

RECUEIL DES ACTES  
ADMINISTRATIFS  
N°R20-2021-139

PUBLIÉ LE 23 DÉCEMBRE 2021

# Sommaire

## ARS /

R20-2021-12-20-00001 - Arrêté n°ARS/2021-806 Portant approbation du Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPAS) 2022/2025 de Corse (30 pages) Page 3

## **Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités /**

### **Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités**

R20-2021-12-21-00001 - Arrêté composition du jury du CAFERUIS (2 pages) Page 34

R20-2021-12-21-00003 - Arrêté composition membres de la commission régionale spécialisée d'audioprothésistes (2 pages) Page 37

R20-2021-12-21-00002 - Arrêté désignation membres du DEAES (2 pages) Page 40

R20-2021-12-23-00002 - Avis composition commission paritaire régionale interprofessionnelle region corse (1 page) Page 43

ARS

R20-2021-12-20-00001

20/12/2021 : M.Marie-Hélène LECENNE

Arrêté n°ARS/2021-806 Portant approbation du  
Plan d' Actions Pluriannuel Régional  
d' Amélioration de la Pertinence des Soins  
(PAPRAPS) 2022/2025 de Corse

Arrêté n° ARS/2021-806

Portant approbation du Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS) 2022/2025 de Corse

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé de Corse

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-1-17, L. 162-30-3 et D.162-11 et D.162-12 ;

Vu la Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 ;

Vu le décret N° 2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé, notamment son article R. 162-44.-I relatif au Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins ;

Vu le décret du 20 mars 2019 portant nomination de Madame Marie-Hélène LECENNE, directrice générale de l'agence régionale de santé de Corse ;

Vu l'avis rendu par l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins en date du 17 décembre 2021 ;

ARRETE

#### Article 1er

Le Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS) de Corse pour la période 2022-2025, est arrêté, tel que figurant en annexe du présent acte.

#### Article 2

Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de Corse.

Dans les deux mois suivants la publication, il pourra faire l'objet :

- d'un recours gracieux auprès de la Directrice Générale de l'ARS de Corse
- d'un recours hiérarchique auprès de Monsieur le Ministre des solidarités et de la Santé
- d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent (ce dernier peut être saisi par requête adressée par lettre recommandée avec accusé réception ou de manière dématérialisée via l'application « Télérecours citoyen » accessible sur le site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr))

#### Article 3

La directrice générale adjointe de l'Agence Régionale de Santé de Corse est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié aux recueils des actes administratifs de la préfecture de Corse et notifié aux directeurs d'organismes d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

Fait à Ajaccio, le 20 décembre 2021

La Directrice Générale de l'ARS de Corse,

  
Marie-Hélène LECENNE

# PAPRAPS DE CORSE 2022/2025

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



## SOMMAIRE

### Introduction

1. Le cadre national
2. La définition et les objectifs de la pertinence des soins
3. Le Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS)
4. Le dispositif de Mise Sous Accord Préalable (MSAP) des établissements de santé
5. La contractualisation tripartite
6. L'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS)
7. La commission régionale de coordination des actions

## **I-LE DIAGNOSTIC REGIONAL**

### I.1 Le contexte

I.2 La mise à jour du diagnostic régional (analyse des taux de recours MCO-STATS ATIH 2020)

## **II-LA PERTINENCE DES PARCOURS DE SOINS**

II.1 Le parcours de soins insuffisance cardiaque

## **III-LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS**

III.1 La pertinence des prescriptions de transport

III.2 La pertinence des prescriptions médicamenteuses

III.2.1 des médicaments biosimilaires

III.2.2 des médicaments génériques

III.2.3 des médicaments coûteux et innovants (médicaments de la liste en sus)

III.3 La pertinence des prescriptions des dispositifs médicaux implantables (DMI) et le respect de leurs indications

## **IV-LES PERSPECTIVES**

IV.1 La communication

IV.2 La mise en place de groupes de travail

IV.3 Les modalités de suivi et d'évaluation

## Introduction

### 1. Le cadre national

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 (art.58) a inscrit dans notre droit la démarche de pertinence des soins. Celle-ci se définit très clairement comme la délivrance de soins appropriés à chaque patient, en fonction de la pathologie qu'il présente.

La loi permet de donner une assise juridique aux démarches engagées antérieurement et de l'étendre à la totalité du champ des prestations, des prescriptions et des prises en charge, assortie de leviers d'actions gradués pour agir auprès des établissements de santé.

✓ L'article 58 relatif à la « promotion de la pertinence des prescriptions et des actes » modifie l'article L162-1-17 du CSS qui étend désormais les procédures MSAP, limitées auparavant aux prestations d'hospitalisation, aux actes et prescriptions délivrés par un établissement de santé.

✓ L'article 58 crée l'article L162-30-4 du CSS qui prévoit l'élaboration d'un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (s'intégrant au programme pluriannuel régional de gestion du risque) et le contrat d'amélioration de la pertinence des soins, conclu par le DG ARS avec les établissements de santé et l'organisme local d'assurance maladie.

✓ Le décret d'application n° 2015-1510 publié au JO le 19/11/15 précise le contenu du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ainsi que ses modalités d'élaboration et d'évaluation. 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 d'amélioration de la pertinence des soins. En outre, le présent décret précise le contenu et la procédure de conclusion du contrat tripartite d'amélioration de la pertinence des soins, signé entre l'établissement de santé, l'agence régionale de santé et l'organisme local d'assurance maladie. Il définit les modalités d'évaluation des objectifs fixés au contrat ainsi que la procédure de sanction applicable lorsque les objectifs fixés ne sont pas atteints ou lorsque l'établissement refuse de signer le contrat. L'article 3 du décret prévoit 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. Ce plan demeure en vigueur jusqu'à l'adoption d'un nouveau plan et au plus tard jusqu'au 1er septembre 2016. Ce plan dérogatoire est constitué des seuls critères permettant d'identifier les établissements faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable prévue par l'article R162-44-3.

✓ L'instruction interministérielle N° DSS/MCGR/DGOS/2021/170 du 27 juillet 2021 relative au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (**CAQES**) : modalités du suivi des contrats actuels, de la phase transitoire en 2021 et de la mise en œuvre des nouveaux CAQES en 2022.

