



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Arrêté ARS OC / 2024-0134

Arrêté portant publication de l'avenant n°1 au Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins 2021-2024

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Occitanie,

- Vu** le Code de sécurité sociale, notamment, les articles L. 162-1-17, L. 162-30-2 à L. 162-30-4, L162-11 et D 162-12;
- Vu** la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, notamment l'article 58 ;
- Vu** 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 ;
- Vu** l'arrêté 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** le Décret du 20 avril 2022 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé de la région Occitanie : M. Didier JAFFRE
- Vu** l'avis favorable rendu par l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins d'Occitanie sur le projet de révision du PAPRAPS en date du 14 Novembre 2023.
- Vu** l'avis favorable rendu par la commission régionale de coordination des actions entre l'ARS et l'Assurance Maladie d'Occitanie sur le projet de révision du PAPRAPS en date du 17 Novembre 2023.

Arrêté

Article 1 :

Le présent arrêté apporte modification du Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins sur les 2 éléments suivants :

1/ Modification de la liste des programmes d'actions prioritaires

Trois thématiques sont ajoutées :

- Parcours Insuffisance cardiaque
- Parcours post Accident Vasculaire Cérébral
- Soins Médicaux et de Réadaptation

Le détail de ces trois programmes est présenté en annexe 1 de ce document.

2/ Modification de la liste des thématiques faisant l'objet d'un indicateur dans le cadre du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiace des Soins (CAQES)

Liste des indicateurs nationaux – inchangé :

- Insuffisance cardiaque
- Examens pré-anesthésique

Liste des indicateurs régionaux – à compter du 01/01/2024 :

- Parcours
 - Insuffisance cardiaque
 - BPCO - Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
 - Post-AVC – Accident Vasculaire Cérébral
- Hospitalisation à domicile : administration des traitements anticancéreux injectables

Le détail de ces indicateurs régionaux est présenté en annexe 2 de ce document.

Article 2 :

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Occitanie est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui fera l'objet d'une publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Occitanie.

Article 3 :

Le recours contentieux contre la présence décision peut être formé devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa date de publication, le cas échéant par l'application informatique 'Télérecours citoyens' accessible par le site www.telerecours.fr.

Montpellier, le 16/01/2024

Le Directeur Général



Didier JAFFRE

1/ PARCOURS INSUFFISANCE CARDIAQUE

I- Motif de sélection du thème

Programme national CNAM à décliner en région.

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

Le programme « Parcours Insuffisance Cardiaque » entre dans le cadre des programmes d'amélioration de la pertinence et de la qualité des soins et réponds aux orientations de la politique de rénovation gestion du risque et aux enjeux définis dans les axes suivants :

- **Orientations stratégiques 2022 de Gestion du Risque de l'Assurance maladie en synergie avec les axes du Programme Rénov/GDR :**
Axe 1 : renforcer par une approche intégrée la dynamique de transformation profonde de l'offre de soins avec la promotion des parcours de soins autour des patients
- **Stratégie de transformation du système de santé (STSS_2019) : Ma Santé 2022**
Chantier « Inscire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques »

Pour 2022 et les années suivantes, la CNAM affiche sa forte volonté de créer et de déployer des « parcours » vers les offreurs de soins et leurs patients, pour répondre aux ambitions de fluidification du système de soins (gain de temps pour les acteurs, meilleure efficacité pour le système), de garantie d'une meilleure qualité des soins pour les assurés, et de réduire les dépenses évitables (hospitalisations évitées, actes redondants ou inutiles...).

Le parcours Insuffisance cardiaque (IC) constitue une 1^{ère} étape majeure dans la structuration de cette logique de parcours : il se veut emblématique de l'engagement de l'Assurance maladie pour répondre à ce défi. Le parcours IC s'adresse à 1,5 million de patients potentiellement touchés par cette pathologie grave selon les estimations en France et près de 53 000 patients en Occitanie, avec un sous diagnostic important.

Le déficit d'anticipation et les ruptures de soins dans le parcours engendrent une inadéquation de la prise en charge (parcours en ville, recours aux urgences), et des ré hospitalisations qui pourraient être évitées avec un impact négatif sur la qualité de vie et sur l'efficacité du système de soins.

L'objectif est, en s'appuyant sur les référentiels de bonnes pratiques et les organisations coordonnées pluri professionnelles, d'améliorer la prise en charge des insuffisants cardiaques en ville, pour éviter les décompensations conduisant à des hospitalisations, et mieux prendre en charge la sortie d'hospitalisation lorsque celle-ci n'a pu être évitée.

III- Description du projet

SEQUENCEMENT DES ACTIONS : une stratégie en 2 temps

1/ Renforcer l'offre en post hospitalisation : à prioriser

- Redynamisation du PRADO IC : une offre existante et structurée à renforcer pour prendre en charge une population plus large
- Mobilisation des établissements via le CAQES/IFAQ
- Développement du segment « sortie d'hospitalisation » de la mission parcours des CPTS / MSP : une offre organisationnelle à créer

2/Développer l'offre en pré hospitalisation : S2 2022 et dès à présent selon la maturité des régions

- Campagne de communication grand public sur les signes devant faire évoquer une IC
- Action d'accompagnement auprès des MG et PS pour améliorer le repérage des patients à risque d'IC pour une prise en charge plus précoce en ville, avant une hospitalisation
- Développer des projets dans le cadre de la mission parcours des CPTS /MSP

Ces deux temps font des Structures pluri professionnelles, le pivot du 1^{er} jalon de la stratégie sur le parcours IC

IV- Résultats attendus

Il s'agit de permettre aux acteurs de soins de 1^{er} recours / 2nd recours investis dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques dans un territoire donné : de mieux caractériser la population ciblée / d'objectiver les points critiques du parcours et de renforcer la synergie et la coordination, autour du patient, pour son bénéfice.

