

**Groupe de
travail national
« pertinence des
soins »**

6^{ème} réunion

5 mars 2014

1. Accompagnements nationaux 2013/2014

- ✓ Expérimentation pilote FFRSP/HAS/DGOS sur l'amélioration de la pertinence des césariennes programmées à terme
- ✓ Amélioration de la pertinence de la prise en charge du syndrome du canal carpien : actions HAS, CNAMTS, DGOS
- ✓ Développement d'indicateurs de ciblage des structures d'activité atypiques concernant l'appendicectomie
- ✓ Outils HAS et accompagnement des professionnels sur la pertinence des coloscopies et sur celle des cholécystectomies

2. Contributions du **CNOM** et de la **conférence des Doyens** aux démarches nationales et régionales d'amélioration de la pertinence des soins

3. Démarches régionales

- ✓ Bilan sur la maturité des démarches mises en œuvre dans les 26 régions
- ✓ Exemples d'actions concrètes mises en place
- ✓ Modalité de suivi de l'impact des actions

4. Axes de travail 2014

Accompagnements nationaux 2013/2014

Analyse et amélioration de la
pertinence des **césariennes**
programmées à terme

Objectifs de l'expérimentation pilote



- Faciliter l'appropriation de la recommandation HAS
- Assurer un partage d'expériences sur les actions d'amélioration des pratiques
- Tester une modalité de pilotage et d'accompagnement
 - Choix des acteurs du pilotage et de l'accompagnement
 - Cadrage méthodologique souple
 - Calendrier contraint

Rôle des acteurs

- **Coordination projet**
- **Expertise méthodologique**
- **Expertise métier**

National

Régional

DGOS

ARS

HAS

**Réseau
régional de
santé en
périnatalité**

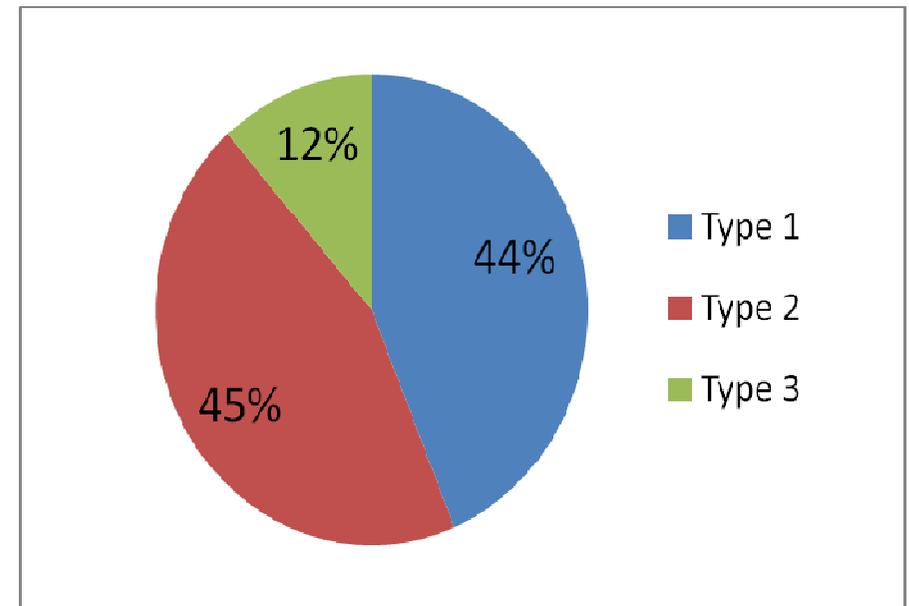
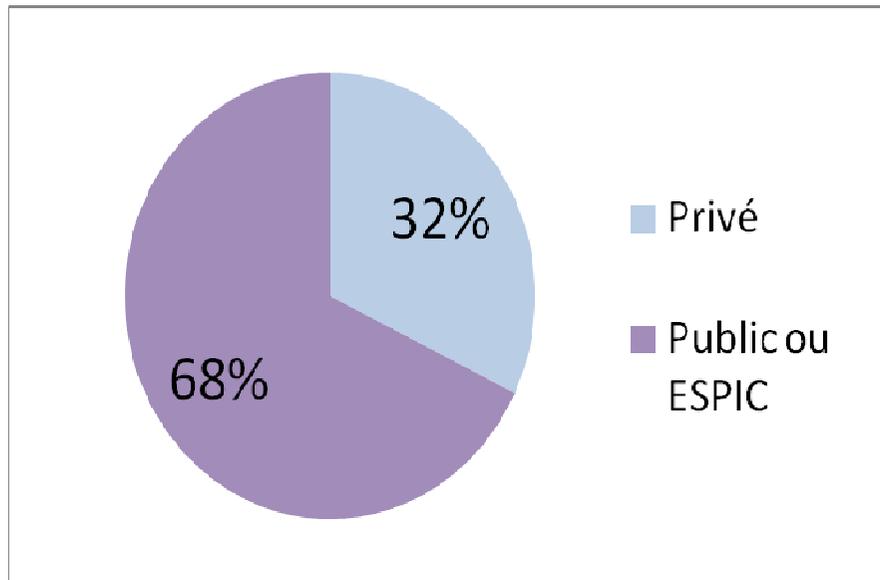
FFRSP

Calendrier de l'expérimentation

- Un calendrier contraint pour un lancement simultané dans plusieurs ES
 - Objectif : créer une synergie des démarches
- 112 équipes ont transmis un rapport d'étape à ce jour, soit environ 20% des maternités

Répartition des équipes engagées

Sur la base des 112 rapports d'étape reçus :



Une répartition représentative de celle de l'ensemble des maternités (environ 20% de l'effectif total de chaque catégorie -statut et type - de maternité)

• Témoignages

- Réseau de périnatalité Sécurité naissance des Pays de Loire
- Réseau de périnatalité Sécurité naissance Paca Est - Haute Corse – Monaco et clinique Saint-George à Nice
- Réseau de périnatalité Ile de France Sud
- Réseau de périnatalité Périnat Aquitaine (RPA), CCECQA et maison de santé protestante Bordeaux-Bagatelle (MSPB) à Talence
- Réseau de périnatalité de Bourgogne et CH de Semur
- CH de Saint-Junien (Limousin)
- CH des hôpitaux du pays du Mont-Blanc à Sallanches (Rhône-Alpes)
- CH de Chaumont (Champagne-Ardenne)
- CH Comminges Pyrénées à Saint Gaudens (Midi-Pyrénées)
- CHU de Saint-Denis (Ile de France)

Ecueils rencontrés

- **Choix d'une action d'amélioration sans objectif de qualité préalable** : commencer par réunir tous les professionnels impliqués pour décrire le parcours ensemble
- **Collecte de données** : quelques dossiers peuvent suffire pour identifier un objectif de qualité
- **Extraction PMSI** : s'intéresser aussi aux tentatives de voie basse, biais liés au codage



FAIRE SIMPLE ENSEMBLE

Pas à pas

Construire un objectif de qualité

- **Opérationnel**
- **Concret et mesurable**
- **Construit autour d'un verbe d'action lié à la pratique**
- **Basé sur une recommandation**
- **Exemples :**
 - Ne pas demander de radiopelvimétrie en cas d'utérus cicatriciel
 - Vérifier la présentation au bloc avant une césarienne programmée pour siège

2 objectifs de qualité prédominants

- **Programmer la césarienne après 39 SA**
- **Partager la réflexion sur la balance bénéfiques /risques avec la femme enceinte (et son entourage)**

Dans la littérature

2 actions ont fait leur preuve

- **Décision à plusieurs** : intérêt du staff
- **Amélioration de la gestion de la tentative d'accouchement par voie basse**

Nils Chaillet, PhD, and Alexandre Dumont, MD, PhD. Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis. BIRTH 34:1 March 2007.

http://www.researchgate.net/publication/6482591_Evidence-based_strategies_for_reducing_cesarean_section_rates_a_meta-analysis

Définir un critère de réussite

- **A définir ensemble**
- **Exemple** : « La femme sait expliquer pourquoi la césarienne a été programmée (enquête auprès des femmes) »
- **Suivi du résultat des actions d'amélioration**

- Mise à jour du **site Internet de la HAS**, avec 2 nouvelles pages
 - « Déploiement de la démarche » pour comprendre
 - « Retours d'expérience » pour retrouver les outils classés selon leur type, en plus du classement par région
- Suite de la **communication** sur l'expérimentation
 - Congrès de la Fédération des réseaux de périnatalité (21/03/14)
 - Communication au Collège des gynécologues-obstétriciens
 - Article dans la revue des gynécologues-obstétriciens
 - Communiqué dans la presse médicale
- Organisation d'un **séminaire de fin d'expérimentation** en novembre 2014
 - Témoignages sur les résultats obtenus au regard de l'objectif de qualité qui avait été fixé par l'équipe

- **Nécessité d'un accompagnement des équipes**
 - Objet : identification d'un objectif de qualité (critère de réussite), élaboration d'un plan d'action et suivi
 - Modalités envisagées (sous réserve validation AG FFRSP) : formation méthodologique des RSP par un chef de projet HAS (accompagnement d'un réunion d'équipe par région) puis déploiement par les RSP aux autres équipes de soins

- **Intérêt de l'indicateur « taux de césarienne attendu »**
 - Mesure de l'indicateur qui ne se substitue pas à l'analyse concrète des pratiques, seul moyen de vérifier la pertinence du parcours des femmes pouvant nécessiter une césarienne programmée à terme
 - Efficacité en termes d'alerte ; intérêt des comparaison inter-établissements pour estimer l'existence ou non d'un enjeu d'amélioration
 - Travaux de validation de l'indicateur, pilotés par la HAS, dans le cadre d'une démarche plus large de développement d'indicateurs de comparaison des pratiques

Accompagnements nationaux 2013/2014

**Amélioration de la pertinence
de la prise en charge du
syndrome du canal carpien**

Méthodologie de travail au niveau national

- Mise en place par la DGOS d'un **groupe institutionnel HAS CNAMTS DGOS** sur cette thématique visant à favoriser:
 - L'articulation des initiatives institutionnelles
 - La participation des Collèges de professionnels à la revue des différents documents pour en assurer la pertinence clinique et en faciliter la diffusion
 - L'organisation de la diffusion et l'accompagnement de la mise en œuvre.



- Evaluation technologique : [Chirurgie du syndrome du canal carpien : approche multidimensionnelle pour une décision pertinente - Rapport d'évaluation. Septembre 2012.](#)
- Analyse et amélioration des pratiques : [Syndrome du canal carpien : Optimiser la pertinence du parcours patient. Février 2013.](#)

Objectifs de qualité prioritaires

- Traitement médical avant intervention chirurgicale, en l'absence de signes de gravité
- Qualité du compte-rendu de l'électro-neuromyogramme

Actions d'accompagnement

- HAS/sociétés professionnelles : diffusion du guide « Syndrome du canal carpien : optimiser la pertinence du parcours patient »
- CNAMTS : test des indicateurs de ciblage des structures atypiques concernant la prise en charge du SCC
- HAS/CNAMTS : élaboration d'un mémo à l'attention des médecins généralistes et d'une fiche d'information patient
- CNAMTS : élaboration d'un kit sur le SCC et accompagnement de sa diffusion

Diffusion du guide

1. Site HAS

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1365548/fr/syndrome-du-canal-carpien-optimiser-la-pertinence-du-parcours-patient?xtmc=&xtr=1

Etude de dossier par l'ARS Alsace de 2008

2. Sites des sociétés professionnelles

Société française de chirurgie de la main <http://www.gem-sfcm.org/fr>

Syndicat français de médecine physique et de réadaptation
www.syfmer.org

Collège français des médecins rhumatologues <http://www.cfmr.net/>

Société française de médecine du travail
<http://www.chu-rouen.fr/sfmr/pages/accueil.php>

3. Lettres d'information électronique

Articles

1. Actukiné

http://www.actukine.com/Syndrome-du-canal-carpien-publication-par-la-HAS-du-guide-Optimiser-la-pertinence-du-parcours-patient_a3519.html

2. Archives des maladies professionnelles et de l'environnement

<http://www.em-consulte.com/article/827145/optimiser-la-pertinence-du-parcours-patient-avec-s>

3. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* soumis en août

<http://www.sciencedirect.com/science/journal/18770657>

Formation / Développement professionnel continu

1. Réunion de la Société française de rhumatologie le 31 mai 2013 à Poitiers
2. Congrès de la Société française de médecine physique et de réadaptation en mai 2014 à Marseille en lien avec un congrès européen de *l'European Society of Physical Medicine and rehabilitation*
3. Programme DPC en rhumatologie,
 - Brique formation par Paul Seror (en ligne juillet 2013)
<https://sites.google.com/site/serorenmgedx/le-syndrome-du-canal-carpien-scc>
 - Brique évaluative à construire à partir du guide

Pertinence des actes - Méthode de ciblage

Elaboration sur les thèmes du SCC (et appendicectomie)

- Sur le constat des disparités interdépartementales de recours aux soins (études CRAM-DRSM 2008-2009)
- Après saisine de la HAS en juillet 2010 pour obtenir un référentiel afin de pouvoir mesurer la pertinence
- A partir d'indicateurs issus des bases de l'AM (pour éviter un retour systématique aux dossiers)

