
Synthèse du bilan
Plan d'Actions Pluriannuel Régional
d'Amélioration de la Pertinence des
Soins (PAPRAPS)
2016-2019
Ile de France

Table des matières

Introduction.....	3
Synthèse des réalisations du plan d'action défini en 2016	4
AXE 1. Patient acteur	4
Action 1.1 Garder l'équilibre	4
Action 1.2 Café santé, patient acteur de sa sécurité médicamenteuse	5
Action 1.3 L'outil d'aide à la décision partagée du traitement du fibrome utérin.....	5
AXE 2. Parcours entre ville et hôpital	5
Action 2.1 Animations territoriales autour de l'insuffisance cardiaque.....	5
Action 2.2 Soins non programmés	10
Action 2.3 Les nouveaux métiers de la coordination des parcours	10
Action 2.4 Santé mentale	11
Action 2.5 Chimio thérapie orale	11
AXE 3. Mise en œuvre des recommandations	11
Action 3.1 Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC)	11
Action 3.2 Chirurgie ambulatoire	13
Action 3.3. Mise en place d'unités péri-opératoires gériatriques en orthopédie (UPOG).....	15
Action 3.4 Césariennes programmées à terme.....	15
Action 3.5 Chirurgie bariatrique.....	17
Action 3.6 Médicaments bio similaires.....	19
Action 3.7. Pertinence médicamenteuse en EHPAD	20
Action 3.8 Pertinence de l'antibiothérapie.....	23
AXE 4. Hospitalisation et transport.....	24
Action 4.1. Outil d'analyse de la pertinence des journées d'hospitalisation	24
Action 4.2 Hôpital de jour Médecine	25
Action 4.3 Les ré hospitalisation des personnes de 80 ans et plus.....	25
Action 4.4 Prescriptions des transports sanitaires	26
Acronymes.....	27

Introduction

Les agences régionales de santé ont comme mission réglementaire de soutenir l'amélioration de la pertinence des parcours en santé ; elles contribuent à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche avec le concours de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) et de l'Assurance Maladie.

Le département Qualité/Pertinence de l'ARS anime l'IRAPS d'Ile-de-France, qui est consultée sur l'élaboration, les révisions et l'évaluation du PAPRAPS. Trois enjeux guident le choix des thématiques et la conception des démarches :

- partager les objectifs et les décisions avec le patient ;
- articuler les interventions en ville et à l'hôpital, sanitaires, médico-sociales et sociales, qui constituent le parcours de santé ;
- harmoniser les pratiques professionnelles par la mise en œuvre des recommandations professionnelles validées.

Les démarches sont expérimentées puis diffusées par un partage d'expériences pour être adaptées à d'autres territoires et coalitions d'acteurs selon les contextes locaux.

Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) 2016-2019 intègre des fiches projets par thématique et les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) mis en place en 2018. Le document est consultable en annexe, dans son intégralité.

Les thématiques inscrites dans le PAPRAPS 2016-2019 concernent la prévention des chutes graves des personnes âgées ; le suivi de patients sous chimiothérapie orale ou présentant des pathologies psychiatriques ; la chirurgie ambulatoire et la réhabilitation améliorée après chirurgie ; la mise en place d'unités péri-opératoires gériatriques en orthopédie ; la pertinence des admissions, des journées d'hospitalisation et des ré hospitalisations ; l'émergence de coordonnateurs de parcours ; les prescriptions médicamenteuses en particulier en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou à la sortie de l'hôpital, l'usage des biosimilaires et les bilans partagés de médication entre médecin traitant généraliste et pharmacien d'officine ; les prescriptions de transport ; il avait été envisagé par ailleurs l'imagerie avec la diffusion de la prescription électronique ainsi que la bronchopneumopathie obstructive. Les autres thématiques qui ont fait l'objet de contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) sont l'insuffisance cardiaque chronique, la chirurgie bariatrique et la césarienne programmée à terme.

La mise à jour du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) 2016-2019 a démarré fin 2021. La mise à l'arrêt des activités pendant la crise sanitaire a eu un impact sur le suivi du plan d'actions. Le rapport d'évaluation rend compte d'un bilan parfois partiel pour un certain nombre d'actions ou au contraire d'un bilan dépassant les objectifs fixés dans le cadre du PAPRAPS.

Le bilan est réalisé en lien avec les référents thématiques de l'Agence et la Direction de la coordination de gestion des risques (Assurance maladie) d'Ile de France.

Si l'épidémie de COVID-19 a bousculé l'organisation des soins et les pratiques professionnelles dans un contexte de crise sanitaire sans précédent, l'objectif de la Qualité et de la Pertinence des soins a été démultiplié grâce à l'agilité de l'ensemble des acteurs et à leur capacité de trouver collectivement des solutions, développer des approches innovantes et simplifier les circuits de décision. Les enseignements qui vont découler de cette crise permettront de partager ensemble de nouveaux objectifs face aux défis d'une maladie émergente et d'adapter l'organisation et les parcours de soins aux contraintes épidémiques.

Synthèse des réalisations du plan d'action défini en 2016

	R	PR	NR
AXE 1. Patient acteur			
Action 1.1. Garder l'équilibre			
Action 1.2. Café santé : le patient acteur de sa sécurité médicamenteuse			
Action 1.3. L'aide à la décision partagée			
AXE 2. Parcours entre ville et hôpital			
Action 2.1. Animations territoriales autour de l'insuffisance cardiaque			
Action 2.2. Soins non programmés			
Action 2.3. Nouveaux métiers de la coordination des parcours			
Action 2.4. Santé mentale			
Action 2.5. Chimiothérapie orale			
AXE 3. Mise en œuvre des recommandations			
Action 3.1. Réhabilitation améliorée après chirurgie			
Action 3.2. Chirurgie ambulatoire			
Action 3.3. Mise en place d'unités péri-opératoires gériatriques en orthopédie			
Action 3.4. Césariennes programmées à terme			
Action 3.5. Chirurgie bariatrique			
Action 3.6. Médicaments bio-similaires			
Action 3.7. Pertinence médicamenteuse en EHPAD			
Action 3.8. Pertinence de l'antibiothérapie			
AXE 4. Hospitalisation et transport			
Action 4.1. Outil d'analyse de la pertinence des journées d'hospitalisation			
Action 4.2. Hôpital de jour en médecine			
Action 4.3. Ré hospitalisation des personnes âgées de 80 ans et plus			
Action 4.4. Prescription des transports sanitaires			

Légende

R : réalisé ; **PR** : partiellement réalisé ; **NR** : non réalisé

AXE 1. Patient acteur

Action 1.1 Garder l'équilibre

Des campagnes de prévention ont été mises en place pour agir sur les facteurs de risque de chutes dès l'âge de 50 ans. La campagne « Pare à chute » de 2016 à 2017, et des MOOC Chute ont été organisés. Dans la continuité de la campagne Pare à chute menée en 2016 et 2017 auprès des professionnels de services hospitaliers, d'établissements d'hébergement ou de soins à domicile, l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France a souhaité porter cette démarche de prévention des chutes graves auprès de la population générale par une approche de promotion de la santé.

A cette fin, un programme intitulé « Garder l'équilibre », relayé par des partenaires comme GéronD'if, Santé.fr ou le PRIF, a été développé pour donner accès à des fonctionnalités incitatives de changement de comportement, des outils de prévention simples ainsi que des liens vers des ressources utiles sélectionnées au préalable par le groupe projet (information sur les facteurs de risque de chute, exercice physique adapté, nutrition, adaptation de l'environnement).

Le programme « Garder l'équilibre » sera porté et relayé par GéronD'if au cours de ses différentes actions de prévention et dans le cadre de l'initiative intergénérationnelle Solid'Âge, une campagne grand public en faveur de l'autonomie et d'une meilleure inclusion des personnes âgées en région Île-de-France.

Action 1.2 Café santé, patient acteur de sa sécurité médicamenteuse

Cette action n'a pu être réalisée.

Action 1.3 L'outil d'aide à la décision partagée du traitement du fibrome utérin

Le projet de développement de l'outil d'aide à la décision partagée <https://mon-fibrome.fr/> a été piloté par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France en partenariat avec l'Assistance publique des hôpitaux de Paris.

Le groupe de travail a associé des membres de l'association Fibrome Info France et des professionnels de santé impliqués dans le parcours de la femme porteuse de fibrome utérin.

Le projet s'inscrit dans une démarche de **littératie en santé**, c'est-à-dire la capacité des individus à accéder à des informations exactes, à les comprendre et à les utiliser. Il correspond à l'axe 4 du Projet régional de santé : permettre à chaque Francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé.

L'outil a été co-construit avec des utilisateurs potentiels, femmes et médecins. Il a bénéficié de la relecture d'experts scientifiques, de membres du Collège de médecine générale, et de l'Echelon régional du service médical (ERSM) de l'Assurance maladie IDF.

Selon la méthode développée par la Haute Autorité de santé, le prototype de l'aide à la décision partagée a été testé en situation réelle pour évaluer son utilité et sa faisabilité.

Au total, près d'une quarantaine de patientes ont accepté de participer aux différentes étapes du projet : adaptation des contenus, tests d'ergonomie, évaluation en situation réelle.

L'objectif de l'outil est de faciliter la compréhension de l'aspect médical d'une pathologie ainsi que l'expression de critères de choix en fonction des priorités personnelles. Les aides à la décision ont pour objectif de préparer le temps d'échanges entre patient et professionnels de santé consacré à une décision médicale, au regard des données de la science, des attentes et préférences du patient et de la situation clinique. La « décision partagée » va au-delà de l'information éclairée du patient : il devient un partenaire, placé au centre de la démarche.

L'aide à la décision intervient en support aux échanges avec le médecin, qui seul peut analyser la situation clinique particulière de la patiente et discuter avec elle des options thérapeutiques adaptées à son cas. La valeur ajoutée de l'outil est de présenter les différentes options thérapeutiques et de soutenir la réflexion de la femme quant à ses critères de choix. Il clarifie les décisions à prendre sans remplacer le dialogue avec le médecin.

