

Arrêté : ARSBFC/DOS/PSH/2016-989

Arrêté portant adoption du plan pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins – 2016/2020 de la région Bourgogne Franche-Comté

Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne,

- VU le Code de la Santé Publique ;
- VU le Code de la Sécurité Sociale, et notamment ses articles L 162-30-4 et R 162-44-1 ;
- VU le décret N°2015-1510 du 19 novembre 2015 ;
- VU l'avis de l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins écrite du 29 septembre 2016 ;
- VU l'avis de la Commission Régionale de Coordination des Actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie écrite, en formation plénière, du 30 septembre 2015.

ARRETE

Article 1^{er} : Le plan pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence de soins 2016-2020 de la région Bourgogne Franche-Comté, annexé au présent arrêté, est adopté.

Article 2 : Il prend effet à compter de sa date de signature pour une durée de 4 ans.

Article 3 : le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours, dans le délai de deux mois à compter de sa date de publication au recueil des actes.

Article 4 : Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Bourgogne Franche Comté.

Fait à Dijon, le 30 septembre 2016

Le directeur général,

Christophe LANNELONGUE

ANNEXE

PLAN PLURIANNUEL REGIONAL D'AMELIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS-2016/2020

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2015 a, dans son article 58, redéfini les leviers permettant d'agir en faveur d'une pertinence accrue des soins.

Pris en application de cet article, le décret N°2015-1510 du 19 novembre 2015 décrit le contenu, les modalités d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation du Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS).

Art. L. 162-30-4.-I.-L'agence régionale de santé élabore un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, en conformité avec les orientations retenues dans les programmes nationaux de gestion du risque mentionnés à l'article L. 182-2-1-1.

L'article R 162-44-1 prévoit qu'une instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins « contribue à l'amélioration de la pertinence des prestations, des prescriptions et des actes dans la région ». Cette instance est consultée sur le projet de PAPRAPS, lors de sa préparation, de sa révision et de son évaluation.

Le présent plan est organisé en 3 axes, correspondant aux principales situations visées par l'article L 162-1-17 CSS.

- **AXE 1 : pertinence des actes**
- **AXE 2 : prestations d'hospitalisation sans hébergement**
- **AXE 3 : prescriptions de prestations d'hospitalisation avec hébergement**

En annexes, figurent un rappel des textes de référence, et les principales données d'état des lieux disponibles en Bourgogne franche Comté.

La pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé est une préoccupation des ARS et de l'Assurance maladie depuis plusieurs années.

Elle fait partie des priorités de travail des ARS et de l'AM dans le cadre du plan triennal 2015-2017 de maîtrise de l'ONDAM, priorités reprises par le plan national de gestion du risque et d'efficience des soins visé par l'article 162 de la loi de modernisation de notre système de santé). Plan pour la Performance et l'efficience du système de santé 2015-2017

Les ARS de Bourgogne et de Franche-Comté se sont engagées de manière différenciée dans cette démarche, avec un appui sur les données ATIH et CNAMTS pour la mise en place d'actions.

AXE 1 : PERTINENCE DES ACTES

1. Historique des actions menées sur la pertinence des actes

La Franche-Comté, en 2013-2014 dans le cadre du projet PRS « filière chirurgie » a ciblé l'amygdalectomie, la cholécystectomie, la chirurgie des anévrismes de l'aorte abdominale et la chirurgie du cristallin (en sous recours). Des groupes de travail thématiques élargis avec les professionnels, usagers et directions des ES concernés ont été mis en place.

Plusieurs actions ont été validées par le comité stratégique régional et déployées :

- Une sensibilisation des professionnels spécialistes a été réalisée par la diffusion de la situation de la Franche-Comté (taux de recours standardisés et indice national) et l'envoi des référentiels aux professionnels de santé pour l'amygdalectomie et la cholécystectomie (T2 2014).
- Les spécialistes ORL de la région ont mené un audit entre pairs sur la traçabilité des éléments de décision de l'amygdalectomie dans le dossier médical (S2 2014). Les résultats de cet audit ont été communiqués lors du colloque de la Société O.R.L. de l'Est de La France (Besançon – Dijon – Nancy – Reims – Strasbourg) les 26 & 27 septembre 2014.
- Des visites confraternelles auprès des médecins généralistes et des chirurgiens ont été réalisées (2014) par l'assurance maladie afin de promouvoir le parcours de soins pour une bonne prise en charge du syndrome du canal carpien selon les recommandations HAS.
- Campagne d'échanges confraternels pour la cholécystectomie auprès des médecins traitants par l'Assurance Maladie avec référentiels HAS, guides AM et diffusion d'un abstract sur la situation régionale par zone (indice national et contributeurs) dans les zones les plus atypiques (S2 2015),
- Diffusion auprès des usagers via les médecins traitants d'un "guide miroir" du référentiel sur la cholécystectomie (S2 2015).
- Les établissements ont inscrit dans le cadre du CPOM avec l'ARS, des actions internes qualitatives pertinence : 6 établissements pour la cholécystectomie et 4 pour l'amygdalectomie.
- Compte tenu des taux élevés de recours aux traitements par technique endo-vasculaire mais aussi à la chirurgie des anévrismes de l'aorte abdominale alors que cette chirurgie est réservée aux cas les plus lourds, une action de sensibilisation au dépistage individuel ciblé tel que préconisé par la HAS était prévue auprès des médecins généralistes (2016).
- Information des médecins généralistes sur la chirurgie ambulatoire par les délégués de l'Assurance Maladie (2015).

La Bourgogne, avec le Comité Régional de l'Activité Hospitalière, a ciblé les atypies les plus marquées : les césariennes programmées à terme, la chirurgie du canal carpien et la chirurgie bariatrique.

Concernant les césariennes, des outils régionaux ont été élaborés pour les professionnels réalisant le suivi de la grossesse et pour les futures mères. Un plan d'actions a été mis en place par les professionnels d'un établissement atypique et le suivi semestriel des taux de césariennes effectué par l'ARS est partagé avec l'établissement.

Des analyses plus détaillées sur la chirurgie du canal carpien ont démontré que, si le taux de recours était élevé, aucun établissement n'apparaissait comme étant spécifiquement en atypie au regard d'indicateurs qualitatifs.

Par ailleurs, des interventions chirurgicales en nombre élevé dans certains établissements de Côte d'Or et de l'Yonne dans le cadre du traitement de l'obésité ont conduit à des Mises Sous Accord Préalables (MSAP).