Indicateurs de production des établissements en nombre réduit

Validation des indicateurs par les experts (Conseil scientifique de la CNAMTS)

Validation par un retour aux dossiers sur un échantillon d'ES

Indicateurs – Chirurgie du SCC

- **Taux d'évolution du nombre d'interventions** pour un SCC entre 2006 et 2011
- Part relative des **patients de 65 ans et plus** opérés pour un SCC en 2011
- Part relative des interventions pour **SCC dans l'activité d'orthopédie** en 2011
- Part relative de patients ayant eu un **EMG dans les 12 mois précédant** l'intervention en 2011
- Part relative des patients **avec infiltrations avant intervention** en 2011 (12 mois)
- Part relative de patients avec **attelles avant intervention** en 2011 (12 mois)

Elaboration de la méthode de ciblage

- **Travaux sur les indicateurs de ciblage**
 - Premiers travaux de validation des indicateurs (caractère discriminant)
 - Calcul de seuils en fonction de la distribution de la valeur des indicateurs observée France entière
- **Définition des niveaux d'alerte (clignotants) : à partir des valeurs des centiles**
- **Puis classement des ES en 3 segments A, B et C, en fonction du nombre de seuils d'alerte (clignotants) atteints : A regroupant les établissements sans clignotant et C ayant un nombre élevé de clignotants**

Test de la méthode de ciblage

Avant d'utiliser cette méthode de ciblage en routine, il était nécessaire de tester la qualité du ciblage

- Comparaison au taux de respect du référentiel de la HAS grâce à une analyse des dossiers médicaux (grille de recueil avec algorithme décisionnel)
- Nécessité de recueillir des informations dans des établissements des segments C et A (12 de chaque), estimation à partir du nombre de dossiers.
- Choix d'un nombre de dossiers suffisants (30 par établissement) dans les 2 segments pour conclure sur la validité des indicateurs
- Choix des régions par analyse des répartitions des établissements dans les segments

Résultats du test de la méthode de ciblage – SCC

15 régions
24 établissements
835 dossiers

	Segment A	Segment C	Ensemble
Taux de pertinence Echantillon 1	92.1%	65.3%	78.3%
Taux de pertinence Echantillon 2	88.8%	64.7%	77.5%

Echantillon 1 : Exclusion des dossiers ne contenant pas tous les éléments permettant de renseigner l'algorithme décisionnel (168 dossiers / 20.1%)

Echantillon 2 : Inclusion des dossiers ne contenant pas tous les éléments permettant de renseigner l'algorithme décisionnel **avec exclusion de ceux** pour lesquels le médecin conseil n'a pas pu se prononcer (106 dossiers / 7.4%)

- **Validation statistique de la méthode de ciblage : il existe une différence significative entre les taux de pertinence des établissements du segment C et ceux du segment A**
- Taux de pertinence important mais disparités +++ (de 24% à 100%)
- Problématique de non traçabilité pour 20% des dossiers ne contenant pas les éléments diagnostiques

Campagne d'accompagnement 2014 de la CNAMTS sur le thème du parcours de soins du SCC et du bon usage de la prescription des arrêts de travail

- Des médecins généralistes : visite des DAM
- Des chirurgiens orthopédistes libéraux : échanges confraternels par des MC de l'AM
- Des établissements de santé (en collaboration avec les ARS) :
 - Publics : visite des services hospitaliers orthopédiques
 - Privés : information en séance de CME
- Des rhumatologues et neurologues : par courrier
- Des médecins du travail : par courrier
- Des assurés : guide patients et mémos par l'intermédiaire des PS / site ameli.fr

Travail collaboratif CNAMTS / HAS sur le mémo « parcours de soins »

1. Proposition de l'Assurance Maladie
2. Relecture en juin 2013 par des membres des groupes de travail et de lecture du guide
3. Validation par le Collège de la HAS le 4 septembre 2013

Mémo CNAMTS / HAS à l'attention des médecins généralistes et des spécialistes

SYNDROME DU CANAL CARPIEN Référentiel du parcours de soins

Octobre
2013

document validé par la HAS⁽¹⁾

Le processus de soins du patient présentant un syndrome du canal carpien est structuré en quatre étapes : détection et prévention, diagnostic, traitement, rééducation et suivi.

Détecter et prévenir

Il s'agit de :

- Repérer un lien de causalité probable avec **des gestes et postures répétés de la vie quotidienne**.
 - Identifier une **exposition professionnelle** : lien de causalité probable avec le **poste de travail** (travail en force, postures maintenues et répétées...).
- En cas d'exposition professionnelle, il convient d'inciter le patient à contacter la médecine du travail pour envisager un aménagement de son poste. Il vous revient alors de rédiger un **certificat médical initial descriptif**. Le patient se procurera⁽²⁾ et rédigera une déclaration de maladie professionnelle qu'il enverra, avec le certificat, à sa caisse d'assurance maladie.
- Identifier une **étiologie** et la traiter.
- En cas de **grossesse**, les signes du syndrome sont, dans la majorité des cas, transitoires avant résolution spontanée des symptômes.

Diagnostiquer

Le diagnostic du syndrome du canal carpien est clinique, complété si besoin par des examens complémentaires, comme l'électroneuromyogramme (ENMG).

- Dans les **formes typiques**, la clinique est suffisante pour poser le diagnostic.
- La **forme clinique sévère** est avérée en cas de présence des signes de gravité suivants :
 - trouble objectif de la sensibilité ;
 - déficit moteur et/ou amyotrophie des muscles thenariens externes (amyotrophie du court abducteur du pouce, non réalisation de l'opposition pouce/auriculaire).
- Pour **poser le diagnostic différentiel en cas de doute**, l'ENMG peut être utile. Il précise le niveau de lésion du nerf et est recommandé préalablement au traitement chirurgical.

Traiter

Il convient de faire procéder à l'**aménagement des activités de la vie quotidienne et professionnelle**. Ceci dans le but d'éviter les gestes et postures qui favorisent le syndrome du canal carpien.

Absence de signes de gravité	Traitement conservateur : - Immobilisation par attelle nocturne (3 mois max.) - Infiltrations intracanales de corticoïdes (2 espacées de 3 à 6 mois)	si échec
Présence de signes de gravité	Traitement chirurgical : - chirurgie ambulatoire* (sous anesthésie locorégionale) - décompression du nerf par ouverture du ligament annulaire antérieur par endoscopie ou à ciel ouvert	

* Se reporter aux recommandations de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAAR).

Assurer le suivi

Rééducation fonctionnelle :

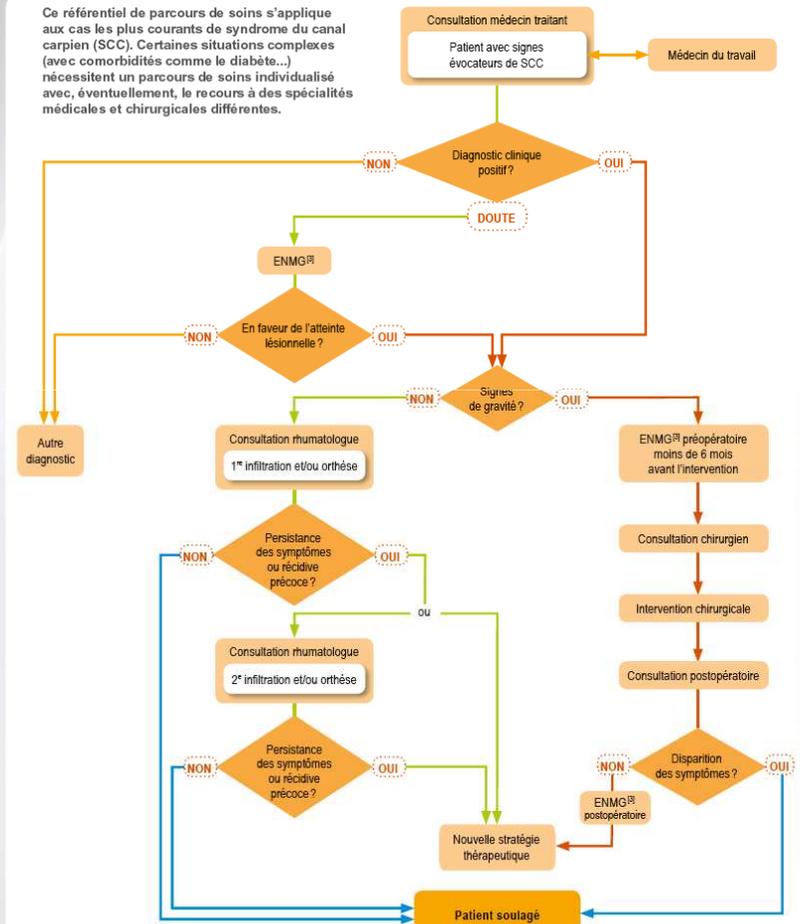
- Elle n'est généralement pas nécessaire en phase préopératoire.
- En phase postopératoire, il n'y a pas lieu de procéder – sauf cas exceptionnel – à des séances de rééducation fonctionnelle. Dans cette éventualité, une demande d'accord préalable sera nécessaire dès la prescription de la 1^{re} séance.

Durées indicatives d'arrêt de travail :

Pour les consulter, se référer à la fiche « Arrêt de travail : Syndrome du canal carpien ».

Référentiel du parcours de soins

Ce référentiel de parcours de soins s'applique aux cas les plus courants de syndrome du canal carpien (SCC). Certaines situations complexes (avec comorbidités comme le diabète...) nécessitent un parcours de soins individualisé avec, éventuellement, le recours à des spécialités médicales et chirurgicales différentes.



Sources :
 Haute Autorité de Santé, « Analyse et amélioration des pratiques – Syndrome du Canal Carpien : Optimiser la pertinence du parcours patient », février 2013.
 Haute Autorité de Santé, « Chirurgie du syndrome du canal carpien : approche multidimensionnelle pour une décision pertinente », septembre 2012.
 Haute Autorité de Santé, « Chirurgie du canal carpien : note de cadrage », décembre 2011.
 Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, « Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire : Recommandations formalisées d'experts – Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire », 2009.

⁽¹⁾ www.has-sante.fr
⁽²⁾ auprès du service médical de sa caisse d'assurance maladie
⁽³⁾ Electroneuromyogramme

Émission des gestes et postures favorisant le SCC - Aménagement des activités (vie quotidienne, vie professionnelle)

Nov 2012 / CSS / 101-19

Travail collaboratif CNAMTS / HAS sur la fiche d'information des patients

1. Proposition de l'Assurance maladie
2. Groupe de travail le 18 juillet 2013 à la HAS
 - Atelier de remue-méninge
 - Confrontation avec la proposition de l'Assurance maladie
3. Relecture en août 2013 par des membres des groupes de travail et de lecture du guide

Guide patients CNAMTS / HAS



Le syndrome du canal carpien

**Vous ressentez des fourmillements
dans la main ?**



Le syndrome du canal carpien

Ce document a été réalisé en collaboration
avec la Haute Autorité de Santé.

Votre médecin peut adapter et compléter ces informations
en fonction de votre situation personnelle.

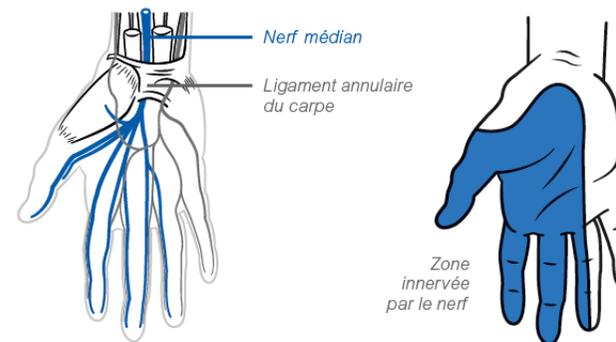
Le syndrome du canal carpien est une **affection fréquente, bénigne et qui se soigne**. Chaque année, en France, environ 600 000 personnes sont affectées par ce syndrome et un peu plus de 130 000 sont opérées.

Il peut se caractériser par :

- des fourmillements ou un engourdissement survenant la nuit ou le matin au réveil ;
- une faiblesse dans le poignet et dans la main ;
- des douleurs remontant dans l'avant-bras ;
- une diminution de la sensibilité dans le bout des doigts.

Les symptômes sont liés à la compression du nerf médian, à la hauteur du poignet dans le canal carpien. Le nerf médian innerve les 3 premiers doigts (pouce, index et majeur).

Zoom sur le canal carpien : zone de compression du nerf médian



Deux supports qui s'inséreront dans un « Kit » comprenant en plus :

- Une fiche repère sur les durées indicatives d'arrêt de travail, après avis de la HAS
- Un mémo « détection » et un mémo « prévention du patient en activité » en collaboration avec la Soc. Franç. de Médecine du Travail

ARRÊT DE TRAVAIL
Syndrome du canal carpien

Octobre 2013

après avis de la HAS ⁽¹⁾

Pour vous aider dans votre prescription d'arrêt de travail et faciliter le dialogue avec votre patient, des durées de référence vous sont proposées. Elles sont indicatives et, bien sûr, à adapter en fonction de la situation de chaque patient.

