Guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins

Synthèse de la démarche régionale préconisée dans ce guide 3

Introduction 5

Partie 1 : démarches nationales, régionales et locales d'amélioration de la pertinence des soins 6

A. Démarches nationales 6

1. Lancement national de la démarche 6
2. Leviers mobilisés à destination d'une mise en œuvre par les professionnels concernés 7
3. Démarches nationales sur des thématiques ciblées 9
4. Perspectives 10

B. Articulation des démarches nationales, régionales et locales 12

C. Démarche régionale 13

1. Dispositif de pilotage et modalités d'élaboration d'un plan d'action régional 13
2. Dialogue de gestion ARS-ES, définition et suivi du plan d'action des établissements de santé 16

D. Communication 24

Partie 2 : orientations méthodologiques et outils mobilisables dans la démarche régionale d'amélioration de la pertinence des soins 25

1. Méthodologie d'analyse des taux de recours aux soins hospitaliers 25
2. Données complémentaires aux taux de recours et indicateurs d'analyse et de comparaison des pratiques 36
3. Préconisations méthodologiques sur les études au dossier 45
4. Outils de communication 55

ANNEXES 57

A. Travaux HAS prévus en 2012 et 2013 57

B. Composition du groupe de travail DGOS/HAS/CNAMTS/ATIH/ARS à l'origine du présent guide 59

C. Exemples d'indicateurs de comparaison des pratiques en cours de validation dans le cadre des démarches nationales thématiques 60

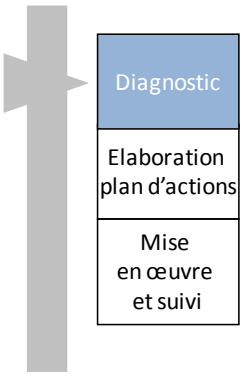
D. Exemples d'indicateurs retenus par certaines ARS pour affiner, au niveau ES, l'analyse d'activités ciblées 61

E. Appel à candidatures réalisé par l'ARS Bretagne sur la chirurgie ambulatoire 63

Synthèse de la démarche régionale préconisée dans ce guide

La démarche régionale est au cœur du dispositif d'amélioration de la pertinence des soins. Elle pourra s'appuyer sur des méthodes et outils développés au niveau national et sur des échanges d'expériences entre régions.

Les schémas ci-dessous représentent de manière synthétique pour chacune des étapes de la démarche le but visé, les méthodes et outils mobilisables et les activités préconisées. Le phasage et le déroulement même de la démarche pourront bien sûr être modulés en fonction des thématiques mais aussi du contexte régional et de la capacité de chaque entité impliquée, en terme de ressources disponibles.



But

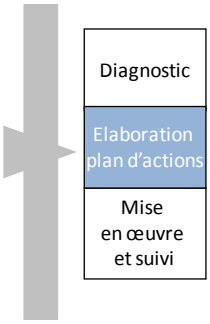
Identifier les enjeux régionaux d'amélioration de la pertinence des soins

Méthodes et outils

- **Données quantitatives :**
  - Taux de recours aux soins hospitaliers disponibles sur SNATIH
  - Matrices de consommation/productions disponibles sur SNATIH
  - Indicateurs de comparaison des pratiques développés pour certaines thématiques dans le cadre de programmes nationaux d'accompagnement : césarienne programmée à terme (HAS/FFRSP/DGOS), appendicectomie et syndrome du canal carpien (CNAMTS), ….
- **Données qualitatives :**
  - Outils HAS : notes de problématique, recommandations, évaluations technologiques, outils d'amélioration des pratiques (cf. calendrier de mise à disposition des outils en annexe)
  - Outils des sociétés savantes

Activités

- Analyser les données quantitatives disponibles : identifier des atypies et évaluer leur impact médico-économique
- Recenser les données qualitatives disponibles sur les thématiques identifiées
- Rechercher les causes des écarts
- **Impliquer les professionnels de santé** dans le diagnostic : mettre en place une concertation régionale
- Comprendre et analyser le fonctionnement de l'organisation régionale actuelle, recenser les contraintes et commencer à identifier les levier d'actions



But

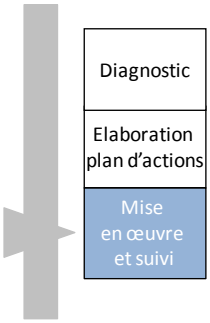
Mettre en place un plan d'amélioration régional de la pertinence des soins sur les thématiques identifiées lors du diagnostic

Méthodes et outils

- **Programmes nationaux d'accompagnement :** 2 programmes sont initiés début 2013 (l'un sur la césarienne programmée à terme par HAS/FFRSP/DGOS et l'autre sur l'appendicectomie et le syndrome du canal carpien par la CNAMTS)
- **Share Point animé par la DGOS, initié début 2013**
- **Outils professionnels mis à disposition par la HAS, au-delà des programmes susmentionnés**
- **Guide méthodologique, récapitulant notamment des initiatives locales :**
  - organisation de missions d'accompagnement par d'autres professionnels de santé volontaires (ex : ARS Bretagne/chirurgie ambulatoire)
  - mise en place de registre de suivi d'activité (ex : ARS PACA/angioplasties coronaires)
  - création de groupes de pairs pour l'analyse de pratiques (ex : ARS Pays de la Loire),
  - mise en place de RCP hors cancérologie pour les décisions d'indication complexes, ….

Activités

- Choisir la stratégie d'action la plus adaptée, selon la thématique et les professionnels de santé concernés
- Inciter les ES à y participer : valoriser les actions mises en place en tant qu'EPP dans le plan d'actions de la certification des ES et en tant qu'action de DPC au niveau individuel, valoriser la cohérence du plan d'actions proposé avec les autres actions initiées dans la région : parcours de soins des personnes âgées (prévention des risques iatrogènes des médicaments/pertinence des prescriptions), promotion de la qualité et de la sécurité des soins (pertinence des actes…), MSAP (pertinence des modes de prise en charge)…
- Contractualiser la réalisation des actions dans une annexe du CPOM ARS-ES



But

Mobiliser les équipes pour la mise en œuvre des actions et suivre l'avancement et les résultats de la démarche

Méthodes et outils

- Plan de communication (kit de communication sur le Share Point),
- Guide méthodologique
- Sharepoint / mutualisation des expériences des autres régions
- Programmes de formation (DPC)
- Evaluation des programmes nationaux et restitution du retour d'expérience

Activités

- Mobiliser les équipes : prévoir une présentation de la démarche d'amélioration de la pertinence des soins auprès des ES et le cas échéant des professionnels libéraux, rappeler l'alignement stratégique du projet, relayer les communications faites dans les différents congrès par les instances nationales, présenter le plan d'action et le planning prévisionnel, discuter/clarifier les actions à réaliser
- Anticiper les résistances, identifier les leviers et plans d'actions pour faciliter le changement, identifier les personnes ressources
- Evaluer la performance d'une organisation sur un site pilote, corriger et ajuster
- Suivre la réalisation des actions par les ES ; le cas échéant, identifier les points de blocage et mettre en œuvre des actions pour les lever
- Evaluer, informer et communiquer sur les résultats de la démarche

Introduction

Constats et enjeux

Constats

Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003 réformant la planification sanitaire, celle-ci est passée d'une logique de planification des moyens (lits, équipements, via la carte sanitaire) à une logique de planification de la production (OQOS volume), pour aujourd'hui s'orienter vers l'organisation de la réponse aux besoins de santé de la population (approche taux de recours de la population domiciliée).

Les analyses menées à cette occasion ont parfois montré, sur certains segments d'activité, des variations très fortes des taux de recours aux soins hospitaliers entre les régions et entre les territoires de santé, que les indicateurs démographiques ou sanitaires (notamment épidémiologiques) ne suffisent pas à expliquer. Ce constat a induit une réflexion sur l'existence éventuelle de soins non pertinents et sur les disparités d'accès aux soins.

Enjeux

L'organisation de la réponse aux besoins de santé de la population part d'un diagnostic sur l'adaptation actuelle des soins à l'état de santé des patients : il s'agit autant d'identifier des manques ou des insuffisances de soins que de pointer des excès pour chercher à les corriger.

Les actions d'amélioration de la pertinence ont pour objectifs l'accroissement de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que l'optimisation de l'efficience des dépenses de santé dans le cadre d'un ONDAM contraint:

- en réduisant les inadéquations en court séjour, en SSR ou en Psychiatrie ou en limitant les hospitalisations évitables (pertinence des séjours, pertinence des parcours de soins) ;
- en optimisant les modes de prise en charge - hospitalisation complète, soins ambulatoires, soins externes - (pertinence des modes de prises en charge) ;
- en participant à l'amélioration des pratiques (pertinence des actes et de l'utilisation des produits de santé).

Le présent guide est centré sur l'amélioration de la pertinence des soins. L'enjeu d'accès aux soins relève pour sa part de leviers différents, dont ceux concernant l'offre : démographie des professionnels de santé, attractivité géographique des territoires, structuration de filières, coopérations inter-établissements, etc.

Ce guide concerne l'ensemble des axes de la pertinence précités. Ainsi, même si les outils les plus développés à ce jour portent sur la pertinence des actes, des modes de prise en charge (principalement chirurgie ambulatoire et insuffisance rénale chronique terminale) et de l'utilisation des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux), des travaux sont prévus pour fournir des outils sur les autres axes de la pertinence des soins. De façon similaire, les données de diagnostic sont, dans ce guide, circonscrites au champ hospitalier mais ont vocation à être étendues aux données de soins ambulatoires (ou soins de ville), notamment pour les prises en charge qui comportent des alternatives hôpital/ville ou qui s'inscrivent dans un parcours de soins.

Partie 1 : démarches nationales, régionales et locales d'amélioration de la pertinence des soins

A. Démarches nationales

1. Lancement national de la démarche

La démarche mise en place au niveau national vise à construire une approche structurée globale de la pertinence des soins et à développer les outils indispensables à son amélioration.
Elle s'appuie principalement sur deux leviers :

- le développement d'outils d'amélioration continue des pratiques professionnelles,
- la mise en place de plans régionaux de mobilisation des établissements et des professionnels de santé.

Ces deux approches sont pilotées par un comité national mis en place en juin 2011, présidé par la Direction Générale de l'Offre de Soins et auquel participent l'ensemble des acteurs de l'offre de soins[1].

Le **levier d'amélioration des pratiques** s'appuie majoritairement sur les travaux de la Haute Autorité de Santé (HAS). Un travail collaboratif a été mené depuis mi-2011 entre la DGOS, l'ATIH, la CNAMTS et la HAS pour préciser les caractéristiques des livrables attendus sur les thèmes identifiés par la CNAMTS et l'ATIH et programmer les travaux de la HAS sur cette thématique.
En effet, il s'agit dans le cadre de ces travaux de s'interroger sur la pratique (le « comment faire ») mais également sur la pertinence de la réalisation du geste (le « pour quoi faire »). En 2012, la HAS a fait évoluer de manière importante sa méthodologie afin de l'adapter à cette problématique et de produire des **outils professionnels directement applicables à la pratique**, en réservant les classiques recommandations d'élaboration plus longue aux cas complexes pour lesquels le consensus n'existe pas d'emblée. Cette nouvelle méthode présente l'avantage de permettre une élaboration plus rapide et de faciliter l'actualisation des outils fournis. Ces derniers serviront d'éléments d'aide à la décision des parties prenantes : il s'agit de schémas d'aide à la pratique, de traçabilité de la décision médicale sur la base d'une analyse bénéfice/risques qui rendront compte, notamment au travers du dossier du patient, de la pertinence de l'indication d'un acte ou d'un séjour. Les conseils nationaux professionnels sont impliqués dans l'élaboration de ces outils, permettant la participation des professionnels le plus précocement possible dans la démarche.

[1] la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, la Haute Autorité de Santé, l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, et des autres partenaires institutionnels (Direction de la Sécurité sociale, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, Direction générale de la Santé, Institut National du Cancer, Institut de recherche et documentation en économie de la santé), les fédérations (Fédération Hospitalière de France, Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés non lucratifs, Fédération de l'Hospitalisation Privée, UNICANCER-Fédération française des Centres de lutte contre le cancer, Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile), les conférences (présidents de Commission Médicale d'Etablissement de Centre Hospitalier Universitaire, Centre Hospitalier, Centre Hospitalier Spécialisé, établissements de santé privés à but non lucratif, et hospitalisation privée ; directeurs généraux de Centre Hospitalier Universitaire et de Centre Hospitalier ; conférence des doyens), les représentants des syndicats de médecine libérale pour l'hospitalisation privée, les représentants des usagers.

La méthode de programmation de la production des outils par la HAS a été validée par le groupe de concertation national sur la pertinence des soins. La priorisation est déterminée sur la base de plusieurs critères, principalement : la dispersion des taux de recours, la dynamique d'activité sur 2007-2010, le nombre de séjours concernés, le poids financier associé, la faisabilité d'élaboration des référentiels de bonne pratique par la HAS, l'opérationnalité de ces référentiels pour être en mesure ensuite d'identifier les pratiques non pertinentes.

Sur la base des 4 premiers critères, 25 activités (correspondant à 27 racines de GHM) ont été identifiées par l'ATIH. A partir de cette sélection ayant donné lieu à un rapport qui sera diffusé sur le site internet de l'ATIH en janvier 2013, les deux autres critères ont été pris en compte pour établir le programme des travaux HAS pour 2012 et 2013, présenté en annexe (cf. annexe A).

Le **levier de mobilisation régionale** s'appuie sur l'organisation par les ARS d'une concertation locale sur la base des constats réalisés en région. La concertation permet d'aboutir à la mise en œuvre de démarches d'amélioration de la pertinence sur l'ensemble de la région et, si nécessaire, de prévoir un accompagnement spécifique des établissements dont la pratique parait éloignée de celle observée au niveau national.

Pour accompagner les ARS dans la mise en place de cette démarche, la DGOS et la CNAMTS ont initié en mars 2012 un groupe de travail avec 6 ARS ayant engagé localement des actions sur les écarts constatés à partir d'analyses territoriales (voire infra territoriales) des taux de recours. Il s'agit des ARS Alsace, Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, PACA et Pays-de-la-Loire. La HAS et l'ATIH participent également à ce groupe de travail. L'enjeu était de capitaliser sur les avancées déjà réalisées pour organiser en région les outils d'amélioration de la pertinence des soins. Le présent guide est le fruit du travail de ce groupe (cf. composition nominative du groupe de travail à l'annexe B).

2. Leviers mobilisés à destination d'une mise en œuvre par les professionnels concernés

La pertinence des soins est une priorité nationale, pour laquelle plusieurs leviers convergents sont ou seront mobilisés :

- La pertinence des soins fait partie des critères d'inscription au programme de travail de la **HAS** dans le cadre de l'appui à l'**amélioration des pratiques professionnelles** (cf. supra et annexe A).

- Le manuel de **certification des établissements de santé** V2010 a fait de la politique et l'organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) une pratique exigible prioritaire. La pertinence des soins est une des thématiques ciblée pour cette démarche d'EPP comme le précise le critère 28b. Ainsi, dans la V2010, il est demandé de réaliser des EPP sur tous les champs où l'établissement a identifié des enjeux d'amélioration de la pertinence des soins (exemples : pertinence des hospitalisations, pertinence des admissions aux urgences, pertinence du mode d'hospitalisation -hospitalisation complète, prise en charge ambulatoire ou à domicile-, pertinence de la prescription d'examens d'imagerie médicale, pertinence de la prescription des produits hors GHS.) Dans sa V2014, la certification des établissements de santé prendra encore davantage en compte la pertinence des soins, en liant notamment les EPP et l'item « pertinence » au profil de risque de l'établissement

- Un élargissement du principe de l'**accréditation** des professionnels de santé est également étudié par la HAS pour valoriser les pratiques exemplaires et mettre en avant les points forts d'équipes particulièrement entraînées à la maîtrise des démarches qualité et sécurité.

- Il est également prévu que la thématique de l'amélioration de la pertinence des soins fasse partie des orientations nationales du **développement professionnel continu** (la parution de l'arrêté ministériel fixant les orientations nationales du DPC est prévue au 4è trimestre 2012 pour cette année de lancement du dispositif). Les ARS pourront compléter les orientations nationales par des orientations régionales spécifiques de DPC, en cohérence avec leur projet régional de santé, après avis de la commission scientifique spécifique indépendante ou de la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales. Les ARS pourront donc cibler les thématiques correspondant aux enjeux régionaux identifiés afin d'inciter les médecins à sélectionner une action de DPC sur ce thème.

- Dans le cadre du SROS-PRS une nouvelle démarche de pilotage des volumes d'activité des établissements de santé a été mise en place. Les enjeux et les outils ont été présentés dans le guide méthodologique sur l'analyse des taux de recours et le pilotage de l'activité des établissements de santé[2]. Les **CPOM Etat-ARS** se font l'écho de cette démarche, notamment avec des engagements sur l'évolution des volumes d'activité et sur la mise en place d'actions pour améliorer la pertinence des soins. Les **CPOM ARS-Etablissement de santé** permettent la déclinaison au niveau des établissements de la démarche régionale d'amélioration de la pertinence des soins. C'est en effet dans le contrat que peuvent être définis à ce titre des objectifs contractuels portant sur les enjeux d'amélioration identifiés au cas par cas sur le territoire de santé dans le cadre de la démarche d'analyse conduite par l'ARS et surtout un plan d'actions d'amélioration accompagné d'indicateurs de suivi, comme cela est précisé en partie 1.C.2. « dialogue de gestion ARS-ES, définition et suivi du plan d'action des établissements de santé ».

- La démarche de **mise sous accord préalable** (MSAP) de l'assurance maladie est un levier actuellement mobilisé par la CNAMTS pour améliorer la pertinence de certains modes de prise en charge. La MSAP est ciblée sur certains établissements et peut être mise en œuvre sur une période plus ou moins longue, d'au maximum 6 mois. Elle est déclenchée par le directeur de l'ARS, sur proposition du directeur de CPAM, après une procédure contradictoire avec l'établissement.

L'amélioration de la pertinence des soins peut donc s'appuyer à la fois sur des **dispositifs génériques** (certification, accréditation, DPC, CPOM) et sur des **outils ciblés par thématique** (recommandations, outils d'amélioration des pratiques de la HAS, outils et indicateurs d'alerte de type taux de recours, matrices de consommation/production, indicateurs de comparaison des pratiques, MSAP). L'ensemble de ces dispositifs et outils a vocation à appuyer les démarches régionales en cours ou à venir pour améliorer la pertinence des soins.

[2] Circulaire n°DGOS/R5/2011/485 du 21/12/2011 relative au guide sur le pilotage de l'activité des établissements de santé

3. Démarches nationales sur des thématiques ciblées

Dans le prolongement de l'élaboration des outils HAS, des démarches thématiques nationales d'accompagnement sont prévues et viennent en appui des démarches lancées au niveau régional. On peut citer à ce titre l'accompagnement de la CNAMTS sur la pertinence des appendicectomies et de la chirurgie du canal carpien et l'accompagnement HAS/DGOS/ Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) sur la pertinence des césariennes programmées à terme. D'autres thématiques seront progressivement concernées par ces démarches d'accompagnement nationales. Cela sera notamment prochainement le cas de la pertinence des examens d'Imagerie[3].

- **L'accompagnement de la CNAMTS sur la pertinence des appendicectomies et de la chirurgie du canal carpien**

Pour ces deux thématiques, la CNAMTS construit des indicateurs de comparaison des pratiques, pour fournir aux ARS et aux établissements de santé des outils complémentaires permettant de positionner leur pratique par rapport à celle des autres établissements et professionnels de santé (cf. annexe C).

