

Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins de Normandie

2016 - 2019





Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins de Normandie

Période 2016-2019

Préambule

Depuis 2015, la démarche d'amélioration de la pertinence des actes s'inscrit dans un nouveau cadre juridique, issu de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 et précisé par le décret n° 2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé.

Un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) est arrêté par le Directeur général de l'ARS afin de favoriser la qualité et l'efficacité des soins ainsi que l'optimisation des dépenses de santé dans un contexte d'ONDAM contraint. En plus de la pertinence des actes et des modalités de prise en charge, la Commission Régionale de Gestion du Risque, présidée par la DGARS de Normandie et composée des représentants de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, a choisi d'élargir le périmètre du PAPRAPS à la pertinence des prescriptions des produits de santé et des transports sanitaires.

Le PAPRAPS vise donc à :

- réduire les inadéquations en court séjour, en SSR ou en Psychiatrie et/ou en limitant les hospitalisations évitables (pertinence des séjours, pertinence des parcours de soins),
- optimiser les modes de prise en charge : hospitalisation complète, soins ambulatoires, soins externes (pertinence des modes de prises en charge),
- participer à l'amélioration des pratiques (pertinence des actes et des prescriptions de produits de santé et de transports).

Le PAPRAPS définit les différentes actions d'amélioration de la pertinence des soins mises en œuvre en région conjointement avec l'Assurance maladie. Il précise, en outre, les critères de mise en œuvre d'outils gradués à l'égard des établissements : le dispositif de mise sous accord préalable (MSAP), étendu désormais aux actes et aux prescriptions, et les nouveaux contrats d'amélioration de la pertinence des soins.

Avant d'être arrêté, le projet de plan d'actions régional est soumis, pour avis, à une instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS), associant l'ARS, l'Assurance maladie, les professionnels de santé, les représentants des usagers et les fédérations hospitalières à la démarche.

SOMMAIRE

1. Une démarche régionale globale	
1.1. Une démarche qui porte sur 5 axes.....	p3
1.2. Une démarche qui associe les professionnels de santé et les usagers.....	p3
1.3. Une démarche qui s'intègre dans le plan triennal.....	p3
2. Les enjeux régionaux	
2.1. Des marges de progrès en matière de prise en charge en ambulatoire.....	p4
2.2. L'amélioration des parcours de soins.....	p6
2.3. L'amélioration de la pertinence des actes.....	p8
2.4. Une évolution très forte des dépenses de médicaments.....	p11
2.5. Une évolution continue des dépenses de transports.....	p12
3. Le programme d'actions prioritaires en Normandie	
3.1. Accélérer le développement de la chirurgie ambulatoire.....	p12
3.2. Accompagner les établissements de santé dans le développement de l'hospitalisation de jour de médecine.....	p13
3.3. Améliorer la pertinence des transferts en SSR des séjours de chirurgie orthopédique...p13	
3.4. Améliorer la pertinence des actes.....	p13
3.5. Développer l'HAD dans le parcours de soins.....	p13
3.6. Renforcer la pertinence des prescriptions de produits de santé.....	p14
3.7. Renforcer la pertinence des prescriptions de transports.....	p14
4. Les critères de ciblage	
4.1. Le ciblage MSAP chirurgie ambulatoire.....	p14
4.2. Le ciblage MSAP hors chirurgie ambulatoire.....	p15
4.3. Le ciblage MSAP SSR.....	p15
4.4. Le ciblage CAPS Pertinence des actes.....	p16
4.5. Le ciblage CAQOS Transports.....	p16
4.6. Le ciblage CAQOS Médicaments Produits de santé.....	p16
5. Les modalités de suivi et d'évaluation du PAPRAPS	

1. Une démarche régionale globale

1.1. Une démarche qui porte sur 5 axes

L'amélioration de la pertinence des prises en charge et des parcours est un des objectifs de l'ARS. Il recouvre notamment la prise en charge du patient en établissement de santé, dont le parcours de soins fait intervenir de nombreux acteurs : professionnels de santé médicaux, paramédicaux, services sociaux et administratifs, établissements de santé de court séjour, de réadaptation, établissements médico-sociaux, société de transports, acteurs du premier recours. L'usager doit être acteur dans sa prise en charge.

Pour répondre globalement à l'amélioration des prises en charge en établissement de santé, le PAPRAPS de Normandie porte sur les axes suivants :

- la pertinence des modes de prise en charge,
- la pertinence des actes,
- la pertinence de parcours,
- la pertinence des prescriptions de transport,
- la pertinence des prescriptions de produits de santé.

1.2. Une démarche qui associe les professionnels de santé et les usagers

Nouvelle instance composée principalement de professionnels de santé, l'IRAPS participe à la construction et au suivi du programme d'actions régional. Elle contribue à son évaluation. Elle est l'instance de concertation entre l'ARS, l'Assurance maladie, les professionnels de santé et les usagers.

Les professionnels de santé sont associés aux travaux sur les 5 axes de travail, que ce soit au sein de l'IRAPS ou au sein de groupes de travail régionaux. L'amélioration de la pertinence des prises en charge atypiques repose sur l'implication des professionnels de santé. Il s'agit d'un facteur clé dans la réussite de la démarche, avec la participation des usagers. Il est primordial de pouvoir s'appuyer sur les leaders des prises en charge qui feront l'objet d'un accompagnement régional. C'est pourquoi, avec les membres de l'IRAPS, ils pourront être sollicités pour les travaux de diagnostic et pour contribuer à l'élaboration des actions visant à l'amélioration des pratiques.

1.3. Une démarche qui s'intègre dans le plan triennal

Le PAPRAPS concourt à l'amélioration de l'efficacité du système de santé en région. Il contribue ainsi à l'atteinte des cibles du plan triennal ONDAM, en particulier pour les 4 blocs communs ARS-Assurance Maladie (AM) soit le virage ambulatoire, la pertinence des actes, les prescriptions de produits de santé et de transports sanitaires.

Dans ce cadre, l'ARS et l'Assurance maladie accompagnent les établissements de santé dans la mise en œuvre de ce plan visant à transformer en profondeur l'organisation du système de santé pour plus d'efficacité et de qualité.

Quatre grands objectifs fondent le plan triennal ONDAM :

- améliorer la qualité de l'offre hospitalière pour mieux répondre à ses missions,
- prendre le virage ambulatoire et mieux adapter les prises en charge en établissement et en ville,
- poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et l'adoption des génériques,
- améliorer la pertinence et le bon usage des soins en ville et à l'hôpital.

2. Les enjeux régionaux

2.1. Des marges de progrès en matière de prise en charge en ambulatoire

Depuis 2008, la part de la chirurgie ambulatoire progresse de façon continue en Normandie mais reste inférieure au niveau national. Le taux global régional est passé de 48,6% à 50,1% entre 2014 et 2015 (contre 51,9% au niveau national en 2015). Cet écart de -1,8 point par rapport au niveau national s'explique en grande partie par un retard dans la prise en charge ambulatoire (1,2 point) et dans une moindre mesure par un effet case mix (0,6 point restant) ; le taux de chirurgie ambulatoire est en effet dépendant du type d'activité réalisée. Des marges de progrès existent donc : aussi bien sur l'activité des établissements ex-DG (hors CLCC) que les établissements ex-OQN.

