

RAPPORT

**Plan d'actions
pluriannuel régional
d'amélioration de la
pertinence des soins
PAPRAPS
2016 – 2019**

Décembre 2018

Sommaire

SYNTHESE	3
D'ABORD NE PAS NUIRE	4
1- Le défi des transitions épidémiologique, démographique et numérique	4
2- Partager la décision	5
Balance bénéfiques/risques	5
Choisir avec soin	6
Valeur en santé	6
3- Pertinence du parcours de santé	6
4- Mise en œuvre des recommandations	8
Harmoniser les pratiques	8
33 actes nationaux prioritaires	8
Politique du médicament	9
5- Un cadre réglementaire	9
Selon le décret n° 2015-1510 du 19 novembre 2015	9
L'article 81 de la Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016	10
6- Pour en savoir plus	11
LEVIERS MOBILISES EN ILE-DE-FRANCE	13
1- Partenariats	13
2- Démarche d'amélioration de la pertinence	13
3- CAQES - Contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins	14
Contrats signés en 2018	14
Ciblage des établissements	15
4- MSAP - Mises sous accord préalable	15
Procédures en 2018	15
Ciblage des établissements	16
5- Diagnostic de la situation régionale	16
Recueil de données	16
Evolution des taux de recours pour les 33 actes ciblés par l'Assurance maladie	17
FICHES PROJETS	19
1- Patient acteur	19
« Garder l'équilibre » - Dispositif d'accès à la prévention des chutes graves	19
Café-santé : le patient acteur de sa sécurité médicamenteuse	20
2- Parcours entre ville et hôpital	21
Animations territoriales autour de l'insuffisance cardiaque	21
Soins non programmés	22
Nouveaux métiers de la coordination des parcours	23
Santé mentale	23
Chimiothérapie orale	24

3- Mise en œuvre des recommandations	25
Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC)	25
Chirurgie ambulatoire	26
Mise en place d'unités péri-opératoires gériatriques en orthopédie	28
Césariennes programmées à terme	29
Médicaments biosimilaires	30
Pertinence médicamenteuse en EHPAD	32
Pertinence de l'antibiothérapie	34
4- Hospitalisation et transport	35
Outil d'analyse de la pertinence des journées d'hospitalisation	35
Hôpital de jour en médecine	36
Réhospitalisations des personnes âgées de 80 ans et plus	36
Prescription des transports sanitaires : e-plateforme	37
ANNEXES	39
1- CAQES : modalités de mises en œuvre	39
Décret n° 2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins	39
Arrêté du 27 avril 2017 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils	39
Arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins	39
Instruction ministérielle N° DSS/A1/CNAMTS/2017/234 du 26 juillet 2017 relative à la mise en œuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins	40
L'article 57 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018	41
2- Liste des sigles	42

Synthèse

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).

La mise à jour du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) 2016-2019 permet d'intégrer d'une part des fiches décrivant des projets en cours, d'autre part les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) mis en place en 2018.

La pertinence désigne des soins appropriés et nécessaires, au bon endroit et au bon moment ; elle ne concerne plus seulement une intervention isolée mais la coordination des multiples acteurs qui interviennent autour du parcours de santé, à commencer par le patient et son entourage, impliquant les dispositifs sanitaires et sociaux ; elle recouvre plusieurs enjeux d'efficacité, de sécurité, avec le besoin de réflexion partagée concernant la balance bénéfiques/risques des actions, et de coût. C'est une des 4 priorités de la stratégie nationale de santé : « Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé », déclinée dans la stratégie de transformation du système de santé dont l'un des 5 chantiers est « Inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques », le plan de gestion du risque et d'efficacité du système de santé et le projet régional de santé 2018-2022 de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS).

Le département d'appui à la transformation des organisations en santé (DATOS) 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 objectifs et 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.

Les thématiques qui font l'objet de CAQES sont l'insuffisance cardiaque chronique, la chirurgie bariatrique et à venir la césarienne programmée à terme.

Les autres thématiques portées par des projets en cours 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 réhospitalisations ; 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 ; sont envisagées l'imagerie avec la diffusion de la prescription électronique ainsi que la bronchopneumopathie obstructive.

D'abord ne pas nuire

Si la pertinence est au cœur de la préoccupation des offreurs de soins depuis l'époque d'Hippocrate, sa mise en œuvre se complexifie face au virage ambulatoire de notre système de santé. Les enjeux qu'elle recouvre, efficacité, sécurité et équité des dépenses, sont une exigence de chacun d'entre nous comme des tutelles qui nous gouvernent.

Trois piliers sous-tendent les projets menés en Ile-de-France : partager la décision avec le patient en explicitant la balance bénéfices/risques des interventions en santé ; réfléchir à la coordination des étapes du parcours de santé au-delà des statuts des acteurs impliqués ; se fonder sur les connaissances scientifiques validées. Le cadre réglementaire guide l'organisation de l'Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) et la rédaction du Plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS).

Le choix des thématiques découle des priorités nationales et des 8 priorités régionales : périnatalité et santé du jeune enfant ; santé des adolescents et des jeunes adultes ; santé et autonomie des personnes handicapées ; santé et autonomie des personnes âgées ; santé mentale ; maladies neuro-dégénératives et neurologiques ; cancers ; maladies chroniques cardio-métaboliques.

1- Le défi des transitions épidémiologique, démographique et numérique

L'amélioration des connaissances scientifiques a conduit à l'augmentation du nombre de personnes porteuses de pathologie chronique nécessitant des recours réitérés au système de santé, au vieillissement de la population portant en corollaire le risque de perte d'autonomie, ainsi qu'à une révolution numérique entraînant de nouvelles organisations et de nouveaux métiers.

La complexité qui en résulte à toutes les étapes du parcours des patients que sont évaluation, orientation, coordination du suivi, anticipation des aggravations aiguës, prévention ou renforcement des compétences psycho-sociales, accentue le besoin inhérent à l'exercice de la médecine de pertinence des soins, c'est-à-dire la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient¹. En anglais *appropriateness*, la pertinence désigne des soins nécessaires et appropriés, évitant l'excès et l'insuffisance.

C'est pourquoi la pertinence est l'une des 4 priorités de la stratégie nationale de santé² : « Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé ». Cette volonté est déclinée dans plusieurs plans nationaux et régionaux :

- Stratégie de transformation du système de santé³ dont l'un des 5 chantiers est « Inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques ».
- Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de santé⁴
- Plan quinquennal d'appui à la transformation du système de santé de la période 2018-2022 décliné dans le Kit de déploiement régional du plan ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie).
- Projet régional de santé⁵ 2018-2022 (PRS2) dont l'axe 2 est « Une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente et efficiente » avec notamment l'objectif « Améliorer la

¹ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2798336/fr/colloque-has-la-pertinence-du-concept-a-l-action-paris-14-novembre-2017

² <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

³ <https://cap-collectif.com/2018/04/12/lancement-plateforme-strategie-transformation-systeme-sante/>

⁴ <file:///D:/Utilisateurs/mmartinowsky/Downloads/PLAN-NATIONAL-DE-GESTION-DU-RISQUE-ET-DEFFICIENCE.pdf>

⁵ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-2018-2022>

qualité des prises en charge en renforçant leur pertinence et leur sécurité - Mobiliser les professionnels de santé et les usagers pour faire progresser la qualité des prises en charge avec des soins plus pertinents et plus sûrs. »

La pertinence recouvre plusieurs enjeux en médecine :

- **EFFICACITE.** Mettre en œuvre les dernières données validées de la science. Le scorbut était déjà décrit 1600 ans avant Jésus-Christ ; les indiens ont communiqué une recette pour l'éviter à Jacques Cartier en 1536 ; l'efficacité du jus de citron a été décrite par François Martin de Vitré en 1604 et confirmée par James Lind en 1747 avec une étude randomisée cas/témoins ; le citron a été intégré aux rations sur les navires de la Royal Navy en 1795...
- **SECURITE.** Défaut (*underuse*), excès (*overuse*) et intervention inappropriée (*misuse*) présentent des risques en santé. Optimiser la sécurité nécessite de peser les risques et les bénéfices attendus des actions préventives, diagnostiques ou thérapeutiques.
- **COUT.** Les moyens disponibles sont limités, ce qui implique de veiller à l'efficacité et à l'équité de notre système de santé, en luttant contre le gaspillage.

Comme le souligne le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans son rapport de 2018⁶, ces défis nécessitent la mise en œuvre d'une démarche qui, prenant pour point de départ les services attendus par la population, donne aux usagers, aux patients tout autant qu'aux professionnels de santé la capacité d'être des acteurs du changement au travers d'un projet de santé de territoire.

2- Partager la décision

Balance bénéfiques/risques

Toute intervention de santé (activité visant à préserver ou améliorer la santé d'une population, promotion de la santé, prévention, action diagnostique, action thérapeutique, etc⁷) entraîne des bénéfices et des risques potentiels. Les aides à la décision⁸ sont des outils qui soutiennent les patients et les professionnels de santé dans leur prise de décision partagée concernant une question de santé individuelle. Elles ont pour objectif de faciliter un temps d'échange et de délibération où patient et professionnels de santé discutent les différentes options disponibles au regard des attentes et préférences du patient, du contexte clinique et des connaissances scientifiques.

Les décisions peuvent concerner différentes situations :

- la prévention, par exemple participer ou non à un dépistage organisé ;
- la surveillance, par exemple surveiller sa maladie par auto-mesure ou lors de consultations ;
- les traitements, par exemple choisir entre un traitement médical et un traitement chirurgical.

Cette réflexion partagée sur la balance bénéfiques/risques doit être tracée dans le dossier médical du patient.

Le terme de **patient** est pris dans un sens large. Il associe tous les usagers en interaction avec le système de santé, y compris à une étape de promotion de la santé ou de prévention primaire, ainsi que leurs aidants.

⁶ <http://www.strategie.gouv.fr/publications/contribution-transformation-systeme-de-sante>

⁷ L'évaluation économique à la Haute Autorité de santé. Principes et méthodes. 2010.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1003762/evaluation-economique-a-la-has-principes-et-methodes

⁸ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2838959/fr/elements-pour-elaborer-une-aide-a-la-prise-de-decision-partagee-entre-patient-et-professionnel-de-sante

Choisir avec soin

Lancée en 2012 aux Etats-Unis, la campagne « *Choosing Wisely* » vise à informer les patients et les médecins afin qu'ils puissent dialoguer en toute connaissance de cause sur la pertinence de tels ou tels traitements ou examens. Grâce à des sites Internet et à des applications pour smartphones dédiés, il s'agit de permettre aux patients et aux soignants de disposer d'une information fiable et validée, indépendante des laboratoires pharmaceutiques ou des fabricants de dispositifs ou de matériels médicaux. La version francophone « Choisir avec soin⁹ » a été mise en ligne par des sociétés savantes et des associations canadiennes ; 250 recommandations de bonne pratique, élaborées par des sociétés savantes d'après les dernières données de la littérature scientifique, sont classées par spécialité médicale.

Valeur en santé

La prise en compte des attentes et préférences du patient a conduit à définir la valeur en santé comme le résultat des soins qui importe au patient rapporté aux ressources nécessaires à la production de ces soins. L'évaluation par le patient de l'atteinte d'objectifs partagés (par exemple objectif thérapeutique fonctionnel en kinésithérapie) est essentielle pour obtenir son adhésion et permet d'adapter au mieux une prise en charge, notamment en cas de multiples pathologies chroniques.

Evaluer l'expérience des patients (*Patient-Reported Experience Measures* ou PREMs) et les résultats de santé perçus (*Patient-Reported Outcome Measures* ou PROMs) sont des approches complémentaires pour impliquer les patients comme partenaires de l'amélioration de notre système de santé. En effet les patients et leurs aidants sont la meilleure source d'information sur la réalité de leur parcours de santé.

L'Assurance maladie promeut dans son rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance maladie pour 2019¹⁰ » le calcul d'indicateurs de résultats rapportés par le patient comme une évolution indispensable aux approches de valeur en santé (proposition 13).

3- Pertinence du parcours de santé

La pertinence ne concerne plus seulement une intervention isolée mais la coordination des multiples acteurs qui interviennent autour du parcours de santé, à commencer par le patient et son entourage, impliquant les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Eviter la redondance ou l'oubli d'une intervention en santé, agir au bon moment en mettant en œuvre la gradation des soins, articuler les interventions de santé, nécessitent de repenser notre organisation et de faire évoluer les métiers, avec notamment l'apparition du besoin de coordonnateurs de parcours¹¹, en prenant appui sur des outils numériques partagés entre les acteurs de la ville et de l'hôpital, du sanitaire et du social.

Le PRS2 prévoit d'ailleurs l'émergence de 25 territoires de coordination en Ile-de-France. Les projets « e-parcours » sont construits par les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire autour du parcours du patient ; une plateforme numérique régionale permet le partage et l'échange d'informations et met à disposition des services à valeur ajoutée comme un répertoire

⁹ <https://www.choisiravecsoin.org/>

¹⁰ <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2018-et-2019/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2019.php>

¹¹ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2839995/fr/pratiques-de-cooperation-et-de-coordination-du-parcours-de-la-personne-en-situation-de-handicap

des ressources ou un logiciel d'orientation¹² ; en parallèle, la convergence des dispositifs d'appui facilite la prise en charge des situations complexes. Ils constituent des terrains favorables pour des expérimentations de démarches d'amélioration de la pertinence.