Type d'emploi			Durée de référence*		
			Traitement conservateur**	Traitement chirurgical	
			Voie endoscopique	Chirurgie à ciel ouvert	
Travail sédentaire			0 jour	7 jours	14 jours
Travail physique léger	Sollicitation modérée de la main	Charge ponctuelle < 10 kg	5 jours	14 jours	28 jours
		Charge répétée < 5 kg			
Travail physique modéré	Charge ponctuelle < 25 kg	Charge répétée < 10 kg		21 jours	35 jours
		Charge > 25 kg		28 jours	45 jours

* Durée à l'issue de laquelle la majorité des patients est capable de reprendre un travail. Cette durée est modulable en fonction des complications ou comorbidités du patient.
** Basé sur le port d'une orthèse nocturne (au moins 3 mois) et/ou d'infiltrations intra-canales.

La durée de l'arrêt initial est à adapter selon :

- le côté atteint (dominant ou non),
- le degré de sévérité du syndrome avant le traitement,
- le degré d'utilisation de la main dans l'emploi (maintien d'une posture, gestes répétés, utilisation d'un outil vibrant...),
- les possibilités d'adaptation ou de modification du poste de travail par l'entreprise, notamment pour les postes très physiques,
- la nécessité de conduire un véhicule pour les trajets ou l'emploi,
- après une infiltration, la possibilité de porter une orthèse adaptée aux mouvements professionnels (celle-ci facilite le retour au travail).

SYNDROME DU CANAL CARPIEN
Détection

Novembre 2013

document réalisé en collaboration avec la Société Française de Médecine du Travail

L'origine du syndrome est multifactorielle. La collaboration entre le médecin traitant et le médecin du travail peut aider à identifier et prévenir les situations à risque.

Repérer les situations à risque

Les postures et mouvements favorisant l'apparition du syndrome du canal carpien peuvent être liés aux activités quotidiennes et/ou à l'activité professionnelle.

- ▶ Parmi les personnes exerçant une activité professionnelle, les actifs de **certaines secteurs d'activité sont plus touchés** par le syndrome. Ils exercent dans les secteurs de :
 - la grande distribution,
 - l'agro-alimentaire,
 - les services de nettoyage,
 - le sanitaire et social,
 - la construction automobile,
 - la restauration et l'hôtellerie
 - le bâtiment et les travaux publics.
- ▶ **Le risque est plus élevé chez les personnes exposées aux situations suivantes :**
 - mouvements répétitifs du membre supérieur,
 - travail en force,
 - mouvements de torsion du poignet,
 - utilisation d'outil vibrant.
- ▶ **Il existe de plus des facteurs aggravants :**
 - mouvements effectués dans le froid (température inférieure à 10°C),
 - facteurs organisationnels et psychosociaux au travail.

Des interlocuteurs dédiés en entreprise

Dans le cadre réglementaire de l'évaluation des risques professionnels⁽¹⁾, les **entreprises des secteurs d'activité les plus exposés** développent des **démarches de prévention** pour limiter les atteintes liées au syndrome du canal carpien.

Ces démarches associent – outre les salariés et toutes les fonctions concernées de l'entreprise – le Service de Santé au Travail avec le médecin du travail, l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail (infirmière), intervenant en prévention des risques professionnels... et les intervenants internes ou externes de l'entreprise (ergonomes...).

Ces démarches sont réalisées sur la base d'un état des lieux recensant les activités, les situations de travail ou les postes à risque. Elles visent l'identification des causes et contraintes générant les situations de travail exposées.

SYNDROME DU CANAL CARPIEN
Prévention du patient en activité

Novembre 2013

document réalisé en collaboration avec la Société Française de Médecine du Travail

Chez le patient en activité, les actions de prévention peuvent permettre de limiter les risques d'apparition du syndrome du canal carpien, de freiner son aggravation mais aussi de favoriser le maintien de la personne dans l'emploi.

Agir en prévention primaire

Il s'agit d'éliminer ou réduire le risque professionnel avant l'apparition des symptômes :

- en supprimant un ou plusieurs facteurs de risques biomécaniques, organisationnels ou psycho-sociaux de son poste de travail. Cette action est réalisable à partir du diagnostic approfondi de la situation de travail du patient tenant compte des éléments qu'il aura fournis.
- en détectant avec précoécité le salarié présentant des facteurs de risques, au moyen des manœuvres cliniques standardisées.

Exemple : activités de propreté
Les activités de propreté génèrent jusqu'à 300 essorages de serpillière par jour par un balai essoreur (dit « serpillière espagnole ») permet d'éviter les mouvements répétés et torsions du poignet favorisant l'apparition de la douleur.

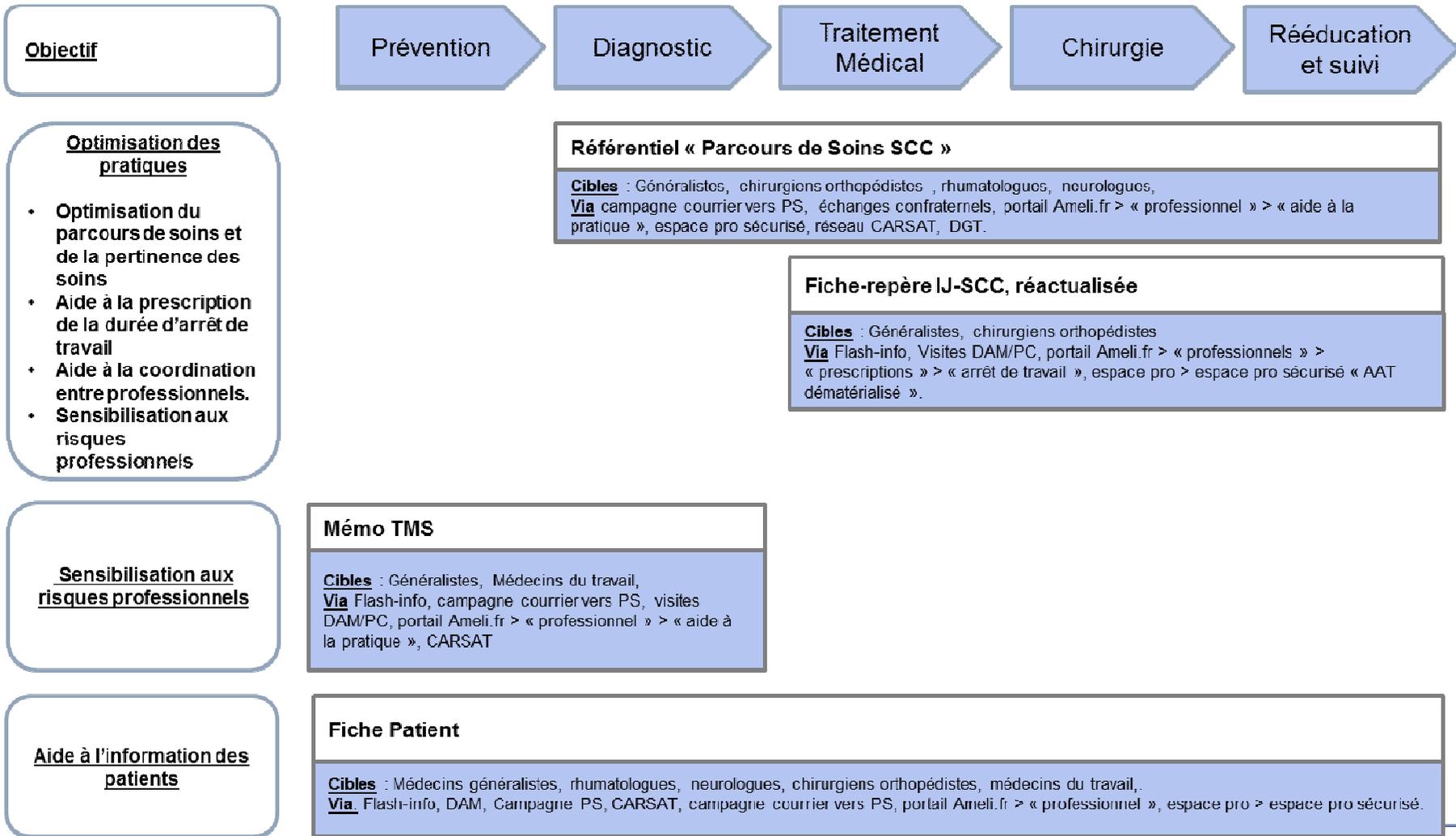
Agir en prévention secondaire

La prévention secondaire sur le lieu de travail consiste à **éviter l'aggravation d'un état de santé** par :

- le suivi renforcé du patient qui occupe un poste « exposant »,
- la suppression d'un ou plusieurs facteurs de risques biomécaniques, organisationnels ou psycho-sociaux au travail, identifiés à partir du diagnostic approfondi de la situation de travail tenant compte des éléments fournis par le salarié.

Exemple : témoignage d'un secrétaire de CHSCT* dans le secteur de la grande distribution
« Une analyse de l'activité de travail a été réalisée avec l'aide d'un ergonomiste. L'implication des salariés et de leur encadrement dans la recherche de solutions a permis de mettre en oeuvre des actions de prévention visant :
- l'organisation du travail (limitation de la hauteur des palettes à 1m30, modes opératoires adaptés),
- la réduction des manutentions (acquisition de tre palette électrique),
- l'acquisition de compétences et la modification des comportements (sensibilisation, formation, accueil des nouveaux au poste de travail) ».

Offre du parcours SCC : Communication en direction des PROFESSIONNELS DE SANTE



Accompagnements nationaux 2013/2014

Amélioration de la pertinence
des **appendicectomies**

Appendicectomie – Indicateurs de ciblage

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

Appendicectomies – Résultats du test

14 régions

24 établissements

790 dossiers

dont 788 sans ATI

	Segment A	Segment C	Ensemble
Taux de pertinence globale*	89,1%	55,6%	73,2%
Taux de pertinence a priori**	74,6%	32,4%	54,6%

* Tous les éléments du dossier y compris post op : aspect inflammatoire de l'appendice dans le CRO et le CRH

** éléments diagnostics préopératoires : cliniques et para cliniques (Référentiel HAS)

Validation statistique de la méthode de ciblage : il existe une différence significative entre les taux de pertinence des établissements du segment C et ceux du segment A

Taux de pertinence « globale » **important mais disparités +++** (de 24% à 100%)

Taux de pertinence « a priori » plus faible avec disparités +++ (de 0% à 98%) témoignant d'un suivi imparfait des recommandations HAS (mais recommandations récentes datant de novembre 2012 et la traçabilité imparfaite minore probablement le taux)

Accompagnements nationaux 2013/2014

Outils HAS et
accompagnement
des professionnels sur la
pertinence des
cholécystectomies
et sur celle des **coloscopies**

Actions d'accompagnement DGOS/HAS/CNAMTS

- Diffusion des **outils HAS** « note de problématique » et « support pour un programme d'amélioration de la pertinence des cholécystectomies »
 - **Proposition d'indicateurs de ciblage par la CNAMTS**, à valider par la Société Savante
 - **Elaboration d'une campagne d'accompagnement** par la CNAMTS sur le modèle du SCC
 - En échangeant avec les régions ayant choisi ce thème comme enjeu régional d'amélioration de la pertinence
 - En ajoutant comme thèmes associés le bon usage de la prescription des arrêts de travail, les examens préanesthésiques
- ➔ **Cette démarche est envisagée pour d'autres thèmes** : chirurgie bariatrique, thyroïdectomies, chirurgie ORL