Situation régionale par rapport aux orientations nationales parmi les 33 activités prioritairement retenues pour l'analyse de la pertinence de soins

Éléments de ciblage sur les 33 activités prioritairement retenues pour l'analyse de la pertinence de soins

- Ecart des taux de recours standardisés au taux national reflété par l'indice national, par domaine et hétérogénéité de ces taux par zone d'influence
- Volume annuel de séjours, nombre d'établissements impliqués, taux de fuite
- Impact potentiel en santé publique
- Capacités dans les changements de pratique (chirurgie ambulatoire, autres techniques moins invasives)
- Partenaires mobilisables
- Existence de référentiels HAS
- Les 7 thématiques nationales prioritaires pour l'assurance maladie : chirurgie bariatrique, libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, appendicectomie, cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, thyroïdectomie, amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées et césarienne non programmée à terme

Les outils de ciblage CNAMTS ont été élaborés sur la chirurgie du syndrome du canal carpien, l'appendicectomie, la cholécystectomie pour lithiase biliaire, la thyroïdectomie et la chirurgie bariatrique.

Ces outils seront développés sur deux thèmes supplémentaires en 2016 : l'amygdalectomie chez le sujet de moins de 18 ans et les examens pré anesthésiques.

De nouveaux thèmes seront également investigués à partir des recommandations HAS pour mise en œuvre des outils à partir de 2017 : chirurgie des lombalgies chroniques, chirurgie de la cataracte et drains transtympaniques.

Critères de risque

Risque ELEVE de défaut d'accès (indice national $< 0,80$)

Risque MODERE de défaut d'accès (indice national $> \text{ou} = 0,80 \text{ à } 0,90 <$)

Absence d'atypie (indice national $> \text{ou} = 0,90 \text{ et } < 1,10$)

Risque MODERE de NON pertinence (indice national $> \text{ou} = 1,10 \text{ et } < 1,20$)

Risque ELEVE de NON pertinence (indice national $> \text{ou} = 1,20$)

En rouge les thèmes prioritaires Assurance Maladie

Source SCANSANTE – ATIH PMSI MCO 2014 - V11f - Indices nationaux (Txstand Reg / Txstand Nat)

Risque ELEVÉ de défaut d'accès		Risque MODÈRE de défaut d'accès	
(indice national < 0,80)		(indice national > ou = 0,80 à 0,90 <)	
FRANCHE COMTE	BOURGOGNE	FRANCHE COMTE	BOURGOGNE
Drains transtympaniques	Chirurgie des varices	Endoscopie digestive diagnostique	Césarienne programmée à terme
Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire	Endoscopie digestive diagnostique	Cataracte	Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire
Arthroscopie autre localisation		coloscopies post polypectomie	Amygdalectomie
Affection de la bouche et des dents			Coloscopies post polypectomie
Césarienne programmée à terme			Cataracte
Affections des voies biliaires			

PAS D'ATYPIE	
(indice national > ou = 0,90 à 1,10 <)	
FRANCHE COMTE	BOURGOGNE
Chirurgie bariatrique	Infection et inflammation respiratoires (adultes)
Infection et inflammation respiratoires (adultes)	Interventions Transurétrales ou par voie transcutanée
Angioplasties coronaires	Ligamentoplastie du genou
Colectomie totale	Pancréatectomie
Bronchiolite	Arthroscopie autre localisation
Thyroïdectomie	Colectomie totale
Hypertrophie bénigne de la prostate	Hypertrophie bénigne de la prostate
Cholécystectomie 07C14	Bronchiolite
Prothèse totale de la hanche	Hystérectomie
Interventions Transurétrales ou par voie transcutanée	BPCO surinfectée
Infections des reins et des voies urinaires	Chirurgie de l'anévrisme de l'aorte abdominale
Appendicectomie	Affection de la bouche et des dents
Ligamentoplastie du genou	Oesophagectomie
BPCO surinfectée	Infections des reins et des voies urinaires
Hystérectomie	Cholécystectomie 07C13
	Angioplasties coronaires
	Valve aortique

Risque MODERE de NON pertinence (indice national > ou = 1.10 et < 1,20)		Risque ELEVE de NON pertinence (indice national > ou = 1.20)	
FRANCHE COMTE	BOURGOGNE	FRANCHE COMTE	BOURGOGNE
Chirurgie des varices	Appendicectomie	Amygdalectomie	Pontage coronaire
Libération canal carpien	Prothèse de genou	Chirurgie du rachis	Libération canal carpien
Prothèse de genou	Thyroidectomie	Cholécystectomie affection aigue 07C13	Chirurgie du rachis
Pancréatectomie	Prothèse totale de hanche	Mise à plat d'anévrisme de l'aorte abdominale	Chirurgie bariatrique
	Drains transtympaniques	Pontage coronaire	
	Cholécystectomie affection NON AIGUE 07C14	Remplacement de la valve aortique	
		Oesophagectomie	

2. Situation par territoire ou par zone d'influence

2.1. Sur consommation

CHOLECYSTECTOMIE

Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës (07C13)

Territoire ou zone	Territoire de santé ou zone d'influence	Indices nationaux				
		2010	2011	2012	2013	2014
26S0000001	CÔTE-D'OR	0,78	0,79	0,84	0,85	0,97
26S0000002	NIÈVRE	1,64	1,53	1,35	0,99	1,5
26S0000003	SAÔNE-ET-LOIRE	0,96	1,01	1	1,05	1,06
26S0000004	YONNE	1,05	1	1,26	1,29	0,86
430010	BESANCON - GRAY	1,06	1,23	1,19	1,5	1,57
430010	BELFORT- MONTBELIARD- HERICOURT	1,44	1,48	1,53	1,31	1,17
430010	PONTARLIER	1,04	1,63	1,41	1,24	1
430010	LONS- CHAMPAGNOLE- SAINT CLAUDE	0,9	1,08	1,16	1,08	1,09
430010	DOLE	1,48	1,07	1,19	1,62	1,69
430010	VESOUL-LURE- LUXEUIL	1,77	1,37	1,06	1,43	1,89

Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës (07C14).