Le lien du site figure sur le site Améli de l'Assurance Maladie.

AXE 2. Parcours entre ville et hôpital

Action 2.1 Animations territoriales autour de l'insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque chronique est une priorité de santé publique du fait de l'augmentation de la prévalence de cette pathologie liée au vieillissement de la population. L'objectif est d'améliorer la prise en charge de cette maladie chronique en ambulatoire, de diminuer les hospitalisations ou ré hospitalisations et la mortalité, et augmenter l'hospitalisation directe (sans passer par les urgences).

L'ARS avait été alertée après que certains patients qui sortaient après un séjour à l'hôpital, étaient ré hospitalisés pour beaucoup pour décompensation, signe d'une rupture dans le parcours. Il avait donc

été décidé de réaliser une première animation territoriale test dans le 93 en 2016, qui avait été bien accueillie.

C'est ainsi que dans le cadre du premier CAQES, volet pertinence, le sujet de l'amélioration du lien ville hôpital par le prisme de l'insuffisance cardiaque a été choisi. L'ARS Île-de-France, l'Assurance maladie et 14 établissements de santé ont signé des conventions les engageant à organiser chacun 2 animations territoriales à un an d'intervalles. 14 animations territoriales ont été réalisées en 2018 et 2019 et la dynamique a été interrompue à cause de la crise sanitaire.

L'engagement de ce contrat tripartite Assurance maladie/ARS/établissement de santé était de réaliser 2 animations sur le territoire de l'établissement de santé signataire d'ici 2020, permettant de réunir tous les professionnels de santé impliqués dans ce parcours. La première animation a produit un diagnostic partagé avec l'identification d'actions à mettre en place, la seconde a été consacrée au bilan des actions précédemment identifiées avec le suivi d'indicateurs de l'Assurance maladie, (mais seulement dans un seul établissement du fait de la pandémie). Le suivi a été réalisé sur 6 indicateurs (taux d'hospitalisation par les urgences, taux de décès à 6 mois, taux de ré hospitalisation à 6 mois pour ICA, taux de patients avec consultation MG dans les 14 jours post sortie, taux de patients avec consultation cardiologue dans les 2 mois et taux de patients avec consultation MG et cardio dans les délais retenus).

Le bilan réalisé en 2020 des 14 animations territoriales a permis de mettre en évidence l'importance du diagnostic territorial (« maturité » très différente d'un territoire à l'autre), des animations territoriales (décision d'un plan d'actions par les professionnels eux-mêmes et spécificité des actions en fonction du territoire) et d'élaborer une liste d'actions « possibles » (en regroupant toutes les actions proposées par les professionnels).

La stratégie régionale : les actions menées
Informers les professionnels de santé et les patients sur les dispositifs et structures d'amélioration du parcours IC existants au travers des animations territoriales
Améliorer l'offre existante : accès aux SSR en sortie de MCO, le déploiement de Terre- E santé, accès à l'ETP en ville et en proximité, le déploiement de la télémédecine, l'utilisation de PRADO, ...
Déployer une nouvelle offre : consultations d'optimisation thérapeutique portées par les établissements, consultations d'urgence en début de décompensation cardiaque portées par les établissements, HAD, délégation de tâches (IPA, protocole de coopération IC), ...

Suivi et indicateurs

Dans le cadre des nombreuses actions menées par l'ARS et l'Assurance Maladie pour l'optimisation du parcours insuffisance cardiaque en Ile de France depuis le premier plan Ondam (2015/2018), un suivi de 6 indicateurs régionaux en rapport avec les patients hospitalisés a été mis en place.

Ces indicateurs (hospitalisation via les urgences, taux de ré hospitalisation à 6 mois pour IC, Taux de mortalité à 6 mois, taux de consultation par un médecin généraliste dans les 14 jours suivant la sortie d'hospitalisation, taux de consultation par un cardiologue dans les 2 mois après hospitalisation et taux de consultation par un médecin généraliste dans les 14 jours et par un cardiologue dans les 2 mois après sorte d'hospitalisation) sont issus d'un profil annuel élaboré par l'Assurance Maladie pour chaque établissement de santé ayant une activité IC. Le profil de chaque établissement comprend des indicateurs permettant aux professionnels de l'établissement de se comparer à eux-mêmes d'une

année sur l'autre et par rapport à des moyennes régionales ou nationales, ou des établissements de même type.

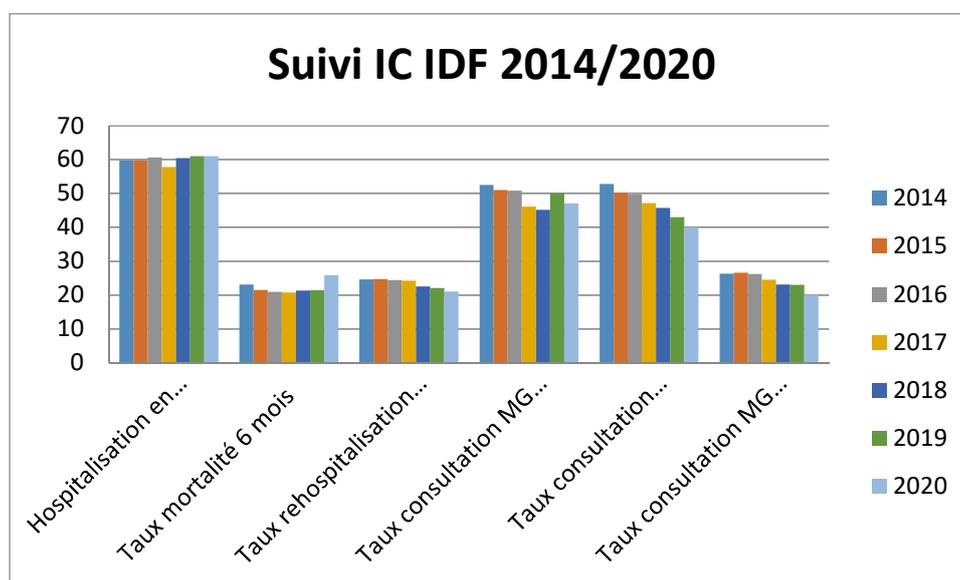
Ce profil a donné lieu à un retour d'information aux établissements en IDF depuis 2015. Il a été complété dans un second temps par profil cantonal comprenant les mêmes indicateurs, mais avec une approche populationnelle.

Le suivi de 2014 à 2020 de ces 6 indicateurs régionaux montre :

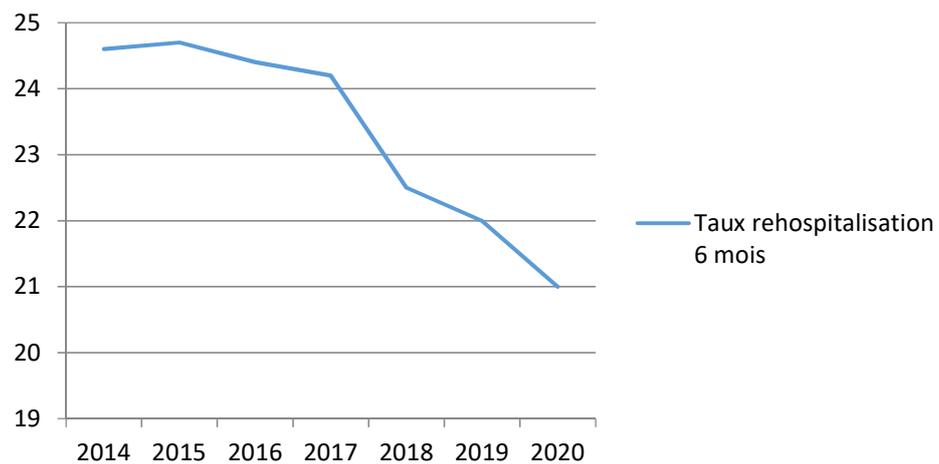
- Une baisse régulière du taux de ré hospitalisation à 6 mois : 21% en 2020 Vs 24,6% 2014 (le calcul prend en compte la mortalité)
- Une baisse du taux de mortalité à 6 mois jusqu'en 2019 : 21,4% en 2019 vs 23,1% en 2014 et une hausse brutale en 2020 25,8% (première année de la pandémie Covid)
- Une légère augmentation du taux d'entrée par les urgences 61% en 2020 vs 59,7% en 2014
- Une baisse régulière (hormis pour les consultations par MG) et constante du taux de consultation par un médecin généraliste dans les 14 jours post hospitalisation : 47% en 2020 vs 52,5% en 2014, du taux de consultation par un cardiologue dans les 2 mois post hospitalisation : 40% en 2020 vs 52,8% en 2014 , et du taux de patients avec une consultation par un MG et un cardiologue dans les délais requis : 20% en 2020 vs 26,3% en 2014

Ces résultats témoignent d'une amélioration (jusqu'en 2019) des 2 indicateurs principaux (de résultats) taux de mortalité et taux de ré hospitalisation.

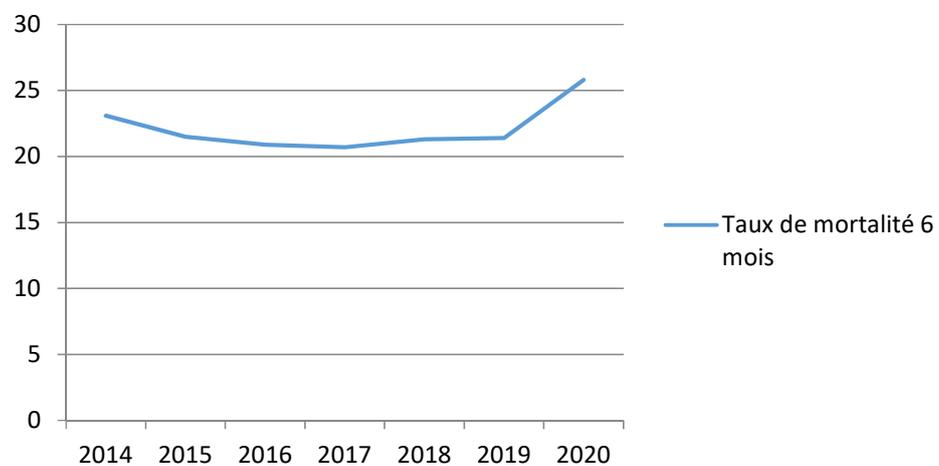
Le taux d'hospitalisation par les urgences reste stable. Par contre, les indicateurs concernant le suivi post hospitalisation révèlent une difficulté croissante d'accès aux soins en IDF.