La CNAMTS a ainsi recherché les facteurs associés aux variations interdépartementales de réalisation des appendicectomies et identifié des indicateurs de comparaison des pratiques. Ces indicateurs permettent de déterminer des seuils d'alerte qui sont établis sur un modèle probabiliste de pertinence consistant à considérer la pratique de l'établissement par rapport à celle des autres établissements. Ces indicateurs permettront aux ARS et aux professionnels de santé de déterminer le niveau de priorité des actions à mettre en œuvre.

Une démarche similaire est également menée sur la chirurgie du canal carpien.

La CNAMTS procédera à partir de fin 2012 à une validation de ces indicateurs de comparaison avec les régions volontaires en menant des analyses de dossiers patients dans les établissements candidats. Cet accompagnement pourra utilement s'intégrer dans les plans de mobilisation régionaux, en fonction des priorités retenues par chaque région.

- **L'accompagnement HAS/DGOS/ Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) sur la pertinence des césariennes programmées à terme**

La HAS a publié en septembre 2012 un ensemble d'outils destinés à favoriser la mise en pratique de la recommandation de bonne pratique « Indications de la césarienne programmée à terme »[4]. Ce programme est destiné à l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale en charge du suivi de grossesse. Il propose des exemples concrets de méthodes et outils d'analyse et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, aux différentes étapes de parcours génériques de femmes enceintes pouvant nécessiter une césarienne à terme en fonction de facteurs de risques. Une démarche nationale d'accompagnement sera

[3] Instruction N°CNAMTS/DGOS/R3/2012/248 du 15 juin 2012 relative à la priorité de gestion du risque sur l'imagerie médicale en 2010-2012.

[4] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1294171/cesarienne-programmee-a-terme-optimiser-la-pertinence-du-parcours-de-la-patiente

lancée fin 2012 sur la base du volontariat pour fournir une aide méthodologique aux établissements de santé et organiser le partage du retour d'expériences permettant l'enrichissement du programme à disposition de l'ensemble des professionnels de santé[5]. A l'échelon régional, la démarche sera portée par les Agences régionales de santé (ARS), les réseaux régionaux de périnatalité, les gynécologues-obstétriciens (CNGOF) et sages-femmes (CNSF) avec l'appui de la HAS, la FFRSP et la DGOS. Les analyses de pratiques seront réalisées par les professionnels de l'ES, avec l'appui des réseaux régionaux et celui de la HAS sur les éléments de méthode. Les retours d'expérience des professionnels de santé seront diffusés sur le site de la HAS afin de mettre à disposition de l'ensemble des professionnels concerné un outil opérationnel enrichi.

Il est prévu d'élargir à d'autres thématiques que les césariennes programmées à terme le recueil mis en place par la HAS permettant à l'ensemble des professionnels de santé concernés d'avoir connaissance de démarches d'analyse et amélioration des pratiques mises en œuvre par leurs pairs.

4. Perspectives

- **Développement d'outils nationaux sur plusieurs axes de la pertinence des soins**

Si les sujets les mieux documentés dans ce guide relèvent essentiellement de l'amélioration de la pertinence des actes, les principes exposés, notamment la gouvernance régionale, la contractualisation ARS-ES et l'implication des professionnels, s'intègrent parfaitement dans une démarche d'amélioration de la pertinence des soins au sens large.
Les principaux déterminants à prendre en compte selon l'axe de pertinence visé sont décrits dans la partie 1.C.2. de ce guide.

Concernant la pertinence des modes de prise en charge, des travaux nationaux vont s'engager au-delà de la chirurgie ambulatoire et de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale pour lesquels des outils sont déjà disponibles.

Concernant la pertinence des parcours de soins, il s'agit d'une dimension essentielle car elle interroge à la fois l'opportunité de la prise en charge mais également la pertinence de l'organisation des soins dans leur ensemble. Il s'agit d'une notion complexe à appréhender sur laquelle plusieurs réflexions sont en cours ou vont être lancées prochainement :

- Suite aux travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, des prototypes de parcours de soins / santé pour la prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie préfigurant une nouvelle organisation des modalités de prise en charge renforçant les liens entre champs sanitaire et social seront mis en place en 2013 puis évalués ; ces projets pilotes ont vocation à être généralisés en fonction des résultats de l'évaluation mise en place[6].
- Dans le cadre de la priorité ministérielle des soins de proximité, huit parcours ou moments clés de parcours de santé[7] vont faire prioritairement l'objet d'un accompagnement particulier.

[5] Instruction DGOS/R5/2012 relative à l'appel à candidatures pour l'expérimentation pilote du programme d'analyse et d'amélioration des pratiques de césarienne programmée à terme
[6] Avis du 22 avril 2010 « vieillissement, longévité et assurance maladie » et rapport du 23 juin 2011 « assurance maladie et perte d'autonomie »
[7] BPCO, diabète de type 2, insuffisance cardiaque, cancer, urgences et personnes âgées, sortie de l'hôpital, périnatalité, adolescents

- La Haute Autorité de Santé produit des « outils » pour structurer et évaluer les parcours, en particulier ceux relatifs aux maladies chroniques ; des guides sur l'organisation des parcours et des programmes personnalisés de soins sont élaborés par la HAS dans cet objectif[8].
- Le positionnement des soins de suite et de réadaptation (SSR) dans le parcours des patients va également faire l'objet d'outils d'évaluation, avec notamment l'élaboration en cours d'une grille de pertinence de type AEP pour l'admission des patients en SSR. Cet outil vise à contribuer à une prise en charge plus rapide par la structure SSR, mais également à éviter le séjour en SSR de patients ne relevant pas de cette modalité de prise en charge. Il s'agit d'améliorer la pertinence des soins et des parcours de soins par une optimisation de l'adéquation des soins aux besoins des patients.
- L'ANAP a également accompagné des ARS dans l'identification des points de rupture des parcours et la mise en place d'actions correctives[9].
- La CNAMTS développe des initiatives pour améliorer les parcours de soins (sophia, PRADO…) et a identifié pour 6 parcours de soins[10] les différentes étapes du processus de soins (prévention primaire, secondaire, séquences de soins,…) pour lesquelles des optimisations sont possibles tant en termes de qualité qu'en termes de coût de prise en charge.
- Enfin, des travaux de recherche vont être menés sur des indicateurs de type PQI « *prevention quality indicators* » qui évaluent les admissions hospitalières potentiellement évitables qui surviennent dans le cadre de décompensation de maladies chroniques suivies en ambulatoire (asthme, BPCO, diabète, insuffisance cardiaque…) et approchent donc les problèmes de prévention et d'hospitalisation. Ces indicateurs sont destinés à terme à s'intégrer dans le dispositif de diagnostic régional des enjeux d'amélioration de la pertinence des soins.

Ces différentes initiatives concourent à l'élaboration d'outils destinés à améliorer la pertinence des parcours de soins.

- **Organisation du retour d'expériences et capitalisation pour l'ensemble des ARS et des professionnels de santé**

Un espace commun entre la DGOS et les ARS, dédié à la pertinence des soins, sera créé d'ici la fin 2012 via l'outil Sharepoint[11]. Il se concrétisera :

- **par une bibliothèque d'outils** : dans cet espace, seront regroupés les différents outils existants (guides méthodologiques, liens vers les outils HAS, CNAMTS, ATIH…). La bibliothèque sera également progressivement enrichie des démarches mises en œuvre au niveau régional.
- **par un forum** dans lequel l'ensemble des référents seront à même de poser des questions, de répondre et/ou de s'approprier les réponses déjà formulées.

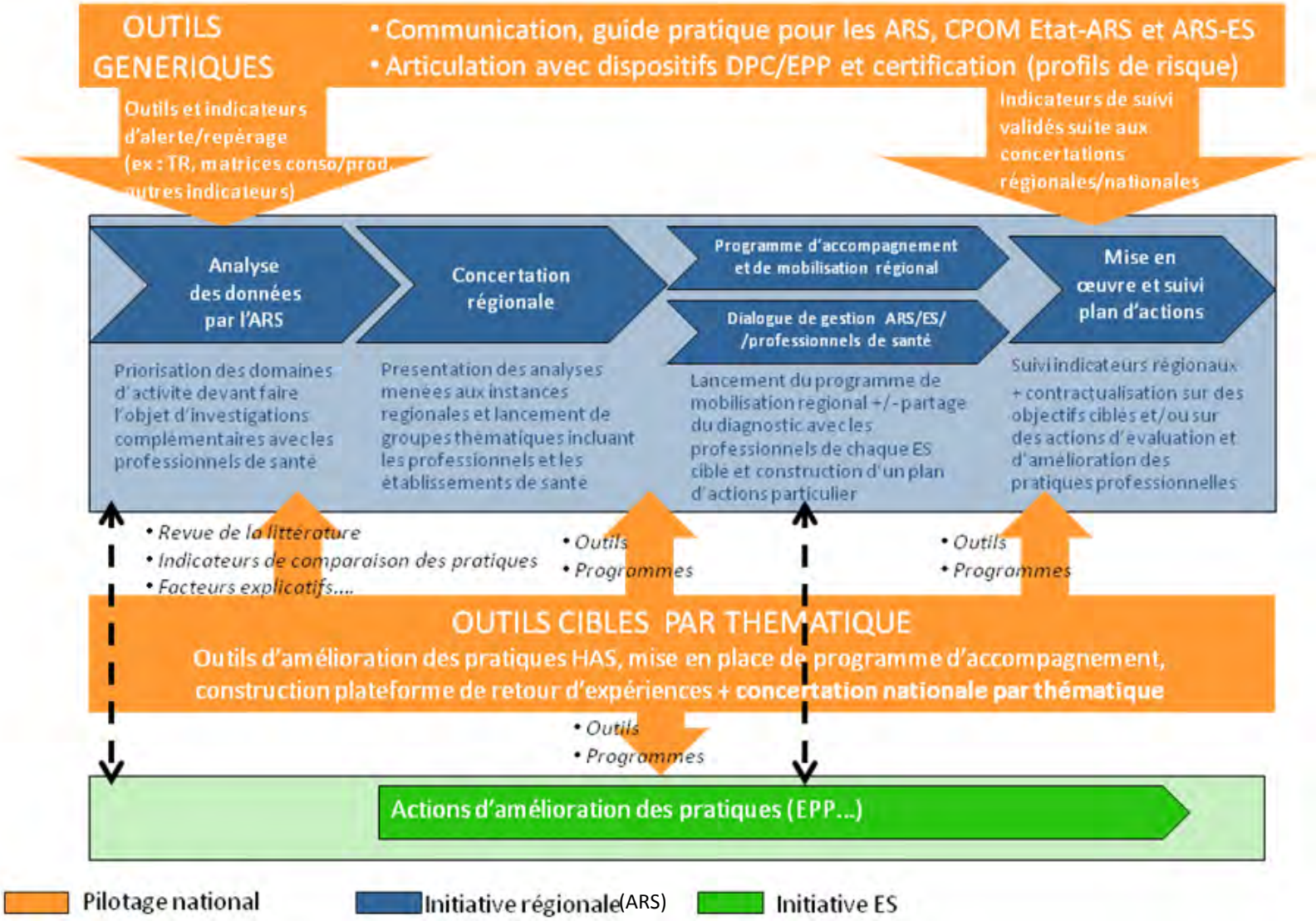
[8] Quatre guides et outils associés ont été publiés par la HAS : BPCO, maladie rénale chronique, maladie de Parkinson et insuffisance cardiaque. D'autres guides – sur la maladie coronarienne, la fibrillation auriculaire, la sclérose en plaques et la maladie d'Alzheimer – sont en préparation.

[9] Les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/les-parcours-de-sante-des-personnes-agees-sur-un-territoire-realiser-un-diagnostic-et-definir/

[10] diabète, cancer colorectal, insuffisance cardiaque, chirurgie programmée (prothèses de genou, hernies inguinales et crurales, varices des membres inférieurs)

[11] https://partage.ars.sante.fr/default.aspx

B.Articulation des démarches nationales, régionales et locales



C. Démarche régionale

1. Dispositif de pilotage et modalités d'élaboration d'un plan d'action régional

La démarche régionale est au cœur du pilotage du dispositif d'amélioration de la pertinence des soins. Le facteur clé de succès concerne la mobilisation des acteurs régionaux (représentants régionaux des fédérations, conférences de présidents de CME, professionnels des spécialités concernées…) autour de cette problématique et l'implication des professionnels de santé (professionnels de santé libéraux de ville, professionnels de santé des établissements de santé) qu'il faut encourager le plus tôt possible dans la démarche. Le portage stratégique de cette thématique par l'ARS à son plus haut niveau est un élément essentiel conditionnant la réussite de cette mobilisation large des acteurs régionaux. A cet égard, la communication est une composante importante et les différents media disponibles (outils de communication habituels des ARS, congrès professionnels, presse médicale…) doivent être utilisés pour atteindre l'objectif d'implication la plus large possible des professionnels de santé.

La dynamique régionale sera facilitée par le recours aux leviers nationaux et aux accompagnements thématiques développés au niveau national (ex : césariennes programmées, appendicectomies, libération du canal carpien…) même si le champ de l'action régionale est plus large puisqu'il porte sur l'ensemble des enjeux spécifiques identifiés sur les territoires. Le phasage et le déroulement même de la démarche peuvent être modulés en fonction des thématiques mais aussi du contexte régional et de la capacité de chaque entité impliquée, en terme de ressources disponibles.
Lorsqu'elles existent, les structures régionales d'appui sur la qualité et la gestion des risques (structures créées par analogie aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales) peuvent être un support dans la démarche pour les ARS, les établissements et les professionnels de santé. Ces structures sont composées de professionnels experts et ont pour mission d'aider aux démarches d'évaluation des pratiques.

Un exemple de phasage est présenté ci-dessous :

1. <u>Identification par l'ARS des enjeux régionaux à partir des données et des outils disponibles</u>

Il s'agit d'élaborer une proposition de diagnostic et de hiérarchisation des priorités concernant les domaines d'activité devant faire l'objet d'investigations complémentaires avec les professionnels de santé.
Les données mobilisées à cette étape sont notamment celles fournies par le niveau national :

- données quantitatives : taux de recours aux soins hospitaliers (source ATIH), matrices consommation/production des établissements de santé (source ATIH), indicateurs complémentaires pour certaines thématiques,
- données qualitatives : note de problématique pertinence, recommandations, outils professionnels… (source HAS), outils des sociétés savantes…

Le livrable de cette étape pourra être le projet de diagnostic régional, à porter à la concertation.

2. Mise en place d'une concertation régionale

Il s'agit d'organiser une concertation locale sur la base des constats et des profils des établissements de santé. Si celle-ci a été mise en place pour le pilotage de l'activité des établissements de santé, l'instance opérationnelle de dialogue[12], est également adaptée à la concertation sur la problématique de la pertinence des soins. Il est effet essentiel d'associer au partage du diagnostic et à l'identification des leviers d'action envisageables :

- les représentants des professionnels des établissements de santé, dont en particulier les représentants des commissions et conférences médicales d'établissement,
- les représentants des Unions régionales des professionnels de santé (URPS)
- et les représentants des établissements médico-sociaux.

Une analyse complémentaire, par domaine d'activité, peut se révéler nécessaire et fera alors intervenir des groupes thématiques, dont la composition sera déterminée par l'ARS en concertation avec l'instance régionale de dialogue.

Illustration: organisation de la concertation sur la pertinence des soins en Provence-Alpes-Côte-D'azur et en Pays de la Loire

- **En Provence-Alpes-Côte-D'azur : la concertation sur la pertinence des soins est prévue à 2 niveaux**
  - au niveau de l'**instance régionale de dialogue** qui réunit l'ARS avec les fédérations hospitalières, l'Assurance maladie, les URPS, les représentants de la CRSA et des représentants de CME ;
  - au niveau de la **CRSA** où il est prévu de présenter et discuter les sujets de régulation de l'activité et de pertinence de l'organisation du système de soins, permettant ainsi à l'ensemble des acteurs de la santé de la région d'être associés.

- **En Pays de la Loire**

  L'instance régionale est composée de deux représentants pour chaque fédération (un administratif et un médecin) et d'un représentant pour les URPS : médecins, infirmiers, chirurgiens-dentistes.

Les livrables de cette étape de concertation pourront être :

- le diagnostic régional validé,
- les fiches synthétiques par ES regroupant les indicateurs de comparaison des pratiques, (établies au niveau national ou au niveau régional par l'instance régionale de dialogue),
- et le descriptif des étapes suivantes.

[12] Circulaire n°DGOS/R5/2011/485 du 21/12/2011 relative au guide sur le pilotage de l'activité des établissements de santé et circulaire n° DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS).

3. Elaboration d'un programme d'accompagnement et de mobilisation régionale

Ce programme pourra s'appuyer, en fonction des thématiques, sur les outils développés par la HAS.

Il s'agira de mettre en œuvre des démarches d'amélioration de la pertinence :

- sur l'ensemble de la région
- et, si nécessaire, avec un accompagnement renforcé pour les établissements dont la pratique parait éloignée de la pratique nationale.

L'instance opérationnelle de dialogue, aidée des groupes thématiques et des démarches d'accompagnement développées nationalement (par exemple, sur la césarienne programmée avec l'appui de la fédération nationale des réseaux de périnatalité), établira ce programme. Celui-ci pourra inclure par exemple :

- une première phase d'action : diffusion des fiches de comparaison des pratiques, diffusion des bonnes pratiques par des pairs, dialogue avec certains établissements, analyse au dossier par l'établissement…,
- une phase de suivi en précisant sa périodicité et les critères d'évaluation,
- une phase d'actions complémentaires à déclencher en cas d'absence d'amélioration (actions de type analyse de dossiers par l'ARS et/ou la CNAMTS...).

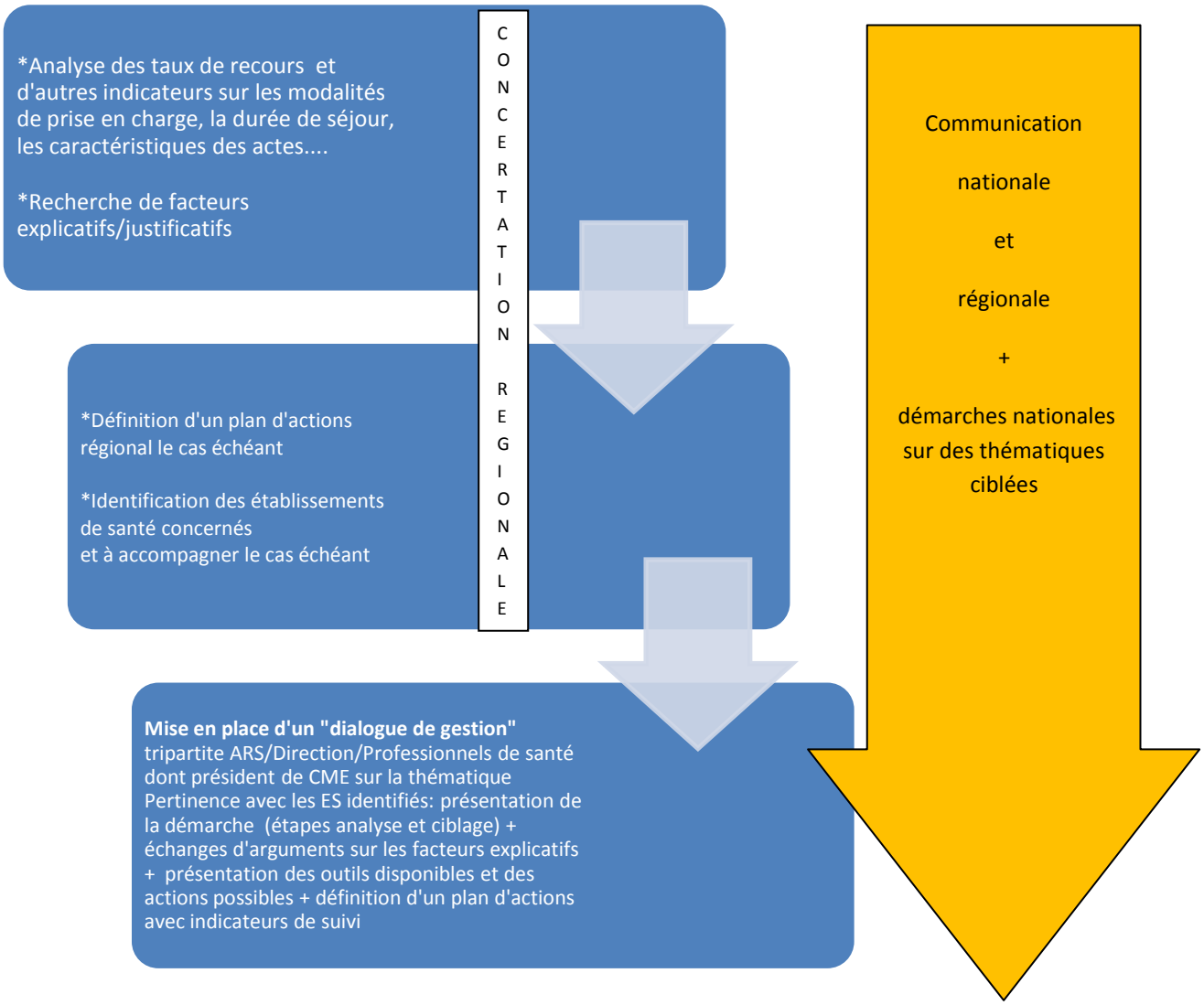
4. Mise en œuvre et suivi du plan d'actions

Cette étape se déroulera suivant les principes convenus avec l'instance opérationnelle de dialogue.