Territoire ou zone	Territoire de santé ou zone d'influence	Indices nationaux				
		2010	2011	2012	2013	2014
26S0000001	CÔTE-D'OR	1,25	1,27	1,22	1,17	1,22
26S0000002	NIÈVRE	0,94	0,85	1,03	1	0,99
26S0000003	SAÔNE-ET-LOIRE	1,27	1,21	1,18	1,26	1,16
26S0000004	YONNE	1,26	1,23	1,25	1,11	1,32
430010	BESANCON - GRAY	1,17	1,2	1,09	1,05	0,91
430010	BELFORT-MONTBELIARD-HERICOURT	1,25	1,28	1,32	1,31	1,34
430010	PONTARLIER	1,32	0,87	1,09	0,88	0,78
430010	LONS-CHAMPAGNOLE-SAINT CLAUDE	1,13	1,22	0,98	1,09	1,01
430010	DOLE	1,3	1,2	1,32	1,34	1,19
430010	VESOUL-LURE-LUXEUIL	0,77	1,11	1,12	1,11	0,76

En tenant compte des 2 GHM 07C13 et 07C14, les territoires de la Côte d'or, la Nièvre et les zones Besançon-Gray, Belfort-Montbéliard-Héricourt, Dole sont les plus atypiques.

L'hétérogénéité de répartition entre cholécystectomie pour affection aiguë 07C13 et non aiguë 07C14 pourrait être liée à des différences de pratiques de codage (voir publication ATIH décembre 2012 ciblage des activités réalisé par l'ATIH sur la base des données PMSI 2010)

Les établissements les plus gros contributeurs dans les territoires ou zones d'influence atypiques pour la cholécystectomie GHM 07C13 et 07C14 sont :

Consommation des patients résidant en Côte d'Or :

	07C13 nb séjours	07C14 nb séjours	total séjours consommés	% du total consommé
CLINIQUE SAINTE MARTHE	10	106	116	10,92%
CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE CHENÔVE	24	77	101	9,51%
CHU DE DIJON	97	195	292	27,50%
CH ROBERT MORLEVAT SEMUR EN AUXOIS	37	68	105	9,89%
CH DE BEAUNE	30	93	123	11,58%
CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE TALANT	28	131	159	14,97%
AUTRES	32	134	166	15,63%

Consommation des patients résidant en Nièvre :

CH DE L'AGGLOMÉRATION DE NEVERS	70	52	122	25,79%
CH DECIZE	36	11	47	9,94%
POLYCLINIQUE DU VAL DE LOIRE	31	88	119	25,16%
CLINIQUE DE COSNE-SUR-LOIRE	27	41	68	14,38%
AUTRES	22	95	117	24,73%

Consommation des patients résidant en Zone de Belfort-Montbéliard-Héricourt :

CLINIQUE DE MONTBÉLIARD	14	162	176	23,66%
HÔPITAL NORD FRANCHE COMTE	163	321	484	65,05%
AUTRES	18	66	84	11,29%

Consommation des patients résidant en Zone de Dole :

POLYCLINIQUE DE FRANCHE COMTE	6	12	18	8,41%
CH PASTEUR DOLE	61	107	168	78,50%
AUTRES	14	14	28	13,08%

Consommation des patients résidant en Zone de Vesoul-Lure-Luxeuil :

CHIC DE LA HAUTE-SAÔNE	88	90	178	57,79%
CLINIQUE ST MARTIN	51	9	60	19,48%
HÔPITAL NORD FRANCHE COMTE	5	17	22	7,14%
AUTRES	26	36	48	15,58%

AMYGDALECTOMIE

Territoire ou zone	Territoire de santé ou zone d'influence	Indices nationaux				
		2010	2011	2012	2013	2014
26S0000001	CÔTE-D'OR	0,97	0,83	0,95	0,95	0,8
26S0000002	NIÈVRE	1,47	1,53	1,34	1,22	1,26
26S0000003	SAÔNE-ET-LOIRE	0,46	0,51	0,52	0,48	0,49
26S0000004	YONNE	1,13	1,12	0,93	1,06	1,1
430010	BESANCON - GRAY	1,27	1,15	1,2	1,17	1,15
430010	BELFORT-MONTBELIARD-HERICOURT	1,44	1,45	1,41	1,33	1,33
430010	PONTARLIER	2,26	2,19	2,07	1,83	1,8
430010	LONS-CHAMPAGNOLE-SAINT CLAUDE	1,09	1,25	1,23	1,18	1,05
430010	DOLE	2,24	2,33	1,89	2,03	1,49
430010	VESOUL-LURE-LUXEUIL	0,94	0,95	0,83	0,73	0,72

Les territoires de la Nièvre et les zones Besançon-Gray, Belfort-Montbéliard-Héricourt, Pontarlier et Dole sont les plus atypiques.

Les établissements les plus gros contributeurs dans les territoires ou zones d'influence atypiques pour L'amygdalectomie sont :

Consommation des patients résidant en Nièvre :

	total séjours consommés	% du total consommé
CH DE L'AGGLOMÉRATION DE NEVERS	109	49,32%
POLYCLINIQUE DU VAL DE LOIRE	37	16,74%
CLINIQUE DE COSNE-SUR-LOIRE	31	14,03%
AUTRES	44	19,91%

Consommation des patients résidant en Zone de Besançon-Gray :

CHU BESANCON	123	29,78%
CLINIQUE SAINT-VINCENT	166	40,19%
POLYCLINIQUE DE FRANCHE COMTE	63	15,25%
AUTRES	61	14,77%

Consommation des patients résidant en Zone de Belfort-Montbéliard-Héricourt :

HÔPITAL NORD FRANCHE COMTE	218	48,66%
CLINIQUE DE MONTBÉLIARD	154	34,38%
SA CLINIQUE LA MIOTTE	56	12,50%
AUTRES	20	4,46%

Consommation des patients résidant en Zone de Pontarlier :

CHIC DE HAUTE-COMTÉ	136	86,62%
AUTRES	21	13,38%

Consommation des patients résidant en Zone de Dole :

POLYCLINIQUE DU PARC	118	88,06%
AUTRES	16	11,93%

DRAINS TRANSTYMPANIQUES

Territoire ou zone	Territoire de santé ou zone d'influence	Indices nationaux				
		2010	2011	2012	2013	2014
26S0000001	CÔTE-D'OR	1,44	1,59	1,48	1,54	1,47
26S0000002	NIÈVRE	0,83	0,82	0,63	0,8	0,88
26S0000003	SAÔNE-ET-LOIRE	1,12	1,12	1,2	1,37	1,21
26S0000004	YONNE	1,2	1,44	1,28	1,01	0,86
430010	BESANCON -GRAY	0,65	0,61	0,46	0,58	0,58
430010	BELFORT-MONTBELIARD-HERICOURT	0,3	0,35	0,23	0,24	0,27
430010	PONTARLIER	0,26	0,51	0,54	0,48	0,5
430010	LONS- CHAMPAGNOLE-SAINT CLAUDE	0,82	0,83	0,58	0,72	0,76
430010	DOLE	1,18	0,92	1,06	0,87	0,89
430010	VESOUL-LURE-LUXEUIL	0,51	0,48	0,42	0,47	0,43

La région Bourgogne Franche comté se caractérise par des indices de consommation très contrastés.