✓ Le décret n° 2021-1231 du 25 septembre 2021 relatif au cadre général du contrat d'amélioration de la qualité et d'efficacité des soins mentionnés à l'article L. 160-30-2 du code de la sécurité sociale

### **Ma santé 2022**

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

La révision en cours de déploiement du financement permet 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 instaure 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 de 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 les 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 de 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).

## **2. La définition et les objectifs de la pertinence des soins**

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 diagnostic 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 internationales. Cela sous-entend qu'un soin peut être non pertinent par excès ou par défaut de soins.

Une prise en charge pertinente est la réalisation d'un soin en adéquation avec les besoins du patient, qu'elle relève d'une démarche :

- ✓ Diagnostique (imagerie, biologie ...),
- ✓ Thérapeutique (interventions chirurgicales, prescriptions médicamenteuses ...)
- ✓ Organisationnelle (type de séjours hospitaliers, parcours de soins ...).

La pertinence renvoie à la qualité des soins, question complexe en raison du nombre important d'acteurs intervenant dans le système de santé.

Elle recouvre plusieurs sujets :

- ✓ Pertinence des actes/des séjours
- ✓ Pertinence des modalités de prise en charge (alternatives à l'hospitalisation conventionnelle à temps complet)

- ✓ Pertinence du parcours de soins dans son ensemble
  - Articulation avec les prises en charge en ville (amélioration de la prévention, amélioration de l'orientation du patient, définir les substitutions possibles ville-hôpital)
  - Articulation avec les prises en charges en aval de l'hospitalisation

La pertinence des soins est une notion évolutive car un soin pertinent hier peut ne plus l'être aujourd'hui du fait de l'évolution des connaissances, des techniques et de l'organisation des soins.

Deux objectifs très liés :

- ✓ Améliorer l'efficacité de la prise en charge pour éviter des traitements inadéquats donc des risques potentiels pour les patients et des dépenses inutiles pour la collectivité.
- ✓ Améliorer les pratiques professionnelles pour développer la qualité des soins.

L'amélioration des pratiques professionnelles passe par :

- ✓ La diffusion aux professionnels de santé de référentiels de pratique clinique et de données comparatives sur les pratiques (indicateurs de ciblage) ;
- ✓ Le partenariat avec les sociétés savantes et groupes de pairs ;
- ✓ Le développement de l'axe « pertinence des soins » dans les dispositifs de certification (EPP, profil de risque) et de développement professionnel continu (DPC) ;
- ✓ L'évaluation par les professionnels pour juger de l'opportunité des prises en charge (études de dossiers, grille de pertinence ...).



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

La Directrice Générale de l'ARS de Corse est chargée d'arrêter le PAPRAPS au plus tard avant le **31 décembre 2021** pour une durée **de 4 ans** après avis de la Commission Régionale de Gestion Du Risque (CRGDR) en formation plénière et après avis de l'IRAPS.

Le Directeur Général communique chaque année aux membres de l'IRAPS la liste des établissements de santé ayant été ciblés dans le cadre des contrats d'amélioration de la pertinence des soins (art.R162-44-2) ainsi que dans le cadre des procédures de mises sous accord préalable (art.R162-44-3).

Selon l'article D 162-11 du code de la sécurité sociale, le PAPRAPS précise :

- ✓ le diagnostic de la situation régionale,
- ✓ 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 précités 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 modalités de suivi et d'évaluation de ces actions.

Le PAPRAPS permet la mise en œuvre d'outils gradués à l'égard des établissements:

- ✓ la mise sous accord préalable (MSAP),
- ✓ la contractualisation tripartite ARS - Assurance Maladie – établissement dans le cadre du CAQES.

Le plan d'actions précise les critères de ciblage des établissements de santé faisant l'objet d'une MSAP ou d'une contractualisation tripartite.

### **Les champs d'actions du PAPRAPS**

Les champs thématiques de la pertinence se déclinent en 4 grandes familles :

- **La pertinence des actes** évoque en pratique les actes diagnostiques – biologie, imagerie médicale comme thérapeutiques – médicaments, actes chirurgicaux...) et pour ces derniers, les « 33 gestes » ciblés au niveau national, dont certains présentent de fortes atypies régionales.
- **La pertinence des prestations** renvoie aux différentes modalités de prise en charge (ambulatoire ou hospitalisation complète, hospitalisation de jour ou actes externes, SSR ou kinésithérapie de ville ...).
- **La pertinence des prescriptions** concerne aussi bien les ordonnances portant sur les produits de santé, (médicaments, dispositifs médicaux...), les actes de biologie, radiologie, kinésithérapie, transports...
- **La pertinence des parcours** c'est-à-dire la trajectoire des patients dans le système de soins, impliquant une décision d'orientation et une coordination entre plusieurs acteurs de santé. Ainsi les domaines d'action d'amélioration de la pertinence des soins peuvent aussi porter « 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 ». (R162-44 2°).

## **4. Le dispositif de MSAP des établissements de santé**

### **Les objectifs de la MSAP**

Initié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, le dispositif de MSAP des établissements de santé répond à un objectif d'amélioration de la pertinence des actes, des prestations d'hospitalisation et des prescriptions.

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 (HAS) ou des sociétés savantes et à améliorer l'organisation de la prise en charge des patients.

Cette procédure qui se traduit pour les établissements et pour les professionnels y exerçant par une supervision temporaire, sur un périmètre d'activité limité, a d'abord un objectif pédagogique et

préventif et est de nature à entraîner une accélération du changement des pratiques des équipes médicales.

### Les critères de ciblage prévus par les textes

Les établissements de santé visés sont les établissements de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) quel que soit leur statut (public, ESPIC ou privé lucratif).

La loi permet de placer sous accord préalable les établissements de santé « prescripteurs » (article L162-1-17 CSS) :

- d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement ou de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation qui auraient pu se faire en ambulatoire,
- d'une proportion élevée d'actes, de prescriptions ou de prestations d'hospitalisation non conformes aux référentiels établis par la HAS,
- d'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.

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

La liste des établissements retenue à l'issue du ciblage peut être complétée par l'insertion d'établissements à la demande de ces derniers.