Le suivi des hospitalisations potentiellement évitables et des réhospitalisations¹³ sera un des moyens d'évaluation de l'amélioration de cette coordination¹⁴.

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018¹⁵ prévoit la possibilité d'expérimenter de nouveaux modes d'organisation de soins¹⁶ en dérogeant au cadre actuel de financement. Seront notamment éligibles les expérimentations portant sur la coordination du parcours de santé, la pertinence et la qualité des prises en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale, la structuration des soins ambulatoires et l'accès aux soins.

La stratégie de transformation du système de santé 2018-2022 préconise :

- Chantier 3 - Accélérer le virage numérique : dématérialisation de l'intégralité des prescriptions
- Chantier 5 - Repenser l'organisation territoriale des soins : expérimentations territoriales proposant des modèles totalement nouveaux transcendant les clivages actuels ville/hôpital/médico-social

Dans son rapport sur les charges et produits pour 2019¹⁷, l'Assurance maladie promeut le développement d'outils tels que la messagerie de santé sécurisée, le dossier médical partagé, la e-prescription ou la télémédecine, qui doivent constituer une base en faveur de plus de simplification, de coordination, de pertinence et de sécurité dans les soins prodigués. Si le déploiement de la e-santé suscite de multiples questions d'ordre technique, au premier rang desquelles l'interopérabilité des systèmes d'information, il implique également des changements organisationnels et d'usages pour une intégration à la pratique quotidienne des professionnels de santé. La convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie¹⁸ met en œuvre des incitations financières afin d'investir « dans l'équipement du cabinet pour faciliter le suivi des patients, les échanges avec les autres professionnels et structures intervenant dans la prise en charge des patients » et « développer les démarches d'appui au patient dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs ».

L'accès immédiat au courrier de liaison transforme une sortie d'hospitalisation. Une prescription électronique structurée est partagée sans retranscription et facilite l'analyse de la pertinence des soins, traitements, transports ou examens envisagés ; il devient possible par exemple de vérifier la pertinence d'une imagerie (intérêt et choix de la technique en fonction de l'objectif clinique) avant la prise de rendez-vous. La télésurveillance décèle une modification de la situation clinique avant l'apparition de complications. Tous ces nouveaux usages de technologies numériques peuvent faire l'objet de démarches d'amélioration de la pertinence du parcours de santé.

¹² <https://viatrajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/>

¹³ <https://www.atih.sante.fr/actualites/nouveaux-indicateurs-de-coordination-des-soins>

¹⁴ <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/les-indicateurs/article/re-hospitalisation-coordination>

¹⁵ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2017/12/30/CPAX1725580L/jo/texte>

¹⁶ <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-10918/article-51>

¹⁷ <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2018-et-2019/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2019.php>

¹⁸ https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=393C4395704492BC3F3E8A4E95871E29.tplqtr22s_1?cidTexte=JORFTEXT000037324513&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000037324130

4- Mise en œuvre des recommandations

Harmoniser les pratiques

La variation des pratiques (géographie de la santé) interroge sur leur pertinence, au-delà de l'adaptation nécessaire d'une décision médicale aux situations cliniques et aux valeurs du patient.

Le choix des thématiques se fait en fonction de l'utilité d'un changement, liée à :

- **G** pour gravité, c'est-à-dire le risque potentiel pour le patient d'interventions en santé non pertinentes (par exemple des radiations ionisantes inutiles)
- **D** pour différences des pratiques, c'est-à-dire le potentiel d'amélioration de la pertinence
- **F** pour fréquence de l'intervention (acte, journée d'hospitalisation, etc) ou une dynamique d'augmentation rapide, c'est-à-dire le rendement des actions par rapport aux moyens investis

La faisabilité d'une démarche d'amélioration de la pertinence dépend de l'existence de recommandations ou référentiels de pratique et d'outils de mise en œuvre ainsi que de la motivation des équipes et de leur management. Voir la proposition 3 de la Haute Autorité de santé (HAS) dans son rapport d'analyse prospective 2018¹⁹ : développer l'implémentation des bonnes pratiques.

33 actes nationaux prioritaires

Ces thématiques ont été définies en 2011 en raison de :

- volume d'activité important
- activité en hausse sur les trois années précédentes
- variations géographiques des taux de recours qui ne sont pas expliquées ni par les besoins ni par les préférences des patients

Objectif d'optimisation des parcours de soins des patients pour : endoscopies digestives, cholécystectomies, affections des voies biliaires, interventions trans-urétrales, lithotritie extracorporelle, infections des reins et des voies urinaires, libérations du canal carpien, prothèses de genou, prothèses de hanche hors traumatismes récents, arthroscopies d'autres localisations, interventions sur le cristallin, amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, drains transtympaniques, affections de la bouche et des dents, endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, infections et inflammations respiratoires, bronchiolites, bronchopneumopathies chroniques obstructives surinfectées, appendicectomies, chirurgie du rachis, césariennes programmées à terme, thyroïdectomies, oesophagectomie, colectomie totale, hypertrophie bénigne de la prostate, hystérectomie, pancréatectomie, anévrysmes de l'aorte abdominale, pontages coronaire, valves aortique, varices, ligamentoplasties du genou, chirurgie bariatrique.

L'Assurance maladie au niveau national développe régulièrement des outils et des démarches sur des thèmes choisis du fait de leur fréquence et de la disponibilité de référentiels validés. Les thèmes actuels sont : appendicectomie, chirurgie du canal carpien, cholécystectomie, thyroïdectomie, chirurgie bariatrique, examens préopératoires, amygdalectomie, pose d'aérateurs transtympaniques. Les actions menées en collaboration avec les agences régionales de santé sont de plusieurs natures : accompagnement des établissements, des professionnels et des assurés ; mise sous accord préalable de certains établissements ciblés (MSAP) ou contractualisation dans le cadre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES).

¹⁹ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2862554/fr/de-nouveaux-choix-pour-soigner-mieux-la-has-publie-son-rapport-d-analyse-prospective-du-systeme-de-sante

Politique du médicament

Notre système de santé doit trouver des gains d'efficacité pour redéployer les ressources et donner accès aux progrès. La politique du médicament s'attache à concilier sécurité sanitaire, exigences du développement industriel et de l'innovation avec la maîtrise des dépenses de santé. Le développement des connaissances et les innovations (par exemple les thérapies ciblées) se succèdent à un rythme soutenu avec des coûts de traitement considérables : jusqu'à plus de 50 000 € par an et par patient pour certains produits innovants²⁰. Tous les patients doivent pouvoir en bénéficier dans les meilleurs délais chaque fois que leur état de santé le justifie.

L'amélioration de la pertinence des produits de santé passe par le recours aux médicaments génériques et biosimilaires, la réduction des risques évitables en limitant la polymédication ainsi que la meilleure coordination des acteurs.

Il s'agit également de valoriser et promouvoir les approches non médicamenteuses globales, notamment chez les personnes âgées, prenant en compte toutes les composantes médico-psycho-socio-environnementales ; des interventions multi-domaines ont des effets positifs pour la prise en charge des troubles cognitifs. Par exemple le réseau Morphée, financé par l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS), encourage notamment la diminution des psychotropes dans les troubles du sommeil par des formations cognitivo-comportementales.

5- Un cadre réglementaire

Selon le décret n° 2015-1510 du 19 novembre 2015

relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé²¹, au sein de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, après l'article R. 162-43-5, il est inséré une nouvelle sous-section ainsi rédigée : « Sous-section 5 - Promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions

« **Art. R. 162-44.-I.-Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins** mentionné aux articles L. 162-1-17 et L. 162-30-4 précise :

« 1° Le diagnostic de la situation régionale, réalisé sur un champ thématique délimité par la commission régionale de gestion du risque mentionnée à l'article R. 1434-12 du code de la santé publique avec le concours de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins mentionnée à l'article R. 162-44-1 ;

« 2° Les domaines d'action prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé, en définissant les actes, prestations et prescriptions retenus qui portent, le cas échéant, sur la structuration des parcours de santé et l'articulation des prises en charge en ville et en établissement de santé, avec ou sans hébergement ;

« 3° Les actions communes aux domaines mentionnés au 2° et la déclinaison, pour chacun d'eux, des actions qui seront menées en précisant le calendrier et les moyens mobilisés pour leur mise en œuvre ;

« 4° Lorsque les actions mentionnées au 3° impliquent un ciblage des établissements de santé, les critères permettant d'identifier :

« a) Les établissements faisant l'objet du contrat d'amélioration de la pertinence des soins mentionné à l'article R. 162-44-2, notamment ceux dont les contrats comportent des objectifs quantitatifs ;

²⁰ Rapport d'activité 2015 du Comité économique des produits de santé

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/rapports-d-activite-du-ceps>

²¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/11/19/AFSH1518673D/jo/texte>

« b) Les établissements faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable prévue par l'article R. 162-44-3 ;

« 5° Les modalités de suivi et d'évaluation de chacune des actions mentionnées au 3°.

« II.-La préparation, le suivi et l'évaluation du plan d'actions et ses révisions sont effectués par la commission régionale de gestion du risque mentionnée à l'article R. 1434-12 du code de la santé publique, après consultation de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS).

L'article 81 de la Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016²²

crée les CAQES, entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2018, afin de fusionner en un support unique l'ensemble des dispositifs contractuels d'amélioration de la qualité des soins et de régulation des dépenses entre les établissements de santé, les agences régionales de santé et l'Assurance maladie²³ : « **Art. L. 162-30-2.-Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) est conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de chaque établissement de santé relevant de leur ressort géographique.** Il a pour objet d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie.

« Ce contrat comporte :

« 1° Un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations ;

« 2° Le cas échéant, un ou plusieurs volets additionnels conclus avec les établissements identifiés en application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ou ne respectant pas, pour certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, un ou plusieurs référentiels de qualité, de sécurité des soins ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3.

« Le contrat est conclu pour une durée indéterminée. Par dérogation, les volets additionnels peuvent être conclus pour une durée maximale de cinq ans. Il prévoit notamment, conformément à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les obligations respectives des parties, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluation. En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé peut arrêter un contrat type régional.

« **Art. L. 162-30-3.-L'Etat arrête, sur la base de l'analyse nationale ou régionale des dépenses d'assurance maladie ou des recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, des référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie, sur certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels de santé y exerçant.** Ils peuvent porter sur l'ensemble des prestations d'assurance maladie, dès lors qu'elles sont prescrites ou dispensées au sein d'un établissement de santé. Ils peuvent être nationaux ou régionaux.

« L'agence régionale de santé élabore un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, précisant notamment les critères retenus pour identifier les établissements de santé devant conclure un volet additionnel au contrat mentionné à l'article L. 162-30-2.

²² <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031663208&categorieLien=id>

²³ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/la-contractualisation-du-caqes-en-ile-de-france>

« Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les pratiques d'un établissement ou les prescriptions des professionnels de santé y exerçant ne sont pas conformes à un ou plusieurs des référentiels arrêtés par l'Etat ou en application du plan d'actions régional susmentionné, elle peut proposer à cet établissement de conclure un avenant au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné au même article L. 162-30-2.

« Les modalités d'élaboration du plan d'actions, les catégories d'actes, prestations ou prescriptions qui font l'objet de ces contrats ainsi que la nature des données prises en compte et les méthodes utilisées pour arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret.

Voir les modalités de mise en œuvre en annexe 1.

6- Pour en savoir plus

Haute Autorité de santé – Pertinence des soins

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2804181/fr/programme-national-pertinence

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2807060/fr/revue-de-pertinence-des-soins

Ministère des solidarités et de la santé – La pertinence des soins

<http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/pertinence-des-soins-10584/pertinence>

IRDES = Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Les outils d'amélioration de la pertinence de soins. Les enseignements de l'étranger.

Bibliographie thématique. Juin 2018

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-outils-d-amelioration-de-la-pertinence-des-soins.pdf>

Projet régional de santé 2018-2022 d'Ile-de-France

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-projet-regionale-de-sante-2018-2022>

Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance maladie pour 2019.

<https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2018-et-2019/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2019.php>

Contribution du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) à la Stratégie de transformation de notre système de santé : Avis du 24 mai 2018 et Rapport 2018.

<http://www.strategie.gouv.fr/publications/contribution-transformation-systeme-de-sante>

ATIHI = Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

Pertinence des soins – Activités ciblées

<https://www.atih.sante.fr/pertinence-des-soins-ciblage-dactivites-mco-2010>

Données hospitalières <http://www.scansante.fr/>

Indicateurs de coordination : taux d'hospitalisation potentiellement évitable (HPE) et taux de ré-hospitalisation dans un délai de 1 à 30 jours (RH30)

<http://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-coordination>

Programme national de chirurgie ambulatoire <http://www.scansante.fr/applications/pgm-chir-ambu>

Parcours de soins : flux entre établissements (ORFEE) <http://www.scansante.fr/applications/parcours-de-soins>

Agence régionale de santé du Grand-Est - Optimisation de la pertinence des soins

<https://www.grand-est.ars.sante.fr/optimisation-de-la-pertinence-des-soins-papraps-grand-est>

MECSS 2017. Améliorer la pertinence des soins : un enjeu majeur pour notre système de santé.

