

**AGENCE REGIONALE DE SANTE  
CENTRE- VAL DE LOIRE**

**ARRÊTE  
N° 2015-OSMS-0221**

**Portant fixation du plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence  
des soins en région Centre-Val de Loire**

**Le Directeur général de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,**

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-1-17, L. 162-30-4, R. 162-44 à R.162-44-4 ;

Vu le décret en date du 22 février 2013 portant nomination de Monsieur Philippe DAMIE en qualité de directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) Centre-Val de Loire ;

Vu le décret en date du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé ;

Vu l'avis de la commission régionale de gestion du risque constituée en comité stratégique ONDAM, réunie en formation plénière le 14 décembre 2015 ;

Considérant l'article 3 du décret du 19 novembre 2015 qui précise, que par dérogation, jusqu'au 31 décembre 2015, le directeur général de l'agence régionale de santé peut arrêter le plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, après avis de la seule commission régionale de gestion du risque siégeant en formation plénière, constitué des seuls critères permettant d'identifier les établissements faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable prévue par l'article R. 162-44-3 ;

**ARRÊTE**

**Article 1** : le plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins en région Centre-Val de Loire est fixé conformément à l'annexe du présent arrêté. Il demeure en vigueur jusqu'à adoption d'un nouveau plan, et au plus tard jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2016.

**Article 2** : le présent arrêté peut faire l'objet, dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou de la date de publication au recueil des actes administratifs :

- soit d'un recours gracieux auprès du Directeur général de l'Agence régionale de santé Centre- Val de Loire,
- soit d'un recours contentieux formé par toute personne ayant intérêt à agir auprès du Tribunal administratif d'Orléans, 28 rue de la Bretonnerie – 45057 ORLEANS CEDEX 1.

**Article 3** : le Directeur de l'offre sanitaire et médico-sociale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire.

**Fait à Orléans, le 17 décembre 2015.**  
**Pour Le Directeur général de l'Agence**  
**régionale de santé du Centre-Val de Loire,**  
**Le directeur général adjoint**  
**Signé : Pierre-Marie DETOUR**

## Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins en région Centre-Val de Loire

La promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé s'inscrit dans un nouveau cadre juridique, issu de l'article 58<sup>1</sup> de la LFSS 2015 et précisé par décret n°2015-1510 du 19 novembre 2015 qui définit les modalités de mise en œuvre du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) ainsi que le contenu et la procédure de conclusion du contrat tripartite d'amélioration de la pertinence des soins<sup>2</sup>.

Ce décret définit le contenu ainsi que les modalités d'élaboration et d'évaluation du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins. Il crée à cet effet une instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins, consultée sur l'élaboration et les révisions du plan d'actions ainsi que sur son évaluation, afin d'associer étroitement les professionnels de santé, les représentants des usagers et les fédérations hospitalières à la démarche.

Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins précise :

- le diagnostic de la situation régionale réalisé sur un champ thématique délimité par la commission régionale de gestion du risque avec le concours de l'instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins,
- les domaines d'actions 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 prioritaires choisis et la déclinaison, pour chacun d'eux, des actions qui seront menées en précisant le calendrier et les moyens mobilisés pour leur mise en œuvre,
- les critères de ciblage permettant d'identifier :
  - les établissements faisant l'objet du contrat d'amélioration de la pertinence des soins,
  - les établissements faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable.
- les modalités de suivi et d'évaluation des actions retenues.

L'article 3 du décret n°2015-1510 permet, par dérogation et jusqu'au 31 décembre 2015, au DG ARS d'arrêter le plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, après avis de la seule commission régionale de gestion du risque siégeant en formation plénière, ce plan étant constitué des seuls critères permettant d'identifier les établissements faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable prévue par l'article R.162-44-3 du CSS.

Le présent PAPRAPS s'inscrit dans ce cadre transitoire.

---

<sup>1</sup> Les dispositions de l'article 58 de la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 sont codifiées dans le chapitre II du titre VI du livre Ier de la sécurité sociale : modification de l'art. L162-1-17 et création de l'art. L162-30-4 du CSS.

<sup>2</sup> Contrat tripartite d'amélioration de la pertinence des soins signé entre l'établissement, l'ARS et l'organisme local d'assurance maladie.