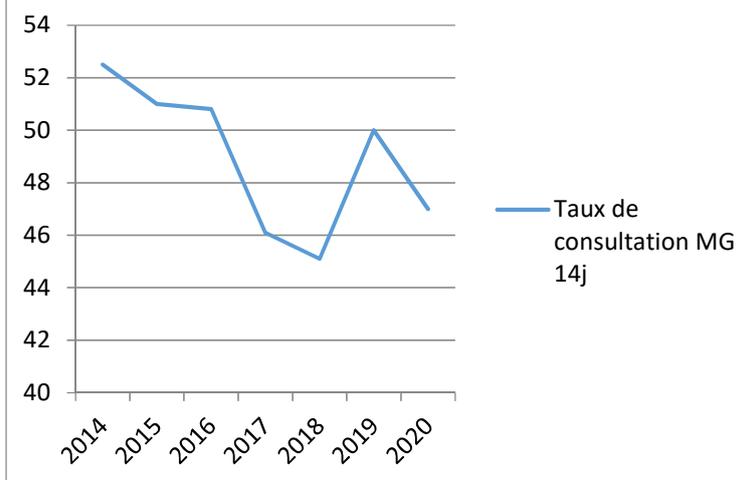
Taux rehospitalisation 6 mois

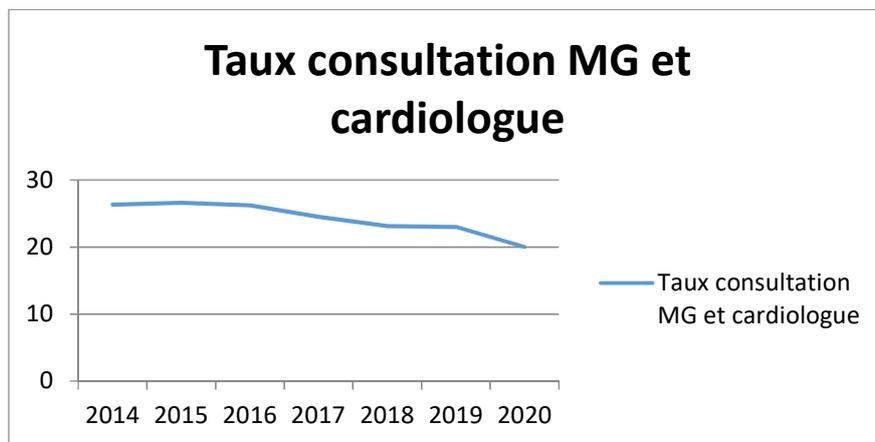
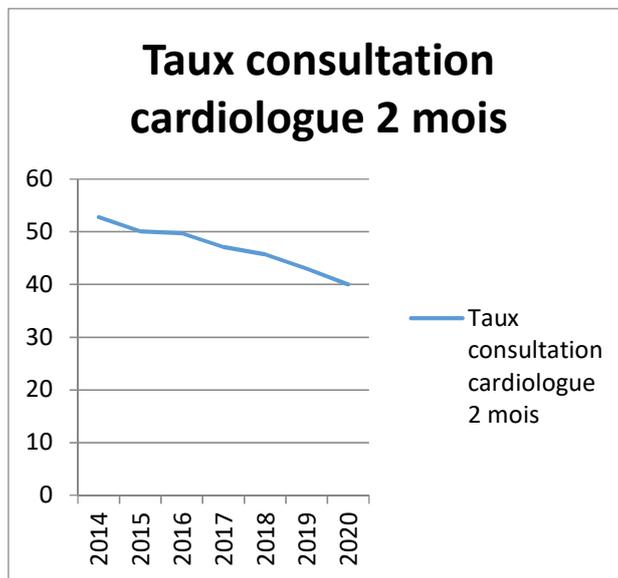


Taux de mortalité 6 mois



Taux de consultation MG 14j





Les perspectives

A la sortie de la crise sanitaire, des actions majeures sont mises en place :

1. Dans le cadre du 2^{ème} CAQES, pour 32 établissements un indicateur de résultat « taux de ré hospitalisation à 3 mois au retour au domicile sera calculé pendant 3 ans. Si cet indicateur s'améliore l'établissement recevra un intéressement financier. Pour atteindre l'objectif d'amélioration de cet indicateur, l'établissement doit mettre en place un plan d'actions avec la ville.
2. Projet ARSIF « généraliser le parcours des personnes âgées ICC pour éviter les urgences » dans le cadre de la Mesure 5 du Pacte de refondation des urgences, permettant de financer 4 actions (IDEC, 2 types de consultation d'insuffisance cardiaque dans les ES, formation d'un IDE au protocole de coopération de l'ICC), dans 22 établissements de santé.
3. Déploiement à l'échelle nationale par décision du Ministère et du DG CNAM du parcours pilote ICC dans le cadre de l'évolution de la stratégie nationale de l'Assurance Maladie.
4. Mise en place des organisations territoriales, projet CECICS (article 51 APHP) Cellule de Coordination de la prise en charge des patients IC sévères en sortie d'hospitalisation, qui est une expérimentation de 2020 à 2024 sur 9 sites de l'AP HP

Action 2.2 Soins non programmés

Consultations semi-urgentes de décompensation cardiaque portées par les établissements

En 2016, l'ARSIF a lancé un appel à projet pour mettre en place des consultations semi-urgentes de début de décompensation cardiaque, pendant 1 an, dans les ES des territoires où la démographie des cardiologues était la plus faible et où la prévalence de l'ICC était la plus forte (77, 91, 93, 95). Il était demandé de mettre en place une consultation par GHT. 6 projets ont été sélectionnés parmi 15 reçus, par un comité de sélection composé de professionnels de santé représentant les différents statuts juridiques et exerçant dans les 4 départements non concernés par cet appel à projet.

En 2017/2018, 5 consultations ont été mises en place (dont 1 consultation sur 2 ES d'un même GHT) et 1 ES sélectionné s'était retiré du projet. Chaque consultation a été financée 36 000 euros. 3 autres ES avaient répondu à l'appel à projet et devaient être financés lors de la vague suivante.

Consultations mises en place

- 93 Centre Cardiologique Nord
- 91 CH Sud Francilien
- 77 CH Meaux
- 95 CH Pontoise
- 95 CH Argenteuil –CH Eaubonne Montmorency (1 consultation sur les 2 ES sur GHT)
- 93 HU Avicenne (sélectionné en 2° vague mais s'est retiré du projet)

Consultation à mettre en place

- 93 CMC Floréal
- 95 CH Gonesse
- 93 Hôpital Privé de l'Est Parisien

L'évaluation avait montré que la consultation semi-urgente permettait d'éviter le passage aux urgences pour les 2/3 des patients. A l'issue de la consultation, soit les patients retournaient à domicile, soit ils étaient hospitalisés directement en cardiologie, soit un HDJ était rapidement programmé.

La mise en place de ces consultations semi-urgentes a permis, d'une part d'engager les ES dans de nouveaux modèles de consultations (dédiées à une situation particulière, en semi-urgence) et d'autre part de faire réagir la cardiologie libérale, pour qu'elle participe plus à la prise en charge de la cardiologie semi-urgente.

Perspectives 2021/2022 :

- Mise en place d'autres types de consultations (consultation de titration)
- Mise en place d'une équipe de soins spécialisée en cardiologie (ESSC) en IDF, portée par la cardiologie libérale, adossée aux CPTS

Action 2.3 Les nouveaux métiers de la coordination des parcours

L'AP-HP a mené un travail visant la restructuration des secrétariats médicaux, une expérimentation a consisté à réaliser un audit sur le sujet et par la suite à rédiger un ensemble de recommandations.

La mission d'audit des secrétariats médicaux a été réalisée en décembre 2016 sur le groupe hospitalier Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal par HESP Conseil.

Axe 1: Valoriser les assistants médicaux- administratifs (AMA) en faisant évoluer leur métier et en leur permettant de se recentrer sur leur cœur de métier

- Clarifier les fiches de poste des secrétaires médicales pour éviter les élargissements de périmètre des tâches et sensibiliser le personnel, notamment les médicaux du groupe hospitalier sur le rôle et les activités,
- Faire évoluer à terme le rôle des AMA d'un rôle de secrétariat à un rôle d'assistante dans la gestion des parcours-patient,
- Proposer davantage de formations aux AMA du GH, notamment en anglais, en droit des patients, en gestion de l'agressivité et en informatique.

Axe 2: Organiser la coordination des AMA par pôle (DMU depuis 2019)

- Mener les réflexions autour des centralisations et mutualisations de tâches,
- Promouvoir la création de pools de remplacement des AMA, en privilégiant les profils expérimentés pour remplir ce rôle,
- Organiser des rencontres régulières entre l'ensemble des AMA d'un pôle sur des heures creuses de la journée (13h-15h) autour de thèmes spécifiques déterminés par les AMA,
- Créer une fonction de référente des AMA dans chaque pôle et non au niveau du groupe hospitalier.

Action 2.4 Santé mentale

L'action n'a pu être réalisée.

Action 2.5 Chimio thérapie orale

L'accompagnement s'est décliné en plusieurs phases sur plusieurs territoires. L'approche est partie de l'hôpital prescripteur, pour s'ouvrir vers la ville au niveau d'infra-territoires situés dans les départements de Paris, Essonne, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne.