Le tableau ci-dessous met en évidence les écarts entre les taux d'ambulatoire constatés et les taux d'ambulatoire « dits théoriques » calculés à case mix identique (neutralisation de l'effet activité).

catégorie d'établissement	taux d'ambulatoire 2015	taux d'ambulatoire théorique*	constat
C.H.R.	31,4%	33,0%	retard
Ctre.Lutte C.Cancer	47,7%	45,6%	avance
C.H.	43,1%	44,9%	retard
Privés	57,7%	58,7%	retard
Total	50,1%	51,3%	retard

Note de lecture : A case mix identique aux autres établissements de même catégorie France entière, les établissements privés normands présenteraient un taux de chirurgie ambulatoire de 58,7% (taux dit théorique). Ce taux est de 57,7% en 2015. Ces établissements sont donc considérés comme ayant une marge de progrès.

Source DIAMANT

Sur les 55 gestes marqueurs, actes réalisables essentiellement en chirurgie ambulatoire, la Normandie présente également un retard pour 2015 :

taux de chirurgie ambulatoire Normandie constaté	78,3%
taux de chirurgie ambulatoire Normandie théorique*	79,6%
taux de chirurgie ambulatoire France	79,7%

Source DIAMANT * à case mix identique, taux d'ambulatoire théorique, ce calcul ne prend pas en compte les critères d'éligibilité

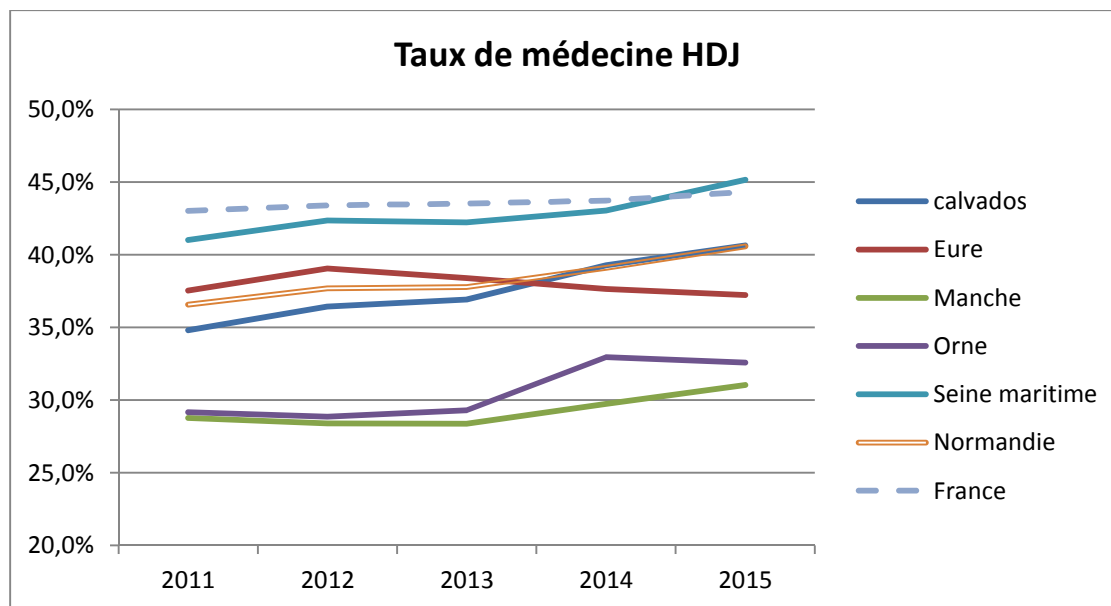
Gestes Marqueurs	taux de chirurgie ambulatoire		écart en nb séjours de « retard »: Normandie-France
	Normandie	France	
principaux gestes marqueurs où le taux normand est inférieur au taux France			
GM 15 - Chirurgie utérus	81%	84%	-300
GM 01 - Accès vasculaire	55%	57%	-219
GM 35 - Cholécystectomie	29%	34%	-180
GM 52 - Réparation de perte de substance	78%	84%	-135
GM 14 - Chirurgie l'épaule	16%	23%	-133
GM 40 - Exérèse de lésion sous-cutanée	72%	77%	-125
GM 06 - Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	81%	83%	-121
GM 28 - chirurgie du nez	42%	48%	-119
GM 34 - Chirurgie strabisme	42%	70%	-113
GM 53 - Réparation de perte de substance en dehors de l'extrémité céphalique	65%	69%	-108
GM 07 - Avulsion dentaire	95%	96%	-103
GM 08 - Chirurgie anale	36%	46%	-91
...			
Total général	78,3%	79,7%	-1 644

Source DIAMANT

Concernant l'hospitalisation de jour, un potentiel important existe au sein des établissements de santé, en substituant des prises en charge d'hospitalisation complète (HC) vers des prises en charge en hospitalisation de jour (HDJ), ainsi qu'en proposant de nouvelles modalités de prise en charge sur certaines pathologies.

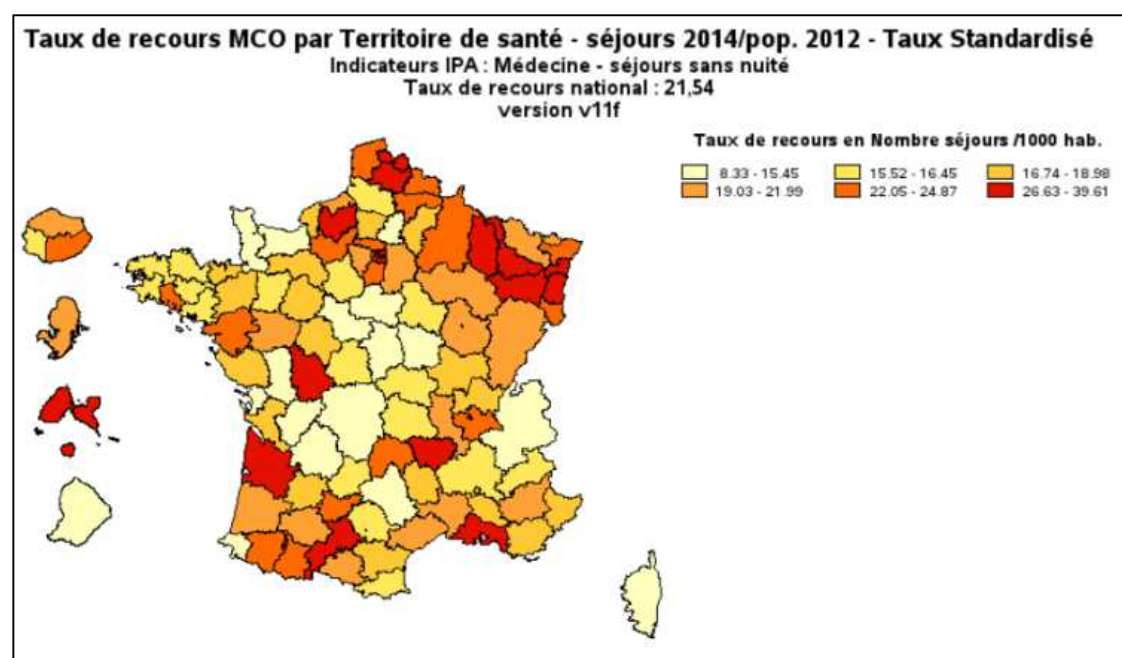
En 2015, l'activité d'HDJ représente 40,5% des séjours de médecine contre 39,1% en 2014 (hors séances, obstétrique et nouveau-nés avec mode d'entrée/sortie domicile). Si l'activité progresse, elle reste inférieure au taux d'HDJ national (44,3%) avec des disparités territoriales assez importantes. Un travail important doit être engagé avec les professionnels de santé des établissements.

Le graphique ci-après met en évidence l'évolution croissante du taux de HDJ de médecine en Normandie et les disparités infrarégionales.



Source DIAMANT

Malgré cette tendance positive, l'analyse du taux de recours standardisé (âge/sexe), carte ci-après, confirme ce recours plus faible comparativement au national à la médecine HDJ notamment en ex Basse-Normandie.



