

**Arrêté ARSBFC/DOS/PSH/2018-1102 du 1^{er} octobre 2018
portant révision du plan pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins
2016-2020 de la région Bourgogne-Franche-Comté**

**LE DIRECTEUR GENERAL
DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE,**

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'arrêté ARSBFC/DOS/PSH/2016-989 du 30 septembre 2016 ;

VU l'avis de l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins écrite du 15 septembre 2018 ;

VU l'avis de la Commission Régionale de Coordination des Actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie du 27 septembre 2018.

ARRETE

Article 1^{er} :

Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence de soins de la région Bourgogne Franche-Comté, est révisé pour la période 2016-2020.

Article 2 :

Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins annexé au présent arrêté annule et remplace celui arrêté le 30 septembre 2016. Il est consultable sur le site de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté.

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 1^{er} octobre 2018

Le directeur général,

Pierre PRIBILE

PLAN PLURIANNUEL

REGIONAL

D'AMELIORATION

DE LA PERTINENCE

DES SOINS



2016-2020

Révisé au 01/10/2018



Pris en application du Décret n°2015-1510 (du 19 novembre 2015) relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé, **le Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS) 2016/2020 de la région Bourgogne Franche Comté a été arrêté par le Directeur général de l'ARS Bourgogne Franche Comté le 30 septembre 2016 :**

- après avis de l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS) du 29 septembre 2016
- après avis de la Commission Régionale de Coordination des Actions de l'Agence régionale de santé de l'Assurance Maladie en formation plénière du 30 septembre 2016

Une actualisation du Plan a été décidée par les membres de l'IRAPS lors d'une réunion du 7 mars 2018 ; cette version **annule et remplace** celle arrêtée le 30 septembre 2016 (ARSBFC/DOS/PSH/2016-989).

Cette décision traduit en effet le souhait d'intégrer au mieux les orientations du plan ONDAM 2018-2022, et de tenir compte des évolutions juridiques récentes, en particulier la fusion de tous les dispositifs contractuels existants entre les établissements de santé, les agences régionales de santé et l'assurance maladie en un seul contrat : le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia des Soins. L'un des trois volets additionnels dudit contrat (prévu par le Décret n°2017-584 du 20 avril 2017) est un volet relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé ; en d'autres termes, il s'agit d'une modalité d'application du PAPRAPS.

*Article D.162-11 du Code de la Sécurité Sociale : « (...) II. – Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé pour une durée de quatre ans, après avis de la commission régionale de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie mentionnée à l'article R. 1434-13 du code de la santé publique. Il est révisé chaque année **dans les mêmes conditions** ».*

L'actualisation du Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS) 2016/2020 de la région Bourgogne Franche Comté a été validée par l'IRAPS le 28 juin 2018.

Le présent plan – révisé et remplaçant celui arrêté le 30 septembre 2016 - est organisé en 3 axes :

- **AXE 1 : LA PERTINENCE DES ACTES**
- **AXE 2 : LA PERTINENCE DES PARCOURS**
- **AXE 3 : LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS**

AXE 1 : LA PERTINENCE DES ACTES

Diagnostic régional et thématiques de travail

Les thèmes de travail prioritaires ont été sélectionnés au vu des orientations suivantes :

- identification d'écart aux moyennes nationales en termes de recours au vu des résultats mesurés par l'application ScanSanté et de l'Atlas des variations des pratiques médicales - coédité par le ministère de la santé, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) ;
- appui sur des données statistiques complémentaires, mises à disposition par la CNAM en lien avec les référentiels HAS
- définition d'un nombre limité de priorités, permettant la mise en œuvre d'actions ciblées
- appui sur les travaux déjà engagés dans le cadre du PAPRAPS

Au vu de ces orientations, l'IRAPS a choisi de privilégier **8 thèmes prioritaires**.

Thèmes prioritaires de travail	
Amygdalectomies	Chirurgie bariatrique
Appendicectomies	Syndrome du canal carpien
Cholécystectomies	Examens pré interventionnels
Thyroidectomies	Pose d'aérateurs transtympaniques chez l'enfant

Pour rappel :

Les **taux de recours aux soins hospitaliers** sont une mesure de la consommation de soins hospitaliers des habitants d'une zone géographique donnée, rapportée à la population domiciliée dans cette zone. Exprimés en nombre de séjours pour 1 000 habitants, ils concernent les séjours consommés par les habitants d'une zone géographique quel que soit le lieu de l'hospitalisation.

Il existe deux types de taux de recours : ceux « bruts » qui correspondent au nombre de séjours/séance hospitaliers annuels de la population domiciliée d'une zone géographique pour 1 000 habitants et ceux dits « standardisés » c'est-à-dire corrigés de l'effet structure de la population (âge et sexe). Seront présentés ici les taux de recours standardisés.

Utiles pour identifier, à l'échelle régionale ou départementale, un enjeu potentiel de pratiques atypiques, **l'approche par le recours ne permet pas de qualifier l'activité d'un établissement donné** : la comparaison entre le volume d'interventions chirurgicales réalisées dans un établissement donné et la population considérée comme relevant de son territoire peut présenter de nombreuses limites.

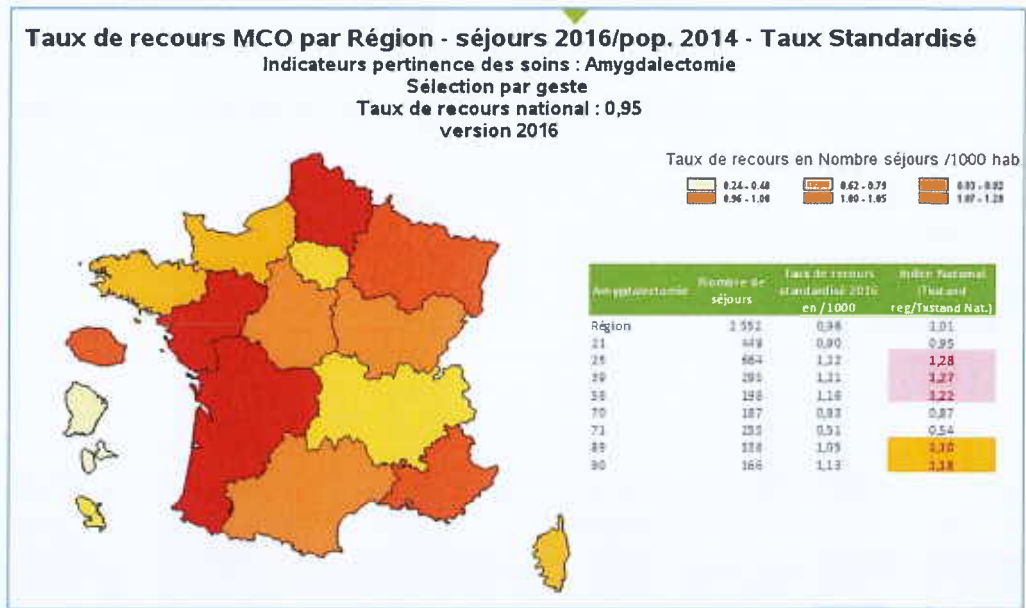
Aussi, la Cnam a mis à disposition des **données affinités**, plus « qualitatives » et prenant en compte des référentiels de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur certaines prises en charge.

Les actions collectives ou ciblées découlant du PAPRAPS pourront s'appuyer sur ces références détaillées.

Les données présentées dans le présent document sont celles de 2016, disponibles à la date d'adoption du PAPRAPS.

Les principes d'action définis auront vocation à s'appliquer à partir des données 2017 et 2018 quand ces dernières seront disponibles.

LES AMYGDALECTOMIES



Source : Plateforme ScanSanté_Taux de recours MCO 2016 2016

En Bourgogne Franche Comté, ce sont les départements du **Doubs** (25), du **Jura** (39) et de la **Nièvre** (58) qui présentent les taux de recours standardisés les plus élevés de la région ; avec des taux respectifs de : 1,22 pour 1 000 habitants s'agissant du Doubs ; 1,21 pour 1 000 habitants s'agissant du Jura et 1,16 pour 1 000 habitants s'agissant de la Nièvre. Le taux de recours standardisé 2016 régional est de 0,96 pour 1 000 habitants.

Rapportés au niveau national, 5 départements sur 8 de la région ont des taux d'hospitalisation standardisés concernant l'amygdalectomie plus importants que le taux national. Il s'agit du **Doubs** (25), du **Jura** (39) et de la **Nièvre** (58) suivi par l'**Yonne** (89) et le **Territoire de Belfort** (90).

Les variations des pratiques peuvent, en partie, s'expliquer par le fait que les critères d'indication concernant les angines à répétition ou chroniques sont moins évidents lorsqu'il n'existe pas de pathologies associées (source : Atlas des variations des pratiques médicales).

Les actions collectives ou ciblées découlant du PAPRAPAS pourront notamment prendre comme références des données affinées, plus « qualitatives », mises à disposition par la Cnam et tenant compte des référentiels HAS sur certaines prises en charge. A savoir :

Amygdalectomies	
Indicateurs élaborés sur la base du référentiel de bonne pratique élaboré en lien avec la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et validé par la HAS	Evolution du nombre d'amygdalectomies chez le patient de moins de 18 ans sur les 3 dernières années
	Part des patients de moins de 6 ans opérés pour amygdalectomie
	Part des patients de moins de 6 ans opérés pour amygdalectomie pour trouble obstructif
	Part des patients de moins de 18 ans ayant été traités par antibiotiques dans les 3 années précédentes.
	Part des patients de moins de 18 ans ayant eu une consultation médicale dans l'année précédente.

En région Bourgogne Franche Comté, les données 2016 concernant les amygdalectomies sont les suivantes :

Etablissements BFC	Statut	Nombre de séjours	Evolution du nombre d'amygdalectomies chez le patient de moins de 18 ans sur les 3 dernières années	Part des patients de moins de 6 ans opérés pour amygdalectomie.	Part des patients de moins de 6 ans opérés pour amygdalectomie pour trouble obstructif.	Part des patients de moins de 18 ans ayant été traités par antibiotiques dans les 3 années précédentes.	Part des patients de moins de 18 ans ayant eu une consultation médicale dans l'année précédente.
CODEEQN1	ex-OQN	57	83,9%	38,6%	81,8%	82,5%	96,5%
CODEEDG1	ex-DG	27	.	63,0%	0,0%	92,6%	100,0%
CODEEQN2	ex-OQN	17	-15,0%	52,9%	55,6%	94,1%	100,0%
CODEEQN3	ex-OQN	100	31,6%	64,0%	96,9%	86,0%	99,0%
CODEEDG2	ex-DG	62	0,0%	50,0%	54,8%	95,2%	96,8%
CODEEDG3	ex-DG	40	8,1%	47,5%	73,7%	90,0%	97,5%
CODEEQN4	ex-OQN	100	12,4%	62,0%	96,8%	90,0%	97,0%
CODEEDG5	ex-DG	147	14,0%	63,9%	94,7%	93,9%	98,0%
CODEEQN6	ex-OQN	149	-2,0%	58,4%	96,6%	89,3%	95,3%
CODEEDG6	ex-DG	75	-18,5%	58,7%	95,5%	92,0%	97,3%
CODEEQN7	ex-OQN	28	-28,2%	42,9%	8,3%	82,1%	96,4%
CODEEDG7	ex-DG	5	-28,6%	40,0%	100,0%	80,0%	100,0%
CODEEQN8	ex-OQN	95	17,3%	55,8%	96,2%	91,6%	97,9%
CODEEQN9	ex-OQN	148	-4,5%	62,8%	93,5%	88,5%	96,6%
CODEEDG10	ex-DG	99	-13,2%	64,6%	54,7%	89,9%	98,0%
CODEEQN10	ex-OQN	19	-20,8%	47,4%	77,8%	78,9%	94,7%
CODEEQN11	ex-OQN	47	17,5%	55,3%	0,0%	93,6%	97,9%
CODEEDG13	ex-DG	54	-20,6%	57,4%	96,8%	94,4%	100,0%
CODEEQN12	ex-OQN	10	150,0%	70,0%	57,1%	80,0%	90,0%
CODEEQN13	ex-OQN	23	4,5%	69,6%	62,5%	87,0%	95,7%
CODEEDG14	ex-DG	3	-66,7%	33,3%	100,0%	100,0%	100,0%
CODEEDG15	ex-DG	7	-41,7%	14,3%	100,0%	85,7%	85,7%
CODEEDG16	ex-DG	64	25,5%	64,1%	87,8%	92,2%	98,4%
CODEEQN15	ex-OQN	1	-96,6%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
CODEEDG19	ex-DG	10	-44,4%	10,0%	100,0%	90,0%	90,0%
CODEEQN17	ex-OQN	219	-7,6%	58,0%	96,9%	89,5%	93,2%
CODEEQN18	ex-OQN	2	0,0%	50,0%	100,0%	100,0%	100,0%
CODEEQN19	ex-OQN	46	7,0%	56,5%	84,6%	87,0%	93,5%
CODEEDG22	ex-DG	266	64,2%	62,4%	22,9%	88,3%	97,4%
Moyenne nationale		105,1	-4,6%	65,0%	83,5%	85,5%	96,0%
Moyenne nationale établissements publics (ex-DG)		103,2	1,9%	64,9%	83,7%	85,3%	96,9%
Moyenne nationale établissements privés (ex-OQN)		106,6	-8,1%	65,0%	83,3%	85,6%	95,4%

Source : données PMSI_DCIR_Profil Cnam Pertinence_données 2016_Etablissements BFC

Les critères prioritaires de ciblage :

Les données ci-dessus sont extraites des bases Assurance Maladie.

Les indicateurs sont construits en lien avec la note de problématique HAS, et la contribution de la Société Française d'Oto Rhino Laryngologie.

Une attention particulière sera apportée aux établissements ayant des résultats défavorables sur l'indicateur : la part des patients de moins de 6 ans dans les enfants et adolescents opérés pour amygdalectomie.

En cas d'atypies, les indicateurs relatifs aux traitements par antibiotiques et aux consultations médicales peuvent constituer des indicateurs complémentaires.

Le volume d'activité et l'évolution du nombre d'amygdalectomies sont des indicateurs de contexte, une évolution inexplicquée du nombre d'amygdalectomies pouvant cependant nécessiter une vigilance.