2. Dialogue de gestion ARS-ES, définition et suivi du plan d'action des établissements de santé

Le dialogue de gestion ARS-Etablissement de santé (ES) s'inscrit dans la démarche régionale d'amélioration de la pertinence. L'ensemble des axes de la pertinence des soins (utilisation des produits de santé, actes, modes de prise en charge, séjours, parcours de soins) seront explorés lors du dialogue de gestion avec l'ES et les actions possibles le concernant seront intégrées au CPOM. Le CPOM ARS-ES a donc vocation à être l'outil de suivi des plans d'action d'amélioration de la pertinence des soins mis en œuvre dans l'ensemble des ES. Une annexe spécifique du CPOM pourra donc utilement être dédiée à cette thématique.

- **<u>Etapes préalables au lancement des actions</u>**



- **Principes du dialogue de gestion ARS-ES ciblé sur la pertinence des soins**

Il s'agit d'une rencontre tripartite :
- ARS
- Directions des établissements concernés dont le directeur des soins
- Professionnels de santé : président de commission ou de conférence médicale d'établissement (CME), représentants médicaux des spécialités concernées (médecins, pharmaciens, biologistes…)

L'implication des CME dans l'ensemble des étapes présentées ci-dessous (diagnostic partagé, identification concertée des actions qui seront intégrées dans le CPOM et son suivi) est essentielle pour le succès de la démarche.

Les étapes suivantes peuvent être suivies lors du dialogue :

1. **Exposé des données du diagnostic régional et de l'ES**

Le rôle de l'ARS est notamment d'enclencher la démarche, en communicant à l'établissement les données d'alerte et de problématique (cf. « Identification par l'ARS des enjeux régionaux à partir des données et des outils disponibles » page 14 de ce guide). Avant la réunion, il convient de diffuser aux établissements et professionnels de santé les éléments informatifs disponibles (notes de problématique Pertinence, référentiels, programmes HAS…).
La première étape du dialogue de gestion consistera à échanger sur ces informations et à expliciter les données régionales et propres à l'établissement de santé ayant conduit au diagnostic réalisé (cf. notamment partie 2 de ce guide, points 1 et 2).

2. **Echange sur les facteurs explicatifs possibles**

Certains déterminants auront dû être explorés en amont par l'ARS et pourront éventuellement être précisés lors des échanges : facteurs épidémiologiques, contexte social, accès aux soins, contexte géographique, offre de soins (hospitalière et ambulatoire / médico-sociale…).
Selon l'axe concerné de la pertinence des soins, des déterminants supplémentaires – qui correspondent donc à des leviers spécifiques - sont à prendre en compte (cf. infra).

- Pertinence des actes :
  - Principaux déterminants :
    - Professionnels de santé pratiquant l'acte (différences de pratiques,…)
    - Expertise des autres professionnels concourant au diagnostic,
    - Contexte organisationnel propre à l'établissement.

- Pertinence des séjours :
  - à l'entrée :
    - Déterminants : pertinence de l'acte,
      pertinence du mode de prise en charge,
      pertinence du parcours de soins (hospitalisations évitables)
  - en cours de séjour :
    - Déterminants : fluidité de la filière de soins, contexte environnemental (existence de structure adéquate, places disponibles…) et, plus largement, pertinence du parcours de soins.

- Pertinence du mode de prise en charge (type d'hospitalisation, souvent liée au type de technique médicale utilisée) :
    - Déterminants :
        - Professionnels de santé,
        - Contexte organisationnel (au sein de la structure),
        - Contexte environnemental (structure adéquate).

Cette démarche explicative ne doit en revanche pas être une fin en soi : dans de nombreux cas, certains écarts resteront inexpliqués. La recherche de ces facteurs a vocation à :

- le cas échéant, écarter certaines thématiques qui s'avèreraient expliquées par l'épidémiologie ou la structure de population par exemple ;
- éclairer la problématique et identifier les leviers à mobiliser sur l'enjeu d'amélioration de la pertinence des soins.

3. Identification des actions à mettre en œuvre

Schématiquement, au terme du diagnostic commun ARS/ES, les facteurs explicatifs d'un écart au taux de recours national peuvent être de 3 ordres :

- environnemental ou épidémiologique sans action « corrective » envisageable ; la démarche étant alors au final purement explicative ;

- environnemental avec action « corrective » envisageable :
    - ✓ exemple : mise en place d'un projet de télé imagerie pour accéder à un meilleur niveau de compétence diagnostique permettant de poser au mieux les indications thérapeutiques ;
    - ✓ exemple : mise en place de conventions EHPAD HAD SSIAD permettant d'assurer la possibilité de recourir à une expertise médicale dans ces structures (ex : ARS Pays-de-la-Loire) ;

- comportemental (lié aux pratiques professionnelles) ou organisationnel interne à l'établissement de santé.

Dans ce cas, la mise en place d'actions doit être discutée avec l'établissement et les professionnels de santé, en cohérence le cas échéant avec le plan d'action régional. A titre d'illustration, sont indiqués ci-dessous des exemples d'actions possibles :

- Incitation à la réalisation par les professionnels de l'ES d'un autodiagnostic organisationnel pour définition et mise en œuvre d'un plan d'actions : pour initier un changement, la mise en œuvre de la démarche d'amélioration doit résulter de l'analyse des écarts de pratiques par les acteurs participant au processus (dont les patients font partie) ;
- Action d'accompagnement par les pairs de la diffusion des référentiels nationaux ou éventuellement régionaux dès lors qu'ils sont validés par les sociétés savantes (formation…) ;
- Organisation de benchmark des pratiques avec mise en place d'actions déjà appliquées par d'autres établissements de santé sur le même thème (ex : EPP réalisées par d'autres ES) ;
- Mise en place d'un registre de suivi de l'activité et de son analyse par des groupes de pairs (ex : angioplasties en région PACA) ;
- Organisation d'une mission d'accompagnement par les professionnels de santé s'étant portés candidats pour la mise en œuvre opérationnelle de l'amélioration de la pertinence des soins dans les

établissements de santé (exemple de l'appel à candidatures de l'ARS Bretagne sur la chirurgie ambulatoire[13] ; cf. annexe E.) ;

- Appui à la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaires pour des situations complexes en dehors de la cancérologie ;
- Réalisation d'études au dossier par les professionnels de santé ou l'ARS selon les principes décrits en partie 2 de ce guide au point 3 ;
- Mise en œuvre d'une communication ciblée.

4. Contractualisation ARS-ES sur le plan d'actions acté suite à ce dialogue

L'identification des actions à mettre en œuvre s'accompagne :

- d'une réflexion sur leur faisabilité et leurs objectifs,
- et d'un calendrier de mise en œuvre et de suivi de leur impact.

La contractualisation ARS-ES pourra comporter, selon la thématique et le contexte régional :

- des indicateurs de moyens relatifs à la mise en œuvre du plan d'actions retenu
- des indicateurs de résultats tels que des objectifs contractuels ciblés sur le volume d'activité de certains gestes ou des indicateurs de pratiques, élaborés
  - ✓ soit par l'instance opérationnelle de dialogue, lorsque des indicateurs comparatifs ont été définis
  - ✓ soit par l'établissement, qui les définit alors en fonction de la nature de l'auto-évaluation qu'il souhaite mener.

Illustration: extrait du guide méthodologique d'élaboration des CPOM 2012-2017 de l'ARS Pays de la Loire

La structuration du CPOM 2012-2017 est donc la suivante :

Un socle contractuel

- Les parties au contrat
- Engagements principaux
- Suivi et évaluation

Annexes "Orientations stratégiques"

- 1. Les orientations stratégiques de l'établissement, en lien avec le PRS
  - La personne au cœur du système de santé
  - La proximité organisée
  - La maîtrise des risques
- 2. Les coopérations et coordinations territoriales au service des parcours
- 3. La qualité et la sécurité des soins

Annexes "Pilotage de l'activité"

- 4. Le pilotage de l'activité
- 5. L'évolution des modes de prise en charge
- 6. La pertinence des séjours, des actes et de l'utilisation des produits de santé
- 7. Le pilotage interne de l'établissement et les systèmes d'information
- 8. La politique des ressources humaines

Annexes "Missions spécifiques & financements ciblés"

- 9. Les missions de service public et missions d'intérêt général
- 10. Les autorisations et reconnaissances contractuelles
- 11. Les financements ciblés attribués à l'établissement

Annexe "Intégration des engagements contractuels"

- 12. Les engagements contractuels de l'établissement, hors CPOM

[13] http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Actualites/Communication_Presse/DP_chirambu.pdf

Illustration: extrait du guide méthodologique d'élaboration des CPOM 2012-2017 de l'ARS Pays de la Loire (suite)

La pertinence des séjours, des actes et de l'utilisation des produits de santé

L'analyse de la consommation de soins des patients d'un territoire permet d'identifier les enjeux régionaux d'organisation de l'offre de soins dans son volet d'accès aux soins et de pertinence. Cette annexe fixera des objectifs sur l'un et/ou l'autre des quatre aspects de la pertinence des soins :

- la pertinence de certains actes et pratiques. Cette pertinence s'apprécie au regard des référentiels actuels et à venir de la HAS (pose de stents actifs, par exemple).
- la pertinence des modes de prises en charge (chirurgie traditionnelle versus chirurgie ambulatoire pour des gestes identifiés)
  l'annexe 4
- la pertinence des séjours (inadéquation),
- la pertinence de l'utilisation des produits de santé (réévaluation systématique de l'antibiothérapie à 48 et 72h, bon usage des médicaments anticancéreux, par exemple)

Il sera demandé aux établissements un engagement fort sur ces enjeux.

Illustration: objectifs négociés dans le cadre de l'annexe pertinence des CPOM 2012-2016 (ARS Pays de la Loire)

La pertinence des actes et des pratiques

N° 06/01	Objectif
Veiller au respect des indications de la césarienne programmée à terme	

Indicateur d'évaluation	Source d'information
Ecart entre le taux observé et le taux attendu	PMSI/Etablissement/Réseau périnatalité

Cible nationale	Cible régionale	Valeur initiale	Valeurs cibles pour l'établissement				
			N1	N2	N3	N4	N5

Éléments complémentaires (actions envisagées, conditions de réalisation, etc.)

- Partager et valider l'état des lieux auprès de la communauté médicale (EPP à conduire en 2013)
- Analyser l'organisation et les pratiques au regard des références disponibles (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes)
- Définir le programme d'action et le calendrier de mise en œuvre
- Assurer le suivi des recommandations
- Pérenniser les résultats (indicateurs) et communiquer
- Contribuer aux travaux du réseau périnatalité sur ce sujet

Illustration: objectifs négociés dans le cadre de l'annexe pertinence des CPOM 2012-2016 (ARS Pays de la Loire)

La pertinence des modes de prise en charge

N° 05/01	Objectif
Développer la chirurgie ambulatoire	

Indicateur d'évaluation							Source d'information
Taux global de chirurgie ambulatoire							Etablissement/PMSI
Cible nationale	Cible régionale	Valeur initiale	Valeurs cibles pour l'établissement				
			N1	N2	N3	N4	N5
	50 %	39,3%	+ 2 pts	+ 2 pts	+ 2 pts	+ 2 pts	+ 2 pts

Éléments complémentaires (actions envisagées, conditions de réalisation, etc.)

- Evaluer les résultats du benchmark réalisé au niveau régional en 2012
- Conduire une analyse sur le potentiel de développement par pôle et par segment d'activité
- Définir et mettre en œuvre un plan de développement à 5 ans, validé par la CME
- Renforcer la production et la diffusion régulière des tableaux de bord
- Communiquer sur les résultats
- Organiser une réunion de concertation régulière avec les professionnels de chaque spécialité
- Impliquer l'établissement dans les initiatives régionales

La pertinence des séjours (inadéquation)

N°06.01	Objectif
Optimiser l'adéquation des séjours de soins de suite	

Indicateur d'évaluation							Source d'information
Taux de journées inadéquates (coupe annuelle à jour donné)							Etablissement
Cible nationale	Cible régionale	Valeur initiale	Valeurs cibles pour l'établissement				
			N1	N2	N3	N4	N5

Éléments complémentaires (actions envisagées, conditions de réalisation, etc.)

- Garantir le respect des recommandations HAS
- Evaluer la pertinence des admissions en coordination avec le réseau qualité hémi-régional
- Renforcer l'utilisation de trajectoire et la coopération avec le dispositif d'orientation du territoire (statistiques, gestion des cas bloquants)
- Assurer l'anticipation et la préparation de la sortie
- Optimiser le parcours du patient en renforçant la coordination avec les acteurs de santé de proximité (établissements de santé, 1er recours, ...)

La pertinence de l'utilisation des produits de santé

N°06.02	Objectif
Veiller à la bonne utilisation des antibiotiques	

Indicateur d'évaluation							Source d'information
Taux de réévaluation systématique de l'antibiothérapie à 48 et 72 H							Etablissement
Cible nationale	Cible régionale	Valeur initiale	Valeurs cibles pour l'établissement				
			N1	N2	N3	N4	N5

Éléments complémentaires (actions envisagées, conditions de réalisation, etc.)

- Assurer le respect et la diffusion des recommandations HAS dans le cadre de la commission anti infectieux (CAI)
- Formaliser une politique de bon usage des antibiotiques
- Identifier un référent au sein de l'établissement
- Organiser des staffs pluridisciplinaires
- Développer les systèmes d'information d'aide à la prescription

Illustration: projets d'objectifs CPOM ARS – établissements de santé en lien avec la pertinence des soins, et les objectifs contractuels ciblés (ARS Alsace)

Objectif stratégique pour tous les établissements avec activité de médecine :

- Optimiser la pertinence du niveau de recours aux soins et du mode de prise en charge, notamment par la réalisation d'actions d'EPP, en particulier dans les domaines pour lesquels des atypies de taux de recours ont été constatées sur le territoire, et/ou bénéficiant de référentiels HAS ou des sociétés savantes (césariennes programmées, chirurgie du canal carpien, angioplasties coronaires,…)

  Indicateurs : transmission annuelle à l'agence de la liste des actions d'EPP réalisées

Objectif sur la pertinence de la durée du séjour :

- Elaborer un programme d'actions visant à réduire la DMS des séjours médicaux, l'IPDMS des séjours à caractère médical étant supérieure de plus de 10% à la moyenne des établissements à case mix comparable

  Indicateurs :
  - *transmission du programme d'actions avant fin 2013*
  - *diminution des DMS des séjours médicaux, avec baisse de l'IPDMS se rapprochant de 1 (source ARS)*

Objectif fixé à un établissement sur les séjours sans nuitée à caractère médical:

- Compte tenu de la disparité des taux de recours et conformément au SROS, contribuer à la baisse du taux de recours du territoire pour les séjours sans nuitée à caractère médical, notamment en assurant le respect strict des règles de facturation

  Indicateur :
  - *évolution à la baisse du nombre de séjours sans nuitée à caractère médical produits, sans augmentation parallèle des hospitalisations à temps complet*

Objectif fixé aux établissements avec activité de cardiologie interventionnelle :

- Développer des démarches d'EPP dans l'objectif d'améliorer la qualité des actes et le niveau de pertinence de leur réalisation, en particulier dans le domaine des angioplasties coronaires (et notamment sur la question du fractionnement de ces prises en charge) ; elles comporteront des audits d'opportunité des actes, basés sur des référentiels des sociétés savantes.

  Indicateurs :
  - *transmettre à l'agence chaque année la liste des démarches d'EPP réalisées dans le champ de la cardiologie – cible = au moins une dès 2013*
  - *réalisation d'EPP dans le domaine de la prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë*
  - *évolution à la baisse du nombre de séjours avec angioplastie coronaire hors syndrome coronarien aigu et du nombre moyen de séjours par patient, dans les territoires présentant une atypie du taux de recours*
- Evaluer régulièrement la pertinence des admissions en USIC

  Indicateur : transmission d'un rapport annuel d'évaluation

Illustration: projets d'objectifs CPOM ARS – établissements de santé en lien avec la pertinence des soins, et les objectifs contractuels ciblés (ARS Alsace)

Objectif sur la pertinence du recours à la césarienne :

- Maintenir un taux de césariennes inférieur à 20%.

  Indicateur :

  - *Taux annuel de césariennes (calendrier : fin 2013)*

Objectifs contractuels ciblés personnalisés pour chaque structure dialyse :

- Garder un taux minimum de 25% de patients s'orientant vers la dialyse péritonéale.

  Indicateurs :

  - *Nombre de patients traités par dialyse péritonéale 90 jours après le début de traitement de suppléance/ nombre de patients traités 90 jours après le début du traitement de suppléance.*
  - *Evaluation annuelle des pratiques professionnelles relatives à la partie de la prise en charge concourant à l'orientation du patient.*

Objectifs contractuels ciblés sur la part de chirurgie ambulatoire :

- Faire progresser le taux régional de chirurgie ambulatoire de 40% à 50% à échéance du SROS-PRS (2016).

  Indicateur :

  - *Taux cible de chirurgie ambulatoire à proposer par chaque établissement dans son autodiagnostic en fonction de son taux actuel et de son potentiel de développement*

EXEMPLE :

- Développer l'activité de chirurgie ambulatoire pour atteindre le taux global de chirurgie ambulatoire de 45% à échéance 2016.

  Indicateur :

  - *Taux global de chirurgie ambulatoire :*
    - *Taux cible 2016 = 45%.*
    - *Progression 2011-2016 : 4%.*
    - *Progression annuelle: 0,8%.*

- Développer l'activité de chirurgie ambulatoire des gestes marqueurs suivants pour atteindre le taux cible fixé :

  a. Chirurgie Hernies abdominales : 32%.
  b. Chirurgie Hernies inguinales : 71%.
  c. Cholécystectomie : 15%.
  d. Chirurgie de l'utérus : 81%.
  e. Chirurgie de l'épaule : 14%.