- Réduire le taux d'hospitalisation / ré-hospitalisation,
- Améliorer la qualité de vie des patients
- Améliorer la prévention primaire et secondaire

V- Acteurs concernés

- Les Professionnels de santé libéraux,
- Les Professionnels de santé hospitaliers,
- L'Assurance Maladie (CPAM, Service Médical et MSA),
- L'Agence Régionale de Santé

VI- Populations concernées

Patients insuffisants cardiaques de plus de 40 ans pour le Régime Général en Occitanie (53 000 en 2017).

16% des patients identifiés en 2017 ont une hospitalisation (SI) au cours de la période de suivi (2018-2019)

Les caractéristiques démographiques de cette population, ainsi que celles des sous-groupes avec et sans séjour index (SI), sont similaires à celles du territoire national en termes de pourcentage de la population protégée (1,1%), âge moyen et médian (79,6 – 82), ratio H/F 1,1.

Le pourcentage de bénéficiaires de la CMU-C/C2S est le plus élevé du territoire national (8,4%).

Le pourcentage de résidents en EHPAD est inférieur à la médiane nationale du paramètre (5,1% vs 5,4%).

Les montants moyen et médian des soins remboursés sont supérieurs aux valeurs nationales (17800€ vs 17276€, 11260€ vs 10475€).

Concernant l'offre de soins ambulatoire, la densité de professionnels de santé libéraux en Occitanie est la plus élevée du territoire national, pour les 4 catégories de PS (médecins généralistes, cardiologues, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes).

Offre de soins :

- Densité cardiologue libéraux : varie de 0,2/10000 (départements 09, 32, 46) à 09/10000 (départements 11, 82)
- Densité médecins généralistes : varie de 7,8/10000 (département 48) à 11,6 (département 66)
- Densité infirmiers : varie de 16,7/10000 (département 31) à 27,8 (département 09)
- Densité masseurs kinésithérapeutes : varie de 10,2/10000 (département 32) à 20,5/10000 (département 66)

VII- Leviers du projet

- Les structures d'exercice coordonné :
 - L'ACI pour les CPTS avec production de données par le service médical de l'Assurance Maladie.
 - L'avenant 1 ACI MSP + les PPP
 - Les CDS
- Le programme PRADO pour les sorties d'hospitalisation

- Le CAQES pour les établissements de santé avec production de données par le service médical de l'Assurance Maladie.
- Le programme numérique : MES (MSS, DMP..), mais aussi SPICO comme outil de coordination pluri-professionnel
- Les DAC
- La télé-expertise
- Les leaders d'opinion
- Une campagne Nationale EPOF en septembre et EPON dans un 2nd temps

III- Contraintes éventuelles

Points critiques identifiés :

- Recours aux soins primaires : taux de recours et délais de suivi en ambulatoire en rapport aux recommandations HAS,
- Les indicateurs de recours globaux et ciblant la sortie d'hospitalisation mettent en évidence une fragilité de la transition hôpital-ville, qui pourrait être optimisée par l'extension et un recours accru au programme PRADO.
- L'amélioration des indicateurs de suivi nécessite une meilleure coordination des PS, l'appropriation des disparités territoriales par l'ensemble des acteurs, le suivi des recommandations.
- Recours à l'hospitalisation et notamment les actions à mettre en œuvre sur les ré-hospitalisations
- Prévention : Recours à la vaccination pour les patients IC à améliorer (VAG et anti-pneumocoque) et campagne de prévention : EPOF.

IX- Indicateurs de suivi

Indicateurs de moyens : Recours aux soins primaires et prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation

Vaccination :

- Pourcentage patients vaccinés contre la grippe (51.4%) : similaire à la médiane nationale
- Pourcentage patients vaccinés contre le pneumocoque (13,9%) : inférieur à la moyenne et médiane nationales

Recours aux soins primaires pour l'ensemble des patients

- Les nombres moyens de contacts (MG, cardio, infirmiers),
- Recours annuels moyen par type de soins (MG, cardio, IDE),
- Examens paracliniques : le nombre moyen annuel d'échographies cardiaques et d'examens biologiques.

Recours aux soins primaires pour les patients avec séjour index (SI) :

- Nombre moyen annuel de contacts MG, cardiologues et IDE.
- Les taux de recours au cardiologue (au moins 1 contact).
- Le recours aux examens paracliniques.
- Délais médians de recours en post hospitalisation.
- Recours au SSR.
- Recours HAD.

Données d'hospitalisation

- Durée moyenne de séjour,
- Taux d'entrée par les urgences et taux de séjours avec passage en Réa/SI/SC
- Taux de patients avec autres comorbidités

Indicateurs de résultats :

Taux de ré hospitalisation

Taux de mortalité global des patients IC

2/ Parcours post-Accident Vasculaire Cérébral

I- Motif de sélection du thème

Programme régional : expérimentation du parcours post AVC en Occitanie.

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

Le programme « Parcours Post-AVC » entre dans le cadre des programmes d'amélioration de la pertinence et de la qualité des soins et réponds aux orientations de la politique de rénovation gestion du risque et aux enjeux définis dans les axes suivants :

- **Orientations stratégiques 2022 de Gestion du Risque de l'Assurance maladie en synergie avec les axes du Programme RÉNOV'GDR :**

Axe 1 : renforcer par une approche intégrée la dynamique de transformation profonde de l'offre de soins avec la promotion des parcours de soins autour des patients

- **Stratégie de transformation du système de santé (STSS_2019) : Ma Santé 2022**

Chantier « Inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques »

Pour 2022 et les années suivantes, la CNAM affiche sa forte volonté de créer et de déployer des « parcours » vers les offreurs de soins et leurs patients, pour répondre aux ambitions de fluidification du système de soins (gain de temps pour les acteurs, meilleure efficacité pour le système), de garantie d'une meilleure qualité des soins pour les assurés, et de réduire les dépenses évitables (hospitalisations évitées, actes redondants ou inutiles...).

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC), représente en France à 110 000 hospitalisations patients/an, plus de 14 000 patients hospitalisés pour AVC/AIT, en Occitanie en 2020.