Source Scansanté

Des marges de progression existent, notamment sur certaines catégories d'établissements.

	Structure-taille	Taux d'HDJ médecine		
		2014	2015	France 2015
Privés	30 - 3000	66,5%	67,3%	75,4%
	3000 - 12600	68,6%	65,3%	67,0%
	12600 - 20000	62,5%	61,6%	56,7%
	<i>total privé</i>	66,4%	64,7%	64,9%
C.H.R.	20000 - 100000	40,8%	44,0%	48,0%
C.H. (ex H.L.)	30 - 3000	15,3%	15,3%	14,6%
Centre de Lutte Contre le Cancer	3000 - 12600	30,6%	37,2%	36,1%
CH	3000 - 12600	24,2%	23,9%	28,8%
	12600 - 20000	19,3%	20,8%	25,1%
	20000 - 100000	29,4%	30,0%	30,2%
	<i>total CH</i>	23,2%	23,8%	28,2%

Source DIAMANT

2.2. L'amélioration des parcours de soins

L'amélioration de la pertinence des soins repose sur la pertinence des parcours des patients. Il s'agit notamment de renforcer les liens ville-hôpital, que ce soit lors de l'admission des patients (en favorisant les admissions directes par exemple), ou en sortie d'hospitalisation (domicile ou en établissements médico-sociaux). L'optimisation des parcours des patients au sein de l'établissement est également un enjeu important, à partir de réflexions sur les modalités de prises en charge et sur les organisations internes.

L'amélioration de la pertinence des transferts des patients MCO vers des prises en charge en établissements de santé SSR est également un levier d'amélioration des parcours.

Il existe des disparités entre les deux ex-régions concernant les orientations SSR suite aux prises en charges suivantes (périmètre MSAP SSR) :

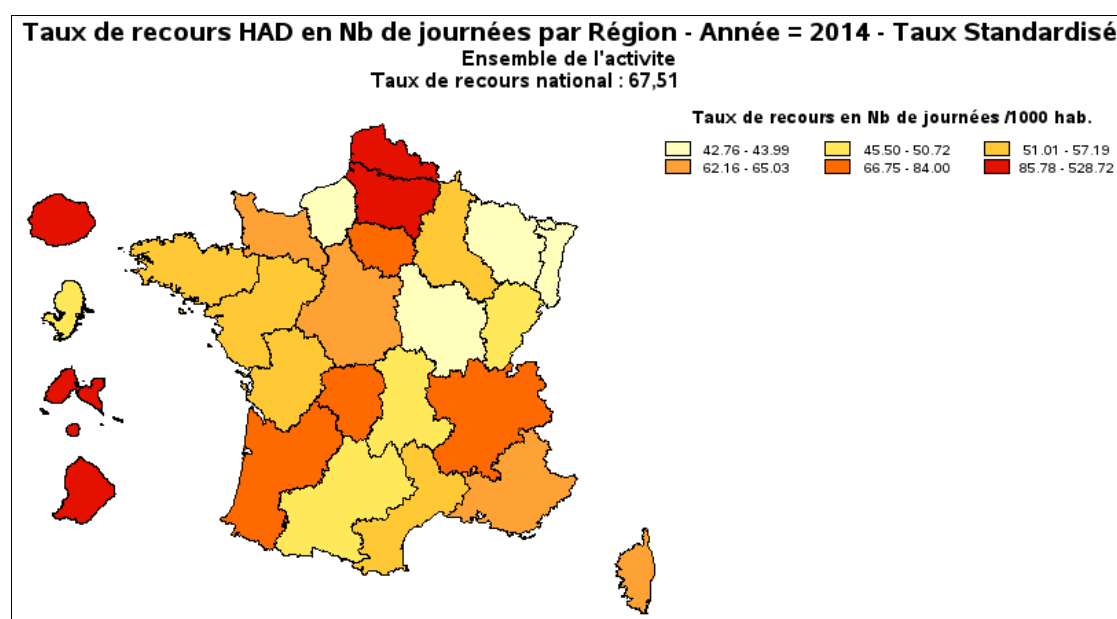
- chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendon rompu de la coiffe des rotateurs (épaule) ;
- arthroplastie du genou par prothèse totale de genou en 1^{ière} intention ;
- arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche en 1^{ière} intention ;
- ligamentoplastie du croisé antérieur du genou.

Région (ancien périmètre)	nombre de séjours MCO (périmètre MSAP SSR)	Nombre d'orientation en SSR par transfert ou mutation	Nombre d'orientation en SSR après une sortie Domicile	Taux d'orientation SSR (ttes situations)	taux orientation SSR après sortie à domicile
Total Guyane	156	0	0	0%	0%
Total Mayotte	23	0	0	0%	0%
Total Réunion	1898	281	119	21%	6%
Total Pays-de-Loire	22523	6543	725	32%	3%
Total exHaute-Normandie	9127	2525	501	33%	5%
Total Champagne-Ardenne	7483	2554	246	37%	3%
Total Franche-Comté	6457	2086	339	38%	5%
Total Lorraine	13887	4441	844	38%	6%
Total Picardie	8418	2831	398	38%	5%
Total Aquitaine	23499	7891	1238	39%	5%
Total Nord-Pas-de-Calais	24663	8498	1073	39%	4%

Total Poitou-Charentes	10999	3772	509	39%	5%
Total Auvergne	8766	3237	271	40%	3%
Total Bretagne	19348	7062	653	40%	3%
Total Corse	1045	260	171	41%	16%
Total Alsace	12490	4509	703	42%	6%
Total Bourgogne	11816	4567	439	42%	4%
Total Centre	13302	5251	415	43%	3%
Total Rhône-Alpes	43388	16635	2188	43%	5%
Total Ile-de-France	55819	21442	5308	48%	10%
Total Midi-Pyrénées	20189	8308	1479	48%	7%
Total Limousin	5429	2123	531	49%	10%
Total Provence-Alpes-Côte d'Azur	31430	13430	2763	52%	9%
Total Languedoc-Roussillon	17444	8260	1210	54%	7%
Total exBasse-Normandie	8204	3942	588	55%	7%
Total Guadeloupe	602	259	120	63%	20%
Total Martinique	902	531	36	63%	4%
Total France	379307	141238	22867	43%	6%

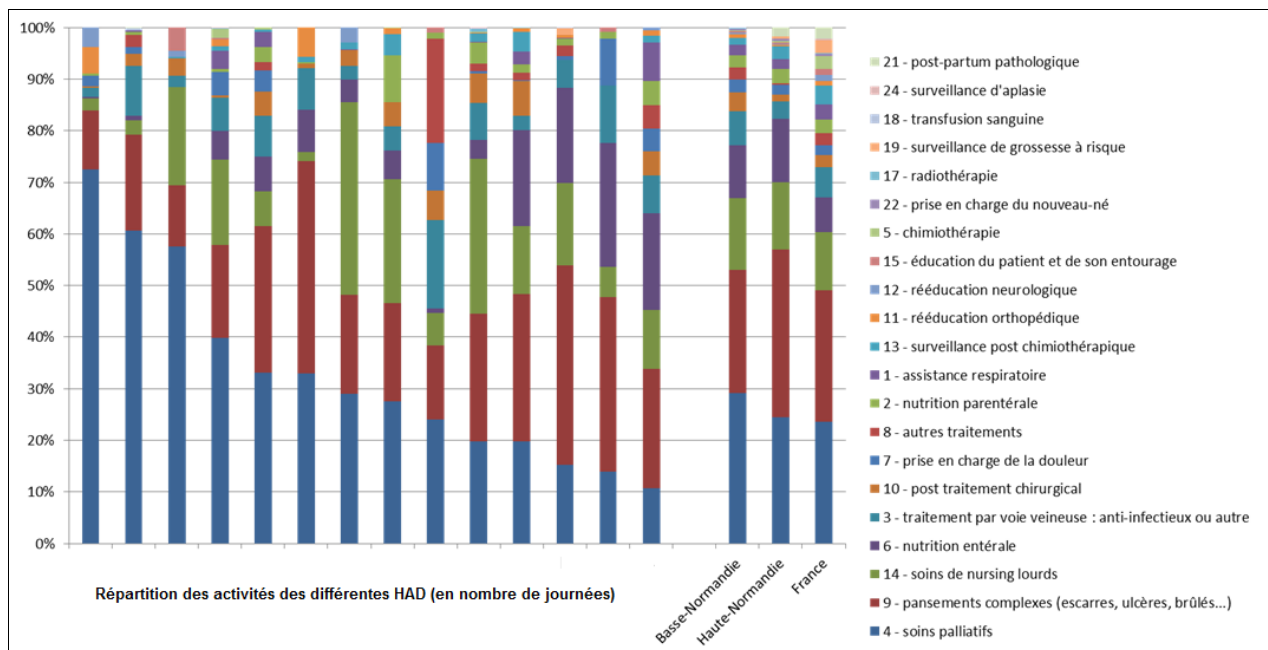
Source assurance maladie champ MSAP SSR (actes ciblés épaule, genou, hanche, ligaments)

