

# Plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins 2022-2025

Région Guadeloupe  
Saint-Martin et  
Saint-Barthélemy

# PLAN

## Préambule

- I. Le diagnostic régional
- II. Les actes, prescriptions et prestations retenus
- III. Les critères permettant de sélectionner les établissements de santé
- IV. Actions et calendrier
- V. Modalités de suivi et d'évaluation des actions
- VI. Liste des acronymes

## Annexes

**Annexe 1** : Définition du taux de recours

**Annexe 2** : Les territoires de santé de la Guadeloupe et des Iles du Nord

**Annexe 3** : Chirurgie ambulatoire – Les 55 gestes marqueurs, en Guadeloupe et dans les Iles du Nord

**Annexe 4** : SSR – Les 6 gestes de chirurgie orthopédique identifiés par la HAS, en Guadeloupe et dans les Iles du Nord

## Préambule

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la pertinence comme « la bonne intervention, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient ».

Cette définition peut se compléter par la notion de dispensation d'un acte diagnostique ou thérapeutique en adéquation avec les besoins du patient, nécessaire, approprié dans son indication et conformément aux données de la science et recommandations nationales et/ou internationales. Cela sous-entend qu'un soin peut être non pertinent par excès ou par défaut de soin.

La notion de pertinence a également vocation à évoluer : un soin pertinent hier peut ne plus l'être aujourd'hui du fait de l'évolution des connaissances et de l'organisation des soins.

**Les enjeux de la pertinence**, que ce soit pour les actes (prise en charge médicale, chirurgicale...), les prescriptions (médicamenteuses, examens de biologie...), les prestations (modalités d'hospitalisation, parcours de soins...) répondent à la fois à des objectifs de qualité et de sécurité des soins mais aussi d'optimisation des dépenses de santé.

### Ils s'articulent autour de 3 axes:

- **L'efficacité** pour le meilleur résultat en termes de santé ;
- **La sécurité** : toute intervention de santé comporte des bénéfices et des risques potentiels. Toute intervention inappropriée ou par excès s'avère non pertinente ;
- **La rationalisation des dépenses** : l'amélioration des connaissances scientifiques, l'application des technologies de pointe (informatique, robotique) à la médecine et l'innovation dans le domaine des produits de santé ont accru considérablement le coût de la prise en charge de certaines pathologies.

Concomitamment, la part dans notre système de santé d'actes et de prestations de soins réalisés et apparaissant peu ou non pertinents apparaît significative.

Les disponibilités financières étant limitées, cela implique de veiller à l'équité de notre système sanitaire en mobilisant les leviers appropriés pour modérer les dépenses de santé. Ce qui peut se traduire par une réduction du nombre d'actes et de soins non nécessaires ou par exemple, par l'augmentation du recours aux médicaments génériques et aux biosimilaires.

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

**Cette démarche de pertinence des soins doit donc permettre d'améliorer les pratiques professionnelles afin de développer la qualité des soins ainsi que d'améliorer l'efficacité de la prise en charge en évitant des traitements inadéquats et donc des risques potentiels pour les patients et des dépenses inutiles pour la collectivité.**

## **LE CADRE NATIONAL DE LA PERTINENCE DES SOINS**

Le cadre national s'articule autour des plans et dispositifs suivants :

### **Le Plan National de Gestion Du Risque et d'Efficiace du Système de Soins (PNGDRESS)**

La pertinence des soins s'inscrit dans la déclinaison des orientations du PNGDRESS. Ce plan détermine les actions et les objectifs permettant d'améliorer les performances de notre système de santé et de maîtriser l'évolution des dépenses conformément à l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). Conclu entre l'Etat et l'Union des caisses nationales d'assurance maladie, le PNGDRESS est décliné dans chaque région par le biais d'une convention entre le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et l'Assurance Maladie (AM) représentée par le Directeur Coordonnateur de la Gestion Du Risque (DCGDR).

### **La Stratégie Nationale de Santé (SNS)**

La SNS issue de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, mise en œuvre dès 2018, intègre pleinement la pertinence au travers des parcours de soins, de la prévention et du développement du virage ambulatoire.

La pertinence des prescriptions, actes et hospitalisations constitue le troisième axe de la SNS au travers de plans et programmes nationaux et, dans les territoires, par les Projets Régionaux de Santé (PRS) définis par les ARS.

Cet axe vise à garantir la pertinence des pratiques afin d'améliorer la qualité du service rendu et de limiter les dépenses évitables (ex : hospitalisations et ré-hospitalisations).

La pertinence se décline également dans la stratégie de transformation du système de santé dont l'un des cinq chantiers est « d'inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques ».

### **Ma santé 2022**

Le volet « qualité, pertinence et patients » de Ma santé 2022 cible l'amélioration des parcours de soins (notamment insuffisance cardiaque), le développement d'outils numériques et le déploiement d'indicateurs.

Une révision profonde du financement est par ailleurs envisagée, permettant de sortir de la seule logique de la T2A pour favoriser des rémunérations au forfait pour certaines maladies chroniques ainsi que des primes à la qualité.

### **Le Ségur de la santé**

En juillet 2020, le Ségur de la santé a réitéré notamment le principe d'une nouvelle politique d'investissement et de financement au service de la qualité des soins. Il s'agit de renforcer la qualité et la pertinence des soins en développant des indicateurs de résultats et de pertinence ainsi que des dispositifs d'intéressement collectif à la qualité.

### **Les dispositifs existants**

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

L'HAS a inscrit la pertinence à son programme de travail dans le cadre de l'appui à l'amélioration des pratiques professionnelles.

Depuis 2010 la certification des établissements de santé intègre cette priorité. La V2014 a pris davantage en compte la pertinence en liant notamment les Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) et l'item « pertinence » au profil de risque de l'établissement.

La nouvelle version de la certification dite « certification des établissements de santé pour la qualité des soins » conforte l'ancrage de la pertinence dans ses objectifs : « la démarche d'analyse de la pertinence (c'est-à-dire le questionnement sur le caractère approprié des prescriptions d'actes, de médicaments, de dispositifs médicaux, de séjours d'hospitalisation) et des résultats de leurs pratiques par les équipes de soins est au cœur du nouveau dispositif de certification. L'engagement des équipes à analyser leurs pratiques pour améliorer la pertinence et les résultats sera évalué ».

- L'intégration de la pertinence des soins dans les orientations nationales du développement professionnel continu (DPC) ;
- La démarche de mise sous accord préalable (MSAP) de l'Assurance Maladie est un des moyens de la CNAM (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie) pour améliorer la pertinence de certains modes de prise en charge.

## **LA DEMARCHE REGIONALE**

### **Le Projet Régional de santé (PRS)**

L'ARS Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy est le régulateur du dispositif de santé sur ces trois territoires. Elle est chargée de la déclinaison et de la mise en œuvre de la politique nationale de santé, afin de veiller à la gestion efficiente des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Le processus de planification sanitaire sur le territoire est formalisé par le projet régional de santé qui a permis d'acter une première démarche d'évaluation de la pertinence des soins.

Ce dernier a été rénové et simplifié par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 afin de mieux l'articuler avec les priorités nationales et de l'ancrer au cœur des territoires.

Afin de permettre d'ajuster l'action de l'agence et de préparer les prochains outils de planification, et conformément au décret n°2016-1023 du 26 juillet 2016, une évaluation du SRS et du PRAPS est actuellement en cours.

### **Le Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS)**

Dans le cadre du décret du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé, les ARS en lien avec l'Assurance Maladie définissent un Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS) qui concourt à l'amélioration de l'efficacité du système de santé en région. Le PAPRAPS 2022-2025 s'inscrit dans la poursuite des travaux entrepris dans le cadre du PAPRAPS 2016-2019 arrêté le 12 septembre 2016 (arrêté N°ARS/POS/GDR/N°971-2016-09-12-001). Suite à la crise sanitaire, la possibilité de proroger le plan arrêté au cours de l'année 2016, conformément au décret n° 2020-1629 du 21 décembre 2020, n'a pas pu être mise en œuvre. Le présent plan constitue donc une nouvelle version, arrêtée pour la période 2022-2025.

Le PAPRAPS précise la méthodologie, définit les différentes actions à mettre en œuvre en fonction de la situation régionale ainsi que les modalités de suivi.

L'article R. 162-44 du code de la sécurité sociale précise la teneur de ce plan :

- Un **diagnostic** de la situation régionale, réalisé sur un champ thématique délimité, avec le concours de l'IRAPS ;
- les **domaines d'action prioritaires** en matière d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé, en définissant les actes, prestations et prescriptions retenus qui portent, le cas échéant, sur la structuration des parcours de santé et l'articulation des prises en charge en ville et en établissement de santé, avec ou sans hébergement ;

- les **actions communes aux domaines retenus** et la déclinaison, pour chacun d'eux, des actions qui seront menées, le ciblage éventuel et les critères des établissements de santé concernés par un contrat d'amélioration de la pertinence des soins ou par la procédure de mise sous accord préalable prévue par l'article R. 162-44-3 du code de la sécurité sociale.

Le PAPRAPS est arrêté par le Directeur Général de l'ARS pour une durée de quatre ans, après avis de la Commission Régionale de Coordination des Actions de l'Agence régionale de santé et de l'Assurance maladie (CRC3A). Il peut être révisé chaque année dans les mêmes conditions.

### **L'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS)**

L'IRAPS est l'instance de concertation entre l'ARS, l'Assurance Maladie, les représentants des fédérations des hôpitaux privés, publics, Hospitalisation à Domicile (HAD) et du sanitaire, du social et du médico-social, les représentants des URPS (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers et pharmaciens) et le collectif inter-associatif sur la santé.

Elle est ainsi consultée sur l'élaboration, les révisions et l'évaluation du Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS).

L'IRAPS a été consultée sur l'élaboration du présent plan en date du 20/06/2022. Les membres de la Commission Régionale de Coordination des Actions de l'Agence régionale de santé et de l'Assurance maladie (CRC3A) ont donné un avis favorable en date du 27/06/2022.

### **Le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiences des Soins (CAQES)**

Le décret n°2015-1510 du 19 novembre 2015 prévoit la possibilité d'établir un contrat tripartite d'amélioration de la pertinence des soins entre l'ARS, l'Assurance Maladie et l'établissement avec pour objectif d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'Assurance maladie.

Il peut comporter un volet optionnel conclut avec les établissements identifiés en application du PAPRAPS, ciblant :

- des objectifs destinés à améliorer la qualité des actes, des prestations ou des prescriptions ;
- ou des objectifs de réduction du nombre des actes, prestations ou prescriptions ou de substitution de ceux-ci.

Le « CAQES rénové » mis en place à partir du 1er janvier 2022 est recentré sur la qualité de la prise en charge des patients en favorisant la pertinence et l'efficacité des prescriptions et des parcours ; il se développe autour de quinze objectifs prioritaires. Les établissements concernés pourront, sous réserve d'atteinte d'objectifs, bénéficier d'un intéressement. Aucun type de sanction n'est prévu.

Concernant les indicateurs régionaux, les instructions ministérielles recommandent une cohérence entre le PAPRAPS et les indicateurs régionaux du nouveau CAQES.

## I. Le diagnostic régional

Le 4 novembre 2021, la CRC3A, présidée par l'ancienne Directrice Générale de l'ARS de Guadeloupe, Saint-Martin, et Saint-Barthélemy, a retenu pour le PAPRAPS 2022-2025 les trois champs thématiques que sont la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions.

### 1. La pertinence des actes

#### a. Actes chirurgicaux issus du programme national pertinence

Pour l'analyse de la pertinence des actes, 35 actes chirurgicaux ont été identifiés par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) en 2011 (liste actualisée en 2013), grâce à des critères portant sur les variations importantes des pratiques entre les territoires et les recommandations de la HAS<sup>1</sup>.

Actes	Nombre de séjours Guadeloupe			Taux de recours <sup>2</sup> standardisé /1 000 hab. Guadeloupe			Taux de recours national	Indice national <sup>3</sup>
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2020	2020
Césarienne	840	943	975	6,85	7,97	8,43	7,4	1,14
Chirurgie du syndrome du canal carpien	345	372	318	0,75	0,85	0,72	1,84	0,39
Appendicectomie	205	211	234	0,47	0,48	0,55	1,05	0,52
Cholécystectomie (07C13 + 07C14)	427	460	455	0,96	1,04	1,06	1,55	0,68
Bronchiolite	286	344	109	0,68	0,83	0,27	0,37	0,73
BPC surinfectée	95	89	71	0,25	0,23	0,17	0,95	0,18
Amygdalectomie	142	151	97	0,32	0,35	0,24	0,58	0,41
Pose de prothèse du genou	319	353	251	0,79	0,87	0,6	1,34	0,45
Pose de prothèse de hanche hors traumatisme	117	114	109	0,28	0,27	0,25	1,4	0,18
Infection et inflammation respiratoires (adultes)	125	107	1135	0,43	0,36	3,53	5,07	0,7
Pose de drains transtympaniques	14	1 à 10	1 à 10	0,13	NA	NA	0,76	NA
Pose d'aérateur transtympanique < 10 ans	28	25	11	0,51	0,47	0,23	3,54	0,06
Angioplastie coronaire	445	502	392	1,07	1,2	0,91	2,65	0,34
Endoscopie digestive diagnostique	6800	6298	4991	15,28	14,09	11,08	12,97	0,85
Coloscopie	7892	8244	6264	17,83	18,59	14,04	18,07	0,78
Chirurgie de la cataracte	6143	6601	5430	15,14	16,09	12,95	10,82	1,2
Intervention transurétrale ou transcutanée	829	916	907	1,94	2,14	2,14	3,53	0,6
Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire	71	178	161	0,16	0,4	0,37	0,3	1,22
Affection bouche/dents avec certaines extractions	164	161	146	0,36	0,36	0,33	3,51	0,09
Arthroscopie autres localisations	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0,09	NA
Affections des voies biliaires	342	411	361	0,84	0,99	0,9	1,17	0,77
Infections des reins et des voies urinaires	430	461	429	1,07	1,12	1,05	1,54	0,68
Chirurgie des varices	116	144	45	0,26	0,32	0,1	0,6	0,17
Chirurgie de l'anévrisme de l'aorte	1 à 10	1 à 10	11	NA	NA	0,03	0,04	0,79
Colectomie totale	19	1 à 10	1 à 10	0,05	NA	NA	0,03	NA
Chirurgie hypertrophie bénigne de la prostate	308	366	259	2,18	2,56	1,78	2,59	0,69
Hystérectomie	484	586	532	1,84	2,23	2,06	1,47	1,4
Ligamentoplastie du genou	106	122	88	0,26	0,3	0,22	0,66	0,32

Sous recours (indice national ≤ 0,5)

Sur recours (indice national > 1)

<sup>1</sup> <https://www.atih.sante.fr/pertinence-des-soins-ciblage-dactivites-mco-2010>

<sup>2</sup> Définition du taux de recours en annexe 1

<sup>3</sup> Indice national = taux de recours standardisé régional / taux de recours standardisé national

Actes	Nombre de séjours Guadeloupe			Taux de séjours standardisé /1 000 hab. Guadeloupe			Taux de recours national	Indice national <sup>1</sup>
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2020	2020
Osophagectomie	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0,02	NA
Pancréatectomie	25	18	17	0,06	0,04	0,04	0,06	0,58
Pontage coronaire	44	35	23	0,11	0,08	0,05	0,24	0,22
Thyroïdectomies	184	195	179	0,4	0,42	0,38	0,43	0,88
Chirurgie de la valve aortique	26	26	22	0,06	0,06	0,05	0,1	0,5
Chirurgie du rachis	312	306	242	0,72	0,71	0,57	1,36	0,42
Chirurgie bariatrique	238	230	182	0,51	0,49	0,41	0,4	1,03

Source : Scan Santé – Activité 2020

En Guadeloupe, le thème de la pertinence des actes ne représente pas toujours un enjeu économique et un levier puissant de maîtrise des dépenses de soins. Au regard des données PMSI, il existe même une part de sous recours statistiques aux soins qui ne s'explique pas par des données épidémiologiques de morbi-mortalité (notamment chirurgie du syndrome du canal carpien, angioplastie, pontage coronaires...). L'effet sous-offre de soins (médecins spécialistes, équipements lourds, plateaux techniques) pourrait en être une des explications. Une attention particulière doit être portée à ces situations où le recours est inférieur au taux national.