Rapport d'information de M. Jean-Marie VANLERENBERGHE, rapporteur général, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales (62 pages). <https://www.senat.fr/notice-rapport/2016/r16-668-notice.html>

OCDE 2017. Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé, synthèse (68 pages).

Organisation de coopération et de développement économiques. <https://www.oecd.org/fr/els/systemes->

[sante/Lutter-contre-le-gaspillage-dans-les-syst%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-Synth%C3%A8se.pdf](#)

Rapport complet en anglais *Tacking Wasteful Spending on Health*

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>

Bombard Y and al. *Engaging patients to improve quality of care: a systematic review*.
Implementation Science. 2018-13:98.

<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-018-0784-z>

Leviers mobilisés en Ile-de-France

La mise en œuvre d'un changement pour améliorer une étape du parcours de santé bénéficie de plusieurs leviers possibles autour d'une démarche commune engagée par les acteurs eux-mêmes, incluant les patients et leur entourage, avec le soutien de l'ARS.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 renforce les leviers réglementaires mobilisables pour l'amélioration de la pertinence en santé, dans son amendement n°1610 présenté par le gouvernement et adopté par l'assemblée nationale le 25 octobre 2018²⁴.

1- Partenariats

Deux **conventions entre l'ARS et les organismes d'assurance maladie de la région Ile-de-France**²⁵ formalisent en 2017 leurs relations pour la mise en œuvre du PRS2 et des conventions d'objectifs et de gestion signées entre l'Etat et l'Assurance maladie, ainsi que la déclinaison régionale du Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de santé et du Plan quinquennal d'appui à la transformation du système de santé de la période 2018-2022. Ces deux conventions sont pilotées et suivies dans le cadre de la commission prévue par le décret n° 2016-1025 du 26 juillet 2016 relatif à la coordination des actions des agences régionales de santé et des organismes d'assurance maladie²⁶.

Une **convention de partenariat entre l'ARS et l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)**, signée en janvier 2018, répond à l'ambition du PRS2 de favoriser les prises en charge pertinentes et performantes via la mise en place d'actions d'optimisation des organisations. Les axes de travail identifiés portent sur le développement des alternatives à l'hospitalisation complète, avec plusieurs leviers :

- la performance des prises en charge hospitalières ambulatoires,
- la pertinence des hospitalisations,
- la consolidation du lien ville-hôpital permettant d'éviter l'hospitalisation,
- le déploiement des outils e-parcours.

2- Démarche d'amélioration de la pertinence

Il est important de comprendre le problème et le système de soins avant de mettre en place des actions d'amélioration adaptées. Un groupe projet est mobilisé pour analyser les obstacles rencontrés dans le suivi des recommandations, rechercher les causes des écarts entre pratique observée et pratique souhaitée ainsi que les résistances possibles au changement.

La participation des différents professionnels impliqués dans le parcours du patient, au-delà des segmentations entre statuts ou lieux d'exercice, est indispensable pour améliorer l'organisation des soins. Le patient est associé afin de recueillir son point de vue sur la réalité de son parcours et ses attentes.

Le choix d'un objectif d'amélioration est un préalable indispensable à la démarche et nécessite l'observation de la pratique réelle, en référence aux recommandations professionnelles.

²⁴ <http://www.assemblee-nationale.fr/15/amendements/1297/AN/1610.asp>

²⁵ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/lagence-regionale-de-sante-et-les-organismes-dassurance-maladie-dile-de-france-renouvellent-leur>

²⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032938594&dateTexte=&categorieLien=id>

Comment passer de la connaissance à l'application concrète d'actions d'amélioration²⁷ ?

Un accompagnement méthodologique permet d'aller au-delà du constat de dysfonctionnement (cocher des cases en plus du travail clinique) pour donner du sens, c'est-à-dire contribuer à l'amélioration de la santé des patients et de la pertinence de leur parcours.

De nombreuses approches sont utilisées pour dégager une problématique à améliorer :

- observation du processus autour du patient, ou chemin clinique, avec des audits observationnels ou sur dossier de la pratique effective ;
- étude des événements indésirables ;
- suivi d'indicateurs.

La pratique souhaitée est définie à partir des connaissances scientifiques, regroupées en recommandations par exemple sur les sites de la HAS²⁸, www.cochrane.org, www.ebm.bmj.com, et de la réglementation.

Les méthodes de résolution de problème permettent d'analyser les causes des écarts entre pratique constatée et pratique souhaitée, puis de hiérarchiser des actions d'amélioration à mettre en œuvre, avec un calendrier et des moyens dédiés, autour d'un programme d'amélioration de la qualité²⁹ dont l'impact est suivi et analysé à son tour. Des formations communes sont utiles pour étayer une réflexion en équipe. L'évaluation permet de montrer le changement mis en œuvre et ses résultats.

Une action d'amélioration donne son sens à la démarche. Encore faut-il vérifier que sa mise en œuvre améliore effectivement la qualité des soins délivrés au patient.

Le rôle de l'IRAPS est d'une part de favoriser la mise en relation des acteurs concernés, d'autre part de porter des actions de communication et de partage d'expériences afin de diffuser les démarches et de valoriser leurs résultats.

3- CAQES - Contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins

Contrats signés en 2018

322 CAQES ont été signés en décembre 2017 avec un **volet socle** pour une durée indéterminée. L'analyse des rapports annuels d'auto-évaluation est effectuée par l'Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMÉDIT)³⁰.

L'objectif de sécurisation des prises en charge thérapeutiques tout au long du parcours du patient passe par l'amélioration de la coordination des soins et de la pertinence des prescriptions ainsi que par des pratiques pluri-disciplinaires. Les projets portent sur la promotion de la conciliation médicamenteuse (appel à projets), la diminution de l'antibiorésistance (voir la fiche projet), la promotion des génériques et des biosimilaires (voir la fiche projet) notamment lors des prescriptions hospitalières exécutées en ville.

Les **volets additionnels**, conclus pour une durée de 3 ans, concernent 48 établissements pour le transport et 18 établissements (dont 1 ayant les 2 thématiques) pour la pertinence :

²⁷ Un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé <https://www.usaidassist.org/resources/un-paradigme-moderne-pour-l%E2%80%99am%C3%A9lioration-de-la-qualit%C3%A9>

²⁸ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1101438/fr/tableau-des-recommandations-ou-travaux-relatifs-a-la-bonne-pratique

²⁹ Programmes d'amélioration des pratiques (PAP) Démarche générale d'élaboration. HAS 2008. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/pap- upp_23-06-08.pdf

³⁰ <http://www.omedit-idf.fr/contractualisation/cages/>

- **Insuffisance cardiaque chronique** pour 15 établissements (dont 4 sites de l'AP-HP) ; 28 animations territoriales seront organisées afin d'améliorer les liens entre ville et hôpital

Animation 1 : diagnostic partagé, faire se rencontrer les acteurs, faire émerger les difficultés de chacun et définition des actions à mettre en place, des groupes de travail

Animation 2 : bilan des actions mises en place et suivi des indicateurs

Objectifs : organisation/coordination des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social ; diminution des hospitalisations évitables et de la mortalité avec amélioration de la qualité de vie

- **Chirurgie bariatrique** pour 4 établissements avec un audit de pratique

Ciblage des établissements

Le choix des thématiques se fait en cohérence avec les stratégies nationales et régionales de transformation du système de santé. La démarche d'amélioration de la pertinence porte sur la réalisation d'une intervention ou sur le parcours de prise en charge en considérant le lien entre ville et hôpital. L'enjeu est important pour les patients en termes de morbi-mortalité et de qualité de vie. Des référentiels et outils sont disponibles et utilisables en pratique.

Plusieurs critères sont considérés pour la sélection des établissements :

- Un volume significatif d'actes ou de journées d'hospitalisation est observé ou la dynamique d'évolution est défavorable
- Le taux de recours est atypique par rapport aux données régionales ou nationales

Exemples d'objectifs :

- Réalisation d'au moins 1 évaluation des pratiques professionnelles (EPP) au cours de l'année avec transmission de la méthodologie à l'ARS et à l'Assurance maladie
- Proposition d'un plan d'actions (staff, EPP, communication auprès des patients, ...)

Les démarches d'accompagnement et d'appropriation de la culture d'amélioration de la pertinence par des partages d'expérience sont privilégiées, ainsi que des indicateurs qualitatifs plutôt que des cibles basées sur des moyennes (qui ne sont pas des normes).

4- MSAP - Mises sous accord préalable

Procédures en 2018

La MSAP des établissements de santé est définie par l'article L162-1-17³¹ du code de la sécurité sociale.

Les 3 thèmes sont :

- Chirurgie ambulatoire depuis 2008, avec 26 établissements de santé (ES) concernés en 2018 (45 en 2017). Le taux atteint 57.9% en 2017 (52.2% en 2014).
- Transfert en service de soins de suite et réadaptation (SSR) après un séjour pour 6 gestes de chirurgie orthopédique depuis 2010, avec 28 ES concernés en 2018 (18 en 2017).
- Pertinence pour 2 actes en Ile-de-France : chirurgie bariatrique depuis 2009 avec 4 ES concernés en 2018 (3 en 2017) et chirurgie du canal carpien depuis 2016 avec 2 ES concernés en 2018 (1 en 2017).

La MSAP a une durée de 6 mois maximum et durant cette période les professionnels des établissements retenus doivent demander un accord préalable au service médical de l'assurance maladie pour tous les actes, prescriptions ou prestations listées dans les courriers de l'ARS.

³¹<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000017744065&dateTexte=&categorieLien=cid>

Aucun résultat n'est disponible pour l'instant. En effet l'évaluation concerne l'année qui suit la mise en place, dont les données sont disponibles deux ans plus tard.

Ciblage des établissements

Selon la Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017, la mise sous accord préalable est justifiée par l'un des constats suivants :

- 1° Une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;
- 2° Une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;
- 3° Un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;
- 4° Une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la HAS.

La procédure commune ARS/Assurance maladie repose sur un ciblage des établissements selon :

- le volume d'actes, de prescriptions ou de prestations
- des taux de réalisation atypiques par rapport aux taux national ou régional
- les campagnes MSAP des années précédentes

Un premier courrier aux établissements ciblés est adressé par le directeur général de l'ARS. Après une procédure contradictoire d'un mois durant laquelle l'établissement peut apporter des éléments pour demander le retrait de la procédure, un deuxième courrier est adressé aux établissements finalement retenus.

5- Diagnostic de la situation régionale

Recueil de données

Différentes modalités de recueils de données et d'exploitation du PMSI³² sont mobilisées en Ile-de-France, avec la mise à disposition de profils de pratiques par thématiques, de registres, de tableaux de bord ou de requêtes spécifiques des bases de données de santé disponibles.

PERINAT-ARS-IDF³³ est un système d'information en périnatalité en Ile-de-France qui met à disposition de nombreux indicateurs. Des profils d'activité de césarienne selon les caractéristiques des mères et des nouveaux-nés sont diffusés aux équipes obstétricales chaque année.

Deux registres en cardiologie³⁴ sont renseignés depuis 2000 :

- e-MUST concerne les infarctus du myocarde pris en charge par les services d'aide médicale urgente (SAMU) et les équipes de services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) ;
- CARDIO-ARSIF concerne les coronarographies et les angioplasties coronaires.

Le suivi de ces données sert d'alerte pour initier une démarche d'amélioration de la pertinence, en cas de résultats atypiques par rapport à des moyennes régionales ou nationales.

³² PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et odontologie <https://www.scansante.fr/> par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

³³ <http://www.perinat-ars-idf.org/>

³⁴ <http://www.cardio-arsif.org/>

Evolution des taux de recours pour les 33 actes ciblés par l'Assurance maladie

Ce tableau montre que la sur-hospitalisation par rapport aux données en France entière reste stable entre 2014 et 2017 pour césarienne, bronchiolite, infection et inflammation respiratoire, endoscopie digestive et diagnostique, colectomie totale ; par contre la chirurgie bariatrique a diminué.

