

PAPRAPAS

**Plan d'actions
pluriannuel régional
pour l'amélioration de
la pertinence des soins**

2024-2027

En Ile de France

PAPRAPS 2024-2027

Table des matières

Préambule	4
I. Contexte	5
1- Le cadre réglementaire en appui à la pertinence	5
2. Un levier d'efficience.....	6
3- Le partage de la décision.....	8
4- La pertinence du parcours de santé.....	9
5- La mise en œuvre des recommandations	11
II. Les leviers mobilisés en Ile-de-France.....	13
1- Les partenariats.....	13
2- Le Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES).....	13
3- Les expérimentations franciliennes dans le cadre de l'article 51	14
4- L'appel à projets pour l'amélioration de la pertinence des parcours de soins et de la coordination ville hôpital	16
III. Les travaux inscrits au Projet Régional de Santé 3 et participant à la démarche d'amélioration de la pertinence des soins.....	17
1- La politique régionale des produits de santé : un usage raisonné, durable des médicaments et une amélioration des parcours médicamenteux	17
2- La lutte contre l'antibio résistance, une priorité pour la santé publique	19
3- La périnatalité, une des priorités du PRS3	20
4- Le parcours insuffisance cardiaque.....	23
5- Le parcours pilote épilepsie	26
6- Le parcours santé mentale, une des priorités du PRS3.....	27
IV. Les axes de travail validés en instance (IRAPS)	29
1- La pertinence dans les parcours de soins.....	30
2- La pertinence et les médicaments	36
3- L'appropriation de la démarche pertinence par les usagers et les professionnels	42
4- La pertinence en chirurgie	43
5- La pertinence en imagerie.....	47
6- L'accès aux soins pour les personnes handicapées.....	50
Calendrier des productions attendues sur la période.....	53
Liste des sigles	54
Pilotage du plan d'actions et contributions à la rédaction	57
Annexe 1.....	59
Annexe 2.....	61
Annexe 3.....	63

Aux professionnels de santé d'Île-de-France,
Dr Edouard DEVAUD, Président de l'IRAPS d'Île de France

La santé est devenue au cours des 20 dernières années, l'une des priorités majeures de nos concitoyens dans leurs attentes vis-à-vis de la société. Si l'on note un attachement intangible des français à l'universalité de notre système, il n'en demeure pas moins de nombreuses attentes quant à l'efficacité de notre organisation, tant sur la qualité des soins que sur la rapidité de leur accès. Nous sommes à un moment crucial dans notre démarche visant à améliorer la pertinence des soins dans notre région, en particulier face à la transition épidémiologique majeure que nous traversons, sans croissance suffisante en regard de la démographie d'acteurs en santé et cumulée à une répartition inégale de ces ressources, exigeant une collaboration étroite pour garantir un accès équitable aux soins pour tous les Franciliens. En effet, l'Île-de-France, région la plus peuplée de notre nation, où se côtoient l'hyperurbanisation comme l'extrême ruralité, doit assumer le paradoxe d'être le premier désert médical de France face à l'augmentation sans précédent de la prévalence des maladies chroniques, témoin des progrès de la médecine, mais nécessitant une réorganisation complète de nos interventions en santé.

Dans ce contexte l'élaboration de notre plan d'actions pluriannuel a souhaité reposer sur une démarche scientifique rigoureuse, base d'une médecine objective et consensuelle et répondant à une homogénéité attendue. En s'appuyant sur l'épidémiologie régionale et des données de santé fiables et objectives, nous pouvons identifier les tendances émergentes, pour répondre et ajuster nos orientations sur les besoins de santé de la population et concevoir ainsi des interventions plus adaptées et efficaces. Dans cette optique, une réorganisation des interventions en santé centrée sur les parcours de soins apparaît la plus pertinente. C'est en mettant en avant le principe de « responsabilité populationnelle », visant à coordonner les acteurs en santé de la ville et de l'hôpital autour des parcours de maladies chroniques, de la prévention et du dépistage jusqu'à la prise en charge des complications tardives, que nous pouvons proposer une approche intégrée et proactive, garantissant une continuité des soins tout au long du parcours de santé du patient, réduisant ainsi le fardeau de la maladie chronique, en minimisant les ruptures et les doublons.

Face à la complexité du soin, et dans un souhait de son accès universel, nous sommes confrontés à d'importants enjeux de littératie, en reconnaissant l'importance de fournir des informations claires et accessibles aux patients, pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées concernant leur santé. Nous devons adopter en ce sens une démarche proactive pour faciliter l'accès aux soins, en mettant en place des dispositifs de santé communautaire, des programmes de sensibilisation ainsi que des outils de communication adaptés à divers publics.

Enfin, et en parallèle, nous reconnaissons l'importance cruciale du développement durable dans notre pratique quotidienne. Avec quelques 49 millions de tonnes de CO₂-eq la santé est à l'origine de plus de 8% de l'empreinte carbone de la France. L'impact du circuit du médicament y est effectivement majoritaire et la pertinence de leur utilisation en est un enjeu de premier ordre. La médecine préventive trouvera encore ici un sens supplémentaire à son action. A titre d'exemple la prévention en matière de maladies infectieuses fera ici référence dans le cadre de la lutte contre l'antibiorésistance. En adoptant des pratiques respectueuses de l'environnement, nous contribuons à la création d'un système de santé plus durable et résilient, tout en préservant la santé de nos patients et de notre planète.

En unissant nos efforts autour de cette approche intégrée, scientifique, responsable et axée sur la littératie en santé, nous pouvons surmonter les défis actuels et façonner un avenir plus prometteur pour la santé en Île-de-France.

Préambule

« La pertinence désigne des soins appropriés et nécessaires, au bon endroit et au bon moment ; elle ne concerne pas 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 bénéfices/risques des actions, et de coût. Elle doit permettre d'améliorer les pratiques professionnelles afin d'améliorer l'efficacité de la prise en charge, des organisations et éviter des traitements inadéquats et donc des risques iatrogènes potentiels pour les patients et des dépenses inutiles pour la collectivité. Elle intègre l'usager comme acteur de la pertinence de son parcours de santé. » [PAPRAPS n°1, 2016]

Quelques mois après l'adoption du Programme Régional de Santé 3 (PRS3), le nouveau plan d'actions pluriannuel régional pour l'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) 2024-2027 vient compléter la feuille de route pour répondre aux besoins de santé de la population francilienne. C'est au sein de son instance dédiée, l'IRAPS, que les priorités ont été définies pour les quatre prochaines années.

Renforcer la prévention et la promotion de la santé, améliorer l'accès à l'offre, fluidifier les parcours, promouvoir les pratiques efficaces et limiter les dépenses évitables sont autant d'objectifs qui alimentent ce plan revisité, avec toujours l'enjeu, partagé, de lutter contre les inégalités de santé. Appliqués à la prise en charge des maladies chroniques, à l'usage des produits de santé, à la chirurgie, à l'imagerie et aux soins des personnes vulnérables, ces principes feront gagner en pertinence la prise en charge des patients.

Afin d'être au rendez-vous dans 4 ans, demeure l'impérieuse nécessité d'engager pleinement les patients ainsi que l'ensemble des acteurs de la santé dans une démarche collaborative pour offrir à tous une meilleure santé. Des actions concrètes seront conduites pour construire, ensemble, des réponses adaptées aux spécificités locales, pour proposer une transformation des organisations et une meilleure coordination entre les acteurs du système de santé, à l'échelle du bassin de vie. La technologie numérique sera également mise à profit. Nous nous appuierons sur la structuration des Communautés professionnelles territoriales de santé et le renforcement de l'exercice coordonné.

Pour soutenir ce nouveau plan Pertinence, l'ARS et l'Assurance Maladie ont à cœur de créer l'écosystème qui lui sera favorable, par la promotion de modes de financement incitatifs, la coordination des acteurs, l'implication des usagers et en mobilisant les professionnels dans des dynamiques positives et partagées. Prévention et offre de soins sont ici réunies pour permettre la prise en charge du patient dans sa globalité. C'est à chaque rencontre avec un professionnel de santé que l'opportunité de renforcer le « capital santé » peut être saisie. Cette feuille de route étant définie, il ne nous reste plus qu'à assurer le plus important : sa diffusion et son appropriation par les professionnels de santé et les patients. Nous savons pouvoir compter sur les membres de l'IRAPS pour mobiliser largement la communauté des soignants et des patients franciliens à cet effet. Nous vous souhaitons une bonne lecture !

Albert LAUTMAN

Directeur coordonnateur
de la gestion du risque
d'Île-de-France, Assurance Maladie

Arnaud CORVAISIER

Directeur de l'Offre de Soins
de l'Agence régionale de santé
d'Île-de-France

I. Contexte

1- Le cadre réglementaire en appui à la pertinence

➤ Le PAPRAPS

Depuis le décret n°2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé, les Agences régionales de santé définissent le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) ainsi que ses modalités d'élaboration et d'évaluation. 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).

L'Instance régionale pour l'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) est consultée pour avis sur l'élaboration, les révisions et l'évaluation du **PAPRAPS**.

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 (article R.1434-13 CSP).

Les objectifs du PAPRAPS sont de déterminer les priorités régionales conformément au PRS 3, en s'inscrivant dans l'ensemble des politiques publiques existantes pour répondre aux engagements de « Ma santé 2022 », du « Ségur de la santé », et de la stratégie de transformation du système de santé (STSS). Concrètement, chaque Agence Régionale de Santé réalise un diagnostic régional sur des thématiques ciblées, et identifie des thématiques prioritaires d'amélioration de la pertinence. Le choix des thématiques découle des priorités nationales (parcours de soins) et des priorités régionales.

➤ Le CAQES

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2020 dispose, dans son article 64, qu'un nouveau Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES) tripartite lie l'ARS, l'organisme local d'Assurance maladie et des établissements de santé ciblés.

La refonte réglementaire du CAQES existant depuis 2018 vise à simplifier le dispositif et à accompagner les établissements dans des objectifs prioritaires de pertinence et d'efficience.

Le Décret n° 2021-1231 du 25 septembre 2021¹ porte modification du cadre général du contrat d'amélioration de la qualité et d'efficience des soins, mentionné à l'article L. 160-30-2 du code de la sécurité sociale.

Le texte tire les conséquences réglementaires des évolutions législatives relatives aux contrats d'amélioration de la qualité et d'efficience des soins (CAQES) visant à améliorer sa pertinence et à le rendre plus incitatif, notamment en le limitant aux seuls établissements identifiés au regard des

¹ https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=r4UtSwLuyuyEpihQw3VNGskP2_IWvYIGieHLq4-tJcc=

priorités nationales et régionales. Le décret en précise en cohérence les modalités d'application, notamment l'architecture générale du contrat, le ciblage des établissements de santé, et la délégation de l'intéressement. Les sanctions sont supprimées en cas de non atteinte des objectifs. Les modalités des nouveaux contrats sont précisées dans le présent document au chapitre « Leviers mobilisés en Ile de France ».

2. Un levier d'efficience

Fondée sur une approche scientifique et médicale, la pertinence constitue **à la fois un levier d'amélioration des pratiques et de la qualité des soins, et un levier d'efficience du système de santé**, en évitant des dépenses inutiles pour la collectivité.

Cette notion invite en effet à rapprocher l'objectif d'amélioration de la qualité des soins et celui d'amélioration de l'efficience des systèmes de santé, alors que ces objectifs ont souvent été pensés, dans notre pays, selon des approches cloisonnées, voire antagonistes.

Selon le rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales sur le thème « Améliorer la pertinence des soins : un enjeu majeur pour notre système de santé »², les actions engagées pour l'amélioration de la pertinence des soins se heurtent **à des modes de financement insuffisamment incitatifs, susceptibles d'induire de la non pertinence**.

La mise en place de **leviers incitatifs** au plan financier est perçue, quasi-unaniment, comme un moyen de donner un coup d'accélérateur aux démarches engagées en faveur de la pertinence et d'amorcer des changements organisationnels.

Les réformes de financement des urgences, du secteur SMR et de la psychiatrie (cf. annexe 1) mettent en place un mode de financement mixte combinant dotation populationnelle, recettes liées à l'activité et dotations spécifiques (qualité de prise en charge etc...).

L'adaptation des modes de financement, et de l'évolution vers des tarifications au parcours suppose également l'existence de protocoles thérapeutiques de prise en charge clairement définis, d'outils d'évaluation et de contrôle de la qualité des prises en charge ou encore d'instruments de coordination entre les acteurs.

Suite aux expérimentations articles 51, la LFSS 2024 introduit la création d'un cadre générique pour la mise en place de « parcours coordonnés renforcés » (article 46) et un financement collectif de l'équipe de prise en charge entre la ville, l'hôpital et le médico-social. Les premiers parcours coordonnés devraient ainsi voir le jour d'ici 2025 (cf. II. Levier mobilisés en IDF, Chapitre 3 expérimentations articles 51).

La convention médicale 2024-2029 signée le 4 juin 2024 fait évoluer les modes de financement des médecins libéraux. La convention comporte 15 programmes d'actions partagées entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux pour améliorer la pertinence des prescriptions et la qualité des soins². Une partie des économies permises par des prescriptions plus pertinentes et plus sobres sera redistribuée aux médecins. Sont ainsi fixés des objectifs chiffrés en matière de prescription d'arrêt de travail, de réduction de la consommation d'antibiotiques, de développement des transports sanitaires

² <https://www.ameli.fr/paris/medecin/negociations-conventionnelles/texte-final-convention-medicale-2024>

partagés etc. L'Assurance maladie accompagne également la baisse de l'empreinte carbone des médecins en rémunérant les pratiques de prescription les plus sobres.

➤ L'évolution de la T2A

Le rapport³ sur la réforme du financement du système de santé remis en 2019 par Jean-Marc Aubert à la Ministre de la santé considère que la tarification à l'activité ne favorise ni la qualité des soins, ni la prévention et qu'elle peut même inciter à la réalisation de soins non pertinents.

Dans sa proposition d'un nouveau mode de financement, la T2A ne disparaît pas, mais elle est combinée à d'autres modes de rémunération forfaitaires, notamment pour la prise en charge des maladies chroniques et du grand âge. Ce système vise à mieux prendre en compte le suivi des malades, la prévention et les activités de coordination des soins. Le financement des soins hospitaliers devrait être modulé en fonction de leur pertinence (vérification de la pertinence d'actes médicaux) et de leur qualité (une dotation financière à partir d'indicateurs qualité).

La LFSS pour 2024 pose les bases d'une réforme du modèle de financement des hôpitaux. En plus de la T2A (tarification à l'activité), la loi diversifie les modes de financement en amplifiant la part de financements par dotations pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique. Il s'agit d'évoluer vers un mode de **financement mixte** : T2A pour les activités standard, dotations spécifiques pour les activités répondant à des objectifs de santé publique (prévention et coordination des parcours des patients), financement mixte pour les activités de soins aigus, et financement pour l'amélioration de la qualité des soins.

L'application du nouveau modèle de financement devrait se faire à compter du 1er janvier 2025.

➤ Les IFAQ

Le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IFAQ) répond à l'objectif d'introduire une part de financement à la qualité dans le modèle de financement des établissements de santé. En 2021, l'enveloppe de financement était de 450M€, répartis sur les établissements MCO, HAD, SSR et sur les centres de dialyse.

En 2022, la dotation a été portée à 700 millions d'euros, et le dispositif a été élargi à la psychiatrie et à la prévention. La dotation est versée selon les résultats de chaque établissement aux indicateurs et au prorata de la valorisation économique de l'établissement de santé au titre de l'année 2019.

Pour l'année 2023 (cf. Arrêté du 30 août 2023⁴), la dotation est également de 700 millions d'euros versés uniquement sur la base des résultats des établissements aux indicateurs IFAQ. Pour chaque indicateur retenu pour le calcul, il est distingué une dotation allouée au titre du niveau de résultat atteint par l'établissement (50%) et une dotation attribuée en fonction de l'évolution des résultats obtenus (50%) dès lors qu'une évolution est disponible et calculable.

³ <https://www.vie-publique.fr/eclairage/272716-entre-t2a-et-ondam-quel-financement-pour-lhopital>

⁴ [Arrêté du 30 août 2023 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

3- Le partage de la décision

Certaines évolutions récentes dans les approches de prise en charge favorisent la pertinence des soins.

➤ Les outils d'aide à la décision partagée

Toute intervention de santé entraîne des bénéfices et des risques potentiels. Les aides à la décision 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 (cf. outil développé sur le fibrome utérin⁵).

Les décisions peuvent concerner différentes situations :

- la prévention (vaccination)
- la surveillance (par auto-mesure ou lors de consultations)
- les traitements (choix entre un traitement médical ou chirurgical d'une affection).

➤ Choisir avec soin (Choosing wisely)

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 soin » 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 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.

⁵ <https://www.mon-fibrome.fr>

4- La 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 parcours, en prenant appui sur des outils numériques partagés entre les acteurs de la ville et de l'hôpital, du sanitaire et du social.

L'organisation des soins primaires est essentielle pour délivrer des soins courants, de prévention, et d'adressage aux spécialistes ou à l'offre hospitalière, et de retour à domicile. La mise en place des indicateurs de suivi qualité des parcours de soins permet l'évaluation de l'efficacité et de l'organisation.

➤ E-santé

De manière transversale, le déploiement des usages des outils numériques en santé est un élément clé pouvant concourir à l'amélioration du parcours patient, de la pertinence des prises en charge et de l'ordonnancement des actes en facilitant la synchronisation de leur réalisation et en limitant notamment la répétition d'actes déjà réalisés ou la réalisation d'actes inutiles par un meilleur accès aux informations médicales et sociales d'un patient.

Le déploiement de la télésanté (cf. annexe 2) constitue un facteur d'amélioration de la performance de notre système de santé. Son usage constitue en effet une réponse aux nombreux défis épidémiologiques (vieillesse de la population, augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et de poly-pathologies, ...) et démographiques (inégaie répartition des professionnels sur le territoire francilien) auxquels fait face le système de santé aujourd'hui.

• [La plateforme numérique régionale de coordination eParcours : Santélien](#)

Le programme national « e-Parcours », porté par la DGOS, a pour objectif, à l'échelle de la France entière, de :

- **Faciliter et améliorer la prise en charge des patients** ayant besoin d'une prise en charge coordonnée, en offrant aux professionnels (médicaux, paramédicaux et sociaux) constituant le cercle de soins du patient, une palette de services numériques leur permettant d'interagir entre eux selon différentes modalités (Tchat, évaluation, élaboration et suivi de plans de soins partagés, notes et transmissions, alertes sur événements, agendas, suivi de cohortes, partages de documents et photos...) ;
- **Renforcer la coordination entre professionnels** de la ville et l'hôpital en fluidifiant et sécurisant le partage d'informations médicales et sociales.

L'outil de coordination régional eParcours **Santélien sera disponible à l'été 2024 avec** une première étape de déploiement dès le mois d'avril 2024 avec la mise à disposition d'un Tchat professionnel sécurisé.