  Indicateur :

  - *Taux de chirurgie ambulatoire par geste marqueur ciblé*

5. Suivi du plan d'action

Selon la nature du plan d'actions établi, un suivi sera réalisé à 6 mois et/ou 1 an. Les éléments à prendre en compte seront le résultat des indicateurs de moyens et/ou résultats retenus et l'actualisation des données de taux de recours, de volumes d'activité ciblés ou d'indicateurs de comparaison des pratiques.
L'enjeu du suivi est de disposer d'éléments factuels permettant de s 'assurer que les objectifs fixés ont été atteints et de procéder le cas échéant aux ajustements nécessaires. L'implication des professionnels de santé est le meilleur garant de l'atteinte de ces objectifs.

Dans les cas où cet accompagnement n'atteindrait pas les résultats attendus (amélioration de la connaissance des pratiques, amélioration des pratiques elles-mêmes…), les leviers existants, tels que la réalisation d'études au dossier par l'ARS ou la CNAMTS ou la mise sous accord préalable, pourront être mobilisés.

D. Communication

La communication est essentielle pour informer les acteurs de santé mais également pour inviter à leur participation active à la démarche. Il s'agit :

- de donner un sens concret à la démarche engagée pour que chacun en comprenne les enjeux,
- de faire adhérer les professionnels de santé, sans lesquels une évolution des pratiques ne peut se produire
- et de mobiliser les énergies individuelles, notamment en fournissant des outils opérationnels aux acteurs et en définissant des priorités assurant la faisabilité des actions identifiées.

Il est certain que la mise en place d'un groupe de concertation régional contribuera pour une large part à l'adhésion des professionnels mais d'autres leviers peuvent être mobilisés. Un document support (diaporama type notamment) sera élaboré au niveau national au cours du 1er trimestre 2013 pour faciliter la communication en région et sera mis à disposition des ARS sur le SharePoint dédié.

La seconde partie de ce guide, consacrée aux outils, fournit des exemples d'actions réalisées par certaines régions.

Partie 2 : orientations méthodologiques et outils mobilisables dans la démarche régionale d'amélioration de la pertinence des soins

1. Méthodologie d'analyse des taux de recours aux soins hospitaliers

L'analyse fine de la consommation de soins, permettant notamment d'élaborer les orientations stratégiques des ARS sur les territoires en matière d'évolution d'activité, est faite sur la base des taux de recours aux soins de la population domiciliée dans la région. Ces orientations stratégiques sont ensuite déclinées dans les CPOM ARS/Etablissements de santé.

L'analyse des taux de recours hospitaliers est donc une étape importante, sur laquelle ce chapitre donne des précisions avec un éclairage des différents axes d'étude possibles, leurs avantages et leurs limites et précise, quand cela est possible, les seuils et critères d'alerte.

- **Qu'est-ce qu'un taux de recours ?**

Le taux de recours brut correspond au **nombre de séjours/séances hospitaliers annuels de la population domiciliée** d'une zone géographique (quel que soit le lieu de réalisation des séjours) **pour 1 000 habitants**. Le guide sur le pilotage de l'activité des établissements de santé définit précisément cette notion[14] ainsi que les différents ajustements réalisés pour neutraliser l'effet de la structure démographique (taux de recours standardisé) voire de l'état de santé approché par le taux de mortalité (taux de recours ajusté).

- **Quel est l'intérêt d'analyser les taux de recours ?**

Les taux de recours : un outil de repérage des enjeux régionaux de pertinence

Les taux de recours aux soins hospitaliers, standardisés et ajustés, permettent, par une comparaison nationale, régionale ou territoriale, de faire un **repérage des atypies**, par type de prise en charge :

- à un niveau agrégé : médecine, chirurgie, traitement du cancer (chimiothérapie, chirurgie), SSR, psychiatrie ;
- à un niveau plus fin : groupes de planification, groupes d'activité pour la médecine/chirurgie, gestes chirurgicaux (regroupement d'actes CCAM), catégories majeures cliniques (CMC) pour le SSR.

➔Cf. Encadré sur les taux de recours disponibles sur SNATIH[15] [16]

[14] Pages 20 et 21 du guide sur le pilotage de l'activité des établissements de santé

[15] http://stats.atih.sante.fr/cgi-bin/broker

Les taux de recours sont fonction de nombreux facteurs, notamment :

- populationnels (démographiques, épidémiologiques, etc.),
- professionnels (pratique professionnelle elle-même fonction de paramètres individuels ou locaux, organisationnels, géographiques, démographiques, etc.),
- liés à l'organisation de l'offre de soins et notamment à l'articulation avec l'offre de ville.

Le constat de variations très fortes dans les taux de recours entre les régions et entre les territoires peut donc avoir **plusieurs explications, qu'il est nécessaire de préciser pour orienter l'action de l'ARS :** la structure démographique et l'état de santé de la population, la précarité de la population, des différences de pratiques **avec potentiellement des sujets de pertinence de soins**, des différences de densité en professionnels de santé, des problèmes de codage ou de facturation (activités frontières), …

L'analyse de la consommation de soins permet d'identifier les situations où le recours est :

- comparable à la moyenne nationale (ou à la médiane),
- supérieur à la moyenne nationale,
- inférieur à la moyenne nationale

tout en portant attention également aux atypies infra régionales (exemple d'une forte sur consommation sur un territoire de santé) même lorsque le taux de recours régional est très proche de la moyenne nationale.

Ces analyses permettent ainsi d'identifier les activités et territoires pour lesquels la consommation s'éloigne le plus de la moyenne nationale et de prioriser les champs d'investigation (critères volumétrique et économique). Ces approches sont souvent insuffisantes pour caractériser la problématique précise et nécessitent d'être affinées par des analyses complémentaires.
Ces analyses complémentaires ont pour objet de déterminer si les écarts de consommation correspondent à des manques ou des excès de soins et le cas échéant d'identifier les leviers d'action de l'ARS.

L'analyse des taux de recours est ici envisagée dans le cadre de la réflexion sur la pertinence des soins : elle est centrée sur les atypies en sur consommation et sur la recherche d'éléments explicatifs de ces atypies (le sous-recours à certains soins peut avoir sa place dans ce cadre, même si la sous-consommation est plus souvent étudiée dans le cadre de l'organisation des soins, avec recherche de carence de l'offre ou de problèmes d'accès aux soins) permettant après élimination de retenir des hypothèses de non pertinence.

L'objet de ce chapitre est de préciser comment mener l'analyse des taux de recours afin de prioriser les domaines d'investigation complémentaires.
Les méthodes d'analyse nécessaires pour « qualifier les atypies » feront l'objet du point 2 « données complémentaires aux taux de recours et indicateurs d'analyse et de comparaison des pratiques ».

[16] www.atih.sante.fr/openfile.php?id=2601 *(les différents regroupements des GHM V11)*

- ## Comment mener l'analyse ?

Deux méthodes peuvent être combinées pour sélectionner les activités devant faire l'objet d'une analyse approfondie:

- l'une fondée sur une étude globale des taux de recours et sur l'impact médico-économique des atypies,
- l'autre reposant sur les priorités retenues au niveau national.

I. Analyse selon l'impact médico-économique des atypies

1. Sélection des thèmes d'analyse : exemple relatif aux activités de médecine et de chirurgie

a. Par catégorie d'activité (Médecine HP/HC, Chirurgie HP/HC, techniques peu invasives), identification des écarts les plus importants au taux de recours national

Afin de donner une vision des enjeux majeurs et des données de cadrage, la première étape peut consister à analyser les données au niveau macroscopique, c'est-à-dire au niveau des regroupements se faisant sur le 3e caractère du GHM : M et Z hors séances (séjours sans acte classant) – K (techniques peu invasives) – C (chirurgie).

b. Par groupe de planification (GP) et par territoire de santé (ou bassin de santé ou zone de proximité, cf. Infra), conversion de l'écart au taux de recours national en nombre de séjours et/ou en masse financière
=> Sélection des GP représentant la majeure partie (par exemple 80%, ce pourcentage étant à adapter en fonction de la distribution observée) des écarts positifs en nombre de séjours et ceux représentant la majeure partie des écarts négatifs (ces sous-recours pourront participer à expliquer des sur-recours sur certaines activités).

Une fois l'analyse macroscopique réalisée, on peut aller plus finement au niveau des GP, pour lesquels les TRs sont également disponibles sur SNATIH.
Un criblage permet de faire ressortir les GP pour lesquels on observe un TRs significativement supérieur au TR national, et comprenant un volume important de séjours. Le poids financier peut également constituer un critère de sélection (exemple d'un GP avec un nombre modéré de séjours mais correspondant à un poids économique important).

Méthodologie concernant l'analyse en masse financière:
- conversion de l'écart au taux de recours en nombre de séjours[17]
-puis, sur la base du case mix par territoire de santé, affectation d'un poids financier aux écarts[18] à partir du tarif standard public (ex-DG) par GHS, sans application des majorations ou corrections dues aux séjours de courte et de longue durée (extrême haut ou extrême bas) par souci de simplification.

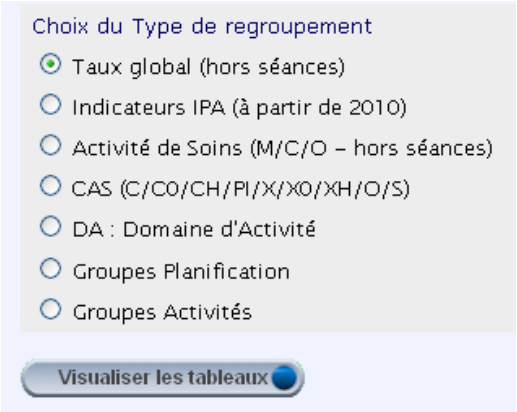
[17] Ecart en nombre de séjours = nombre de séjours attendu – nombre de séjours observé dans la région
Nombre de séjours attendu = taux de recours national * nombre d'habitants de la région

[18] Ecart en masse financière = écart en nombre de séjours x tarif standard public pondéré
Tarif standard pondéré = moyenne des tarifs de chaque GHS constituant le GP, pondérée selon le case-mix de la région (les tarifs de GHS sont les tarifs du secteur public)

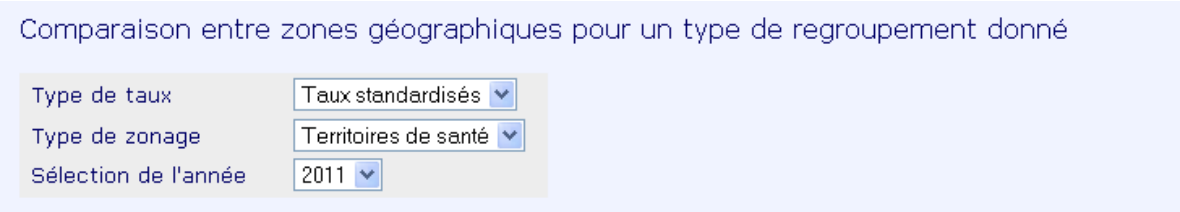
Taux de recours : données disponibles sur SNATIH

SNATIH permet un accès direct aux taux de recours bruts et standardisés, par région et par territoire de santé, depuis 2006.

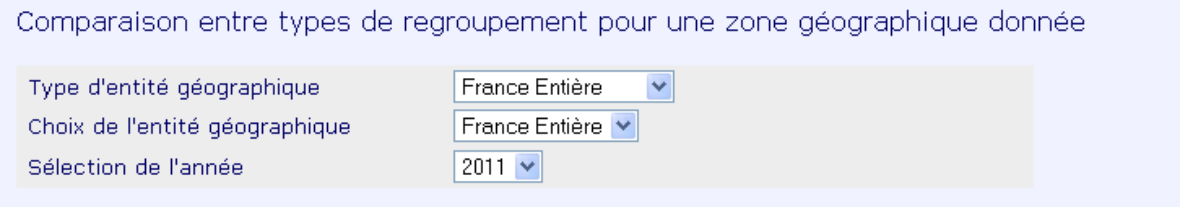
- En outre un **indice permet de positionner** le taux recours standardisé (TRs) :
  - l'indice national donne le rapport entre le TRs de la région ou du territoire de santé et le taux de recours national ;
  - l'indice régional donne le rapport entre le TRs du territoire de santé et le TRs de la région.
- Les taux sont disponibles pour d**ifférents agrégats d'activité :**



- NOUVEAUTE : deux modes de requêtage sont désormais possibles pour obtenir les résultats :
  - soit sur **l'ensemble des zones géographiques**, pour un agrégat d'activité donné



  - soit sur un ensemble d'activités, pour **une zone géographique donnée**,



- **<u>Précisions méthodologiques</u>**

Pour permettre la comparabilité dans le temps, l'activité de toutes les années présentée a été exploitée selon la même version de classification des GHM. Pour la période 2006-2011 les taux sont ainsi calculés selon un regroupement en version V11d.

Il convient de noter toutefois deux réserves pour interpréter l'évolution des taux dans le temps :

- Pour le secteur ex-OQN : entre 2006 et 2007 une chute du nombre de séjours en hospitalisation liée à des changements de périmètre d'activité (impact de la mise en œuvre de la circulaire dite "frontière" + création des forfaits SE)
- Pour le secteur ex-DG, une hausse du nombre de séjours liée à la montée en charge du PMSI du fait du passage au financement 100% T2A depuis 2008.

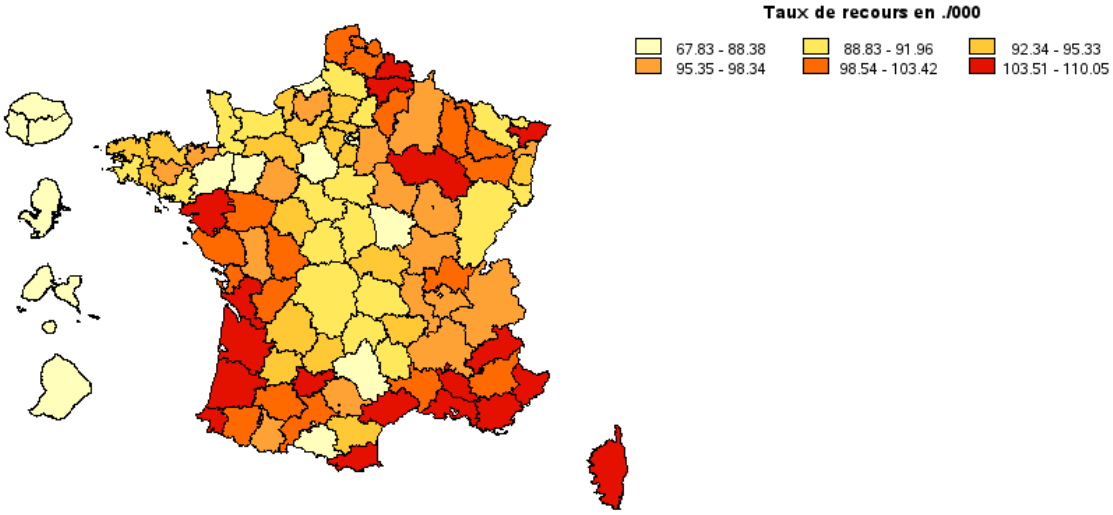
Illustration des données accessibles sur SNATIH

SNATIH propose à la fois une représentation cartographique et des tableaux de données qui peuvent être téléchargés en fichiers EXCEL.

Taux de recours par Territoire de santé (2010) - Année = 2011 - Taux Standardisé

Activité de soin - C : Chirurgie

Taux de recours national : 96,12



Taux de recours par Région - Année = 2010 - Taux Standardisé

Activité de soin - C : Chirurgie

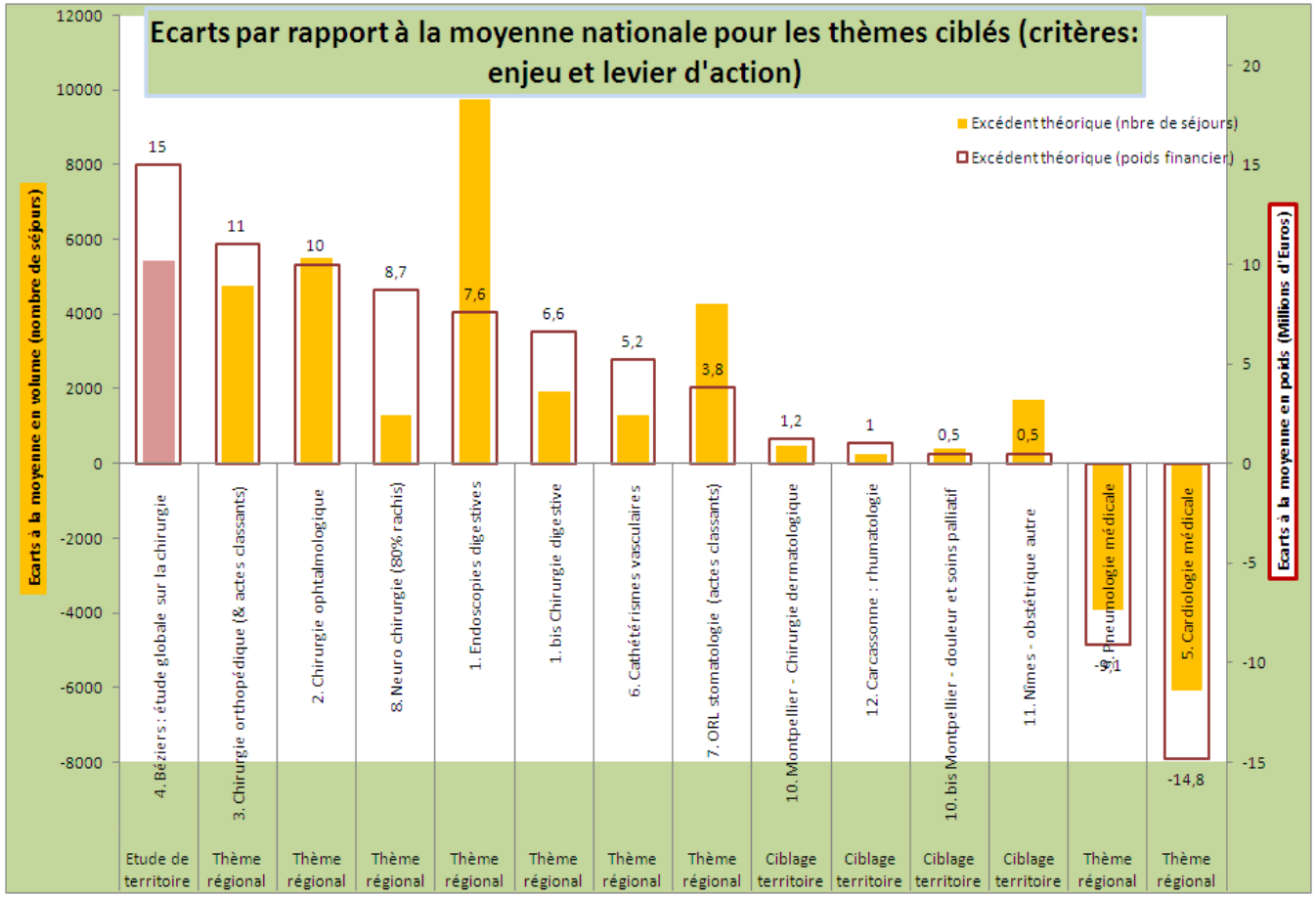
reg	Région	Taux de recours brut 2010 en /1000	Taux de recours standardisé année 2010 en /1000	Indice National (Txstand Reg /Txstand Nat.)
1	GUADELOUPE	93,9	83,5	0,89
2	MARTINIQUE	67,9	70,9	0,75
3	GUYANE	45,7	67,6	0,72
4	LA REUNION	56,1	68,1	0,73
11	ILE de FRANCE	80,2	86,9	0,92
21	CHAMPAGNE-ARDENNE	99,3	98,5	1,05
22	PICARDIE	91,8	94,2	1
23	HAUTE-NORMANDIE	90,4	91,5	0,97
24	CENTRE	92,5	89,2	0,95
25	BASSE-NORMANDIE	90,6	87,2	0,93
26	BOURGOGNE	99,1	93,2	0,99
31	NORD-PAS de CALAIS	97,8	101,4	1,08
41	LORRAINE	95,6	95,3	1,02
42	ALSACE	91	93,4	1
43	FRANCHE-COMTE	88,1	87,4	0,93
52	PAYS de la LOIRE	99,5	98,9	1,05
53	BRETAGNE	91,6	88,7	0,94
54	POITOU-CHARENTES	106,9	99,7	1,06
72	AQUITAINE	106,9	101,7	1,08
73	MIDI-PYRENEES	100,5	96,2	1,02
74	LIMOUSIN	98,4	88,4	0,94
82	RHONE-ALPES	93,5	94,7	1,01
83	AUVERGNE	95,7	89,7	0,96
91	LANGUEDOC-ROUSSILLON	106,6	101,5	1,08
93	PROVENCE-ALPES-COTE d'AZUR	110	105,3	1,12
94	CORSE	109,4	102,6	1,09