Toutefois, certains taux élevés de recours bruts et standardisés<sup>4</sup> en région Guadeloupe, comparés au niveau national, permettent à l'ARS et à l'Assurance Maladie d'identifier des actes présentant de fortes disparités et pour lesquels des actions, en lien avec les professionnels de santé pourraient s'avérer nécessaires.

#### **b. Les actes avec indicateur d'atypie**

Les sociétés savantes, la CNAM et le Ministère ont construit un socle commun national basé sur des interventions avec des référentiels HAS et permettant d'articuler des actions auprès des établissements de santé, des professionnels de santé libéraux et des patients.

Les actes concernés par ce socle commun sont la chirurgie du canal carpien, l'appendicectomie, la cholécystectomie, l'amygdalectomie, la thyroïdectomie, la chirurgie bariatrique et les examens pré-anesthésiques.

La CNAM met à disposition annuellement des indicateurs issus des bases de données PMSI et SNIIRAM par établissement de santé. Ces indicateurs permettent l'identification des indicateurs atypiques.

- **La chirurgie du canal carpien (SCC)**

Les indicateurs ont été élaborés sur la base des recommandations de la HAS (Chirurgie du syndrome du canal carpien : approche multidimensionnelle pour une décision pertinente, sept.12) et des constats épidémiologiques. Après avoir été testés statistiquement, ils ont été choisis en lien avec le conseil scientifique de la CNAM :

1. Taux d'évolution du nombre d'intervention pour un SCC sur les 5 dernières années
2. Part relative des patients de 65 ans et plus opérés pour un SCC
3. Part relative des interventions pour SCC dans l'activité d'orthopédie
4. Part des patients ayant bénéficié d'un électromyogramme (EMG) dans les 12 mois avant l'intervention (*recommandations HAS*)
5. Part relative des patients avec infiltrations avant intervention (12 mois) (*recommandations HAS*)
6. Part relative de patients avec attelles avant intervention (12 mois) (*recommandations HAS*)

En 2020, deux établissements présentent un taux de patients ayant réalisé un EMG dans les 12 mois avant l'intervention inférieur à 68% (moyenne nationale : 84,7%).

<sup>4</sup> Standardisé par rapport à la structure d'âge de la population.

A noter que sur cinq établissements ayant réalisé cet acte, trois présentent un nombre d'interventions inférieur à 30 (exclusion de l'étude).

- **l'appendicectomie**

Les séjours ont été retenus lorsque l'appendicectomie est un acte classant vers un Groupe Homogène de malades (GHM) (06C08 et 06C09) ou bien lorsqu'il est expliqué par un diagnostic (principal ou relié) de maladies de l'appendice (K35-K38) y compris les diagnostics autres maladies de l'appendice (K38) et hors diagnostics péritonite (K65). Les indicateurs retenus sont les suivants :

1. Programme opératoire hebdomadaire : Part relative de l'activité concentrée sur le jour de la semaine le plus chargé
2. Part relative des patients de moins de 20 ans
3. Part relative des séjours d'appendicectomies non compliquées de niveau 1 (*recommandations HAS*)
4. Part relative des appendicectomies dans l'activité de chirurgie digestive
5. Taux d'explorations radiologiques préalables à l'intervention (*recommandations HAS*)
6. Durée moyenne des séjours 06C091, appendicectomies sans complications de niveau 1
7. Taux d'évolution du nombre d'appendicectomies depuis 3 ans
- 7Bis. Taux d'évolution du nombre d'appendicectomies depuis 5 ans
8. Sex Ratio (H/F) des patients opérés par appendicectomie
- 8Bis. Sex Ratio (H/F) des patients de moins de 20 ans opérés par appendicectomie

Parmi les 4 établissements ayant réalisé au moins 30 séjours d'appendicectomie, la part relative des appendicectomies non compliquées varie de 14,5% à 32,5%, ce qui constitue une atypie par rapport au seuil national de niveau 1 fixé à 72%.

Concernant le taux d'explorations radiologiques préalables à l'intervention en revanche, un seul établissement présente un taux conforme de 91,9%, soit un taux supérieur au taux national de niveau 1 (58%). Trois établissements présentent un taux inférieur, avec une variation de 42,5% à 54,7%.

- **la cholécystectomie**

Les indicateurs ont été élaborés sur la base des recommandations de la HAS (Points clés et solutions / Pertinence des soins : quand faut-il faire une cholécystectomie ? HAS, janvier 2013) et des constats épidémiologiques. Après avoir été testés statistiquement, ils ont été choisis et pondérés en lien avec la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive :

1. Evolution du nombre de cholécystectomies sur 3 ans.
2. Evolution du nombre de cholécystectomies hors infection aiguë par rapport aux cholécystectomies avec infection aiguë, sur 3 ans (*recommandations HAS*)
3. Part des cholécystectomies dans l'activité de chirurgie digestive
4. Part des cholécystectomies hors aiguë sans exploration de la voie biliaire principale (VBP) de niveau de sévérité 1 par rapport à tous les niveaux de sévérité
5. Part des sujets âgés de moins de 75 ans
6. Part des patients opérés d'une cholécystectomie ayant eu dans les 6 mois précédent une échographie abdominale (*recommandations HAS*)

Deux établissements présentent une augmentation sur 3 ans du nombre de cholécystectomies hors infection aiguë par rapport aux cholécystectomies avec infection aiguë, alors que l'évolution moyenne nationale est en baisse de 2,5% (l'un des établissements comptabilise une augmentation de 39,8%).

Par ailleurs, la part des patients ayant eu une échographie abdominale dans les 6 mois précédent l'opération est inférieure à la moyenne nationale pour un établissement (65,9% contre 68,7% en moyenne).

- **L'amygdalectomie**

Les indicateurs ont été élaborés sur la base du référentiel de bonne pratique (élaboré par la CNAM en lien avec la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie) validé par la HAS, établi sur la base de la note de problématique de la HAS de décembre 2012\*. Après avoir été testés statistiquement, ils ont été choisis en lien avec la SFORL :

1. Evolution du nombre d'amygdalectomies chez le patient de moins de 18 ans sur les 3 dernières années
2. Part des patients de moins de 6 ans opérés pour amygdalectomie
3. Part des patients de moins de 6 ans opérés pour amygdalectomie pour trouble obstructif
4. Part des patients de moins de 18 ans ayant été traités par antibiotiques dans les 3 années précédentes
5. Part des patients de moins de 18 ans ayant eu une consultation médicale dans l'année précédente

En 2020, un seul établissement a pratiqué l'amygdalectomie en quantité supérieure à 30. Il est présenté comme atypique du fait de son faible taux de patients de moins de 18 ans ayant été traités par antibiotiques dans les 3 années précédant l'amygdalectomie (70,8% contre 85,6% en moyenne) et son faible taux de patients de moins de 18 ans ayant eu une consultation médicale dans l'année précédente (87,5% contre 95% en moyenne).

\* Selon la HAS, les situations cliniques qui conduisent à envisager une amygdalectomie avant 18 ans sont :

- les angines aiguës récidivantes ou chroniques ;
- l'hypertrophie amygdalienne responsable des troubles respiratoires obstructifs chroniques du sommeil de l'enfant.

- **la thyroïdectomie**

Les indicateurs ont été élaborés sur la base des recommandations de 2011 de la Société Française d'Endocrinologie pour la prise en charge des nodules thyroïdiens (en accord avec l'Association Francophone de Chirurgie Endocrinienne) et des constats épidémiologiques. Après avoir été testés statistiquement, ils ont été choisis et pondérés en lien avec la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive :

1. Part des patients opérés pour nodule thyroïdien non toxique ayant eu une cytoponction préopératoire ou une biopsie (dans les 12 mois précédents le geste) (*recommandations HAS*)
2. Part des patients opérés d'une thyroïdectomie pour cancer / tous les patients opérés d'une thyroïdectomie pour nodule (bénin ou malin) (*recommandations HAS*)
3. Taux d'évolution du nombre d'interventions pour l'ensemble des thyroïdectomies (totales partielles)
4. Part des patients ayant eu une échographie préopératoire thyroïdienne dans les 12 mois précédent (*recommandations HAS*)
5. Part des hommes

Les deux établissements qui ont réalisé au moins 30 séjours présentent une augmentation du nombre d'interventions pour l'ensemble des thyroïdectomies supérieure à 14% alors que la moyenne nationale est en baisse de 12,7%. Par ailleurs, pour l'un des établissements, la part de patients opérés pour cancer est très faible par rapport à la moyenne nationale (10% contre 26,8% en moyenne).

- **la chirurgie bariatrique**

Les indicateurs ont été élaborés sur la base de comparaisons de pratiques avec l'aide du conseil scientifique de la CNAM, des professionnels et de la HAS :

1. Part des 18-20 ans
2. Part des patients ayant un IMC 30-40, sans comorbidité et sans antécédent d'intervention depuis 2006 (*recommandations HAS*)
3. Part des patients n'ayant aucun suivi préopératoire depuis 12 mois (*recommandations HAS*)
4. Part relative des interventions dans l'activité de chirurgie digestive hors chirurgie pariétale
5. Part du groupe d'intervention le plus fréquent
6. Part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pré-chirurgicale (*recommandations HAS*)

En 2020, un seul établissement a réalisé au moins 30 séjours de chirurgie bariatrique. Il est présenté comme atypique du fait du poids que ces séjours représentent dans l'activité de chirurgie digestive (19,1% hors chirurgie pariétale alors que la moyenne nationale est de 17,5%) et dans le groupe d'intervention le plus fréquent (100%).

- **les examens pré-anesthésiques**

Les indicateurs ont été choisis en lien avec la SFAR, sur la base de ses recommandations formalisées d'experts sur les examens pré-interventionnels systématiques, actualisées en 2012. Pour chaque thème, la population a été définie avec des critères d'inclusion et d'exclusion, de façon à repérer les situations pour lesquelles les examens sont jugés non pertinents.

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

Parmi les 6 établissements ayant réalisé au moins 30 actes en 2020 :

- 3 établissements présentent un taux de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte supérieur à 26% (l'un des établissements comptabilise un taux de 36,9% alors que la moyenne nationale est de 13,9%),
- 2 établissements présentent un taux de recours au groupe sanguin supérieur à 39% (l'un des établissements comptabilise un taux de 66,9% alors que la moyenne nationale est de 24,2%)
- 3 établissements présentent un taux de recours au ionogramme sanguin supérieur à 23% (l'un des établissements comptabilise un taux de 45,8% alors que la moyenne nationale est de 19,7%).

## **2. La pertinence des prestations**

### **a. Les prises en charge ambulatoires et/ou alternatives à l'hospitalisation**

Les actions de pertinence sur les prestations participent au développement des prises en charge ambulatoires qui constitue un axe fort de la stratégie nationale de santé.

Le principe de la prise en charge ambulatoire est de substituer l'hospitalisation complète à condition que l'alternative proposée assure une qualité de prise en charge équivalente et un retour à domicile en toute sécurité.

Les objectifs sont multiples, il s'agit notamment :

- de recentrer l'hôpital sur les soins, au bénéfice du patient, et non plus sur l'hébergement,
- de réduire les durées moyennes de séjour (DMS),
- de fluidifier les parcours des patients et éviter toute rupture liée à l'hospitalisation.

La logique de transfert des prises en charge vers l'ambulatoire peut se faire sous plusieurs formes :

- Hors les murs de l'hôpital vers les professionnels de ville ;
- En « extra muros » :
  - au bénéfice des structures de dialyse hors centre pour l'IRCT ;
  - au bénéfice de l'HAD.
- En « intra-muros » :
  - au bénéfice des HDJ de médecine, de SSR, de psychiatrie ;
  - au bénéfice des UCA pour la chirurgie.

- **La chirurgie ambulatoire (CA)**

L'objectif en 2021 était d'atteindre au niveau national un taux global de chirurgie ambulatoire de 66,2% (année gelée en raison de la crise sanitaire). Globalement, le taux de chirurgie ambulatoire réalisé en Guadeloupe et à Saint-Martin est de 57,6 % en 2018, **56,8%** en 2019 et **57,8%** en 2020.

Alors qu'en 2018 la Guadeloupe s'alignait encore sur la moyenne nationale (57,7%), le taux global, bien qu'en augmentation, rencontre depuis 2019 une dynamique moins importante (le taux national atteint 59,4% en 2020). Ainsi, longtemps classée parmi les régions les plus performantes, la Guadeloupe n'a pointé qu'au 14<sup>ème</sup> rang national en 2020.

L'analyse des taux par chapitre de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) en Guadeloupe met en exergue des spécialités qui présentent des écarts importants par rapport au potentiel ambulatoire estimé :

Chapitre CCAM	Volume total	Volume ambulatoire	Taux ambu	Volume potentiel ambu	Taux potentiel ambu	Durée moyenne de séjour
Système nerveux central, périphérique et autonome	809	440	54,4%	44	59,7%	12,34
Œil et annexes	7 431	7 059	95,0%	297	99,0%	3,23
Oreille	212	175	82,5%	26	94,8%	2,41
Appareil circulatoire	1 757	662	37,7%	750	80,4%	5,06
Système immunitaire et système hématopoïétique	421	98	23,3%	174	64,4%	7,25
Appareil respiratoire	337	181	53,7%	114	87,2%	4,08
Appareil digestif	2 957	461	15,6%	916	46,5%	9,06
Appareil urinaire et génital	4 481	1 549	34,6%	1 421	66,3%	4,81
Actes procréation, grossesse et nouveau-né	497	464	93,4%	29	99,2%	1,88
Glandes endocrines et métabolisme	190	0	0,0%	106	55,8%	4,13
Appareil ostéoarticulaire/musculaire tête	153	24	15,7%	29	34,6%	7,12
Appareil ostéoarticulaire/musculaire cou et tronc	1 798	419	23,3%	711	62,8%	6,40
Appareil ostéoarticulaire/musculaire membre supérieur	2 126	1 272	59,8%	625	89,2%	3,59
Appareil ostéoarticulaire/musculaire membre inférieur	2 270	371	16,3%	689	46,7%	8,89
Appareil ostéoarticulaire/musculaire, sans précision	569	375	65,9%	141	90,5%	7,80
Système tégumentaire - glande mammaire	3 032	1 777	58,6%	875	87,5%	7,52
Actes sans précision topographique	1	0	0,0%	1	100,0%	0,00

Source : ScanSanté – VISUCHIR 2020

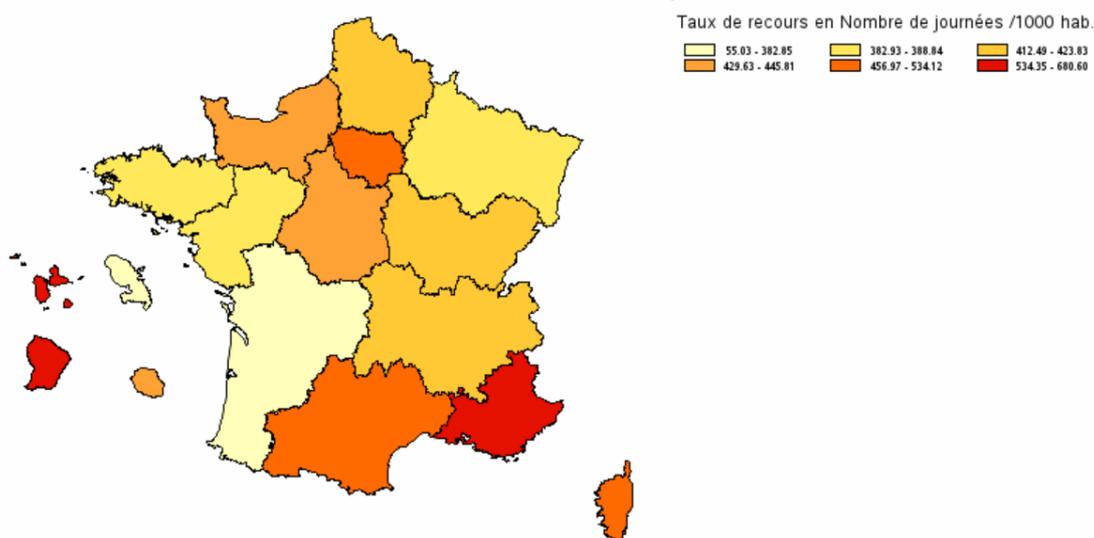
- **Les soins de suite et de réadaptation (SSR)**

Le choix de privilégier le thème du recours au SSR s'inscrit dans les objectifs de l'article 58 de la loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2015 de favoriser les prises en charges extrahospitalières. Or la Guadeloupe présente un taux de recours au SSR très important au regard du taux national :

### Taux de recours SSR par Région (17) - séjours 2020/pop. 2018 - Standardisé

Ensemble de l'activité -

Taux de recours national : 441,14



Source : ScanSanté – Activité 2020

Région	Taux de journées Standardisé /1000 hab.					Indice national		Nombre de journées	
	2016	2017	2018	2019	2020	2019	2020	2019	2020
<b>Guadeloupe</b>	<b>714,5</b>	<b>687,9</b>	<b>697,5</b>	<b>719,1</b>	<b>680,6</b>	<b>1,47</b>	<b>1,54</b>	<b>283 229</b>	<b>270 709</b>
Martinique	424,5	400,9	402,7	376,7	363,3	0,77	0,82	146 447	140 516
Guyane	367,1	354	675,3	646,2	550,6	1,32	1,25	68 492	59 943
Réunion	476,4	479,9	491,6	468,6	445,8	0,96	1,01	241 768	235 299
Mayotte	56,21	58,44	46,82	57,72	55,03	0,12	0,12	8 563	9 395
France entière	514,4	501,7	497,6	489,4	441,1	1	1	32 707 094	29 571 243

Sur recours (indice national > 1)

A noter que la région est dotée de 23 établissements susceptibles d'accueillir des patients pour ce type de soins.