Le déficit d'anticipation et les ruptures de soins dans le parcours engendrent une inadéquation de la prise en charge (parcours en ville, recours aux urgences), et des ré hospitalisations qui pourraient être évitées avec un impact négatif sur la qualité de vie et sur l'efficacité du système de soins.

L'objectif est, en s'appuyant sur les référentiels de bonnes pratiques et les organisations coordonnées pluri professionnelles, de « protocoliser » la prise en charge en ville des patients ayant été victime d'un AVC, pour éviter les décompensations conduisant à des hospitalisations, et mieux prendre en charge la sortie d'hospitalisation lorsque celle-ci n'a pu être évitée.

III- Description du projet

1. Finaliser l'expérimentation du parcours post AVC en Ariège :

Après avoir établi une analyse de l'offre de soins et des travaux statistiques, la démarche a débuté afin de créer un point d'ancrage au sein des structures d'exercice coordonné (CPTS) afin de déployer une prise en charge des patients en post-AVC conforme aux recommandations scientifiques.

- Signature d'un ACI par une CPTS de l'Ariège.
- Sensibilisation des PS du département
- Présentation de la démarche aux 2 établissements hospitaliers du département.

2. Analyse des données de diagnostic territorial et définition des indicateurs de suivi

3. Définir des indicateurs intégrables aux CAQES et dans les exercices coordonnés

4. Etendre la mise en œuvre du parcours à d'autres départements d'Occitanie

5. Développer le PRADO AVC

IV- Résultats attendus

- Améliorer les parcours des patients victimes d'AVC
- Renforcer la coordination hôpital / ville et Harmoniser les pratiques sur le territoire
- Améliorer les taux de recours et Favoriser les prises en charge pluridisciplinaires sur le long cours : médecin généraliste, médecins spécialistes (neurologue, cardiologue, gériatre, médecine physique et rééducation), infirmier libéral, MK, pharmacien,
- Réduire le taux d'hospitalisation / ré-hospitalisation,
- Améliorer la qualité de vie des patients ayant connu un AVC et retournant à domicile (60 % des post-AVC)
- Améliorer la prévention primaire et secondaire

V- Acteurs concernés

- Les Professionnels de santé libéraux,
- Les Professionnels de santé hospitaliers
- L'Assurance Maladie (CPAM, le service médical et la MSA)
- L'Agence Régionale de Santé

VI- Populations concernées

Les plus de 14 000 patients hospitalisés pour AVC/AIT, en région Occitanie.

VII- Leviers du projet

- Les structures d'exercice coordonné :
- L'ACI pour les CPTS avec production de données par le service médical de l'Assurance Maladie.
- Les PPP pour les MSP
- Le programme PRADO pour les sorties d'hospitalisation
- Le CAQES pour les établissements de santé avec production de données par le service médical de l'Assurance Maladie.
- Le programme numérique : MES (MSS, DMP..), mais aussi SPICO comme outil de coordination pluri-professionnel
- Les DAC
- La télé-expertise
- Les leaders d'opinion

III- Contraintes éventuelles

Points critiques identifiés :

- Recours aux soins primaires : taux de recours et délais de suivi en ambulatoire en rapport aux recommandations HAS,
- Les indicateurs de recours globaux et ciblant la sortie d'hospitalisation mettent en évidence une fragilité de la transition hôpital-ville, qui pourrait être optimisée par l'extension et un recours accru au programme PRADO.
- L'amélioration des indicateurs de suivi nécessite une meilleure coordination des PS, l'appropriation des disparités territoriales par l'ensemble des acteurs, le suivi des recommandations.
- Recours à l'hospitalisation et notamment les actions à mettre en œuvre sur les ré-hospitalisations
- Prévention primaire et secondaire.

IX- Indicateurs de suivi

- Réduire les délais de prise en charge en sortie d'hospitalisation et améliorer les taux de recours aux PS
- Réduire le taux d'hospitalisation / ré hospitalisation et améliorer la qualité de vie des patients ayant connu un AVC et retournant à domicile (60 % des post-AVC)
- Développer le programme PRADO AVC
- Favoriser l'inclusion du parcours Post-AVC dans les CPTS ou MSP
- Inclure le Parcours dans les indicateurs régionaux du CAQES pour 2023
- Améliorer la prévention primaire et secondaire

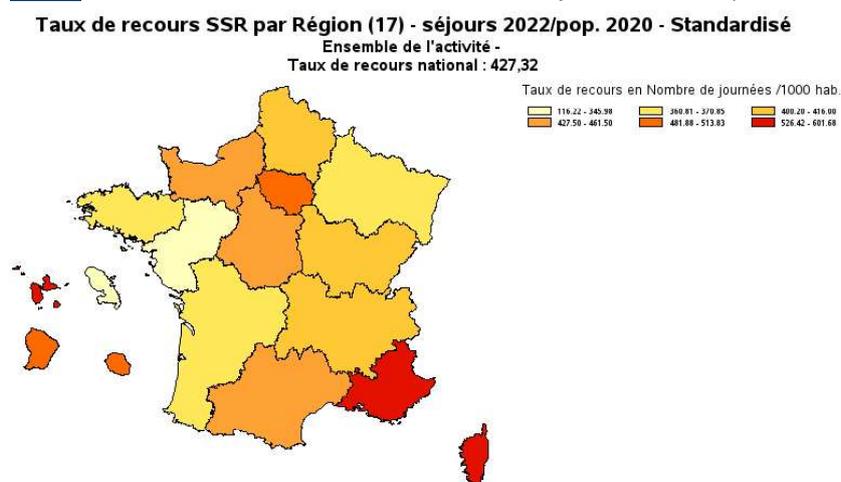
3/ Soins Médicaux et de Réadaptation (ex-SSR)