La solution de coordination Santélien est complémentaire des outils socles du Ségur (DMP, messagerie sécurisée).

- [Les outils socles numériques](#)

Parmi les outils à disposition des professionnels nous pouvons notamment citer :

- Le Dossier médical partagé (DMP) – intégré à Mon Espace Santé : il permet le partage des documents de santé avec le patient et les professionnels de santé concourant à la prise en charge du patient. Son alimentation et sa consultation peuvent permettre aux professionnels de santé d'identifier les prises en charge,
- La messagerie sécurisée MSSanté : nominative, organisationnelle ou applicative, elle permet d'échanger de manière sécurisée des données de santé entre professionnels du cercle de soins mais également avec le patient via sa messagerie de santé citoyenne disponible dans Mon Espace Santé,
- Les outils de coordination déployés dans le cadre d'e-Parcours visant à faciliter la coordination pour les patients inscrits dans des parcours et nécessitant une coordination rapprochée entre les membres du cercle de soins (déjà réalisés notamment en biologie et imagerie).

Aussi, en complément des outils à disposition des professionnels, le service Mon Espace Santé déployé depuis janvier 2022 vise à offrir la possibilité à chaque usager de prendre en main ses données de santé et sa santé. Chacun peut :

- Retrouver à un seul endroit toutes ses informations de santé (traitement, résultats d'examens, comptes rendus de biologie et radiologie, ordonnances) avec une possibilité de masquer des documents aux professionnels de santé,
- Dialoguer avec un professionnel de manière sécurisée (discussion initiée par le professionnel),
- Ajouter des informations relatives à sa santé telles que des allergies ou ses directives anticipées et prochainement avoir accès à des informations de prévention adaptée.

L'usager a donc la capacité d'être pleinement acteur de sa santé et est in fine sensibilisé à la démarche de pertinence.

À fin 2023, près de 68,4 millions de DMP ont été ouverts, plus de 97% de la population française dispose d'un profil Mon Espace Santé. Cependant seuls 10,5 millions d'usagers l'ont activé, soit 15,2% de la population française ; malgré un retard initial, l'appropriation s'accélère avec en moyenne 300 000 activations par mois.

➤ [La stratégie régionale de l'exercice coordonné](#)

L'exercice coordonné présente une pertinence indéniable dans les parcours de soins. En favorisant la collaboration entre différents professionnels de santé, il permet une approche holistique de la prise en charge du patient. Cette coordination assure une meilleure prise en charge, car elle facilite la communication entre les acteurs de santé, favorise le partage d'informations cruciales et évite les doublons d'examens. De plus, l'exercice coordonné améliore l'efficacité des soins en évitant les retards dans les diagnostics et en assurant un suivi plus cohérent.

Aujourd'hui, l'objectif est de poursuivre la promotion de ce type d'exercice en étant soucieux de la qualité des projets de santé afin de garantir une prise en charge pertinente aux besoins de santé du territoire.

Concernant les organisations coordonnées, l'ARS et l'Assurance Maladie jouent des rôles complémentaires dans l'accompagnement des MSP (Maisons de Santé Pluri professionnelles) et des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé). L'ARS intervient en apportant un soutien régional à ces structures en facilitant la coordination entre les différents acteurs de la santé, en favorisant leur déploiement en fonction des besoins spécifiques de la région et contribue à l'harmonisation des politiques de santé sur le territoire. Elle assure également un rôle de régulation et de suivi de la qualité des services proposés par ces structures. De son côté, l'Assurance Maladie participe à l'accompagnement des MSP et CPTS en contribuant financièrement à leur développement. Elle peut mettre en place des incitations financières ou des contrats incitatifs pour encourager la coordination des soins et la qualité des services. L'Assurance maladie facilite également l'accès des patients aux structures de soins de proximité en favorisant le remboursement des consultations et des actes réalisés au sein des MSP et CPTS.

Concernant les Maisons de santé pluri professionnelles (MSP), qui constituent une des réponses possibles aux nouvelles formes d'exercice de la santé en ville, l'Île-de-France comptait au 31 décembre 2023, 186 MSP ouvertes et une quarantaine de projets en cours. Dans le cadre du plan national 4000 MSP annoncé en mars 2023, une accélération massive du déploiement de cette forme d'exercice est attendue d'ici fin 2026 avec un objectif régional fixé à 313 MSP soit 42 nouvelles MSP par an pour les 3 prochaines années. Cet objectif semble difficile compte tenu de la moyenne annuelle de nouvelles créations et de l'importance de l'aspect qualitatif de l'accompagnement et des projets.

Concernant les CPTS, au 31 décembre 2023, on dénombre 83 CPTS signataires en Île de France. L'ARS et l'Assurance Maladie poursuivent leur travail de couverture des zones blanches dans le cadre du plan 100% CPTS. Elles s'assurent que les projets de santé des CPTS soient de qualité et en adéquation avec le PRS, que les CPTS incluent et travaillent en lien avec les acteurs de santé du territoire (DAC, MSP, groupement hospitalier ...), et que les professionnels de santé adhèrent aux CPTS.

De plus, l'Assurance Maladie et l'ARS accompagnent les centres de santé, et participent à la pérennisation des centres existants et au contrôle de leur bon fonctionnement.

5- La mise en œuvre des recommandations

➤ Les recommandations HAS

La HAS s'attache dans ses travaux à prendre en compte la pertinence des actes, ainsi que celle des parcours de soins et des modalités de prise en charge. En miroir des messages destinés aux professionnels de santé, la HAS souhaite développer des outils à destination des patients afin de faciliter le dialogue avec les professionnels en faveur de décisions de soins pertinentes partagées.

D'autre part, des fiches pertinence ont déjà été produites par la HAS, en lien étroit avec les professionnels de santé sur des actes, comme par exemple diagnostic et traitement des personnes infectées par *helicobacter pylori*, choix de chirurgie en cas de fracture de l'épaule ou sur les traitements interventionnels des calculs biliaux ou urinaires.

La HAS affirme également sa volonté de renforcer sa politique d'indicateurs en faveur du développement accru d'indicateurs de pertinence et de résultats. Elle contribuera ainsi à construire des parcours de santé pertinents, garantissant leur sécurité et leurs résultats au bénéfice des patients.

- [Le manuel de certification HAS⁶](#)

La démarche d'analyse de la pertinence (c'est-à-dire le questionnement sur le caractère approprié des prescriptions d'actes, de médicaments, de dispositifs médicaux, de séjours d'hospitalisation) et des résultats de leurs pratiques par les équipes de soins est au cœur du nouveau dispositif de certification. L'engagement des équipes à analyser leurs pratiques pour améliorer la pertinence et les résultats sera évalué.

Pour accompagner l'acculturation progressive des établissements de santé à la démarche qualité, celle-ci s'est structurée en plusieurs étapes et s'est, dans un premier temps, concentrée sur la mise en place de procédures et processus qualité. Cette étape, nécessaire, constitue un moyen et non une fin en soi. Il convient désormais de passer d'une logique de moyens à une logique de résultats, maximisant la pertinence et la qualité du soin délivré. L'enjeu de la pertinence est majeur, puisque – à dire d'experts – **les examens ou actes non pertinents sont estimés à 25-30 %**, générant autant de risques et d'événements indésirables.

Le deuxième chapitre du référentiel concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments. Les évolutions du référentiel de certification 2025-2029 orientent les pratiques vers une politique de soins durables afin que les établissements soient sensibilisés et acteurs des « écosoins ». La démarche allie pertinence, « sobriété » et développement durable.

➤ [Le plan d'accompagnement de l'Assurance maladie](#)

L'Assurance maladie au niveau national développe un plan d'accompagnement des professionnels de santé de ville et hospitaliers basé sur les recommandations actuelles. Il couvre le médicament, la Liste des Produits et Prestations (dispositifs médicaux), la biologie, les transports ; les parcours (insuffisance cardiaque et périnatalité), les indemnités journalières, le numérique, la prévention (vaccinations, dépistages organisés des cancers), taux de recours SMR post chirurgie.

⁶https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/manuel_certification_es_qualite_des_soins.pdf

II. Les leviers mobilisés en Ile-de-France

1- Les partenariats

Des conventions sont signées entre l'ARS Ile de France et la DCGDR pour le régime général et par la MSA.

- La Convention relative aux modalités de partenariat entre l'Agence Régionale de Santé et les organismes d'assurance maladie de la région Ile-de-France, signée en 2017 et prolongée en 2022 jusqu'en 2028, prévoit les modalités de participation de l'Assurance maladie à la définition et la mise en œuvre du Projet Régional de Santé (PRS3) de l'ARS.
- La Convention de partenariat pour la mise en œuvre du Plan Pluriannuel Régional de Gestion du Risque et d'Efficiences du Système de Soins de la Région (PPRGDRESS) Ile-de-France conclue entre l'Agence régionale de santé et les régimes d'assurance maladie, signée en 2017 pour la durée du plan, et qui prévoit les modalités de travail en commun entre l'ARS et les régimes d'assurance maladie, les modalités d'information, les principes de conception ou d'adaptation des actions de gestion du risque.

Ces actions sont pilotées en partenariat avec :

- L'Assurance maladie,
- Les professionnels de santé et leurs représentants, les usagers, les établissements,
- Les instances régionales et nationales dont l'IRAPS, mais aussi le ministère chargé de la santé, l'ANSM, la HAS, etc.

Leur mise en œuvre par les acteurs de terrain s'appuie sur différents leviers (contractuel, financier, méthodologique...) et sur un réseau de partenaires et d'experts :

- Les contrats conclus avec les établissements de santé qui les engagent dans une démarche de qualité, sécurité et d'efficience de la prise en charge médicamenteuse (CAQES ...) ;
- Les missions des structures régionales d'appui en lien avec les produits de santé, notamment l'OMEDIT, le CPIas, le CRAtb, la STARAQS, les CRPV dont les programmes de travail sont définis conjointement avec l'ARS ;
- Le soutien financier de l'ARS pour les établissements et les professionnels de santé (ex : appel à projet).

2- Le Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES)

La refonte réglementaire du CAQES existant depuis 2018 vise à simplifier le dispositif et à accompagner les établissements dans des objectifs prioritaires de pertinence et d'efficience. Cette simplification se traduit en 2022 par :

- Un contrat d'une durée de 3 ans ;
- Un contrat porté à 3 volets : les produits de santé ; l'organisation des soins (dont transport) ; la pertinence des actes, prescriptions et prestations ;

- Une complémentarité avec la rémunération à la qualité (dispositif IFAQ) : non redondance des indicateurs IFAQ/CAQES, absence d'intéressement sur la qualité dans le CAQES ;
- Une suppression des sanctions en cas de non-atteinte des résultats et création d'un outil pour lutter contre les situations de non-pertinence sur les territoires (levier de mise sous surveillance dont le décret d'application est en attente de publication) ;
- Deux niveaux d'intéressement : un intéressement national et un intéressement régional ;
- Un accompagnement spécifique pour chaque établissement, sur la base d'un plan d'actions à produire par l'établissement ;
- Un contrat qui concerne des établissements ciblés (60 sites géographiques en Ile-de-France) ;
- Un nombre restreint d'indicateurs : 7 indicateurs nationaux et 4 régionaux.

Indicateurs nationaux :

- Prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP),
- Prescription d'ézétimibe,
- Prescription de systèmes de perfusion à domicile (PERFADOM),
- Prescription de pansements,
- Recours aux ambulances par rapports aux transports assis,
- Examens pré-anesthésiques (EPA),
- Réhospitalisation après un épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque (Indicateur pertinence des soins).

Indicateurs régionaux :

- Prescription dans le répertoire des génériques,
- Antibiotiques (suivi de la durée de traitement),
- Parcours périnatalité,
- Développement de la chirurgie ambulatoire.

Un [Guide méthodologique d'accompagnement au remplissage de l'annexe du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiency des Soins \(CAQES\) relative au volet obligatoire \(omedit-idf.fr\)](#) expliquant l'ensemble des indicateurs a été rédigé et transmis aux établissements de santé.

3- Les expérimentations franciliennes dans le cadre de l'article 51

Introduit par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale en avril 2018, le dispositif des expérimentations innovantes en santé s'inscrit dans le cadre d'une démarche de transformation de l'offre en santé et de ses modes de financement pour améliorer la pertinence et la qualité des prises en charge. Il permet aux acteurs de santé de déroger à des règles de droit pour tester des organisations et modèles de financement innovants.

Les expérimentations portent notamment sur :

- La coordination du parcours de santé,
- La pertinence et la qualité des prises en charge sanitaires, sociales ou médico-sociales,
- La structuration des soins ambulatoires et l'accès aux soins.

L'inscription dans le droit commun de ces expérimentations se prépare très en amont, alors même que l'évaluation de ces projets est en cours. L'objectif est de mettre à disposition de chacun – professionnels et patients/bénéficiaires – sur l'ensemble du territoire, les outils développés et testés localement, puis évalués positivement.

C'est ce qui a notamment conduit à prendre trois mesures dans la LFSS 2024 :

- La délivrance d'antibiotiques par les pharmaciens sans prescription médicale préalable, après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique, qui s'inspire de l'expérimentation PharmaOsys,
- La participation des chirurgiens-dentistes à la régulation de la permanence des soins dentaires, qui fait suite à l'expérimentation « Urgences dentaires » dans plusieurs régions dont l'Île de France.
- La création d'un cadre générique (article 46) permettant la mise en place de "parcours coordonnés renforcés", au travers d'un financement collectif d'une équipe pour être adaptable aux besoins des patients et pouvant se déployer entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social. Ces parcours coordonnés renforcés permettront aussi de prendre en charge de nouvelles prestations, aujourd'hui non remboursées, comme l'activité physique adaptée et autres accompagnements diététiques et psychologiques, dès lors qu'elles seront intégrées dans les parcours coordonnés renforcés et évaluées positivement.

Pour les patients, l'amélioration principale réside dans la diminution des errances thérapeutiques – le parcours est coordonné du début à la fin – ainsi que l'accès à des actions de prévention, notamment l'activité physique adaptée, permettant de réduire l'aggravation dans la maladie.

Le fonctionnement en équipe permet de rassembler tous les acteurs nécessaires à une prise en charge pluri-professionnelle.

Les parcours coordonnés renforcés placent le patient au cœur de sa prise en charge en fédérant une équipe de professionnels autour de son parcours de santé.

Les premiers parcours coordonnés devraient ainsi voir le jour d'ici 2025 grâce à cette mesure :

- Un parcours autour de la prise en charge médicale de l'obésité, issu notamment de l'expérimentation EMNO (espace médical nutrition et obésité),
- Et, les parcours de rééducation offrant une alternative de proximité aux hospitalisations de longue durée en soins médicaux et de réadaptation : un parcours de rééducation cardiaque en soins de ville, issu notamment de l'expérimentation Structures Libérales Légères ; et un parcours de rééducation respiratoire à domicile issu notamment de l'expérimentation Occitan'air.

4- L'appel à projets pour l'amélioration de la pertinence des parcours de soins et de la coordination ville hôpital

En 2023, un premier appel à projets a été organisé pour promouvoir des projets visant l'amélioration de la pertinence des parcours de soins et de la coordination de la prise en charge entre les acteurs de la ville, des établissements de santé et des établissements médico-sociaux. Il sera reconduit annuellement.

Le projet proposé devait porter sur une des 2 thématiques prioritaires suivantes :

1-L'amélioration du lien ville - hôpital pour la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques.

2- Le parcours médicamenteux.

Un intérêt particulier a été accordé aux projets qui bénéficient aux populations de patients les plus à risques, ainsi qu'aux événements les plus porteurs de risques (poly pathologiques, relevant de parcours complexe, socialement vulnérables), et s'inscrivant dans une logique territoriale.

Dans le cadre de cet appel à projets 65 dossiers ont été reçus, et 8 projets ont été retenus (Cf. annexe 3).

III. Les travaux inscrits au Projet Régional de Santé 3 et participant à la démarche d'amélioration de la pertinence des soins

Dans la continuité des travaux menés dans le cadre du précédent PAPRAPs 2016-2019, les démarches d'amélioration des pratiques se poursuivent sur la pertinence médicamenteuse, la lutte contre l'antibiorésistance, la périnatalité, et le parcours insuffisance cardiaque. Egalement, des dispositifs ont été mis en place par l'ARS et l'Assurance maladie sur le champ de la santé mentale. L'ARS IDF est également pilote sur le parcours épilepsie.

1- La politique régionale des produits de santé : un usage raisonné, durable des médicaments et une amélioration des parcours médicamenteux

La politique régionale du médicament s'attache à concilier l'accès aux produits qu'ils soient matures ou innovants, leur bon usage garantissant la qualité/sécurité et un recours raisonné pour garantir la soutenabilité des dépenses des produits de santé mais aussi l'écoresponsabilité. Afin d'atteindre ces objectifs, la politique régionale fédère les acteurs autour d'un programme commun et consiste à animer territorialement des actions, à développer ou diffuser des outils et dispositifs utiles aux professionnels et aux patients. Elle prend en compte les besoins spécifiques de la population de la région avec ses réalités épidémiologiques et socio-démographiques. Par des actions ciblées et personnalisées, les produits de santé pourront bénéficier à tous les patients et notamment aux personnes les plus éloignées du système. La pertinence des produits de santé, actes, prescriptions, et des parcours médicamenteux s'impose comme un levier incontournable de cette politique.

La pertinence des prescriptions passe par la réduction des risques évitables en limitant la poly médication notamment chez la personne âgée et une meilleure diffusion des recommandations auprès des professionnels de santé.

Près de 10 000 décès par an seraient liés à une erreur médicamenteuse ou un effet indésirable – c'est trois fois plus que les accidents de la route. Les personnes âgées constituent une population fortement touchée par ce phénomène responsable de 10 à 20 % des hospitalisations des plus de 75 ans. En cause notamment, la forte consommation de médicaments. En Ile-de-France, près de 20% des patients âgés de plus de 75 ans reçoivent quotidiennement plus de 10 médicaments⁷. La prévention de la iatrogénie médicamenteuse par l'Assurance Maladie chez la personne âgée fait l'objet d'une campagne spécifique d'accompagnement en EHPAD. Pour compléter et réaffirmer cet objectif, la diminution de la poly médication chez le sujet âgé a été inscrite dans les objectifs des PRS successifs et notamment du PRS3. Pour éviter les prescriptions inappropriées, une liste préférentielle⁸ de médicaments adaptés au sujet âgé a été diffusée auprès des prescripteurs et des équipes soignantes des EHPAD engagés dans le « plan d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse de l'ARS ». Plus de 280 EHPAD franciliens se sont engagés. Les résultats du bilan à 5 ans très favorables d'un point de vue qualitatif laissent apparaître la nécessité de réajuster les actions d'amélioration de la prescription. L'accompagnement des EHPAD volontaires sera repensé en lien avec l'Omedit Ile de France pour amplifier l'usage des bilans médicamenteux et de la conciliation médicamenteuse en lien avec le déploiement du volet de synthèse médical tout au long du parcours. Les approches non médicamenteuses globales seront promues. En population générale, elles ont aussi fait leurs preuves : l'activité physique adaptée qui peut être désormais prescrite pour des pathologies chroniques en est un bon exemple. Le réseau Morphée, association financée par l'Agence, encourage également la

⁷ Données DREES dans le cadre de l'élaboration du PRS2.