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Pertinence des actes

Endoscopies digestives - Cholécystectomies

Philippe CABARROT

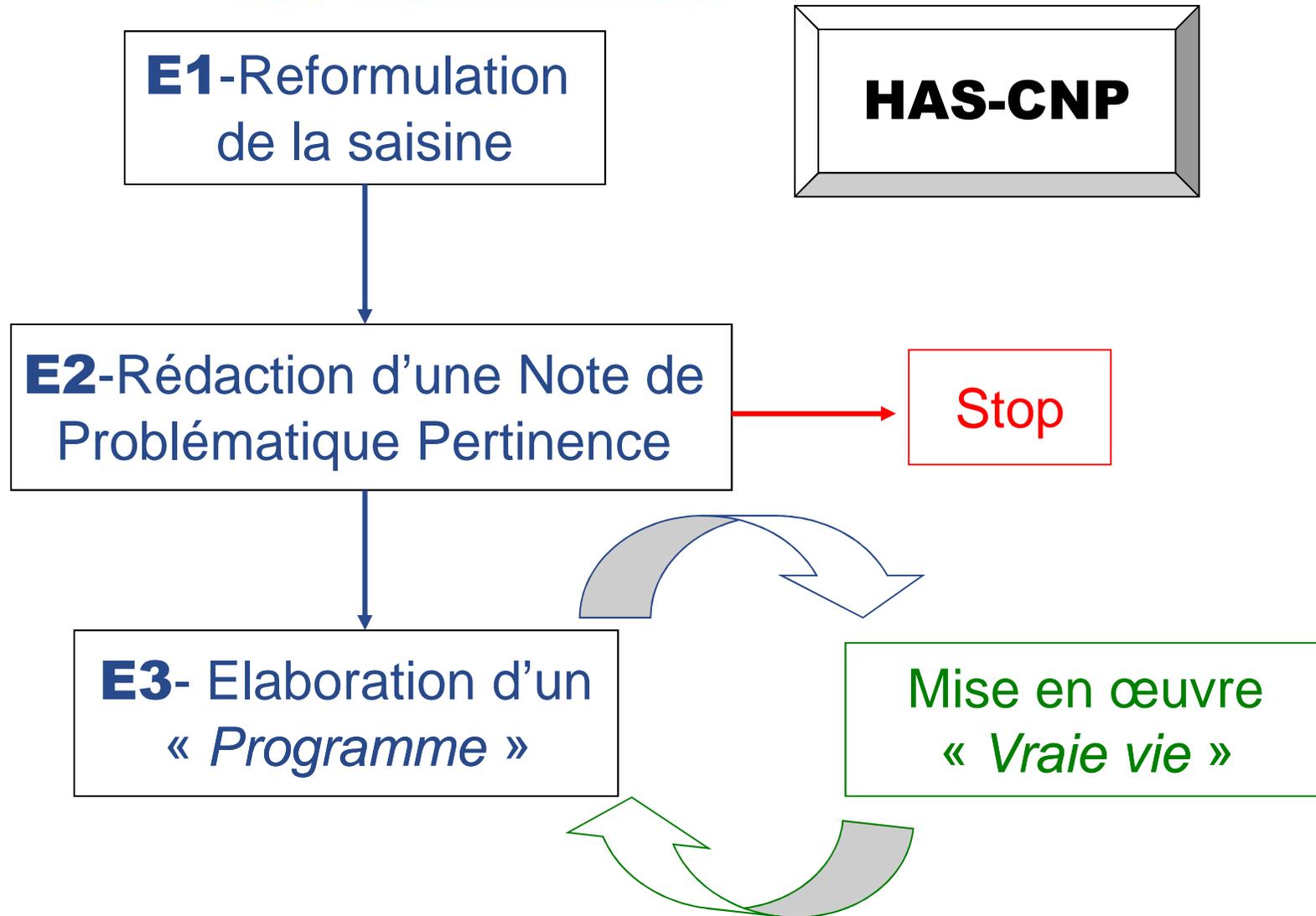
Rémy Bataillon

Thomas Le-Ludec

5 Mars 2014

Suite à une (*auto*) saisine

→ Processus en 3 Etapes...

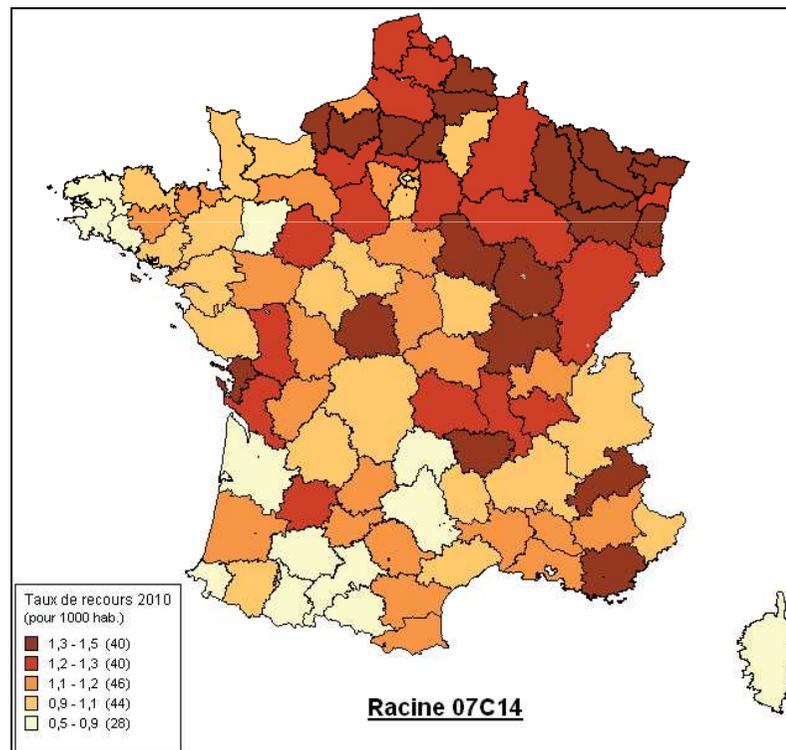


E1 – Nécessité dialogue services émetteurs et importance analyse avec les professionnels

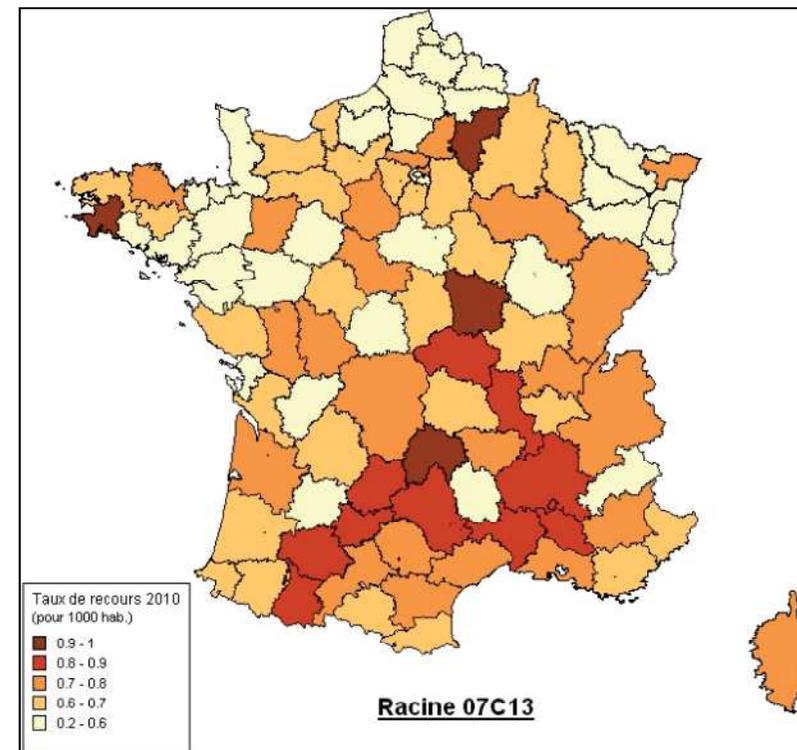
Exemple cholécystectomie

07C14: Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës

La saisine



Le GHM « miroir »



?
E2 → E3 / Elaboration messages clés et Incitatifs

Exemple cholécystectomie

→ Oui

1

Régime V11c	2007	2008	2009	2010
07C13	35 588	35 574	37 821	37 499
07C14	62 653	63 958	65 995	68 501
Total	98 241	99 532	103 816	106 000

10%

2

Données récentes de la littérature sur la fréquence des plaies biliaires
+ Base REX Accréditation Chirurgiens Digestifs

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

POINTS CLÉS & SOLUTIONS
PERTINENCE DES SOINS

PCVD
Fédération Française de Chirurgie Digestive
Collège National des Généralistes Médicins de France

Quand faut-il faire... une cholécystectomie ?

En raison :

- de l'augmentation du nombre des cholécystectomies et d'une variabilité géographique non expliquées ;
- de données récentes de la littérature sur la fréquence des plaies biliaires et leur impact sur la survie des patients ;

la Haute Autorité de Santé, la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive, le Conseil National Professionnel d'Hépatogastroentérologie et le Collège de la Médecine Générale souhaitent rappeler les points suivants :

1. En cas de LITHASE VÉSICULAIRE ASYMPTOMATIQUE, la cholécystectomie n'est pas indiquée de principe.

La lithase sera alors qualifiée de découverte fortuite. Les douleurs abdominales diffuses et chroniques, la dyspepsie, les troubles de la digestion, les ballonnements, la migraine... ne sont pas des symptômes de la lithase vésiculaire.

2. En cas de LITHASE VÉSICULAIRE SYMPTOMATIQUE, la cholécystectomie est indiquée.

Il appartient au chirurgien de valider l'indication de cholécystectomie, au vu des éléments cliniques, biologiques et d'imagerie. Il informe le patient des risques de la cholécystectomie. Il évalue avec lui, la balance bénéfices-risques de la cholécystectomie. Il assure la possibilité de ces éléments dans le dossier patient.

LE POINT CLÉ : Qu'est-ce qu'une lithase vésiculaire (asymptomatique) ?

Une douleur biliaire survient typiquement par crises et se caractérise par son apparition rapidement progressive dans l'épigastre ou dans l'hypochondre droit. Elle est d'intensité constante et dure spontanément d'une trentaine de minutes à quelques heures. Elle peut être suffisamment intense pour obliger le patient à interrompre son activité ou le réveiller. Elle peut irradier en hémi-courbe droite ou en bretelle. Elle peut être associée à des nausées ou vomissements.

3. En cas de CHOLÉCYSTITE AIGÜE, SANS DÉFAILLANCE VISCÉRALE, la cholécystectomie est recommandée le plus précocement possible.

Idéalement dans les 72 premières heures de l'évolution. Toute autre prise en charge (diète, contre-indication temporaire, médicalisée) doit être une décision concertée et tracée.

4. En cas de CHOLÉCYSTITE AVEC DÉFAILLANCE VISCÉRALE, d'ANGIOCHOLITE GRAVE ou de PANCRÉATITE AIGÜE BILIAIRE GRAVE, la décision de cholécystectomie et les modalités de mise en œuvre seront discutées de manière pluridisciplinaire.

5. LES INDICATEURS DE CHOLÉCYSTECTOMIES EN L'ABSENCE DE SYMPTÔMES BILIAIRES

La cholécystectomie est indiquée, à l'absence de risque de cancer et en tenant compte de la balance bénéfices-risques, en cas de :

- polype de taille supérieure à 10mm ;
- vésicule dite « potassine ».

En l'état actuel des connaissances, aucune recommandation ne peut être faite en matière de cholécystectomie prophylactique :

- lors de la chirurgie bariatrique ;
- en cas de calculs de taille supérieure à 3cm.

Janvier 2013

« Nouvelle » collection

Question d'intérêt clinique

Réponses aux ?

Légitimité Professionnelle

Coproduction HAS-CNP

Points Clés

Scientifiquement fondées

3. En cas de CHOLÉCYSTITE AIGUË, SANS DÉFAILLANCE VISCÉRALE, la cholécystectomie est recommandée le plus précocement possible.

Idéalement dans les 72 premières heures de l'évolution. Toute autre prise en charge (délai, contre-indication temporaire, modalités) doit être une décision concertée et tracée.

4. En cas de CHOLÉCYSTITE AVEC DÉFAILLANCE VISCÉRALE, d'ANGIOCHOLITE GRAVE ou de PANCRÉATITE AIGUË BILIAIRE GRAVE, la décision de cholécystectomie et les modalités de mise en œuvre seront discutées de manière pluridisciplinaire.

Recommandations 2.2.4 / SNFGE 2010

Le traitement de la cholécystite aiguë lithiasique de sévérité faible et modérée (grade 1 et 2) doit être chirurgical par la réalisation d'une cholécystectomie par coelioscopie le plus tôt possible après le début des symptômes (**Grade A**).

Pour le traitement des cholécystites aiguës lithiasiques de gravité sévère (grade 3), il paraît préférable de réaliser un simple geste de drainage de la vésicule biliaire par voie percutanée si possible (**Grade C**).

5. LES

La cho
de can
risques

- p
- v

man-
omie

9^e

CONGRÈS Francophone
de CHIRURGIE DIGESTIVE
et HÉPATO-BILIAIRE

PROGRAMME DPC

**PERTINENCE &
CHOLÉCYSTECTOMIE 2013**

CHOLÉCYSTECTOMIE 2013

gravie.jf@wanadoo.fr

→ **06K04 : Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire**

3 critères habituels DGOS-ATIH

→ *GHM traceur d'une variabilité non expliquée*

1. **Volume des actes**

> 850 000 actes

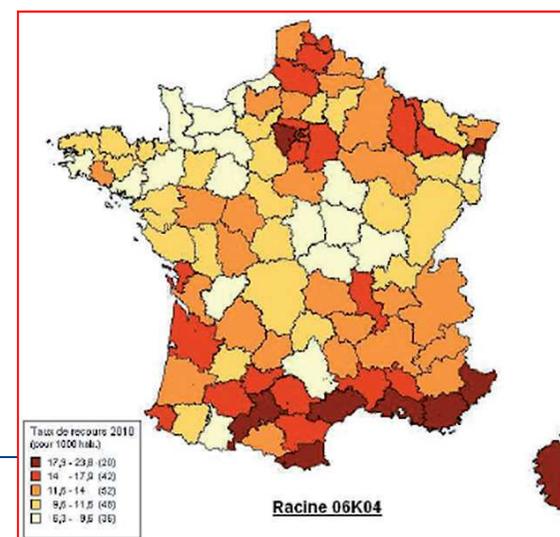
2. **Augmentation dynamique TDR***

18% / 2007-11

3. **Disparité géographique TDR**

• TDR : Taux de recours / 1000 habitants
(standardisé selon âge et sexe)

HAS





→ **06K04** : Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire soit **866.442 actes**

+ Actes Thérapeutiques

+ Actes en soins externes

+ Actes en hospitalisation

+ Actes sans anesthésie

E3- Questions d'intérêt cliniques

Reformulation

Exemple endoscopies

06K04 : Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire

Coloscopies : 1,28 M (CNAM 2011)

Coloscopies + Polypectomies (1/3)

Coloscopies de contrôle

Reco
Anaes
2004

UK
2011

US
2012

EU
2013

Aide à la décision pour le suivi
+ Décision partagée avec le patient

1.28 M Coloscopies

(données CNAM)

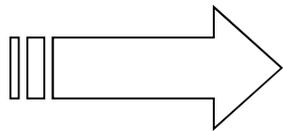
1/3 Coloscopies thérapeutiques

06K	2007	2008	2009	2010	2011
COLO Diag	555388	578595	625951	647585	667011
COLO Ther	337576	364241	398640	398022	398466
TOTAL	892964	942836	1024591	1045607	1065477
COLO Diag	62,2%	61,4%	61,1%	61,9%	62,6%
COLO Ther	37,8%	38,6%	38,9%	38,1%	37,4%

LA Question d'intérêt clinique

✓ Quelle stratégie de surveillance des patients ayant bénéficié d'une (ou plusieurs) polypectomie(s) endoscopiques pour adénome ?