- Part des patients de moins de 6 ans, par rapport aux enfants et adolescents de moins de 18 ans, opérés pour amygdalectomie : La part des moins de 6 ans est plus importante car liée à l'indication principale pour troubles obstructifs.
En l'absence de facteurs explicatifs, **une valeur basse peut traduire une non-pertinence.**
- Part des patients de moins de 6 ans opérés pour amygdalectomie pour trouble obstructif : Chez les moins de 6 ans, l'indication principale est le trouble obstructif (ce d'autant qu'avant cet âge, le recul est insuffisant pour angines aiguës récidivantes)
En l'absence de facteurs explicatifs, **une valeur basse peut traduire une non-pertinence.**
- Part des patients de moins de 18 ans ayant été traités par antibiotiques durant les 3 années précédentes : Reflet partiel des critères de « Paradise » (parcours préopératoire), qui vise à traduire un traitement par antibiotiques des angines bactériennes.
En l'absence de facteurs explicatifs, **une valeur basse peut traduire une non-pertinence.**
- Part des patients de moins de 18 ans ayant eu une consultation médicale durant l'année précédente :
Parcours préopératoire : l'indication est portée chez des enfants suivis (surveillance, épisodes itératifs, ...)
En l'absence de facteurs explicatifs, **une valeur basse peut traduire une non-pertinence.**

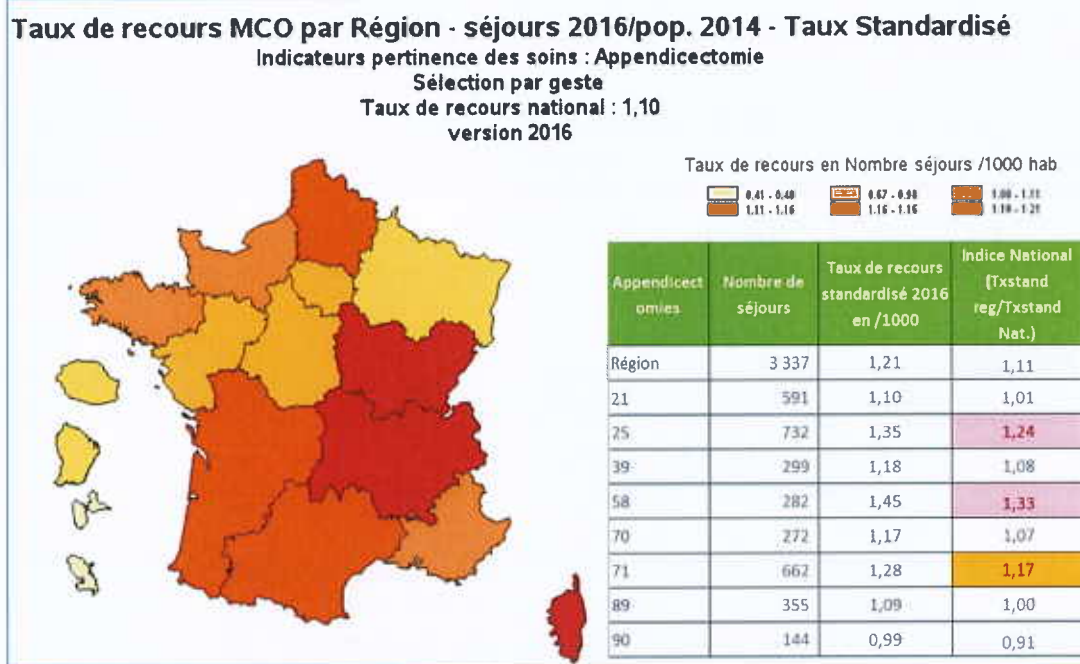
➤ **HAS, Note de problématique pertinence, Amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie chez l'enfant ou l'adolescent (moins de 18 ans), décembre 2012**

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1546930/fr/amygdalectomie-avec-ou-sans-adenoidectomie-chez-l-enfant-ou-l-adolescent-moins-de-18-ans

➤ **SFORL, Recommandation pour la pratique clinique : Prise en charge de la douleur dans le cadre de l'amygdalectomie chez l'enfant et chez l'adulte**

https://www.orlfrance.org/wp-content/uploads/2017/06/Recommandation_antalgique_post_amygdalectomie_2014_TC.pdf

LES APPENDICECTOMIES



Source : Plateforme_ScanSanté_Taux de recours MCO 2016

Le département de la **Nièvre** (58) présente le taux de recours standardisé pour 1 000 habitants le plus élevé de la région (taux de 1,45) suivi par les départements du **Doubs** (taux de 1,35 pour 1 000 habitants) et de la **Saône et Loire** (taux de 1,28 pour 1 000 habitants). La région Bourgogne Franche Comté présente un taux de recours standardisé sur l'année 2016 de 1,21 pour 1 000 habitants.

Les trois départements précités ont des taux de recours supérieurs au taux de recours national (taux de 1,10) alors qu'une diminution générale des taux d'appendicectomies est constatée France entière.

Les variations subsistantes entre les départements peuvent probablement s'expliquer par des pratiques de la part des médecins et des familles vis-à-vis des douleurs abdominales situées à droite mais aussi de l'utilisation plus ou moins fréquente des examens d'imagerie ayant amélioré le diagnostic (*source : Atlas des variations des pratiques médicales*).

Les actions collectives ou ciblées découlant du PAPERAPS pourront notamment prendre comme références des données affinées, plus « qualitatives » mises à disposition par la Cnam et tenant compte des référentiels HAS sur certaines prises en charge. A savoir :

<p>Appendicectomies</p> <p><i>indicateurs permettent de classer les établissements pour les conditions de prise en charge de cette activité</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ↖ part de l'activité concentrée sur la journée la plus chargée de la semaine (qui traduit une tendance à la programmation de cette activité opératoire en principe liée à des situations d'urgence) ↖ part relative des patients de moins de 20 ans ↖ part relative des séjours 06C091 (=appendicectomies sans complications de niveau 1) ↖ part relative des appendicectomies dans l'activité de chirurgie digestive ↖ taux d'explorations radiologiques préalables à l'intervention ↖ durée moyenne des séjours 06C091 (=appendicectomies sans complications de niveau 1) ↖ taux d'évolution du nombre d'appendicectomies depuis 3 ans ↖ taux d'évolution du nombre d'appendicectomies depuis 5 ans ↖ Sex Ratio (H/F) des patients opérés par appendicectomie ↖ Sex Ratio (H/F) des patients de moins de 20 ans opérés par appendicectomie
--	---

En région Bourgogne Franche Comté, les données 2016 pour les **appendicectomies** sont les suivantes :

Établissements BFC anonymisé	Statut	nombre d'appendicectomies	1.Programme opératoire hebdomadaire - Part relative de l'activité concentrée sur le jour de la semaine le plus chargé	2.Part relative des patients de moins de 20 ans	3.Part relative des séjours 06C091, appendicectomies sans complications de niveau 1	4.Part relative des appendicectomies dans l'activité de chirurgie digestive	5.Taux d'explorations radiologiques préalables à l'intervention	6.Durée moyenne des séjours 06C091, appendicectomie sans complications de niveau 1	7.Taux d'évolution du nombre d'appendicectomies depuis 3 ans	7Bis.Taux d'évolution du nombre d'appendicectomies opérés de l'appendicite depuis 5 ans	8.Sex Ratio (H/F) des patients opérés de l'appendicite	8Bis.Sex Ratio (H/F) des patients de moins de 20 ans opérés de l'appendicite
CODEEQN1	ex-OQN	5	40,0%	0,0%	60,0%	2,4%	40,0%	2,33	-37,5%			
CODEEDG1	ex-DG	83	19,3%	31,3%	62,7%	17,4%	92,8%	3,52			1	2
CODEEQN2	ex-OQN	61	26,2%	59,0%	75,4%	6,4%	68,9%	1,67	-40,2%	41,9%	1	1
CODEEQN3	ex-OQN	32	37,5%	18,8%	62,5%	12,1%	78,1%	2,05	-13,5%	-23,8%	1	1
CODEEDG2	ex-DG	227	17,2%	34,8%	48,5%	18,3%	92,5%	1,93	21,4%	46,5%	1	2
CODEEDG3	ex-DG	93	19,4%	63,4%	14,0%	23,2%	25,8%	5,23	-33,1%	-7,9%	1	1
CODEEQN4	ex-OQN	80	21,3%	13,8%	55,0%	8,5%	88,8%	1,61	29,0%	2,6%	1	2
CODEEQN5	ex-OQN	6	50,0%	16,7%	66,7%	5,6%	83,3%	1,50	100,0%	0,0%	1	
CODEEDG4	ex-DG	1	100,0%	0,0%	100,0%	1,1%	0,0%	3,00	0,0%			
CODEEDG5	ex-DG	323	18,0%	52,6%	68,1%	26,7%	92,3%	2,93	-5,6%	-9,5%	1	1
CODEEQN6	ex-OQN	55	30,9%	45,5%	83,6%	8,0%	87,3%	2,26	-32,9%	-53,8%	1	1
CODEEDG6	ex-DG	152	19,7%	44,1%	81,6%	30,5%	84,9%	2,65	61,7%	38,2%	1	1
CODEEQN7	ex-OQN	52	26,9%	40,4%	51,9%	3,4%	82,7%	2,52	-33,3%	-16,1%	1	1
CODEEDG7	ex-DG	109	20,2%	45,0%	54,1%	24,0%	8,3%	2,86	-4,4%	-51,8%	1	1
CODEEDG8	ex-DG	28	25,0%	53,6%	25,0%	19,2%	75,0%	3,00	-52,5%	-44,0%	1	1
CODEEDG9	ex-DG	118	18,6%	47,5%	66,1%	22,3%	81,4%	2,42	-21,3%	-18,1%	1	1
CODEEDG10	ex-DG	149	20,8%	57,0%	58,4%	29,8%	43,6%	3,09	2,1%	-9,7%	1	1
CODEEDG12	ex-DG	28	25,0%	42,9%	71,4%	25,2%	96,4%	3,30	-47,2%	-9,7%	1	5
CODEEQN10	ex-OQN	14	64,3%	42,9%	71,4%	3,4%	78,6%	1,70	-36,4%	-36,4%	1	1
CODEEQN11	ex-OQN	54	24,1%	50,0%	40,7%	24,8%	81,5%	2,23	-47,6%	-63,8%	1	1
CODEEDG13	ex-DG	132	17,4%	55,3%	52,3%	22,3%	89,4%	3,91	23,4%	41,9%	1	2
CODEEQN12	ex-OQN	5	40,0%	100,0%	80,0%	1,5%	80,0%	2,75	-44,4%	-64,3%	1	1
CODEEQN13	ex-OQN	107	26,2%	55,1%	81,3%	15,4%	81,3%	3,46	-16,4%	-35,5%	1	1
CODEEDG14	ex-DG	138	17,4%	41,3%	63,0%	14,0%	89,1%	3,53	-17,9%	-13,8%	1	1
CODEEDG15	ex-DG	81	18,5%	53,1%	45,7%	18,2%	86,4%	3,22	-27,0%	-22,1%	1	2
CODEEQN14	ex-OQN	62	24,2%	48,4%	53,2%	8,9%	61,3%	2,39	-47,5%	-57,2%	1	1
CODEEDG16	ex-DG	164	16,5%	44,5%	72,0%	23,6%	69,5%	3,32	30,2%	36,7%	1	1
CODEEQN15	ex-OQN	34	17,6%	32,4%	41,2%	23,1%	76,5%	1,79	-39,3%	-27,7%	1	2
CODEEDG18	ex-DG	28	25,0%	17,9%	28,6%	10,3%	96,4%	1,25			1	1
CODEEDG19	ex-DG	40	25,0%	27,5%	42,5%	8,8%	92,5%	2,65	-54,0%	-63,3%	1	0
CODEEDG20	ex-DG	153	18,3%	36,2%	50,0%	18,0%	59,9%	2,79	-11,0%	-33,5%	1	1
CODEEQN17	ex-OQN	19	31,6%	36,8%	52,6%	3,7%	94,7%	2,00	-13,6%	-9,5%	1	1
CODEEQN18	ex-OQN	53	20,8%	39,6%	56,6%	9,0%	88,7%	1,73	-29,3%	-36,9%	1	0
CODEEDG21	ex-DG	90	18,9%	45,6%	62,2%	13,0%	71,1%	2,52	-13,5%	-15,9%	1	2
CODEEQN19	ex-OQN	113	31,0%	63,7%	89,4%	14,3%	47,8%	1,30	303,6%	370,8%	1	1
CODEEDG22	ex-DG	258	19,4%	43,8%	45,7%	20,5%	86,4%	2,31	-16,8%	-32,6%	1	1
Moyenne nationale établissements publics (ex-DG)		114	19,3%	43,8%	53,8%	21,4%	81,9%	2,6	-2,9%	-5,6%	1,3	1,4
Moyenne nationale établissements privés (ex-OQN)		57	24,0%	36,0%	59,3%	13,8%	85,0%	2,2	-18,9%	-29,6%	1,1	1,4

Source : données PMSI_DCIR_Profil Cnam Pertinence_données 2016_Etablissements BFC

Les données ci-dessus sont extraites des bases Assurance Maladie.

Des éléments décisionnels pour une indication pertinente ont été construits par la HAS afin de mettre à jour les recommandations de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale datant de 1996 sur les pratiques recommandables en matière de diagnostic et de prise en charge de l'appendicite.

La HAS a notamment précisé : « bien que l'appendicectomie est un acte courant, il n'est néanmoins pas sans risques et peut entraîner des complications spécifiques (péritonite par lâchage du moignon, abcès postopératoires, ...) et des complications inhérentes à tout acte de chirurgie abdominale (phlébite, embolie pulmonaire, hémorragie, infection au niveau de l'incision, de la sonde urinaire, d'une voie veineuse, occlusion et bride intra-péritonéale, ...)».

Trois indicateurs seront plus particulièrement privilégiés dans l'analyse des résultats : deux qui sont issus des référentiels HAS (la part relative des séjours O6CO01 et le taux d'explorations radiologiques préalable à l'intervention), et un proposé par la CNAM (la part relative de l'activité concentrée sur le jour de la semaine le plus chargé).

- Sur la part relative de l'activité concentrée sur le jour de la semaine le plus chargé : cet indicateur traduit une tendance à la programmation de l'activité opératoire appendicectomie en principe liée à des situations d'urgence (une étude réalisée par six services hospitaliers de l'APHP a conclu que l'appendicectomie en urgence devait rester le « gold standard » de la prise en charge des appendicites non compliquées).
En l'absence de facteurs explicatifs, une **valeur haute peut traduire une non-pertinence**.
- Sur la part relative des séjours 06C091 (=appendicectomies sans complications de niveau 1) : une **valeur haute peut traduire une non-pertinence** puisque cela pose la question du recours à l'intervention chirurgicale (la chirurgie étant le traitement recommandé de l'appendicite aiguë).
- Sur le taux d'explorations radiologiques préalables à l'intervention : dans un contexte clinique difficile, l'imagerie peut consolider une suspicion clinique, éliminer un diagnostic différentiel et rechercher d'éventuelles complications. L'imagerie contribue de manière significative au diagnostic de l'appendicite et à la prise en charge thérapeutique.
En l'absence de facteurs explicatifs, **une valeur basse peut traduire une non-pertinence**.

D'autres indicateurs complémentaires seront également étudiés :

- Sur la part relative des patients de moins de 20 ans : La Cnam a identifié une corrélation positive entre l'âge et le sexe : plus il y a une population de moins de 20 ans et de femmes et plus il y a recours aux interventions.
En l'absence de facteurs explicatifs, une **valeur haute peut traduire une non-pertinence**.
- Sur la part relative des appendicectomies dans l'activité de chirurgie digestive : Associée à d'autres indicateurs et en l'absence de facteurs explicatifs, une **valeur haute peut traduire une non-pertinence**.
- Sur la durée moyenne des séjours 06C091 (=appendicectomies sans complications de niveau 1) : La Cnam a identifié une corrélation négative entre la part de la durée de séjours de niveau 1 et le nombre d'interventions ; en effet, plus la durée de séjour est courte et plus le nombre d'intervention est important.
En l'absence de facteurs explicatifs, une **valeur basse peut traduire une non-pertinence**.

- Sur le taux d'évolution du nombre d'appendicectomies depuis 3 ans : Associée à d'autres indicateurs et en l'absence de facteurs explicatifs, une **valeur haute peut traduire une non-pertinence**.
- Sur le taux d'évolution du nombre d'appendicectomies depuis 5 ans : Associée à d'autres indicateurs et en l'absence de facteurs explicatifs, **une valeur haute peut traduire une non-pertinence**.
- Sur le Sex Ratio (H/F) des patients opérés par appendicectomie : La Cnam a identifié une corrélation positive entre l'âge et le sexe : plus il y a une population de moins de 20 ans et de femmes et plus il y a recours aux interventions.

En l'absence de facteurs explicatifs, une **valeur basse peut traduire une non-pertinence**.

