

Direction de la Stratégie Régionale en Santé
Direction adjointe démocratie en santé et qualité
Pôle qualité

ARRETE

Portant contenu du Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins 2016-2019 de la région Bretagne

Le Directeur général de
l'agence régionale de santé de Bretagne

Vu le code de santé publique, notamment son article R.1434-12 ;
Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-1-17, L.162-30-4 et R.162-44-3 ;
Vu le décret du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé ;
Vu l'avis favorable de la Commission régionale plénière de Gestion du risque du 2 juin 2016 ;
Vu la consultation de l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins de la région Bretagne du 14 juin 2016 ;

ARRETE

Article 1 : le Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins de la région Bretagne est arrêté, pour les années de 2016 à 2019.

Article 2 : le Directeur général de l'Agence régionale de Santé de Bretagne est chargé de l'exécution du présent arrêté qui fera l'objet d'une publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Bretagne.

Article 3 : le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours dans le délai de deux mois à compter de sa publication devant le tribunal administratif de Rennes, 3 Contour de la Motte, 35044 Rennes Cedex.

Fait à Rennes, le **20 SEP. 2016**.

Le Directeur général
de l'agence régionale de santé Bretagne,



Olivier de Cadeville

Plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins

(PAPRAPS)

PLAN

Préambule

- I. Le diagnostic régional et les actes retenus
- II. Les actions, prestations et prescriptions retenues
- III. Les modalités de suivi et d'évaluation des actions

Préambule

La pertinence des soins, « C'est l'acte le plus adapté et le plus efficace » (Académie de Médecine, avril 2013).

C'est le soin dispensé en adéquation avec les besoins du patient, qu'ils soient diagnostiques (radiologique, biologique) ou thérapeutiques, conformément aux données de la science et aux recommandations nationales et/ou internationales. Il prend en compte l'efficacité et la sécurité du soin, et parfois son coût relatif. C'est une notion variable dans le temps, sujette aux évolutions des connaissances et des techniques. Un soin peut être non pertinent par excès ou par défaut.

La pertinence des soins ne doit pas se limiter au sur-recours, en mesure statistique, mais doit faire également appel à des approches épidémiologiques et à une analyse des pratiques et des parcours. Le sous-recours doit être également interrogé.

Depuis plusieurs années, l'amélioration de la qualité des soins est recherchée au travers de nombreuses initiatives: élaboration de référentiels de bonnes pratiques par les sociétés savantes de professionnels de santé, recommandations de bonnes pratiques et certification des établissements de santé par la Haute Autorité de Santé (HAS), actions de formation par le développement professionnel continu, évaluations de pratiques professionnelles par les professionnels eux-mêmes, travaux sur les inadéquations hospitalières.

Elle s'inscrit pleinement dans les objectifs de la Stratégie nationale de santé, et de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, au travers d'une médecine de parcours, d'une prééminence de la prévention et de l'affirmation du virage ambulatoire.

Les plans ONDAM ont développé depuis plusieurs années un volet pertinence des actes, notamment avec le développement de la chirurgie ambulatoire. Le nouveau plan ONDAM, dit plan triennal, 2015/2017, vise à une évolution structurelle du système de santé sur 3 ans, alliant qualité des soins et maîtrise des dépenses de santé, il se déploie en 12 blocs opérationnels, dont 4 communs ARS/Assurance maladie;

- Le virage ambulatoire et l'impact capacitaire ;
- Les transports prescrits à l'hôpital ;
- Les médicaments prescrits à l'hôpital :
 - liste en sus (LES),
 - prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) ;
- La pertinence des soins.

Le Décret n° 2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé pérennise et renforce la démarche et l'étend à la pertinence des soins. Ce décret prévoit, notamment, l'élaboration d'un programme régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) d'ici septembre 2016 dont la durée est de 4 ans et la création d'une instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS). Le décret prévoit, sur certains critères, la possibilité d'établir un contrat tripartite d'amélioration de la pertinence des soins (CAPS) entre l'ARS, l'Assurance Maladie et l'établissement avec une évaluation annuelle dont les résultats

peuvent conduire les autorités à procéder envers l'établissement à une mise sous accord préalable ou à se prononcer sur une sanction pécuniaire.

Le PAPRAPS définit ainsi les différentes actions à mettre en œuvre au niveau de la région conjointement avec l'assurance maladie au regard de la situation régionale.

Conformément au décret du 19 novembre 2015, il précise notamment, la méthodologie et les critères de ciblage.

Le PAPRAPS 2016 sera soumis à l'avis de l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS) le 14 juin 2016, date de son installation effective.

I. Le diagnostic régional et actes retenus

La Commission régionale de la gestion du risque, présidée par le Directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) de Bretagne, composée des directeurs représentatifs des organismes de la Sécurité Sociale a retenu pour le PAPRAPS les trois champs thématiques que sont la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions.

Ce choix repose sur le diagnostic et les démarches antérieurement menées qui ont fait l'objet en 2015 d'un arrêté du DGARS et pourra faire l'objet d'évolution dans le cadre de la révision annuelle sur la période 2016/2019 telle que prévue par le décret.

