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

# Région Pays de la Loire

Avis favorable exprimé le 30 mai 2022 par les membres de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS)

Avis favorable exprimé par les membres de la commission restreinte régionale de coordination des actions de l'ARS et de l'Assurance Maladie consultés jusqu'au 02 septembre 2022





# Sommaire

#### Préambule

#### Diagnostic de la situation régionale

#### Les domaines d'actions prioritaires

#### AXE I - Pertinence des prescriptions et de l'utilisation des produits de santé

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

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

Fiche action n° I-3 : Améliorer la juste prescription des Inhibiteurs de la Pompe à Protons

#### AXE II - Pertinence des parcours

Fiche action n° II-1 : Pertinence du parcours dans le cadre de la prise en charge du cancer du sein

Fiche action n° II-2 : Pertinence du parcours patient après un accident vasculaire cérébral (AVC)

Fiche action n° II-3 : Pertinence du parcours des patients insuffisants cardiaques (IC)

Fiche action n° II-4 : Pertinence du parcours des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Fiche action n°II-5 : Pertinence du parcours des femmes enceintes en situation de vulnérabilité

#### AXE III - Pertinence des modes de prise en charge / Séjours

Fiche action n° III-1 : Pertinence du recours aux urgences des personnes de plus de 75ans

Fiche action n° III-2 : Pertinence des premiers recours aux structures douleur chronique en Pays de la Loire

Fiche action n°III-3 : Pertinence de la réduction des séjours longs en établissement de santé mentale

#### AXE IV - Pertinence des actes et des pratiques

<u>Fiche action n° IV-1 : Campagne « Choisir avec soin » (Gériatrie) : Pertinence des soins délivrés aux</u> personnes âgées (75 ans et plus) hospitalisées ou résidant en EHPAD

Fiche action n° IV-2 : Revue de Pertinence de l'Absence d'Evaluation Gériatrique en Oncologie

Fiche action n° IV-3 : Pertinence de la réalisation des examens pré-anesthésiques

#### AXE V - Acculturation, communication, animation de la démarche pertinence

Fiche action n°V-1 : Mobilisation d'une stratégie visant l'acculturation à la pertinence des soins

# Préambule

La crise sanitaire que nous traversons depuis plusieurs mois, et qui impacte très fortement notre système de santé et ses professionnels, nous rappelle toute l'importance de disposer d'un système de santé robuste et efficient, capable de faire face aux grands enjeux de notre temps. Qu'ils soient épidémiologiques, technologiques, sociétaux ou environnementaux, les défis à relever sont nombreux pour permettre à chacun de bénéficier des soins et de l'accompagnement dont il a besoin. La pertinence des soins est un des leviers que nous pouvons actionner pour y parvenir.

« La bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient » est l'objectif visé par toute action d'amélioration de la pertinence des soins.

La pertinence est une notion évolutive (ce qui a été pertinent par le passé peut ne plus l'être aujourd'hui) et multidimensionnelle. En effet, la Haute Autorité de Santé analyse la pertinence des interventions de santé (prescriptions, actes, séjours, parcours de soins, modalités de prise en charge, etc.) en intégrant :

- La balance bénéfices / risques ;
- La probabilité, pour l'intervention, d'aboutir aux résultats attendus ;
- La qualité de l'intervention, au regard de standards :
- La prise en compte des préférences des patients (ce qui implique une information appropriée) ;
- La prise en compte du contexte social, culturel et de la disponibilité des ressources en santé.

Dès lors, l'amélioration de la pertinence des soins intègre un double-objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mais aussi d'amélioration de l'efficience des dépenses de santé. Il s'agit d'éviter des traitements inadéquats, et donc des risques potentiels pour les patients et des dépenses inutiles pour la collectivité.

Quel que soit le niveau où l'on se situe, la pertinence des soins est un des enjeux majeurs de la santé publique.

**Au niveau national**, la stratégie nationale de santé 2018-2022¹, qui constitue le cadre de la politique de santé en France et vise à répondre aux grands défis rencontrés par notre système de santé, intègre pleinement la thématique de la pertinence des soins. Son 3ème axe « Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge au bénéfice de la population » souligne la nécessité de mettre en place une organisation des soins fondée sur la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape des parcours de santé, en mettant au premier plan l'intérêt du patient et en contribuant à renforcer l'efficience du système de santé.

La pertinence des soins est aussi le fil rouge de la stratégie « Ma santé 2022² », qui insiste sur la notion de parcours de soins, en particulier pour les personnes atteintes de pathologies chroniques. « Ma santé 2022 » envisage en parallèle une refonte du financement avec la création de financements au forfait pour les pathologies chroniques, qui vise à dépasser les limites de la tarification à l'activité (T2A). En effet, la T2A ne permet plus aux établissements de santé de répondre aux enjeux de la prise en charge de ces pathologies (développement des actions de prévention, éducation thérapeutique du patient, coordination des soins, etc.).

Il s'agit également d'un des axes du plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins (PNGDRESS) 2021-2022, véritable feuille de route qui s'inscrit dans le cadre du plan d'appui à la transformation du système de santé 2018 – 2022 (PATSS). Le PATSS a pour ambition de garantir à tous des soins de qualité,

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Adoptée officiellement par le gouvernement fin décembre 2017 : <a href="https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante-et-medico-social/strategie-nation

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Annoncée en septembre 2018 par le président de la république, la stratégie Ma santé 2022 : un engagement collectif https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/

d'assurer l'accès aux soins les plus pertinents, aux traitements les plus innovants, tout en maitrisant la dynamique des dépenses de santé de sorte qu'elles respectent l'ONDAM, sujets toujours d'actualité.

**Au niveau régional**, la stratégie nationale de santé se décline au sein du projet régional de santé à travers des objectifs dédiés à la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge.

Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins – PAPRAPS est un des outils permettant de décliner cette politique globale d'amélioration de la pertinence des soins.

Conformément au décret n°2015-1510 du 19 novembre 2015 qui l'a créé, il précise :

- Le diagnostic de la situation régionale ;
- Les domaines d'action prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé;
- Les actions à mener ;
- Ainsi que le calendrier et les moyens mobilisés pour leur mise en œuvre.

L'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins - IRAPS, créée par ce même décret, contribue à l'amélioration de la pertinence des prestations, des prescriptions et des actes dans la région. Elle est composée de membres, représentant l'ARS, l'Assurance Maladie, les établissements, les professionnels de santé libéraux et les usagers. Elle concourt à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche. Elle est consultée sur le projet de PAPRAPS, lors de sa préparation, de sa révision et de son évaluation.

Les travaux autour du bilan du PAPRAPS 2016-2019 et de l'élaboration du nouveau PAPRAPS en 2019 et en 2020 ont permis d'aboutir à une vision partagée de la pertinence des soins et des perspectives d'action avec les acteurs de santé ligériens. En effet, le PAPRAPS de seconde génération a été co-construit en région en partenariat avec l'Assurance Maladie, les membres de l'IRAPS (en lien avec les collectifs qu'ils représentent) et les 4 structures régionales d'appui à existence réglementaire (OMEDIT, ONCOPL, QualiREL Santé, Réseau Sécurité Naissance).

L'ARS a lancé un appel à contributions auprès d'eux, qui a permis de disposer de retours d'expériences terrain et d'un état des lieux des besoins. Les différentes contributions ont été partagées, synthétisées et les propositions priorisées. Malgré la crise, des actions ont même pu avancer sur l'année 2021.

Ce travail a permis d'aboutir à un plan d'actions décliné en 5 axes :

- Axe 1 : Pertinence des prescriptions et de l'utilisation des produits de santé ;
- Axe 2 : Pertinence des parcours :
- Axe 3 : Pertinence des modes de prise en charge / séjours ;
- Axe 4 : Pertinence des actes et des pratiques :
- Axe 5 : Acculturation, communication, animation de la démarche pertinence.

L'actualité sanitaire en situation de crise n'a pas permis de finaliser une première version reprise en 2022. C'est pourquoi, la version de travail a fait l'objet d'un ré examen par les contributeurs. Cela a permis d'identifier l'évolution de la situation régionale après deux années de crise « COVID » et le réajustement des priorités tout en restant dans la volonté initiale d'un plan d'action de deuxième génération ciblant des priorités.

Conformément au principe acté par les membres de l'IRAPS lors du bilan du PAPRAPS 2016-2019, ce plan est volontairement resserré et opérationnel. Ainsi, chaque action se décline en fiche action précisant :

- Un/des pilote(s) identifié(s);
- Les recommandations en vigueur ;
- Un état des lieux contextualisé et chiffré ;
- Un/des objectif(s) :
- Et un/des indicateur(s) pour en évaluer le degré d'atteinte.

Plusieurs leviers et outils complémentaires seront mobilisables pour la mise en œuvre de ces actions :

- Le Nouveau contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) : l'article 64 de la LFSS pour 2020 a modifié le CAQES signé entre les établissements de santé, les ARS et l'Assurance Maladie afin de :
  - Recentrer sur un nombre limité de priorités : 14 indicateurs (7 nationaux et 7 régionaux, en cohérence avec le PAPRAPS);
  - Développer la culture de pertinence et d'efficience engagée au sein des établissements sanitaires :
  - Rendre le dispositif plus efficace et plus lisible pour les acteurs.
- Les structures régionales d'appui afin d'accompagner les établissements dans la mise en œuvre des actions définies dans le PAPRAPS, Il s'agit notamment des 4 SRA sollicitées lors de l'élaboration du PAPRAPS : l'OMEDIT, ONCOPL, QualiREL Santé, et le Réseau Sécurité Naissance.
- Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), en les incitant à intégrer le parcours de prise en charge de certaines pathologies définies comme prioritaires dans le PAPRAPS.
- Les appels à projets (AAP) utilisés pour répondre à une problématique particulière en apportant un soutien financier à sa résolution. Les projets déposés doivent répondre aux exigences d'un cahier des charges. Ils sont ensuite étudiés et, pour les projets retenus au terme du processus de sélection, financés, suivis et évalués, suivis et évalués.
- Les appels à manifestation d'intérêt (AMI), procédures plus souples que les AAP, permettent d'identifier des acteurs susceptibles d'engager des actions en réponse à un besoin identifié. Les échanges qui s'ensuivent permettent de définir et de mettre en œuvre des plans d'actions ajustés au plus près des besoins.

# Diagnostic de la situation régionale

#### Données populationnelles

#### Nombre d'habitants, évolution depuis 2016

En 2022, la population de la région Pays de la Loire s'élève à 3,873 Millions d'habitants soit une augmentation de 136 000 habitants depuis 2016.

Le taux d'évolution de la population par rapport à 2016 est de 3,7%, pratiquement deux fois plus important que le taux d'évolution de la population sur le territoire national.

	Pays de la Loire	Territoire national	
Démographie Données 2022 <sup>3</sup>	En 2022 3,873 Millions d'habitants soit 5,7% de la population du territoire national, soit 1% de plus en 4 ans	En 2022 67,813 Millions d'habitants	
Taux d'évolution 2016 - 2022	3,7%	1,82%	
Dépenses de santé 2020 <sup>4</sup>		En 2020 209,2 Milliards d'euros, 9,1 du PIB	
Dépenses de santé par habitants		En 2020 3109 euros par habitants	

#### Le vieillissement de la population, un enjeu primordial des années à venir

A l'échelle nationale, 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050

Figure 1 - Nombre de seniors en perte d'autonomie

	2015	2027	2050
Nombre de seniors	16 235 900	19 933 500	24 274 500
Nombre de seniors en perte d'autonomie	2 488 900	2 958 300	3 989 200
À domicile	1 948 700	2 347 400	3 160 200
En établissement	540 200	610 900	828 900

Champ: France hors Mayotte, personnes de 60 ans ou plus.

Sources : Insee, projections Omphale ; Drees, enquêtes EHPA 2015 et VQS 2014.

La répartition par âge montre une évolution très rapide de la proportion des plus de 65 ans dans la région. Malgré des disparités infra régionales, la progression rapide est la même quel que soit le territoire par rapport à l'évolution nationale.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Insee.fr/fr/statistiques

Dress.solidarité-sante.gouv.fr
 PAPRAPS 2022-2025 PDL
 2022 – Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

#### En chiffres, progression depuis 2016

Dep_2016 <sup>5</sup>	Dep_nom	0-19 ans	20- 64 ans	65 et plus	Total
44	Loire- Atlantique	356 179	784 837	239 836	1380852
49	Maine-et-Loire	211 777	445 186	153 971	810934
53	Mayenne	78 841	164 857	63 990	307688
<i>7</i> 2	Sarthe	141 348	308 541	117 672	567561
85	Vendée	158 585	359 505	152 507	670597
	Total	946 730	2 062 926	727 976	3 737 632
Dep_2022	Dep_nom	0-19 ans	20- 64 ans	65 et plus	Total
44	Loire- Atlantique	367 807	829 166	281 128	1 478 101
49	Maine-et-Loire	200 402	445 793	179 046	825 241
53	Mayenne	73 554	161 239	71 077	305 870

298 470

360 948

2 095 616

131 915

182 395

845 561

23,24%

23,36%

26,08%

564 588

699 296

3 873 096

100,00%

100,00%

100,00%

134 203

155 953

931 919

24,05%

23,77%

22,30%

#### En pourcentage, progression depuis 2016

Sarthe

Vendée

**Total** 

72

85

53

72

85

Dep_2016	Dep_nom	0-19 ans	20- 64 ans	65 et plus	
44	Loire- Atlantique	25,79%	56,84%	17,37%	100,00%
<b>4</b> 9	Maine-et-Loire	26,12%	54,90%	18,99%	100,00%
53	Mayenne	25,62%	53,58%	20,80%	100,00%
72	Sarthe	24,90%	54,36%	20,73%	100,00%
85	Vendée	23,65%	53,61%	22,74%	100,00%
Dep_2022	Dep_nom	0-19 ans	20- 64 ans	65 et plus	
44	Loire- Atlantique	24,88%	56,10%	19,02%	100,00%
<b>4</b> 9	Maine-et-Loire	24,28%	54,02%	21,70%	100,00%

#### Projection données nationales de l'évolution de la part des 65 ans et plus jusqu'en 2050

52,71%

52,87%

51,62%

	Années	65 et plus	Evolution
2010		17%	
2016		19%	+ 2
2020		20%	+ 1
2022		21%	+ 1
2030		23%	+ 2
2040		26%	+ 3
2050		27%	+ 1

Mayenne

Sarthe

Vendée

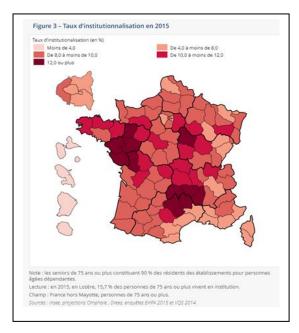
<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Insee – estimation de population PAPRAPS 2022-2025 PDL

#### Part des plus de 80 ans hébergés en EHPAD

En 2015, en France, 8,8% des individus de 75 ans ou plus vivent en institution (12,2% en 44, 12,6% en 49, 12,1% en 53, 10% en 72 et 13% en 85). Les départements présentant les plus forts taux de seniors vivant en institution dont les départements de la région Pays de la Loire ne correspondent pas aux départements ayant les plus forts taux de perte d'autonomie.

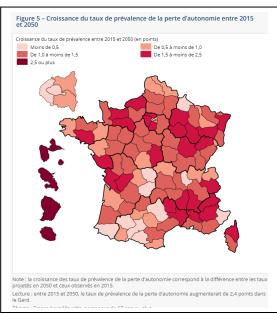
Néanmoins, les EHPAD sont actuellement confrontés à des défis majeurs d'ordre démographique, sociologique et médical qui nécessitent de repenser collectivement leur organisation et leur fonctionnement dans les territoires.