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

Gestes / Geo	Nb Séjours				Tx Stand. Pr 1000 hab.				Indice (vs France)				Indice (Ecart)			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
11 - Île-de-France																
01 - Césarienne	38 596	37 908	37 321	36 919	2.75	2.68	2.62	2.60	1,16	1,18	1,17	1,19	+14%	+13%	+17%	+19%
02 - Chirurgie du canal carpien	16 998	16 600	16 807	16 718	1.59	1.55	1.56	1.56	0,72	0,74	0,73	0,72	-23%	-24%	-27%	-23%
03 - Appendicectomie	13 120	13 310	12 531	12 632	1.06	1.07	1.00	1.01	0,89	0,91	0,90	0,92	-11%	-9%	-10%	-8%
04 - Cholécystectomie (total)	18 235	18 056	18 656	18 451	1.63	1.60	1.64	1.63	0,94	0,92	0,93	0,93	-6%	-8%	-7%	-7%
04 - Cholécystectomie - 07C13	4 943	4 692	4 919	4 701	0.46	0.44	0.45	0.44	0,93	0,93	1,01	1,00	-7%	-7%	+1%	-0%
04 - Cholécystectomie - 07C14	13 292	13 364	13 737	13 750	1.17	1.16	1.19	1.19	0,94	0,91	0,90	0,91	-6%	-9%	-10%	-9%
05 - Bronchiolite	10 520	11 732	10 556	11 750	0.79	0.87	0.78	0.87	1,15	1,13	1,15	1,12	+15%	+13%	+15%	+12%
06 - BPC surinfectée	9 903	10 960	11 819	11 377	1.05	1.16	1.24	1.19	0,92	0,93	0,95	0,92	-8%	-7%	-5%	-8%
07 - Amygdalectomie	10 247	9 557	9 709	9 870	0.79	0.73	0.74	0.75	0,78	0,81	0,77	0,81	-22%	-19%	-23%	-19%
08 - Pose de prothèse de genou	11 243	11 231	11 765	12 424	1.19	1.18	1.23	1.30	0,81	0,78	0,79	0,79	-19%	-22%	-21%	-21%
09 - Pose de prothèse de hanche ho	13 015	12 858	13 361	13 580	1.36	1.34	1.38	1.40	0,86	0,84	0,86	0,85	-14%	-16%	-14%	-15%
10 - Infection et inflammation respirat	7 789	8 157	8 814	8 846	0.83	0.87	0.93	0.93	1,30	1,26	1,29	1,27	+30%	+26%	+29%	+27%
11 - Pose de drains tympaniques	2 933	2 796	2 710	2 544	0.23	0.21	0.21	0.19	0,50	0,49	0,49	0,48	-50%	-51%	-51%	-52%
12 - Angioplasties coronaires	23 031	23 994	24 741	25 679	2.36	2.45	2.51	2.61	1,05	1,04	1,01	0,99	+5%	+4%	+1%	-1%
13 - Coloscopies	226 420	227 787	245 404	244 059	21.34	21.41	23.00	22.85	1,03	1,02	1,02	1,02	+3%	+2%	+2%	+2%
13 - Endoscopie digestive diagnosti	196 343	194 300	202 801	204 107	17.65	17.41	18.10	18.22	1,18	1,16	1,15	1,15	+18%	+16%	+15%	+15%
14 - Chirurgie de la cataracte	110 602	115 084	118 730	121 942	11.94	12.33	12.62	12.96	1,03	1,03	1,01	1,01	+3%	+3%	+1%	+1%
15 - Interventions transurétrales ou p	28 192	29 361	29 985	31 673	2.74	2.84	2.88	3.05	0,94	0,92	0,90	0,90	-6%	-8%	-10%	-10%
16 - Lithotritie extracorporelle de l'app	5 727	5 361	4 887	4 483	0.51	0.47	0.43	0.40	0,97	0,95	0,92	0,91	-3%	-5%	-8%	-9%
17 - Affection de la bouche et des de	38 908	38 471	39 254	38 960	3.12	3.07	3.12	3.09	0,66	0,65	0,65	0,64	-34%	-35%	-35%	-36%
18 - Arthroscopie autres localisations	2 079	2 242	2 503	2 663	0.18	0.20	0.22	0.23	0,72	0,72	0,70	0,69	-23%	-23%	-30%	-31%
19 - Affections des voies biliaires	10 748	11 309	12 086	12 220	1.06	1.11	1.17	1.19	0,99	1,01	1,01	1,02	-1%	+1%	+1%	+2%
20 - Infections des reins et des voies	15 777	15 603	15 981	16 238	1.55	1.54	1.58	1.61	1,06	1,02	1,01	1,00	+6%	+2%	+1%	+0%
21 - Chirurgies des varices	15 324	14 035	13 149	12 220	1.36	1.24	1.16	1.08	0,78	0,78	0,78	0,79	-22%	-22%	-22%	-21%
22 - Mise à plat d'anévrisme de l'aorte	381	429	400	375	0.04	0.04	0.04	0.04	0,87	0,98	1,00	0,96	-13%	-2%	-0%	-4%
23 - Colectomie totale	455	469	488	458	0.04	0.05	0.05	0.04	1,06	1,12	1,11	1,08	+6%	+12%	+11%	+8%
24 - Exérèse de prostate pour HBP	10 474	10 611	10 727	10 934	1.13	1.14	1.14	1.16	1,06	1,05	1,05	1,03	+6%	+5%	+5%	+3%
25 - Hystérectomie	9 468	9 103	9 165	9 011	0.85	0.82	0.81	0.80	0,86	0,86	0,86	0,85	-14%	-14%	-14%	-15%
26 - Ligamentoplasties du genou	7 846	7 993	8 309	8 474	0.60	0.61	0.63	0.64	0,76	0,75	0,77	0,78	-24%	-25%	-23%	-22%
27 - Œsophagectomie	180	178	179	183	0.02	0.02	0.02	0.02	0,82	0,83	0,86	0,85	-18%	-17%	-14%	-15%
28 - Pancréatectomies	682	700	648	673	0.07	0.07	0.06	0.07	1,06	1,07	0,97	0,98	+6%	+7%	-3%	-2%
29 - Pontages coronaires	2 882	2 773	2 744	2 779	0.30	0.29	0.28	0.29	0,98	0,97	0,95	0,97	-2%	-3%	-5%	-3%
30 - Thyroïdectomie	6 925	6 431	6 137	5 541	0.61	0.56	0.53	0.48	0,85	0,83	0,82	0,81	-15%	-17%	-18%	-19%
31 - Remplacement de la valve aortiq	1 279	1 128	1 077	1 041	0.14	0.12	0.11	0.11	0,82	0,75	0,75	0,72	-18%	-25%	-25%	-23%
32 - Chirurgie du rachis (total)	10 548	10 975	11 306	11 685	0.96	1.00	1.03	1.07	0,68	0,70	0,70	0,69	-32%	-30%	-30%	-31%
32 - Chirurgie du rachis - 08C27	7 076	7 200	7 452	7 437	0.64	0.65	0.66	0.67	0,65	0,66	0,67	0,64	-35%	-34%	-33%	-36%
32 - Chirurgie du rachis - 08C52	3 472	3 775	3 854	4 248	0.33	0.36	0.36	0.40	0,76	0,79	0,75	0,78	-24%	-21%	-25%	-22%
33 - Chirurgie bariatrique (total)	9 339	9 723	10 068	9 200	0.73	0.76	0.78	0.72	1,02	1,04	0,99	0,97	+2%	+4%	-1%	-3%
33 - Chirurgie bariatrique - 10C09	1 132	723	518	350	0.09	0.06	0.04	0.03	1,15	1,08	0,97	0,94	+15%	+8%	-3%	-6%
33 - Chirurgie bariatrique - 10C13	8 207	9 000	9 550	8 850	0.65	0.70	0.74	0.69	1,01	1,03	0,99	0,97	+1%	+3%	-1%	-3%

Fiches projets

De nombreuses démarches d'amélioration de la pertinence des parcours de santé sont mises en œuvre dans les territoires ; il est impossible de toutes les rapporter. Les fiches qui suivent décrivent des projets d'envergure régionale ; leur avancement varie entre étapes d'idéation, de conception, d'élaboration, de phase pilote, d'évaluation, de capitalisation, de partage d'expériences et de déploiement. D'autres thématiques pourront suivre, en cohérence avec les priorités de la stratégie nationale de santé et du PRS2, selon l'apparition d'atypies dans les pratiques, le souhait d'équipes professionnelles et d'usagers ou la parution de nouvelles recommandations. La HAS devrait notamment élaborer des indicateurs de qualité des parcours de soin pour 10 pathologies³⁵, dont la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'obésité, la maladie coronarienne stable, l'insuffisance rénale chronique, la maladie de Parkinson, le diabète et l'accident vasculaire cérébral.

1- Patient acteur

« Garder l'équilibre » - Dispositif d'accès à la prévention des chutes graves

1. Contexte

Dans la suite des démarches d'amélioration du dépistage et de la prévention des risques de chutes grave dans le cadre du programme Pare à chute³⁶, une réflexion est engagée pour construire un cheminement pédagogique électronique d'accès à la prévention des chutes graves en amont d'une hospitalisation, d'un placement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou d'une prise en charge par un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), à destination du grand public.

Cette démarche s'inscrit dans les priorités de santé publique affichées dans la stratégie nationale de santé et déclinées dans le PRS2 :

- Stratégie nationale de santé =

- Axe 1 = mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie
- Axe 4 = Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers

- Axe 4 du PRS2 = permettre à chaque francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé

La prévention des risques chez les personnes âgées : dénutrition, chutes, est un des domaines de collaboration spécifié dans la convention de partenariat signée entre l'ARS et l'Assurance maladie.

2. Objectifs et résultats attendus

Le dispositif à construire se veut d'une part évolutif en fonction des retours d'expérience des usagers, d'autre part pouvoir s'adresser à tous selon la gradation du risque de chute grave :

³⁵ Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/ma-sante-2022-les-10-mesures-phare-de-la-strategie-de-transformation-du-systeme>

³⁶ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/pare-chute-maitriser-le-risque-de-chute>

- Prévention primaire avec information sur les ressources du territoire (exemple les ateliers d'activité physique adapté), accès à une application mobile de mesure des escaliers parcourus et grille de dépistage du risque « grand-public ».
- Prévention secondaire à l'apparition de chutes répétées avec proposition de courrier pour le médecin traitant et accès à des consultations médicales pour la correction des facteurs de risque.
- Prévention tertiaire à la suite d'une hospitalisation pour chute avec recours à la plateforme Terr-eSanté³⁷.

Il ne s'agit pas de créer de nouvelles offres de services mais de proposer un accès unique facilité vers la palette des actions mises en œuvre par nos systèmes sanitaire et social, accessible depuis le site Santé.fr³⁸.

3. Calendrier de mise en œuvre

2018 : conception du projet

2019 : réalisation d'un prototype et expérimentation de sa diffusion dans 2 territoires e-parcours

2020 : déploiement en fonction des résultats de l'évaluation des expérimentations

4. Evaluation

Diffusion du dispositif, utilisation des outils, enquête d'impact auprès des utilisateurs et diminution des hospitalisations pour fracture après une chute

Café-santé : le patient acteur de sa sécurité médicamenteuse

1. Contexte

La communication est un élément clé dans la construction de la relation soignant-soigné. Le défaut de communication a un impact direct sur la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse par les patients. La littérature est abondante sur ce sujet, d'une part pour montrer que le défaut de communication est l'une des causes majeures d'événements indésirables associés aux soins, d'autre part pour souligner les difficultés des patients à comprendre les explications médicales. Ces difficultés de compréhension augmentent le taux de mortalité.

2. Objectifs et résultats attendus

Dans le cadre des axes 2 et 4 du PRS 2, l'ARS souhaite associer les usagers/ habitants comme partenaires de la qualité et de la sécurité médicamenteuse et contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. Ce programme de communication comprend plusieurs volets : pour l'ensemble des usagers et adapté par la suite aux populations socialement vulnérables.

Des « cafés-santé » autour de la thématique « mieux communiquer avec les professionnels de santé » seront proposés, dans l'idéal lors d'instances déjà existantes comme les ateliers santé/ville, en lien avec les équipes mobilisées pour les contrats locaux de santé. Un consultant animera la discussion et des brochures « Parler avec son pharmacien »³⁹ et « Oser parler avec son médecin »⁴⁰ élaborées par la HAS seront distribuées. Les invités de la table ronde pourront être représentants d'un organisme ayant travaillé sur le sujet (HAS, universitaires, Unions régionales de professionnels de santé, ordre des pharmaciens, etc.), des représentants d'associations de patients, des sociétés de formation de professionnels de santé et des

³⁷ <https://www.terr-esante.fr/>

³⁸ <https://sante.fr/>

³⁹ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1761963/fr/parler-avec-son-pharmacien

⁴⁰ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1695997/fr/osser-parler-avec-son-medecin

professionnels de santé investis dans la communication avec les patients (pharmaciens/médecins).

3. Calendrier de mise en œuvre : à préciser

4. Financement

Prestataire, brochures et affiches, aspects logistiques : 4 500 euros par café-santé.

5. Critères d'évaluation du projet et indicateurs de suivi

Evaluation de l'impact de l'action sur les usagers à l'aide d'un questionnaire court (5 questions max) administré à distance de la tenue du café-santé (par exemple 2 mois après).

2- Parcours entre ville et hôpital

Animations territoriales autour de l'insuffisance cardiaque

1. Contexte

Dans le cadre du CAQES Volet Pertinence, 15 contrats tripartites entre ARS, établissement de santé et Assurance maladie ont été signés en décembre 2017 sur le thème de l'amélioration du parcours du patient porteur d'insuffisance cardiaque chronique, avec l'engagement d'organiser deux animations territoriales en 3 ans.

- Animation 1 : diagnostic partagé et définition des actions à mettre en place
- Animation 2 : bilan des actions mises en place et suivi des indicateurs

2. Objectifs et résultats attendus

L'objectif est d'améliorer le parcours des patients porteurs d'insuffisance cardiaque chronique en renforçant le lien ville-hôpital par territoire, grâce à la diminution des passages dans les services d'urgences et d'hospitalisations évitables, et de ce fait la qualité de vie.

La méthode est de réunir les acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social du territoire pour :

- identifier les freins et les leviers et mettre en place des actions concrètes d'amélioration et
- mettre en place une coordination des acteurs pour structurer ce parcours.