1. Les éléments qui ont permis de retenir ces trois champs reposent sur :

- concernant la pertinence des actes

Les taux élevés de recours bruts et standardisés en région comparés au niveau national permettent aux ARS/AM d'identifier les actes qui présentent les plus fortes disparités et pour lesquels des actions, en lien avec les professionnels de santé, sont nécessaires.

- concernant les prestations

- *les Services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)*

Si la région Bretagne, avec un taux de recours standardisé aux soins hospitaliers en SSR de 524 journées pour 1 000 habitants en 2011, se situe dans la moyenne des régions françaises, de fortes disparités interterritoriales sont observées sur la consommation de soins hospitaliers en SSR.

Le choix de privilégier le thème du recours au SSR s'inscrit dans les objectifs de l'article 58 de la loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2014 de favoriser le renforcement du virage ambulatoire ainsi que des prises en charges extrahospitalières.

- *Chirurgie ambulatoire(CA)*

En ce qui concerne la chirurgie ambulatoire (taux mesuré selon le nouveau périmètre DGOS), l'objectif est d'atteindre au niveau national un taux global de CA de 66,6 % à l'horizon 2020, soit 54,4 % à l'horizon 2016.

D'une manière générale, on constate en Bretagne une forte hausse du taux de chirurgie ambulatoire à hauteur de 51,4 % en 2015 avec une diminution du taux de chirurgie foraine qui est aujourd'hui faible (11,1 % en 2014) et une forte progression du taux de chirurgie ambulatoire pour les patients de 75 ans et plus (42,3 % en 2014). Cependant, seulement 40% des établissements ont atteint en 2014 le taux-cible intermédiaire fixé dans le cadre des CPOM.

En 2014, en ce qui concerne les 55 gestes marqueurs et selon les taux établis à partir des bases nationales CNAMTS, 78,5% étaient pratiqués en ambulatoire (taux national à 78,2% en 2014), alors que ce taux était de 75,7% en 2013. Ce taux est variable selon les établissements; il est également sensiblement plus important dans le privé (81%) que dans le public (73,3%). Entre 2013 et 2014, ce taux a progressé de 2,7 points aussi bien dans le privé que dans le public.

Par ailleurs, on constate également en Bretagne un développement marqué de pratiques innovantes : la résection de prostate, les urétéroscopies thérapeutiques, les ligamentoplasties de genou, les cures d'hallux valgus, les appendicectomies pour appendicites aiguës, la chirurgie de la rétine, les plaies de

mains et tendineuses, la chirurgie pédiatrique (réparation de fente labiale par exemple), les angioplasties fémorales (activité non à proprement parler chirurgicale mais interventionnelle)

- concernant les prescriptions

Dans un contexte de maîtrise médicalisée avec un ONDAM contraint à +1,75 % pour 2016 et 2017, et dans un souci d'optimisation de l'efficacité des prescriptions et d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins, les champs retenus en matière de prescriptions concernent les médicaments et dispositifs médicaux, les actes de biologie et d'imagerie, les transports, les indemnités journalières, ainsi que les actes de kinésithérapie.

Deux priorités sont proposées dans le cadre du PAPRAPS régional : les prescriptions de transports et les prescriptions de médicaments.

- Concernant les transports, les dépenses ont représenté 173 M € en Bretagne en 2014. Ce poste connaît des évolutions dynamiques depuis plusieurs années, en France et dans la région (+3,9 % en 2011, +4 % en 2012, +4,5 % en 2013, +3,7 % en 2014 et +3,4 % en 2015, soit des taux d'évolution systématiquement supérieurs à l'ONDAM). Les prescriptions de transports sont principalement le fait des établissements de santé, qui sont en 2015 à l'origine de 73,2 % de la dépense en Bretagne (périmètre : Régime général), justifiant une action spécifique sur cette thématique vers les prescripteurs hospitaliers.

Les enjeux en matière de prescriptions de transports sont avant tout économiques et se fondent sur la promotion de la prescription du mode de transport adapté à l'état du patient, conformément à la réglementation. Les écarts de coûts entre un transport assis personnalisé et un transport en ambulance sont en effet très importants et il convient de réserver les prises en charge les plus coûteuses aux situations médicalement justifiées.

-Concernant les médicaments, l'enjeu financier est majeur puisque ce poste représentait en 2014 14,5 % des dépenses de santé au plan national, et 13,7 % en Bretagne, pour un montant de 1,267 Mds € en région. La part des prescriptions hospitalières dans ces dépenses représente 29,5 % en 2015 (hors rétrocession), ce qui est significatif. De plus, on constate que l'évolution des prescriptions de produits de santé par les établissements de santé est particulièrement dynamique, avec un taux d'évolution de 6,4 % en Bretagne en 2015, supérieur au taux d'évolution national (+5,9 %).

Au-delà de la politique de maîtrise mise en place au plan national par la politique de fixation des prix du médicament, il convient également d'agir sur le levier de la pertinence des prescriptions.

Au niveau de la région Bretagne, s'agissant des médicaments et des dispositifs médicaux, des thèmes plus spécifiques concernent la iatrogénie médicamenteuse, les biosimilaires et les pansements.

Il s'agit d'améliorer la pertinence de la prescription et l'optimisation du rapport efficacité-prix, en incitant les établissements à maîtriser le recours à certains médicaments de spécialité, prescrire dans le répertoire des génériques de façon opportune et assurer un meilleur suivi de la PHEV grâce au numéro RPPS.

