



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins - IRAPS - Séance du 5 juin 2025

I. Bilan du PAPRAPS 2022-2025 : présentation des travaux des sous- commissions



Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins 2022-2025

Région Pays de la Loire

Evaluation : 1 action phare réalisée qui impacte le changement des
pratiques

Pertinence des prescriptions et de l'utilisation des produits de santé

Axe 1

Fiche action n°1 - Pertinence de l'utilisation de dispositifs médicaux lors d'une perfusion

Fiche action n°2 - Iatrogénie médicamenteuse : déprescription chez la personne âgée

Fiche action n°3 – Améliorer la juste prescription des Inhibiteurs de la Pompe à Protons

Pertinence des parcours

Axe 2

Fiche action n°4 – Pertinence du parcours dans la cadre de la prise en charge du cancer du sein

Fiche action n°5 – Pertinence du parcours patient après un accident vasculaire cérébral (AVC)

Fiche action n°6 - Pertinence du parcours des patients insuffisants cardiaques (IC)

Fiche action n°7 – Pertinence du parcours des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Fiche action n°8– Pertinence du parcours des femmes enceintes en situation de vulnérabilité

Fiche action n°9 – Améliorer la visibilité des offres d'IVG en région Pays de la Loire

Pertinence des modes de prise en charge / Séjours

Axe 3

Fiche action n°10– Pertinence du recours aux urgences des personnes de plus de 75 ans

Fiche action n°11– Pertinence des premiers recours aux structures douleur chronique en Pays de la Loire

Fiche action n°12– Pertinence de la réduction des séjours longs en établissement de santé mentale

Pertinence des actes et des pratiques

Axe 4

Fiche action n°13 – Campagne « Choisir avec soin » (Gériatrie) : Pertinence des soins délivrés aux personnes âgées (75 ans et plus) hospitalisées ou résidant en EHPAD

Fiche action n°14 – Revue de Pertinence de l'Absence d'Évaluation Gériatrique en Oncologie

Fiche action n°15 – Pertinence de la réalisation des examens préanesthésiques

METHODOLOGIE/CALENDRIER 2025

- Avril-Mai : planification de bilatérales avec les référents des sous-commissions ou porteurs d'action
- Mai-Juin : mise à jour du bilan
- Séances des 5 juin et 18 septembre : présentation et échanges autour du bilan des travaux de chaque sous-commission
- Trimestre 4 : Validation du Bilan PAPRAPS 2022-2025 par le DG ARS



Présentation des travaux de sous-commissions

1- Axe Produits de santé

Pertinence de l'utilisation de dispositifs médicaux lors d'une perfusion

Par Docteur Fanny D'ACREMONT, responsable de l'OMEDIT Pays de la Loire

Pertinence de l'utilisation de dispositifs médicaux lors d'une perfusion



Groupe de travail

Dr Fanny D'ACREMONT, Pharmacien responsable de l'OMEDIT Pays de la Loire.

Mme Magali BENETEAU, Cadre de santé – HAD Vendée, FNEHAD.

Mme Stéphanie DECRETON, Cadre de santé responsable des unités Adultes et unités HAD/MPR– HAD Saint-Sauveur, FNEHAD

Mme Fabienne DESNEAUX, Vice-présidente de l'URPS Infirmiers Libéraux PDL

Dr Alain GUILLEMINOT, Président de l'URPS pharmaciens PDL

Dr Véronique MANASSA, Pharmacien conseil, DRSM Pays de la Loire

Diane DOITE, chargée de mission URML



Indicateurs de résultat

Baisse des dépenses de prescriptions du matériel utilisé pour PERFADOM

Baisse des EIG en lien avec une perfusion médicamenteuse déclarés à l'ARS



Actions identifiées

- ➔ Action n°1 : Promouvoir le bon usage des médicaments et dispositifs de perfusion
- ➔ Action n°2 : Sensibiliser les professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses liées à la perfusion - travaux OMEDIT
- ➔ Action n°3 : Evaluer les pratiques professionnelles sur les pratiques de perfusion
- ➔ **Action n°4 : Favoriser la pertinence des prescriptions de perfusions à domicile, en lien avec l'assurance maladie**
- ➔ Action n°5 : Lister les médicaments les plus utilisés en PERFADOM
- ➔ Action n°6 : Elaborer un référentiel de choix du dispositif approprié au médicament administré en PERFADOM



Levier(s) d'actions

- ➔ Besoins en outils identifiés suite au questionnaire d'évaluation auprès des professionnels sur les DM de perfusion : CAT, algorithme à adapter, modèle de prescription type (pour les médecins et utiles aux pharmaciens), Equivalences sur les marques de matériel afin de faciliter la pratique (demande des pharmaciens), Communication sur le site OMEDIT et pages dédiées, faciliter la navigation (besoin des médecins), Formation sur la délivrance de perfadom (pour pharmaciens)
- ➔ Elaborer un support d'information (poster/affiche) à destination des PS interrogés lors de l'enquête qui soit à visée pédagogique reprenant les résultats/constats principaux de l'étude et la synthèse retravaillée des outils existants adaptés aux PS libéraux, exerçant en HAD, SSIAD, EHPAD. + Diffusion sur KitMedical ?
- ➔ Indicateur CAQES 2022 sur les dépenses de prescriptions hospitalières exécutées en ville de PERFADOM

1^{er} objectif : Sensibiliser les professionnels de santé au risque d'erreurs médicamenteuses liées à la perfusion

ACTIONS omedt

- Campagne de communication sur les risques liés à la perfusion :
 - 1 affiche (format A3)
 - 10 affichettes (format A5) : 1 message clé par affichette

LE SAVIEZ-VOUS ?

Les études montrent que 1 perfusion sur 10 présente un risque d'erreur médicamenteuse.

- Des erreurs sont observées sur toutes les étapes de la perfusion : prescription, calcul de dose, préparation/reconstitution et administration.
- Dans 2/3 des cas le débit n'est pas conforme et dans 1/3 des cas les incidents sont liés à des erreurs de sélection du produit et/ou diluant.

LA PERFUSSION EST UN ACTE À RISQUE, RÉALISONS-LA AVEC VIGILANCE !

omedt

* National Patient Safety Agency - Risk assessment tool for the preparation and administration of injectable medicines in clinical settings, London: 2014, 2017
* Institute for Healthcare Improvement - 5 Million Lives Campaign: Getting Started Kit: Preventing harm from High Alert Medications, Cambridge, MA: 2018

LE SAVIEZ-VOUS ?

Selon une étude, 35 % des perfusions de morphine présentent une erreur de concentration.

- Facteurs de risque : nombre d'années d'expérience professionnelle élevé, peu de perfusions préparées la semaine précédente, peu d'heures de sommeil au cours des dernières 24 h, préparation de petits volumes, utilisation de solutions très concentrées.
- La réalisation d'un double contrôle diminue le risque d'erreur.

LA PERFUSSION EST UN ACTE À RISQUE, RÉALISONS-LA AVEC VIGILANCE !

omedt

* Parhamian CJ and al. Systematic evaluation of errors occurring during the preparation of intravenous medications. CMAJ. 2018 Jan.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Les erreurs de débit représentent jusqu'à 73 % des erreurs liées aux médicaments injectables.

- La programmation des pompes est un acte à risque. Celle-ci varie selon les modèles : débit, concentration, dose maximale, dose de charge.
- Il est donc nécessaire de mettre en place une double vérification pour les calculs de doses, les programmations de pompes et les produits injectables à haut risque.

LA PERFUSSION EST UN ACTE À RISQUE, RÉALISONS-LA AVEC VIGILANCE !

omedt

* Institute for Healthcare Improvement - 5 Million Lives Campaign: Getting Started Kit: Preventing harm from High Alert Medications. Cambridge: IHC, 2018

LE SAVIEZ-VOUS ?

Les risques liés à la perfusion sont souvent minimisés par rapport aux risques liés aux médicaments, POUTRANT...

1 perfusion sur 10 présente un risque d'ERREUR MÉDICAMENTEUSE

Des erreurs sont observées sur toutes les étapes de la perfusion : prescription, calcul de dose, préparation/reconstitution et administration. Dans 2/3 des cas le débit n'est pas conforme et dans 1/3 des cas les incidents sont liés à des erreurs de sélection du produit et/ou diluant.

35 % présentent une ERREUR DE CONCENTRATION

Selon une étude concernant des perfusions de morphine préparées la semaine précédente, peu de professionnels de santé ont pu dormir plus de 6 heures au cours des dernières 24 h, préparation de petits volumes, utilisation de solutions très concentrées.

Une ERREUR DE PROGRAMMATION du débit peut être fatale

La confusion entre le volume à perfuser et le débit programmé (de 20 cc à la place de 20 ml/h) peut entraîner la mort. Une erreur de programmation de débit peut être fatale.

Une ERREUR DE MONTAGE peut avoir des conséquences graves

Le volume réel administré n'est pas le volume programmé si le montage n'est pas conforme. Une erreur de montage peut entraîner la mort.

Les ERREURS DE DÉBIT représentent jusqu'à 73 % des erreurs

La programmation des pompes est un acte à risque. Celle-ci varie selon les modèles : débit, concentration, dose maximale, dose de charge. Il est donc nécessaire de mettre en place une double vérification pour les calculs de doses, les programmations de pompes et les produits injectables à haut risque.

15 % des médicaments administrés ensembles sont INCOMPATIBLES

Une étude en soins critiques a montré que 15 % des médicaments administrés ensembles sont incompatibles. Les incompatibilités médicamenteuses peuvent entraîner la mort.

27 % des erreurs liées aux médicaments sont dues à une MAUVAISE UTILISATION des dispositifs médicaux

Les erreurs liées à la programmation (doses, concentrations) et à la mauvaise utilisation des dispositifs médicaux (débit, débit de débit) sont les principales causes d'erreurs médicamenteuses.

LA PERFUSSION EST UN ACTE À RISQUE, RÉALISONS-LA AVEC VIGILANCE !

omedt

* National Patient Safety Agency - Risk assessment tool for the preparation and administration of injectable medicines in clinical settings, London: 2014, 2017
* Institute for Healthcare Improvement - 5 Million Lives Campaign: Getting Started Kit: Preventing harm from High Alert Medications, Cambridge, MA: 2018

2^{ème} objectif : Evaluer les besoins des professionnels de santé pour sécuriser la perfusion à domicile

ACTIONS



- Enquête de recensement des besoins des professionnels de santé pour la perfusion à domicile
 - Elaboration d'un questionnaire adressé aux médecins, pharmaciens, infirmiers libéraux, ou exerçant en EHPAD, SSIAD, HAD, via l'Agence et les URPS pharmaciens, médecins, infirmiers libéraux

Enquête



Février à
avril 2024



301 professionnels de
santé répondants

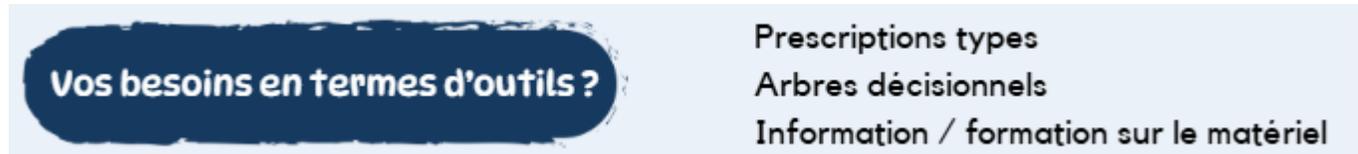
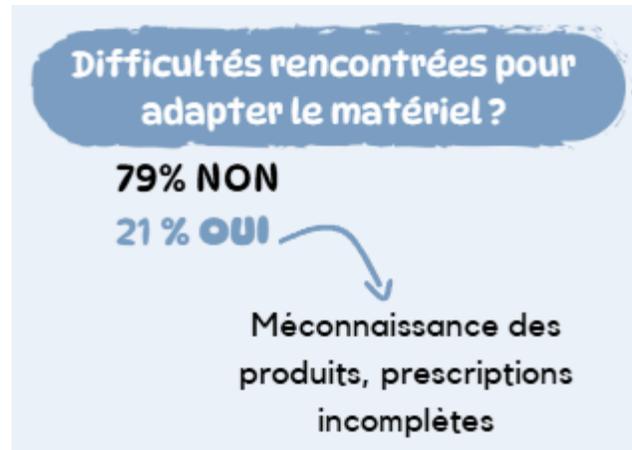
*dont 54% d'infirmiers, 25% de
pharmaciens et 15% de médecins*

2^{ème} objectif : Evaluer les besoins des professionnels de santé pour sécuriser la perfusion à domicile

ACTIONS



- Enquête de recensement des besoins des professionnels de santé pour la perfusion à domicile



3^{ème} objectif : Promouvoir le bon usage des médicaments et dispositifs de perfusion

ACTIONS



- Elaboration d'un poster d'information à visée pédagogique reprenant les résultats/constats de l'étude et la synthèse des outils existants :
 - Exemples :
 - Algorithme d'aide à la prescription de perfusion à domicile et guide de bonnes pratiques (RésOMédIT)
 - Guide "La perfusion à domicile et sa facturation "Perfadom" - Fiches thématiques à destination des pharmaciens d'officine" (OMEDIT Ile-de-France)

[LIEN VERS LA PAGE « PERFUSSION » SUR LE SITE DE L'OMEDIT PAYS DE LA LOIRE](#)

PERFUSSION MÉDICAMENTEUSE À DOMICILE ENQUÊTE DE RECENSEMENT DES BESOINS DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

Enquête

Février à
avril 2024

301 professionnels de
santé répondants
dont 54% d'infirmiers, 25% de
pharmaciens et 15% de médecins



Résultats

Votre connaissance du matériel de perfusion ?

55% BONNE
45% INCOMPLETE
19% INTERMÉDIAIRE
Pratique insuffisante, manque
de formation, de connaissance
des nouveaux matériels

Difficultés rencontrées pour adapter le matériel ?

79% NON
21% OUI
Méconnaissance des
produits, prescriptions
incomplètes

Méconnaissance d'accès aux dispositifs de perfusion est un frein pour le maintien à domicile ?

76% NON
24% OUI
Risque d'erreur, de
dysfonctionnement

Vos besoins en termes d'outils ?