La région Pays de la Loire se caractérise par un taux d'équipement en EHPAD plus important que la moyenne nationale



	Dep	Taux d'institutionnalisation (en %)
44	Loire-Atlantique	12,2
49	Maine-et-Loire	12,6
53	Mayenne	12,1
72	Sarthe	10,0
85	Vendée	13,0

	Dep	Croissance du taux de prévalence entre 2015 et 2050 (en points)
44	Loire-Atlantique	0,9
49	Maine-et-Loire	1,2
53	Mayenne	1,4
72	Sarthe	1,3
85	Vendée	2,0



#### Taux de mortalité standardisé et les principales causes

Le taux de mortalité régional en octobre 2019 est très proche du taux national<sup>6</sup>

	A - DÉMOGRAP	D - VUE D'ENS	D - VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ								
	1-Habitants	78-Mortalité générale - deux sexes		79-Mortalité prématurée - deux sexes			82-Mortalité prématurée évitable - deux sexes				
Nom	Effectif	Effectif	Taux	Évolution annuelle	Effectif	Taux	Évolution annuelle	Effectif	Taux	Évolution annuelle	
Loire-Atlantique	1 366 358	10 547	7,9‰	-2,3%	2 085	1,9‰	-2,2%	704	0,6‰	-2,7%	
Maine-et-Loire	809 055	6 526	8,1‰	-2,6%	1 130	1,7‰	-2,3%	382	0,6‰	-2,9%	
Mayenne	307 940	2 830	9,2‰	-2,7%	465	1,9‰	-1,4%	155	0,6‰	-2,2%	
Sarthe	568 445	5 413	9,5‰	-2,2%	970	2,1‰	-1,6%	353	0,8‰	-1,9%	
Vendée	666 714	6 363	9,7‰	-2,5%	1 088	2,1‰	-1,5%	380	0,7‰	-2,4%	
Pays de la Loire	3 718 512	31 679	8,6‰	-2,4%	5 738	1,9‰	-1,9%	1 973	0,7‰	-2,5%	
France métropolitaine *	64 300 821	554 722	8,7‰	-2,1%	103 053	2,0‰	-1,8%	31 530	0,6‰	-2,7%	

#### Taux et répartition géographique des patients atteints de pathologie chronique (ALD) Focus BPCO/IC/AVC

En 2019, 1,6 % de la population est atteinte d'une affection de longue durée.

Personnes admises en affection de longue durée (ALD)

	1-Habitants	75-Personnes admises e abitants affection de longue dure (ALD)				
Nom	Effectif	Effectif	Taux			
Loire-Atlantique	1 366 358	26 806	1,5%			
Maine-et-Loire	809 055	16 422	1,5%			
Mayenne	307 940	6 647	1,6%			
Sarthe	568 445	11 871	1,6%			
Vendée	666 714	15 488	1,7%			
Pays de la Loire	3 718 512	77 249	1,6%			
France métropolitaine *	64 300 821	1 384 922	1,6%			

Source: PISSTER – Panier d'indicateurs sociosanitaires territoriaux – 2019 - - ARS/ORS Pays de la Loire - octobre 2019 https://www.orspaysdelaloire.com/PISSTER/index.html

Principaux problème de santé : Maladies Cardiovasculaire

	1-Habitants	180-Personnes prises en charge pour maladie cardioneurovasculaire coronaire			maladie
Nom	Effectif	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Loire-Atlantique	1 366 358	68 573	6,1%	29 794	2,6%
Maine-et-Loire	809 055	35 878	5,6%	12 868	2,0%
Mayenne	307 940	13 343	5,7%	4 813	2,1%
Sarthe	568 445	29 940	6,5%	11 913	2,6%
Vendée	666 714	36 498	6,9%	14 635	2,8%
Pays de la Loire	3 718 512	184 420	6,2%	74 157	2,5%
France métropolitaine *	64 300 821	3 434 871	6,7%	1 407 246	2,7%

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Source: PISSTER – Panier d'indicateurs socio-sanitaires territoriaux – 2019 - ARS/ORS Pays de la Loire - octobre 2019 https://www.orspaysdelaloire.com/PISSTER/index.html PAPRAPS 2022-2025 PDL

#### Principaux problème de santé : AVC et Insuffisance cardiaque

	1-Habitants	182-Personne charge pour vasculaire	r accident	183-Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque		186-Mortalité par maladie cardiovasculaire		
Nom	Effectif	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Évolution annuelle
Loire-Atlantique	1 366 358	11 701	1,0%	10 042	0,9%	2 727	2,0‰	-3,9%
Maine-et-Loire	809 055	6 872	1,1%	5 851	0,9%	1 722	2,1‰	-4,4%
Mayenne	307 940	2 718	1,2%	1 992	0,9%	804	2,6‰	-4,2%
Sarthe	568 445	5 564	1,2%	4 967	1,1%	1 394	2,5‰	-3,9%
Vendée	666 714	6 538	1,2%	5 834	1,1%	1 663	2,5‰	-4,2%
Pays de la Loire	3 718 512	33 404	1,1%	28 708	1,0%	8 309	2,3‰	-4,1%
France métropolitaine *	64 300 821	622 041	1,2%	565 278	1,1%	139 441	2,2‰	-3,9%

Source: PISSTER – Panier d'indicateurs sociosanitaires territoriaux – 2019 - - ARS/ORS Pays de la Loire - octobre 2019 <a href="https://www.orspaysdelaloire.com/PISSTER/index.html">https://www.orspaysdelaloire.com/PISSTER/index.html</a>

#### Principaux problème de santé : Maladie respiratoire chronique

	1-Habitants	189-Personnes prises en charge pour maladie respiratoire chronique		191-Mortalité par maladie de l'apparei respiratoire		
Nom	Effectif	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Évolution annuelle
Loire-Atlantique	1 366 358	55 894	4,9%	684	0,5‰	-1,8%
Maine-et-Loire	809 055	29 570	4,6%	419	0,5‰	-2,7%
Mayenne	307 940	9 953	4,3%	201	0,7‰	-2,3%
Sarthe	568 445	22 604	4,9%	355	0,6‰	-2,4%
Vendée	666 714	27 698	5,2%	409	0,6‰	-2,5%
Pays de la Loire	3 718 512	145 835	4,9%	2 067	0,6‰	-2,3%
France métropolitaine *	64 300 821	2 809 725	5,5%	37 191	0,6‰	-1,9%

Source: PISSTER – Panier d'indicateurs sociosanitaires territoriaux – 2019 - - ARS/ORS Pays de la Loire - octobre 2019 <a href="https://www.orspaysdelaloire.com/PISSTER/index.html">https://www.orspaysdelaloire.com/PISSTER/index.html</a>

#### Principaux problème de santé : Cancer

	1-Habitants	160-Personnes prises en charge pour cancer		162-Mortalité par cancer				
Nom	Effectif	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Évolution annuelle		
Loire-Atlantique	1 366 358	48 619	4,3%	3 038	2,3‰	-1,7%		
Maine-et-Loire	809 055	25 206	3,9%	1 882	2,3‰	-1,7%		
Mayenne	307 940	9 075	3,9%	766	2,5‰	-1,8%		
Sarthe	568 445	23 025	5,0%	1 524	2,7‰	-1,3%		
Vendée	666 714	26 428	5,0%	1 904	2,9‰	-1,7%		
Pays de la Loire	3 718 512	132 452	4,4%	9 113	2,5‰	-1,6%		
France métropolitaine *	64 300 821	2 288 370	4,5%	155 045	2,4‰	-1,4%		

#### Principaux problème de santé : Focus Cancer Sein

	1-Habitants	167- Participation au dépistage	168-Femmes prises en charge pour cancer du sein		170-Mortalité par cancer du sein			
Nom	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Évolution annuelle	
Loire-Atlantique	1 366 358	59%	10 838	1,8%	226	0,3‰	-2,5%	
Maine-et-Loire	809 055	61%	5 776	1,7%	150	0,4‰	-1,0%	
Mayenne	307 940	56%	2 119	1,7%	60	0,4‰	-1,7%	
Sarthe	568 445	59%	5 601	2,3%	123	0,4‰	-0,6%	
Vendée	666 714	56%	5 699	2,0%	130	0,4‰	-1,5%	
Pays de la Loire	3 718 512	58%	30 032	1,9%	690	0,4‰	-1,6%	
France métropolitaine *	64 300 821		550 611	2,0%	11 830	0,4‰	-1,3%	

#### Nombre de dépistages mammographie réalisés comparés entre 2019 et 2020 ou 2021.

Participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2019-2020 et évolution depuis 2016

		Année 2016			Année 2017			Année 2018			Année 2019		Année 2020 <sup>3</sup>		1
	Population Insee cible	femmes	Taux de participatio n Insee standardisé <sup>2</sup> (%)	Population Insee cible	femmes	Taux de participatio n Insee standardisé <sup>2</sup> (%)	Population Insee cible <sup>1</sup>	femmes	Taux de participatio n Insee standardisé <sup>2</sup> (%)	Population Insee cible <sup>1</sup>	Nombre de femmes dépistées	Taux de participatio n Insee standardisé <sup>2</sup> (%)	Population Insee cible <sup>1</sup>	Nombre de femmes dépistées	Taux de participatio n Insee standardisé <sup>2</sup> (%)
France entière	5 048 385	2 534 467	50	5 126 382	2 541 909	49,4	5 193 645	2 595 396	49,8	5 254 356	2 550 986	48,5	5 250 986	2 251 689	42,8
Pays de la Loire	281 546	165 796	58,7	287 244	169 923	59	292 060	164 073	56,1	296 469	166 883	56,2	301 008	147 902	49,1
. Loire-Atlantique	99 421	61 791	61,9	101 649	60 058	58,9	103 503	59 671	57,5	105 199	57 953	55	106 924	54 318	50,7
. Maine-et-Loire	59 189	34 302	57,9	60 217	35 783	59,2	61 037	35 395	58	61 754	36 326	58,7	62 504	32 578	52,2
. Mayenne	23 135	13 058	56,2	23 484	14 094	59,8	23 784	13 454	56,3	24 123	14 289	59,1	24 491	11 901	48,6
. Sarthe	43 922	23 666	53,7	44 591	27 082	60,5	45 210	23 705	52,4	45 679	25 917	56,6	46 178	21 716	46,9
. Vendée	55 877	32 979	59,2	57 302	32 906	57,3	58 526	31 848	54,4	59 712	32 398	54,1	60 908	27 389	44,9

Une baisse importante de la participation au Dépistage Organisé du Cancer du Sein est observée en 2020 quelle que soit la tranche d'âge ou la région. Elle est probablement due à plusieurs facteurs liés de la crise sanitaire du covid-19 (interruption des invitations, interruption des activités de seconde lecture pendant des durées variables selon les CRCDC, fermeture des cabinets de radiologie et moindre activité à la réouverture en raison de l'application des mesures sanitaires nécessaires).

Source: Santé Publique France — Publication Juillet 2021 Taux de participation DOCS - 2019-2020 et évolution depuis 2005 https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2019-2020-et-evolution-depuis-2005

#### Evolution de l'offre de soins en Pays de la Loire

Les actions de la deuxième génération du PAPRAPS 2022-2025 sont insérées dans les réformes modifiant le système de santé avec parallèlement une évolution des modes de financement à mettre en œuvre sous l'effet de « Ma santé 2022 » renforcé par les mesures du Ségur de la santé. Les actions de la première génération du PAPRAPS 2016-2019, en référence à la LOI de n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale 2019, portaient principalement sur :

- la création de communautés professionnelles territoriales de santé;
- la structuration des hôpitaux de proximité ;
- le développement des compétences dans les établissements de santé;
- le financement d'investissements immobiliers pour les établissements de santé

La Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé est venue préciser ces mesures impactant l'organisation hospitalière dans le titre II intitulé : « Créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l'offre de soins dans les territoires » Elle a instauré ainsi une profonde réforme de la carte hospitalière, avec notamment la modification du statut des hôpitaux de proximité et leur labellisation. Une offre de soins hospitalière de proximité est ainsi en train de se structurer, ouverte sur la ville et le secteur médico-social concourant ainsi à une amélioration des parcours de soins. Cette structuration de l'offre de santé repose sur des projets territoriaux de santé qui intègrent des briques visant l'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins dont il faut se saisir. Si c'est encore un peu tôt pour en mesurer les effets, un état des lieux ci-dessous montre déjà la manière dont ces nouveaux dispositifs investissent les territoires.

Le PAPRAPS 2022-2025 va de plus s'inscrire dans la modernisation du régime des autorisations (article 36 de la Loi du 24 juillet 2019) Les décrets et arrêtés réformant les autorisations de médecine, de soins critiques, de cancérologie et le mode de financement des services d'urgence sont parus. Ils permettent d'adapter le régime des autorisations aux activités réalisées dans le cadre d'exercice coordonnés et de simplifier les procédures et les conditions de délivrance des autorisations d'activités de soins.

La création du service d'accès aux soins (SAS) par la Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (article 28) qui a pour objet d'évaluer le besoin de santé de toute personne qui le sollicite, de lui délivrer des conseils adaptés et de faire assurer des soins appropriés à son état. Il assure une régulation médicale commune entre le SAMU et une régulation de médecine ambulatoire. Le SAS devrait permettre de mieux orienter les patients et d'éviter les recours inadéquats aux différents modes de prise en charge notamment les services d'accueil des urgences. Toutes ces mesures visent le décloisonnement des prises en charge entre la ville, l'hôpital et le médico-social devenu un critère d'inefficience en regard du vieillissement de la population et de l'augmentation des patients atteints de maladie chronique. Le système de santé se structure autour de dispositifs collectifs et coordonnés au plus près des besoins de soins de proximité de manière à rendre plus pertinentes les orientations vers les segments hospitaliers recentrés sur le recours.

En Pays de la Loire, la démographie des professions de santé, du social et du médico-social est confrontée à un déficit structurel de 10 à 18%, à des tensions révélées et confirmées par la crise et à une augmentation significative de la population régionale, parmi les plus importantes du territoire national (+ 8Pts). Face à ce constat, l'ARS Pays de la Loire, la direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités

(DREETS) et leurs partenaires territoriaux, réunis le 15 mars 2022, se sont engagés dans un vaste plan de mobilisation autour des enjeux de formation, d'emploi et d'attractivité des professions de santé<sup>7</sup>.

#### Offre de soins premier recours

Densité des professionnels de santé médicaux/ Paramédicaux en 20208

Nombre professionnels de santé médicaux/ Paramédicaux - Année 2020	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Médecins généralistes	4 554	1 888	1 090	302	556	762
Médecins spécialistes	5 468	2 548	1 428	274	672	739
Ensemble des médecins	10 022	4 436	2 518	576	1 228	1 501
Chirurgiens dentistes	2 017	939	383	118	231	365
Sages-femmes	1 193	460	299	90	157	204
Infirmiers	35 327	13 049	8 703	2 767	5 232	5 594
Masseurs kinésithérapeutes	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné
Orthophonistes	1 504	776	337	65	154	206
Orthoptistes	337	184	59	10	33	56
Ergothérapeutes	741	266	176	91	120	105
Psychomotriciens	617	249	138	51	63	136
Audioprothésistes	259	102	64	23	41	46
Manipulateurs ERM	1 731	714	371	108	278	261
Pharmaciens	3 390	1 315	793	253	461	590
Dont titulaires d'officine	1 450	524	308	111	217	290
Officines pharmaceutiques	1 103	402	239	86	163	213
Laboratoires privés lucratifs d'analyses médicales	174	80	44	8	16	26

Source : Indicateurs STATISS sur les professionnels de santé (édition 2020) <a href="https://www.scoresante.org/tab\_statiss.aspx">https://www.scoresante.org/tab\_statiss.aspx</a> STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social

Nombre de CPTS 2019 comparé 2022 : 4 en 2019, 21 en 2022 (Source ARS) Nombre de MSP 2019 comparé 2022 : 100 en 2019, 114 en 2022 (Source ARS)

Nombre de centre de santé médicaux 2019 2022 : 20 en 2019, 25 en 2022. (Source ARS)

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Source : Plan de mobilisation des partenaires des pays de la Loire autour des métiers et de la formation en santé H:\DATA\RHN\RHSS\RH 18- PLAM\PLAM \_Plan Marshall\Présentation PLAM

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Source : Indicateurs STATISS sur les professionnels de santé (édition 2020) https://www.scoresante.org/tab\_statiss.aspx STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social

#### L'Offre de soins des établissements de santé continue de se transformer

Lits de MCO Places de MCO Nombre de lits ou Nombre de places installés en places installés en en hospitalisation en hospitalisation hospitalisation Hospitalisation à de jour et de nuit complète partielle ou temps plein ambulatoire ou chirurgie ambulatoire (\*)

2019 2020 2019 2020 2019 2020 2019 2020 44 3 670 3 706 759 766 768 768 662 662 49 2 463 2 353 428 493 473 466 384 384 *53* 747 722 113 109 268 254 131 131 *72* 1 659 1 611 238 219 301 300 186 186 85 238 369 342 336 1 468 1 452 265 369 Pays de la Loire 10 007 1 705 9 844 1776 1852 2 179 2 157 1 699

SSR HAD

**PSY** 

		•					
	Nombre installé		Nombre de	places (HTP)	Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément		
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	
44	1 843	1 754	301	271	347	362	
49	1 120	1 192	188	248	255	255	
53	377	357	47	47	31	51	
72	884	839	128	128	105	105	
<i>8</i> 5	782	782	54	54	220	250	
Pays de la Loire	5 006	4 924	718	748	958	1 023	

<sup>(\*) :</sup> hors postes de dialyse et de chimiothérapie

# L'Evolution de la consommation de soins et des biens médicaux (CSBM) effectués par la DRESS met en évidence un bouleversement des équilibres en 2020, première année de la COVID

La consommation de soins et de biens médicaux est évaluée à titre provisoire à 209,2 milliards d'euros en l'échelle nationale. Elle progresse de 0,4 % par rapport à 2019, soit le rythme de croissance le plus faible jamais observé depuis 1950 du fait de la crise sanitaire. Ses composantes progressent à des rythmes très disparates compte tenu des impacts différenciés de la pandémie de Covid-19. Alors que les soins hospitaliers progressent de 3,7 % en 2020, les dépenses de soins ambulatoires sont en repli de 2,5%. Cela ne sera pas sans conséquence sur l'état de santé des ligériens dans un contexte de majoration de la raréfaction des professionnels de santé. Les données mesurant l'ampleur de cet impact ne sont pas encore accessibles pour les années 2021 et 2022.