Les résultats attendus sont :

- Diminution des réhospitalisations à 6 mois du retour à domicile après hospitalisation pour décompensation cardiaque
- Diminution du nombre de passages par les urgences en cas de réhospitalisation
- Augmentation du taux de séjours ambulatoires

3. Calendrier de mise en œuvre

Première animation mai 2018 ; 28 animations prévues jusqu'en 2021.

4. Financement

Coût total du projet : 30 000 euros.

5. Critères d'évaluation du projet et indicateurs de suivi

Description des établissements de santé (base du PMSI)

- Taux de réhospitalisations
- Taux de passage par les urgences en cas de réhospitalisation
- Taux de séjours ambulatoires pour insuffisance cardiaque

Description du comportement en ville (base du SNIIRAM⁴¹)

- Taux de consultations du médecin traitant à 14j du retour à domicile
- Taux de consultation du cardiologue à 60j du retour à domicile
- Taux de suivi infirmier
- Taux de réhospitalisations à 6 mois du retour à domicile

6. Bilan et perspectives

Elaboration de deux guides de capitalisation :

Un guide sur les actions mises en place pour améliorer la prise en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque

Un guide méthodologique sur l'impact des animations territoriales sur la coordination des acteurs sur les territoires

Profiter de cette dynamique de coalition d'acteurs pour inciter à la création d'une communauté professionnelle territoriale de santé⁴² (CPTS).

Soins non programmés

1. Contexte

Les demandes de prises en charges non programmées sont en développement croissant dans la plupart des pays développés. Cette croissance a longtemps été observée plus qu'anticipée, subie plus que maîtrisée. Il en résulte des prises en charge non pertinentes, une désorganisation des parcours pour les usagers et une pression très forte sur le système de santé et notamment les soignants. Un des enjeux du PRS2 est de construire une réponse multi modale de proximité, variable selon la typologie des patients, leurs comportements et la spécificité des pratiques, afin d'aboutir à une utilisation plus pertinente du système de soins non programmés.

Une étude récente menée par l'ARS montre que les utilisateurs multiples des services d'urgences en Ile de France (> 3 passages / an) représentent 12 % des usagers et sont à l'origine de près d'un tiers des passages (1 144 837 passages en 2017). Près de 35 000 patients sont passés plus de 6 fois dans l'année dans un service d'urgence (soit plus de 220 000 passages).

2. Objectifs et résultats attendus

Le projet a pour objectif la mise en place d'une détection de ces utilisateurs multiples et de dispositifs d'accompagnement spécifiques afin de réinsérer les patients dans des parcours de soins plus pertinents.

- Détection locale par les services et régionale par l'Assurance maladie
- Accompagnement pluri-professionnel avec utilisation d'une plateforme territoriale

Le résultat attendu est une diminution de 30 % de ces recours itératifs aux services d'urgence.

3. Calendrier de mise en œuvre : durée du PRS2

4. Financement : à définir

5. Evaluation

- Evolution annuelle du nombre de patient utilisateurs multiples des urgences
- Nombres d'utilisateurs multiples détectés / accompagnés

⁴¹ SNIIRAM : système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie

⁴² <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/constituer-une-cpts-en-ile-de-france-guide-pratique-0>

Nouveaux métiers de la coordination des parcours

1. Contexte

Le déploiement de solutions numériques dans les territoires de soins doit s'accompagner d'un changement dans l'organisation des parcours. En effet, la mise en place de la télémédecine et le déploiement de la plateforme régionale numérique ont des impacts dans les processus des hôpitaux.

Une analyse des nouvelles tâches induites est menée dans le cadre du projet e-parcours. Les secrétariats médicaux hospitaliers pourraient prendre en charge de nouvelles tâches comme l'inclusion des patients dans un dispositif numérique assorti de l'ouverture du compte du patient, du recueil des traits d'identité en correspondance avec la charte d'identité-vigilance régionale, etc.

2. Objectifs et résultats attendus

L'objectif du projet est de proposer à nos partenaires une boîte à outils pour restructurer leurs secrétariats médicaux, à partir de la capitalisation de travaux menés par l'AP-HP ainsi que des expérimentations dans le cadre d'e-parcours.

3. Calendrier de mise en œuvre

Le projet, démarré à l'été 2018, devra se terminer fin 2019.

4. Financement de l'expérimentation dans le cadre de la convention entre l'ARS et l'AP-HP

5. Evaluation

Diffusion de la boîte à outils.

6. Bilan et perspectives

Le déploiement des outils dans d'autres structures que l'AP-HP permettra de faire perdurer le projet.

Santé mentale

1. Contexte

Dans le cadre de l'appel à projets innovants de par leur financement ou leur modalité d'organisation, plusieurs projets concernent le suivi ambulatoire de patients présentant des pathologies psychiatriques, afin de renforcer le lien entre les équipes sanitaires et sociales, de ville et à l'hôpital. Les problématiques sont nombreuses : difficultés du suivi thérapeutique, difficultés d'insertion socio-affective, risques suicidaire ou d'addiction, mauvaise prise en compte des pathologies somatiques associées ; elles entraînent une diminution notable de l'espérance de vie de ces patients associée à une mauvaise qualité de vie.

Un meilleur suivi de ces patients vulnérables nécessite un coordonnateur de parcours dédié, la mise en place d'un suivi pluri-professionnel partagé au sein des territoires e-parcours pour un accès aux outils numériques avec notamment la télémédecine, le développement de l'utilisation du dossier médical partagé et de la messagerie sécurisée, l'accès à des thérapies psychosociales et à l'éducation thérapeutique ambulatoire.

La mise en œuvre des parcours de santé en santé mentale est un des domaines de collaboration spécifié dans la convention de partenariat signée entre l'ARS et l'Assurance maladie.

2. Objectifs et résultats attendus

Accompagner les porteurs de projets pour le cadrage (quoi pour qui), le choix de territoires d'expérimentation (où par qui), les modalités de financement (comment), de mise en œuvre (quand), d'évaluation (utilité) et de communication (apport de connaissances).

Eviter des hospitalisations en urgence en psychiatrie.

Eviter la désocialisation des patients porteurs de handicap psychique.

3. Calendrier de mise en œuvre

2018 = sélection par le comité technique régional pour l'innovation des projets à accompagner.

4. Financement : à définir selon les projets

5. Evaluation

Mesure des résultats ou de l'expérience rapportés par le patient, en fonction d'objectifs partagés et définis avant l'intervention considérée.

Indicateurs de mise en œuvre en fonction des projets.

6. Bilan et perspectives

Diffusion des expériences concluantes et partage d'expériences.

Chimiothérapie orale

1. Contexte

Le projet de renforcement des liens entre ville et hôpital pour améliorer le suivi des patients sous anticancéreux oraux, impulsé par l'ARS d'Ile de France, s'appuie sur les orientations du 3^e Plan Cancer qui vise à donner aux médecins généralistes les moyens d'orienter le patient dans des délais rapides vers les équipes spécialisées dès la suspicion de cancer. Le Plan cherche à appréhender les parcours de santé des personnes atteintes de cancer pour identifier les risques de pertes de chance à chaque étape et mieux comprendre les inégalités de la prise en charge des cancers dans toutes leurs composantes, tant géographiques que socioéconomiques.

2. Objectifs et résultats attendus

L'accompagnement s'est décliné en 5 phases sur plusieurs territoires. A dessein 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 :

Phase 1 - cadrage : sur chaque site, réalisation d'une réunion de cadrage avec présentation de l'organisation hospitalière existante pour le suivi des patients et choix des acteurs de santé et professionnels à impliquer à l'hôpital pour renforcer l'ouverture vers la ville.

Phase 2 - diagnostic partagé : entretiens qualitatifs auprès des principaux acteurs intervenant dans les prises en charge (professionnels hospitaliers, de ville, réseaux de santé), croisés avec une analyse documentaire pour identifier de bonnes pratiques et les mettre en perspective avec les organisations locales.

Phase 3 - élaboration du plan d'actions : réunions de travail avec des professionnels de ville et hospitaliers pour définir l'ensemble des actions à mettre en œuvre en vue de travailler à une organisation cible hôpital – ville et outils de liaison pour le suivi coordonné et partagé des patients.

Phase 4 - appui à la mise en œuvre : accompagnement des professionnels hospitaliers et de ville dans les volets de mise en place de l'organisation.

Phase 5 - capitalisation : élaboration d'un rapport de capitalisation afin de faire connaître les organisations proposées et faciliter leur ré-appropriation par d'autres équipes (hôpital et ville).

3. Calendrier de mise en œuvre

A partir de 2017 ; programme en cours.

4. Financement

250 000 euros pour les 4 territoires.

5. Evaluation

Indicateurs de processus afin de qualifier la réalité de la mise en œuvre des actions.
L'étude d'impact en santé nécessite des compétences qui seront mobilisées en externe.

6. Bilan et perspectives

- Déployer des protocoles organisationnels à l'échelle des territoires.
- Formaliser les bonnes pratiques organisationnelles en fonction de leur pertinence et de leur reproductivité.
- Engager un cycle d'évaluation d'impact intégrant la communauté scientifique.
- Intégrer la e-santé à la démarche.

3- Mise en œuvre des recommandations

Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC)

1. Contexte

La HAS définit la RAC comme « une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie ». Elle s'étend à l'ensemble des patients et des spécialités (chirurgie colorectale, digestive, urologie, cardio-vasculaire etc.). Elle lutte contre les facteurs qui retardent la récupération (douleurs, vomissements, stress etc.). Elle correspond à un chemin clinique organisé dans lequel le patient occupe le rôle principal.

Les expérimentations sont nombreuses en France (labellisation de centres de référence par le groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie GRACE⁴³, cliniques des groupes CAPIO et VEDICI etc.) et à l'international (programme déployé par le *National Health Service*⁴⁴ au Royaume-Uni etc.) et les résultats sont encourageants (réduction de la durée moyenne de séjour, meilleure dotation des ressources etc.).

2. Objectifs et résultats attendus

Depuis février 2017, 20 établissements « candidats » sont appuyés par 10 établissements « référents » pour la chirurgie programmée orthopédique (prothèses totales de hanche et de genou), colorectale, thoracique et gynécologique avec l'appui méthodologique d'un cabinet de conseil. L'objectif est de diffuser et s'assurer de l'appropriation par les professionnels de nouvelles pratiques validées par les sociétés savantes, grâce à l'animation de communautés de pratiques entre professionnels et la mise à disposition d'un guide de capitalisation.

3. Calendrier de mise en œuvre

L'accompagnement est prévu durant une période de 18 mois selon 3 phases :

Phase 1 = chaque établissement candidat réalise un autodiagnostic sur la base :

- d'un échantillon de dossiers patients saisis sur la plateforme du GRACE pour trois des quatre thématiques précitées,
- de l'identification de facteurs clés de succès et des freins au développement de la RAC au sein des organisations et des pratiques professionnelles en place.

Phase 2 = définir avec les référents de chaque établissement candidat un plan d'actions.

Phase 3 = mesurer la mise en œuvre de ce plan d'actions et partager l'effet de la mise en place des actions envisagées.

4. Financement

Coût total du projet : 165 000 d'euros (cabinet de conseil) du fond d'intervention régional (FIR).

⁴³ Groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie <https://www.grace-asso.fr/>

⁴⁴ <https://www.nhs.uk/pages/home.aspx>

5. Evaluation

La démarche est toujours en cours mais plusieurs indicateurs seront observés à l'issue du projet (durée moyenne de séjour par spécialité, réhospitalisations à 30 jours, etc.).

La saisie du nombre de dossiers dans la base du GRACE (garante d'une auto-évaluation des objectifs) est également régulièrement suivie.

Une évaluation du projet est prévue en juillet 2018 à l'issue du séminaire régional de restitution. Un rapport de partage d'expériences sera diffusé en septembre 2018 avec le bilan par spécialité, un rappel de la méthodologie, les freins et leviers identifiés.

6. Bilan et perspectives

Un nouvel appel à candidatures a été diffusé le 30 mai 2018 avec une réunion de lancement en octobre 2018.

D'autres projets relatifs à la RAC sont en cours ou à prévoir : projet de recherche sur l'évaluation de l'implantation de la RAC, mise en place d'une communauté de pratiques autour de la RAC composée de professionnels médicaux ou non et de patients, etc.

Chirurgie ambulatoire

1. Contexte

Le développement de la chirurgie ambulatoire est une priorité de l'ARS car c'est un levier majeur de structuration de l'offre de soins. C'est avant tout une question de qualité et de sécurité des prises en charge, sachant que les réorganisations qu'elle engendre contribuent à la maîtrise des dépenses de santé.

Au moment de la conception du programme d'action 2014/-017, cet objectif a été intégré au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'Etat et l'ARS ; par ailleurs c'était l'un des 10 programmes prioritaires de la gestion du risque mis en œuvre en partenariat avec l'Assurance maladie. Les objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020 renforcent et complètent les actions menées durant la période précédente.

L'ambition d'une chirurgie ambulatoire francilienne majoritaire a été atteinte dès 2015.

