

ARRÊTE – N° 2021-3167

**portant publication du Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la
Pertinence des Soins de la région Occitanie 2021-2024**

- Vu** la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- Vu** la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 et notamment son article 58 ;
- Vu** la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 et notamment son article 81 ;
- Vu** la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- Vu** l'ordonnance n°2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;
- Vu** le code de la sécurité sociale et, notamment les articles L.162-30-4, R. 162-44 et suivants ;
- Vu** le code de la santé publique et, notamment son article R. 1434-13. ;
- Vu** le décret n°2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- Vu** le décret 2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé ;
- Vu** le décret n° 2015-1689 du 17 décembre 2015 portant diverses mesures d'organisation et de fonctionnement dans les régions de l'administration territoriale de l'Etat et de commissions administratives ;
- Vu** le décret n°2016-1025 du 26 juillet 2016 relatif à la coordination des actions des agences régionales de santé et des organismes d'Assurance Maladie ;
- Vu** le décret du 24 octobre 2018 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie - M. Pierre RICORDEAU ;
- Vu** l'arrêté n°2016-1775 du 8 novembre 2016 portant publication du Plan d'actions pluriannuel régional de la pertinence de soins de la région Occitanie pour la période 2016-2020 ;
- Vu** l'arrêté n°2017-2441 du 28 juillet 2017 portant publication de l'avenant n°1 au Plan d'actions pluriannuel régional de la pertinence des soins de la région Occitanie pour la période 2016-2020 ;
- Vu** l'arrêté n°2018-508 du 31 janvier 2018 portant publication de l'avenant n°2 au Plan d'actions pluriannuel régional de la pertinence des soins de la région Occitanie pour la période 2016-2020 ;

- Vu** l'arrêté n°2018-3991 du 15 novembre 2018 portant publication de l'avenant n°3 au Plan d'actions pluriannuel régional de la pertinence des soins de la région Occitanie pour la période 2016-2020 ;
- Vu** l'arrêté n°2020-2527 du 6 août 2020 portant publication de l'avenant n°4 au Plan d'actions pluriannuel régional de la pertinence des soins de la région Occitanie pour la période 2016-2020 ;
- Vu** le décret n°2020-1629 du 21 décembre 2020 relatif au plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ;
- Vu** l'arrêté n°2021-0963 du 24 mars 2021 portant prolongation du PAPRAPS 2016-2020.

Considérant l'avis favorable émis par les membres de l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins en date du 4 juin 2021;

Considérant l'avis favorable émis par les membres de la Commission Régionale de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie, en séance plénière du 18 juin 2021 ;

ARRETE

Article 1^{er} : Le Plan d'Actions Pluri Annuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins de la région Occitanie est arrêté tel que figurant en annexe du présent arrêté.

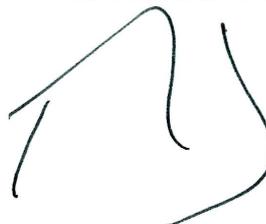
Article 2 : Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Occitanie.

Article 3 : Le recours contentieux contre le présent arrêté peut être formé devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa date de publication au recueil des actes administratifs.

Article 4 : La Directrice Déléguée à la Qualité et à la Gestion du Risque de l'Agence Régionale de Santé Occitanie est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Montpellier, le **28 JUIN 2021**

Le Directeur Général



Pierre RICORDEAU



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

2021-2024

Région Occitanie

Avis favorable exprimé le 4 Juin 2021 par les membres de l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins

Avis favorable exprimé le 18 Juin 2021 par les membres de la commission régionale de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie

SOMMAIRE

1/ Préambule	3
2/ Rappel de la réglementation	3
3/ Le contexte créé par la Stratégie Nationale de Santé et Ma Santé 2022	4
4/ Les principes et modalités de sélection des priorités en matière de pertinence	5
4.1 Les obligations réglementaires contenues dans le décret du 20 avril 2017 portant sur la promotion de la pertinence et le PAPRAPS	5
4.2 Les orientations et outils nationaux	6
4.3 Les orientations et outils régionaux	7
5/La mise en œuvre régionale de la démarche de pertinence	8
5.1 Les instances de gouvernance	8
5.2 La construction et la mise en œuvre des programmes inscrits au PAPRAPS	9
5.3 La pertinence au sein du Projet Régional de Santé de la région Occitanie 2018-2022	9
6/ Diagnostic de la situation régionale	10
6.1 Le territoire de l'Occitanie - 72 724 km ² , 13 départements, 4 565 communes	11
6.2 Démographie : vieillissement et accroissement de la population	12
6.3 Epidémiologie : situation comparable au niveau national	13
6.4 Affections de longue durée	14
6.5 Déterminants en santé : addictions et obésité en croissance	15
6.6 Données sociales	16
6.7 Evolution du recours aux soins	17
7/ Bilan du PAPRAPS 2016-2020	18
8/ Les domaines d'action prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence	21
8.1 Les enseignements à tirer de la crise sanitaire liée à la pandémie COVID-19 en Occitanie	21
8.2 Les programmes d'actions prioritaires	31
9/ Critères de ciblage des établissements	57
9.1 Le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES)	57
9.2 Etablissements de santé faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable	58
10/ Conditions de mise en œuvre	62

1/ Préambule

Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des sociétés savantes, nationales et internationales.

La démarche de pertinence doit permettre d'assurer la soutenabilité de notre système de santé en ciblant les actes indispensables et en évitant les actes obsolètes ou inutiles, au bénéfice des patients.

La Haute Autorité de Santé retient que l'analyse de la pertinence d'une intervention en santé comporte potentiellement plusieurs dimensions :

- La balance entre les bénéfiques et les risques ;
- La probabilité pour l'intervention d'aboutir aux résultats attendus (par comparaison avec d'autres traitements) ;
- La qualité de l'intervention de santé (au regard de standards) ;
- La prise en compte des préférences des patients (ce qui implique une information appropriée)
- La prise en compte du contexte social, culturel et de la disponibilité des ressources de santé.

Depuis la publication en 2016 du premier Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins de la région Occitanie, la prise en compte des impératifs de qualité et de pertinence pour l'amélioration des parcours de soins et de santé a été fortement affirmée comme une priorité nationale et inscrite dans la Stratégie Nationale de Santé.

Au plan régional, le Projet Régional de Santé publié en 2018 vise en particulier à accroître la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge.

Les travaux menés au sein de l'IRAPS et des groupes de travail réunissant professionnels de santé, gestionnaires d'établissements, représentants d'usagers, membres de l'ARS et de l'Assurance Maladie ont démontré une volonté commune de construction et d'animation de programmes d'amélioration des soins au service de la population.

Le présent plan a pour ambition de décrire les avancées et les priorités issues de ces travaux.

2/ Rappel de la réglementation

En décembre 2012, le ministère de la santé publie un **guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins**, qui définit les objectifs de la démarche et le cadre de l'organisation et d'une gouvernance au niveau national et au niveau régional.

- **La gouvernance nationale** mise en place a notamment comme objectif la mise à disposition **d'outils et de référentiels** mobilisables par les ARS et les professionnels de santé pour améliorer la pertinence des soins
- **La gouvernance régionale** repose sur un principe clé : privilégier **l'accompagnement par les pairs** pour améliorer l'adhésion des acteurs et favoriser la transformation des pratiques individuelles.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 (article 58) pose le principe de la construction d'un **Plan Pluri annuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins** (PAPRAPS).

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 précise le contenu du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ainsi que ses modalités d'élaboration et d'évaluation. Il crée à cet effet **une Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins** (IRAPS) chargée de l'amélioration de la pertinence des soins, consultée sur l'élaboration et les révisions du plan d'actions ainsi que sur son évaluation. Ceci afin d'associer étroitement les professionnels de santé, les représentants des usagers et les fédérations hospitalières à la démarche d'amélioration de la pertinence des soins.

Le décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixe les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) qui s'adresse aux établissements de santé et peut comporter un **volet pertinence**.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 (article 64) introduit une évolution du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins au 1^{er} janvier 2021, obligatoire pour les établissements ciblés au niveau national ou régional au regard des référentiels de pertinence et/ou des dépenses assurance maladie. Le nouveau dispositif contractuel doit être en cohérence avec les autres dispositifs qualité (IFAQ et certification).

L'instruction interministérielle du 24 janvier 2020 relative aux modalités de suivi des Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficacité des Soins durant la phase transitoire 2020, cible 4 indicateurs tests nationaux proposés au volontariat des établissements (transports en ambulance, IPP, perfusion à domicile et examens pré-anesthésiques).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 soutient les engagements pris lors du Ségur de la santé, prévoit la mise en place de mesures exceptionnelles pour amortir les conséquences de la crise sanitaire et vient consolider la modernisation de protection sociale.

Le contexte d'urgence sanitaire liée à la pandémie COVID-19 a conduit au report d'une année l'entrée en vigueur du nouveau CAQES, soit au 1^{er} janvier 2022. En conséquence, la phase transitoire avec l'expérimentation des indicateurs nationaux débute au 1^{er} janvier 2021 pour les établissements volontaires. Les dispositions du décret du 20 avril 2017 continuent à produire leurs effets jusqu'au 31 décembre 2021.

3/ Le contexte créé par la Stratégie Nationale de Santé et Ma Santé 2022

La stratégie nationale de santé fixe les priorités nationales en matière de santé pour une durée de 5 ans. Elle a fait l'objet d'un décret publié au Journal Officiel le 29 décembre 2017.

Quatre priorités sont affichées, dont une concerne directement la pertinence :

- La prévention et la promotion de la santé, tout au long de la vie et dans tous les milieux ;
- La lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;
- **La nécessité d'accroître la pertinence et la qualité des soins ;**
- L'innovation.

S'agissant en particulier de la pertinence trois axes sont définis :

- Développer une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en y associant les usagers ;
- Améliorer la pertinence des prescriptions, des actes, des examens et des hospitalisations ;
- Promouvoir le bon usage des médicaments et le développement généralisé des médicaments génériques et biosimilaires.

Des modalités nouvelles de rémunération de la qualité, de la pertinence et du parcours sont expérimentées ou étudiées :

- **Article 51 LFSS pour 2018**

Des expérimentations dérogatoires aux règles de facturation, de tarification et de remboursement habituelles peuvent être mises en œuvre, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans.

Ces expérimentations visent à permettre :

- L'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins.
 - L'amélioration de la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments ou des produits et prestations.
- **La LFSS pour 2019**, dans son article 38 introduit dans le code de la sécurité sociale la possibilité d'une rémunération forfaitaire pour le parcours de soins des patients atteints de pathologies chroniques. (L. 162-22-6-2 CSS)
 - **Le rapport AUBERT** publié par le ministère de la santé en janvier 2019 portant sur les modes de financement et de régulation du système de santé préconise pour les soins hospitaliers un financement à la pertinence, à la qualité et au forfait pour les pathologies chroniques.
 - **L'instruction interministérielle du 24 janvier 2020** permet aux établissements volontaires sur les 4 indicateurs nationaux de bénéficier d'un intéressement national en récupérant 20% à 30% des économies générées.

La diversification des modalités de financement des soins de ville devrait se poursuivre et s'amplifier, pour adapter ces financements aux enjeux de transformation du système de santé : renforcer les actions de prévention, développer la coordination des professionnels. L'objectif est également que les changements de tarification en ville se fassent dans la même temporalité que ceux à l'hôpital, pour que le système devienne plus cohérent dans son ensemble.

4/ Les principes et modalités de sélection des priorités en matière de pertinence

4.1 Les obligations réglementaires contenues dans le décret du 20 avril 2017 portant sur la promotion de la pertinence et le PAPRAPS

« Art. D. 162-11. – I. – *Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins mentionné aux articles L. 162-1-17, L. 162-30-2 et L. 162-30-3 précise:*

*1- **Le diagnostic de la situation régionale**, réalisé sur un champ thématique délimité par la commission régionale de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie mentionnée à l'article R. 1434-13 du code de la santé publique avec le concours de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins mentionnée à l'article D. 162-12 du présent code.*

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

4.2 Les orientations et outils nationaux

4.2.1. - Préconisations issues du guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins

Méthodologie d'analyse des taux de recours aux soins hospitaliers : un outil de repérage des enjeux régionaux de pertinence

Les taux de recours aux soins hospitaliers, standardisés et ajustés, permettent, par une comparaison nationale, régionale ou territoriale, de faire un **repérage des atypies**, par type de prise en charge :

- A un niveau agrégé : médecine, chirurgie, traitement du cancer (chimiothérapie, chirurgie), SSR, psychiatrie ;
- A un niveau plus fin : groupes de planification, groupes d'activité pour la médecine/chirurgie, gestes chirurgicaux (regroupement d'actes CCAM), catégories majeures cliniques (CMC) pour le SSR.

L'analyse de la consommation de soins permet d'identifier les situations où le recours est :

- Comparable à la moyenne nationale (ou à la médiane),
- Supérieur à la moyenne nationale,
- Inférieur à la moyenne nationale.

Ces approches sont souvent insuffisantes pour caractériser la problématique précise et nécessitent d'être affinées par des analyses complémentaires.

NB : certains taux de recours sont disponibles sur la plate-forme Scan Santé de l'ATIH

4.2.2. - Les thématiques développées par la Haute Autorité de Santé (HAS)

La HAS est saisie du sujet "Pertinence" par le Ministère de la santé - Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et Direction de la sécurité sociale (DSS) - et par l'Assurance maladie.

Chaque saisine donne lieu à une réflexion sur la problématique liée à la thématique de l'acte, afin de définir les meilleures stratégies et méthodes pour aborder le sujet. Les productions retenues sont variées, adaptées aux besoins apparus pour améliorer la pertinence des parcours du patient : études de problématique, outils d'amélioration des pratiques professionnelles, guides pour les patients, recommandations de bonne pratique, évaluations technologiques, indicateurs.

Enjeux de santé publique majeurs inscrits au projet stratégique 2019-2024 de la HAS : BPCO, obésité, la maladie coronarienne stable, l'insuffisance rénale chronique, l'épilepsie, l'accident vasculaire cérébral, le cancer du sein, le diabète.

4.2.3 - Les travaux de l'Institut National du Cancer

Ils portent sur l'évaluation des indicateurs pour favoriser la mise en œuvre de démarches d'amélioration de la qualité, avec comme objectifs :

- Rendre compte de la pertinence des actes chirurgicaux, donc l'impact sur la qualité de vie des patients peut-être important ;
- Identifier les disparités territoriales notamment en termes de délais d'accès aux soins et de bonnes pratiques ;
- Permettre aux décideurs, aux professionnels de santé et aux acteurs de terrain (Réseaux régionaux cancérologie, centres de coordination en cancérologie), de disposer d'outils de pilotage au niveau local et territorial. L'objectif étant d'identifier les pistes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

4.2.4 - Les axes prioritaires inscrits dans la stratégie nationale de santé et de Ma santé 2022

- Améliorer la mesure de la qualité des parcours des pathologies chroniques les plus fréquentes et alimenter un système d'information accessible à tous publics ;
- Renforcer la confiance des patients en réalisant systématiquement la mesure de la satisfaction ;
- Faire de la pertinence des soins un objectif central de l'amélioration des pratiques professionnelles.

4.2.5 - Autres documentations nationales

L'atlas 2016 des variations de pratiques médicales, coédité par le ministère de la santé, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), mesure et compare la consommation des soins hospitaliers par territoire. Cette cartographie permet de mettre en lumière les variations de pratiques médicales.

4.3 Les orientations et outils régionaux

4.3.1 - Les priorités du projet régional de santé de la région Occitanie

Voir descriptif au point 5.3

4.3.2 Les priorités repérées et discutées au sein de l'IRAPS

Les scénarios d'intervention sont construits et discutés au sein de groupes de travail associant les professionnels, l'ARS et l'Assurance Maladie et au sein de l'IRAPS.

Les éléments pris en compte pour la détermination des priorités reposent notamment sur :

- Les données issues des bases de données ARS et Assurance Maladie sur la production hospitalière et ambulatoire de soins.
- Les constats effectués lors de la mise en œuvre d'autres programmes, faisant apparaître des surconsommations, des sous-consommations et un écart par rapport aux référentiels de bonne pratique reconnus au plan national ou international par la profession.

- Les éléments rapportés par les professionnels de santé et/ou les établissements, à leur initiative ou en réponse à un appel à candidature.
- La connaissance des déterminants des décisions cliniques.

Trois familles de déterminants peuvent être identifiées :

- Les connaissances et les biais individuels,
- Les déterminants financiers et organisationnels,
- Les relations individuelles et de pouvoir.

La recherche de voies d'amélioration des pratiques a pour ambition en priorité de favoriser :

- L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du programme par une équipe pluridisciplinaire ;
- L'amélioration de la coordination entre professionnels de ville, l'hôpital, le médicosocial et les acteurs sociaux au bénéfice du patient ;
- La mesure d'une analyse des besoins de santé et des attentes de la population concernée par le programme ;
- Le développement d'indicateurs de qualité des parcours de soins en matière d'efficience et d'organisation ;
- L'amélioration de l'accès aux soins, dans ses dimensions sociales et/ou territoriales ;
- L'amélioration de la prise en charge du patient et de ses proches, dans leur globalité ;
- Le développement des systèmes d'information, la mobilisation des technologies e-santé, permettant l'accessibilité des recommandations de bonnes pratiques, l'aide à la prescription et à la décision, le développement d'outils d'aide au dialogue ;
- L'amélioration de la prise en charge et du suivi des pathologies chroniques ;
- La promotion du bon usage des produits de santé en établissements et en ville, et notamment la lutte contre la polymédication et la iatrogénie, en particulier chez la personne âgée ;
- L'amélioration des droits des usagers sur l'ensemble de leur parcours de santé et le développement d'une culture de décision partagée entre soignants et patients ou leurs représentants ;
- L'autonomie et la participation des usagers par des démarches innovantes d'accompagnement, d'information, d'éducation thérapeutique ;
- Le développement de la formation continue des professionnels de santé.

5/La mise en œuvre régionale de la démarche de pertinence

5.1 Les instances de gouvernance

- ✓ **L'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence (IRAPS) est installée depuis 2016**

Elle est composée de 20 membres issus de l'ARS, de l'Assurance Maladie, de représentants des professionnels (fédérations, URPS, établissements de santé) et des associations d'usagers agréées.

Le ou la président(e) est obligatoirement élu(e) parmi les professionnels de santé.

Elle concourt à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche.

Elle est consultée en particulier sur la préparation, la révision et l'évaluation du PAPRAPS.