Evolution des taux de recours par Région

Activité de soin - C : Chirurgie

		Taux Standardisé :				
reg	libreg	2006	2007	2008	2009	2010
1	GUADELOUPE	72,3	73,3	77,7	77,8	83,5
2	MARTINIQUE	70,1	67,8	69,3	67,7	70,9
3	GUYANE	62,3	64,3	71,2	69,6	67,6
4	LA REUNION	69,7	70,1	72	74,3	68,1
11	ILE de FRANCE	86	84,8	85,8	86,9	86,9
21	CHAMPAGNE-ARDENNE	99,8	96,6	97,5	97,5	98,5
22	PICARDIE	94,5	93,9	89,9	93,3	94,2
23	HAUTE-NORMANDIE	88,4	88,5	90,1	91,6	91,5
24	CENTRE	93,6	91,2	89	89,3	89,2
25	BASSE-NORMANDIE	88,5	86,7	87,7	88,6	87,2
26	BOURGOGNE	96,6	93,1	93,5	92,5	93,2
31	NORD-PAS de CALAIS	100,1	97,3	94,2	100,4	101,4
41	LORRAINE	93,6	91,7	93,6	95,5	95,3
42	ALSACE	90,4	88,9	93	92,7	93,4
43	FRANCHE-COMTE	91,6	89,4	89,4	88,5	87,4
52	PAYS de la LOIRE	96,1	96	97	98,4	98,9
53	BRETAGNE	91,5	89,3	87,6	89,5	88,7
54	POITOU-CHARENTES	100,7	99,2	99,8	100	99,7
72	AQUITAINE	102,1	99,4	99,6	100,9	101,7
73	MIDI-PYRENEES	96,4	93,7	94,5	94,9	96,2
74	LIMOUSIN	87,6	86,8	87,9	88,5	88,4
82	RHONE-ALPES	91,7	91	92	93,4	94,7
83	AUVERGNE	93,1	89,2	90,1	90,3	89,7
91	LANGUEDOC-ROUSSILLON	100,4	99,8	100,5	100,3	101,5
93	PROVENCE-ALPES-COTE d'AZUR	103,3	100,7	102,4	104,2	105,3
94	CORSE	113	107,9	106,1	105	102,6

Illustration : l'analyse menée par l'ARS Languedoc-Roussillon



Commentaires : lors de la « sélection » d'un territoire de santé au vu des résultats en matière de chirurgie ambulatoire par exemple, il est important d'analyser également ses résultats en hospitalisation complète pour identifier un éventuel effet de substitution entre ces deux modes de prise en charge. L'analyse concernera alors le mode de prise en charge et non le taux de recours en tant que tel (l'analyse doit porter sur la part d'activité réalisée en ambulatoire et non sur le taux de recours en ambulatoire qui n'est pas interprétable sans y associer le taux de recours global du champ d'activité)

Commentaires : au stade de l'identification des atypies en matière de recours aux soins, il parait suffisant de rester au niveau du GP (une analyse plus détaillée ne sera menée que sur les GP ciblés)

Avantage : - l'analyse au niveau du territoire de santé permet de ne pas masquer la surconsommation d'un territoire de santé par la sous-consommation d'un autre. Il est possible de mener des analyses au niveau du bassin de santé ou de la zone de proximité mais il faut être vigilant sur la perte de robustesse des données lorsque le niveau d'analyse est trop fin.

- l'analyse médico-économique permet d'estimer la contribution de ces écarts de recours aux soins aux dépenses de santé et sera complétée par la prise en compte de la lourdeur des prises en charge concernées (gravité, risques associés…) pour hiérarchiser les priorités d'analyse et d'actions régionales

Ces éléments permettent d'identifier les thèmes spécifiques à certains territoires et ceux atypiques sur une grande partie de la région et orienteront ainsi la nature de « l'analyse fine ».

Ainsi, en Languedoc-Roussillon par exemple, 14 atypies ont été identifiées mais seuls 6 thèmes d'analyse ont été retenus au vu du critère économique.

- 6 thèmes régionaux, car concernent plus de 9 territoires (majoritairement en sur consommation)
  - Le digestif
    - - Endoscopies digestives
    - - Chirurgie digestive
  - Chirurgie ophtalmologique
  - Chirurgie orthopédique (& actes classant)
- 2 thèmes caractérisés par une moindre consommation
  - Cardiologie médicale
  - Pneumologie médicale
- Et des thèmes spécifiques sur certains bassins de santé :
  - Béziers : étude globale sur la chirurgie
  - Montpellier : a. Chirurgie dermatologique
    b. douleur et soins palliatif
  - Nîmes : obstétrique autre
  - Carcassonne : rhumatologie

2. Analyse fine sur les thèmes identifiés

Une fois les GP et gestes identifiés, il convient de mener une analyse plus fine.

a. Recherche plus fine de l'activité concernée

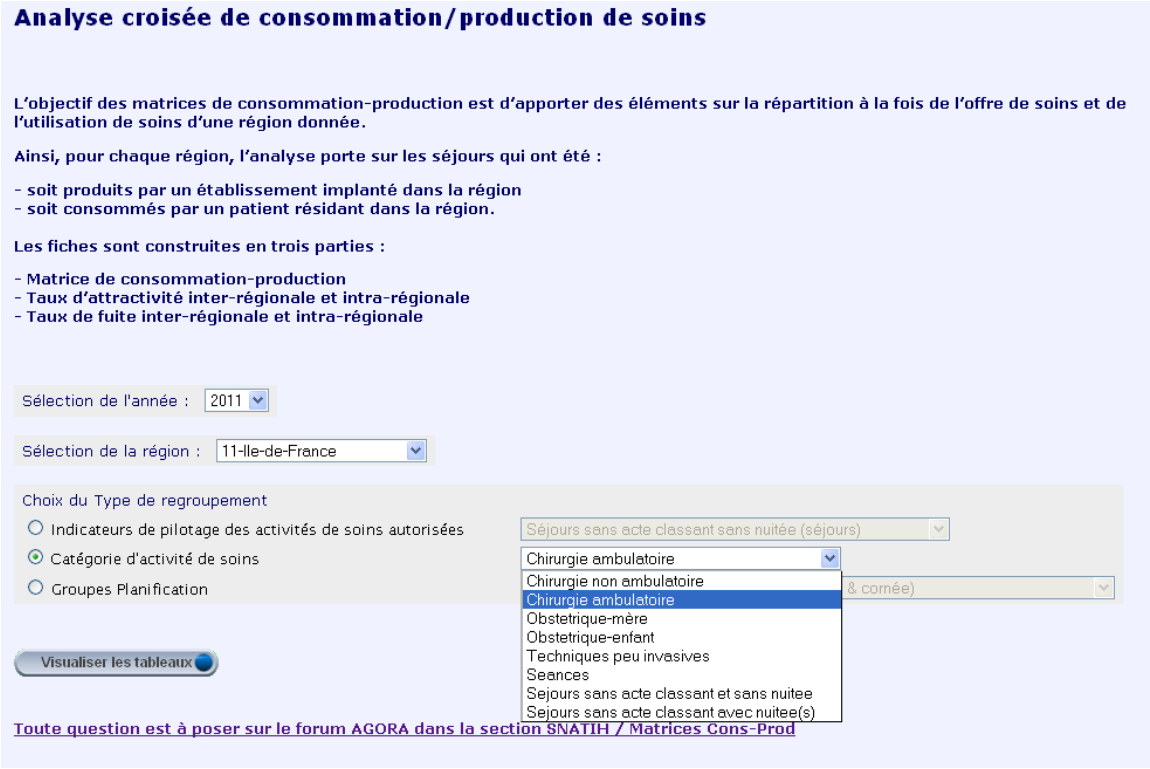
Il s'agit d'analyser les écarts aux taux de recours pour les groupes d'activité (GA) correspondants à chaque GP identifié.
Si les écarts aux taux de recours sont hétérogènes pour les GA, il faut poursuivre l'analyse par racine de GHM puis éventuellement diagnostic principal (DP) et actes pour préciser l'objet de l'atypie.
Pour certaines activités, cette analyse détaillée est systématiquement nécessaire (cf. point 2 « données complémentaires aux taux de recours et indicateurs d'analyse et de comparaison des pratiques »précisant les cas où l'analyse des taux de recours au niveau « acte » est nécessaire).

b. Précision sur la localisation géographique de l'atypie

Si l'atypie est localisée sur un territoire de santé, l'analyse des matrices de consommation/production permettra d'étudier plus précisément l'atypie en particulier si la prise en charge est concentrée sur un ou des établissements particuliers.
L'analyse de la matrice porte sur le niveau GP (SNATIH) ou peut être menée plus finement à partir des bases PMSI à la disposition des ARS.

Matrices de consommation-production : données disponibles sur SNATIH

SNATIH permet un accès direct aux matrices de votre région pour différents agrégats d'activité.



II. Analyse ciblée sur les priorités retenues au niveau national

Vingt-cinq activités ont été identifiées par l'ATIH en 2010 sur la base de plusieurs critères :

- Les activités choisies devaient être suffisamment fréquentes (plus de 20 000 séjours par an pour chacun des deux secteurs, public et privé).
- Ces activités devaient également présenter une évolution dynamique sur les trois dernières années (il s'agit d'activités dont l'évolution du volume contribue de manière significative à la croissance moyenne du volume de chaque secteur).
- Enfin, pour chacune des activités, les taux de recours standardisés par âge et sexe et calculés par territoire de santé ont été analysés. La sélection a porté sur les activités dont la dispersion des taux de recours par territoire de santé est grande (dispersion mesurée par le coefficient de variation).

L'analyse détaillée[19] de ces 25 activités (soit au total 27 racines de GHM) sera publiée sur le site de l'ATIH début 2013. Cette analyse initiale a permis d'identifier les priorités d'action et de programmer la production d'outils d'amélioration des pratiques par la HAS (cf. annexe A).

Par ailleurs, dans le prolongement des études menées en 2009 par l'Assurance Maladie des disparités géographiques pour 20 gestes techniques (chirurgicaux ou interventionnels), un indicateur relatif au taux de recours de la population domiciliée à ces gestes techniques a été intégré au CPOM Etat-ARS (indicateur 6.1).

Pour l'année 2013, ces deux approches sont regroupées, conduisant à l'indentification de 32 activités prioritaires[20]. Les données de taux de recours relatives à ces activités seront mises à disposition sur SNATIH à partir de début 2013.

III. Limites

L'interprétation des taux de recours doit prendre en compte les biais possibles :

- liés à l'évolution démographique de la population domiciliée ; en particulier, dans les zones où l'évolution est très rapide. Il y a alors un décalage entre la population à l'instant t et la mesure du recours disponible ;
- liés à l'indication de domiciliation des patients (biais possible par exemple dans le cas des résidences secondaires pouvant créer un décalage entre la comptabilisation des séjours et celle de la population de référence) ;

[19] L'analyse porte sur les variables suivantes : dynamique des volumes, dispersion des taux de recours, nombre et pourcentage de séjours par secteur et total, nombre d'établissements par secteur et total, nombre et pourcentage de séjours en 0 jour, nombre, pourcentage et durée moyenne de séjour pour chaque niveau de sévérité, masse financière pour chaque secteur et total, pourcentage du mode d'entrée 8 (domicile), avec ou sans passage par les urgences, données médicales : répartition en âge, avec 3 catégories : < 18 ans, 18 – 74, > 75 ans, typologie d'actes (CCAM) et diagnostics principaux (DP)

[20] Anévrisme de l'aorte abdominale, colectomie totale, hypertrophie bénigne de la prostate, hystérectomie, oesophagectomie, pancréatectomie, pontage coronaire, thyroïdectomie, valve aortique, varice, césariennes programmées à terme, endoscopie digestive diagnostique et anesthésie en ambulatoire, cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aigües, affections des voies biliaires, interventions transurétrales ou par voie transcutanée, lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire, en ambulatoire, infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, prothèses de genou, prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, arthroscopies d'autres localisations, chirurgie de rachis, interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, bronchiolites, broncho-pneumopathies chroniques surinfectées, appendicectomies, ligamentoplasties du genou

- liés à l'exhaustivité du codage ; et, pour le SSR, aux évolutions de classification PMSI en cours, qui sont destinées à permettre une traduction fine des différentes activités réalisées par les établissements SSR;
- liés à de potentiels non respects des règles de facturation : la connaissance de l'historique des contrôles T2A et de leurs impacts sur chaque établissement apporte un éclairage sur ces potentiels non respects issus d'erreurs ou de fraudes (représentant alors de « fausses » sur consommations).

On peut également noter qu'il n'est pas toujours possible de mettre en parallèle les actes (liste fermée de codes CCAM) avec des GHM, les séjours comprenant ces actes pouvant être groupés dans des GHM dont l'intitulé et le contenu n'est pas univoque en terme d'actes.

- Exemple pour la racine 01C13 = libération du canal carpien et autres nerfs superficiels, les actes menant dans cette racine sont les libérations du nerf médian au canal carpien, mais aussi nerf ulnaire, nerf digital, nerf cheville, nerf circonflexe.
- Autre exemple des angioplasties coronaires menant souvent dans les racines 05K05 ou 05K06 dont l'intitulé est « endoprothèses vasculaires », avec comme actes y menant les angioplasties coronaires mais aussi de l'aorte abdominale, carotide, artère vertébrale, veine rénale …

Pour pallier cette difficulté, pour les 32 activités prioritairement retenues au niveau national, des taux de recours au niveau approprié (racine de GHM ou actes) seront mis à disposition sur SNATIH début 2013.

Par ailleurs, nous rappelons ici que le taux de recours national ne peut pas être considéré en tant que tel comme une cible. Il est un **repère** et donc un levier pour établir un diagnostic régional. Ainsi, le taux de recours national est utile :

- en comparaison avec le TRs régional et territorial pour constater une atypie déjà réalisée et agir pour la réduire,
- en comparaison avec le TRs régional et territorial pour mener une **démarche prospective** de construction des indicateurs de pilotage de l'activité (IPA).

IV. Recherche de facteurs explicatifs

L'analyse des taux de recours permet d'identifier des sur ou sous consommations par rapport à la moyenne nationale. Elle ne suffit pas pour conclure à un manque ou un excès de soin. L'analyse des taux de recours permet d'identifier d'un point de vue macroscopique les domaines à investiguer au vu de critères économiques notamment. Il est toutefois indispensable de compléter ces analyses par des études ad' hoc, permettant une mise en regard des éléments suivants (sous réserve d'existence et de disponibilité) :

- ✓ Facteurs épidémiologiques (morbi-mortalité : décès sur le site Internet CépiDc, incidence et prévalence des ALD, consommation de certaines médicaments comme les antidiabétiques,…),
- ✓ Contexte social, accès aux soins (statut socio-économique, couverture par assurance complémentaire, proportion de médecins de la discipline en secteur 2, montant moyen des dépassements dans la discipline étudiée,…)
- ✓ Contexte géographique (accessibilité difficile aux structures de soins, différences de densité en professionnels de santé…),
- ✓ Offre de soins (hospitalière et ambulatoire / médico-sociale…) : densité en professionnels de santé d'une discipline donnée, répartition des établissements selon leur statut public/privé, couverture par des réseaux de prévention…).

A noter que dans certaines régions, les ORS (Observatoires Régionaux de la Santé) ont élaboré des « portraits sanitaire et social par zone de proximité », qui peuvent apporter des éléments d'éclairage sur l'interprétation des atypies en taux de recours sur les zones de proximité (notamment sur les champs de la morbi-mortalité et des indicateurs de précarité et d'accès aux soins).

Illustration : ORS Alsace

ORSAL
OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE D'ALSACE

Portrait sanitaire et social

Zone de proximité de Wissembourg

Septembre 2008

Document réalisé pour le compte et grâce au financement du Groupement régional de santé publique d'Alsace, dans le cadre des activités de la Plate-forme d'observation sanitaire et sociale d'Alsace

SOMMAIRE

I. PREAMBULE
II. SYNTHESE
III. DEMOGRAPHIE
IV. SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE DE LA POPULATION
1. Demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM)
2. Prestations légales
V. ÉTAT DE SANTE : MORTALITE
VI. SOINS HOSPITALIERS DE COURTE DUREE : ACTIVITE DES ETABLISSEMENTS ET CONSOMMATION DES HABITANTS
VII. SOINS LIBERAUX
1. Médecins généralistes libéraux : offre, consommation et production de soins
2. Médecins spécialistes libéraux : offre, consommation et production de soins
3. Chirurgiens-dentistes et autres professions de santé libérales : offre, consommation et production de soins.
VIII. STRUCTURES POUR PERSONNES AGEES
ANNEXES
1. Cartographie : méthode de lissage géographique
2. Cartographie : méthode de discrétisation
3. Cartographie : zones de proximité, cantons et pseudo-cantons
4. Polarisation de l'espace : définitions de l'Insee
5. Estimations de populations cantonales et par zones de proximité
6. Mortalité
7. PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information)
8. Offre et consommation de soins libéraux, activité des professionnels
GLOSSAIRE

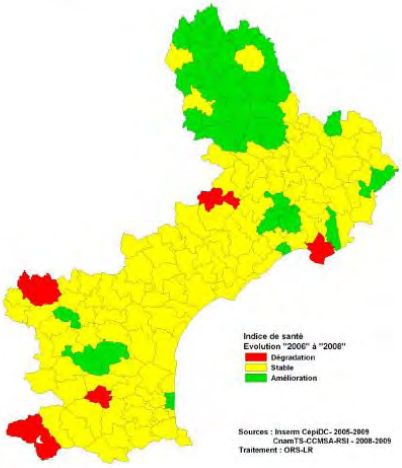
Illustration : ORS Languedoc Roussillon

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ
Languedoc-Roussillon

Analyse des besoins de santé en Languedoc-Roussillon

Évolution 2006 - 2008

Carte 7 – Indice « santé » – évolution « 2006 » à « 2008 »



L'absence d'éléments explicatifs des atypies en sur consommation (morbidité plus élevée[21], anomalies de codage, facturations potentiellement injustifiées en HDJ,…) associée à une éventuelle offre très importante peut orienter vers l'hypothèse de non pertinence des soins, justifiant des recherches plus approfondies voire des études sur dossiers.

Il est également nécessaire de compléter l'analyse par des indicateurs qualitatifs, caractérisant la prise en charge et permettant une analyse par établissement (cf. point 2 ci-dessous).

Au-delà de l'analyse de données concernant une activité sur une période passée, il est utile de rassembler les éléments sur les évolutions prévisibles (recompositions de l'offre de soins, recrutement ou départ de praticiens), dont le résultat attendu peut être une réduction des atypies. Dans ce cas, il conviendra de mettre à jour les données de taux de recours après ces recompositions avant de lancer des études plus fines et plus lourdes comme des études de pertinence sur dossiers.