I- Motif de sélection du thème

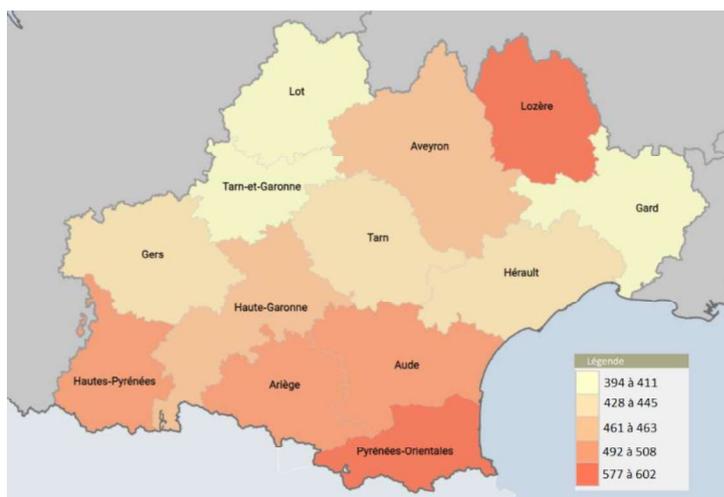
La région Occitanie est dotée de 170 établissements ayant une activité SSR qui recouvrent 9 mentions spécialisées. En 2024, dans le cadre de la réforme des Autorisations et dans les suites de la publication du PRS 3, il conviendra de renouveler les autorisations des SSR sur 13 mentions spécialisées dans un cadre règlementaire qui va les définir comme des **Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)**.

En Occitanie, le taux de recours au SMR (ex-SSR) est plus important qu'au niveau national (461 pour 1000 habitants versus 427 pour 1000 habitants en hospitalisation complète en 2022). Ce qui situe l'Occitanie en 7^{ème} position des régions françaises.

Carte 1 : Taux de recours au SMR en 2022 en nombre de journées - en hospitalisation complète région Occitanie¹



Carte 2 : Taux de recours au SMR en 2022 en nombre de journées - en hospitalisation complète par département en Occitanie²



En 2022, 98 662 patients ont été hospitalisés en SMR en Occitanie soit 11% des patients en France, pour un total de 97 366 séjours en hospitalisation complète et 35 929 séjours en hospitalisation partielle ce qui représente 3 144 354 journées en hospitalisation complète et 437 559 journées en hospitalisation partielle.³

¹ Source : [Scan santé](#)¹

² Cartographie réalisée sur Sirsé (<https://sirse.atlasante.fr>) à partir des données PMSI Scan santé.

³ Source : PMSI SSR 2022 (ATIH), ARS Occitanie - Pôle "Études et statistiques" - 20/10/2023

Entre 2013 et 2015, l'ARS Occitanie a réalisé un programme d'analyse de la pertinence des journées d'hospitalisation en SSR. L'évaluation a mis en évidence un taux de 5% de journées non pertinentes. Cette enquête sur la pertinence des journées d'hospitalisation en SSR avait principalement mis en lumière les difficultés d'organisation liées à la sortie du patient et le temps nécessaire pour préparer ces sorties.

En 2022, l'ARS Occitanie a souhaité travailler sur la thématique de la sortie d'hospitalisation en SMR afin que les établissements puissent identifier des solutions adaptées à leur mode de fonctionnement.

II- Une dynamique d'adaptation des SMR

Les **décrets des SMR**, publiés en janvier 2022, et la mise en conformité au regard de la **réforme des autorisations** au 1^{er} juin 2023 associée à l'instruction complémentaire, publiée en septembre 2022, portant sur l'ensemble des nouvelles autorisations des SMR, structurent les évolutions à venir de cette offre de soins. Ainsi :

- Cinq missions structurent leurs actions : Prévention, soins médicaux, réadaptation, transition (*préparer entrée du patient dans un lieu de vie*), coordination (*pluridisciplinaire et externe*),
- La graduation de l'offre de soins repose sur les principes d'une organisation autour de SMR de proximité (Polyvalent et Gériatrique), de recours et conseil (autres mentions spécialisées), et très spécifiques (exemple : prise en charge des brûlés),
- Deux nouvelles modalités sont créées : « Pédiatrie » - déclinée en 3 mentions : « enfants et adolescents » et « jeunes enfants, enfants et adolescents » - et « Cancers » déclinée en 2 mentions « oncologie » et « oncologie et hématologie »,
- L'organisation d'un mode de prise en charge en hospitalisation complète et à temps partiel est favorisée prioritairement sur un même site,
- La territorialisation de la réponse aux besoins repose sur le soutien des autres acteurs, pour l'évaluation et l'orientation, et par voie de conséquence de leur coordination dans le parcours de soins.

La **réforme du financement**, mise en œuvre au 1^{er} juillet 2023, est associée à la réforme des autorisations. Elle comprend en particulier un compartiment « activité », afin d'apporter une nouvelle dynamique au changement des organisations et fonctionnements, et un compartiment « populationnel », afin d'accompagner la restructuration de l'offre et d'améliorer son efficacité. Elle se construit en concertation avec les professionnels via la section SMR du Comité consultatif d'allocation des ressources (CCAR).

Ce nouveau cadre réglementaire, tend à renforcer le savoir-faire, la réponse aux problématiques de prises en charge complexes et le niveau de **technicité des SMR**, par l'identification des Plateaux Techniques Spécialisés (PTS) et d'Activités d'Expertise (AE), et le développement de l'innovation et de la recherche.

Ainsi, le **PRS 3** s'est fixé comme objectifs qualitatifs d'accompagner ces différentes réformes. Il s'est aussi fixé celui de chercher à **améliorer l'efficacité des SMR** : d'une part, **dans l'évaluation et l'orientation des patients dans leurs parcours**, en établissement de santé et en externe par rapport au domicile, en proximité de leur lieu de vie ; et, d'autre part, dans la préparation de la **transition** et les **retours à domicile**

III- Description du projet

L'ARS souhaite mettre en place un programme d'amélioration des prises en charge des patients en SMR en diminuant le nombre de journées non pertinentes. Elle a fait le choix d'aborder cette problématique à travers l'étude, par l'ensemble des établissements occitans, de la gestion de la sortie de leurs unités ou services de soins ayant une activité de SMR.