## I. LA MISE SOUS ACCORD PREALABLE (MSAP)

### 1. Règlementation et objectif

La procédure de MSAP sur la chirurgie ambulatoire a été initiée par l'article 37 de la LFSS 2008, celle relative aux prestations hors chirurgie ambulatoire a été introduite par l'article 59 de la LFSS 2009 et la MSAP pour les soins de suite ou de réadaptation a été prévue par l'article 63 de la LFSS 2011.

L'article 58 de LFSS 2015 a étendu la procédure de MSAP aux actes et prescriptions. Ce dispositif a pour objectif l'amélioration de la pertinence des actes, des prestations d'hospitalisation et des prescriptions délivrés par un établissement de santé.

En effet, les campagnes de MSAP permettent de sensibiliser les établissements et les professionnels de santé à l'application des référentiels médicaux de la Haute Autorité de Santé ou des sociétés savantes et à améliorer l'organisation de la prise en charge des patients.

### 2. Le ciblage des établissements

Les motifs de ciblage de MSAP sont prévus à l'article L.162-1-17 du CSS. La mise sous accord préalable est justifiée par l'un des constats suivants :

- une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation,
- une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation,
- 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.

Le ciblage des établissements est réalisé conjointement par l'ARS et l'Assurance Maladie.

### 2. Procédure

Une fois le ciblage des établissements effectué en application des critères définis dans le plan d'actions pluriannuel d'amélioration de la pertinence des soins, le DG ARS peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder 6 mois, la prise en charge par l'Assurance Maladie des actes, des prestations d'hospitalisation, des prescriptions concernées.

La procédure contradictoire repose sur les étapes suivantes :

- le DG ARS adresse à l'établissement un courrier l'informant de son intention de mettre l'établissement sous accord préalable, la liste des actes, prestations ou prescriptions,
- dans un délai de 1 mois à compter de sa réception, l'établissement peut présenter des observations écrites ou demander à être entendu par le DG ARS ou son représentant,
- à l'issue de cette phase contradictoire, le DG ARS notifie sa décision motivée à l'établissement en lui précisant la date d'entrée en vigueur de la mise sous accord préalable, son terme, la nature des actes, prestations ou prescriptions concernées ainsi que les délais et voies de recours.

## II. LA MISE SOUS ACCORD PREALABLE CHIRURGIE AMBULATOIRE

### 1. Définition

La mise sous accord préalable chirurgie ambulatoire consiste à conditionner à un avis du service médical la capacité d'un établissement à accueillir un patient pendant au moins une nuitée pour les actes couramment pratiqués en ambulatoire.

### 2. Périmètre

La campagne MSAP chirurgie ambulatoire repose sur une liste de gestes marqueurs établie avec les sociétés savantes et/ou les conseils nationaux professionnels, enrichie régulièrement. En 2015, 55 gestes sont concernés (*cf. annexe 1*).

La procédure de MSAP ne porte pas sur l'opportunité de l'acte mais sur l'environnement de sa prise en charge. Cette procédure ne s'applique pas dans les cas suivants :

- **Urgence** : les actes réalisés en urgence n'ont pas à faire l'objet d'une mise sous accord préalable.
- **Enfant** : pour les gestes de chirurgie de l'enfant (16 ans et moins) en accord avec le conseil national de la chirurgie de l'enfant (CNCE), sont exclues de la MSAP, les interventions sur les enfants de moins de 1 an en raison des contraintes de l'anesthésie pédiatrique et de l'organisation de la chirurgie pédiatrique.
- **Conversion** : cas des patients initialement programmés en chirurgie ambulatoire pour lesquels la réévaluation post opératoire ne permet pas la sortie le jour même. Dans ces cas, l'établissement adressera au fil de l'eau, dans les 48 heures, l'identité du patient et les motifs d'hospitalisation complète par courrier sous pli confidentiel au service médical de l'Assurance Maladie.