- Sur le Sex Ratio (H/F) des patients de moins de 20 ans opérés par appendicectomie : La Cnam a identifié une corrélation positive entre l'âge et le sexe : plus il y a une population de moins de 20 ans et de femmes et plus il y a recours aux interventions.

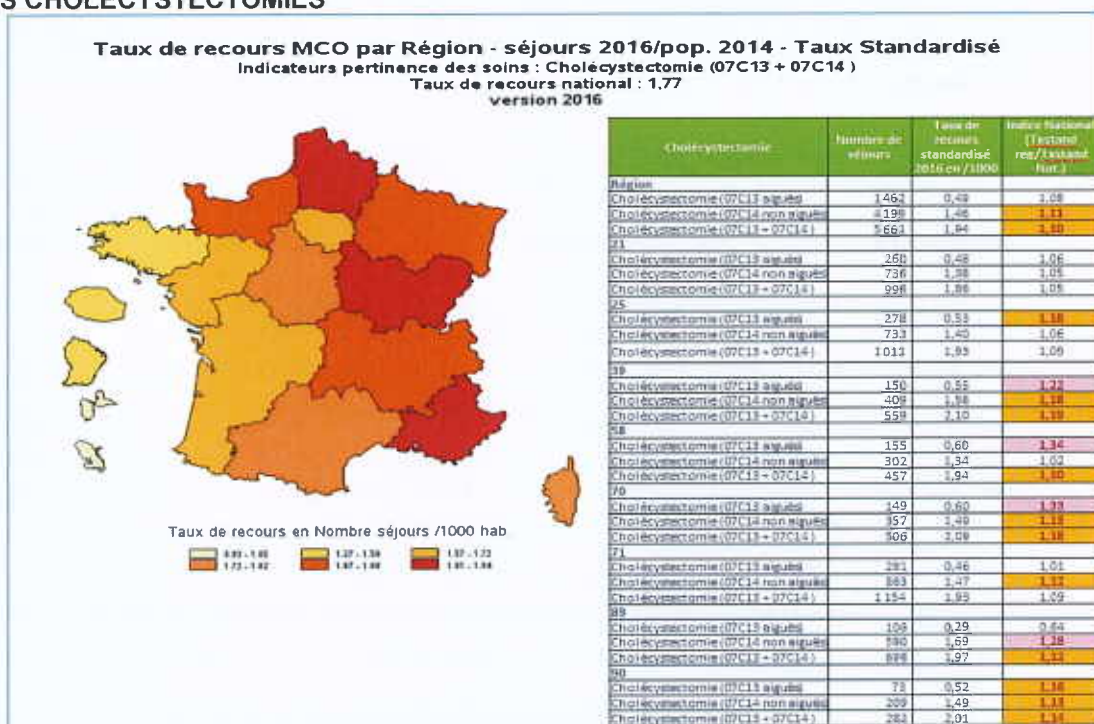
En l'absence de facteurs explicatifs, une **valeur basse peut traduire une non-pertinence**.

➤ **HAS, Appendicectomie/Éléments décisionnels pour une indication pertinente, novembre 2012**

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/texte_court_appendicectomie_vd_2012-12-17_16-14-13_679.pdf

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/rapport_appendicectomie_vd_2012-12-17_16-14-27_74.pdf

LES CHOLECYSTECTOMIES



Source : Plateforme_ScanSanté_Taux de recours MCO 2016

La région Bourgogne Franche Comté présente un taux de recours standardisé à la cholécystectomie (07C13 aiguës + 07C14 non aiguës) sur l'année 2016 de 1,94 pour 1 000 habitants – soit l'un des taux de recours les plus élevés au niveau national avec les deux régions Provenances Alpes Côte d'Azur et Hauts de France.

S'agissant des cholécystectomies hors affections aiguës : on observe que 5 départements de la région ont des taux d'hospitalisation standardisés plus importants que le taux régional. Il s'agit des départements du **Jura**, de la **Haute Saône**, la **Saône et Loire**, l'**Yonne** et du **Territoire de Belfort**.

Etant précisé que c'est le département de l'Yonne qui présente le plus fort taux de recours (1,69 pour 1 000 habitants contre un taux régional de 1,46 pour 1 000 habitants).

S'agissant des cholécystectomies pour affections aiguës : on constate également que 5 départements de la région ont des taux d'hospitalisation standardisés plus élevés que le taux régional à savoir les départements de la **Nièvre** suivi par la **Haute Saône**, puis le **Jura**, le **Doubs** et le **Territoire de Belfort**.

Les plus forts taux de recours standardisés sont observés dans la Nièvre (taux de recours de 0,60 pour 1 000 habitants), la Haute Saône (taux de recours de 0,60 pour 1 000 habitants) et le Jura (taux de recours de 0,55 pour 1 000 habitants) contre un taux de recours régional de 0,49 pour 1 000 habitants.

Les actions collectives ou ciblées découlant du PAPRAPS pourront notamment prendre comme références des données affinées, plus « qualitatives » mises à disposition par la Cnam et tenant compte des référentiels HAS sur certaines prises en charge. A savoir :

Cholécysectomies	
<p>Indicateurs élaborés sur la base de recommandations de la HAS et de constats épidémiologiques. Choisis et pondérés en lien avec la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'évolution du nombre de cholécystectomies sur 3 ans (GHM 07C13 « cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affection aiguës » et GHM 07C14 « cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës ») - L'évolution du nombre de cholécystectomies hors infection aiguë par rapport aux cholécystectomies avec infection aiguë, sur 3 ans - La part des cholécystectomies dans l'activité de chirurgie digestive - La part des cholécystectomies hors aiguë sans exploration de la VBP de niveau de sévérité 1 par rapport à tous les niveaux de sévérité - La part des sujets âgés de moins de 75 ans - La part des patients opérés d'une cholécystectomie ayant eu dans les 6 mois précédent une échographie abdominale

En région Bourgogne Franche Comté, les données 2016 s'agissant des **cholécystectomies** sont les suivantes :

Etablissements BFC anonymisé	Statut	nb_sej	Evolution du nombre de cholécystectomies sur 3 ans.	Evolution du nombre de cholécystectomies hors infection aiguë par rapport aux cholécystectomies avec infection aiguë, sur 3 ans	Part des cholécystectomies dans l'activité de chirurgie digestive	Part des cholécystectomies hors aiguë sans exploration de la VBP de niveau de sévérité 1 par rapport à tous les niveaux de sévérité	Part des sujets âgés de moins de 75 ans	Part des patients opérés d'une cholécystectomie ayant eu dans les 6 mois précédent une échographie abdominale
CODEEQN1	ex-OQN	53	39,5%	7,9%	29,0%	94,9%	98,0%	86,0%
CODEEDG1	ex-DG	135			11,4%	78,9%	82,7%	74,7%
CODEEQN2	ex-OQN	112	-15,2%	49,1%	14,5%	94,5%	95,6%	83,3%
CODEEQN3	ex-OQN	59	-44,9%	45,2%	29,1%	84,6%	92,3%	80,8%
CODEEDG2	ex-DG	404	12,2%	-2,9%	11,2%	76,9%	88,2%	69,4%
CODEEDG3	ex-DG	129	-9,8%	-9,5%	13,3%	33,3%	80,0%	63,8%
CODEEQN4	ex-OQN	180	4,0%	1,5%	21,4%	81,6%	90,5%	79,6%
CODEEQN5	ex-OQN	49	-26,9%	0,9%	39,6%	88,6%	90,5%	78,6%
CODEEDG4	ex-DG	1	-75,0%		0,5%		100,0%	100,0%
CODEEDG5	ex-DG	299	5,3%	2,8%	8,6%	61,4%	84,4%	66,5%
CODEEQN6	ex-OQN	257	5,8%	11,1%	24,8%	84,8%	94,7%	80,6%
CODEEDG6	ex-DG	119	56,6%	-0,2%	10,3%	75,4%	87,0%	79,2%
CODEEQN7	ex-OQN	259	9,3%	21,1%	21,8%	82,1%	90,9%	79,2%
CODEEDG7	ex-DG	166	-18,2%	-33,5%	14,8%	76,9%	84,3%	66,1%
CODEEDG8	ex-DG	33	-13,2%	1,8%	12,3%	82,4%	90,0%	70,0%
CODEEDG9	ex-DG	228	7,5%	11,9%	19,0%	86,9%	89,5%	76,0%
CODEEDG10	ex-DG	150	2,7%	-0,3%	9,6%	67,3%	85,1%	68,9%
CODEEDG12	ex-DG	38	-20,8%	13,4%	12,2%	45,7%	100,0%	33,3%
CODEEQN10	ex-OQN	145	6,6%	-21,4%	30,7%	76,7%	95,4%	83,5%
CODEEQN11	ex-OQN	61	-40,8%	22,3%	24,0%	53,8%	76,7%	62,8%
CODEEDG13	ex-DG	210	7,1%	3,6%	15,1%	73,5%	86,6%	68,3%
CODEEQN12	ex-OQN	62	-6,1%	0,0%	20,9%	61,5%	89,6%	77,1%
CODEEQN13	ex-OQN	154	52,5%	42,0%	25,3%	92,0%	87,4%	76,2%
CODEEDG14	ex-DG	230	-10,5%	4,1%	9,7%	63,9%	74,6%	63,1%
CODEEDG15	ex-DG	135	-22,0%	-21,5%	12,7%	66,0%	87,5%	67,0%
CODEEQN14	ex-OQN	201	0,0%	0,5%	25,6%	70,5%	87,2%	82,0%
CODEEDG16	ex-DG	234	64,8%	0,6%	13,1%	57,7%	82,5%	66,4%
CODEEQN15	ex-OQN	49	-16,9%	5,9%	25,2%	58,8%	75,8%	57,6%
CODEEDG18	ex-DG	81			12,6%	45,7%	86,8%	52,8%
CODEEDG19	ex-DG	117	-50,4%	-9,7%	13,3%	54,9%	90,7%	64,0%
CODEEDG20	ex-DG	241	3,0%	7,5%	16,0%	64,0%	88,1%	50,0%
CODEEQN17	ex-OQN	104	-17,5%	-1,5%	24,3%	90,4%	95,7%	82,6%
CODEEQN18	ex-OQN	168	-2,9%	18,1%	29,4%	76,5%	83,8%	75,4%
CODEEDG21	ex-DG	164	10,1%	11,7%	15,4%	82,4%	81,5%	60,0%
CODEEQN19	ex-OQN	181	285,1%	60,0%	27,7%	97,1%	91,5%	84,8%
CODEEDG22	ex-DG	467	-10,4%	2,9%	13,5%	71,9%	85,2%	73,4%
Moyenne nationale		167,0	5,8%	-4,8%	17,5%	75,0%	89,1%	76,2%
Moyenne nationale établissements publics (ex-DG)		182,5	7,8%	3,4%	11,1%	70,2%	87,6%	71,9%
Moyenne nationale établissements privés (ex-OQN)		150,4	3,5%	6,1%	24,9%	79,3%	90,5%	80,5%

Source : données PMSI_DCIR_Profil Cnam Pertinence données 2016 Etablissements BFC

Les données ci-dessus sont extraites des bases Assurance Maladie.

Les indicateurs reposent sur les recommandations de la HAS et ils ont été choisis, validés et pondérés par la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive (FCVD).

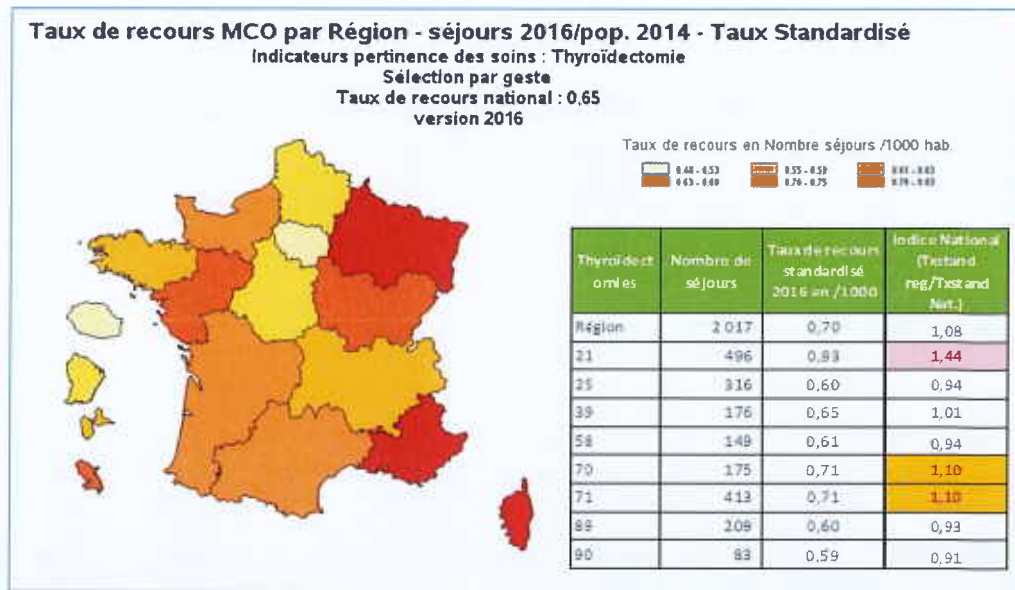
- L'évolution du nombre de cholécystectomies sur 3 ans (GHM 07C13 « cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affection aiguës » et GHM 07C14 «

cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës ») : Associée à d'autres indicateurs et en l'absence de facteurs explicatifs, une **valeur haute peut traduire une non-pertinence.**

- L'évolution du nombre de cholécystectomies hors infection aiguë par rapport aux cholécystectomies avec infection aiguë, sur 3 ans : Associée à d'autres indicateurs et en l'absence de facteurs explicatifs, une **valeur haute peut traduire une non-pertinence.**
- La part des cholécystectomies dans l'activité de chirurgie digestive : Cet indicateur traduirait une tendance à privilégier la cholécystectomie dans l'activité de chirurgie digestive. Associée à d'autres indicateurs il peut amener à s'interroger sur un recours à l'ablation de la vésicule biliaire au-delà des recommandations de l'HAS. En l'absence de facteurs explicatifs, une **valeur haute peut traduire une non-pertinence.**
- La part des cholécystectomies hors aiguë sans exploration de la VBP de niveau de sévérité 1 par rapport à tous les niveaux de sévérité : Cet indicateur traduirait une tendance à privilégier l'ablation de la vésicule biliaire (hors d'un contexte aigu) sans exploration instrumentale peropératoire (c'est-à-dire sans référence aux éventuelles bili-IRM, écho-endoscopie, cholangiographie rétro-grade endoscopique). Il peut amener à s'interroger sur les facteurs explicatifs de l'absence d'examens morphologiques dans les stratégies médico-chirurgicales d'exploration et d'extraction éventuelles de calculs cholécystiens pré ou post-opératoires. En l'absence de facteurs explicatifs, une **valeur haute peut traduire une non-pertinence.**
- La part des sujets âgés de moins de 75 ans : Cet indicateur traduirait une tendance à privilégier la cholécystectomie chez les sujets jeunes alors que la prévalence de la lithiase vésiculaire augmente avec l'âge. En l'absence de facteurs explicatifs, une **valeur basse peut traduire une non-pertinence.**
- La part des patients opérés d'une cholécystectomie ayant eu dans les 6 mois précédent une échographie abdominale : Cet indicateur traduirait une tendance à privilégier l'ablation de la vésicule biliaire sans validation systématique de l'indication de cholécystectomie, au vu des éléments d'imagerie. En l'absence de facteurs explicatifs, une **valeur basse peut traduire une non-pertinence.**

- **HAS, Note de problématique pertinence, Cholécystectomie, décembre 2012**
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/points-cle_solution_-_problematique_cholecystectomie.pdf
- **HAS, Quand faut-il faire une cholécystectomie ?, janvier 2013**
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/points-cle_solution_-_qd_faire_cholecystectomie.pdf
- **HAS, Note méthodologique, Programme pertinence Cholécystectomie, février 2013**
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/points-cle_solution_-_pertinence_cholecystectomie.pdf
- **CNAMTS, Mémo parcours : « Lithiase biliaire, quand réaliser une cholécystectomie ? », février 2015**
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cholecystectomie_memo_parcours_BD.pdf
- **CNAMTS, Guide patients : « Calculs biliaires, que faire ? », mars 2015**
http://www.ameli-sante.fr/fileadmin/mediatheque/pdf/GUIDE_Calculs_biliaires_Que_faire.pdf

LES THYROÏDECTOMIES



Source : Plateforme_ScanSanté_Taux de recours MCO 2016

Sur l'année 2016 et s'agissant de la chirurgie de la thyroïde, la région a un taux de recours standardisé pour 1000 habitants légèrement supérieur au taux de recours national de 0,65 avec un taux de recours standardisé régional de 0,70.

