mis à la disposition des établissements.
Les PHEV de systèmes de perfusion à domicile (PERFADOM)	Le montant remboursé des dépenses résultant des PHEV de perfuseurs par diffusion et de systèmes actifs électriques est inférieur à 100 000€ / an ou Le taux de recours à ces deux systèmes de perfusion, en montants remboursés est inférieur à 80 %	-5%/an de dépenses remboursées	Pas d'exclusion du pré ciblage national l'indicateur est dans la cible de l'appel à candidatures (AAC) régional et les établissements pré ciblés sont tous candidats.
La part de l'ambulance dans les PHEV de transports	La part de l'ambulance sur le total des transports prescrits (ambulance + Taxi + VSL) est inférieure à 20% ou le montant remboursé des dépenses en ambulance résultant des PHEV de transports sur une année entière est inférieur à 400 000€	-1,67 point / an (ou - 5 points sur 3 ans) de la part de l'ambulance dans les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de transports	Le ratio national moyen de la part ambulance étant de 37%, seuls les établissements dépassant ce seuil sont retenus.
Les prescriptions (EPA)	Le nombre d'examen pré-anesthésiques est inférieur à 1000 examens ou Le taux de séjours avec des prescriptions inutiles est égal à 0%.	0% d'examen évitables	Les établissements publics reçoivent leurs profils et connaissent donc leur situation. Proposition de hiérarchiser en fonction : 1) Du score de l'établissement (les 10 premiers) 2) De l'indicateur 3 « Taux de recours au groupe sanguin » 3) De l'indicateur 2 « Bilan d'hémostase chez l'adulte » en terme d'intéressement potentiel
Les PHEV de l'ézétimibe	Le montant remboursé des dépenses résultant des PHEV spécialités contenant de l'ézétimibe est inférieur à 20 000€ ou le ratio entre le nombre de PHEV en UCD de l'ézétimibe et le nombre de PHEV en UCD des statines est inférieur à 9%	-5%/an de dépenses remboursées	Pas d'exclusion du pré ciblage national, l'indicateur est dans la cible de l'appel à candidatures (AAC) « Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée » et les établissements pré ciblés sont tous candidats.
Les PHEV de pansements	Le montant moyen de dépenses remboursées par patient associé aux PHEV des pansements est inférieur de 40% par rapport au nombre moyen de leur catégorie d'établissement. Eléments de critères de ciblage complémentaires : seuls les établissements ayant un nombre de patients supérieur à 100 patients sur une année sont éligibles.	Coût moyen par patient par catégorie d'établissement	Ne sont retenus que les établissements les plus atypiques en coût moyen et en montant (indicateur complexe)
Les réhospitalisations à 3 mois pour décompensation d'une insuffisance cardiaque (IC)	Référentiel (2 conditions distinctes) : Nombre de séjours ≤ Q1 ou Taux de réhospitalisation à 3 mois ≤ Q3 et Nombre de séjours ≤ Q2 ou Taux de réhospitalisation à 3 mois ≤ Q2 Eléments de critères de ciblage : Les établissements ciblés sont ainsi les établissements qui ne correspondent pas au référentiel : Le nombre de séjours est supérieur au quartile Q1 et le taux de réhospitalisation à 3 mois est supérieur au quartile Q3 ou Le nombre de séjours est supérieur au quartile Q2 et le taux de réhospitalisation à 3 mois est supérieur au quartile Q2 et Seuls les établissements ayant un nombre de réhospitalisation à 3 mois pour décompensation d'une insuffisance cardiaque dans un même établissement supérieur à 10 sont éligibles.	- 1 point du taux de réhospitalisation à 3 mois /an (ou -3 points sur 3 ans)	2 critères de sélection retenus : L'établissement est sur le territoire d'une CPTS Le taux de réhospitalisation est > 15% de réhospitalisations à 3 mois

PHEV : Prescriptions hospitalières exécutées en ville

✓ Les indicateurs régionaux

En 2022, un premier indicateur régional, la prescription de médicaments potentiellement inappropriés chez les sujets âgés

MÉDICAMENTS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Contexte et objectifs

- Les médicaments potentiellement inappropriés (MPI) composent fréquemment le traitement chronique des patients de plus de 75 ans.
- La prescription de MPI chez un patient âgé est un des facteurs prédictifs d'hospitalisations pour iatrogénie et constitue donc un problème de santé publique majeur.
- Diminuer la prescription des MPI chez le sujet âgé.
- Limiter la iatrogénie médicamenteuse chez les patients vulnérables en améliorant la pertinence et l'efficacité des pratiques de prescription ainsi qu'en favorisant la démarche d'optimisation médicamenteuse.
- Promouvoir les exercices coordonnés, la coopération interprofessionnelle, le lien ville hôpital.
- S'inscrire dans la démarche de « qualité de la pertinence des actes » avec le développement d'une logique de parcours de soins.