Le développement de l'HAD, en particulier en ex-Haute-Normandie, est un enjeu très important dans l'amélioration des prises en charge et des parcours. Le taux de recours standardisés (âge/sexe) en ex-Haute-Normandie est très inférieur au taux national, comme le montre la carte ci-dessous.



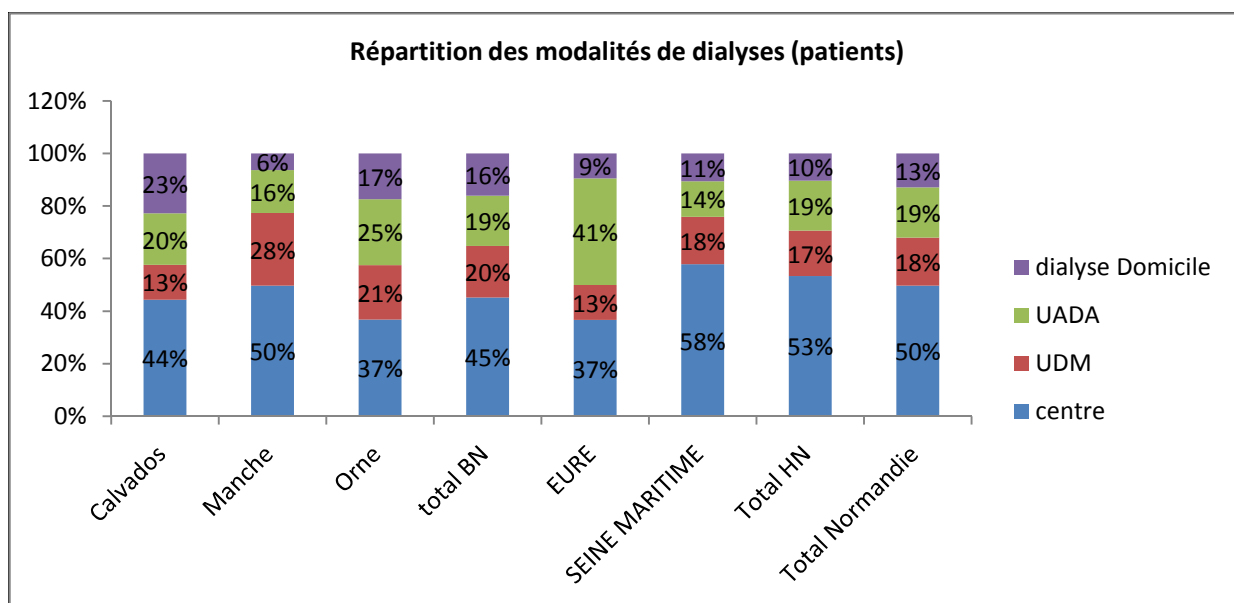
Source Scansanté

Des marges de progression subsistent également du côté des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne. En effet, une journée régionale HAD organisée en 2015 avec les établissements de santé a permis de mettre en lumière de nombreuses disparités de pratiques, d'activités réalisées (cf graphique) et des taux recours extrêmement variables d'une HAD à l'autre (taux de recours allant de 40 à 153 journées par an/1000 hab.).



Source : DIAMANT 2014

En ce qui concerne l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC), 13% des patients bénéficient en Normandie d'une prise en charge en ambulatoire (dialyse à domicile, hémodialyse à domicile, dialyse péritonéale). Il existe toutefois des disparités fortes dans les modalités de prise en charge de l'IRC entre départements ; le taux de prise en charge en ambulatoire est de 16% en ex-Basse-Normandie contre 10% dans la partie orientale avec des disparités infra régionales importantes.



Source SNIIRAM Assurance Maladie 2015

2.3. L'amélioration de la pertinence des actes

Les 6 actes ciblés nationalement par la CNAMTS présente des taux de recours standardisés très différents selon les territoires. Si le volume des hospitalisations pour chirurgie bariatrique est relativement faible à l'échelle régionale, le taux de recours est très élevé en ex Haute-Normandie alors qu'on constate un sous-recours dans les départements de l'ex Basse-Normandie.

Actes	Nb sej Ndie	Ex-Haute-Normandie			Ex-Basse-Normandie			
		HN	27	76	BN	14	50	61
2 Canal carpien	9 534	1,26	1,33	1,23	1,31	1,4	1,22	1,26
3 Appendicectomie	3 884	0,94	1,02	0,9	1,06	1,03	1,01	1,24
7 Amygdalectomie	3 061	1,04	1,06	1,03	0,75	0,63	0,65	1,27
30 Thyroïdectomie	2 198	0,96	0,97	0,96	0,87	0,96	0,72	0,94
33 Chirurgie bariatrique	2 911	1,62	1,51	1,67	0,77	0,68	0,88	0,86
4a Cholécystectomie (07C13)	1 616	1	1,13	0,94	0,91	0,85	0,81	1,2
4b Cholécystectomie (07C14)	4 455	1,17	1,14	1,19	0,97	0,96	0,93	1,05

Note de lecture : un indice =1 signifie que le recours est identique au national. Un indice supérieur à 1 indique un recours supérieur et un indice inférieur à 1 indique un recours inférieur.

Source : Scansanté (PMSI 2014)

Au-delà des taux de recours standardisés, certains actes présentent des pistes d'amélioration des pratiques au regard des indicateurs observés (HAS).