Prescriptions types
Arbres décisionnels
Information / formation sur le matériel

Outils disponibles

- Affiche sur les risques liés à la perfusion (OMEDIT Pays de la Loire, août 2021)
- Guide de bonnes pratiques de perfusion à domicile - PERFADOM (RésOMÉDIT, février 2025)



- Algorithme d'aide à la prescription de perfusion à domicile (RésOMÉDIT, mai 2021)
- Flyer: "Perfusion à domicile" (OMEDIT Occitanie)
- Outil interactif d'aide à la prescription des perfusions à domicile (OMEDIT Occitanie)



- Guide "La perfusion à domicile et sa facturation "Perfadom" - Fiches thématiques à destination des pharmaciens d'officine" (OMEDIT Ile-de-France, novembre 2024)

RETROUVEZ DES OUTILS RELATIFS
À LA PERFUSSION À DOMICILE



Perfusion à domicile : résultats de l'enquête auprès des professionnels de santé - V1_Avril 2025

EN COURS

Evaluation de l'impact

SUIVI

- Indicateur CAQES sur les dépenses de prescriptions hospitalières exécutées en ville



Présentation des travaux en sous-commissions

1- Axe Parcours

Pertinence du parcours des patients insuffisants cardiaques

Dr Jean-Baptiste CAILLARD, Cardiologue, Vice-président de l'IRAPS

Pertinence du parcours des patients insuffisants cardiaques (IC)



Groupe de travail

Dr Jean-Baptiste CAILLARD, Vice-Président de l'IRAPS

Dr Nathalie SARRAF, Médecin chef ELSM 85 et 49 CNAM

Dr Marion LASSALLE, APIMED

Dr Yves LEQUEUX, APIMED

Solène MASSON, Coordinatrice de projets de santé, CPTS Sud Loire Vianoble

Mélina JEGU, Coordinatrice de projets de santé, CPTS Sud Loire Vignoble

Dr Marc VIVIEN, Cardiologue hospitalier au CH Saint-Nazaire

Solène RICHARD, Coordinatrice de la CPTS de Pornic

Diane DOITE, Chargée de projet URML

Mr Olivier BUSSON, responsable de la cellule de coordination GDR – Assurance Maladie.



Indicateurs de résultat

Les 4 indicateurs CAQES 2022-2026 ont atteints la cible fixée pour les 19 établissements contractant
Parcours IC intégré dans la brique parcours des CPTS des 5 départements



Actions identifiées

- ➔ **Action n°1** : sensibiliser les CPTS à intégrer le parcours de la prise en charge IC :
 - par un partage d'expériences, d'expertise : Atelier réalisé lors de la journée régionale sur la pertinence des soins du 6 décembre 2024 + Soirée thématique sur le parcours IC réalisé par la CPTS Sud-Loire Vignoble réalisée le 17 septembre 2024 + Webinaire envisagé avec les intervenants à cette soirée, peut-être à adapter pour l'ensemble de la région ?
 - Création envisagée d'une page web hébergée sur KitMedical ou un autre site pour promouvoir un guide commun sur le parcours et les ressources en outils disponibles par l'URML et un groupe de travail dédié ?
- ➔ **Action n° 2** : sensibiliser les cardiologues au 1^{er} recours (renforcer le lien avec les CPTS)
 - développer/promouvoir les ESS : sensibilisation par les syndicats de cardiologues + Promotion des ESS prévue par l'AM en 2025
 - recenser localement les outils dont ils ont besoin : outil de télé-expertise commun, OPTIMEDOC ? Réflexion à avoir
- ➔ **Action n° 3** : Améliorer la communication entre l'ensemble des acteurs



Levier(s) d'actions pour la prochaine réunion

- ➔ Groupe de travail URML/APIMED
- ➔ Données : Diagnostics territoriaux IC de l'AM

Suites à donner

Mise en place d'une commission IC entre l'URML et les groupes qualité APIMED de la région pour travailler en complémentarité avec l'IRAPS : création d'un site internet : pas de réponse des cardiologues libéraux. Donc premier GT avec uniquement des médecins G pour recenser les ressources et établir un cahier des charges.

Organisation d'un 1er groupe de travail sur la télésurveillance : en attente de retour de la CPAM pour envoyer les premiers mails d'invitation.

Pistes/idées :

Sensibiliser les CPTS à intégrer le parcours de la prise en charge IC : Il faudrait que chaque CPTS s'en empare avec une harmonisation et une adaptation à son territoire

Travail en cours entre URML + CPAM sur le lien entre dispositifs de télésurveillance et le 1er recours en ville (contacts avec le MT, suivi des RDV, prévoir visites à domicile...)

ESS en standby car n'ont pas encore reçu les financements ARS

Travailler le lien entre le 1er et second recours comme la détection précoce de l'IC

Sensibiliser les équipes de soins sur la détection des signes de décompensation



Présentation des travaux de sous-commissions

1- Axe Parcours

Pertinence du parcours patient après un accident vasculaire cérébral (AVC) –

Dr Jean-Baptiste CAILLARD, Cardiologue, Vice-président de l'IRAPS

Pertinence du parcours patient après un accident vasculaire cérébral (AVC)



Groupe de travail

Dr Jean-Baptiste CAILLARD, Vice-Président de l'IRAPS
Mme Stéphanie DECRETON, Infirmière de liaison – HAD Saint-Sauveur, FNEHAD
Mme Magali BENETEAU, Cadre de santé – HAD Vendée, FNEHAD
Mme Cécile ALLEMAN, Directrice générale - Les Capucins, membre FEHAP.
Mr Pierre BESNARD, Référent régional santé adjoint UFC Que Choisir en charge de la Sarthe
Mme Emilie POTTIER, IDE Filière AVC, Maine et Loire, Mayenne, Sarthe
Mr LEGOUT, Représentant France AVC 53/72
Dr Juliette DANIEL, Médecin conseil ARS
Mme Justine ROUXEL, Directrice de la DAC 49
Dr Aldéric LECLUSE, Neurologue Filière AVC CHU Angers
Dr Cécile PRETERRE, Neurologue Filière AVC CHU Nantes
Mr Alain LEGOUT, président de France AVC 49/53/72
Dr Sébastien BURON, Animateur APIMED
Alexia BOSSARD, IDE de la filière AVC 44, 85
Sylvie DURAND, Coordinatrice de la mission QPE - ARS



Indicateur de résultat

Le retour à domicile en post AVC a lieu dans de bonnes conditions



Actions identifiées

- ➔ Mise à jour et promotion de l'annuaire des professionnels de santé intervenant dans le parcours des patients en post-AVC élaboré par l'ARS des pays de la Loire : page web dédiée sur le site de l'ARS, information, communication (2024)
- ➔ Evaluer la manière dont les professionnels se sont appropriés les dispositifs/outils mis à leur disposition au sein de leur territoire (fin 2025)
- ➔ Evaluer la qualité de vie des patients à 6 mois de l'AVC par un questionnaire de satisfaction sur leur prise en charge, leur parcours, leur retour à domicile.



Levier(s) d'actions

- ➔ Réaliser une cartographie chiffrée régionale des professionnels de santé et structures intervenant dans le parcours post-AVC (IRA) et identifier le volume de patients orientés en post-hospitalisation vers différentes structures ou rentrés à domicile.
- ➔ Recensement des outils et dispositifs mis en place dans la région à disposition des professionnels de santé pour mieux orienter le patient post-AVC dans sa prise en charge (sur 2024)
- ➔ Echelle standardisée validée de mesure de qualité de vie à adapter au post-AVC (EQSQ)



Actions en doublon avec les missions de la filière AVC notamment la mission portant sur le parcours d'aval du patient ayant eu un AVC

Filière AVC déjà très bien organisée et opérationnelle en région donc difficile de voir la plus-value de l'iraps



Présentation des travaux de sous-commissions

1- Axe Parcours

Pertinence du parcours des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Dr Jean-Baptiste CAILLARD, Cardiologue, Vice-président de l'IRAPS

Pertinence du parcours des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)



Groupe de travail

Dr Jean-Baptiste CAILLARD, Vice-Président de l'IRAPS

Mme Fabienne DESNEAUX, Vice-présidente de l'URPS Infirmiers Libéraux PDL

Dr Agathe DENIS, Médecin animateur APIMED

Dr François-Xavier DESCLEVES, Médecin Animateur APIMED

Dr Thomas SAINZ TORRES, président de la CPTS du Nord-Ouest Mayennais

Mme Géraldine COUTARD, coordinatrice de la CPTS du Nord-Ouest Mayennais

Mme Charlotte GUYON, kinésithérapeute, co-gérante du pôle de santé du Nord Ouest Mayennais

Dr Marion LASSALLE, Médecin animateur APIMED

Mme Emmanuelle CHEVALIER, département ASP - ARS PdL

Nadège PACAUD, infirmière du service médical et responsable des organisations coordonnées du 53

Mathilde DALMIER, Coordinatrice régionale GDR Assurance Maladie

Diane DOITE, chargée de mission URML



Indicateurs de résultat

Nombre de patients atteints de BPCO pris en charge ayant réussi le sevrage tabagique / Nombre de patients atteints de BPCO pris en charge ? Ou sur nb patients BPCO ? Ou sur nb fumeurs ? (donnée non disponible)

Indicateurs de résultats intermédiaires :

- Nb de patients repérés (tout âge, tout profil, pathologique ou non)
- Nb de patients avec une EFR montrant une pathologie / Nb de patients avec explorations fonctionnelles respiratoires (EFR) : spirométrie

Indicateurs de processus :

- Nb de formations/ nb de professionnels formés de l'équipe pluriprofessionnelle
- Nb de formations/ nb d'acteurs du parcours formés
- Nb d'actions réalisées /nb actions proposées : CS diététicienne, activité physique, activité musicale, spirométries, éducation thérapeutique
- Nb de patients ayant rencontré le référent parcours pour une évaluation
- Nb de patients avec CS médicale
- Nb de patients avec substituts nicotiques délivrés

Les résultats des indicateurs CAQES ont atteints la cible fixée dans le CAQES pour les établissements (19) contractant.



Actions identifiées

➔ **Action n° 1 : Améliorer l'organisation du dépistage en terme de capacités humaines et matérielles**

- 1- Mettre en place une action dans une CPTS = expérimentation :
 - identifier les leviers, les points de blocage pour la mise en place du dépistage
 - proposer une fiche d'organisation d'un parcours « type » (trajet) du patient selon le stade de la maladie et de sa prise en charge avec la réadaptation respiratoire et de son suivi. **FAIT**
 - Définition d'indicateurs de résultats et de suivi de l'organisation + fréquence de leur recueil **FAIT**
 - Elaboration d'un questionnaire d'évaluation du ressenti patient

- 2- Partager ce parcours « type » auprès des autres CPTS de la région en les incitant à intégrer ce parcours dans leur brique parcours ou bien auprès d'autres dispositifs de coordination des parcours tels que décrits dans le guide HAS

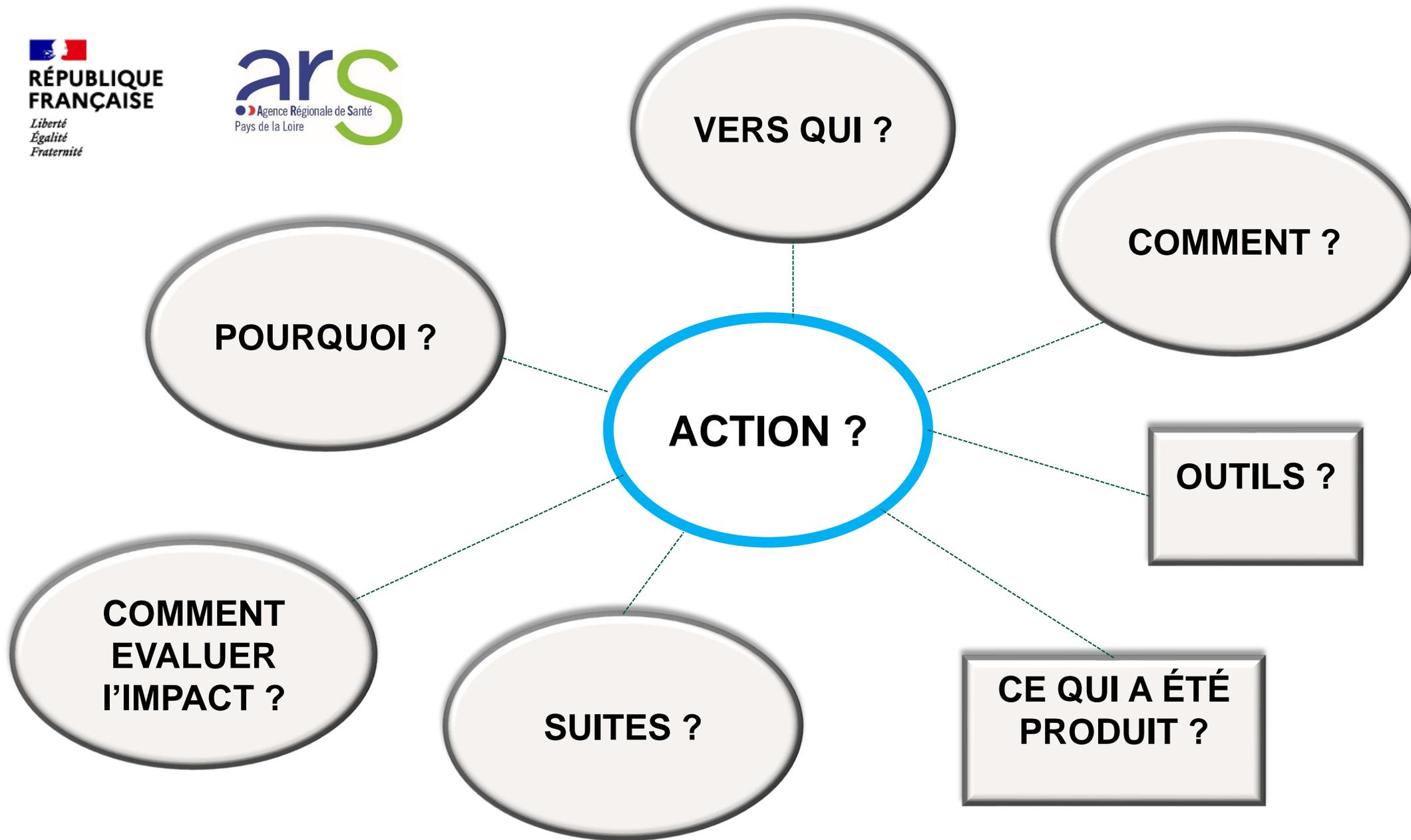
➔ **Action n° 2 : Déployer le programme de télémédecine en réadaptation respiratoire (RR) spécifique au patients atteints de BPCO**

➔ **Action n° 3 : Promouvoir les actions de prévention déployées en région**



Levier(s) d'actions

Réaliser un diagnostic territorial : nb séjours hospitaliers sur le territoire de la CPTS en lien avec la BPCO (Icône médiation)
Echange CPTS/MDS de Brulon
Prévoir mise en forme du parcours, diffusion sur KitMedical ?