2. Objectifs et résultats attendus

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 efficiente 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

3. Date de début / date de fin / grands jalons (étapes du projet)

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

4. Financement

La conception et la mise en œuvre du programme ont bénéficié de l'implication de professionnels de santé volontaristes sans contre-partie 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 ambulatoire⁴⁵ et de la communauté des ambassadeurs de la chirurgie ambulatoire : 50 000 €/an, d'autre part lancer des appels à projet :

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

5. Evaluation

Taux de chirurgie ambulatoire par établissement de santé : voir le Bilan de la chirurgie ambulatoire - Plan d'actions 2014 – 2017⁴⁷. Le taux est passé de 47% à 58% entre 2011 et 2017 en Ile-de-France.

6. Bilan et perspectives

Le développement de l'ambulatoire paraît aujourd'hui limité par :

- le recrutement à partir des urgences qui n'est pas, par nature, adapté au flux hyper réglé que doit être l'ambulatoire ;
- des infrastructures peu adaptées et du capacitaire insuffisamment restructuré ; les structures sont très hôtelières alors qu'il faut privilégier le flux avec des espaces collectifs ; elles sont trop petites tandis que le capacitaire en hospitalisation complète est trop important ;
- la nécessité de préserver le chiffre d'affaire tiré des prestations hôtelières ;
- les difficultés liées à la préparation de la sortie et à la simplification des procédures ;
- et parfois le manque d'information relatif à ce mode de prise en charge.

De plus, les contraintes financières, organisationnelles, démographiques, épidémiologiques poussent vers d'autres évolutions :

- la stratégie proactive des établissements qui se réorganisent, en se spécialisant sur un mode de prise en charge ou sur un type de pathologie (ex chirurgie orthopédique prothétique), et qui risquent fortement de gagner des parts de marchés qu'ils étaient en train de perdre ces dernières années ;
- les établissements qui, en raison de problèmes de financement, d'investissement et de démographie médicale et paramédicale, sont démunis et doivent être accompagnés dans un mouvement similaire à celle des stratégies de groupe, au travers d'une approche territoriale de la chirurgie.

Les modalités d'actions pour les années à venir doivent intégrer une dimension élargie aux aspects liés à :

- La réhabilitation améliorée après chirurgie
- L'évolution des plateaux techniques
- La gradation de l'accès aux plateaux techniques
- Les organisations des circuits de chirurgie et plus exclusivement selon une approche ambulatoire
- La pertinence des actes et des parcours en chirurgie ambulatoire et en chirurgie plus généralement
- La place des hébergements temporaires non médicalisés (hôtel hospitalier)

⁴⁵ <http://www.orca-chirurgie-ambulatoire-ars-idf.fr/l-orca/presentation.html>

⁴⁶ Fond pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

⁴⁷ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/chirurgie-ambulatoire-en-ile-de-france>

Mise en place d'unités péri-opératoires gériatriques en orthopédie

1. Contexte

Les personnes de 75 ans et plus sont au nombre de 780 000 sur 12 millions d'habitants que compte l'Ile-de-France, soit 6,6 % de la population francilienne, dont près de la moitié vit seule⁴⁸. Selon les données du PMSI en Ile-de-France, en 2016 les séjours d'orthopédie traumatologie représentaient 36 522 séjours soit près de 22 % du total des interventions chez les personnes âgées de plus de 75 ans. Les séjours avec pose de prothèse de hanche pour traumatisme récent (08C47 niveau de sévérité 1, 2, 3, 4) ou intervention sur la hanche et le fémur pour traumatisme récent (08C49 niveau de sévérité 1, 2, 3, 4) s'élevaient au nombre de 9 046, soit un quart des séjours pour intervention en orthopédie traumatologie.

Depuis plusieurs années, des équipes ont mis en place un parcours de soins spécifiques avec un partenariat entre les urgentistes, les orthopédistes, les anesthésistes, les gériatres de MCO et de SSR, afin de réaliser une prise en charge pluridisciplinaire centrée autour de la personne âgée, selon différents modes d'organisation : intervention d'une équipe mobile de gériatrie à la demande, intervention des gériatres au sein du service d'orthopédie ou unité péri-opératoire gériatrique (UPOG) en gériatrie ou en orthopédie. Une étude randomisée publiée en 2015 dans le Lancet⁴⁹ montre l'intérêt de l'évaluation gériatrique standardisée sur le pronostic fonctionnel à 4 mois. De plus, l'étude conduite par le Pr Boddaert⁵⁰ et ses collègues durant 6 ans confirme les résultats intéressants de l'UPOG comparée à une prise en charge habituelle, sur des critères intra-hospitaliers (escarres, transfert en réanimation) et pour le pronostic à 6 mois.

2. Objectifs et résultats attendus

Les séjours pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur concernent 120 établissements en Ile-de-France. 35 établissements réalisent plus de 100 séjours dans cette prise en charge et totalisent 73 % des séjours dans cette activité. 10 établissements ont plus de 200 séjours, 12 entre 150 et 199, 13 entre 100 et 149. Cette activité se fait très majoritairement dans les établissements publics (72 %), pour 21% dans les établissements privés commerciaux et 6% dans les établissements privés à but non lucratif.

Devant la fréquence et la morbidité de cette pathologie identifiée par de nombreuses publications, l'ARS souhaite 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.

⁴⁸ Observatoire régional de santé. Repères sur la santé en Ile-de-France. 2015. <http://www.ors-idf.org/index.php/fr/publications/tableaux-de-bord-indicateurs-de-sante/chiffres-ile-de-france/310-reperes-sur-la-sante-en-ile-de-france>

⁴⁹ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)62409-0/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)62409-0/abstract)

⁵⁰ Boddaert J, Cohen-Bittan J, Khiami F, Le Manach Y, Raux M, Beinis J-Y, et al. (2014) Postoperative Admission to a Dedicated Geriatric Unit Decreases Mortality in Elderly Patients with Hip Fracture. PLoS ONE 9(1): e83795 <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0083795>

3. Calendrier de mise en œuvre

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 est 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).

4. Financement

Les UPOG « labellisées » par l'ARS bénéficient d'un financement forfaitaire à hauteur de 40 000 euros au moment de leur installation ; ce financement peut être employé pour réaliser de petits travaux d'aménagement, financer des formations et acheter du petit matériel si nécessaire.

5. Critères d'évaluation du projet et indicateurs de suivi

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 Géron'd'If (gérontopôle d'Ile-de-France). Cette base permet d'effectuer recherches clinique et translationnelle.

6. Bilan et perspectives

L'objectif est de déployer progressivement ce modèle d'organisation et d'en évaluer les bénéfices. La dynamique émergente autour des UPOG est également à mettre en lien avec des objectifs d'amélioration de la qualité en agissant par exemple sur le délai opératoire après fracture du col. Il s'agit de participer à une réflexion plus large sur le parcours ortho gériatrique en faisant le lien avec les différentes phases du parcours, sécurisation du retour à domicile avec le Programme d'accompagnement du retour à domicile PRADO⁵¹ orthopédie et bien entendu en développant le repérage du risque de chute et en développant les programmes de prévention du bien vieillir.

Césariennes programmées à terme

1. Contexte

Devant l'hétérogénéité des pratiques de césarienne programmée à terme, la HAS a diffusé en 2012 un programme d'optimisation de sa pertinence⁵². Ce programme associe une recommandation de bonne pratique, deux documents d'information destinés aux femmes enceintes et un guide d'analyse et amélioration des pratiques.

Le nombre de séjours pour césarienne a diminué de 4 % entre 2010 et 2014 ; le taux de recours national était de 18.7 pour 100 naissances en 2014 avec des variations entre 12.9 et 24.7 selon les départements ; le taux de césariennes programmées varie de 2 à 20 % des accouchements à terme, avec une moyenne de 7.5 %⁵³.

Un des facteurs de risque motivant une césarienne programmée est d'avoir un utérus cicatriciel ; le fait de diminuer des césariennes inutiles lors de la 1^{ère} grossesse a donc un effet vertueux en diminuant les motifs ultérieurs de césarienne programmée.

⁵¹ <https://www.ameli.fr/paris/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>

⁵² https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1726022/fr/cesarienne-programmee-a-terme-optimiser-la-pertinence-du-parcours-de-la-patiente

⁵³ <http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/002-atlas-des-variations-de-pratiques-medicales-recours-a-dix-interventions-chirurgicales.pdf>

2. Objectifs et résultats attendus

Réduire les écarts de pratique de césarienne programmée à terme en Ile-de-France.

Réaliser les césariennes programmées à terme après 39 semaines d'aménorrhées pour les grossesses mono-fœtales.

3. Calendrier de mise en œuvre

Début de la réflexion régionale en 2013 à l'occasion du déploiement du programme de la HAS « Césarienne programmée à terme : optimiser la pertinence du parcours de la patiente » avec un accompagnement par les réseaux de périnatalité.

Objectif inscrit dans le 1^{er} PAPRAPS de décembre 2015.

4. Critères d'évaluation du projet et indicateurs de suivi

Profils césariennes par maternité établis par Périnat-ARS-IDF⁵⁴ avec l'évolution des 5 dernières années : stabilisation des taux mais persistance des disparités. Ces profils sont envoyés aux équipes de maternité et à leurs directions chaque année.

5. Perspectives

Cibler les établissements avec forte activité de césariennes, atypie dans la réalisation de césariennes programmées à terme avec absence d'amélioration constatée, pour un CAQES.

Leur proposer comme objectifs :

- Programmer 100% des césariennes mono-fœtales après 39 semaines d'aménorrhée soit 8 mois ½ de grossesse.
- Décider 100% des césariennes programmées en équipe (obstétricien, échographiste, sage-femme, anesthésiste, etc) en associant les professionnels de ville à ceux de l'établissement de santé.
- Partager avec la patiente la réflexion sur la balance entre les bénéfices et les risques d'une césarienne programmée à terme, en fonction des connaissances scientifiques validées (et non d'une opinion), du contexte clinique et des valeurs de la patiente : éléments de la réflexion retrouvés dans 100% des dossiers de patientes ayant une césarienne programmée à terme

Leur demander de transmettre leur plan d'actions.

Organisation par les réseaux de périnatalité d'accompagnement d'équipes désireuses de se lancer dans une démarche d'amélioration de la pertinence des césariennes programmées à terme par des équipes l'ayant déjà réalisée.

Médicaments biosimilaires

1. Contexte

Les médicaments biologiques représentent une part importante et à forte croissance du marché pharmaceutique français. Ces médicaments innovants, plus complexes et plus difficiles à produire, ont supplanté en quelques années les médicaments issus de la chimie de synthèse en terme de dépense. Parmi les médicaments biologiques en tête des dépenses à l'hôpital et en ville, nombreux sont ceux qui ont perdu ou vont prochainement perdre leur brevet, offrant l'opportunité aux laboratoires pharmaceutiques de mettre sur le marché des médicaments biosimilaires. Les médicaments biosimilaires stimulent la concurrence et permettent de prendre en charge les patients à bénéfice égal mais pour un coût généralement moins important que les médicaments biologiques de référence. Début 2018, une quinzaine de médicaments biosimilaires étaient commercialisés en France, avec des applications dans de nombreux domaines thérapeutiques tels que la gastro-entérologie, la rhumatologie, l'onco-hématologie, la

⁵⁴ <http://www.perinat-ars-idf.org/>

cancérologie ou encore la diabétologie. Compte-tenu de l'arrivée progressive de nouveaux médicaments biosimilaires, les enjeux d'efficience sont réels pour notre système de santé : 40 millions d'euros d'économies sont attendus en 2018 grâce à l'interchangeabilité entre médicament biologique de référence et biosimilaire.

2. Objectifs et résultats attendus

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 biosimilaires 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 biosimilaires.

Le plan d'actions régional décline 10 actions articulées 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 biosimilaires
- Suivre la progression de l'utilisation des médicaments biosimilaires

3. Calendrier de mise en œuvre

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

- Formation sur les achats hospitaliers « Passons aux biosimilaires » organisée avec le Réseau des acheteurs hospitaliers RéSAH⁵⁵
- « Kit biosimilaires » pour permettre aux établissements d'élaborer et d'adopter une stratégie favorisant le recours aux médicaments biosimilaires
- 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)
- Accompagner des GHT pilotes dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'actions de promotion des biomédicaments/biosimilaires
- Communication sur les médicaments biosimilaires lors d'événements scientifiques (posters affichés en congrès)

4. Financement

Accompagnement d'établissements, conception et organisation d'une formation webinaire : 100 000 euros.

Dispositif d'intéressement général : montant à définir (selon informations transmises par la Direction de la sécurité sociale), versé en 2019 au titre de l'année 2018 à partir du FIR.

Budget spécifique à prévoir pour d'autres actions ponctuelles : organisation de réunions d'information à destination des prescripteurs, pharmaciens hospitaliers et pharmaciens d'officine, communication à destination des patients.

5. Critères d'évaluation du projet et indicateurs de suivi

Les objectifs quantitatifs recherchés pour l'année 2018 sont les suivants :

Atteindre un objectif régional de + 10 points de taux d'utilisation des médicaments biosimilaires en prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville (PHEV), concernant etanercept et insuline glargine.

⁵⁵ <http://www.resah.fr/>

Cet indicateur est mesuré de la manière qui suit : nombre de boîtes de médicaments biosimilaires délivrées / nombre de boîtes de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires délivrées, pour les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville.