### Procédure de MSAP

La procédure de MSAP est prévue à l'article D 162-10 du Code de la Sécurité Sociale.

Une fois le ciblage des établissements effectué en application des critères définis dans le PAPRAPS, le DGARS 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 pas 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 DGARS notifie à l'établissement ciblé la liste des actes, prestations ou prescriptions pour lesquels il envisage la mise en œuvre de la MSAP,
- dans un délai d'un mois à compter de sa réception, l'établissement peut présenter des observations écrites ou demander à être entendu par le DGARS ou son représentant,
- à l'issue de cette phase contradictoire, le DGARS notifie sa décision motivée à l'établissement en y 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.

## 5. La contractualisation tripartite (CAQES)

Le cadre législatif du **Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia des Soins dits CAQES**, créé par la LFSS de 2016, a été modifié par l'article 64 de la LFSS 2020 afin de rendre le dispositif plus lisible pour les acteurs du terrain et plus efficace. L'instruction du 24 janvier 2020 relative aux modalités de suivi des CAQES durant la phase transitoire de 2020 avait présenté les premiers contours du nouveau CAQES avec deux leviers (levier incitatif et levier de mise sous surveillance) ainsi que les modalités de la phase transitoire. Au regard de la prolongation de la crise sanitaire, **l'entrée en vigueur** des nouveaux CAQES est prévue pour le **début du mois d'avril 2022** (instruction ministérielle N° DSS/MCGR/DGOS/2021/170 du 27 juillet 2021).

Le CAQES est dorénavant composé :

de **trois volets**

- ✓ Le 1er volet « produits de santé » (bon usage des médicaments, des produits et prestations)
- ✓ Le 2ème volet « organisation des soins » (amélioration de l'organisation des soins portant notamment sur les transports)
- ✓ Le 3ème volet « promotion de la pertinence des actes, prescriptions et prestations »

et de **deux leviers** : levier incitatif et levier de mise sous surveillance.

Il sera **obligatoire** de contractualiser en 2022 uniquement pour les **établissements ciblés** au regard de leurs résultats observés sur les indicateurs définis, et non plus pour l'ensemble des établissements.

Le pré-ciblage pour les **indicateurs nationaux** s'effectue sur la base des données 2019, en fonction des écarts constatés à des seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie.

La signature pour une durée indéterminée est abandonnée et remplacée par une **contractualisation pour une durée maximale de 5 ans** (conformément aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)), temps nécessaire pour permettre aux établissements sanitaires (ES) de modifier leurs pratiques.

Le **dispositif d'intéressement du CAQES** est composé de deux parties : intéressement dit national (mais pouvant être modulé par la région) calculé sur les indicateurs déterminés au niveau national, avec un reversement de 20 % à 30 % des économies générées selon l'indicateur, et intéressement dit régional calculé sur les indicateurs déterminés au niveau régional (et donc, dans ce dernier cas, pas nécessairement assis sur une économie réalisée). Dans les deux cas, les intéressements seront délégués par l'intermédiaire du FIR.

Le CAQES est **tripartite**, il est conclu entre la directrice de l'**Agence Régionale de Santé**, la directrice de l'**organisme local d'assurance maladie** et le représentant légal de l'**établissement de santé**.

## **6. L'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS)**

L'article R162-44-1 du code de la sécurité sociale définit le rôle et les missions confiées à l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des soins (IRAPS) :

✓ L'IRAPS contribue à l'amélioration de la pertinence des **prestations, des prescriptions et des actes** dans la région.

✓ Elle concourt à la **diffusion de la culture** de la pertinence des soins, à la **mobilisation des professionnels de santé** autour de cette démarche et à l'**implication des usagers**.

✓ Elle est **consultée** sur le projet de plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins lors de sa préparation, de sa révision et de son évaluation.

✓ Le DGARS lui **communique** chaque année la liste des **établissements ciblés** ainsi qu'une synthèse de l'**évaluation de la réalisation des objectifs** du contrat (R162-44-2 du CSS).

Par arrêté n°2021-805 du 16 décembre 2021 signé par la Directrice générale de l'ARS, l'IRAPS est composée de 11 membres dont 9 membres de droit et 2 membres experts.

Suite à l'élection lors de l'IRAPS le 17 décembre 2021, la présidence de l'IRAPS est assurée par le Dr Michel MOZZICONACCI.

Le fonctionnement de cette instance est fixé par un règlement intérieur adopté lors de l'IRAPS du 17 décembre 2021.

## **7. La commission régionale de coordination des actions**

L'assurance maladie est associée à l'élaboration du PAPRAPS dans le cadre de la commission régionale de coordination des actions. Selon l'article R 1434-13 du code de la santé publique, cette commission a pour mission de donner un avis sur le projet de PAPRAPS. Les articles D 162-11 II et D 162-12 du CSS précisent que la préparation, le suivi et l'évaluation du plan d'actions et ses révisions sont effectués par la CRCA siégeant en formation plénière, après consultation de l'IRAPS.

Conformément à l'article R 1434-14 du code de la santé publique, cette commission, présidée par le DG ARS, est composée, en formation plénière :

- du directeur d'organisme ou de service représentant, au niveau régional, chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie
- des directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de la région.

## **I-LE DIAGNOSTIC REGIONAL**

### **I-1 Le contexte**

La mise à disposition de ces données ATIH a permis l'initiation de la démarche régionale de pertinence des soins conformément au guide qui prévoyait 2 grandes étapes :

I. Les activités choisies devaient être suffisamment fréquentes (plus de 20 000 séjours par an pour chacun des deux secteurs, public et privé) ;

II. Ces activités devaient également présenter une évolution dynamique sur les trois dernières années (il s'agit d'activités dont l'évolution du volume contribue de manière significative à la croissance moyenne du volume de chaque secteur) ;

Pour chacune des activités, les taux de recours standardisés par âge et sexe et calculés par territoire de santé ont été analysés. La sélection a porté sur les activités dont la dispersion des taux de recours par territoire de santé est grande (dispersion mesurée par le coefficient de variation).

### **I-2 La mise à jour du diagnostic régional (Analyse des taux de recours MCO – STATS ATIH 2020).**

Pour comprendre le diagnostic il convient de définir :

- ✓ la consommation de soins
- ✓ la production de soins
- ✓ le recours brut et standardisé.