### 3. Critères de ciblage

Le ciblage est réalisé en tenant compte des critères règlementaires et de critères complémentaires permettant d'établir une priorité dans la sélection des établissements :

- un taux de chirurgie ambulatoire 2014 sur le geste marqueur inférieur au taux de chirurgie ambulatoire régional 2014 pour les établissements de même catégorie,
- un taux de chirurgie ambulatoire 2014 sur le geste marqueur inférieur au taux régional 2014,
- une part importante d'hospitalisation complète sur le geste marqueur en 2014,
- un nombre significatif de séjours sur le geste marqueur en 2014.

## III. LA MISE SOUS ACCORD PREALABLE HORS CHIRURGIE AMBULATOIRE

### 1. Définition

Cette démarche est relative à la pertinence de certaines hospitalisations ou de certains actes.

### 2. Périmètre

Huit prestations hospitalières entrent dans le cadre de la MSAP hors Chirurgie Ambulatoire :

- 6 concernant des actes chirurgicaux :
  - les actes de chirurgie bariatrique,
  - les actes de chirurgie du canal carpien,
  - les actes d'appendicectomie,
  - les actes de cholécystectomie,
  - les actes de thyroïdectomie,
  - les actes de chirurgie réparatrice et reconstructrice.

- 2 concernant l'environnement médical particulier de certaines prises en charge :
  - hospitalisation de jour en médecine pour des bilans diabétiques sous certaines conditions,
  - actes ouvrant droit à SE (forfait Sécurité Environnement) réalisés en hospitalisation de jour.

### 3. Critères de ciblage

Le ciblage est réalisé en tenant compte des critères règlementaires et de critères complémentaires permettant d'établir une priorité dans la sélection des établissements.

#### *3.1. Chirurgie bariatrique*

Sur ce thème, les indicateurs pouvant être retenus pour le ciblage des établissements sont les suivants :

- part des 18/20 ans,
- part des patients ayant un IMC 30-40, sans comorbidité et sans antécédent d'intervention depuis 2006<sup>3</sup>,
- part des patients n'ayant aucun suivi préopératoire depuis 12 mois<sup>3</sup>,
- part relative des interventions dans l'activité de chirurgie digestive hors chirurgie pariétale,
- part du groupe d'intervention le plus fréquent,
- part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pré-chirurgicale<sup>3</sup>,
- évolution du nombre de prestations hospitalières,
- nombre de prestations hospitalières anormalement élevé par rapport aux autres établissements et faisant ainsi état d'un comportement atypique.

#### *3.2. Chirurgie du canal carpien*

Sur ce thème, les indicateurs pouvant être retenus pour le ciblage des établissements sont les suivants :

- part relative des patients avec infiltrations avant intervention dans les 12 mois précédant l'intervention<sup>4</sup>,
- part relative des patients avec attelle avant intervention dans les 12 mois précédant l'intervention<sup>4</sup>,
- part relative des patients ayant eu un EMG dans les 12 mois précédant l'intervention<sup>4</sup>,
- taux d'évolution du nombre d'interventions pour un SCC sur les 5 dernières années,
- part relative des patients de 65 ans et plus opérés pour un SCC,
- part relative des interventions pour SCC dans l'activité d'orthopédie.

#### *3.3. Appendicectomie*

Sur ce thème, les indicateurs pouvant être retenus pour le ciblage des établissements sont les suivants :

- part relative de l'activité concentrée sur le jour de la semaine le plus chargé,
- part relative des patients de moins de 20 ans,
- part relative des séjours 06C091, appendicectomies sans complication de niveau 1<sup>5</sup>,
- part relative des appendicectomies dans l'activité de chirurgie digestive,
- taux d'explorations radiologiques préalables à l'intervention<sup>5</sup>,

<sup>3</sup> Ces indicateurs reposent sur les recommandations de la HAS de 2009 et 2014

- Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte – Recommandation. HAS, 2009 ([www.has.fr](http://www.has.fr))

- Chirurgie de l'obésité : prise en charge pré et postopératoire du patient / Critères de qualités pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques. HAS, décembre 2014 ([www.has.fr](http://www.has.fr))

<sup>4</sup> Ces indicateurs reposent sur les recommandations de la HAS de 2012 et 2013 :

- Chirurgie du SCC : approche multidimensionnelle pour une décision pertinente. HAS, sept 2012

- Syndrome du canal carpien / Optimiser la pertinence du parcours patient / Analyse et amélioration des pratiques. HAS, février 2013

<sup>5</sup> Ces indicateurs reposent sur les recommandations de la HAS de 2012 :

- Appendicectomie - Eléments décisionnels pour une indication pertinente. HAS, novembre 2012

- durée moyenne des séjours 06C091, appendicectomies sans complications de niveau 1,
- taux d'évolution du nombre d'appendicectomies depuis 3 ans,
- taux d'évolution du nombre d'appendicectomies depuis 5 ans,
- ratio H/F des patients opérés par appendicectomie,
- ratio H/F des patients de moins de 20 ans opérés par appendicectomie.