La relation entre un indice élevé pour l'amygdalectomie dans les zones à indice faible pour les drains transtympaniques (et inversement) doit nous interroger sur les pratiques en ORL.

Territoire ou zone	Indice national (Txstand Reg / Txstand Nat) Territoire de santé ou zone d'influence	AMYGDALECTOMIE		DRAINS TRANSTYMPANIQUES	
		2013	2014	2013	2014
26S0000001	CÔTE-D'OR	0,95	0,8	1,54	1,47
26S0000002	NIÈVRE	1,22	1,26	0,8	0,88
26S0000003	SAÔNE-ET-LOIRE	0,48	0,49	1,37	1,21
26S0000004	YONNE	1,06	1,1	1,01	0,86
430010	BESANCON -GRAY	1,17	1,15	0,58	0,58
430010	BELFORT-MONTBELIARD- HERICOURT	1,33	1,33	0,24	0,27
430010	PONTARLIER	1,83	1,8	0,48	0,5
430010	LONS- CHAMPAGNOLE-SAINT CLAUDE	1,18	1,05	0,72	0,76
430010	DOLE	2,03	1,49	0,87	0,89
430010	VESOUL-LURE-LUXEUIL	0,73	0,72	0,47	0,43

CHIRURGIE BARIATRIQUE

Territoire ou zone	Territoire de santé ou zone d'influence	Indices nationaux				
		2010	2011	2012	2013	2014
26S0000001	CÔTE-D'OR	0,96	1,26	1,46	1,45	1,32
26S0000002	NIÈVRE	0,45	0,57	0,67	0,86	0,84
26S0000003	SAÔNE-ET-LOIRE	1,06	1,13	1,21	1,12	1,27
26S0000004	YONNE	1,62	2,02	2,11	2,32	2,19
430010	BESANCON - GRAY	0,45	0,42	0,47	0,63	0,8
430010	BELFORT- MONTBELIARD- HERICOURT	0,52	0,52	0,67	0,87	0,88
430010	PONTARLIER	0,22	0,45	0,26	0,57	0,53
430010	LONS- CHAMPAGNOLE- SAINT CLAUDE	0,87	0,84	1,05	1,07	0,92
430010	DOLE	1,05	1,08	1,05	1,71	1,68
430010	VESOUL-LURE- LUXEUIL	0,52	0,52	0,64	0,79	0,89

Les territoires bourguignons (à l'exception de la Nièvre) se caractérisent par des indices de consommation élevés en particulier dans l'Yonne et ce depuis plusieurs années.

La zone de dole est aussi très au-dessus de l'indice national mais les patients se font opérer essentiellement dans les établissements de Côte d'Or.

PRODUCTION : Établissements de la région par territoire de santé/zone spécifique	CONSOMMATION : Territoires de santé/zone spécifique des patients de la région	
	DOLE	
	nb de séjours consommés	% du total consommé
CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE TALANT	18	18,18%
CLINIQUE SAINTE MARTHE	59	59,60%
CLINIQUE SAINT-VINCENT	5	5,05%
POLYCLINIQUE DE FRANCHE COMTE	12	12,12%
Autres régions	5	5,05%
Ensemble	99	100,00%

Les établissements les plus gros contributeurs dans les territoires ou zones d'influence atypiques pour la chirurgie bariatrique sont :

	CÔTE-D'OR		SAÔNE-ET-LOIRE		YONNE	
	nb de séjours consommés	% du total consommé	nb de séjours consommés	% du total consommé	nb de séjours consommés	% du total consommé
CLINIQUE SAINTE MARTHE	211	42,28%	31	6,72%	11	2,18%
CHU DE DIJON	29	5,81%	4	0,87%	2	0,40%
CH DE BEAUNE	36	7,21%	12	2,60%		
CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE TALANT	196	39,28%	23	4,99%	6	1,19%
POLYCLINIQUE DU VAL DE SAONE			65	14,10%		
CH LES CHANAUX			75	16,27%		
CH DE PARAY			7	1,52%		
SA CLINIQUE SAINTE MARIE	9	1,80%	148	32,10%		
CH WILLIAM MOREY			9	1,95%		
HOTEL-DIEU DU CREUSOT			33	7,16%		
CH AUXERRE					146	28,97%
CLINIQUE PAUL PIQUET	1	0,20%	3	0,65%	119	23,61%
POLYCLINIQUE STE MARGUERITE					4	0,79%
CH SENS					176	34,92%
Autres	17	3,41%	51	11,06%	40	7,94%
	499	100,00%	461	100,00%	504	100,00%

2.2. Sous consommation

CATARACTE

Cet acte est en sous recours sur la région Bourgogne Franche-Comté. Il convient de s'interroger sur le lien avec la démographie et l'offre de soin.

2.3. Cas particulier

CHIRURGIE DE L'ANEVRISME DE L'AORTE ABDOMINALE

Territoire ou zone	Territoire de santé ou zone d'influence	Indices nationaux				
		2010	2011	2012	2013	2014
26S0000001	CÔTE-D'OR	0,86	1,08	0,95	0,85	1,13
26S0000002	NIÈVRE	0,67	1,25	0,97	0,94	0,99
26S0000003	SAÔNE-ET-LOIRE	0,95	0,87	1,42	0,87	0,82
26S0000004	YONNE	0,63	0,75	0,78	1,47	1,19
430010	BESANCON - GRAY	1,39	1,85	1,79	1,67	1,29
430010	BELFORT-MONTBELIARD-HERICOURT	0,93	1,37	1,95	1,54	1,49
430010	PONTARLIER	0,48	2,53	3,55	1,41	1,78
430010	LONS-CHAMPAGNOLE-SAINT CLAUDE	1,68	1,14	1,47	1,58	1,27
430010	DOLE	2,31	0,38	1,71	0,77	1,69
430010	VESOUL-LURE-LUXEUIL	1,34	2,03	1,86	1,56	1,57

L'ensemble des zones de Franche Comté se caractérise par un indice de consommation très largement au-dessus du niveau national. Ce constat stable depuis plusieurs années concerne peu de séjours, mais ces séjours sont lourds :

L'anévrisme de l'aorte abdominale est une pathologie très sévère : 20% de chances de survie en cas de rupture de l'AAA. L'anévrisme de l'aorte abdominale en 2015, c'est 12,2% de francs-comtois décédés, suite à des traitements chirurgicaux d'urgence, lourds et risqués. 4,8% de francs-comtois décédés, suite à des traitements par endoprothèse (moins invasifs, pour des pathologies moins évoluées).