Autrement dit quel délai de contrôle pour un nouvel examen ?



Ce délai s'analyse lors de la coloscopie Index prenant en compte le risque de récurrence d'un adénome (avancé) :

- Facteurs techniques
- Facteurs liés au patient
- Facteurs liés au(x) polype(s)

4. Mise en circulation d'un produit « validé », MAIS ■ appelé à être continuellement adapté / actualisé

1. Groupe d'orientation stratégique

- HAS – CNPHGE / FSMAD

2. 3 chefs de projets

- Note de problématique pertinence / Double validation

3. Groupe de travail

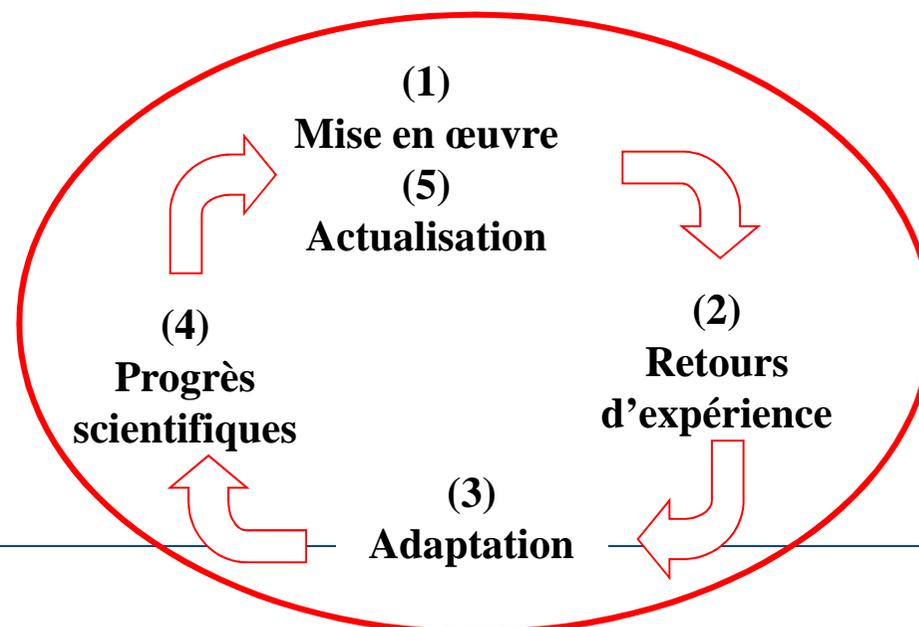
- 7 experts retenus par HAS, sur proposition CNP

4. Phase de relecture

- 25 relecteurs / Gra@I

5. Reformulation / GT

Ce n'est pas un « produit fini »
mais en perpétuelle évolution



Repérage données, NdP, références

FACTEURS PRIS EN COMPTE	US Multi-Society Task Force* [7]	Commission européenne+ [5]	National Institute for Health and Care Excellence* [6]
	Localisation (pages, section), niveau de preuve et principales études cités à l'appui		
<ul style="list-style-type: none"> Taille 	<p>≥ 1 PA ≥ 10 mm p851, Tableau 6 NP : haut</p> <p>Références : Saini 2006 [22], Lieberman 2007 [12], Laiyemo 2008 [24], Martinez 2009 [23], Pinsky 2009 [25], Miller 2010b [26], Chung 2011 [17], Cottet 2012 [27]</p>	<p>Sect. 9.2.2.2 Références : Morales 1996 [31], Schoen 1997 [32], van Stolk 1998 [33], Saini 2006 [22], Martinez 2009 [23]</p>	<p>Sect. 2.5.8.5 ; 2.5.8.7 ; 2.5.8.8 ; 2.5.8.9 ; 2.5.8.10 ; 2.5.8.13 NP : très bas, bas, modéré (selon type de PA initial et critère de jugement : nouveau PA, PA avancé, cancer)</p>
<ul style="list-style-type: none"> Histologie : contingent vilieux 	<p>≥ 1 PA de toute taille avec contingent vilieux p852, Tableau 6 NP : modéré</p> <p>Références : Lieberman 2007 [12], Martinez 2009 [23]</p>	<p>Sect. 9.2.2.3 Références : Costantini 2003 [34], Saini 2006 [22], Cafferty 2007 [30], Lieberman 2008 [35]</p>	<p>Sect. 2.5.8.5 ; 2.5.8.9 NP : très bas, bas (selon type de PA initial et critère de jugement : nouveau PA, PA avancé, cancer)</p>
<ul style="list-style-type: none"> Histologie : haut grade de dysplasie (néoplasie) 	<p>≥ 1 PA avec dysplasie de haut grade p852 NP : modéré</p> <p>Références : Lieberman 2007 [12], Martinez 2009 [23], Toll 2011 [36]</p>	<p>Sect. 9.2.2.4 Références : Bonithon-Kopp 2004 [37], Saini 2006 [22], Lieberman 2007 [12], Martinez 2009 [23]</p>	<p>Sect. 2.5.8.5 ; 2.5.8.6 NP : très bas</p>

MA : résultats comparés

Type d'adénome, source	Tout adénome de Jonge 2011 [82]	Adénome non avancé Martinez 2009 [23]	Adénome avancé Martinez 2009 [23]	Adénome avancé Saini 2006 [22]
Mesure du risque	RR non ajusté (IC 95%)	OR ajusté (IC 95%)	OR ajusté (IC 95%)	RR non ajusté (IC 95%)
		≥ 30 : 1,23 (1,08–1,41)	≥ 30 : 1,13 (0,93–1,38)	
Selon les caractéristiques de l'adénome à la coloscopie index				
ATCD de polype (vs. absence)	nd	1,37 (1,21–1,55)	1,76 (1,48–2,09)	nd
ATCD d'adénome avancé (vs. ATCD d'adénome non avancé)	TE : 1,81 (1,13 - 2,89) [I ² = 84,6%] EHQ : 2,34 (1,88 - 2,93) [I ² = 5,6%]	nd	nd	nd
Nombre d'adénomes	(vs. N = 1 à 2) N ≥ 3 TE : 1,64 (1,37 - 1,97) [I ² = 58,5 %] EHQ 2,15 (1,36 - 3,41) [I ² = 76,4 %]	(vs. N = 1) N = 2 : 1,46 (1,30–1,64) N = 3 : 2,05 (1,73–2,42) N = 4 : 2,23 (1,71–2,92) N ≥ 5 : 3,63 (2,76–4,78)	(vs. N = 1) N = 2 : 1,39 (1,17–1,66) N = 3 : 1,85 (1,46–2,34) N = 4 : 2,41 (1,71–3,40) N ≥ 5 : 3,87 (2,76–5,42)	(vs. N = 1 à 2) N ≥ 3 2,52 (1,07-5,97)

Mise en œuvre avec les professionnels

Tableau 1. Évaluation du risque de récurrence d'un ou plusieurs polypes ou de survenue d'un CCR (cancer du (des) polype(s))

NB : Les PF, sont	Niveau du colon droit	Cas particuliers
PBR (risque)	(risque)	<ul style="list-style-type: none"> Les PH < 10mm du RS ne sont pas un facteur de risque de survenue de CCR et relèvent d'une surveillance endoscopique selon le niveau de risque du patient. Les PH ≥ 10mm ou en amont du RS doivent être l'objet d'une concertation avec l'anatomo-pathologiste pour le diagnostic différentiel avec les PF.
<ul style="list-style-type: none"> nombre < 3 taille < 10 mm dysplasie de bas grade ou pas de dysplasie 	<ul style="list-style-type: none"> dysplasie de haut grade (ou pTis) pour PA ou dysplasie pour PF 	
<p><u>Les autres facteurs de risque liés au(x) polype(s)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> L'augmentation du risque de récurrence liée à la présence d'une comorbidité dépendamment des autres (notamment taille et nombre de recommandations en termes de délai de reconvoque sur cet aspect) La localisation proximale de l'adénome (en amont de l'angle de flexion) est non retenu dans les recommandations internationales apparaît comme un facteur pouvant modifier la décision, car son impact a été étudié au facteur « dysplasie de haut grade ». 		

Video-Digest 2013

Certification

CEFA HGE

DPC

JFHOD 2014

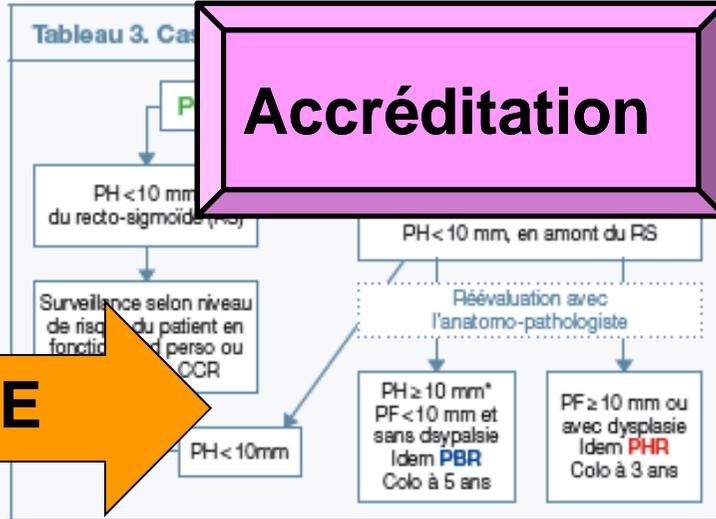
Accréditation

ROSP HGE

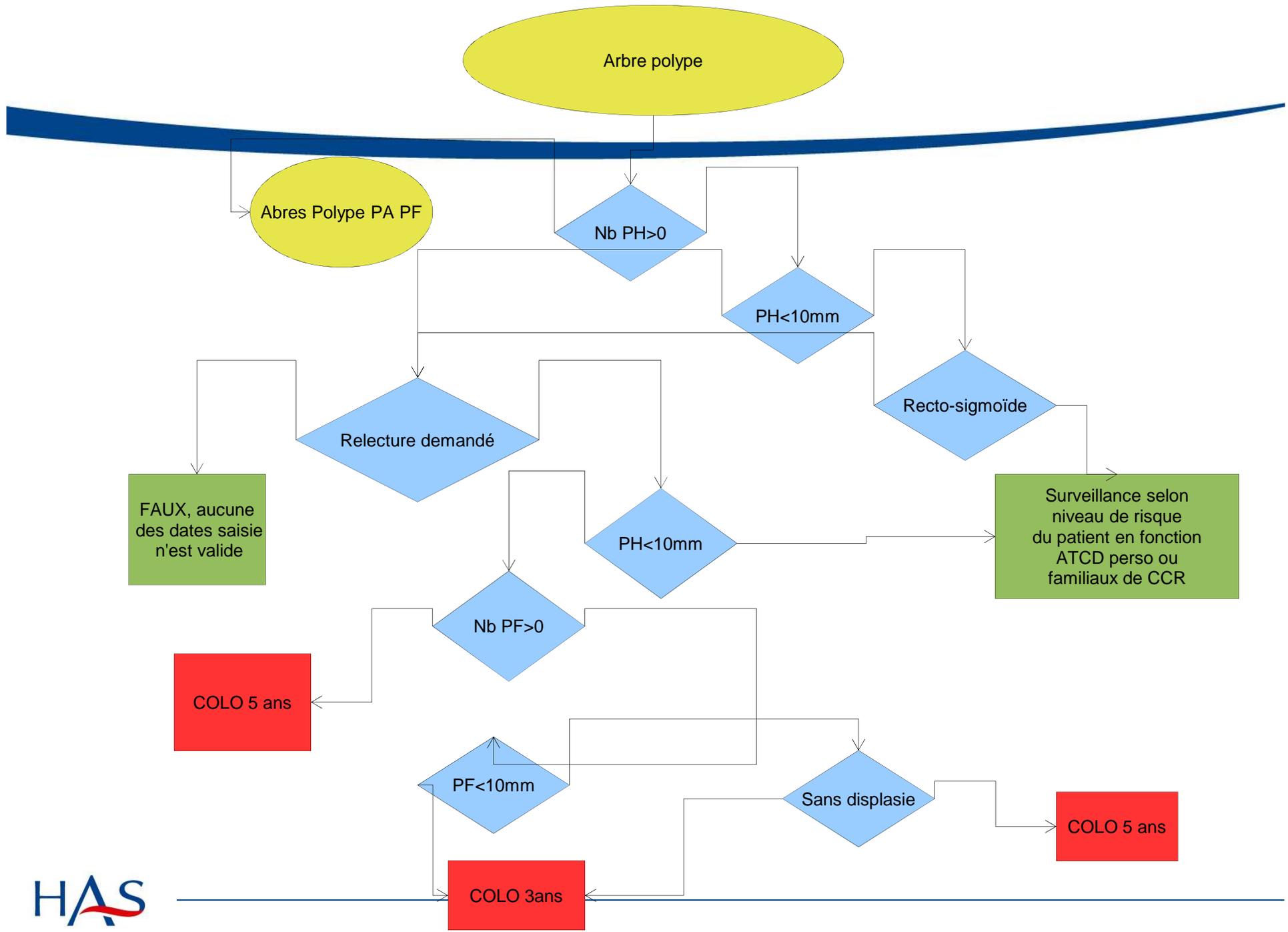
Tableau 2. Propositions de surveillance de PA et PF

Les propositions suivantes sont basées sur une preuve faible (avis d'experts). Ce calendrier indicatif sera à adapter en fonction de l'âge pour la première coloscopie, âge du patient, etc.)