**La consommation de soins hospitaliers** correspond aux séjours réalisés pour les patients résidant en Corse quel que soit le lieu d'intervention, elle intègre donc les fuites de patients.

**La production de soins hospitaliers** correspond aux séjours produits par nos établissements insulaires quel que soit l'origine des patients, elle intègre l'attractivité des établissements.

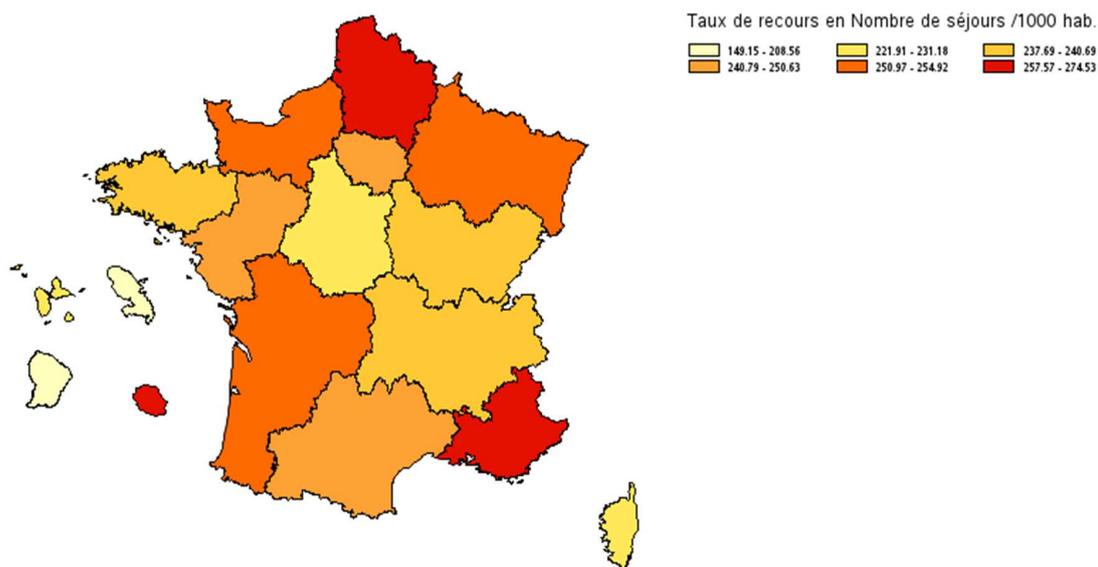
**Les taux de recours aux soins hospitaliers** sont une mesure de la consommation de soins hospitaliers d'une zone géographique donnée, rapportée à la population domiciliée dans cette zone.

**Le taux de recours aux soins hospitaliers standardisé** est corrigé de l'effet structure de la population (âge et sexe). Il permet d'assurer les comparaisons nationales, régionales ou territoriales et de faire un repérage des atypies par activité.

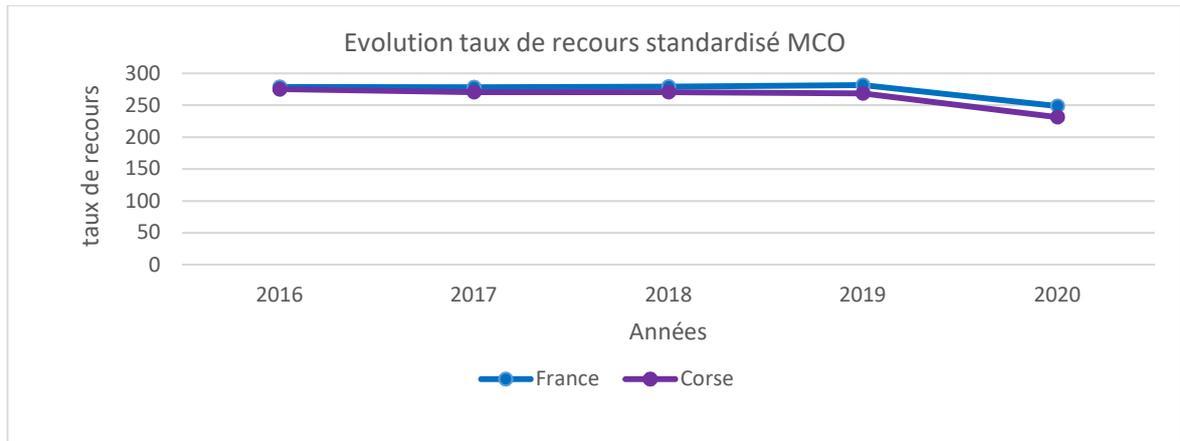
**Un taux de recours régional MCO en baisse**

Le taux de recours standardisé global MCO est inférieur au taux de recours national : soit respectivement de 231,18 contre 248,59 pour 1000 habitants en 2020. On note cependant une baisse du taux de recours régional et national (respectivement de -43,83 et - 30,29) par rapport à l'année 2016 compte tenu notamment de la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID19.

**Taux de recours MCO par Région (17) - séjours 2020/pop. 2018 - Standardisé**  
 Ensemble de l'activité (hors séances) -  
 Taux de recours national : 248,59