Pour chaque territoire, une même méthode est adaptée le cas échéant aux réalités locales.

Bilan des actions
Cartographie des organisations sur la région
Modélisation des processus dans les services observés
Conception et rédaction d'un document de liaison ville –hôpital (site pilote CH de Bligny).
Mise en place d'ateliers villes hôpital pour l'organisation du parcours des patients sous thérapie orale (site pilote Mondor).

Perspective : les enjeux liés à l'organisation des parcours des patients sous thérapie orale du cancer ont par la suite été intégrés dans le dispositif de soutien aux innovations organisationnelles article -51 au plan national. Il s'agit du projet Oncolink impliquant plusieurs régions dont l'IDF.

AXE 3. Mise en œuvre des recommandations

Action 3.1 Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC)

L'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France a lancé en 2017 un ambitieux programme d'accompagnement des établissements franciliens dans le déploiement de la RAC. Les résultats de la RAC sont dans la majorité des cas une amélioration de la convalescence, une réduction de la morbidité globale et par conséquent une réduction de la durée de séjour postopératoire.

Le premier accompagnement (2017-2018) a permis de faire émerger des bonnes pratiques retenues dans les différents centres. Celles-ci constituent une excellente illustration de ce qu'il faudrait faire et encourage les autres à reproduire ces schémas.

La dynamique a été poursuivie à partir de 2018 avec la mise en place d'un second accompagnement, élargi à de nouvelles spécialités et à de nouvelles structures et dont le présent document fait le bilan. Cette nouvelle itération a permis de confirmer un certain nombre d'enseignements relevés lors du premier accompagnement et de les illustrer à travers leur mise en œuvre au sein de structures nouvellement accompagnées. Il a également permis de faire émerger des nouvelles actions sur lesquelles il conviendra de capitaliser.

De décembre 2018 à décembre 2020, 17 établissements « candidats » ont été appuyés par 5 établissements « référents » sur les chirurgies programmées orthopédiques (PTH/PTG), colorectales (bénigne ou maligne), gynécologiques (hystérectomie), urologiques (cystectomie) et césarienne programmée.

Ce projet a été l'occasion pour 22 établissements – tous statuts, toutes « situations géographiques » – de mener des actions articulées autour des axes de travail suivants :

- **L'organisation des parcours patients RAC, en amont et en aval des interventions chirurgicales**, avec notamment la justification d'un poste/binôme référent infirmier, et l'implication des équipes soignantes du service (infirmiers, aides-soignants, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciens) à la mobilisation/réalimentation précoce, et ce pour tous les types de chirurgie.
- **La mise en place d'un socle/cadre commun de bonnes pratiques professionnelles**, entre chirurgiens, entre anesthésistes, et entre chirurgiens et anesthésistes, sur la base de protocoles qui demeurent difficiles à échanger entre établissements de santé référents et candidats.

La valorisation de l'activité est réalisée dans le cadre d'un programme RAC :

- La mise en place d'un programme RAC représente une démarche d'amélioration des pratiques qui nécessite une réorganisation des soins et des efforts combinés de tous les acteurs autour du patient.
- Ainsi, afin de valoriser ces pratiques, une variable RAC est mise en place dans le recueil PMSI dès 2019. Elle est conditionnée notamment par l'existence d'un cahier des charges ou d'un protocole décrivant la procédure RAC pour chaque activité de chirurgie concernée et ayant fait l'objet d'une délibération par la CME de l'établissement.
- Ce codage, applicable à tous les séjours relevant de la RAC, est accompagné d'une mesure de soutien pour 19 activités. Elle vise à conserver la valeur du tarif du séjour qui correspond à son niveau de sévérité, quelle que soit sa durée. Cette mesure a vocation à être, à moyen terme, élargie à d'autres types de prises en charge.

Consciente qu'il existe encore des marges de manœuvre quant au développement de la RAC, l'ARS Ile-de-France entend continuer à soutenir les établissements de santé franciliens dans son développement et un troisième accompagnement devrait voir le jour d'ici 2021.

Poursuivant son engagement en faveur de l'efficacité du système de santé et l'amélioration de la prise en charge chirurgicale, l'ARS-IDF a souhaité continuer à promouvoir l'implémentation de la RAC dans les établissements de santé.

En 2022 : publication de l'AMI (appel à manifestation d'intérêt) avec 37 services candidats pour 28 établissements (6 APHP, 11 publics, 8 privés, 2 ESPIC et 1 SSA) et 11 disciplines chirurgicales (en dehors de la neurochirurgie et l'ophtalmologie). Ces services seront accompagnés par 5 services référents et par le cabinet CERCLH.

Perspectives : Diffusion de ces bonnes pratiques sous la forme d'un guide.

Action 3.2 Chirurgie ambulatoire

L'ensemble des actions menées s'inscrit dans une stratégie structurée autour de trois axes :

- maintenir l'accessibilité géographique et financière,
- améliorer l'efficacité des blocs opératoires et l'organisation de l'ambulatoire,
- mieux prendre en charge les populations spécifiques.

Afin d'accélérer la bascule ambulatoire, l'ARS a amplifié le plan d'actions en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire avec 3 objectifs :

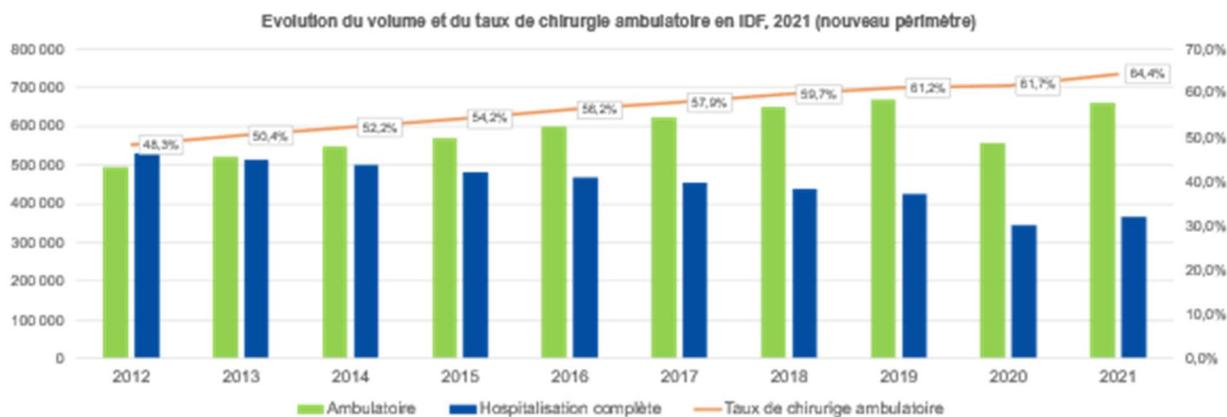
- Développer une chirurgie ambulatoire de qualité et efficace au sein des établissements de santé franciliens,
- Accompagner la transformation territoriale des parcours et des structures,
- Former, Informer et sensibiliser les professionnels et les patients,

Le programme spécifique de développement de la chirurgie ambulatoire a pris fin en 2017, cependant certaines actions sont encore en cours et d'autres pourront être initiées dans un autre cadre.

La conception et la mise en œuvre du programme ont bénéficié de l'implication de professionnels de santé volontaristes sans contrepartie financière. Cet engagement gracieux a été déterminant dans la réussite du programme.

Des soutiens financiers ont été accordés pour d'une part renforcer l'animation de l'observatoire régional de la chirurgie ambulatoire et de la communauté des ambassadeurs de la chirurgie ambulatoire : 50 000 €/an, d'autre part lancer des appels à projet sur :

- o Les Parcours : 297 000 euros (FIR)
- o La Chirurgie ambulatoire et la cancérologie : 370 000 euros (FIR)
- o La Chirurgie ambulatoire investissement : 2 182 319 euros (FMESPP46)
- o L'Accompagnement de démarches innovantes visant l'amélioration des parcours ville hôpital lors de la prise en charge en chirurgie ambulatoire : 317 000 euros.



L'ORCA a organisé, chaque année depuis 2015, un **séminaire annuel** consacré à la chirurgie ambulatoire, afin d'aborder la situation par discipline, et surtout, les pratiques innovantes, dans tous les aspects de la prise en charge (chirurgie, anesthésie, organisation).

L'ORCA s'implique, depuis 2015, dans la mise en œuvre de plusieurs appels à projets concernant la chirurgie ambulatoire.

Pour ces différents appels à projets, l'ORCA a contribué au recensement des besoins, puis au suivi des projets retenus par l'ARS, après avis d'un comité composé des partenaires (fédérations, AP-HP, assurance maladie, personnalités qualifiées), tout au long de leur réalisation :

1. Appel à projet « [développement de la chirurgie carcinologique en ambulatoire](#) » (2016) porté par la Direction Générale de l'Offre de Soins et l'Institut National du Cancer : 4 projets retenus en Ile-de-France, pour 20 projets reçus, avec un financement de 100 000 € par projet
2. Appel à projet « **Investissement en Chirurgie ambulatoire** » (2016), porté par la Direction Générale de l'Offre de Soins : 23 projets retenus, pour 57 projets reçus, avec un financement de 53 000 € à 100 000 € par projet
3. Appel à projet « [Accompagner les démarches innovantes visant à l'amélioration des parcours Ville-Hôpital](#) » (2017), porté par la Direction Générale de l'Offre de Soins : 12 projets retenus, avec un financement de 40 000 € par projet
4. Appel à projet « [Promouvoir les unités d'accès vasculaire veineux](#) » (2019), porté par la Direction Générale de l'Offre de Soins : 5 projets retenus, pour 9 projets reçus, avec un financement de 50 000 € par projet
5. Appel à projet « [Prise en compte de l'anxiété pré opératoire lors de la prise en charge en chirurgie ambulatoire](#) » (2019), porté par la Direction Générale de l'Offre de Soins : 19 projets retenus, pour 30 projets reçus, avec un financement de 6 500 € à 20 000 € par projet
6. Appel à projet « [Optimiser la prise en charge médicamenteuse des patients grâce à la conciliation médicamenteuse](#) » (2019), porté par la Direction Générale de l'Offre de Soins : 3 projets retenus pour la chirurgie, pour 12 projets reçus, avec un financement de 30 000 € par projet.