### b. Les parcours de soins

L'amélioration de la qualité de la prise en charge clinique et thérapeutique et de l'accompagnement des malades atteints de maladies chroniques passe d'abord par de bonnes pratiques professionnelles, mais doit également s'appuyer sur la promotion de parcours de soins qui comprennent, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment de ces 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 (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment).

La démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondées sur de bonnes pratiques, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme. 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. Sachant que la nécessité d'une telle coordination de qualité augmente avec le nombre des professionnels concernés, la complexité de la situation et la poly-pathologie. La démarche permet au final une meilleure intégration des différentes dimensions de la qualité des soins : pertinence, sécurité, efficacité clinique mais aussi accessibilité, continuité et « point de vue du patient ».

Les objectifs sont les suivants :

- promouvoir une gestion prospective et coordonnée de la prise en charge,
- conjuguer harmonisation des pratiques et personnalisation du parcours du patient,
- faciliter l'implication du patient dans sa prise en charge<sup>5</sup>.

La HAS a souhaité inscrire ses travaux relatifs aux maladies chroniques dans une logique de parcours de soins. Elle a initié une approche nouvelle pour 4 maladies chroniques : BPCO, maladie de Parkinson, maladie rénale chronique et insuffisance cardiaque.

En Guadeloupe, ces pathologies chroniques se répartissent de la manière suivante :

Libellé de l'ALD	Taux standardisé des 4 affections visées par la HAS pour 100 000 personnes protégées du régime général, en 2019*				
	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion	France entière
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves	1 300	1 310	1 690	1 270	1 934
Maladie d'Alzheimer et autres démences	590	780	360	460	585
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	510	520	580	570	334
Maladie de Parkinson	220	170	160	170	219

Source : AMELI « Données relatives à l'ensemble des bénéficiaires du dispositif des ALD » - année 2019

\* Mayotte non disponible

On constate que l'insuffisance cardiaque présente un enjeu important, avec une prévalence supérieure à 1 000 pour 100 000 habitants. Toutefois, le taux standardisé reste moindre que celui constaté France entière, la Guadeloupe se positionnant en 16<sup>ème</sup> position, juste avant la Réunion.

<sup>5</sup> Source : « Questions/Réponses » de l'HAS – mai 2012 – Parcours de soins

Concernant les maladies rénales chroniques, la Guadeloupe partage les préoccupations rencontrées par l'ensemble des DOM, ces derniers présentant un taux standardisé pour 100 000 habitants bien plus élevé que celui constaté France entière.

### 3. La pertinence des prescriptions

La construction de l'ONDAM 2022 intègre près de 3 Md€ de mesures de régulation, d'économie ou d'efficience dont 1,1 Md€ pour les soins de ville (0,9 Md€ pour les produits de santé). Dans ce contexte contraint, l'optimisation de l'efficience des prescriptions paraît incontournable. Sur ce champ, deux priorités sont partagées entre l'ARS et l'Assurance Maladie et sont donc proposées dans le cadre du PAPRAPS : les prescriptions de produits de santé et les prescriptions de transports.

#### a. Les produits de santé

- **Les produits prescrits en établissement et délivrés en ville**

L'enjeu financier est majeur puisque les dépenses relatives aux produits de santé représentent en Guadeloupe plus d'un tiers des dépenses de soins exécutés en ville, soit un montant de 236 M € en 2019 et 257 M € en 2020<sup>6</sup>. La part des prescriptions hospitalières exécutées en ville représente un quart de ces dépenses (hors rétrocession et hépatite C)<sup>7</sup>.

Alors qu'en 2019 l'évolution des dépenses des prescriptions hospitalières de médicaments et de produits et prestations et exécutées en ville (PHMEV-LPP) était relativement bien maîtrisée en Guadeloupe (+0,9% contre +5,8% France entière), cette dernière présente en 2020 une évolution de +6,4% soit une augmentation bien supérieure au seuil de référence (2,2%) et au taux d'évolution national (5,1%). L'augmentation touche particulièrement les médicaments sur le 1<sup>er</sup> semestre (+6,5%), ce qui peut paraître étonnant compte tenu du taux d'incidence du COVID observé sur cette période.

Les médicaments les plus remboursés en PHEV sont les suivants :

Classes thérapeutiques (15 premières)	Montant remboursé			Nombre de patients		
	Janv-Déc 2020	Janv-Déc 2019	Taux d'évolution	Janv-Déc 2020	Janv-Déc 2019	Taux d'évolution
Traitement du cancer	14 970 351 €	11 762 960 €	27,3%	2 799	2 482	12,8%
VIH/hépatites (hors hépatite C)	13 044 156 €	14 411 605 €	-9,5%	2 384	2 390	-0,3%
Antipsychotiques	3 580 525 €	3 358 791 €	6,6%	6 972	6 802	2,5%
Antidiabétiques	1 674 975 €	1 571 616 €	6,6%	7 122	7 145	-0,3%
Immunosuppresseurs	1 458 553 €	1 457 950 €	0,0%	617	627	-1,6%
EPO	1 416 790 €	1 517 663 €	-6,6%	634	617	2,8%
Antiagrégants, Antithrombotiques	1 200 670 €	1 090 983 €	10,1%	11 622	11 367	2,2%
Produits de la DMLA	1 144 503 €	1 364 373 €	-16,1%	372	427	-12,9%
Anti-infectieux	962 335 €	1 057 815 €	-9,0%	19 710	21 929	-10,1%
Sclérose en plaques	798 000 €	630 122 €	26,6%	72	72	0,0%
Hormones	685 301 €	543 872 €	26,0%	8 534	9 543	-10,6%
Epilepsie et parkinson	655 453 €	590 878 €	10,9%	6 866	6 766	1,5%
Antihypertenseurs	598 129 €	638 921 €	-6,4%	14 919	15 041	-0,8%
Antirhumatismaux spécifiques	558 244 €	477 722 €	16,9%	771	717	7,5%
Antidotes et chélateurs	481 996 €	596 474 €	-19,2%	3 301	3 377	-2,3%

Source : CNAM - Données PHMEV-LPP 2019 et 2020

Concernant le taux de biosimilaires, celui-ci s'élève en PHEV à 8,9% en 2019 et 10,8% en 2020<sup>8</sup> alors que l'objectif national de la Stratégie nationale de santé visait un taux de pénétration des biosimilaires de 80% sur leur marché de référence d'ici à 2022.

<sup>6</sup> Source : Ameli réseau - Statistiques des dépenses par caisse/Décembre 2019 et Décembre 2020

<sup>7</sup> Source : CNAM - Données PHMEV-LPP 2019 et 2020

<sup>8</sup> Etablissements publics et privés, sur l'ensemble du périmètre. Pour le périmètre initial du CAQES 2017- 2021 (EPO, insuline glargine, etanercept, filgrastim, follitropine et somatropine), le taux est de 36,7% en 2019 et de 46,1% en 2020.

On observe des écarts importants selon la classe concernée<sup>9</sup> :

Molécule	Médicament	2019				2020			
		Nombre de boîtes	Taux	Montant remboursé	Nombre patients	Nombre de boîtes	Taux	Montant remboursé	Nombre patients
Adalimumab	Référent	267		212 210 €	53	267		222 016 €	47
	Biosimilaires	7	<b>2,6%</b>	4 600 €	2	33	<b>11,0%</b>	20 576 €	5
Enoxaparine	Référent	15 945		430 031 €	3 074	16 358		443 464 €	3154
	Biosimilaires	21	<b>0,1%</b>	459 €	8	20	<b>0,1%</b>	344 €	5
Epoétine	Référent	76		23 223 €	20	61		18 097 €	14
	Biosimilaires	12	<b>13,6%</b>	2 661 €	3	4	<b>6,2%</b>	714 €	1
Etanercept	Référent	36		32 982 €	17	57		46 227 €	18
	Biosimilaires	12	<b>25,0%</b>	8 294 €	6	15	<b>20,8%</b>	10 295 €	4
Filgrastim	Référent	166		16 286 €	26	181		16 480 €	24
	Biosimilaires	100	<b>37,6%</b>	15 682 €	20	86	<b>32,2%</b>	15 693 €	24
Follitropine alfa	Référent	62		12 718 €	21	27		4 928 €	11
	Biosimilaires	1 637	<b>96,4%</b>	83 893 €	103	2031	<b>98,7%</b>	119 243 €	117
Insuline glargine	Référent	5 258		276 885 €	2 120	2096		117 329 €	920
	Biosimilaires	198	<b>3,6%</b>	10 100 €	113	249	<b>10,6%</b>	11 727 €	136
Pegfilgrastim	Référent	299		312 376 €	122	545		560 209 €	181
	Biosimilaires	3	<b>1,0%</b>	1 791 €	1	16	<b>2,9%</b>	9 875 €	4
Somatotropine	Référent	31		7 197 €	3	10		2 672 €	2
	Biosimilaires	9	<b>22,5%</b>	4 582 €	2	0	<b>0,0%</b>	0 €	0
Tériparatide	Référent	1		216 €	1	2		456 €	2
	Biosimilaires	0	<b>0,0%</b>	0 €	0	1	<b>33,3%</b>	199 €	1

Source : CNAM - Données Biosimilaires PHEV 2019 et 2020

Pour les produits de la LPP, la répartition est la suivante :

LPP par classes/prestations (15 premières)	Montant remboursé Janv-Déc 2020	Montant remboursé Janv-Déc 2019	Taux d'évolution
Perfusion, systèmes actifs	2 634 806 €	1 347 410 €	95,5%
Oxygénothérapie, prestation seule	1 297 385 €	1 357 169 €	-4,4%
Dispositifs pour auto traitement du diabète	1 103 920 €	1 100 225 €	0,3%
Nutrition orale	1 017 125 €	1 062 394 €	-4,3%
Orthoprothèses	948 568 €	896 450 €	5,8%
Dispositifs pour autocontrôle du diabète	912 390 €	843 152 €	8,2%
Pansements et articles pour pansements	853 919 €	842 098 €	1,4%
Orthèses	596 875 €	634 869 €	-6,0%
Perfusion, systèmes passifs	569 423 €	1 558 534 €	-63,5%
Traitements respiratoires, ventilation assistée	510 320 €	414 740 €	23,0%
Génito-urinaire, sondage vésical	468 071 €	420 675 €	11,3%
Véhicules pour handicapés physiques	440 233 €	488 964 €	-10,0%
Pression positive continue, apnée du sommeil	424 440 €	454 218 €	-6,6%
Lits médicaux	414 382 €	459 110 €	-9,7%
Nutrition entérale, poches et prestation	382 444 €	343 482 €	11,3%

Source : CNAM - Données PHMEV-LPP 2019 et 2020

- **Les produits de la liste en sus**

Depuis 2019, l'évolution des dépenses de médicaments en sus est également supérieure aux cibles attendues :

		2018	2019	2020
<b>Médicaments</b>	Montant	10,4 millions €	13,3 millions €	15,7 millions €
	Evolution	-9,9 %*	+9,1%	+17,4%
	Cibles	+3,8 %	+2,8 %	+3,0%

<sup>9</sup> Résultats 2019 et 2020 pour les établissements publics

Classes ATC (5 premières)	Nbre d'UCD 2020	Dépenses 2020	Taux d'évolution
Antinéoplasiques	10 990	11 949 881 €	+14,3%
Immunosuppresseurs	2137	2 084 082 €	+28,2%
Autres médicaments désordres musculo-squelettiques	3	229 358 €	-
Immun sérum et immunoglobulines	1397	998 275 €	+29,7%
Autres médicaments voies digestives et métabolisme	42	143 205 €	+600,0%

Source : OMEDIT NAG - Données PMSI 2018, 2019 et 2020

Concernant les dispositifs médicaux implantables, on constate une baisse des dépenses en 2020 :

		2018	2019	2020
Dispositifs médicaux	Montant	2,8 millions €	2,9 millions €	2,7 millions €
	Evolution	+20,4%	+2,6%	- 6,6%
	Cibles	+3,2%	+2,2%	+3,0%

Classes DCI (5 premières)	Nbre de codes LPP	Dépenses 2020	Taux d'évolution
Simulateur cardiaque	535	848 101 €	- 4,9%
Prothèses du genou	894	644 977 €	- 18,7%
Endoprothèse (Stent) coronaire	519	371 482 €	+ 36,1%
Prothèse de la hanche	677	315 614 €	+ 33,7%
Défibrillateur cardiaque implantable, sonde	49	75 658 €	- 26,5%

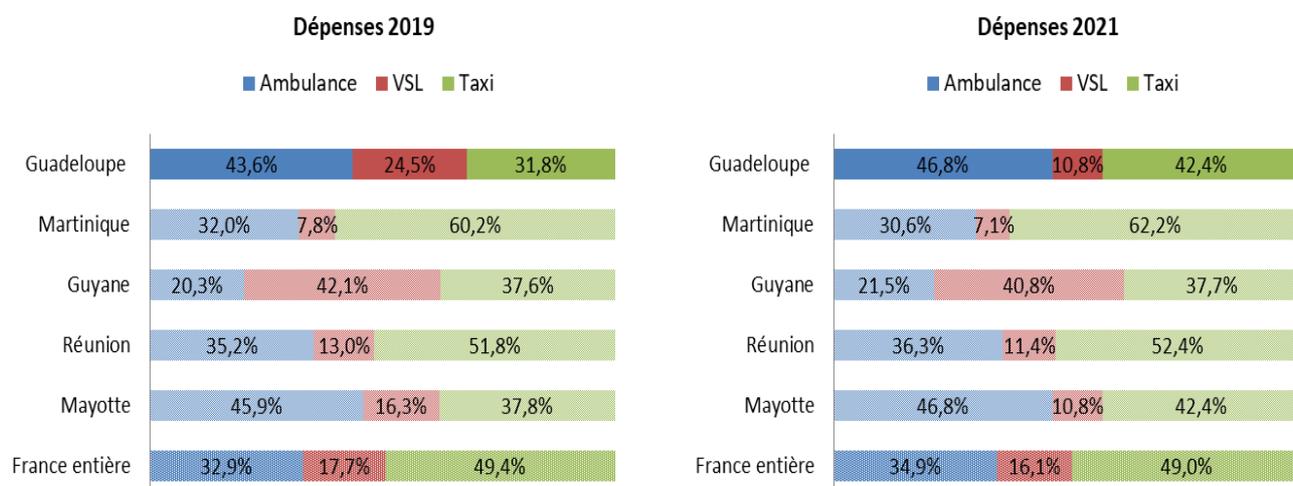
Source : OMEDIT NAG - Données PMSI 2018, 2019 et 2020

Les actions devront s'inscrire en cohérence avec les orientations en matière de virage ambulatoire et de pertinence des actes lorsque ceux-ci ont un impact, en aval du choix, sur la prescription médicamenteuse ou la pose d'un dispositif médical, implantable ou non (ex : stents coronaïres, stimulateurs cardiaques,...).

### b. Les transports

En Guadeloupe, les dépenses de transport représentent 42,67 M € en 2019 et 37,06 M € en 2020<sup>10</sup>. Mise à part pour l'année 2020, ce poste connaît des évolutions positives depuis plusieurs années mais avec une dynamique qui diminue (+4,6 % en 2017, +4,0 % en 2018 et +1,9 % en 2019). Les établissements de santé sont à l'origine de 40,6% de ces dépenses<sup>11</sup>, justifiant une action spécifique sur cette thématique vers les prescripteurs hospitaliers.