Cependant ces actions devront s'inscrire en cohérence avec les orientations en matière de virage ambulatoire.

2. Les actes, prestations et prescriptions retenues

- Les actes retenus

En 2015, les choix de l'ARS Bretagne et de l'assurance maladie, concernant les actes, ont porté sur :

- *la chirurgie du syndrome du canal carpien*

Le taux de recours régional n'est pas atypique par rapport au taux de recours national et aucun établissement breton pratiquant la chirurgie du canal carpien ne présente de score à C. Néanmoins des atypies ont été constatées pour quelques établissements bretons notamment sur le recours à l'électromyogramme (EMG) qui est très en deçà du taux de recours national et régional.

En 2016, à partir de l'analyse des taux de recours (données ATIH), des données de ciblage transmises par la CNAMTS, de l'existence de référentiels et de recommandations de bonnes pratiques de HAS, il est proposé de cibler les 3 actes suivants :

- *les appendicectomies*

En 2010, le taux d'interventions observé en France est encore élevé par rapport à d'autres pays européens. Concernant la région Bretagne, le taux de recours est légèrement supérieur au taux de recours national en 2010 et 2014. Il existe des disparités par territoire de santé : les n°1 et 2 ont des taux inférieurs au taux national tandis que les n°4 et 6 ont des taux supérieurs et le n°8 est très supérieur, le n°5 et 7 ne présentent pas de différence significative. Au regard des seuils et des critères de ciblage définis par la CNAMTS à partir de 6 indicateurs marqueurs du référentiel de la HAS concernant cet acte, 5 établissements bretons sont classés en score C. (soit un score ≥ 7 correspondant à un certain nombre d'indicateurs atypiques pondérés par 1 ou 2 selon le seuil de cette atypie).

- *les thyroïdectomies*

En 2014, le taux de recours régional concernant la Bretagne est légèrement supérieur au taux de recours national. Il existe cependant des disparités par territoire de santé avec notamment les territoires de santé n°2, 3 et 4 qui ont un taux de recours supérieur au niveau national et régional, et le territoire de santé n°7 qui a un taux de recours très largement inférieur au niveau national et régional.

- *les prothèses totales de hanches (PTH)*

Du fait de l'absence de référentiel de pratique sur l'acte PTH, l'ARS a missionné le GCS CAPPs, réseau régional qualité breton sur l'élaboration d'une grille de pertinence. L'enjeu est de travailler sur une méthode avec les professionnels de santé de la région, afin d'élaborer de manière consensuelle un guide de bonnes pratiques qui permettra ensuite de réaliser des revues de pertinence.

Pour les années suivantes, il conviendra d'étudier l'opportunité de retenir d'autres actes comme la cholecystectomie, la chirurgie bariatrique, les drains transtympaniques.

- Les prestations retenues

Elles s'inscrivent dans la continuité des démarches initiées depuis plusieurs années et pourront évoluer dans leur contenu.

- *les soins de suite et de réadaptation (SRR)*

Depuis 2011, le thème particulier du «recours au SSR» après des chirurgies habituelles de l'appareil locomoteur a été étudié.

Dans le cadre du recours au SSR après chirurgie, lors de la campagne de mise sous accord préalable de 2014 et 2015/2016, 6 gestes marqueurs ont été retenus sur la base de recommandations existantes (recommandations HAS, publications de 2008) et de taux de recours au SSR élevés au niveau national pour ces mêmes actes.

Il s'agit des gestes suivants :

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

- *la chirurgie ambulatoire*

Les gestes retenus concernent 55 gestes marqueurs. A partir d'une méthode de ciblage des gestes éligibles et une analyse du niveau d'investissement des structures en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire certains établissements pourraient se voir proposer un CAPS ou bien une mise sous accord préalable.

- Les prescriptions retenues

Elles concernent exclusivement les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV).

Ont été ciblées au regard des enjeux financiers et des priorités d'actions, les prescriptions concernant :

- *La pertinence de l'ultime chimiothérapie*

L'ensemble des différentes recommandations et études incite à une introduction précoce des soins palliatifs en phase avancée des cancers. Cependant, interrompre la chimiothérapie pour proposer une alternative plus adaptée est un processus de décision complexe où l'espérance de vie du patient est parfois surévaluée par l'oncologue. Des équipes ont développé des outils d'aide à la décision, en particulier un score publié et validé Pronopall.

Plusieurs études ont montré que l'utilisation de chimiothérapie en phase terminale d'un cancer est associée à un risque accru d'événements indésirables d'hospitalisation et de diminution de la qualité de vie.

En Bretagne et Pays de la Loire, l'Omédit a réalisé une étude (Palliachim) auprès de 302 patients. Celle-ci a montré que, dans 47 à 57 % des cas, un décès survenait moins de 60 jours après l'administration de la dernière chimiothérapie par voie injectable.

L'objectif est de diminuer le nombre de chimiothérapies administrées en phase terminale d'un cancer mais également d'accroître le taux de recours à des soins palliatifs plus précoces.

Cependant, le taux régional et par structure n'est pas précisément connu en raison de l'absence d'indicateurs disponibles dans les bases de données.