⁸ MedEHPAD

diminution de l'utilisation des médicaments psychotropes dans les troubles du sommeil par des formations comportementales.

La pertinence d'une prise en charge réside également dans le dialogue entre un médecin et son patient, pleinement acteur de son parcours de soins et dans une meilleure coordination des acteurs lors du parcours.

La culture du « tout médicament » est bien ancrée, la « déprescription » se heurte à de multiples barrières à la fois liées au prescripteur, au patient. Il faut prendre le temps de revoir le rapport bénéfice/risque des traitements et d'en discuter avec le patient. Le PRS3 invite les acteurs du soin médecins, pharmaciens, patients, aidants à engager des conversations notamment sur l'utilisation excessive des médicaments. Les efforts de ces professionnels pour aider les patients à faire des choix pertinents en intégrant leur parole et leur environnement socio-économique (habitat, professionnel, familial, etc.) à chacune des phases du parcours, au travers de l'éducation thérapeutique du patient seront soutenus.

Lors d'une conciliation médicamenteuse, l'ensemble des traitements pris et à prendre par le patient sont répertoriés. L'enjeu de la démarche est de sécuriser le parcours du patient et réduire le risque d'iatrogénie en prévenant ou en interceptant les erreurs médicamenteuses mais aussi favoriser la coordination pluri-professionnelle. L'Agence s'est engagée, depuis 2015, en faveur d'un déploiement régional et collectif de cette activité afin que les patients les plus à risque, où qu'ils se trouvent en région, puissent en bénéficier (5 Appels à projet entre 2016 et 2022, formations, fiche patient, outils dont 5 vidéos pédagogiques co-portées ARS/HAS/APHP). Pour mieux impliquer les professionnels de santé du secteur ambulatoire, les appels à projets successifs ont invité les professionnels de ville à être à l'initiative de ces projets. En 2024, l'axe choisi sera de poursuivre la conciliation médicamenteuse, la pharmacie clinique à l'hôpital et les bilans de médication à l'officine mais également de développer les échanges entre pharmaciens hospitaliers et officinaux en s'appuyant sur des solutions numériques. Afin d'assurer une transmission des informations essentielles à la poursuite de la prise en charge médicamenteuse à la sortie de l'hôpital, la HAS a émis des recommandations sur le volet médicamenteux de la lettre de liaison et une formation en ligne est proposée par l'OMEDIT Ile de France pour aider les professionnels à mieux remplir et à mieux transmettre les éléments.

Dans le domaine des produits de santé, la pertinence, l'efficacité, et le développement durable sont interconnectés.

Il convient toujours d'éviter les prescriptions inutiles et de prescrire lorsque cela est possible un médicament qui, à moindre coût apporte un service médical rendu identique. Cela d'autant plus que cet usage efficient contribue à la soutenabilité du financement du système de santé qui est une des conditions de sa pérennité. Les progrès thérapeutiques doivent pouvoir bénéficier à tous dans un cadre pertinent. Afin de permettre un choix adapté des produits innovants, les documents Juste Prescription de l'Omedit ile de France fournissent des informations sur le bon usage et le financement des médicaments innovants et/ou onéreux relevant de la liste en sus (plus d'une centaine de DCI). C'est pourquoi également la politique régionale des médicaments en IDF intègre la promotion de l'usage des biosimilaires et génériques par leur inscription dans les objectifs des CAQES ou par l'incitation financière. Enfin, la limitation d'usage des médicaments, la réutilisation des dispositifs médicaux et la limitation de production de déchets contribuent à la démarche d'écosoin qu'il convient de diffuser largement dans tous les secteurs⁹.

⁹ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-prs-2023-2028>

Un niveau élevé de prescription de biosimilaires constitue un enjeu majeur pour la soutenabilité du système de santé et de financement d'un égal accès à l'innovation thérapeutique. Ainsi, la convention médicale 2024¹⁰ fixe des objectifs chiffrés et un mécanisme d'incitation financière valorisant l'augmentation du nombre de patients auxquels sont prescrits, conformément aux recommandations de bonne pratique, des médicaments biosimilaires par les médecins libéraux. De même, la convention pharmaceutique¹¹ prévoit des rémunérations forfaitaires ou sur objectif pour favoriser l'utilisation des biosimilaires notamment grâce à la substitution en officine.

2- La lutte contre l'antibio résistance, une priorité pour la santé publique

La France a conçu sa stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance autour de deux piliers complémentaires : d'une part, la prévention et le contrôle des infections (vaccinations, mesures barrières, hygiène et désinfection des mains) et d'autre part, le bon usage des antibiotiques. L'objectif du bon usage est de réduire la consommation des antibiotiques, qui est la première cause d'émergence de résistance bactérienne par pression de sélection, notamment dans le microbiote.

La région Île-de-France est la 5ème région plus grosse consommatrice d'antibiotiques en France. Malgré les progrès accomplis, la France reste l'un des plus gros prescripteurs d'antibiotiques. En 2021, en Île-de-France, la consommation est de 5% supérieure à la moyenne nationale. La résistance bactérienne est également supérieure en Île-de-France, avec notamment des taux E.coli producteur de bêtalactamase à spectre élargi (BLSE) de 4,7% en ville (contre 3% en moyenne nationale), et 13,7% en EHPAD (contre 7,7% en moyenne nationale) (données PRIMO, SpF). Pour inverser la tendance, la création en 2022 d'un Centre Régional en Antibiothérapie (CRAtb), permet de mobiliser plus largement tous les acteurs franciliens pour le bon usage. Ce CRAtb permet aussi d'accélérer le travail en réseaux - en ville comme à l'hôpital - en synergie avec le Centre de Prévention des Infections associé aux soins (CPias) Île-de-France.

L'approche territoriale en réseau est en voie de construction avec les Equipes Multidisciplinaires en Antibiothérapie (EMA). Près de 90% des antibiothérapies sont initiées en ville et lors des consultations (1 consultation sur 6) en médecine générale. 70% des antibiotiques prescrits en ville le sont pour des infections respiratoires (hautes et basses) et 40% de ces prescriptions seraient inappropriées. Face à ces constats, l'utilisation raisonnée des antibiotiques s'impose. L'outil en ligne d'assistance à l'antibiothérapie Antibioclic est promu depuis plusieurs années auprès des médecins de ville franciliens qui l'utilisent désormais pour 80% d'entre eux. La promotion de l'usage des TROD notamment en officine est incontournable. En période de tension d'approvisionnement, le mémo d'aide à la prescription antibiotique du CRAtb est un outil précieux pour favoriser la pertinence des prescriptions. Le renforcement d'équipes multidisciplinaires en antibiothérapie (EMA) va permettre de structurer territorialement la lutte contre l'antibiorésistance. Elles deviennent ambassadrices territoriales du bon usage avec des actions de conseils en antibiothérapie, également, des actions stratégiques vers les 3 secteurs de soins : avec les référents en infectiologie d'autres hôpitaux, avec les libéraux (notamment via les CPTS) et par convention avec les cliniques et les EHPAD. Le CRAtb Île-de-France assurera

¹⁰ <https://www.ameli.fr/paris/medecin/negociations-conventionnelles/texte-final-convention-medicale-2024>

¹¹ Cf. en particulier l'avenant 1 à la convention pharmaceutique du 9 mars 2022 ; <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2024-06-10-cp-avenant-1-convention-pharmaciens>

l'animation du réseau des EMA, auquel toutes les équipes d'infectiologie franciliennes sont invitées à s'associer largement à partir de 2024.

A l'issue de 2 appels à candidatures régionaux, 12 premières EMA franciliennes sont subventionnées depuis 2023 par l'ARS pour une couverture progressive du territoire : GHT, Henri Mondor à Créteil (94) ; St Louis-Lariboisière (75), EMA2B (Bichat/Beaujon 75/92), Hôpital Saint-Joseph/Marie Lannelongue (75/92), Argenteuil (95), CHI Villeneuve Saint-George (94), Centre hospitalier Sud Francilien (91), Melun/Fontainebleau (77) et Avicenne (93) mais aussi 2 EMA pédiatriques basées à l'hôpital Robert Debré, et Trousseau/CHIV (75/94), les enfants, et en particulier les 0-4 ans, étant la population la plus consommatrice d'antibiotiques.

A l'hôpital, la démarche repose sur l'action combinée des référents en antibiothérapie et de l'astreinte francilienne d'infectiologie. Dans le secteur hospitalier, le rôle des référents en antibiothérapie est majeur pour le pilotage de la lutte contre l'antibiorésistance par la diffusion des bonnes pratiques et le conseil. Sous l'impulsion de l'ARS et de la collégiale des infectiologues d'Île-de-France, une astreinte francilienne d'infectiologie (AFI), désormais coordonnée par le CRATb, a été mise en place en 2016 en établissements de santé (numéro unique 01 46 61 15 00). Des infectiologues seniors volontaires de toute l'Île-de-France participent à cette astreinte régionale dans le cadre de la permanence des soins. Elle prend le relais des référents la nuit, les week-ends et les jours fériés pour aider leurs confrères hospitaliers pour les avis infectieux complexes et urgents, principalement pour les antibiothérapies complexes ou en cas de Bactéries Multi-Résistantes (BMR).

. Les structures d'appui franciliennes Omedit, CRATb et CPIas mettent leur expertise au service des professionnels et des usagers. L'implication du patient et la coordination des acteurs sont essentielles. Il s'agit pour l'ARS Île-de-France d'aider tous les acteurs du soin et les patient à agir pour lutter contre l'utilisation excessive des antibiotiques. Renforcer l'engagement contre la résistance aux antibiotiques, en favorisant l'approche « Une seule santé », est un nouveau tournant dans une démarche pluridisciplinaire en prônant le principe d'utilisation prudente et responsable des antibiotiques et les mesures de prévention et de contrôle des infections dans tous les secteurs. Cette approche est désormais inscrite dans le PRS3.

3- La périnatalité, une des priorités du PRS3

➤ La pertinence des césariennes programmées à terme et comparaison des pratiques obstétricales

Les objectifs identifiés dans le PAPRAPS 2016-2019 étaient de réduire les écarts de pratique des césariennes programmées à terme en Ile de France et de réaliser les césariennes programmées à terme après 39 semaines d'aménorrhées pour les grossesses mono-fœtales. 11 maternités ont signé un CAQES en 2018, basé sur les recommandations HAS 2012. Le taux de césarienne a augmenté dans 6 maternités, baissé dans 4 maternités et reste stable dans 1 maternité.

Evolution des taux globaux : En 2022 les écarts persistent (de 14,8% à 52,3% tous types confondus) et y compris pour une population à bas risque de césarienne (à terme, unique, présentation céphalique, sans utérus cicatriciel) de 5,8% à 36,4%. Le taux de réalisation des césariennes programmées avant 39 semaines d'aménorrhées reste variable aussi même dans les centres périnatals de type I.

Les maternités d'Ile de France disposent d'un profil « césarienne » mis à jour annuellement sur le site [PERINAT-ARS-IDF](#). Le retour est destiné aux professionnels même si l'accès du site est ouvert au public et sa diffusion est demandée aux dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité.

Un travail plus particulièrement destiné aux usagers a été mené avec production d'informations sur les pratiques obstétricales (modes d'accouchement, pratiques de l'épisiotomie, de l'analgésie péridurale), pouvant être comparatives ; il est mis à jour annuellement par le SESAN sur le site [accouchements.idf \(sante-idf.fr\)](http://accouchements.idf (sante-idf.fr)). Ce travail est partagé avec l'ARS PACA.

➤ Le parcours périnatalité

L'une des priorités du PRS3 est de garantir aux femmes un parcours de soin adapté à leur besoin, l'ARS a mis en place des dispositifs afin d'assurer la continuité du parcours pré et post natal en ville et éviter les ruptures de parcours ou le renoncement aux soins.

- [Le CAQES signé en 2022](#)

Dans le cadre de la première évaluation du CAQES en Ile de France (2023 sur les données 2022), les résultats sont à améliorer pour 2 des 3 indicateurs du parcours périnatalité.

L'audit sur les dossiers patients en auto évaluation montre que la traçabilité de l'entretien prénatal précoce n'est pas retrouvée dans le dossier patient pour la plupart des établissements ciblés (11 sur 13 ES ciblés). Les résultats sur la traçabilité de la visite post-natale sont positifs puisque 11 ES sur 13 ciblés atteignent l'objectif.

Les réunions pluridisciplinaires avec les professionnels de ville ne sont pas toujours organisées (5 ES n'organisent pas de réunion annuelle sur les 15 ES ciblés).

Suite à l'organisation de cet audit, certains établissements ont défini un plan d'actions visant l'amélioration des pratiques.

- [L'accompagnement du parcours périnatal en sortie de maternité en territoire défavorisé et/ou repérage de vulnérabilités](#)

Un appel à projets a retenu 5 maternités fin 2023 (sur 6 candidats) pour financer un temps de sage-femme permettant de soutenir l'allaitement maternel et d'organiser l'accompagnement adapté après repérage des vulnérabilités, et selon les besoins, en lien avec les structures sociales ou de santé mentale périnatale, HAD, PMI, médecins de ville ou sages-femmes libérales. L'évaluation prévue reposera sur les modalités de repérage, les liens avec les structures, le taux d'allaitement maternel, la durée de séjour en maternité, le taux de ré hospitalisation pour motif maternel ou néonatal.

- [L'accompagnement du parcours périnatal en sortie de maternité avec personnalisation de la durée de séjour en maternité en vue de permettre des accouchements ambulatoires](#)

L'appel à projets de fin 2023 comportait un 2^e volet pour les situations repérées comme physiologiques et selon le souhait des usagers de sortie ultra-précoce : 7 candidatures ont été retenues sur 10 candidats, en vue de financer du temps de sage-femme ou d'auxiliaire de puériculture et d'assistant administratif. L'évaluation reposera sur les modalités de repérage et de consentement, la durée de séjour, la satisfaction des usagers et des personnels ainsi que le taux de ré hospitalisation pour motif maternel ou néonatal.

Pour ces 2 appels à projets, le développement d'outils numériques de mise en lien de professionnels et comportant les échanges de données médicales, est à construire.

➤ La revue des cas de mortalité périnatale proche du terme

L'IDF accueille en 2024 la mission exploratoire de la FFRSP (Fédération française des réseaux de santé en périnatalité) /DGS dans les maternités de 2 territoires de dispositifs spécifiques régionaux de périnatalité (Paris et réseau Naitre dans l'Est francilien).

Une extension est faite à 2 autres territoires (Yvelines et réseau PérinatIF Sud) avec un volet portant sur la qualité de l'enregistrement, l'amélioration de la connaissance des causes couplées à la revue des cas dans le but de réduire la mortalité périnatale, supérieure en IDF (11,4/1000 naissances totales) par rapport aux autres régions de France hexagonale hors IDF (10,0/1000 naissances totales).

➤ Les accouchements « outborn »

Une évaluation et revue des cas d'accouchements qui se sont produits dans une structure inadéquate sur le plan de la prise en charge néonatale (principalement en cas de prématurité) est réalisée annuellement par la cellule régionale des transferts in utero d'IDF avec retours à chaque territoire de dispositif spécifiques en périnatalité.

➤ Les dispositifs de prévention

La maternité et la petite enfance constituent une période essentielle pour le développement et la construction de l'enfant. Les « *1 000 premiers jours* » désignent, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'ensemble de la période allant de la grossesse jusqu'aux 2 ans de l'enfant. Cette période doit faire l'objet d'une attention toute particulière, en raison de ses conséquences de long terme sur le développement de l'enfant, ses capacités d'apprentissage, ainsi que son avenir en bonne santé et les risques futurs de maladie à l'âge adulte.

La santé de la mère pendant la grossesse influe directement sur la santé de l'enfant et constitue un déterminant essentiel de sa santé à plus long terme.

Avant la grossesse même, l'Assurance maladie promeut l'entretien préconceptionnel avec un professionnel de santé qui pourra répondre aux interrogations et informer les futurs parents, ainsi qu'un bilan de santé permettant de prévenir de nombreuses complications. Les entretiens prénatal et postnatal (obligatoire) ainsi que les examens de suivi de l'enfant sont des temps importants qui seront rappelés à l'assurée (une fois la grossesse déclarée).

Pour accompagner les futurs parents, les caisses primaires d'assurance maladie proposent (sur invitation) à échéance régulière des **ateliers collectifs maternité dédiés à la santé**, partie intégrante du parcours maternité. Ces ateliers s'inscrivent dans le cadre de la politique publique des 1 000 premiers jours citée plus haut, en complémentarité d'autres actions mises en œuvre également dans le cadre de la feuille de route des « *1 000 premiers jours* ». Ces ateliers visent à proposer aux femmes enceintes et à leur conjoint, une offre de prévention, d'accompagnement et de suivi, structurée à tous les stades de la grossesse et du développement de l'enfant dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé. Les sujets abordés sont : le suivi de la grossesse et du post partum, le rôle des professionnels de santé et notamment des sages-femmes dans ce parcours, les comportements à

adopter favorables à la santé de la femme et de l'enfant et notamment l'hygiène bucco-dentaire (bilan bucco-dentaire 100% pris en charge par l'Assurance maladie à partir du 1er jour du 4^e mois de grossesse), les perturbateurs endocriniens etc... Il pourra aussi être abordé des sujets d'actualité comme la protection contre la bronchiolite en période hivernale.

En parallèle de ces ateliers, des webinaires sur l'alimentation de l'enfant, des ateliers préparation naissance ou encore des web-ateliers sur la promotion de l'hygiène buccodentaire (lutte contre le syndrome du « biberon sucré ») peuvent être proposés.

Enfin, des appels à projets sont lancés dans les départements franciliens par les caisses pour élargir les actions et travailler en partenariat avec les associations et autres acteurs du secteur du territoire.

4- Le parcours insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque chronique (ICC) est une priorité de santé publique du fait de l'augmentation de la prévalence de cette pathologie liée au vieillissement de la population. 80% des patients ICC ne sont pris en charge qu'en ville et pour eux, l'objectif est de retarder/éviter la première hospitalisation, 20% des patients ICC les plus graves sont fréquemment hospitalisés et pour eux, l'objectif est de retarder/diminuer les ré-hospitalisations. Pour tous, l'objectif est d'améliorer la prise en charge de cette maladie chronique en ambulatoire, de diminuer la mortalité, d'augmenter l'hospitalisation directe (sans passer par les urgences).

En 2016, l'ARS avait été alertée par un établissement de santé sur des décompensations cardiaques rapides après la sortie de l'hôpital entraînant de nombreuses ré-hospitalisations, signe d'une rupture dans le parcours. Il avait donc été décidé de réaliser une première animation territoriale test dans le 93 Est en 2016, qui avait été bien accueillie.