Dans la mesure du possible, l'analyse du recours aux soins doit prendre en compte l'ensemble du parcours des patients et les résultats constatés sur l'état de santé de la population concernée.

2. Données complémentaires aux taux de recours et indicateurs d'analyse et de comparaison des pratiques

L'analyse des taux de recours hospitaliers permet une première identification des enjeux d'amélioration de la pertinence des soins. Cette étape doit être complétée par une démarche d'analyse et de construction des indicateurs ou des outils qui permettront de :

- mieux caractériser le périmètre de l'activité étudiée (description de l'activité ciblée),
- préciser les modes de prises en charge de la région (profils des patients, techniques utilisées, …), les différences entre les territoires de la région et avec les autres régions,
- comparer les profils des établissements entre eux et mesurer des évolutions.

Il s'agit d'une démarche exploratoire dont les différentes étapes seront adaptées en fonction des caractéristiques de l'activité étudiée ; cette analyse permet de préciser davantage la probabilité que l'atypie soit en relation avec un défaut de pertinence de soins.

Les éléments de méthode proposés ci-dessous doivent être appréhendés comme des pistes de travail mises à la disposition des ARS qui construiront, pour chaque thème retenu, leur propre démarche d'analyse. Des phases d'échanges avec les professionnels de santé sont nécessaires pour améliorer l'interprétation des résultats obtenus, faire évoluer les pistes de recherche et s'assurer de l'adhésion des professionnels à cette démarche d'analyse.
Des exemples de travaux menés par 3 ARS sont ajoutés à la fin de ce chapitre. Ils seront complétés et enrichis dans les prochains mois par la mise en commun des travaux validés des ARS sur le SharePoint dédié.

[21] L'existence de facteurs explicatifs comme une surmorbidité n'élimine bien sûr pas pour autant la problématique de la non pertinence mais contribue à la démarche de hiérarchisation des priorités d'analyse et d'actions

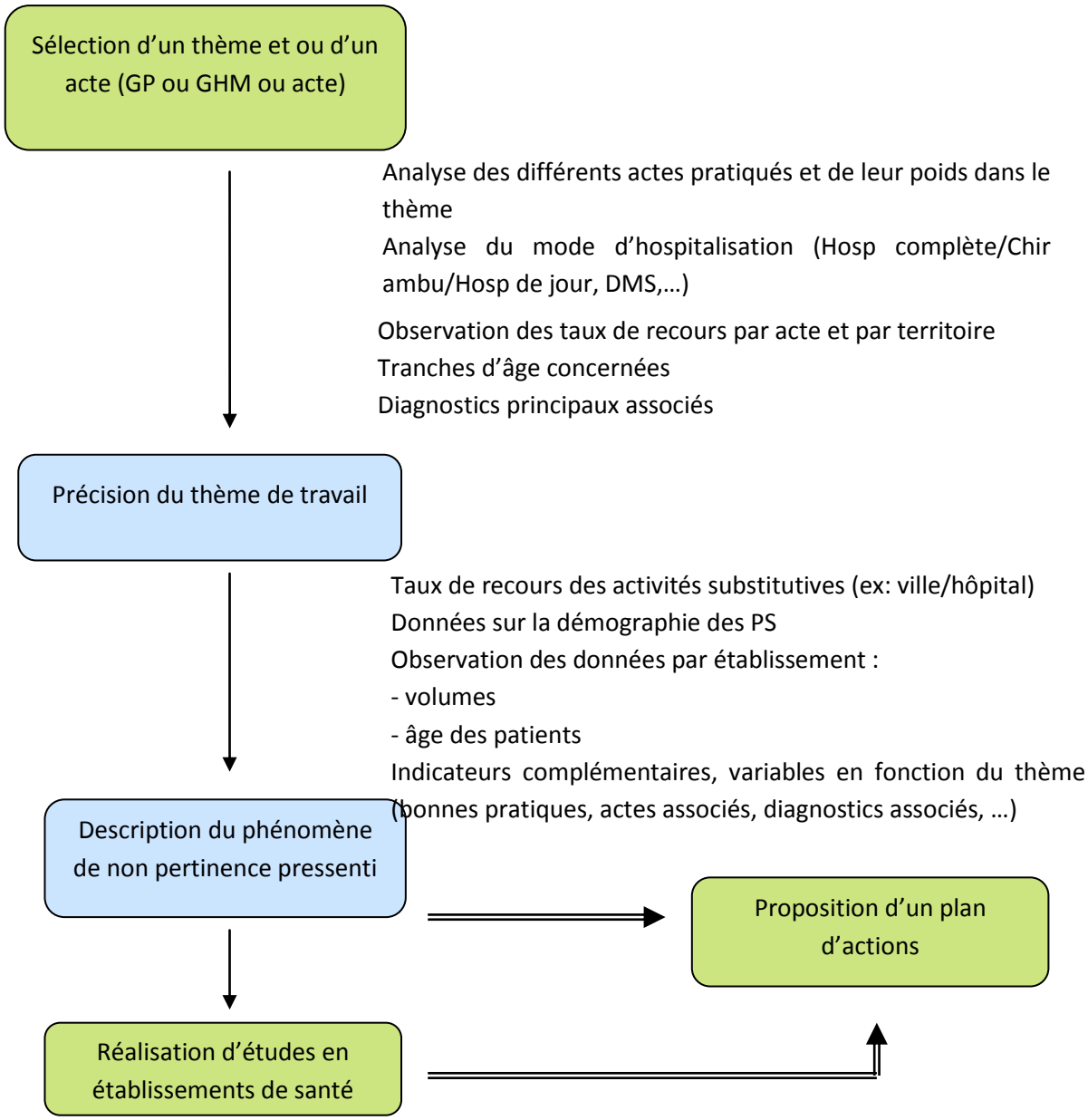
Les éléments de méthodes proposés sont structurés en deux phases :

- affiner la connaissance de l'activité ciblée
- identifier les établissements dont les pratiques semblent s'écarter le plus des pratiques nationales ou régionales

• Affiner la connaissance de l'activité ciblée

Une fois l'activité retenue (d'après l'analyse des taux de recours,), des indicateurs complémentaires peuvent être mobilisés pour repérer les phénomènes atypiques et affiner l'analyse. Il s'agit d'une analyse par étape, partant de la représentation la plus large (groupe de planification ou GHM ciblé) pour aboutir le cas échéant à une description du phénomène de non pertinence pressenti.

Schéma : Etapes possibles de raisonnement pour décrire des phénomènes de non pertinence pressentis



1. Préciser l'activité ciblée : sélection d'un ou des actes principaux

- Modes d'hospitalisation

Une fois le niveau de regroupement ou le GHM ciblé, l'étape suivante consiste à savoir quel mode d'hospitalisation est concerné : hospitalisation à temps complet ou hospitalisation à temps partiel. Si c'est un GHM qui est ciblé et si l'atypie concerne l'hospitalisation à temps complet, une comparaison de DMS peut être effectuée grâce au case-mix national (ATIH).

- Actes concernés

L'étape suivante consiste à rechercher les actes concernés et à observer la répartition des différents actes au sein du GHM ciblé. Pour les actes concernés et en fonction des situations d'études, la recherche d'information sur l'âge, le sexe, ainsi que les diagnostics principaux des patients hospitalisés permettront d'affiner la connaissance du phénomène.

2. Décrire les activités substitutives ou complémentaires

Pour certaines activités, des alternatives ou des compléments de prise en charge existent et doivent être analysées pour éviter les erreurs d'interprétation :

- **Dans certains cas, le même soin peut être réalisé en ville**

Pour ces activités, l'analyse complémentaire des soins réalisés en ville est nécessaire pour comparer le mode de recours régional à celui des autres régions. Cette analyse suppose une comparaison des donnés hospitalières issues du PMSI avec les données de ville issues du SNIIRAM. L'organisation de l'offre de soins régionale, notamment la disponibilité d'une offre de soins de ville conséquente ou la disponibilité des plateaux techniques mais aussi la typologie des patients pris en charge, sont des facteurs déterminants pour comprendre ces phénomènes.

- **Dans certains cas, le soin peut être réalisé selon un traitement alternatif, en hospitalisation**

Pour une même pathologie, plusieurs choix thérapeutiques sont possibles. La compréhension du recours à un type de traitement doit s'observer également au regard du recours aux autres types de traitement (exemple pour la revascularisation coronarienne : angioplastie/pontage)
Dans un premier temps, l'observation peut s'arrêter à l'analyse du taux de recours régional ou territorial de cette activité complémentaire et/ou substituable. Ce niveau est suffisant pour des regroupements de GHM très limités au traitement d'une pathologie ou d'un acte (ex : chirurgie de la bouche et des dents).

Pour des regroupements d'activités plus complexes, ou lorsqu'il est nécessaire de rechercher la succession des prises en charge pour un même patient dans le temps, l'observation des données au niveau du patient devient nécessaire. Le chaînage des données ville/hôpital peut alors être utile (ex : pour savoir si des patients qui ont eu une angioplastie ont bénéficié préalablement d'examens complémentaires de recherche de l'ischémie) mais la complexité de cette analyse et ses limites (période de sélection notamment) doivent la faire réserver aux situations dans lesquelles sa plus-value est notable.

3. **Confronter la pratique aux recommandations scientifiques**

Pour certaines activités ou modes de prises en charge, des indicateurs issus des recommandations de bonnes pratiques permettent de qualifier la pertinence des prises en charge. Il s'agit, par exemple, de la pertinence :

- des modes de prise en charge (hospitalisation complète versus ambulatoire),
- de certains actes pour lesquels des recommandations ou des référentiels de sociétés savantes existent.

• Identifier les établissements ayant un profil atypique

Dès lors qu'une activité a été repérée comme atypique sur un territoire de santé, il y a un enjeu à identifier les établissements dont la pratique s'écarte le plus de la pratique nationale ou régionale. La comparaison des pratiques entre les établissements de la région permet d'alimenter le dialogue de gestion et de préparer le plan d'action.

Certaines informations permettent de caractériser le profil d'activité des établissements, comparativement aux autres : le profil des patients pris en charge dans l'établissement, le mode d'hospitalisation et le profil des actes réalisés.

Remarque : ces informations sont utilisées pour étudier l'activité globale d'un établissement et éventuellement mettre en avant des atypies notables, mais ne permettront pas d'affirmer la pertinence ou non d'un séjour donné ; seule l'analyse du dossier médical, en référence à une recommandation de pratique professionnelle pourrait éventuellement le permettre.

- **Les caractéristiques des patients pris en charge dans l'établissement**

Le premier niveau d'analyse s'appuie, pour une activité ciblée sur :

- la structure d'âge des patients pris en charge,
- le diagnostic principal,
- les comorbidités,
- les modes d'entrée et de sortie.

Ces informations sont disponibles dans le PMSI. Dans les cas où cela serait pertinent, l'ALD pourrait être retrouvée via le SNIIRAM-DCIR (chaînage ALD/PMSI).

Pour affiner l'analyse, un deuxième niveau d'information peut être recherché. Il consiste à rechercher pour ces patients, les autres actes relatifs à la même pathologie qui auraient été réalisés sur la période d'observation précédant ou suivant l'acte réalisé. Ce niveau d'analyse est à réserver à des cas ciblés car il nécessite un chaînage des données, plus complexe à réaliser.

Enfin, un troisième niveau d'information peut être obtenu, lorsque nécessaire, par enquête auprès des établissements, notamment via l'analyse des dossiers patients en établissement (ex : notion d'hospitalisation en urgence). La charge de travail est alors conséquente et la faisabilité est conditionnée par l'existence de recommandations de pratique professionnelle (cf. point 3 « préconisations méthodologiques sur les études au dossier »).

- **Les caractéristiques des actes et séjours réalisés dans l'établissement**

L'utilisation du PMSI donne des compléments d'information sur les conditions de réalisation de l'acte : mode d'hospitalisation, association d'actes, actes thérapeutique ou diagnostique,…
Ces données seront mobilisées le plus possible pour caractériser l'activité étudiée.

Cependant, pour certaines activités, les données du PMSI ne sont pas suffisantes. Dans certains cas, et avec l'adhésion des partenaires, il pourra être envisagé de procéder à une démarche exploratoire au sein de l'établissement, afin de comprendre les différentes stratégies thérapeutiques à l'origine des données observées. Ce travail a cependant l'inconvénient de mobiliser des ressources conséquentes, et sera mis en œuvre dès lors qu'il apporte une réelle plus value par rapport aux données statistiques et à l'enjeu de l'activité observée.

Des exemples d'analyses menées par les ARS Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur sont présentés ci-dessous. Des exemples d' indicateurs d'analyse des pratiques, utilisés lors de la phase de diagnostic au cours des travaux régionaux déjà initiés, sont également présentés à l'annexe D, à titre d'illustration.

Illustration ARS Aquitaine : démarche ayant mené à l'analyse de l'activité d'extraction des dents de sagesse en Aquitaine

Constat de départ :
De l'analyse des taux de recours aux soins hospitaliers standardisés sur l'âge et le sexe en 2010 et 2011 (source SNATIH) il ressort que l'Aquitaine et plus particulièrement un de ses territoires présente un taux de recours à l'hospitalisation pour le groupe d'activité « Chirurgie de la bouche et des dents » très supérieur au taux de recours national.

Source des données mobilisées
- **Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)** en 2011 :
Base régionale MCO Aquitaine permettant l'analyse des séjours hospitaliers des aquitains et de l'activité des établissements de santé d'Aquitaine *(Exploitation ARS Aquitaine)*

- **Système National d'Information Inter Régimes de l'Assurance Maladie** en 2011 :
DCIR, sous produit du SNIIRAM, qui rassemble l'ensemble des données de consommation des affiliés de tous les régimes d'Assurance Maladie d'Aquitaine *(Exploitation DRSM Aquitaine).*

- **Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS)** en 2012
Source de données permettant de disposer de la démographie des professionnels de santé selon leur spécialité : chirurgiens-dentistes, chirurgiens-dentistes spécialistes en orthodontie, chirurgiens maxillo-faciale spécialistes en stomatologie, chirurgiens en stomatologie *(Exploitation ARS et DRSM Aquitaine).*

ETAPE 1 : Analyse des données d'activité hospitalière (PMSI 2010 et 2011)

1- Analyse des séjours

Extraction des séjours du groupe d'activité G207 en 2011
Recherche des actes CCAM les plus fréquents
Analyse des séjours avec un ou plusieurs de ces 5 actes
Evolution du nombre de séjours avec ces actes entre 2010 et 2011
Recherche des établissements de santé présentant un nombre de séjours important pour cette activité

2- Analyse des actes

Analyse de la répartition des 5 actes
Recherche d'actes associés au cours des séjours

3- Analyse des patients

Analyse du sexe et de l'âge des patients
Analyse des patients selon leur territoire de résidence et tranche d'âge (<13 ans, 13 à 24 ans, 25 ans et plus)
Utilisation des données démographiques 2009 par territoire et tranche d'âge pour calculer des taux de recours à l'hospitalisation bruts pour l'extraction de dent de sagesse pour 1000 habitants.

4-Analyse des aspects financiers

ETAPE 2 : Analyse des données de soins de ville (DCIR 2011)

1- Analyse des actes

Recherche des cotations NGAP
Recherche de l'acte le plus fréquent

2- Analyse de la spécialité des praticiens

Recherche de la spécialité médicale du praticien qui a réalisé l'acte en 2011
Fréquence de la pratique selon la spécialité du praticien
Analyse du nombre d'actes par praticien tenant compte de la démographie régionale des praticiens
Analyse du secteur d'activité des praticiens qui ont effectué ces actes

3- Analyse des patients

Analyse des patients selon les tranches d'âge (<13 ans, 13 à 24 ans, 25 ans et plus)
Analyse des patients selon leur territoire de résidence et tranche d'âge (<13 ans, 13 à 24 ans, 25 ans et plus)
Utilisation des données démographiques 2009 par territoire et tranche d'âge pour calculer des taux de recours aux soins de ville bruts pour l'extraction de dent de sagesse pour 1000 habitants.

4- Analyse des aspects financiers

5- Analyse du recours à l'orthodontie

Analyse des patients selon leur territoire de résidence.
Utilisation des données démographiques 2009 par territoire pour calculer des taux de recours aux actes d'orthodontie en ville pour 1000 habitants.

ETAPE 3 : Synthèse des analyses de l'activité hospitalière et de l'activité en ville (2011)

Calcul d'un taux de recours à l'extraction des dents de sagesse cumulé ville + hôpital.

ETAPE 4 : Rapprochement de l'activité analysée avec la démographie des professionnels de santé (2010-2011)

Démographie des chirurgiens dentistes par département France entière
Démographie des chirurgiens dentistes orthodontistes
Démographie des chirurgiens maxillo-faciale et stomatologie

ETAPES ULTERIEURES

- Demande de mise à disposition des taux de recours standardisés France entière pour l'extraction de dents de sagesse en ville et à l'hôpital auprès de la CNAMTS et ATIH.
- Demande de mise à disposition des taux de recours standardisés France entière de recours à l'orthodontie
- Rédaction d'un document présentant la synthèse des résultats d'analyse.
- Echange avec les professionnels enseignants de la Faculté dentaire de Bordeaux.
- Projet d'actions en partenariat avec la Faculté dentaire : revue de la bibliographie, thèse de doctorat sur le sujet, journée d'EPP auprès des orthodontistes.

Illustration ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur : démarche menée pour l'analyse du groupe de planification Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie (M02)

Constat de départ

Taux de recours aux endoscopies digestives (GP M02) très élevé dans la région, avec de fortes variabilités entre les territoires

⇨ thème de travail retenu par l'instance régionale de concertation

1ère étape : Affiner la connaissance de l'activité ciblée

1. **Préciser l'activité ciblée : sélection des actes principaux**

- **Observation des principaux GHM du groupe de planification ciblé**

70% des séjours sont avec un GHM 06K04J : Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire

27% des séjours sont avec un GHM 06K02Z : Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours

⇨ thème retenu : endoscopies digestives diagnostiques et thérapeutiques

- **Observation des principaux actes réalisés au cours des séjours ciblés, en production (volumes) et en consommation (taux de recours)**

⇨ actes retenus : coloscopie totale et fibroscopie oesogastroduodénale

2ème étape. Confronter la pratique aux recommandations scientifiques

- Observation du lien avec le dépistage du cancer du colon

- Etude des référentiels existants

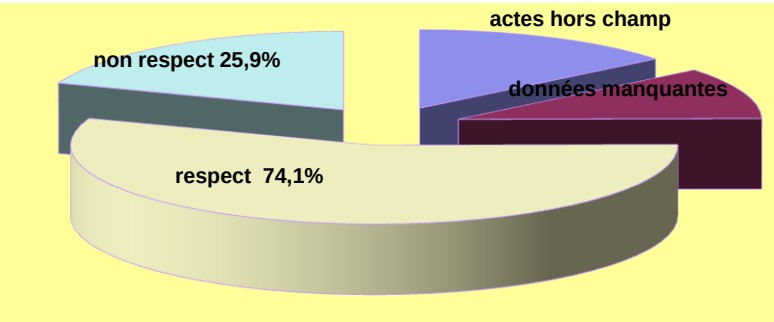
- Résultats des études antérieures

Enquête « conditions de découverte des cancers colo-rectaux en Paca », AM - ARH - INSERM en 2000

Résultats : 36% des coloscopies avaient une fibroscopie gastrique associée

Préparation des patients: « insuffisante » dans 15% des cas

Résultats des indications des coloscopies réalisées au regard des référentiels existants à l'époque :



Travaux sur l'Acbus coloscopies après polypectomies

3ème étape : Préciser le thème de travail avec le groupe

La 1ère réunion avec les professionnels a abouti à un certain nombre de questions :

- ⇨ Observer de la démographie des professionnels de santé : l'arrivée de gastro-entérologues plus jeunes a-t-elle modifiée les pratiques ?
- ⇨ Différencier les actes diagnostiques des actes thérapeutiques
- ⇨ Analyser les motifs d'examen
- ⇨ Déterminer quels sont les actes dont la pratique diffère le plus de la moyenne nationale
- ⇨ Intégrer les indications découlant de la chirurgie bariatrique pour laquelle Paca est en pointe, en effet l'obésité génère des actes d'endoscopie
- ⇨ Objectiver une éventuelle baisse des actes de chirurgie

Requêtes complémentaires réalisées :

- Taux de recours standardisés par acte et par territoire de santé
- Actes diagnostiques et thérapeutiques (par établissement)
- Motifs d'examen (région) – difficilement exploitable
- Actes associés (par établissement)
- Pyramides des âges des patients (comparaison PACA France)

Premières conclusions du groupe

Un consensus a émergé pour caractériser comme non totalement pertinents le taux de recours aux endoscopies hautes et basses, en observant la part d'actes thérapeutiques sur le total des actes et le taux d'actes associés (colo-gastro) dans certains établissements

La proposition a été faite de réaliser un retour d'information sur ce sujet aux ES et aux Professionnels (en indiquant à chaque ES où il se situe) – infostat n°14 septembre 2012

Un suivi des évolutions des pratiques du 1er semestre 2013 pourra être opéré.