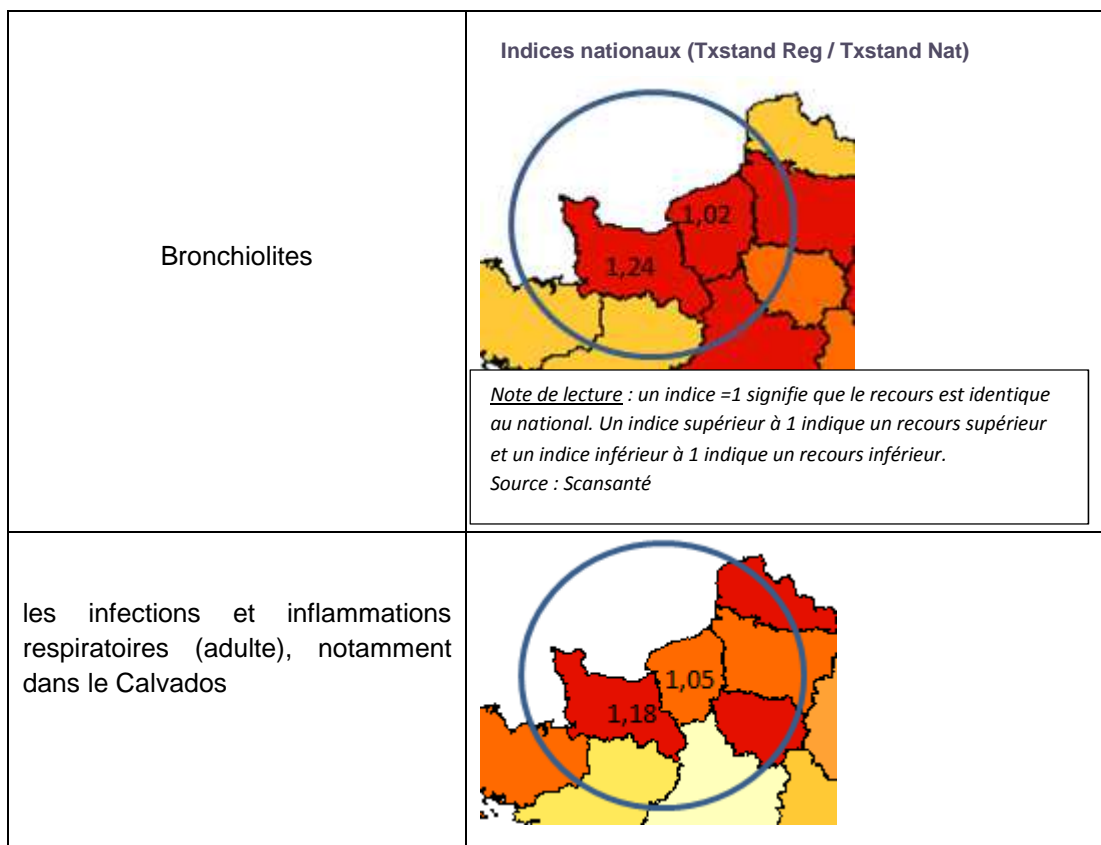
Concernant la cholécystectomie, les taux de recours standardisés sont élevés en ex-Haute-Normandie. De plus, sur l'ensemble de la région, plus d'un tiers des établissements présentent des atypies au regard des recommandations HAS.

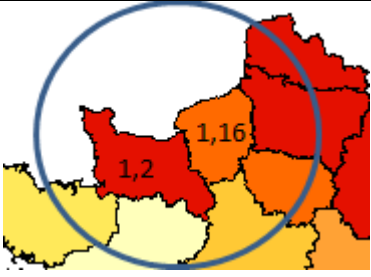
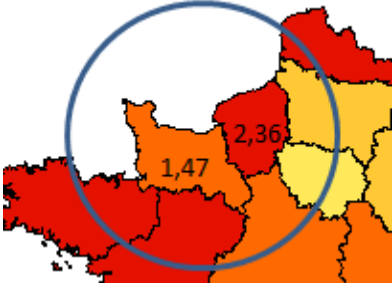
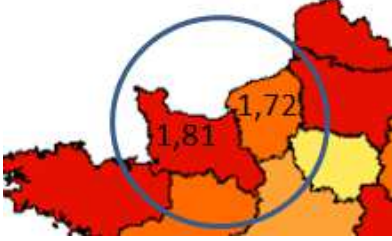
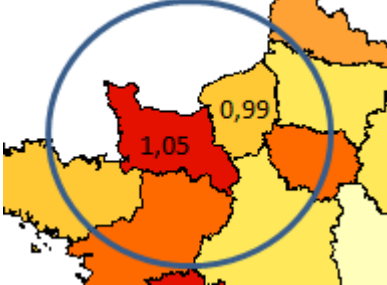
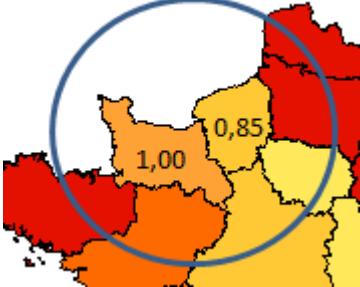

Le taux de recours standardisé pour la chirurgie du canal carpien est élevé. Plusieurs établissements présentent des indicateurs qualité atypiques.

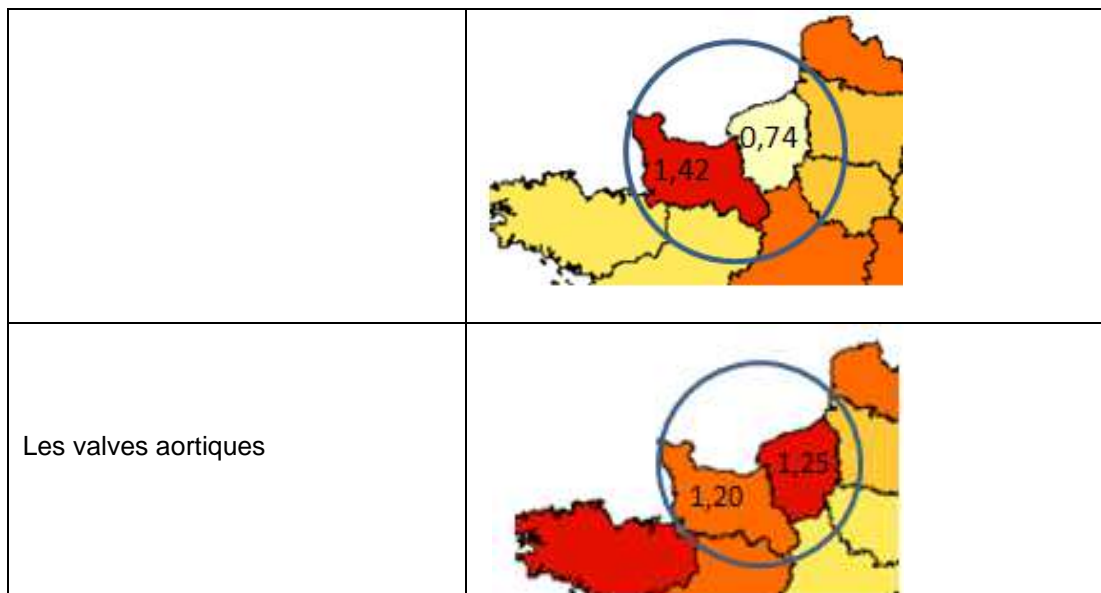
Concernant les amygdalectomies, des indicateurs médicaux pouvant être améliorés dans certains établissements.

Pour l'appendicectomie, la moitié des établissements présentent des indicateurs à améliorer.

En complément des 5 actes ciblés au niveau national, les taux de recours standardisés sont très élevés pour les hospitalisations suivantes :



<p>les infections des reins et voies urinaires (l'ex-basse-normandie se situant en 3^{ème} position des 23 anciennes régions pour le recours à l'hospitalisation)</p>	
<p>la pose d'aérateurs transtympaniques (l'ex-haute-normandie se situant à la 1^{ère} position des 23 anciennes régions)</p>	
<p>la prothèse totale de hanche (l'ex-basse-normandie se situe en 3^{ème} position des 23 anciennes régions)</p>	
<p>la cataracte (dans certains départements)</p>	
<p>La chirurgie des varices (dans la Manche) présentent d'importantes disparités infrarégionales (Calvados : 0,65, Manche : 1,44, Orne : 1,05, Seine Maritime : 0,86, Eure : 0,83)</p>	
<p>Les pontages coronaires (l'ex Basse-Normandie se situant à la 1^{ière} position des 23 anciennes régions)</p>	



L'ensemble de ces actes, pour lesquels des atypies sont observées soit par rapport à des indicateurs Qualité, soit par rapport aux taux de recours, pourront faire l'objet de travaux et d'échanges avec les professionnels de santé de la région. Les hospitalisations pour pontages coronaires et les interventions chirurgicales pour valves aortiques, hors TAVI, feront également l'objet d'un travail régional.