La répartition des dépenses entre les transports en ambulance et les transports assis professionnalisés (TAP) prescrits par les établissements de santé s'établit comme suit :



Source : CNAM - Données DCIR 2019 et 2021

<sup>10</sup> Source : Ameli-réseau – Dépenses par caisse – Déc. 2019 et déc. 2020

<sup>11</sup> Source : CNAM – Données PHEV Transports, tous régimes – M12 2020

## II. Les actes, prestations et prescriptions retenus

Le 4 novembre 2021, la CRC3A a retenu pour le PAPRAPS 2022-2025 de travailler sur les actes, les prestations et les prescriptions suivants :

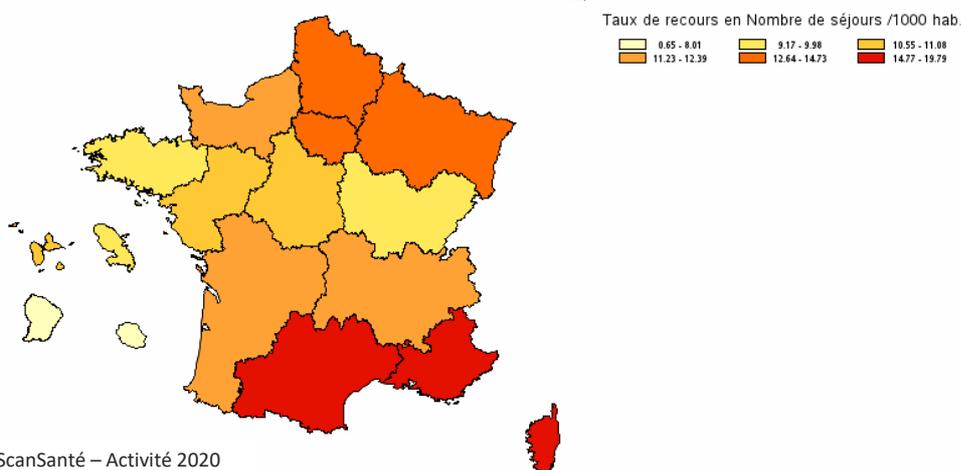
### 1. Les actes retenus

Les actes retenus ont été identifiés sur la base des données mises à disposition par l'ATIH, à l'échelle de la région et des territoires de santé dont relèvent les patients (cf. annexe 2).

#### a. L'endoscopie digestive

Le taux de recours régional n'est pas atypique par rapport au taux de recours national. Néanmoins, il a été observé pour les endoscopies digestives, avec ou sans anesthésie, y compris par voie basse (coloscopie), une variabilité du taux de recours entre territoires de santé.

**Taux de recours MCO par Région (17) - séjours 2020/pop. 2018 - Standardisé**  
 Activités ciblées - pertinence des soins - 13a - Endoscopie digestive diagnostique  
 Taux de recours national : 12,97



Source : ScanSanté – Activité 2020

Région	Taux de séjours Standardisé /1000 hab.					Indice national <sup>12</sup>		Nombre de séjours	
	2016	2017	2018	2019	2020	2019	2020	2019	2020
<b>Guadeloupe</b>	<b>14,5</b>	<b>8,68</b>	<b>15,28</b>	<b>14,09</b>	<b>11,08</b>	<b>0,89</b>	<b>0,85</b>	<b>6 298</b>	<b>4 991</b>
Martinique	12,01	12,13	12,59	11,66	9,76	0,74	0,75	4 806	4 028
Guyane	14,58	15,84	14,15	12,68	8,01	0,8	0,62	2 140	1 391
Réunion	9,15	8,89	8,88	9,44	7,85	0,6	0,61	7 300	6 144
Mayotte	0,95	0,81	0,78	0,76	0,65	0,05	0,05	93	72
France entière	15,62	15,63	15,77	15,76	12,97	1	1	1 053 370	869 509

Territoire de santé	Taux de séjours Standardisé /1000 hab.					Indice national <sup>10</sup>		Nombre de séjours	
	2016	2017	2018	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Cap Excellence	14,58	6,06	15,77	12,98	10,88	0,82	0,84	1 264	1 068
Nord Grande Terre	12,77	8,21	12,82	12,21	9,42	0,77	0,73	749	588
Nord Basse Terre	16,03	6,75	16,3	14,2	10,94	0,90	0,84	1 139	894
<b>Sud Basse Terre</b>	<b>20,55</b>	<b>17,63</b>	<b>20,6</b>	<b>20,72</b>	<b>16,47</b>	<b>1,31</b>	<b>1,27</b>	<b>1 793</b>	<b>1 431</b>
Marie-Galante	4,77	2,59	7,2	6,14	3,19	0,39	0,25	75	37
Sud-est Grande Terre	14,63	7,66	16,24	14,8	11,42	0,94	0,88	1 026	791
Saint-Barthélemy	5,03	4,06	6,72	7,14	3,70	0,45	0,29	59	35
Saint-Martin	2,26	3,59	4,82	6,24	5,14	0,40	0,40	189	143

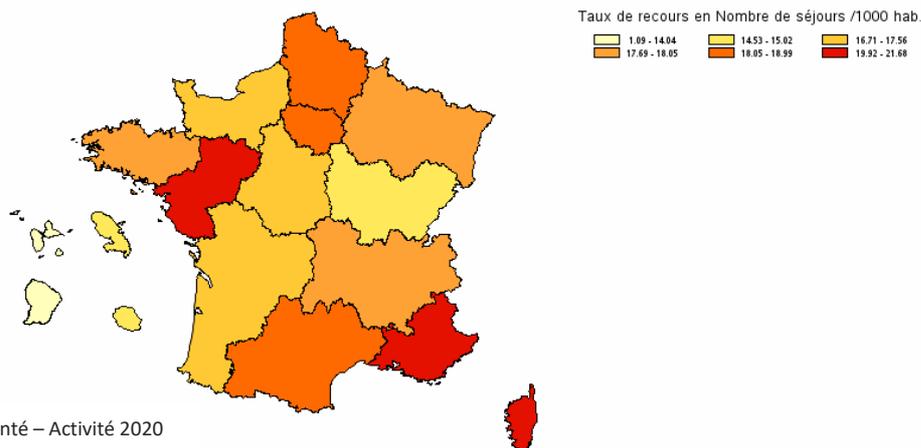
Sur recours (indice national > 1)

<sup>12</sup> Indice national = taux de séjours standardisé régional / taux de séjours standardisé national

### Taux de recours MCO par Région (17) - séjours 2020/pop. 2018 - Standardisé

Activités ciblées - pertinence des soins - 13b - Coloscopies

Taux de recours national : 18,07



Source : ScanSanté – Activité 2020

Région	Taux de séjours Standardisé /1000 hab.					Indice national		Nombre de séjours	
	2016	2017	2018	2019	2020	2019	2020	2019	2020
<b>Guadeloupe</b>	<b>18,4</b>	<b>12,59</b>	<b>17,83</b>	<b>18,59</b>	<b>14,04</b>	<b>0,85</b>	<b>0,78</b>	<b>8 244</b>	<b>6 264</b>
Martinique	16,46	16,85	18,24	16,61	14,57	0,76	0,81	6 852	5 998
Guyane	14,67	13,73	12,88	13,93	10,42	0,64	0,58	2 001	1 506
Réunion	17,33	16,51	16,77	17,9	15,02	0,82	0,83	12 730	10 919
Mayotte	1,75	1,42	1,46	1,46	1,09	0,07	0,06	158	110
France entière	22,55	22,11	22,2	21,84	18,07	1	1	1 459 471	1 211 337

Territoire de santé	Taux de séjours Standardisé /1000 hab.					Indice national		Nombre de séjours	
	2016	2017	2018	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Cap Excellence	16,12	7,07	15,21	15,19	11,77	0,7	0,65	1 441	1 116
Nord Grande Terre	17,92	12,46	17,24	17,36	12,77	0,79	0,71	1 075	803
Nord Basse Terre	17,25	8,65	16,76	17,64	13,58	0,81	0,75	1 390	1 091
<b>Sud Basse Terre</b>	<b>26,42</b>	<b>25,28</b>	<b>25,8</b>	<b>26,74</b>	<b>20,88</b>	<b>1,22</b>	<b>1,16</b>	<b>2 412</b>	<b>1 883</b>
Marie-Galante	9,78	3,5	10,04	11,34	5,62	0,52	0,31	144	69
Sud-est Grande Terre	19,26	11,45	17,69	18,88	14,63	0,86	0,81	1 297	1 007
Saint-Barthélemy	14,14	7,86	13,47	15,25	5,91	0,7	0,33	123	58
Saint-Martin	6,84	10,02	10,93	12,83	8,99	0,59	0,5	352	232

Sur recours (indice national > 1)

On notera par ailleurs en Guadeloupe un **taux d'endoscopies digestives thérapeutiques relativement faible**, ces dernières représentant 23% des endoscopies digestives réalisées<sup>14</sup> contre 30% France entière. Le taux varie de 0 à 86%, sachant que les établissements les plus représentatifs ont un taux qui varie de 19 à 23%.

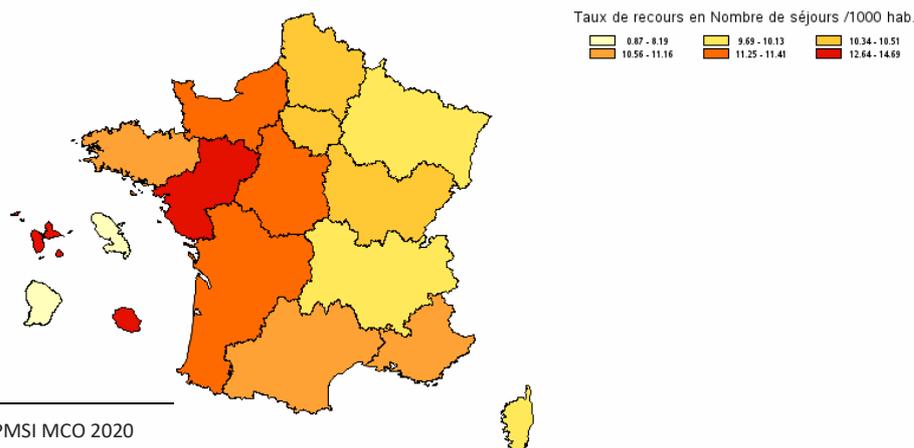
#### b. La cataracte

La Guadeloupe présente un taux de recours très élevé par rapport aux autres régions de France et près du double des autres DOM Antilles-Guyane. La progression est constante depuis 2010.

### Taux de recours MCO par Région (17) - séjours 2020/pop. 2018 - Standardisé

Activités ciblées - pertinence des soins - 14 - Chirurgie de la cataracte

Taux de recours national : 10,82



<sup>14</sup> Source : DIAMANT – PMSI MCO 2020

Région	Taux de séjours Standardisé /1000 hab.					Indice national		Nombre de séjours	
	2016	2017	2018	2019	2020	2019	2020	2019	2020
<b>Guadeloupe</b>	<b>19,46</b>	<b>10,86</b>	<b>15,14</b>	<b>16,09</b>	<b>12,95</b>	<b>1,19</b>	<b>1,2</b>	<b>6 601</b>	<b>5 430</b>
Martinique	9,19	8,66	9	8,18	6,75	0,61	0,62	3 230	2 683
Guyane	10,33	8,85	12,05	13,81	8,19	1,02	0,76	1 270	825
Réunion	14,09	15,1	15,03	16,4	14,69	1,21	1,36	9 378	8 666
Mayotte	3,38	2,81	3,03	2,14	0,87	0,16	0,08	146	61
France entière	12,42	12,67	13,15	13,5	10,82	1	1	902 030	725 303

Territoire de santé	Taux de séjours Standardisé /1000 hab.					Indice national		Nombre de séjours	
	2016	2017	2018	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Cap Excellence	21,41	10,16	15,87	15,61	12,85	1,16	1,19	1 365	1 134
Nord Grande Terre	19,49	14,29	15,93	17,36	14,15	1,29	1,31	1 052	874
Nord Basse Terre	18,54	6,83	13,41	14,19	12,73	1,05	1,18	1 001	922
Sud Basse Terre	18,04	10,9	14,35	14,34	10,98	1,06	1,01	1 243	986
Marie-Galante	17,92	11,77	10,44	21,94	15,28	1,63	1,41	286	197
Sud-est Grande Terre	20,86	10,7	15,83	16,9	12,86	1,25	1,19	1 092	849
Saint-Barthélemy	13,93	10,66	13,05	17,21	10,25	1,28	0,95	106	71
Saint-Martin	19,31	18,44	21,85	23,29	19,48	1,73	1,8	447	394

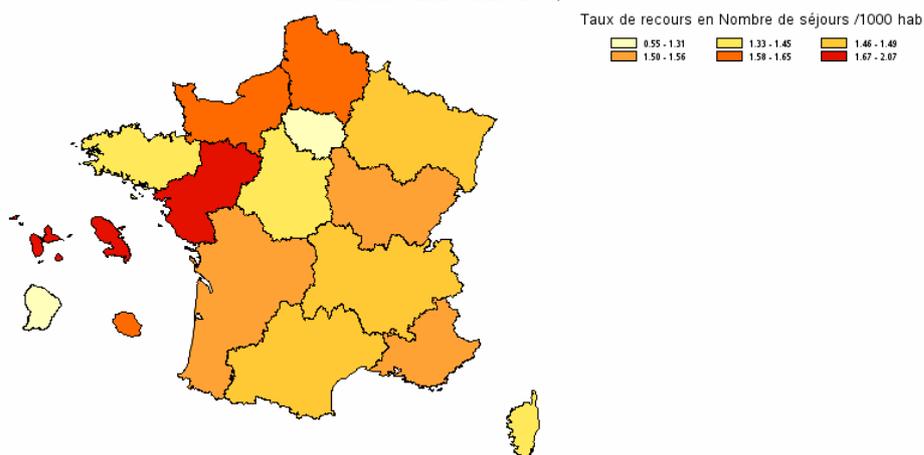
Sur recours (indice national > 1)

Une fiche Pertinence des soins sur « *les indications et contre-indications de la chirurgie de la cataracte liée à l'âge* » a été publiée par la HAS en février 2019<sup>15</sup>. Cette fiche rappelle notamment que l'acuité visuelle n'est plus une indication opératoire, à l'exception de quelques activités ou métiers pour lesquels un seuil minimal légal est requis (armée, marine, aéronautique,...).

### c. L'hystérectomie

Avec un taux de recours à 2,23 en 2019, la Guadeloupe présente un taux standardisé élevé par rapport à la moyenne nationale (1,73), même si elle reste en-deçà du taux constaté en Martinique (2,43).

**Taux de recours MCO par Région (17) - séjours 2020/pop. 2018 - Standardisé**  
 Activités ciblées - pertinence des soins - 25 - Hystérectomie  
 Taux de recours national : 1,47



Source : ScanSanté – Activité 2020

Région	Taux de séjours Standardisé /1000 hab.					Indice national		Nombre de séjours	
	2016	2017	2018	2019	2020	2019	2020	2019	2020
<b>Guadeloupe</b>	<b>2,07</b>	<b>1,13</b>	<b>1,84</b>	<b>2,23</b>	<b>2,06</b>	<b>1,28</b>	<b>1,4</b>	<b>586</b>	<b>532</b>
Martinique	2,34	2,16	2,44	2,43	2,07	1,4	1,4	556	459
Guyane	2,67	1,97	1,89	1,92	1,31	1,11	0,89	198	144
Réunion	1,76	1,76	1,88	1,77	1,65	1,02	1,12	777	730
Mayotte	0,74	0,73	0,7	1,03	0,55	0,59	0,37	74	41
France entière	1,82	1,79	1,79	1,73	1,47	1	1	59 822	50 895

<sup>15</sup> Source : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2906983/fr/fiche-pertinence-des-soins-indications-et-contre-indications-de-la-chirurgie-de-la-cataracte-liee-a-l-age](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2906983/fr/fiche-pertinence-des-soins-indications-et-contre-indications-de-la-chirurgie-de-la-cataracte-liee-a-l-age)

Territoire de santé	Taux de séjours Standardisé /1000 hab.					Indice national		Nombre de séjours	
	2016	2017	2018	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Cap Excellence	2,08	0,88	1,64	2,44	1,49	1,41	1,02	148	89
Nord Grande Terre	1,84	0,86	1,42	2,31	2,22	1,33	1,51	81	78
Nord Basse Terre	2,13	0,85	1,96	2,37	2,13	1,37	1,45	112	102
Sud Basse Terre	2,13	2,07	2,24	2,05	2,75	1,18	1,87	98	128
Sud-est Grande Terre	2,15	0,91	1,9	2,17	1,82	1,25	1,24	86	68
Saint-Martin	2,8	1,78	1,89	2,18	2,4	1,26	1,63	46	48

Sur recours (indice national > 1)

Ce sur recours à l'hystérectomie peut s'expliquer par les difficultés d'accès aux soins conservateurs, tels que l'embolisation et les ultrasons. Certaines pratiques, si elles étaient développées, pourraient permettre de diminuer le recours à cette chirurgie invasive.