L'ARS participera à la diffusion des futures recommandations HAS prévues pour début 2013

3. Préconisations méthodologiques sur les études au dossier

Ce chapitre du guide s'intéresse à l'apport des études au dossier dans l'amélioration de la pertinence des actes, sachant que seules ces études autorisent à affirmer l'existence d'une non pertinence.

Comme décrit dans les chapitres précédents, les analyses de taux de recours complétées d'éventuels indicateurs comparatifs de pratiques entre établissements peuvent permettre :

- d'initier une discussion avec les établissements / professionnels sur la problématique de la pertinence des actes
- et d'identifier un plan d'actions d'amélioration à mettre en œuvre.

Les études au dossier trouvent parfaitement leur place dans la démarche d'amélioration de la pertinence des soins. En effet, ces études apportent un véritable intérêt d'évaluation « formative » contribuant à l'identification des écarts de pratiques. La démarche d'évaluation n'ayant réellement d'intérêt que si elle est le point de départ d'une démarche d'amélioration, la priorité sera donnée à la réalisation de ces études par les professionnels de santé eux-mêmes. Ceci n'est bien sûr pas exclusif puisque les études au dossier peuvent également être menées par les représentants institutionnels.

Les études au dossier sont susceptibles de s'inscrire à des moments différents de la démarche d'amélioration de la pertinence :

- préalablement au dialogue de gestion (dans le but de l'éclairer),
- postérieurement au dialogue de gestion (dans le cadre du plan d'actions contractualisé ou dans le cadre du résultat peu concluant d'un suivi afin d'étayer la poursuite du dialogue de gestion avec les professionnels de santé sur leur pratique propre),
- à tout moment (autoévaluation spontanée ou induite par la tenue d'une concertation régionale).

• Qui pilote et réalise l'étude au dossier ?

- Dans le cadre des autoévaluations menées par des établissements / professionnels, il peut s'agir soit de démarches spontanées soit de démarches s'intégrant dans le plan d'actions construit lors du dialogue de gestion ARS-ES. Quelle qu'en soit l'origine, il est conseillé aux ARS de mettre en place un référencement des études réalisées afin de mutualiser les efforts et de profiter des retours d'expérience. Il s'agirait de mettre à disposition de l'ensemble des professionnels de santé la liste des thèmes ayant fait l'objet d'études et le nom de la personne pouvant être contactée pour plus d'informations.
    - Lorsque le thème ne correspond pas aux priorités définies au niveau régional, il s'agit uniquement de faciliter la mise en relation de professionnels intéressés par le même sujet, sans regard de l'ARS sur la méthodologie associée ;
    - Lorsque le thème correspond aux priorités régionales, il est utile de demander un retour d'expériences aux professionnels de santé ayant déjà mené une étude au dossier sur ce thème et de l'utiliser pour les travaux régionaux afin de disposer d'une méthodologie validée par le groupe de concertation réunissant l'ARS, les sociétés savantes et professionnels de santé (cf. infra).

- Dans le cadre des <u>démarches régionales</u> d'amélioration de la pertinence des soins, il convient de s'appuyer sur un **groupe de concertation** (instance opérationnelle de dialogue lorsqu'elle existe) réunissant notamment l'ARS, les sociétés savantes et les professionnels de santé concernés pour :
    - identifier le référentiel à utiliser (HAS quand il existe ou autre référentiel dans le cas contraire) ;
    - construire la méthodologie de l'étude (critères, seuils à prendre en compte …) ;
    - diffuser cet outil aux professionnels de santé.

  L'outil pourra ainsi être utilisé pour des études au dossier menées par les professionnels de santé (auto-évaluation).

  Un référencement national de ces études validées par les groupes régionaux de concertation sera fait sur le SharePoint dédié afin, là encore, de faciliter le partage des travaux, tant à destination des ARS que des professionnels au niveau national

- Dans le cadre des <u>démarches nationales</u> d'amélioration de la pertinence des soins, des études aux dossiers pourront être menées par l'Assurance Maladie, notamment pour tester avec les régions volontaires (ayant des établissements ciblés ou non avec les indicateurs testés) la robustesse des indicateurs comparatifs des pratiques en cours de développement et la démarche mise en place. L'objectif est de fournir des outils d'alerte aux professionnels et aux ARS leur permettant de déterminer les priorités d'action.

• Quel type d'étude réaliser ?

Quel qu'en soit l'initiateur (professionnels de santé, ARS, Assurance Maladie…), les mêmes questions méthodologiques se posent : faut-il réaliser une étude rétrospective ou prospective ? Faut-il mener une étude multicritères ou une revue de pertinence ?

- **Etude rétrospective ou étude prospective ?**

Les études **rétrospectives** sur dossier comportent l'avantage de pouvoir réunir l'ensemble des dossiers médicaux pour une analyse en un temps prévisible et assez court. Toutefois, l'inconvénient de ce type d'étude est la difficulté parfois rencontrée pour retrouver a posteriori l'ensemble des éléments ayant contribué à la décision médicale.

Les études **prospectives** présentent l'avantage de pouvoir être intégrées à la pratique, et conviennent bien à une évaluation "formative" des professionnels. Elles ont l'inconvénient de nécessiter un temps plus long d'observation avant de disposer du nombre de dossiers souhaité (dépend de la fréquence de réalisation de l'acte et du nombre de critères d'exclusion).

Les études rétrospectives et prospectives nécessitent la mise en œuvre d'un programme spécifique, avec suivi – si possible informatisé - d'indicateurs valides, centré sur la thématique.

- **Etude au dossier multicritères ou revue de pertinence ?**

Les **études multicritères** ont l'avantage de permettre une analyse complète des cas (état clinique, antécédents, co-morbidités, traitements déjà réalisés, …) et de donner ainsi une visibilité globale sur la pratique mais présentent l'inconvénient d'être lourdes en termes de recueil et d'analyse.

Les **revues de pertinence** permettent une analyse plus rapide et ciblée (si l'un des critères explicites listés est présent, le soin est considéré comme approprié) mais sont limitées à la prise en compte des critères de pertinence prédéterminés.

Ces deux types d'analyse reposent sur le même principe et peuvent concerner les mêmes actes. Seule la construction de la grille de recueil diffère :

- pour les études multicritères, la totalité des items fait l'objet d'un recueil dans tous les cas ;
- pour les revues de pertinence, le recueil est terminé dès lors que le premier critère justifiant la pertinence de l'acte est retrouvé ; ce qui permet de passer directement au dossier suivant.

Les revues de pertinence peuvent ainsi être privilégiées dans les cas où la problématique de pertinence est bien identifiée.

• Quels critères de faisabilité ?

Pour entreprendre une étude sur dossier de la pertinence des actes, il est nécessaire :

- de disposer **d'un référentiel**
  - national de type HAS
  - de société savante (française, ou européenne, voire extra européenne, mais il est alors nécessaire de s'assurer de la transposabilité au contexte français, et de le faire valider par les professionnels de santé de la discipline en région)
  - élaboré en région, et validé par les professionnels de santé de la discipline.

Il convient de veiller à la validité du référentiel car la plupart des référentiels deviennent obsolètes au-delà de 5 ans voire moins selon l'évolution des techniques et des connaissances.

- de s'assurer de la disponibilité des éléments dans le dossier d'hospitalisation :

La méthodologie de l'étude étant élaborée sur la base du référentiel, il est essentiel de s'assurer que les éléments permettant de classer la réalisation de l'acte en pertinent / non pertinent / incertain, peuvent être retrouvés dans le dossier médical d'hospitalisation ciblé, ou le cas échéant après contact avec le médecin adresseur ou le médecin traitant (plus lourd alors car nécessite l'envoi d'un courrier au médecin adresseur, l'attente de la réponse, voire des relances).
Le test de la grille de recueil sur quelques dossiers au sein d'un établissement permettra de s'en assurer.

- **Quels principes méthodologiques appliquer selon le type d'étude ?**

Les études décrites ci-dessous concernent l'évaluation de la pertinence des actes. Des outils sont également disponibles ou en cours de développement pour déterminer l'adéquation des admissions et des journées d'hospitalisation en MCO[22] ou en SSR[23].

1. Elaboration de la méthodologie de l'étude

1.1. Etude multicritères

Il convient d'élaborer :

- une méthodologie validée par les professionnels
  Cette partie consiste à élaborer une méthodologie d'analyse des dossiers patients à partir d'un référentiel. Il convient de se reporter aux outils professionnels mis à disposition par la HAS lorsqu'ils existent. Dans le cas contraire, il s'agit, pour les professionnels de santé avec l'appui des pairs régionaux le cas échéant, de déterminer, à partir du référentiel, les **critères nécessaires pour donner un avis sur la pertinence de l'acte** et d'en déduire la **liste des items dont le recueil est nécessaire**. Ces items vont concerner l'état clinique, mais aussi les antécédents, les traitements déjà réalisés, les traitements en cours, les comorbidités, …en limitant le nombre de critères pour ne retenir que quelques indicateurs "valides" c'est à dire reflétant la qualité de la pratique.
  A visée descriptive, il peut être décidé d'ajouter des items tels que sexe, âge, territoire de santé de domicile, catégorie socioprofessionnelle, durée du séjour, modes d'entrée et de sortie du séjour, …
- un algorithme décisionnel menant au classement en :
  - ✓ Pertinent
  - ✓ Non pertinent
  - ✓ Incertain
  - ✓ Absence d'éléments suffisants pour se prononcer (en cas de dossier incomplet).

- la grille de recueil destinée à être utilisée pour chaque séjour ayant comporté l'acte ciblé.
  Cette grille doit être accompagnée d'un guide de remplissage détaillé, visant à minimiser les questionnements des enquêteurs sur site, et les interprétations non univoques des items.

  La grille sera ensuite validée par test sur quelques dossiers permettant des réajustements sur la grille et/ou le guide de remplissage.
  Ce test permet également d'**évaluer la charge de travail** de la partie du recueil sur site (temps moyen de remplissage de la grille) et ainsi de déterminer le temps médical nécessaire pour l'ARS ou pour l'ES.

[22] Outils AEP (*Appropriateness Evaluation Protocol) utilisés* dans le cadre de l'étude nationale sur les inadéquations hospitalières menée en 2009-2010 par la DGOS avec le soutien méthodologique de la DREES et de l'ATIH http://www.sante.gouv.fr/inadequations-hospitalieres,10230.html

[23] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1247366/realisation-dune-grille-danalyse-de-la-pertinence-des-demandes-de-transfert-et-dadmission-en-ssr-note-de-cadrage

Illustration : étude sur l'opportunité des actes d'angioplastie coronaire en Alsace en 2008

REFERENTIEL UTILISE

La grille de recueil des données sur site, et l'algorithme de classification selon le caractère opportun ou non de la revascularisation coronaire, ont été établis par traduction d'un article du JACC (Journal of the American College of Cardiology) daté de janvier 2009 :

PATEL M.R., DEHMER G.J., HIRSHFELD J.W. et al.
ACCF/SCAI/STS/AHA/ASNC **2009 Appropriateness Criteria for Coronary Revascularization**
J Am Coll Cardiol 2009 ; 53 : 530-53

SITUATIONS DECRITES DANS LES 48 SCENARIOS

- **Existence ou non d'un antécédent de pontage coronarien :** oui / non

- **Sévérité de l'angor, selon la classification de la Société Canadienne de Cardiologie :**
  - asymptomatique
  - Classe I ou II
  - Classe III ou IV
  - clinique non connue ou imprécise

- **Stratification du risque coronarien à l'issue des examens non invasifs :**
  - risque faible / intermédiaire / élevé
  - examens non invasifs non réalisés
  - résultats non interprétables
  - risque faible avec FEVG normale

- **Examens invasifs : coronarographie - imagerie ultrasonore intra coronaire**
  ⇨ Nombre d'artères coronaires touchées, et leur degré de sténose
  - sténose d'un ou deux vaisseaux coronaires sans atteinte de l'IVA proximale
  - sténose "borderline" entre 50 et 60% d'un ou deux vaisseaux coronaires
  - occlusion chronique complète d'un tronc (IVA ou circonflexe ou coronaire droite), sans autre sténose coronaire
  - sténose d'un vaisseau coronaire impliquant l'IVA proximale
  - sténose de deux vaisseaux coronaires impliquant l'IVA proximale
  - sténose de trois vaisseaux coronaires, hors tronc commun de la coronaire gauche
  - sténose du tronc commun de la coronaire gauche

  - au moins une sténose d'un greffon veineux saphène
  - au moins une sténose d'une artère coronaire native non pontée + tous les greffons perméables et sans lésion significative

- **Existence d'un traitement anti ischémique optimal :**
  - aucun traitement ou non optimal : au plus une classe de thérapie anti angineuse dans le traitement d'admission
  - traitement médicamenteux optimal : au moins 2 classes de thérapie anti angineuse.

⇨ EN FONCTION DES ELEMENTS RECUEILLIS SUR DOSSIER :
- **N** = Non opportun
- **I** = Incertain
- **O** = Opportun
- **H** = Hors scénarios décrits
- **A** = Absence d'éléments suffisants pour se prononcer.

Illustration : étude sur l'opportunité des actes d'angioplastie coronaire en Alsace en 2008 (suite)

OPPORTUNITE DE LA REVASCULARISATION CORONAIRE HORS SYNDROME CORONARIEN AIGU ET HORS ANTECEDENT DE PONTAGE

	Indication	Degré d'opportunité N = Non opportun I = Incertain O = Opportun — Sévérité de l'angor (classe SCC)		
		Asympto -matique	Classe I ou II	Classe III ou IV
12	▪ sténose d'un ou deux vaisseaux coronaires sans atteinte de l'IVA proximale ▪ examens non invasifs : risque faible ▪ aucun traitement médicamenteux anti ischémique, ou non optimal	N	N	I
13	▪ sténose d'un ou deux vaisseaux coronaires sans atteinte de l'IVA proximale ▪ examens non invasifs : risque faible ▪ traitement médicamenteux anti ischémique optimal	N	I	O
14	▪ sténose d'un ou deux vaisseaux coronaires sans atteinte de l'IVA proximale ▪ examens non invasifs : risque intermédiaire ▪ aucun traitement médicamenteux anti ischémique, ou non optimal	N	I	I
15	▪ sténose d'un ou deux vaisseaux coronaires sans atteinte de l'IVA proximale ▪ examens non invasifs : risque intermédiaire ▪ traitement médicamenteux anti ischémique optimal	I	O	O
16	▪ sténose d'un ou deux vaisseaux coronaires sans atteinte de l'IVA proximale ▪ examens non invasifs : risque élevé ▪ aucun traitement médicamenteux anti ischémique, ou non optimal	I	O	O
17	▪ sténose d'un ou deux vaisseaux coronaires sans atteinte de l'IVA proximale ▪ examens non invasifs : risque élevé ▪ traitement médicamenteux anti ischémique optimal	O	O	O

1.2. Revue de pertinence

Par rapport à l'étude multicritères, l'élaboration de la grille de revue de pertinence s'attache à classer les items à vérifier par ordre de fréquence des situations rencontrées de manière à ce que le recueil de données soit limité dans le plus grand nombre de cas possible. La nature des grilles de revue de pertinence dépend toutefois de la complexité des situations (influençant le nombre de critères à prendre en compte) et de la manière retenue pour juger de la pertinence (binaire ou plus nuancée).

2. Détermination du nombre de dossiers à étudier

Le choix du volume de séjours à cibler est fonction de l'objectif recherché.

Lorsque cet objectif est avant tout pédagogique, d'accompagnement, de prise de conscience, il est le plus souvent inutile de rechercher une possibilité d'exploitation statistique des résultats. Il convient alors de sélectionner une quarantaine de dossiers afin de disposer d'au moins une trentaine de dossiers exploitables après vérification sur le dossier de l'absence de critères d'exclusion.

Lorsque l'objectif est de quantifier précisément le pourcentage d'actes non pertinents, le nombre de dossiers nécessaires sera fonction de la précision statistique souhaitée (taille de l'intervalle de confiance) et devra être déterminé selon les méthodes classiques utilisées dans les sondages.

L'expérience de l'ARS Alsace, dont sont issues les précédentes illustrations, permet de présenter ci-dessous le cas des études menées à l'initiative d'une ARS et les étapes spécifiques que ces études doivent alors comporter.

Illustration : méthodologie de réalisation d'une étude de dossiers patients par l'ARS (ARS Alsace)

La méthodologie comporte 11 étapes à suivre lors d'une étude sur dossiers qui serait à l'initiative et menée par l'ARS :

1. ciblage de l'acte dont on souhaite étudier la pertinence
2. ciblage des établissements dans lesquels on réalise l'étude sur dossiers
3. élaboration de la méthodologie de l'étude dont le référentiel constitue la partie centrale
4. détermination du nombre de dossiers à étudier au sein des établissements ciblés
5. information des établissements ciblés
6. réalisation de l'étude sur site
7. recherche des informations complémentaires éventuellement nécessaires selon la méthodologie
8. saisie informatique des fiches
9. analyse des résultats
10. restitution aux établissements / professionnels
11. suivi

Ces onze étapes sont détaillées ci-après.

1. **Ciblage de l'acte dont on souhaite étudier la pertinence**

- Une étude de pertinence des actes va concerner prioritairement un acte pour lequel une atypie a été constatée en **surconsommation**, sans mise en évidence de facteur explicatif tel qu'un contexte de morbidité particulier

La surconsommation peut être régionale, ou centrée sur un ou plusieurs territoires de santé (avec dans ce cas éventuelle iso consommation régionale par rapport à la moyenne nationale).

Le choix tiendra également compte du **volume d'actes** concernés (volume important pour « rentabiliser » les résultats de l'étude), et du **poids économique** (possibilité de retenir un acte dont le volume n'est pas très important, mais qui génère des coûts importants de par sa lourdeur).

- Un autre élément qui va guider le choix de l'acte est l'objectif de qualité et de sécurité des soins : le **risque médical associé à l'acte** rend d'autant plus utile une évaluation de pertinence.

- Par ailleurs, pour retenir un acte dans l'optique d'une étude sur dossiers, sa réalisation doit reposer sur des **référentiels**, consensus de professionnels. Il convient de préférence de ne pas choisir un acte disposant d'un référentiel contesté par les professionnels (exemple du dosage des PSA), car il est important d'obtenir l'adhésion des professionnels.