Graph : évolution du taux de recours standardisé régional MCO

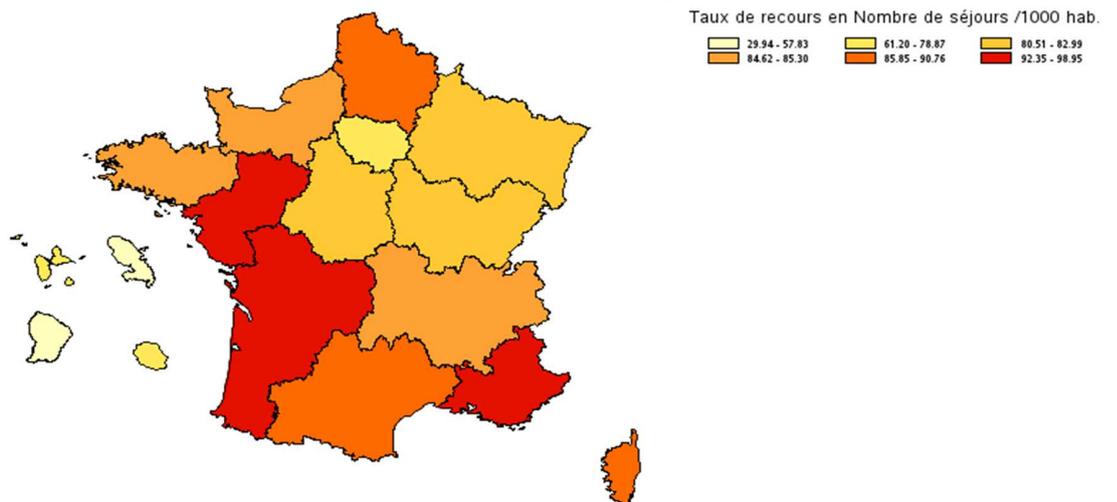


La chirurgie

Le taux de recours standardisé régional pour la chirurgie en 2020 représente 85,85 pour 1000 habitants. Ce taux est quasi équivalent au taux de recours national qui est de 85,91 pour 1000 habitants en 2020.

La tendance régionale est plutôt à la baisse de -17,26 entre 2016 et 2020 mais là aussi lien avec la pandémie de COVID19. La Corse a perdu trois rang depuis 2014 ; elle occupe désormais le 6ème rang des régions françaises en 2020. Les régions PACA (98,85), Pays de Loire (96,16), Nouvelle – Aquitaine (92,35), Occitanie (90,76) et Hauts de France (89,48) occupent respectivement les 1er, 2ème, 3ème, 4ème et 5ème rang régional.

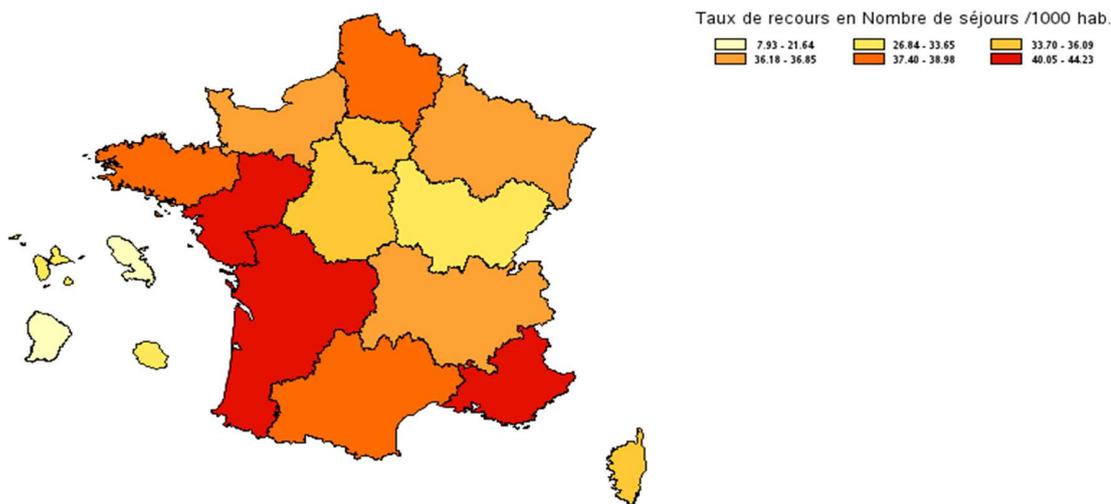
**Taux de recours MCO par Région (17) - séjours 2020/pop. 2018 - Standardisé**  
 Activités de soins (ASO) - Chirurgie  
 Taux de recours national : 85,91



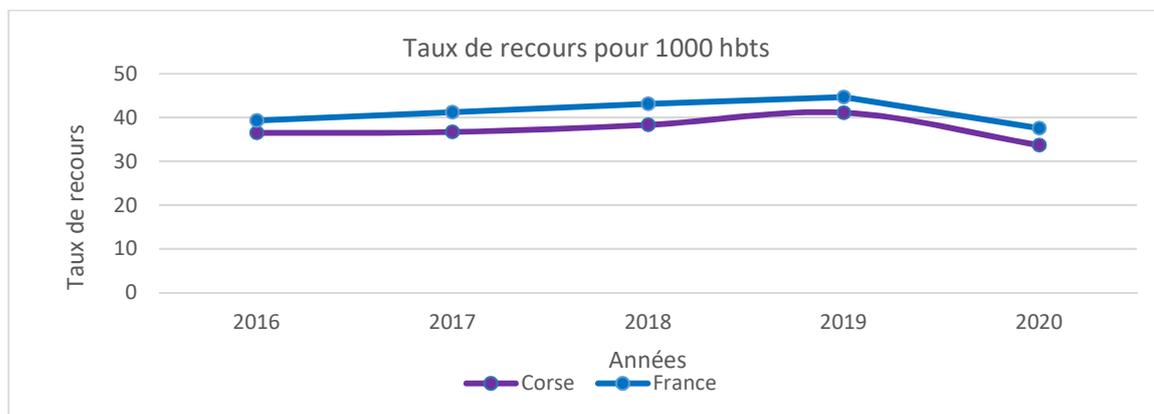
La chirurgie ambulatoire

Le PRS de la région Corse a fait de la chirurgie ambulatoire un enjeu majeur. Le taux de recours à la chirurgie ambulatoire, de 33,70 pour 1000 habitants en 2020, a baissé de 3 points par rapport à 2016. Il reste en deçà du taux national qui est de 37,57 pour 1000 habitants. Le nombre de séjours est en baisse (effet « pandémie ») : 12 755 séjours en 2016 versus 12 277 séjours en 2020.