De plus, l'accompagnement de 23 établissements en 2019 par les représentants de l'Assurance Maladie grâce à l'outil visuchir a permis la définition d'actions d'amélioration.

Perspectives

- AAP ARS en 2020 portant sur l'engagement de la baisse du potentiel Visuchir (5 établissements retenus),
- CAQES 2022 : thème chirurgie ambulatoire retenu comme indicateur régional pour 16 établissements avec comme objectif la baisse du potentiel visuchir.

Action 3.3. Mise en place d'unités péri-opératoires gériatriques en orthopédie (UPOG)

Devant la fréquence et la morbi-mortalité des fractures de l'extrémité supérieure du fémur identifiée par de nombreuses publications, l'ARS souhaitait encourager le développement de parcours de soins spécifiques de la personne âgée pour la prise en charge de cette pathologie.

Pour ce faire, elle a lancé un appel à projet qui détermine le modèle d'organisation des unités péri-opératoires de gériatrie. L'UPOG, intégrée au sein d'une unité de gériatrie de court séjour ou de chirurgie orthopédique, repose sur l'expertise assurée par un gériatre. L'intérêt d'une UPOG est le regroupement des compétences médicales et paramédicales au même endroit pour le bénéfice du patient, capable de prévenir la survenue d'escarres, de douleur, de rétention aiguë d'urines, mais aussi de prendre en charge dans le même temps les grandes pathologies gériatriques (troubles cognitifs, dénutrition, troubles vésico-sphinctériens et autres complications post-opératoires) et les soins liés à la chirurgie pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur (douleur, soins de cicatrice, pansement, transfusion). Ce temps permet également l'enquête étiologique sur les chutes et la reprise la plus précoce possible de la verticalisation et de la marche.

Depuis 2015, suite aux quatre appels à projets précédents, 13 UPOG ont été accompagnées. En 2018, la région compte 15 UPOG installées.

La volonté de l'ARS était de favoriser un maillage progressif territorial des UPOG sur l'ensemble de la région en lien avec les filières de soins gériatriques dans le cadre de l'amélioration du parcours de la personne âgée et la stratégie des projets médicaux partagés en cours de déploiement dans les groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Les UPOG « labellisées » par l'ARS bénéficiaient d'un financement forfaitaire à hauteur de 40 000 euros au moment de leur installation ; ce financement pouvait être employé pour réaliser de petits travaux d'aménagement, financer des formations et acheter du petit matériel si nécessaire. Un comité de pilotage annuel réunit l'ensemble des UPOG franciliennes pour présenter leur bilan annuel, partager les pratiques, identifier les facteurs clés de succès et faciliter leur mise en œuvre.

Chaque UPOG s'engage à compléter par patient des indicateurs traceurs colligés dans une base de données sécurisée « Clean Web », pilotée par le Pr Jacques Boddaert, avec le soutien de l'ARS et du Gérofond'If (gérontopôle d'Ile-de-France).

Cette base permet d'effectuer des recherches cliniques et translationnelles.

Action 3.4 Césariennes programmées à terme

Le début de la réflexion régionale a débuté en 2013 à l'occasion du programme de déploiement HAS « Césarienne programmée à terme : optimiser la pertinence du parcours de la patiente ».

Les CAQES sont signés fin 2018 avec 11 maternités dont les taux de césarienne dépassaient de 1,5 standard la médiane française (3 centres de type III universitaires dont 2 à l'APHP, 1 centre IIB public, 1 centre IIA Espic, 3 centres IIA privés à but lucratif, 2 centres de type I privé à but lucratif, sur Paris, 78, 93, 94).

Les objectifs identifiés dans le PAPRAPS étaient de réduire les écarts de pratique des césariennes programmées à terme en Ile de France et de réaliser les césariennes programmées à terme après 39 semaines d'aménorrhées pour les grossesses mono-fœtales.

En effet, les recommandations HAS 2012 précisent qu'en raison de la morbidité néonatale, il est recommandé de ne pas faire de césarienne programmée avant 39 semaines d'aménorrhées pour les grossesses monofoetales et d'informer la patiente sur les bénéfices/risques de la césarienne programmée par rapport à la tentative par voie basse dans sa situation particulière.

Les principales actions menées
Communication des fiches profil césarienne auprès des établissements tous les ans à partir de 2017
Communication sur le site des synthèses comparatives sur les pratiques entre établissements
L'organisation de visites dans les établissements réunissant différents acteurs : des professionnels de l'ARS et de l'assurance maladie, et les hospitaliers (direction, qualité, médecins) avec pour objectif d'échanger sur les pratiques, les indicateurs et la présentation du CAQES
L'organisation du séminaire en juin 2019, pour le partage d'expériences des plans d'actions menés par les 10 établissements

Les fiches profil césarienne sont un état descriptif général des césariennes de l'établissement, et une analyse selon les situations cliniques. L'objectif est de faciliter la surveillance au cours du temps pour un même établissement et de réaliser un comparatif entre établissements franciliens de même type afin de permettre l'auto-évaluation de la pratique de la césarienne, ainsi qu'un comparatif au national.

Les fiches présentent les différences de taux de césarienne total, de taux de césarienne programmée et non programmée de l'établissement versus les autres établissements.

Le séminaire en juin 2019 a permis le partage d'expériences entre établissements, le choix des objectifs a été déterminé en fonction des priorités de chaque équipe, en référence aux recommandations existantes. Les 2 objectifs prédominants étaient :

- la réflexion sur la balance bénéfices/risques en cas d'utérus uni-cicatriciel (singleton en présentation céphalique) partagée avec la femme ; en vérifiant la bonne compréhension, notamment par une enquête au mieux avant l'accouchement ;
- la réalisation d'une césarienne programmée à partir de 39 SA (grossesse unique sans risque particulier).

Les plans d'actions ont été élaborés et présentés lors du séminaire :

- changements organisationnels, élargir les plages du bloc opératoire dédiées aux césariennes programmées ;
- mettre en place des staffs au mieux pluri-professionnels pour valider les indications ;
- travail sur l'information des patientes ;
- personnel en nombre suffisant H24 pour assurer la qualité et la sécurité des soins ;

- formations spécifiques utilisant la simulation ou des formations d'équipes à l'analyse du rythme cardiaque fœtal.

Chiffres 2019 en Ile de France : Taux de césarienne 22.6 % de césariennes (versus 22.3 % en 2016) dont 7.1 % de césariennes programmées. Les évolutions sont plutôt stables sur la période.

Perspectives :

- Réalisation d'un bilan des pratiques pour suivre les effets de la crise de manque de personnel (sage femmes)
- Réalisation du site accouchement en 2021, destiné aux usagers.

Le site accouchements.sante-idf.fr, piloté et financé par l'ARS Ile de France, permet de diffuser les données sur les pratiques obstétricales des maternités franciliennes. Les données recensées concernent notamment le nombre d'accouchements, le taux de césariennes, de péridurales ou d'épisiotomies réalisées. Présentés sous forme de carte interactive, tous les indicateurs des différentes maternités sont détaillés et les termes techniques expliqués. Pour chaque établissement, une fiche avec un récapitulatif des indicateurs est téléchargeable. Des illustrations, des schémas et des graphiques facilitent la compréhension des informations recensées.

L'outil, qui permet de compléter le rôle central d'information et d'accompagnement par les professionnels de santé tout au long du parcours de grossesse des parents a pour objectifs de :

1. Informer le grand public et les professionnels de santé sur les pratiques obstétricales en Île-de-France ;
2. Rendre accessible, et de manière transparente, des données liées à l'accouchement ;
3. Cartographier et de mesurer les indicateurs sur les pratiques à l'accouchement selon les différents types de maternités ;
4. Participer à l'amélioration de la pertinence des soins afin de diminuer la morbi-mortalité maternelle et infantile ;
5. Participer au développement d'outils de communication et d'information innovants adaptés aux besoins des familles.

Dans le cadre du nouveau CAQES, 15 établissements se sont engagés sur l'atteinte d'indicateurs qualité sur le parcours périnatalité.

Action 3.5 Chirurgie bariatrique

L'ARS et l'Assurance Maladie ont mené plusieurs actions depuis 2014 sur le champ de la chirurgie bariatrique.

Ces actions étaient justifiées par l'évolution du nombre d'interventions réalisées en IDF et la connaissance de pratiques ne respectant les référentiels établis.

L'examen des données ATIH sur les taux de recours à la chirurgie bariatrique montrait en 2013, un nombre d'interventions de 8852 (+12% / 2012) et un ratio supérieur à 1 par rapport à l'indice national (1,06).

Pour l'AM, il s'agissait jusqu'en 2018 d'actions d'accompagnement avec le profil pertinence de la CNAM (créée en 2015) et de Mise sous accord préalable (MSAP) d'un nombre réduit d'établissements ciblés.

La procédure de MSAP a été efficace (taux de refus d'environ 30%), mais a été arrêtée en 2018 sur décision de la CNAM, avec une nouvelle approche par un téléservice national pour toute demande d'intervention.

En 2018, l'ARS et l'AM ont décidé de mettre en place un volet additionnel pertinence chirurgie bariatrique dans le cadre du CAQES. Un contrat a été signé avec 4 établissements pour ajouter la dimension de contractualisation aux actions menées.