Pourquoi ces chiffres hors du commun ? Cette question reste à ce jour encore sans réponse exacte.

La rentabilité des soins pousse-t-elle à un taux de recours plus important ? Au vu des risques inhérents à ce type d'intervention, il n'y a pas de raisons à multiplier les actes.

Pourquoi est-ce spécifiquement localisé en Franche-Comté ? Aucun facteur épidémiologie ne semble expliquer la situation.

Est-ce un facteur génétique ? Rien ne prouve cette exception franc-comtoise.

Est-ce par défaut d'un traitement moins invasif en amont ? L'analyse en Franche-Comté du taux standardisé de recours au traitement endovasculaire des anévrismes de l'aorte abdominale fait apparaître aussi un recours important.

Est-ce un problème de sous-diagnostic ? La Franche-Comté présente une des plus faible densité d'angiologue (2,94 pour 100 000 habitants contre 3,84 en Bourgogne ou au niveau national). L'hypothèse d'une carence de médecins angiologues en région conduisant à un retard de dépistage et de prévention de la population franc-comtoise est évoquée. Le CHRU de Besançon et la Faculté de Médecine ont engagé une action visant à former davantage d'internes à l'angiologie.

La Haute Autorité de Santé préconise un dépistage individuel ciblé et une prévention des AAA.

FICHE ACTION 1 : PERTINENCE DES ACTES

En fonction du diagnostic régional, 6 thèmes prioritaires sont proposés :

- Cholécystectomie
- Amygdalectomie
- Drains trans-tympaniques
- Chirurgie bariatrique
- Chirurgie et traitement endovasculaire de l'anévrisme de l'aorte abdominale
- Chirurgie de la cataracte

Cholécystectomie :

En tenant compte des 2 GHM 07C13 et 07C14, les territoires de la Cote d'or, Nièvre et les zones Besançon-Gray, Belfort-Montbéliard-Héricourt, Dole sont les plus atypiques.

- Accompagnement des établissements de soins atypiques les plus contributeurs dans les zones et territoires atypiques : rencontres avec les chirurgiens digestifs et diffusion d'un kit des référentiels HAS et CNAMTS et d'un abstract sur la situation régionale par zone (indice national et contributeurs).
- Contractualisation avec Les établissements les plus contributeurs dans les zones et territoires atypiques.
- Suivi des contrats en cours (FC)
- Introduire le thème de la pertinence lors des dialogues de gestion conduit conjointement par l'Ars et l'Assurance Maladie.
- Campagne d'échange avec les professionnels en s'appuyant sur les CME (privées et publiques)
- Dans les établissements publics rencontrer les chefs de pôles
- Par l'intermédiaire des directeurs et des présidents de CME avoir recours sur les sujets de la pertinence soit à une RMM, soit une EPP soit un audit afin d'atteindre directement les chirurgiens concernés et mettre en place des REX (retours d'expériences)
- Mettre en place des formations sur la pertinence en partenariat avec les associations des usagers.
- Reprendre contact avec l'ordre des médecins et l'UFR pour travailler en concertation avec eux.
- Suivi des indicateurs de pertinence de façon périodique

Amygdalectomie et drains trans-tympaniques

Les territoires de la Nièvre et les zones Besançon-Gray, Belfort-Montbéliard-Héricourt, Pontarlier et Dole sont les plus atypiques.

- Accompagnement des établissements de soins atypiques les plus contributeurs dans les zones et territoires atypiques : rencontres avec les chirurgiens ORL et diffusion d'un kit des référentiels HAS et CNAMTS et d'un abstract sur la situation régionale par zone (indice national et contributeurs).
- Activation d'un groupe régional de spécialité ORL élargi pour analyser les différences de pratiques
- Contractualisation avec Les établissements les plus contributeurs dans les zones et territoires atypiques.
- Suivi des contrats en cours (FC)
- Introduire le thème de la pertinence lors des dialogues de gestion conduit conjointement par l'Ars et l'Assurance Maladie.
- Campagne d'échange avec les professionnels en s'appuyant sur les CME (privées et

- publiques)
- Dans les établissements publics rencontrer les chefs de pôles
 - Par l'intermédiaire des directeurs et des présidents de CME avoir recours sur les sujets de la pertinence soit à une RMM, soit une EPP soit un audit afin d'atteindre directement les chirurgiens concernés et mettre en place des REX (retours d'expériences)
 - Mettre en place des formations sur la pertinence en partenariat avec les associations des usagers.
 - Reprendre contact avec l'ordre des médecins et l'UFR pour travailler en concertation avec eux.
 - Suivi des indicateurs de pertinence de façon périodique
 - Mettre à disposition des professionnels l'arbre décisionnel de façon dématérialisée, simple et rapide

Chirurgie bariatrique

- Mises sous accord préalable selon les critères décrits en annexe.
- Accompagnement spécifique de certains établissements par l'Assurance Maladie.
- Dans le cadre du parcours nutrition santé, mise en place d'un groupe de travail en septembre avec les professionnels de santé qui examinera les conditions du recours aux actes de chirurgie bariatrique afin de proposer des actions adaptées pour que les établissements appliquent les recommandations HAS relative à la chirurgie bariatrique

Chirurgie de la cataracte

Analyse des zones de sous recours important et des facteurs explicatifs : démographie, recours à la chirurgie ambulatoire, étude des protocoles de coopération possibles.

Chirurgie et traitement endo-vasculaire de l'anévrisme de l'aorte abdominale

- action de sensibilisation des médecins généralistes par l'ARS au dépistage individuel ciblé tel que préconisé par la HAS¹ sur les zones francs comtoises.