En fonction des atypies observées, les travaux pourront être élargis à d'autres prises en charge.

Détail des indices de taux de recours standardisés par département de Normandie

Actes	Nb sej Ndie	Ex-Haute-Normandie			Ex-Basse-Normandie			
		HN	27	76	BN	14	50	61
5 Bronchiolite	2 463	1,02	1,02	1,02	1,24	1,32	1,14	1,19
6 BPC surinfectée	4 800	1,12	1,17	1,1	1,31	1,18	1,32	1,52
9 Prothèse totale de hanche	6 099	1,09	1,12	1,07	1,15	1,13	1,14	1,19
10 Infection inflam resp(adult)	2 446	1,05	0,99	1,08	1,18	1,32	1,08	1,07
11 Drains transtympaniques	2 961	2,36	1,84	2,63	1,47	2,01	0,65	1,51
20 Infect reins et des voies urinaires	5 908	1,16	1,22	1,14	1,2	1,18	1,16	1,28
21 Varice	5 324	0,85	0,83	0,86	1	0,65	1,44	1,05
22 Anévrisme de l'aorte	228	1,61	1,84	1,51	1,24	1,29	0,98	1,56
23 Colectomie totale	173	1,2	0,86	1,36	1,21	1,29	1,08	1,37
29 Pontage coronaire	1 107	0,74	0,83	0,7	1,42	1,3	1,49	1,53
31 Valve aortique	691	1,25	1,14	1,3	1,2	1,08	1,28	1,32
32 Chirurgie du rachis	5 205	1,09	1,15	1,06	1,12	1,13	1,13	1,1

2.4. Une évolution très forte des dépenses de médicaments

Pour l'ensemble de la région Normandie, les Prescriptions Hospitalières Médicamenteuses Exécutées en Ville (PHMEV) représentent plus de 442,8 millions d'euros (montant remboursé) à fin 2015, soit +4,1% d'évolution par rapport à 2014 (Liste des produits et prestations et médicaments hors rétrocession et hépatite C).

Le taux d'évolution PHMEV LPP (Liste des Produits et Prestations) 2015 est inférieur au taux d'évolution national (5,86%) mais reste supérieur à la cible régionale (2,9%).

A fin février 2016, le taux de pénétration du générique (Médicaments délivrés en officine de ville quel que soit le prescripteur) est de 84,2%, soit un taux supérieur au taux national (83,1%). Le montant des médicaments prescrits à l'hôpital exécutés en ville (PHEV) inscrits au répertoire remboursés en 2015 a

diminué de 11,1% par rapport à 2014.

90 établissements (dont 13 structures de HAD) sont engagés dans un contrat de bon usage (CBU).

8 établissements présentaient un montant de dépenses PHMEV (rétrocession et hépatite C incluses) supérieur à 10 millions d'euros en 2015.

La iatrogénie médicamenteuse serait à l'origine de 1,3% des admissions en établissement de santé.

Pour 1000 journées d'hospitalisation, 1,1 événement indésirable grave Médicamenteux (EIGM) serait évitable.

En ville comme à l'hôpital, la iatrogénie a des répercussions importantes sur les dépenses de santé. Elle représente 60 000 à 130 000 EIG / an. Une partie est liée aux pratiques, d'autres aux produits. La pertinence des prescriptions notamment chez les patients à risque et de médicaments à risque représente donc un enjeu de santé publique important.

2.5. Une évolution continue des dépenses de transports

En Normandie, les dépenses de transports prescrits par les établissements publics et privés représentent 114,3 M€, dont 94% par 71 établissements publics. Elles ont progressé de 3,1% entre 2014 et 2015. Il existe d'importantes disparités d'évolution selon les établissements de santé, mais tous les territoires possèdent des évolutions importantes.

Département	Evolution
14- Calvados	3,0%
27- Eure	5,2%
50- Manche	5,4%
61- Orne	5,2%
76- Seine-Maritime	1,5%
Total général	3,1%

La progression des dépenses est essentiellement le fait de 11 établissements de santé, pour lesquels on a constaté une hausse de leur dépense de plus de 6% entre 2014 et 2015.

3. Le programme d'actions prioritaires en Normandie

3.1. Accélérer le développement de la chirurgie ambulatoire

Facteur clé dans la mise en œuvre du virage ambulatoire dans le cadre du plan triennal, le développement de la chirurgie ambulatoire est un axe de travail régional indispensable. Les actions concernant les 55 gestes marqueurs doivent se poursuivre. Parallèlement, les actions doivent porter sur les autres actes, dont le volume des séjours substituables représente désormais l'essentiel du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. Dans ce cadre, les outils, dispositifs opérationnels ou expérimentations mis en œuvre par les professionnels de santé pour promouvoir les prises en charge en ambulatoire et faciliter l'éligibilité des patients devront être repérés afin d'en promouvoir la diffusion régionale, voire une mise en œuvre régionale lorsque cela est possible.

Le programme prévoit des actions au niveau régional afin de continuer à sensibiliser les professionnels de santé, les patients et les usagers. Des rencontres avec les établissements et les professionnels concernés seront organisées dans le cadre du déploiement du plan triennal.

L'accompagnement régional prévoit enfin la mise en œuvre d'engagement contractuels (CPOM) ainsi que

et la procédure de mise sous accord préalable (MSAP).

3.2. Accompagner les établissements de santé dans le développement de l'hospitalisation de jour de médecine

Le plan d'actions régional vise dans un premier temps à évaluer le potentiel des séjours HC transférables en HDJ, puis à identifier les leviers pour favoriser le recours à l'HDJ de médecine. Ce travail pourra être réalisé avec l'appui des professionnels de santé de la région (dont les DIM), mais également avec l'appui de l'ANAP et en s'appuyant le cas échéant sur l'expérience des autres régions.

L'accompagnement régional prévoit également la mise en œuvre d'engagements contractuels dans le cadre du CPOM.

3.3. Améliorer la pertinence des transferts en SSR des séjours de chirurgie orthopédique

Les actions visant à réduire les transferts inadéquats en SSR se poursuivent, prioritairement sur les gestes de chirurgie orthopédique en proposant notamment des prises en charge dans le cadre des programmes PRADO. L'accompagnement régional prévoit également la mise en œuvre de procédures de mise sous accord préalable (MSAP SSR).

3.4. Améliorer la pertinence des actes

Concernant les prises en charge ciblées nationalement dans le cadre de la pertinence des actes (chirurgie du canal carpien, cholécystectomie, appendicectomie, thyroïdectomie, amygdalectomie et chirurgie bariatrique), elles feront l'objet d'un accompagnement conjoint et gradué de la part de l'ARS et de l'AM. L'analyse s'appuiera notamment sur les profils CNAMTS, en particulier sur les critères qualitatifs et de respect des recommandations HAS. Les actions mises en œuvre consisteront d'abord à rencontrer et sensibiliser les professionnels de santé concernés. Puis, en fonction du niveau des atypies constatées, les actes pourront faire l'objet d'engagements contractuels (CAPS), voire de MSAP.

Concernant les actes ciblés régionalement, ils feront l'objet de travaux régionaux associant les professionnels de santé. Ils pourront également faire l'objet d'engagements contractuels (CPOM, CAPS) en fonction des résultats des travaux conduits avec les professionnels de santé.