Il est donc prévu de réaliser une enquête action permettant de mesurer ces taux de recours à travers notamment la consultation des dossiers médicaux des patients et les résultats constitueront les valeurs initiales d'indicateurs permettant de faire évoluer les pratiques.

- *Pertinence des prescriptions de biothérapie dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde*

La prévalence de la polyarthrite rhumatoïde (PR) en Bretagne, selon la cartographie des pathologies 2013 de la CNAMTS) est supérieure à celle du national d'environ 20% (4,49‰ versus 3,73‰).

La PR a un impact sanitaire (diminution de l'espérance de vie et morbidité cardiovasculaire) et économique important. Les remboursements des traitements de la PR au titre des PHEV et au titre des listes en sus représentent le 2^{ème} pôle de dépenses en région. Aux dépenses sur le système de santé (ALD, produits de santé, hospitalisations) s'ajoutent des coûts liés à la réduction de l'activité professionnelle et à la prise en charge des handicaps.

La rapidité du diagnostic et l'initiation précoce d'un traitement dès les premiers signes de la maladie permettent d'éviter des destructions articulaires irréversibles, d'en maîtriser l'évolution et de diminuer le handicap potentiel. Les biothérapies sont efficaces, dans le cadre de leur AMM, pour prévenir les dégradations articulaires et améliorer les symptômes.

A ce jour, il n'y a pas de taux de recours connu des prescriptions de biothérapie dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde. Il s'agit de mener une étude afin d'évaluer d'éventuelles atypies régionales.

- *La prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées*

Les problèmes associés aux médicaments peuvent être de trois ordres : des prescriptions sous-optimales (excès ou insuffisance de prescription, une prescription inappropriée), des problèmes d'observance, et des phénomènes de iatrogénie, soit « toute réaction nocive et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement » (OMS 1969).

Chez la personne âgée, le risque d'accident iatrogène est renforcé, voire provoqué, par une série de facteurs, comme l'existence d'une polymédication liée à la présence de plusieurs pathologies, une modification de la pharmacologie avec l'âge, la dénutrition, des épisodes d'hospitalisation, etc.

La HAS a ainsi mené deux programmes autour de cette question de santé publique. Le premier (2006-2013) s'est attaché à définir les étapes et bonnes pratiques de prescription et prévention de la iatrogénie en amont de la prescription, et à proposer une démarche de révision des traitements, de repérage et maîtrise de la iatrogénie en aval. Le deuxième (2010) porte sur la prescription des psychotropes chez le sujet âgé, avec 2 objectifs : la réduction de la prescription de psychotropes chez le sujet âgé et l'amélioration de la prise en charge des situations cliniques à l'origine de ces prescriptions.

Les enjeux de santé publique sont importants :

An niveau national, les accidents iatrogéniques des sujets âgés restent plus fréquents, plus graves, plus coûteux et plus évitables que ceux des sujets plus jeunes :

- 10 à 20 % des admissions en urgence, contre 6,5 % dans la population générale sont en tout ou partie liées à un évènement indésirable lié aux médicaments (EIM) chez le sujet âgé.
- Or, les accidents iatrogéniques des sujets âgés seraient évitables dans 27,6% des cas en ambulatoire et 50% en EHPAD. Ces pourcentages augmentent à 42,2% et 72% si on ne considère que les accidents sévères.

Les conséquences en termes d'hospitalisation sont loin d'être négligeables (étude CNAMTS à partir du PMSI MCO 2011) :

- 115 135 personnes âgées de 65 ans et plus sont hospitalisées pour iatrogénie soit 3,4% des hospitalisations.
- Nombre de décès à l'hôpital : 7 457/an dont environ la moitié due à la classe des anticoagulants.
- Coût total de tous les GHS repérés pour la iatrogénie : 526,7 M€ dont 75% concernent les 75 ans et plus.

3 groupes de médicaments sont principalement impliqués dans la iatrogénie :

- psychotropes,
- médicaments à visée cardiovasculaire,
- analgésiques et anti-inflammatoires

- *Les transports*

En 2015, les dépenses de transports s'élevèrent à 4,1 Mds € au niveau national, soit une évolution de + 4,6% par rapport à 2014. En Bretagne, le poste représente 148 millions € avec une évolution de +3,2% par rapport à 2014.

L'optimisation de ces dépenses de transport se concrétise par des actions sur :

- La pertinence de la prescription médicale de transport,
- La contractualisation avec les établissements de santé,
- L'organisation de la commande et la régulation des transports,
- L'organisation de l'offre des transporteurs privés.

II. Actions et calendrier

Afin d'améliorer la pertinence des soins, un ensemble d'actions sont présentées dans le tableau ci-joint et pourra faire l'objet d'une révision annuelle comme prévue par les textes. Elles s'inscrivent dans un objectif de mobilisation des acteurs au travers de différentes mesures tant incitatives que d'accompagnement, de contractualisation et de contrôle.