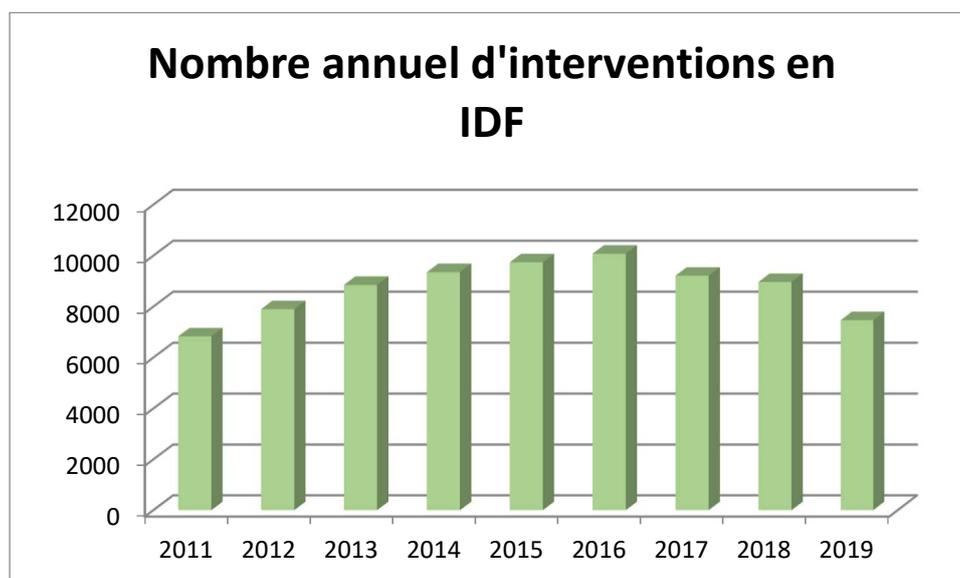
Le contrat prévoyait un autodiagnostic de l'établissement sur un échantillon de dossiers, puis l'élaboration d'un plan d'actions. Ces éléments étaient transmis à l'ARS et l'AM, ainsi qu'un échantillon de 10 dossiers patients anonymisés.

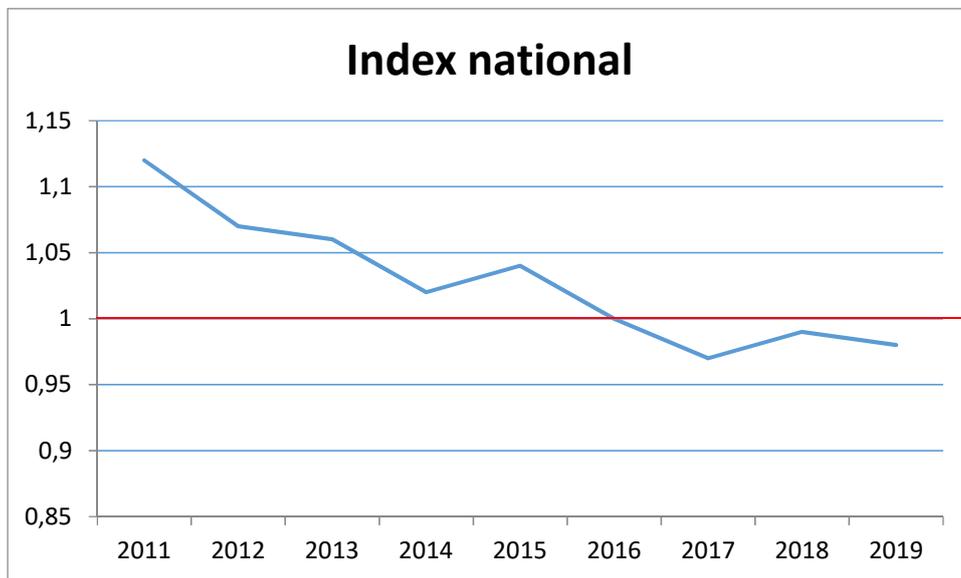
L'avis de l'ARS et l'AM sur le plan d'action était donné lors d'une réunion d'échange avec les professionnels de l'établissement. Trois réunions se sont déroulées en 2019, car le 4^e établissement avait annoncé qu'il arrêterait la pratique de la chirurgie bariatrique (ce qui a été vérifié).

Le suivi de ce contrat a été réalisé, du fait de la pandémie, à partir des données du profil de la CNAM qui comprenait un ciblage des établissements ayant les chiffres les plus élevés (20%) France entière (score calculé à partir de 6 indicateurs retenus en concertation avec les sociétés savantes).

Il apparaît que les 3 établissements qui étaient ciblés en 2017 ne l'étaient plus en 2018, 2019 et 2020, ils ne figuraient plus dans la liste des 20% d'établissements ayant les scores les plus élevés.

Par ailleurs, le suivi des données régionales a montré une baisse du nombre d'interventions à partir de 2017 (pic en 2016 à 10077, 7468 en 2019), et un chiffre devenant inférieur à 1 par rapport à l'indice national en 2017 (0,98 en 2019). Ainsi, même si le nombre d'interventions en France a aussi baissé à partir de 2017, la baisse a été plus importante en IDF que la moyenne nationale.





En 2019, la CNAM a lancé un téléservice national obligatoire pour toute demande de chirurgie bariatrique (DAP) avec un algorithme de traitement pour les interventions chez l'adulte (conduisant à une réponse automatique ou la nécessité d'un avis du service médical) et un circuit centralisé pour les demandes chez les moins de 18 ans.

En 2018/2019, l'ARS et l'AM ont par ailleurs travaillé avec 2 experts régionaux à l'élaboration d'indicateurs de résultats postchirurgie bariatrique (indicateurs composite sur les complications et indicateur composite sur la qualité du suivi). Ces travaux ont été interrompus du fait de la pandémie. En Novembre 2019 un article 51 (Obepar) a été retenu sur le parcours autour de la chirurgie bariatrique avec l'APHP et des centres spécialisés (Obepar). Sa mise en place a été ralentie par la pandémie. La pandémie rend difficile l'analyse de l'évolution du nombre d'interventions par rapport aux années précédentes sur les données ATIH (5383 en 2020).

Perspectives

En 2022, plusieurs éléments conduisent cependant à s'interroger sur la nécessité de mener des actions en parallèle au téléservice national, à l'article 51 et aux conventions CSO avec les autres établissements pratiquant la CB.

Les données 2020 ATIH, montrent que l'IDF est à nouveau au-dessus de 1 par rapport à l'indice national (1,02). De plus, plusieurs remontées de terrain témoignent en 2022 d'anomalies de pratique dans plusieurs centres.

Le téléservice basé sur des données déclaratives est essentiel pour juger de la pertinence de l'acte, mais il ne peut assurer le suivi post interventionnel.

L'ARS et l'AM envisagent donc de réactualiser les travaux sur les indicateurs de résultats et de mener des actions ciblées sur certains établissements ayant des résultats atypiques.

Action 3.6 Médicaments bio similaires

Un groupe de travail régional associant ARS/Assurance maladie/OMéDiT a été constitué afin d'élaborer et de mettre en œuvre un plan d'actions visant à promouvoir l'utilisation des médicaments bio similaires en Ile-de-France. Ce plan d'actions pluriannuel a été construit sur la base d'éléments de diagnostic régionaux et d'une revue de la littérature ayant permis l'identification de bonnes pratiques nationales et étrangères. Il s'adresse à l'ensemble des acteurs concernés par l'utilisation des médicaments bio similaires.

Le plan d'actions régional s'articule autour de 3 objectifs opérationnels, répondant à 3 besoins identifiés :
- Mobiliser et former les acteurs en région
- Accompagner les établissements dans leur démarche d'utilisation des médicaments- bio similaires
- Suivre la progression de l'utilisation des médicaments bio similaires

La mise en œuvre de ce plan d'actions est pluriannuelle et se décline en 10 actions. Pour 2018, les principales actions déployées sont les suivantes :

- Formation sur les achats hospitaliers « Passons aux bio similaires » organisée avec le Réseau des acheteurs hospitaliers RéSAH,
- Réalisation d'un « Kit bio similaires » pour permettre aux établissements d'élaborer et d'adopter une stratégie favorisant le recours aux médicaments bio similaires,
- Promotion et mise en œuvre des dispositifs d'incitation financière,
- Dispositif d'intéressement général à 20% et expérimentation nationale pour l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires, lorsqu'ils sont délivrés en ville (dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018, cf. Instruction du 19 février 2018). Cette expérimentation couvre la période de 2018 à 2023,
- L'accompagnement des GHT pilotes dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'actions de promotion des bio médicaments/ bio similaires,
- Communication sur les médicaments bio similaires lors d'événements scientifiques (posters affichés en congrès),
- L'organisation de plusieurs webinaires se sont tenus en 2018. 60 établissements y ont participé.

Le levier principal pour assurer la progression de l'usage des bio similaires a été la forte mobilisation en Ile de France à l'expérimentation nationale article 51.

Les résultats au sein des établissements ayant été retenus dans le cadre de l'appel à candidature ont largement dépassé les objectifs ciblés avec une progression de plus de 10 points pour les PHEV.

Certains établissements ont mis en œuvre quelques outils: le partage des bonnes pratiques à l'échelle régionale et une diffusion de l'information auprès des acteurs de ville.

Action 3.7. Pertinence médicamenteuse en EHPAD

La prescription médicamenteuse chez la personne âgée doit être optimale car le risque d'incident iatrogénique est élevé, responsable d'hospitalisation et de décès.