✓ **La commission régionale de coordination des actions de l'ARS et de l'AM**

Elle a pour objet de co-piloter les programmes réalisés en commun par les réseaux de l'ARS et de l'assurance maladie. Elle donne en particulier son avis sur le PAPRAPS, après que l'IRAPS se soit prononcée.

✓ **Le Directeur Général de l'ARS** arrête le PAPRAPS.

5.2 La construction et la mise en œuvre des programmes inscrits au PAPRAPS

La construction des programmes se fait au sein de l'IRAPS et de groupes de travail composés de professionnels de santé, de représentant des usagers, de membres de l'ARS et de l'Assurance Maladie.

5.3 La pertinence au sein du Projet Régional de Santé de la région Occitanie 2018-2022

Le Projet Régional de Santé de la région intègre les priorités de la Stratégie Nationale de Santé.

L'un des 5 engagements du cadre d'orientation stratégique du PRS vise à promouvoir et garantir la qualité, de la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements. Ceci passe en particulier par :

- L'optimisation des modes de prise en charge et des parcours ;
- La promotion d'une approche globale, décloisonnée de l'offre des soins aussi bien en établissement de santé ou médicosocial, qu'en médecine ambulatoire, accessible sur tous les territoires de la région ;
- L'accompagnement des professionnels dans l'amélioration des pratiques ;
- La réduction des soins non appropriés et des hospitalisations évitables.

Les Priorités opérationnelles retenues dans le PRS :

✓ **Le développement de la culture de la pertinence :**

- Travailler avec les institutions et organismes de formation initiale et continue à la prise en compte par les professionnels dans leurs décisions de l'ensemble des dimensions de la pertinence.
- Mobiliser les professionnels de l'ensemble des secteurs hospitaliers, médico sociaux et ambulatoires, en promouvant et en soutenant des programmes issus du terrain, par un appel à candidature.

✓ **L'accompagnement de domaines comportant de fortes innovations, dans lesquels des progrès en terme de pertinence apparaissent particulièrement importants à obtenir :**

- L'optimisation du bon usage de l'imagerie dans les parcours de soins : qualité des demandes, délais d'attentes, accessibilité territoriale, risques liés à l'irradiation
- La cardiologie interventionnelle, domaine en plein développement, avec un programme portant sur l'utilisation des TAVI (Prothèses valvulaires aortiques par voie artérielle transcutanée ou par voie Trans apicale).
- La biologie : promouvoir la pertinence des prescriptions de biologie médicale.

6/ Diagnostic de la situation régionale

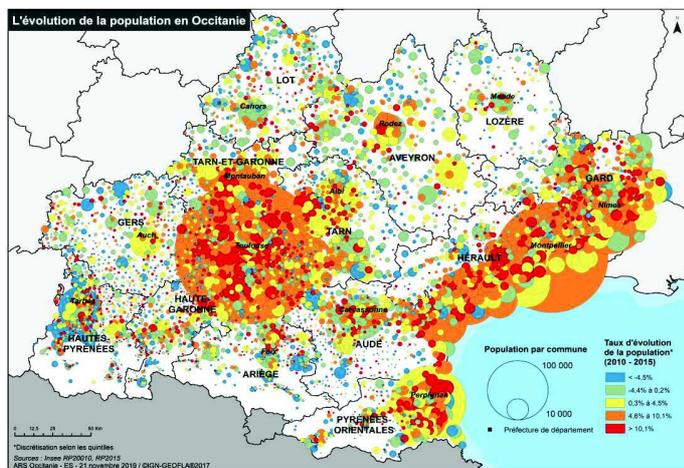
Les vues suivantes, issues des travaux préparatoires du Projet Régional de Santé de la région Occitanie, sont centrées sur des éléments caractéristiques de la région Occitanie dans 7 domaines descriptifs de la santé de la population :

- Territoires
- Démographie
- Epidémiologie
- Affections de longue durée
- Déterminants en santé
- Données sociales
- Evolution du recours aux soins

6.1 Le territoire de l'Occitanie - 72 724 km², 13 départements, 4 565 communes

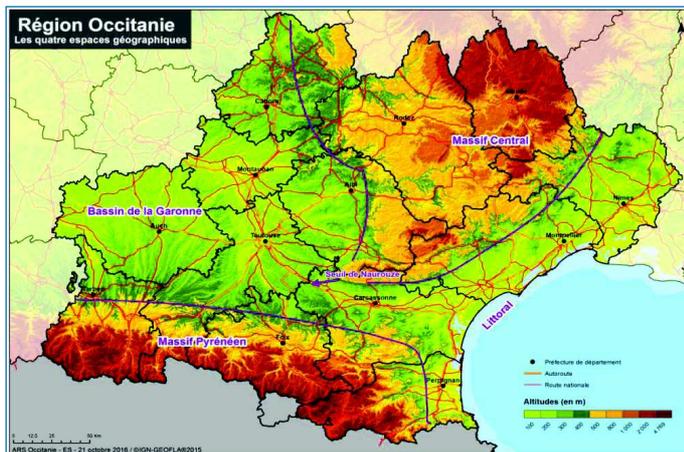
► Si l'Occitanie est une région globalement très attractive, les départements ruraux attirent peu

Les évolutions de population sont d'ampleur inégale dans la région : l'Hérault, la Haute-Garonne, le Tarn-et-Garonne et les Pyrénées-Orientales affichent une évolution supérieure à 1 % par an entre 2010 et 2015. Plus localement, les territoires urbains et périurbains, en particulier autour de Toulouse et Montauban sont très attractifs. Cette attractivité est liée au développement d'activités économiques, de l'emploi et des études supérieures. De même plus à l'est, la croissance démographique, tirée par les retraités et l'arrivée de nouvelles populations, est très forte de Perpignan à Montpellier et Nîmes, le long du chapelet d'aires urbaines bordant le littoral. Avec une croissance annuelle moyenne de population de 1,9% entre 2010 et 2015, Montpellier Méditerranée Métropole est la métropole la plus dynamique de France, devant Toulouse Métropole (+1,4%). A l'inverse les zones moins urbanisées et rurales attirent nettement moins. C'est le cas des départements de la Lozère, du Lot et des Hautes-Pyrénées qui perdent de la population.



► La géographie délimite 4 espaces géographiques distincts. La part de l'espace occupé par relief montagneux est particulièrement prégnante.

L'Occitanie est la deuxième plus vaste région de France. Elle couvre 72 724 km² (elle est plus vaste que l'Irlande) et se compose de 13 départements et 4 565 communes. Elle se structure autour de quatre espaces géographiques délimités par la Méditerranée et le relief montagneux (Massif Pyrénéen et Massif Central). En effet, 45 % de la superficie de cette grande région est classée en « zone montagne ». Toutefois, seulement 14 % de sa population y réside. Tous les départements de la région abritent des communes classées en « zone montagne » à l'exception du Gers. Par ailleurs quatre départements ont une frontière maritime (les Pyrénées-Orientales, l'Aude, l'Hérault et le Gard).



6.3 Epidémiologie : situation comparable au niveau national

Les personnes de 75 ans ou plus ne sont pas en plus mauvaise santé qu'en France

22 % des personnes âgées de 75 ans ou plus se déclarent en mauvaise santé :

Des écarts importants entre départements :

Si deux personnes âgées de 75 ans ou plus sur dix de la région Occitanie se déclarent en mauvaise ou très mauvaise santé, elles sont trois sur dix dans les départements ruraux de l'Ariège et du Gers.

	Part de la population >= 75 ans en mauvais/très mauvais état de santé
Ariège	32%
Aude	24%
Aveyron	20%
Gard	21%
Haute-Garonne	20%
Gers	30%
Hérault	21%
Lot	24%
Lozère	21%
Hauts-Pyrénées	22%
Pyrénées-Orientales	21%
Tarn	19%
Tarn-et-Garonne	21%
Occitanie	22%
France métropolitaine	21%

Mortalité par tumeur en Occitanie

Une des mortalités régionales parmi les plus faibles de métropole

- ▶ Pour les hommes, la mortalité par tumeur se situe au 2^e rang des régions les moins touchées et au 1^{er} rang pour les femmes.
- ▶ En 10 ans, la mortalité par tumeur a baissé de 18 % pour les hommes dans la région comme en métropole. La baisse est plus faible pour les femmes de 7,5 % dans la région comme en métropole.

Mais des écarts importants entre départements

Taux standardisés* par tumeur en 2014 (moyenne 2013-2015)

	Femmes	Hommes
Ariège	159,8	279,3
Aude	159,0	317,7
Aveyron	146,1	249,5
Gard	167,5	305,5
Haute-Garonne	140,2	249,0
Gers	161,6	276,5
Hérault	155,0	289,0
Lot	143,1	249,4
Lozère	160,6	330,4
Hauts-Pyrénées	157,3	307,5
Pyrénées-Orientales	168,1	310,6
Tarn	146,9	278,9
Tarn-et-Garonne	164,9	286,9
Occitanie	154,6	283,6
France métropolitaine	163,2	308,2

Sources : Inserm-CépiDc, Insee - Exploitation Fnors

Note : en vert statistiquement significatif en dessous de la moyenne France métropolitaine

*Taux standardisé sur la population de la France entière au RP2006, en moyennes triennales pour 100 000 habitants

6.4 Affections de longue durée

Incidence des affections de longue durée

136 800 nouvelles admissions en affection de longue durée (ALD) en moyenne par an.

Cinq groupes d'affections représentent plus des deux tiers des admissions en ALD dans chacun des départements d'Occitanie : tumeurs, diabète, insuffisance cardiaque grave, affections psychiatriques, maladie coronaire.

En comparaison avec la moyenne métropolitaine

Les affections psychiatriques, maladies coronaires, maladie d'Alzheimer et affections neurologiques sont **plus fréquentes**.

Les ALD pour tumeurs, diabète, insuffisance cardiaque, artériopathie, AVC et insuffisance respiratoire, sont **moins fréquentes** en Occitanie.

Effectifs, prévalences et caractéristiques des personnes prises en charge pour 20 ALD les plus fréquentes en Occitanie, par type d'affection et modalité d'ALD30, pour le régime général en 2018 (effectifs arrondis à la dizaine)

Source : Cnam-DSES

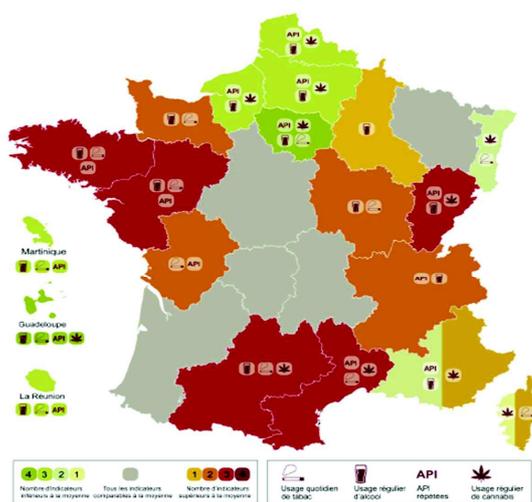
Champ : régime général y compris sections locales mutualistes

Code	Libellé de l'ALD	Occitanie		France	
		Effectif	Prévalence pour 100 000	Effectif	Prévalence pour 100 000
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	222 210	4 290	2 783 140	4 498
30	Tumeur maligne	195 990	3 770	2 220 450	3 589
23	Affections psychiatriques de longue durée	147 230	2 930	1 425 410	2 304
13	Maladie coronaire	120 170	2 310	1 238 020	2 001
5	Insuf. cardiaque, tr. du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves	107 090	2 040	1 170 490	1 892
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	48 970	940	559 390	904
1	Accident vasculaire cérébral invalidant	41 370	800	475 640	769
15	Maladie d'Alzheimer et autres démences	37 190	700	366 510	592
14	Insuffisance respiratoire chronique grave	33 130	640	386 590	625
9	Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	31 470	630	343 310	555
12	Hypertension artérielle sévère	30 640	580	415 230	671
22	Polyarthrite rhumatoïde	20 360	390	226 000	365
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique	17 380	340	201 010	325
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	16 730	330	183 640	297
27	Spondylarthrite ankylosante grave	14 790	290	164 570	266
24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	13 650	270	169 440	274
16	Maladie de Parkinson	12 340	230	133 390	216
21	PAN, LEAD, sclérodémie généralisée	10 330	200	122 780	198
7	Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH	9 870	200	121 870	197
25	Sclérose en plaques	7 370	150	91 960	149

6.5 Déterminants en santé : addictions et obésité en croissance

Tabac, alcool, cannabis

En 2017, la région Occitanie fait partie des 4 régions de France métropolitaine où la prévalence du tabagisme quotidien chez les 18-75 ans est la plus élevée (30,3% vs 26,9%), ce qui représente environ 1 200 000 fumeurs quotidiens dans la région.



Exemple de lecture : la Corse associe un usage de cannabis inférieur à la moyenne nationale et un usage de tabac supérieur.
 Source : Enquête ESCAPAD 2014, exploitation régionale, OFDT

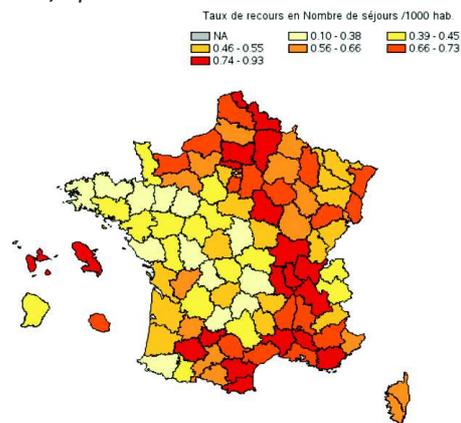
La présence d'une couleur rouge ou verte indique que l'écart avec le reste de la France est statistiquement significatif.

Surpoids et obésité

Selon le baromètre Santé Occitanie 2016, la prévalence de l'obésité pour les personnes de 15 à 75 ans atteint 11 %, un taux plus faible que dans le reste de la France mais qui reste élevé. Toutefois les analyses ont montré une prévalence importante en ex Languedoc-Roussillon, en lien avec la précarité des populations et le mode de vie.

La chirurgie bariatrique doit rester une solution de dernier recours. Or, les taux de recours restent très élevés dans la région.

Taux de recours à la chirurgie bariatrique - Séjours 2019/Pop2017



6.6 Données sociales

L'Occitanie : un taux de pauvreté supérieur à celui de la France métropolitaine en 2017

- ▶ Les taux de pauvreté les plus élevés de la région se situent dans 4 départements de l'ex-région Languedoc-Roussillon.
- ▶ Sur l'ensemble des départements France métropolitaine, les taux de pauvreté globaux des départements de l'Aude, des Pyrénées-Orientales, du Gard et de l'Hérault sont parmi les plus importants (respectivement 2^e, 4^e, 7^e et 8^e).
- ▶ Ce constat est renforcé pour la population des moins de 30 ans dans les départements de l'Aude (1^{er}) et des Pyrénées Orientales (2^{ème})

	Taux de pauvreté-ensemble (%)	Taux de pauvreté des moins de 30 ans (%) ¹	Taux de pauvreté des 75 ans ou plus (%) ¹	Estimation du nombre de personnes vivant au-dessous du seuil de pauvreté ²
Ariège	18,4	27,8	12,8	26 660
Aude	20,8	33,4	14,3	74 400
Aveyron	13,9	21,2	12,7	37 180
Gard	19,3	29,0	11,7	140 240
Haute-Garonne	12,9	23,8	9,4	167 050
Gers	14,8	23,4	14,8	27 220
Hérault	19,1	30,3	11,6	210 190
Lot	14,8	22,1	12,2	24 450
Lozère	14,9	20,4	15,1	10 600
Hautes-Pyrénées	15,0	27,5	11,9	33 120
Pyrénées-Orientales	20,5	33,3	12,9	93 850
Tarn	15,2	25,8	11,4	57 840
Tarn-et-Garonne	16,8	24,8	14,0	42 640
Occitanie	16,8	27,1	11,9	945 050
France métropolitaine	14,5	22,4	9,0	9 095 690

¹ Il s'agit de l'âge du référent fiscal

² Il s'agit d'une approximation : le taux de pauvreté des ménages est appliqué au nombre de personnes dans les ménages fiscaux

6.7 Evolution du recours aux soins

Un recours à l'hospitalisation supérieur à la moyenne nationale et très variable selon le champ

En 2018, on compte 197 patients pour 1 000 habitants, à âge et sexe égaux.

Avec 279 séjours pour 1 000 habitants en MCO, la région Occitanie est très proche de la moyenne nationale. En SSR et psychiatrie, l'Occitanie se place respectivement en 6^e et 4^e région avec les taux les plus élevés. En revanche, le taux de recours en HAD est particulièrement faible avec 58 journées d'hospitalisation pour 1 000 habitants contre 84 en France entière.

	France entière	Occitanie	Rang Occitanie*
MCO ⁽¹⁾	280,0	278,7	5
SSR ⁽²⁾	499,4	519,6	6
HAD ⁽³⁾	83,5	58,1	16
PSY ⁽⁴⁾	24,0	31,8	4
Ensemble des champs ⁽⁵⁾	191,3	196,7	3

*Rang : de 1 (le plus élevé) à 17 (le plus faible)

(1) Taux de recours standardisé (par sexe et tranches d'âge quinquennales) en nombre de séjours pour 1 000 habitants.

(2) Taux de recours standardisé (par sexe et tranches d'âge quinquennales) d'hospitalisation complète en nombre de journées pour 1 000 habitants.

(3) Taux de recours standardisé (par sexe et tranches d'âge quinquennales) d'hospitalisation complète en nombre de journées pour 1 000 habitants.

(4) Taux de recours standardisé (par sexe et tranches d'âge quinquennales) d'hospitalisation (prise en charge à temps complet [hors temps plein]) en nombre de journées pour 1 000 habitants.

(5) Nombre de patients standardisé (par sexe et tranches d'âge quinquennales) pour 1 000 habitants.

Sources : ScanSanté 2018, Insee RP2016

Un contexte régional et national en profonde mutation

Évolution de la morbidité : forte augmentation des maladies chroniques

Évolution technique : la technologie est une source d'amélioration qualitative mais aussi de multiplication d'actes à faible valeur ajoutée et de croissance des dépenses.

Évolution de la demande de soins : des patients plus informés (Internet), plus demandeurs (génération du baby-boom « hyper-consommante »)

Évolution de la réponse médicale : plus d'explorations avec la possibilité de détecter des anomalies minimes (scanner, IRM, échographie cardiaque, etc.) avec le risque de sur diagnostic

Évolution démographique : un vieillissement de la population, avec ses implications sociales et socio-sanitaires, qui devraient représenter 10 à 20 % de l'augmentation totale des dépenses.