Description de l'indicateur

Population cible :

Indicateur régional

Patients ≥ 75 ans et patients ≥ 65 ans avec ALD, avec au moins un MPI +/- une poly prescription (> 10 DCI distinctes) 1 mois avant une hospitalisation MCO et, en sortie : à 1 et 2 mois après cette hospitalisation MCO

Médicaments cibles :

8 catégories de MPI (formes galéniques destinées à la voie orale) : AINS, antihypertenseurs centraux, benzodiazépines, anticholinergiques, IPP, opiacés 2, opiacés 3, sulfamides hypoglycémifiants et poly-médication

Catégorie ES
Source et date de disponibilité

→ Ets publics et privés / MCO

→ Source : Données hospit. (PMSI - 2020) / Données Médicaments (DCIR Sept 2021)

Construction de l'indicateur et critères de ciblage

Calcul / classe :

NB patients avec une délivrance comportant au moins une molécule de la classe dans le mois après date de sortie

NB patients avec délivrance dans le mois après date de sortie

Calcul / poly-médication :

NB patients avec délivrance de 10 DCI distinctes et plus dans le mois après date de sortie

NB patients avec délivrance dans le mois après date de sortie

Exclusions

AINS : aspirine et ibuprofène **Opiacés de niveaux 2 et 3** : ALD 30 n° 30 (tumeurs malignes)

Benzodiazépines : ALD 30 n° 23 (affections psychiatriques) **Anticholinergiques** : ALD 30 n° 16 (Parkinson) et 23

Poly-médication : ciblage des délivrances de 10 DCI distinctes et plus, 2 mois avant la date d'entrée et 1 mois après la date de sortie d'hospit.

Exclusion : topiques, collyres, vaccins, produits de contraste...

Critères de ciblage

→ Par ES : au - 500 bénéficiaires / an avec au - une délivrance médicamenteuse ciblée 2 mois avant l'hospitalisation et dont l'impact net à 1 mois suivant la sortie est $< 20\%$

→ Exclusion des ES ayant - de 1000 patients avec au - une délivrance médicamenteuse 2 mois avant l'hospitalisation

→ Impact net : pour 100 bén. ciblés avant H. l'impact (entre 0 et 1) donne le nombre de bén. non concernés le mois suivant la sortie. Ex : impact_net_1M = 0,53 : pour 100 patients admis avec un AINS, 53 n'ont plus d'AINS dans le mois suivant la sortie)

5.3 Le dispositif de Mise Sous Accord Préalable (MSAP) - Article L. 162-1-17 du CSS

5.3.1 Lorsqu'il constate que les pratiques ou les prescriptions d'un établissement de santé ne sont pas conformes à l'un des référentiels mentionnés à l'article L. 162-30-3 ou lorsque l'établissement est identifié en application du plan d'actions, 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, décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical placé près de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie d'actes, de prestations ou de prescriptions délivrés par un établissement de santé. La procédure contradictoire est mise en œuvre dans des conditions prévues par décret (Art. D 162-10 du CSS).

La mise sous accord préalable est justifiée par l'un des constats suivants :

- 1° Une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;
- 2° Une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;
- 3° 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 ;
- 4° Une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.

5.3.2 Comme indiqué au paragraphe 3.2.2 relatif au PAPRAPS 2016 – 2020, ce dispositif de mise sous accord préalable a fait l'objet en Normandie de 2 campagnes 2017 – 2018 et 2018 – 2019.

Sur la base des données régionales, elles ont concerné les accords préalables pour la rééducation en Service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) dans un objectif d'amélioration de la pertinence des séjours et les accords préalables en hospitalisation complète pour des actes courants dans un objectif de développement de la chirurgie ambulatoire sur 55 gestes chirurgicaux listés.

Pour la chirurgie ambulatoire (Depuis 2015, 55 gestes chirurgicaux concernés) :

En Normandie, ont été concernés, les actes de chirurgie du cristallin, de l'utérus et les cholécystectomies.

Pour les prestations d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation :

La prothèse de hanche (traumatique et hors traumatique), la LCA du genou, les coiffes des rotateurs, la prothèse de genou.

5.4 Les actions auprès de l'ensemble des professionnels de santé, hors établissements de santé

La sollicitation de la participation des professionnels hors établissements de santé aux travaux régionaux, en tant qu'acteurs à part entière du parcours des patients : l'exemple de l'IRAPS Normande.

Les échanges confraternels entre les médecins conseils de l'assurance maladie et les médecins libéraux ;

La diffusion de référentiels.