C'est ainsi que dans le cadre du premier CAQES 2017-2022, volet pertinence, le sujet de l'amélioration du lien ville hôpital par le prisme de l'insuffisance cardiaque chronique a été choisi. L'ARS Île-de-France, l'Assurance maladie et 14 établissements de santé avaient signé des conventions les engageant à organiser chacun 2 animations territoriales à un an d'intervalle. 14 animations territoriales avaient été réalisées en 2018 et 2019 et la dynamique avait été interrompue par la crise sanitaire.

L'Arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un infirmier » a permis de s'engager dans la délégation de tâches au niveau national¹².

Début 2021, des expérimentations dans le cadre de l'article 51 sont développées :

- Le projet **CECICS** (Cellule de coordination de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques sévères) en sortie d'hospitalisation est testé sur 9 sites de l'AP-HP. La cellule s'appuie sur les IDE formés au protocole de coopération ICC et propose tous les dispositifs IC disponibles au patient au moment de la sortie suite à une hospitalisation pour

¹² <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039699411>

décompensation cardiaque. L'objectif essentiel est d'améliorer le maintien à domicile. Le conseil stratégique de l'innovation en santé a rendu un avis favorable à la généralisation du modèle. L'évaluation a en effet conclu à un apport de ce mode de prise en charge en termes de réduction des hospitalisations les plus graves et de mortalité précoce chez les patients concernés et sera suivie d'une période intermédiaire de 12 à 15 mois pour ajuster le passage dans le droit commun.

- Les programmes de télé-réadaptation cardiaque connectée **Read'hy** et **WalkHop**: les expérimentations permettent de tester un nouveau mode de réadaptation cardiaque combinant prise en charge en présentiel et en autonomie avec une solution technique de télé-réadaptation.
- L'expérimentation des **structures libérales légères (SSL)** pour la rééducation des patients coronariens et IC : elle permet de tester un modèle d'organisation libérale alternative au SMR.

➤ **A la sortie de la crise sanitaire, des actions majeures ont été mises en place**

1. Dans le cadre du CAQES 2022-2024, l'indicateur national mesurant le « taux de ré hospitalisation des patients ICC » sera suivi, pendant 3 ans, dans 32 établissements ciblés et pourra faire l'objet d'intéressements.

2. Le projet cardio-gériatrique de l'ARS « généraliser le parcours des personnes âgées ICC pour éviter les urgences » dans le cadre de la Mesure 5 du Pacte de refondation des urgences, a permis de financer 4 mesures au choix dans 22 établissements de santé de la région.

Le projet repose sur 2 axes :

- Hospitaliser directement les patients âgés en décompensation cardiaque sans passer par les urgences.
- Diminuer les hospitalisations/ré-hospitalisations.

Le projet s'appuie sur 4 mesures :

1. La mise en place d'une « **consultation semi-urgente en cas de début de décompensation cardiaque** » portée par l'ES et permettant de soutenir la ville.
2. La mise en place d'une « **consultation de titration** » portée par l'ES et permettant de soutenir la ville.
3. Le recrutement d'un **IDE de coordination (IDEC)** qui travaillera avec la ville (CPTS, EHPAD, DAC) pour faire la promotion de la nouvelle offre hospitalière et pour mettre en place des organisations permettant d'améliorer l'hospitalisation directe dans les services de cardiologie, de gériatrie ou en HAD, selon le profil du patient.
4. La formation d'un(e) IDE au protocole de coopération ICC pour s'engager massivement dans la délégation de tâches.

Un suivi mensuel en 2022 des ES a été réalisé par la référente en cardiologie et les délégations départementales de l'ARS pour la mise en place et le suivi du projet (liens avec les CPTS, avec les EHPAD, avec les DAC, développement de la téléconsultation, télé expertise et télésurveillance,). Le suivi a été interrompu en 2023 du fait de la rédaction du PRS3 mais un suivi trimestriel reste assuré en 2024 avec un bilan prévu en fin d'année.

Ce projet vise à améliorer le parcours ICC sur l'IDF en préparant les ES de la région au passage du forfait CECICS dans le droit commun.

3. Le déploiement à l'échelle nationale du parcours pilote ICC développé en IDF était décidé par décision du Ministère et du DG CNAM, dans le cadre de l'évolution de la stratégie nationale de l'Assurance maladie.

4. Le développement de l'équipe de soins spécialisés en cardiologie (ESS cardio)

L'ESS cardio est une organisation de ville regroupant des cardiologues libéraux (2° recours), développée en lien avec les acteurs du 1° recours (MG, CPTS, MSP, CDS, SAMU, SAU... et tous les autres acteurs ville-hôpital) pour améliorer l'accès à l'expertise cardiologique en ville, en cas d'indisponibilité du cardiologue traitant. Le MG qui a besoin d'un avis d'expert cardiologique contacte le régulateur de l'ESS cardio. Ensemble ils décident de la meilleure prise en charge pour le patient : soit une téléconsultation immédiate à 3 (MG, patient, cardiologue de l'ESS cardio), soit une télé expertise (le MG demande l'avis du cardiologue puis le MG informe le patient), soit une consultation en présentiel chez un cardiologue de l'ESS cardio au plus proche du domicile du patient. Cette ESS cardio est mise en place dans le 75, 94, 93, 77, 91 et couvrira progressivement toute l'IDF.

➤ Les perspectives

L'amélioration du parcours ICC à l'échelle régionale s'inscrit depuis 10 ans dans plusieurs dynamiques : les expérimentations article 51, la délégation de tâches, la mise en place des ESS cardio, les animations territoriales...

Via les animations territoriales, la démarche initialement hospitalo-centrée et cardio-centrée a évolué vers une approche territoriale et pluri-professionnelle avec la constitution progressive d'« Equipes Territoriales ICC » incluant les hospitaliers (cardiologues, gériatres, IDE), les CPTS-EHPAD-DAC... dans l'amélioration du parcours ICC.

L'efficacité de la structuration du parcours ICC s'appuie sur une coopération forte entre l'ARS et l'Assurance maladie ce qui a permis d'organiser les animations territoriales, d'identifier les difficultés et les points de rupture du parcours propres à chaque territoire et de développer une acculturation collective sur l'amélioration du parcours ICC.

Un plan d'actions sera décliné dans les EHPAD afin d'identifier les résidents ICC, de mettre en place un traitement de fond ad hoc à chaque résident ICC, de former le personnel, de mobiliser la HAD et de développer la télésanté en lien avec l'hôpital. Tout ceci pour éviter que les résidents ICC qui décompensent soient dirigés tardivement vers les SAU.

Le parcours ICC dans le PRS 3 s'appuie sur les orientations suivantes : l'incitation au développement de la télésanté, le développement des protocoles de coopération ICC, la poursuite des animations

territoriales permettant d'accompagner les professionnels de santé dans la constitution d'équipes territoriales ICC, la poursuite des accompagnements du CAQES 2022-2024 sur l'ICC.

5- Le parcours pilote épilepsie

➤ Contexte et démarche avec les partenaires

Dans le cadre des chantiers nationaux de la stratégie de transformation du système de santé pilotée par la HAS et la CNAM, l'ARS Ile de France a été identifiée pour la mise en place du parcours pilote épilepsie. La publication par la HAS des guides du parcours de santé de l'adulte et de l'enfant avec épilepsie¹³ donnent un cadre à ces travaux.

L'épilepsie est une atteinte cérébrale caractérisée par la survenue de crises convulsives pouvant s'accompagner de conséquences neuro psychologiques et sociales, avec un retentissement sur la qualité de vie. Ces crises ont de multiples présentations et sont de pronostic variable et peuvent survenir à tout âge de la vie (du nouveau-né à la personne âgée).

L'ARS IDF et l'Assurance Maladie co-pilotent en région l'ensemble des travaux.

➤ Objectifs dans ce parcours pilote

Les objectifs clés du parcours pilote sont les suivants :

- Favoriser la reconnaissance précoce des symptômes et le diagnostic de l'épilepsie.
- Faciliter une orientation efficace des patients vers les professionnels de santé adaptés à leur situation spécifique sur l'ensemble du territoire francilien.
- Améliorer l'accès aux soins et aux examens complémentaires nécessaires dans ce parcours.
- Renforcer les liens Ville-hôpital pour assurer une meilleure coordination entre les acteurs aux différentes étapes du parcours de soins.
- Développer l'accompagnement personnalisé et renforcer l'accompagnement des patients à travers toutes les étapes de la maladie (Education thérapeutique des patients, vie scolaire, vie professionnelle et sociale...).
- Informer les professionnels, les patients et les aidants sur les démarches de pertinence et d'amélioration de la qualité ; diffuser les bonnes pratiques professionnelles.

➤ Méthodologie et travaux réalisés à ce jour

Les travaux conjoints entre l'Assurance maladie et l'ARS IDF ont débuté en 2021, avec la réunion régulière d'un groupe de travail d'experts régionaux.

En l'absence de données sur la pathologie dans la région, un diagnostic territorial a été initié avec la constitution d'une cohorte. Celle-ci a été constituée sur la base des 3 items suivants : ALD épilepsie, consommation de médicaments traceurs, séjour hospitalier avec diagnostic d'épilepsie.

¹³ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3444925/fr/guides-du-parcours-de-sante-de-l-adulte-et-de-l-enfant-avec-epilepsie

Ce diagnostic régional en cours de finalisation a permis d'identifier certains points de ruptures dans la prise en charge des patients.

Un COPIL interne à l'agence a été mis en place réunissant les différentes directions et les référents thématiques concernés par le parcours.

➤ Les prévisions

À ce stade, la poursuite des travaux est prévue avec :

- Un groupe de travail d'experts élargi, en collaboration avec les associations de patients.
- L'Assurance maladie : suivi de la cohorte, mise en place d'indicateurs régionaux et suivi des points de rupture.
- Le COPIL interne ARS (siège et DD).

Les perspectives suivantes sont envisagées :

- L'élaboration d'une cartographie de l'offre de soins de la région.
- Une communication auprès des différents intervenants (notamment sur les bonnes pratiques professionnelles).
- La promotion de l'éducation thérapeutique.

6- Le parcours santé mentale, une des priorités du PRS3

Une altération de l'état de santé mentale des Franciliens s'observe de manière continue depuis 2010, et concerne tout particulièrement les adolescents et les jeunes. Ces besoins en forte hausse s'inscrivent dans un contexte de démographie professionnelle défavorable et de fortes tensions sur l'offre de soins, en ambulatoire comme en hospitalisation. L'enjeu est donc de garantir l'accès aux soins et la continuité des prises en charge, à tous les âges, et tout particulièrement parmi les plus jeunes et les populations les plus vulnérables. L'enjeu est également d'agir sur les déterminants de la santé mentale le plus en amont possible.

Le schéma régional de santé du PRS3¹⁴ [détaille sur le champ de la santé mentale les moyens développés pour répondre aux objectifs suivants](https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/116122/download?inline) :

- Développer l'offre en psychiatrie périnatale dans la région, afin de mieux identifier et prendre en charge les dépressions périnatales et les troubles psychiques sévères des parents ou futurs parents; et par un renforcement des actions de dépistage,
- Structurer la détection et l'intervention précoces des premiers épisodes psychotiques dans la région, dans une logique de prévention ciblée vers les jeunes les plus à risque,
- Structurer le repérage précoce et l'expertise diagnostique des troubles du spectre de l'autisme et des troubles du neuro-développement,
- Améliorer la réponse aux situations de crise et aux urgences psychiatriques,

¹⁴ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/116122/download?inline>

- Renforcer l'accès à l'offre de premiers recours en santé mentale et l'intégration de la santé mentale aux soins primaires,
- Renforcer l'organisation et les moyens des centres médico-psychologiques, adultes et infanto-juvéniles,
- Favoriser la coordination des parcours de santé et la prise en charge globale des patients vivant avec des troubles psychiatriques.

Les campagnes de l'Assurance maladie favorisent la prévention des troubles psychiatriques, et l'amélioration de la prise en charge au travers de dispositifs tels que :

➤ **Dispositif « Mon soutien psy »**

Le dispositif vise l'amélioration du parcours de prise en charge des patients (dès l'âge de 3 ans) en souffrance psychique d'intensité légère à modérée.

Les séances sont remboursées par l'organisme d'assurance maladie obligatoire (60%) et par les complémentaires/ mutuelles (40%).

➤ **Campagne nationale DAM (Délégués Assurance Maladie) sur les visites ados 15/ 16 ans**

La campagne des DAM était à destination de médecins généralistes ciblés au national (11 871), la campagne a débuté en octobre 2022 et a pris fin en fin d'année 2023.

Elle avait pour objectifs :

- D'apporter des repères pour aborder la consultation avec un adolescent (spécificités en termes de posture et de langage),
- Leur permettre de repérer les problématiques et les quantifier (information sur les outils disponibles tels que le test BITS : Brimade Insomnie Tabac Stress), en prévention des troubles mentaux (troubles psychologiques, dépressions et addictions),
- Accompagner et si besoin orienter le jeune vers des dispositifs adaptés (maisons des adolescents, fil santé jeunes, etc).

➤ **Campagne nationale d'échanges confraternels sur les antidépresseurs chez les personnes âgées de 65 à 75 ans (décembre 2022 à juin 2023)**

La campagne a ciblé les médecins généralistes (1 282 en IDF) ayant prescrit un antidépresseur à au moins 5 patients âgés de 65-75 ans, initiés entre le 01/12/2019 et le 30/11/2020 et dont le traitement a duré moins de 12 mois.

Les médecins généralistes ciblés ont été accompagnés par les praticiens conseils par des échanges confraternels (recommandations, profil, mémo, vidéos d'expert).

La pathologie est souvent sous-diagnostiquée et la prise en charge inadaptée (durée de traitement insuffisante avec risque de rechute ou récurrence). Cette population de patients est fragile car souvent poly-pathologique et polymédiquée, avec risque d'iatrogénie. Les trois quarts des prescripteurs initiateurs de traitement anti dépresseur sont des médecins généralistes. L'objectif est d'améliorer le diagnostic de la dépression (bien caractériser un épisode dépressif, sa sévérité) et sa prise en charge (stratégie thérapeutique, durée de traitement, surveillance et alliance thérapeutique avec le patient).

IV. Les axes de travail validés en instance (IRAPS)

Un état des lieux a été réalisé en collaboration avec les référents thématiques de l'ARS, l'Assurance maladie et les membres de l'IRAPS afin d'identifier les axes de travail prioritaires. La faisabilité de réalisation des actions a ensuite été étudiée en fonctions des moyens alloués.

Les axes de travail du PAPRAPs

Parcours de soins

- 1- Promotion du dépistage des maladies rénales chroniques
- 2- Promotion des outils de liaison en sortie d'hospitalisation
- 3- Promotion de la santé bucco-dentaire
- 4- Promotion des programmes d'éducation thérapeutique du patient

Médicaments

- 1- Etude de l'observance médicamenteuse chez le patient hypertendu, et sensibilisation aux bonnes pratiques.
- 2- Action de sensibilisation grand public sur la gestion de la douleur

Appropriation de la démarche pertinence par les usagers et les professionnels

Création d'un site web de choosing wisely

Chirurgie

- 1- Définition et suivi de nouveaux indicateurs d'évaluation des dispositifs RAC
- 2- Analyse des taux et des causes de ré-hospitalisation pour l'amélioration des pratiques (douleur aiguë en lien avec le GT douleur)
- 4- Promotion des bonnes pratiques via le choosing wisely

Imagerie

- 1- Réalisation d'un audit de pratiques des prescriptions des actes d'imagerie dans les SAU
- 2- Promotion des bonnes pratiques de prescription (SAU, et MG)

Accès aux soins pour les personnes handicapées

- 1- Standardisation du DLU (dossier de liaison d'urgence)
- 2- Définition d'outils facilitant la mission du référent handicap en ES pour l'amélioration du parcours de soin du patient

1- La pertinence dans les parcours de soins

➤ Promotion du dépistage des maladies rénales chroniques (MRC)

La maladie rénale chronique (MRC) fait partie des 10 maladies chroniques retenues dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (STSS).

C'est une maladie fréquente et grave, à forts enjeux de santé publique :

- 7 à 10 % de la population française présenterait une atteinte rénale. Le dépistage reste insuffisant, la découverte se faisant parfois aux stades évolués de la maladie ;
- Si le risque d'évolution vers le stade de suppléance nécessitant la dialyse ou une greffe rénale est faible dans l'absolu (prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale de l'ordre de 1 pour 1 000), l'existence d'une maladie rénale chronique augmente le risque d'évènements cardiovasculaires et de mortalité cardiovasculaire ;
- Le nombre de patients en traitement de suppléance augmente de manière régulière, environ + 4 % chaque année ;

Malgré des effectifs relativement faibles (98 427 bénéficiaires), le poids économique de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) n'est pas négligeable du fait d'une dépense annuelle moyenne par patient extrêmement élevée (41 701 euros) (Cf. Charges et Produits 2022).

- L'hypertension et le diabète sont responsables à eux seuls de près d'un cas sur deux de MRC.

La version actualisée en 2021 du Guide du parcours de soins « Maladie rénale chronique de l'adulte » de la HAS, mis à jour en septembre en 2023 permet de décrire selon les situations, les différents parcours de soins qui seraient à promouvoir/accompagner :

- aux stades précoces de la MRC ou pour les formes stables : la prise en charge en médecine de ville coordonnée par le médecin généraliste,
- aux stades avancés ou pour les formes progressives avec risque d'évolution vers l'insuffisance rénale chronique terminale : la prise en charge spécialisée coordonnée par le néphrologue,
- lorsque l'évolution vers l'insuffisance rénale chronique terminale est anticipée dans les deux ans : la prise en charge par une équipe multidisciplinaire coordonnée par un infirmier(ère) de parcours ou en pratique avancée, pour engager le patient dans une démarche de décision partagée du choix de traitement de suppléance (greffe ou dialyse) ou d'une prise en charge sans dialyse ni greffe envisagées parfois appelée aussi « traitement conservateur », ainsi que pour préparer au traitement de suppléance lorsque celui-ci a été choisi,
- en précisant les particularités de parcours chez les personnes âgées.

Au regard d'un diagnostic de maladie rénale chronique trop souvent tardif et à un stade avancé, et en attendant le déploiement du parcours complet, une action plus spécifiquement orientée sur le dépistage de la MRC pourrait dans un premier temps être rapidement proposée aux professionnels de santé, en effet :

- La population cible est facilement identifiable,

- Les examens de dépistages sont simples: créatininémie (avec estimation du DFG selon formule CKD-EPI) et ratio albuminurie/créatininurie,
- Des outils (1ère partie d'un outil de diagnostic territorial concernant le dépistage, flyer thématiques, mémo patient et diaporamas de présentation de la MRC) ont été élaborés dans le cadre de groupes de travail CNAM/ Réseau AM/ ARS.