**Patients avec BPCO
Dans un territoire
fragile, en manque
de ressources
médicales** (L'accès à la
spirométrie à visée diagnostic est
actuellement très difficile.)

**Mise en place d'une
expérimentation
dans la CPTS du
Nord-Ouest
Mayennais**

détecter précocement les facteurs de risque de la BPCO, de
mettre en place des actions de dépistage ciblant la
population à risque puis de proposer aux patients
diagnostiqués un parcours de prise en charge et de
prévention adapté à chacun.

**Améliorer
l'organisation
du dépistage et
la prise en
charge des
patients BPCO**

**Intégrer la mise
en place du
parcours BPCO
dans les ACI des
CPTS**

Evolution des habitudes de
vie des patients inclus
dans le projet : évolution
de la consommation
tabagique, etc.
Evolution de l'état de santé

**Ces indicateurs
généralistes feront l'objet
d'une réflexion à venir**

**Valider le parcours par un
pneumologue**

**Questionnement sur comment
pérenniser ce parcours ?
(83 000€)**

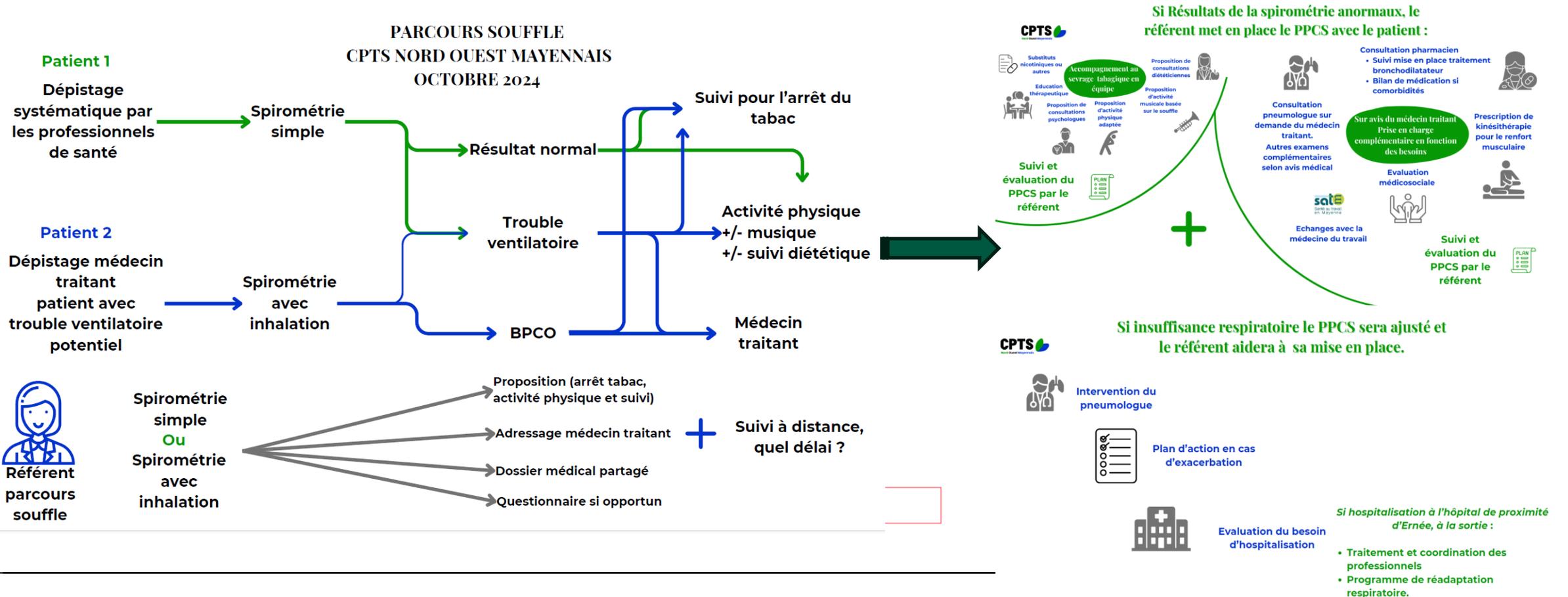
**Partager ce parcours « type »
auprès des autres CPTS de la
région pour une appropriation,
une adaptation selon les
besoins de chaque territoire**

**Elaboration d'un parcours « type » =
parcours souffle**

Un **groupe de travail au sein de la CPTS** pour porter ce projet et
son suivi dans le temps : composé de pharmaciens, IDE,
diététiciennes, médecins, enseignant APA, kinésithérapeutes,
ergothérapeutes, psychologue. Ces différents professionnels sont
issus de l'hôpital local, de la SISA, d'association labellisée «
maison sport santé » et d'écoles communautaires de musique,
une coordinatrice de CPTS

Diagnostic territorial sur une estimation du nombre de fumeurs
quotidiens 18-75 ans

Fiche action n°7 – Pertinence du parcours des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)



Présentation des travaux de sous-commissions

1- Axe parcours

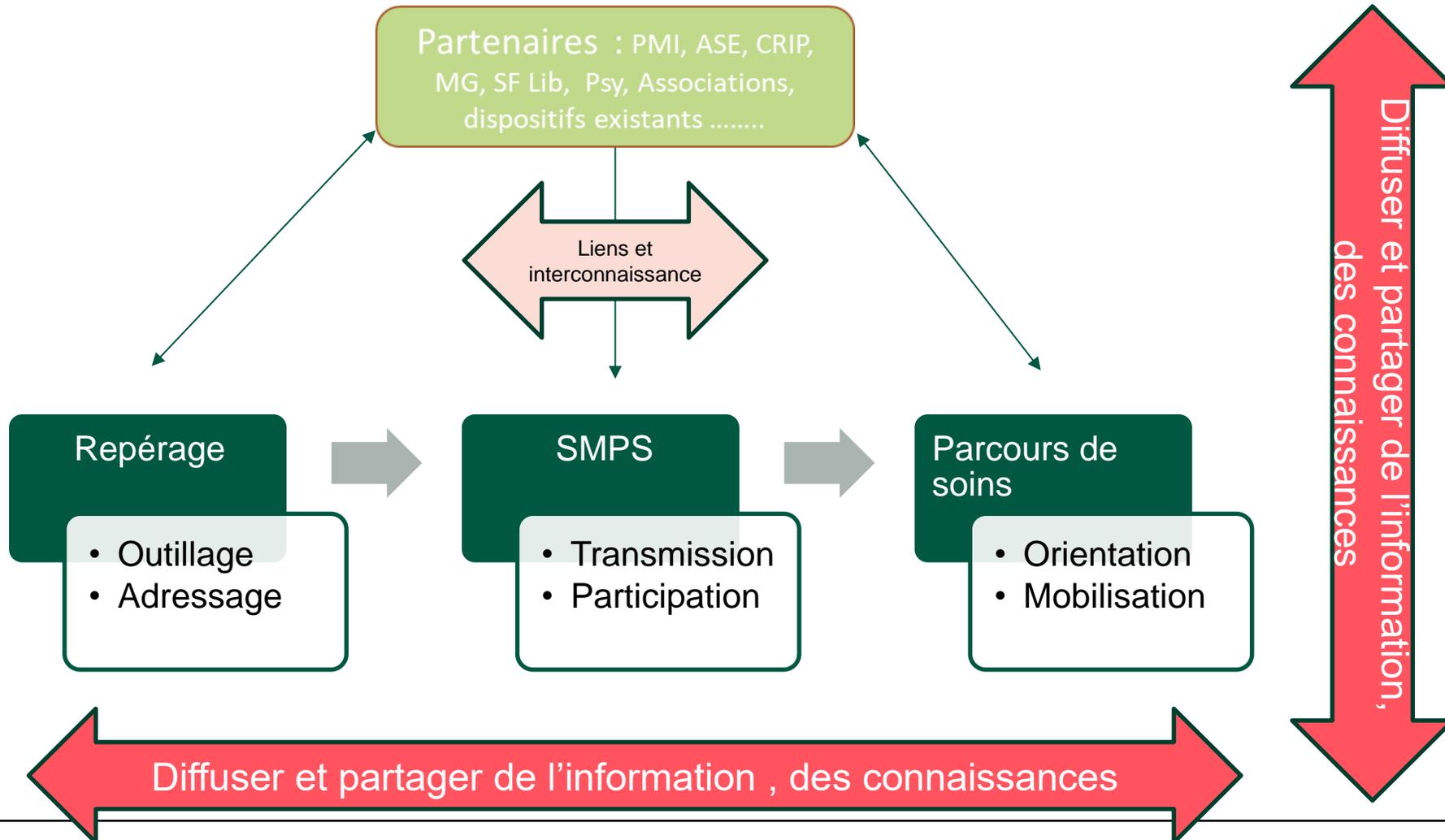
Pertinence du parcours des femmes enceintes en situation de vulnérabilité

Madame Martine HERAULT, coordonnateur médical du Réseau Sécurité Naissance

➤ Précision

- Les actions définies dans la fiche Action correspondent aux missions de l' **E**quipe **R**égionale **R**essource en **V**ulnérabilité (ERREV)
 - Politique des 1000 premiers jours
 - Financement MIG
- Objectifs
 - « **Renforcer les staffs médico psycho sociaux dans l'ensemble des maternités, à l'appui d'un parcours de soins coordonné et gradué** »

Un travail de proximité, de réseau



Pertinence du parcours des femmes enceintes en situation de vulnérabilité



Groupe de travail

Mme Martine HERAULT, Coordonnateur Médical Réseau Sécurité Naissance

Mme Stéphanie DECRETON, Cadre de santé responsable des unités Adultes et unités HAD/MPR- HAD Saint-Sauveur, FNEHAD

Mme Magali BENETEAU, Cadre de santé – HAD Vendée

Julie ILLEGEMS, SF référente HAD vendée

Mmes Marion LOPEZ, Pauline REMEAU, Marie LANCEY, Sage-femmes au sein de l'unité anté et post partum de l'HAD Saint Sauveur

Dr Emmanuelle NININ, Médecin Conseil ARS

Carole KOWALCZYK, sage-femme de l'équipe régionale ERREV

Diane DOITE, chargée de mission URML



Indicateurs de résultat

Etat des lieux réalisé dans les 23 maternités de la région

Nombre de Staffs médico-psychosociaux actifs dans les maternités ou en inter maternité

Nombre et qualité des membres permanents des Staffs MPS par maternité (ou en inter maternité)

Nombre et qualité des membres invités aux staffs MPS par maternité (ou en inter maternité)

Nombre et types de partenaires externes sollicités dans chaque territoire et connus des équipes,

Nombre d'outils mis à disposition des professionnels :Charte de fonctionnement, fiche de liaison, référentiels, procédures , protocoles, annuaires des personnes ressources

Nombre de SMPS des maternités de la région intégrant 1 professionnel de l'HAD invité systématiquement



Actions identifiées

- ➔ Réaliser un état des lieux pour chaque établissement comportant une maternité et restitution aux maternités + partenaires extérieurs (PMI etc..)
- ➔ Mettre en place et/ou renforcer le rôle des staff MPS et le formaliser par un plan d'actions dans chaque établissement
- ➔ Construire et ou améliorer les "parcours patientes", du repérage au lieu de vie (via les liens avec les partenaires extérieurs sanitaires et sociaux)
- ➔ Aider les équipes à disposer des ressources et référentiels de bonnes pratiques (outils, actions de sensibilisation, formations, communication)
- ➔ Favoriser la présence d'une sage-femme de l'HAD (avec mention d'obstétrique) dans les SMPS de la maternité de référence



Levier(s) d'actions

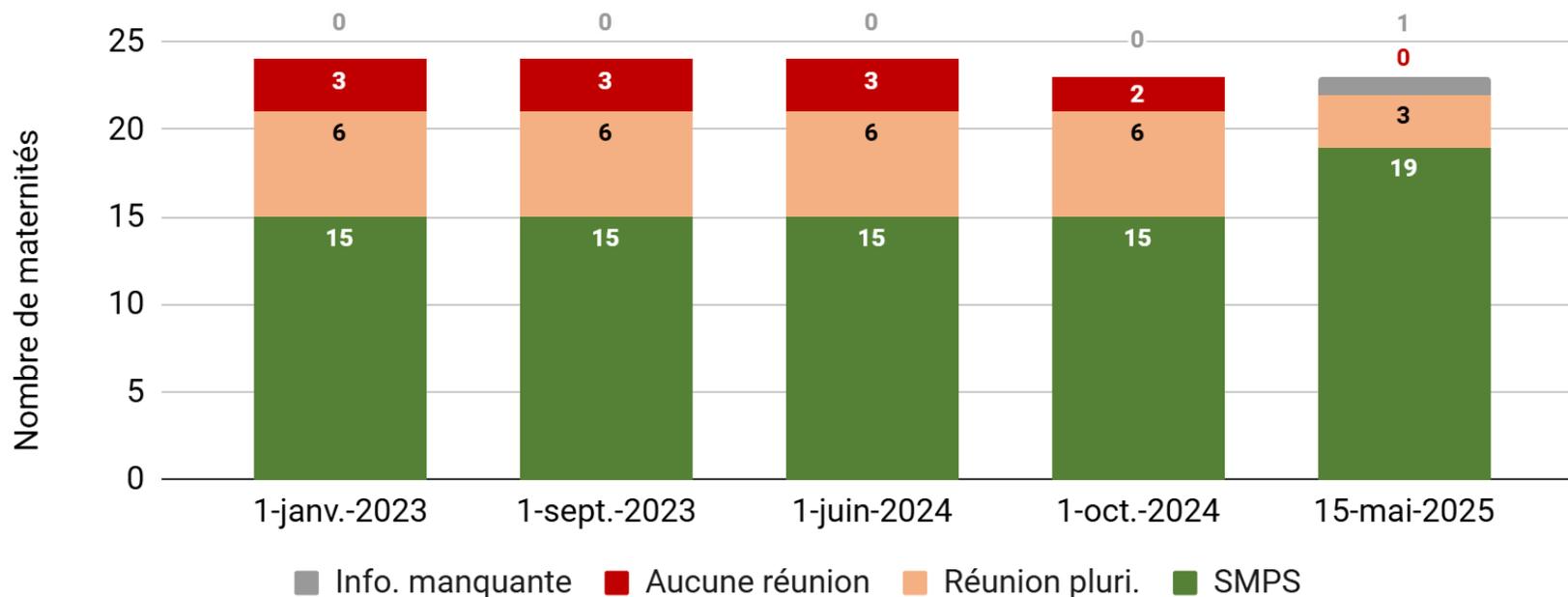
- ➔ Plan d'action régional et par maternité : diagrammes de GANT, planning des visites, méthodologie et déploiement des outils
- ➔ Harmonisation d'un outil de repérage
Fiche RETEX de APIMED
- ➔ Intégration d'une usagère/RU