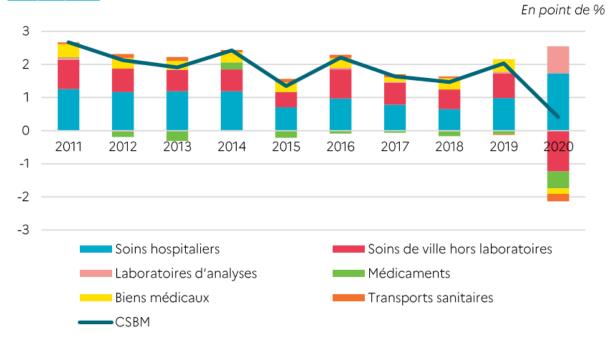
Tableau 1 - Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

Montants en millions d'euros, évolutions en %, contribution à l'évolution de la CSBM en point de %

		2016	2017	2018	2019	2020	Structure 2020 (part en %)	Évolution 2019/2020 (en %)	Contributio n 2020 (en pp)
Soins hospitaliers		92 048	93 602	94 909	96 921	100 536	48,1	3,7	1,7
Hôpitaux du secteur public		70 965	72 191	73 037	74 505	78 664	37,6	5,6	2,0
Hôpitaux du secteur privé		21 082	21 411	21 872	22 416	21 872	10,5	-2,4	-0,3
Soins ambulatoires		105 970	107 662	109 315	111 451	108 691	51,9	-2,5	-1,3
- Soins de ville		53 949	55 309	56 463	58 093	57 212	27,3	-1,5	-0,4
Soins de médecins et de sages-femmes		21 232	21 707	22 181	22 673	21 589	10,3	-4,8	-0,5
Soins d'auxiliaires médicaux		16 718	17 293	17 866	18 551	18 360	8,8	-1,0	-0,1
Soins de dentistes		11 215	11 467	11 619	11 958	10 892	5,2	-8,9	-0,5
Laboratoires d'analyses		4 378	4 429	4 386	4 513	6 203	3,0	37,4	0,8
Cures thermales		405	413	410	398	169	0,1	-57,7	-0,1
- Médicaments		31 898	31 771	31 477	31 257	30 201	14,4	-3,4	-0,5
- Biens médicaux		15 321	15 595	16 277	17 043	16 694	8,0	-2,0	-0,2
- Transports sanitaires		4 803	4 986	5 098	5 058	4 584	2,2	-9,4	-0,2
Consommation de soins et de biens médicaux		198 018	201 264	204 224	208 372	209 228	100,0	0,4	0,4
Part de la CSBM dans le PIB (en %)		8,9	8,8	8,6	8,5	9,1			
	Valeur	2,2	1,6	1,5	2,0	0,4			
Évolution de la CSBM (en %)	Prix	-0,7	0,1	-0,2	0,0	4,6			
	Volume	2,9	1,6	1,7	2,0	-4,0			

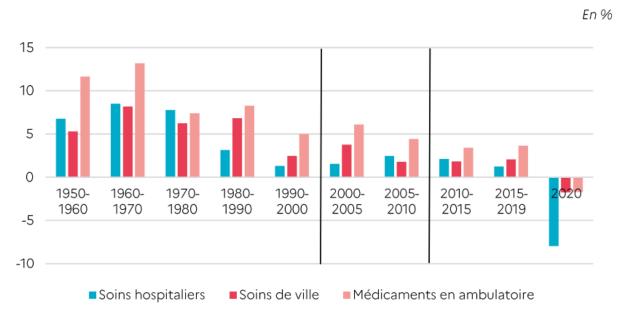
En 2020 la CSBM progresse de 0,4% en valeur. Les soins hospitaliers contribuent à hauteur de 1,7 points à la croissance de la CSBM à l'inverse, les médicaments contribuent négativement à l'évolution de la CSBM à hauteur de - 0.5 points en 2020.





Source > DREES, comptes de la santé.

# Graphique 6 Taux de croissance annuels moyens des principaux postes de la CSBM, en volume



Note > Rupture de série entre les années 2000 et 2001 et entre les années 2009 et 2010. Source > DREES, comptes de la santé (base 2010 pour la période 1950-2000 ; base 2014 pour la période 2001-2009 ; base 2020 pour la période 2010-2020).

#### Le recours aux urgences des plus de 75 ans, ORS des urgences

Le PAPRAPS 2016-2019 avait inscrit le chantier de l'analyse du recours aux services d'urgence. L'action conduite à partir de 2013 visait la mise en place d'IDE d'astreinte mutualisée la nuit pour les EHPAD. Aujourd'hui, l'extension de ce dispositif est en cours de manière à ce que tous les EHPAD soit couvert car cette disposition a montré son efficacité par la baisse significative du taux global du recours à la régulation SAMU des personnels de nuit des EHPAD et la baisse du taux global d'hospitalisation des personnes institutionnalisée en EHPAD. L'effort est poursuivi dans le nouveau PAPRAPS pour les plus de 75 ans dans l'objectif d'éviter les passages inadéquats de ces personnes aux urgences.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de RPU Transmis <sup>9</sup>	905 855	928 353	961 734	965 574	801 457	892 360
Part des 75 ans et plus	16%	15%	15%	15%	17%	16%

Un quart¹0 (26 %) des passages se concluent par une hospitalisation, y compris une prise en charge en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). **Cette proportion augmente progressivement avec l'âge pour concerner 55** % **des patients de 75 ans et plus.** La moitié des passages aux urgences durent moins de 3h38min (moins de 3h06min s'agissant des patients retournant à leur domicile, et moins de 6h32min pour les patients hospitalisés). La durée de passage varie selon l'âge et l'orientation des patients. Les patients âgés de 75 ans et plus restent en moyenne 6h56 min aux urgences lorsqu'ils retournent au domicile et 9h52min lorsqu'ils sont hospitalisés.

#### Impact de la pandémie de COVID 2019 sur la santé des ligériens

#### Elévation du taux de mortalité

Au 1 er novembre 2021, plus de 7,2 millions de cas de COVID-19 et près de 120 000 décès dus au virus avaient été enregistrés en France. La mortalité toutes causes confondues en 2020 et au cours des six premiers mois de 2021 a augmenté de 10 % par rapport à la moyenne 2015-2019.

#### Retard de prise en charge

La pandémie a entraîné des retards dans les soins, notamment une baisse initiale d'environ 50 % des dépistages du cancer du sein par mammographie au plus fort de la pandémie. La pandémie a entraîné une forte hausse des dépenses de santé en pourcentage du PIB, passant de 11 ,1 % en 2019 à 12,4 % en 2020 (contre une augmentation moyenne de 0,9 point de pourcentage).

#### Majoration de la prévalence de l'anxiété

La crise du COVID-19 a eu un impact négatif sur la santé mentale de la population. En France, la prévalence de l'anxiété a presque doublé par rapport à l'année précédente, pour atteindre 27 % début 2020.

Source : Panorama de la santé 2021 : Indicateurs de l'OCDE https://www.oecd.org/france/health-at-a-glance-France-FR.pdf

https://www.oru-pays delaloire.fr/nos-publications/toutes-les-publications-de-loru/premiers-resultats-du-panorama-urgences-2021

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Source: ORU Pays de la Loire – Panorama des Urgences 2016 et 2021

<sup>10</sup> Source : ORU Pays de la Loire – Panorama des Urgences 2016 et 2021

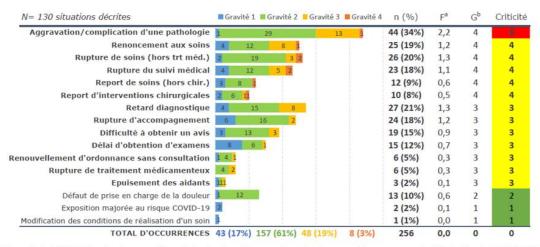
#### Rupture et/ou dysfonctionnements dommageable dans les parcours de soins

Une enquête d'expérience en région sur les ruptures de parcours de santé consécutives à une crise sanitaire (réalisée par QualiREL Santé et le DMG de Nantes)

https://www.qualirelsante.com/2020/06/04/covid-19-etude-et-publications/

Dans le cadre de sa mission, QualiREL Santé s'est mobilisé auprès des professionnels de santé et structures pour recueillir les ruptures et/ou dysfonctionnements dommageables dans la prise en charge des patients non atteints par le Covid-19 lors du premier confinement national, du 10 avril au 31 août 2020. Cette enquête a permis d'éclairer le contexte régional en Pays de la Loire

#### Résultats au 31 décembre 2020 :



Mars à Août 2020 : Cartographie globale des risques lors de la première vague de l'épidémie COVID-19

Source : Enquête d'expérience en région sur les ruptures de parcours de santé consécutives à la crise sanitaire — Dec 2020 https://www.qualirelsante.com/2020/06/04/covid-19-etude-et-publications/

# Les domaines d'actions prioritaires

#### A NOTER

Sur la durée de sa mise en œuvre (2022-2025), le Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins est complété par un **avenant annuel**. Cet avenant doit permettre de compléter ou ajuster le plan d'actions.

# AXE I - Pertinence des prescriptions et de l'utilisation des produits de santé

La pertinence des prescriptions et de l'utilisation des produits de santé comprend les actions sur le bon usage des médicaments, des produits et des prestations, ainsi que des actions visant à améliorer la qualité des prises en charge pharmaceutiques des patients tout en permettant une meilleure maitrise des dépenses de l'Assurance Maladie en particulier sur l'enveloppe de soins de ville.

L'enjeu est de favoriser les prescriptions les plus efficientes sur le plan médico-économique. Cela suppose de poursuivre la politique d'accompagnement des établissements de santé et de promouvoir auprès des prescripteurs hospitaliers les recommandations et référentiels sur les stratégies de prescriptions les plus efficientes, en particulier pour les produits de santé de la liste en sus. En effet, une pratique de prescriptions des médicaments et dispositifs médicaux (DM) de la liste en sus conforme aux référentiels permettrait de contenir les dépenses de santé tout en garantissant la qualité des soins.

Certaines molécules sont sur-prescrites, ou prescrites de façon inappropriée, ce qui peut conduire à un mésusage, à une sur-consommation, et parfois à des hospitalisations voire à des décès. Chez certaines personnes, notamment les plus âgées, le risque d'iatrogénie médicamenteuse augmente très fortement. Par ailleurs, le prix des produits de santé ne cesse de croître. Améliorer la pertinence des prescriptions et de l'utilisation des produits de santé, c'est réduire le nombre d'hospitalisations et de décès évitables mais également, à travers les économies que cela génère, améliorer l'accès de tous aux traitements innovants.

Par ailleurs, la contractualisation avec les établissements est un levier permettant d'instaurer dans les établissements une culture de la prescription pertinente.

#### **Actions prioritaires:**

- Pertinence de l'utilisation de dispositifs médicaux lors d'une perfusion
- latrogénie médicamenteuse : dé-prescription chez la personne âgée
- Améliorer la juste prescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

#### **Actions en perspectives :**

Antibiothérapie périnatale : pertinence de l'utilisation des antibiotiques en péripartum

# Fiche action n° I-1

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

#### **CONTEXTE ET ENJEUX**

La **perfusion** constitue une voie d'administration majeure pour les très nombreux médicaments injectables et la voie privilégiée pour les traitements d'urgence. La pose d'une perfusion est un geste courant, qui n'en demeure pas moins complexe et présente des risques potentiels pouvant être graves, comme en témoignent les événements indésirables graves (EIG) déclarés au niveau régional et national.

La perfusion fait en effet appel à des dispositifs médicaux (perfuseur, transfuseur, pousseserinque électrique, pompe à perfusion, diffuseur...), dont l'utilisation doit répondre à de bonnes pratiques et être adaptée à l'usage et au médicament injecté. L'administration de la iuste dose conforme à la prescription médicale impose que le débit de perfusion soit précisément calculé et programmé. Les erreurs de programmation des dispositifs d'administration sont un des 12 « Never Events », qui ne devraient jamais arriver, définis par l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé).

L'approche pertinence des soins permet d'envisager les éléments composites de ce dossier et d'y impliquer les acteurs de santé concernés.

Outre l'enjeu majeur de la sécurité des patients, un autre enjeu porte sur l'efficience et le choix adapté du dispositif médical d'administration, selon une perspective économique. Cette action est notamment à développer pour les perfusions à domicile, en lien avec le programme de prescription de système de perfusion à domicile (PERFADOM). En effet, le choix du dispositif d'administration dépend de la précision souhaitée.

Il s'agit donc d'un double enjeu qui doit permettre de développer en sécurité et en efficience les soins à domicile et en établissements de santé.

#### PILOTE - CONTRIBUTEURS

Co-portage: ARS / OMEDIT



Personnes ressources: QualiREL Santé, URPS. Assurance Maladie

#### **RECOMMANDATIONS**

HAS - Outils de HAS sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments - Guide Partie 2 : Mettre en œuvre Lien HAS

ANSM – Les évènements qui ne devraient jamais arriver - Never **Events** Lien ANSM

#### **ETAT DES LIEUX**

#### Volet sécurité :

Les études montrent que 1 perfusion sur 10 présente un risque d'erreurs médicamenteuses et que les erreurs signalées sur les préparations injectables représentent jusqu'à 62% des EIG.



En région Pays de la Loire, sur les années 2019-2020, 10 EIG en lien avec une perfusion médicamenteuse ont été déclarés à l'ARS. Ceuxci étaient dus à des erreurs de montage de perfusion, de médicament, de dosage, de programmation du dispositif de perfusion... 2 d'entre eux ont conduit au décès du patient.

Sur un plan réglementaire, les Never Events ciblent directement certains aspects de la perfusion.

#### Volet économique :

Au niveau national, les dépenses liées à PERFADOM représentaient 320 millions d'euros en 2018, avec un taux d'évolution important de l'ordre de 10% par an depuis 2015.