➤ Promotion des outils de liaison pour la préparation de la sortie

La lettre de liaison en sortie d'hospitalisation est un élément clé de la continuité des soins.

Signée par un médecin de l'établissement et adressée au médecin de ville ou à la structure de transfert, elle est remise au patient le jour de sa sortie. Elle résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville » ou « hôpital/structure de transfert ».

Elle a été rendue obligatoire dès le 1er janvier 2017 (cf. le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison). Pourtant, malgré cette obligation réglementaire, la lettre de liaison reste encore insuffisamment réalisée ou incomplète. Ce constat ressort de l'évaluation de l'indicateur « qualité de la lettre de sortie » (QLS) par la HAS¹⁵ montrant des résultats insatisfaisants en 2022 (données 2021), avec une moyenne de 55,8 points pour l'indicateur QLS MCO et 61,7 pour l'indicateur QLS chirurgie ambulatoire.

Depuis 2018, l'engagement d'améliorer l'information relative aux médicaments au sein de la lettre de liaison figurait au titre des CAQES pour les 318 établissements signataires.

Pour aller plus loin, l'Assurance maladie a lancé en 2023 une campagne nationale visant à accompagner les établissements de santé ayant les scores les plus faibles. Pour l'IDF, 78 établissements ont été retenus. A fin décembre 2023, les équipes franciliennes de l'Assurance maladie, en lien avec l'ARS IDF, ont rencontré un total de 71 établissements de santé.

Ces rencontres sont l'occasion de réaliser avec l'établissement volontaire un diagnostic des freins et leviers relatifs à la qualité de la lettre de liaison. À l'issue de ce dialogue, l'établissement de santé pourra élaborer **un plan d'actions** visant à l'amélioration de la qualité de la lettre de sortie.

➤ Promotion de la santé bucco-dentaire

- Eléments de contexte ¹⁶

Les pathologies bucco-dentaires représentent un enjeu majeur de santé publique car elles touchent une majorité de la population, elles sont un marqueur avéré des inégalités sociales de santé et elles ont des répercussions majeures sur la santé générale alors même qu'il s'agit pour la plupart, de pathologies évitables par des mesures de prévention.

¹⁵ L'indicateur sur la qualité de la lettre de sortie (QLS) fait partie des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) développé et validé par la HAS.

¹⁶ DREES. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. Juillet 2013
Société Française de chirurgie orale. Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires. Recommandations. 2012

« **Focus parodontite** » : La parodontite est une maladie inflammatoire chronique des tissus de soutien des dents. La moitié des personnes de plus de 35 ans présente un problème parodontal avec, dans 10% des cas, une forme sévère de la maladie.

L'Organisation Mondiale de la Santé, elle-même, reconnaît qu'une mauvaise santé bucco-dentaire est un facteur non négligeable de maladie en général. En effet, les **foyers infectieux bucco-dentaires (notamment les parodontites) sont des facteurs d'apparition, de déséquilibre ou d'aggravation de certaines maladies générales, notamment de maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, polyarthrite rhumatoïde...)** mais aussi de l'endocardite infectieuse. Une mauvaise santé bucco-dentaire peut également avoir des répercussions sur la grossesse (risque de prématurité ou de pré-éclampsie), sur la nutrition (risques de dénutrition chez les personnes âgées), mais aussi sur le bien-être et la qualité de vie quotidienne (douleurs générées et inconfort).

Les foyers infectieux bucco-dentaires peuvent également retarder la mise en œuvre de traitements médicaux (certaines chimiothérapies, immunosuppresseurs, bisphosphonates...) ou de certaines interventions chirurgicales programmées comme la pose d'une prothèse orthopédique.

- [Objectifs](#)

Objectif stratégique du Projet régional de santé 2023-2028 (Fiche santé bucco-dentaire de l'Axe 2) :

- Renforcer la prévention bucco-dentaire et promouvoir la santé orale comme facteur incontournable de bonne santé générale

Objectif opérationnel du PAPRAPS 2024-2027 :

- Inclure la santé orale dans certains parcours de soins pour lesquels il est avéré qu'une mauvaise santé bucco-dentaire risque de déclencher des complications, déséquilibrer ou aggraver l'état de santé ou la pathologie.

- [Parcours de soins identifiés](#)

- [Diabète](#) ^{17 18 19 20}

Le diabète et les maladies parodontales sont intimement liés : d'une part les parodontites sont considérées comme la sixième complication du diabète (60% des patients diabétiques ont une maladie parodontale) tandis que les maladies parodontales ont elles-mêmes un impact sur l'incidence du diabète, ses comorbidités et sur le contrôle de la glycémie.

En effet, les études épidémiologiques montrent que les patients présentant une parodontite ont plus de risque de développer un pré diabète et un diabète de type 2, et que les patients diabétiques présentant une parodontite ont plus de complications ou des complications plus graves (rétinopathie, complications rénales) que ceux n'en ayant pas.

¹⁷ Brun A, Detzen L, Rangé H, Gosset M. Relation entre parodontites et autres maladies chroniques de l'adulte. EMC - Médecine buccale 2020;0(0):1-18 [Article 28-372-A-10].

¹⁸ Herrera D, Sanz M, Shapira L, Brotons C, Chapple I, Frese T, Graziani F, Hobbs FDR, Huck O, Hummers E, Jepsen S, Kravtchenko O, Madianos P, Molina A, Ungan M, Vilaseca J, Windak A, Vinker S. Association between periodontal diseases and cardiovascular diseases, diabetes and respiratory diseases: Consensus report of the Joint Workshop by the European Federation of Periodontology (EFP) and the European arm of the World Organization of Family Doctors (WONCA Europe). J Clin Periodontol. 2023 Jun;50(6):819-841. doi: 10.1111/jcpe.13807. Epub 2023 Mar 22. PMID: 36935200.

¹⁹ Loe H. Periodontal disease. The sixth complication of diabetes mellitus. Diabetes Care 1993;16:329-34

²⁰ Borgnakke WS. Effect of periodontal disease on diabetes: systematic review of epidemiologic observational evidence. J Clin Periodontol 2013;40(Suppl. 14):S135-52.

Ainsi, le dépistage et le traitement de la parodontite est un élément important du parcours de soins du patient diabétique, d'autant plus que l'Assurance maladie prend désormais en charge à 100% le bilan parodontal et le traitement non chirurgical de la parodontite (surfaçage radiculaire) chez les patients diabétiques de type 1 et de type 2 reconnus en affection de longue durée (ALD 8).

Actions proposées :

Objectifs des actions : promouvoir la prise en charge bucco-dentaire des patients diabétiques avec en premier lieu la réalisation de bilans bucco-dentaires systématiques et réguliers pour ces patients.

Plan de communication prévisionnel (non arrêté) :

- Sensibilisation des patients :
 - Communication sur les sites internet d'association ou de fédération de patients
 - Sensibilisation des patients par les infirmières du programme SOPHIA de l'Assurance Maladie
[Accompagnement des malades chroniques : sophia | ameli.fr | Assuré](#)
- Sensibilisation des professionnels de santé :
 - Proposer un webinaire de formation aux médecins généralistes en lien avec la structure d'expertise ressources diabète (SER) régionale [SER Diabète IDF | Association Régionale Expertise & Ressource Diabète en Île-de-France \(ser-diabete-idf.org\)](#)
 - Réaliser une communication destinée aux chirurgiens-dentistes via l'assurance maladie permettant de diffuser des fiches de bonnes pratiques
 - Contacter les CPTS travaillant sur le parcours de soins diabète afin de s'assurer qu'elles incluent un bilan bucco-dentaire initial et régulier dans le parcours.

○ **Maladies cardio-neuro-vasculaires** ^{17,18,21,22}

Le lien épidémiologique entre les parodontites et les maladies cardiovasculaires est fortement établi. La parodontite augmente le risque de développer une maladie cardio-vasculaire future. La prévention et le traitement des maladies parodontales, simples à mettre en œuvre, permettraient probablement de diminuer l'incidence des accidents cardio-neuro-vasculaires.

• **Accident vasculaire cérébral**

En cas de parodontite, le risque de faire un accident vasculaire cérébral ischémique est significativement augmenté. Sachant que 30 à 40% des AVC récidivent dans les 5 ans, il est important de dépister et de traiter une parodontite chez les patients ayant présenté un accident ischémique transitoire ou un accident vasculaire cérébral ischémique constitué.

Un PHRC est en cours à l'Université Paris Cité et à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris pour évaluer l'impact d'un traitement parodontal chez les patients ayant eu un AVC ischémique.

Actions proposées :

Objectifs des actions : promouvoir la prise en charge bucco-dentaire des patients ayant présenté un accident ischémique transitoire ou un accident vasculaire cérébral ischémique constitué.

Plan de communication prévisionnel (non arrêté) :

- Sensibilisation des patients :
 - Communication sur le site internet des associations de patients
 - Communication ciblée de l'Assurance Maladie (faisabilité à étudier)

²¹ Tonetti MS, Van Dyke TE; working group 1 of the joint EFP/AAP workshop. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. J Periodontol. 2013 Apr;84 Suppl 4S:S24-S29

²² Rydén L, Buhlin K et al. Periodontitis increases the risk of a first myocardial infarction a report from the PAROKRANK study. Circulation. 2016 Feb 9;133(6):576-83

- Sensibilisation des professionnels de santé :
- Intégrer un volet dentaire dans les actions de prévention réalisées par les animateurs de filière AVC
- Communication destinée aux médecins traitants
- Communication destinée aux chirurgiens-dentistes via l'assurance maladie permettant de diffuser des fiches de bonnes pratiques

• Infarctus du myocarde

Le risque de premier infarctus du myocarde est augmenté chez les patients présentant une parodontite. Le dépistage et le traitement de la parodontite est un élément important du parcours de soins du patient coronarien, d'autant plus que l'assurance maladie prend désormais en charge à 100% le bilan parodontal et le traitement non chirurgical de la parodontite (surfaçage radiculaire) chez les patients reconnus en affection de longue durée pour une maladie coronaire (ALD 13).

Actions proposées :

Objectifs des actions : promouvoir la prise en charge bucco-dentaire des patients suivis pour une maladie coronaire.

Plan de communication prévisionnel (non arrêté) :

- Sensibilisation des patients :
- Communication sur le site internet des associations de patients
- Communication ciblée de l'Assurance Maladie (faisabilité à étudier)

- Sensibilisation des professionnels de santé :
- Communication destinée aux cardiologues et aux médecins traitants
- Communication destinée aux chirurgiens-dentistes via l'assurance maladie permettant de diffuser des fiches de bonnes pratiques

- Intégrer l'identification de consultations et de soins dentaires dans le projet « Health Data Hub »

○ Périnatalité ^{23 24}

Concernant la grossesse, il est établi qu'il existe un lien significatif entre parodontite et prématurité, prééclampsie et/ou retard de croissance intra-utérin.

Depuis 2014, l'Assurance maladie a mis en place un examen bucco-dentaire de prévention « femme enceinte » durant leur grossesse, pris en charge à 100% à partir du 4ème mois de grossesse.

Malgré cela, une étude réalisée par l'ARS-IDF en 2023 a montré que seulement 6% des femmes ayant accouché en 2022 en IDF ont bénéficié de cet examen bucco-dentaire « femme enceinte ».

A partir du 25 février 2024, cet examen bucco-dentaire spécifique est étendu à 6 mois après l'accouchement. Il sera également l'occasion d'aborder la santé bucco-dentaire du bébé (éruption dentaire, hygiène bucco-dentaire, alimentation).

²³ Corbella S, Taschieri S, Del Fabbro M et al. Adverse pregnancy outcomes and periodontitis: A systematic review and meta-analysis exploring potential association. Quintessence Int. 2016 Mar ;47(3) : 193-204

²⁴ Le QA, Akhter R, Coulton KM, Vo NTN, Duong LTY, Nong HV, Yaacoub A, Condous G, Eberhard J, Nanan R. Periodontitis and Preeclampsia in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. Matern Child Health J. 2022 Dec;26(12):2419-2443. doi: 10.1007/s10995-022-03556-6. Epub 2022 Oct 8. PMID: 36209308; PMCID: PMC9747857.

Actions proposées :

Objectifs des actions : promouvoir la prise en charge bucco-dentaire des patientes au cours de leur grossesse.

Plan de communication prévisionnel (non arrêté) :

- Sensibilisation des patientes :
 - Communication ciblée de l'Assurance Maladie (faisabilité à étudier)
- Sensibilisation des professionnels de santé :
 - Communication destinée aux médecins traitants, aux gynécologues-obstétriciens et aux sages-femmes
 - Communication destinée aux chirurgiens-dentistes via l'assurance maladie permettant de diffuser des fiches de bonnes pratiques
 - Communication destinée aux centres de PMI
 - Contacter les CPTS travaillant sur le parcours périnatalité afin de s'assurer qu'elles incluent un bilan bucco-dentaire dans le parcours.

➤ Promotion des programmes d'Education Thérapeutique du Patient²⁵

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 1996, « l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. »

L'ETP a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits, et en améliorant sa qualité de vie. Egalement les programmes d'ETP permettent de prévenir les décompensations en favorisant une meilleure observance médicamenteuse, en respectant les mesures hygiéno-diététiques etc ...

Ces programmes²⁶ sont développés à 86 % dans le secteur hospitalier et à 14 % en ambulatoire.

L'offre n'est pas homogène sur le territoire puisque 72 % des programmes sont dispensés à Paris et dans les départements de la petite couronne.

L'ARS Île-de-France souhaite favoriser le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient malade chronique au plus près de son lieu de vie.

Dans le cadre du PAPRAPS, l'objectif sera de participer à la promotion des programmes existants et de favoriser le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en ville de façon coordonnée, multi professionnelle et pluridisciplinaire. En lien avec le Pôle de ressources en ETP Ile de France (Association) qui aide les professionnels de santé et les associations de patients à organiser des activités d'éducation (sous forme d'ateliers collectifs, d'entretiens individuels, en ville, en maison et centres de santé, en établissements de santé, parfois à distance), des outils pourraient intégrer le « **kit pertinence** » à destination des membres IRAPS et de leurs organisations respectives afin de promouvoir les conceptions de programmes notamment en grande couronne.

²⁵ [Accueil \(poletp.fr\)](http://poletp.fr)

²⁶ [Programmes d'Education Thérapeutique du Patient \(ETP\) et plateformes ressources en ETP portés par l'Agence | Agence régionale de santé Ile-de-France \(sante.fr\)](#)

2- La pertinence et les médicaments

Les séances de travail en GT pertinence et médicament avec les membres IRAPS ont permis d'identifier deux axes de travail prioritaires pour améliorer la pertinence médicamenteuse :

2.1. L'observance des traitements médicamenteux : Comment sensibiliser le patient à l'observance de son traitement ?

2.2. Organiser une action de communication grand public sur la gestion de la douleur

2.1- L'observance des traitements médicamenteux

➤ Le contexte

Au vu du vieillissement de la population et des progrès médicaux, le nombre de patients confrontés à des maladies chroniques et nécessitant une prise quotidienne de médicaments connaît une croissance significative. La notion d'observance, définie comme la capacité d'un patient à suivre correctement son traitement tel que prescrit, est un levier essentiel pour améliorer la pertinence des soins.

La non-observance thérapeutique, prend une importance particulière dans le contexte des maladies chroniques, nécessitant des traitements au long cours. Si l'observance joue fréquemment un rôle déterminant dans les résultats thérapeutiques, une mauvaise observance peut, à l'inverse, avoir des conséquences préjudiciables pour le patient²⁷.

Les conséquences de la non-observance médicamenteuse sont multiples et bien documentées dans la littérature, affectant directement les patients sur le plan clinique.

La littérature identifie 5 types de facteurs de risques à une mauvaise observance ²⁸:

- Les aspects liés au patient (sa compréhension de la maladie, son âge, son état psychique...),
- Ceux liés à la maladie (durée d'évolution, gravité des symptômes...),
- Ceux liés au traitement (complexité, nombre de médicaments prescrits, effets secondaires...)
- Ceux liés au système de soins (relation médecin-patient, remboursements...),
- Et enfin les facteurs socio-économiques (statut du patient, priorités personnelles...).

Des recherches récentes²⁹ soulignent que plus de 80 % des patients confrontés à des maladies chroniques telles que le diabète, l'asthme, ou encore l'hypertension artérielle ne respectent pas rigoureusement leur traitement, compromettant ainsi l'atteinte d'un bénéfice thérapeutique optimal.

²⁷ Thèse d'exercice Marion Nordt. Améliorer l'observance thérapeutique chez le patient chronique : une utopie ? Sciences pharmaceutiques. 2019. dumas-02147810
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02147810/document>

²⁸ Thèse de doctorat d'Epidémiologie - Stéphanie SIDORKIEWICZ - Observance médicamenteuse chez les patients prenant un traitement au long cours – 2017, Université Paris Descartes.

²⁹ <https://www.cairn.info/les-concepts-fondamentaux-de-la-psychologie--9782100705306-page-163.htm>
(Hamilton et coll., 1993)
[Chapitre 7. L'observance thérapeutique | Cairn.info](#)

Ce manque d'observance se traduit par la réapparition de symptômes mineurs, la survenue d'évènements graves, l'émergence de résistances au traitement, l'augmentation globale de la mortalité, ou encore une augmentation de la durée des hospitalisations.

➤ Ciblage d'une pathologie : l'hypertension artérielle

L'hypertension artérielle (HTA) est la maladie chronique la plus fréquente en France³⁰.

En effet, en 2023, 17 millions de personnes de plus de 18 ans sont atteintes d'HTA en France et 1,6 millions de Français initient un traitement antihypertenseur chaque année³¹.

Elle constitue, lorsqu'elle n'est pas contrôlée, l'une des principales causes de complications cardiovasculaires, cérébrovasculaires ou neurodégénératives (infarctus du myocarde, AVC, maladie d'Alzheimer...).

L'absence de prise en charge des patients hypertendus, ou encore une mauvaise observance des traitements antihypertenseurs, sont des facteurs de risques de complication de la maladie. Ces complications peuvent avoir de lourds impacts cliniques pour le patient et économiques pour la collectivité.

➤ Objectifs stratégiques et opérationnels

Objectifs stratégiques :

- Contribuer à l'amélioration de l'observance des traitements anti hypertenseurs,
- Proposer des actions concrètes

Objectifs opérationnels :

- Réaliser un état des lieux de l'observance médicamenteuse chez les patients traités par un antihypertenseur en :
 - Mesurant le taux d'observance chez les patients traités pour une hypertension artérielle,
 - Identifiant les causes de non-observance chez ces patients,
- Proposer des actions de communication vers les différents effecteurs (patients – prescripteurs- pharmaciens)
- Evaluer l'impact de ces actions

Pour atteindre les 2 premiers objectifs, un travail est initié en partenariat avec le groupe d'étude ComPaRe - Communauté de Patients pour la Recherche.