Parmi les actes ciblés figureront notamment la pose des aérateurs transtympaniques et la chirurgie des varices (dans la continuité des travaux engagées depuis 2014), ainsi que les hospitalisations pour pontages coronaires et les interventions chirurgicales pour valves aortiques, hors TAVI.

3.5. Développer l'HAD dans le parcours de soins

Le plan d'actions régional vise notamment à identifier le potentiel de transférabilité régional, à en diffuser les résultats aux établissements afin de définir des objectifs qui pourront être contractualisés dans les CPOM.

Les travaux s'appuieront sur un COPIL HAD Normandie (participation des fédérations hospitalières, URPS notamment).

Le regroupement des HAD sera favorisé afin de permettre l'atteinte de seuils d'activité critiques. Les structures d'HAD devront par ailleurs s'inscrire dans les coopérations territoriales et plus particulièrement dans le contexte des Groupes Hospitaliers de Territoire (GHT).

Le plan régional prévoit enfin un accompagnement des établissements dans le cadre de la MMH – HAD, la promotion de l'HAD en établissement médico-social et le renforcement de l'articulation avec la médecine

libérale ainsi qu'avec les autres services intervenant à domicile (SSIAD, SAAD). L'accompagnement régional prévoit également la mise en œuvre d'engagements contractuels dans le cadre du CPOM.

3.6. Renforcer la pertinence des prescriptions de produits de santé

Le plan d'actions régional prévoit la création d'un réseau opérationnel régional des PUI et des pharmaciens afin d'optimiser les activités de pharmacie hospitalière au profit de la pharmacie clinique. Cette démarche s'appuiera sur les GHT dans une logique de schéma d'organisation régionale pharmaceutique.

Concernant les PHEV, les actions engagées porteront sur la mise à disposition d'outils d'aide à la réévaluation des polyprescriptions en sortie d'hospitalisation, la conciliation médicamenteuse, la prescription de générique et des biosimilaires.

Concernant le suivi et l'accompagnement des établissements ayant dépassé le taux d'évolution régional PHEV, les actions porteront sur le renseignement du N° RPPS, la mise à disposition de profils permettant d'identifier les économies associées à une prescription dans le répertoire pour les molécules à fort enjeu, la pertinence du recours aux LPP, l'accompagnement (dont la contractualisation CBUM, CAQOS...) des établissements forts prescripteurs au regard de leur activité, et le suivi du hors AMM sur PHEV.

En sus de la mise à disposition de profils d'évolution des dépenses PHEV pour les établissements de santé, un profil des dépenses de médicaments prescrits sur le territoire par la médecine de ville sera disponible afin de confronter les taux d'évolution des dépenses PHEV prescrites par l'hôpital avec celles prescrites en ville afin d'identifier d'éventuels reports ou basculements.

Concernant les médicaments de la liste en sus, les actions porteront notamment sur la pertinence du recours à la liste en sus et la promotion des alternatives moins onéreuses à efficacité équivalente.

3.7. Renforcer la pertinence des prescriptions de transports

Le plan d'actions régional prévoit la réalisation d'un bilan des pratiques et des dépenses de transports en Normandie, avec la réalisation et la diffusion régulière de profils à destination des établissements. Dans le cadre de la maîtrise des dépenses, les principaux établissements contributeurs au taux d'évolution des dépenses feront l'objet d'un accompagnement. Les pathologies à l'origine de dépenses majeures (dialyse, cancérologie...) seront identifiées et feront l'objet d'actions spécifiques.

Le plan d'actions régional prévoit l'optimisation de l'organisation des transports au sein des établissements.

Des actions de communication seront conduites afin de sensibiliser tous les prescripteurs hospitaliers à l'utilisation du n° RPPS, avec notamment des interventions au sein des SSR et des établissements médico-sociaux.

Le plan d'actions prévoit également des actions de contrôle de la prestation en sus des contrôles des distances et conditions soumis à accord préalable.

Les engagements réciproques ES-ARS-AM feront l'objet d'une contractualisation (CAQOS, accord de méthode, CPOM...).

4. Les critères de ciblage

4.1. Le ciblage MSAP chirurgie ambulatoire

La procédure de mise sous accord préalable pour la chirurgie ambulatoire (MSAP CA) contribue en complément d'autres actions (incitations tarifaires, accompagnement des établissements, engagements dans les CPOM des établissements...) à la progression du taux de recours à la chirurgie ambulatoire en France. La campagne MSAP chirurgie ambulatoire repose sur une liste de gestes marqueurs établie avec les sociétés savantes et/ ou les conseils nationaux professionnels, enrichie régulièrement.

La liste de ces gestes a été progressivement étendue à 55 en 2015. La procédure de MSAP ne porte pas sur l'opportunité de l'acte (qui revient au chirurgien) mais sur le mode de prise en charge.

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

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

Le ciblage porte de préférence sur les établissements présentant un des critères suivants :

- dont le taux d'hospitalisation complète est élevé par rapport au taux national ou régional
- à fort et très fort potentiel de séjours transférables en chirurgie ambulatoire,
- avec un volume d'activité important et parmi ces établissements les gestes avec de gros potentiel de transférabilité.

Les séjours qui comportent des associations d'actes ne sont pas exclus par principe pour le ciblage.

4.2. Le ciblage MSAP hors chirurgie ambulatoire

Relative à la pertinence de l'hospitalisation ou de l'acte, la MSAP hors Chirurgie Ambulatoire participe à l'amélioration de l'efficacité des établissements de santé.

Entrent dans le cadre de la MSAP hors CA des prestations hospitalières :

- en rapport avec des actes chirurgicaux pour lesquels est inscrit au livre II de la CCAM un accord préalable et/ou pour lesquels des référentiels HAS ont été publiés,
- en rapport avec des modes de prise en charge hospitalière pour lesquelles des anomalies ont déjà été constatées et/ou dont la croissance rapide en volume pose la question de l'adéquation.

Le constat d'un atypisme de pratique sur la région ou un ou plusieurs établissements pourra entraîner la mise en œuvre d'une MSAP.

4.3. Le ciblage MSAP SSR

La MSAP SSR concerne les prestations d'hospitalisation en soins de suite ou de réadaptation en rapport avec des actes chirurgicaux, pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie et ne nécessitant pas de recourir à une hospitalisation (sauf cas particuliers). Elle s'applique aux établissements de santé publics, ESPIC et privés lucratifs.

La MSAP doit être mise en place pour éviter les hospitalisations inutiles. Le ciblage porte de préférence sur les établissements avec un taux élevé de transfert/mutation vers le SSR sur les gestes ciblés et une activité suffisante.

4.4. Le ciblage CAPS Pertinence des actes

Un contrat tripartite d'amélioration de la pertinence des soins (CAPS) peut être conclu avec chacun des établissements de santé afin d'améliorer la qualité des actes, des prestations ou des prescriptions et la qualité des parcours. Le CAPS peut également viser la réduction du nombre des actes, prestations ou prescriptions ou de substitution de ceux-ci réalisés par l'établissement de santé, lorsqu'est constaté :

- soit 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,
- soit 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.

Le ciblage est réalisé à partir des fiches profils CNAMTS (données 2014), qui concernent 6 actes :

- la chirurgie du canal carpien,
- la cholécystectomie,
- l'appendicectomie,
- la thyroïdectomie,
- l'amygdalectomie,
- la chirurgie bariatrique.

Les modalités de ciblage sont décrites en annexe 1.

4.5. Le ciblage CAQOS Transports

Le critère de ciblage retenu pour la signature d'un CAQOS Transport est :

- un taux d'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital supérieur au taux d'évolution national,

ou

- un montant de dépenses de transports issues des prescriptions des praticiens de l'établissement et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville supérieur au montant désormais prévu par l'article R. 322-11-1 du code de la sécurité sociale,

Le critère est croisé avec le taux de contribution à l'augmentation régionale des dépenses de transports.