Selon le dispositif médical utilisé, les coûts pour une cure peuvent être très différents. Une étude (juillet 2019) de pertinence du mode d'administration des perfusions, prenant l'exemple du 5-FU (chimiothérapie) confirme l'importance de ces enjeux :

- Pompe : 301,33 € pour la 1ère cure puis 136,47 €/cure ;
- Diffuseur fourni par le prestataire : 77,93 €/cure ;
- Diffuseur fourni par l'établissement de santé : 13,80 €/cure

#### PLAN D'ACTIONS ET OUTILS MOBILISABLES

Promouvoir le bon usage des médicaments et dispositifs de perfusion :



L'OMEDIT Pays de la Loire anime un groupe de travail régional sur la thématique de la perfusion, composé de pharmaciens, infirmiers, cadres de santé, ingénieurs biomédical... L'objectif de celui-ci est de proposer des outils afin d'aider les établissements de la région à évaluer et sécuriser les pratiques autour de la perfusion.

- Sensibilisation des professionnels aux risques d'erreurs médicamenteuses liées à la perfusion : 2<sup>nd</sup> semestre 2021
- Evaluation des pratiques professionnelles :
  - O Réunion du groupe de travail : décembre 2021
  - Mise à disposition d'outils régionaux : juin 2022
  - o Communication régionale sur cette EPP : septembre à novembre 2022
  - o Recueil des données par les établissements : novembre 2022 à février 2023
  - O Synthèse régionale de l'EPP : avril 2023
- ➡ Favoriser la pertinence des prescriptions de perfusion à domicile, en lien avec l'Assurance Maladie :
  - Détermination des médicaments les plus utilisés avec PERFADOM
  - Référentiel de choix du dispositif approprié au médicament administré : juin 2021
  - Indicateur CAQES sur les dépenses des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de PERFADOM. En région, 12 établissements participent à l'expérimentation en 2021 et 12 sont ciblés dans le nouveau CAQES 2022-2026.

#### **INDICATEURS DE RESULTATS**

#### Indicateurs de processus

- → Nombre d'action de sensibilisation au risque d'erreurs médicamenteuses liées à la perfusion, réalisées (indicateurs de processus)
- → Synthèse régionale de l'évaluation des pratiques de perfusion réalisée et communiquée (indicateur de processus)
- → Liste des médicaments les plus utilisés en PERFADOM réalisée (indicateur de processus)
- → Référentiel de choix du dispositif réalisé (indicateur de processus)

#### Indicateur de résultat

→ Baisse des dépenses de prescriptions du matériel utilisé pour PERFADOM (indicateur de résultat)

# Fiche action n° I-2

## latrogénie médicamenteuse : déprescription chez la personne âgée

#### **CONTEXTE ET ENJEUX**

**L'iatrogénie médicamenteuse** est responsable de plus de 130 000 hospitalisations par an en France et de 7500 décès chez les personnes de plus de 65 ans. Dans 45 à 70% des cas, ces effets indésirables seraient évitables.

Les personnes âgées sont plus exposées au risque d'iatrogénie médicamenteuse car les modifications physiologiques liées au vieillissement peuvent perturber la pharmacocinétique et/ou la pharmacodynamie des médicaments. D'autres facteurs tels que la perte d'autonomie, la diminution des capacités cognitives, les troubles de la déglutition ou l'isolement, peuvent aussi avoir une influence sur l'administration des médicaments. De plus, les patients âgés sont souvent polypathologiques et donc polymédicamentés. En 2018, 7,3% des personnes de 65 ans et plus de la région Pays de la Loire ont reçu au moins 10 médicaments différents, le risque de prescriptions potentiellement inappropriées est dans ce cas 4,8 fois plus important (Population recensée : 459 750 patients).

La **déprescription médicamenteuse** se définit comme « un processus planifié et contrôlé de réduction des doses ou de cessation des médicaments qui pourraient nuire ou ne plus être utiles pour le patient ».

L'objectif de cette démarche est donc de diminuer la consommation des médicaments non bénéfiques et possiblement nuisibles pour le patient, avec pour enjeux : la réduction de l'iatrogénie médicamenteuse, le maintien ou l'amélioration de la qualité de vie et la réduction des dépenses de santé liées aux médicaments arrêtés et aux hospitalisations évitées.

#### **PILOTE - CONTRIBUTEURS**

Co-portage: ARS / OMEDIT

1

Personnes ressources:

QualiREL Santé, URPS, France Assos Santé, Assurance Maladie

#### **RECOMMANDATIONS**

Référentiels canadiens de déprescription

Deprescribing / Réseau déprescription

Outils: Medstopper

STOPP/START v.2 / Liste de Laroche

#### **ETAT DES LIEUX**

#### En France :



L'iatrogénie médicamenteuse serait responsable de 130 000 hospitalisations par an. 3,9 millions de patients prennent au moins 5 traitements différents et sont donc exposés au risque d'accidents médicamenteux. Ces accidents, chez les personnes de 65 ans et plus, représentent 10-20% des admissions aux urgences, 3,4% des hospitalisations et 7500 décès par an. Une grande partie de ces accidents seraient évitables (jusqu'à 70% selon les études).

#### > En Pays de la Loire :

En 2017, 17% des personnes de 65 ans et plus prenaient au moins 7 médicaments et étaient donc plus à risque d'accident médicamenteux, soit 133 764 personnes.

En 2018, sept établissements de santé de la région ont participé à l'état des lieux sur les prescriptions de psychotropes potentiellement inappropriés chez la personne âgée en santé mentale, mené par l'OMEDIT et QualiREL Santé : 5 établissements publics de santé mentale et 2 établissements publics MCO avec une activité de psychiatrie. Cet état des lieux a montré que les patients avaient en moyenne 8,7 molécules prescrites et que 90% des prescriptions de benzodiazépines et apparentés étaient potentiellement inappropriées.

#### PLAN D'ACTIONS ET OUTILS MOBILISABLES

Sensibiliser les patients aux risques liés à la consommation de médicaments inappropriés (actions en lien avec France Assos Santé):



Production d'outils : 1<sup>er</sup> semestre 2023
 Communication : 2<sup>nd</sup> semestre 2023

#### ⇒ Favoriser la réévaluation des traitements médicamenteux :

- Sensibilisation des professionnels de soins primaires (médecins traitants, spécialistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes...) aux situations à risque iatrogénique et à l'alerte des prescripteurs : 1er semestre 2024
- Réévaluation de la pertinence des prescriptions en ciblant les classes de médicaments les plus fréquemment rencontrées dans les prescriptions inappropriées :
  - o Actions sur les inhibiteurs de la pompe à protons (cf. fiche spécifique) ;
  - Mise à disposition d'outils sur les anticholinergiques : septembre 2021
  - Etat des lieux sur les prescriptions de psychotropes potentiellement inappropriées à élargir aux autres établissements de santé et aux structures médico-sociales :
    - Mise à jour de la méthodologie : 2<sup>nd</sup> semestre 2022
    - Communication auprès des établissements et EHPAD : 1er semestre 2023
    - Audit : septembre à décembre 2023
    - Résultats : avril 2024
  - Promotion de la mise en place de consultations dédiées à la réflexion autour de la prescription de médicaments chez les personnes âgées, avec les soignants, et notamment en EHPAD : 1er semestre 2024.
  - o Indicateur Nouveau CAQES sur la mise en place de revues de pertinence ou d'évaluation des pratiques relatives aux prescriptions inappropriées chez le sujet âgé.

#### **INDICATEURS DE RESULTATS**

- → Indicateurs de processus
  - Mise en ligne des outils d'aide adaptés à la prescription
  - Nombre d'action de sensibilisation réalisées auprès des professioonnels
  - Taux d'acteurs de proximités sensibilisés
  - Nombre d'outils mis à disposition des professionnels sur la prescription des anti cholinergique

#### → Indicateurs de résultat

- Amélioration des indicateurs de pertinence des prescriptions ciblant les classes de médicaments les plus fréquemment rencontrés dans les prescriptions inappropriées
- Cibles atteintes par les établissements ayant contractualisé l'indicateur CAQES sur la mise en place des revues de pertinence ou EPP dans les établissements contractants

# Fiche action n° I-3

## Améliorer la juste prescription des Inhibiteurs de la Pompe à Protons

#### **CONTEXTE ET ENJEUX**

Les **inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)** sont des médicaments utilisés pour réduire la sécrétion acide gastrique et indiqués dans la prise en charge du reflux gastro-œsophagien (RGO) et des ulcères gastro-duodénaux. Ces médicaments sont souvent surprescrits et rarement déprescrits : près d'un quart de la population française utilise un IPP délivré en ville sur prescription médicale et 60% de ces prescriptions sont hors autorisation de mise sur le marché (AMM).

Une enquête observationnelle de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) de 2015 et une étude de l'Assurance Maladie de 2019 confirment le large mésusage des IPP: non-respect des doses et des durées de traitement, prescription hors AMM dans des situations non justifiées (co-prescription avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou desantiagrégants plaquettaires chez des patients à faible risque de complications...). Ce mésusage expose les patients au risque d'iatrogénie médicamenteuse, et particulièrement les sujets âgés.

La HAS estime urgent et prioritaire de favoriser une prescription raisonnée des IPP et d'engager une dynamique de « déprescription » de ces médicaments. Les actions d'amélioration des pratiques cliniques doivent cibler les points suivants :

- L'utilisation appropriée des IPP, en limitant les co-prescriptions systématiques non justifiées avec les AINS et les antiagrégants plaquettaires ;
- Le recours à des posologies adaptées avec un raccourcissement des durées de traitement et un respect des doses minimales actives ;
- La déprescription des IPP, notamment chez les sujets de plus de 65 ans.

#### **PILOTE - CONTRIBUTEURS**

Co-portage: ARS / OMEDIT

Personnes ressources:

Assurance Maladie, France Assos Santé. URPS

#### **RECOMMANDATIONS**

HAS – Note de cadrage sur la fiche de bon usage du médicament « Bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons »

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Lien HAS

#### **ETAT DES LIEUX**

#### > En France:

En 2019, 16 millions de patients étaient traités par IPP en France, avec une progression du volume de consommation de 13 % sur les 5 dernières années. La DSS précise également que le montant de la dépense remboursable en ville liée aux IPP s'élève à 378 M€ en 2018.



L'Assurance Maladie évalue que le mésusage des IPP concernerait entre 40 et 80 % des patients selon les populations étudiées et les critères retenus. Outre le risque sanitaire élevé inhérent aux prescriptions non conformes, l'impact économique de ce mésusage représente plus de 200 M€ par an. Les prescriptions des IPP sont largement initiées à l'hôpital et renouvelées en ville.

#### > En Pays de la Loire :

En 2020, 686 073 patients différents ont eu au moins une dispensation en pharmacie d'un IPP remboursé.

#### PLAN D'ACTIONS ET OUTILS MOBILISABLES

- Sensibiliser les patients aux risques liés à la consommation de médicaments inappropriés : actions en lien avec France Assos Santé
  - Production d'outils : 1<sup>er</sup> semestre 2023
     Communication : 2<sup>nd</sup> semestre 2023
- ⇒ Favoriser la réévaluation de la pertinence des prescriptions d'IPP, en lien avec l'Assurance Maladie :
  - Indicateur CAQES sur les dépenses remboursées en ville liées aux prescriptions d'IPP émanant de l'établissement de santé, couplé à une incitation financière. En région, 6 établissements participent à l'expérimentation en 2021 et 7 sont ciblés dans le nouveau CAQES 2022-2026.



#### **INDICATEURS DE RESULTATS**

- → Indicateurs de processus
  - Outils de sensibilisation des professionnels accessibles
  - Nombre d'actions de formation à destination des professionnels

#### → Indicateurs de résultats

 Atteinte des cibles fixées dans le CAQES pour les établissements contractants par la diminution avérée du volume des dépenses remboursées en ville liées aux PHEV couplé à l'effet de l'incitation financière

# AXE II - Pertinence des parcours

La mise en place de parcours de soins basés sur les données de la science et co-construits avec des professionnels de santé, permet d'améliorer la prise en charge globale des patients, en particulier pour certaines pathologies chroniques.

Améliorer la pertinence des parcours, c'est promouvoir le bon soin :

- « Au bon endroit », en évitant les ré-hospitalisations non programmées ou en développant les alternatives à l'hospitalisation complète par exemple, mais aussi en travaillant sur l'organisation des soins et sur l'articulation ville-hôpital ;
- « Au bon moment » avec le juste enchaînement des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus, autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales).

Cette notion de parcours de soins permet ainsi de s'appuyer sur les bonnes pratiques de chaque professionnel mais aussi de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués.

#### **Actions prioritaires:**

- Pertinence du parcours dans le cadre de la prise en charge du cancer du sein
- Pertinence du parcours patient après un accident vasculaire cérébral (AVC)
- Pertinence du parcours des patients insuffisants cardiaques (IC)
- Pertinence du parcours des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

#### **Actions en perspectives :**

- Pertinence des réhospitalisations à 30 jours des personnes

# Fiche action n° II-1

Pertinence du parcours dans le cadre de la prise en charge du cancer du sein

#### **CONTEXTE ET ENJEUX**

Le **cancer du sein** est à la fois le plus fréquent et le plus meurtrier chez la femme. Il représente plus du tiers de l'ensemble des nouveaux cas de cancer chez la femme.

**Différents types de traitements** peuvent être utilisés pour traiter un cancer du sein : la chirurgie, la radiothérapie, l'hormonothérapie, la chimiothérapie et les thérapies ciblées.

Le choix des traitements est personnalisé et adapté à chaque situation. Plusieurs médecins de spécialités différentes se réunissent en **réunion de concertation pluridisciplinaire** (RCP) pour discuter des meilleures solutions de traitements possibles. Ils se fondent, pour cela, sur des recommandations de bonnes pratiques.

Le rapport de l'INCA d'avril 2019 constitue l'aboutissement d'un travail de groupe sur l'élaboration d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) spécifiques au cancer du sein. L'objectif de ce projet est de proposer des IQSS spécifiques au cancer du sein, basés sur les recommandations de bonne pratique et automatisables à partir des bases de données médico-administratives pour favoriser la mise en œuvre de démarches d'amélioration de la qualité et renforcer la pertinence des soins. Les dix indicateurs sélectionnés concernent toutes les phases du parcours de soins du patient, associant des indicateurs de processus, de résultat, d'évaluation de la pertinence des soins et sur les délais.

#### PILOTE - CONTRIBUTEURS

**ARS** 

Personnes ressources:
ONCO PL



Registre des cancers - EPIC PL

#### **RECOMMANDATIONS**

INCA – Cancer du sein : indicateurs de qualité et de sécurité des soins



- Date de publication : avril 2019 Lien INCA

#### **ETAT DES LIEUX**

#### > En France:

Le cancer du sein se situe au 1er rang des cancers incidents chez la femme, nettement devant le cancer du côlon-rectum et le cancer du poumon. En 30 ans, le nombre annuel de nouveaux cas de cancer du sein chez la femme a presque doublé, passant de 30 000 à 58 400 cas annuels, soit +1,1 % par an en moyenne. C'est aussi celui qui cause le plus grand nombre de décès chez la femme, avec 14 % des décès féminins par cancer (12 146 décès estimés en 2018).



#### > En Pays de la Loire :

Chez les femmes, le cancer du sein est aussi particulièrement fréquent et grave, au premier rang en matière de morbidité et de mortalité cancéreuse (3 500 Ligériennes admises en ALD et 680 décès en moyenne par an). Il touche souvent des femmes relativement jeunes (57 % des femmes admises en ALD pour cette maladie ont moins de 65 ans).