Atteindre un objectif régional de +10 points de taux d'utilisation des médicaments biosimilaires à l'hôpital dans une perspective d'efficacité de la politique d'achat, concernant infliximab et etanercept.

Cet indicateur est mesuré de la manière qui suit : nombre d'unités communes de dispensation (UCD) facturées de médicaments biosimilaires / nombre d'UCD de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires facturées en intra-hospitalier.

Pertinence médicamenteuse en EHPAD

1. Contexte

La région Ile-de-France dispose d'environ 700 EHPAD très divers, correspondant à une capacité totale d'environ 60 000 places. Compte tenu de leur polymédication et de leur âge avancé, les résidents en EHPAD sont quotidiennement confrontés au risque de iatrogénie médicamenteuse. Or, cette dernière présente un coût humain et économique élevé. Elle serait responsable de plus de 10% des hospitalisations chez les sujets âgés et de près de 20% chez les octogénaires⁵⁶.

Après avoir réalisé un état des lieux des pratiques et des organisations de la prise en charge médicamenteuse (PECM) dans les EHPAD en Ile-de-France en 2014, puis expérimenté la mise en place d'actions avec 15 EHPAD volontaires au cours d'une phase pilote d'avril 2016 à janvier 2017, l'ARS a élaboré un plan d'actions actuellement déployé à l'échelle de la région⁵⁷.

2. Objectifs et résultats attendus

Le plan d'actions d'amélioration se veut réaliste au regard du quotidien des établissements. Il est élaboré par un groupe de travail impliquant des professionnels des EHPAD. Il est généralisable aux EHPAD de la région, quel que soit leur statut (public, privé, associatif), qu'ils soient approvisionnés par une pharmacie d'officine ou par une pharmacie à usage intérieur (PUI), et quelle que soit leur capacité d'accueil. Il répond à 5 priorités et à une priorité transversale :

- Priorité 1 : mettre en place une gouvernance en matière de PECM
- Priorité 2 : auto-évaluer le processus de la PECM
- Priorité 3 : mettre en place une culture de gestion des risques médicamenteux
- Priorité 4 : améliorer la pertinence des prescriptions
- Priorité 5 : sécuriser l'administration
- Priorité transversale : impliquer le résident et ses aidants aux réflexions portées pour améliorer la PECM

Ces priorités sont déclinées en 13 actions d'amélioration qui se veulent simples, pragmatiques et rapidement porteuses de progrès, afin de donner un égal accès aux avancées à l'ensemble des EHPAD du territoire.

3. Calendrier de mise en œuvre

Une présentation d'outils « clés en main »

Huit réunions départementales de lancement de ce programme d'accompagnement, organisées en Ile-de-France entre novembre 2017 et janvier 2018, ont permis de réunir près de 300 participants, en particulier directeurs d'établissement, médecins coordonnateurs, infirmiers coordinateurs et pharmaciens. Au cours de cette première vague de déploiement, des

⁵⁶ <http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/prise-en-charge-medicamenteuse-des-residents-en-ehpad/>

⁵⁷ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/prise-en-charge-medicamenteuse-les-ehpad-franciliens-mobilises>

professionnels de l'Assurance maladie et du Conseil départemental ont également assisté à ces réunions, au cours desquelles les établissements ont été formés au déploiement du plan d'actions. De nombreux outils opérationnels ont été présentés, parmi lesquels une charte de non punition incitant les professionnels à développer une culture positive de l'erreur, ou encore un schéma « escargot » repositionnant le rôle de l'ensemble des acteurs impliqués à chaque étape de la prise en charge médicamenteuse des résidents. Des outils officiels, à l'image d'une vidéo sur les erreurs médicamenteuses proposée par l'OMéDiT de Normandie⁵⁸ ou de l'outil d'autodiagnostic InterDiag Médicaments en EHPAD proposé par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), ont également fait l'objet d'une démonstration interactive. Une liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD, très appréciée des prescripteurs et des équipes soignantes, a été distribuée à chacun des participants au cours de ces réunions. Tous les EHPAD franciliens peuvent s'approprier les outils présentés lors des réunions départementales, référencés dans une boîte à outils « prise en charge médicamenteuse en EHPAD », accessible sur le site internet de l'ARS Ile-de-France depuis mai 2016 : www.goo.gl/yCW4HI

Des formations seront régulièrement proposées aux EHPAD engagés dans le plan d'actions, en réponse aux besoins exprimés. Une première formation sur la déclaration et l'analyse des événements indésirables graves médicamenteux va être organisée par l'ARS en partenariat avec la Structure d'appui régionale à la qualité et à la sécurité des prises en charge en Ile de France⁵⁹ (STARAGS) et le Centre régional de pharmacovigilance⁶⁰. Trois premières sessions sont proposées en octobre, novembre et décembre 2018.

Ce programme d'accompagnement sera déployé par vagues annuelles successives sur la durée du Projet régional de santé 2 (2018-2022), dans l'objectif d'en faire profiter un maximum d'établissements franciliens volontaires.

4. Financement - Phase de déploiement régional

Assistance au déploiement du plan d'actions – vague 2017/2018 (prestataire) : 32 000 euros HT
Assistance à la poursuite du déploiement du plan d'actions – vagues 2018/2019 et suivantes (prestataire) : 135 000 euros HT sur 48 mois (durée totale du projet)
Accompagnement des EHPAD par l'OMéDiT d'Ile-de-France : financement des missions d'intérêt général (MIG) de l'OMéDiT pour 0,5 équivalent-temps-plein (ETP) d'infirmière

5. Critères d'évaluation du projet et indicateurs de suivi

Nombre d'établissements accompagnés par vague ;
Nombre de tableaux de suivi réceptionnés à chaque point d'étape ;
Nombre d'entretiens téléphoniques effectués avec l'OMéDiT d'Ile-de-France ;
Analyse avant/après des questionnaires d'autoévaluation, sur la base des 13 actions d'amélioration proposées ;
Analyse quantitative des tableaux de suivi du plan d'actions ;
Analyse qualitative des entretiens téléphoniques avec l'OMéDiT d'Ile-de-France ;
Analyse des questionnaires de satisfaction (attentes, points forts, points faibles, difficultés, besoins identifiés, propositions pour améliorer la démarche).

6. Bilan et perspectives : un déploiement « pas à pas » qui doit s'inscrire dans la durée

Dans le cadre de cette première vague de déploiement, une centaine d'EHPAD se sont engagés dans le dispositif. Ils bénéficient d'un accompagnement par l'ARS et l'OMéDiT d'Ile-de-France,

⁵⁸ https://www.youtube.com/watch?v=xEsr9YaQ_Po

⁵⁹ <http://www.starags.com/>

⁶⁰ <https://www.pharmacovigilance-iledefrance.fr/>

pour amorcer la mise en place de leur plan d'actions en fonction de leur niveau de départ, de l'organisation existante et de la disponibilité des acteurs. Après deux mois d'accompagnement par l'ARS et l'OMéDiT d'Île-de-France :

- 97 % des EHPAD engagés ont constitué un comité prise en charge médicamenteuse et 93 % ont désigné un référent pour la prise en charge médicamenteuse ;
- près d'1 EHPAD sur 2 a sensibilisé les équipes aux risques d'erreurs médicamenteuses ;
- 77 % ont réalisé un auto-diagnostic de leur circuit du médicament avec l'outil InterDiag médicaments en EHPAD V2 proposé par l'ANAP ;
- un réel impact est observé sur l'organisation et sur le renforcement de la coopération entre acteurs ;
- et 100 % souhaitent maintenir sur le long terme la démarche initiée ! Prochaine étape, évaluation à 1 an.

A l'issue de cette phase d'accompagnement, les établissements seront invités à partager leur expérience avec d'autres EHPAD et à poursuivre leur mise en place progressive d'actions, en réponse à une démarche d'amélioration continue de la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des résidents et de la pertinence des soins.

Une nouvelle vague d'accompagnement (2018-2019) est actuellement en cours de déploiement et va permettre de mobiliser 80 EHPAD supplémentaires.

Pertinence de l'antibiothérapie

1. Contexte

La France est l'un des pays les plus prescripteurs d'antibiotiques en Europe et la consommation en Île-de-France est supérieure de 8 % par rapport à la moyenne nationale. Chaque année en France, 158 000 infections et plus de 10 000 décès sont attribuables à des bactéries multi-résistantes (BMR). Ces BMR apparaissent très facilement dans la flore digestive des patients traités par des antibiotiques couramment prescrits en médecine de ville. 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 a souhaité mettre en place un outil pour permettre aux médecins de ville exerçant dans la région d'optimiser leurs prescriptions d'antibiotiques. Suite à un appel à candidatures, elle a choisi l'association Antibioclic, déjà à l'initiative du site antibioclic.com, pour concevoir cet outil.

2. Objectifs et résultats attendus

Antibioclic+ est un service gratuit dédié aux médecins de ville exerçant en Île-de-France. Il nécessite une inscription avec les coordonnées professionnelles sur antibioclic.com⁶¹.

3. Calendrier de mise en œuvre

Le service a été lancé en novembre 2017. Ce dispositif sera expérimenté pendant un an en Île-de-France.

4. Critères d'évaluation du projet et indicateurs de suivi

De nombreuses données en vie réelle seront collectées permettant une analyse anonymisée :

- des prescriptions d'antibiotiques en ambulatoire,
- de l'impact de la plateforme sur les prescriptions,
- de l'épidémiologie des infections urinaires à BMR en ville,
- de la satisfaction des utilisateurs de la plateforme.

Les premiers résultats sont attendus en 2019.

⁶¹ <https://antibioclic.com/>

5. Bilan et perspectives

Selon les résultats de l'évaluation, le déploiement de l'outil et de nouvelles fonctionnalités seront proposées pour une utilisation plus large auprès des professionnels. Des sessions de formation sont prévues en 2019. Un module à destination des usagers est également en cours d'élaboration.

4- Hospitalisation et transport

Outil d'analyse de la pertinence des journées d'hospitalisation

1. Contexte

Selon les études, la part des hospitalisations non pertinentes varie fortement d'un établissement à un autre, d'un service à un autre. Quels facteurs entraînent ces hospitalisations non pertinentes ?

- Au niveau du patient, de son environnement ? Au niveau du contexte géographique ?
- Au niveau de l'hôpital et des équipes para-médicales ? Au niveau de l'organisation intra-hospitalière ?
- Au niveau des capacités de prise en charge en ville ? Au niveau de l'aval de l'hospitalisation ?

2. Objectifs et résultats attendus

Réaliser un état des lieux de la non-pertinence des journées d'hospitalisation partagé avec les professionnels de santé dans 5 établissements de santé volontaires (appel à candidature).

Engager la réflexion avec les professionnels de santé sur leurs pratiques et les difficultés rencontrées. Un prestataire fournira la solution numérique et assurera l'accompagnement.

Réduire le nombre d'hospitalisations non pertinentes et non justifiées.

Fluidifier le parcours en améliorant les liens entre les acteurs de la ville et de l'hôpital, particulièrement pour les personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques.

3. Calendrier de mise en œuvre

Rédaction de l'appel d'offre : 1^{er} trimestre 2018

Lancement de l'appel d'offre : 10 avril 2018

Choix du prestataire : 1^{er} juillet 2018

Début de la prestation : septembre 2018

Fin de la prestation : mars 2020

4. Financement

Coût total prévu du projet : 400 000 euros.

5. Critères d'évaluation du projet et indicateurs de suivi

Nombre de journées pertinentes par service

Nombre de journées non pertinentes

Nombre de journées non pertinentes justifiées

Nombre de journées non pertinentes non justifiées

Part des causes par type de cause en début de période

Part des causes par type de causes en fin de période

6. Bilan et perspectives

Diffusion d'un guide de partage d'expériences avec la description des actions mises en place ayant eu un impact sur la pertinence des journées d'hospitalisations.

Amélioration de la pertinence des admissions par un projet déployé en ville, avec l'objectif d'éviter le passage par les urgences.

Hôpital de jour en médecine

1. Contexte

Si les établissements se sont fortement investis dans le développement de la chirurgie ambulatoire, la progression des prises en charge réalisées en hôpital de jour en médecine reste plus modeste. L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) en évaluent les enjeux, les conditions et les moyens dans leur rapport intitulé « Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine⁶² » publié en 2016 ; la mission propose une approche territoriale invitant les établissements de santé à conduire un examen systématique de leurs courts séjours et de leurs séjours forains, sous l'égide des agences régionales de santé.

La thématique est aujourd'hui peu mature avec peu de leviers et de nombreux freins :

- Un sujet non cadré au niveau national
- Pas de référentiels (HAS et/ou sociétés savantes)
- Une circulaire « frontière » en cours de refonte
- Des prises en charges très diverses / un périmètre « flou » (impossibilité de déterminer un périmètre via le PMSI)
- Certaines pratiques de facturation en groupe homogène de séjour⁶³ d'hôpital de jour

Pour autant, les retours d'expérience au niveau régional et national mettent en avant l'investissement de certains acteurs pour mettre en place une structure d'hôpital de jour multidisciplinaire en médecine.

2. Objectifs et résultats attendus

Identifier des bonnes pratiques organisationnelles (lien avec les plateaux techniques, programmation des venues, etc.) et capitaliser.

Identifier des « leaders » sur le sujet.