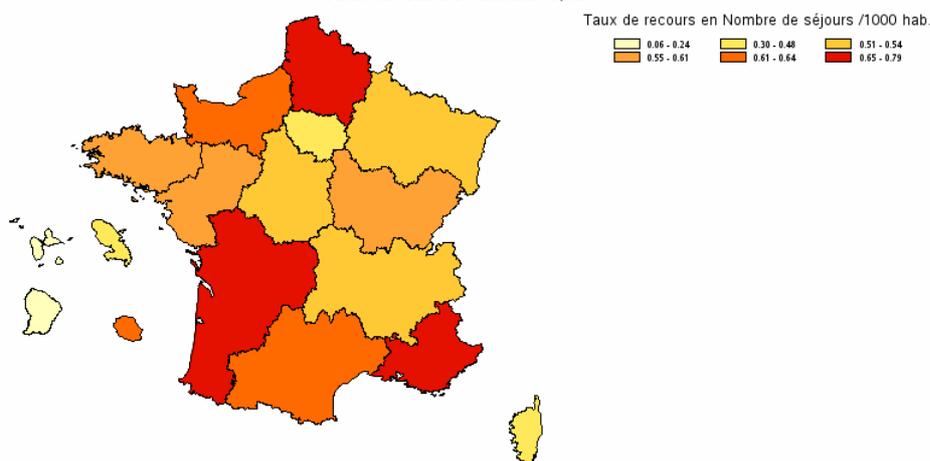
#### d. L'amygdalectomie

Le taux de recours régional est largement inférieur au taux de recours national (0,35 contre 0,87 en 2019). Toutefois, des atypies sur les pratiques ont été constatées pour un établissement de la région.

#### Taux de recours MCO par Région (17) - séjours 2020/pop. 2018 - Standardisé

Activités ciblées - pertinence des soins - 07 - Amygdalectomie

Taux de recours national : 0,58



Région	Taux de séjours Standardisé /1000 hab.					Indice national		Nombre de séjours	
	2016	2017	2018	2019	2020	2019	2020	2019	2020
<b>Guadeloupe</b>	<b>0,37</b>	<b>0,33</b>	<b>0,32</b>	<b>0,35</b>	<b>0,24</b>	<b>0,4</b>	<b>0,41</b>	<b>151</b>	<b>97</b>
Martinique	0,63	0,52	0,53	0,48	0,3	0,55	0,53	165	104
Guyane	0,24	0,19	0,15	0,13	0,07	0,15	0,13	56	32
Réunion	1,01	0,85	0,87	0,82	0,63	0,94	1,09	836	647
Mayotte	0,04	0,05	0,05	0,06	0,06	0,07	0,1	29	21
France entière	0,95	0,91	0,88	0,87	0,58	1	1	58 428	38 769

L'établissement qui présente des atypies, et qui est donc pré-ciblé au niveau national, comptabilise un faible taux de patients de moins de 18 ans ayant été traités par antibiotiques dans les 3 années précédant l'amygdalectomie et un faible taux de patients de moins de 18 ans ayant eu une consultation médicale dans l'année qui précède :

	Moyenne Nationale	Moyenne DGF	Votre Structure	Classement par indicateur
Nb séjours	89,4	86,6	48	
Indicateur 1	4,0%	3,3%	-40,0%	
Indicateur 2	63,9%	63,4%	75,0%	
Indicateur 3	85,9%	86,0%	94,4%	
Indicateur 4	85,6%	85,8%	70,8%	
Indicateur 5	95,0%	94,6%	87,5%	

- Ind.1 : Evolution du nombre d'amygdalectomies chez le patient de moins de 18 ans sur les 3 dernières années
- Ind.2 : Part des enfants âgés de moins de 6 ans par rapport aux enfants et adolescents de moins de 18 ans, opérés pour amygdalectomie
- Ind.3 : Part des enfants de moins de 6 ans opérés d'une amygdalectomie pour trouble obstructif par rapport aux enfants de moins de 6 ans opérés d'une amygdalectomie
- Ind.4 : Part des patients âgés de moins de 18 ans ayant été traités par ATB dans les 3 années précédentes parmi les patients âgés de moins de 18 ans opérés d'une amygdalectomie
- Ind.5 : Part des patients ayant eu au moins une consultation médicale dans l'année précédente parmi les patients âgés de moins de 18 ans opérés d'une amygdalectomie

Source : CNAM - Données DCIR 2020

### e. Les examens pré-anesthésiques

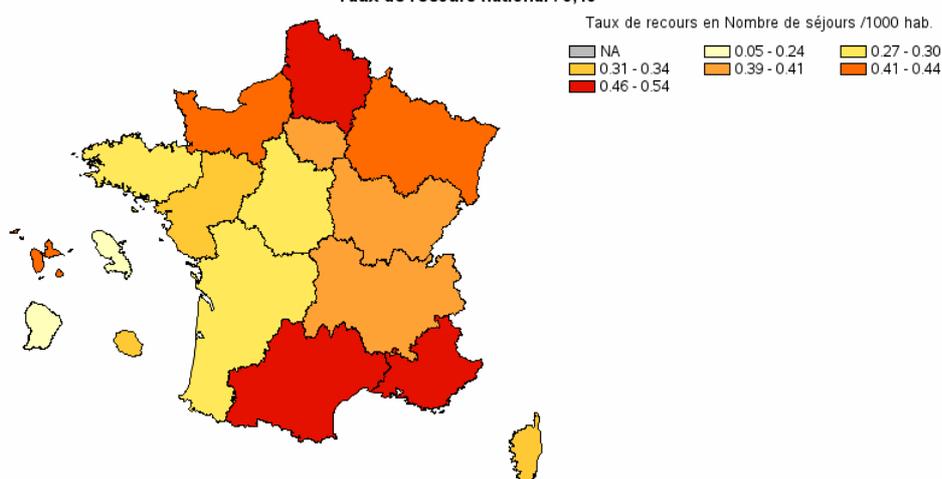
En 2012, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) a actualisé son référentiel sur les examens pré-anesthésiques suivants : bilan d'hémostase chez l'enfant avant amygdalectomie et adénoïdectomie, bilan d'hémostase chez l'adulte, groupe sanguin et recours au ionogramme sanguin (*cf. supra*). En effet, l'analyse des pratiques à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS) a montré la persistance d'actes et d'examen inutiles prescrits lors de la préparation des patients à une intervention mineure avec anesthésie. Ainsi, 3.9 millions des examens pré anesthésiques réalisés n'étaient pas pertinents, pour un montant financier de 28 millions d'euros, dont 20 millions à la charge de l'Assurance Maladie.

En Guadeloupe, en 2019, le taux de prescription d'examen pré-anesthésiques jugés inutiles pour des situations de chirurgie mineure est de 23,7%, pour un montant évitable estimé à 38 899 €<sup>16</sup>. Ainsi, les cinq établissements de santé ayant réalisé plus de 1 000 examens pré-anesthésiques sont très éloignés du taux de prescription de 0% attendu.

### f. (La chirurgie bariatrique)

En 2019, la Guadeloupe présentait un taux de recours plus bas que celui constaté au niveau national (0,49 contre 0,58). Toutefois, des atypies sur les pratiques ont été constatées pour un établissement de la région et, bien qu'il s'agisse d'une année particulière, on constate sur 2020 un léger dépassement du taux de recours national.

**Taux de recours MCO par Région (17) - séjours 2020/pop. 2018 - Standardisé**  
 Activités ciblées - pertinence des soins - 33 - Chirurgie bariatrique  
 Taux de recours national : 0,40



Source : ScanSanté – Activité 2020

Région	Taux de séjours Standardisé /1000 hab.					Indice national		Nombre de séjours	
	2016	2017	2018	2019	2020	2019	2020	2019	2020
<b>Guadeloupe</b>	<b>0,31</b>	<b>0,19</b>	<b>0,51</b>	<b>0,49</b>	<b>0,41</b>	<b>0,85</b>	<b>1,03</b>	<b>230</b>	<b>182</b>
Martinique	0,57	0,53	0,41	0,34	0,24	0,59	0,59	134	91
Guyane	0,09	0,08	0,11	0,1	0,05	0,18	0,13	25	13
Réunion	0,45	0,54	0,48	0,44	0,34	0,76	0,87	406	316
France entière	0,78	0,73	0,7	0,58	0,4	1	1	38 815	26 646

<sup>16</sup> Source : CNAM - Données DCIR 2019

Territoire de santé	Taux de séjours Standardisé /1000 hab.					Indice national		Nombre de séjours	
	2016	2017	2018	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Cap Excellence	0,44	0,18	0,66	0,5	0,39	0,86	0,99	56	41
Nord Grande Terre	0,29	NA	0,4	0,79	0,62	1,35	1,55	45	33
Nord Basse Terre	0,31	0,19	0,52	0,51	0,48	0,87	1,21	42	40
Sud Basse Terre	0,31	0,28	0,56	0,35	0,31	0,61	0,78	29	23
Sud-est Grande Terre	0,29	0,18	0,71	0,58	0,53	1,01	1,33	41	35
Territoire Iles du Nord	NA	NA	NA	0,23	NA	0,40	NA	13	1 à 10

Sur recours (indice national > 1)

L'établissement qui présente des atypies est pré-ciblé au niveau national. Il comptabilise une part relative des interventions dans l'activité de chirurgie digestive hors chirurgie pariétale supérieure à la moyenne nationale et une part du groupe d'intervention le plus fréquent égale à 100% :

	Moyenne Nationale	Moyenne OQN	Votre Structure	Classement par indicateur
Nb séjours	102,4	112,2	149	
Indicateur 1	3,1%	3,6%	2,7%	
Indicateur 2	22,7%	25,6%	4,7%	
Indicateur 3	0,7%	0,5%	0,0%	
Indicateur 4	17,5%	21,9%	19,1%	
Indicateur 5	76,4%	77,2%	100,0%	
Indicateur 6	9,0%	5,6%	12,8%	

- Ind.1 : Part des 18-20 ans
- Ind.2 : Part des patients ayant un IMC 30-40, sans comorbidité et sans antécédent d'intervention depuis 2006
- Ind.3 : Part des patients n'ayant aucun suivi médical préopératoire depuis 12 mois
- Ind.4 : Part relative des interventions dans l'activité de chirurgie digestive hors chirurgie pariétale
- Ind.5 : Part du groupe d'intervention le plus fréquente
- Ind.6 : Part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pré-chirurgicale :
  - IMC non renseignés: 5<sup>ème</sup> caractère DP ou DR (E66) = 9
  - Actes endoscopies digestives dans les 12 mois précédent
  - Recherche de syndrome d'apnée du sommeil (consultation cardiovasculaire/pneumologie, dispositifs médicaux délivrés)
  - Bilan nutritionnel et vitaminique (albumine, ferritine, calcium, A, B12, B6, D et E)

Source : CNAM - Données DCIR 2020

Ce ciblage national doit néanmoins être nuancé car la part du groupe d'intervention le plus fréquent à 100% est due au fait que l'établissement en question est le seul à avoir réalisé plus de 30 actes de chirurgie bariatrique sur l'année étudiée. L'accent devrait davantage porter sur la part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pré-chirurgicale, pour laquelle l'établissement n'est pas ciblé mais qui mérite une certaine attention.

**C'est pourquoi la chirurgie bariatrique n'est pas retenue dans le volet pertinence des actes mais dans le volet pertinence des prestations/parcours de soins.**

## 2. Les prestations retenues

### a. Chirurgie ambulatoire : les 55 gestes marqueurs

Dans le cadre du développement de la chirurgie ambulatoire, afin d'atteindre l'objectif national de 70% des interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire, l'Assurance Maladie et les sociétés savantes ont établi une liste de gestes chirurgicaux dont le suivi permet d'observer et analyser l'évolution de la chirurgie ambulatoire.

Les 55 gestes marqueurs ainsi que les résultats de la Guadeloupe en chirurgie ambulatoire figurent en annexe 3.

## **b. Soins de suite et de réadaptation : les 6 gestes de chirurgie orthopédique identifiés par la HAS**

Les actions concernent les prestations d'hospitalisation pour les soins de suite et de réadaptation liés à des actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas de façon générale, selon les recommandations de la HAS, de recourir à une hospitalisation, pour un patient qui justifie des soins de masso-kinésithérapie.

Six gestes de chirurgie orthopédique ont été sélectionnés au niveau national :

- L'arthroplastie du genou par prothèse totale de genou (PTG) en 1<sup>ère</sup> intention (recommandation HAS 2008)
- La chirurgie réparatrice des ruptures de coiffe de l'épaule (recommandation HAS 2008)
- La ligamentoplastie du ligament croisé antérieur (LCA) du genou (recommandation HAS 2008)
- L'arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche en 1<sup>ère</sup> intention hors fracture du col du fémur (recommandation HAS 2006)
- L'ostéosynthèse d'une fracture trochantérienne du fémur (ostéo-fémur) (recommandation HAS 2006)
- L'arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche suite à une fracture du col du fémur (hanche/fracture) (recommandation HAS 2006)

Ces gestes ont été choisis en fonction :

- des recommandations existantes portant sur les critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR pour certains actes (recommandations de la HAS du 29 mars 2006 et publications de 2008 relatives aux critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR) ;
- du taux de recours élevé, au niveau national, à une prise en charge en SSR pour ces mêmes actes.

Les taux de transfert vers le SSR des 6 gestes de chirurgie orthopédique pour la Guadeloupe figurent en annexe 4.

## **c. Parcours de soins : L'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale et l'obésité**

### **• Le parcours de soins des personnes hospitalisées pour insuffisance cardiaque**

L'insuffisance cardiaque est une pathologie fréquente, mais encore sous-diagnostiquée ce qui explique peut-être la faible prévalence observée en Guadeloupe (*cf. supra*).

Toutefois, l'insuffisance cardiaque est une pathologie source de nombreux décès (en France on dénombre environ 70 000 décès par an, avec un taux de décès d'environ 47% à un an) qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire sur le long cours. Elle est à l'origine d'hospitalisations fréquentes (parmi les premières causes après 65 ans) et de ré-hospitalisations (11% à un mois, 40% à deux ans). La Guadeloupe s'engage également dans ce parcours de soins qui présente des enjeux à la fois économiques mais aussi de santé publique.

En Guadeloupe et à Saint-Martin, 13% des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ont été ré-hospitalisés à trois mois durant l'année 2019. Le coût total de ces ré-hospitalisations est estimé à 605 435 €<sup>17</sup>. Un établissement de la région a d'ailleurs été pré-ciblé par le niveau national pour son taux de ré-hospitalisation à trois mois qui s'élève à plus de 14,6%, soit un taux supérieur au seuil national de 13% correspondant au 3<sup>ème</sup> quartile.

Par ailleurs, on constate que seuls 20% des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque en Guadeloupe ont consulté leur médecin traitant dans les 8 jours qui ont succédé leur sortie et seulement 35% ont consulté un cardiologue dans les 2 mois.

### **• Le parcours de soins des patients insuffisants rénaux au stade de la pré suppléance**

La maladie rénale chronique est une maladie grave, à forts enjeux de santé publique (en France plus de 76000 patients sont atteints d'IRCT), et médico-économiques (3,4 Md de dépenses de santé pour l'IRCT, rapport Charges et produits 2015-Cnam). L'enjeu principal est donc de mieux organiser la prise en charge de l'IRC en intégrant à la fois l'ensemble des modalités de traitement, greffe et dialyse, mais aussi la phase précédant la mise en traitement de suppléance qui constitue une étape essentielle d'orientation dans les parcours de soins<sup>18</sup>.