4.6. Le ciblage CAQOS Médicaments Produits de santé

Les critères de ciblage retenus pour le ciblage des établissements sont les suivants :

- une évolution annuelle des dépenses de PHEV supérieure au taux cible national (dépenses totales de médicaments (hors rétrocession et hépatite C, mais honoraire de dispensation par boîte inclus) et de LPP)

et / ou

- un taux de prescription dans le répertoire des groupes génériques inférieur au taux cible national.

5. Les modalités de suivi et d'évaluation du PAPRAPS

S'agissant des mises sous accord préalable, des suivis intermédiaire et final sont réalisés par l'Assurance maladie concernant le respect de la procédure. Un contrôle a posteriori de concordance est mené par l'Assurance maladie, avec si besoin un contrôle sur site, en coordination avec l'ARS.

Des mesures d'impact sur l'amélioration des taux de chirurgie ambulatoire et des transferts en SSR sont réalisées.

S'agissant des thématiques de contractualisation tripartite, CAQES volets CAPS et/ou CAQOS, le suivi sera opéré annuellement sur la base des objectifs quantitatifs et qualitatifs inscrits dans le contrat. Dans ce cadre, les indicateurs de suivi sont :

- 1 - Pour les transports sanitaires : taux d'évolution des dépenses de transports
- 2 - Pour les prescriptions de produits de santé : taux d'évolution des dépenses / taux de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques

S'agissant des actions inscrites par les établissements dans leurs feuilles de route opérationnelles, l'évaluation s'effectuera annuellement dans le cadre des outils de suivi du plan triennal.

Enfin, le cas échéant, les engagements des établissements seront suivis dans le cadre des revues annuelles de contrat (CPOM).

Annuellement, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé transmettra à l'IRAPS une synthèse de l'évaluation et du suivi de la réalisation des objectifs fixés contractuellement aux établissements de santé.

Annexe 1 : critères de ciblage des établissements de santé (pour contractualisation potentielle sur l'amélioration de la pertinence des actes)

	Critères	Seuil d'alerte	Classement / Positionnement	Proposition de ciblage
Chirurgie du canal carpien	Taux d'évolution du nombre d'intervention pour un SCC sur les 5 dernières années	> 95ème percentile	A : les établissements n'ayant aucun indicateur en alerte B : les établissements ayant un seul indicateur en alerte C : les établissements n'ayant au moins 2 indicateurs en alerte	Etablissements classés B ou C Etablissements classés A avec au moins 2 indicateurs qualitatifs/3 dans le 1er quartile
	Part relative des patients de 65 ans et plus opérés pour un SCC	> 95ème percentile		
	Part relative des interventions pour SCC dans l'activité d'orthopédie	> 95ème percentile		
	Part des patients ayant réalisé un EMG dans les 12 mois avant l'intervention	< 5ème percentile		
	Part relative des patients avec infiltrations avant intervention (12 mois)	< 5ème percentile		
Cholécystectomie	Evolution du nombre de cholécystectomies sur 3 ans	Score global pondéré prenant en compte le positionnement de chaque indicateur (quartile)	les établissements ayant le score global pondéré le plus élevé	les établissements ayant le score global pondéré le plus élevé, notamment sur les indicateurs qualitatifs les établissements avec au moins 2 indicateurs qualitatifs/3 dans le 3ème et 4ème quartile, mise en œuvre d'entretiens confraternels.
	Evolution du nombre de cholécystectomies hors infection aigüe par rapport aux cholécystectomies avec infection aigüe			
	Part des cholécystectomie dans l'activité de chirurgie digestive			
	Part des cholécystectomies hors aigüe sans exploration de la VBP de niveau de sévérité 1 par rapport à tous les niveaux de sévérité			
	Part des sujets âgés de moins de 75 ans			
Part des patients opérés d'une cholécystectomie ayant eu dans les 6 mois précédant une échographie abdominale				
Appendicectomie	Programme opératoire hebdomadaire	> à 26,14%	A : 0 alerte B : 1 à 6 alertes C : 7 alertes et +	les établissements classés B (selon taux de recours) et C
	Part relative de l'activité concentrée sur le jour de la semaine le plus chargé			
	Part relative des patients de moins de 20 ans			
	Part relative des séjours D6C091, appendicectomies sans complications de niveau 1			
	Part relative des appendicectomies dans l'activité de chirurgie digestive			
	Taux d'explorations radiologiques préalables à l'intervention			
	Durée moyenne des séjours D6C091, appendicectomies sans complications de niveau 1			
	Taux d'évolution du nombre d'appendicectomies depuis 3 ans			
	Taux d'évolution du nombre d'appendicectomies depuis 5 ans			
	sex Ratio (H/F) des patients opérés par appendicectomie			
Sex Ratio (H/F) des patients de moins de 20 ans opérés par appendicectomie				
Thyroïdectomie	Part des patients opérés pour nodule thyroïdien non toxique ayant eu une cytoponction préopératoire ou une biopsie (dans les 12 mois précédant)	Score global pondéré prenant en compte le positionnement de chaque indicateur (quartile)	les établissements ayant le score global pondéré le plus bas	les établissements présentant au moins 2 indicateurs qualitatifs situés dans le 3ème ou 4ème quartile.
	Part des patients opérés d'une thyroïdectomie pour cancer/tous les patients opérés d'une thyroïdectomie pour nodule (bénin ou malin)			
	Taux d'évolution du nombre d'interventions pour l'ensemble des thyroïdectomies (totales et partielles)			
	Part des patients ayant eu une échographie préopératoire thyroïdienne dans les 12 mois précédant			
	Part des hommes			
Amygdalectomie	Evolution du nombre d'amygdalectomies chez le patient de moins de 18 ans sur les 3 dernières années	> 9ème décile	A : 0 indicateur > 9ème décile B : 1 indicateur > 9ème décile C : 2 indicateurs ou plus > 9ème décile	Etablissements classés B ou C Etablissements présentant au moins 2 indicateurs médicaux > ou = au 8ème décile
	Part des enfants âgés de moins de 6 ans par rapport aux enfants et adolescents de moins de 18 ans, opérés pour amygdalectomie	> 9ème décile		
	Part des enfants âgés de moins de 6 ans opérés d'une amygdalectomie pour trouble obstructif par rapport aux enfants de 6 ans opérés d'une amygdalectomie	> 9ème décile		
	Part des patients âgés de moins de 18 ans ayant été traités par ATB dans les 3 années précédentes parmi les patients âgés de moins de 18 ans opérés d'une amygdalectomie	> 9ème décile		
	Part des patients ayant eu au moins une consultation médicale dans l'année précédente parmi les patients âgés de moins de 18 ans opérés d'une amygdalectomie	> 9ème décile		
Chirurgie bariatrique	Part des patients ayant un IMC 30-40, sans comorbidité et sans antécédent d'intervention depuis 2006	Score global pondéré prenant en compte le positionnement de chaque indicateur	les établissements ayant le score global pondéré le plus bas	les établissements présentant au moins 2 indicateurs qualitatifs situés dans le 3ème ou 4ème quartile
	Part des patients n'ayant aucun suivi pré-opératoire depuis 12 mois			
	Part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pré-chirurgicale			



**Agence régionale de santé
de Normandie**

Espace Claude Monet - 2 place Jean Nouzille - CS 55035
14050 CAEN Cedex 4
Téléphone : 02 31 70 96 96
courriel : ars-normandie-contact@ars.sante.fr

www.ars.normandie.sante.fr