7/ Bilan du PAPRAPS 2016-2020

➤ **Une construction initiale contemporaine de la création de l'IRAPS.**

La construction et la mise en œuvre du PAPRAPS 2016-2020, ont été contemporaines de la fusion des régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées, ainsi que de la création de l'IRAPS.

La première réunion de l'IRAPS, qui s'est tenue en septembre 2016, a été en particulier consacrée à un examen du projet de PAPRAPS. Il a été publié en novembre 2016.

➤ **Un choix des thématiques prioritaires retenues en 2016 issues des travaux précédant la création de la région Occitanie :**

Le choix des thématiques a débuté par une analyse critique des programmes de pertinence en cours dans les 2 ex régions au moment de la fusion, prenant en compte :

- L'intérêt de la thématique
- Le degré de construction et de maturité atteint
- La possibilité d'extension du programme à l'ensemble de la région Occitanie.
- L'intérêt de poursuivre le programme sur un seul territoire si l'extension à l'ensemble de la région n'était pas perçue comme souhaitable d'emblée. Ceci a été le cas pour la majorité des programmes.

➤ **Une évolution des programmes prenant en compte les travaux des nouveaux groupes de travail et l'avis de l'IRAPS.**

L'évolution des programmes a tenu compte :

- De l'analyse de leur faisabilité lors de la poursuite de la construction et de la capacité de mise en œuvre
- De la mise en place des volets pertinence du Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, effective au 1^{er} janvier 2018
- De la construction du Projet Régional de Santé en 2018
- Des priorités nouvelles apparues, en particulier liées à des techniques nouvelles.

Des thématiques ont été abandonnées :

- Interventions sur le cristallin : La thématique de la chirurgie du cristallin avait été sélectionnée suite à la publication d'une étude supposant un lien entre la précocité de la chirurgie du cristallin et l'apparition de complications. Or l'étude complémentaire menée auprès des rétinologues n'a pas permis de conclure dans un sens ou un autre, d'autant qu'il n'était pas possible de distinguer les interventions pour cataractes et celles pour d'autres indications. La thématique a été retirée du PAPRAPS par l'avenant n°2 publié le 29 janvier 2018.
- Amygdalectomies et SSR : l'avenant n° 3 publié le 15 novembre 2018 indique une réévaluation de ces thématiques au regard des priorités du Projet Régional de Santé 2018.

Des thématiques doivent évoluer pour s'adapter aux attentes des professionnels et aux besoins des patients dans une vision parcours :

- Hospitalisation à domicile : le groupe de travail pluri professionnel a proposé en 2020 une évolution de la thématique avec deux priorités « *la pertinence des non-admissions en HAD* » et « *les ré-hospitalisations en établissement de santé au décours d'une prise en charge en HAD* ». Ces priorités sont mises en œuvre dans le cadre du volet pertinence du CAQES. L'évolution de la thématique a été actée dans l'avenant n°4 au PAPRAPS publié le 6 août 2020.
- BPCO : cette thématique avait été sélectionnée au regard d'un taux de recours hospitalier inférieur au taux national pour plusieurs départements de la région Occitanie. Deux groupes de travail ont été mis en place en 2018, associant les réseaux, les hospitaliers, les médecins libéraux et les kinésithérapeutes sur deux axes pertinence « *réhabilitation respiratoire et éducation thérapeutique* » et « *dépistage et prévention* ».
- Imagerie : les priorités ont été redéfinies avec le groupe de travail.
- Chirurgie bariatrique : le groupe de travail a proposé une évolution de la thématique dans une approche plus globale sur le « *parcours du patient obèse* » dès 2022. La thématique chirurgie bariatrique n'est plus reconduite à compter du 1^{er} janvier 2021 dans le volet pertinence du CAQES.
- Angioplasties coronaires hors urgences : cette thématique fait l'objet d'un volet pertinence du CAQES pour 9 établissements de l'ex région Midi Pyrénées. L'évaluation des données 2019 a montré 100% de pertinence. En lien avec les professionnels, la fiche de recueil a été réadaptée pour les patients en 2020. Malgré cela, la thématique devrait évoluer sous l'angle de la pertinence du suivi de la maladie coronarienne chronique sur l'ensemble de la région Occitanie.

Des thèmes nouveaux sont apparus :

- Biologie : permettre la bonne adaptation et la maîtrise des examens de biologie médicale pratiqués, sur la base des référentiels publiés. La thématique a été introduite au PAPRAPS par l'avenant n°1 publié le 18 juillet 2017.
- TAVI : la pose de ces prothèses a connu dans la région Occitanie, comme au plan national une augmentation très importante avec, en regard, une décroissance des actes de chirurgie valvulaire aortique. Or les données du registre national TAVI et celles issues de contrôles réalisés dans la région montrent que certaines prises en charge sont perfectibles. La thématique a donc été introduite au PAPRAPS par l'avenant n°3 publié le 15 novembre 2018 afin de s'assurer que les conditions de qualité et de pertinence de cette pratique, définies par les référentiels et la réglementation soient respectées.
- Troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA) : l'accès au diagnostic des troubles des apprentissages des enfants de 3 à 15 ans est un projet structurant dans le parcours « *couple femmes enfants jeunes* » du Projet Régional de Santé Occitanie qui vise en particulier à poursuivre la structuration du dispositif régional de diagnostic des troubles de l'apprentissage, et à développer les centres de compétence de niveau 2. La Haute Autorité de Santé a publié en janvier 2018 un guide d'organisation des soins portant sur l'amélioration du parcours de santé des enfants avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages. La thématique a donc été inscrite au PAPRAPS par l'avenant n°3 publié le 15 novembre 2018 afin de garantir la qualité et la pertinence des prises en charge en niveau 2 au regard de ce référentiel.

- Appel à candidature pertinence : la volonté de donner aux établissements et aux professionnels de santé la possibilité d'être force de proposition s'est manifestée à travers l'appel à candidature pertinence. **Vingt-quatre projets pertinence** ont été ainsi retenus par un comité de sélection chargé d'analyser la qualité, la faisabilité et l'adéquation de chaque projet avec le cahier des charges de l'appel à candidature. Les projets couvrent les secteurs ambulatoire, médico-social et hospitalier. Leur accompagnement a été acté par l'avenant n° 4 au PAPRAPS publié le 6 août 2020 :
 - **5 structures ambulatoires**
 - Parcours du patient insuffisant cardiaque
 - Parcours de soins des patients atteints de Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
 - Prévention de la surconsommation médicamenteuse
 - Soins primaires et pathologies psychiatriques
 - Prévention, dépistage et orientation précoce des troubles du développement
 - Amélioration de l'accès aux soins en diversifiant les prises en charge
 - **1 réseau**
 - Prévention, dépistage et orientation précoce des troubles du développement
 - **6 structures médico-sociales**
 - Education thérapeutique pour les personnes âgées domiciliées en EHPAD
 - Soins infirmiers individualisés
 - Coordination des parcours de soins d'usagers de services médico-sociaux
 - Sécuriser la prise des traitements à domicile
 - Coordination des actes, des parcours et des prescriptions dans les prises en charge des tout-petits vulnérables
 - Création d'une équipe médico-sociale mobile
 - **12 structures sanitaires publiques et privées**
 - Parcours des patients précaires
 - Parcours des enfants maltraités
 - Parcours ville-hôpital en cancérologie
 - Parcours de soins des enfants présentant des troubles spécifiques des apprentissages
 - Coordination de soins en pédopsychiatrie autour des Troubles du Neuro-développement
 - Pertinence et lisibilité des parcours en SSR
 - Réduction des ré-hospitalisation évitable des personnes âgées
 - Dépistage des complications du diabète
 - Prévention et réadaptation à domicile
 - Prise en charge de la douleur et de l'anxiété par la réalité virtuelle immersive
 - Elargissement des actes ambulatoires aux procédures endovasculaires périphériques
 - "Patient Blood Management" en chirurgie cardiaque

La dynamique sur la pertinence n'a pu se faire que grâce à l'implication des professionnels de santé et des gestionnaires participants aux groupes de travail et aux membres de l'IRAPS.

Les facteurs clés de réussite des programmes de pertinence que nous pouvons tirer des 3 années de mise en œuvre du PAPRAPS sont les suivants :

- **Travailler en lien étroit** entre les institutions, les professionnels et les usagers afin de permettre la construction d'objectifs et des procédures claires dont la mise en œuvre est compatible avec l'activité des praticiens et des établissements.
- **S'assurer de l'absence de redondance** des thèmes avec d'autres démarches « qualité ».
- Permettre au **terrain d'être force de proposition** de programmes répondant aux fondamentaux de la démarche et aux priorités de la région. Ceci pour la totalité des acteurs participant aux parcours de santé, dont l'ambulatoire et le médicosocial.

Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins s'est avéré être un outil souple et évolutif permettant aux professionnels et aux institutionnels rassemblés au sein de l'IRAPS de progresser vers des soins et des parcours plus performants.

8/ Les domaines d'action prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence

8.1 Les enseignements à tirer de la crise sanitaire liée à la pandémie COVID-19 en Occitanie

En juin 2020, les membres de l'IRAPS ont acté l'engagement d'un travail de diagnostic et d'analyse de la crise sanitaire selon trois axes :

- Les enquêtes nationales ATIH et Inca :

L'enquête nationale ATIH concerne 4 grands domaines d'activité : neurovasculaire, cardiologie, oncologie et IVG. Les indicateurs identifiés doivent permettre d'évaluer les difficultés de prise en charge, voire de perte de chance pour les patients, pendant la période de crise sanitaire dans les cas d'AVC, d'infarctus du myocarde et de dépistage du cancer notamment.

Les enquêtes de l'Inca permettent de recueillir des données quantitatives complémentaires à celles de l'ATIH afin d'analyser les impacts sur le diagnostic et la prise en charge du cancer : délais d'accès à la chirurgie, taux de RCP, reprise d'activité de radiothérapie et suivi des exérèses.

- Les indicateurs d'évolution de la consommation des soins :

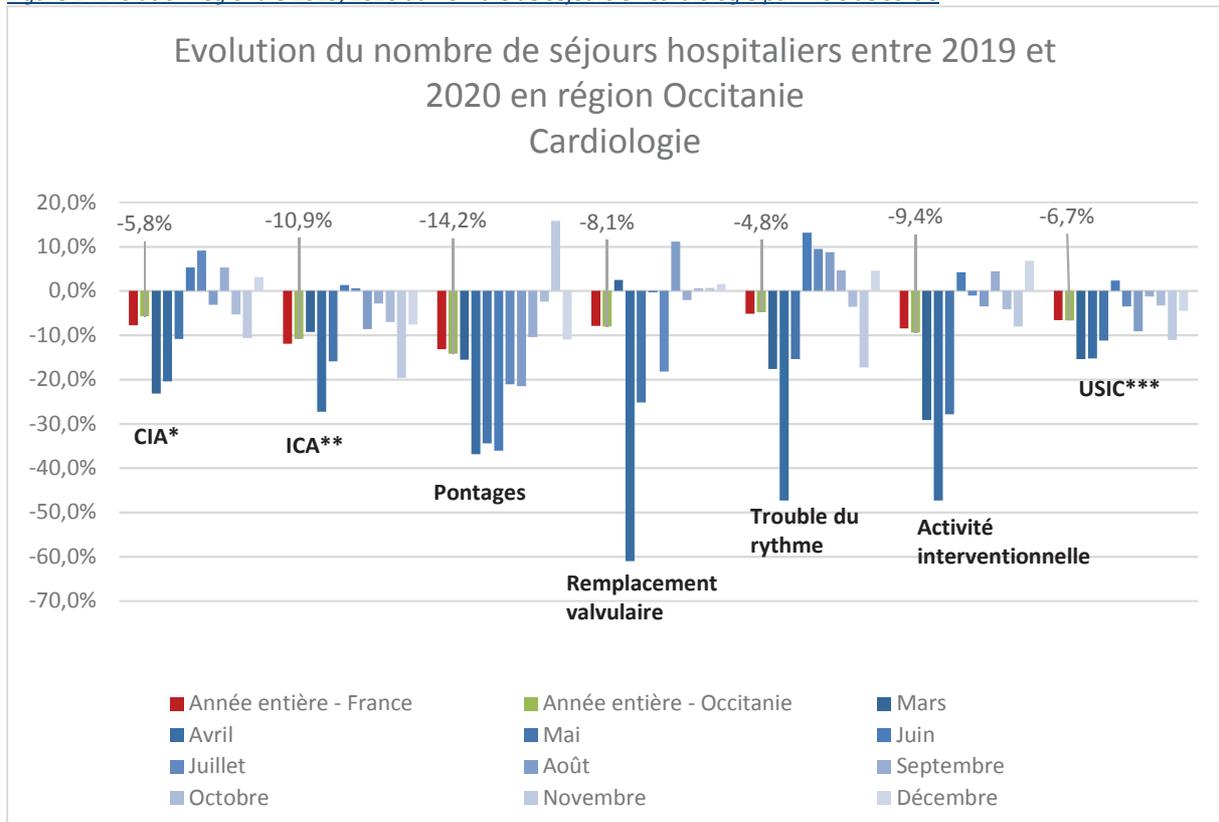
Les données sont extraites des bases assurance maladie par grand groupe de pathologie chronique (ALD), par tranche d'âge et indicateurs de précarité (CMU et CMU-C), déclinées par département et en intégrant les consultations en présentiel et les téléconsultations.

L'objectif est de pouvoir identifier les actes non pertinents, non pratiqués ou en diminution, ainsi qu'un éventuel renoncement aux soins dans le cadre du suivi de pathologies chroniques.

Il convient de rappeler que l'Occitanie a été moins touchée que les autres régions lors de la première vague. Cependant, le plan blanc déployé au niveau national, a imposé des déprogrammations pour l'ensemble des établissements. D'autre part, le personnel hospitalier de la région a été fortement mobilisé puisqu'il est venu en renfort des autres régions.

8.1.1 Conséquence de la crise sanitaire sur l'activité de courts séjours hospitaliers relative à la prise en charge en cardiologie

Figure 1 : Evolution régionale 2019/2020 du nombre de séjours en cardiologie par mois de sortie



Source : PMSI MCO - données d'activité hospitalière de court séjour

*CIA : Cardiopathie ischémique aigüe, avec ou sans angioplastie

**ICA : Insuffisance cardiaque aigüe

***USIC : Unités de soins intensifs en cardiologie

En 2020, en Occitanie, une baisse importante des prises en charge de pathologies cardiaques est observée par rapport à 2019, allant de 4,8% pour le nombre d'hospitalisations pour le traitement des troubles du rythme à -14,2% pour les hospitalisations pour pontage. Cette baisse d'activité est également observée au niveau national, dans les mêmes proportions.

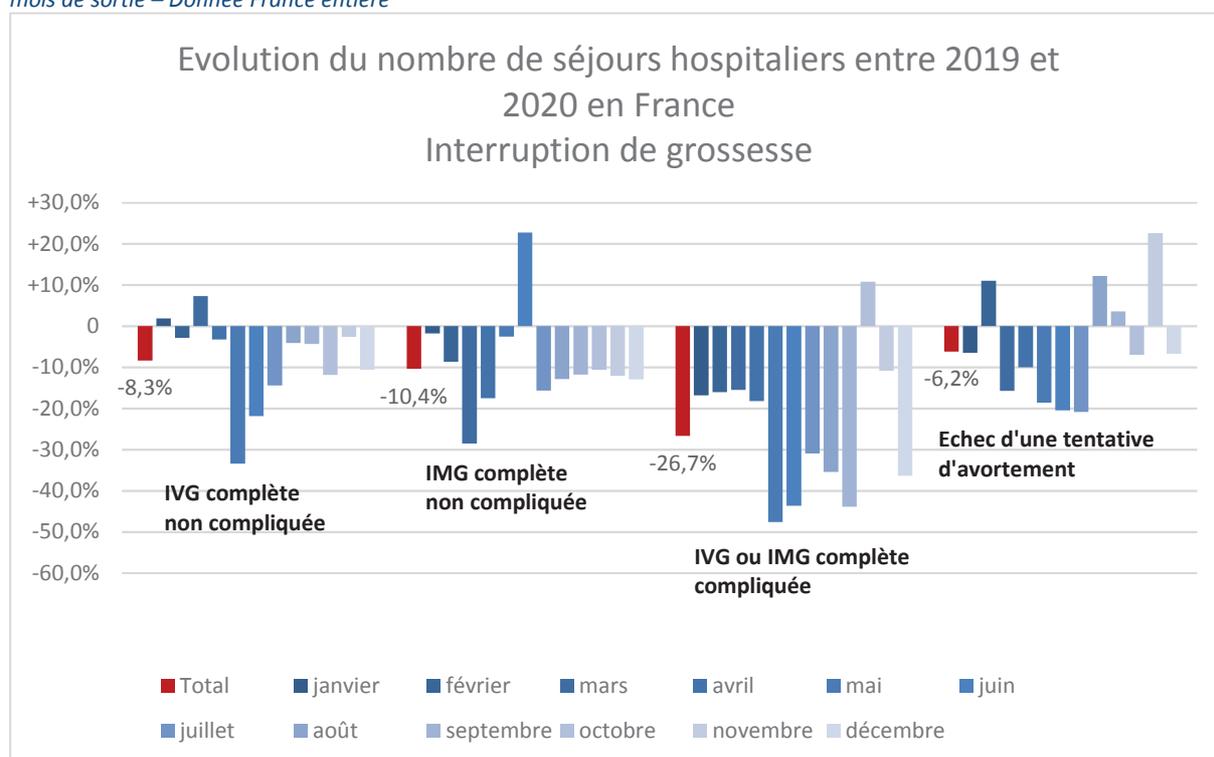
La baisse des prises en charge est particulièrement forte au mois d'avril 2020, pendant le 1^{er} confinement. Une nouvelle baisse d'activité est observée en novembre, au 2nd confinement. Cependant, cette baisse est beaucoup moins importante que celle observée au cours du 1^{er} confinement.