ComPaRe est une e-cohorte soutenue par l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), regroupant une vaste communauté de plus de 50 000 patients adultes souffrant de maladies chroniques.

Depuis son lancement en 2018, ComPaRe a déjà mené plus de 8 études, recueillant ainsi plus de 20 millions de données à travers des questionnaires en ligne régulièrement remplis par les participants.

La méthodologie adoptée par ce groupe d'étude repose sur l'utilisation de questionnaires PROMS (Patient-Reported Outcome Measures, Cf. Méthodologie PROMS dans le chapitre I. Contexte 2. Le partage de la décision – Valeur en santé).

³⁰ <https://www.inserm.fr/dossier/hypertension-arterielle-hta/>

³¹ <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2023/hypertension-arterielle-en-france-17-millions-d-hypertendus-dont-plus-de-6-millions-n-ont-pas-connaissance-de-leur-maladie#block-532498>

Ces questionnaires permettent de recueillir l'avis des usagers sur l'impact de la pathologie sur leur qualité de vie. Les questionnaires sont organisés par thématique (niveau de vie, fardeau du traitement etc ...) et sont envoyés aux participants selon un calendrier spécifique pour chaque thématique. Le groupe ComPaRe inclut dans ses études les associations de patients, garantissant ainsi une approche centrée sur les besoins réels des usagers.

Dans le cadre de cette étude observationnelle, le ciblage est réalisé sur les patients qui déclarent prendre au moins un médicament contre l'hypertension artérielle. Parmi ces patients, 40 % déclarent avoir 4 comorbidités (données Compare).

Les données du SNDS pourront être exploitées après l'identification des besoins complémentaires lors de l'analyse Compare.

➤ Perspectives

L'étude observationnelle réalisée à partir des données mises à disposition par Compare permettra de mesurer le taux d'observance des traitements chez le patient hypertendu et d'identifier les raisons de non observance. Les critères d'inclusion de l'étude (le niveau de vie, l'état général du patient, les comorbidités, les habitudes, les difficultés à la prise des traitements, etc...) seront analysés dans l'objectif de déterminer les facteurs de risques ou objectifs de non observance.

Des GT seront ensuite organisés avec des représentants des usagers et des membres IRAPS afin de :

- Déterminer les cibles d'actions,
- Définir des actions de sensibilisation les plus appropriées à déployer pour :
 - Expliquer les enjeux d'une bonne observance d'un traitement,
 - Eduquer les patients aux risques de non-observance et de complications de l'hypertension artérielle,
- Créer des outils adaptés aux patients et aux professionnels de santé.

2.2 La gestion de la douleur

➤ Contexte

En France, la douleur est la première cause de consultation en médecine générale et dans les services d'accueil d'urgence.

Elle est à l'origine de dépenses importantes de santé, avec une augmentation de la consommation en soins, du nombre d'arrêts de travail et de la durée des séjours hospitaliers.

La prise en charge de la douleur est un droit fondamental, comme précisé dans la loi du 4 mars 2002³² relative aux droits des malades « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. »

La douleur peut être différenciée, selon la durée des symptômes, en deux catégories.

Elle est qualifiée **d'aiguë** lorsque la douleur est vive, relativement brève, et réversible.

Bien que qualifiées de « brèves », les douleurs aiguës doivent être traitées efficacement. C'est notamment le cas pour les douleurs aiguës post-opératoires et les douleurs aiguës traumatiques. Un traitement rapide et efficace de ces douleurs aiguës a un impact immédiat sur le confort du patient, et

³² [LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé \(1\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

la réduction des morbidités péri-opératoires et péri-traumatiques. Ce traitement est également un facteur important de prévention du développement de la douleur chronique.

La douleur **chronique**, est quant à elle définie comme persistante ou se reproduisant pendant plus de 3 mois.

La prévalence de la douleur chronique dans les pays développés varie de 15 à 35 %. Dans de nombreux pays du monde, comme en France où elle touche plus de 12 millions de Français, la douleur chronique est un problème majeur de santé publique.

A noter également que sur ces 12 millions de personnes qui souffrent de douleurs chroniques en France, 70 % ne reçoivent pas de traitement approprié et moins de 3 % bénéficient d'une prise en charge dans une structure spécialisée de la douleur.

Les prises en charge sont souvent trop tardives, autant en ville qu'à l'hôpital³³. Les personnes présentant une douleur chronique sont orientées tardivement vers les structures spécialisées et accèdent aux SDC (Structures spécialisées pour les Douleurs Chroniques) après plusieurs années d'évolution (en moyenne 5 ans), ce qui rend les prises en charge plus complexes, plus longues et les possibilités d'amélioration plus limitées. Lorsqu'elles sont adressées en SDC, ces personnes subissent des délais d'attente pour une première consultation entre 4 et 8 mois.

Enfin, en complément des médicaments contre la douleur, d'autres méthodes sont utilisées pour soulager la douleur : soutien psychologique, relaxation, sophrologie, hypnose, neurostimulation, kinésithérapie, ostéopathie, massages, etc.

Les axes de travail

Dans le cadre du PAPRAPs, deux axes majeurs de travail ont été identifiés sur ce thème de la gestion de la douleur :

- **La pertinence de la prescription des différentes classes d'antalgiques, ainsi que la promotion de leur bon usage.**
- **La prise en charge de la douleur, en lien avec les objectifs stratégiques du PRS3**

Et ce à travers deux projets d'études :

- La gestion de la douleur chez les femmes atteintes d'endométriose
- L'accès et l'introduction beaucoup plus précoce des soins palliatifs pour les personnes atteintes de cancer.

➤ Pertinence et bon usage des antidouleurs

L'utilisation des antidouleurs n'étant pas sans risques pour le patient, le choix du traitement doit être réfléchi et évalué en fonction de sa situation clinique. L'objectif est d'évaluer la douleur du patient et de prescrire le traitement comportant la meilleure balance bénéfices/risques.

Cette balance consiste à peser les avantages thérapeutiques potentiels d'un médicament par rapport à ses risques éventuels (les effets secondaires indésirables, les interactions médicamenteuses).

³³ [Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/argumentaire/parcours-de-sante-dune-personne-presentant-une-douleur-chronique)

[argumentaire. parcours de sante dune personne presentant une douleur chronique.pdf \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/argumentaire/parcours-de-sante-dune-personne-presentant-une-douleur-chronique.pdf)

L'arsenal thérapeutique à disposition des prescripteurs est organisé selon 3 paliers d'antidouleurs, décrits par l'OMS comme ci-dessous :

Palier I : antalgiques périphériques (douleurs légères à moyennes),
Palier II : antalgiques centraux faibles (douleurs moyennes à intenses),
Palier III : antalgiques centraux forts (douleurs très intenses à rebelles).

Il est noté que le Tramadol est l'opioïde³⁴ (palier II) le plus prescrit en France, pour près de 6 millions de patients. Il présente un risque d'addiction et d'intoxication en cas de mésusage.

Des campagnes de communication sur la prise en charge de la douleur sont réalisées par l'Assurance Maladie, à destination des usagers et des professionnels de santé. Elles portent sur la pertinence du choix de traitements, le bon usage, la prévention des risques de mésusage, notamment ceux liés à l'utilisation du Tramadol.

Objectifs stratégiques et opérationnels :

Améliorer la prise en charge de la douleur par une meilleure connaissance des différentes thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses et de leurs effets secondaires, afin d'en diminuer le mésusage.

Objectifs opérationnels

- Réaliser un état des besoins en GT avec des représentants des usagers et des professionnels de santé.
- Elaborer des outils de communication adaptés aux situations douloureuses rencontrées (chronique ou aiguë).
- Diffuser les bonnes pratiques sur le futur site *Choosing wisely* sur la pertinence des soins.

Projets d'études annexes

En complément des actions identifiées dans le cadre du PAPRAPS, deux études seront menées sur la prise en charge de la douleur en lien avec les objectifs du PRS3 afin :

- D'évaluer les pratiques de prise en charge de la douleur chez la femme atteinte d'endométriose suite à la mise en place des filières.
- D'évaluer les pratiques d'introduction précoce des soins palliatifs pour les personnes atteintes de cancer.

³⁴ [Actualité - Antalgiques opioïdes : l'ANSM publie un état des lieux de la consommation en France - ANSM \(sante.fr\)](#)

➤ La gestion de la douleur chez la femme atteinte d'endométriose

Dans le cadre de la pertinence des soins, l'objectif sera d'évaluer l'amélioration de la prise en charge de la douleur pour les femmes atteintes d'endométriose après la mise en place des filières lancées il y a deux ans.

Une analyse médico-économique est également prévue pour estimer le coût généré par les arrêts de travail (indemnités journalières).

La problématique sous-jacente à cette étude concerne l'existence possible de patientes non diagnostiquées ou diagnostiquées tardivement.

➤ L'accès et l'introduction beaucoup plus précoce des soins palliatifs pour les personnes atteintes de cancer

Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus, pratiqués par une équipe multidisciplinaire, en institution ou à domicile, visant à soulager la douleur (physique, psychique et spirituelle). Ils ont pour but de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès. Des études scientifiques montrent qu'introduits dès le début de la maladie cancéreuse, ils améliorent la durée et la qualité de vie.

Un des critères de qualité de la prise en charge de patients cancéreux, permettant aussi d'évaluer la mise en place des soins palliatifs est l'absence de chimiothérapie dans le mois précédant le décès du patient.

L'arrêt d'un traitement agressif comme la chimiothérapie nécessite une réunion de concertation pluridisciplinaire qui doit s'effectuer aussi en présence d'un médecin de soins palliatifs.

Dans l'étude prévue et d'après les données disponibles dans le SNDS, l'absence de chimiothérapie dans le mois précédant le décès tendrait à prouver la mise en place de soins palliatifs qui au demeurant devrait être mis en place au minimum 6 mois avant le décès prévisible du patient.

Le PRS3 sur le volet cancérologie précise l'objectif de favoriser l'accès plus précoce à la démarche palliative, notamment en ville, et d'acculturer les professionnels en intégrant les soins palliatifs à la formation initiale en oncologie et en encourageant la formation continue des oncologues sur cette thématique.

Dans le cadre du PAPRAPs, l'objectif du projet d'étude sera de réaliser un diagnostic afin d'évaluer les pratiques d'introduction précoce des soins palliatifs pour les personnes atteintes de cancer.

3- L'appropriation de la démarche pertinence par les usagers et les professionnels

Lors de l'état des lieux des besoins sur l'amélioration de la pertinence des soins qui a permis la définition des axes de travail du PAPRAPS, il a été noté l'importance de développer l'appropriation de la démarche pertinence par les usagers et les professionnels de santé.

Plusieurs outils ont été proposés aux membres du GT sur le sujet, et le développement d'un site internet sur la pertinence des soins a été retenu dans l'objectif de communiquer sur les bonnes pratiques.

Le site internet de *Choosing Wisely*³⁵ (Choisir avec soin) développé au Québec répond à l'objectif d'améliorer les parcours de soins et de limiter les actes inutiles; il sera une référence dans le développement de l'outil ARS sur le sujet.

Les objectifs repris dans le cahier des charges seront :

Pour les usagers : il s'agit de faciliter la compréhension des pathologies et des différentes options thérapeutiques. L'outil sera développé comme un outil d'éducation à la santé.

Pour les professionnels : l'objectif est de communiquer sur les recommandations de bonnes pratiques, élaborées par des sociétés savantes d'après les dernières données de la littérature scientifique, et classées par spécialité médicale.

L'outil permettrait d'aborder des thématiques transversales, et de répondre à plusieurs axes de travail identifiés dans d'autres GT du PAPRAPS. D'autres outils de communication seront proposés en complément (affiches etc...).

Au sein du GT médicament, des actions de communication seront développées autour de la gestion de la douleur et l'utilisation des antalgiques.

Les spécialités médicales à aborder en priorité sur la plateforme seront :

- La périnatalité,
- La santé bucco-dentaire,
- En thématique transversale : la gestion de la douleur,
- La chirurgie (interventions à identifier, recommandations scientifiques, préconisations pour le patient dans les suites opératoires).

Des groupes de travail par spécialité seront mis en place pour travailler sur le contenu (actes identifiés, références dans la littérature scientifique, bonnes pratiques pour les patients...).

D'autres spécialités médicales seront intégrées dans l'outil progressivement.

Le site comprendra des messages simples de recommandations (HAS, Sociétés savantes), des schémas de parcours type, des clips animés, et des vidéos (interview, RETEX équipe de soins). Des outils d'aide au développement de la démarche d'amélioration de la pertinence des soins produits par les groupes de travail pourront être annexés sur le site.

³⁵ [Accueil - Choosing Wisely Canada \(choisiravecsoin.org\)](http://Accueil - Choosing Wisely Canada (choisiravecsoin.org))

4- La pertinence en chirurgie

➤ Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC)

Dans la continuité de l'accompagnement des établissements pour la mise en place de la RAC, l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France a décidé de les soutenir pour la préparation préopératoire ou préhabilitation, en cas d'interventions lourdes et/ou de patients fragiles.

Depuis 2022, 37 services au sein de 28 établissements (6 APHP, 11 publics, 8 privés, 2 ESPIC et 1 SSA) et 11 disciplines chirurgicales (en dehors de la neurochirurgie et l'ophtalmologie) ont été accompagnés par une société de conseil le CERCLH dans la mise en place de dispositifs RAC.

En 2023, un AAP a été publié par l'ARS et 8 établissements ont été soutenus. C'est une démarche encore unique en France. Elle devrait contribuer à améliorer les suites opératoires des patients.

Perspectives :

L'objectif en 2024 et 2025 est de continuer à diffuser cet accompagnement pour faire bénéficier tous les patients de ce dispositif soit par un AAP, soit par un Webinaire, soit par des outils de formations en ligne type MOOC.

Il serait également pertinent de définir de nouveaux indicateurs d'évaluation des dispositifs RAC.

Il est noté que la moitié des ré hospitalisations à J+3 sont dues aux douleurs post-opératoires. En lien avec le GT médicament, la gestion de la douleur aiguë sera abordée afin d'améliorer la pertinence des prescriptions d'antalgiques, et l'approche multi modale. De même, l'objectif sera de promouvoir l'éducation du patient à l'observance des traitements et au bon usage des antalgiques.

➤ Chirurgie ambulatoire

Le taux de chirurgie ambulatoire a augmenté progressivement au bénéfice des patients (plus de 65% en 2023).

Il existe actuellement des différences de pratiques trop importantes qui pourraient poser la question d'un accès égal à la chirurgie ambulatoire au niveau régional.

Des actions peut-être plus ciblées après une analyse précise des interventions réalisées et des profils de patients (comorbidités) devront être envisagées.

Analyse de la première évaluation CAQES 2022 (cf. chapitre sur le CAQES, indicateur régional sur le taux de chirurgie)

En Ile de France, 15 établissements de santé sont ciblés (4 sites de l'APHP, 5 établissements publics hors APHP, 3 ESPIC et 3 établissements privés). Ces établissements ont été ciblés selon une répartition géographique et par statut et selon les éléments suivants :

- un volume d'activité chirurgicale important supérieur à 4000 actes par an en 2019 ;
- un potentiel VISUCHIR global supérieur ou égal à 10% en 2019 et par discipline supérieur à 30%.

La première évaluation sur l'année 2022 pour la chirurgie ambulatoire démontre qu'une réflexion doit être menée afin de parfaire l'indicateur et les objectifs fixés. Il est noté que les ES qui obtiennent des intéressements, réduisent en premier lieu leur potentiel visuchir pour les spécialités ORL, ophtalmologie et chirurgie vasculaire. De plus, certains établissements ont perçu l'intéressement sur une spécialité alors que la progression est minime en nombre de séjours (inférieur à 10 séjours).

Une évolution des modalités d'intéressement permettra d'inciter les ES à développer les pratiques en chirurgie ambulatoire sur d'autres spécialités et à développer les volumes de séjours pour les interventions réalisées en ambulatoire (ORL, ophtalmo etc...).

Parallèlement, des besoins sont apparus concernant la qualité de la surveillance et des soins post-opératoires. Plusieurs solutions ont été identifiées au cours du dernier séminaire organisé par l'observatoire de chirurgie dont la télémedecine, le PRADO (programme d'accompagnement au retour à domicile), les SAD (services à domicile), l'HAD (hospitalisation à domicile et des outils numériques).

Perspectives :

Il semble encore nécessaire de poursuivre en 2024 et 2025 l'information voire l'accompagnement pour la mise en place de ces solutions. En 2024, un AAP sur Santé numérique et Parcours en chirurgie devrait contribuer à améliorer l'accès aux solutions numériques.

En 2024, l'Assurance maladie prévoit d'intégrer des taux de réhospitalisation à son dispositif de datavisualisation Visuchir³⁶.

Cet indicateur de vigilance de la qualité de prise en charge prendra la forme d'un suivi temporel de J+1 à J+30. Les taux de ré hospitalisation de J+3 à J+7 reflètent plutôt la qualité intra-hospitalière des soins là où le taux à J+30 illustre davantage une approche territoriale autour du lien ville-hôpital.

Jusqu'à présent, douze indicateurs sont disponibles dans Visuchir, six ambulatoires (volume, taux, innovation, performance, organisation et âge) et six conventionnels (durée de séjour, comorbidités, volume et taux potentiels ambulatoires, volume sans potentiel et âge). À travers cet apport, il s'agit également de passer d'une logique d'indicateurs de moyens vers des indicateurs de résultats.

Dans le cadre de la pertinence des soins, cet indicateur sera analysé dans l'objectif d'améliorer les conditions de surveillance post-opératoire.

➤ **Le choosing wisely pour améliorer les échanges patient-chirurgien**

De nombreuses études ont souligné les difficultés à bien informer les patients.

Au Canada, une solution choosing wisely a été mise en place et pourrait être un complément pour favoriser les échanges entre patient et chirurgien (Cf. projet I. Contexte, 3. Le partage de la décision).

Ceci impliquerait que l'ARS sollicite des sociétés savantes en chirurgie afin de tester ces outils pédagogiques avant de les utiliser pour toutes les disciplines chirurgicales. (Cf. IV. Axes validés en Instance, 3- Appropriation de la démarche pertinence par les usagers et les professionnels de santé).

³⁶ [Qualité — L'Assurance maladie va enrichir sa gamme d'outils Visuchi... - HOSPIMEDIA](#)

➤ Transition écologique et chirurgie

Les établissements de santé représentent une source importante de pollution dans le monde et contribuent aux changements environnementaux. La chirurgie est un sous-secteur des soins de santé à forte intensité de ressources ; ses activités consomment des quantités considérables d'énergie, de consommables et génèrent d'importants volumes de déchets.

Le bloc opératoire utilise 3 à 6 fois plus d'énergie par mètre carré comparé aux autres services. Il contribue aussi de manière disproportionnée au total des déchets hospitaliers. De plus, une grande partie des déchets sont éliminés à tort comme des déchets dangereux, ce qui entraîne un recyclage sous-optimal et des coûts jusqu'à 20 fois plus élevés pour traiter et éliminer les déchets de manière appropriée.