Type de mesures	Type d'actions	Calendrier	Actions selon le champ
Mesures innovantes ou incitatives	Mise en place d'une étude	2016/ 2017	<p>Prescription</p> <p><u>Pertinence de l'ultime chimiothérapie injectable en situation palliative</u> : En l'absence de données sur le taux de recours, mise en place d'une étude visant à déterminer les taux de recours en ville et hospitalier et cibler les atypies.</p> <p><u>Pertinence des prescriptions de biothérapie dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde</u> : En l'absence de données de recours, mise en place d'une étude exploratoire permettant d'évaluer d'éventuelles atypies régionales à partir d'un taux de recours non disponible à ce jour et d'un taux de recours hospitalier par territoire.</p>
		Fin 2014	<p>Transport</p> <p>Réalisation d'une enquête auprès de l'ensemble des établissements publics et des ESPIC ayant une activité MCO et/ou de psychiatrie (soit une cinquantaine d'établissements) afin de réaliser un état des lieux des pratiques et de repérer les organisations innovantes. (Utilisation de l'outil ANAP « Quick Eval » sur l'auto-évaluation et l'analyse des prescriptions et demandes de transports sanitaires).</p>
	Mise en place d'un groupe de pairs	2016/2017	<p>Actes</p> <p><u>PTH</u> : compte tenu de l'absence de référentiel de pratique sur l'acte PTH, l'ARS a missionné le GCS CAPPS pour animer un groupe de pairs et apporter le soutien méthodologique à élaboration d'un guide de bonnes pratiques, et l'élaboration d'une grille de pertinence selon le modèle de la HAS.</p> <p>Cette action s'inscrit plus globalement dans le cadre du parcours de soins et par conséquent l'étude de la pertinence de</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'indication de l'acte, - du choix du matériel utilisé, - des modalités de rééducation proposées.

Type de mesures	Type d'actions	Calendrier	Actions selon le champ
	Appels à projet avec un soutien financier	2015/ 2016	<p>Prestations Chirurgie ambulatoire : Lancement de 2 appels à projet en 2015. Lancement d'un appel à projet en 2016 dans le cadre de la circulaire du 4 décembre 2015.</p> <p>Actes <u>Rencontres</u> : Visite de sensibilisation des établissements ARS/AM auprès des équipes médicales et administratives. Présentation de la démarche, des résultats du positionnement de l'établissement et des indicateurs atypiques.</p> <p>Prestations Prise en charge en ambulatoire - <i>Organisation de journées régionales</i> sur la chirurgie ambulatoire avec participation de l'ANAP et sensibilisation à l'indicateur de performance organisationnelle sur la chirurgie ambulatoire - <i>Poursuite du développement de la plateforme</i> d'appui de premier recours pour les interventions en chirurgie ambulatoire (PAPRICA) en lien avec les URPS médecins et IDE, - <i>Accompagnement direct</i> (sous forme de "coaching").</p>
Les mesures d'accompagnement	Sensibilisation	2013 /2016	<p>Prescriptions Pilotage de l'OMEDIT dans ses missions de conseil auprès des établissements : développement des échanges de pratiques, actions de sensibilisation, information, amélioration des pratiques.</p> <p>Transports -Accompagnement par l'Assurance Maladie et l'ARS à partir de profils nationaux (données globales relatives aux prescriptions générées par l'établissement) et régionaux (suivi des objectifs qualitatifs). -Plan de communication régional. -Accompagnement de 6 établissements volontaires pour une expérimentation afférente à la mise en place d'une plateforme de régulation des transports (sur la base d'un cahier des charges élaboré par la CNAMTS).</p>
		Annuel	<p>Prescriptions Pilotage de l'OMEDIT dans ses missions de conseil auprès des établissements : développement des échanges de pratiques, actions de sensibilisation, information, amélioration des pratiques.</p> <p>Transports -Accompagnement par l'Assurance Maladie et l'ARS à partir de profils nationaux (données globales relatives aux prescriptions générées par l'établissement) et régionaux (suivi des objectifs qualitatifs). -Plan de communication régional. -Accompagnement de 6 établissements volontaires pour une expérimentation afférente à la mise en place d'une plateforme de régulation des transports (sur la base d'un cahier des charges élaboré par la CNAMTS).</p>
		2015/2016	<p>Prescriptions Pilotage de l'OMEDIT dans ses missions de conseil auprès des établissements : développement des échanges de pratiques, actions de sensibilisation, information, amélioration des pratiques.</p> <p>Transports -Accompagnement par l'Assurance Maladie et l'ARS à partir de profils nationaux (données globales relatives aux prescriptions générées par l'établissement) et régionaux (suivi des objectifs qualitatifs). -Plan de communication régional. -Accompagnement de 6 établissements volontaires pour une expérimentation afférente à la mise en place d'une plateforme de régulation des transports (sur la base d'un cahier des charges élaboré par la CNAMTS).</p>