La finalité de ce programme est de **lever ou diminuer les « obstacles » liés à la sortie en SMR**, afin de pouvoir **réduire le nombre de journées non pertinentes** et permettre une **sortie en adéquation avec une prise en charge en SMR « justifiée »**.

Les objectifs de ce programme sont :

- **D'identifier « en routine » la non pertinence des journées d'hospitalisation en SMR, alors que la sortie du patient a été décidée** : « le patient est médicalement sortant »

- **De s'interroger sur l'organisation et le fonctionnement, en amont de la sortie du séjour en SMR**, à partir de l'identification des causes alors que les journées sont devenues non pertinentes.

Une fois les causes identifiées, il conviendra que les professionnels en recherchent les explications et puissent ensuite proposer un plan d'actions visant à l'amélioration du parcours des patients.

Ce travail nécessitera une implication et une analyse pluri professionnelle des parcours de soins au sein de chaque établissement ayant participé à ce projet.

IV- Résultats attendus

Ce programme vise à améliorer le parcours de soins des patients en diminuant le nombre de journées non pertinentes en SMR. Il cherche plus particulièrement à améliorer le processus de gestion de la sortie des SMR.

L'ARS Occitanie en lien avec la Structure Régionale d'Appui (SRA) fournira à chaque établissement les moyens nécessaires à leur analyse, en routine et en autonomie, de la gestion des sorties de leurs unités ou services. Ce qui permettra à chacun de définir un plan d'actions déterminant des leviers d'amélioration.

V- Acteurs concernés

- L'ensemble des unités ou services des établissements de santé ayant une activité d'hospitalisation complète de SMR
- Les professionnels de santé concernés en lien avec les usagers
- Les dispositifs de coordination des parcours de soins mobilisés
- Les services sociaux impliqués
- L'Assurance Maladie (CPAM, Service Médical et MSA)
- La Structure Régionale d'Appui
- L'Agence Régionale de Santé

VI- Populations concernées

- Les usagers pris en charge en hospitalisation complète en SMR et leurs familles

VII- Leviers du projet

- Une approche pluri-établissement et pluri-professionnelles
- Une dynamique propre à chaque établissement
- Les dispositifs de coordination des parcours de soins
- Les outils d'orientation tels que ViaTrajectoire

III- Contraintes éventuelles

- La difficulté à mobiliser l'adhésion de l'ensemble des acteurs
- Des difficultés à travailler le parcours dans son ensemble impliquant une multitude d'intervenants médicaux, paramédicaux ou sociaux, libéraux et hospitaliers
- La prise en compte des choix du patient et de sa famille

IX- Indicateurs de suivi

- Le nombre d'établissements ayant une activité de SMR participant à la démarche
- Le nombre de patients toujours hospitalisés alors qu'ils sont « médicalement sortants »
- La durée moyenne de séjour
- Le nombre d'établissements de SMR ayant proposé un plan d'amélioration de la gestion des sorties

1/ INDICATEUR REGIONAL PARCOURS

1.a – Indicateur Parcours insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque est une pathologie chronique fréquente à l'origine, chaque année, de 200 000 hospitalisations sur le territoire français et près de 70 000 décès. Sa prise en charge nécessite une coordination pluridisciplinaire et pluri professionnelle sur le long cours. L'organisation défaillante de sa prise en charge précipite une évolution faite d'épisodes aigus de décompensations à l'origine d'hospitalisations urgentes.

Aussi, l'organisation et la coordination du parcours de santé au décours de l'hospitalisation peuvent réduire le nombre de ré hospitalisations et améliorer la prise en charge.

Cet indicateur régional « parcours des patients insuffisants cardiaques » complète l'indicateur national afin de favoriser le suivi des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) lors du suivi post-hospitalisation pour décompensation cardiaque.

1/ Contexte

La HAS a publié un guide du parcours de soins à destination des patients ayant une insuffisance cardiaque chronique. Ce guide précise « en cas d'hospitalisation, la coordination du suivi à la sortie est essentielle ». Cette coordination repose sur un suivi commun entre le médecin généraliste et le cardiologue, en concertation avec les autres acteurs de soins primaires.

Les établissements de MC peuvent améliorer ce parcours en mettant en œuvre des actions pour organiser la sortie du patient après hospitalisation.

2/ Objectif

L'indicateur « parcours des patients insuffisants cardiaques » vise à favoriser le respect des recommandations de La HAS dans le suivi post hospitalisation des patients insuffisants cardiaques, à savoir :

- Suivi du patient par son médecin traitant
- Suivi du patient par un cardiologue
- Diminution du taux de ré hospitalisation
- Définition d'un plan d'action, par l'établissement

Plus largement, cet indicateur vise ainsi à :

- Améliorer les parcours des patients atteints d'insuffisance cardiaque
- Renforcer la coordination hôpital-ville
- Favoriser les prises en charge pluridisciplinaires sur le long cours
- Harmoniser les pratiques sur l'ensemble du territoire
- Diminuer les ré hospitalisations pour décompensation cardiaque

3/ Ciblage

Les établissements ciblés sont ceux, répondant aux critères suivant sur les 3 premiers trimestres de l'année 2022 :

- ES ciblés par l'indicateur national
- ET
- Taux de ré hospitalisation > moyenne régionale
- ET
- Taux de visite chez un médecin généraliste < moyenne régionale
- ET
- Taux de visite chez un cardiologue < moyenne régionale

4/ Détail de l'indicateur

Les séjours pour décompensation cardiaque sont identifiés à l'aide du GHM.

L'indicateur national vise la diminution du taux de ré hospitalisation à 3 mois de ces patients.