Trois départements présentent des taux d'hospitalisation standardisés supérieurs au taux national ; il s'agit de la **Côte d'Or** qui a le taux de recours standardisé le plus élevé de la région (0,93 pour 1 000 habitants) suivis les départements de **Haute Saône** et **Saône et Loire** avec des taux de recours standardisés pour 1 000 habitants de 0,71.

Les écarts de variation peuvent être expliqués par le non recours à la cytoponction¹ - « capitale pour orienter la prise en charge mais reste insuffisamment réalisée » a précisé l'Assurance Maladie (source : Atlas des variations des pratiques médicales).

Les actions collectives ou ciblées découlant du PAPRAPS pourront notamment prendre comme références des données affinées, plus « qualitatives », mises à disposition par la Cnam et tenant compte des référentiels HAS sur certaines prises en charge. A savoir :

<p>Thyroïdectomies <i>Indicateurs élaborés sur la base des recommandations de la Société Française d'endocrinologie pour la prise en charge des nodules thyroïdiens et des constats épidémiologiques</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Part des patients opérés pour nodule thyroïdien non toxique ayant eu une cytoponction préopératoire ou une biopsie (dans les 12 mois précédents le geste) - Part des patients opérés d'une thyroïdectomie pour cancer/tous les patients opérés d'une thyroïdectomie pour nodule (bénin ou malin) - Taux d'évolution du nombre d'interventions pour l'ensemble des thyroïdectomies (totales et partielles) - Part des patients ayant eu une échographie préopératoire thyroïdienne dans les 12 mois précédent - Part des hommes
--	--

¹ Prélèvement de cellules à l'aide d'une aiguille très fine afin de les analyser. Cet examen simple est réalisé avec ou sans anesthésie locale. Il peut être couplé avec une échographie qui permet au praticien de mieux se repérer pour prélever l'échantillon ([ameli-santé](#))

En région Bourgogne Franche Comté, les données 2016 s'agissant des **thyroïdectomies** sont les suivantes :

Etablissement BFC anonymisé	Statut	nb_sej	Part des patients opérés pour nodule thyroïdien non toxique ayant eu une cytoponction préopératoire ou une biopsie (dans les 12 mois précédents le geste)	Part des patients opérés d'une thyroïdectomie pour cancer / tous les patients opérés d'une thyroïdectomie pour nodule (bénin ou malin)	Taux d'évolution du nombre d'interventions pour l'ensemble des thyroïdectomies (totales et partielles)	Part des patients ayant eu une échographie préopératoire thyroïdienne dans les 12 mois précédent	Part des hommes
CODEEQN1	ex-OQN	164	42,7%	28,0%	3183,3%	83,5%	19,5%
CODEEDG1	ex-DG	19	26,3%	5,3%		63,2%	31,6%
CODEEQN2	ex-OQN	5	20,0%	60,0%	-33,3%	80,0%	40,0%
CODEEQN3	ex-OQN	44	45,5%	9,1%	-15,0%	88,6%	31,8%
CODEEDG2	ex-DG	212	36,8%	30,7%	-42,3%	71,2%	23,1%
CODEEQN4	ex-OQN	92	28,3%	15,2%	-25,4%	88,0%	23,9%
CODEEDG4	ex-DG	8	37,5%	37,5%	25,0%	87,5%	0,0%
CODEEDG5	ex-DG	163	38,0%	23,3%	-13,8%	86,5%	22,1%
CODEEQN6	ex-OQN	40	32,5%	17,5%	-6,8%	87,5%	25,0%
CODEEDG6	ex-DG	5	20,0%	0,0%	500,0%	80,0%	20,0%
CODEEQN7	ex-OQN	93	12,9%	15,1%	45,6%	89,2%	18,3%
CODEEDG7	ex-DG	28	25,0%	3,6%	-38,6%	89,3%	39,3%
CODEEQN9	ex-OQN	30	26,7%	13,3%	-22,2%	76,7%	20,0%
CODEEDG9	ex-DG	12	50,0%	0,0%	-7,1%	100,0%	0,0%
CODEEDG10	ex-DG	21	0,0%	4,8%	-22,7%	90,5%	23,8%
CODEEQN10	ex-OQN	63	4,8%	23,8%	-43,4%	82,5%	11,1%
CODEEQN11	ex-OQN	1	0,0%	0,0%		100,0%	0,0%
CODEEDG13	ex-DG	25	44,0%	24,0%	-2,6%	88,0%	24,0%
CODEEQN12	ex-OQN	11	9,1%	9,1%	23,1%	54,5%	18,2%
CODEEQN13	ex-OQN	62	77,4%	11,3%	263,6%	79,0%	16,1%
CODEEDG14	ex-DG	45	60,0%	11,1%	-40,6%	82,2%	24,4%
CODEEDG15	ex-DG	9	66,7%	33,3%	-83,3%	66,7%	11,1%
CODEEQN14	ex-OQN	58	24,1%	12,1%	7,9%	84,5%	15,5%
CODEEDG16	ex-DG	44	34,1%	9,1%	100,0%	81,8%	13,6%
CODEEDG18	ex-DG	2	0,0%	0,0%		100,0%	50,0%
CODEEDG19	ex-DG	52	55,8%	21,2%	-33,3%	61,5%	19,2%
CODEEDG20	ex-DG	13	0,0%	15,4%	-46,2%	61,5%	15,4%
CODEEQN17	ex-OQN	11	18,2%	18,2%	-71,4%	81,8%	0,0%
CODEEQN18	ex-OQN	14	21,4%	14,3%	-44,4%	64,3%	14,3%
CODEEDG21	ex-DG	35	25,7%	2,9%	36,8%	77,1%	17,1%
CODEEQN19	ex-OQN	22	13,6%	13,6%	-29,4%	86,4%	18,2%
CODEEDG22	ex-DG	41	19,5%	14,6%	-28,8%	63,4%	17,1%
Moyenne nationale		87,0	42,3%	21,6%	-	81,5%	23,5%
Moyenne nationale des établissements publics (ex-DG)		107,0	44,7%	24,1%	-	80,4%	24,3%
Moyenne nationale des établissements privés (ex-OQN)		59,9	38,5%	17,6%	-	83,2%	22,1%

Source : données PMSI_DCIR_Profil Cnam Pertinence_données 2016_Etablissements BFC

Les données ci-dessus sont extraites des bases Assurance Maladie.

Les indicateurs ont été élaborés sur la base des recommandations de 2011 de la Société Française d'Endocrinologie pour la prise en charge des nodules thyroïdiens (en accord avec l'Association Francophone de Chirurgie Endocrinienne) et des constats épidémiologiques. Après avoir été testés statistiquement, ils ont été choisis et pondérés en lien avec la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive.

- Part des patients opérés pour nodule thyroïdien non toxique ayant eu une cytoponction préopératoire ou une biopsie (dans les 12 mois précédents le geste) : Cet indicateur traduirait une tendance à privilégier les interventions chirurgicales sur les nodules thyroïdiens non toxiques en l'absence de cytoponction, qui permet de distinguer les cas relevant d'une simple surveillance de ceux nécessitant une chirurgie.
En l'absence de facteurs explicatifs, **une valeur faible peut traduire une non-pertinence.**
- Part des patients opérés d'une thyroïdectomie pour cancer / tous les patients opérés d'une thyroïdectomie pour nodule (bénin ou malin) : Cet indicateur traduirait une tendance à privilégier la thyroïdectomie pour tout nodule sans évaluation du risque de malignité.
En l'absence de facteurs explicatifs, **une valeur faible peut traduire une non-pertinence.**
- Taux d'évolution du nombre d'interventions pour l'ensemble des thyroïdectomies (totales et partielles) : Associée à d'autres indicateurs et en l'absence de facteurs explicatifs, **une valeur haute peut traduire une non-pertinence.**
- Part des patients ayant eu une échographie préopératoire thyroïdienne dans les 12 mois précédent : Cet indicateur traduirait une tendance à privilégier les interventions chirurgicales de la thyroïde sans réalisation d'une échographie, examen recommandé en première intention préalablement à l'orientation chirurgicale.
En l'absence de facteurs explicatifs, **une valeur faible peut traduire une non-pertinence.**
- Part des hommes : cet indicateur traduirait une tendance à privilégier les interventions chirurgicales de la thyroïde sans prendre en compte de la prévalence du cancer de la thyroïde qui est plus forte chez les femmes.
En l'absence de facteurs explicatifs, **une valeur haute peut traduire une non-pertinence.**

➤ **HAS, ALD n°30, Guide médecin sur le cancer de la thyroïde, mai 2010**

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-07/ald_30_gm_cancer_thyroide_web.pdf

➤ **HAS, ALD n°30, Guide patient : la prise en charge du cancer de la thyroïde, septembre 2010**

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/ald_30_gp_prostate_web_2010-09-28_10-55-8_471.pdf

➤ **HAS, ALD n°30, Actes et prestations sur le cancer de la thyroïde, actualisation octobre 2012**

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-07/ald_30_lap_cancer_thyroide_web.pdf

➤ **CNAMTS, Référentiel parcours de soins : Nodule thyroïdien sans hyperthyroïdie, diagnostic et surveillance d'un nodule thyroïdien, novembre 2014**

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/502-2014-DIAGNOSTIC-SURVEILLANCE-BD.pdf

➤ **CNAMTS, Référentiel parcours de soins : Nodule thyroïdien sans hyperthyroïdie, traitement et suivi d'un nodule suspect de malignité, novembre 2014**

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/502-2014-TRAITEMENT-SUIVI-BD.pdf

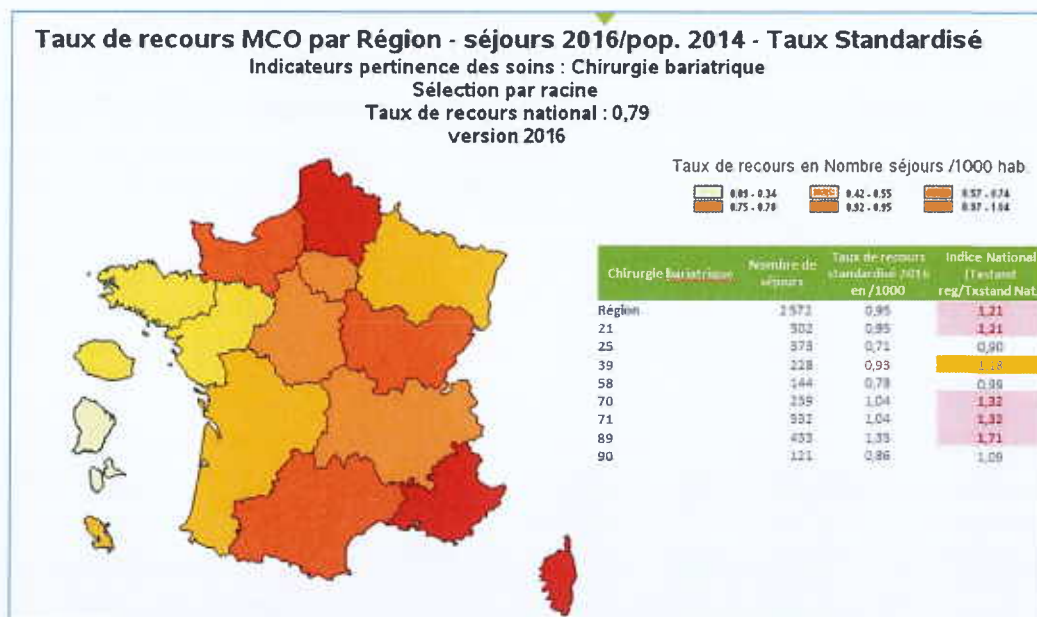
- **CNAMTS, Guide patient Parcours de soins : « Nodule thyroïdien (sans hyperthyroïdie, quel sera mon parcours de soins ? », décembre 2015**

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2015377-THY_guide_patient-nodule_Vdef2_dec_2015_18122015-2.pdf

- **Institut National du Cancer (INCa), Les traitements des cancers de la thyroïde, juillet 2013**

<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-traitements-des-cancers-de-la-thyroide>

LA CHIRURGIE BARIATRIQUE



Source : Plateforme_ScanSanté_Taux de recours MCO 2016

En région, le taux de recours standardisé pour 1 000 habitants se situe à 0,95 ce qui est supérieur au taux de recours national de 0,79.

Rapportés au niveau national, cinq départements ont un taux de recours à la chirurgie bariatrique plus important que le niveau national. Il s'agit de :

- l'**Yonne** avec un taux de recours standardisé pour 1 000 habitants de 1,35
- la **Haute Saône** avec un taux de recours standardisé pour 1 000 habitants de 1,04
- la **Saône et Loire** avec un taux de recours standardisé pour 1 000 habitants de 1,04
- la **Côte d'Or** avec un taux de recours standardisé pour 1 000 habitants de 0,95
- le **Jura** avec un taux de recours standardisé pour 1 000 habitants de 0,93

Réalisée de façon inégale sur le territoire français, la pratique de la chirurgie de l'obésité est actuellement en plein essor. On constate des variations dans les pratiques que cela soit dans le recours à la chirurgie mais également dans le type de techniques chirurgicales employées (source : Atlas des variations des pratiques médicales).