Type de mesures	Type d'actions	Calendrier	Actions selon le champ
Les mesures de contractualisation	CPOM (RAC annuelle)	Annuel	<p>Prestations</p> <p>Avenant à l'annexe 4 « chirurgie ambulatoire » des CPOM en cours de formalisation (pour tenir compte des cibles du nouveau périmètre et communication aux établissements des nouvelles cibles de taux de chirurgie ambulatoire (nouveau périmètre) dans le cadre des dialogues de gestion.</p> <p>Transports</p> <p>ES non signataires d'un CAQOS transport : mise en œuvre de la démarche de MMH et de la démarche ANAP (identification d'actions d'amélioration de l'organisation des transports dans les établissements de santé même si ces actions ne sont à ce jour pas intégrées dans le CPOM des établissements non signataires d'un CAQOS transport).</p> <p>L'annexe qualité n°3 fera l'objet d'un examen lors des revues annuelles de contrat au regard des actions menées en faveur de l'amélioration de la pertinence des soins pour des établissements identifiés.</p>
		2015/2017	<p>Le plan triennal 2015/2017 a fait l'objet de présentations lors des dialogues de gestion des établissements de santé au cours de l'année 2015. Ses différents objectifs ont fait l'objet d'une déclinaison dans les feuilles de route stratégiques en 2015 et opérationnelles des établissements de santé en 2016 et comportent un volet pertinence des soins intégrant les questions relatives à la chirurgie ambulatoire, la pertinence des actes, des médicaments et des transports.</p> <p>Les 27 établissements ciblés dans le cadre du plan triennal ont rédigé leurs engagements dans une feuille de route opérationnelle. Des courriers d'observations ont été établis en 2016 à leur intention dans le cadre des dialogues de gestion.</p>
	<p>Feuille de route (ES suivi dans le cadre du plan triennal)</p>	Annuel	<p>Les contrats de bon usage des médicaments</p> <p>-Suivi par l'ARS, avec un appui des établissements par l'OMEDIT sur le bon usage des prescriptions de médicaments ciblés et exploitation des données pour cibler les établissements dont les pratiques sont à optimiser.</p> <p>- Communication et implication des comités du médicament des CME des établissements.</p> <p>- Contrôle sur site des prescriptions, évaluation annuelle des CBU et élaboration de plans d'actions (avenants aux CBU).</p>
	<p>CAQOS Volet CBU</p>		

Type de mesures	Type d'actions	Calendrier	Actions selon le champ
Les mesures de contractualisation	<p style="text-align: center;">CAQES Volet CAQOS</p>	<p>Annuel</p>	<p>Transports</p> <p>Dans le cadre de la mise en œuvre des CAQOS, l'ARS et l'Assurance Maladie se sont engagées à accompagner les établissements signataires d'un tel contrat dans l'optimisation de leur organisation en matière de gestion des transports sanitaires. Cet accompagnement s'est traduit par le lancement de travaux à l'échelle régionale à partir des outils développés par l'ANAP.</p> <p>Les travaux menés ont conduit à l'élaboration d'une maquette de plan d'actions, l'objectif poursuivi étant de contractualiser avec les établissements sur un plan d'actions via un CAQOS transport. La maquette est construite comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un socle d'actions que les établissements doivent absolument choisir, - 2 actions à sélectionner parmi un panel d'actions issues des travaux menés sur le sujet. <p>Ces plans d'action ont été intégrés aux CAQOS et les établissements les mettent en œuvre actuellement.</p>
	<p style="text-align: center;">CAQES Volet CAPS</p>	<p>A compter de la parution du de l'arrêté fixant le contrat type</p>	<p>Le décret n° 2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé introduit dans l'article R.162-44-2 : Le DGARS et le Directeur de l'organisme local d'assurance maladie concluent un contrat tripartite d'amélioration de la pertinence des soins avec chacun des établissements de santé identifiés en application du 4° du I de l'article R.162-44.</p> <p>Le contrat type ou volet type pertinence sera publié à la suite du décret CAQES et sera commun avec les autres volets (une partie socle et un volet type par thématique) : publication prévue avant fin 2016.</p> <p>Dans le cadre de la démarche de simplification et de l'intégration du contrat pertinence (CAPS) au sein du CAQES, la durée du contrat a été revue et sera à la main de l'ARS avec une durée maximale de 5 ans</p>

Type de mesures	Type d'actions	Calendrier	Actions selon le champ
Les mesures de contrôle	MSAP	Décembre 2015	Prestations : Lancement de la procédure MSAP (chirurgie ambulatoire en décembre 2015 (9 établissements) et évaluation.
		Janvier /Février 2016	Prestations : <u>Chir ambu</u> : 1 établissement. <u>SSR</u> : 7 établissements. Acte: <u>SCC</u> : 2 établissements. Transports Vérification de la conformité des prescriptions et des facturations aux conditions de prise en charge et à la réglementation.
		2016/ 2017	En cours de définition et au regard de la mise en œuvre des CAPS