**Taux de recours MCO par Région (17) - séjours 2020/pop. 2018 - Standardisé**  
 Indicateurs de pilotage de l'activité (IPA) - Chirurgie ambulatoire  
 Taux de recours national : 37,57



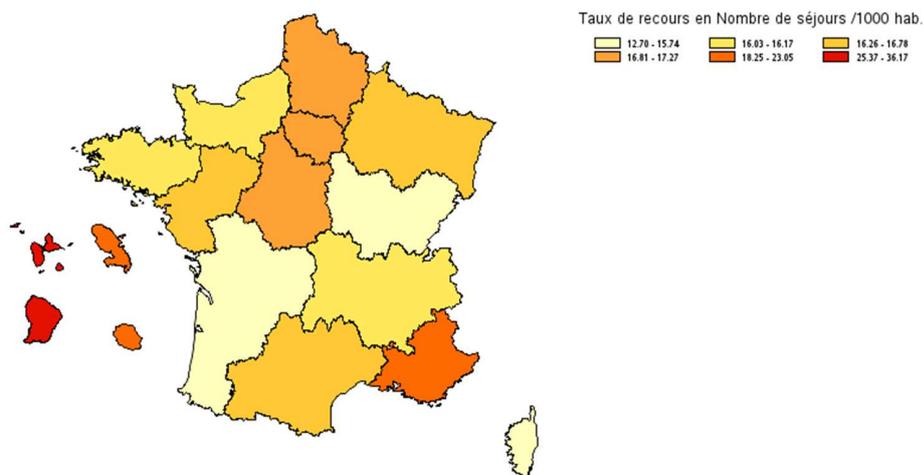
Graph : Evolution du taux de recours standardisés



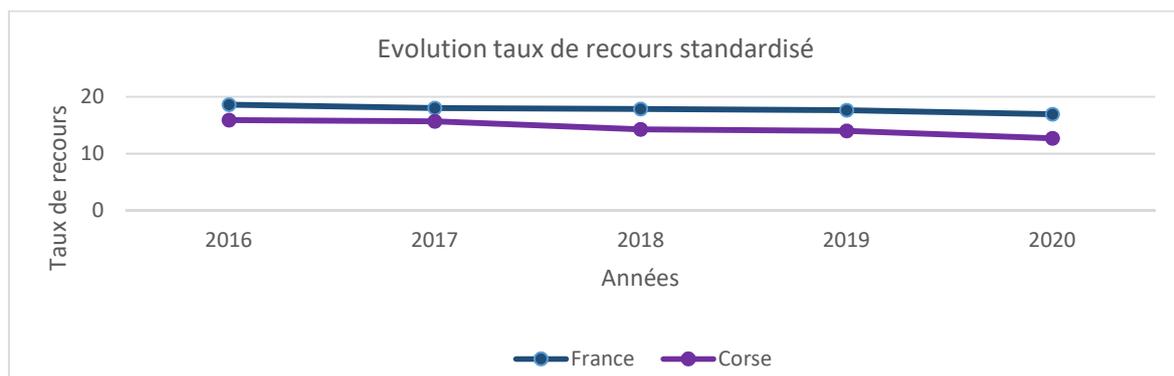
L'obstétrique

En 2020, le taux de recours en obstétrique est de 12,70 pour 1000 habitants versus 16,96 en France. La Corse occupe le dernier rang des régions françaises. Un taux de recours en baisse par rapport à 2016 (- 3 points). On note que l'écart se fait de plus en plus grand entre le taux national et régional. Ce taux est à mettre en parallèle avec le taux de natalité qui est le plus bas : 8,3 naissances pour mille habitants (Insee 2019).

**Taux de recours MCO par Région (17) - séjours 2020/pop. 2018 - Standardisé**  
 Catégories d'activités de soins (CAS) - O14 - Obstétrique  
 Taux de recours national : 16,96



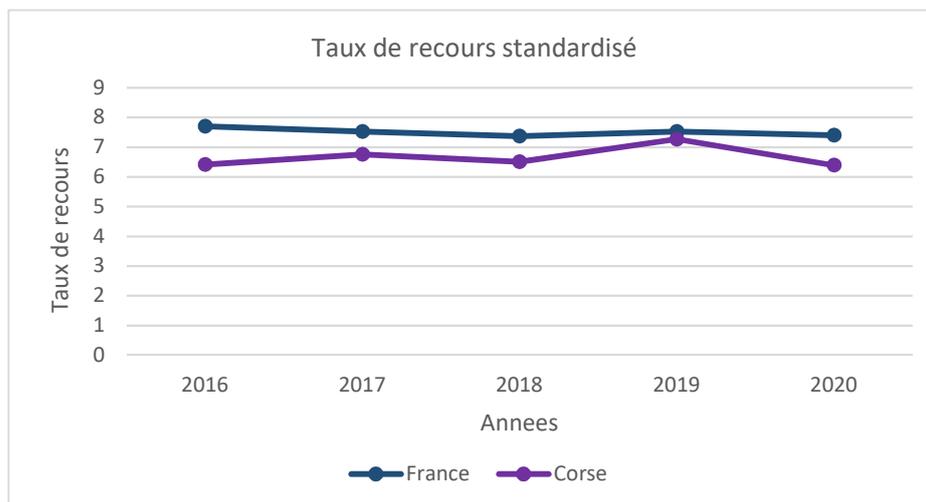
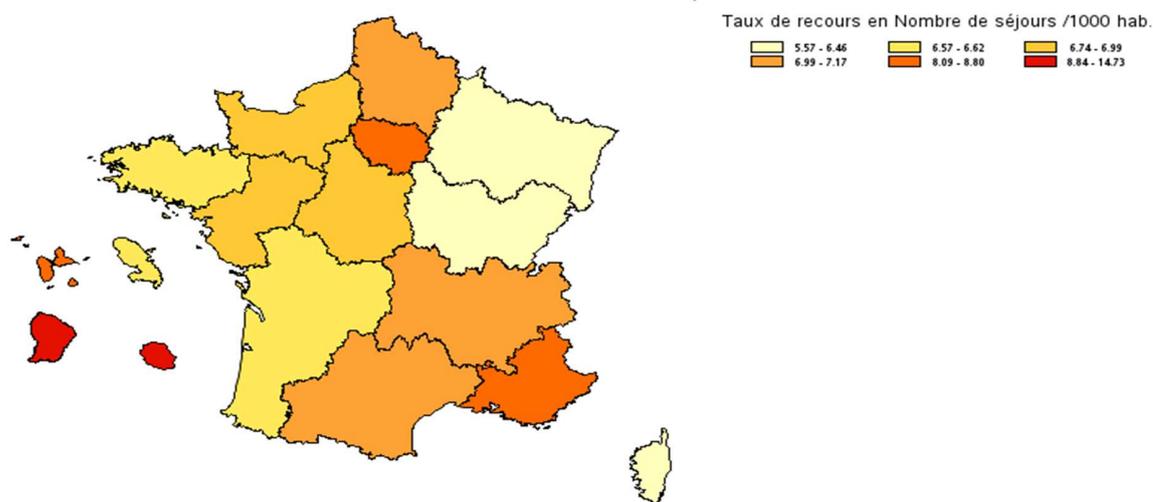
Graph : évolution taux de recours obstétrique



Les césariennes

Le taux de recours pour césarienne en région est de 6,39 versus 7,40 pour 1000 habitants en 2020. Ce taux est en baisse de (- 1 point) par rapport à 2016. Le nombre de séjours est de 607 en baisse par rapport à 2019 qui était de 682 séjours.