Pertinence du parcours des femmes enceintes en situation de vulnérabilité

➤ Résultats

➤ Suivi des indicateurs

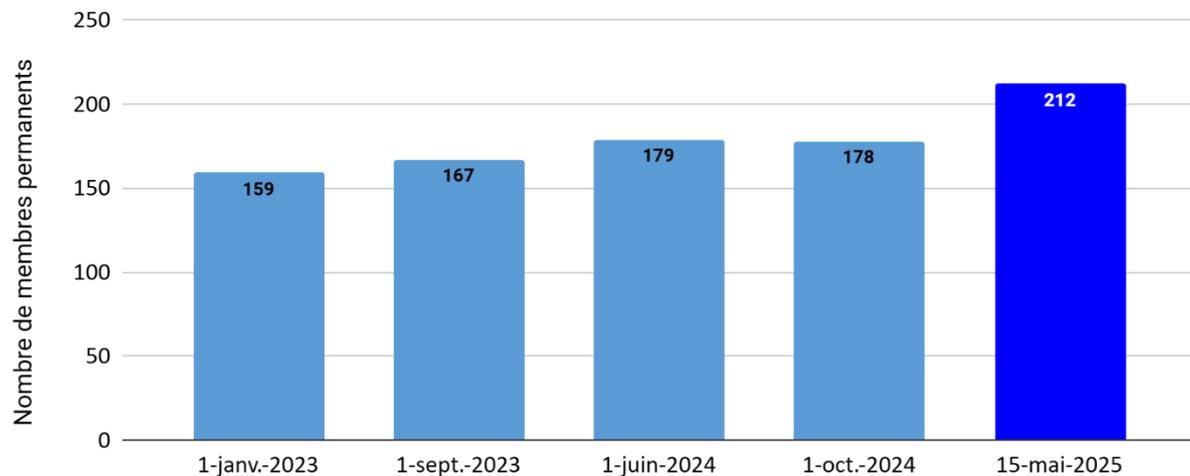
Distribution des maternités selon les réunions vulnérabilités organisées. Pays de la Loire, du 01/01/2023 au 01/10/2024



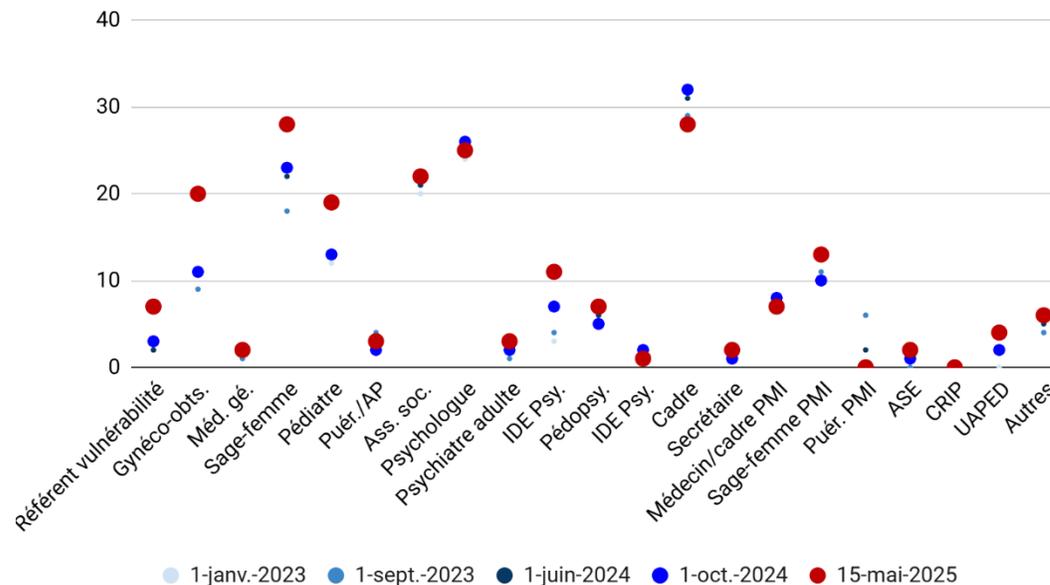
Pertinence du parcours des femmes enceintes en situation de vulnérabilité

- Résultats (2)
- Suivi des indicateurs

Evolution du nombre moyen de membres permanents. Pays de la Loire, du 1er janv. 2023 au 15 mai 2025.



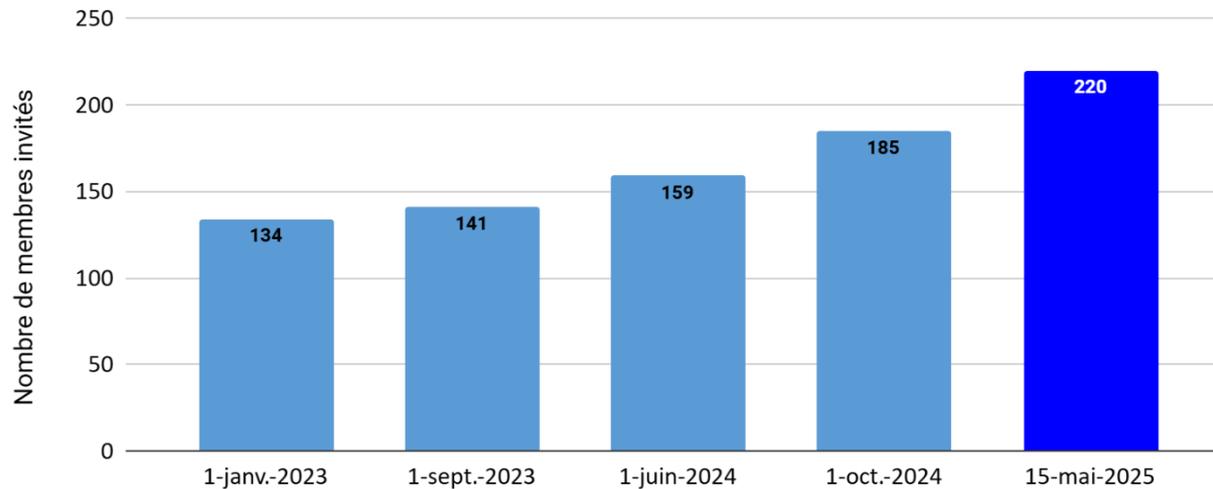
Evolution de la représentation dans les membres permanents, par type de professionnel. Pays de la Loire, du 1er janvier 2023 au 15 mai 2025.



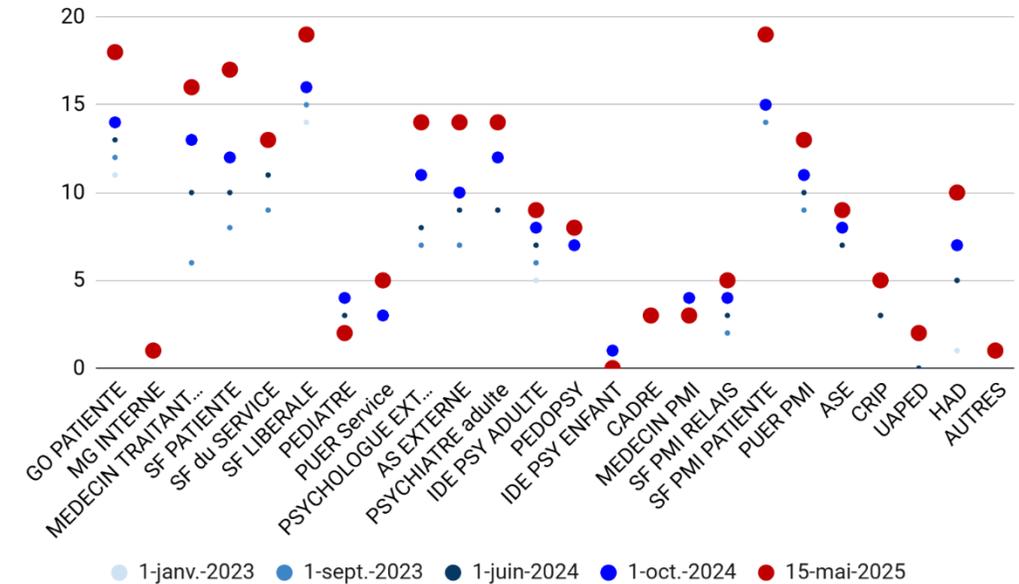
Pertinence du parcours des femmes enceintes en situation de vulnérabilité

- Résultats (3)
- Suivi des indicateurs

Evolution du nombre moyen de membres invités. Pays de la Loire, du 1er janv. 2023 au 15 mai 2025.



Evolution de la représentation dans les membres invités, par type de professionnel. Pays de la Loire, du 1er janvier 2023 au 15 mai 2025.



Pertinence du parcours des femmes enceintes en situation de vulnérabilité

➤ Résultats(4)

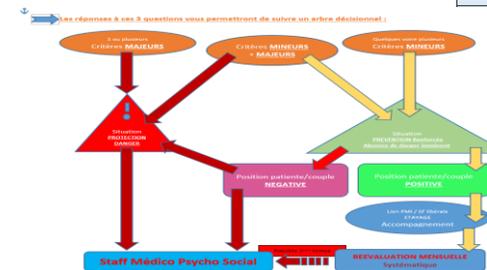
➤ Outils



Critères de VULNERABILITE en PERINATALITE

	Critères MINEURS	Critères MAJEURS
Vulnérabilités sociales		
Parcours de vie complexe	Antécédent de placement de mesures éducatives ou judiciaires	Parcours de vie traumatique, complexe et douloureux en cours de grossesse
	Famille recomposée plus de 2 fois, multiplicité des conjoints et/ou liaisons ?	
	Minorité	MINORITE moins de 15 ans

Reco HAS
Charte de fonctionnement
DIS



➤ Contacts / liens



Présentation des travaux de sous-commissions

1- Axe actes et pratiques

Campagne "Choisir avec soin" (Gériatrie) Pertinence des soins délivrés aux personnes âgées (75 ans et plus) hospitalisées ou résidant en EHPAD

Par Noémie TERRIEN, Coordinatrice – Responsable QualiREL Santé

Résultats de la campagne *Choisir avec soin en gériatrie (2024)*



REGION PAYS DE LA LOIRE

Webinaire du 13/03/2025

Pr Anne-Sophie Boureau, gériatre porteur de la campagne en région Pays Loire pour SFGG
Noémie Terrien, coordonnateur-responsable, QualiREL Santé

Les participants à la campagne

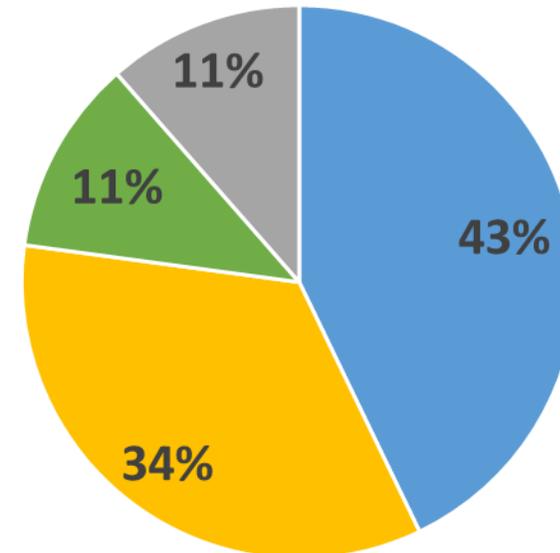


Participants* à la campagne 2024 en Pays de la Loire :

- 14 structures (sur 15 inscrites)
- 35 services

Répartition des services participant :

- 15 MCO
 - 12 SMR
 - 4 EHPAD
 - 4 USLD
- } 22 % EHPAD ou USLD



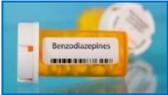
* Etablissements qui se sont évalués sur au moins 1 recommandation SFGG

Les recommandations choisies pour l'analyse des pratiques



Les services ont choisi de s'évaluer sur **3 recommandations en moyenne**

Répartition des recommandations choisies tous secteurs confondus :

-  1 IPP – 27 (71 %)
-  2 Antipsychotiques – 25 (66 %)
-  3 Benzodiazépines – 25 (66 %)
-  4 Analyse d'urine - BU/ECBU – 16 (42 %)
-  5 Décision partagée – 18 (47 %)



Résultats régionaux indicateur – Antipsychotiques



En cas de symptômes psycho-comportementaux chez une personne atteinte d'un trouble neurocognitif majeur (syndrome démentiel), les antipsychotiques ne doivent être prescrits qu'en dernier recours et pour une durée définie.

3 indicateurs calculés

Nombre d'établissements : 10

Nombre de services : 25

Nombre de dossiers : 936



Résultats régionaux indicateur – Antipsychotiques



Indicateurs par secteurs

Secteur	Taux de patients traités par antipsychotique pour troubles psycho-comportementaux parmi les patients > 75 ans avec trouble neurocognitif majeur	Prescription dans l'unité sans recherche de facteur déclenchant et/ou pas de mesure non pharmaco, et/ou pas de déprescription programmée	Taux de prescription d'antipsychotiques NON initiée dans l'unité SANS déprescription tentée ou programmée
MCO	31.43 % 33 105	85.71 % 6 7	43.75 % 7 16
SSR	21.30 % 23 108	75.00 % 9 12	66.67 % 6 9
EHPAD ou USLD	20.21 % 77 381	92.31 % 36 39	66.67 % 12 18
Tous secteurs confondus	22,39 %	87,93 %	58,14 %



En cas d'usage d'anxiolytiques ou d'hypnotiques (benzodiazépines et apparentés) depuis plus de 3 mois, une dynamique de déprescription doit s'engager à partir d'un échange avec le patient (consultation dédiée, consultation IDE, entretien pharmaceutique...)