<sup>17</sup> Source : CNAM - Données DCIR 2019

<sup>18</sup> Source : Note méthodologique HAS « Outils de déclinaison des parcours de soins maladie rénale chronique pré-suppléance » - mai 2015

Plus spécifiquement les enjeux sont :

- En termes de santé publique : Ralentir la progression de l'insuffisance rénale, améliorer la survie et la qualité de vie au stade terminal.
- En termes d'organisation des soins :
  - ✓ Améliorer l'accès aux parcours de soins coordonnés pour une meilleure qualité et sécurité des soins
  - ✓ Favoriser les prises en charges les plus efficaces et plus autonomes (greffe et dialyse de proximité)
  - ✓ Réduire les hospitalisations en urgence, les dialyses en urgence.
- En termes de dépenses de santé : Réduire les coûts de prise en charge.

En Guadeloupe, l'objectif est de développer le recours au néphrologue **en mettant l'accent sur le rôle préalable du médecin généraliste en matière de diagnostic et de prise en charge coordonnée**. En effet, plusieurs revues de la littérature ont confirmé l'intérêt d'un recours précoce au néphrologue (plus de 6 mois avant l'initiation de la dialyse) par rapport à un recours tardif (moins de 6 mois avant l'initiation de la dialyse) :

- réduction de la mortalité à partir de 3 mois et jusqu'à 5 ans après l'initiation de la dialyse ;
- réduction de la durée d'hospitalisation initiale ;
- meilleure préparation à la dialyse ;
- **augmentation du recours à la dialyse péritonéale ;**
- meilleure adaptation des traitements (ex : meilleure utilisation d'agent stimulant de l'érythropoïèse).

- **Le parcours de soins des patients souffrant d'obésité**

Nous avons vu plus haut que l'enjeu sur la chirurgie bariatrique portait sur la prise en charge pré-chirurgicale qu'il convient d'optimiser. La mise en place d'un protocole, en lien avec le centre de référence de l'obésité de la région, pourrait rendre plus efficace la prise en charge des patients concernés.

### **3. Les prescriptions retenues**

#### **a. Les produits de santé**

- **Les inhibiteurs de la pompe à protons**

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont des médicaments largement consommés par les Français (près d'un quart de la population française utilise un IPP délivré en ville sur prescription médicale). Selon plusieurs études menées, 60% de ces prescriptions seraient établies hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).

Outre le risque sanitaire élevé inhérent aux prescriptions non conformes (effets indésirables à long terme, telles que de nombreuses infections digestives et respiratoires, des fractures,...), l'impact économique de ce mésusage pèse lourdement sur les dépenses d'Assurance Maladie puisqu'il représente plus de 200 M€ par an en France.

Les prescriptions des IPP sont principalement initiées à l'hôpital et renouvelées en ville.

Selon l'arrêté du 23 février 2022 fixant les référentiels mentionnés à l'article L.162-30-3 du code de la sécurité sociale, les prescriptions hospitalières en ville de spécialités contenant un inhibiteur de la pompe à protons d'un établissement ne devraient pas dépasser le seuil de 8 500 boîtes par an. Un établissement de la région est ciblé pour dépassement de ce seuil, avec un montant des dépenses estimé à 82 912 €<sup>19</sup>.

- **Les antibiotiques**

En 2012 en France, 12 500 personnes sont décédées des suites d'une infection due à une Bactérie Multi Résistante (BMR), soit 8 900 décès de plus que ceux comptabilisés pour les accidents de la circulation.

La France est le 3ème consommateur d'antibiotiques en Europe<sup>20</sup> alors que les études ont démontré que l'antibiorésistance était principalement due à une utilisation massive et répétée des antibiotiques, voire une mauvaise utilisation de ces derniers.

<sup>19</sup> Source : CNAM - Données DCIR 2017, 2018 et 2019

<sup>20</sup> European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report for 2017

Les actions de sensibilisation menées ces dernières années ont permis d'infléchir la tendance sur la consommation des antibiotiques au niveau national (-5,1% en 2017, -1% en 2018 et -2,8% en 2019) ainsi qu'au niveau régional (-8,8% en 2017, -5,4% en 2018 et -2,2% en 2019). Toutefois, cette tendance à la baisse ne concerne pas les établissements de la Guadeloupe qui comptabilisent en 2019 une hausse de 6,7% de leurs prescriptions exécutées en ville. L'enjeu financier est mineur : 42 205 € en 2019. Toutefois, les prescriptions hospitalières jouent un rôle important en matière de santé publique et sur la médecine en ville dont les dépenses s'élèvent à 206 672 €<sup>18</sup>.

Aussi, la Guadeloupe s'inscrit-elle dans la prévention de l'antibiorésistance à l'hôpital et en ville par la promotion de la juste utilisation des antibiotiques, en particulier les plus générateurs de résistances bactériennes (antibiotiques critiques) et la réduction des prescriptions d'antibiotiques non justifiées.

- **La chimiothérapie orale**

En Guadeloupe, les dépenses liées aux traitements anticancéreux prescrits par les établissements publics représentent plus de 14,97 M € et sont en constante augmentation (+8,5% en 2019 et +27,3% en 2020). En 2020, cette hausse n'est pas due exclusivement au choix du traitement mais aussi au nombre de boîtes prescrites qui, contrairement à l'année 2019 - en baisse de 2,3% -, ont augmenté de 13% alors que le nombre de patients n'a évolué que de 3,9%<sup>18</sup>.

Ces données permettent à la région de prendre en compte dans son plan d'action les risques liés à la iatrogénie médicamenteuse. Les objectifs sont de promouvoir et de renforcer la collaboration pluri professionnelle et de renforcer la vigilance et la conciliation médicamenteuse pour les patients traités par chimiothérapies orales.

Cinq établissements sont concernés par l'activité de traitement du cancer par chimiothérapie anticancéreuse en Guadeloupe. Ils présentent de forts enjeux en termes de :

- cohorte de patients ;
- bon usage et pertinence des prescriptions ;
- nécessité de collaboration médico-pharmaceutique sécurisée dans le parcours.

- **Les médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques**

Dans le cadre de l'axe « Agir pour une structure de prescription plus responsable » du PPNGDRESS, les actions de gestion du risque se développent également autour de ces médicaments.

Actuellement le taux de prescription dans le répertoire des établissements de santé en Guadeloupe (PHEV des établissements publics et privés) est de 46,7 %<sup>18</sup>.

Dans ce contexte, afin d'atteindre la cible « Prescrire 1 médicament sur 2 dans le répertoire des génériques », la Guadeloupe s'engage à mettre en œuvre des actions régionales permettant d'augmenter le taux de prescription dans le répertoire et poursuivre l'augmentation du taux de délivrance des médicaments génériques.

- **Les biosimilaires**

Un médicament biosimilaire est un médicament biologique (fabriqué à partir de sources biologiques) similaire à un médicament biologique de référence, déjà autorisé en Europe et dont le brevet peut être copié. Il est de même composition qualitative et quantitative en substance active et de même forme pharmaceutique qu'un médicament biologique de référence mais il ne remplit pas les conditions pour être regardé comme une spécialité générique, en raison de différences liées notamment à la variabilité de la matière première ou aux procédés de fabrication (art. L.5121-1, 15° du CSP). L'autorisation de mise sur le marché (AMM) d'un médicament biosimilaire est délivrée sur la base de la démonstration d'une équivalence de résultats thérapeutiques, et non pas uniquement sur la base de la bioéquivalence comme pour les génériques chimiques<sup>21</sup>.

Les prescriptions des médicaments biologiques (biothérapie) sont largement initiées à l'hôpital et renouvelées en ville. Or des marges d'amélioration importantes sont relevées sur la montée en charge des biosimilaires pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville, notamment en ce qui concerne :

- la somatropine (0 % de biosimilaire)

<sup>21</sup> Source : [vidal.fr](http:// Vidal.fr) / Infos pratiques

- l'énoxaparine (0,1 % de biosimilaire)
- le pegfilgrastim (2,9 % de biosimilaires)
- l'érythropoïétine (6,2 % de biosimilaires)
- l'insuline glargine (10,6 % de biosimilaires)
- l'adalimumab (11 % de biosimilaires).<sup>18</sup>

A noter qu'en ville, un dispositif d'intéressement est proposé aux médecins libéraux depuis le 1er janvier 2022 en vue de les inciter à préférer systématiquement une initiation de traitement en biosimilaire et à favoriser le switch en cours de traitement, dans le respect des recommandations<sup>22</sup>.

- **Les médicaments de la liste en sus**

En Guadeloupe, les travaux menés depuis plusieurs années sur les médicaments de la liste en sus méritent d'être poursuivis compte tenu de l'enjeu financier qui demeure important : 13,3 M € en 2019 et 15,7 M € en 2020.

Les actions porteront notamment sur les antinéoplasiques et la classe des immunosuppresseurs qui représentent plus de 90% des dépenses totales (respectivement 78% et 12%). Il s'agira de garantir l'utilisation de ces médicaments coûteux et innovants de façon à assurer les bonnes pratiques, la traçabilité et la pertinence de leur utilisation.

- **Les dispositifs médicaux implantables**

Afin de prendre en compte les modifications réglementaires relatives au management de la qualité du circuit des dispositifs médicaux implantables dans les établissements de santé<sup>23</sup>, la Guadeloupe inscrit ces dispositifs dans son PAPRAPS, en veillant notamment à ce que les processus mis en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité à chaque étape du circuit soient identifiés, analysés et améliorés. Les travaux porteront notamment sur l'utilisation des dispositifs médicaux implantables en cardiologie et en orthopédie.

- **Les perfusions à domicile**

Après trois années de quasi-stabilité de la dépense nationale remboursée sur le secteur de la perfusion à domicile, les taux ont fortement progressé entre 2015 et 2018, de l'ordre de 9 à 10 % par an. En Guadeloupe, cette tendance est plus ancienne et encore plus marquée. Pour les établissements de santé, à l'origine de 90% des dépenses, on a observé une augmentation majeure de 1598 % entre 2011 et 2014 et de 78 % entre 2015 et 2018. L'augmentation touche particulièrement les dispositifs par système actif : +386% entre 2015 et 2018. Bien qu'ayant enregistré une baisse sur l'année 2019, ce mode représente toujours plus de 82% des dépenses de perfusion à domicile (69% en 2019 et 87% en 2020). Un établissement de la région est pré-ciblé par le niveau national pour son taux de recours aux systèmes actifs et diffuseur à 94%<sup>18</sup>.

Ces chiffres montrent que les taux de progression ne s'expliquent pas exclusivement par l'augmentation du nombre de patients traités. En effet, il existe trois grandes modalités de perfusion prise en charge dans la nomenclature LPP relative à la perfusion à domicile (PERFADOM) : par gravité, par diffuseur ou par système actifs (comprenant notamment les pousses seringues électriques ou les pompes). Les coûts associés à chacun de ces trois modes de perfusion sont très variables :

*Exemple d'une molécule perfusée une fois par jour pendant 7 jours (tarifs DOM 2019) :*

- Administration par système actif : 916,19 €
- Administration par diffuseur : 747,62 €
- Administration par gravité : 158,35 €

Dans ce cadre, il convient de favoriser le type de perfusion le plus efficient et donc le traitement le moins onéreux pour l'assurance maladie lorsque deux modes de perfusion sont équivalents pour le patient. A efficacité et sécurité égales, il est vertueux de choisir le traitement le moins cher, c'est-à-dire la perfusion par gravité.

<sup>22</sup> Avenant 9 à la convention médicale

<sup>23</sup> Arrêté du 8 septembre 2021 relatif au management de la qualité du circuit des dispositifs médicaux implantables dans les établissements de santé et les installations de chirurgie esthétique

- **Les pansements**

La dépense publique relative aux pansements a progressé de 4,4 % entre 2016 et 2019 notamment du fait du vieillissement de la population, de la hausse de la prévalence des pathologies chroniques (diabète) et des retours à domicile plus précoces. La diversité des situations cliniques, la variabilité de la prise en charge thérapeutique, la difficulté d'évaluation du stade des plaies, le faible recours aux protocoles ainsi qu'aux référents « plaie et cicatrisation », le marché innovant (produits onéreux), la méconnaissance liée à la diversité des références ainsi que les mésusages (pansements absorbants) sont autant de facteurs qui accentuent cette tendance.

Les établissements de santé sont à l'origine d'une part importante des prescriptions des pansements délivrés en ville. Ces derniers figurent au 5<sup>ème</sup> rang des dépenses PHEV- LPP au niveau national<sup>24</sup>.

En Guadeloupe, les pansements se positionnent en 7<sup>ème</sup> position (plus de 6% des dépenses de PHEV-LPP) mais constituent un poste en pleine expansion, les dépenses ayant augmenté de 12,6% entre 2016 et 2019. La dépense atteint 0,842 M € en 2019 et 0,853 M € en 2020. Le montant moyen remboursé par patient en 2019 est de 43,61 €. Quatre établissements de la région sont ciblés au niveau national car leur montant moyen par patient est supérieur de plus de 40% du montant observé pour les établissements de même catégorie (avec un seuil de plus de 100 patients). La part des remboursements de pansements hydrocellulaires dans la classe des pansements primaires est moins importante que celle constatée au niveau national (49 % contre 59 %). Toutefois la part des remboursements d'Urgostart dans cette classe est deux fois plus élevée (12% contre 5% France entière)<sup>18</sup>.

Les actions ont pour objectif d'inciter les établissements à établir des prescriptions qualitatives précises, complètes (nom, taille, quantité, rythmicité du changement) et adaptées en durée, en adéquation avec les référentiels de bon usage (choix de la classe, absence de redondance sauf cas particuliers) ainsi qu'avec les dispositions réglementaires de prise en charge (indications médicales et principe de non association).

#### **b. Les transports en ambulance**

En 2019, les dépenses de transports en ambulance prescrits par les établissements de santé sur l'enveloppe de ville en Guadeloupe s'élèvent à 5,24 M €, soit 0,6% de la dépense nationale<sup>25</sup>. Toutefois, la part de l'ambulance par rapport aux montants remboursés en TAP (VSL et Taxi) est de 43,6 %, soit un taux bien au-delà du taux national de 32,9 % et du taux référentiel de 20 % fixé par arrêté<sup>26</sup>. Deux établissements sont pré-ciblés pour avoir dépassé ce taux et pour leur montant remboursé des dépenses en ambulance supérieur à 400 000 €.

Les enjeux sont donc avant tout économiques et se fondent sur la promotion de la prescription du mode de transport adapté à l'état du patient, conformément au référentiel de prescription médicale de transport publié par l'arrêté du 23 décembre 2006. Les écarts de coûts entre un TAP et un transport en ambulance sont en effet très importants et il convient de réserver les prises en charge les plus coûteuses aux situations médicalement justifiées (coût moyen d'un trajet en 2020 : 99 € en ambulance, 55 € en taxi, 34 € en VSL et 18 € en véhicule personnel). Le transport des patients dialysés doit tout particulièrement être évalué.

### **III. Critères permettant de sélectionner les établissements de santé**

Le ciblage des établissements justifiant la signature d'un Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiences des Soins (CAQES) repose sur les critères précisés dans l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale :

- les établissements qui relèvent de priorités nationales définies par arrêté, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) ;
- les établissements qui ne respectent pas un ou plusieurs référentiels de pertinence et d'efficacité des actes, prestations ou prescriptions ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie, prévus par le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins.

<sup>24</sup> Instruction DSS/MCGR/DGOS/PF2/CNAMTS/DHOSPI/2017/262 du 31 août 2017 relative à la priorité de gestion du risque pour les PHEV-LPP

<sup>25</sup> Source : CNAM - Données DCIR 2019

<sup>26</sup> Arrêté du 23 février 2022 fixant les référentiels mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale et applicables au contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 du même code

Le ciblage des établissements justifiant une Mise Sous Accord Préalable (MSAP) repose sur les constats précisés dans l'article L.162-1-17 du code de la sécurité sociale :

- Un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;
- Une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de Santé.