Colo Index	Évaluation risque	Colo 3		Colo 4 et ...	
		Résultats	Date	Résultats	Date
PBR	→ 5 ans	PHR	→ 3 ans	PHR	→ 3 ans
		PBR	→ 5 ans	PBR	→ 5 ans
		Pas de polype	→ 5 ou 10 ans*	Pas de polype	→ 5-10 ans ou stop**
PHR	→ 3 ans	PHR	→ 3 ans		
		PBR	→ 5 ans		
		Pas de polype	→ 5 ans	Pas de polype	→ 5 ans



* Selon le niveau de risque du patient défini par les atod personnels ou familiaux de CCR ou d'adénomes: risque élevé (5 ans) ou risque moyen (10 ans). ** Selon le niveau de risque du patient défini par les atod personnels ou familiaux de CCR ou d'adénomes : risque élevé (5 à 10 ans) ou risque moyen (stop et retour à la stratégie de dépistage national).



Date 06/04/2007

Indication CONFORME selon les recommandations HAS

1/ Patient à risque moyen de CCR (cancer colorectal) :

- symptômes digestifs isolés : douleurs abdominales et/ou diarrhées et/ou constipation (après 50 ans et/ou en l'absence de réponse à un traitement symptomatique)
- rectorragies chroniques ou aiguës abondantes, melena, anémie.
- test de recherche de sang dans les selles positif
- endocardite à Streptococcus bovis ou du groupe D
- à distance d'une complication aiguë diverticulaire, en cas d'indication opératoire ou de doute diagnostique avec une pathologie néoplasique

3/ PATIENT ASYMPTOMATIQUE A RISQUE TRES ELEVE DE CCR (PAF, HNPCC, Polypose familiale avec mutation gène MYH, Polypose juvénile, Syndrome de Peutz-Jeghers)

2/ Patient asymptomatique à risque élevé de CCR :

- ATCD familial au 1er degré de CCR (patient âgé de plus de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic du cas index)
- ATCD familial d'adénome colique au 1er degré avant 60 ans
- ATCD personnel de CCR après chirurgie

ATCD d'exérèse personnelle de polypes colectoraux :

- contrôle à 3 mois après exérèse incomplète d'un adénome ou complète d'un adénome transformé pT1 sans colectomie complémentaire
- contrôle à 3 ans après exérèse d'un adénome avancé *, >=3 adénomes, ou un adénome avec ATCD familial de CCR (* adénome avancé : taille >= 1cm, ou présence d'un contingent vilieux, ou présence de lésion de dysplasie de haut grade ou de carcinome in situ.)
- contrôle à 5 ans
- contrôle à 10 ans
- patient acromégale

4/ Surveillance des MICI

Indication NON CONFORME selon les recommandations HAS

Demande du patient

Demande du médecin traitant

Votre choix

Souhait d'un contrôle plus précoce en l'absence de polypectomie (préparation insuffisante...)

Souhait d'un contrôle plus précoce après polypectomie entre le 4ème mois inclu et le 24ème mois

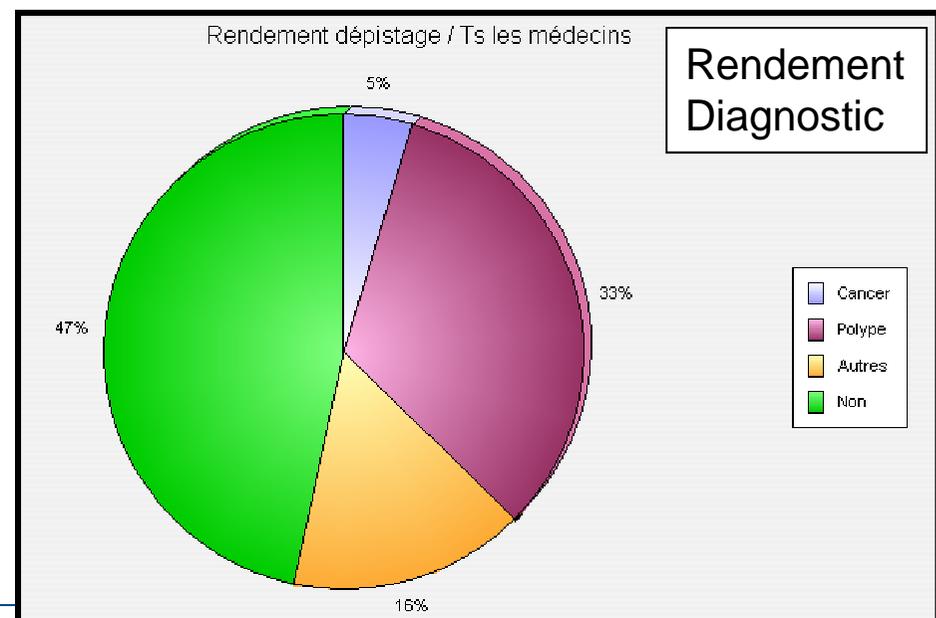
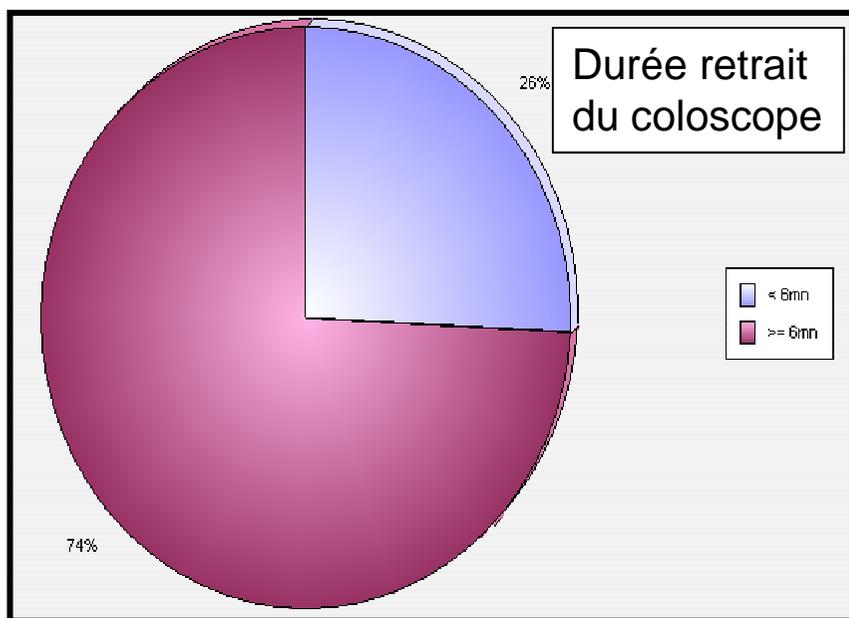
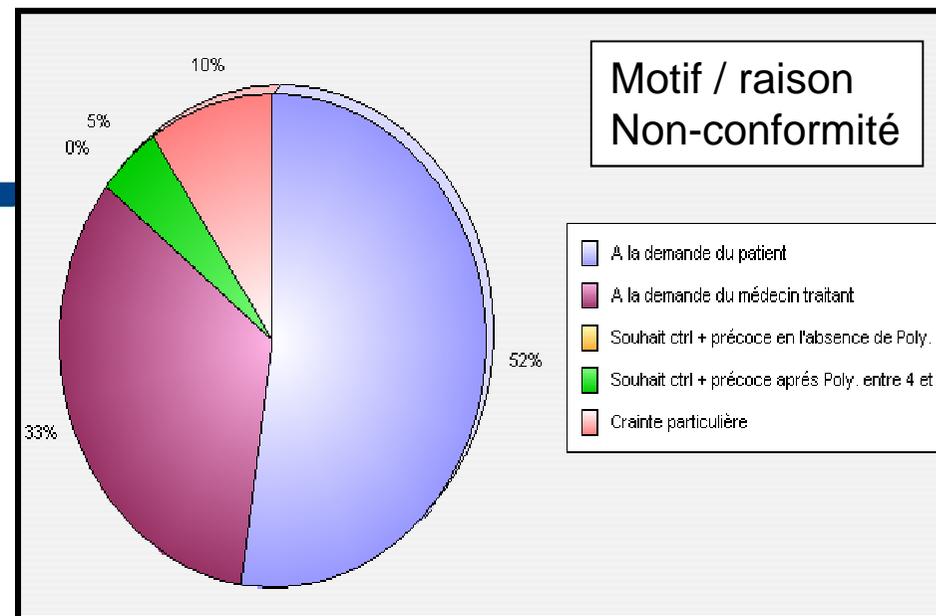
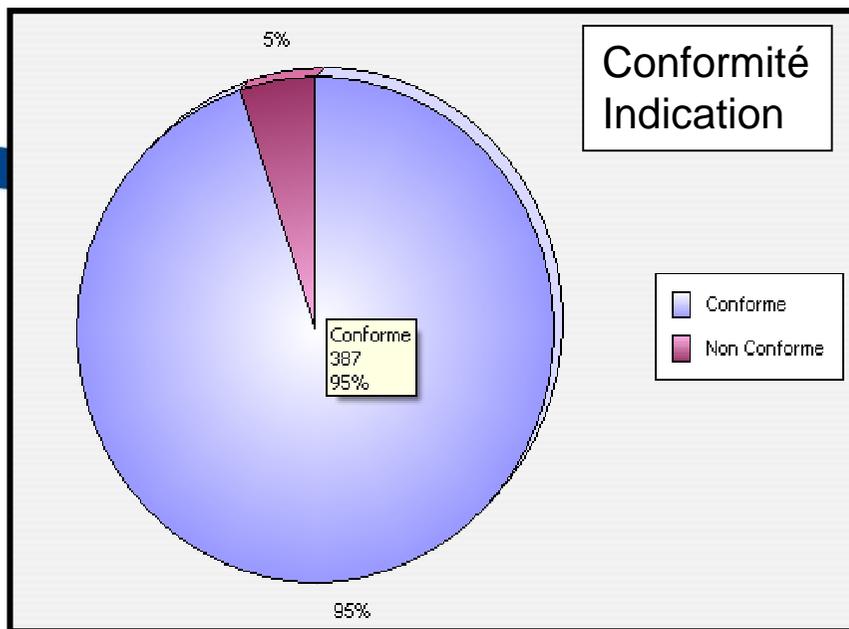
Crainte particulière



Validation



Annuler











**Quand faut-il faire...
une cholécystectomie ?**

La lithiase sera alors qualifiée de découverte fortuite. Les douleurs abdominales diffuses et chroniques, la...

Il appartient au chirurgien de valider l'indication de cholécystectomie, au vu des éléments cliniques, biologiques et d'imagerie. Il informe le patient des risques...

3. En cas de CHOLÉCYSTITE AIGUË, SANS...

La cholécystectomie est indiquée, en raison du risque de cancer et en tenant compte de la balance bénéfices-risque, en cas de :

- polype de taille supérieure à 10mm ;
- vésicule dite « potassière ».

En l'état actuel des connaissances, aucune recommandation ne peut être faite en matière de cholécystectomie prophylactique :

- lors de la chirurgie bariatrique ;
- en cas de calculs de taille supérieure à 3cm.

Janvier 2013

Coproduction
HAS-CNP

Réponse opérationnelle et rapide
 aux mandataires

Aide à la décision
 pour les professionnels

Support information / patients
 Aide à la décision partagée

→ Double « Légitimité »
 Scientifique & Professionnelle

Quel cadre partenarial avec les professionnels ?