2 indicateurs calculés

Nombre d'établissements : 10

Nombre de services : 25

Nombre de dossiers : 700



Résultats régionaux indicateur – Benzodiazépines



Indicateurs par secteurs

Secteur	Taux de patients sous benzodiazépine ou composés Z	Taux de patients avec benzo > 3 mois sans déprescription tentée
MCO	53.30 % 121 227	66.67 % 42 63
SMR	52.15 % 158 303	62.92 % 56 89
EHPAD ou USLD	61.18 % 104 170	70.10 % 68 97
Tous secteurs confondus	54,71 %	66,67 %



En l'absence de symptômes cliniques urinaires, il n'y a d'indication ni à une analyse d'urine ni à un traitement antibiotique

2 indicateurs calculés

Nombre d'établissements : 9

Nombre de services : 16

Nombre de dossiers : 425



Résultats régionaux indicateur – Analyse d'urine (BU/ECBU)



Indicateurs par secteurs

Secteur	Taux de patients de plus de 75 ans avec une BU ou un ECBU non pertinent	Taux de patients avec antibiotique prescrit alors que BU et ECBU non pertinent
MCO	22.58 % 7 31	14.29 % 1 7
SMR	33.33 % 5 15	20.00 % 1 5
EHPAD ou USLD	20.00 % 1 5	0.00 % 0 1
Tous secteurs confondus	25,49 %	15,38 %



Tout traitement par IPP au long cours (défini par une durée de prescription > 8 semaines) doit faire l'objet d'une dynamique de « déprescription » si aucune indication ne persiste.

4 indicateurs calculés

Nombre d'établissements : 13

Nombre de services : 27

Nombre de dossiers : 1038



Résultats régionaux indicateur – IPP



Indicateurs par secteurs

Secteur	Taux de patient > 75 ans avec prescription d'IPP > 8 semaines, sans indication au long cours	Taux de patients > 75 ans avec prescription d'IPP > 8 semaines, avec posologie inadaptée	Taux de patients > 75 ans avec prescription d'IPP > 8 semaines, sans indication au long cours ou avec posologie inadaptée	Taux de déprescription non envisagée alors que absence d'indication au long cours ou posologie inadaptée
MCO	52.48 % 53 101	13.86 % 14 101	66.34 % 67 101	73.13 % 49 67
SSR	50.00 % 40 80	15.00 % 12 80	65.00 % 52 80	78.85 % 41 52
EHPAD ou USLD	29.81 % 31 104	6.73 % 7 104	36.54 % 38 104	73.68 % 28 38
Tous secteurs confondus	43,51 %	11,58 %	55,09 %	75,16 %



Dès les premiers jours d'hospitalisation ou d'entrée en EHPAD, un dialogue sur la nature des soins ou de l'accompagnement à mettre en place doit s'instaurer avec la personne concernée, et avec son entourage si elle le souhaite, afin que ces soins ou accompagnement reposent sur les besoins et attentes de la personne.

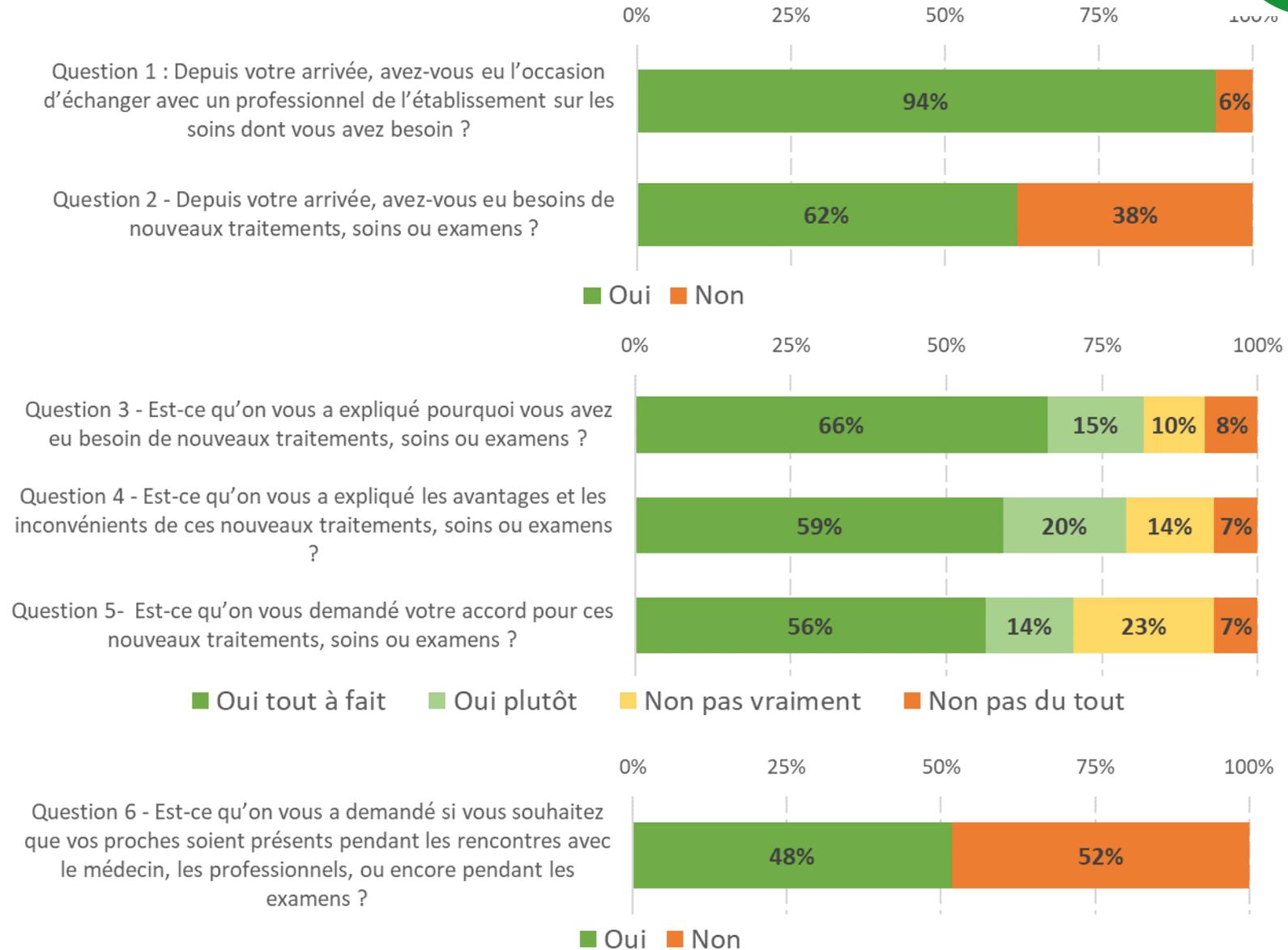
Nombre d'établissements : 7

Nombre de services : 18

Nombre d'entretiens : 115

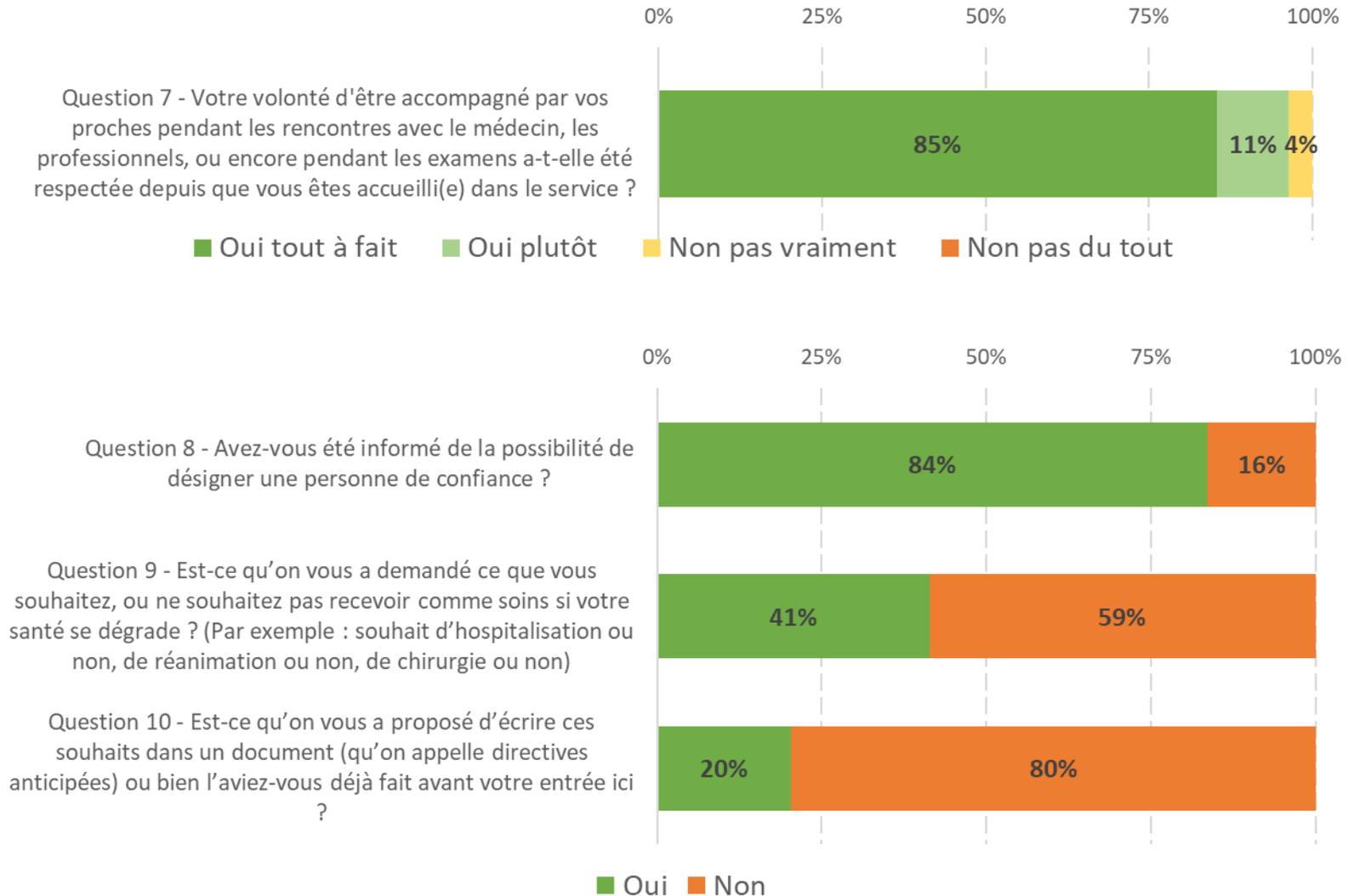


Résultats régionaux indicateur – Décision partagée





Résultats régionaux indicateur – Décision partagée





Choisir avec soin

Boite à outils

Antipsychotiques

- Algorithme déprescription →
- Recos si récidives troubles →
- Recos prise en soins des SPC →

Inhibiteurs de la pompe à proton

- IPP-outil déprescription →
- Fiche patient - arrêt IPP →

Benzodiazépines

- Algorithme anxiété →
- Algorithme insomnie plainte chronique →
- Algorithme insomnie plainte récente →
- Info patient OMEDIT →
- Brochure patient EMPOWER →
- Vidéo →

Analyse d'urine

- Affiche bureau médical →
- Affiche poste de soins →
- Support de formation →

Décision partagée

- Brochure « Faire dire » →
- Affiche « Oser parler à son médecin » →
- Jeu « A vos souhaits » →
- Vidéo personne de confiance →

Choisir avec soin

Boite à outils

Cliquer sur les flèches (diaporama en mode plein écran) pour accéder aux outils

II. PAPRAPS 2026-2029 : poursuite des réflexions sur les axes proposés via l'analyse des grilles complétées par les membres

- Avril-Mai : envoi de la grille et des propositions pour recueil des avis des membres et de propositions de thématiques complémentaires

- Aujourd'hui:
 - précision et validation des actions à partir des grilles d'analyse complétées par les membres (objectifs, leviers, experts, données...)

- Séance du 18 septembre :
 - validation des axes et proposition d'une 1^{ère} version de fiche action
 - proposition d'un membre référent IRAPS pour chaque groupe de travail

- Dernier trimestre 2025 /début 2026
 - élaboration des fiches actions du PAPRAPS 2026-2029
 - élaboration de l'arrêté portant contenu du Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins 2026-2029 des Pays de la Loire

Thématiques proposées

AXE 1	Gradation des soins et fluidification du parcours global du patient
AXE 2	Pharmacie clinique et amélioration de l'usage du médicament dans le parcours patient
AXE 3	Accès aux soins PH
AXE 4	Partage de compétences et pluriprofessionnalité
AXE 5	Réduction des gestes invasifs non pertinents (gestes marqueurs)

AXE 1- Gradation des soins et fluidification du parcours global du patient

- En prenant en compte la totalité du parcours patient : hôpital-ville, ville-hôpital, EHPAD, SSR, HAD, CPTS, FAM, MAS etc... pour une approche 360 degrés multifaisceaux
- En s'appuyant sur la télémédecine (téléconsultation et téléexpertise)
- En construisant sur la base de dispositifs d'accès aux soins déjà expérimentés dans les CPTS ou à l'extérieur comme les équipes de soins spécialisés (ESS)

Parcours des patients en psychiatrie
Parcours des personnes âgées de + 75 ans

AXE 2-Pharmacie clinique et amélioration de l'usage du médicament dans le parcours patient

- Proposition d'élargir l'expérimentation latroprev et la suite latroprev 2 portée au niveau national (GHT49 pour les PdL) sur la totalité du parcours patient (dont la HAD) et non pas que à certaines étapes du parcours patient : chez lui, en structure de ville, en hôpital, pour éviter les ruptures de soins et avoir une réflexion pharmaceutique. Du point de vue économique : s'interroger sur les traitements.
- En questionnant le rôle du médecin traitant et du spécialiste en ville
- En s'appuyant sur l'URPS pharmaciens, l'OMEDIT, le conseil régional de l'ordre des pharmaciens et sur les pratiques des CPTS et des médecins généralistes

AXE 3-Accès aux soins PH

- En développant des parcours de soins du patient en situation de handicap à l'hôpital, en ville et via des équipes mobiles
- En capitalisant sur les acquis de la mission du Professeur Dinomais associée aux travaux de l'IRAPS
- Proposition : parcours gynéco et handicap ?