L'indicateur régional visera le développement du parcours post-hospitalisation de ces patients en améliorant les points suivant :

- Augmentation du taux de patients ayant consulté un généraliste dans les 14 jours suivant l'hospitalisation

OU

- Augmentation du taux de patients ayant consulté un cardiologue dans les 2 mois suivant l'hospitalisation

En parallèle, l'établissement devra mettre en place un plan d'actions visant l'amélioration du parcours de soins post hospitalisation.

- a) Diminution du taux de ré hospitalisation des patients dans les 3 mois suivant l'hospitalisation

Les hospitalisations non programmées, en lien avec l'insuffisance cardiaque et faisant suite à une première hospitalisation peuvent être évitées. Cela suppose que la prise en charge au cours de l'hospitalisation précédente, et particulièrement l'organisation de la sortie aient été optimales et que le patient ait compris et adhéré aux moyens thérapeutiques et aux conseils préconisés pendant l'hospitalisation précédente.

- b) Amélioration du taux de patients ayant consulté son MG dans les 14 jours suivant la sortie d'hospitalisation

Avant la sortie et lors de la sortie, les établissements de santé doivent s'assurer de la continuité des soins. Ils doivent, en accord avec le patient, contacter les professionnels de santé en charge du patient pour les informer de la sortie et prévoir les consultations : le médecin généraliste doit être contacté dans la semaine qui suit la sortie. Parallèlement l'inscription dans le DMP permet d'assurer la continuité de la prise en charge tout au long du parcours du patient.

- c) Amélioration du taux de patients ayant consulté son cardiologue dans les 2 mois suivant la sortie d'hospitalisation

Le suivi post-sortie repose sur un suivi commun entre le médecin traitant et le cardiologue du patient, en concertation avec les autres acteurs de soins primaires.

- d) Mise en place d'un plan d'action

Il est demandé à chaque établissement de définir des actions pour organiser le parcours et la sortie des patients après hospitalisation, dans le respect des recommandations de la HAS. Ce plan d'actions devra préciser les leviers pour développer ce parcours.

Le plan devra notamment mentionner :

- i. Information du patient et de son entourage

Afin de comprendre les raisons de la décompensation, d'adhérer à son traitement et de prévenir une nouvelle décompensation, il est nécessaire de former le patient. Il conviendra, alors de l'informer sur le suivi à venir et, le cas échéant, lui fournir les numéros d'urgence et les coordonnées des intervenants. Ces documents devront être intégrés au DMP.

- ii. Information du médecin traitant

Le médecin traitant sera le coordinateur des soins, il convient donc de lui transmettre, dans la semaine suivant la sortie du patient :

- Le compte rendu de l'hospitalisation
- Le plan de coordination prévu pour le patient

iii. Adhésions PRADO (programme de retour à domicile).

Le service Prado a été créé par l'Assurance Maladie pour les patients en fin d'hospitalisation afin d'anticiper leurs besoins de retour à domicile et de fluidifier le parcours hôpital-ville.

L'équipe médicale décidera de l'éligibilité des patients afin que leurs parcours puissent être pris en main par les conseillers PRADO de l'assurance Maladie.

Au-delà des taux spécifique d'accès au médecin généraliste et au cardiologue, l'établissement pourra favoriser la coordination de l'ensemble des acteurs : infirmiers, pharmaciens, diététiciens, gériatres, structures coordonnées multi professionnelle, ...

5/ Objectif et intéressement

A l'échelle de l'établissement, l'objectif à atteindre pour bénéficier d'un intéressement est de :

- Définir un plan d'actions visant l'amélioration du parcours post hospitalisation des patients insuffisants cardiaque

ET

- Augmenter de 5 points, du taux de patients ayant consulté un généraliste dans les 14 jours suivant l'hospitalisation

OU

- Augmenter de 3 points du taux de patients ayant consulté un cardiologue dans les 2 mois suivant l'hospitalisation

1.b / Indicateur régional Parcours : BPCO

La BPCO est une maladie chronique évolutive dont le suivi a fait l'objet de recommandations de la part de la Haute Autorité de Santé (HAS). « La BPCO est principalement prise en charge en ville en dehors des épisodes d'exacerbation nécessitant une hospitalisation du patient. Les points critiques du parcours BPCO se situent essentiellement hors de l'hôpital : repérage, sevrage tabagique, prévention et prise en charge des complications respiratoires. L'implication des professionnels de ville est fondamentale pour améliorer le parcours des patients à risque ou atteints d'une BPCO. »

L'amélioration du parcours intra-hospitalier et de la sortie d'hospitalisation doit être un enjeu pour les établissements de santé puisque l'organisation et la coordination du parcours de santé au décours de l'hospitalisation peuvent réduire le nombre de réadmissions.

1/ Contexte

L'efficacité de la prise en charge suppose une bonne coordination entre les professionnels exerçant en ville et ceux exerçant en établissement de santé.

Pour prévenir les ré-hospitalisations après une exacerbation de BPCO, le patient doit bénéficier d'une prise en charge coordonnée par le médecin généraliste et le pneumologue.

Les établissements de MCO peuvent améliorer ce parcours en mettant en œuvre des actions pour organiser la sortie du patient après hospitalisation.

2/ Objectif

Cet indicateur vise à favoriser le respect des recommandations de la HAS dans le suivi post hospitalisation pour exacerbation de BPCO, à savoir :

- Suivi médical
- Suivi par un pneumologue
- Diminution du taux de ré hospitalisation
- Définition d'un plan d'action organisant la sortie du patient par l'établissement

Plus largement, cet indicateur vise ainsi à :

- Améliorer les parcours des patients atteints de BPCO
- Renforcer la coordination hôpital-ville
- Favoriser les prises en charge pluridisciplinaires sur le long cours
- Harmoniser les pratiques sur l'ensemble du territoire
- Diminuer les ré hospitalisations pour exacerbation de BPCO

3/ Ciblage

Les établissements ciblés sont ceux, répondant aux critères suivant sur les 3 premiers trimestres de l'année 2022 :

- Taux de ré hospitalisation > moyenne régionale
- ET
- Taux de visite chez un médecin généraliste < moyenne régionale

4/ Détail de l'indicateur

Les séjours pour exacerbation de BPCO sont identifiés à l'aide du GHM. Ainsi, on s'attachera à analyser le parcours post hospitalisation des patients pris en charge pour « Bronchopneumopathies chroniques surinfectées » : GHM 04M20.