	1-Habitants	167- Participation au dépistage	168-Femmes prises en charge pour cancer du sein		170-Mortalité par cancer du se in				
Nom	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Évolution annuelle		
Loire-Atlantique	1 366 358	59%	10838	1,8%	226	0,3‰	-2,5%		
Maine-et-Loire	809 055	61%	5 776	1,7%	150	0,4‰	-1,0%		
Mayenne	307 940	56%	2 119	1,7%	60	0,4‰	-1,7%		
Sarthe	568 445	59%	5 601	2,3%	123	0,4‰	-0,6%		
Vendée	666 714	56%	5 699	2,0%	130	0,4‰	-1,5%		
Pays de la Loire	3 718 512	58%	30 03 2	1,9%	690	0,4‰	-1,6%		
France métropolitaine *	64 300 821		550 611	2,0%	11830	0,4‰	-1,3%		

Source: PISSTER – Panier d'indicateurs sociosanitaires territoriaux – 2019 - - ARS/ORS Pays de la Loire - octobre 2019 https://www.orspaysdelaloire.com/PISSTER/index.html

La feuille de route 2021-2025 retenue pour la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 a défini de suivre un ou deux indicateurs majeurs pertinents de prise en charge des cancers cités dans la stratégie décennale de l'INCa parmi 4 des cancers les plus fréquents (sein, poumon, prostate, colo-rectal) et les 7 cancers de mauvais pronostic. Pour le cancer du sein, c'est l'indicateur de processus IQSS de l'INCa sur les délais d'accès au traitement qui a été retenu, plus particulièrement attendu des patientes :

« Proportion de femmes ayant eu le premier traitement (chirurgie, chimiothérapie ou hormonothérapie) dans un délai inférieur ou égal à 6 semaines à compter de la date de la mammographie précédant le traitement (SNDS) Cela dans l'objectif de réduire les délais de prise en charge ».

Deux études récentes ont démontré que plus le délai entre le diagnostic et la chirurgie augmentait, plus le taux de survie diminuait (2016) Au regard de la littérature existante, il semble pertinent de s'appuyer sur l'indicateur du groupe EUSOMA développé récemment et ayant fait l'objet d'un consensus européen, soit un délai inférieur ou égal à 6 semaines entre la mammographie de diagnostic et le premier traitement (Biganzoli 2017).

#### METHODE ET OUTILS MOBILISABLES

La feuille de route cancer 2021-2025 Pays de la Loire préconise d'agir à plusieurs niveaux pour réduire les délais

- → Améliorer l'accès à l'imagerie au moment du dépistage car les délais longs observés entre l'imagerie diagnostique et le début du traitement reflètent probablement l'organisation et l'offre de soins
- → Privilégier les circuits de prise en charge « pré-organisés »
- → Objectiver les retards de prise en charge, et identifier les facteurs explicatifs de ces retards, pour in fine améliorer les délais de prise en charge et la fluidité des parcours en cas de trajectoire multi-sites

Il convient d'engager un travail de communication autour de cet indicateur à destination des professionnels de santé des établissements

#### INDICATEUR DE RESULTAT

L'indicateur de résultat suivi sera celui retenu par l'INCa. Il fait partie des 10 indicateurs IQSS identifiant la qualité du parcours de prise en charge du cancer du sein. Cet indicateur spécifique au cancer du sein, basé sur les recommandations de bonnes pratiques est automatisable à partir des bases de données médico-administratives.

#### → Indicateur de résultat

Proportion de femmes ayant eu le premier traitement (chirurgie, chimiothérapie ou hormonothérapie) dans un délai inférieur ou égal à 6 semaines à compter de la date de la mammographie précédant le traitement (SNDS) Cela dans l'objectif de réduire les délais de prise en charge

Il pourra donc être suivi annuellement et devra atteindre la cible suivante : supérieur ou égal à 90%. Un résultat inférieur à 80% est un seuil d'alerte qui devra déclencher rapidement des actions correctrices grâce à son suivi annuel.

# Fiche action n° II-2

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

#### **CONTEXTE ET ENJEUX**

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est un facteur de risque majeur de dépendance, représentant la première cause de handicap non traumatique, la deuxième cause de démence. Les victimes d'AVC conservent dans 40 % des cas des séquelles de gravité diverse, et dans 25 % des séquelles lourdes après un an.

Après la phase aiguë de l'AVC, tous les patients devraient bénéficier d'un programme de rééducation/réadaptation adapté à leurs besoins, ce qui permettrait de réduire de manière significative la mortalité, ainsi que de favoriser la récupération, l'indépendance/l'autonomie, le retour à domicile et le maintien à domicile.

De plus, l'organisation des soins a une influence sur les résultats qui sont significativement en faveur de **pratiques pluridisciplinaires et coordonnées**, quelle que soit la sévérité de l'AVC. Alors que la prise en charge de l'AVC en phase aigüe a progressé depuis la mise en œuvre du Plan AVC (2010-2014), des améliorations restent nécessaires dans l'accompagnement des personnes en post-AVC, en SSR comme en ville et dans la **prise en compte des préférences et choix du patient, de son entourage, à toutes les étapes du parcours**. L'accès aux soins de qualité reste en effet considéré comme insuffisant et inégal sur le territoire.

#### **PILOTE - CONTRIBUTEURS**

**ARS** 

Personnes ressources : Animateurs de la filière AVC



#### **RECOMMANDATIONS**

HAS – Parcours de rééducation réadaptation des patients après la phase initiale de l'AVC



- Mis en ligne le 8 sept. 2020 Fiche pertinence des soins HAS

PRS2 – Livret « Ajustement de la prise en charge des AVC et filière »

#### **ETAT DES LIEUX**

**En France**, l'AVC est la 1ère cause de décès chez la femme et la 3ème cause chez l'homme, représentant chaque année 40 000 décès. On estime à environ 150 000 par an (incidence) le nombre de nouveaux cas d'AVC, soit 1 AVC toutes les 4 minutes. La moyenne d'âge de survenue est de 74 ans, mais le quart des AVC concerne des personnes de moins de 65 ans. Plus de 28% des patients décèdent dans le mois suivant l'AVC, et parmi les survivants, 40 à 50% seront décèdés à 5 ans. La mortalité après un AVC est de 20 % et 60 % des malades présenteront des séquelles neurologiques plus ou moins importantes après un AVC.



**Dans les hôpitaux de la région**, les données 2015 attestent d'une pathologie fréquente, avec plus de 6 000 personnes admises chaque année pour un AVC.

Les résultats de la **campagne 2017 des indicateurs de qualité et de sécurité des soins** sur la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral montrent que des efforts particuliers sont à réaliser en région sur l'expertise neuro vasculaire, le dépistage des troubles de la déglutition, la consultation post AVC programmée.

#### METHODE ET OUTILS MOBILISABLES

Un des objectifs du PRS2 est de mettre en place les modalités de prise en charge post AVC pour tous les patients et de faciliter le retour à domicile dans de bonnes conditions.



- Conduire un état des lieux sur la base des recommandations HAS, piloté par les animateurs de la filière AVC, afin de dégager des axes d'amélioration avec les acteurs dans l'accompagnement des personnes en post-AVC.
- ⇒ Définir des indicateurs de parcours au vu des recommandations : lien avec médecin traitant, intervention d'un(e) ergothérapeute...

### **INDICATEURS DE RESULTATS**

#### Indicateur de processus

- → Etat des lieux, réalisé
- → Indicateurs de parcours identifiés
- → Axes d'amélioration identifiés

#### Indicateur de résultat

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

# Fiche action n° II-3

## Pertinence du parcours des patients insuffisants cardiaques (IC)

#### **CONTEXTE ET ENJEUX**

L'insuffisance cardiaque est une pathologie chronique qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle sur le long cours. L'organisation défaillante de sa prise en charge précipite une évolution faite d'épisodes aigus de décompensations graves à l'origine d'hospitalisations urgentes. Il est recommandé que tout patient hospitalisé pour une insuffisance cardiaque consulte un cardiologue dans un délai de 14 jours, une fois sorti de l'hôpital.

L'approche pertinence et qualité des soins s'inscrit dans la stratégie de transformation du système de santé et le plan **Ma Santé 2022**, qui prévoit la mise en œuvre de parcours de soins autour de grandes pathologies. Pour améliorer la qualité de la prise en charge globale des patients, des parcours de soins sont mis en place, co-construits et validés par les professionnels de santé (conseils nationaux professionnels (CNP) des cardiologues et des rhumatologues, en collaboration avec le Collège de médecine générale).

L'approche pour construire ces parcours consiste à :

- Impliquer l'ensemble des professionnels concernés qui les mettront en œuvre et les patients.
- Etablir un parcours basé sur les données de la science et l'expérience des professionnels, et qui soit pratique, pragmatique et accessible à tous.
- Elaborer des messages clés « pertinence » sur des points particuliers de la prise en charge.
- Prévoir d'évaluer l'impact de sa mise en œuvre à partir d'indicateurs simples, accessibles et permettant si possible à chaque professionnel ou groupe d'acteurs de se situer et de suivre dans le temps l'effet des actions entreprises.
- Tenir compte des variations inter et intrarégionales et des expériences de terrain déjà existantes.

#### PILOTE - CONTRIBUTEURS

Co-portage ARS / AM



#### **RECOMMANDATIONS**

HAS - Guide parcours de soins insuffisance cardiaque



- Mis en ligne le 24 juil. 2014 Lien Guide parcours

HAS – Comment organiser la sortie des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ? - Fiche points clés, organisation des parcours - Mis en ligne le 26 juin 2015 Lien HAS

#### **ETAT DES LIEUX**

#### > En France:

L'insuffisance cardiaque toucherait 2,3% de la population française adulte et 10% des personnes de plus de 70 ans, soit plus d'un million de personnes. Chaque année, plus de 160 000 personnes sont hospitalisées pour une insuffisance cardiaque et plus de 70 000 décès sont associés à cette pathologie.



Les experts du CNP ont proposé 5 indicateurs visant à explorer la conformité de la prise en charge des patients aux recommandations de bonne pratique et les variations géographiques :

- Nombre et délai d'hospitalisations ou réhospitalisations non programmées sur un an glissé
- Délai entre la sortie d'hôpital et le premier contact médical (généraliste ou cardiologue) et délai "contact médical avant réhospitalisation"
- Réadaptation cardiaque (SSR, kinésithérapie)
- Mortalité globale intra et extrahospitalière
- Nombre de consultations cardiologiques par an chez les patients stables (définis par l'absence d'hospitalisation sur l'année).

#### > En Pays de la Loire :

Thèse 2018 « Délais de consultation chez un généraliste et un cardiologue dans les suites d'une première hospitalisation pour insuffisance cardiaque et impact du traitement reçu sur le devenir des patients à 1 an »

#### METHODE ET INDICATEURS DE SUIVI

Conduire un état des lieux chiffré (partenariat ARS et Assurance Maladie) pour la région et à une échelle plus fine d'un territoire permettant d'identifier les actions à mener. En région, 19 établissements sont ciblés dans le Nouveau CAQES 2022-2026 sur le parcours insuffisance cardiaque.



⇒ Partage de cet état des lieux chiffré auprès des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en les incitant à intégrer le parcours de cette prise en charge dans leur brique « parcours » : livrable à destination des animateurs territoriaux des 5 délégations territoriales.

#### **INDICATEURS DE RESULTATS**

#### Indicateurs de résultat

- → Les résultats des indicateurs CAQES ont atteints la cible fixée dans le CAQES pour les établissements (19) contractants (indicateur de résultat)
- → Le parcours de cette prise en charge est intégré dans la brique « parcours » des CPTS existantes des 5 départements des Pays de la Loire

# Fiche action n° II-4

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

#### **CONTEXTE ET ENJEUX**

La bronchopneumopathie chronique obstructive (ou BPCO) est une maladie chronique inflammatoire des bronches qui se caractérise par un rétrécissement progressif et une obstruction permanente des voies aériennes. Elle est due le plus souvent au tabac et est associée dans plus de la moitié des cas à des comorbidités.

La prise en charge thérapeutique de la BPCO est multifactorielle et nécessite le traitement des facteurs déclenchants ou favorisants, la vaccination antigrippale et antipneumococcique, la pratique de l'activité physique et, selon la gravité de la maladie, la réadaptation respiratoire et les médicaments voire l'oxygénothérapie, ainsi que la prévention et le traitement des exacerbations.

La BPCO est un problème de santé publique : elle fait partie des maladies chroniques retenues dans « Ma santé 2022 ». Ce travail sur la pertinence des actes et prestations pour les patients ayant une BPCO est d'autant plus important que les recommandations institutionnelles et professionnelles identifiées semblent insuffisamment connues ou appliquées par les professionnels de santé.

L'objectif du chantier « Pertinence et qualité » de la stratégie de transformation du système de santé est d'engager les professionnels dans une démarche participative d'amélioration de la qualité des parcours, en s'appuyant sur les références professionnelles identifiant les points clefs de la pratique et sur des indicateurs pour la mesure de la qualité des soins.

#### **PILOTE - CONTRIBUTEURS**

Co-portage ARS / AM



HAS

#### **RECOMMANDATIONS**

HAS - Guide du parcours de soins bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Lien Guide parcours

HAS - Patients à risque ou atteints de BPCO -Indicateurs de qualité du parcours de soins Document 1: Définition des indicateurs

- Mis en ligne le 30 janv. 2020

#### **ETAT DES LIEUX**

La **BPCO** est une maladie fréquente, invalidante et coûteuse. Elle concernerait environ 3,5 millions de personnes en **France**. 80% des cas sont attribuables au tabagisme (actif ou passif).



Les données épidémiologiques sont peu nombreuses :

- La prévalence est estimée à 7,5 % dans une population de plus de 40 ans, l'incidence semble se stabiliser chez l'homme et augmenter chez la femme.
- En 2016, 120 000 personnes ont été hospitalisées pour BPCO et 16 000 sont mortes des suites d'une BPCO.
- En 2013-2014, tous sexes confondus, le taux annuel de mortalité par BPCO s'élevait pour la France entière (hors Mayotte) à 29,0 décès pour 100 000 habitants âgés de 45 ans ou plus. Après standardisation sur l'âge, les taux régionaux variaient de 9,1 décès pour 100 000 habitants à 46,6 (25 pour la région Pays de la Loire).

Plus de 5 100 **Ligériens**, dont une majorité d'hommes (63 %) et de personnes âgées de 65 ans ou plus (69 %), étaient en ALD pour IRCG (Insuffisance Respiratoire Chronique Grave) liée à une BPCO fin 2014.

Cette prévalence est nettement inférieure à la moyenne nationale, mais la situation régionale pour cette affection n'en demeure pas moins préoccupante, puisque la fréquence des admissions en ALD a augmenté de manière particulièrement importante, à hauteur de + 10,4 % par an en moyenne (soit un taux qui a globalement doublé entre 2005 et 2014, taux qui est de + 9,2% au plan national).

#### METHODE ET INDICATEURS DE SUIVI

Conduire un état des lieux chiffré (partenariat ARS et Assurance Maladie) pour la région et à une échelle plus fine d'un territoire sur la base des indicateurs HAS de qualité du parcours de soins permettant d'identifier les actions à mener. En région, 11 établissements sont ciblés dans le Nouveau CAQES 2022-2026 sur le parcours BPCO.



- ⇒ Partage de cet état des lieux chiffré auprès des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), en les incitant à intégrer le parcours de cette prise en charge dans leur brique « parcours » ou bien auprès d'autres dispositifs de coordination des parcours tels que décrits dans le guide HAS.
  - ➡ Livrable à destination des animateurs territoriaux des 5 délégations territoriales de la région.

Le déploiement d'un **programme de télémédecine en réadaptation respiratoire** (RR) est prévu via une plateforme régionale de santé afin d'accompagner les patients BPCO de manière personnalisée dans le maintien des acquis d'une RR sur le long terme et optimiser leur parcours de soins (CHU Nantes).

Un certain nombre d'actions de prévention du tabagisme sont déployées en région :

- L'URPS Pharmaciens des Pays de la Loire a mis en place en 2017 une expérimentation "Entretiens en Officine pour ma Liberté" (EOL) sur les départements du Maine-et-Loire, de la Mayenne et de la Sarthe. Cette expérimentation associe une session de formation puis une mise en pratique par des entretiens motivationnels et une série d'entretiens de suivis auprès de patients âgés de 18 à 30 ans dans le cadre de leur parcours de sevrage tabagique. Suite à l'évaluation finale, il a été proposé de mettre en place une deuxième phase, élargie aux départements de la Loire-Atlantique et de la Vendée et aux fumeurs âgés de 20 à 65 ans.
- L'URPS Infirmiers Libéraux des Pays de la Loire a engagé en 2019 une expérimentation d'accompagnement au sevrage tabagique au domicile des patients par les infirmiers, permettant d'atteindre les patients éloignés du soin et ainsi réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.
- Plusieurs établissements de santé se sont engagés dans la démarche « Lieu de santé sans tabac », partie intégrante de la démarche « Hôpitaux promoteurs de santé » soutenue par l'ARS.