AXE 4-Partage de compétences et pluriprofessionnalité

- En optimisant le temps médical, notamment dans le cadre des pathologies chroniques, avec enjeux de dépistage, de gestion de patients qui peuvent être travaillés en équipe. Le temps gagné, augmente l'efficacité.
- En consolidant un transfert de compétences favorisant une gradation des soins entre PS non médicaux et médecins
- En s'appuyant sur les opportunités ouvertes par la mise en place des IPA, des infirmières Azalée mais aussi des assistants médicaux
- En capitalisant sur les modes d'action mis en œuvre dans certaines MSP

Parcours BPCO

AXE 4-Partage de compétences et pluriprofessionnalité

■ Continuité de la sous-commission BPCO du PAPRAPS 2022-2025 ?

Parcours BPCO initié dans la CPTS du N-O Mayennais

Territoire fragile en manque de ressources médicales

Avec un accès à la spirométrie à visée diagnostic actuellement très difficile

→ 1 des impacts voulus de l'action portée par la CPTS du N-O mayennais est de sensibiliser les PS à la BPCO et à un partage de tâches avec un temps médical optimisé

Partenariat avec la MSP de Brulon (Sarthe) qui met en œuvre un programme de dépistage de la BPCO avec l'intervention d'une IPA Asalée et un partenariat avec le CH LE MANS

AXE Réduction des gestes invasifs non pertinents (gestes marqueurs)

- Proposition de l'URPS kiné de travailler sur la chirurgie de l'épaule
- En travaillant sur un parcours de soins et non pas sur une indication de soins
- Analyse exploratoire du volume de séjours en lien avec la chirurgie de l'épaule, par structure, dans la région à partir des données PMSI

Chirurgie de l'épaule

III. Présentation de données sur la chirurgie de l'épaule en région

Baptiste CHEVET, Trésorier-adjoint – URPS Kiné

Marion OLIVIER, département Qualité, Pertinence, Efficience - ARS

Définition du problème de santé étudié :

L'épaule douloureuse non traumatique de l'adulte

Le **syndrome douloureux sub-acromial** est une douleur d'épaule non traumatique, habituellement uni-latérale, localisée autour du moignon de l'épaule (et pouvant irradier vers le bras), souvent aggravée pendant ou après une élévation du bras. Ce syndrome comprend les diagnostics : **bursopathie**, **tendinopathie** et **rupture dégénératives** des tendons de la coiffe des rotateurs, **tendinopathie du long biceps** et **tendinopathies calcifiantes** (AE).

L'atteinte de la coiffe des rotateurs représente environ 70 % des douleurs d'épaule (11). L'atteinte de la coiffe des rotateurs est évaluée de 2 à 8 % de la population générale (13).

La prévalence des pathologies de la coiffe des rotateurs (rupture tendineuse incluse) **augmente avec l'âge**, touchant 2,8 % des sujets de plus de 30 ans, 31 % des adultes entre 60 et 69 ans et 65 % des adultes de plus de 80 ans (11). Les ruptures tendineuses touchent préférentiellement le supra-épineux (14).

En France, en 2019, les troubles musculosquelettiques représentaient 88 % des maladies professionnelles reconnues (dont **34 % de pathologies de la coiffe des rotateurs**) (16).

Rmq : main/poignet/doigt - 34% ; coude - 23% ; dos - 7% ; genou - 2% Rapport annuel 2019 de l'Assurance Maladie. Focus sur les TMS.

Anatomie

Schéma anatomique de l'épaule en vue antérieure

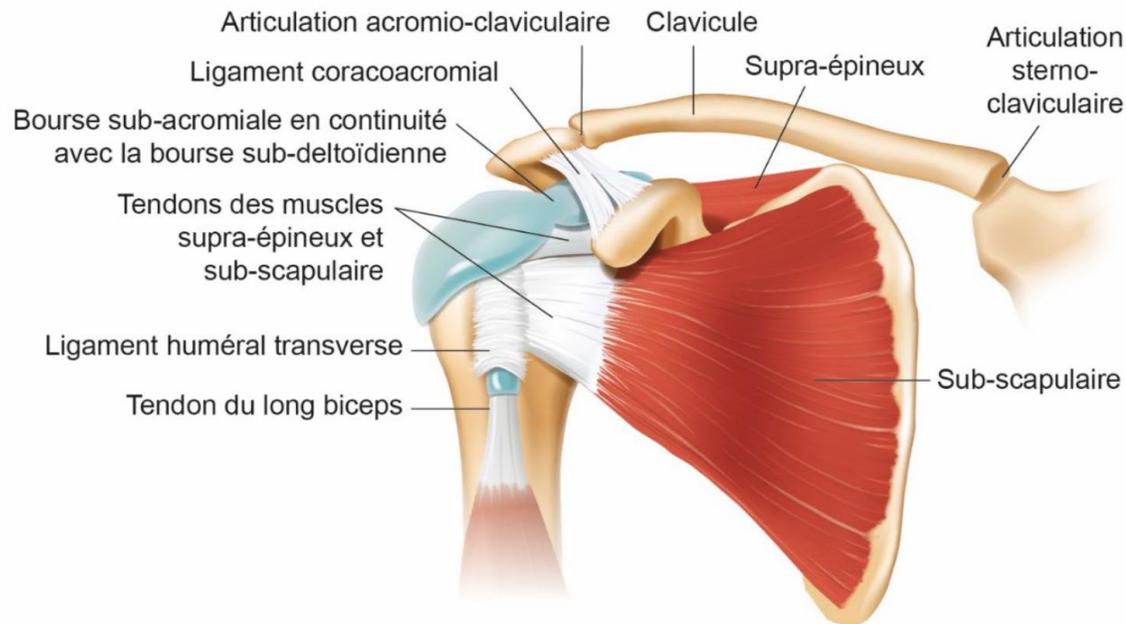
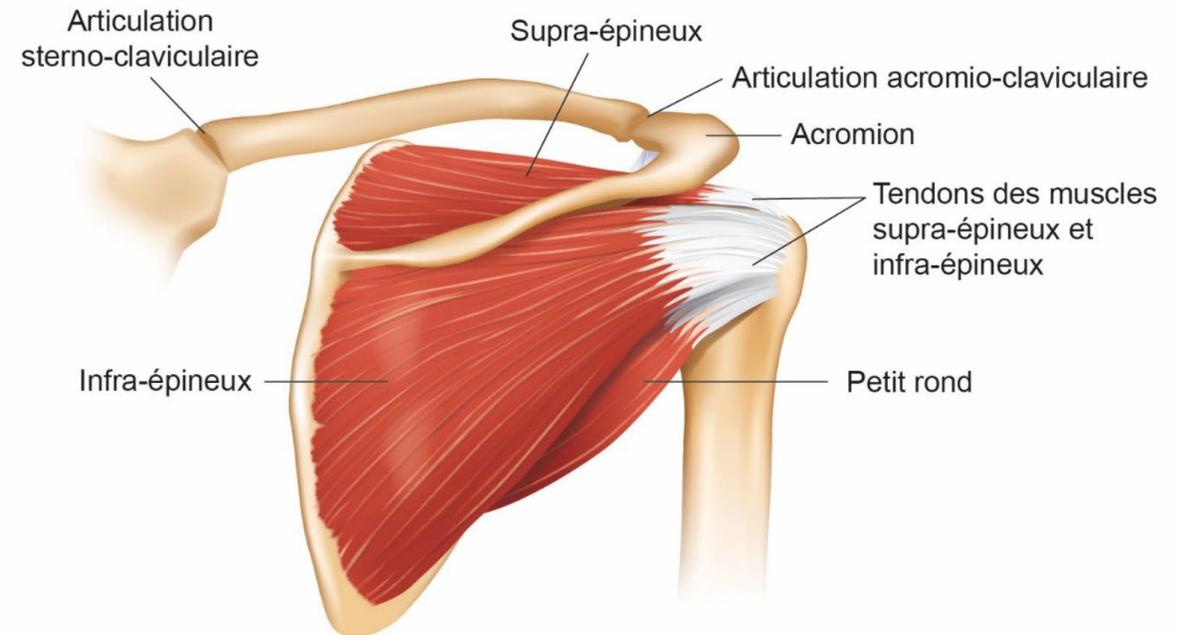


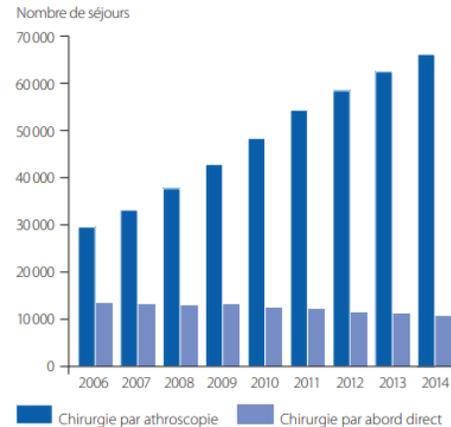
Schéma anatomique de l'épaule en vue postérieure



Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2017 (loi du 13 août 2004) : La prise en charge des affections des tendons de l'épaule

→ dans cette étude CNAM, il n'est pas possible de différencier si les actes de chirurgie intéressent des tendinopathies rompues ou non.

Evolution du nombre de séjours en lien avec la chirurgie sur les tendons de l'épaule

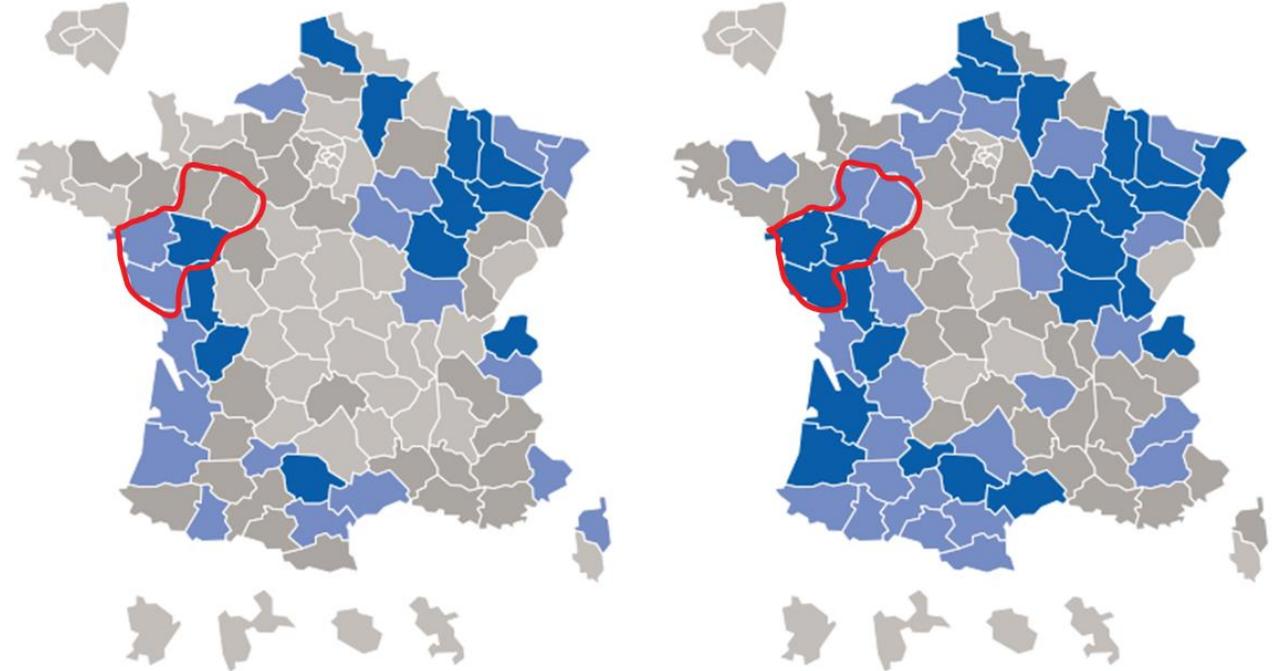


Champ : chirurgie arthroscopique et par abord direct hors rupture traumatique, tous régimes - France entière
 Source : Atih (PMSI MCO), traitements Cnamts

Nombre de patients opérés pour une chirurgie arthroscopique pour tendinopathie de l'épaule

Année 2010

Année 2014



Nombre de patients opérés pour 100 000 habitants^(a)

Moins de 60 60 à 90 90 à 120 Plus de 120

(a) Les taux de recours sont fondés sur le lieu de résidence des patients. Ils sont standardisés par rapport à la structure d'âge et de genre observée au niveau national en 2014.