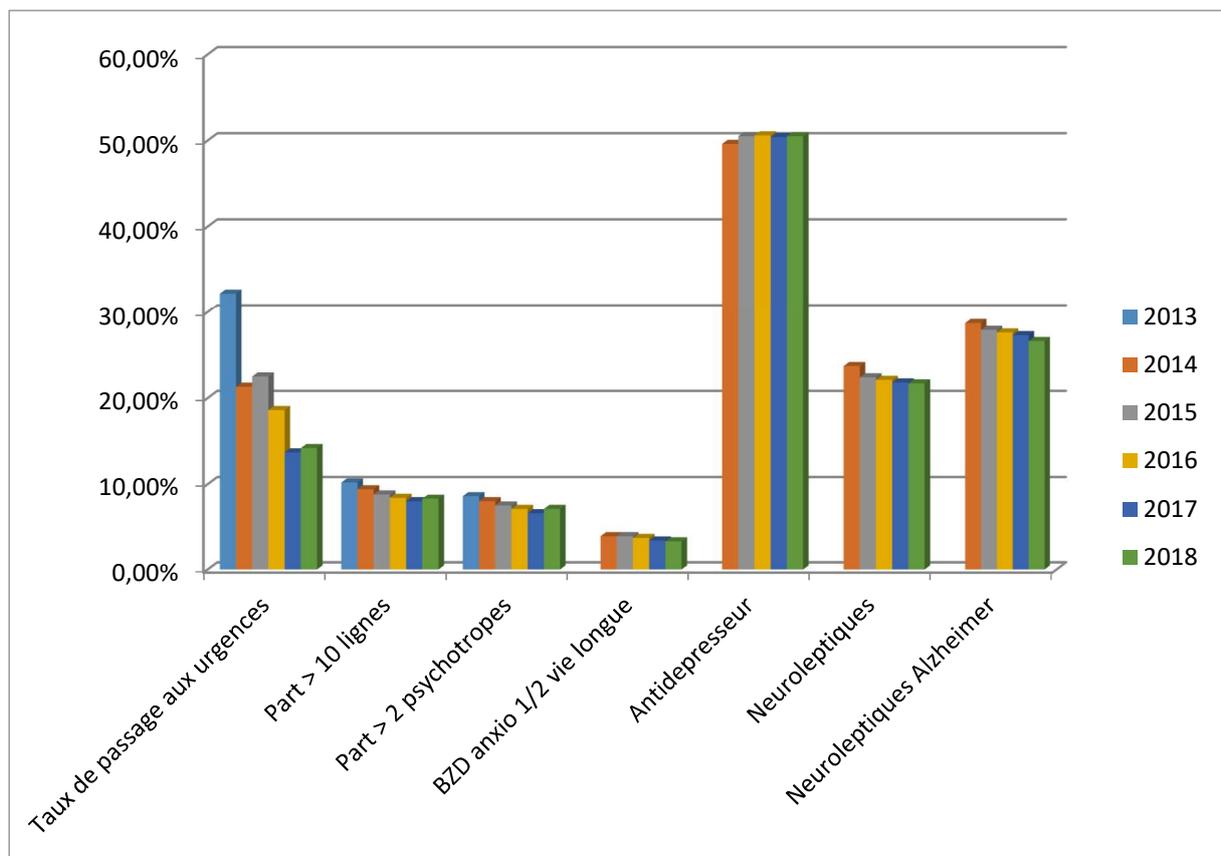
L'ARS et l'Assurance Maladie ont mené des actions auprès des EHPAD où se trouvent les personnes âgées les plus fragiles, notamment des missions d'accompagnement des personnels d'établissements ciblés (de 2016 à 2019, 1118 échanges en EHPAD).

L'Assurance Maladie mène des actions avec l'aide d'un profil et de mémos en rapport avec certains thèmes (DLU, vaccination antigrippale des patients et des personnels, ...). Le profil annuel de chaque EHPAD comprend des indicateurs qui permettent aux professionnels de l'établissement de se

comparer à eux-mêmes d'une année sur l'autre et par rapport à des moyennes régionales ou nationales.

Ce profil rend possible un suivi annuel des indicateurs régionaux en rapport avec les prescriptions médicamenteuses des patients en EHPAD franciliens (Part des ordonnances de plus de 10 lignes, part des patients avec plus de 2 prescriptions de psychotropes, part des patients avec des prescriptions de benzodiazépines anxiolytiques de demi-vie longue, part de patients avec des prescriptions d'antidépresseurs, part de patients avec des prescriptions de neuroleptiques, part de patients atteints de maladie d'Alzheimer avec des prescriptions de neuroleptiques).

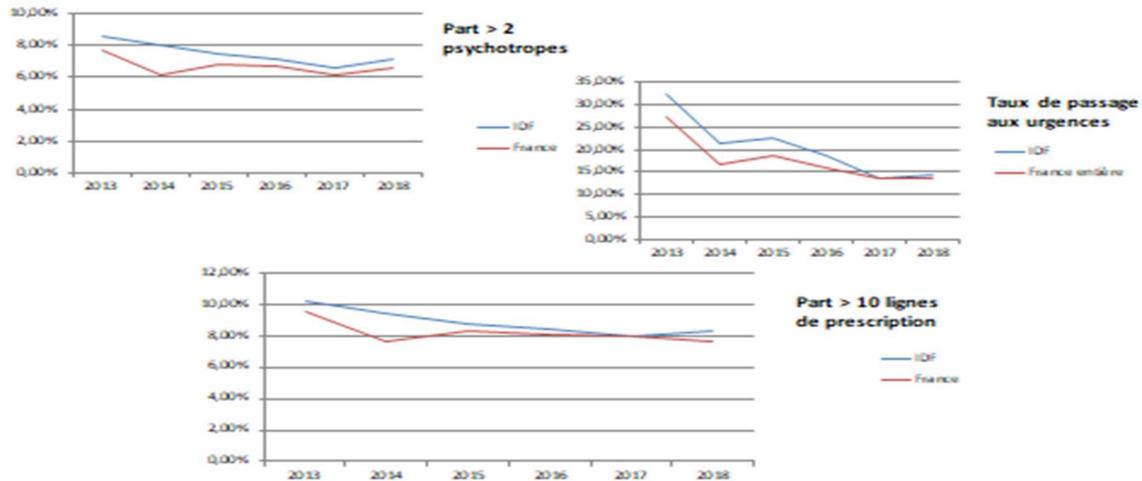
Ce suivi de 2013 à 2018 montre une amélioration des indicateurs. La hausse des prescriptions de médicaments antidépresseurs est considérée comme vertueuse compte tenu du nombre de dépressions passant inaperçues chez les personnes âgées.



Par contre en comparaison des évolutions nationales, des efforts sont encore nécessaires sur les plus de 10 lignes et plus de 2 psychotropes.

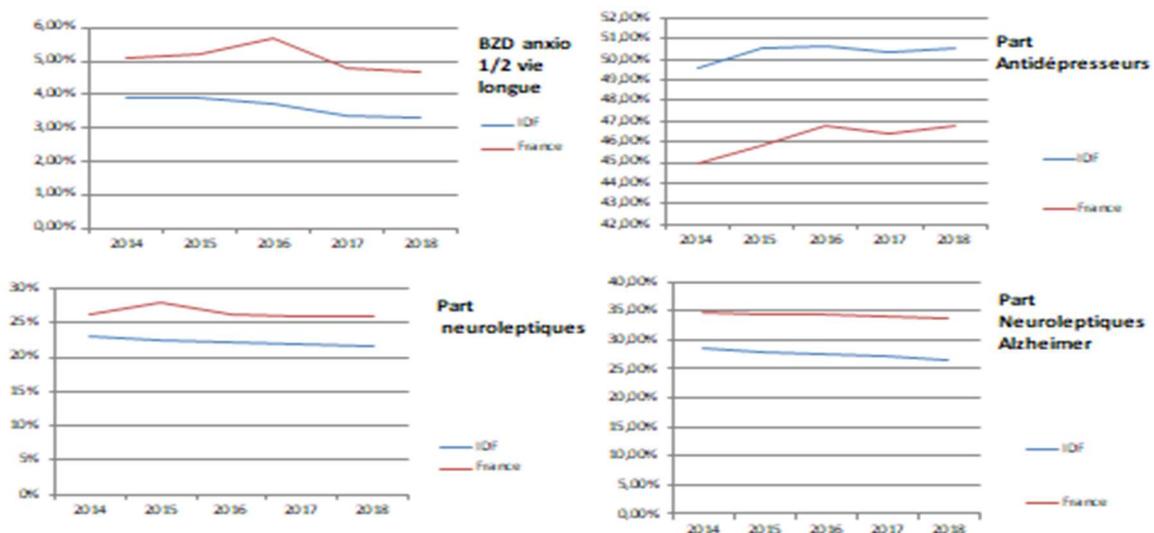
Evaluation des actions

• Suivi des indicateurs 2013-2018 : comparaison IdF/France



Evaluation des actions

• Suivi des indicateurs 2014-2018 : comparaison IdF/France



D'autre part, plus d'une centaine d'EHPAD se sont engagés dans la première vague de déploiement du plan d'actions d'amélioration des pratiques 2017/2018 et 80 pour la deuxième vague 2018/2019.

59,0% des EHPAD avait réalisé une auto-évaluation des pratiques de la PECM et 45,9% avait constitué et réuni un comité de prise en charge médicamenteuse.

50,8% avait communiqué en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM et les risques d'erreur médicamenteuse.

En réponse aux besoins exprimés par les établissements, des formations seront régulièrement proposées, à l'image de la formation sur la déclaration et la gestion des événements indésirables animée par la STARAQS. Egalement des formations seront organisées sur les troubles de la déglutition par l'OMEDIT IDF.

Optimed expérimenté dans le cadre du dispositif Article 51 vise à prolonger l'action sur la sécurisation du circuit du médicament en EHPAD et réduire le risque d'iatrogénie médicamenteuse.

Action 3.8 Pertinence de l'antibiothérapie

Une antibiothérapie est initiée toutes les six consultations en médecine générale et près de 90% des antibiothérapies sont initiées en ville.

Face à ces constats, l'ARS Île-de-France et le comité de pilotage d'Antibioclic ont mis en place fin 2017 « Antibioclic+ », un outil en ligne d'assistance à l'antibiothérapie pour les médecins de ville franciliens avec des fonctionnalités additionnelles :

- un algorithme d'aide à la prescription dans les infections urinaires, à partir des données microbiologiques ;
- une possibilité d'édition de l'ordonnance par le médecin ;
- la délivrance de fiches d'information à destination des patients en cas de non-prescription ;
- l'optimisation du parcours de soin : mise à disposition d'un annuaire téléphonique direct des infectiologues exerçant à proximité ;
- la formation des médecins : système de e-learning et lettres d'information régulières.