¹ En novembre 2012 la HAS a publié une fiche médecin traitant relative au dépistage et à la prévention des anévrismes de l'aorte abdominale (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1359031/fr/fiche-medecin-traitant-depistage-et-prevention-des-anevrismes-de-l-aorte-abdominale)

AXE 2 : PRESTATIONS SANS HEBERGEMENT

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Éléments de diagnostic :

Une situation régionale en retard mais des objectifs ambitieux et des acteurs en pleine dynamique.

TAUX REALISES (nouveau périmètre) source PMSI MCO 2015 -ARSBFC	2012	2013	2014	2015
BFC	43,30%	44,80%	47%	49,10%
France	46,10%	48%	50%	51,90%

252 555 séjours chirurgicaux réalisés en 2015 en BFC dont 123 788 en ambulatoire.

TAUX CIBLES (nouveau périmètre)	2016	2017	2018	2019	2020
BFC	51,20%	54,10%	57,10%	60%	63%

Pour les 55 gestes marqueurs entrant dans le champ de la procédure « MSAP » le potentiel est différent par spécialité et par établissement (Tx et volume)

taux AMBU par spécialité pour les 55 GM	TX BFC	TX NATIONAL	Potentiel de séjours ambulatoire si atteinte du Tx BFC	Potentiel de séjours ambulatoire si atteinte du Tx NAT
ABORD VASCULAIRE	53,18	55,11	720	799
DIGESTIF	44,40	47,98	820	1 089
GYNECOLOGIE	85,75	87,41	309	439
OPHTALMOLOGIE	91,44	89,19	1 150	890
ORL	66,29	73,09	341	529
ORTHOPEDIE	83,21	81,99	745	599
PEAU ET LAMBEAU	75,40	76,79	560	619
SEIN	75,00	70,22	24	21
STOMATOLOGIE	94,36	94,26	154	150
UROLOGIE	56,41	62,93	264	462
VASCULAIRE	77,77	81,50	248	319
Total	78,00	79,60	5 335	5 915

FICHE ACTION 2 : PRESTATIONS SANS HEBERGEMENT

DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

En fonction du diagnostic régional, les actions suivantes sont proposées :

- Appel à projet pour le développement de la chirurgie ambulatoire en cancérologie (AAP national INCA-DGOS relayé en région. 3 établissements candidats en décembre 2015. En attente d'une réponse nationale.
- Appel à projet dans le cadre du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) lancement le 15 mars 2016, dans au moins une des catégories suivantes :
 - 1) Des innovations organisationnelles et des opérations concourant au développement des systèmes d'information permettant de fluidifier les flux et les parcours (ex : outils de gestion des flux, dossier communicant, interfaces ville-hôpital, etc.),
 - 2) Des équipements de haute technicité ou techniques innovantes (anesthésiques, chirurgicales, de réhabilitation rapide),
 - 3) Des opérations de modernisation des structures et l'adaptation des organisations en vue de réorganiser et restructurer l'offre pour développer la chirurgie ambulatoire (opérations d'investissement immobilier ou mobilier ex : aménagements des locaux, travaux, etc.).
- Appel à projet régional sur le FIR avec 4 objectifs :
 - 1) Intéresser les établissements au développement de l'activité de chirurgie ambulatoire et à la réduction des durées des séjours de niveau 1.
 - 2) Soutenir la chirurgie ambulatoire innovante EN DEHORS des 55 gestes marqueurs).
 - 3) Initier des actions d'articulation hôpital-professionnels de ville (médicaux et para médicaux) pour améliorer l'orientation des patients vers ce type de prise en charge et le partage d'informations en amont et en aval du séjour y compris par les nouvelles technologies (interfaces, messagerie sécurisée).
 - 4) Développer des actions d'éducation des usagers-patients
- Mises sous accord préalable des établissements présentant des marges de développement du recours à la chirurgie ambulatoire (volume d'activité important, taux inférieur aux taux national par geste et par spécialité, potentiel de séjours en atteignant au minimum le taux national). Voir critères de ciblage en annexe.
- Intégrer les éléments au dialogue de gestion des établissements.
- Contractualisation sur des objectifs sur la base du case mix de l'établissement.
- Développement d'un programme type « PRADO » Chirurgie Ambulatoire en vue de favoriser un accompagnement pré et post opératoire des personnes les plus fragiles.
- Diffusion grand public des taux de réalisation des établissements en chirurgie ambulatoire sur les 55 gestes marqueurs.
- Actions de communication Grand Public en vue de développer la chirurgie ambulatoire
- Retour d'expérience des établissements et professionnels
- Sollicitation de la HAS pour obtenir des référentiels de pratiques de chirurgie ambulatoire sur des gestes innovants (ex prothèse de genou, de hanche, etc.)

AXE 3 : PRESCRIPTIONS DE PRESTATIONS AVEC HEBERGEMENT

Eléments de diagnostic :

Les thèmes de travail prioritaire, en cohérence avec les orientations du plan triennal de maîtrise de l'ONDAM, portent sur le développement des prises en charge ambulatoire et de jour en alternative à l'hospitalisation avec hébergement que ce soit en médecine, psychiatrie et SSR.

MEDECINE

Indice national (tx stand reg/tx stand nat)	Année	2010	2011	2012	2013	2014
Hospitalisation complète	BOURGOGNE	1,13	1,14	1,14	1,14	1,13
	FRANCHE-COMTÉ	1,06	1,05	1,04	1,08	1,06
Hospitalisation sans nuitée	BOURGOGNE	0,81	0,74	0,75	0,79	0,82
	FRANCHE-COMTÉ	0,76	0,79	0,88	0,91	0,93

En Bourgogne Franche-Comté le recours à l'hospitalisation sans nuitée est très faible en médecine avec en parallèle un recours à l'hospitalisation complète plus fréquent particulièrement en Bourgogne avec un indice de 13% supérieur au niveau national.