#### **INDICATEURS DE RESULTATS**

#### Indicateurs de processus

- → L'état des lieux chiffré auprès des CPTS a été réalisé en coordination avec l'assurance maladie et porté à la connaissance des animateurs territoriaux
- → Le programme de télémédecine en réadaptation respiratoire (RR) spécifique aux patients atteints de BPCO est accessible aux patients
- → La deuxième phase de l'expérimentation « Entretien en officine pour ma liberté » est déployée dans tous les départements
- → Des entretiens réalisés par des IDEL pour l'accompagnement au sevrage tabagique sont réalisés au domicile des patients dans tous les départements

#### Indicateurs de résultat

- → Les résultats des indicateurs CAQES ont atteints la cible fixée dans le CAQES pour les établissements (19) contractant
- → Une cartographie des établissements engagés dans la démarche Lieu de santé sans tabac » est réalisée

# Fiche action n°II-5

Pertinence du parcours des femmes enceintes en situation de vulnérabilité

### **CONTEXTE ET ENJEUX**

La vulnérabilité psycho sociale est un facteur de risque majeur en périnatalité. On constate notamment une prévalence accrue des retards de croissance intra utérin et de la prématurité dans la population des femmes enceintes en situation de vulnérabilité psycho sociale. Elle constitue également un facteur de risque établi pour le développement de l'enfant.

Le parcours de soins des mères et des nouveaux nés en situation de vulnérabilité est caractérisé par une difficulté d'accès aux soins, un retard à la prise en charge, un recours fréquent aux urgences et des décrochages fréquents dans le suivi.

Des dispositifs d'étayage existent (PMI, secteur social), pour autant les solutions ne sont pas toujours simples à mettre en place et les professionnels, au premier rang desquels les maternités, sont régulièrement en difficultés pour faire face aux différents problèmes posés.

L'enjeu pour les établissements de santé est de réussir à organiser un repérage efficace des femmes enceintes en situation à risques ; à identifier, impliquer et coordonner les différents acteurs médico psycho sociaux, institutionnels, libéraux et associatifs et ce dès le début de la grossesse. ; à élaborer pour chaque patiente une réponse adaptée à la situation singulière qu'elle connait et de construire avec la patiente un parcours de soins sécurisant , du début du suivi de la grossesse au retour à domicile en post partum. Les staffs médico psycho sociaux doivent permettre de répondre à ces objectifs

#### PILOTE - CONTRIBUTEURS

**Co-portage** : Réseau Sécurité Naissance et ARS

Personnes ressources : Dr Géraldine RENAUD (ARS) Martine HERAULT (RSN)

### **RECOMMANDATIONS**



HAS - Accompagnement personnalisé du retour à domicile après accouchement des mères en situation de vulnérabilité et de leurs nouveaux nés – mai 2021 – note de cadrage

**HAS** - Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)- 2007

### **ETAT DES LIEUX**

Une enquête menée par le Réseau Sécurité Naissance auprès des 23 maternités de la région des Pays de la Loire en 2018 questionnait les organisations mises en place et les besoins des établissements.

Cette enquête a révélé :

- Une disparité importante en termes de volume et de critères de vulnérabilité entre les établissements, et selon les territoires (taille des établissements, urbain ou rural...)
- Des organisations très différentes selon les établissements :
  - Certains biens organisés avec des staffs médico psycho sociaux existants ; pour d'autres, dans l'impossibilité à dégager des moyens humains pour coordonner les parcours de soins
  - Un besoin exprimé de partage de pratiques (procédures, listing de professionnels ressources), de formation des équipes de soins et d'aide méthodologique à la mise en place des staffs médico psycho sociaux ainsi que d'aide à la coordination des parcours d'aval.

Constituer une équipe de professionnels ressources, intervenant dans chaque établissement public et privé au titre du Réseau Sécurité Naissance dans l'objectif d'aider à :

- o L'organisation des conditions d'un repérage efficace des femmes enceintes en situation de vulnérabilité précarité :
  - En développant des staffs périnataux dans l'ensemble des établissements de la région des pays de la Loire
  - En formant et acculturant les professionnels des établissements
- La coordination de l'ensemble des acteurs intervenants dans le suivi de grossesse, intra et extra hospitaliers, la médecine de ville, la PMI et les organismes médico psycho sociaux dans un objectif de travail partenarial
- La construction d'un parcours de soins adapté à chaque situation, du suivi de grossesse jusqu'au post partum et au retour à domicile.

Ces professionnels doivent avoir une bonne connaissance de la périnatalité, être en mesure de réaliser une activité clinique et de coordonner les professionnels pour améliorer le suivi de grossesse et l'accueil du nouveau-né. Le choix s'est porté sur la profession de sage-femme .

#### Plan d'action

### A. Réaliser un état des lieux pour chaque établissement

- i. Du niveau d'organisation dans la prise en charge des patientes en situation de précarité et vulnérabilité
- ii. Du nombre et qualifications des acteurs mobilisés
- iii. Des difficultés rencontrées et des besoins
- iv. Des points de blocage dans les parcours des femmes enceintes

### B. Mettre en place et/ou renforcer le rôle des staffs MPS et le formaliser par un plan d'action dans chaque établissement

- i. Définir avec chaque établissement l'aide à apporter (démarchage des professionnels, constitution de l'équipe, organisation et structuration de la démarche, animation ou co animation des staffs, formalisation du compte rendu type, construction du réseau d'aval, communication ...)
- ii. Professionnaliser les staffs MPS:

Rédiger la charte de fonctionnement : définir la population cible, la notion de référent du patient, la fréquence des rencontres, le mode de sélection des dossiers, le circuit de l'information, le cadre éthique, le lien avec la patiente....

Evaluer le besoin en formation/sensibilisation des acteurs

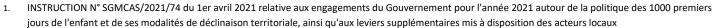
Effectuer des sessions de sensibilisation des professionnels en collaboration d'experts et du Réseau Sécurité Naissance Organiser le suivi de l'activité au regard des indicateurs définis par le Réseau Sécurité Naissance et des besoins de traçabilité de l'établissement

### C. Construire et/ou améliorer les « parcours patientes », du repérage jusqu'au retour à domicile

- i. Faire du lien avec les partenaires extérieurs des établissements sanitaires : PMI, ASE, Justice, maison maternelle, éducateurs, travailleurs sociaux, SAMU social, médecine libérale (généraliste, psychiatre, pédopsychiatre)
- ii. Organiser leur participation aux staffs MPS
- iii. Créer un annuaire départemental des partenaires et le diffuser

### d. Gestion documentaire

- i. Faire un état des lieux des procédures et protocoles existants à l'échelle de la région
- ii. Harmoniser les pratiques, les protocoles et procédures pour l'ensemble de la région
- iii. Participer à l'écriture de documents communs et à leur diffusion en collaboration du Réseau Sécurité Naissance (chemin clinique...)



2. Taquet A, Cyrulnik B. Les 1000 premiers jours. Là où tout commence. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2020. <a href="https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiersjours.pdf">https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiersjours.pdf</a>

3. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Les Enquêtes Nationales Périnatales [En ligne]. Paris: DGS; 2017. http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/enquetesnationales-perinatales

### **INDICATEURS DE RESULTATS**

### Indicateurs de processus

- → Etat des lieux de l'organisation des prises en charge des patientes en situation de précarité et de vulnérabilité réalisé
- → Staffs Médico Psycho sociaux actifs dans les maternités ou inter-maternité avec participation des partenaires extérieurs
- → Référentiels, procédures et protocoles mis à disposition des professionnels

### Indicateurs de résultat

→ Nombre de patientes « staffées » dont le parcours n'a pas présenté de rupture

# AXE III - Pertinence des modes de prise en charge / séjours

### Introduction

La pertinence des modes de prise en charge revêt particulièrement un aspect médico-économique certain tout en concourant à la sécurité des prises en charge et à la qualité des soins. Le développement des prises en charge ambulatoire et/ou alternatives à l'hospitalisation au sein des établissements de santé doit être poursuivi.

L'évolution de la démographie des professionnels de santé a un impact sur la disponibilité de l'offre de soins dans toutes ses composantes MCO, Santé mentale, SSR, HAD. Les séjours et modes de prises en charge, dans leur segment hospitalier, sont désormais concentrés sur les actes de soins hautement techniques et spécialisés. Le déploiement d'organisation de coordination associant les acteurs hospitaliers de ville et médicosociaux est un corollaire indispensable à cette évolution et contribue à l'amélioration des modes de prise en charge.

### **Actions prioritaires:**

- Pertinence du recours aux urgences des personnes de plus de 75ans
- Pertinence des premiers recours aux structures douleur chronique en Pays de la Loire
- Pertinence de la réduction des séjours longs en établissement de santé mentale

### Actions en perspectives :

Pertinence des prises en charge des grossesses prolongées

# Fiche action n° III-1

### Pertinence du recours aux urgences des personnes de plus de 75ans

### **CONTEXTE ET ENJEUX**

Parmi les personnes accueillies aux urgences, les patients âgés constituent un groupe spécifique mobilisant les équipes d'urgence de façon particulière. Leurs conditions de vie et les affections liées à l'âge entraînent une fragilité supplémentaire chez ces patients. Leur prise en charge comporte un nombre d'actes plus élevé, une hospitalisation plus fréquente en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), et se caractérise par une durée de passage plus longue que celle des patients plus jeunes.

Favoriser les admissions directes dans les services hospitaliers, en particulier pour les patients âgés, constitue un impératif pour désengorger les urgences.

#### PILOTE - CONTRIBUTEURS

**ARS** 



### **RECOMMANDATIONS**

Pacte refondation des urgences PRS2

### **ETAT DES LIEUX**

Le service d'urgence est encore trop souvent la porte d'entrée principale de l'hospitalisation des personnes âgées. En 2017, 45% des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation concernent des patients âgés de 65 ans et plus et plus du quart concernent des patients âgés de 80 ans et plus. 46% des admissions en court séjour gériatrique ont lieu après un passage en service des urgences.



Parmi les patients âgés de 75 ans ou plus qui passent par le service d'accueil des urgences, 44% sont âgés de 85 ans ou plus alors qu'ils représentent 32% de la population générale. La traumatologie constitue le premier motif de recours (25%), suivie par les motifs cardiovasculaires (17%). Le mode d'entrée par les urgences est un facteur de risque pourtant bien connu pour les personnes âgées : 23% des personnes de plus de 75 ans passent plus de 8 heures aux urgences contre 10% des 15-74 ans. Un passage prolongé aux urgences supérieur à 10 heures augmente le risque de syndrome confusionnel secondaire de plus de deux fois. Les sujets âgés sont à risque élevé d'événement indésirable lors de l'entrée aux urgences comme la non-reconduction de prescription.

Le panorama de l'Observatoire Régional des Urgences - Pays de la Loire de 2018 fait état d'une croissance de 3% entre 2017 et 2018. Au-delà de 75 ans, l'hospitalisation est le mode de sortie des urgences le plus fréquent : la part des passages se concluant par une hospitalisation augmente progressivement pour devenir majoritaire à partir de 75-79 ans et concerner près de deux patients sur trois au-delà de 85 ans.

### PLAN D'ACTIONS ET OUTILS MOBILISABLES

Des actions sont déployées en région :

⇒ Dans le cadre de l'article 51, le Ministère de la santé et des solidarités a lancé en 2020 un appel à projet relatif à une expérimentation d'un forfait de réorientation pour les urgences hospitalières, forfait qui vise à fournir pour les patients un service nouveau qui se traduit par une réorientation vers une consultation libérale en adéquation avec leur état de santé.



Dans la région, 2 centres hospitaliers ont été retenus mais seul le CH du Mans donne suite au projet à condition d'une cohérence avec le Service d'Accès aux Soins (SAS). Le projet de réorientation sera évalué sur des indicateurs de résultat (taux de patients réorientés, taux de patients réorientés réadmis aux urgences, nombre moyen de consultations par médecin généré par la réorientation, typologie des patients réorientés), de satisfaction, de processus et indicateurs financiers.

⇒ Un appel à manifestation d'intérêt (AMI) est paru en date du 6 octobre 2020. L'ARS a souhaité encourager les acteurs du secteur sanitaire, du secteur médico-social et de la médecine de ville à proposer des solutions innovantes, afin de développer l'admission directe du patient au sein des établissements sans passer par les urgences. L'objectif est triple :



- Améliorer le parcours et la prise en charge des patients,
- Renforcer les complémentarités territoriales,
- et fluidifier les passages aux urgences.

6 projets ont été retenus. Ils vont permettre le déploiement d'équipes mobiles gériatriques extrahospitalières, d'une astreinte opérationnelle gériatrique et d'un dispositif favorisant un fonctionnement plus intégré des acteurs sanitaires, médico-sociaux et en ville. Afin d'apprécier l'impact des actions engagées, des indicateurs de suivi quantitatifs identiques à l'ensemble des projets ont été définis (taux d'admissions directes, taux de passage aux urgences, ...), des indicateurs de qualité seront également recueillis.

⇒ Le Pacte de refondation des urgences prévoit, à la mesure 12, de contribuer à fluidifier l'aval des urgences et faciliter la sortie des patients. L'ARS travaille sur l'ordonnancement du parcours patient.

L'état des patients nécessite souvent un passage par les urgences pour bénéficier du plateau technique et des examens complémentaires (imagerie, biologie...). Les patients pris en charge sont le plus souvent polypathologiques et afin de réduire leur temps de passage aux urgences et de trouver le lit d'hospitalisation adapté à leur état, des efforts sont à faire sur l'ordonnancement. Cela n'exclut pas l'organisation d'une admission directe dans les services d'hospitalisation, sans passer par les urgences, pour les patients ne justifiant pas d'examens complémentaires immédiats.

### **INDICATEURS DE RESULTATS**

Indicateurs de processus

- → Plan d'action identifié suite à l'évaluation de l'AMI
- → Accès à un spécialiste gériatre par les médecins généralistes opérationnel

### Indicateurs de résultat

- → Taux de recours pertinent aux urgences pour les plus de 75 ans
- → Nombre d'admissions directes des plus de 75 ans en hospitalisation supérieur au nombre de passages par les urgences

# Fiche action n° III-2

Pertinence des premiers recours aux Structures Douleur Chronique en Pays de la Loire

### **CONTEXTE ET ENJEUX**

La loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, appuyée par l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2018, encourage fortement les innovations et expérimentations en matière d'amélioration des parcours de santé des patients en France.

Forts de ce cadre, les professionnels ligériens de la douleur chronique ont souhaité se saisir de ce dispositif afin d'entamer une réflexion sur les parcours de leur filière de soins en Pays de Loire. En effet, de précédents travaux exploratoires ont mis en évidence qu'il existait une marge d'amélioration possible concernant la coordination entre les structures spécialisées et les soins primaires, afin de fluidifier les parcours et de mieux répondre aux besoins des patients. Dans l'objectif d'étayer ces travaux préliminaires, de partager ces constats et de débuter la réflexion sur la mise en place de solutions innovantes, la Structure Régionale d'Appui QualiREL Santé a été sollicitée pour appuyer la création et la conduite de revues de pertinence des premiers recours aux Structures Douleur Chronique (SDC).

### Objectif(s):

- 1. Création d'une grille régionale de pertinence des premiers recours aux SDC dans le cadre d'un parcours de patient douloureux chronique à partir des grilles AEPf existantes et de la revue de la littérature.
- 2. Conduite des revues de pertinence des premières consultations pour permettre aux SDC :
  - De s'engager dans une dynamique d'amélioration de la qualité en travaillant sur les causes des consultations non pertinentes et en proposant des modalités innovantes de recours;
  - D'analyser les difficultés à répondre aux besoins de la population.
- **3. Alimentation d'un dispositif de fluidification des parcours** des patients douloureux chroniques sur la Région Pays de la Loire.