III. Ciblage des établissements et critères permettant de les identifier

Champ de la pertinence	Modalités de ciblage et critères
<p>Chaque acte hormis la prothèse de hanche, prestation ou prescription a fait l'objet d'une fiche action qui décline le contexte réglementaire, les taux de recours nationaux et régionaux, les actions développées, la méthodologie de ciblage, les critères de ciblage</p>	
<p>1. LES ACTES</p>	
<p>Syndrome du canal carpien (SCC) (4, 5,6 ayant le plus gros poids)</p>	<p>Sont considérés comme atypiques les établissements ayant au moins 2 indicateurs de ciblage avec une « alerte » ou « clignotant » appartenant à la liste énoncée ci-dessous :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Taux d'évolution du nombre d'intervention pour un SCC sur les 5 dernières années (>95ème percentile) 2 -Part relative des patients de 65 ans et plus opérés pour un SCC (>95ème percentile) 3 -Part relative des interventions pour SCC dans l'activité d'orthopédie (>95ème percentile) 4- Part des patients ayant réalisé un EMG dans les 12 mois avant l'intervention (<5ème percentile) 5- Part relative des patients avec infiltrations avant intervention (12 mois) (<5ème percentile) 6-Part relative de patients avec attelles avant intervention (12 mois) (<5ème percentile)
<p>Appendicectomie</p>	<p>L'indice de pertinence pour l'appendicectomie est calculé pour chaque établissement, il est composé des indicateurs suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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, appendicectomies sans complications de niveau 1 7- Taux d'évolution du nombre d'appendicectomies depuis 3 ans 7Bis- Taux d'évolution du nombre d'appendicectomies depuis 5 ans 8- Sex Ratio (H/F) des patients opérés par appendicectomie 8Bis- Sex Ratio (H/F) des patients de moins de 20 ans opérés par appendicectomie

Champ de la pertinence	Modalités de ciblage et critères
<p align="center">Thyroïdectomie (1, 2,4 ayant le plus gros poids)</p>	<p>Méthode statistique (méthode des rangs en quartile) : Vision globale du positionnement de l'ES en prenant en compte l'ensemble des critères. Définition d'un seuil d'activité minimum. Pour chaque ES retenu, affectation d'une note par indicateur. Les indicateurs retenus sont les suivants : <u>Indicateur 1</u> : Part des patients opérés pour nodule thyroïdien non toxique ayant eu une cytoponction préopératoire ou une biopsie (dans les 12 mois précédents le geste) <u>Indicateur 2</u> : Part des patients opérés d'une thyroïdectomie pour cancer / tous les patients opérés d'une thyroïdectomie pour nodule (bénin ou malin) <u>Indicateur 3</u> : Taux d'évolution du nombre d'interventions pour l'ensemble des thyroïdectomies (totales et partielles) <u>Indicateur 4</u> : Part des patients ayant eu une échographie préopératoire thyroïdienne dans les 12 mois précédent <u>Indicateur 5</u> : Part des hommes</p> <p>A partir de la méthode des quartiles sera calculé un score moyen permettant un ciblage des établissements.</p>
<p align="center">PTH</p>	<p><u>Le diagnostic réalisé en 2013</u>, en région Bretagne, a montré des atypies concernant les taux de recours notamment sur les actes de chirurgie majeure de l'appareil locomoteur.</p> <p><u>Le livrable</u> du travail réalisé par le GCS CAPPs avec le groupe de pairs est un guide de bonnes pratiques de la PTH non traumatique, celui-ci portera plus largement dans le cadre du parcours de soins sur l'indication de l'acte chirurgical, le choix du matériel, les modalités de rééducation post-chirurgicale ainsi que la réalisation d'une grille de revue de pertinence.</p>
<p align="center">2. PRESTATIONS</p>	
<p align="center">SSR</p>	<p><u>Sur les 6 gestes marqueurs par rapport au niveau de recours en SSR.</u>, le ciblage des établissements se fait en fonction : -des taux de recours au SSR, de son activité (atteinte d'un seuil d'activité), de son environnement (notamment offre de soins) ainsi que des évolutions observées suites aux campagnes MSAP précédentes.</p> <p>De plus, sachant que les taux bretons observés sont très proches des taux de recours nationaux, pour impulser un moindre recours au SSR, un taux dit « cible » vers lequel les établissements bretons doivent tendre a été défini. Il s'agit du meilleur taux observé dans la région, c'est-à-dire le taux de l'établissement ayant le moins recours au SSR après chaque acte chirurgical de la liste des 6 gestes et ayant par ailleurs une activité significative.</p>

Champ de la pertinence	Modalités de ciblage et critères
<p align="center">SSR</p>	<p>Par exemple, le taux cible pour 2014 :</p> <p>Taux cible pour geste 1 : 27,5% Ex DG - 23,8% Ex OQN Taux dit « cible pour geste 2 : 1,4% Ex DG - 3,5% Ex OQN Taux dit « cible pour geste 3 : 0,6% Ex DG - 0% Ex OQN Taux dit « cible » pour geste 4: 25,4% Ex DG - 18,3% Ex OQN Taux dit « cible » pour geste 5 : 38,8% Ex DG - 38,6% Ex OQN Taux dit cible pour geste 6 : 43,5% Ex DG - 45,8% Ex OQN</p> <p>En appliquant ce taux dit « cible » à un établissement et à son volume d'activité par geste, on peut calculer pour chaque établissement un nombre de séjours avec recours au SSR évitable, soit un gain de séjours du fait d'une prise en charge ambulatoire</p>
<p align="center">Chirurgie ambulatoire</p>	<p>Parmi les 55 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire A partir d'une analyse de l'activité des établissements geste par geste, le geste est éligible à un CAPS/ une mise sous accord préalable si, selon la même méthode décrite ci-dessus et en définissant un taux cible régional propre à chaque geste (taux de l'établissement breton le plus performant à condition qu'il ait réalisé plus de 40 gestes/an) une des deux conditions suivantes est remplie :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) le taux de gain potentiel est $\geq 30\%$, 2) le volume de gain potentiel est ≥ 40 actes. <p>Parmi ces gestes éligibles, ont été retenus les gestes présentant les caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prioritairement, les gestes pour lesquels il existe un pourcentage de gain élevé : il s'agit de gestes pour lesquels l'établissement a un retard important dans le développement de l'ambulatoire (par rapport au taux cible régional). - Pour les établissements qui ont globalement régionalement des taux faibles de recours à la chirurgie ambulatoire, nous retiendrons les gestes les plus facilement accessibles à l'ambulatoire. - A l'inverse pour des établissements qui ont déjà une expérience solide de cette chirurgie se traduisant par des taux de recours à l'ambulatoire, proches des taux cibles, nous choisirons des gestes plus lourds présents sur la nouvelle liste des gestes marqueurs (cholécystectomie, chirurgie de l'épaule, ..). - Dans un 2ème temps, seront possiblement ciblés des gestes pour lesquels les taux de recours à l'ambulatoire restent acceptables, mais pour lesquels, le volume d'actes réalisé sur une année, peut générer un nombre important de nouveaux actes ambulatoire en cas de progression même modérée (exemple : gestes sur le cristallin ou les varices).