8.1.2 Conséquence de la crise sanitaire sur l'activité de courts séjours hospitaliers relative aux interruptions de grossesse en milieu hospitalier

Les résultats présentés ici renseignent uniquement sur l'activité relative aux interruptions de grossesse réalisées en milieu hospitalier. Or, plus du quart (26,5%) des IVG sont réalisées hors établissements hospitaliers en 2019 et des mesures ont été prises en lien avec l'épidémie de Covid-19 pour développer la réalisation des interruptions de grossesse par les professionnels libéraux en ville. Ces résultats seuls ne permettent donc pas d'analyser l'évolution globale de l'activité relative aux interruptions de grossesse réalisées en ville et à l'hôpital.

D'autre part, de nouvelles extensions de codes CIM-10, commençant par O04 (*Avortement médical*) ont été créées courant 2019 pour le codage des interruptions de grossesse. La création de ces nouvelles extensions a pu impacter la qualité du codage de cette activité (appropriation de la nouvelle nomenclature et des consignes de codage).

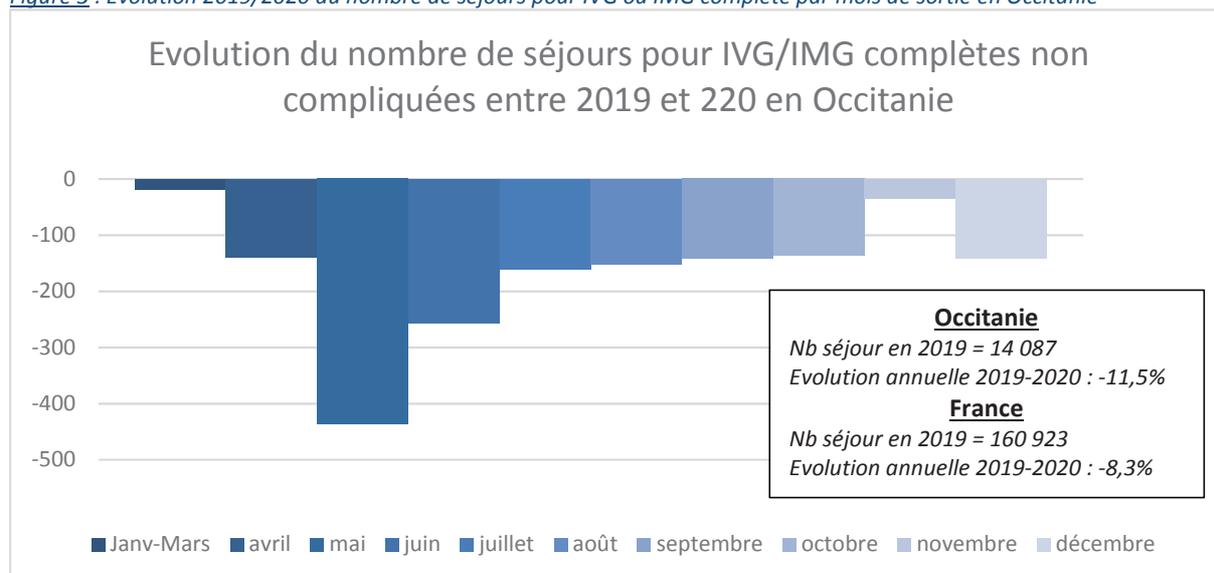
Figure 2 : Evolution 2019/2020 du nombre de séjours pour interruption de grossesse ou échec de tentative d'avortement par mois de sortie – Donnée France entière



Source : PMSI MCO - données d'activité hospitalière de court séjour

Au niveau national, le nombre d'IVG et d'IMG complètes non compliquées effectuées en milieu hospitalier a diminué de 8,4% - représentant 13 900 interruptions de grossesse en moins en 2020. Le nombre d'IVG et d'IMG complètes compliquées a chuté de 26,7% représentant 305 interruptions de grossesse en moins en 2020. Le nombre d'échecs de tentative d'avortement a quant à lui diminué de 6,2%, représentant 201 hospitalisations en moins en 2020.

Figure 3 : Evolution 2019/2020 du nombre de séjours pour IVG ou IMG complète par mois de sortie en Occitanie



Source : PMSI MCO - données d'activité hospitalière de court séjour

En Occitanie, la diminution du nombre de séjours pour IVG ou IMG complètes non compliquées est plus importante qu'au niveau national puisqu'on observe une baisse d'activité de 11,5 % sur l'ensemble de l'année contre 8,3% au niveau national. La baisse d'activité est la plus importante au mois de mai, à la fin du premier confinement. Cependant la baisse d'activité est visible sur l'ensemble de l'année. Aucune reprise d'activité n'est observée.

Cette baisse d'activité en milieu hospitalier est à mettre au regard du nombre d'accouchements en France qui a lui aussi diminué en 2020. Il conviendra de vérifier la tendance sur 2021.

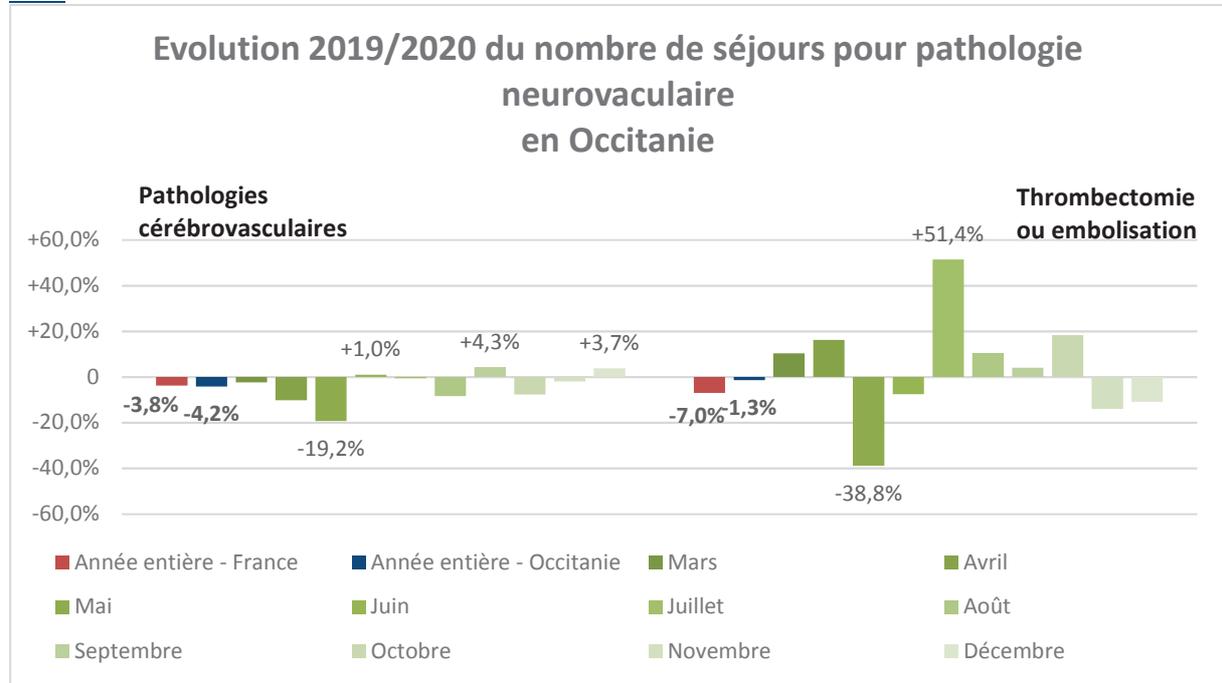
Tableau 1 : Evolution du nombre de séjours pour accouchement en Occitanie

	2019	2020	Taux d'évolution
Janvier	4 567	4 557	-0,2%
Février	4 244	4 193	-1,2%
Mars	4 416	4 683	6,0%
Avril	4 446	4 137	-7,0%
Mai	4 566	4 710	3,2%
juin	4 590	4 534	-1,2%
Juillet	5 076	5 001	-1,5%
Aout	4 966	5 063	2,0%
Septembre	4 906	4 650	-5,2%
Octobre	4 966	4 967	0,0%
Novembre	4 683	4 510	-3,7%
Décembre	4 772	4 303	-9,8%
Année entière	56 198	55 308	-1,6%

8.1.3 Conséquence de la crise sanitaire sur l'activité neurovasculaire en courts séjours hospitaliers

Analyse de l'activité neurovasculaire

Figure 4 : Evolution régionale 2019/2020 du nombre de séjours relatifs à la prise en charge neurovasculaire par mois de sortie



Source : PMSI MCO - données d'activité hospitalière de court séjour

En 2020, en Occitanie, l'activité liée à la prise en charge des pathologies neurovasculaires a diminué par rapport à 2019, quelle que soit la pathologie.

C'est au mois de Mai que la baisse d'activité a été la plus forte (-19,2% pour les pathologies cérébrovasculaires, -38,8% pour les thrombectomies).

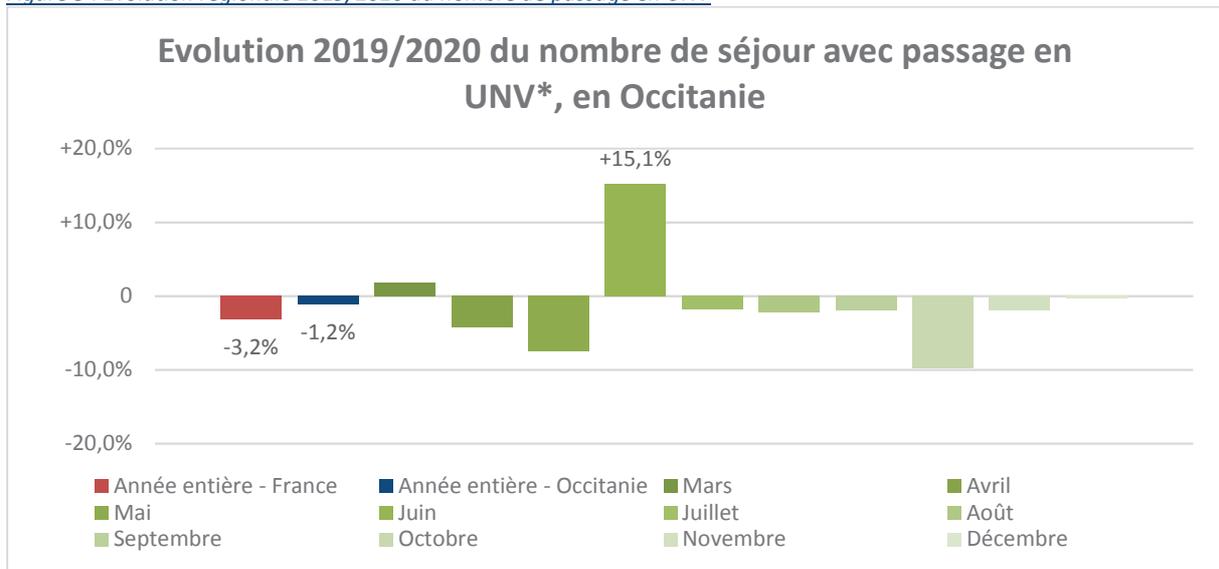
Concernant les pathologies cérébrovasculaires, on n'observe pas de réelle reprise d'activité. Seule les activités des mois de Juin, Septembre et Décembre sont plus importantes que l'année précédente mais dans de faible proposition : respectivement 1%, 4,3% et 3,7%.

Concernant le traitement des pathologies cérébrovasculaires, une forte reprise d'activité est observée en Juillet avec un surplus d'activité de 51,4% par rapport à 2019. Cette activité reste soutenue jusqu'au second confinement.

Au niveau national, on note que l'activité des CHU a diminué de 7,9% alors que celle des CH a augmenté de 2,6%.

Analyse des passages en UNV

Figure 5 : Evolution régionale 2019/2020 du nombre de passage en UNV



* UNV : : Unité Neuro-Vasculaire y compris USINV (Unité de Soins Intensifs neuro-vasculaires)

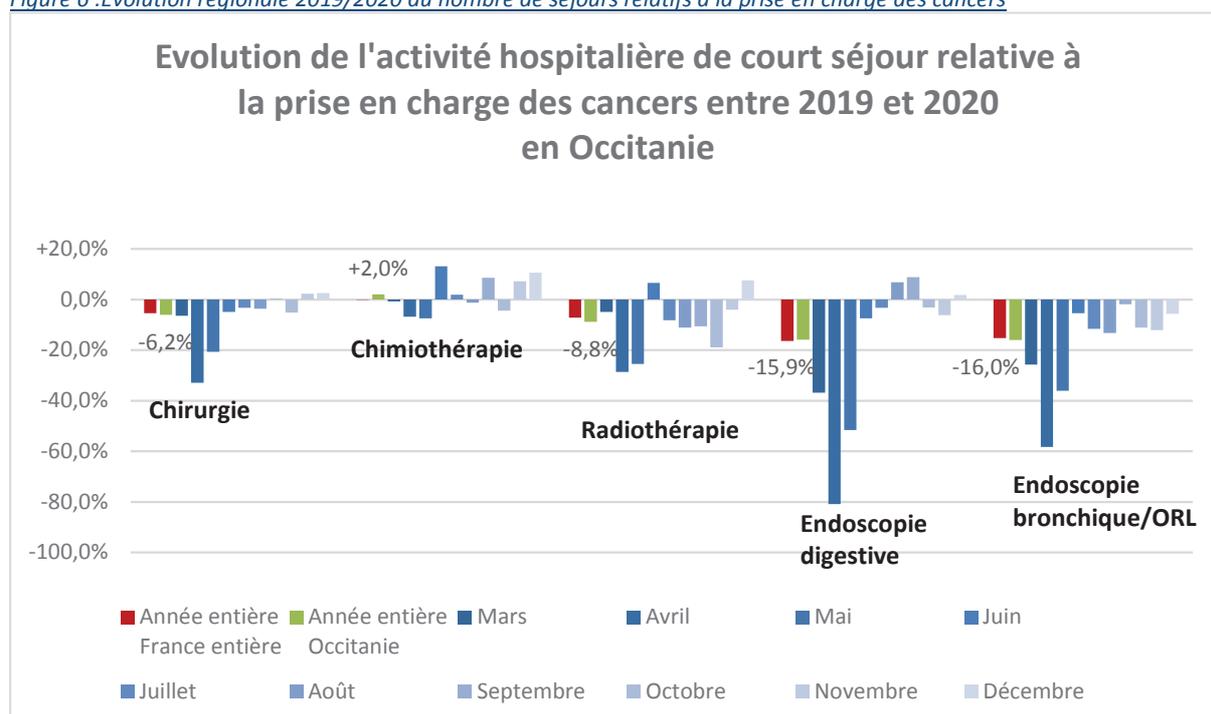
Il convient de préciser que les données d'activité des UNV (Unités Neuro-Vasculaires comprenant les USINV : Unité de Soins Intensifs neuro-vasculaires) présentées ici, reprennent l'activité globale de ces unités, quelque soient les prises en charge.

Or, la crise sanitaire a nécessité une réorganisation importante des services, et notamment des soins intensifs. Ainsi, ces services ont parfois modifié la typologie de patients accueillis pour réorganiser les filières de prises en charge et ont pu accueillir des patients n'ayant pas de pathologies neurovasculaires.

Il est à noter que le nombre de passages en UNV (hors USINV) est inférieure à celle de 2019 sur la quasi-totalité de l'année. Seule l'activité du mois de juin est supérieure de 15,1%.

8.1.4 Conséquence de la crise sanitaire sur la prise en charge des cancers

Figure 6 : Evolution régionale 2019/2020 du nombre de séjours relatifs à la prise en charge des cancers



Source : PMSI MCO

En Occitanie, l'activité de chirurgie oncologique a diminué de 6,2% en région Occitanie en 2020 par rapport à 2019. Cette diminution a été légèrement supérieure à l'ensemble des établissements français (-5.5%). La baisse la plus importante est observée lors du premier confinement : -33% en avril et -20,7% en Mai. Une légère reprise d'activité est observée sur la fin de l'année 2020.

Le nombre de séances de chimiothérapie a légèrement augmenté en 2020 par rapport à 2019 (+2%) alors que l'activité est restée stable au niveau national (-0.2%) (environ 3 millions de séjours en 2020). Durant les périodes de confinement, le nombre de séances de chimiothérapie réalisés en hospitalisation complète a diminué : -6.5% en avril, -7.5% en mai, et -4.5% en octobre.

Cependant, comme le montre le tableau ci-dessous, le nombre de patients prises en charge est en augmentation. D'autre part la part des patients pris en charge en HAD, même si elle reste faible, a quasiment doublé entre 2019 et 2020.

Tableau 2 : Evolution de la part des patients ayant eu un recours en HAD pour chimiothérapie au moins une fois dans l'année dans l'ensemble des patients ayant eu une chimiothérapie en MCO et HAD

	Nb patient chimio (*)	Nb patient chimio HAD(**)	% patient chimio HAD
2017	27 942	361	1,3%
2018	29 034	376	1,3%
2019	30 220	419	1,4%
2020	31 157	727	2,3%

* Nombre de patients distincts résidant en région Occitanie hospitalisés pour chimiothérapie en HAD ou en MCO

** Nombre de patients distincts résidant en Occitanie hospitalisés en HAD avec un Mode de Prise en charge Principal (MPP) ou Associé (MPA) : "05 - Chimiothérapie anticancéreuse"

Source : PMSI MCO et PMSI HAD (ATIH)

Le nombre de séjours/séances de radiothérapie pour cancers a diminué plus fortement en Occitanie qu'au niveau national (-8,8% vs -7,2%). L'activité a chuté plus fortement en avril (-28,8%), mai (-25,6%) et octobre (-19%).

Toutefois, l'interprétation de cette diminution est à mettre en corrélation avec le développement de l'hypofractionnement. Cette méthode consiste à envoyer des doses plus fortes sur des séquences plus courtes, réduisant ainsi la durée des traitements et le nombre de séances.

Cette modification des pratiques a eu un impact mais il est difficile d'en évaluer l'impact.

Le nombre d'hospitalisations avec au moins un acte d'endoscopie digestive ou un acte d'endoscopie bronchique a diminué d'environ 16%.

Le nombre de séjours 2020 est inférieur à 2019 sur l'ensemble des mois de l'année, en particulier en avril 2020 avec une stricte limitation activités d'urgence, à l'origine d'un effondrement de l'activité de -80,9% pour les endoscopies digestives et de -58,4% pour les endoscopies bronchique/ORL.

Lors du deuxième confinement, la déprogrammation a été moins importante et l'activité a moins diminué (-6.3% pour les endoscopies digestives et -12.1% pour les endoscopies bronchiques et ORL).

Diagnostic et dépistage

L'activité liée au traitement du cancer n'est pas la seule à avoir souffert de la crise sanitaire. Les activités de dépistage et de diagnostic ont fortement diminué en 2020. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette baisse.