### **PILOTE - CONTRIBUTEURS**

Co-portage : QualiREL Santé / CHU de Nantes

- CETD

Personnes ressources:

- Dr Christophe DUVAUX, attaché au CETD de Nantes
- Dr Lucile TRUTT, QualiREL Santé

### **RECOMMANDATIONS**



**HAS** - Douleur chronique : les aspects organisationnels -Avril 2009

**HAS** - Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient-Décembre 2008



**SFETD** - Structures Douleur Chronique en France (SDC): guide de bonnes pratiques- 2019.

### **ETAT DES LIEUX**

Selon l'étude STOPNEP effectuée en population générale citée par la HAS, près de 20% de la population française adulte souffrirait de douleur chronique d'intensité modérée à sévère<sup>1</sup>.



L'enquête "PainSTORY"5, réalisée en 2009, démontre que 44 % des patients déclarent se sentir seuls dans leur combat contre la douleur et 2 patients sur 3 se sentent anxieux ou déprimés en raison d'une douleur chronique. L'impact économique et social de la douleur chronique est également très important, avec par exemple l'estimation du nombre de patients au chômage du fait de la douleur qui est en France de 4,5 millions de personnes².

Pourtant le constat est fait d'une difficulté dans la prise en charge de ces situations souvent complexes. De nombreuses problématiques, tant du côté des acteurs de soins primaires que du côté des SDC, existent et limitent à *priori* l'efficience et la qualité de la prise en charge de ces patients<sup>3, 4.</sup> On peut citer, parmi les défis à relever :

- Délai de prise en charge : délai d'attente pour une prise en charge en SDC de plus d'1 mois pour 44% des patients selon la HAS.
- Difficulté à identifier un parcours de soins pour les acteurs de ville.
- Pertinence des recours aux SDC, avec des recours peu ou pas justifiés ni documentés (jusqu'à 93% de dossiers incomplets à l'adressage lors d'une enquête interne au CETD Nantais).

□ La revue de pertinence des soins est une méthode d'amélioration de la qualité qui permet de repérer les soins non pertinents, de rechercher les causes de non-pertinence et de mettre en place des plans d'action pour améliorer les prises en charge. Elle s'effectue à l'aide d'une grille de critères AEPf développée en 2004 par la Haute Autorité de santé (HAS) pour les filières MCO (médecine, chirurgie, obstétrique).



Page 44

Cette grille n'ayant jamais été adaptée en France pour la filière de soins des patients douloureux chroniques, une revue de la littérature suivie d'un **consensus formalisé d'experts** est nécessaire dans un premier temps afin de proposer une grille adaptée et validée.

Les revues de pertinence proprement dites seront ensuite conduites dans les SDC volontaires sous forme d'une **étude rétrospective sur un échantillon de dossiers** des patients majeurs venus en première consultation sur l'année 2019.

- o Critère de jugement principal : Taux des premières consultations pertinentes et non-pertinentes
- Critères secondaires :
  - Description sociodémographique des patients
  - Analyse des causes des consultations non-pertinentes

A l'issue de ces évaluations, l'analyse des causes de non-pertinence du recours permettra la mise en place d'un plan d'action d'amélioration et de fluidification de la prise en charge en SDC avec des axes communs et des axes propres à chaque structure.

### Calendrier du projet

- Premier trimestre 2021: Consensus formalisé d'experts
  - Du 18 au 29 janvier 2021: Premier tour de cotation des experts sur la pertinence et faisabilité de recueil des items
  - Du 1er au 12 février 2021: Analyse du premier tour de cotation et réunion d'échanges le cas échéant
  - Du 10 au 26 mars 2021: Deuxième tour de cotation
  - Avril 2021: Consolidation et intégration de la grille sur l'outil de saisie et d'analyse en ligne pour phase expérimentale
- Deuxième et troisième trimestre 2021: Conduite des revues de pertinence
- Juin 2022: Valorisation et mise à disposition régionale de l'outil sur la plateforme en ligne e-FORAP avec automatisation de résultats

### **INDICATEURS DE RESULTATS**

### Indicateurs de processus

- → Grille d'évaluation expérimentée
- → Nombre de CETD ayant participé au recueil
- → Plan d'action identifié

### Indicateurs de résultat

- → Les premiers recours au CETD sont pertinents
- 3. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain. 2008 Jun;136(3):380-7. doi: 10.1016/j.pain.2007.08.013. Epub 2007 Sep 20. PMID: 17888574.
- 4. Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Eschalier A, Langley P, et al. Impact sociétal de la douleur en France : résultats de l'enquête épidémiologique National Health and Wellness Survey auprès de plus de 15 000 personnes adultes. Douleurs : Evaluation Diagnostic Traitement. 1 avr 2013;14(2):57 66.
- 5. Lynch ME, Campbell F, Clark AJ, Dunbar MJ, Goldstein D, Peng P, et al. A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. Pain. mai 2008;136(1-2):97-116.
- 6. Bourdin B, Mignotte K. Difficultés de prise en charge des patients douloureux chroniques par les médecins généralistes: étude qualitative auprès de médecins du Loir-et-Cher et de l'Indre-et-Loire. Tours, France: SCD de l'université de Tours; 2014.

# Fiche action n°III.3

### Pertinence de la réduction des séjours longs en établissement de santé mentale

### **CONTEXTE ET ENJEUX**

L'ARS a souhaité dès 2020 encourager les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux à s'associer pour proposer des solutions innovantes et inclusives permettant de réduire les situations actuelles d'hospitalisation au long cours en psychiatrie dans chaque département de la région.

→ Appel à Manifestation d'Intérêt – Accompagnement de projets permettant la sortie de personnes hospitalisées en psychiatrie au long cours dans les Pays de la Loire

### L'AMI s'adresse aux :

- Établissements de santé publics et privés autorisés en psychiatrie ;
- o Organismes gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux ;
- Éventuellement acteurs du secteur social.

### Son objectif est triple:

- Réduire le nombre actuel d'hospitalisations au long cours en psychiatrie,
- Favoriser, lorsque cela est possible, la sortie de résidents des établissements médico-sociaux vers des réponses plus inclusives,
- Favoriser la prise en charge et l'accompagnement en milieu de vie ordinaire, dans le cadre d'un projet d'accompagnement global.

Il s'adresse à toute personne hospitalisée en psychiatrie depuis plus d'un an (personnes âgées, adultes, jeunes adultes) et nécessitant des soins et des accompagnements conjoints (sanitaires, médico-sociaux et sociaux) en santé mentale.

Le public bénéficiaire peut être plus large et comprendre les adolescents et enfants qui pourront profiter de l'étayage et de l'appui qui seraient déployés au niveau des lieux de vie.

### **PILOTE - CONTRIBUTEURS**

### Co-portage:

ARS/Porteurs de projets retenus dans l'AMI (sanitaire, médico-sociaux et médico-sociaux)

### Personnes ressources:

- ANAP
- CREHPSY Pays de la Loire

### **RECOMMANDATIONS**



HAS - Accompagner vers et dans l'habitat-Note de cadrage

### **ETAT DES LIEUX**

En novembre 2017, l'ARS a lancé une enquête auprès des établissements de santé de la région, afin de réaliser une analyse régionale des situations d'inadéquation hospitalière concernant les personnes âgées et les personnes handicapées.

Il a été établi qu'un séjour était considéré comme inadéquat lorsque les patients étaient sortants depuis plus de 270 jours pour les lits de psychiatrie.

Situations d'inadéquation identifiées dans les services de psychiatrie ligériens en novembre 2017			
	Nombre de situations d'inadéquation		Part de situations dont
Loire-Atlantique	121	70	58%
Maine-et-Loire	53	19	36%
Mayenne	56	2	4%
Sarthe	37	6	16%
Vendée	102	0	0%
Région Pays de la Loire	369	97	26%

Suite au lancement de cet AMI, 14 projets ont été retenus.

Ces projets expérimentaux sont financés sur le fonds d'intervention régional (FIR), permettant le soutien des acteurs majeurs de ces projets. La durée prévisionnelle d'expérimentation et de financement est de 3 ans. Les premiers projets retenus ont d'ores et déjà été financés en 2021.

L'enjeu régional sera de poursuivre ces projets dès lors que leur pertinence et leur faisabilité auront été avérées et qu'ils pourront être financés durablement dans le droit commun (ARS et différents partenaires institutionnels).

Parmi ces projets, 8 portent plus spécifiquement sur l'accès au logement. Ils s'appuient sur la création de dispositifs partenariaux associant des composantes sanitaires, médico-sociales et sociales. Ils sont ainsi co-portés par les acteurs de ces trois champs pour permettre l'accès et le maintien à un logement accompagné.

Afin d'accompagner les porteurs des projets, l'ARS a missionné le CREHPSY avec pour objectif d'animer les acteurs porteurs des 8 projets et de les aider à mettre en œuvre chacun de leurs projets et à les appuyer pour en suivre l'impact sur les objectifs attendus.

L'ANAP a également été sollicitée afin d'appuyer l'ARS pour l'ensemble des 14 projets de l'AMI afin de l'aider à mieux accompagner les acteurs concernés, suivre individuellement et collectivement les projets et préparer l'évaluation de l'AMI.

A cet effet, différentes actions ont été mises en place afin de suivre les projets :

- Sessions de travail avec l'ANAP
- Elaboration de fiches action à destination des porteurs des projets permettant aux DT de suivre au plus près les projets
- Elaboration d'une enquête de suivi
- Elaboration de l'évaluation de l'AMI au terme des 3 ans

Des projets pourront continuer à être déposés selon les attendus de l'AMI au fil de l'eau notamment à destination des personnes âgées. Ce qui prolonge dans le temps l'AMI.

### **INDICATEURS DE RESULTATS**

### Indicateur de résultats

→ Réduction significative du taux de séjours dont la durée excède 270 jours dans le périmètre identifié

# AXE IV - Pertinence des actes et des pratiques

Le recours à certains actes est parfois inapproprié, voire inutile ; et on observe une redondance dans leur prescription. Par ailleurs, pour certaines pathologies, les recommandations de bonnes pratiques semblent insuffisamment connues des professionnels de santé. Améliorer la pertinence des actes et des pratiques, c'est promouvoir les recommandations de bonne pratique, afin qu'elles soient mieux intégrées dans la pratique des professionnels.

### **Actions prioritaires:**

- Campagne « Choisir avec soin » (Gériatrie) : Pertinence des soins délivrés aux personnes âgées (75 ans et plus) hospitalisées ou résidant en EHPAD
- Revue de Pertinence de l'Absence d'Evaluation Gériatrique en Oncologie
- Pertinence de la réalisation des examens pré-anesthésiques

### Actions en perspectives :

Redondance des examens biologiques et radiologiques

# Fiche action n° IV-1

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

### CONTEXTE ET ENJEUX

La campagne d'évaluation « Choisir avec soin » s'appuie sur la campagne de communication du même nom (Choose Wisely ou Choisir avec soin), visant à promouvoir des **bonnes pratiques** (recommandations ou propositions) dans le domaine des soins.

En France, la FHF, pilote du projet, a collaboré avec les sociétés savantes de médecine, dont la société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG), pour élaborer des propositions (documentées), en particulier en matière de prescription médicamenteuse.

Les **recommandations** concernant la gériatrie sont les suivantes :

- 1. Les infections urinaires sans symptômes avérés ne doivent pas être recherchées ni traitées:
- 2. Il n'y a pas d'indication à un traitement prolongé par anxiolytique. En cas d'usage ancien, l'intérêt d'un sevrage et les moyens d'y parvenir doivent être expliqués au patient;
- 3. Un dialogue sur la nature des soins à mettre en place doit s'instaurer avec le patient (et s'il le souhaite avec son entourage), afin que ceux-ci s'appuient sur ses besoins et ses attentes, et ce dès les premiers jours d'hospitalisation ou d'entrée en EHPAD;
- 4. En cas de troubles du comportement chez une personne atteinte d'un syndrome démentiel (trouble neuro-cognitif majeur), les neuroleptiques ne doivent être prescrits qu'en dernier recours en cas d'échec des mesures non-médicamenteuses, sur une courte durée, après analyse des causes :
- 5. Il n'y a pas d'indication à prescrire ou à poursuivre un **traitement par statine** chez une personne âgée de plus de 80 ans n'ayant jamais présenté d'accidents cardiovasculaires (prévention primaire).

### PILOTE - CONTRIBUTEURS

Co-portage: ARS / QualiREL Santé



Personnes ressources SFGG, France Assos

Santé

### RECOMMANDATIONS

HAS - Fiche Revue de pertinence des soins

HAS

- Novembre 2017

Lien

HAS - Les travaux sur la pertinence -Mis à jour le 3 avr. 2017 Lien

Association médicale canadienne (AMC) - Choisir avec soin: Recommandations et ressources, par spécialité Lien

### **ETAT DES LIEUX**

### > A l'international

La campagne Choosing Wisely - Choisir avec soin - initiée par la société savante de médecine américaine (ABIM) en 2011-2012, a pour objectif de réduire le recours aux prescriptions, actes et procédures de faible apport pour la santé et à risque d'effets indésirables. Celle-ci repose sur quelques principes clés : elle est menée par les professionnels ; elle est menée avec et pour les patients ; elle est fondée sur les preuves et est transparente. Cette campagne associe aujourd'hui plus d'une 40aine de pays dans le monde entier.

### En France





Des travaux ont été pilotés par la FHF dans le cadre de cette campagne, en collaboration avec diverses sociétés savantes, pour élaborer une liste de 5 propositions par spécialité. 2 régions (Bretagne et Bourgogne-Franche-Comté), avec le concours des structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients (SRA), ont opérationnalisé ces recommandations sous la forme de campagnes d'évaluation, menées en 2016, en 2017 puis en 2019.

Lancement d'une campagne d'évaluation « un jour donné » auprès des services de gériatrie de la région sur 2023 puis en 2025, sur la base de la liste des 5 propositions validées par la SFGG et des outils d'évaluation développés par le CAPPS Bretagne.



Les campagnes d'évaluation régionales proposées par QualiREL Santé se déroulent en 3 temps :

- 1. **Phase de lancement** : communication auprès des établissements de santé sur la démarche, engagement des établissements de santé à travers une charte d'engagement (officialisation) ;
- 2. **Phase de recueil de données :** recueil et saisie des données sur une plateforme en ligne (eFORAP), permettant également de générer automatiquement des rapports de résultats individualisés ;
- 3. **Phase de clôture** : analyse et restitution des résultats régionaux auprès des établissements de santé participants, à travers une réunion en présentiel ou à distance (selon le contexte).

Pour la campagne « Choisir avec soin », la **cible** visée constituée des **services de gériatrie hospitaliers** (en perspective d'une montée en charge de la démarche via l'intégration des EHPAD dans le cadre d'une 2nde campagne d'évaluation régionale projetée en 2025).

L'échantillonnage se ferait de la manière suivante : enquête « un jour donné » (ensemble des patients hospitalisés dans le service), puis, si nécessaire, recrutement des patients au fil de l'eau (entrées sur la période de recueil de données) jusqu'à atteinte de l'échantillon fixé.

### INDICATEURS DE RESULTATS

### Indicateur de résultat

→ Les résultats de la campagne d'évaluation « un jour donné » auprès des services de gériatrie en 2023 puis en 2025 ont été restitués

# Fiche action n° IV-2

### Revue de Pertinence de l'Absence d'Evaluation Gériatrique en Oncologie

### **CONTEXTE ET ENJEUX**

Le vieillissement de la population, associé à l'augmentation de l'incidence de la plupart des cancers au-delà de 75 ans, font de la prise en charge gériatrique une préoccupation majeure en cancérologie. Du fait de ses polymorbidités, il est essentiel d'adapter la thérapeutique selon les fragilités spécifiques de la personne âgée, qu'elles soient cognitives ou fonctionnelles.

Chez le patient âgé, le rapport bénéfice/risque doit être d'autant plus questionné que le maintien ou le retour à une qualité de vie demeure un objectif majeur. L'évaluation de la fragilité du patient passe par la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée que l'on appelle dans le cas de patient atteint de cancer Evaluation Onco Gériatrique (EOG). Celleci, à travers l'exploration d'un certain nombre de domaines (statut fonctionnel, comorbidités, polymédication, cognition, dépression, nutrition, mobilité) permet d'apprécier l'âge fonctionnel du patient et son espérance de vie indépendamment du cancer.