L'indicateur régional « parcours des patients atteints de BPCO » vise le développement du parcours post-hospitalisation des patients en améliorant les points suivants :

- Diminution du taux de ré hospitalisation des patients dans les 3 mois suivant l'hospitalisation
- Augmentation du taux de patients ayant consulté un généraliste dans les 14 jours suivants l'hospitalisation
- Augmentation du taux de patients ayant consulté un pneumologue dans les 3 mois suivant l'hospitalisation
- Mise en place d'un plan d'actions visant l'amélioration du parcours de soins post hospitalisation.

a) Diminution du taux de ré hospitalisation des patients dans les 3 mois suivant l'hospitalisation

Les hospitalisations non programmées, en lien avec la BPCO, survenant dans un délai de 3 mois suivant la sortie, sont évitables. Cela suppose que la prise en charge au cours de l'hospitalisation précédente, et particulièrement l'organisation de la sortie aient été optimales et que le patient ait compris et adhéré aux moyens thérapeutiques et aux conseils préconisés pendant l'hospitalisation précédente.

b) Amélioration du taux de patients ayant consulté son MG dans les 14 jours suivant la sortie d'hospitalisation

Avant la sortie et lors de la sortie, les établissements de santé doivent s'assurer de la continuité des soins. Ils doivent, en accord avec le patient, contacter les professionnels de santé en charge du patient pour les informer de la sortie et prévoir les consultations : le médecin généraliste doit être contacté dans la semaine qui suit la sortie. Parallèlement l'inscription dans le DMP permet d'assurer la continuité de la prise en charge tout au long du parcours du patient.

La HAS recommande d'élaborer un plan personnalisé de santé, sous la responsabilité du médecin généraliste qui assurera la continuité des soins.

c) Augmentation du taux de patients ayant consulté un pneumologue dans les 3 mois suivant l'hospitalisation

Il convient de programmer, dès la sortie du patient, une consultation chez un pneumologue, dans les 3 mois suivant l'hospitalisation.

d) Mise en place d'un plan d'action

Il est demandé à chaque établissement de définir des actions pour organiser le parcours et la sortie des patients après hospitalisation, dans le respect des recommandations de la HAS. Ce plan d'actions devra préciser les leviers pour développer ce parcours.

Le plan devra notamment mentionner :

I. Information du patient et de son entourage

Afin de comprendre les raisons de l'exacerbation de BPCO, d'adhérer à son traitement et de prévenir une nouvelle exacerbation, il est nécessaire de former le patient. Il conviendra, alors de l'informer sur le suivi à venir et, le cas échéant, lui fournir les numéros d'urgence et les coordonnées des intervenants. Ces documents devront être intégrés au DMP.

II. Information du médecin traitant

Le médecin traitant sera le coordinateur des soins, il convient donc de lui transmettre, dans la semaine suivant la sortie du patient :

- Le compte rendu de l'hospitalisation
- Le plan de coordination prévu pour le patient

III. Adhésions PRADO (programme de retour à domicile).

Le service Prado a été créé par l'Assurance Maladie pour les patients en fin d'hospitalisation afin d'anticiper leurs besoins de retour à domicile et de fluidifier le parcours hôpital-ville.

L'équipe médicale décidera de l'éligibilité des patients afin que leurs parcours puissent être pris en main par les conseillers PRADO de l'assurance Maladie.

Au-delà des taux spécifique d'accès au médecin généraliste et au pneumologue, l'établissement pourra favoriser la coordination de l'ensemble des acteurs : infirmiers, pharmaciens, gériatres, kinésithérapeutes, structures coordonnées multi professionnelle, ...

5/ Objectif et intéressement

A l'échelle de l'établissement, l'objectif à atteindre pour bénéficier d'un intéressement est de :

- Définir un plan d'actions visant l'amélioration du parcours post hospitalisation des patients atteints de BPCO

ET

- Pour les établissements dont le taux de consultation chez un pneumologue est inférieur à la moyenne régionale :
 - o Augmenter de 5 points le taux de patients ayant consulté un généraliste dans les 14 jours suivant l'hospitalisation
 - OU
 - o Augmenter de 5 points le taux de patients ayant consulté un pneumologue dans les 3 mois suivant l'hospitalisation
-
- Pour les établissements dont le taux de consultation chez un pneumologue est supérieur à la moyenne régionale :
 - o Augmenter de 5 points le taux de patients ayant consulté un généraliste dans les 14 jours suivant l'hospitalisation
 - OU
 - o Augmenter de 3 points le taux de patients ayant consulté un pneumologue dans les 3 mois suivant l'hospitalisation

1.c / Indicateur régional Parcours : Post AVC

1/ Contexte

Avec une incidence de près de 130 000 nouveaux cas par an (*Cnam-DSES-DEPP, 2019*) et une prévalence de plus de 830 000 cas présentant des séquelles, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent un enjeu majeur de santé publique en France.

Avec 20% des personnes qui décèdent dans l'année suivant l'AVC, il s'agit de la deuxième cause de mortalité (*Inserm 2019*), et la première chez les femmes. Chez les survivants, les AVC sont la 1ère cause nationale de handicap acquis de l'adulte du fait de la fréquence et de la sévérité des séquelles fonctionnelles et des incapacités qu'ils génèrent, et la 2ème cause de démence (après la maladie d'Alzheimer).

La prise en charge de l'AVC est un exemple-type de parcours de soins et de vie intégrant la prévention, la prise en charge en urgence et la réadaptation, et allant jusqu'au retour à domicile.

Une expérimentation en Occitanie a été mise en place en 2020 dans le département de l'Ariège, en raison de spécificités locales de l'offre de soins, et afin d'améliorer la coordination des acteurs sur la prise en charge post-AVC.