Champ : tous régimes

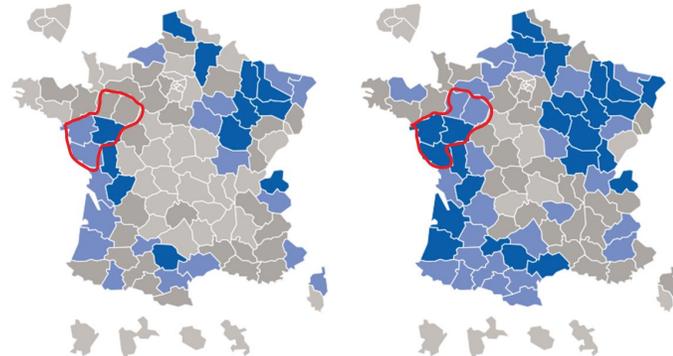
Sources : Atih (PMSI MCO) et Insee, traitements Cnamts

Densités de chirurgiens orthopédiques et dénombrement des troubles musculo-squelettiques (TMS) de l'épaule en 2014

Densités de chirurgiens orthopédiques pour 100 000 habitants

Dénombrement des TMS de l'épaule reconnus en AT/MP, par Carsat/CGSS en 2014

Nombre de patients opérés pour une chirurgie arthroscopique pour tendinopathie de l'épaule
Année 2010 Année 2014

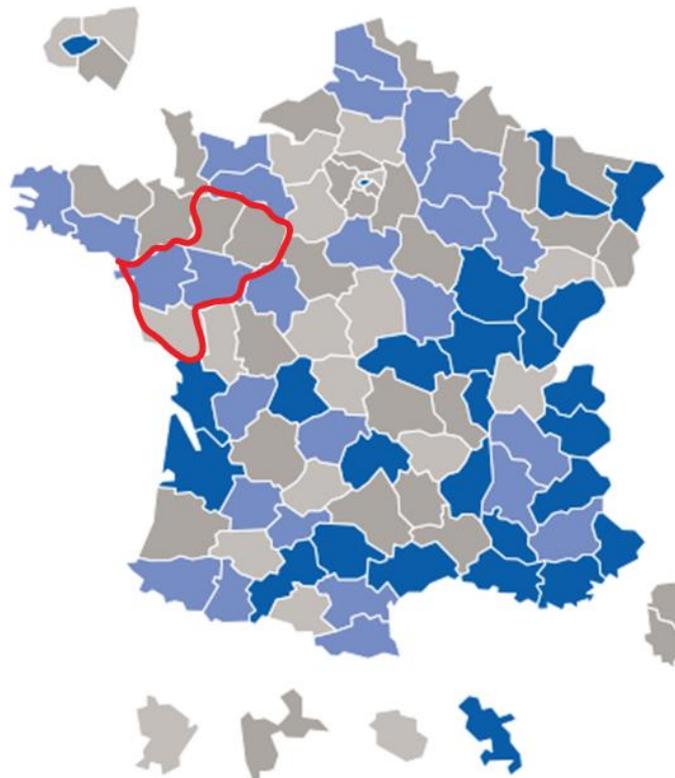


Nombre de patients opérés pour 100 000 habitants^(a)

Moins de 60	60 à 90	90 à 120	Plus de 120
-------------	---------	----------	-------------

(a) Les taux de recours sont fondés sur le lieu de résidence des patients, ils sont standardisés par rapport à la structure d'âge et de genre observée au niveau national en 2014.

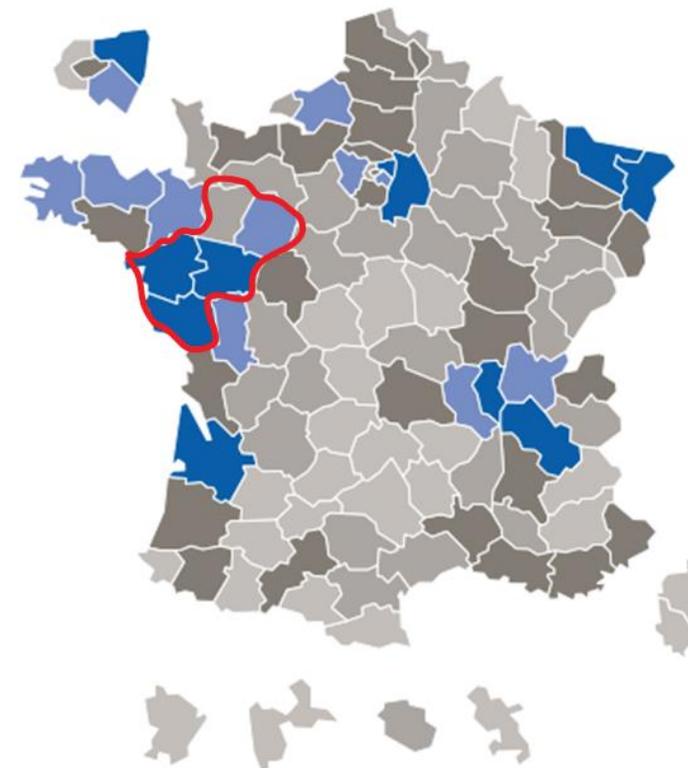
Champ : tous régimes
Sources : Aeth (PMSI/MCO) et Insee, traitements Cnamts



Densité pour 100 000 habitants

Moins de 3	3 à 4	4 à 5	Plus de 5
------------	-------	-------	-----------

Sources : Cnom et Insee, traitements Cnamts



Nombre de TMS de l'épaule

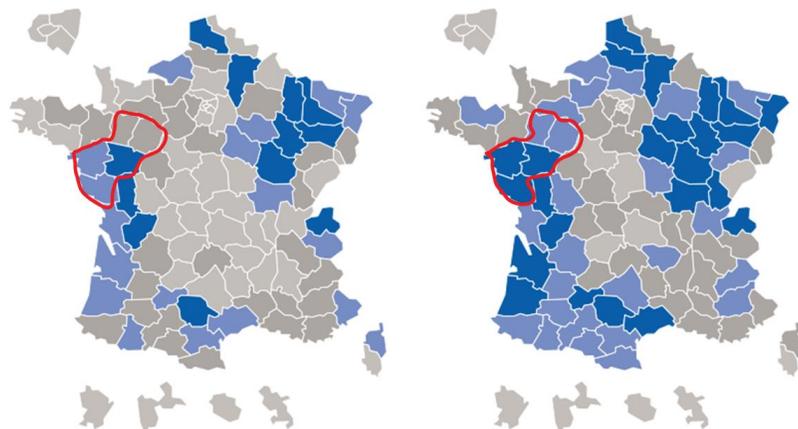
Moins de 50	50 à 100	100 à 200	200 à 300	Plus de 300
-------------	----------	-----------	-----------	-------------

Source : Cnamts

Nombre de patients opérés pour une chirurgie arthroscopique pour tendinopathie de l'épaule

Année 2010

Année 2014



Nombre de patients opérés pour 100 000 habitants^(a)

Moins de 60 60 à 90 90 à 120 Plus de 120

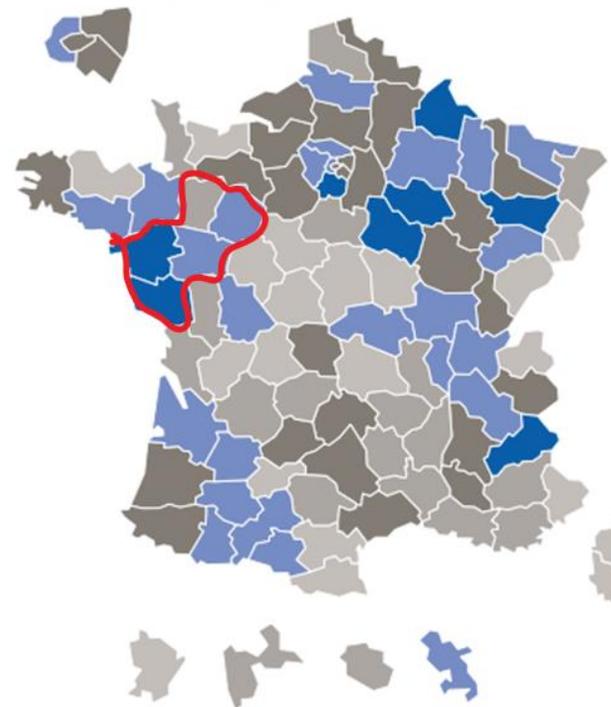
(a) Les taux de recours sont fondés sur le lieu de résidence des patients. Ils sont standardisés par rapport à la structure d'âge et de genre observée au niveau national en 2014.

Champ : tous régimes
 Sources : Atih (PMSI/MCO) et Insee, traitements Cnamts

Taux de recours aux IRM et/ou arthroscanners avant chirurgie de l'épaule et densité d'équipements

Taux de recours aux IRM et/ou arthroscanners avant chirurgie de l'épaule

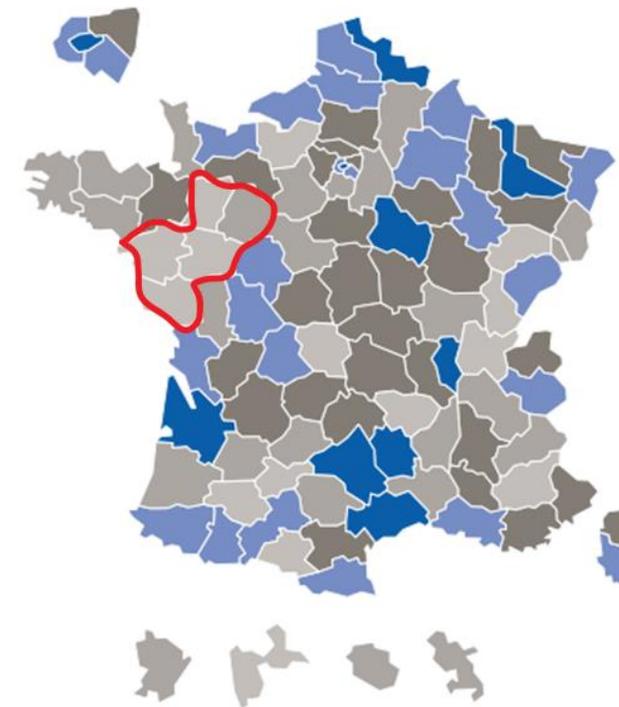
Offre d'appareils IRM et scanners installés au 31 décembre 2014



Taux de recours aux IRM et/ou arthroscanners

Moins de 50 % 50 à 60 % 60 à 70 % 70 à 80 % Plus de 80 %

Champ : régime général hors sections locales mutualistes
 Sources : Cnamts (DCIR) et Atih (PMSI/MCO)



Nombre d'appareils IRM et scanners par million d'habitants

Moins de 20 20 à 25 25 à 30 30 à 35 Plus de 35

Champ : tous régimes
 Sources : base Arghos et Insee, traitements Cnamts

Villatte G, Erivana R, Barth J, Bonneville N, Descamps S, Boisgard S. Progression and projection for shoulder surgery in France, 2012–2070 : Epidemiologic study with trend and projection analysis. Orthop Traumatol Surg Res 2020 ; 106 : 1067–77

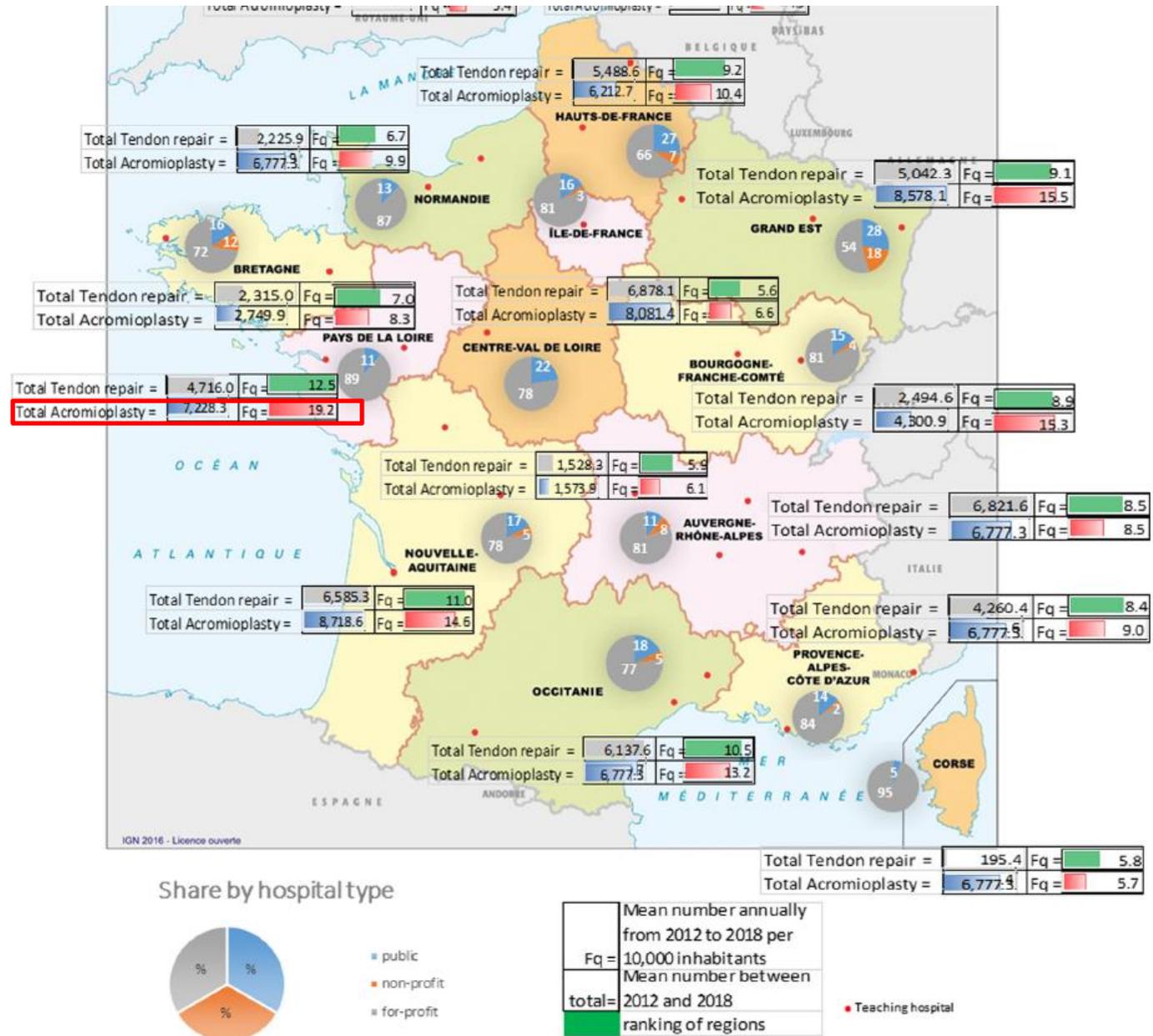


Fig. 7. Distribution in France of rotator cuff repair procedures, 2012–2018 average.

Fiche de recommandations des bonnes pratiques HAS janvier 2024 sur la « Conduite diagnostique devant une épaule douloureuse non traumatique de l'adulte et prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs ».

La recommandation HAS porte sur les tendinopathies de la coiffe des rotateurs non-rompues.

Les points essentiels de la recommandation sont les suivants.