Tout d'abord, l'offre de dépistage n'a pu être totalement maintenue car les personnels ont été fortement mobilisés par la gestion de la crise sanitaire.

De plus, certains patients redoutant une contamination nosocomiale ont préféré reporter ou annuler leurs rendez-vous.

D'autre part, lors du premier confinement, les sites de dépistage de cancer du sein ont fermé du 11 mars au 13 mai 2020.

Tableau 3: Evolution de l'activité de dépistage et de diagnostic en région Occitanie

	Nb séjours 2020	Ecart 2020 - 2019 Effectif	Ecart 2020 - 2019 %
Biopsies prostate	8 461	-1 192	-12%
Endoscopies totales	193 190	-54 984	-22%
<i>Endoscopies digestives basses</i>	130 868	-35 027	-21%
<i>Endoscopies digestives hautes</i>	116 706	-27 721	-19%
Fibroscopies ORL bronchiques	87 564	-26 056	-23%
Mammographies totales	450 242	-66 720	-13%
<i>Mammographies DO</i>	181 503	-33 137	-15%
<i>Mammographies hors DO</i>	268 739	-33 583	-11%
Total général	1 437 273	-278 420	-16%

Sur l'année 2020, l'activité de dépistage a diminué de 16% par rapport à 2019.

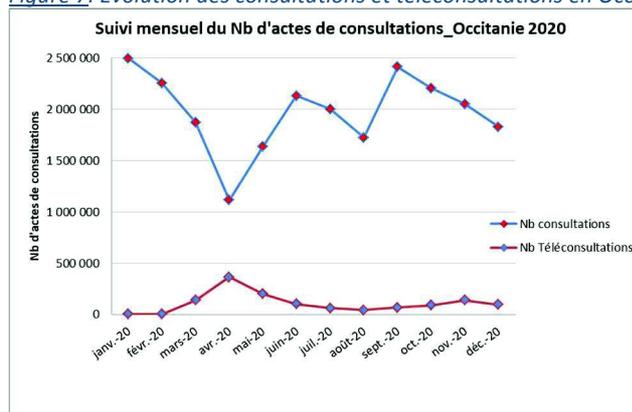
Même si, un rattrapage s'est amorcé après le premier confinement, la mise en œuvre du deuxième n'a pas permis de rattraper le retard.

8.1.5 – Impact de la crise sanitaire sur la consommation de soins ambulatoire

Les circonstances sanitaires exceptionnelles de l'épidémie à Covid-19 ont naturellement fait évoluer la pratique des soins et des prises en charge de ville. Un suivi des soins ambulatoires par catégories et thèmes de maitrise médicalisée a été réalisé à partir des bases de données de l'AM (SNDS_DCIR/Erasmus)

Consultations /Téléconsultations

Figure 7: Evolution des consultations et téléconsultations en Occitanie en 2020



L'essor de la téléconsultation (TC) pendant la crise sanitaire s'est révélé très significatif. Cet essor concerne aussi bien le nombre des patients bénéficiaire que les professionnels pratiquants. Plus de 700 000 téléconsultations ont été réalisées en Occitanie de mars à mai 2020 pour le Régime Général, et jusqu'à près de 1,3 Millions pour l'année 2020, dont 80% en médecine générale. 57% (6294) de médecins libéraux ont réalisés des téléconsultations en 2020, dont 66% de médecins généralistes. Les principales autres spécialités représentées sont les psychiatres, les pédiatres, les endocrinologues, les pneumologues.

Les conditions de réalisation des TC pendant la crise sont très majoritairement restées dans le respect des principes posés par l'avenant 6 : pour 81% des TC, une consultation en présentiel a été réalisée dans les 12 mois précédents.

La période de confinement a modifié le profil des patients ayant recours aux TC :

- La part des consultations et TC des patients ALD a augmenté depuis mars 2020
- En 2020, 38% des TC sont facturées à des patients en ALD, cette part a atteint 42% pendant le 1^{er} confinement
- Recours plus important des patients de plus de 70 ans à la TC : 18% des TC facturées

Une utilisation contrastée selon certaines caractéristiques de zonage : les TC sont sous représentées dans les zones populationnelles peu denses (40% des TC dans les zones très denses)

Soins paramédicaux: Infirmiers, Kinésithérapie

On observe une diminution modérée (10%) de l'ensemble des actes infirmiers sur la période ainsi qu'une diminution massive des actes de masso-kinésithérapie (restriction due au confinement) suivi d'un retour à la normale.

Usage des médicaments de ville

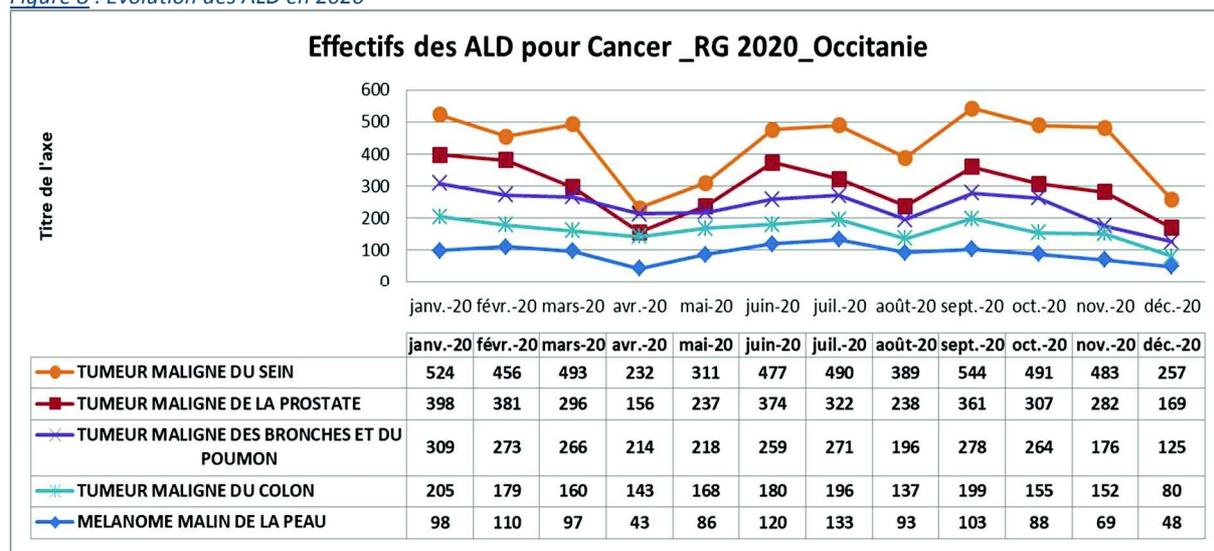
Pour les traitements de pathologies chroniques, un phénomène de stockage a été observé au début du confinement (mars 2020), suivi d'une sous-consommation puis d'une normalisation.

La consommation de traitements antibiotiques systémiques a fortement diminué (-42%). Cette diminution reste marquée plusieurs semaines après le premier confinement.

Les prescriptions d'antalgiques ont diminué de 23% des entre mars et avril 2020

Evolution de l'incidence des ALD

Figure 8 : Evolution des ALD en 2020



Les déclaration d’Affection de Longue durée (ALD) ont fortement diminué lors du 1^{ier} confinement :

- De 34% pour le diabète
- De 25% pour IC
- De 20% pour la maladie coronaire
- De 32% pour les tumeurs malignes
 - De 53% pour les tumeurs malignes du sein
 - De 47% pour les tumeurs malignes de la prostate

8.2 Les programmes d'actions prioritaires

Thématiques	Support
TAVI	Volet pertinence CAQES
Hospitalisation à domicile	Volet pertinence CAQES
Biologie médicale	Projet structurant PRS / volet pertinence CAQES
Imagerie	Projet structurant PRS
BPCO	Projet structurant PRS
Enseignement de la pertinence	Projet structurant PRS
Troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage	Volet pertinence CAQES
Parcours Obésité (extension de la thématique chirurgie bariatrique)	

Les fiches descriptives de ces programmes figurent dans les pages suivantes.

Les thématiques suivantes sont en cours de travail et pourront être ajoutées au présent PAPRAPS par voie d'avenant :

- Parcours Post AVC
- Parcours de la maladie coronarienne chronique (évolution de la thématique angioplasties coronaires hors urgences)
- Insuffisance cardiaque
- Diabète

POSE DE BIO PROTHÈSE VALVULAIRE PAR VOIE PERCUTANÉE : TAVI

I- Motif de sélection du thème

Accompagnement et suivi du développement progressif de techniques thérapeutiques nouvelles couteuses et à haut risque reposant sur une évaluation bénéfique / risque.

II- Description du contexte national, régional +/- territorial

Depuis 2002, date de la première implantation chez l'homme, le remplacement valvulaire aortique percutané ou TAVI est devenu en France l'option thérapeutique de référence chez les malades à haut risque chirurgical en alternative au remplacement valvulaire aortique sous circulation extra-corporelle.

Plus récemment, le MITRACLIP a été développé pour la prise en charge de l'insuffisance mitrale par voie percutanée. Encore en cours d'évaluation, elle est réservée aux malades contre-indiqués en chirurgie et présentant une fuite sévère de la valve mitrale de grade supérieur à 3/4.

L'indication est posée par une « Heart Team » composée de chirurgiens cardiaques, de cardiologues interventionnels et de cardiologues référents afin d'optimiser l'indication et la sécurité des patients. Elle repose sur une organisation et un fonctionnement définis par un cadre réglementaire et des recommandations de bonne pratique qui sont évolutifs en fonction de la croissance du nombre de patients pris en charge et de la technicité.

En région Occitanie le développement de la pose de TAVI est récent et s'est progressivement mise en place dans les établissements publics et privés dotés de services de chirurgie cardiaque et par le développement de coopération notamment sous la forme de GCS avec des établissements ayant des compétences médicales en cardiologie interventionnelle.

III- Description du projet

Dans un premier temps, il s'agira de suivre la procédure TAVI et de répondre aux principes édictés dans le cadre réglementaire et par les recommandations professionnelles qui amènent à poser l'indication adéquate dans un environnement décisionnel avec des outils partagés adaptés.

Cette évaluation pourra s'étendre à celle de la procédure Mitraclip lorsqu'elle aura obtenue l'autorisation de mise sur le marché.

IV- Résultats attendus

- Evaluation collégiale du risque et de « l'Indication du remplacement valvulaire aortique ».
- Intégration de l'évaluation de la fragilité des patients dans le parcours de prise en charge dont la participation du médecin gériatre dans ce parcours.
- Mise en place d'un Fiche RCP sur « l'éligibilité à la pose de TAVI » commune, élaborée au niveau régionale et intégrée au DPI.
- Intégrer les éléments de cette prise en charge dans le cadre d'un dossier communiquant de cardiologie sur le modèle de ce qui est proposé en cancérologie.
- Transmission des données à l'OMEDIT avec analyse du retour des résultats par les équipes.
- Suivi de l'évolution des pratiques et indications par les équipes impliquées afin de proposer une typologie de l'offre en plateaux technique en fonction des catégories de patients (adaptation et évolution en fonction de l'inclusion de nouveaux profils).
- Suivi de la survie au moins à 1 an des patients ayant bénéficié de cette pose de bio prothèse valvulaire par voie percutanée.

V- Acteurs concernés

Etablissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité de chirurgie cardiaque et d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie.

VI- Populations concernées

- Equipe médicale impliquant au moins un cardiologue interventionnel, un chirurgien cardio vasculaire et thoracique, un anesthésiste réanimateur et un cardiologue clinicien et la participation de gériatres
- Patients sélectionnés dont les caractéristiques cliniques d'inclusion/exclusion sont conformes au cadre réglementaire et recommandations nationales sur le sujet

VII- Leviers du projet

Les TAVI sont suivis et évalués dans le cadre du volet additionnel du CAQES depuis 2019. Ce volet peut faire l'objet d'un intéressement.

VIII- Contraintes éventuelles

- Non-conformité par rapport au cadre règlementaire
- Procédure TAVI : > 200 remplacements valvulaires aortiques chirurgicaux sur les douze mois précédant la pose de bioprothèses valvulaires aortiques par voie endovasculaire et \geq 24 implantations de bioprothèses valvulaires aortiques par voie endovasculaire.

IX- Indicateurs de suivi

- Assurer la conformité des RCP :
 - RCP effective pour chaque patient ;
 - RCP tracée via la fiche régionale élaborée en commun ;
 - Conformité de la réalisation et composition de la RCP (arrêté du 3 juillet 2012).
- Réalisation effective d'une l'évaluation gériatrique en amont de la décision, dans les cas le nécessitant (outils d'évaluation mis en place et/ou personnel gériatrique dédié)
- Transmission de l'évaluation et décision au médecin traitant
- Export trimestriel exhaustif des variables destinées à l'Omedit
- Evaluation du volume d'implantation de TAVI / aux interventions de chirurgie valvulaire aortique
- Evaluation et suivi des indications par les professionnels impliqués dans la pris en charge
- Age moyen et écart type de la population concernée

Hospitalisation à domicile

I- Motif de sélection du thème

Dans la perspective du développement significatif de l'hospitalisation à domicile (HAD) au niveau national, la région Occitanie n'a pas échappé à la règle. En effet depuis 3 ans la place de l'HAD en Occitanie a connu une ascension de 30 % : le nombre de journées est passé de 334 416 en 2017 à 382 463 en 2019.

La diversité des pratiques et des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile (EHAD) ainsi que des territoires dans lesquels ils évoluent implique une mise en place d'un programme d'harmonisation des pratiques pour assurer une offre de soins de qualité en tout point du territoire.

Pour ce faire, a été mise en place une démarche commune d'amélioration de la pertinence et de la sécurité des soins en rapport avec la certification des établissements de santé de la Haute Autorité de Santé (HAS) ainsi que les indicateurs nationaux.

II- Descriptif du contexte national, régional et territorial

L'hospitalisation à domicile concerne des malades de tous âges (enfants, adolescents, adultes) atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, souvent multiples, évolutives et/ou instables. Les patients peuvent être pris en charge également en Ehpad, (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) en Ssiad (Service de soins infirmiers), ainsi que dans les autres établissements sociaux et médico-sociaux (maison d'accueil spécialisée, institut médico-éducatif, maison de l'enfance à caractère social, appartement de coordination thérapeutique...).

La prescription de l'HAD est conditionnée par la charge en soins que nécessite l'état de santé du patient. Les soins dispensés sont complexes, techniques, longs, pluriquotidiens, délivrés par plusieurs professionnels de santé exerçant différentes spécialités.

Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

III- Description du projet

Depuis 2017, l'ARS et l'Assurance Maladie travaillent en étroite collaboration avec le groupe de travail porté par la Fédération des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD) comprenant l'ensemble des EHAD d'Occitanie, ainsi que l'observatoire des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutique (OMEDIT).

En 2018 et 2019, 2 thématiques ont fait l'objet d'une revue de pertinence :

- Les prises en charge en soins palliatifs
- Les refus de prise en charge en HAD

Ce travail a permis une nette amélioration des pratiques professionnelles dans ces 2 champs.

Eu égard les bons résultats obtenus pour l'ensemble des EHAD au cours des 2 premières années, la revue de pertinence s'est focalisée sur 2 nouvelles thématiques en 2020 :

- Les réhospitalisation en MCO
- Les non-admissions en HAD

Une nouvelle orientation des travaux communs entre l'ARS, l'assurance maladie, la FNEHAD et l'OMEDIT pourrait être mise en place en 2023 : le recours à l'HAD pour la réalisation de séances de chimiothérapie à domicile. Ces derniers s'appuieront sur les référentiels existants et les différentes recommandations de bonnes pratiques professionnelles, notamment :

- Les recommandations de la HAS parues en 2015 comprenant notamment la liste des thérapeutiques orales et injectables à domicile
- Le guide d'Onco-Occitanie paru en 2020 comprenant notamment le rôle et la responsabilité de chaque acteur

IV – Résultats attendus

Les travaux initiés avec le groupe de travail ont pour objectifs de :

- Répondre au mieux aux besoins des patients
- Permettre l'accès pour le patient à des soins selon le respect de la qualité et la gestion des risques en tout point du territoire
- Harmoniser les pratiques tout en prenant compte des spécificités de chaque territoire et de chaque EHAD
- Diffuser les bonnes pratiques recommandées notamment par la HAS, l'ANAP, les décrets et circulaires encadrant les HAD
- Améliorer la fluidité du parcours du patient
- Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge

V- Acteurs concernés

Cette démarche associe l'ensemble des établissements et services d'HAD de la région Occitanie ainsi que tous les acteurs qui entrent en interface aussi bien les libéraux qui interviennent au domicile que les ressources nécessaires pour assurer la prise en soins du patient (ressources logistiques, médicaments, dispositifs médicaux...).

VI- Populations concernées

Ensemble des patients ayant recours aux services de l'hospitalisation à domicile de tous âges.

VII- Leviers du projet

Ce projet a été porté initialement par le groupe régional de la FNEHAD regroupant depuis sa création initialement en Ex Languedoc Roussillon puis en Ex Midi Pyrénées l'ensemble des établissements d'HAD. Ce groupe, dont la base est le benchmarking au service du patient dans le respect des décrets et circulaires ainsi que les recommandations portant sur l'HAD, comprend des acteurs experts visiteurs à la HAS qui ont développé dès le départ une politique de la qualité et de la gestion des risques.

Des groupes de travail sur plusieurs thématiques ont été régulièrement constitués avec la mise en place de travaux d'audit et d'évaluation des pratiques professionnelles (notamment sur les refus des demandes, les non admissions, les soins palliatifs, les dispositifs veineux centraux, les ré hospitalisations...). Ils s'appuient sur la coordination existante en Occitanie entre l'ARS, l'OMEDIT, le CPIAS (Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins), l'Assurance Maladie, les réseaux de soins notamment en chimiothérapie ainsi que les URPS.

Des revues de pertinence ont été mises en place dans les suites de ces travaux d'EPP afin d'harmoniser les pratiques et comprendre quels ont été les points forts et les points faibles, les menaces et les opportunités de ces établissements et services HAD.

VIII- Contraintes éventuelles

La diversité des pratiques et des établissements et services d'hospitalisation à domicile ainsi que des territoires. En effet bien que la circulaire DHOS/O n° 2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile fixe le cahier des charges, toutes les HAD n'ont pas le même profil. Il existe des différences de structurations des HAD : service d'hospitalisation à domicile ou établissements d'HAD, existence ou non d'une pharmacie à usage interne, recours à l'hospitalisation conventionnelles et aux spécialistes, ressources humaines, organisation de la logistique...