Champ de la pertinence	Modalités de ciblage et critères
<b>1. LES ACTES</b>	
<b>Amygdalectomie</b>	<p>Le pré-ciblage est réalisé au niveau national. Il s'agit d'identifier les établissements les plus atypiques en s'appuyant sur les différents indicateurs sélectionnés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolution du nombre d'amygdalectomies chez le patient de moins de 18 ans sur les 3 dernières années</li> <li>- Part des patients de moins de 6 ans opérés pour amygdalectomie</li> <li>- Part des patients de moins de 6 ans opérés pour amygdalectomie pour trouble obstructif</li> <li>- Part des patients de moins de 18 ans ayant été traités par antibiotiques dans les 3 années précédentes</li> <li>- Part des patients de moins de 18 ans ayant eu une consultation médicale dans l'année précédente</li> </ul> <p>Seuls les établissements ayant un minimum d'activité (ici au moins 30 actes) sont concernés.</p> <p>La méthode retenue pour effectuer le ciblage est "la méthode des seuils". Pour chaque indicateur sélectionné, les établissements sont triés. Les établissements étant dans les 10% les plus atypiques au niveau national auront un top à 1, sinon à 0. La somme des tops permet de catégoriser les établissements de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si la somme est égale à 0, l'établissement est dans la catégorie "A",</li> <li>- Si la somme est égale à 1, l'établissement est dans la catégorie "B",</li> <li>- Si la somme est supérieure à 1, l'établissement est dans la catégorie "C".</li> </ul> <p>Le ciblage doit être confirmé au niveau régional par l'assurance maladie et l'ARS selon la connaissance de l'établissement, son environnement et des autres actions récentes ou en cours.</p>
<b>Examens pré-anesthésiques</b>	<p>Le pré-ciblage est réalisé au niveau national. Il s'agit d'identifier les établissements les plus atypiques en s'appuyant sur les différents indicateurs sélectionnés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'enfant avant amygdalectomie et adénoïdectomie</li> <li>- Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte</li> <li>- Taux de recours au groupe sanguin</li> <li>- Taux de recours au ionogramme sanguin</li> </ul> <p>Seuls les établissements ayant un minimum d'activité (ici au moins 30 actes) sont concernés.</p> <p>Les établissements pré-ciblés sont ceux ayant un minimum d'activité de 1 000 examens pré-anesthésiques sur 2019 ainsi qu'un indicateur composite (recouvrant les 4 indicateurs susmentionnés) supérieur à 0%.</p> <p>Le ciblage doit être confirmé au niveau régional par l'Assurance Maladie et l'ARS selon la connaissance de l'établissement, son environnement et des autres actions récentes ou en cours.</p>
<b>Endoscopie digestive</b>	<p>Le ciblage est réalisé au niveau régional. Il s'agit d'identifier les établissements les plus atypiques en s'appuyant sur les indicateurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Part des endoscopies thérapeutiques sur total des endoscopies (écart à la tendance nationale 30%)</li> <li>- Part des endoscopies digestives hautes réalisées le même jour qu'une endoscopie digestive basse chez un même patient</li> <li>- Fréquence des endoscopies digestives basses chez un même patient</li> </ul>

<b>Hystérectomie</b>	<p>Le ciblage est réalisé au niveau régional. Il s'agit d'identifier les établissements les plus atypiques en s'appuyant sur les indicateurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le taux de recours (brut) élevé par rapport aux établissements de la région</li> <li>- l'évolution en constante augmentation</li> </ul>
<b>Chirurgie de la cataracte</b>	<p>Le ciblage est réalisé au niveau régional. Il s'agit d'identifier les établissements les plus atypiques en s'appuyant sur l'indicateur suivant : un taux de recours (brut) élevé par rapport aux établissements de la région.</p>
<b>(Chirurgie bariatrique)</b>	<p>Le pré-ciblage est réalisé au niveau national. Il s'agit d'identifier les établissements les plus atypiques en s'appuyant sur les différents indicateurs sélectionnés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Part des 18-20 ans</li> <li>- Part des patients ayant un IMC 30-40, sans comorbidité et sans antécédent d'intervention depuis 2006</li> <li>- Part des patients n'ayant aucun suivi préopératoire depuis 12 mois</li> <li>- Part relative des interventions dans l'activité de chirurgie digestive hors chirurgie pariétale</li> <li>- Part du groupe d'intervention le plus fréquent</li> <li>- Part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pré-chirurgicale</li> </ul> <p>Seuls les établissements ayant un minimum d'activité (ici au moins 30 actes) sont concernés.</p> <p>La méthode retenue pour effectuer le ciblage sera nommée "la méthode des quartiles". Pour chaque indicateur sélectionné, les établissements sont triés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les 25% d'établissements les moins élevés (1er quartile) auront une note de 1,</li> <li>- les 25% d'établissements suivants (2nd quartile) auront une note de 2,</li> <li>- les 25% d'établissements suivants (3ième quartile) auront une note de 3,</li> <li>- les 25% d'établissements les plus élevés (4ième quartile) auront une note de 4.</li> </ul> <p>L'ensemble des notes est pondérée afin de calculer un score moyen. C'est sur ce score moyen que se fera le ciblage en ciblant les 20% d'établissements ayant les notes les plus importantes.</p> <p>Le ciblage doit être confirmé au niveau régional par l'Assurance Maladie et l'ARS selon la connaissance de l'établissement, son environnement et des autres actions récentes ou en cours.</p>
<b>2. LES PRESTATIONS</b>	
<b>Chirurgie ambulatoire</b>	<p>Le ciblage est effectué à partir de la liste des 55 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire validée par les sociétés savantes et/ou Conseils Nationaux Professionnels (cf. en annexe 1).</p> <p><u>Précisions :</u></p> <p>La MSAP concerne les prestations d'hospitalisation liés à des actes chirurgicaux et interventionnels ne nécessitant pas de façon générale et pour un patient standard de recourir à une hospitalisation complète mais à une prise en charge en chirurgie ambulatoire. Le ciblage retient les établissements pour lesquels le taux de CA est en écart par rapport aux moyennes régionales et/ou nationales. Le taux de CA est calculé pour chacun des gestes marqueurs.</p> <p>Pour la période 2022-2025, les critères de sélection des établissements vont porter sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le faible pourcentage de chirurgie ambulatoire réalisé sur cet acte comparé aux autres établissements de la Guadeloupe et des deux collectivités,</li> <li>- le volume suffisant pour ce geste,</li> <li>- la transférabilité suffisante pour ce geste.</li> </ul>
<b>SSR</b>	<p>Sur les 6 gestes marqueurs par rapport au niveau de recours en SSR, le ciblage des établissements se fait sur la base du taux d'orientation en SSR (nombre de séjours orientés en SSR - soit directement par transfert/mutation, soit après un passage au domicile - rapporté au nombre de séjours total, en %) en fonction de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la proportion élevée par rapport aux établissements de la région pour un même type d'acte</li> <li>- l'évolution en constante augmentation du taux de passage en SSR.</li> </ul>

<b>Ré-hospitalisation après un épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque</b>	<p>Le pré-ciblage est réalisé au niveau national. Il concerne les établissements ayant une activité de médecine cardiologique avec suivi de patients insuffisants cardiaques.</p> <p>Les critères de sélection des établissements retenus sont :          Nombre de séjours &gt; 1<sup>er</sup> quartile et Taux de réhospitalisation &gt; 3<sup>ème</sup> quartile          Et          Nombre de séjours &gt; 2<sup>ème</sup> quartile et Taux de réhospitalisation &gt; 2<sup>ème</sup> quartile          Et          Nombre de ré hospitalisations &gt; 10</p>
<b>Dialyse</b>	<p>Le ciblage est réalisé au niveau régional. Il s'agit d'identifier les établissements les plus représentatifs en s'appuyant sur les indicateurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'hospitalisation en urgence (pour insuffisance rénale)</li> <li>- Durée d'hospitalisation initiale (pour insuffisance rénale)</li> <li>- Taux d'entrées en dialyse en urgence</li> <li>- Taux de recours à la dialyse péritonéale (sur l'ensemble des dialyses)</li> <li>- Taux d'hémodialyse à domicile (sur l'ensemble des hémodialyses)</li> </ul>
<b>Prise en charge de l'obésité</b>	<p>Le ciblage est réalisé au niveau régional. Il s'agit d'identifier les établissements les plus représentatifs en s'appuyant sur l'indicateur suivant : part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pré-chirurgicale</p>
<b>3. PRESCRIPTIONS</b>	
<b>Inhibiteurs de la pompe à protons</b>	<p>Le pré-ciblage des établissements est réalisé au niveau national. Il est effectué en fonction du niveau de prescription des IPP. Ainsi, le seuil de prescription de 8500 boîtes par établissement a été retenu afin de viser prioritairement les plus gros prescripteurs.</p> <p>Le ciblage doit être confirmé au niveau régional par l'Assurance Maladie et l'ARS selon la connaissance de l'établissement, son environnement et des autres actions récentes ou en cours.</p>
<b>Antibiotiques</b>	<p>Le ciblage est réalisé au niveau régional. Il s'agit d'identifier les établissements les plus représentatifs en s'appuyant sur les indicateurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablissements de santé avec un taux de prescriptions d'antibiotiques critiques en PHEV &gt; moyenne régionale (49%) (seuil de neutralisation &gt;500 boîtes /an)</li> <li>- Etablissement de santé à enjeu (volume/an &gt; 20 000 boîtes) avec présence d'infectiologue référent</li> </ul>
<b>Chimiothérapie orale</b>	<p>Le ciblage est réalisé au niveau régional. Il s'agit de cibler les établissements de santé concernés par l'activité de traitement du cancer par chimiothérapie anticancéreuse (activité en cancérologie et prescriptions de chimiothérapie orale &gt; 1)</p>
<b>Médicaments appartenant au groupe des génériques</b>	<p>Le ciblage est réalisé au niveau régional. Il s'agit d'identifier les établissements les plus représentatifs en s'appuyant sur les indicateurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un taux de médicaments inscrits dans le répertoire des génériques &lt; 49%</li> <li>- avec un nombre de boîtes significatifs (seuil de neutralisation 16 000 boîtes/an)</li> </ul>
<b>Biosimilaires</b>	<p>Le ciblage est réalisé au niveau régional. Il s'agit d'identifier les établissements les plus représentatifs en s'appuyant sur les indicateurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un taux de biosimilaires &lt; 60%</li> <li>- avec un nombre de boîtes significatifs (seuil de neutralisation 150 boîtes/an)</li> </ul>
<b>Médicaments de la liste en sus</b>	<p>Le ciblage est réalisé au niveau régional. Il s'agit d'identifier les établissements les plus représentatifs en s'appuyant sur les indicateurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépenses &gt; 200 000 € sur 2020</li> <li>- Et/ou &gt; 100 000 € sur S1 2021</li> </ul>
<b>Dispositifs médicaux implantables</b>	<p>Le ciblage est réalisé au niveau régional. Il s'agit d'identifier les établissements les plus représentatifs en s'appuyant sur les indicateurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépenses &gt; 200 000 € sur 2020</li> <li>- Et/ou &gt; 100 000 € sur S1 2021</li> </ul>

<p><b>Perfusions à domicile</b></p>	<p>Le pré-ciblage des établissements est réalisé au niveau national. Il concerne les prescriptions de systèmes actifs et de système par diffusion sur la base de deux critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépenses (en montants remboursés) supérieur au seuil de 100 000 euros</li> <li>- Taux de recours (en montants remboursés) à ces deux systèmes supérieur à 80 %</li> </ul> <p>Le ciblage doit être confirmé au niveau régional par l'Assurance Maladie et l'ARS selon la connaissance de l'établissement, son environnement et des autres actions récentes ou en cours.</p>
<p><b>Pansements</b></p>	<p>Le pré-ciblage des établissements est réalisé au niveau national. Sont concernés les établissements (Finess géographique) ayant un montant moyen par patient supérieur de 40% au montant moyen de leur catégorie d'établissement.</p> <p>Parmi cette première sélection, un second filtre sera opéré afin de cibler les établissements ayant un nombre de patients sur l'année N supérieur à 100 patients.</p> <p>Le ciblage doit être confirmé au niveau régional par l'Assurance Maladie et l'ARS selon la connaissance de l'établissement, son environnement et des autres actions récentes ou en cours.</p>
<p><b>Transports en ambulance</b></p>	<p>Le pré-ciblage des établissements est réalisé au niveau national. Sont concernés les établissements (Finess géographiques) prescrivant beaucoup de transport en ambulance, à la fois en montants remboursés (plus de 400 000 € en remboursé ambulance - tous régimes - sur l'année 2019) et en part d'ambulance dans le total transport (part de l'ambulance dans le total (ambulance + Taxi + VSL) supérieur ou égal à 20%).</p> <p>Le ciblage doit être confirmé au niveau régional par l'Assurance Maladie et l'ARS selon la connaissance de l'établissement, son environnement et des autres actions récentes ou en cours.</p>

#### IV. Actions et calendrier

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

Type de mesures	Type d'actions	Calendrier	Actions selon le champ
Les mesures d'accompagnement	Sensibilisation		<b>Actes</b>
		2022	<u>Amygdalectomie</u> Visite d'accompagnement par l'ARS et l'Assurance maladie des établissements ciblés. Accompagnement des équipes administratives et médicales avec présentation de la démarche, des indicateurs et des résultats de l'établissement.
		2023	<u>Endoscopie digestive</u> Echange avec les équipes médicales pour identifier les axes d'amélioration.
		2023	<u>Hystérectomie</u> Echange avec les équipes médicales. Plan d'action à définir avec la profession.
		2022-2023 2023-2024	<u>Cataracte</u> - Etat des lieux, étude des données statistiques. - Echange avec les équipes médicales pour identifier les axes d'amélioration.
			<b>Prestations</b>
		2022	<u>Chirurgie ambulatoire</u> - Réactualisation de la liste de membres de l'ORCA-GIN (Observatoire Régional de la Chirurgie Ambulatoire de la Guadeloupe et des Iles du Nord, réunissant les binômes médico-administratifs de chaque établissement autorisé en chirurgie ambulatoire, l'ARS et l'Assurance Maladie) et relance des réunions.
		2022-2023 2023	- Elaboration par l'ORCA-GIN d'un plan d'action pluriannuel dédié à la chirurgie ambulatoire. - Animation du réseau des établissements autorisés en chirurgie ambulatoire par une équipe projet régionale ARS/DRSM/CGSS.
		2023	- Réactivation des journées régionales de la chirurgie ambulatoire. Objectif triple : échanges entre pairs, communication avec les représentants des patients et les URPS ML et IDEL, information du grand public et des professionnels de santé.
		2022-2023	<u>Dialyse</u> Echange avec les équipes administratives et médicales pour la mise en place d'un plan d'action.
2022-2023	<u>Prise en charge de l'obésité</u> Echange avec les équipes administratives et médicales pour la mise en place d'un plan d'actions en lien avec le centre de référence de l'obésité.		