2/ Objectif

L'objectif principal de cet indicateur est de favoriser, après une hospitalisation pour AVC/AIT, le respect des recommandations de la HAS pour le suivi et la coordination de l'ensemble des acteurs (médical et paramédical, médico-sociaux et sociaux) lors du retour à domicile, quel que soit le degré de gravité (AIT ou AVC). Ce suivi s'attache à optimiser les prises en charge dans les délais préconisés par la HAS.

Il vise ainsi à :

- Améliorer les parcours des patients victimes d'AVC/AIT
- Renforcer la coordination hôpital / ville
- Harmoniser les pratiques sur l'ensemble du territoire
- Favoriser les prises en charge pluridisciplinaires sur le long cours : médecin généraliste, médecins spécialistes (neurologue, cardiologue, gériatre, médecine physique et rééducation), infirmier libéral, MK, orthophoniste, pharmacien,

3/ Ciblage

En 2023, le CAQES a visé les établissements sans UNV et leurs établissements de référence.

En 2024, le ciblage est étendu à 2 établissements en difficulté.

4/ Détail de l'indicateur

L'indicateur proposé comporte 3 volets :

- Signature d'une convention PRADO AVC ou d'un avenant PRADO AVC
- Taux d'inclusion dans le PRADO AVC des patients sortant à domicile après AVC/AIT avec ou sans déficience
- Signature d'une convention de coordination entre l'établissement de santé (ES) et au moins une structure de soins coordonné (CPTS ou MSP) du territoire prévoyant ce point dans son projet de santé (modèle de convention sera fourni)

L'objectif annuel est le suivant :

Adhésion au PRADO post AVC avec inclusion d'au moins 20% des patients.

Sources de données :

- PMSI
- Données de l'assurance maladie et notamment des exports de l'outil de gestion du programme PRADO

5/ Objectif et intéressement

Un intéressement sera versé aux établissements respectant les 2 attendus suivant :

1. Signature d'une convention PRADO AVC
- ET
2. Atteinte du taux d'inclusion fixé pour l'année

Un bonus sera versé aux établissements qui auraient signé une convention de coordination avec au moins une structure de soins coordonné (CPTS ou MSP) du territoire prévoyant ce point dans son projet de santé.

2 / Indicateur régional Parcours : HAD - Administration des traitements anticancéreux injectables

1/ Contexte

L'ARS Occitanie travaille depuis plusieurs années avec les établissements et services de HAD dans l'objectif de développer et d'harmoniser les pratiques sur l'ensemble du territoire.

D'autre part, la stratégie décennale en cancérologie invite à « alléger au maximum la dimension invasive de la prise en charge ... en proposant, chaque fois que c'est possible aux patients la possibilité de soins ambulatoires, au domicile le cas échéant ».

Enfin, l'un des objectifs de la feuille de route stratégique pour l'HAD 2021-2026 est de renforcer la place des HAD dans l'organisation territoriale sanitaire. Parmi les leviers, on peut retenir le développement des soins spécialisés en HAD. Cette feuille de route propose 2 actions concrètes :

- Optimiser l'accès aux chimiothérapies en HAD et favoriser les alternatives aux séances pouvant être réalisées au domicile du patient
- Améliorer la couverture territoriale du traitement du cancer en HAD en développant le conventionnement entre les HAD et les pharmacies à usage intérieur préparatrices de chimiothérapies injectables

Dans cet objectif, l'ARS Occitanie propose aux services et établissements HAD, un indicateur régional CAQES dans le but de favoriser l'administration des traitements anticancéreux injectables en HAD.

2/ Objectif

Cet indicateur vise à :

- Développer l'administration des Traitements Médicamenteux Systémiques du Cancer en HAD en lien avec la feuille de route nationale HAD 2021 2026
- Harmoniser les pratiques en matière d'administration de traitements anticancéreux injectables à domicile tout en prenant compte des spécificités de chaque territoire et de chaque établissement ou service d'HAD

3/ Ciblage

L'ensemble des établissements et services d'hospitalisation à domicile de la région Occitanie est concerné par cet indicateur.

4/ Détail de l'indicateur pour 2024

a- Les documents à transmettre à l'ARS

Il est demandé aux établissements et services d'HAD de transmettre à l'ARS :

- 1/ L'état des lieux de l'activité pour 2022 et 2023

- 2/ Les données exhaustives de l'ensemble des demandes d'admission reçues en 2024 pour la réalisation de traitements médicamenteux systémique du cancer (TMS) à domicile, qu'elles soient acceptées ou refusées
- 3/ Les données exhaustives des prises en charge réalisées en 2024 pour traitements anti-cancéreux systémiques à domicile
- 4/ Les protocoles et procédures mise en place autour de l'organisation pour favoriser l'administration de traitements anti-cancéreux injectables au domicile
- 5/ Les conventions de sites associés

Pour les 3 premiers éléments, un fichier de saisie sera mis à disposition des établissements et services de HAD. Il est rappelé que les données exhaustives 2024 (points 2 et 3) sont à renseigner au fil de l'eau, tout au long de l'année 2024.

b- Les attendus pour les établissements non engagés dans la démarche

Pour les établissements n'ayant aucune activité de traitement anticancéreux injectable à domicile en 2022, un démarrage de l'activité est attendu en 2024.

c- Les attendus pour les établissements déjà engagés dans la démarche

Pour les établissements dont au moins 1 patient a bénéficié d'un traitement anti-cancéreux injectable à domicile en 2022, une évolution positive du nombre de patients est attendues en 2024.

5/ Objectif et intéressement

L'établissement peut être éligible à un intéressement, sous réserve de l'atteinte des objectifs mentionnés au point 3. Les modalités d'éligibilité et de calcul d'un intéressement sont définies chaque année par l'ARS et l'Assurance maladie, après avis des représentants des fédérations hospitalières, puis sont communiquées aux établissements de santé.