Les actions collectives ou ciblées découlant du PAPRAPS pourront notamment prendre comme références des données affinées, plus « qualitatives », mises à disposition par la Cnam et tenant compte des référentiels HAS sur certaines prises en charge. A savoir :

Chirurgie bariatrique	
Indicateurs de comparaison de pratique ont été élaborés pour le ciblage des établissements « atypiques » avec l'aide du Conseil scientifique de la Cnam, des professionnels et de la HAS.	<ul style="list-style-type: none"> - Part des 18-20 ans - Part des patients ayant un IMC 30-40, sans comorbidité et sans antécédent d'intervention depuis 2006 - Part des patients n'ayant aucun suivi préopératoire depuis 12 mois - Part relative des interventions dans l'activité de chirurgie digestive hors chirurgie pariétale - Part du groupe d'intervention le plus fréquent - Part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pre-chirurgicale

En région Bourgogne Franche Comté, les données 2016 s'agissant de la **chirurgie bariatrique** sont les suivantes :

Etablissements BFC anonymisés	Statut	nbsej	Part des 18-20 ans	Part des patients ayant un IMC 30-40, sans comorbidité et sans antécédent d'intervention de puis 2006	Part des patients n'ayant aucun suivi préopératoire de puis 12 mois	Part relative des interventions dans l'activité de chirurgie digestive hors chirurgie pariétale	Part du groupe d'intervention le plus fréquent	Part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pre-chirurgicale
CODEEQN1	ex-OQN	53	0,0%	11,3%	0,0%	21,2%	73,6%	0,0%
CODEEDG1	ex-DG	71	4,2%	11,3%	0,0%	14,1%	69,0%	14,1%
CODEEQN2	ex-OQN	529	2,5%	26,3%	0,6%	57,0%	66,2%	5,9%
CODEEDG2	ex-DG	66	3,0%	10,6%	0,0%	3,4%	62,3%	15,2%
CODEEQN4	ex-OQN	273	2,6%	26,4%	0,7%	30,4%	59,3%	4,8%
CODEEDG5	ex-DG	30	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	86,7%	6,7%
CODEEQN6	ex-OQN	42	0,0%	7,1%	0,0%	6,9%	52,4%	7,1%
CODEEDG6	ex-DG	12	0,0%	16,7%	0,0%	2,6%	100,0%	0,0%
CODEEQN7	ex-OQN	204	2,5%	8,3%	0,0%	19,0%	72,5%	6,9%
CODEEDG13	ex-DG	63	0,0%	0,0%	0,0%	8,5%	52,4%	4,8%
CODEEQN13	ex-OQN	125	3,2%	22,4%	0,0%	16,9%	82,4%	0,8%
CODEEDG14	ex-DG	123	4,1%	32,5%	0,0%	13,5%	99,2%	23,6%
CODEEDG15	ex-DG	31	0,0%	22,6%	3,2%	6,0%	80,6%	6,5%
CODEEQN14	ex-OQN	141	6,4%	19,1%	3,5%	16,3%	98,6%	19,1%
CODEEDG16	ex-DG	47	2,1%	6,4%	0,0%	5,4%	72,3%	10,6%
CODEEDG18	ex-DG	1	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	100,0%	0,0%
CODEEDG19	ex-DG	47	4,3%	17,0%	0,0%	10,0%	78,7%	17,0%
CODEEDG20	ex-DG	65	0,0%	9,2%	1,5%	7,0%	81,5%	7,7%
CODEEQN17	ex-OQN	211	0,9%	22,7%	0,9%	40,5%	66,8%	6,6%
CODEEQN18	ex-OQN	85	1,2%	18,8%	0,0%	14,0%	69,4%	2,4%
CODEEDG21	ex-DG	238	4,2%	16,4%	1,3%	28,8%	99,2%	5,0%
CODEEQN19	ex-OQN	74	1,4%	14,9%	1,4%	13,5%	87,8%	9,5%
CODEEDG22	ex-DG	139	0,7%	19,4%	0,7%	7,7%	72,7%	8,6%
Moyenne nationale		157,3	2,5%	16,8%	1,0%	24,5%	76,9%	7,6%
Moyenne nationale établissements publics		130,2	2,0%	11,7%	1,2%	13,2%	77,1%	12,5%
Moyenne nationale établissements privés		171,7	2,8%	19,8%	0,8%	31,1%	76,8%	4,8%

Source : données PMSI_DCIR_Profil Cnam Pertinence_données 2016_Etablissements BFC

Les données ci-dessus sont extraites des bases Assurance Maladie.

Les indicateurs reposent sur les recommandations de la HAS et ils ont été choisis, validés et pondérés par la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive(FCVD) et la Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité (SOFFCO).

- Part des 18-20 ans : la chirurgie bariatrique chez l'adolescent (donc chez le très jeune adulte) n'est pas recommandée par la HAS sauf cas exceptionnels.
En l'absence de facteurs explicatifs sur cet indicateur, **une valeur haute peut traduire une non-pertinence.**
- Part des patients ayant un IMC 30-40, sans comorbidité et sans antécédent d'intervention depuis 2006 : Entre 30 et 40 kg/m², l'IMC correspond aux classes 1 et 2 (sévère) de l'obésité.
Les recommandations françaises et internationales s'accordent pour convenir que la chirurgie bariatrique est indiquée chez les patients avec un IMC supérieure ou égale à 40 kg/m² (obésité massive de classe 3) ou chez les patients avec un IMC supérieure ou égale à 35 kg/m² (obésité sévère de classe 2) associée à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie.

L'IMC est mesuré à partir du codage PMSI, la comorbidité à travers l'ALD et les traitements médicamenteux (diabète, dyslipidémie, HTA).

En l'absence de facteurs explicatifs, **une valeur haute** s'agissant de la part des patients ayant un IMC 30-40 sans comorbidité et sans antécédent d'intervention depuis 2006 **peut traduire une non-pertinence** s'il ne s'agit pas d'une chirurgie de seconde intention.

- Part des patients n'ayant aucun suivi préopératoire depuis 12 mois : la chirurgie bariatrique constitue une étape majeure mais non exclusive dans la prise en charge globale du patient obèse. La nécessité d'une évaluation et d'une prise en charge pluridisciplinaires avant, pendant et après l'intervention sur les plans somatique et psychologique a été confirmée par les recommandations françaises et internationales.

Le suivi pré-opératoire est ici estimé à travers les consultations auprès de médecins généralistes et spécialistes (en chirurgie générale ou viscérale et digestive).

En l'absence de facteurs explicatifs, sur cet indicateur, **une valeur haute peut traduire une non-pertinence**.

- Part relative des interventions dans l'activité de chirurgie digestive hors chirurgie pariétale : Associé à d'autres indicateurs et en l'absence de facteurs explicatifs sur cet indicateur, **une valeur haute peut traduire une non-pertinence**.

- Part du groupe d'intervention le plus fréquent : Cet indicateur traduirait un recours élevé à un seul type d'intervention pouvant signifier que la prise en charge proposée pourrait ne pas être adaptée au profil du patient.

En l'absence de facteurs explicatifs une **valeur haute peut traduire une non-pertinence**.

- Part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pre-chirurgicale :

L'HAS recommande d'évaluer et de prendre en charge le patient avant l'intervention notamment en réalisant :

- un bilan et une prise en charge des comorbidités (cardio-vasculaires, métaboliques, respiratoires...);
- une évaluation du comportement alimentaire et la prise en charge d'un éventuel trouble du comportement alimentaire (TCA);
- un bilan nutritionnel et vitaminique (dosages d'albumine, hémoglobine, ferritine et coefficient de saturation en fer de la transferrine, calcémie, vitamine D, vitamine B1, B9, B12) et une correction des déficits éventuels, une évaluation des capacités de mastication;
- une endoscopie œsogastroduodénale et la recherche d'*Helicobacter pylori*.

Les défauts de prise en charge chirurgicale sont estimés à partir des IMC (renseignés ou non dans le PMSI), des actes d'endoscopies digestives recensés durant les 12 mois précédents, de la présence ou non d'une recherche de syndrome d'apnée du sommeil, et de la présence de bilans nutritionnels et vitaminiques (actes de biologie).

En l'absence de facteurs explicatifs une **valeur haute peut traduire une non-pertinence**.

- HAS, **Obésité, prise en charge chirurgicale chez l'adulte, recommandations de bonne pratique et outils d'aide à la pratique, janvier 2009**

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_765529/fr/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l-adulte

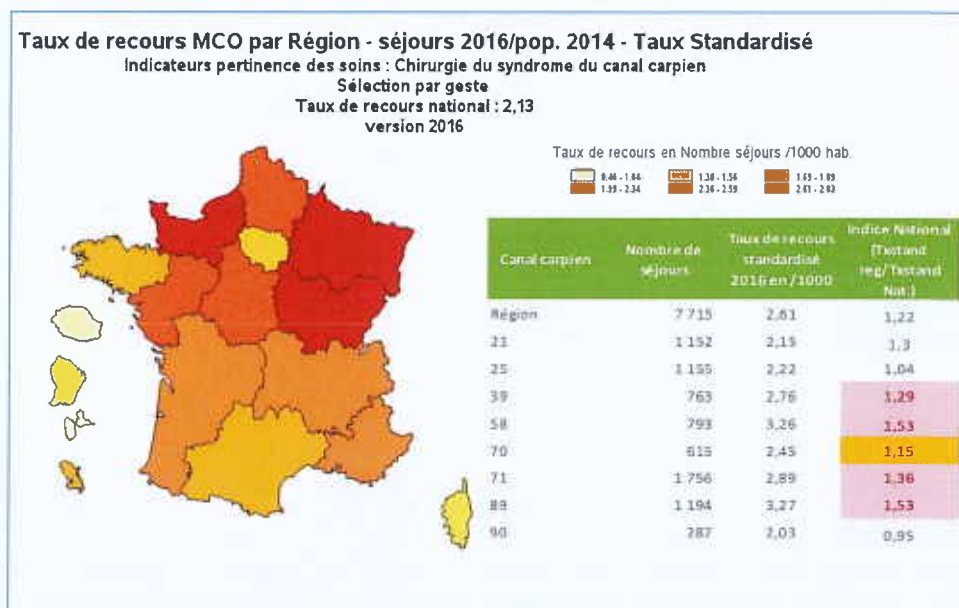
- **HAS, Obésité, prise en charge chirurgicale chez l'adulte, brochure patients, juillet 2009**
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_849636/fr/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l-adulte-brochure-patients

- **HAS, Surpoids et obésité chez l'adulte : prise en charge médicale de premier recours, recommandations de bonnes pratiques et outils d'aide à la pratique, septembre 2011**
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours

- HAS, Surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent, recommandations de bonnes pratiques et outils d'aide à la pratique, septembre 2011 (actualisation des recommandations de 2003)**
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003

- **HAS, Définition des critères de réalisation des interventions de chirurgie bariatrique chez les moins de 18 ans, Fiche mémo et rapport d'élaboration, janvier 2016**
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2010309/fr/definition-des-criteres-de-realisation-des-interventions-de-chirurgie-bariatrique-chez-les-moins-de-18-ans

LA CHIRURGIE DU SYNDROME DU CANAL CARPIEN



Source : Plateforme_ScanSanté_Taux de recours MCO 2016

Sur la chirurgie du syndrome du canal carpien, la région Bourgogne Franche Comté, sur l'année 2016, a un taux de recours standardisé élevé (2,61 pour 1 000 habitants).

Pratiquement tous les départements sauf le Territoire de Belfort ont un taux d'hospitalisation standardisé plus important que le taux national.

Etant précisé que les plus forts taux de recours standardisés sont observés dans les départements suivants :

- L'**Yonne** avec un taux de recours standardisé de 3,27 pour 1 000 habitants
- La **Nièvre** avec un taux de recours standardisé de 3,26 pour 1 000 habitants
- La **Saône et Loire** avec un taux de recours standardisé de 2,89 pour 1 000 habitants
- Le **Jura** avec un taux de recours standardisé de 2,76 pour 1 000 habitants
- La **Haute Saône** avec un taux de recours standardisé de 2,45 pour 1 000 habitants

« Certaines études montrent une hétérogénéité territoriale de la prise en charge du canal carpien, avec notamment une disparité du taux d'interventions de libération du nerf médian. Seul un quart des patients opérés a bénéficié d'infiltrations de corticoïdes ou d'attelle préalable. D'autres traitements non interventionnels pourraient être utilisés, seuls ou de façon complémentaire, et font l'objet de publications et débats dans la littérature » (source : Atlas des variations des pratiques médicales).

Les actions collectives ou ciblées découlant du PAPRAPs pourront notamment prendre comme références des données affinées, plus « qualitatives », mises à disposition par la Cnam et tenant compte des référentiels HAS sur certaines prises en charge. A savoir :

<p>Syndrome du canal carpien <i>Différents indicateurs ont été élaborés sur les bases des recommandations de la HAS et des constats épidémiologiques. Les établissements atypiques sont ciblés en s'appuyant sur ces critères</i></p>	↳ Le taux d'évolution du nombre d'interventions pour SCC sur les 5 dernières années
	↳ La part relative des patients de 65 ans et plus opérés pour un SCC
	↳ La part relative des interventions pour SCC dans l'activité d'orthopédie
	↳ La part des patients ayant bénéficié d'un ElectroMyoGramme (EMG) dans les 12 mois avant l'intervention
	↳ La part relative des patients avec infiltrations avant intervention (12 mois)
	↳ La part relative de patients avec attelles avant intervention (12 mois)

En région Bourgogne Franche Comté, les données 2016 s'agissant du **syndrome du canal carpien** sont les suivantes :

Etablissement BFC anonymisé	Statut	nb_sej	Le taux d'évolution du nombre d'interventions pour SCC sur les 5 dernières années	La part relative des patients de 65 ans et plus opérés pour un SC	La part relative des interventions pour SCC dans l'activité d'orthopédie	La part des patients ayant bénéficié d'un ElectroMyoGramme (EMG) dans les 12 mois avant l'intervention	La part relative des patients avec infiltrations avant intervention (12 mois)	La part relative de patients avec attelles avant intervention (12 mois)
CODEEOQN1	ex-OQN	35		30,3%	2,5%	87,9%	3,0%	27,3%
CODEEDG1	ex-DG	146		40,1%	9,4%	94,9%	8,8%	18,2%
CODEEOQN2	ex-OQN	1	-90,9%	0,0%	0,2%	100,0%	0,0%	0,0%
CODEEOQN3	ex-OQN	3	-85,7%	66,7%	0,1%	100,0%	0,0%	0,0%
CODEEDG2	ex-DG	114	56,2%	34,9%	1,6%	78,0%	7,3%	27,5%
CODEEDG3	ex-DG	64	-35,4%	45,9%	5,4%	82,0%	4,9%	34,4%
CODEEOQN4	ex-OQN	7	-70,8%	42,9%	0,7%	71,4%	0,0%	0,0%
CODEEOQN5	ex-OQN	920	7,7%	30,8%	14,8%	76,4%	10,3%	24,5%
CODEEDG5	ex-DG	188	1,6%	32,4%	2,5%	78,2%	5,9%	25,3%
CODEEOQN6	ex-OQN	308	13,7%	37,0%	5,5%	83,6%	8,8%	27,1%
CODEEDG6	ex-DG	254	28,3%	39,7%	12,7%	81,9%	9,5%	13,1%
CODEEOQN7	ex-OQN	356	-21,2%	37,3%	19,1%	81,0%	10,8%	23,8%
CODEEDG7	ex-DG	197	23,1%	45,5%	9,5%	83,8%	4,8%	28,1%
CODEEDG8	ex-DG	69	6,2%	42,4%	6,7%	69,7%	1,5%	25,8%
CODEEOQN8	ex-OQN	95	-57,4%	36,3%	15,4%	78,8%	5,0%	17,5%
CODEEOQN9	ex-OQN	152	-23,2%	41,7%	18,2%	85,6%	7,6%	19,7%
CODEEDG9	ex-DG	98	21,0%	40,0%	5,1%	84,4%	7,8%	12,2%
CODEEDG10	ex-DG	179	25,2%	31,7%	8,6%	81,4%	4,2%	15,0%
CODEEDG12	ex-DG	7	-82,5%	66,7%	1,1%	66,7%	0,0%	16,7%
CODEEOQN10	ex-OQN	457	7,3%	37,3%	19,7%	93,7%	1,5%	14,1%
CODEEOQN11	ex-OQN	21	-4,5%	40,0%	2,4%	95,0%	5,0%	30,0%
CODEEDG13	ex-DG	137	16,1%	37,4%	5,7%	85,5%	1,5%	16,0%
CODEEOQN12	ex-OQN	11	-45,0%	40,0%	0,8%	80,0%	0,0%	0,0%
CODEEOQN13	ex-OQN	136	3,0%	43,8%	9,9%	83,9%	2,7%	12,5%
CODEEDG14	ex-DG	205	-28,1%	33,0%	5,6%	72,7%	4,6%	18,0%
CODEEDG15	ex-DG	146	111,6%	42,1%	9,2%	83,3%	5,3%	7,0%
CODEEOQN14	ex-OQN	25	-55,4%	33,3%	1,4%	81,0%	4,8%	19,0%
CODEEDG16	ex-DG	226	182,5%	33,7%	6,5%	82,2%	4,5%	11,9%
CODEEOQN15	ex-OQN	222	58,6%	32,3%	9,9%	84,1%	2,6%	20,0%
CODEEOQN16	ex-OQN	290	-27,3%	36,6%	5,6%	81,1%	3,4%	16,0%
CODEEDG18	ex-DG	96	-68,2%	38,8%	6,0%	89,4%	5,9%	12,9%
CODEEDG20	ex-DG	153	-35,7%	30,5%	5,7%	80,9%	5,7%	10,6%
CODEEOQN17	ex-OQN	339	-1,2%	36,1%	13,8%	86,8%	1,3%	21,2%
CODEEOQN18	ex-OQN	343	-14,5%	40,0%	18,9%	86,7%	2,2%	9,5%
CODEEDG21	ex-DG	147	-12,5%	35,8%	6,1%	85,8%	1,5%	14,9%
CODEEOQN19	ex-OQN	495	-9,0%	36,7%	15,3%	84,5%	5,9%	26,6%
CODEEDG22	ex-DG	10	-67,7%	20,0%	0,3%	100,0%	10,0%	40,0%
Moyenne nationale		196,8	4,1%	35,4%	7,5%	82,8%	6,2%	24,9%
Moyenne nationale établissements publics (ex-DG)		127,9	21,1%	37,0%	4,4%	82,4%	5,1%	24,1%
Moyenne nationale établissements privés (ex-OQN)		260,9	-1,6%	34,7%	10,6%	83,0%	6,7%	25,3%

Source : données PMSI_DCIR_Profil Cnam Pertinence_données 2016_Etablissement BFC

Les données ci-dessus sont extraites des bases Assurance Maladie.