Type de mesures	Type d'actions	Calendrier	Actions selon le champ
Les mesures d'accompagnement	Sensibilisation	Annuel	<b>Prescriptions</b> <u>Produits de santé :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pilotage de l'OMEDIT dans ses missions de conseil auprès des établissements : développement des échanges de pratiques, actions de sensibilisation, information, amélioration des pratiques.</li> <li>- Envoi des profils PHMEV-LPP à l'ensemble des établissements.</li> <li>- Actions d'accompagnement sur des thèmes nationaux et régionaux de l'Assurance Maladie.</li> </ul> <u>Transports :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Envoi des profils PHEV Transports.</li> <li>- Article 80 : Visite d'accompagnement des prescripteurs par l'Assurance Maladie.</li> </ul>
		Annuel 2022-2025	
		Annuel 2022-2023	
Les mesures de contractualisation	CPOM	Annuel	<b>Prestations</b> <u>Chirurgie ambulatoire</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A définir par l'ARS</li> <li>- Communication aux établissements des nouvelles cibles de taux de chirurgie ambulatoire dans le cadre des dialogues de gestion.</li> </ul>
		Annuel	<b>Prescriptions</b> <u>Transports</u> A définir par l'ARS
	CAQES	2022-2024	<b>Prescriptions</b> <u>Produits de santé</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagnement des équipes administratives et médicales par l'Assurance Maladie et l'ARS, avec présentation de la démarche, des indicateurs et des résultats de l'établissement.</li> <li>- Communication et implication des comités du médicament des CME des établissements.</li> <li>- Suivi par l'ARS et l'Assurance Maladie, avec un appui des établissements par l'OMEDIT, sur le bon usage des prescriptions des médicaments et dispositifs médicaux ciblés.</li> <li>- S'assurer de la mention systématique, sur les ordonnances, du numéro RPPS et du numéro FINESS <b>géographique</b>.</li> </ul> <u>Transports</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagnement des équipes administratives et médicales par l'Assurance Maladie et l'ARS, avec présentation de la démarche, des indicateurs et des résultats de l'établissement.</li> <li>- Communication et implication des CME des établissements.</li> <li>- Suivi par l'ARS et l'Assurance Maladie sur le bon usage des prescriptions de transport.</li> <li>- S'assurer de la mention systématique, sur les ordonnances, du numéro RPPS et du numéro FINESS <b>géographique</b>.</li> </ul>
		2022-2024 Annuel	
		2022-2025	
		2022-2024 2022-2024 Annuel 2022-2025	

Type de mesures	Type d'actions	Calendrier	Actions selon le champ
Les mesures de contractualisation	CAQES	Annuel 2022-2024 2022	<p><b>Prestations</b></p> <p><u>Insuffisance cardiaque</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagnement des équipes administratives et médicales par l'Assurance Maladie et l'ARS, avec présentation de la démarche, des indicateurs et des résultats de l'établissement.</li> <li>- Communication et implication des CME des établissements.</li> <li>- Accompagnement des structures d'exercice coordonné en ville type MSP/CPTS par l'Assurance Maladie.</li> </ul>
Les mesures de contrôle	Mise Sous Accord Préalable (MSAP)	Annuel	<p><b>Actes</b></p> <p><u>Amygdalectomie, endoscopie digestive, hystérectomie, chirurgie de la cataracte.</u> Procédure de MSAP à l'encontre des établissements ciblés.</p>
		Annuel Annuel  Annuel Annuel	<p><b>Prestations</b></p> <p><u>Chirurgie ambulatoire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure de MSAP à l'encontre des établissements ciblés.</li> <li>- Evaluation et contrôle a posteriori avec mise en œuvre d'actions, dont récupération d'indus.</li> </ul> <p><u>SSR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure de MSAP à l'encontre des établissements ciblés.</li> <li>- Evaluation <i>a posteriori</i>.</li> </ul>

## V. Les modalités de suivi et d'évaluation

Thème	Type de suivi	Evaluation de l'atteinte des objectifs fixés	Indicateurs de suivi des établissements
Les actes Les prestations	<b>MSAP</b> Contrôle <i>a posteriori</i>	Annuelle, à l'issue de la période de MSAP	<u>Amygdalectomie, endoscopie digestive, hystérectomie et cataracte</u> Amélioration des indicateurs de ciblage  <u>Chirurgie ambulatoire et SSR</u> - Amélioration du taux pour le geste ciblé - % de demandes d'accord préalable par rapport aux hospitalisations sur le geste/acte ciblé
	<b>CPOM</b> Revue de contrat	Semestrielle dans le cadre de la revue de contrat ARS Annexe qualité du CPOM	Réalisation de la revue de pertinence au regard de l'action régionale en matière de pertinence définie par l'ARS
	<b>CAQES</b> Evaluation	Annuelle par l'ARS/l'AM/l'OMEDIT  Repose sur les objectifs définis dans le CAQES de l'établissement	<u>Examens pré-anesthésiques</u> - % de recours au bilan d'hémostase chez l'enfant avant amygdalectomie et adénoïdectomie - % de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte - % de recours au groupe sanguin - % de recours au ionogramme sanguin  <u>Insuffisance cardiaque</u> - Différentiel entre l'année N et l'année de référence des dépenses liées aux réhospitalisations des patients ayant été déjà hospitalisés pour un 1 <sup>er</sup> épisode de décompensation d'une IC dans l'ES - Déploiement du parcours IC
	<b>Plans d'actions</b> Suivi	Trimestrielle par l'ARS/l'AM	<u>Dialyse</u> - % d'hospitalisation en urgence - Durée d'hospitalisation initiale - % d'entrées en dialyse en urgence - % de recours à la dialyse péritonéale - % d'hémodialyse à domicile - % recours au néphrologue plus de 6 mois avant la dialyse initiale - Elaboration et déploiement du parcours de soins des patients insuffisants rénaux au stade de la pré suppléance  <u>Prise en charge de l'obésité</u> - % des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pré-chirurgicale - Elaboration et déploiement du plan d'action sur la prise en charge de l'obésité

<p><b>Les prescriptions (transports)</b></p>	<p><b>CAQES</b> Evaluation</p>	<p>Annuelle par l'ARS/AM Repose sur les objectifs définis dans le CAQES de l'établissement</p>	<p>Part de l'ambulance par rapport aux montants remboursés par l'Assurance Maladie prescrits en ambulance et en TAP (VSL et Taxi)</p>
<p><b>Les prescriptions (produits de santé)</b></p>	<p><b>CAQES</b> Evaluation</p>	<p>Annuelle par l'ARS/l'AM/l'OMEDIT Repose sur les objectifs définis dans le CAQES de l'établissement</p>	<p><u>IPP</u> Evolution, entre les années n et n-1, des dépenses remboursées en ville (corrigées de l'effet prix) liées aux prescriptions d'IPP de l'établissement de santé</p> <p><u>Perfusions</u> Taux de recours aux systèmes actifs et diffuseur [(PSE+DIFF)/(PSE+DIF+GRA)] en PHEV</p> <p><u>Pansements</u> Différentiel des dépenses de PHEV pansements rapporté au coût moyen par patient</p> <p><u>Antibiotiques</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivi des prescriptions d'ATB particulièrement générateurs d'antibiorésistance en PHEV</li> <li>- Engagement de la direction, programme d'actions</li> <li>- Suivi des consommations d'ATB</li> <li>- Audit d'évaluation des pratiques de prescription</li> <li>- % de traçabilité de la réévaluation à 48-72h</li> <li>- Actions coordonnées d'animation de la promotion du bon usage des ATB, formations</li> </ul> <p><u>Chimiothérapie orale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Montants des dépenses PHEV et évolution</li> <li>- Intégration d'actions dans le programme d'action Produits de santé</li> <li>- Mise en œuvre des actions de pharmacie clinique (conciliation médicamenteuse)</li> <li>- Actions coordonnées en vue de sécuriser la prise en charge des patients sous chimiothérapies orales en articulation avec les dispositifs existants</li> </ul> <p><u>Biosimilaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % de biosimilaires en PHEV</li> <li>- Evaluation du livret pharmaceutique</li> <li>- Communication auprès des services concernés &amp; sensibilisation des internes</li> <li>- Promotion/référencement de molécules ciblées</li> <li>- Actions d'information auprès des patients</li> </ul> <p><u>Génériques</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % de prescription dans le répertoire en PHEV</li> <li>- Evaluation du livret pharmaceutique</li> <li>- Communication auprès des services concernés &amp; sensibilisation des internes</li> <li>- Promotion/référencement de molécules ciblées</li> <li>- Actions d'information auprès des patients</li> </ul>

<p><b>Les prescriptions</b> (produits de santé)</p>	<p><b>CAQES</b> Evaluation</p>	<p>Annuelle par l'ARS/l'AM/l'OMEDIT</p> <p>Repose sur les objectifs définis dans le CAQES de l'établissement</p>	<p><u>Liste en sus Médicaments</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'évolution des dépenses</li> <li>- Taux de biosimilaires des médicaments coûteux et innovants</li> <li>- Taux de codage des indications PMSI sans anomalies</li> <li>- Taux de prescription hors AMM hors RTU et taux d'argumentaires (transmission du suivi qualitatif hors AMM à l'OMEDIT)</li> <li>- Taux d'information du patient sur le caractère hors AMM de la prescription</li> <li>- Intégration d'actions dans le programme d'action Produits de santé</li> <li>- Mobilisation de la CME / CfME</li> <li>- Evaluation des pratiques de prescription</li> </ul> <p><u>Liste en sus Dispositifs médicaux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'évolution des dépenses Liste en sus DM</li> <li>- Taux de traçabilité informatique des DMI</li> <li>- Enregistrement de l'identifiant unique des dispositifs (IUD-ID) dans le système d'information de l'établissement, à toutes les étapes de la traçabilité, à l'aide d'un système d'identification et de saisie automatique des donnée</li> <li>- % de codage dans le PMSI des DMI de la liste intra-GHS intégrant l'IUD-ID</li> <li>- % de traçabilité de la remise au patient du document post implantation</li> <li>- Intégration d'actions dans le programme d'action Produits de santé</li> <li>- Mobilisation de la CME / CfME</li> <li>- Mise en œuvre d'une analyse des risques <i>a priori</i> et d'une cartographie du circuit informatique des DMI.</li> </ul>
---	------------------------------------	--	---

## VI. Liste des Acronymes

<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>CA</b>	Chirurgie ambulatoire
<b>CAQES</b>	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
<b>CPOM</b>	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
<b>DRSM</b>	Direction Régionale du Service Médical
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>IRAPS</b>	Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins
<b>PAPRAPS</b>	Plan d'action pluriannuel d'amélioration de la pertinence des soins
<b>PHEV</b>	Prescription hospitalière en ville
<b>PHMEV</b>	Prescription hospitalière de médicament en ville
<b>LPP</b>	Liste des produits et prestations
<b>MSAP</b>	Mise sous accord préalable
<b>SSR</b>	Soins de suite et de réadaptation

## Annexe 1 : Définition du taux de recours

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

Publié sur le site [solidarites-sante.gouv.fr](https://solidarites-sante.gouv.fr) le 04.12.15<sup>27</sup>

Un taux de recours est une mesure de la consommation d'une population sur un territoire. C'est le nombre d'actes ou de prescriptions rapporté au nombre d'habitants du territoire. Cette mesure est utilisée pour comparer des territoires entre eux et analyser les variations de consommations de soins.

Les taux de recours sont utilisés pour comparer des territoires qui ont des populations différentes du point de vue de l'âge et du sexe. Ces deux éléments ont une influence sur la plupart des maladies. Pour pouvoir comparer les territoires, nous travaillons à partir des taux de recours dits « standardisés » c'est-à-dire en appliquant à tous les territoires la même structure de population (celle de la France). Ainsi, les consommations des différentes populations sont rendues comparables du point de vue de l'âge et du sexe.

---

<sup>27</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/pertinence-des-soins-10584/la-foire-aux-questions/article/qu-est-ce-qu-un-taux-de-recours>

## Annexe 2 : Les territoires de santé de la Guadeloupe et des Iles du Nord

<b>Territoire de santé</b>	<b>Communes</b>
Cap Excellence	Pointe à Pitre
	Abymes
	Baie-Mahault
Nord Grande Terre	Port-Louis
	Anse-Bertrand
	Morne-À-L'eau
	Le Moule
	Petit-Canal
Nord Basse Terre	Sainte-Rose
	Deshaies
	Goyave
	Lamentin
	Petit-Bourg
	Pointe-Noire
Sud Basse Terre	Basse-Terre
	Baillif
	Bouillante
	Capesterre-Belle-Eau
	Gourbeyre
	Saint-Claude
	Terre-de-Bas
	Terre-de-Haut
	Trois-Rivières
	Vieux-Fort
	Vieux-Habitants
Marie-Galante	Grand-Bourg
	Capesterre-de-Marie-Galante
	Saint-Louis
Sud-est Grande Terre	Le Gosier
	La Désirade
	Saint-François
	Sainte-Anne
Saint-Barthélemy	
Saint-Martin	

### Annexe 3 : Chirurgie ambulatoire – Les 55 gestes marqueurs, en Guadeloupe et dans les Iles du Nord

Acte	Taux CA	Nombre total d'actes	Nombre d'actes réalisés en ambulatoire
Accès vasculaire	86,2%	589	508
Adénoïdectomies	92,9%	56	52
Angioplasties du membre supérieur	25,0%	12	3
Angioplasties périphériques	50,0%	2	1
Arthroscopie de la cheville	100,0%	1	1
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	60,3%	277	167
Avulsion dentaire	66,7%	111	74
Chirurgie anale	29,4%	85	25
Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)	97,1%	243	236
Chirurgie de la main	95,6%	297	284
Chirurgie de la main pour maladie de Dupuytren	100,0%	8	8
Chirurgie de la main pour réparation des ligaments et tendons	95,5%	22	21
Chirurgie de l'avant pied	50,0%	2	1
Chirurgie de l'épaule	7,5%	40	3
Chirurgie de l'utérus	90,2%	642	579
Chirurgie des bourses	65,7%	105	69
Chirurgie des bourses de l'enfant	31,8%	66	21
Chirurgie des hernies abdominales	35,4%	314	111
Chirurgie des hernies de l'enfant	48,6%	37	18
Chirurgie des hernies inguinales	46,9%	514	241
Chirurgie des maxillaires	48,1%	27	13
Chirurgie des sinus	39,0%	77	30
Chirurgie des varices	27,3%	44	12
Chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses (ms)	96,3%	409	394
Chirurgie du col utérin, vulve, vagin	78,6%	145	114
Chirurgie du cristallin	89,8%	98	88
Chirurgie du nez	60,0%	35	21
Chirurgie du pied	100,0%	17	17
Chirurgie du poignet	98,4%	61	60
Chirurgie du sein/tumorectomie	40,7%	108	44
Chirurgie du trou maculaire	77,9%	68	53
Chirurgie du tympan	66,7%	6	4
Chirurgie pour strabisme	94,0%	50	47
Cholécystectomie	19,8%	429	85
Cure de paraphimosis	100,0%	1	1
Exérèse de kystes synoviaux	97,2%	72	70
Exérèse de lésions cutanées	90,4%	83	75
Exérèse de lésions de la bouche	60,0%	5	3

Acte	Taux CA	Nombre total d'actes	Nombre d'actes réalisés en ambulatoire
Exérèse de lésions sous-cutanées	87,1%	326	284
Fermeture de fistule buccale	0,0%	2	0
Fistules artérioveineuses	14,8%	176	26
Geste secondaire sur lambeau	50,0%	4	2
Geste sur la vessie	100,0%	3	3
Geste sur les glandes salivaires	91,2%	34	31
Geste sur l'uretère	39,8%	191	76
Geste sur l'urètre	25,0%	4	1
Interruption tubaire	81,3%	16	13
LEC	0,0%	18	0
Plastie de lèvres	50,0%	2	1
Prélèvement d'ovocyte	100,0%	73	73
Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique	91,8%	134	123
Réparation de perte de substance en dehors de l'extrémité céphalique	83,1%	568	472
Vitrectomie avec pelage de membrane	89,7%	68	61
Vitrectomie postérieure isolée	100,0%	15	15
<b>Total pour les 55 gestes marqueurs</b>	<b>69,7%</b>	<b>6 792</b>	<b>4 735</b>

Source : ScanSanté – VISUCHIR 2020

## **Annexe 4 : SSR – Les 6 gestes de chirurgie orthopédique identifiés par la HAS, en Guadeloupe et dans les Iles du Nord**

En région Guadeloupe, le taux de transfert ou de mutation de MCO en SSR (sans passage par le domicile) est élevé pour 4 des 6 gestes de chirurgie orthopédique sélectionnés au niveau national. Il est supérieur à 40% pour l'arthroplastie du genou par prothèse totale de genou (PTG) en 1ère intention, les arthroplasties de hanche par prothèse totale de hanche et l'ostéosynthèse d'une fracture trochantérienne du fémur (ostéo-fémur).

Le taux est beaucoup plus élevé en région Guadeloupe qu'au niveau national pour l'arthroplastie du genou par prothèse totale de genou (PTG) en 1ère intention, les arthroplasties de hanche par prothèse totale de hanche et la chirurgie réparatrice des ruptures de coiffe de l'épaule.

Gestes marqueurs	GUADELOUPE en 2021			% national en 2021*
	Nombre de séjours en MCO	dont transferts ou mutations vers soins de suite et de réadaptation (SSR)		
		Nombre	Part dans l'ensemble des séjours*	
<b>Arthroplastie du genou par prothèse totale de genou (PTG) en 1ère intention</b>	227	134	59%	37%
<b>Chirurgie réparatrice des ruptures de coiffe de l'épaule</b>	87	9	10%	3%
<b>Ligamentoplastie du ligament croisé antérieur (LCA) du genou</b>	64	1	2%	2%
<b>Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche en 1ère intention hors fracture du col du fémur</b>	103	42	41%	24%
<b>Ostéosynthèse d'une fracture trochantérienne du fémur (ostéo-fémur)</b>	152	64	42%	47%
<b>Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche suite à une fracture du col du fémur (hanche/fracture)</b>	185	74	40%	27%

Source : PMSI - DIAMANT 2020

\* Ce taux de transfert/mutation en SSR est à distinguer du taux d'orientation en SSR qui sera pris en compte comme indicateur lors de la sélection et de l'évaluation (nombre de séjours orientés en SSR, soit directement par transfert/mutation, soit après un passage au domicile du patient, avec une orientation en SSR dans les 60 jours après la sortie du MCO).