



PLAN D' ACTIONS PLURIANNUEL REGIONAL D' AMELIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS (PAPRAPS)
DE LA REGION OCCITANIE 2016-2020

Avenant n° 1

SOMMAIRE

- 1) Préambule
- 2) Evolution de la réglementation
- 3) Rappel des conditions de mise en place de l'avenant du PAPRAPS
- 4) Présentation des thèmes d'actions prioritaires pouvant être inscrits dans le volet additionnel du CAQES
- 5) Nouveau programme à développer
- 6) Critères permettant d'identifier les établissements de santé faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable au titre de l'article D 162-10 css

1) Préambule

L'amélioration de la pertinence des soins a pour objectif l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'une meilleure efficacité des dépenses de santé. Cette démarche doit nécessairement être construite en concertation.

L'instance régionale d'amélioration de la pertinence (IRAPS) contribue à définir les thématiques prioritaires à mettre en œuvre. Ces thématiques sont préparées et développées au sein de groupes de travail associant les professionnels de santé, les établissements sanitaires ou médico sociaux, L'ARS et l'assurance maladie.

Ces priorités doivent être définies en cohérence avec celles inscrites dans le projet régional de santé.

Le présent avenant a pour objet de préciser les conditions de mise en œuvre de ces priorités (critères de ciblage, modalités de suivi et d'évaluation), d'inscrire des priorités nouvelles et de préciser les critères de ciblage des mises sous accord préalable au titre de l'article D 162-10 du code de la sécurité sociale.

2) Evolution de la réglementation

Le décret no 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 doit être conclu entre les établissements de santé, l'ARS et l'Assurance Maladie. Il modifie également la numérotation des articles du code de la sécurité sociale traitant du PAPRAPS et de l'IRAPS.

L'arrêté du 27 avril 2017 relatif au CAQES publie le contrat type qui comprend en particulier un volet additionnel relatif à la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé.

Le volet additionnel relatif à la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé vise à accompagner les professionnels de santé dans la démarche d'amélioration de la pratique des soins délivrés par l'établissement de santé signataire. Son champ d'application recouvre les actes, prestation et prescriptions correspondant aux domaines définis comme prioritaires par le PAPRAPS et ses avenants.

Le CAQES doit être conclu avec chacun des établissements de santé de la région pour une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2018.

3) Rappel des conditions de mise en place de l'avenant du PAPRAPS

Le PAPRAPS est arrêté par la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé, après consultation de l'IRAPS et avis de la commission régionale de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie.

4) Présentation des thèmes d'actions prioritaires pouvant être inscrits dans le volet additionnel du CAQES

AMELIORATION DE LA PERTINENCE DES PRISES EN CHARGE EN CHIRURGIE BARIATRIQUE

Rappel des objectifs du programme

Le programme vise les objectifs fondamentaux définis par La HAS pour l'amélioration de la prise en charge chirurgicale de l'obésité à savoir : améliorer l'efficacité à long terme de la chirurgie bariatrique et réduire la survenue des complications. Le travail porte donc sur :

- Une meilleure sélection, information et préparation des patients ;
- Le choix de la technique apportant le meilleur rapport bénéfice/risque chez les patients sélectionnés ;
- Une meilleure formalisation de la constitution et du rôle de l'équipe pluridisciplinaire ;
- La détection et la prise en charge précoce des complications ;
- Le suivi à long terme des patients opérés.

Actions à mettre en œuvre

Le groupe de travail comprend des professionnels de l'ex région Languedoc-Roussillon associant chirurgiens digestifs, endocrinologues, nutritionnistes, pédiatres, psychologues, et responsables du centre spécialisé de l'obésité a été constitué en 2015.

Ce groupe a finalisé une fiche parcours de prise en charge d'un patient adulte obèse permettant de sécuriser les pratiques au regard des recommandations de la HAS.

Dans un premier temps, cet outil sera mis en œuvre par les professionnels de santé après le déploiement informatique, dans les établissements de l'ex région LR qui l'ont élaboré.

Il fera l'objet d'une présentation et d'une concertation avec les professionnels et les établissements de l'ex région MP pour déploiement.

Critères de ciblage, calendrier, évaluation

- Etablissements dans lesquels sont pratiqués des actes de chirurgie bariatrique ;
- Inclusion des patients avec une IMC > 40 ou une IMC > 35 avec comorbidité, dans la limite de 20 patients par an ;
- Remplissage de la fiche lors de la première consultation par un des professionnels de l'équipe pluri professionnelle de 2^{ème} recours dans les hôpitaux et cliniques de l'annuaire du CSO et/ou ceux où se pratique la chirurgie bariatrique ;
- Un bilan sera réalisé à un an de mise en œuvre. Il portera sur la qualité des indications et du parcours au regard des référentiels et sur l'intérêt et la facilité d'utilisation de la fiche parcours.

Objectifs du programme

Une analyse des taux de recours a mis en évidence, en ex-Midi-Pyrénées, une augmentation du nombre des séjours hospitaliers pour angioplasties coronaires entre 2008 et 2013, cette progression étant plus importante que celle observée au niveau national sur la même période. Par ailleurs, et en cohérence avec l'évolution du nombre de séjours, le taux de recours régional est supérieur au taux de référence national depuis 2008.

Face à ce constat, il a été fait le choix de mener, avec les cardiologues des 9 établissements pratiquant la cardiologie interventionnelle dans l'ex région Midi-Pyrénées, un travail d'analyse portant sur la pertinence des angioplasties coronaires hors contexte de souffrance aiguë.