Les indicateurs ont été validés par les experts du conseil scientifique de la CNAM. La méthode a été validée par un test de retour au dossier, à partir d'un logigramme décisionnel reposant sur les recommandations HAS de 2012 et 2013.

Une attention plus particulière sera portée aux établissements dont les indicateurs sont défavorables sur au moins 3 des 5 indicateurs ci-dessous :

- Part relative des patients de 65 ans et plus opérés pour un SCC : l'âge n'est plus une contre-indication mais la HAS a recommandé de ne pas banaliser la chirurgie car les complications sont potentiellement graves.
En l'absence de facteurs explicatifs sur cet indicateur, **une valeur haute peut traduire une non-pertinence.**
- Part relative des interventions pour SCC dans l'activité d'orthopédie : Associé à d'autres indicateurs, et en l'absence de facteurs explicatifs, une valeur haute peut traduire **une non-pertinence.**
- Part relative de patients ayant eu un EMG dans les 12 mois précédant l'intervention : Selon l'HAS « L'électroneuromyogramme est le seul examen qui permette d'affirmer ou d'éliminer la souffrance du nerf médian dans sa traversée du canal carpien... (cet) examen permet d'évaluer la sévérité de la lésion du nerf médian... »
En l'absence de facteurs explicatifs, **une valeur faible peut traduire** une tendance au sur-diagnostic, donc **une non-pertinence.**
- Part relative des patients avec infiltrations avant intervention (dans les 12 mois) : il a été reconnu que l'infiltration avec un corticoïde est efficace et qu'elle apporte un argument important au diagnostic. La HAS a précisé que l'indication chirurgicale se posera le plus souvent devant une forme résistante aux traitements médicaux dont l'infiltration de corticoïde.
Aussi, en l'absence de facteurs explicatifs, **une valeur faible de patients avec infiltrations avant intervention peut traduire une non-pertinence.**
- Part relative de patients avec attelle avant intervention (dans les 12 mois) : la revue Cochrane de 2012 sur les traitements autres que la chirurgie ou l'infiltration de corticoïde a rapporté l'efficacité des attelles. La HAS a précisé que l'indication chirurgicale se posera le plus souvent devant une forme résistante aux traitements médicaux.
Aussi, en l'absence de facteurs explicatifs, **une valeur faible de patients avec attelle avant intervention peut traduire une non-pertinence.**

Le taux d'évolution du nombre d'interventions représente un indicateur de contexte :

- Taux d'évolution du nombre d'interventions pour un syndrome du canal carpien (SCC) sur les 5 dernières années : La HAS a recommandé de ne pas banaliser l'intervention pour un syndrome de canal carpien.
En l'absence de facteurs explicatifs, **une valeur haute concernant le taux d'évolution de ces interventions pour un SCC peut traduire une non-pertinence.**
- **HAS : Analyse et amélioration des pratiques, syndrome du canal carpien, optimiser la pertinence du parcours patient, février 2013**
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/syndrome du canal carpien optimiser la pertinence du parcours patient.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/syndrome_du_canal_carpien_optimiser_la_pertinence_du_parcours_patient.pdf)
- **CNAMTS Guide patient « Le syndrome du canal carpien : vous ressentez des fourmillements dans la main ? », décembre 2013**
[http://www.ameli-sante.fr/fileadmin/mediatheque/pdf/Le syndrome canal carpien brochure.pdf](http://www.ameli-sante.fr/fileadmin/mediatheque/pdf/Le_syndrome_canal_carpien_brochure.pdf)





LES EXAMENS PRE-INTERVENTIONNELS SYSTEMATIQUES

Les examens pré-interventionnels systématiques sont définis comme les examens réalisés "en routine" en dehors de signes d'appel (clinique ou à la consultation) avant un geste chirurgical ou interventionnel (diagnostique ou thérapeutique) réalisé sous anesthésie. De cette définition sont exclus les examens pré-interventionnels spécifiques de l'acte thérapeutique et/ou de la pathologie du patient.

Ils ont un but essentiel dans l'évaluation des risques préopératoires car ils permettent notamment de diagnostiquer une pathologie ou un état non suspecté lors de l'interrogatoire et/ou à l'examen clinique qui peut nécessiter un traitement préopératoire ou un changement de stratégie anesthésique ou interventionnelle. (Source : Société française d'anesthésie et de réanimation -SFAR)

Un travail d'actualisation des recommandations de la HAS a été mené par le Société Française d'anesthésie et de réanimation.

La Cnam a alors développé une méthode de comparaison des pratiques en collaboration avec la SFAR à partir d'indicateurs issus des bases de données et sur la base de recommandation formalisées par les experts.

Examens pré interventionnels <i>Indicateurs</i>	 <i>Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'enfant, avant amygdalectomie et adénoïdectomie</i>  <i>Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte</i>  <i>Taux de recours au groupe sanguin</i>  <i>Taux de recours au ionogramme sanguin</i>
---	---

En région Bourgogne Franche Comté, les données 2016 sont les suivantes :

Etablissement BFC anonymisé	Statut	Nb de prescriptions jugées inutiles	Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'enfant, avant amygdalectomie et adénoïdectomie	Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte	Taux de recours au groupe sanguin	Taux de recours au ionogramme sanguin
CODEEQN6	ex-OQN	3254	37,2%	37,5%	55,4%	12,3%
CODEEQN19	ex-OQN	1835	78,0%	30,5%	59,7%	4,8%
CODEEQN13	ex-OQN	1776	76,3%	32,4%	40,6%	14,0%
CODEEQN7	ex-OQN	1725	27,9%	27,5%	43,0%	14,4%
CODEEDG22	ex-DG	1644	27,0%	20,4%	26,5%	26,4%
CODEEQN17	ex-OQN	1383	73,1%	24,7%	53,7%	8,4%
CODEEQN14	ex-OQN	1379	71,7%	17,6%	50,7%	10,9%
CODEEDG2	ex-DG	1288	32,6%	19,4%	25,6%	8,2%
CODEEDG7	ex-DG	1221	100,0%	63,6%	49,4%	50,4%
CODEEQN12	ex-OQN	1215	85,4%	45,9%	42,0%	13,6%
CODEEQN1	ex-OQN	1142	34,3%	18,7%	43,5%	10,4%
CODEEDG10	ex-DG	1100	87,9%	62,9%	16,9%	82,5%
CODEEDG5	ex-DG	1093	12,8%	18,2%	13,8%	9,0%
CODEEDG13	ex-DG	911	71,4%	35,3%	24,7%	12,5%
CODEEDG19	ex-DG	909	75,0%	64,9%	47,2%	91,2%
CODEEDG16	ex-DG	822	44,4%	31,1%	24,3%	15,0%
CODEEQN18	ex-OQN	811	11,1%	16,4%	58,5%	7,4%
CODEEQN11	ex-OQN	801	0,0%	54,2%	67,2%	12,2%
CODEEDG6	ex-DG	758	88,5%	39,1%	18,9%	0,0%
CODEEQN2	ex-OQN	716	39,5%	15,5%	65,0%	9,9%
CODEEQN10	ex-OQN	705	83,3%	12,1%	52,4%	9,6%
CODEEQN9	ex-OQN	505	61,2%	9,6%	48,6%	10,9%
CODEEQN4	ex-OQN	449	10,5%	12,6%	32,8%	7,7%
CODEEQN15	ex-OQN	338	0,0%	24,0%	55,1%	10,1%
CODEEDG14	ex-DG	309	34,8%	13,2%	14,7%	8,6%
CODEEQN3	ex-OQN	305	3,2%	6,4%	36,7%	8,7%
CODEEDG1	ex-DG	268	24,5%	12,9%	30,8%	13,7%
CODEEDG8	ex-DG	159	75,0%	24,6%	14,7%	0,0%
CODEEDG3	ex-DG	138	44,8%	11,3%	26,6%	0,0%
CODEEDG15	ex-DG	127	35,7%	4,8%	17,1%	20,5%
CODEEDG4	ex-DG			85,1%	73,8%	74,3%
CODEEQN8	ex-OQN		83,8%	83,9%		3,4%
CODEEDG17	ex-DG			71,4%	100,0%	
CODEEDG18	ex-DG			50,9%	41,8%	4,0%
CODEEDG20	ex-DG			38,4%	17,9%	35,6%
CODEEQN16	ex-OQN			25,6%	5,1%	5,7%
CODEEDG12	ex-DG			22,3%	5,6%	15,0%
CODEEQN5	ex-OQN			11,5%	65,7%	6,5%
CODEEDG21	ex-DG			12,6%	24,0%	39,1%
CODEEDG9	ex-DG			11,0%	12,4%	7,7%
CODEEDG11	ex-DG				0,0%	
Moyenne nationale			35,1%	19,6%	32,0%	16,6%
Moyenne nationale établissements publics (ex-			30,9%	20,1%	20,5%	22,1%
Moyenne nationale établissements privés ex-			37,3%	19,3%	44,8%	14,1%

Source : données PMSI_DCIR_Profil Cham Pertinence_données 2016_Examen pré interventionnels_Etablissements BFC

La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) a défini 5 situations pour lesquelles certains examens pré-anesthésiques étaient jugés inappropriés. Elle a aussi défini des critères ayant permis d'exclure les situations où la prescription d'un examen biologique pré anesthésique était justifié.

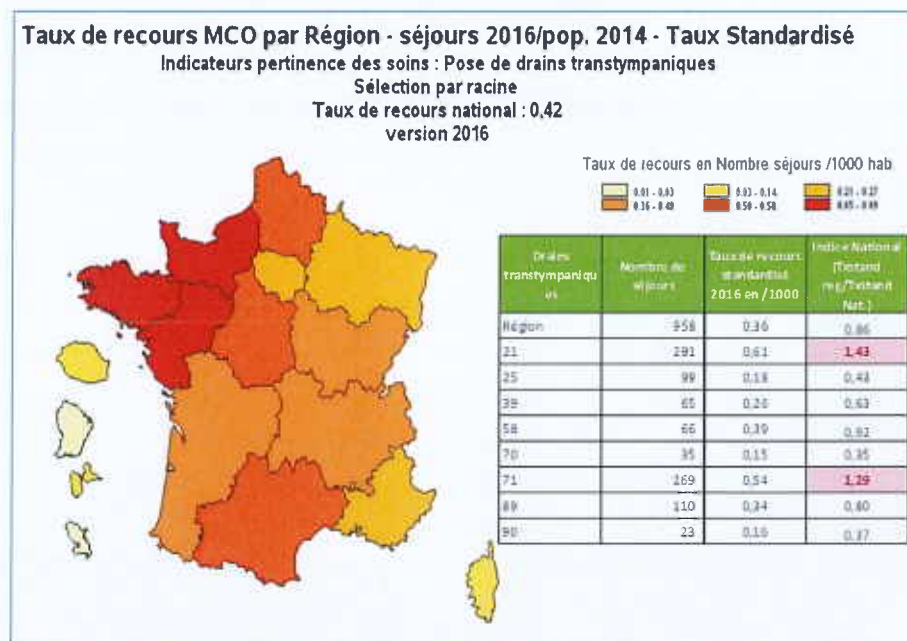
Le taux attendu pour chaque indicateur est donc de 0 %.

N°	Libellé	Prescriptions de biologie
1	Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'enfant, avant amygdalectomie et adénoïdectomie	Association NFS + plaquettes + TP + TCA
2	Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte	Association TP + TCA
3	Taux de recours au groupe sanguin (GS)	Association GS + RAI + phénotype
4	Taux de recours au ionogramme sanguin	Na + K +/- Cl +/- (C02 + Protides)

- **Recommandations formalisées d'experts : Examens pré interventionnels systématiques, SFAR 2012**

sfar.org/examens-preinterventionnels-systematiques/

LA POSE D'AERATEURS TRANSTYMPANQUES CHEZ L'ENFANT



Source : Plateforme_ScanSanté_Taux de recours MCO 2016

Le taux de recours régional standardisé pour 1 000 habitants, est légèrement inférieur au taux de recours standardisé national (0,36 en région contre 0,42 au national).

Deux départements présentent des taux d'hospitalisation standardisés supérieurs plus importants que le niveau national ; il s'agit des départements de la **Côte d'Or** (taux de recours standardisé : 0,61 pour 1 000 habitants) et du département de la **Saône et Loire** (taux de recours standardisé : 0,54 pour 1 000 habitants).