### 3.4. Cholécystectomie

Sur ce thème, les indicateurs pouvant être retenus pour le ciblage des établissements sont les suivants :

- évolution du nombre de cholécystectomies sur 3 ans,
- évolution du nombre de cholécystectomies hors infection aiguë par rapport aux cholécystectomies avec infection aiguë, sur 3 ans<sup>6</sup>,
- part des cholécystectomies dans l'activité de chirurgie digestive,
- part des cholécystectomies hors aiguë sans exploration de la VBP de niveau de sévérité 1 par rapport à tous les niveaux de sévérité,
- part des sujets âgés de moins de 75 ans,
- part des patients opérés d'une cholécystectomie ayant eu dans les 6 mois précédent une échographie abdominale<sup>6</sup>.

### 3.5. Thyroïdectomie

Sur ce thème, les indicateurs pouvant être retenus pour le ciblage des établissements sont les suivants :

- part des patients opérés pour nodule thyroïdien non toxique ayant eu une cytoponction préopératoire ou une biopsie (dans les 12 mois précédents le geste)<sup>7</sup>,
- part des patients opérés d'une thyroïdectomie pour cancer / tous les patients opérés d'une thyroïdectomie pour nodule (bénin ou malin)<sup>7</sup>,
- taux d'évolution du nombre d'interventions pour l'ensemble des thyroïdectomies (totales et partielles),
- part des patients ayant eu une échographie préopératoire thyroïdienne dans les 12 mois précédent<sup>7</sup>,
- part des hommes.

### 3.6. Chirurgie réparatrice et reconstructrice

Les actes de chirurgie réparatrice et reconstructrice sont soumis à accord préalable dans la CCAM. Les établissements pourront être choisis sur la base des données recueillies lors des contrôles réalisés sur ce thème et de l'analyse des diagnostics principaux.

### 3.7. Hospitalisation de jour en médecine

Sont ciblées les situations correspondant à une prise en charge en HDJ de médecine pour suivi des patients diabétiques. Les GHM retenus pour la requête de ciblage des établissements présentent un diagnostic principal « diabète » « et une durée de séjour égale à 0 jour :

- 23M08J (autres motifs de recours chez un patient diabétique, en ambulatoire)
- 10M13Z (explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques)
- 10M02T (diabète, âge supérieur à 35 ans, très courte durée)
- 10M021 (diabète, âge supérieur à 35 ans, niveau 1)
- 10M03T (diabète, âge inférieur à 36 ans, très courte durée)

<sup>6</sup> Ces indicateurs reposent sur les recommandations de la HAS de 2013 :

- Points clés et solutions / Pertinence des soins : quand faut-il faire une cholécystectomie ? HAS, janvier 2013

<sup>7</sup> Ces indicateurs reposent sur les recommandations de la Société Française d'Endocrinologie traduites par la CNAMTS dans un référentiel de bonne pratique validé par la HAS :

- Recommandations de la société française d'endocrinologie pour la prise en charge des nodules thyroïdiens. Presse Med. 2011 ; 40 : 793-826

- Nodule thyroïdien (sans hyperthyroïdie) / Référentiel du parcours de soins, novembre 2014 (www.ameli.fr)

- 10M031 (diabète, âge inférieur à 36 ans, niveau 1)
- 23M19Z (explorations et surveillance pour autres motifs de recours aux soins).

### 3.8. Actes ouvrant droit à SE (forfait Sécurité Environnement)

Les établissements sont ciblés sur les actes ouvrant droit aux forfaits SE et sur les critères suivants :

- taux de réalisation de l'acte en hospitalisation de jour,
- taux d'évolution des hospitalisations de jour de médecine correspondant à cet acte.