- Articulation avec les démarches pilotées par l'Assurance maladie

Il convient d'éviter le choix d'actes dont la réalisation est soumise à accord préalable : l'accord du service médical de l'AM vaut validation de la pertinence.

Par ailleurs, l'assurance maladie est susceptible d'avoir programmé une action d'accompagnement (de type MMH avec analyse de profil) ou de MSAP sur l'acte ciblé par l'ARS. Il faut alors le vérifier auprès de la DCGDR, afin d'éviter un télescopage des deux interventions.

Il en sera de même concernant le programme ARS-Assurance Maladie de contrôle T2A.

2. **Identification des établissements dans lesquels on réalise l'étude sur dossiers**

Cette étape nécessite l'analyse des données PMSI non plus en consommation, mais en **production**, pour les établissements participant à la consommation des territoires en sur consommation (établissements pas forcément situés sur le territoire sur consommant si fuites extra territoriales ou pour activités de recours par exemple).

On peut alors s'intéresser à l'ensemble des établissements concernés, ou seulement à ceux qui produisent un volume significatif, ou mieux à ceux dont la pratique est la plus atypique (permettant notamment de ne pas exclure d'emblée du ciblage les centres à faible production d'actes).

En effet, selon les actes, des analyses plus fines permettront d'identifier **les établissements ayant des pratiques les plus atypiques**. Cette phase est essentielle dans un objectif d'optimisation du « rendement » de l'étude, vu l'importante charge de travail qu'elle implique.
Elle nécessite l'**élaboration d'indicateurs de comparaison des pratiques**, validés avec les professionnels de santé.

3. Elaboration de la méthodologie de l'étude

Les médecins qui vont réaliser le recueil devront être formés, en particulier pour limiter les biais d'observation liés à l'observateur.
Dans cet objectif, l'étude sera idéalement menée par un unique binôme ; les 2 médecins formés se rendant ensemble dans tous les établissements ciblés. L'expérience montre en effet que les variations d'appréciations sont nombreuses, même avec les méthodologies les plus précises.

4. Détermination du nombre de dossiers à étudier

5. Information des établissements ciblés

Au cours du dialogue de gestion ARS-ES, la discussion sur cette problématique conjointement avec la Direction, le président de CME et les professionnels de santé concernés permettra d'établir le plan d'action approprié. Les professionnels de santé seront peut-être amenés à proposer eux-mêmes un programme d'amélioration de la pertinence des soins dans le cadre d'une approche prospective.
En fonction des situations et des ressources mobilisables, l'ARS pourra proposer sa contribution à cette étude. Si l'étude est menée par l'ARS, il s'agira alors d'adresser un courrier du DG ARS au directeur, avec copie au président de CME et au médecin DIM annonçant la prise de contact prochaine avec le médecin DIM, pour sélection des dossiers puis tirage au sort et mise à disposition.

6. Réalisation de l'étude sur site

Lorsque l'évaluation est menée par un évaluateur externe (exemple : ARS), il est indispensable de prévoir un temps d'échange avec les cliniciens, essentiel dans une démarche à vocation d'accompagnement. Ce temps peut intervenir à la fin de l'étude sur site ou être décalé (après l'étape 7) si l'ensemble des éléments n'est pas directement disponible dans le dossier d'hospitalisation. L'échange devrait idéalement concerner au moins les dossiers avec acte considéré « non pertinent », ou dont la pertinence comporte des incertitudes.

7. **Recherche des informations complémentaires éventuellement nécessaires selon la méthodologie**

Selon l'acte choisi, l'étude des dossiers en établissements peut s'avérer insuffisante. Il conviendra alors de recueillir des éléments complémentaires auprès du médecin adresseur, ou du médecin traitant.

Exemples :

- Pour la chirurgie du canal carpien, le compte rendu exhaustif de l'EMG ne figure pas toujours dans le dossier d'hospitalisation (mais la conclusion, et le nom du neurologue qui l'a réalisé sont le plus souvent disponibles). Comme la méthodologie nécessite la lecture du compte rendu complet, il est alors nécessaire de contacter le neurologue pour obtenir ce compte rendu.
- Pour les angioplasties coronaires, il manque souvent plusieurs éléments nécessaires à l'avis sur la pertinence : le niveau de sévérité de l'angor, le résultat des examens non invasifs réalisés en extra hospitalier avant l'acte. Ils devront être recueillis après la phase d'étude sur site.

Il est ainsi essentiel dans la programmation de l'étude de prévoir ce temps de recueil des informations complémentaires, d'autant plus que l'on est alors tributaire du délai de réponse des professionnels, des relances à réaliser.

8. **Saisie informatique des fiches**

Dans le cadre de la réalisation de l'étude par l'ARS, il convient de vérifier au préalable qu'elle détient les autorisations CNIL nécessaires à ce type d'étude.

Les contraintes CNIL imposent de ne pas conserver de correspondance avec les identifiants des patients. Idéalement, cette saisie n'est donc réalisée qu'après complétude de l'ensemble des éléments, notamment après retour des informations demandées à l'étape précédente.

Le recueil peut être directement informatisé mais ne devra contenir aucune information directement ou indirectement nominative concernant le patient

9. **Analyse des résultats**

10. **Restitution aux établissements / professionnels**

La restitution sera faite aux professionnels des établissements ciblés et, dans le cadre des études à visée régionale, pourra être faite à tous les professionnels de santé concernés de la région

Cette analyse comparative doit permettre aux médecins de réfléchir à leur pratique.

11. **Suivi**

Le renouvellement d'une étude au dossier n'est pas indispensable pour vérifier l'efficacité de la démarche. La veille peut être assurée via la surveillance de l'évolution du taux de recours et des indicateurs de comparaison des pratiques identifiés, complétée le cas échéant par le suivi du plan d'actions contractualisé avec l'établissement de santé.

4. Outils de communication

L'ARS Midi-Pyrénées a, par exemple, choisi de lancer la démarche d'amélioration de la pertinence des soins par une communication large dans son magazine bimestriel. Un retour sur son expérience est présenté ci-dessous.

ARS Midi Pyrénées : Retour d'expérience communication sur la pertinence des soins

Question Santé est le magazine de l'ARS Midi Pyrénées. Bimestrielle, chaque édition traite sous forme de dossier, un thème important qui bénéficie des compétences et de l'expérience d'un expert. Ce magazine est destiné à l'ensemble des acteurs de santé de la région, à leurs partenaires et aux usagers. Il est diffusé par courriel auprès de 4000 professionnels de Midi Pyrénées (établissements de santé, élus …) et accessible sur le site internet de l'agence.

Début 2012, le Directeur Général de l'ARS de Midi Pyrénées a souhaité mettre en place une communication sur le sujet de la pertinence des soins afin d'affirmer l'intérêt porté à cette thématique au niveau régional.
Des experts ont été sollicités : il s'agissait des deux doyens des facultés de médecine de Toulouse. Un comité éditorial s'est constitué avec des représentants de l'ARS Midi Pyrénées (direction générale, direction de la qualité et de la performance et communication) associés aux deux experts et à un journaliste. Il s'est réuni une fois pour travailler sur la définition de la pertinence des soins et pour identifier les professionnels de santé de la région susceptibles d'apporter un éclairage ou un témoignage sur ce sujet. Le journaliste, rédacteur en chef du magasine, était chargé d'une part de contacter les professionnels pour les interviewer et d'autre part de rapporter et synthétiser les échanges qu'ils avaient eus.

Une dizaine de professionnels ont ainsi exprimé leur point de vue et rapporté leur expérience dans le domaine de la pertinence. Selon les interlocuteurs, l'approche était différente :

- Un des doyens a souligné le rôle de l'enseignement qui « doit privilégier un savoir utile, plutôt qu'encyclopédique, en fixant des objectifs pédagogiques centrés sur la pertinence des conduites et des actes ». Le deuxième considérait que « le médecin doit comparer l'avantage d'agir par rapport à l'inconvénient d'agir mais aussi l'avantage de ne pas agir par rapport à l'inconvénient de ne pas agir ». C'était, pour lui, « la base du raisonnement individuel de la pertinence de l'acte » ;
- L'Assurance Maladie considérait que « ce qui coûte cher, c'est le soin inutile, redondant, inapproprié ou dangereux mais jamais le soin pertinent » ;
- Un médecin généraliste a déclaré que « l'interdisciplinarité est indispensable pour démultiplier les moyens, échanger et se compléter afin d'être meilleurs et plus efficaces ».

ARS Midi Pyrénées : Retour d'expérience communication sur la pertinence des soins

Dans ce numéro de Question Santé, l'ARS Midi Pyrénées confirme son intérêt pour cette thématique en commençant par identifier les situations atypiques dans la région en termes de prise en charge chirurgicale (et/ou de territoires de santé concernés). Cette première étape indispensable permet d'initier la démarche ; reste à mettre en place un partenariat fort avec l'ensemble des acteurs pour amener les professionnels à travailler sur la pertinence des prises en charge.

Ce magazine est accessible à l'adresse suivante :
http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/Questionsante-le-magazine-de-l.117477.0.html

ANNEXES

A. Travaux HAS prévus en 2012 et 2013

DISCIPLINE	SAISINES	LIVRABLES	CNPS	Calendrier prévisionnel
CARDIO	Endoprothèses vasculaires sans IDM 05K06	note problématique pertinence	Cardiologie	T1 2013
DIGESTIF PEDIATRIE	Appendicectomie 06C08 / 06C09	référentiel	FCVD, pédiatrie, G4, MG	Novembre 2012
		outils d'aide à la décision - programmes d'amélioration des pratiques	FCVD, CN Pédiatrie, G4, MG	En cours
DIGESTIF	Cholécystectomies 07C14 (13?)	note problématique pertinence	FCVD	Décembre 2012
		outils d'aide à la décision - programmes d'amélioration des pratiques	FCVD	Décembre 2012
GASTRO	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie en ambulatoire - 06K04	note problématique pertinence	CNP HGE / SFED	T1 2013
		indicateurs - programmes d'amélioration des pratiques	CNP HGE / SFED	Terminé

DISCIPLINE	SAISINES	LIVRABLES	CNPS	Calendrier prévisionnel
GYNECO-OBS RADIO	Echographie < 11° S de grossesse	référentiel		T3 2013
OPHTALMO	Intervention sur le cristallin avec ou sans vitrectomie / 02C05	analyse bibliographie	Ophtalmologie	Fin 2012
		note problématique pertinence	Ophtalmologie	T1 2013
ORL – PEDIATRIE	Drains transtympaniques / amygdalectomies/ adénoïdectomies 03C10 – 03C11 – 03C22J – 03C14 – 03C15	référentiel	ORL, pédiatrie, MG	Décembre 2012 Début 2013 pour la partie clinique
ORTHO	Libération canal carpien et autres nerfs superficiels 01C13	référentiel Outils	Ortho	Terminé Début janvier 2013
ORTHO	Prothèses de genou : 08C24	référentiel	Ortho	Fin 2012
ORTHO	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents 08C48	Note de problématique pertinence	Ortho	Automne 2012

DISCIPLINE	SAISINES	LIVRABLES	CNPS	Calendrier prévisionnel
PNEUMO	BPCO BPC surinfectées (04M20)	note problématique pertinence	Pneumologie, MG	Décembre 2012
		support pour améliorer l'organisation de la prise en charge en amont de l'hospitalisation	Pneumologie, MG	T1 2013
PEDIATRIE	Bronchiolites 04M18	note problématique pertinence	Pédiatre, MG	Janvier 2013
		actualisation recommandation ?	Pédiatre, MG	Automne 2013
GYNECO-OBS	Cesarienne 14c02 Césarienne programmée	référentiel	CNGOF	Terminé
		programmes d'amélioration des pratiques	CNGOF, MG	Terminé

B. Composition du groupe de travail DGOS/HAS/CNAMTS/ATIH/ARS à l'origine du présent guide

Par ordre alphabétique :

- Monsieur le Docteur Rémy BATAILLON (HAS)
- Madame Cécile BEHAGHEL (DGOS – bureau R5)
- Monsieur Bast BIDAR (DGOS – bureau PF2)
- Monsieur le Docteur Philippe CABARROT (HAS)
- Madame Marion CHABERT (ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur)
- Madame le Docteur Sylvie FONTANEL (ARS Alsace)
- Monsieur François GRIMONPREZ (ARS Pays de la Loire)
- Monsieur le Docteur Pierre JALABERT (ARS Languedoc-Roussillon)
- Madame le Docteur Isabelle JAMET (ARS Aquitaine)
- Monsieur le Docteur Gabriel KULLING (ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur)
- Monsieur Thomas LE LUDEC (HAS)
- Madame Natacha LEMAIRE (DGOS-SDR)
- Madame Annick LE PAPE (ARS Languedoc-Roussillon)
- Madame le Docteur Florence LEYMARIE (ARS Midi-Pyrénées)
- Madame Marielle MARBACH (DGOS – bureau PF2)
- Monsieur Michel MARTIN (CNAMTS)
- Madame le Docteur Martina MARTINOWSKY (HAS)
- Monsieur le Docteur Michel MARTY (CNAMTS)
- Madame Florence PINELLI (ATIH)
- Madame le Docteur Dominique RAVINET (CNAMTS)
- Monsieur Jean-Loïc RETAUD (ARS Pays de la Loire)
- Monsieur le Docteur Jean-Patrick SALES (HAS)
- Madame le Docteur Valérie SALOMON (DGOS – bureau PF2)
- Monsieur le Docteur François SEILLER (ARS Alsace)
- Madame le Docteur Odile TILLON-FAURÉ (DGOS – bureau R5)
- Madame Adeline TOWNSEND (ATIH)

C. Exemples d'indicateurs de comparaison des pratiques en cours de validation dans le cadre des démarches nationales thématiques

Indicateurs de comparaison pour les appendicectomies :

- Part relative des patients de moins de 20 ans
- Sexe ratio (H/F) des patients opérés de l'appendicite et/ou du sexe ratio des patients de moins de 20 ans opérés de l'appendicite
- Part relative des appendicectomies sans complications
- Durée moyenne des séjours d'appendicectomie sans complications
- Part relative des appendicectomies dans l'activité de chirurgie digestive
- Programme opératoire hebdomadaire (Part relative du jour de la semaine le plus chargé)
- Évolution du nombre d'appendicectomies sur 3 ans / 5 ans
- Part des patients opérés d'une appendicectomie ayant bénéficié d'au moins un acte d'imagerie réalisé dans le mois qui a précédé le jour d'admission ou pendant leur séjour à l'hôpital

D. Exemples d'indicateurs retenus par certaines ARS pour affiner, au niveau ES, l'analyse d'activités ciblées

Activité	Caractéristiques des patients	Source	Type de référence	Caractéristiques des actes et séjours réalisés	Source	Type de référence	Région ayant travaillé sur le sujet
Endoscopies digestives	Analyse des DP	PMSI	Moyenne régionale	Détail pour les actes les plus volumineux (coloscopies totales et oeso-gastro-duodenoscopie) : - % d'actes associés - % d'actes diagnostiques ou thérapeutiques - % d'actes/séjours répétés sur une période à définir	PMSI	moyenne régionale /nationale	ARS PACA
Angioplasties coronariennes hors syndrome coronarien aigu	Eléments obtenus dans le dossier patient : - motifs de l'hospitalisation - facteurs de risque des patients	Enquête	Moyenne régionale	- angioplasties réalisées dans l'année qui a précédé le séjour - nb d'actes répétés sur une période pour un patient - % des séjours en plusieurs temps (ex : coronarographies suivies dans un 2ème temps d'une ou plusieurs angioplasties) - nb d'actes par séjour (ex : nb d'angioplasties, vaisseaux traités et stents par séjour) - part d'un type d'acte par rapport aux actes similaires (ex : % de stents actifs sur la totalité des stents) - diagnostic principal - diagnostic associés significatifs - présence d'explorations non invasives préalables à l'angioplastie (pour documenter l'ischémie myocardique)	PMSI PMSI /SNIIRAM		ARS PACA ARS Aquitaine ARS Alsace

Activité	Caractéristiques des patients	Source	Type de référence	Caractéristiques des actes et séjours réalisés	Source	Type de référence	Région ayant travaillé sur le sujet
Chirurgie urologique	Analyse des DP		Moyenne régionale/ nationale	Pour DP lithiase urinaire : - par établissement, part des séjours chirurgicaux par rapport aux séjours médicaux et aux actes de lithotritie	PMSI		ARS PACA
SSR				- % d'actes/séjours répétés sur une période à définir - Part des séjours à temps partiel/hospitalisation complète - Distribution de la durée des séjours	PMSI	Moyenne régionale /nationale	ARS PACA

E. Appel à candidatures réalisé par l'ARS Bretagne sur la chirurgie ambulatoire

Agence Régionale de Santé Bretagne

Service émetteur : Direction de l'Offre de Soins et de l'Accompagnement

Affaire suivie par : Dr Françoise DURANDIERE
Marie GUEGUEN

Courriel : francoise.durandiere@ars.sante.fr
marie.gueguen@ars.sante.fr

Téléphone : 02 22 06 73 29
: 02 22 06 73 79

Réf. : appel a candidature_PS_20120504
P. J. : 2

Date : 4 mai 2012

Appel à candidatures

Identification de professionnels de santé en appui de l'ARS pour une aide à la mise en œuvre opérationnelle du plan de développement régional de la chirurgie ambulatoire

1. **Contexte**

Le développement de la chirurgie ambulatoire est une priorité nationale.
L'ARS Bretagne a mis en place un plan de développement régional de la chirurgie ambulatoire en concertation avec des représentants des établissements publics et privés.
Le caractère ambitieux de ce plan nécessite l'identification de plusieurs professionnels de santé pour apporter un appui au chef de projet régional de l'ARS à sa mise en œuvre opérationnelle auprès des établissements publics et privés.
L'ARS souhaite identifier 4 à 6 professionnels de santé afin de constituer des binômes.

2. **Objectif**

Promouvoir la chirurgie ambulatoire auprès des prescripteurs et accompagner les établissements.

3. **Mission**

- Rencontre des équipes des établissements publics et privés afin de réaliser un diagnostic des unités de chirurgie ambulatoire (UCA) :
  - Identification des freins au développement et des améliorations possibles (savoir-faire transférables) en lien avec les personnes ressources de chaque UCA

- Participation au groupe de travail régional
  - Réalisation d'une synthèse régionale à partir du diagnostic de chaque UCA
  - Propositions pour :
    - l'élaboration et/ou l'harmonisation d'outils par acte réalisable en ambulatoire
    - la mise en place d'indicateurs qualité partagés

- Réactivation du collège des coordonnateurs des UCA

- Participation à la rencontre annuelle régionale avec les établissements chirurgicaux, organisée par l'ARS

4. Durée de la mission

du 1 juin au 31 décembre 2012

5. Critères d'éligibilité

➢ Cible :
- Praticiens (chirurgiens, anesthésistes)
- Cadres de santé

➢ Pré-requis :
- pratique en chirurgie ambulatoire dans les spécialités suivantes : chirurgie orthopédique, viscérale, urologique, ORL et anesthésie
- connaissance confirmée de l'organisation des UCA
- capacité à convaincre

6. Montants des crédits et modalités de versements des subventions

- Montants des crédits 2012
  Enveloppe de

- Modalités de versement
  Par arrêté du DG ARS, après signature d'un avenant aux CPOM

7. Calendrier

Lancement de l'appel à candidature	Réponses à l'appel à candidature au plus tard le*	Instruction des dossiers	Notification et contractualisation
4 mai 2012	4 juin 2012	5 juin 2012	6 au15 juin 2012

* à l'adresse suivante : ARS-BRETAGNE-SECRETARIAT-ODES@ars.sante.fr

8. Annexes

- plan de développement régional de la chirurgie ambulatoire
- programme prévisionnel de travail