Les actions collectives ou ciblées découlant du PAPRAPAS pourront notamment prendre comme références des données affinées et « qualitatives » mises à disposition par la Cnam et tenant compte des référentiels HAS sur certaines prises en charge. A savoir :

<p>Pose d'aérateurs transtympaniques chez l'enfant La méthode repose sur un panel d'indicateur issu du PMSI et des bases de remboursement de l'AM et sur la comparaison des pratiques entre établissements (il n'y a pas de valeur cible déterminée pour chaque indicateur)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Evolution sur 3 ans du nombre de séjours avec pose d'ATT des patients de 3 à 10 ans ↳ Part des séjours sans test audiométrique retrouvé dans les 6 mois précédant l'intervention (y compris le jour de l'intervention) chez les patients de 1 à 2 ans et de 3 à 10 ans ↳ Part de séjours sans test audiométrique retrouvé dans les 6 mois suivant l'intervention (hors jour de l'intervention) chez les patients de 1 à 2 ans et de 3 à 10 ans ↳ Part des séjours sans consultation ORL retrouvée dans les 12 mois précédant l'intervention chez les patients de 1 à 2 ans et de 3 à 10 ans
---	--

En région Bourgogne Franche Comté, les données 2016 s'agissant de la **pose d'aérateurs transtympaniques chez l'enfant** sont les suivantes :

Etablissements BFC anonymisé	Statut	nbsej	nbsej à 2	nbsej 3 à 10	Evolution sur 3 ans du nombre de séjours avec pose d'ATT des patients de 3 à 10 ans	Part des séjours sans test audiométrique retrouvé dans les 6 mois précédant l'intervention (y compris le jour de l'intervention) chez les patients de 1 à 2 ans	Part des séjours sans test audiométrique retrouvé dans les 6 mois précédant l'intervention (y compris le jour de l'intervention) chez les patients de 3 à 10 ans	Part de séjours sans test audiométrique retrouvé dans les 6 mois suivant l'intervention (hors jour de l'intervention) chez les patients de 1 à 2 ans	Part de séjours sans test audiométrique retrouvé dans les 6 mois suivant l'intervention (hors jour de l'intervention) chez les patients de 3 à 10 ans	Part des séjours sans consultation ORL retrouvée dans les 12 mois précédant l'intervention chez les patients de 1 à 2 ans	Part des séjours sans consultation ORL retrouvée dans les 12 mois précédant l'intervention chez les patients de 3 à 10 ans
CODEEQN1	ex-OQN	94	23	71	163,0%	91,3%	59,2%	87,0%	71,8%	0,0%	7,0%
CODEEDG1	STC	27		27			33,3%		33,3%		7,4%
CODEEQN2	ex-OQN	77	22	55	-21,4%	95,5%	83,6%	100,0%	90,9%	9,1%	9,1%
CODEEQN3	ex-OQN	139	57	82	57,7%	89,5%	74,4%	75,4%	75,6%	1,8%	7,3%
CODEEDG2	STC	100	39	61	15,1%	84,6%	52,5%	89,7%	77,0%	0,0%	3,3%
CODEEDG3	STC	34	4	30	-6,3%	100,0%	86,7%	75,0%	80,0%	0,0%	23,3%
CODEEQN4	ex-OQN	124	52	72	-31,4%	94,2%	79,2%	84,6%	69,4%	15,4%	8,3%
CODEEDG5	STC	102	15	87	102,3%	73,3%	78,2%	100,0%	85,1%	53,3%	39,1%
CODEEQN6	ex-OQN	97	21	76	13,4%	81,0%	69,7%	81,0%	75,0%	9,5%	9,2%
CODEEDG6	STC	20	3	17	-52,8%	100,0%	70,6%	100,0%	76,5%	33,3%	23,5%
CODEEQN7	ex-OQN	11	1	10	0,0%	100,0%	90,0%	100,0%	90,0%	0,0%	10,0%
CODEEDG7	STC	2	1	1	-50,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
CODEEDG8	STC	1		1	-50,0%		100,0%		100,0%		0,0%
CODEEQN8	ex-OQN	60	18	42	-41,7%	100,0%	50,0%	94,4%	54,8%	11,1%	7,1%
CODEEQN9	ex-OQN	194	52	142	65,1%	100,0%	71,1%	96,2%	63,4%	13,5%	11,3%
CODEEDG10	STC	60	9	51	4,1%	88,9%	31,4%	100,0%	86,3%	11,1%	3,9%
CODEEQN10	ex-OQN	50		50	8,7%		36,0%		38,0%		12,0%
CODEEQN11	ex-OQN	35	2	33	-40,0%	100,0%	87,9%	100,0%	90,9%	100,0%	9,1%
CODEEDG13	STC	17		17	-29,2%		35,3%		41,2%		5,9%
CODEEQN12	ex-OQN	6		6	-40,0%		16,7%		33,3%		0,0%
CODEEQN13	ex-OQN	85		85	7,6%		74,1%		57,6%		9,4%
CODEEDG14	STC	27	19	8	0,0%	94,7%	37,5%	78,9%	62,5%	15,8%	0,0%
CODEEDG15	STC	102	29	73	1,4%	86,2%	58,9%	89,7%	68,5%	51,7%	37,0%
CODEEQN14	ex-OQN	105	29	76	11,8%	100,0%	38,2%	100,0%	38,2%	6,9%	7,9%
CODEEDG16	STC	77	18	59	40,5%	94,4%	66,1%	100,0%	78,0%	11,1%	10,2%
CODEEQN15	ex-OQN	1		1	-96,2%		100,0%		100,0%		0,0%
CODEEDG19	STC	65	6	59	22,9%	100,0%	78,0%	83,3%	89,8%	0,0%	6,8%
CODEEQN17	ex-OQN	113	10	103	-16,9%	90,0%	74,8%	90,0%	88,3%	10,0%	4,9%
CODEEQN18	ex-OQN	20		20	25,0%		5,0%		25,0%		5,0%
CODEEQN19	ex-OQN	10		10	-23,1%		20,0%		40,0%		10,0%
CODEEDG22	STC	70	5	65	91,2%	80,0%	20,0%	80,0%	36,9%	20,0%	1,5%
Moyenne nationale		-	144,5	40,3	3,2%	74,4%	48,6%	77,2%	60,4%	7,7%	8,2%
Moyenne nationale publics (ex-		-	113,0	32,7	4,9%	63,7%	42,9%	72,1%	59,4%	8,1%	7,4%
Moyenne nationale privés (ex-		-	163,2	44,9	2,5%	79,1%	50,9%	79,5%	60,8%	7,6%	8,5%

Source : données PMSI_DCIR_Profil Cnam Pertinence_données 2016_Etablissements BFC

Les données ci-dessus sont extraites des bases Assurance Maladie.

Les indicateurs ont été validés par les professionnels experts de la thématique, désignés par le Conseil National professionnel d'ORL et de chirurgie cervico faciale (CNP ORL).

Une attention plus particulière sera portée aux établissements dont les indicateurs sont défavorables sur au moins 3 des 4 indicateurs ci-dessous :

- ↳ Evolution sur 3 ans du nombre de séjours avec pose d'ATT des patients de 3 à 10 ans : associé à d'autres indicateurs et en l'absence de facteurs explicatifs, une **valeur haute peut traduire une non-pertinence**

- ↪ Part des séjours sans test audiométrique retrouvé dans les 6 mois précédant l'intervention (y compris le jour de l'intervention) chez les patients de 1 à 2 ans et de 3 à 10 ans : la Société Française d'ORL et de chirurgie cervico-Faciale a recommandé que la pose d'aérateurs doit être précédée systématiquement d'un examen audiométrique subjectif ou d'un examen audiométrique objectif peropératoire en cas d'impossibilité d'obtenir une audiométrie subjective. En l'absence de facteurs explicatifs, une **valeur haute de séjours sans test audiométrique retrouvé dans les 6 mois précédant l'intervention peut traduire une non-pertinence.**

- ↪ Part de séjours sans test audiométrique retrouvé dans les 6 mois suivant l'intervention (hors jour de l'intervention) chez les patients de 1 à 2 ans et de 3 à 10 ans
 Selon les Recommandations de Pratiques Cliniques (RPC) de la Société Française d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale, quel que soit la prise en charge proposée, l'état tympanique et l'audition doivent être contrôlés de manière régulière (avec ou sans traitement). L'enfant doit être suivi jusqu'à résolution complète et durable de l'OSM afin de ne pas méconnaître les complications de l'OSM
 En l'absence de facteurs explicatifs, une **valeur haute peut traduire une non-pertinence**

- ↪ Part des séjours sans consultation ORL retrouvée dans les 12 mois précédant l'intervention chez les patients de 1 à 2 ans et de 3 à 10 ans :
 Selon l'arbre décisionnel de la HAS, que ce soit dans les situations à risque, ou dans les situations d'OSM confirmées, la pose d'ATT requiert préalablement une consultation auprès d'un ORL.
 En l'absence de facteurs explicatifs, une **valeur haute peut traduire une non-pertinence**

- **La fiche « Pertinence des soins » HAS à destination des professionnels de santé « Pose d'aérateurs transtympaniques dans l'otite moyenne séreuse et séromuqueuse chronique bilatérale chez l'enfant », mars 2017**
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-04/dir1/app-17_fiche_pertinence_att_cd_2017_03_22_vfinale.pdf
- **Recommandations de Pratiques Cliniques (RPC) de la Société Française d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale - Prise en charge thérapeutique des otites séromuqueuses de l'enfant – 2016.**
https://www.orlfrance.org/wp-content/uploads/2017/06/RPC_OSM_TC_2016.pdf (texte court)
https://www.orlfrance.org/wp-content/uploads/2017/06/RPC_OSM_TL_2016.pdf (texte long)
- **Fiche d'information à destination des patients.**
https://www.orlfrance.org/wp-content/uploads/2017/05/Otologie-AERATEURS_TRANS_TYMPANIQUES.pdf
- **Rapport d'élaboration de la fiche pertinence des soins HAS, mars 2017.**
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-04/dir1/rapport_app-17_fiche_pertinence_att_cd_2017_03_22_vfinale.pdf

FICHE ACTION SUR LA PERTINENCE DES ACTES

Objectifs :

L'objectif à l'issue du PAPRAPS est de diminuer les écarts aux moyennes nationales en termes de recours mais également de s'assurer de la bonne application par l'ensemble des professionnels de santé des référentiels existants et des bonnes pratiques.

Leviers :

La conclusion d'un volet additionnel CAQES « *promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé* » peut permettre de fixer, pour les domaines définis comme prioritaires par le présent PAPRAPS, des objectifs d'évolution adaptés à la ou aux thématiques ayant mené à la contractualisation (un objectif quantifié et possiblement qualitatif) mais aussi de lister des moyens d'actions mobilisables au moyen d'un plan d'action.

Les membres de l'IRAPS, que ce soit dans le cadre contractuel (volet additionnel CAQES) ou en dehors, prévoient de s'appuyer sur les **leviers suivants** :

- ↳ **La procédure de mise sous accord préalable (MSAP) telle que prévue par l'article L.162-1-17 du Code de la sécurité sociale.**

Article L.162-1-17 CSS : « (...) La mise sous accord préalable est justifiée par l'un des constats suivants:

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 (...)

- ↳ **La négociation d'un volet caques pertinence sur l'ensemble des établissements pratiquant la chirurgie bariatrique sur la base des travaux du groupe technique parcours nutrition et des indicateurs qualitatifs issus des systèmes d'information de l'Assurance Maladie**
- ↳ **La négociation d'un volet caques pertinence pour les établissements présentant des variations de pratiques importantes au regard des référentiels existants**
- ↳ **Un appui sur des groupes d'experts, chargés de faciliter la déclinaison en région des référentiels de bonnes pratiques**
- ↳ **Des entretiens confraternels proposés par les praticiens-conseils de l'Assurance Maladie**
- ↳ **Des courriers d'information aux professionnels de santé et établissements de santé**
- ↳ **La mise en place d'un suivi régulier des indicateurs**
- ↳ **Une communication à destination des professionnels de santé et des usagers sous l'égide de l'IRAPS**

Perspectives :

L'ARS utilisera tous les moyens mis à sa disposition afin de s'assurer de la mise en œuvre des bonnes pratiques.

Dans le cadre des Caqes, l'évaluation des résultats des établissements concernés par un volet pertinence, par rapport aux objectifs qui leur ont été fixés pourra donner lieu à des sanctions financières.

AXE 2 : LA PERTINENCE DES PARCOURS

La loi de modernisation de notre système de santé pose à nouveau la question de l'organisation des soins en France et d'une véritable médecine de parcours, tangible, pour les patients. Il faut en effet cesser de raisonner par secteur : soins de ville, soins hospitaliers, soins médico-sociaux...

Aujourd'hui, un parcours s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux. Ceci nécessite une évolution assez majeure de notre système de santé pour réunir prévention, soins, suivi médico-social voire social. En clair, faire émerger les « soins primaires » et accompagner le « virage ambulatoire » nécessaire à une meilleure gradation des prises en charge.

Diagnostic régional et thématiques de travail

La France a un système de santé performant mais il doit préserver sa viabilité en relevant un certain nombre de défis structurels. Face au poids croissant des maladies chroniques à traiter, à l'évolution des technologies et aux ressources financières limitées, l'organisation du système de santé doit évoluer.

Afin de répondre à cet enjeu, il est nécessaire :

- D'accompagner l'évolution des pratiques professionnelles afin d'articuler le chemin du patient autour de plateaux (consultations, blocs, urgences) et non pas autour d'un service ou d'une unité d'hospitalisation.
- De définir le dimensionnement hospitalier optimal en termes de capacités en lits, places ou plateaux techniques
- De dégager des marges de manœuvre financières pour répondre à des nouveaux besoins (nouvelles technologies ou médicaments, émergences des pathologies chroniques et dégénératives)
- De réfléchir au décloisonnement de l'hôpital en améliorant les interfaces ville-hôpital : PRADO, chemins cliniques ambulatoires...

LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

Le développement de la chirurgie ambulatoire constitue un des objectifs pour répondre à cet enjeu. C'est un levier d'optimisation et d'efficience pour le système de santé. Il est une priorité de la stratégie nationale de la santé et de la stratégie de transformation du système de santé (STSS). La chirurgie ambulatoire est une priorité nationale et elle constitue un levier majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins, d'efficience et de performance des établissements.

Plus de 75% des interventions chirurgicales pourraient être réalisées en ambulatoire. En 2016, 53% des interventions chirurgicales ont été réalisées en ambulatoire. Le ministère de la santé affiche un objectif national cible à 66,2% en 2020

La chirurgie ambulatoire suscite la réorganisation de l'offre territoriale de soins car elle contribue à l'attractivité des établissements. La hausse du taux de chirurgie ambulatoire est fréquemment issue d'un transfert de l'activité interne de chirurgie conventionnelle vers l'ambulatoire. Le réagencement de la demande de soins nécessite par conséquent d'être accompagné par une réorganisation de l'offre territoriale de soins.

Le développement de la chirurgie ambulatoire est avant tout un mode d'organisation qualifié, centré sur le patient qui doit répondre à un triple objectif : progrès, qualité et sécurité, efficience. C'est un changement de paradigme. Il impose de redessiner l'organisation des structures par une modernisation du système hospitalier, par le décloisonnement et la mise en œuvre de processus de coordination des actions, en visant l'efficience des organisations et la gestion des flux, en faisant évoluer les pratiques médicales (chirurgicales et anesthésie) et paramédicale. Il doit être corrélé à la performance organisationnelle du bloc opératoire.

↳ Hospitalisation à domicile

Toute personne dont la situation clinique le justifie et dont les conditions du domicile le permettent doit se voir proposer une HAD.

La notion de domicile recouvre également les établissements d'hébergement collectif pour toutes populations (enfants, adolescents, adultes) : personnes âgées, personnes handicapées, ...

L'HAD doit être repositionnée comme une prise en charge de première intention et non plus comme une alternative à l'hospitalisation et venir en substitution à l'hospitalisation en établissement (ex : chimiothérapie anticancéreuse, soins palliatifs) au niveau le plus exigeant des soins à domicile. Un objectif national de seuil de taux de recours à atteindre pour 2018 est fixé à 30-35 patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants.