Champ de la pertinence	Modalités de ciblage et critères
3. PRESCRIPTIONS	
La pertinence de l'ultime chimiothérapie	Les valeurs cibles seront déterminées suite à l'étude qui va être réalisée.
Prescriptions des biothérapies dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde	Les établissements seront ceux pour lesquels le taux de prise en charge hospitalière est relativement plus élevé au regard du taux de recours en ville.
PHEV	<p>Les établissements sont ciblés en fonction de leur taux d'évolution des prescriptions (supérieur au taux fixé par arrêté (4 % en 2016) et du taux prévisionnel de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques (44 % en 2016). Afin d'analyser les évolutions réelles de prescriptions, sont pris en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la file active (évolution du nombre de séjours à partir des données du PMSI), - les éléments contextuels et structurels des établissements : les évolutions des prix des médicaments, la commercialisation de nouveaux médicaments et les sorties de réserve hospitalières.
Iatrogénie	Non déterminées à ce jour
Transports	<p>Les établissements sont ciblés en fonction de leur taux d'évolution des prescriptions (supérieur au taux fixé par arrêté : 2,2 % en 2016) et du montant de prescriptions de transports (supérieur au seuil fixé par arrêté : 500 000 € en 2016). Afin d'analyser les évolutions réelles de prescriptions, sont pris en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la file active (évolution du nombre de séjours à partir des données du PMSI), - les éléments contextuels et structurels des établissements, - les prescriptions de transports issues du Centre 15.

IV. Les modalités de suivi et d'évaluation

1- Modalités générales de suivi et d'évaluation

Thèmes	Type de suivi	Evaluation de l'atteinte des objectifs fixés	Indicateurs de suivi des établissements
<p>Sont concernés de façon générale</p> <p>-Les actes -Les prestations -Les prescriptions</p> <p>retenus au PAPRAPS</p>	MSAP	Pour 6 mois. L'établissement se doit de mettre en place les dispositions nécessaires au respect de ou des indicateurs à améliorer.	<p>Modification du score de classement (ABC) selon l'acte et correction d'une ou plusieurs composantes de l'indicateur de ciblage</p> <p>% d'atteinte du taux dit « cible » en termes de taux de recours pour l'acte ou la prise en charge concerné</p>
	Feuille de route	Annuelle par l'ARS/ AM au minimum et plus sur certaines thématiques selon la possibilité de mobiliser des données en infra-annuel	Indicateurs liés à la pertinence des soins dans le cadre des outils de suivi du plan triennal
	CPOM ARS/ établissements	Annuelle dans le cadre de la revue de contrat ARS/ Annexe 3 qualité du CPOM	Réalisation de la revue de pertinence au regard de l'action régionale en matière de pertinence définie par l'ARS
	CAQES Volet CAPS	Annuelle par l'ARS/AM Repose sur les objectifs définis dans le CAPS de l'établissement	Définis dans le CAPS de l'établissement

2- Modalités spécifiques à certaines thématiques

Particularité pour certaines thématiques	Type de suivi	Evaluation de l'atteinte des objectifs fixés	Indicateurs de suivi des établissements
PTH	Feuille de route CPOM Dialogue de gestion	Annuelle à partir de 2017 suite à la réalisation du de la grille de revue de pertinence	Réalisation d'une revue de pertinence Mise en place d'un plan d'amélioration au regard de la revue intégrant l'atteinte du niveau de seuil régional
PHEV	Accompagnement et CAQOS	Une fois par an Objectifs quantitatifs et qualitatifs annexés au contrat	Taux d'évolution des prescriptions Taux de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques Suivi de la mise en œuvre de leurs plans d'actions
Transports	Accompagnement et CAQOS	Une fois par an Objectifs quantitatifs et qualitatifs annexés au contrat	Taux d'évolution des dépenses de transports suivi de la mise en œuvre des plans d'action
Iatrogénie	Trois groupes de médicament sont particulièrement impliqués psychotropes, médicaments à visée cardiovasculaire, analgésiques et anti-inflammatoires		Taux d'évolution des événements iatrogéniques ? (si documentés) Taux d'évolution de prescriptions de ces thérapeutiques ?