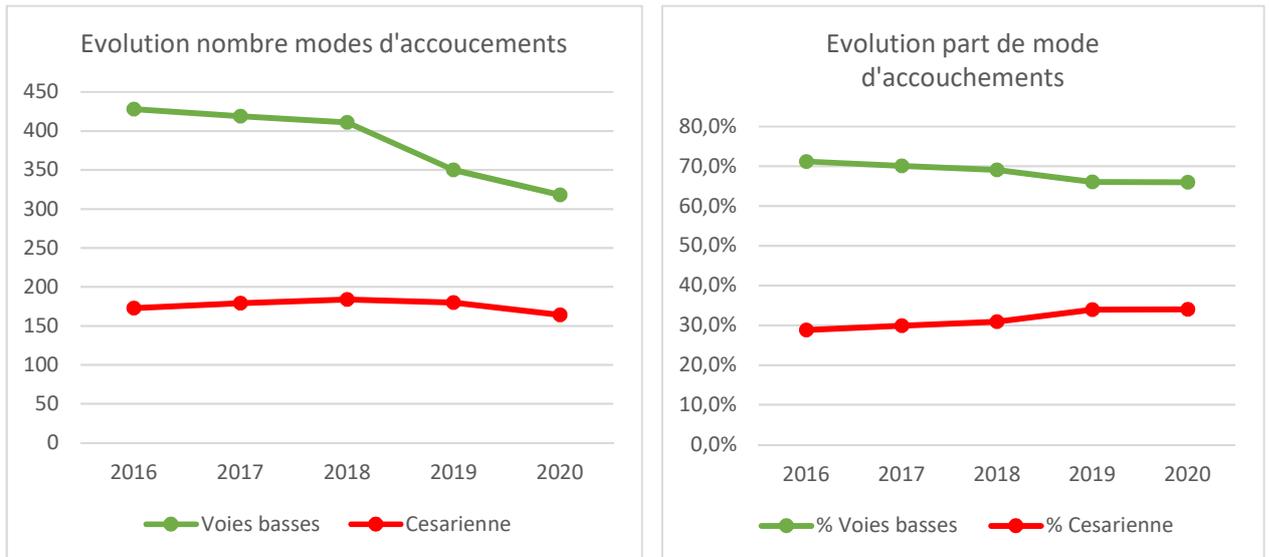
**Taux de recours MCO par Région (17) - séjours 2020/pop. 2018 - Standardisé**  
**Activités ciblées - pertinence des soins - 01 - Césariennes**  
**Taux de recours national : 7,40**



Modes d'accouchement dans les quatre maternités de Corse en 2020 :

ETABLISSEMENT	Voie basse		Césarienne	
	Nombre	%	Nombre	%
TOTAL pour la CORSE	2003	76,2%	626	23,8%
CH ND LA MISERICORDE	792	81,5%	180	18,5%
CLINIQUE DU SUD DE LA CORSE	163	77,3%	48	22,7%
CH DE BASTIA	728	75,7%	234	24,3%
POLYCLINIQUE LA RESIDENCE MAYMARD	318	66,0%	164	34,0%

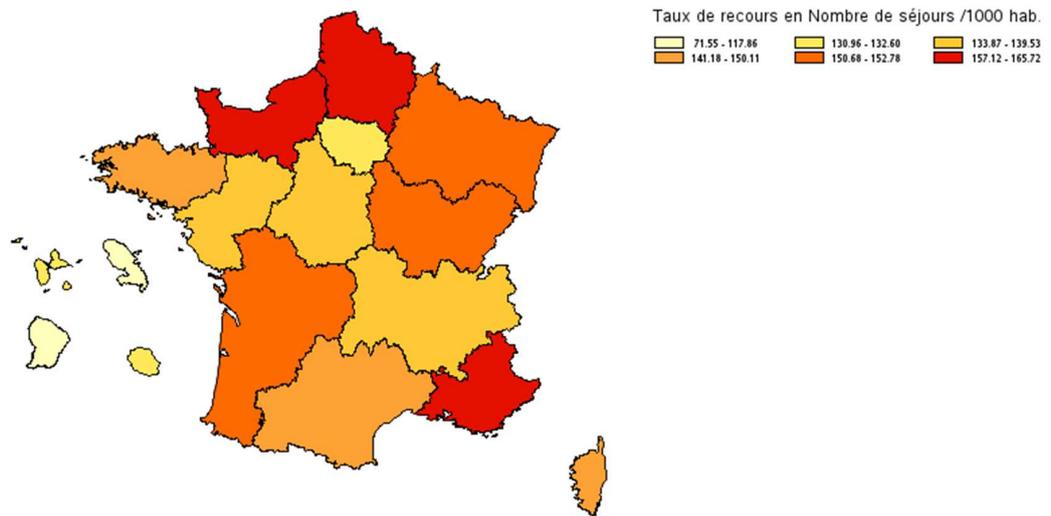
Graph : évolution nombre par mode d'accouchement