#### PILOTE - CONTRIBUTEURS

ONCOPL - UCOGpl

Personne ressource :



HAS

Pr Laure de Decker

### **RECOMMANDATIONS**

HAS - Fiche Revue de pertinence des soins

- Novembre 2017

Lien

Evaluation du patient âgé présentant un cancer. Mongiat-Artus et al. Nov 2019.

- Edité par Elsevier Masson

Lien article

### **ETAT DES LIEUX**

Depuis 2012, en Pays de la Loire, le nombre d'établissements proposant des consultations d'évaluation onco-gériatrique (EOG) est passé de 8 à 25, ce qui représente aujourd'hui 67% des établissements autorisés à la cancérologie ; et le nombre de patients ayant pu bénéficier d'une telle offre de soins au cours d'une année est passé de 468 en 2012 à 1350 aujourd'hui.



Au cours de l'année 2018, une étude avait été réalisée par l'Unité de Coordination Onco Gériatrique des Pays de la Loire (UCOGpl) au sein du réseau de cancérologie des Pays de la Loire ONCOPL, afin d'évaluer l'apport d'une EOG sur la prise en charge. L'étude avait pu démontrer sur 214 dossiers (8 établissements volontaires de la région) que 80% des recommandations concernant le plan de soins avaient été suivies, et 99% des recommandations concernant le projet thérapeutique avaient été prises en compte. La collaboration entre cancérologues et gériatres est donc effective et efficace.

En 2019, l'UCOGpl a mis en place l'étude RePAbEG (Revue de Pertinence de l'Absence d'Evaluation Gériatrique en Oncologie) qui vise à :

- évaluer la pertinence de la non réalisation d'évaluation onco-gériatrique chez les patients de plus de 75 ans atteints d'un cancer digestif avec une prise en charge oncologique, suivant des critères définis en amont de façon collégiale ;
- identifier les circonstances amenant à la non réalisation d'une EOG pour les patients qui auraient dû en bénéficier (délai trop long, pas d'équipe, non connaissance, ...);
- sensibiliser les professionnels à ce parcours patient âgé atteint de cancer.

Les résultats obtenus suite à la mise en place de l'étude sont : sur 32 dossiers, 12 dossiers montraient que l'absence d'EOG était pertinente et 20 dossiers montraient que l'absence d'EOG n'était pas pertinente.

Sur ces 20 absences d'EOG non pertinentes, 7 étaient justifiées en raison de la mise en place de soins de support exclusifs et la nécessité d'un traitement d'urgence.

Les 13 absences d'EOG non pertinentes restantes n'étaient pas justifiées. Elles étaient dû à un oubli ou un refus de la part des médecins. La particularité de ce projet d'étude est que sa méthodologie, présentée en 2ème partie, est applicable dans d'autres établissements et surtout pour d'autres types de cancers. A noter qu'une modification du protocole et notamment des critères peut être nécessaire.

Il s'agit d'une étude de type recherche observationnelle rétrospective multicentrique.



L'étude RePAbEG est proposée aux établissements de la région, autorisés à la cancérologie et volontaires. Ne seront retenus que ceux ayant au minimum 100 prises en charge de cancers digestifs au cours de l'année. 30 dossiers au maximum seront étudiés par établissement. Un tirage au sort de 100 dossiers de patients atteints de cancer digestif sera réalisé par le DIM de l'établissement.

Le recueil de données dans les dossiers patients est réalisé par un membre de l'UCOGpl, après accord de l'établissement.

La méthodologie retenue est celle d'une revue de pertinence, conformément à la méthodologie de l'HAS.

Des critères devant valider la pertinence de l'absence d'EOG ont été définis en amont, et validés par le conseil scientifique constitué d'oncologues, de gériatres et médecins de santé publique issus de toute la région, et par les établissements participant à l'étude (cf. ciaprès). Cette revue de pertinence est complétée par le recueil d'informations concernant la prise du traitement et sa tolérance. Seront ainsi recueillies les données sur les complications gériatriques et la survenue d'effets secondaires des traitements.

### Critères de pertinence de l'absence d'EOG:

- G8 > 14 (calculé à partir des éléments retrouvés dans le dossier), voir annexe
- Et patient < 85 ans
- Et pas de troubles cognitifs identifiés
- Et Charlson < 4 (calculé à partir des comorbidités retrouvés dans le dossier)
- Et pas de perte de poids retrouvée 🛘 Perte de poids de plus de 5% dans les 6 mois
- Et absence de nutrition entérale / parentérale
- Et PS < 3
- Et absence de perte d'autonomie retrouvée
- Et absence de chute notifiée dans le dossier
- Et absence de demande d'EOG lors de la RCP
- Et absence de refus du patient notifié

Pour chaque dossier de patient pour qui, d'après les critères définis ci-dessus, une EOG aurait été pertinente, les raisons de l'absence d'EOG doivent être recherchées et classées en justifiées ou non justifiées à partir des critères définis ci-après. Ces raisons seront à rechercher dans le dossier mais aussi lors d'échanges avec le médecin référent du patient.

### Critères qui justifient l'absence d'EOG:

- Pas d'équipe gériatrique pouvant réaliser une EOG
- Traitement urgent
- Gériatre pas disponible (congé)
- Refus de patient ou aidant de revenir en consultation
- EOG faite par l'oncologue formé au DU OG
- Soins de conforts exclusif et pronostic défavorable < 3 mois

### Critères qui ne justifient pas l'absence d'EOG:

- Ne connait pas l'équipe réalisant les EOG
- Ne sait pas comment faire appel à l'équipe d'OG
- Oubli
- N'est pas convaincu
- Complexité de l'organisation à la consultation

Une fois les données de l'établissement identifiées, un rapport est rédigé et les résultats sont présentés à l'établissement. La présentation des résultats est l'occasion d'échanger avec l'équipe et de sensibiliser à l'importance de la réalisation de l'EOG et d'une prise en charge médicamenteuse adaptée. Un temps peut également être consacré à l'identification d'une organisation permettant une meilleure prise en charge onco-gériatrique des patients.

# INDICATEURS DE RESULTATS

### Indicateurs de processus

- → Nombre d'établissement impliqués dans le protocole de recherche observationnelle rétrospective multicentrique
- → Les circonstances amenant à la non réalisation d'une EOG sont identifiées et analysées
- → Plan d'action identifié

### Indicateurs de résultat

→ Nombre d'établissements ayant modifié leurs pratiques

# Fiche action n° IV-3

### Pertinence de la réalisation des examens pré-anesthésiques

### **CONTEXTE ET ENJEUX**

En 2012, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) a actualisé son référentiel sur les examens pré-anesthésiques, définissant des situations dans lesquelles ces examens sont non pertinents, inutiles. L'analyse des pratiques à partir des données du SNDS a montré la persistance d'actes et d'examens inutiles prescrits lors de la préparation des patients à certaines interventions avec anesthésie. Ainsi 3.9 millions des examens pré anesthésiques réalisés n'étaient pas pertinents, pour un montant de 28 millions d'euros.

Les écarts aux recommandations au niveau national et la variabilité des pratiques selon les territoires et entre établissements ont motivé l'initiation d'actions de communication et de sensibilisation des établissements par l'Assurance Maladie et la SFAR dès 2015. Ces actions se sont traduites par une baisse des taux nationaux d'environ 1 point par an, témoignant d'une faible amélioration de la pertinence des prescriptions des examens préanesthésiques entre 2015 et 2017. Une action mettant en place des indicateurs cibles par établissement apparait plus efficiente que les campagnes de sensibilisation. Un indicateur composite couplé à une incitation financière, pour les établissements à l'atteinte de la cible est introduit dans le nouveau dispositif CAQES.

### PILOTE - CONTRIBUTEURS

ARS / AM



### **RECOMMANDATIONS**

SFAR –
Recommandations
Formalisées d'experts Examens
préinterventionnels
systématiques – 2012

Recommandations 2012



### **ETAT DES LIEUX**

Pour illustrer le recours aux examens pré-anesthésiques pour les patients opérés au sein des établissements de santé pour des actes de chirurgie mineure, l'indicateur composite recouvre les 4 indicateurs définis par la SFAR en lien avec la CNAM pour les situations pour lesquelles les examens suivants sont jugés inutiles :



- Indicateur 1 : Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'enfant, avant amygdalectomie et adénoïdectomie
- Indicateur 2 : Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte
- Indicateur 3 : Taux de recours au groupe sanguin
- Indicateur 4 : Taux de recours au ionogramme sanguin

L'indicateur composite au niveau national est de 17,6% sur l'activité 2018, et oscille pour les établissements entre 0% et 96%. La réduction de cet indicateur de 1,6 point par rapport à 2017, se traduit par une réduction d'environ 52.900 examens inutiles.

En région Pays de la Loire, cet indicateur atteint 10% pour l'ensemble des établissements. Le taux de prescription attendu est de 0%.

### PLAN D'ACTIONS ET OUTILS MOBILISABLES

⇒ Le CAQES est un des leviers mobilisés pour améliorer la pertinence des prescriptions des examens préanesthésiques. En région, 9 établissements participent à l'expérimentation en 2021 et 19 sont ciblés dans le Nouveau CAQES 2022-2026.



➡ Mise en place d'une réunion régionale en logique d'échanges de pratiques et comparaison des résultats par établissement.

### **INDICATEURS DE RESULTATS**

Indicateurs de processus

→ Au moins une présentation dans une réunion régionale de la pertinence sur la logique d'échange de pratiques et de comparaison des résultats par établissements

### Indicateurs de résultat

→ Réduction significative de la prescription des examens anesthésique

# AXE V - Acculturation, communication, animation de la démarche pertinence

Il s'agit ici d'un 5<sup>e</sup> axe transversal, qui vise à faciliter la mise en œuvre de l'ensemble des actions. L'intérêt de la démarche pertinence doit faire l'objet d'une large communication à destination des professionnels (à l'hôpital comme en ville) comme des usagers. L'amélioration de la pertinence des pratiques implique une information appropriée de tous, professionnels et usagers.

Pour être efficace, la communication de l'information doit s'inscrire dans une forme qui permet la continuité des messages, la répétition et le travail en réseau. L'enjeu de la communication doit donc être portée de façon transversale par l'ensemble des acteurs de l'IRAPS en s'appuyant sur une stratégie commune de lisibilité des actions et valorisation des résultats.

La définition de cette stratégie de communication visant l'acculturation contribuera largement à l'animation de la démarche pertinence dans la région Pays de la Loire.

### Cette stratégie visera :

- L'appropriation par les professionnels de santé aux enjeux de la pertinence des soins
- La sensibilisation des futurs professionnels de santé durant leur formation initiale
- La sensibilisation des usagers

L'accompagnement de QualiREL Santé, structure régionale d'appui à la qualité et à la sécurité des soins des Pays de la Loire, permettra en outre sur la durée de la mise en œuvre du plan d'actions de contribuer à :

L'acculturation au sujet pertinence à travers une boite de méthodes et outils pour l'amélioration des pratiques, en appui aux actions du PAPRAPS et au service des travaux de l'IRAPS pour que les membres puissent en être le relais. Cette boîte à outil est disponible sur le site internet de QualiREL santé, Structure Régionale d'Appui à la Qualité des Soins et la Sécurité dès le début du lancement de ce PAPRAPS.

https://www.gualirelsante.com/publications-outils/le-point-sur-nos-epp

# Fiche action n°V.1

### Mobilisation d'une stratégie visant l'acculturation à la pertinence des soins

### **CONTEXTE ET ENJEUX**

Le PAPRAPS est une démarche régionale qui est au cœur du dispositif de la pertinence des soins. Elle s'appuie sur des méthodes et outils développés au niveau national, sur des échanges d'expériences entre régions et sur Plan National de Gestion du Risque et d'Efficience du Système de Santé (PNGDRESS) de l'Assurance Maladie et les contrats d'amélioration des pratiques et de l'efficience des soins (CAQES).

La stratégie visant l'acculturation va donc prendre appui sur les outils nationaux, leur déclinaison régionale au plus près des acteurs et des usagers. En effet, les usagers sont tout autant concernés par la pertinence des soins que les professionnels de santé. Il convient d'aider les professionnels de santé en exercice et en formation à comprendre les enjeux issus de ma santé 2022

- Améliorer la qualité de la prise en charge sur certains parcours BPCO, obésité, maladie coronaire stable, Parkinson puis AVC, épilepsie... – en tenant compte de l'efficacité clinique et de l'expérience patient
- Accroître la pertinence des soins, actes, examens dans le cadre de 2 parcours de santé pilotes (insuffisance cardiaque chronique et ostéoporose) en s'appuyant sur les meilleures pratiques identifiées
- Etendre la mesure de la satisfaction et de l'expérience patient / résident, notamment en soins de suite et de réadaptation (SSR), en EHPAD, en hospitalisation à domicile (HAD)...
- Déployer des dispositifs d'appui à la qualité
- Développer l'exploitation des données disponibles pour mesurer l'évolution des pratiques

En s'appuyant sur les données issues du diagnostic de la situation régionale et partagées avec l'Assurance Maladie.

#### **PILOTE - CONTRIBUTEURS**

### Co-portage:

ARS/QualiREL Santé

#### Personnes ressources:

Membres de l'IRAPS

### **RECOMMANDATIONS**



HAS – <u>Programme national pertinence</u> novembre 2017

HAS – Evaluation de la culture de la pertinence et du résultat

Ma santé 2022 rapport final « inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques ».

DGOS – Guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinencen des soins

### **ETAT DES LIEUX**

Les actions proposées s'inscriront dans une pédagogie ciblant les publics concernés et mobiliseront les différents canaux de communication.

Elles seront imprégnées de la définition de la pertinence des soins dans les équilibres médico économiques du système de santé, du bilan du PAPRAPS de 1ère génération 2016-2019, des attentes des acteurs impliqués comme des usagers.

Mobilisation d'une stratégie visant l'acculturation à la pertinence des soins

- Favoriser l'appropriation par les professionnels de santé aux enjeux de la pertinence des soins
  - o Instaurer sur un rythme annuel une journée régionale consacrée à la pertinence des soins
  - Rencontrer les équipes dans les établissements et communautés professionnelles, CPTS et MSP (CME/CSIRMT/réseaux qualité des soins de proximité comme APIMED ...)
  - Partager en réseaux les informations liées à la pertinence des soins
  - o Mobiliser la boîte à méthodes et outils pour l'amélioration des pratiques de QualiREL Santé
- Outiller les professionnels et structures de repères méthodologiques pour mener des démarches d'amélioration de la culture de la pertinence des soins
  - Mettre à disposition une boîte à outils ressources
- Sensibiliser les professionnels de santé durant leur formation initiale (Interne, SF, Paramédicaux, IPA) à la pertinence des soins
  - o Former aux enjeux médico économiques de la pertinence des soins par des interventions pendant la formation initiale
- Sensibiliser les usagers utilisateurs de l'offre de soins
  - Intervenir au niveau de la démocratie sanitaire par des actions visant l'information sur les enjeux médico économiques de la qualité et sécurité des soins et de leur consommation de soins.

### **INDICATEURS DE RESULTATS**

### Indicateurs de processus

- → Au moins une rencontre régionale organisée par an
- → Nombre de rencontre des CMG, CSIRMT, APIMED, CPTS....
- → Nombre d'information dans la newsletter de l'ARS
- → Boîte à outils mise en ligne site de QualiREL Santé
- → Nombre d'interventions réalisées sur la pertinence dans les formations initiales des professionnels de santé

### Indicateurs de résultat

- → La journée régionale de la pertinence des soins est un rendez-annuel
- → Une réflexion sur la création d'un institut de la pertinence en Pays de la Loire est initiée

Ma santé 2022 rapport final « Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques.

Les outils d'amélioration de la pertinence de soins IRDES- juin 2018.

Guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence DGOS – 2012.

Références légales et réglementaires :

Code de la santé publique : L6145-1, L1111-2, L1111-4, L6311-2, L6311-3, L3222-5-1, R6123-15, R1112-11, R6311-2, R6111-10, R1221-40, R12