Choix stratégique HAS basé sur la conviction qu'il s'agit de la meilleure chance de succès

- ✓ **Identification de la problématique**
- ✓ **Conception de « programmes » valides**
- ✓ **Association pour la mise en œuvre**

Il est attendu des CNP qu'ils articulent parfaitement :

(1) leur engagement pour améliorer la qualité et la sécurité des soins,

(2) dans un souci de la meilleure et plus juste allocation de ressources financières contraintes et

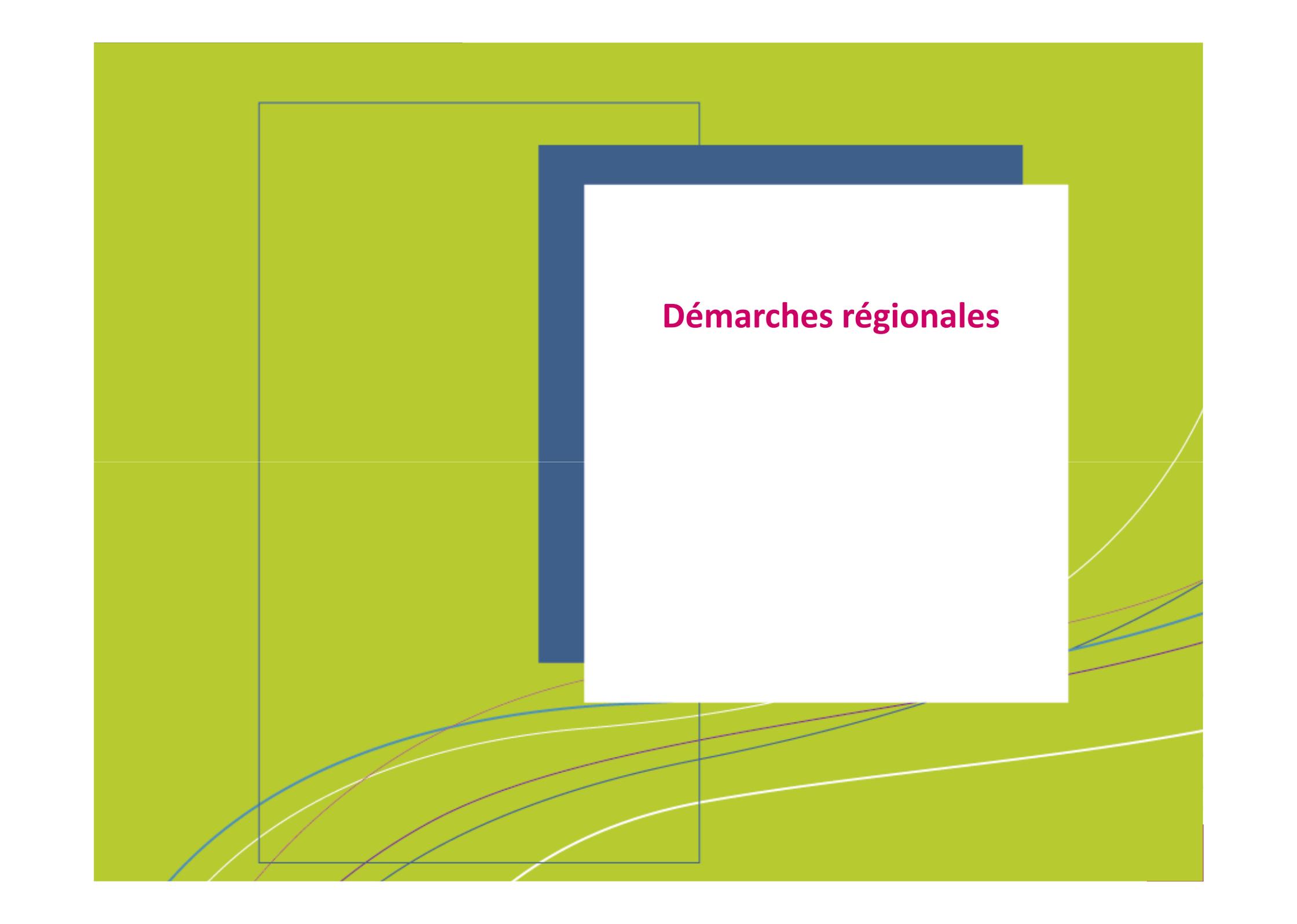
(3) dans un contexte de confiance assumée avec notamment l'identification et la gestion, conformes aux procédures de la HAS, de potentiels liens

Accompagnements nationaux

Conseil National de l'Ordre
des Médecins

Accompagnements nationaux

Conférence des doyens

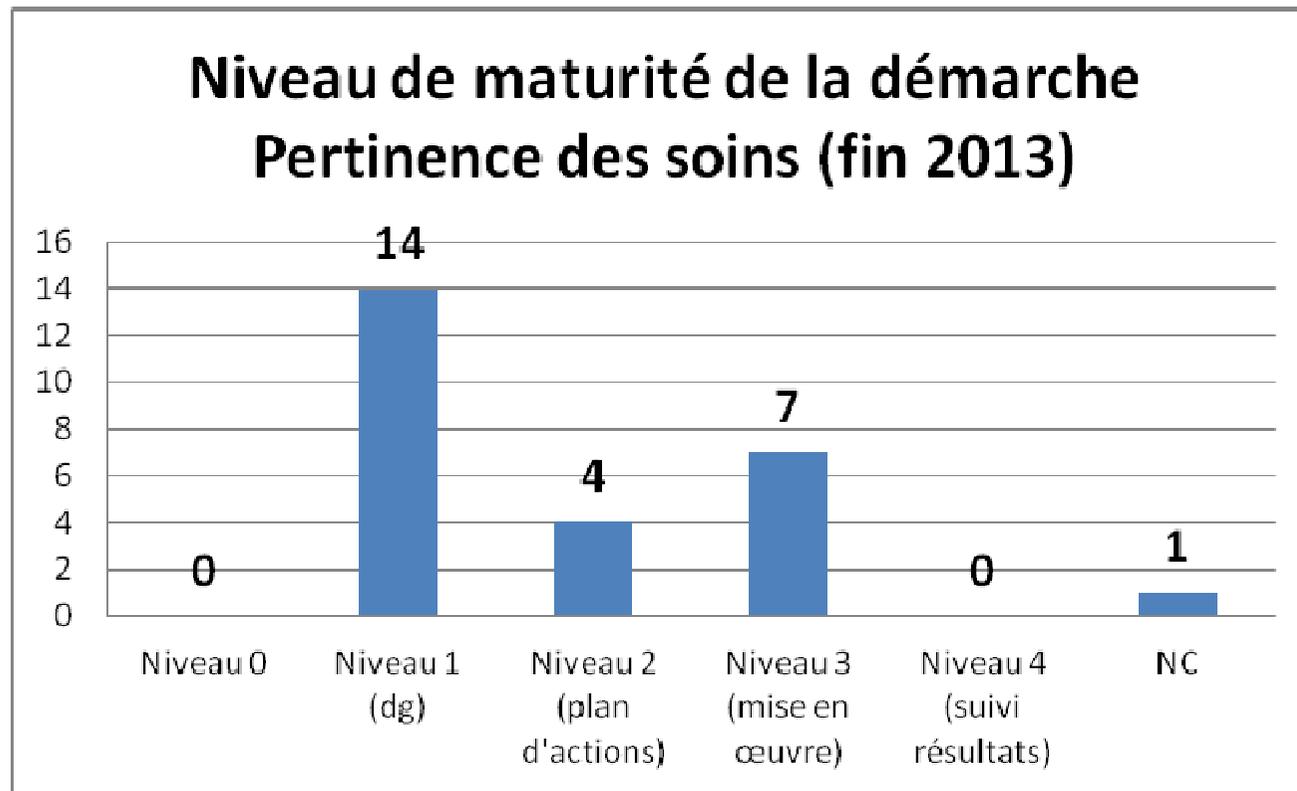


Démarches régionales

Réunions techniques avec les ARS

Janvier 2014

- Etat d'avancement des démarches régionales à ce jour :



Réunions techniques avec les ARS

Janvier 2014

- Thématiques majoritairement retenues pour 2014 comme enjeu régional d'amélioration :
 - Césarienne programmée à terme (16 régions)
 - Endoprothèses vasculaires sans IDM (8 régions)
 - Prise en charge du SCC (7 régions)
 - Endoscopie digestive (3 régions)
 - Cholécystectomie (3 régions)
 - Appendicectomies (3 régions)
 - + SSR (3 régions)

Réunions techniques avec les ARS

Janvier 2014

- Actions mises en place pour les 7 régions qui sont au niveau de maturité 3 :
 - Mise en place et exploitation de registre de suivi d'activité et projet de mise en place de programme de DPC : endoprothèses vasculaires sans IDM
 - Mise en place de groupes de pairs, relais d'information pour le rappel des bonnes pratiques à l'ensemble des praticiens de la région (thyroïdectomies, colectomies)
 - Intégration d'objectifs dans les CPOM ARS-ES
- + Césarienne programmée à terme : cf. expérimentation pilote

Leviers à renforcer

(signalés par les ARS lors des ateliers de juin 2013 qui restent valables)

- **Appropriation des outils** : nécessité que les outils mis à disposition par la HAS soient repris localement autour d'un objectif qui fasse sens pour l'équipe de soins
 - ➔ **Besoin d'un appui, accompagnement des équipes en proximité**

- **Diffusion des données** : effet pédagogique d'une diffusion des données comparatives à l'ensemble des professionnels concernés
 - ➔ **Nécessité d'une diffusion plus large que celle réalisée actuellement**

Leviers à renforcer

(signalés par les ARS lors des ateliers de juin 2013 qui restent valables)

- **Gradation des actions :**

- effet pédagogique de s'intéresser aux « extrêmes » en premier
- nécessité d'être clair dès le début sur la gradation des actions qui seront mises en œuvre

➔ **Besoin de définir précisément les modalités de suivi et l'objectif cible (place des indicateurs)**

Réflexions sur le suivi de l'impact des actions mises en œuvre

- Propositions à discuter

- Consommation de soins : diminution de la dispersion des taux de recours
- Production de soins :
 - ✓ Indicateurs de ciblage CNAMTS : amélioration du résultats des indicateurs correspondants aux pratiques de prise en charge recommandées par la HAS
 - ✓ Indicateurs de taux de césarienne attendu : rapprochement taux constaté/attendu
 - ✓ Indicateurs de processus ?

Outils proposés par l'ATIH dans le cadre du GDR « pertinence »

Groupe technique national

5 mars 2014

Réponses aux besoins des ARS formulés lors des ateliers inter- régionaux en juin 2013

Deux applications dédiées sur SNATIH

- « Taux de recours » et « Analyses croisées de consommation-production », déclinées sur les champs MCO, HAD, SSR et PSY

Taux de recours aux soins

[Taux de recours MCO par régions ou territoires de santé](#)

[Taux de recours SSR par régions ou territoires de santé](#)

[Taux de recours HAD par régions ou territoires de santé](#)

[Taux de recours PSY par régions ou territoires de santé](#)

Analyse de l'activité

[Analyse croisée de consommation/production de soins MCO](#)

[Analyse croisée de consommation/production de soins SSR](#)

[Analyse croisée de consommation/production de soins HAD](#)

[Analyse croisée de consommation/production de soins PSY](#)

Demandes des ARS – dossier pertinence (1/3)

○ Nouveau **champ PSY**, en distinguant la prise en charge en ambulatoire et la prise en charge à temps complet ou partiel;

○ Nouveau **mode de consultation des taux de recours**

→ dans le 2eme module, tous les taux France, régions et territoires en un seul tableau

tous les taux
en 1 clic

○ Nouveau **niveau de regroupement**

→ taux de recours par acte, accès sous forme de menu par familles d'actes

taux
par acte

Demandes des ARS – dossier pertinence (2/3)

- Mise à disposition des **listes d'actes** correspondant aux activités ciblées par geste en annexe de la documentation SNATIH.
- Mise à disposition de la **grille de correspondance** racine de GHM / Domaine d'activité (DoAc)/ Groupe planification (GP) /Groupe d'activité (GA) selon la version v11e des GHM.

<http://www.atih.sante.fr/regroupements-des-ghm-et-racines-de-ghm-en-v11e>

- Envoi de données à la demande de certaines ARS ayant des **découpages territoriaux** plus fins que le TS
(ex: cas particulier de régions qui n'ont qu'un TS)

Demandes des ARS – dossier pertinence (3/3)

Enrichissement et mise en concordance des agrégats proposé pour les 2 applications **taux de recours** et **analyses croisées consommation-production** :

– sur le **champ MCO** pour différents agrégats d'activité :

- Global
- Indicateurs de pilotage de l'activité (IPA),
- Activité de Soins (M/C/O - hors séances)
- Catégories d'activités de soins (CAS)
- Domaines d'activité (DoAc)
- Groupes Planification (GP)
- Groupes Activités (GA)
- **Activités ciblées - pertinence des soins (*)**
- **Acte classant (super famille / famille / acte) (taux de recours uniquement)**

– sur le **champ HAD**, au global et selon le mode de prise en charge principal;

– sur les **champs SSR et PSY**, en distinguant la prise en charge en hospitalisation complète et hospitalisation partielle.