Après un an d'existence, plus de 1800 professionnels de santé franciliens sont inscrits, soit près de 15% des médecins de ville. Sur les 1800 inscrits, 1644 se sont montrés actifs sur la période d'analyse et ont réalisé plus de 61 000 requêtes. Des journées régionales de formation sur le bon usage des antibiotiques ont permis la formation de plus de 80 médecins en 12 mois.

Fort de ce bilan très positif, l'ARS Île-de-France et l'Association Antibioclic ont renouvelé leur partenariat pour poursuivre le déploiement des actions avec :

- un module de prise en charge des infections bucco-dentaires à destination des dentistes et des généralistes ;
- la diffusion des recommandations sur les durées de prescription (les plus courtes possibles) ;
- une communication auprès des usagers.

Dans le secteur hospitalier, le rôle des référents en antibiothérapie est majeur pour le pilotage de la lutte contre l'antibiorésistance par la diffusion des bonnes pratiques et le conseil. Sous l'impulsion de l'ARS et de la collégiale des infectiologues d'Île-de-France, une astreinte d'infectiologie a été mise en place en 2016 en établissements de santé (numéro unique 01 46 61 15 00). Des infectiologues seniors participent à cette astreinte régionale dans le cadre de la permanence des soins. Elle prend le relais des référents la nuit, les weekends et les jours fériés pour aider principalement à la prise en charge d'antibiothérapie complexe ou de problèmes de BMR.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie a mené des actions d'accompagnement des MG libéraux et des professionnels en établissement de santé sur différents thèmes en rapport avec le bon usage des antibiotiques et l'antibiorésistance. De 2016 à 2019 il y a eu 16000 rencontres avec des MG et 137 avec des établissements.

AXE 4. Hospitalisation et transport

Action 4.1. Outil d'analyse de la pertinence des journées d'hospitalisation

L'analyse de la pertinence des journées d'hospitalisation en Ile de France, pilotée par l'Agence régionale de santé (ARS), a été conduite en 2019 et 2020, sous forme d'accompagnement par le Cerclh de 12 équipes hospitalières.

Une première vague a concerné 5 services de médecine Interne ou médecine infectieuse de l'AP-HP (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris).

→ Démarrage en janvier 2019

La seconde vague, impliquant 4 établissements supplémentaires, a concerné 7 services de médecine : médecine Interne, rhumatologie/oncologie, médecine gériatrique, diabétologie.

→ Démarrage en avril 2019.

L'étude réalisée dans les 12 services de médecine indique que 32% des journées évaluées concernent des patients dont l'état est stable pour la sortie ou le transfert.

Ces résultats sont similaires aux résultats obtenus dans d'autres audits Pertinence, réalisés en France selon la même méthodologie, notamment en région Grand-Est en 2018.

Les journées où le patient est déclaré stable pour la sortie sont ensuite analysées selon trois grandes catégories : Directives médicales, Hôpital, Externe/Aval.

Sur les journées où les patients sont stables :
54% ciblent des raisons liées à l'aval
30% concernent les directives médicales
16% l'organisation interne de l'établissement

29% des motifs d'hospitalisation pour directives médicales concernent les investigations / évaluations (prescription d'exams ou de bilans complémentaires).

On remarque que les demandes d'imagerie médicale et les journées d'observation se retrouvent pour l'ensemble des services.

66% des motifs d'hospitalisation liés à l'organisation de l'hôpital concernent les services/délais (délai d'attente de la réalisation de l'examen prescrit ou attente des résultats de bilan).

37% des motifs d'hospitalisation liés à l'externe/aval concernent l'attente de place en SSR (Soins de suite et de réadaptation). Les problèmes sociaux sont également pointés.

Suite au diagnostic, des pistes d'amélioration ont été mises en exergue par chaque service et un plan d'action a été formalisé pour chacun.

Malgré les particularités présentées par chaque service, un certain nombre d'actions sont communes et peuvent être regroupées en trois chapitres :

- Organisation interne au service → Gestion des séjours

- Organisation interne à l'établissement → Liens avec les plateaux techniques
- Liens avec l'Externe/Aval

L'audit diagnostique initial d'une part et l'accompagnement réalisé en parallèle d'autre part ont conduit à la définition d'un plan d'actions dans chaque établissement.

Les pratiques présentées ci-après sont issues des actions choisies par les services candidats autour de la gestion des séjours et travaillées en priorité.

Il ne s'agit pas de recommandations de pratiques professionnelles ; l'objectif recherché est de restituer des retours d'expérience comme sources d'inspiration et comme pistes de mise en œuvre par les établissements ou les services qui souhaiteraient engager une démarche autour de la gestion des séjours et des flux des patients.

Les pratiques mises en œuvre dans le cadre des travaux :

Le fonctionnement interne des services :

1. La pertinence au quotidien
2. Une formation à Via Trajectoire
3. La mise en place de la DPS (Date Prévisionnelle de Sortie)
4. Un travail sur la gestion des séjours

Les services et leurs interfaces :

1. L'organisation de réunions territoriales
2. La mise en place d'une cellule de gestion des séjours
3. Les liens vis-à-vis des plateaux techniques
4. La coopération avec le service social

Action 4.2 Hôpital de jour Médecine

L'action n'a pu être réalisée.

Action 4.3 Les ré hospitalisation des personnes de 80 ans et plus

Une étude épidémiologique des ré hospitalisations complètes à partir du service des urgences dans un délai de 90 jours de patients âgés de 80 ans et plus en services de médecine ou chirurgie a été conduite sur les données de 2016, avec un focus par domaines d'activité du séjour initial, pour des patients résidant et hospitalisés en Ile-de-France. L'objectif était d'une part de mettre en évidence des facteurs favorisant et des motifs de ré hospitalisation sur lesquels il serait possible d'agir grâce à la mise en œuvre d'actions ciblées de repérage et de prévention ; d'autre part de déceler des territoires prioritaires pour un soutien à l'amélioration de la coordination ville-hôpital.

Cette étude montre que les personnes âgées de 80 ans et plus ré hospitalisées sont mieux suivies en ville (consommation de soins ambulatoires post séjours initiaux) et présentent plus de pathologies que celles qui ne sont pas ré hospitalisées ; leur état de santé initial est plus sévère. L'insuffisance cardiaque semble être la principale cause de ré hospitalisation avec entrée par les urgences dans les 90 jours

après sortie au domicile. Les patients résidant dans les départements de Seine et Marne (77), Essonne (91) et Val d'Oise (95) et hospitalisés pour des séjours médicaux lors de leur séjour initial ont plus fréquemment été ré hospitalisés comparativement aux patients résidant dans les autres départements d'Ile-de-France. D'une manière générale, les personnes âgées de 80 ans et plus sont moins souvent hospitalisées en Ile-de-France par rapport à la France entière. Les ré hospitalisations concernent un quart de l'ensemble des patients hospitalisés 1 fois en MCO en 2016, 43 % de l'ensemble des patients âgés de 80 ans et plus, 30 % des patients âgés de 80 ans et plus sortis au domicile.

Suite à cette étude la réflexion se porte sur l'amélioration du parcours de personnes âgées de 80 ans et plus, à partir de parcours particuliers, pour mettre en évidence et analyser des étapes qui ne donnent pas satisfaction aux patients et à leurs aidants, comme par exemple le recours aux urgences, afin de mettre en place de nouvelles organisations.

Perspective : Il faut noter que l'action « généraliser le parcours des PA pour éviter les urgences » 2022 entre en partie dans ce cadre.

Action 4.4 Prescriptions des transports sanitaires

Dans le cadre du CAQES (contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins) en 2019, 46% soit 22 des 48 établissements signataires d'un volet transports ont atteint leur objectif portant sur la mise en œuvre d'un plan d'actions et la maîtrise des prescriptions dans la limite du taux d'évolution des dépenses issues des prescriptions des transports mentionnés à l'arrêté annuel pris en application de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale.

Sur le volet transports, la stratégie régionale vise à intéresser les établissements ayant atteint leurs objectifs à hauteur de 15% des économies constatées (le contrat ouvrant droit à une rémunération comprise entre 1% et 30%) avec un plancher à 3000 euros et un plafond à 150000 euros.

L'Assurance Maladie a mené des campagnes d'accompagnement sur le bon usage des différents modes de transport (de 2016 à 2019, 2277 en ville et 1242 en établissement).

Acronymes

AM : Assurance Maladie

AMA : Assistante Médico-Administrative

ARS : Agence Régionale de Santé

CAQES : Contrat pour l'Amélioration de la Qualité et de l'Efficienc e des Soins

CECICS : Cellule d'Expertise et de Coordination de l'Insuffisance Cardiaque Sévère

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

DLU : Date Limite d'Utilisation

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées et Dépendantes

ES : Etablissement de Santé

ETP : Education Thérapeutique Patient

FIR : Fonds d'Investissement Régional

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IC : Insuffisance Cardiaque

ICC : Insuffisant Cardiaque Chronique

IDEC : Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IPA : Infirmières en Pratiques Avancées

IRAPS : Instance Représentative pour l'Amélioration de la Pertinence des Soins

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MOOC : Massive Open Online Course

MG : Médecin Généraliste

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

OMEDIT : Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique

ORCA : Observatoire Régional de la Chirurgie Ambulatoire

PAPRAPS : Plan d'Actions Pluriannuel Régional pour l'Amélioration de la Pertinence des Soins

PECM : Prise en Charge Médicamenteuse

PHEV : Prescription Hospitalière Exécutée en Ville

PRADO : Programme de Retour A Domicile

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RAC : Réhabilitation Améliorée après Chirurgie

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

STARAQS : Structure d'Appui Régionale à la Qualité et à la Sécurité des Soins

UPOG : Unité Péri-Opératoire Gériatrique