En 2022, dans le cadre de la convention APHP-ARS (DATOS), une autoévaluation a été réalisée auprès des établissements de l'APHP avec des résultats très discordants d'un site à l'autre.

En 2023, l'ARS a décidé de soutenir 11 établissements pour la mise en place de solutions contribuant à des blocs plus éco-responsables.

En 2024, des actions vont se poursuivre du fait de la volonté des établissements :

- Un webinaire sur les 10 actions éco-responsables au bloc opératoire,
- Un AMI sur le label « Bloc éco-responsable »,
- Un AAP transition écologique et chirurgie V2.

➤ La chirurgie assistée par robot

La chirurgie assistée par robot a suscité un intérêt des équipes chirurgicales et une curiosité de la population pendant les dernières années. En peu de temps, le nombre de robots chirurgicaux s'est multiplié en France ; **en 2021, une trentaine de robots étaient déjà déployés dans les établissements de santé franciliens.**

Du fait des incertitudes sur la pertinence de cette nouvelle technologie couteuse, l'HAS a recommandé de mettre en place des registres ou un observatoire.

En 2021, l'ARS IDF a donc décidé de mettre en place un groupe de travail. Les premières actions ont été les suivantes :

- **La rédaction d'un rapport de la chirurgie mini-invasive assistée par robot en IDF ;**
- L'organisation d'un [Webinaire sur l'état des lieux](#), la cartographie de l'offre, l'impact et les retours d'expériences ;
- **La création d'une communauté des 35 centres équipés de robots** (essentiellement du secteur privé, APHP et ESPIC) à travers un **Appel à Manifestation d'Intérêt** (2^{ème} semestre 2021) avec un **comité scientifique**.
 - ⇒ **La mise en place de l'Observatoire Régional de la Chirurgie Assistée par Robot (ORCA-r)**, composé des représentants des centres labélisés, du comité scientifique et de l'équipe projet de l'ARS (dernier trimestre 2021).
 - ⇒ La mise en place du premier [site dédié à la chirurgie assistée par robot](#) en France (finalisé 1^{er} trimestre 2022).

Compte-tenu du souhait de nombreux établissements de s'équiper, l'ARS a décidé de les accompagner en leur proposant d'établir leur **potentiel d'activités réalisables par robot** et de rédiger un **guide méthodologique en vue de l'acquisition d'un robot**.

En 2022, afin de réaliser ce guide, **un appel d'offre pour la réalisation d'un benchmark sur les conditions d'utilisation des robots** a été publié.

En 2023, un **Colloque sur la chirurgie mini-invasive assistée par robot en Ile de France** a eu lieu avec comme sujets :

- L'accompagnement des ES dans l'acquisition de robot,
- La définition des nouveaux indicateurs,
- Les travaux collaboratifs sur l'impact.

En 2024, a été mis en place un **board Chirurgie robot**, équipe opérationnelle entre Comité scientifique et OC-ARS composé de représentants des chirurgiens ou référents désignés par les fédérations avec comme objet :

- L'élargissement et la sécurisation du Registre,
- L'identification de travaux envisageables,
- La sécurisation du site.

5- La pertinence en imagerie

➤ Le contexte

L'imagerie médicale joue un rôle majeur face aux défis de la santé publique (vieillesse, cancer, pathologies cardio vasculaire, maladies neuro dégénératives).

Par son positionnement central l'imagerie a un impact fort sur tous les parcours de prise en charge des patients avec une attente forte sur la fluidité des parcours et sur l'orientation des patients de par son positionnement au cœur de la médecine personnalisée et prédictive.

L'imagerie est au cœur des innovations technologiques, thérapeutiques et organisationnelles.

L'imagerie intervient à toutes les étapes du parcours et contribue au dépistage, au diagnostic des maladies, à leur prévention, à la mise en place de la stratégie thérapeutique, à l'adaptation du traitement et au suivi de son efficacité. Elle participe ainsi à la bonne orientation des patients dans le système de santé.

De ce fait, elle influence fortement les organisations de l'offre de soins et le niveau d'activité des prestataires, et a un rôle incontournable sur la constitution des filières de patients avec des besoins en imagerie diagnostique et thérapeutique en augmentation.

De par son évolution technologique, elle entraîne une évolution des pratiques professionnelles liées au numérique et à l'IA.

Elle assure le contrôle d'actes interventionnels et ainsi sécurise les pratiques professionnelles. Elle permet ainsi de limiter les risques inhérents à certaines interventions.

Cependant, l'évolution du recours systématique à l'imagerie s'est traduite par une augmentation cumulée des expositions aux rayonnements ionisants.

Les techniques d'imagerie ont permis durant ces dernières années le déploiement du scanner à basse dose et de la tomographie d'émission de positons. Ces évolutions ont nécessité une vigilance renforcée en matière de radioprotection des patients.

➤ La démarche pertinence en imagerie

L'amélioration de la pertinence des actes en imagerie diagnostique implique d'agir sur les pratiques professionnelles, qu'il s'agisse des prescripteurs ou de ceux en charge de réaliser l'examen adapté à la situation du patient.

Il s'agit de prévenir la prescription ou la réalisation d'actes inadéquats ou redondants en matière d'imagerie diagnostique, et de limiter la variabilité des pratiques.

L'identification de critères de pertinence est nécessaire pour :

- optimiser l'amélioration de la qualité et la sécurité des prises en charge des patients afin de limiter les EIG et les réclamations.
- améliorer la pertinence des examens d'imagerie en suivant les recommandations (HAS, SFR, ASN...).

Le mésusage des actes et des prescriptions en imagerie peut avoir des conséquences importantes :

- La perte de chance pour les patients,
- La perte de temps pour l'élaboration d'un diagnostic,
- La mauvaise orientation des patients dans le parcours de soins,
- Les thérapeutiques non adaptées,
- La sur exposition aux RAYONS X,
- Le coût pour l'Assurance Maladie,
- La perte d'efficacité du système de soins (délai de diagnostic, du temps médical non approprié).

➤ Les axes d'amélioration en imagerie

Certains points d'amélioration ont été soulignés dans l'objectif de faciliter le parcours de prise en charge des patients en imagerie :

- Le partage des informations médicales, entre ou au sein d'établissements de santé mais aussi avec le secteur libéral, permettant d'éviter la redondance des actes, et participant à l'amélioration de la qualité des soins et de la maîtrise des risques d'exposition aux rayons X.
- L'optimisation du recours aux soins des patients à l'échelle d'un territoire, au regard des contraintes qui pèsent sur la ressource et les priorités en matière de santé publique.

Des tensions actuelles sur les ressources médicales dont les manipulateurs en électro radiologie médicale, en particulier dans les territoires fragiles, engendrent des délais d'accès importants à certains examens d'imagerie.

Ces délais peuvent constituer une véritable perte de chance au regard de la thérapeutique à mettre en œuvre, ou constituer un obstacle à l'atteinte d'objectifs régionaux de santé publique (par exemple dans le dépistage organisé de certains cancers).

- Les apports du numérique en santé et le développement de la télé radiologie ont favorisé de nouvelles organisations et le développement de la télé expertise. Ces organisations constituent des nouvelles opportunités.

Les objectifs opérationnels envisagés en matière de pertinence d'imagerie diagnostique visent à :

- Améliorer le recours et les délais de recours aux examens d'imagerie diagnostique justifiés ;
- Réduire l'exposition des patients aux rayonnements ionisants dans le cadre d'une démarche d'optimisation de la balance bénéfice/risque pour le patient ;
- Procéder à des allocations prioritaires de ressources sous tension au regard de la balance bénéfice risque.
- Réaffirmer le rôle du médecin radiologue dans sa capacité de réévaluation de l'indication initiale ;
- Accompagner, voire former les professionnels de santé prescripteurs à des indications en adéquation avec les dernières recommandations scientifiques d'une part et en regard avec les caractéristiques du territoire de santé (offre de soins existante, filières, etc.) d'autre part ;
- Sensibiliser les patients et leurs familles au juste soin ; rendre les patients acteurs de leur radioprotection.

➤ Les deux axes d'intervention retenus en GT

• L'appropriation des bonnes pratiques en radiologie

L'appropriation pourrait se faire par le biais des guides professionnels, tels que le « Guide du bon usage des examens d'imagerie » élaboré par la Société Française de radiologie. Après un travail de remise à jour, il pourrait être disponible en ligne facilement et efficacement et conduire à des formulaires rapides de prescription.

Le guide des bonnes pratiques en imagerie élaboré par le G4 imagerie, intitulé **aderim**, accessible via le lien <https://aderim.radiologie.fr/home> pourrait être également considéré comme la référence pour les prescriptions et être un support incontournable pour les jeunes médecins.

Ces guides de bonnes pratiques pourraient être ainsi promus par différents canaux : l'Académie nationale de médecine, l'Académie nationale de chirurgie, les Sociétés d'Organes radiologiques et cliniques, le Conseil de l'Ordre, les Sociétés d'organes lors des EPU, l'Assurance maladie et les membres de l'IRAPS.

• L'amélioration du recours adapté à l'imagerie en coupes dans les Services d'Accueil aux Urgences (SAU)

Un encadrement des jeunes médecins avec une séniorisation des pratiques et une diffusion des pratiques professionnelles par l'intermédiaire des guides élaborés par les sociétés savantes s'avère nécessaire.

Les experts du G4 en radiologie ont estimé que 2 examens étaient particulièrement déviants dans l'exercice des urgences : le scanner abdominal et le scanner pulmonaire. Trop de scanners abdominaux sont prescrits devant une simple douleur abdominale alors que la symptomatologie pourrait relever de l'échographie abdominale dans un premier temps.

Réalisation de l'audit :

Un **audit de pratiques** sur les prescriptions d'actes d'imagerie dans les SAU de certains établissements ciblés (environ 6 ES ayant un grand nombre de passages au SAU) sera organisé afin d'analyser les pratiques et la pertinence des choix des examens.

Cadrage projet

- Pilotage : ARS
- Composition du GT : membres du G4, les 6 chefs de services SAU des ES ciblés, la présidente de la collégiale des responsables des SAU à l'AP-HP, la référente SAU AP-HP, et le COPIL pertinence en imagerie.
- Méthodologie de réalisation de l'audit : un référent audit devra être identifié dans l'équipe de soins (SAU) afin de collecter les informations et coordonner l'audit entre le SAU et le service d'imagerie.
- Deux actes ciblés : scanner pulmonaire et scanner abdominal
- Grilles à destination des urgentistes et des radiologues

6- L'accès aux soins pour les personnes handicapées

➤ Éléments de contexte : état des lieux, recommandation, cadre règlementaire³⁷

L'accès aux soins des personnes en situation de handicap (PSH) est un droit affirmé par la loi du 11 février 2005. D'une manière générale, les différents rapports font le constat de difficultés voire de déficits d'accès aux soins de premier recours des PH, tous âges et tous handicaps confondus (Rapport Piveteau, Rapport de Pascal Jacob - 2013). Sur la base de ces constats, trois thématiques de soins de premier recours ont été identifiées comme prioritaires pour les personnes en situation de handicap pour la région IDF: soins somatiques, soins bucco-dentaires et soins gynécologiques.

Le secteur hospitalier (établissements de santé publics et privés) est un recours indispensable dans le cadre du parcours en soins des personnes en situation de handicap, ou en cas d'urgence médicale et/ou chirurgicale ; l'offre de soins et les différents parcours de soins proposés dans les établissements de santé étant un recours pour répondre à leurs besoins. Or, les difficultés de prise en charge en soins des personnes en situation de handicap sont observées au sein des établissements de santé. Ces difficultés sont de plusieurs ordres. Elles concernent **le manque d'accessibilité à des parcours de soins** qui répondent aux besoins des usagers.

Sur ce volet, le déploiement prochain des référents handicap en établissement de santé devrait permettre d'améliorer cet accès aux soins. En région IDF, coordonné par l'ARS IDF (DOS et DA), un chantier est en cours de structuration en lien avec plusieurs porteurs (APHP – FEHAP et Hôpitaux de Ste Maurice notamment) afin de définir les axes prioritaires à mettre en place pour améliorer le parcours en soins des PH dans les hôpitaux franciliens et en transversalité avec le secteur ambulatoire. Par ailleurs, en lien avec la DGOS qui coordonne le déploiement national des référents handicap en France entière, une réflexion sera menée sur la mise en place d'outils permettant d'aider les référents dans la mise en place de leurs missions (exemple : guide d'accompagnement des référents handicaps).

Les difficultés concernent aussi les informations requises à transmettre en cas d'orientation vers le secteur hospitalier (en urgence ou non) des usagers handicapés pour permettre une prise en charge adaptée. A cet effet, les outils de liaison entre les ESMS handicap et/ou domicile et les hôpitaux sont à ce jour disparates. L'objectif est donc à terme de déployer un outil partagé par tous les acteurs en charge de la santé des personnes en situation de handicap. Dans ce contexte, les modèles utilisés en EHPAD et/ou au domicile des personnes âgées sont à considérer et à croiser / compléter avec les spécificités liées aux différents handicap de ces populations.

➤ Réalisation de l'enquête régionale sur l'activité du référent handicap en établissement de santé au 1er semestre 2023

Suite à la demande de la DGOS, les ARS ont été chargées de réaliser une enquête auprès des établissements de santé sur l'activité des référents handicap à l'aide d'un questionnaire. Le questionnaire d'enquête a été adressé par les fédérations aux établissements sanitaires (APHP/FHF/FEHAP/FHP). Le nombre des structures qui ont reçu le questionnaire n'est donc pas connu exactement.

³⁷ HAS : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu

HAS DLU Dom : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3210058/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-domicile-dlu-dom

ARSIDF https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-04/064_ARSIDF-CRAPS_2020-04-30_Doctrine_Acc%C3%A8s_aux_soins_EMS_handicap.pdf

Cependant, sur la base d'une enquête similaire menée en 2019, il existe approximativement 420 structures sanitaires concernées en IDF (tous secteurs confondus : privé et public), et 145 établissements ont répondu au questionnaire.

- [La fonction de référent handicap en ES](#)

32 % des ES déclarent avoir un référent handicap en charge de la coordination du parcours de soins des personnes handicapées, 42 % déclarent des nominations de référents en cours, et 67 % déclarent que la prise en charge des personnes handicapées est organisée sans nomination de référent handicap.

- [Information donnée au patient et recueil de l'avis du patient sur la qualité de la prise en charge](#)

30 % élaborent des documents à destination des patients (livret ...), et 19 % élaborent des documents à destination des familles.

Le recueil de la satisfaction de la personne en situation de handicap sur sa prise en charge est réalisé dans 68 % des ES, et 25 % des ES recueillent la satisfaction des familles.

- [Organisation du parcours de soins](#)

49 % des ES déclarent que le parcours de soins est organisé (préparation de l'hospitalisation en amont, accueil, orientation et préparation de la sortie).

70 % organisent avec les équipes le recueil des besoins spécifiques : communication adaptée, matériel adapté, et protocoles de soins spécifiques.

Par contre, seuls 38 % facilitent l'accès aux plateaux techniques (imagerie, chirurgie).

- [Formation du personnel](#)

54 % des établissements organisent des formations des professionnels à la prise en charge des PH.

A propos des **plans d'actions** envisagés par les ES pour améliorer la qualité de prise en charge des personnes en situation de handicap, les axes principaux de travail portent sur :

- Un soutien aux équipes pour adapter la prise en charge aux besoins spécifiques,
- L'organisation du parcours de soins,
- La mise en place de formations pour le personnel,
- L'élaboration de documents à destination des patients et de leurs familles.

L'enquête montre que les actions à mettre en œuvre pour améliorer les pratiques peuvent être facilitées par la présence d'un référent handicap dont la mission est précisée dans le Décret n°2022-1679 du 27 décembre 2022³⁸:

« Il assure ses missions auprès des patients, ainsi que des équipes soignantes et administratives, dans le cadre du parcours du patient dans l'établissement de santé.

³⁸ [Décret n° 2022-1679 du 27 décembre 2022 relatif aux missions et au cadre de l'intervention du référent handicap dans le parcours du patient en établissement de santé - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

A ce titre, il :

1° Identifie les besoins spécifiques des patients en situation de handicap dans l'organisation des soins ;

2° Coordonne les moyens à mettre à disposition pour y répondre ;

3° Conseille et accompagne le personnel de l'établissement dans l'accueil et la prise en charge des personnes en situation de handicap ;

4° Assure la diffusion des connaissances et des bonnes pratiques, particulièrement en ce qui concerne les prises en charge urgentes. »

➤ Objectifs et la stratégie pour l'amélioration de l'accès aux soins pour les PH

• Standardisation du Dossier de Liaison d'Urgence

L'objectif de la mise en place d'un DLU répond à plusieurs situations précises, sur le modèle de ce qui a été mis en place dans les EHPAD :

- Différentes modalités de gestion d'une situation d'urgence : en cas d'intervention d'un médecin de permanence des soins ou du SAMU dans l'ESMS, ou en cas de transfert d'un résident au SAU sans passage d'un médecin dans l'ESMS.
- Modalités d'organisation pour une amélioration des transferts en SAU : l'amélioration des soins aux résidents en situation d'urgence passe par l'utilisation systématique du DLU, la création d'un partenariat opérationnel entre l'EMS et le SAU du territoire et la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

• Création d'outils d'aide à destination des référents handicap en ES

En lien avec la DGOS et les autres ARS, l'ARS IDF participera à la création d'outils qui permettront d'accompagner le référent handicap en ES dans ses missions de préparation du parcours de soins et d'amélioration de la qualité de prise en charge de la personne en situation de handicap.