Soutenir l'investissement nécessaire pour créer ou développer des structures d'hôpital de jour médical multidisciplinaire avec mise en place de dispositifs favorisant l'articulation avec les partenaires sanitaires et médico-sociaux du territoire.

3. Calendrier de mise en œuvre

18 mois : janvier 2018 à juin 2019.

4. Financement

400 000 € pour 9 projets.

5. Evaluation

Bilan intermédiaire et rapport de partage d'expérience par chaque porteur de projet.

6. Bilan et perspectives

Démarche en cours.

Réhospitalisations des personnes âgées de 80 ans et plus

1. Contexte

La HAS a publié en 2013 une fiche⁶⁴ pour l'organisation des parcours des personnes âgées de plus de 75 ans afin de réduire le risque de réhospitalisations évitables. La période de suivi de 30

⁶² http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2015-117R.pdf

⁶³ <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/groupe-homogene-de-sejours-ghs>

jours peut être étendue à 90 jours pour mieux tenir compte du rôle des soins ambulatoires et évaluer des interventions plus durables.

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a développé avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) un indicateur de réhospitalisation à 30 jours⁶⁵ (RH30) afin d'évaluer les modalités de prise en charge et la coordination ville-hôpital au niveau d'un territoire.

2. Objectifs et résultats attendus

Une étude épidémiologique des réhospitalisations complètes dans des délais de 30 et 90 jours de patients âgés de 80 ans et plus en services de médecine ou chirurgie a été conduite à partir des données de 2016, avec un focus pour le domaine d'activité cardio-vasculaire, pour des patients résidant et hospitalisés en Ile-de-France.

Recherche des motifs de réhospitalisation et de facteurs favorisants sur lesquels il serait possible d'agir.

3. Calendrier de mise en œuvre

Etude réalisée en 2017 par le service des études de l'ARS avec la collaboration d'un groupe de travail.

4. Pas de financement spécifique

5. Bilan et perspectives

Cette étude montre que les personnes âgées de 80 ans et plus réhospitalisées sont mieux suivies en ville (consommation de soins ambulatoires post séjours initiaux) et présentent plus de pathologies que celles qui ne sont pas réhospitalisées. Les limites de l'étude sont liées aux limites des données de santé disponibles. Elle sera transmise à la DGOS afin d'alimenter la réflexion sur les indicateurs de suivi des réhospitalisations.

Réfléchir à l'amélioration du parcours de personnes âgées de 80 ans et plus bénéficierait d'une démarche plus qualitative sur un territoire, à partir de parcours réels, 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.

Prescription des transports sanitaires : e-plateforme

1. Contexte

Des dépenses de transport sanitaire en forte hausse depuis plusieurs années en France métropolitaine, un taux d'évolution régional des prescriptions hospitalières de transport en forte augmentation, un échec relatif des mesures de régulation mises en place jusqu'à présent et des perspectives préoccupantes liées au vieillissement de la population, aux maladies chroniques, au développement de l'ambulatoire, au regroupement des plateaux techniques et de l'impact sur les dépenses de transport.

Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) - Revue des dépenses liées aux transports sanitaires 2016⁶⁶, mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS 2017.

2. Objectifs et résultats attendus

L'objectif de ce projet en Île-de-France consiste à décloisonner l'ensemble des leviers pilotés aujourd'hui par types d'offres en santé ou d'opérateurs de transport, en régulant l'ensemble des

⁶⁴ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees

⁶⁵ <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/les-indicateurs/article/re-hospitalisation-coordination>

⁶⁶ <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article557>

demandes et des réponses via un service numérique de traitement des commandes sous maîtrise d'ouvrage publique :

- Proposer une offre de service générale intégrant l'ensemble des besoins (commande, régulation, suivi...), ergonomique, indépendante, transparente et équitable, permettant un déploiement à grande échelle et s'adressant à l'ensemble des acteurs ;
- Garantir une meilleure utilisation des transports sanitaires en simplifiant le processus de commande, en maîtrisant les dépenses, en assurant un pilotage renforcé et transversal et en s'assurant du respect de la réglementation ;
- Agir, dans un second temps sur la pertinence du mode de transport prescrit (transport le moins onéreux/état clinique), développer les modes de transports personnels et partagés, responsabiliser collectivement les acteurs et rationaliser les flux de patients

3. Calendrier de mise en œuvre

Janvier 2018 - Janvier 2020

Lancement du projet en janvier 2018 / Version test 1er semestre 2019 / Déploiement régional en 2020

4. Financement

Coût total du projet environs 4 millions d'euros. La nature du financement et le modèle économique sont en cours de définition.

5. Critères d'évaluation du projet et indicateurs de suivi

Critères et indicateurs sont en cours de construction

Annexes

1- CAQES : modalités de mises en œuvre

Décret n° 2017-584 du 20 avril 2017⁶⁷ fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins

« II.-Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé pour une durée de quatre ans, après avis de la commission régionale de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie mentionnée à l'article R. 1434-13 du code de la santé publique. Il est révisé chaque année dans les mêmes conditions.

Arrêté du 27 avril 2017⁶⁸ fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils

exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale

En annexe des indicateurs de mesure du risque infectieux par un indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales, du risque médicamenteux par un indicateur de séjours disposant de prescription médicamenteuse informatisés, de rupture de parcours de soins par un indicateur sur la qualité et le délai d'envoi du document de sortie.

Arrêté du 27 avril 2017⁶⁹ relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins

mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale

« Ce dispositif contractuel est complémentaire à celui du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements sur lequel repose la structuration de l'offre de soins, les missions des établissements de santé et l'allocation budgétaire correspondante.

Volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations avec en annexe la liste des indicateurs fixés au niveau national.

Volet additionnel relatif à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports prescrits en établissement mais exécutés en ville.

Volet additionnel relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé. Le présent contrat est une déclinaison du PAPRAPS. Le présent volet vise à accompagner les professionnels dans la démarche d'amélioration de la pertinence des soins délivrés par l'établissement de santé signataire.

Volet additionnel relatif à l'amélioration des pratiques en établissement de santé (CAPES) qui vise la sécurité des soins et repose sur le ciblage de trois risques (médicamenteux, infectieux, rupture de parcours).

⁶⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/4/20/AFSS1703616D/jo/texte>

⁶⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/4/27/AFSS1712944A/jo/texte>

⁶⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034517810>

Instruction ministérielle N° DSS/A1/CNAMTS/2017/234 du 26 juillet 2017⁷⁰ relative à la mise en œuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

L'architecture du CAQES est construite autour de trois chapitres. Les chapitres I (Conditions générales d'application) et II (Volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations) constituent la partie dite « contrat socle » du contrat. Le chapitre III couvre les volets additionnels.

La conférence médicale d'établissement ou la commission médicale d'établissement est associée à la procédure de contractualisation au sein de l'établissement de santé. La commission des usagers (CDU) peut également être associée à la procédure de contractualisation au sein de l'établissement de santé.

Pour l'Assurance maladie, le directeur coordonnateur régional de la gestion du risque (DCGDR) est chargé de la coordination et de l'animation du réseau en vue de la participation des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) à la contractualisation, en lien avec l'ARS.

Les avenants, comme les contrats, entrent en vigueur le 1^{er} janvier de l'année suivant leur signature. Les avenants peuvent être signés pour toute modification du contrat telles que : l'ajout d'un volet additionnel, la modification du contrat socle, la modification des plans d'actions et indicateurs, l'ajustement des objectifs à atteindre...

Il est important de souligner que le taux de ciblage ou le taux cible national diffère des objectifs cible fixés à l'établissement de santé: le premier permet de désigner un établissement de santé comme atypique, le second correspond à l'objectif à atteindre et est établi par les parties et doit refléter la situation et l'activité de l'établissement. Sur le volet pertinence, le ciblage repose sur les dispositions du PAPRAPS et les référentiels Pertinence.

Les établissements doivent disposer d'un **dispositif d'audit et de suivi** leur permettant de s'assurer de l'application de leurs engagements et de produire un rapport annuel d'autoévaluation. Ce dernier sert de base à l'évaluation annuelle des actions figurant dans leur plan d'actions.

Le volet pertinence va porter sur des **données quantitatives** (taux de recours, nombre de séjours, coefficient de variation), permettant d'identifier les atypies par rapport à un taux moyen national, et sur des données qualitatives (outils de la Haute Autorité de santé et des sociétés savantes). Sur une même région, tous les établissements sont ciblés à partir des critères définis par le PAPRAPS. Ils sont ciblés lorsque sont constatés :

- 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 ;
- ou 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 (HAS).

Un guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins et un atlas des variations des pratiques médicales publiés en 2016 par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS)⁷¹ détaillent plus précisément ces objectifs.

Ce volet est signé pour une durée maximale de 5 ans à compter du 1^{er} janvier suivant la date de signature du contrat. Il peut être modifié par avenant.

Le plan d'action peut préciser les éléments suivants :

- la thématique et le champ d'application (pertinence des actes, pertinence des prescriptions, pertinence des modes de prises en charge, pertinence des parcours), ayant mené à la contractualisation,
- les objectifs à atteindre (quantitatifs ou qualitatifs),

⁷⁰ http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/07/cir_42461.pdf

⁷¹ <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/pertinence-des-soins-10584/pertinence>

- les actions à mettre en œuvre (accompagnement des établissements de santé, suivi des mises sous accord préalable (MSAP), actions de formation, outils décisionnels...) qui sont prioritaires,
- les indicateurs de suivi permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs fixés à l'établissement,
- le pilote et les acteurs associés,
- les ressources financières et/ou humaines nécessaires,
- les difficultés éventuelles,
- les dates de début et de fin.

Les intéressements ou sanctions seront notifiés par le directeur général de l'ARS. Deux types de sanction sont applicables pour ce volet : la MSAP et la retenue de maximum 1% des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement au titre du dernier exercice clos. La nature de la sanction est déterminée lors de l'étape de contractualisation.

En tant que fondement juridique du volet contractuel « pertinence », le PAPRAPS précise explicitement les domaines pour lesquels les établissements de santé de la région pourront être amenés à conclure le volet additionnel relatif à la promotion de la pertinence, ou être soumis à la procédure de mise sous accord préalable dans ce cadre. Cependant, son champ d'application ne se limite pas aux seuls établissements de santé. Toute action menée au niveau régional en matière d'amélioration de la pertinence des soins méritera d'y figurer.

La liste des établissements de santé ayant été ciblés en application du PAPRAPS devra être présentée chaque année aux membres de l'IRAPS ainsi qu'une synthèse des résultats obtenus, de manière générale, dans le cadre de la politique de contractualisation avec les établissements de santé en vue d'améliorer la pertinence des soins. L'objectif est de permettre aux membres de l'IRAPS d'évaluer les résultats de la stratégie régionale et de se prononcer sur les révisions éventuelles du PAPRAPS. En revanche, l'instance n'a pas vocation à examiner la situation individuelle des établissements de santé.

La MSAP est une procédure fixée par l'article 37 de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2008. Elle consiste à subordonner à l'avis du service médical de la Sécurité Sociale, une activité de l'établissement de santé ou une prescription d'un professionnel de santé. Son objectif se veut pédagogique et vise à sensibiliser les établissements et les professionnels de santé à l'application des référentiels médicaux de la HAS ou aux recommandations des sociétés savantes. La mise sous accord préalable démarre à la date de sa notification ; elle est prononcée pour une période maximum de 6 mois et concerne un nombre de gestes ou de prestations limitatif. Les motifs de ciblage de MSAP sont prévus à l'article L.162-1-17 du CSS. La mise sous accord préalable est justifiée par l'un des constats suivants :

- une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation,
- une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation,
- 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
- 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 des établissements est réalisé conjointement par l'Assurance maladie et l'ARS.

L'article 57 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018⁷²

précise : « Les commissions et conférences médicales d'établissement donnent leur avis préalablement à la conclusion du contrat. » ; « Le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie, allouer un intéressement à

⁷² <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2017/12/30/CPAX1725580L/jo/texte>

l'établissement sous la forme d'une dotation du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat. »

II.-Le présent article s'applique à l'évaluation des contrats ou avenants entrant en vigueur à compter du 1er janvier 2018 en application de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale.

2- Liste des sigles

Par ordre d'apparition dans le texte

PAPRAPS : plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins

IRAPS : instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins

CAQES : contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

ARS : Agence régionale de santé d'Ile-de-France

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

PRS2 : projet régional de santé 2018-2022 de l'ARS d'Ile-de-France

LFSS: loi de financement de la sécurité sociale

HAS : Haute Autorité de santé

MSAP : mise sous accord préalable d'établissements ciblés

AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris

OMÉDIT : Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques

EPP : évaluation des pratiques professionnelles

ES : établissement de santé

SSR : soins de suite et réadaptation

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et odontologie

RAC : réhabilitation améliorée après chirurgie

GRACE : Groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie

FIR : fond d'intervention régional

UPOG : unité péri-opératoire gériatrique en orthopédie

GHT : groupement hospitalier de territoire

UCD : unités communes de dispensation

PECM : prise en charge médicamenteuse

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

Direction de la stratégie

35, rue de la Gare – 75935 Paris Cedex 19

Tél : 01 44 02 00 00 Fax : 01 44 02 01 04

iledefrance.ars.sante.fr