## IV. LA MISE SOUS ACCORD PREALABLE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

### 1. Définition

Lors de la mise sous accord préalable des prestations d'hospitalisation pour les soins de suite et de réadaptation, les professionnels de l'établissement doivent demander l'accord du service médical avant toute prescription d'hospitalisation en SSR dans les suites de gestes de chirurgie visés par la MSAP.

### 2. Périmètre

La MSAP concerne 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.

La LFSS pour 2014, dans son article 42, fait porter le dispositif de MSAP sur l'établissement prescripteur des soins de suite et de réadaptation. En pratique, les établissements visés sont les établissements de médecine, chirurgie et obstétrique ayant une activité orthopédique quel que soit leur statut.

L'ensemble des séjours en SSR de patients adultes (à partir de 18 ans) prescrits par un professionnel d'un établissement MCO est concerné, c'est-à-dire :

- les transferts directs ou les mutations depuis le MCO après une intervention programmée ou en urgence,
- les entrées en SSR programmées par le MCO après un retour au domicile.

La MSAP ne vise que les prestations d'hospitalisation complète et de jour en SSR, sur lesquelles le ciblage des établissements « prescripteurs » est effectué.

Les gestes de chirurgie orthopédique visés sont les suivants :

- arthroplastie de genou par prothèse totale de genou (PTG)<sup>8</sup> en 1ère intention,
- chirurgie réparatrice des ruptures de coiffe de l'épaule<sup>8</sup>,
- ligamentoplastie du ligament croisé antérieur (LCA) du genou<sup>8</sup>,
- arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche (PTH)<sup>9</sup> en 1ère intention hors fracture du col du fémur,
- ostéosynthèse d'une fracture trochantérienne du fémur<sup>9</sup>,
- arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche suite à une fracture du col du fémur<sup>9</sup>.

### 3. Critères de ciblage

Le ciblage est réalisé en tenant compte des critères réglementaires et de critères complémentaires permettant d'établir une priorité dans la sélection des établissements :

- un taux important d'orientation en SSR en 2014,
- un taux d'orientation en SSR 2014 supérieur au taux régional 2014,
- un nombre significatif de séjours sur le geste en 2014.

<sup>8</sup> Recommandation HAS de 2008

<sup>9</sup> Recommandation HAS de 2006



## Annexe 1 : liste des gestes marqueurs de la campagne MSAP chirurgie ambulatoire 2015

<b>LISTE DES 55 GESTES MARQUEURS</b>		
Accès vasculaire	Chirurgie des hernies inguinales	Exérèse de lésions de la bouche
Adénoïdectomies	Chirurgie des maxillaires	Exérèse de lésions sous-cutanées
Angioplasties du membre supérieur	Chirurgie des sinus	Fermeture de fistule buccale
Angioplasties périphériques	Chirurgie des varices	Fistules artérioveineuses
Arthroscopie de la cheville	Chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)	Geste secondaire sur lambeau
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	Chirurgie du col utérin, vulve, vagin	Geste sur la vessie
Avulsion dentaire	Chirurgie du cristallin	Geste sur les glandes salivaires
Chirurgie anale	Chirurgie du glaucome	Geste sur l'uretère
Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)	Chirurgie du nez	Geste sur l'urètre
Chirurgie de la main	Chirurgie du pied	Interruption tubaire
Chirurgie de la main pour maladie de Dupuytren	Chirurgie du poignet	LEC
Chirurgie de la main pour réparation des ligaments et tendons	Chirurgie du sein/tumorectomie	Plastie de lèvres
Chirurgie de l'avant pied	Chirurgie du trou maculaire	Prélèvement d'ovocyte
Chirurgie de l'épaule	Chirurgie du tympan	Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique
Chirurgie de l'utérus	Chirurgie pour strabisme	Réparation de perte de substance en dehors de l'extrémité céphalique
Chirurgie des bourses	Cholécystectomie	Vitrectomie avec pelage de membrane
Chirurgie des bourses de l'enfant	Cure de paraphimosis	Vitrectomie postérieure isolée
Chirurgie des hernies de l'enfant	Exérèse de kystes synoviaux	
Chirurgie des hernies abdominales	Exérèse de lésions cutanées	