Synthèse des indicateurs de la Circulaire du 4/12/2013 pour la région Bourgogne Franche-Comté :

Indicateurs de suivi (HAD)		Valeur cible	2015	2016	2017
1	Nombre moyen de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants	30	15,4	15,6	15,2
2A	Taux brut de séjours d'HAD pour 100 séjours d'hospitalisation complète (MCO + SSR)	1,2	0,9	1	1
2B	Taux brut de journées d'HAD pour 1000 journées d'hospitalisation complète (MCO + SSR)	74	47,3	33,4	33,1
2C	Taux brut de patients pris en charge en HAD pour 1000 patients pris en charge en hospitalisation complète (MCO + SSR)	-	10,8	10,9	11
4A	Part des admissions en HAD faisant suite à une hospitalisation complète à temps plein (MCO + SSR) (en %)	-	72,5	69,8	66,2
4B	Part des séjours en HAD à partir du domicile (en %)	-	24,2	25,3	25,6
4C	Part des séjours en HAD réalisés au bénéfice de résidents d'établissements sociaux et médico-sociaux	-	5	5,8	9,2
5	Part de certaines prises en charge spécialisées dans l'activité globale d'HAD (rééducation neurologique ou chimiothérapie anticancéreuse ou soins palliatifs) (en %)	-	29,9	30,6	33
7A	Taux d'établissements d'HAD disposant d'une astreinte médicale ou ayant formalisé un recours à un avis médical H24 et 7j/7	100	66,7	47,6	-
7B	Part des séjours en HAD couverts par une astreinte médicale ou un recours formalisé à un avis médical H24 et 7j/7	100	70,9	40	-
8A	Taux d'établissements d'HAD disposant d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7j/7	100	81	76,2	-
8B	Part des séjours en HAD couverts par une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7j/7	100	82,6	69,6	-
9	Taux d'établissements d'HAD mettant en œuvre un dispositif de télésurveillance	-	0	0	-

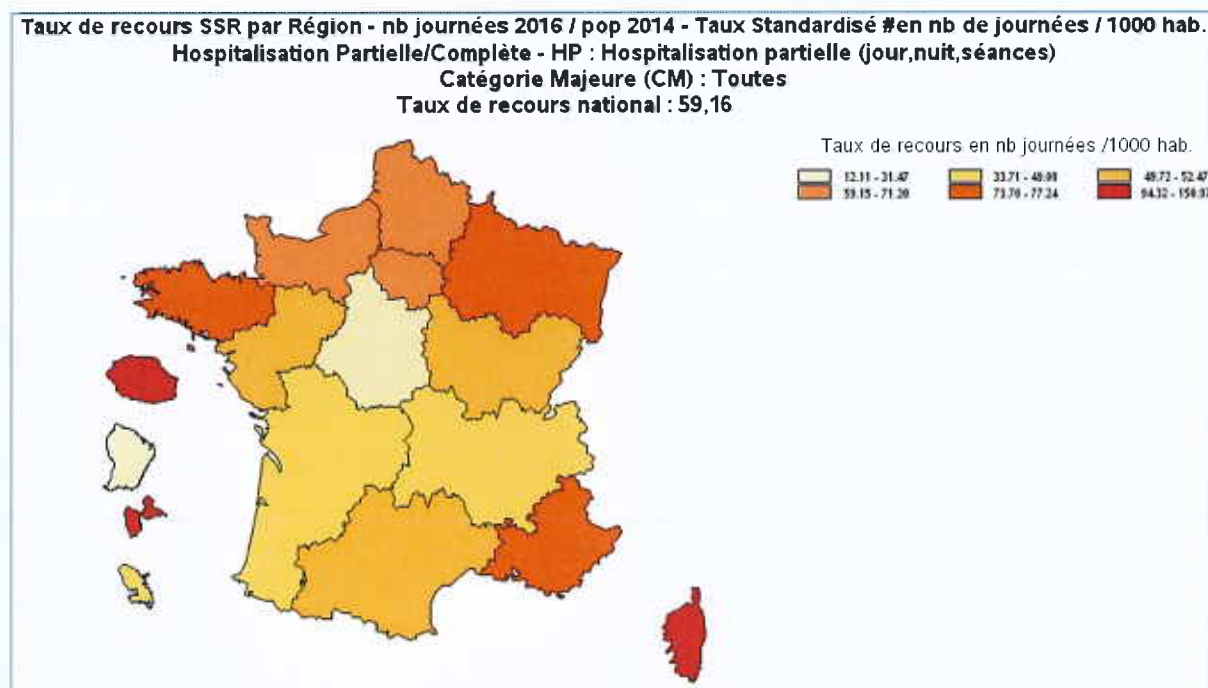
La région Bourgogne Franche-Comté se situe très en dessous des cibles qui ont été fixées. Ces objectifs impliquent une évolution de l'ensemble de l'offre sanitaire :

- des établissements d'HAD eux-mêmes qui devront s'engager dans les évolutions indispensables en termes de structuration, de taille critique, de réactivité, de professionnalisation, etc.
- des établissements de santé assurant l'hospitalisation avec hébergement, principaux prescripteurs de l'HAD, qui devront intégrer l'HAD plus souvent, y compris sur de nouveaux segments d'activité, ou de façon plus précoce dans les parcours des patients
- Les soins à domicile réalisés par les professionnels de santé libéraux, si besoin appuyés par une PTA, reste la prise en charge de premier recours. Si le maintien à domicile pose problème malgré ce type de prise en charge, l'HAD doit être évoquée en première intention et non plus comme une alternative

Hospitalisation de jour

Comme pour l'HAD, il s'agit pour l'hospitalisation de jour de changer de paradigme : pour chaque patient à prendre en charge la question à se poser n'est pas de savoir si le patient est éligible à l'ambulatoire, mais quelles raisons médicales empêcheraient son hospitalisation dans une structure ambulatoire.

En Bourgogne Franche-Comté en 2017, 42% des séjours de médecine ont une durée de 1 et 2 nuitées. Si on exclut les séjours en provenance d'une structure d'urgences ils représentent 48%.



Le taux de recours SSR en hospitalisation partielle de la région est inférieur à celui du niveau national.

Globalement, les études et par conséquent les données relatives à la prise en charge en hospitalisation de jour sont peu nombreuses. Cette thématique nécessite d'être investiguée.

↳ L'orientation en SSR

L'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation, qu'elle soit complète ou de jour, peut dans certaines situations être évitée, au profit d'un retour à domicile.

Les référentiels de la Haute Autorité de Santé préconisent ainsi d'éviter le recours au SSR dans certaines situations après plusieurs gestes de chirurgie orthopédique (ex : prothèse de hanche, prothèse de genou...).

La CNAM² estime à un sur trois la part des séjours en SSR après chirurgie orthopédique pouvant être évités, avec une économie potentielle de plus de 4 000 € par séjour évité (le coût du parcours de soins en ville après chirurgie orthopédique étant estimé à 889 €, contre 5 108 € en cas d'orientation en SSR).

FICHE ACTION SUR LES PARCOURS

Objectifs :

L'ensemble des actions qui est décliné ci-après, doit permettre sur la période du PAPRAPS d'atteindre les indicateurs cibles qui sont fixés pour la région.

Leviers :

↳ Benchmark sur les blocs opératoires et les Unités de Chirurgie Ambulatoire (UCA)

L'ARS Bourgogne-Franche-Comté a mis en place une démarche de benchmark sur les blocs opératoires et les Unités de Chirurgie Ambulatoire (UCA) des établissements de santé publics et privés pour soutenir la dynamique régionale et poursuivre sa politique d'accompagnement pour le développement de la chirurgie ambulatoire avec comme objectifs :

- Réaliser une mesure diagnostique organisationnelle et de la performance des BO et UCA sur les ES de la région BFC
- Obtenir une cartographie objective avec des mesures d'indicateurs de référence nationale
- Repérer et identifier les besoins d'accompagnement
- Recenser les outils existant de communication interne et externe
- Identifier des organisations ou pratiques innovantes (RAAC, ville/hôpital...) pour les partager et les valoriser
- Relancer une dynamique régionale pour le développement de l'ambulatoire sur la région par ES/GHT (partages expériences PM-PNM, de socle de connaissances théoriques, organiser des journées ambulatoire, formation, ...)
- Une étude sur les parcours des patients avec une prise en charge en unité de chirurgie ambulatoire
- Proposer un appui par « vague » de 5 à 6 établissements à l'issue du benchmark

L'intérêt d'une démarche commune sur la double thématique est de :

- Créer une dynamique et initier un décloisonnement de ces secteurs d'activités complexes au sein des ES, des GHT et de la région par la mise en relation des équipes bloc et UCA (équipe projet établissement mixte), avec une compréhension des organisations respectives
- Partager une réflexion commune de l'organisation du bloc en tenant compte de l'évolution des pratiques et de l'activité ambulatoire

² Rapport « Charges et produits pour 2018 », juillet 2017

- Acquérir une vision intégrée, transversale, efficiente des organisations pour garantir un parcours coordonné menant à une prise en charge de qualité et sécuritaire répondant aux recommandations de bonnes pratiques et la réglementation

Les étapes :

- 2018 : diagnostic
- 2019 : mise en place d'un accompagnement par groupe de 5-6 établissements

↳ La mise sous accord préalable

Article L.162-1-17 CSS : « (...) La mise sous accord préalable est justifiée par l'un des constats suivants :

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 (...)

L'article L 162-1-17 CSS permet de mettre en œuvre une procédure de mise sous accord préalable, dans le cadre d'un CAQES ou hors CAQES, en lien avec 2 priorités de travail du présent PAPRAPS : le développement de la chirurgie ambulatoire, la pertinence des orientations en SSR.

- la **mise sous accord préalable pour la Chirurgie Ambulatoire** des établissements de santé (**MSAP CA**) sur les 55 gestes marqueurs.

L'objectif étant notamment de favoriser une progression d'ensemble du taux de chirurgie ambulatoire (cela nécessite d'atteindre des taux élevés sur les gestes à fort volume d'activité) et de 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 MSAP 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 spécialités, potentiel de séjours en atteignant au minimum le taux national).

- la **mise sous accord préalable des prestations d'hospitalisation en soins de suite ou de réadaptation** prescrites par l'établissement MCO (**MSAP SSR**).

Elle concerne les prestations d'hospitalisation en soins de suite ou de réadaptions en rapport avec des actes chirurgicaux pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie et ne nécessitant pas de recourir à une hospitalisation (sauf cas particuliers).

Les gestes séjours concernés sont : Arthroplastie de genou par prothèse totale de genou, Chirurgie réparatrice de la coiffe des rotateurs, Ligamentoplastie du croisé antérieur du genou, Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche (1ère intention), Pose d'une prothèse totale de hanche suite à une fracture du col du fémur, Chirurgie d'une fracture trochantérienne du fémur.

Ainsi, seront ciblés les établissements :

- pour lesquels le taux de transfert en SSR pour un ou plusieurs gestes est supérieur aux moyennes régionales et/ou nationales
- et présentant un volume d'activité significatif
- qui ne sont pas engagés dans une démarche d'amélioration des modalités de recours au SSR

↪ **La poursuite de PRADO**

Le programme d'accompagnement du retour à domicile contribue à l'amélioration des parcours en appuyant l'organisation du retour à domicile sur plusieurs processus de sortie d'hospitalisation.

Les objectifs sont de contribuer à la réduction des durées moyennes de séjour, de favoriser un meilleur recours aux soins en sortie d'hospitalisation, d'éviter les hospitalisations injustifiées (SSR après orthopédie), d'éviter les ré-hospitalisations.

Le programme PRADO est notamment proposé sur les processus de soins suivants :

-maternité : après une mise en œuvre du programme à partir de 2012 sur l'ensemble des sorties de maternité, le PRADO est désormais davantage mobilisé pour accompagner les sorties précoces de maternité

-chirurgie : développé dans un premier temps sur les suites de chirurgie orthopédique, le PRADO peut désormais être proposé sur tous types de chirurgie

-médecine : le PRADO peut être mobilisé pour optimiser les sorties d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque et BPCO

↪ **Le diagnostic du fonctionnement des structures d'HAD afin d'identifier les leviers et les freins au développement de l'HAD**

↪ **La diffusion aux établissements sanitaires de potentiels de transférabilités en HAD et la fixation d'objectifs d'évolution du nombre de transferts**

↪ **Une communication sur chaque territoire à destination de l'ensemble des acteurs sur le rôle et les missions des structures d'HAD**

↪ **La diffusion aux établissements sanitaires de potentiels de transférabilités en hospitalisation de jour de médecine et la fixation d'objectifs d'évolution du nombre de séjours en hospitalisation de jour**

↪ **Le diagnostic de l'offre de soins et des prises en charge en soins de suite et de réadaptation, incluant notamment les ressources mobilisées, la nature des prises en charge, les trajectoires des patients.**

↪ **Une communication sur les différents modes de prise en charge à destination de l'ensemble des acteurs (professionnels de santé, établissements, usagers, ...) sous l'égide de l'IRAPS**

Perspectives :

En fonction du résultat obtenu aux différents indicateurs et des possibilités offertes par le SRS, l'attribution des autorisations pourra faire l'objet de modifications.

AXE 3 : LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS

Diagnostic régional et thématiques de travail

L'accès du patient à différents soins remboursables, ou revenus de remplacement, dépend d'un acte de prescription médical.

Si diverses recommandations de bonnes pratiques sont à disposition des médecins, divers facteurs sont susceptibles d'influer sur le choix de prescrire, et sur les modalités de prescription. La pertinence des prescriptions peut ainsi dépendre de l'offre de soins existante, du besoin de soins exprimé par la population, de facteurs organisationnels, ...

Divers facteurs conduisent mécaniquement à une augmentation des volumes de prescriptions, et des coûts de ces dernières : vieillissement de la population, développement de pathologies chroniques, innovation thérapeutique, tendance à la concentration des plateaux techniques, tensions sur la démographie des professions de santé, ...

Dans un contexte de besoins croissants et de tensions sur le financement du système de santé, la pertinence des prescriptions des produits de santé, d'actes, de transports, d'arrêts de travail doit être interrogée. La recherche de l'adéquation des prescriptions aux besoins, et la recherche de la meilleure qualité des soins au meilleur coût, doivent contribuer au maintien d'un système de santé solidaire et à un accès croissant à l'innovation thérapeutique.

Au-delà des enjeux médico-économiques, la recherche de la pertinence des prescriptions doit aussi et surtout permettre d'éviter les effets indésirables que peuvent revêtir certains choix : iatrogénie médicamenteuse, développement des résistances aux antibiotiques, risques liés à la désinsertion professionnelle en cas d'arrêt de travail inutilement prolongé, ...

La région Bourgogne Franche-Comté retient les priorités de travail découlant du Programme National de Gestion du Risque et d'Efficiences du Système de Soins 2018 – 2019.

Thèmes prioritaires de travail
Pertinence et efficacité de la prescription de transports de patients
Pertinence et efficacité de la prescription des arrêts de travail
Pertinence et efficacité de la prescription et de l'utilisation des produits de santé
Pertinence de la prescription d'actes paramédicaux
Pertinence des examens d'imagerie
Pertinence des prescriptions d'actes de biologie

FICHE ACTION SUR LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS

Objectifs

Au terme du PAPRAPS,

Leviers

- ↪ Actions de sensibilisation et de communication auprès des prescripteurs sous l'égide de l'IRAPS
- ↪ Actions d'accompagnement et de promotion des référentiels de bonnes pratiques par les praticiens-conseils et les Délégués de l'Assurance Maladie
- ↪ Appui sur les actions développées dans la cadre de la Politique régionale du médicament pilotée par l'ARS
- ↪ Promotion d'outils numériques visant à favoriser la coordination des soins (Dossier Médical Partagé, prescriptions électronique de médicaments, messageries sécurisées de santé, ETicss...) et le recours aux soins (téléexpertise)
- ↪ Promotions de leviers organisationnels susceptibles de favoriser un meilleur recours aux prescriptions (ex : plates-formes de centralisation de la commande de transports)
- ↪ Actions d'information et de sensibilisation des assurés par l'Assurance Maladie et relais dans les instances de démocratie sanitaire par l'Agence Régionale de Santé
- ↪ Appui sur les CAQES sur les produits de santé (volet obligatoire) et sur les transports sanitaires

Perspectives :

L'ARS utilisera tous les moyens mis à sa disposition afin de s'assurer de la mise en œuvre des bonnes pratiques.

Selon les modalités fixées dans les Caqes, chaque établissement pourra faire l'objet de sanctions financières en fonction de l'évaluation de ses résultats par rapport aux objectifs qui lui ont été fixés.