L'étude rétrospective des dossiers ainsi réalisée en 2015 a conduit à une estimation du taux de prises en charge de cas pour lesquels les critères de pertinentes n'étaient pas réunis à 9%.

Actions à mettre en œuvre

Le groupe de travail a défini les priorités suivantes :

- Actualiser, au vu des publications internationales récentes, les critères de stabilité de l'angor et de pertinence de réalisation de l'angioplastie ;
- Mettre en place une grille recueil spécifique de critères de pertinence (au maximum 5 ou 6) pour ces prises en charge à inclure dans les dossiers médicaux ;
- Réaliser un test de cette grille en prospectif sur un échantillon suffisant de cas et procéder, avec l'ARS et l'AM, à un bilan et une analyse de l'intérêt effectif de l'utilisation de la grille sur l'amélioration de la pertinence des angioplasties ;
- Communiquer auprès des cardiologues libéraux sur les bonnes pratiques pour la prise en charge des patients coronariens, hors contexte d'urgence.

Critères de ciblage au regard du PAPRAPS, Calendrier, évaluation

Dans un premier temps, seuls les établissements de l'ex région Midi-Pyrénées réalisant des angioplasties coronaires seront concernés.

Les établissements et les cardiologues de l'ex région Languedoc-Roussillon seront associés après réalisation du bilan et validation de la méthode.

Un test sera réalisé en 2018, pour une extension éventuelle à l'ensemble de la région.

PERTINENCE DES PRISES EN CHARGE EN HOSPITALISATION A DOMICILE

Objectifs du programme

L'objectif est de mettre en place une démarche commune d'amélioration de la pertinence et de la sécurité des soins et de répondre aux objectifs de la certification des établissements de santé de la HAS.

Cette démarche, entamée depuis 2011, associe l'ensemble des établissements HAD de la grande région.

Un groupe de travail pluri professionnel a travaillé sur 4 thématiques de pertinence et élaboré des procédures de mesure des actions de pertinence :

- La pertinence des refus : le développement de la HAD nécessaire au bon fonctionnement du système de soins, pousse à s'interroger sur les raisons des refus, notamment lorsqu'ils interviennent sur un territoire doté d'établissements.
- La prise en charge palliative : il s'agit d'une prise en charge lourde et complexe, avec un impact sur la qualité de vie au travail des intervenants au domicile. Elle représente, selon les établissements, 25% à 30% de l'activité des EHAD.
- La pertinence de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée : la démarche a été initiée suite à une analyse risque réalisée avec l'OMEDIT. Il est primordial de promouvoir l'autonomie du patient et de son entourage pour l'admission des médicaments et de sécuriser la prise en charge.
- La pertinence des ré hospitalisations avec hébergement : Il est apparu qu'un nombre conséquent d'hospitalisations d'HAD vers un autre établissement de santé n'étaient pas justifiées. Celles-ci engendrent une désorganisation des services et induisent une insatisfaction des familles.

Actions à mettre en œuvre, critères de ciblage, calendrier, évaluation

Mise en œuvre et évaluation par les établissements HAD de la région des revues de pertinence portant sur :

- La pertinence des refus de prise en charge ;
- La pertinence des prises en charge en soins palliatifs.

Ces revues de pertinence feront l'objet d'une évaluation conjointe ARS, AM et groupe de travail HAD.

5) Nouveau programme à développer

LA BIOLOGIE MEDICALE

Objectifs du programme

La biologie médicale est devenue, à la suite d'une évolution profonde de l'approche médicale et de la connaissance scientifique, un élément crucial du parcours de soins, déterminant pour le diagnostic de la majorité des pathologies et pour le suivi des pathologies et de leur thérapeutique.

Une vraie marge de progrès existe sur des prescriptions mal adaptées, sur des doublons, encore trop nombreux. La bonne adaptation et la maîtrise des examens de biologie médicale pratiqués, sur la base de référentiels publiés, tout particulièrement par la Haute Autorité de santé, sont indispensables et chacun doit pouvoir s'engager sur cette pertinence et cette maîtrise des actes pratiqués (**Extraits du rapport au Président de la République publié le 15 janvier 2010 relatif à l'ordonnance no 2010-49 du 13 janvier 2010 présentant de la réforme de la biologie médicale : Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010**).

Demander les bons examens, correctement ciblés, peut notamment permettre :

- D'affiner rapidement le diagnostic ;
- De raccourcir éventuellement les temps d'attente ;
- D'orienter le plus possible le patient vers le bon service ;
- De mettre en place, si nécessaire, le traitement le plus adapté et de suivre le cas échéant son efficacité ;
- D'objectiver dans certaines situations les critères de sortie ou de fin de traitement.

Cette approche constitue un levier important dont peut bénéficier à la fois l'hôpital, sur le plan économique, et le patient pour ce qui concerne sa qualité de vie.

Un groupe de travail concernant la biologie médicale sera constitué au 2^e semestre 2017 afin de procéder à l'analyse de la situation régionale et de proposer des priorités d'intervention.

6) Critères permettant d'identifier les établissements de santé faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable au titre de l'article D 162-10 css.

6.1 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 ;
- Une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;
- Un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;
- Une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.

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

- Etablissements dont le taux de chirurgie ambulatoire par geste marqueur validé par les sociétés savantes et/ou les Conseils Nationaux Professionnels et inclus dans les campagnes nationales, est inférieur au taux régional ;
- Et/ou non-respect de la procédure de MSAP lors d'une campagne antérieure.

6.3 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 est supérieur au taux régional 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).

6.4 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.

Fait à Montpellier, le 28/07/2017

La Directrice Générale



Monique CAVALIER