HAD

2014	Indices nationaux
BOURGOGNE	0.65
FRANCHE-COMTÉ	0.74

En Bourgogne Franche-Comté le recours à l'HAD est très faible

PSYCHIATRIE

Nature de prise en charge :	Indice national (tx stand reg/tx stand nat)			
	2013		2014	
	BOURGOGNE	FRANCHE-COMTE	BOURGOGNE	FRANCHE-COMTE
Prise en charge à temps plein	1	1,17	1,02	1,04
Prise en charge à temps complet (hors temps plein)	0,19	0,73	0,18	0,62
Prise en charge à temps partiel	0,67	0,88	0,76	0,68
Prise en charge en ambulatoire (R3A)	0,98	0,96	0,92	0,94

La prise en charge à temps partiel est peu développée en Bourgogne Franche Comté

Nomenclature des prises en charges détail :

Prises en charge à temps complet :

- hospitalisation à temps plein : Par convention afin de mieux distinguer les différentes prises en charge à temps complet, l'hospitalisation complète est dénommée « hospitalisation à temps plein ».
- séjour thérapeutique ;
- hospitalisation à domicile ;
- placement familial thérapeutique ;
- appartement thérapeutique ;
-
- centre de postcure psychiatrique ;
- centre de crise, incluant centre d'accueil permanent et centre d'accueil et de crise.

Prises en charge à temps partiel :

- hospitalisation à temps partiel de jour ;
- hospitalisation à temps partiel de nuit ;
- atelier thérapeutique.

Prises en charge ambulatoires :

- accueil et soins en centre médicopsychologique (CMP) ;
- accueil et soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- activité d'accueil et de soins dans un lieu autre que le CMP et le CATTP. Cette activité concerne notamment la psychiatrie de liaison en établissement sanitaire ou médicosocial. Elle inclut aussi l'activité libérale ambulatoire des praticiens hospitaliers ; celle-ci doit pouvoir être distinguée de l'activité non libérale.

Soins de Suite et Réadaptation

Nature de prise en charge :	indice national (tx stand reg/tx stand nat)			
	2013		2014	
	BOURGOGNE	FRANCHE-COMTE	BOURGOGNE	FRANCHE-COMTE
Prise en charge à temps plein	0,97	0,95	0,96	0,93
Prise en charge à temps partiel	0,73	1,02	0,74	0,97

La prise en charge à temps partiel en SSR est très peu développée en Bourgogne : le recours à ce mode de prise en charge est inférieur de 26% au recours national alors que la prise en charge à temps plein est proche du niveau national.

L'orientation en services de soins de suite et de réadaptation après chirurgie orthopédique peut être évitée, dans certaines situations.

Deux programmes ont pour but de contribuer à la bonne adéquation entre la situation du patient et l'orientation, en SSR ou en soins de ville : la MSAP (ciblée sur 6 interventions chirurgicales) et le PRADO orthopédie (qui peut concerner 23 interventions chirurgicales).

Sur l'ensemble du champ « PRADO orthopédie » : 34 864 séjours hospitaliers sont recensés en BFC en 2015, avec un taux d'orientation en SSR de 23,4%.

Sur les principaux gestes :

- 7 118 séjours liés aux prothèses de hanche, pour un taux d'orientation en SSR de 40,8% (Min : 17% ; max 72%).
- 5 248 séjours liés aux prothèses de genou, pour un taux d'orientation en SSR de 49,2% (Min : 26% ; max 87%).
- 930 séjours liés aux prothèses de l'épaule, pour un taux d'orientation en SSR de 41,5% (Min : 31% ; max 46%)

Le taux régional d'orientation en SSR pour ces 3 gestes cumulés est de 44,1% en 2015, avec un objectif de diminution en 2016 et en 2017.

(Min et Max donné à titre indicatif sur la base des établissements ayant réalisé plus de 100 séjours par an - Source des données : PMSI MCO et SSR 2015, ARS BFC. Exploitation AM. Ciblage par les GHM).

**FICHE ACTION 3 : PRESCRIPTIONS DE PRESTATIONS AVEC HEBERGEMENT
DEVELOPPEMENT des ALTERNATIVES à L'HOSPITALISATION COMPLETE**

En fonction du diagnostic régional, les actions suivantes sont proposées :

MEDECINE

Diagnostic commun ARS Assurance Maladie, expérimentation filière courte et consultation

Appel à projet pour la gestion spécifique de la prise en charge des personnes âgées aux urgences,

PRADO insuffisance cardiaque et PRADO broncho-pneumopathie chronique obstructive, permettant de renforcer le suivi afin d'éviter des ré-hospitalisations

PAERPA

Appui à la recherche d'alternative à l'hospitalisation à travers : Accompagnement au développement de services médico-sociaux d'accueil temporaire (AJ et HT) : accompagnement de 6 structures sur la période 2015-2016

HAD

Développement de la prise en charge en HAD

Appel à Projet HAD sortie d'hospitalisation après chirurgie (AAP national)

Améliorer la connaissance des services hospitaliers sur les missions de l'HAD

PSYCHIATRIE

Modulation de la Dotation Annuelle de Financement (DAF) sur 3 axes

- Taux de recours à l'hospitalisation complète par secteur de psychiatrie
- Taux de production en HDJ par établissement
- Montant des dépenses en psychiatrie par secteur

SSR

Réalisation d'un diagnostic approfondi sur la PEC SSR neurologie et la gériatrie.

Etudier la possibilité de mettre en place des centres experts et des centres satellites permettant une prise en charge au plus près des patients tout en bénéficiant d'une expertise. Les équipes des centres satellites effectuent une journée par semaine des missions sur le centre expert pour compléter et maintenir les compétences.

Développement du PRADO orthopédie

MSAP SSR orthopédie

LA STRATEGIE DE CIBLAGE DES ETABLISSEMENTS pour la contractualisation et la MSAP

Rappel des conditions réglementaires : le ciblage des établissements justifiant une MSAP repose sur les constats précisés dans l'article L.162-1-17 du Code de Sécurité Sociale :

- 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.

Précisions sur la méthode de ciblage utilisée, reposant sur un écart des pratiques de l'établissement au regard des recommandations de la Haute Autorité de Santé :

- **Etablissements en atypie selon la méthode de ciblage CNAMTS** (cf. guide d'analyse général d'utilisation de la méthode de ciblage CNAMTS en annexe), n'ayant pas modifié leurs pratiques après les actions pédagogiques :
- **Etablissements pré ciblés au niveau national** (segments C pour la méthode des seuils et dans les 10% les plus atypiques pour la méthode des quartiles1),
 - **Etablissements présentant des atypies au regard des résultats d'un ou plusieurs indicateurs** : segment B pour la méthode des seuils et indicateur (s) dans le 4ème quartile pour la méthode des quartiles.

Mise sous accord préalable sur la chirurgie bariatrique. Critères de ciblage.