Ces différences sont une force qu'il faut décliner sur le territoire pour permettre aux usagers d'avoir accès à des soins de qualité dans le respect de la qualité et de la gestion des risques en tout point du territoire.

IX- Indicateurs de suivi

Pour 2020-2021

- Taux de pertinence des ré hospitalisation
- Cause des refus et des non admission
- Taux de pertinence des non-admissions

Prescription des examens de biologie médicale dans les établissements de santé publics et privés

I- Motif de sélection du thème

Dans le rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 concernant la biologie médicale, le constat est fait qu'il est aujourd'hui nécessaire d'opérer un choix entre une biologie purement analytique, dont le rapport estime qu'elle est plus coûteuse et de moindre efficacité pour les patients, et une biologie pleinement médicale qui s'attache à la pertinence des examens biologiques pratiqués, à la fiabilité de l'ensemble des phases de ces examens (pré-analytique, analytique et post-analytique) et à l'efficacité de la discipline (notamment en maîtrisant les volumes de prescription). Ses auteurs exposent par ailleurs que « *une vraie marge de progrès existe sur des prescriptions mal adaptées, sur des doublons, encore trop nombreux* ».

La caisse nationale de l'assurance maladie estime, dans son rapport du 02 juillet 2015 au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016 (loi du 13 août 2004), que 3,9 millions d'examen pré anesthésiques réalisés en France en 2013 ne seraient pas pertinents.

Les professionnels réunis par l'ARS Occitanie dans le cadre d'un groupe de concertation ont partagé également le constat qu'au niveau des établissements de santé publics et privés de la région la prescription des examens de biologie médicale n'était pas toujours pertinente et qu'elle pouvait être redondante et/ou injustifiée.

La démarche en vue de promouvoir la pertinence de la prescription des examens de biologie médicale dans les établissements de santé publics et privé de la région OCCITANIE est issue de ces approches et a été actée dans le PRS 2018-2022.

II- Description du contexte national, régional +/- territorial

Contexte national :

Proposition 19 figurant dans le rapport du 02 juillet 2015 de la caisse nationale de l'assurance maladie afin de déployer une stratégie en collaboration avec la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) pour faire évoluer les comportements des prescripteurs et réduire les examens pré anesthésiques superflus.

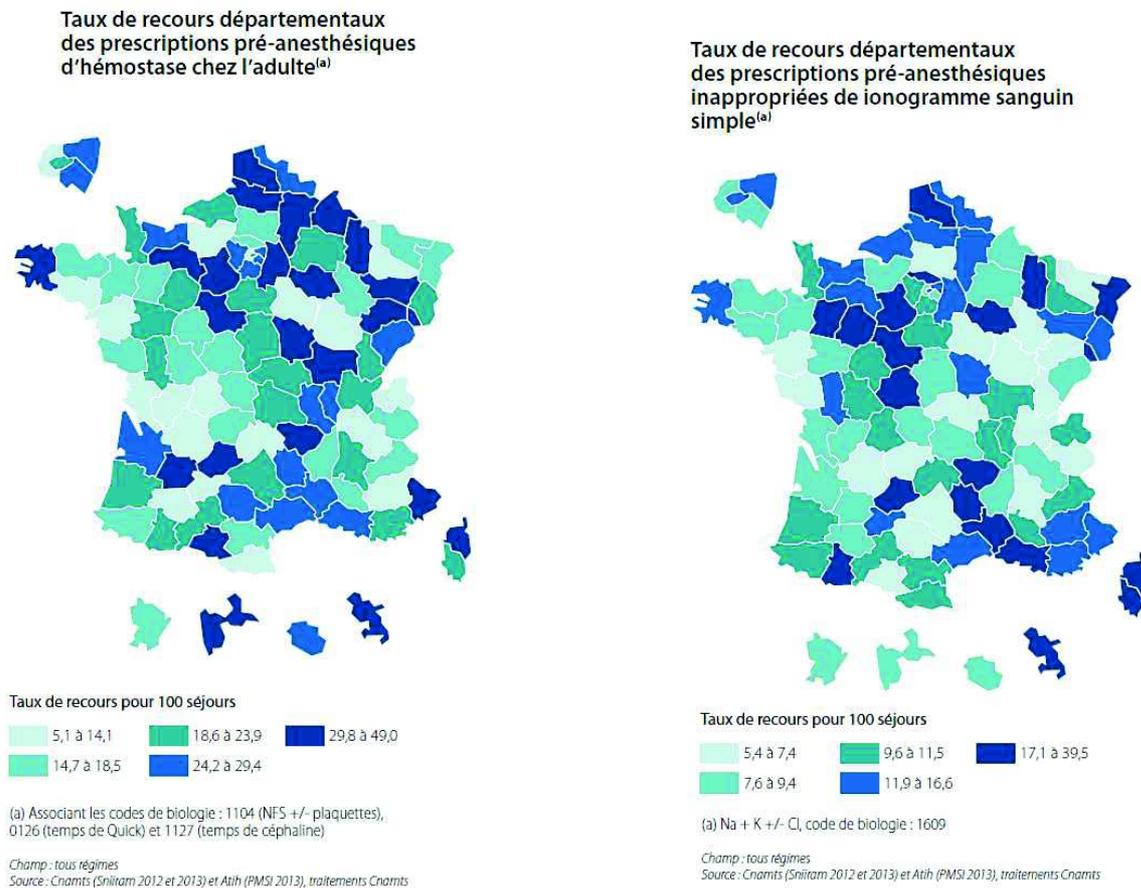
Parution d'une instruction interministérielle le 24 janvier 2020 relative aux modalités de suivi des Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES) durant la phase transitoire 2020 qui a ciblé un indicateur composite sur les examens pré-anesthésiques pour des actes de chirurgie mineure. Le choix de cette thématique s'appuie sur le référentiel actualisé en 2012 par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR). Elle y définit les situations dans lesquelles ces examens sont non pertinents, c'est-à-dire inutiles et non nécessaires à la bonne prise en charge du patient.

Contexte régional :

Prescriptions, dans certaines situations, d'examen immuno-hématologiques identifiées non pertinentes par le groupe expert régional.

Contexte territorial :

Le rapport du 2 juillet 2015 montre une hétérogénéité des taux de recours aux prescriptions pré-anesthésiques d'examens d'hémostase et ionogrammes sanguins.



III- Description du projet

Un groupe expert composé à part égale de prescripteurs et de biologistes médicaux, en association avec des représentants de l'assurance maladie a été constitué pour accompagner la démarche d'amélioration de la pertinence de la prescription de biologie médicale au niveau régional. De ses travaux, sont issues plusieurs propositions visant à améliorer cette pertinence. Ce groupe a préconisé notamment de :

- 1/ Favoriser la relation clinicobiologique en associant les biologistes médicaux aux réunions des services prescripteurs afin d'apporter leur expertise en termes d'aide à la prescription et d'aide à l'interprétation de certains résultats évitant dans certains cas la sur-prescription ;
- 2/ Développer la formation initiale et continue sur la « juste prescription », sensibiliser les internes et les praticiens juniors ;
- 3/ Mettre à disposition des prescripteurs des applicatifs informatiques adaptés (intuitifs, rapides, fournissant les informations chiffrées sur les coûts associés aux prescriptions et permettant d'identifier les redondances) ;
- 4/ Limiter l'utilisation des demandes d'examens systématiques préétablies.

Parmi les examens, sur lesquels devraient porter les actions à conduire en priorité, ont été cités par le groupe expert :

- les sérologies infectieuses ;
- Les groupages sanguins.

L'instruction interministérielle du 24 janvier 2020 relative aux modalités de suivi des Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES) durant la phase transitoire 2020 a ciblé un indicateur composite portant sur la prescription des examens pré-anesthésiques pour des actes de chirurgie mineure. Cet indicateur composite recouvre 4 sous indicateurs définis par la SFAR en lien avec la CNAM pour les situations de chirurgie mineure et pour lesquelles les examens suivants sont jugés inutiles à savoir :

- Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'enfant, avant amygdalectomie et adénoïdectomie ;
- Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte ;
- Taux de recours au groupe sanguin ;
- Taux de recours au ionogramme sanguin.

Les groupages sanguins, étant à la fois identifiés par le groupe expert régional et positionnés dans l'instruction interministérielle du 24 janvier 2020, ont été retenus pour rejoindre le cadre posé par l'instruction afin de poursuivre la démarche visant à améliorer la pertinence de la prescription des examens de biologie médicale initiée au niveau de la région OCCITANIE.

De ce fait, les établissements pouvant être concernés en région OCCITANIE sont ceux ayant plus de 1000 examens pré-anesthésiques par an et un taux de geste évitable supérieur à 0%.

IV- Résultats attendus

Diminution du nombre de prescriptions d'examens redondants, injustifiés et inutiles.

V- Acteurs concernés

- Etablissements de santé publics et privés ;
- Prescripteurs ;
- Biologistes médicaux ;
- Représentants des facultés de médecine et de pharmacie ;
- Usagers.

VI- Populations concernées

Patients pris en charge par les établissements de santé de la région Occitanie.

VII- Leviers du projet

- Engagement des établissements via la contractualisation : **19 établissements sanitaires à statut public ou privé** se sont engagés volontairement dans la phase transitoire du CAQES pour les examens pré-anesthésiques. Ils pourront être rémunérés par l'assurance maladie à hauteur de 30% des économies générées.
- Mise en place de la prescription connectée et de formations à destination des professionnels sur la pertinence

- Implication des professionnels dans le cadre d'une pluridisciplinarité et d'une relation clinico-biologique renforcée
- Existence de recommandations élaborées par une société savante (SFAR)
- Développement d'outils à destination des patients afin de faciliter le dialogue avec les professionnels en faveur de prescriptions pertinentes partagées

VIII- Contraintes éventuelles

- Report de la phase transitoire du CAQES au 1^{er} janvier 2021 et évolution attendue du dispositif contractuel au 1^{er} janvier 2022
- Retard au déploiement de la prescription connectée
- Difficultés d'appropriation par les praticiens de la démarche et des recommandations
- Difficultés de prise en main des outils informatiques dans le cadre de la prescription connectée nécessitant un accompagnement suffisant des SI au sein des établissements.

IX- Indicateurs de suivi

Pourcentage d'établissements ayant atteint leurs objectifs individuels, dans le cadre du CAQES, portant sur le :

- Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'enfant, avant amygdalectomie et adénoïdectomie
- Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte
- Taux de recours au groupe sanguin
- Taux de recours au ionogramme sanguin

Nombre de formations pertinence dispensées en initiale et en continu (axe en lien avec l'enseignement de la pertinence).

Imagerie

Dans le cadre du PAPRAPS 2021-24, le déploiement de 2 projets successifs sur le thème imagerie est proposé sur la durée de sa mise en œuvre afin d'améliorer la :

- 1^{er} projet : Pertinence de la prescription des examens d'imagerie pour le diagnostic de colique néphrétique.
- 2^{ème} projet : Pertinence de la prescription des radiographies thoraciques versus scanners thoraciques pour le diagnostic et le suivi des pathologies pulmonaires.

I- Motif de sélection du thème

Projet 1 – Colique néphrétique

La colique néphrétique est consécutive à l'obstruction de la voie d'excrétion du haut appareil urinaire, du fait d'un calcul rénal (lithiase urinaire). C'est une pathologie ubiquitaire, d'incidence annuelle estimée à 0,5% en Europe et de prévalence estimée à 10-15% sur toute une vie.

La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) a pendant longtemps été l'examen de référence dans le bilan de CN. Sa sensibilité et sa spécificité sont aujourd'hui considérées insuffisantes au regard de celles de l'échographie abdominale et surtout du scanner abdomino-pelvien non injecté. En effet l'échographie ne permet pas d'identifier tous les calculs, à la différence du scanner. Les recommandations de recours à ces 3 techniques, notamment leur positionnement respectif, sont bien définis.

Or aujourd'hui, le nombre de prescriptions d'ASP en 1^{ère} intention devant un syndrome clinique de colique néphrétique reste encore relativement important.

Projet 2 – Pathologie pulmonaire

La radiographie thoracique (RT) permet de diagnostiquer et suivre la majorité des pathologies bénignes du poumon (notamment les pneumonies) mais son apport est plus limité dans la recherche de certains types de lésions ou infections pulmonaires.

Le scanner thoracique (ST) permet des diagnostics plus précis et donc des prises en charge plus adaptées, en évitant des clichés redondants en radiographie conventionnelle. Ses indications sont aussi plus étendues, en première intention comme en recours spécialisé. Le scanner présente aussi une plus grande variété et qualité d'images pour des doses de rayonnement en diminution (basse dose) du fait des avancées techniques des appareils. Enfin, les perspectives de développement du dépistage du cancer du poumon s'appuient sur son usage.

Aujourd'hui, un nombre important de RT en diagnostic ou suivi de pathologies pulmonaires est réalisé alors que leurs indications ne semblent pas toujours adaptées (bilans de toux chronique, repérage de nodules pulmonaires de petite taille, maladie infiltrantes...) et que celles-ci pourraient vraisemblablement être substituées par des ST.

Pour ces deux sujets, il est proposé de réaliser une analyse des pratiques professionnelles, au vu des recommandations de bonnes pratiques, afin de proposer les modalités de leur amélioration.

II- Description du contexte national, régional +/- territorial

Projet 1 – Colique néphrétique

La radiographie ASP seule a une sensibilité insuffisante pour le diagnostic de calcul dans le bilan d'une colique néphrétique. Il n'est pas indiqué si un scanner est choisi mais peut être associé à l'échographie dans le cas contraire. A distance de l'épisode douloureux, l'ASP est indiquée en lithotripsie extracorporelle pour le geste thérapeutique et le suivi du patient.

Les indications d'échographie de l'appareil urinaire et de scanner abdominopelvien en situation de diagnostic sont précisées par le Guide de Bon Usage (GBU) des examens d'imagerie médicale (SFR) :

- L'échographie permet le diagnostic de cavités dilatées mais n'élimine pas une colique néphrétique débutante. Son caractère non irradiant et non invasif en fait un examen de première intention chez l'adulte jeune et à privilégier en cas de récurrence.
- Le scanner abdominopelvien est l'examen le plus sensible et spécifique. Sa limite étant l'irradiation, il doit être effectué à basse dose (mAs \leq 100) lorsque l'IMC le permet (< 30). Il peut être proposé d'emblée sans échographie préalable ou à distance de l'épisode douloureux. Le scanner avec injection de produit de contraste doit aussi être effectué en urgence en cas de colique néphrétique compliquée.

Projet 2 – Pathologie pulmonaire

La RT permet notamment la détection des infections pulmonaires, d'épanchements liquidiens (pleurésie) ou aériens (pneumothorax) de la plèvre, de certaines masses tumorales, et de rechercher des corps étrangers en particulier en situation d'urgence.

Le ST est plus précis, notamment dans l'exploration des espaces aériens, du tissu de soutien du poumon (interstitium) et des structures vasculaires et lymphatiques. Il détecte des foyers infectieux pouvant passer inaperçus à la RT et oriente plus aisément vers une gamme de bactéries ou virus selon le type de lésions. En diagnostic du cancer du poumon, le ST, souvent injecté, permet de repérer la taille et la localisation des anomalies ou nodules, y compris de petite taille. Le scanner injecté permet également de bien analyser les vaisseaux des poumons. De fait, ses indications sont multiples : recherche d'infection (pneumopathie, bronchiolite...), d'emphysème, d'épanchement pleural ou péricardique, de pathologie bronchique, recherche ou surveillance de cancer du poumon et de nodule.

Le GBU présente la synthèse des principales recommandations nationales pour 27 situations cliniques relatives au thorax. Par ailleurs, la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR) a réalisé une fiche pratique identifiant les situations pour lesquelles la RT n'est pas recommandée, notamment : maladie respiratoire sans tumeur (infections des voies aériennes hautes, bronchite aiguë, bronchiolite de l'enfant et douleur thoracique non spécifique), tumeur (sauf certains cancers), avant une intervention (sauf à visée cardio-thoracique).

Enfin, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis des propositions relatives à la place du scanner thoracique dans la prise en charge des patients atteints ou suspects au COVID-19. Celle-ci est centrale dans la prise en charge des patients présentant des symptômes respiratoires sévères, l'examen permettant d'évaluer l'extension des lésions et suivre leur évolution.

III- Description du projet

Une méthode commune aux 2 projets est proposée à ce stade. Celle-ci devra être affinée suivant les orientations définies au sein du groupe de travail mobilisé pour leur déploiement.

L'objectif général de ces deux projets d'imagerie, consiste à apprécier la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques de prescription afin de proposer des améliorations voire de participer à leur mise en œuvre.

Pour cela, il est proposé de :

- Constituer 1 groupe de travail composé de professionnels concernés,
- Identifier et objectiver les problèmes liés à la non-mise en œuvre des bonnes pratiques,
- Identifier et proposer des leviers d'amélioration des pratiques de prescription,
- Proposer voire mettre en œuvre des actions ciblées d'amélioration des pratiques,
- Proposer les modalités du suivi des évolutions des pratiques sur ces sujets.

Il est proposé un démarrage du projet n°1 à partir du 2nd semestre 2021 (Cf. partie VIII).

IV- Résultats attendus

- Identifier et proposer des axes d'évolution des bonnes pratiques,
- Proposer voire mettre en place des actions d'amélioration des pratiques,
- Identifier des indicateurs de suivi des bonnes pratiques.

V- Acteurs concernés

- Médecins prescripteurs de ces deux types d'exams,
- Médecins radiologues.

VI- Populations concernées

Tout usager du système de soins en région Occitanie :

- Présentant un syndrome clinique de colique néphrétique,
- Bénéficiant d'une demande d'examen radiologique de type RT ou ST en lien avec une recherche diagnostic ou un suivi de pathologie pulmonaire.

VII- Leviers du projet

- Inscription du sujet Pertinence dans le Schéma Régional de Santé (projet structurant 1.2 Promouvoir plus de pertinence dans l'activité d'imagerie),
- Existence du GBU, édité par la SFR membre du G4,
- Mobilisation de la FNMR sur le sujet de la pertinence des actes d'imagerie,
- Mobilisation d'un groupe de travail régional piloté par l'ARS dans le cadre de la révision du Schéma Régional de Santé,
- Existence de données suffisantes permettant de documenter la problématique puis suivre l'impact des travaux sur les pratiques professionnelles.