Calendrier des productions attendues sur la période

	2023	2024	2025	2026	2027
Pertinence dans les parcours de soins					
Promotion dépistage MRC					
Promotion de la santé bucco-dentaire - maladies chroniques					
Promotion de la santé bucco-dentaire - périnatalité					
Promotion des programmes ETP					
Promotion des outils de liaison pour la préparation de la sortie de l'hôpital					
Pertinence et médicaments					
Développer l'observance des traitements (anti hypertenseurs)					
Développer les bonnes pratiques de prise en charge de la douleur					
Projets d'études gestion de la douleur					
Projet choosing wisely					
Pertinence en chirurgie					
Définition d'indicateur d'évaluation de la RAAC					
Chirurgie ambulatoire : étude des indicateurs de ré hospitalisation					
Développer l'information patient via le choosing wisely					
Pertinence en imagerie					
Audit de pratiques des prescriptions dans les SAU					
Diffusion des guides de bonnes pratiques					
Accès aux soins pour les personnes handicapées					
Harmoniser les pratiques de prise en charge des personnes handicapées					

Légende

	préparation et mise en œuvre
	suivi des actions

Liste des sigles

A

ARS : Agence régionale de santé

ALD : affection longue durée

AM : Assurance maladie

AVC : accident vasculaire cérébrale

AAP : appel à projet

C

CAQES : contrat d'amélioration qualité et efficience des soins

CPTS : communauté pluri professionnelle territoriale de santé

CCAM : classification commune des actes médicaux

CNAM : caisse nationale de l'assurance maladie

CDS : centre de santé

COFIL : comité de pilotage

ComPaRe : communauté de patients pour la recherche

CPIAS : Comité de Prévention des Infections Associées aux Soins

CRAtb : Comité Régional de lutte contre l'Antibiorésistance

D

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DMP : dossier médical partagé

DCGDR : direction de la coordination de la gestion des risques

DAC : dispositif d'accueil et de coordination

DD : délégation départementale

DAM : délégués assurance maladie

DFG : débit de filtration glomérulaire

DOS : direction de l'offre de soins

DA : direction de l'autonomie

DLU : dossier de liaison urgence

E

EHPAD : établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes

ES : établissement de santé

ESS : équipe de soins spécialisés

ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif

ESMS : établissement de santé médico-social

ETP : éducation thérapeutique du patient

F

FIR : fonds d'intervention régionale

FEHAD : fédération des établissements hospitaliers et de l'aide à la personne

FHF : fédération hospitalière de France

FHP : fédération hospitalière privée

G

GT : groupe de travail

H

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : haute autorité de santé

HTA : hypertension artérielle

I

IRAPS : instance régionale pour l'amélioration de la pertinence des soins

IFAQ : incitation financière pour l'amélioration de la qualité

ICC : insuffisance cardiaque chronique

IDEC : infirmier diplômé d'état coordonnateur

IRCT : insuffisance rénale chronique terminale

IA : intelligence artificielle

L

LFSS : loi de financement de la sécurité sociale

M

MCO : médecine, chirurgie obstétrique

MSSanté : messagerie sécurisée santé

MAS : maison d'accueil spécialisée

USMP : unité sanitaire en milieu pénitentiaire

MSP : maison de santé pluri professionnelle

MSA : mutualité sociale agricole

MG : médecin généraliste

MRC : maladie rénale chronique

MOOC : massive open online course

P

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

PRS : projet régional de santé

PREMs : patient reported experience measures

PROMs : patient reported outcome measures

PMI : protection maternelle infantile

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

PRADO : programme d'accompagnement au retour à domicile

PH : personnes handicapées

Q

QLS : qualité de la lettre de sortie

R

RETEX : retour d'expérience

RAC : réhabilitation améliorée après chirurgie

S

SMR : soins médicaux et de réadaptation

SNDS : système national des données de santé

SAU : services d'accueil d'urgences

SSA : service de santé des armées

SAD : surveillance à domicile

T

T2A : tarification à l'activité

Pilotage du plan d'actions et contributions à la rédaction

Membres du COPIL pertinence

- Edouard Devaud, Président IRAPS, Chef de service de médecine interne, Infectiologue, Président de CME, Groupement Hospitalier de Territoire Nord-Ouest Vexin Val-d'Oise (GHT NOVO)
- Philippe Pérez, Médecin conseil régional adjoint, DRSM Ile de France, Assurance Maladie (jusqu'à fin 2023)
- Virginie Fossé, Médecin conseil régional adjoint, DRSM Ile de France, Assurance Maladie (depuis début 2024)
- Anne de Saunière, Responsable du département politique du médicament et de la démarche qualité-pertinence des soins, ARS IDF
- Catherine Cohen, Responsable du pôle régional Accompagnement des offreurs de soins DRSM Ile de France
- Michel Marty, Médecin conseil, DRSM, Assurance maladie (jusqu'en septembre 2023)
- Aurélien Crenn, Sous-directeur de la cellule DCGDR Ile de France, Assurance Maladie
- Fanny Sophie Brienon, Cheffe de projet DCGDR, Assurance Maladie

Coordination du plan d'actions :

- Ingrid Charpentier, Cheffe de projet pertinence des soins, ARS IDF

Contributions à la rédaction du plan d'actions

- Arnaud Corvaisier, Directeur de l'offre de soins, ARS IDF
- Fabien Pérus, Directeur du pôle efficience, ARS IDF
- Laure-Anne Scherrer, Directrice adjointe du pôle efficience, ARS IDF
- Dominique Augier Litzelmann, Pharmacien conseil chef de service, DRSM Ile de France, Assurance Maladie
- Marie-Christine Bauwens, Conseillère médicale établissements de santé, ARS IDF
- Henri-Jean Philippe, Chirurgien gynécologue, Référent chirurgie, ARS IDF (jusqu'en février 2024)
- Catherine Rey Quinio, Conseillère médicale référente politique du handicap, ARS IDF
- Bruno Xoual, Responsable département SI en santé, ARS IDF
- Monia Medah, Responsable de la coordination des solutions numériques, ARS IDF
- Céline Lagree, Cheffe de projet SI santé, ARS IDF
- Axèle Reberga, Responsable du département innovation organisationnelle, ARS IDF
- Catherine Crenn-Hébert, Médecin référente périnatalité, ARS IDF
- Elisabeth d'Estaintot, Médecin, Référente filières Endométriose/Soins Palliatifs/Douleur
- Sophie Bataille, Référente parcours IC, BPCO, MRC, ARS IDF
- Florian Laurent, Référent santé bucco-dentaire, ARS IDF
- Isabelle Crassard, Médecin, référente neurologie, ARS IDF
- Aude-Emmanuelle Develay, Médecin, référente diabète obésité et HAD, ARS IDF
- Anne Daniel, Chef de projet pharmacien, ARS IDF
- Christophe Dommange, Pharmacien, Chef de projet, ARS IDF
- Benjamin Cohen, Chef de projet qualité, ARS-IDF

- Maelle Tolodé, Chargée de mission MSP & ESP, ARS IDF
- Aurélie Angard, Cheffe de projet CPTS et ESS, ARS IDF
- Hugo Crombez, Chef de projet établissements, DCGDR, Assurance maladie
- Anne Laborde-Ducourtioux : Médecin-conseil, chef de service adjoint, service médicale de Paris, Assurance maladie
- Margaux Petignier, Chef de projets prévention, Cellule DCGDR IDF, Assurance maladie
- Pauline Jourdain Cheffe de projet numérique en santé et innovation en santé, Cellule DCGDR IDF, Assurance maladie
- Alexia Lapoussin, Référente régionale des organisations coordonnées, Cellule DCGDR IDF

Annexe 1

➤ Quelques exemples de réformes de financement

- Sur le secteur des urgences³⁹

Les recettes des établissements de santé au titre des activités des urgences hospitalières et des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) reposaient sur un système de tarification forfaitaire et dépendant principalement du nombre de passages. La LFSS pour 2020 a porté une réforme en profondeur de ces modalités de financement pour une mise en œuvre dès 2021. Cette réforme met en place un mode de **financement mixte** combinant dotation populationnelle, recettes liées à l'activité et prise en compte de la qualité de la prise en charge.

La dotation qualité par établissement se fait sur la base d'indicateurs liés à l'accueil, au suivi et à l'orientation du patient, à la prise en charge du patient par les structures de médecine d'urgence ainsi qu'à la perception des patients de la qualité de la prise en charge.

La dotation populationnelle prend en compte les caractéristiques de la population, des territoires, et de l'offre de soin, elle est allouée par région puis le montant versé à chaque établissement est fixé par le directeur de l'Agence Régionale de Santé après avis du comité consultatif.

- En psychiatrie

En application depuis le 1^{er} janvier 2022, l'article 34 de [la Loi de financement de la sécurité sociale 2020](#) a défini un nouveau modèle de financement des activités de psychiatrie sous forme de dotations. L'objectif était également de corriger les écarts de financement entre régions et d'inciter les établissements à diversifier leurs prises en charge, en développant des suivis thérapeutiques innovants, notamment en ambulatoire

Le financement de type « prix de journée » cède ainsi la place à des dotations réparties en huit compartiments :

- Une dotation populationnelle, à hauteur de 78 %.
- Une dotation « file active » (soit le nombre de patients vus au moins une fois dans l'année), pour 15 % du total.
- Une dotation versée annuellement, suivant la qualité des soins (IFAQ) et celle du codage de l'activité dans l'établissement (pour 2 % du total).
- Des dotations régionalisées, liées à des projets stratégiques de transformation de l'offre (pour environ 1 % de l'objectif).
- Une dotation dédiée à la structuration de la recherche dans le champ de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie (pour moins de 1 % du total).

³⁹<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2021/FICHES%20ECLAIRAGE%20SEPTEMBRE%202021/2021%20Septembre%20-%20La%20r%C3%A9forme%20de%20financement%20des%20structures%20de%20m%C3%A9decine%20d%E2%80%99urgence.pdf>

- [En SMR](#)

Le nouveau modèle de financement des soins de suite et de réadaptation, introduit par l'article 78 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 modifié et codifié aux articles L. 162-23 et suivants du code de la sécurité sociale entre en vigueur de manière progressive.

Le nouveau modèle de financement est mixte et repose sur des recettes directement liées à l'activité assorties de compartiments complémentaires.

Il se traduit par l'introduction d'une nouvelle structure de financement⁴⁰ comprenant :

- Des recettes d'activité (50%),
- Une dotation populationnelle (40%),
- D'autres allocations spécifiques comme la dotation pédiatrie (2%), les plateaux techniques spécialisés (2%), et les activités d'expertise (3%).

Cette approche a un impact direct sur les recettes d'activité, l'engagement dans des activités d'expertise et l'optimisation de l'utilisation des plateaux techniques spécialisés.

⁴⁰ [cahier des charges - facturation ssr - 2023 v8 juillet 23.pdf \(departement-information-medicale.com\)](#)

Annexe 2

➤ La télésanté

Le déploiement de la télésanté constitue un facteur d'amélioration de la performance de notre système de santé. Son usage constitue en effet une réponse aux nombreux défis épidémiologiques (vieillesse de la population, augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et de poly-pathologies, ...) et démographiques (inégale répartition des professionnels sur le territoire francilien) auxquels fait face le système de santé aujourd'hui.

Les objectifs attendus du développement des usages de la télésanté sont nombreux :

- Améliorer l'accessibilité de tous à des soins de qualité sur l'ensemble des territoires, notamment dans les zones sous-denses en matière de professionnels de santé ;
- Améliorer la coordination entre les professionnels et les structures de soins ambulatoires hospitaliers et médico-sociaux ;
- Améliorer le parcours de soins des patients.

Après un développement dans un cadre expérimental, la télésanté s'inscrit désormais dans le droit commun avec une prise en charge des actes réalisés à distance par l'Assurance Maladie :

- Depuis 2017 pour le suivi à distance des patients en EHPAD (téléexpertise et téléconsultation)⁴¹ ;
- Depuis 2018 pour les actes de téléconsultation ;
- Depuis 2019 pour les actes de téléexpertise⁴² ;
- Depuis 2021 pour les actes de télésoin (pour les orthophonistes, les orthoptistes) ;
- Depuis 2022 pour les infirmiers⁴³ ;
- Depuis 2023 pour les actes de télésurveillance.⁴⁴

La crise sanitaire a sensiblement modifié l'état d'esprit des professionnels de santé et celui des usagers/patients vis-à-vis de la télésanté. Ce sont ainsi 500 000 actes de télésanté qui sont réalisés en moyenne par mois en Ile-de-France. Pour autant, on estime qu'il existe encore un important potentiel de développement de la télésanté.

L'ARS IDF, en lien avec l'Assurance Maladie, représentée par la Direction de la coordination de la gestion du risque au niveau régional (DCGDR), vise ainsi à favoriser le développement des usages de la télésanté dans un cadre sécurisé, régulé et éthique. L'ARS et la DCGDR déploient en ce sens une feuille de route régionale commune visant à soutenir le déploiement de la télésanté^{45,46}.

⁴¹ Avis relatif à l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 août 2016, publié au JO du 29 avril 2017

⁴² Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

⁴³ orthophonistes (avenant 17 à la convention nationale des orthophonistes ; Arrêté du 13 avril 2021 portant approbation de l'avenant n° 17 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes libéraux et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996) ; orthoptistes (avenant 14 à la convention nationale des orthoptistes, Avis du 28 octobre 2021 relatif à l'avenant n° 14 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthoptistes libéraux et l'assurance maladie signée le 19 avril 1999) ; infirmiers (avenant 9 à la convention nationale des infirmiers ; Avis relatif à l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie signée le 22 juin 2007, publié au JO le 18 novembre 2022)

⁴⁴ Décret n° 2022-1767 du 30 décembre 2022 relatif à la prise en charge et au remboursement des activités de télésurveillance médicale

⁴⁵ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022>

⁴⁶ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-prs-2023-2028>

L'enjeu est de favoriser l'émergence de projets territoriaux s'appuyant sur la télésanté, en zones sous-denses (Zones d'Interventions Prioritaires « ZIP + » semi-ruraux ou ruraux) et/ou publics contraints à leur lieu de vie (EHPAD/domicile/MAS/USMP)⁴⁷, et notamment à destination des personnes sans médecin traitant et/ou des patients souffrant de maladies chroniques et/ou des personnes âgées. Ces projets devront être établis d'une part à partir de l'analyse des besoins de la population et d'autre part en lien avec les organisations, les acteurs de santé du territoire et en accord avec les recommandations de la Haute autorité de santé⁴⁸.

Dans ce contexte l'ARS finance et accompagne à travers des Appels à projet des projets portés notamment par des CPTS.

⁴⁷ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/index.php/zonage-medecins-2022-carte-des-zones-concernees-par-les-aides-linstallation-et-au-maintien-des>

⁴⁸ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3445779/fr/lieux-et-conditions-d-environnement-pour-la-realisation-d-une-teleconsultation-ou-d-un-telesoin-recommandations

Annexe 3

➤ Résultats de l'appel à projet pour l'amélioration de la pertinence des parcours de soins et de la coordination ville hôpital, en Ile de France en 2023

Cet appel à projets avait pour objectif de promouvoir des projets visant l'amélioration de la pertinence des parcours de soins et de la coordination de la prise en charge entre les acteurs de la ville, des établissements de santé et des établissements médico-sociaux.

Le projet proposé devait porter sur une des 2 thématiques prioritaires suivantes :

1-L'amélioration du lien ville - hôpital pour la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques

1. 1. Objectif : Préparer la sortie de l'hôpital de façon optimale et coordonnée entre les acteurs de l'hôpital et de la ville dans l'objectif de limiter les ré-hospitalisations et le recours aux services d'accueil des urgences (SAU), en mobilisant les dispositifs disponibles.

1.2. Objectif : Organiser et anticiper l'hospitalisation directe sans passer par les urgences.

2- Le parcours médicamenteux

Objectif : Améliorer la pertinence du parcours médicamenteux.

Un intérêt particulier a été accordé aux projets qui bénéficient aux populations de patients les plus à risques, ainsi qu'aux événements les plus porteurs de risques (poly pathologiques, relevant de parcours complexe, socialement vulnérables), et s'inscrivant dans une logique territoriale.

Dans le cadre de cet appel à projets 65 dossiers ont été reçus, 3 sous-comités ont été organisés pour une première analyse, les référents thématiques ainsi que les délégations départementales ont été également sollicités pour émettre des avis sur les dossiers.

Chaque rapporteur de sous-comité a présenté les dossiers les mieux notés pour validation collégiale lors du comité de sélection.

La sélection des candidatures a reposé notamment sur les critères suivants :

- La description du projet selon les thématiques prioritaires définies ;
- Les projets visant les populations à risques et/ou des éléments thérapeutiques porteurs de risques ;
- La place accordée au patient et/ou à son entourage ;
- La composition de l'équipe projet (démarche pluri-professionnelle) ;
- Les projets co-portés entre une CPTS et un établissement de santé ou médico-social
- La qualité de la méthode de travail proposée ;
- La sécurisation de la transmission des données ;
- L'utilisation d'outils innovants ou la mise en place d'organisation nouvelle ;

- L'estimation prévisionnelle des coûts et la justification des crédits alloués ;
- Le programme d'évaluation du projet détaillé permettant d'apprécier une mise en cohérence de l'ensemble du projet au regard de l'objectif, des ressources, et du temps.

Tableau des projets retenus

Départ.	Lauréats	Thématique	Projets
78	CH Meulan	Parcours médicament	Projet PASSERELLE : amélioration de la pertinence du parcours médicamenteux dans les Yvelines Nord, portant sur un renforcement de la conciliation médicamenteuse avec une organisation coordonnée avec la CPTS Val de Seine à l'aide du logiciel « Hospiville ».
78	CH Rambouillet	Parcours médicament	Projet : « Dépistage précoce des douleurs neuropathiques par le médecin de ville pour une prise en charge rapide en centre d'étude et de traitement de la douleur / Structure douleur chronique. » L'objectif de ce projet est d'éviter la chronicité algique, l'errance médicale, la consommation d'opioïdes et le risque de mésusage et de dépendance par la formation des médecins libéraux afin qu'ils puissent réaliser un dépistage des douleurs neuropathiques.
94	CH Fondation Vallée	Parcours en pédopsychiatrie	Création d'un poste IPA pour accompagner les patients enfants/ado et faire le lien avec les structures (évaluation, coordination de la prise en charge psychiatrique/somatique, suivi).
92	Clinique Marcel Sembat	Parcours pathologies chroniques	Création d'un poste d'IDE coordinatrice pour une meilleure prise en charge lors de l'entrée et de la sortie des patients enfants et adultes présentant des pathologies chroniques (cancer); ou handicap/ malformation.
92	APHP GH Paris Nord -Beaujon	Parcours diagnostic	Création de 4 lits d'HDJ direct pour évaluation des situations aiguës (hépatologie et + largement); dans l'objectif de limiter les passages aux SAU ou dans les centres de santé municipaux du territoire et de réduire les délais diagnostiques dans les cas de présentation complexe de pathologie dont la prise en charge dans un délai court permet d'améliorer la morbi-mortalité.
93	APHP HUPSSD-Avicenne	Parcours en neurologie	Création d'un poste IDE ou IPA afin d'améliorer la coordination ville-hôpital des patients dont le bilan neurologique a révélé une atteinte cognitive chronique.
78	CPTS Nord 78	Parcours gériatrie et parcours gynécologie	Création d'une fonction de référent ville/hôpital pour accompagner et sécuriser les entrées et sorties d'hospitalisation du pôle gériatrique et du service

			gynécologie (service et urgences) en coordination avec les professionnels de ville et des services hospitaliers.
75	GHU Paris PSY neurosciences	Parcours médicament en neurologie	Projet : « Optimisation du parcours médicamenteux des patients pris en charge en unité de soins intensifs neurovasculaires : mise en place d'une conciliation médicamenteuse entrée/sortie, en lien avec la ville ». Le projet prévoit la mise en place d'une démarche de conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie dans l'Unité Neurovasculaire de Sainte-Anne pour les patients de plus de 75 ans.

ARS Ile-de-France (Siège)

Direction de l'offre de soins

Immeuble "Le Curve" - 13 rue du Landy - 93200 Saint-Denis
01 44 02 00 00 (ouverture du lundi au vendredi 8h30 - 17h30)