Réponses aux besoins des ARS formulés lors de la réunion de novembre 2013

Demandes complémentaires des ARS – dossier pertinence

- Concernant les **cholécystectomies**, les taux de recours et les analyses croisées consommation-production sont désormais disponibles sur SNATIH pour les 2 racines de GHM : Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës (07C13) et Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës (07C14).
- La déclinaisons par **groupe de planification** a été ajoutée dans l'application SNATIH Indicateurs d'analyse de l'activité (IAA).
- Pour les ARS qui en ont fait la demande l'ajout d'un **zonage spécifique** sera proposé sur SNATIH lors de la mise à disposition des données 2013 des taux de recours et des analyses croisées consommation-production .

Merci de votre attention

**Agence technique de l'information
sur l'hospitalisation**

117, bd Marius Vivier Merle 69329 Lyon cedex 03

Téléphone : 04 37 91 33 10

Fax : 04 37 91 33 67

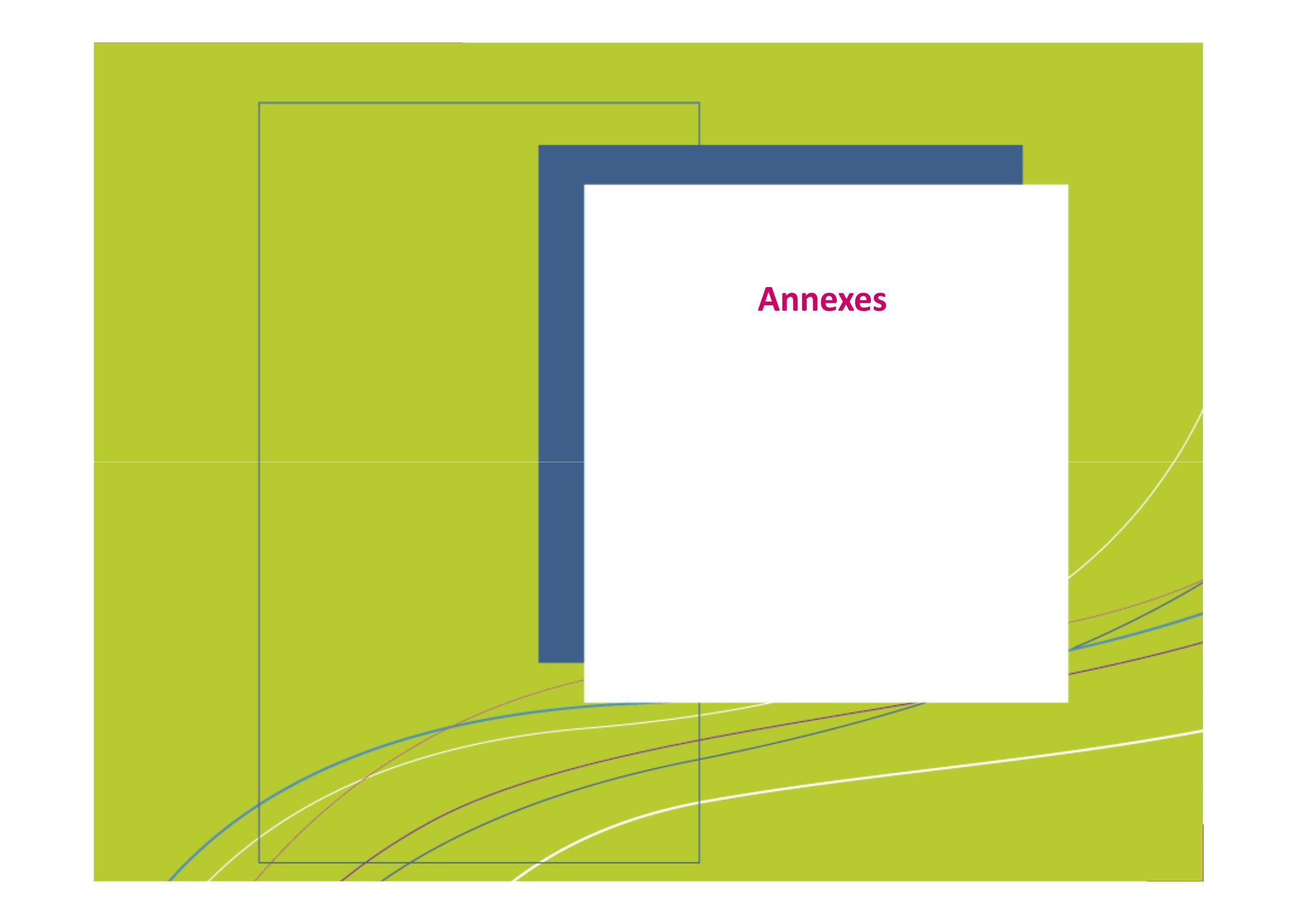
www.atih.sante.fr



**Axes de travail
complémentaires pour 2014**

Axes de travail complémentaires pour 2014

- **Pertinence des actes** : imagerie
- **Pertinence des prescriptions** : médicaments
- **Pertinence des séjours** :
 - Hospitalisations potentiellement évitables
 - SSR
 - HAD



Annexes

Présentation des applications

Taux de recours : définition

Les taux de recours correspondent

- Pour le champ MCO : **nombre de séjours** pour 1000 habitants
- Pour les autres champs : **nombre de journées** pour 1000 habitants

Les fiches sont construites en trois parties :

- cartographie
- tableau des taux de l'année avec indices national et régional
- évolution des taux sur la période 2006-2012

Taux de recours MCO : formulaire

1er module : une activité – toutes les zones géographiques (R ou TS)

Comparaison entre zones géographiques pour un type de regroupement donné

Type de taux	Taux bruts
Type de zonage	Régions
Sélection de l'année	2011

CHOIX : Taux bruts ou standardisés

CHOIX : Régions ou territoires

CHOIX : 2006 à 2012

→ **Choix de l'activité (type et item de regroupement)**

2e module : plusieurs activités - une zone géographique (R-TS)

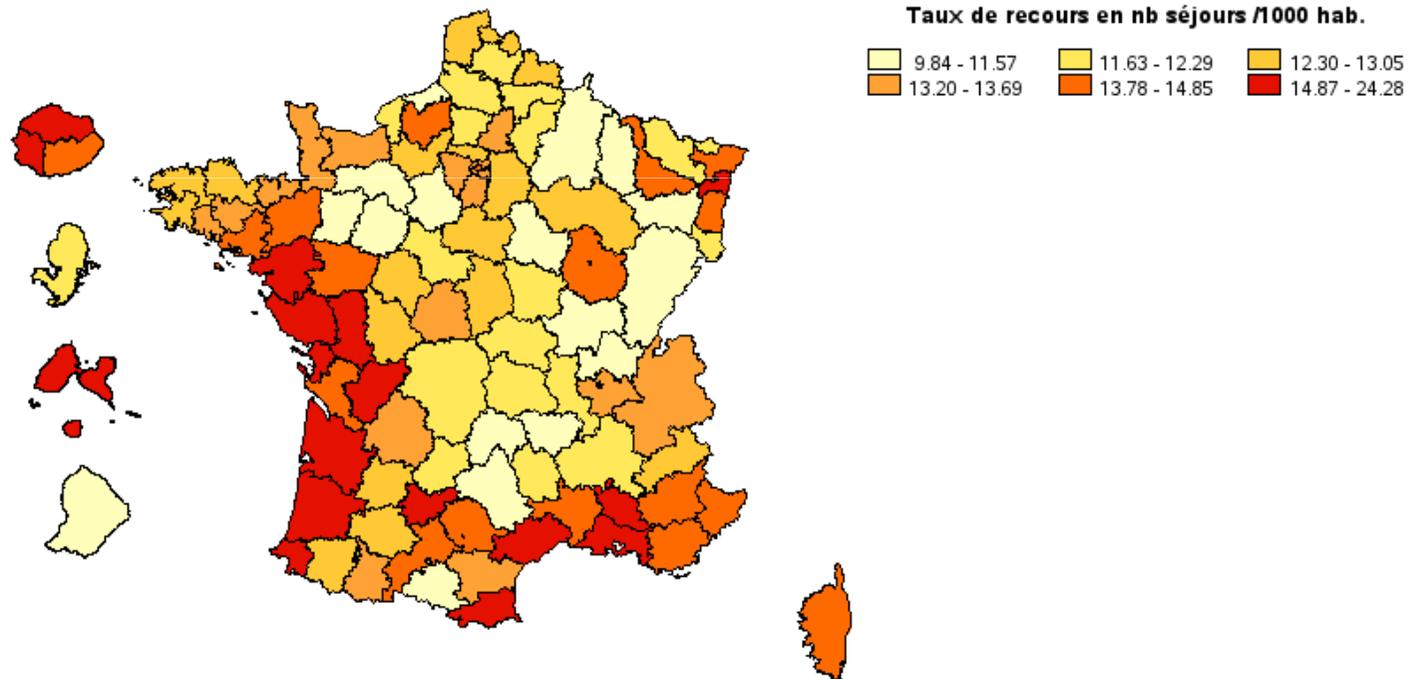
Comparaison entre types de regroupement pour une zone géographique donnée

Type d'entité géographique	Région
Choix de l'entité géographique	Alsace
Sélection de l'année	2011

→ **Choix du type de regroupement (tous les items)**

Taux de recours : cartographie

Taux de recours MCO par Territoire de santé - Année = 2011 - Taux Standardisé
Groupe Planification - C16 : Chirurgie Ophtalmologique et greffe de cornée
Taux de recours national : 13,37



Taux de recours : taux de l'année

Taux de recours par Territoire de santé - Année = 2011 - Taux Standardisé
 Ensemble de l'activité

Région	territoire	Territoires de santé	Taux de recours brut 2011 en /1000	Taux de recours standardisé année 2011 en /1000	Indice régional (Txstand Terr /Txstand Rég.)	Indice National (Txstand Terr /Txstand Nat.)
GUADELOUPE	01S000001	Territoire Centre	60,22	239,68	0,84	3,98
GUADELOUPE	01S000002	Territoire Sud Basse-Terre	345,50	386,93	1,35	6,43
MARTINIQUE	02S000001	Martinique	31,14	35,31	0,98	0,59
GUYANE	03S000001	Guyane	172,95	569,41	1,00	9,46

- **l'indice national** donne le rapport entre le TRs de la région ou du territoire de santé et le taux de recours national : si l'indice est supérieur à 1, le taux d'hospitalisation standardisé de la région ou du territoire de santé considéré est plus important que le taux national.
- **l'indice régional** donne le rapport entre le TRs du territoire de santé et le TRs de la région : si l'indice est supérieur à 1 le taux standardisé du territoire est plus important que le taux standardisé régional.

Analyses croisées consommation- production : définition

L'objectif des **analyses croisées de consommation-production** est d'apporter des éléments sur la répartition à la fois de l'offre de soins et de l'utilisation de soins d'une région donnée.

Ainsi, pour chaque région, l'analyse porte sur les journées qui ont été :

- soit produites par un établissement implanté dans la région
- soit consommées par un patient résidant dans la région.

Analyses croisées consommation- production : illustration

PRODUCTION : Établissements de la région par territoire de santé			CONSOMMATION : Territoires de santé des patients de la région						Ensemble	
			TS1 Nord	TS2 Sud	TS3 Est	TS4 Ouest	TS5 Centre	autres régions		région inconnue
TS3 Est	990009885	POLYCLINIQUE C	16	3	1 786	.	17	57	1	1 880
	990015965	SAS POLYCLINIQUE SAINT P	7	1	833	.	.	29	.	870
	990780055	CH B	7	.	187	.	.	3	3	200
	990780139	CLINIQUE D	195	13	1 124	3	5	136	5	1 481
	990780147	POLYCLINIQUE D	.	.	176	.	.	.	1	177
	990780154	POLYCLINIQUE P	.	.	939	.	.	15	4	958
	990780477	CHU	37	179	1 134	35	54	187	27	1 653
	990780699	POLYCLINIQUE S	9	137	1 549	21	7	151	4	1 878
	990780642	CLINIQUE SAINT- LOUIS	30	87	1 105	5	61	72	1	1 361
	990780667	CLINIQUE W	5	59	623	25	3	28	1	744
	990780675	CLINIQUE V	.	1	31	1	.	1	.	34
	990780683	POLYCLINIQUE T	65	261	4 717	138	13	459	12	5 665
	990780717	CLINIQUE B	1	585	219	2	.	13	.	820
	990780725	CLINIQUE V	.	431	718	2	2	31	2	1 186
	990780741	POLYCLINIQUE O	.	4	1 581	.	1	51	8	1 645
	Sous-total			372	1 761	16 722	232	163	1 233	69
autres régions	-	-	730	1 225	343	225	375	.	.	2 898
	Sous-total		730	1 225	343	225	375	.	.	2 898
Ensemble			5 926	10 877	17 260	1 104	8 899	2 658	168	46 892