VIII- Contraintes éventuelles

- Mobilisation prioritaire de l'Agence, dont ses référents thématiques, et du groupe de travail régional sur la révision du Schéma Régional de Santé au 1^{er} semestre 2021,
- Priorisation des actions de l'Agence en fonction de l'évolution de la crise sanitaire.

IX- Indicateurs de suivi

- Fréquence des temps d'échanges du groupe de travail,
- Résultat de l'analyse des pratiques (anomalies, freins, facteurs favorisants...),
- Propositions d'actions d'amélioration des pratiques,
- Nature et nombre d'actions mises en œuvre,
- Nature des indicateurs de suivi sélectionnés.

BPCO

I- Motif de sélection du thème

La bronchopneumopathie chronique obstructive (ou BPCO) est une maladie chronique inflammatoire des bronches qui se caractérise par un rétrécissement progressif et une obstruction permanente des voies aériennes. Elle est due le plus souvent au tabac et est associée dans plus de la moitié des cas à des comorbidités.

La prise en charge thérapeutique de la BPCO est multifactorielle et nécessite le traitement des facteurs déclenchants ou favorisants, la vaccination antigrippale et antipneumococcique, la pratique de l'activité physique, et selon la gravité de la maladie, la réadaptation respiratoire et les médicaments voire l'oxygénothérapie, ainsi que la prévention et le traitement des exacerbations.

La BPCO est un problème de santé publique avec plus de 3 millions de patients en France : elle fait partie des maladies chroniques retenues dans la stratégie de transformation du système de santé (STSS) pour préparer « Ma santé 2022 ».

Dans le cadre du chantier de la STSS « Inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques », des indicateurs de qualité du parcours de soins des patients souffrant de BPCO ont été développés et le guide parcours de soins publié en 2014 par la HAS a été actualisé fin 2019.

II- Description du contexte national, régional +/- territorial

Les données épidémiologiques sont peu nombreuses : la prévalence est difficile à estimer en raison du sous-diagnostic et de la difficulté à réaliser des épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) dans le cadre d'études épidémiologiques. Elle est estimée à 7,5 % dans une population de plus de 45 ans, l'incidence semble se stabiliser chez l'homme et augmenter chez la femme. Par ailleurs, en 2018, 25,4 % des patients adultes avaient une consommation quotidienne de tabac (SPF 2019). En 2014, 81 600 personnes étaient en affection de longue durée (ALD) pour bronchite chronique sans précision.

Le rapport 2017 de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur l'état de santé de la population en France montre que :

- en 2013, environ 19 000 décès étaient liés à la BPCO, dont 48 % en cause initiale ; les taux bruts de mortalité liés à la BPCO étaient de 96/100 000 adultes de 45 ans ou plus chez les hommes et 41/100 000 chez les femmes ;
- en 2014, le nombre annuel d'hospitalisations pour exacerbation de BPCO se situait entre 100 000 et 160 000 selon l'indicateur ; les taux bruts d'hospitalisation étaient de 31/10 000 chez l'homme et 15,4/10 000 chez la femme, les taux les plus élevés (> 20 %) étant observés dans les régions du Nord et de l'Est de la France et à la Réunion. Les taux standardisés d'hospitalisation ont augmenté depuis 2000, de 2 % par an chez l'homme et 5 % par an chez la femme.

Les coûts moyens directs de la BPCO augmentent avec le niveau de sévérité de la maladie et passent en moyenne de 7 628 € par an pour les patients les moins sévères à 20 747 € par an chez les patients sous oxygénothérapie.

III- Description du projet

La BPCO fait partie des priorités de l'ARS. Un groupe de travail a été constitué en 2015, en ex-Languedoc Roussillon, afin d'améliorer le parcours de soins des patients atteints de BPCO. Cette thématique avait été sélectionnée au regard de l'existence de recommandations (notamment le « Guide du parcours de soins – Bronchopneumopathie chronique obstructive » publié par la HAS en juin 2014) et d'un taux de recours régional (ex LR) mesuré par l'ATIH inférieur aux taux national.

La BPCO est par ailleurs une priorité dans le cadre de la stratégie « Ma santé 2022 » :

Priorité du chantier 4 / Qualité et pertinence – Piloté par la HAS et la CNAM (2019-2020)

- Construire des parcours assortis d'indicateurs de santé ;
- Améliorer la qualité des PEC sur certains parcours en prenant en compte l'efficacité clinique et l'expérience patient : production des indicateurs BPCO et diffusion auprès des professionnels de santé.

L'ARS Occitanie a souhaité reprendre les travaux de ce groupe afin de définir des leviers d'amélioration du parcours de soins des patients atteints de BPCO, dégager des priorités et un plan d'actions pour améliorer ce parcours. Il s'agit d'un axe transversal du PRS 2018-2022.

Pistes de travail pour la reprise de la thématique

- **Former, informer les professionnels de santé** (Médecins généralistes, urgentistes, pneumologues, kinésithérapeutes ...) : penser à la BPCO, rechercher les facteurs de risque, quels pourraient être les messages les plus pertinents à donner ?, travailler en interdisciplinarité, impliquer les professionnels de santé autres que les médecins généralistes ;
- **Communiquer sur la BPCO** : à l'attention des professionnels de santé, du grand public, mener une réflexion sur la communication via l'URPS, mieux impliquer les patients ;
- **Faire le diagnostic de BPCO** : faisabilité de la spirométrie en médecine générale, lors des consultations de sevrage tabagique, en MSP, implication des associations de patients, implication des kinésithérapeutes, développer l'utilisation de l'auto questionnaire de dépistage de la BPCO (HAS 2014), travailler sur l'exploitation plus systématique des examens d'imagerie ;
- **Tirer les enseignements du dépistage** de la BPCO dans le cadre du protocole de coopération Asalée, de l'expérimentation de l'Assurance Maladie, ... ;
- **La réhabilitation respiratoire** : état des lieux dans la région Occitanie, évaluation et propositions d'harmonisation de la PEC par les réseaux.

Lors de la réunion du COPIL du 12 décembre 2018, il est convenu de mettre en place 2 groupes de travail sur les thèmes suivants :

- Formation, information, communication et dépistage précoce
- Réhabilitation respiratoire

Les 2 groupes de travail se sont réunis à plusieurs reprises depuis fin 2018. Les travaux ont permis de réaliser un état des lieux pour ce qui concerne les différents thèmes mis au travail : formation des professionnels de santé, dépistage précoce et réalisation de spirométries, parcours de soin des patients BPCO, plateaux techniques et réhabilitation respiratoire.

D'autre part, le groupe souhaite organiser une intervention auprès des professionnels de santé pour les informer sur les sujets de la formation, de l'offre de soins en Occitanie, du dépistage précoce et de la réhabilitation respiratoire.

IV- Résultats attendus

Questionnaire adressé aux coordonnateurs des MSP en vue d'identifier leur besoins d'appui et expertise dans le domaine de la BPCO.

Finalisation d'un partenariat avec la Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé (FORMS) : reprise contact, réunion avec les pilotes des 2 groupes BPCO.

Intervention ciblée auprès des professionnels de santé sur la thématique BPCO : réponse aux questions du terrain et information sur l'offre BPCO en Occitanie.

V- Acteurs concernés

Médecins - Masseurs kinésithérapeutes - Associations de patients

VI- Populations concernées

Patients BPCO

VII- Leviers du projet

Professionnels de santé, URPS médecins et masseurs-kinésithérapeutes ;

FORMS

Dispositifs de premier recours : MSP, CPTS, centres de santé ...

Dispositif Asalée

VIII- Indicateurs de suivi

- Formation des professionnels de santé : formations courtes, formation diplômante
- Promotion du dépistage précoce : auto-questionnaire HAS, réalisation des spirométries
- Information des professionnels sur le parcours BPCO : journée d'intervention ciblée auprès des professionnels de santé

Enseignement de la pertinence

I- Motif de sélection du thème

L'amélioration du système de santé passe nécessairement par une actualisation régulière des compétences des professionnels de santé. Cette actualisation, réalisée lors de la formation initiale mais également en continu, doit permettre d'adapter et de faire évoluer les pratiques, afin d'assurer une prise en charge de qualité et adaptée aux besoins des usagers.

La formation est donc un des leviers d'amélioration de la qualité et de la pertinence des prises en charge pour des professionnels de santé qui restent peu formés à l'analyse de leurs pratiques professionnelles et à leur évolution en fonction des données issues de la recherche, de l'expérience clinique.

II- Description du contexte national, régional +/- territorial

L'intégration de la notion de pertinence à l'enseignement initial et continu des professionnels de santé a été inscrite dans le PAPRAPS 2016-2020 avec la constitution d'un groupe de travail autour des représentants des institutions universitaires présents à l'IRAPS.

La Stratégie Nationale de Santé fixe comme priorité de faire de la pertinence des soins un objectif central de l'amélioration des pratiques professionnelles. C'est la raison pour laquelle ce programme constitue un des projets structurants du Projet Régional de Santé en Occitanie 2018-2022.

A cet égard, des séminaires de sensibilisation à la pertinence sont organisés chaque année dans les facultés de médecine de la région.

A Montpellier-Nîmes, l'ARS et l'Assurance Maladie participent aux séminaires destinés aux DFASM2 (5^{ème} année) autour de la pertinence. Les programmes suivants ont été présentés :

- 2016 :
 - o Obésité et chirurgie bariatrique
 - o Dysthyroïdies et la thyroïdectomie du nodule bénin
 - o IRM dans les pathologies ostéoarticulaires du membre inférieur
 - o Poly médication du sujet âgé
- 2017 : La prise en charge de l'obésité
- 2018 : La pose des TAVI
- 2019 : Rôle et place du médecin dans l'amélioration du parcours de soins : exemple de l'AVC
- 2020 :
 - o Application de la pertinence à l'Hospitalisation A Domicile
 - o Parcours de soin, nouvelles organisations territoriales des soins, exercice coordonné

A Toulouse, des séminaires annuels d'une journée « Pertinence des soins » ont également été organisés dans les facultés de médecine :

- En 2018 et en 2019 dans le cadre d'un séminaire optionnel destiné aux DFASM2
- En 2021, dans le cadre d'un séminaire devenu obligatoire et intégré à l'unité d'enseignement de DFASM3 « Compétences cliniques » qui comprend désormais la validation des ECOS facultaires (Examens Cliniques Objectifs et Structurés), d'un

enseignement de l'Éthique médicale, et la participation au séminaire « Pertinence des soins ».

Ce séminaire comprend :

- 1) La prise de connaissance de supports pédagogiques accessibles sur Moodle, relatifs aux différents aspects de la pertinence des soins
- 2) Un travail en atelier de 2 heures par groupes de 7 étudiants sous la responsabilité d'un enseignant.

Tous les services du CHU de Toulouse accueillant des étudiants en stage ainsi que le département de médecine générale participent à l'animation de ce séminaire. Au cours de ces ateliers, les étudiants sont appelés à réfléchir, soit à partir d'une situation vécue en stage qui les a interpellés sur un des aspects de la pertinence des soins, soit à partir d'un document relatif à la prescription des examens complémentaires, des médicaments, des soins paramédicaux, ou au parcours de soin.

- 3) Le travail effectué dans les ateliers est restitué devant un Jury (4 enseignants obilisés par demi-journée de Jury, pendant 4 demi-journées).

III- Description du projet

3 axes sont identifiés pour la poursuite de la diffusion de la culture « pertinence » :

1/ Poursuivre la démarche de pertinence en formation initiale auprès des facultés de médecine de la région Occitanie par l'organisation d'un séminaire pertinence d'une journée par an à destination des étudiants de 3^{ème} cycle.

2/ Etendre l'enseignement de la pertinence aux instituts de formation des professions paramédicales ; mesurer la prise en compte de la pertinence dans les enseignements et inciter à son développement si elle apparaît insuffisante.

3/ Inciter les organismes de formation continue à valoriser dans les sessions de formation la démarche pertinence.

IV- Résultats attendus

- Assurer une offre de formation initiale à la pertinence pour l'ensemble des professions médicales et paramédicales de la région, afin de développer une culture commune, conforme aux référentiels nationaux, permettant la mise en œuvre d'une démarche et de programmes de pertinence portés par les professionnels avec l'appui de l'ARS. Ces formations doivent permettre la mise en œuvre de programme de pertinence de parcours de soins coordonnés pluri-professionnels.
- Promouvoir dans le cadre du parcours triennal de développement professionnel continu (DPC) une offre de formation à la pertinence accessible pour l'ensemble des professions médicales et paramédicales de la région.

V- Acteurs concernés

- Les facultés de médecine de la région Occitanie
- Les écoles et instituts de formation des professions médicales et paramédicales
- Les acteurs de formation continue des professions médicales et paramédicales

VI- Populations concernées

- Les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux.
- Responsables des enseignements et du Développement Professionnel Continu dans la région.

VII- Indicateurs de suivi

- Nombre et nature des enseignements mis en place en formation initiale
- Nombre et nature des DPC prenant en compte un volet pertinence

Troubles spécifiques du langage et des apprentissages

I- Motif de sélection du thème

Parmi les 20% d'enfants concernés par les difficultés scolaires, 6% présentent des Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages (TSLA) et parmi eux 1% des troubles sévères. Pour prévenir les conséquences de ces troubles sur la santé, la qualité de vie et la scolarité puis l'avenir social et professionnel, il est nécessaire de mettre en place un dispositif qui permette le repérage, le diagnostic et la prise en charge multidisciplinaire personnalisée le plus tôt possible (rapport CNNSE 2013, guide HAS décembre 2017). Le parcours de soin d'un enfant porteur d'un TSLA doit être intégré dans un parcours de vie, où les soins médicaux, psychologiques, de rééducation sont adossés aux adaptations pédagogiques.

La gradation et la coordination des soins et des acteurs (médecin, psychologue, orthophoniste, milieu éducatif...) sont nécessaires.

Les retards de diagnostic et/ou les prises en charge inadaptées ou indûment prolongées de ces enfants renforcent les inégalités d'accès aux soins et un engorgement des centres de référence destinés aux cas complexes.

II- Description du contexte national, régional +/- territorial

En 2013, la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant a émis plusieurs préconisations dont l'organisation du parcours en 3 niveaux de recours aux soins :

- **Niveau 1** : le médecin de l'enfant, le médecin de santé scolaire ou de protection maternelle et infantile en lien avec les rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthoptistes) et les psychologues
- **Niveau 2** : niveau intermédiaire entre le premier recours et les centres de référence. Il s'appuie sur des équipes pluridisciplinaires sous la direction d'un médecin expert responsable du projet de soins. Ce niveau 2 vient en appui du niveau 1 et en amont du centre de référence
- **Niveau 3** : centres de référence mis en place par la circulaire DHOS 2001-209 du 4 mai 2001. Ils constituent des centres de haut niveau d'expertise pour les situations les plus complexes adressées par les niveaux 1 et 2.

Sur la base de ces préconisations, la Haute Autorité de Santé (HAS) a édité un guide « *Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages* » en décembre 2017, avec un accent sur :

- Le 1^{er} et le 2^{ème} niveau de recours de soins afin de permettre aux centres de référence (niveau 3) de se recentrer sur leurs missions d'expertise, de formation et de recherche,
- La nécessité d'un partenariat entre les professionnels de santé, psychologues et professionnels de l'Education nationale.

En juin 2020, l'ARS Occitanie a autorisé le projet expérimental « Parcours de santé TSLA Occitanie » porté par l'association Occitadys, pour une durée de 2 ans renouvelable 1 an cofinancé par l'ARS, l'Assurance Maladie et la CNAM.

III- Description du projet

Le projet concerne la pertinence de l'organisation et de la prise en charge des enfants TSLA dans les 5 établissements de niveau 2 qui ont contractualisé un volet pertinence du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiences des Soins (CAQES) entré en vigueur au 1^{er} janvier 2019 : Centre Hospitalier de Rodez, Centre Hospitalier de Cahors, Centre Hospitalier Bigorre, Centre Hospitalier d'Albi et le Centre Hospitalier d'Auch.

Ces établissements se sont engagés sur **4 actions à mettre en œuvre** :

- Action 1 : Composition de l'équipe pluridisciplinaire conforme au référentiel HAS, sous la responsabilité d'un médecin expert
- Action 2 : Validation des motifs d'orientation des enfants vers une prise en charge de niveau 2
- Action 3 : Evaluation diagnostique pluridisciplinaire avec la réalisation d'une RCP
- Action 4 : Coordination des soins avec un projet individuel identifié et suivi

IV- Résultats attendus

- Structuration de l'équipe pluridisciplinaire dans chaque niveau 2, avec un médecin expert référent de parcours.
- En l'absence de certains métiers dans l'équipe (par exemple ergothérapeute, orthoptiste), solution proposée aux familles (convention avec le secteur libéral)
- Organisation de Réunion de Concertation Pluri professionnelle (RCP) pour valider les décisions : besoins d'évaluation, diagnostic, proposition de soins, adaptation pédagogique
- Elaboration du Projet de Soins individualisé pour chaque enfant avec TSLA : coordination pluridisciplinaire, projet de soins identifié sur les 3 axes (médical, rééducatif et psychologique si nécessaire)
- Réévaluation du projet de soins au fil du temps, en lien avec les différents partenaires et la famille, pouvant conduire à un nouveau projet thérapeutique et à une nouvelle orientation vers le niveau 1 ou le niveau 2.

V- Acteurs concernés

- Etablissements de santé de niveau 2 pour le projet TSLA
- Professionnels de santé du niveau 1
- Enseignants et Enseignants référents de l'Education Nationale, médecins et infirmières scolaires
- MDPH
- Association de parents et familles

VI- Populations concernées

Enfants présentant des troubles spécifiques du langage et des apprentissages : 6% d'une tranche d'âge.

VII- Leviers du projet

- Engagement des établissements de niveau 2 dans un volet additionnel pertinence (CAQES).
- Collaboration et coordination des niveaux 2 avec les centres de références niveaux 3 du CHU de Montpellier, CHU de Toulouse et CH de Bigorre
- Lien avec le réseau Occitadys et l'expérimentation article 51 en cours

VIII- Contraintes éventuelles

Evolution du dispositif contractuel (CAQES) au 1^{er} janvier 2022.