Concernant la chirurgie bariatrique, les critères suivants seront plus spécifiquement étudiés afin de déterminer la liste des établissements susceptibles de faire l'objet d'une procédure de mise sous accord préalable :

- Part des 18-20 ans dans les assurés opérés
- Part des patients ayant un IMC situé entre 30 et 40, sans comorbidité et sans antécédent d'intervention depuis 2006
- Part des patients n'ayant aucun suivi médical préopératoire depuis 12 mois

Seront également pris en compte :

- Le taux de recours standardisé des patients du département de l'établissement
- La part relative des interventions de chirurgie bariatrique dans l'activité de chirurgie digestive (hors chirurgie pariétale)
- La part du groupe d'intervention le plus fréquent (qui traduit une spécialisation sur un geste marqueur donné)
- La part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pré-chirurgicale

La procédure de mise sous accord préalable sera un mode d'action réservé aux établissements ayant un volume d'activité significatif en chirurgie bariatrique, le seuil de 100 séjours annuels pouvant être communiqué à titre indicatif.

Mise sous accord préalable pour la chirurgie ambulatoire. Critères de ciblage.

Sur les 55 gestes marqueurs entrant dans le champ de la procédure « MSAP » la stratégie régionale vise à rechercher plusieurs objectifs :

- favoriser une progression d'ensemble du taux de chirurgie ambulatoire, ce qui nécessite d'atteindre des taux élevés sur les gestes à fort volume d'activité.
- favoriser une progression du recours à la chirurgie ambulatoire sur des gestes pour lesquels la chirurgie ambulatoire n'est à ce jour pas habituelle, y compris pour des gestes correspondant à de faibles volumes d'activité.

Les établissements retenus pour des mises sous accord préalable seront donc des établissements présentant des marges de développement du recours à la chirurgie ambulatoire (volume d'activité important, taux inférieur aux taux national par geste et par spécialité, potentiel de séjours en atteignant au minimum le taux national).

Dans la mesure du possible, la définition des gestes retenus relèvera d'une analyse partagée avec l'établissement : compte-tenu des enjeux organisationnels et médicaux, les établissements sont en effet à même d'identifier les gestes sur lesquels ils disposent de la plus forte marge de progression, et pour lesquels la MSAP apparaît comme un levier, susceptible de contribuer à une amélioration des pratiques.

Les gestes retenus seront en priorité ciblés par spécialité en vue de mobiliser une même catégorie de professionnels au sein d'un établissement ou d'une CHT et/ou d'un GHT.

Mise sous accord préalable pour une orientation SSR. Critères de ciblage.

→ **Les constats justifiant une MSAP sont ceux précisés dans l'article L.162-1-17 du Code de Sécurité Sociale :**

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

→ **Précisions :**

La procédure de MSAP est supportée par l'établissement MCO prescripteur du séjour en SSR (depuis la LFSS pour 2014, dans son article 42, codifié à l'article L.162.1.17).

La MSAP concerne les prestations d'hospitalisation pour les soins de suite et de réadaptation liés à des actes de chirurgie traumatologique et orthopédique ne nécessitant pas de façon générale, selon les recommandations de la HAS, de recourir à une hospitalisation, pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie.

Les 6 gestes concernés par la procédure sont les suivants (cf. liste des actes CCAM en annexe) :

- Arthroplastie de genou par prothèse totale de genou en 1ère intention (recommandation HAS 2008),
- Chirurgie réparatrice des ruptures de coiffe de l'épaule (recommandation HAS 2008),
- Ligamentoplastie du ligament croisé antérieur du genou (recommandation HAS 2008),
- Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche en 1ère intention hors fracture du col du fémur (recommandation HAS 20063),
- Ostéosynthèse d'une fracture trochantérienne du fémur (recommandation HAS 2006),
- Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche suite à une fracture du col du fémur (recommandation HAS 2006).

Les principaux critères retenus :

- les établissements pour lesquels le taux de transfert en SSR pour un ou plusieurs gestes est supérieur aux moyennes régionales et/ou nationales
- un volume d'activité significatif (le seuil de 100 séjours/an sur l'ensemble des gestes ciblés peut être donné à titre indicatif).
- Les établissements adhérant au Programme d'Amélioration du Retour A Domicile (PRADO) sont exclus du ciblage MSAP, sauf si leur taux d'adhésion ne se rapproche pas du potentiel de patients éligibles au programme.

En cas de précédente MSAP qui serait restée sans impact, un autre levier que la MSAP peut être étudié (notamment la contractualisation à mettre en œuvre courant 2016).

CONTRACTUALISATION CPOM

« Le plan d'actions précise également les critères retenus pour identifier les établissements de santé faisant l'objet du contrat d'amélioration de la pertinence des soins prévu au II du présent article et ceux faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable définie à l'article L. 162-1-17. Ces critères tiennent compte notamment des référentiels établis par la Haute Autorité de santé et des écarts constatés entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales observées pour une activité comparable. Ces critères tiennent compte de la situation des établissements au regard des moyennes régionales ou nationales de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ou au regard des moyennes de prescription de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ».

Contractualisation dans le CPOM ARS-ES sur des actions internes qualitatives (fin 2015) dans le cadre du CPOM sur le thème pertinence : diffusion des grilles décisionnelles issues de la HAS aux praticiens, incitation à l'utilisation de cette grille pour chaque indication opératoire et suivi de la présence de ce document dans le dossier patient. Mise à disposition des patients d'un guide-patient, miroir du référentiel

Nous proposons de cibler les contractualisations auprès des ES les plus contributeurs des zones avec indice national supérieur à 1,2.

-LE CALENDRIER (à préciser)

-LES RESSOURCES MISES EN ŒUVRE (à préciser)

-INDICATEURS DE SUIVI

PERTINENCE DES ACTES

Nombre et taux annuel de contractualisation avec les établissements de santé MCO ciblés pour l'amélioration de la pertinence des soins.

Evolution de l'indice dans la zone d'influence pour les thèmes retenus

PERTINENCE DES PRISES EN CHARGES

Chirurgie ambulatoire taux global de chirurgie ambulatoire (nouvel indicateur).

Médecine

DMS en Médecine

Taux d'HDJ

Taux d'HAD

Psychiatrie

Taux d'HDJ en PSY

SSR

Taux de réalisation PRADO orthopédie

Taux d'HDJ en SSR