- ➔ Le traitement principal est médico-fonctionnel : antalgiques, AINS, kinésithérapie, infiltration de dérivés cortisonés, éducation et conseils (dont conseils de prévention individuelle et professionnelle).
- ➔ La radiographie standard permet d'éliminer un certain nombre de diagnostics différentiels. Elle est indispensable en première intention (après 4 à 6 semaines d'évolution). La prescription de l'échographie ou de l'IRM sera décidée selon la réévaluation clinique.
- ➔ Le recours à un médecin spécialiste de l'épaule (rhumatologue, médecin de médecine physique et de réadaptation, médecin du sport ou chirurgien orthopédique) est utile en l'absence d'évolution favorable des symptômes.

Dans la tendinopathie non rompue de la coiffe des rotateurs, la chirurgie n'a pas d'intérêt.

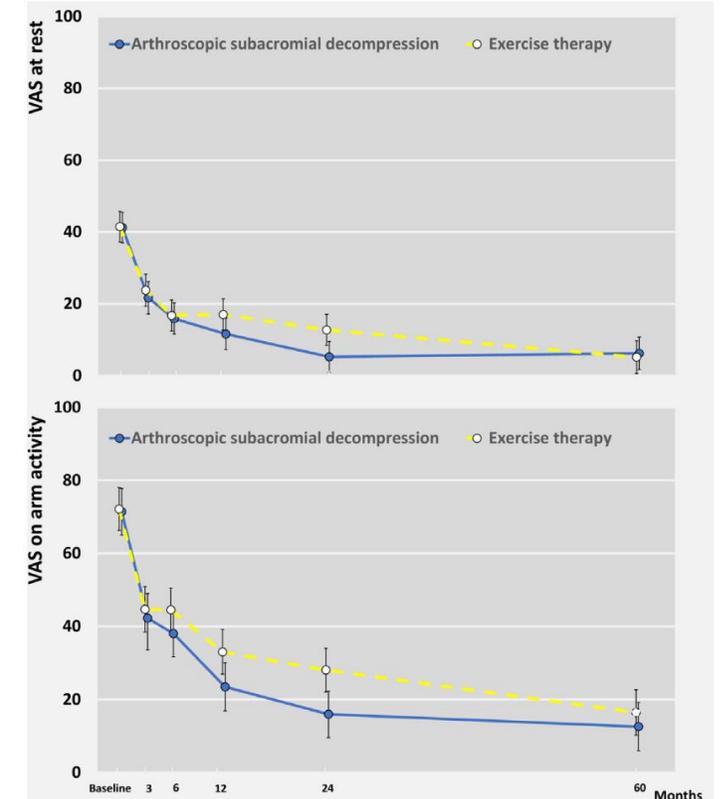
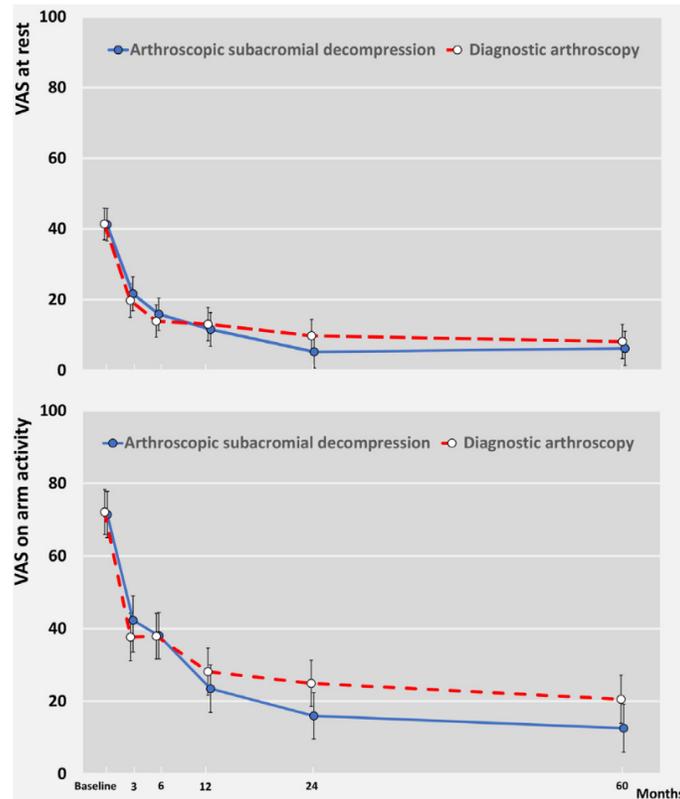
Intérêt de l'acromioplastie pour le syndrome douloureux sub-acromial - 1

Subacromial decompression versus diagnostic arthroscopy for shoulder impingement: a 5- year follow- up of a randomised, placebo surgery controlled clinical trial. Paavola M, Kanto K, Ranstam J, et al. Br J Sports Med 2021;55:99–107.

210 patients d'âges entre 35 et 65 ans, répartis en 3 groupes : acromioplastie, arthroscopie diagnostique (chirurgie placebo) et rééducation (active).

EVA au repos et en activité mesurée sur 5 ans.

Résultat : pas de bénéfice clinique supérieur concernant l'acromioplastie.



Intérêt de l'acromioplastie pour le syndrome douloureux sub-acromial - 2

Karjalainen TV, Jain NB, Page CM, Lähdeoja TA, Johnston RV, Salamh P, Kavaja L, Arden CL, Agarwal A, Vandvik PO, Buchbinder R. Subacromial decompression surgery for rotator cuff disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 1. Art. No.: CD005619.



Cochrane
Library
Cochrane Database of Systematic Reviews

Surgery for rotator cuff tears (Review)

Karjalainen TV, Jain NB, Heikkinen J, Johnston RV, Page CM, Buchbinder R

Karjalainen TV, Jain NB, Heikkinen J, Johnston RV, Page CM, Buchbinder R.
Surgery for rotator cuff tears.
Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 12. Art. No.: CD013502.
DOI: 10.1002/14651858.CD013502.

www.cochranelibrary.com

Surgery for rotator cuff tears (Review)
Copyright © 2019 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

WILEY

Authors' conclusions

The data in this review do not support the use of subacromial decompression in the treatment of rotator cuff disease manifest as painful shoulder impingement. High-certainty evidence shows that subacromial decompression does not provide clinically important benefits over placebo in pain, function or health related quality of life. Including results from open-label trials (with high risk of bias) did not change the estimates considerably. Due to imprecision, we downgraded the certainty of the evidence to moderate for global assessment of treatment success; there was probably no clinically important benefit in this outcome either compared with placebo, exercises or non-operative treatment.

Rapport HAS aout 2023 - Description des parcours de soins préopératoires des adultes de 40 ans et plus opérés d'une acromioplastie isolée en 2022 à partir des données du SNDS

Etude observationnelle
Data SNDS

→ la HAS s'intéresse au parcours de soin des patients qui ont une douleur d'épaule qui ne fait pas suite à un traumatisme et chez qui on ne retrouve pas de signe de rupture à l'imagerie.

Tendinopathie non rompue de l'épaule : un recours trop fréquent à la chirurgie

La HAS a fait le point sur l'état des pratiques en menant une étude sur le recours à la chirurgie en cas de tendinopathie non rompue et non traumatique de la coiffe des rotateurs.

Un recours à la chirurgie (acromioplastie)

trop fréquent...

≈ 3 600

adultes de 40 ans et plus opérés sur le 2^e semestre 2022

20 %

ont plus de 65 ans

58 %

sont des femmes



...après une prise en charge incomplète

← durant les 18 mois avant la chirurgie →

1 patient sur 3

n'a pas eu de radiographie en imagerie de 1^{re} intention

1 patient sur 3

n'a pas eu de kinésithérapie

1 patient sur 2

n'a pas eu d'infiltration de dérivés cortisonés

Une prise en charge de la tendinopathie non rompue de l'épaule à améliorer

Points clés de la recommandation 2023

- La chirurgie n'a pas d'intérêt, dans la tendinopathie non rompue de la coiffe des rotateurs.
- La radiographie de l'épaule est indispensable en 1^{re} intention.
- Le traitement principal est médicamenteux : antalgiques, AINS, kinésithérapie, infiltration de dérivés cortisonés, éducation et conseils.

Pour en savoir plus



Les données de cette infographie sont issues d'une étude observationnelle sur le système national des données de santé menée par la HAS sur les patients opérés entre juillet et décembre 2022 pour une tendinopathie de la coiffe des rotateurs supposée non rompue et non traumatique. Ces données concernent uniquement les patients opérés, et ne reflètent pas les pratiques de prise en charge de l'ensemble des patients avec une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non traumatique ciblés dans la recommandation de 2023.

Discussion (1/2)

❑ Résultats **non conformes aux recommandations** de la HAS de 2023 :

➔ Dans la tendinopathie non rompue de la coiffe des rotateurs, la chirurgie n'a pas d'intérêt.

➤ Un grand nombre de patients opérés d'après cette étude

➔ Le traitement principal est médico-fonctionnel : antalgiques, AINS, kinésithérapie, infiltration de dérivés cortisonés, éducation et conseils (dont conseils de prévention individuelle et professionnelle).

➔ À ce jour, les injections d'acide hyaluronique ou de plasma riche en plaquettes n'ont pas démontré leur efficacité dans le syndrome douloureux sub-acromial.

➔ La radiographie standard permet d'éliminer un certain nombre de diagnostics différentiels. Elle est indispensable en première intention (après 4 à 6 semaines d'évolution). La prescription de l'échographie ou de l'IRM sera décidée selon la réévaluation clinique.

➤ Une prise en charge médicale incomplète parmi les patients opérés

Volumes de séjours pour tendinopathie non rompue de l'épaule (PMSI MCO 2024) chez des patients de + 40 ans

Liste des actes CCAM sélectionnés

→ **Sur la base de ces codes, on ne peut pas préjuger du caractère traumatique ou non.**

Code CCAM	Libellé
MEMA006	Acromioplastie sans prothèse, par abord direct
MEMA017	Acromioplastie sans prothèse avec arthroplastie acromio-claviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule, par abord direct
MEMC003	Acromioplastie sans prothèse, par arthroscopie
MEMC005	Acromioplastie sans prothèse avec arthroplastie acromio-claviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule, par arthroscopie
MEMA011	Arthroplastie acromio-claviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule, par arthrotomie
MEMC001	Arthroplastie acromio-claviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule, par arthroscopie

Étiquettes de lignes	ACTIVITE - Nb Séjours
+ Auvergne-Rhône-Alpes	5 802
+ Bourgogne-Franche-Comté	3 814
+ Bretagne	2 327
+ Centre-Val de Loire	1 318
+ Corse	112
+ Grand Est	6 775
+ Guadeloupe	50
+ Guyane	17
+ Hauts-de-France	4 594
+ Île-de-France	6 803
+ Martinique	305
+ Normandie	2 688
+ Nouvelle-Aquitaine	9 577
+ Occitanie	5 544
+ Pays de la Loire	5 086
+ Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 637
+ Réunion	509
Total général	58 958

	Plus de 40 ans			
	2024 PdL	2023PdL	2022PdL	2021PdL
44 - Loire-Atlantique	1 910	1 943	1 883	1 912
49 - Maine-et-Loire	1 810	2 366	2 402	2 808
53 - Mayenne	51	78	54	34
72 - Sarthe	691	781	727	759
85 - Vendée	624	578	611	644
	5 086	5 746	5 677	6 157

Perspectives

Sur demande, possibilité d'ajouter dans l'outil de l'ARS GE sur le taux de recours aux GM, la chirurgie de l'épaule pour une **requête exploratoire** sur données 2024 (outil en cours de maj) (sans exclusion des codes CIM-10 car incrémentation complexe) chez patients + 40 ans avec au moins 1 acte de la liste des 6 codes CCAM :

- avoir l'activité de chaque éta sanitaires pratiquant des acromioplasties (traumatiques ou non) en nb de séjours
- filtrer sur l'origine géographique du patient et de voir si attractivité de patients résidant hors PdL ou fuite de patients résidant en PdL
- comparer aux autres régions

- **Secondairement : à affiner si besoin** et si possible dans l'outil : exclusion des cas où le patient présente une douleur d'épaule secondairement à un traumatisme.

Tx Stand. Pr 1000 hab. de 40 ans et plus					Indice (vs France)			
EPAULE	2021	2022	2023	2024	2021	2022	2023	2024
FRANCE	1,77	1,68	1,71	1,67	1,00	1,00	1,00	1,00
52 - Pays de la Loire	2,75	2,55	2,52	2,32	1,55	1,52	1,47	1,39
DEPT								
44 - LOIRE-ATLANTIQUE	2,22	2,12	2,18	2,19	1,26	1,27	1,27	1,31
49 - MAINE-ET-LOIRE	4,26	3,74	3,57	2,96	2,41	2,24	2,08	1,77
53 - MAYENNE	1,97	1,61	1,78	1,47	1,11	0,96	1,04	0,88
72 - SARTHE	2,29	2,33	2,36	2,08	1,29	1,39	1,38	1,25
85 - VENDÉE	2,81	2,63	2,51	2,45	1,59	1,57	1,46	1,47

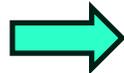
IV. Point sur la durée de mandat des membres et le renouvellement des membres

Professeur VERNY, président de l'IRAPS

■ Décret qui prévoit la création de l'IRAPS

Décret n° 2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé – Légifrance

- Arrêté portant création de l'IRAPS des Pays de la Loire (2016)
- Arrêté modifiant la composition de l'IRAPS Pays de la Loire (2022)
- Arrêté portant contenu du PAPERAPS 2022-2025 des Pays de la Loire (2022)

 La durée de mandat des membres n'y est pas précisée.

- Cohérence souhaitable entre le nouveau PAPERAPS et la mise en œuvre des actions
 - Membres avec voix délibérative : préférable d'interroger les membres sur leur souhait ou non de renouveler leur mandat au moment de l'élaboration du prochain PAPERAPS ?
 - Membres invités : préférable de recueillir leur souhait de continuer à participer aux IRAPS et aux groupes de travail du PAPERAPS ?

SAVE THE DATE

JOURNÉE RÉGIONALE DE LA PERTINENCE DES SOINS PAYS DE LA LOIRE

le **4 FÉVRIER 2026**



**CENTRE DE CONGRÈS JEAN MONNIER
33 BD CARNOT 49100 ANGERS**



**OUVERT AUX PROFESSIONNELS
DU SANITAIRE, DU MÉDICO-
SOCIAL ET DE L'AMBULATOIRE**



Retrouvez plus d'information sur
www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr
et sur nos réseaux sociaux