IX- Indicateurs de suivi

- 100% des dossiers patients tracés répondant aux critères de validation des motifs d'orientation, réalisation d'une RCP et rédaction d'un projet individuel de soins.
- Délai entre 1^{er} contact et 1^{er} RDV
- Nombre de notification MDPH, taux de notification MDPH (nombre de notification/ nombre de dossiers soumis)

Parcours du patient obèse

I- Motif de sélection du thème

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'obésité a atteint les proportions d'une épidémie mondiale. Or, le surpoids et l'obésité constituent un facteur de risque majeur pour les maladies cardiovasculaires, le diabète, les troubles musculo-squelettiques et certains cancers. Ils augmentent par ailleurs le risque de décès prématuré et les incapacités à l'âge adulte.

Une feuille de route « Prise en charge de l'Obésité 2019/2022 » a été publiée en octobre 2019. Celle-ci s'articule avec le 4^{ème} Programme national nutrition santé (PNNS) et fixe un objectif ambitieux :

- Diminuer de 15 % l'obésité et stabiliser le surpoids chez les adultes
- Diminuer de 20 % le surpoids et l'obésité chez les enfants et les adolescents

Aujourd'hui, il apparaît que l'obésité, le surpoids et les pathologies induites sont des facteurs majeurs de mortalité dans la crise sanitaire du coronavirus (+ 40 % selon une étude britannique) démontrant la nécessité de faire de la lutte contre ces pathologies un axe majeur de la politique de santé publique. Le Royaume-Uni vient d'ailleurs de décréter la lutte contre ce problème en tant que grande cause nationale.

II- Description du contexte national, régional +/- territorial

En France la prévalence de l'obésité (IMC ≥ 30) est estimée à 17% chez les adultes, sans distinction entre hommes et femmes. Un quart des personnes obèses souffre d'une obésité dite sévère ou morbide et ce chiffre a tendance à augmenter.

Selon le baromètre Santé Occitanie 2016, la prévalence de l'obésité pour les personnes de 15 à 75 ans atteint 11 %, un taux plus faible que dans le reste de la France mais qui reste élevé. Toutefois les analyses ont montré une prévalence importante en ex Languedoc-Roussillon, en lien avec la précarité des populations et leur mode de vie. Ceci a conduit l'ARS à effectuer un premier travail avec les établissements de l'ex-région Languedoc-Roussillon sous le prisme de la chirurgie bariatrique, dont le taux de recours est très important dans la région. L'objectif était d'évaluer la qualité du parcours du patient obèse adulte, en amont de la chirurgie bariatrique. Cette prise en charge doit rester une solution de dernier recours et impose un suivi pré opératoire et post opératoire rigoureux avec notamment un suivi à vie. C'est pourquoi une analyse des solutions alternatives est absolument nécessaire.

La feuille de route citée ci-dessus s'intitule « Prévenir et prendre en charge l'obésité ».

Le but est d'agir sur l'augmentation de la prévalence de l'obésité très sévère, la persistance d'inégalités sociales et d'inégalités territoriales et l'augmentation du recours à la chirurgie de l'obésité.

Le premier axe consiste à **améliorer la prise en charge des personnes atteintes de surpoids et d'obésité** par la structuration de parcours de soins gradués et coordonnés.

Le deuxième axe vise à **renforcer la régulation de la chirurgie bariatrique** pour une meilleure pertinence.

La feuille de route doit permettre à la personne en surpoids et/ou en situation d'obésité d'être prise en charge par un parcours personnalisé et de proximité. Grâce à un renforcement du rôle des CSO : bénéficier de soins conformes aux recommandations de bonnes pratiques, avoir des interlocuteurs privilégiés, disposer d'un annuaire de professionnels formés et de structures spécialisées.

Ces parcours seront à structurer de manière graduée et coordonnée après un repérage précoce en fonction de la gravité, de la complexité de l'obésité et du risque de complications.

Il s'agit également de développer et mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique du patient adaptés à la sévérité et à la complexité de l'obésité.

Par ailleurs la feuille de route a pour objectif de mieux réguler la chirurgie bariatrique pour une meilleure pertinence avec notamment 3 axes :

- Information du patient sur le suivi post opératoire à vie
- Nécessité d'assurer la mise en œuvre d'un suivi médical au long cours
- Nécessité de décrire et adapter un parcours spécifique des patients ré opérés en cas d'échec après chirurgie bariatrique en actualisant les recommandations portant sur des situations spécifiques (personnes âgées, chirurgie métabolique et en adaptant le suivi aux différentes techniques chirurgicales.

Enfin cette feuille de route met l'accent sur le **renforcement de la place des associations de patients.**

III- Description du projet

L'Instance Régionale de l'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS), réunit le 24 juin 2020, a proposé de travailler sur le parcours du patient obèse dans son intégralité et ne plus uniquement se focaliser sur la prise en charge chirurgicale. Cette nouvelle approche permettra de répondre pleinement aux objectifs de la feuille de route dans le cadre d'une prise en charge globale et d'une fluidification des parcours y compris vers le domicile. Une attention particulière sera observée pour :

- Informer et Impliquer les patients, notamment via l'éducation thérapeutique des patients mais aussi de leurs familles
- Développer la prévention notamment auprès des jeunes
- Prendre en charge le plus précocement possible
- Privilégier la prise en charge médicale ; utiliser la chirurgie en dernier recours
- Impliquer le médecin traitant et les paramédicaux : psychologue, diététicien, ...

IV- Résultats attendus

L'ARS souhaite suivre les objectifs de la feuille de route qui sont ambitieux et à réaliser sur une échéance courte. Ils visent :

- L'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de surpoids et d'obésité par la structuration de parcours de soins gradués et coordonnés ;
- Le renforcement de la régulation de la chirurgie bariatrique pour une meilleure pertinence ;
- Le développement de la formation des professionnels et l'information des personnes en situation d'obésité ;
- Le soutien de l'innovation et l'efficience de l'évaluation.

V- Acteurs concernés

- Patients et familles
- Médecins généralistes
- Psychologues
- Diététiciens
- Endocrinologues
- Etablissement de MCO – chirurgie bariatrique
- Etablissement de SSR spécialisés
- Educateurs sportifs
- Organismes d'Assurance Maladie / Assureurs/ Mutuelles

VI- Populations concernées

Patients obèses

VII- Leviers du projet

- Inclusion d'enfants dans le programme OBEPEDIA
- Regroupement des réseaux d'obésité pédiatriques et diffusion parallèle des bonnes pratiques
- Etudier la faisabilité d'un financement expérimental par l'Assurance Maladie pour les patients adultes
- Négociation avec les Mutuelles et Assureurs pour leur implication financière, notamment pour le financement de pratiques sportives
- Disponibilité d'une plate-forme informatisée (AVIITAM) de saisie des parcours répondant aux recommandations HAS

VIII- Contraintes éventuelles

- Difficulté à mobiliser l'ensemble des acteurs
- Difficultés à travailler le parcours dans son ensemble comprenant une multitude d'intervenants médicaux et paramédicaux, libéraux et hospitaliers.

IX- Indicateurs de suivi

- Nombre de patients respectant la totalité du parcours
- Stabilisation du taux de recours à la chirurgie bariatrique

9/ Critères de ciblage des établissements

9.1 Le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES)

9.1.1 Présentation du CAQES

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a rassemblé l'ensemble des dispositifs contractuels ayant pour objectif de garantir un juste recours à des soins de qualité au sein d'un Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins. Ce contrat, mis en place le 1er janvier 2018, lie l'agence régionale de santé, l'assurance maladie et l'ensemble des établissements sanitaires (médecine, chirurgie, obstétrique, hospitalisation à domicile, dialyse, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie). Il fixe des objectifs aux établissements de santé déclinés en plan d'actions, dont la réalisation est mesurée sur la base d'indicateurs, permettant d'engager ainsi des actions considérées comme prioritaires.

Le CAQES a été actualisé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, afin de rendre le dispositif plus lisible pour les acteurs du terrain. Ainsi, un nouveau dispositif entre en vigueur en 2022 afin de simplifier cette démarche. Il est signé pour une durée maximale de 5 ans et comporte 2 leviers : 1 levier incitatif et 1 levier de mise sous surveillance.

a. Levier incitatif

Le levier incitatif reprend et simplifie les modalités de l'ancien CAQES. Il concerne uniquement les établissements ciblés, au regard des écarts constatés à des seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie. La liste de ces établissements ciblés est arrêtée par le DGARS en concertation avec l'assurance maladie.

Les établissements ainsi ciblés sont évalués sur l'analyse de 15 indicateurs maximum : 8 indicateurs nationaux et 7 indicateurs régionaux qui concernent les 3 volets suivants :

- Un volet « produits de santé » (bon usage des médicaments, des produits et prestations)
- Un volet « organisation des soins » (amélioration de l'organisation des soins comprenant notamment les transports)
- Un volet « promotion de la pertinence des actes, prescriptions et prestations »

b. Levier de mise sous surveillance

Afin de maîtriser le « sur-recours », les ARS auront la possibilité d'accompagner les établissements en situation de sur-recours sur certains actes, prestations et prescriptions. A l'issue d'une période d'observation de 2 ans, pour chaque établissement demeurant significativement au-delà des taux de recours nationaux, le DG de l'ARS pourra, après une procédure contradictoire et pour le volume d'actes excédant le volume maximum fixé, minorer les tarifs nationaux des actes, prestations et prescriptions considérés.

9.1.2 Phase transitoire

L'année 2021 constitue une année transitoire afin de préparer le déploiement du nouveau CAQES qui entrera en vigueur en 2022. Il s'agit notamment de tester, avec des établissements de santé volontaires, les 4 indicateurs nationaux suivant :

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

Ces indicateurs devraient être maintenus comme indicateurs nationaux.

9.1.3 Indicateurs pertinence

En 2022 le volet régional pertinence du CAQES devraient être consacré à l'hospitalisation à domicile.

Des pistes de réflexions sont en cours pour compléter ces indicateurs régionaux en 2023, notamment avec le parcours post AVC.

9.2 Etablissements de santé faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable

Initié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, le dispositif de MSAP des établissements de santé répond à un objectif d'amélioration de la pertinence des actes, des prestations d'hospitalisation et des prescriptions.

Les différentes campagnes de MSAP permettent de sensibiliser les établissements et les professionnels de santé à l'application des référentiels médicaux de la HAS ou des sociétés savantes et à améliorer l'organisation de la prise en charge des patients.

Cette procédure participe à un accompagnement gradué des prises en charges, se traduit pour les établissements et pour les professionnels y exerçant par une supervision temporaire, sur un périmètre d'activité limité. Elle a d'abord un objectif pédagogique et préventif et est de nature à entraîner une accélération du changement des pratiques des équipes médicales.

9.2.1 Rappel des constats permettant la mise en œuvre de la procédure de MSAP, inscrits à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale

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

9.2.2 Critères retenus pour la MSAP des établissements de santé pour la chirurgie ambulatoire

- Etablissements dont le taux de chirurgie ambulatoire se situe dans le tiers inférieur des établissements de la région pour au moins un des 55 gestes marqueurs validés par les sociétés savantes et/ou les Conseils Nationaux Professionnels et inclus dans les campagnes nationales,
- Et/ou non-respect de la procédure de MSAP lors d'une campagne antérieure.

9.2.3 Critères retenus pour la MSAP sur les demandes de prestations d'hospitalisation de soins de suite et de réadaptation (MSAP SSR) :

- Etablissements dont le taux d'orientation en soins de suite et réadaptation par transfert ou mutation se situe dans le tiers supérieur des établissements de la région pour au moins un des gestes suivants :
 - Arthroplastie de genou par prothèse totale de genou (PTG) en 1ère intention (recommandation HAS de 2008),
 - Chirurgie réparatrice des ruptures de coiffe de l'épaule (recommandation HAS de 2008),
 - Ligamentoplastie du ligament croisé antérieur (LCA) du genou (recommandation HAS de 2008),
 - Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche (PTH) en 1ère intention hors fracture du col du fémur (recommandation HAS de 2006),
 - Ostéosynthèse d'une fracture trochantérienne du fémur (Osteo-fémur) (recommandation HAS de 2006),
 - Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche suite à une fracture du col du fémur (hanche-fracture) (recommandation de 2006).

9.2.4 Critères retenus pour la MSAP sur les demandes de prestations d'hospitalisation ou de prescriptions autres que chirurgie ambulatoire ou SSR :

- Etablissements réalisant l'un des 33 gestes marqueurs retenus au plan national pour le suivi des taux de recours lorsqu'existe un référentiel national reconnu et des indicateurs nationaux de scoring permettant le ciblage des établissements ayant les valeurs les plus atypiques au regard des référentiels.

9.3 Etablissements engagés dans le cadre de l'appel à candidature pertinence

Les 24 projets retenus dans le cadre de l'appel à candidature sont financés par l'ARS Occitanie pour une durée maximale de 2 ans et ont donc fait l'objet d'une convention signée fin 2019. Un premier versement a été effectué à la signature de la convention. Le second versement est conditionné à la réalisation des actions menées lors de la première année de mise en œuvre.

Du fait de la crise sanitaire liée à la pandémie COVID-19, 15 projets n'ont pu se déployer sur l'année 2020. Leur mise en œuvre a été repoussée d'une année, soit à compter du 1^{er} janvier 2021.

9 projets ont pu se poursuivre selon le calendrier initialement prévu à la signature de la convention et feront l'objet d'une première évaluation fin 2020.

Liste des 24 projets AAC pertinence :

Dép.	Calendrier	Etablissement	Type de structure	Projet
31	Report 2021	MSP la Reynerie	Ambulatoire	Evaluation de la iatrogénie et prévention de la surconsommation médicamenteuse : améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions des médicaments
31	Report 2021	LA CASE DE SANTE	Ambulatoire	Médecine avancée en soins primaires et pathologies psychiatriques
66	Maintien du calendrier	Pôle de Santé Avicenne	Ambulatoire	PS-BPCO (Parcours de Soins – Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive)
81	Maintien du calendrier	Maison de santé de la haute vallée du Thoré	Ambulatoire	PARCOURS DU PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE : la coordination de la prise en charge comme élément de qualité, de satisfaction patient, de coût maîtrisé
82	Maintien du calendrier	MSP de Varen	Ambulatoire	Améliorer l'accès aux soins en diversifiant les prises en charge et en les adaptant au contexte local.
12	Report 2021	AD-PEP12	Médico-sociale	Coordonner les acteurs de santé pour améliorer la pertinence des actes, des parcours et des prescriptions dans les prises en charge des tout-petits vulnérables (0-3 ans) en Aveyron
30	Maintien du calendrier	SESSAD d'APF France handicap d'Alès et de Bagnols/Cèze	Médico-sociale	Projet d'appui à la coordination des parcours de soins d'usagers de services médico-sociaux (SESSAD et SAMSAH)
30	Maintien du calendrier	Croix rouge française	Médico-sociale	Création d'une équipe médico-sociale mobile dans le Gard
34	Report 2021	EHPAD Les Jardins des Tuileries CCAS de Bessan	Médico-sociale	Mise en place de deux protocoles de soins infirmiers individualisés suivants : 1/ prévention et prise en charge de la déshydratation 2/ prise en charge d'une infection urinaire Permettant une meilleure réactivité pour la prise en charge des résidents, dans les limites des décrets de compétence respectifs des médecins et des infirmières.
81	Report 2021	Résidence la Grèze	Médico-sociale	Education thérapeutique pour les personnes âgées réalisée par une équipe pluridisciplinaire en EHPAD
81	Report 2021	Association de santé de la vallée de Dadou	Médico-sociale	Mettre en œuvre une coopération pluri-professionnelle pour sécuriser la prise des traitements à domicile afin d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et/ou en situation de handicap à domicile

Dép.	Calendrier	Etablissement	Type de structure	Projet
34	Report 2021	Naître et Grandir en Languedoc	Réseau	Implantation en région Occitanie d'un outil de prévention, de dépistage et d'orientation précoce du nouveau-né à risque de troubles du développement : évaluation des Mouvements Généraux
34	Report 2021	CH de Bédarieux	Sanitaire - CH et ESPIC	Equipe spécialisée prévention et réadaptation à domicile (ESPRAD)
46	Report 2021	Centre Hospitalier Jean COULON	Sanitaire - CH et ESPIC	Réduire le risque de ré hospitalisation évitable des personnes âgées en améliorant les interfaces ville/hôpital.
48	Report 2021	Hopital Lozère - site Gévaudan	Sanitaire - CH et ESPIC	Dépistage des complications du diabète
65	Maintien du calendrier	Centre hospitalier de Bigorre	Sanitaire - CH et ESPIC	Etude pilote sur la mise en place d'une coordination dans le parcours de soins des enfants présentant des troubles spécifiques des apprentissages
82	Maintien du calendrier	Centre hospitalier de Montauban	Sanitaire - CH et ESPIC	Utilisation de la réalité virtuelle immersive pour la prise en charge de la douleur et de l'anxiété en chirurgie
31	Maintien du calendrier	CHU Toulouse	Sanitaire - CHU	Création du Parcours patient précaire de la ville au CHU
34	Report 2021	CHU de Montpellier	Sanitaire - CHU	Maltraitance à Enfant en Occitanie-Est : un parcours cohérent pour une égalité d'accès aux soins
34	Report 2021	CHU de Montpellier - Hôpital La Colombière	Sanitaire - CHU	Dispositif montpelliérain de coordination et de collaboration ville-hôpital en pédopsychiatrie autour des Troubles du Neuro-développement
31	Report 2021	Clinique des Pyrénées	Sanitaire - Etablissement privé	Hospitalisation de jour SSR, Pertinence et Lisibilité de parcours de santé des Columérins âgé(e)s
31	Maintien du calendrier	Clinique Pasteur	Sanitaire - Etablissement privé	"Patient Blood Management" en chirurgie cardiaque
34	Report 2021	Clinique Clémentville	Sanitaire - Etablissement privé	Amélioration du parcours patient ville-hôpital en cancérologie
65	Report 2021	Polyclinique de l'Ormeau	Sanitaire - Etablissement privé	Elargissement des actes ambulatoires aux procédures endovasculaires périphériques qui relèvent actuellement d'une hospitalisation de 48h à 72h

10/ Conditions de mise en œuvre

Le PAPRAPS est arrêté par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé après avis de l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS) et de la Commission de Coordination des Actions de l'Agence Régionale de Santé et de l'Assurance Maladie.

Il est publié au Recueil des Actes Administratifs.

Il a une durée de 4 ans.

Il est révisé chaque année.

Son suivi et son évaluation sont effectués par les membres de la commission régionale de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie, après consultation de l'IRAPS.

Fait à Montpellier, le **28 JUIN 2021**

Le Directeur Général

Pour le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé Occitanie et par délégation
le Directeur Général Adjoint

Pierre RICORDEAU

Dr. Jean-Jacques MORFOISSE