La médecine

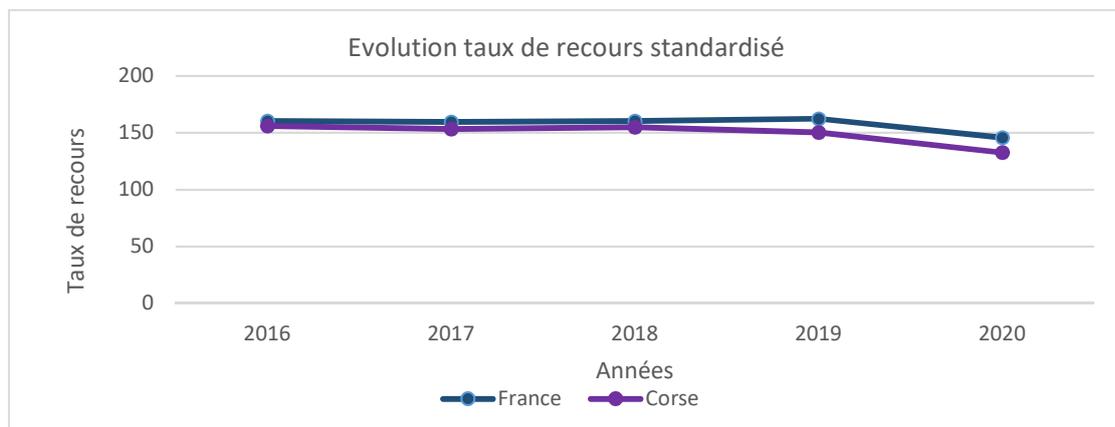
Le taux de recours en médecine est de 132,63 pour 1000 habitants (avec 47 797 séjours) contre 145,73 au niveau national. La région représente 0,49% de la part du nombre de séjours au niveau national. Une baisse du taux régional de 23 points est observée entre 2016 et 2020 (année de la pandémie de COVID19)

**Taux de recours MCO par Région (17) - séjours 2020/pop. 2018 - Brut**  
 Activités de soins (ASO) - Médecine  
 Taux de recours national : 145,73



L'écart du taux de recours en médecine entre le national et le régional est de plus de plus important entre les années 2018 et 2020 respectivement (+ 5 points et +13 points).

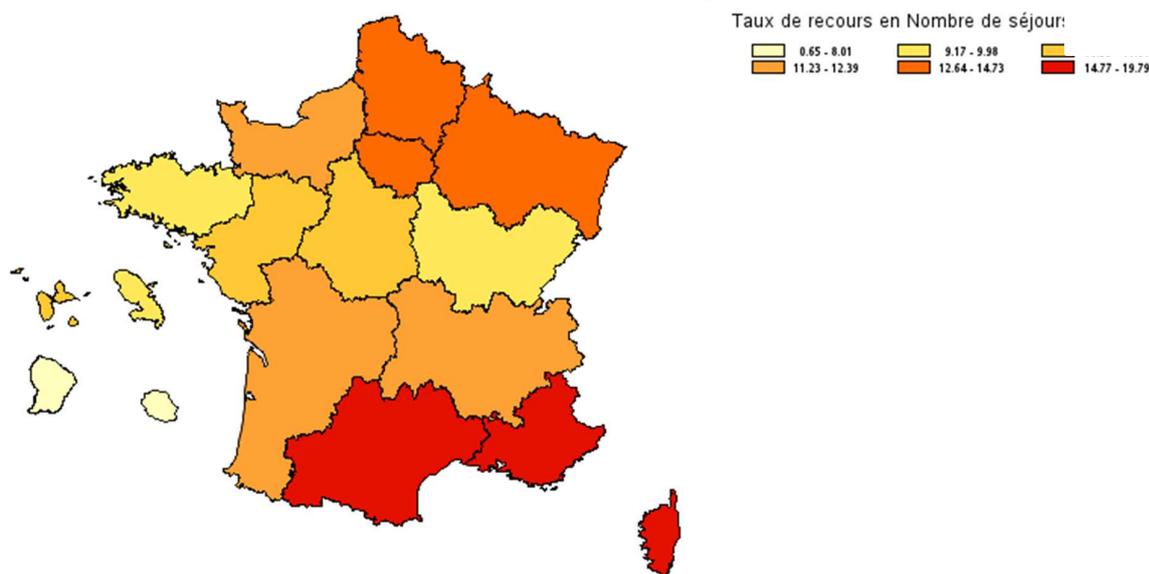
Graph : évolution du taux de recours standardisé en médecine



Les endoscopies digestives diagnostiques

Le taux de recours à l’endoscopie digestive diagnostique en région est de 19,79 versus 12,97 pour 1000 habitants au plan national en 2020. Ce taux est en baisse de 6 points par rapport à 2016 (mais là aussi très probablement en lien avec la pandémie de COVID19). A noter que, la Corse occupe la 1ère position des régions françaises.

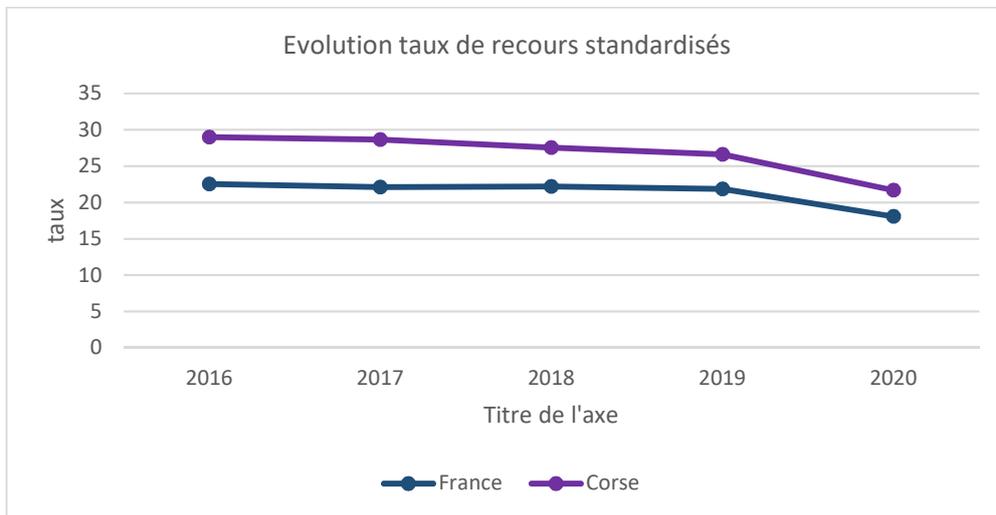
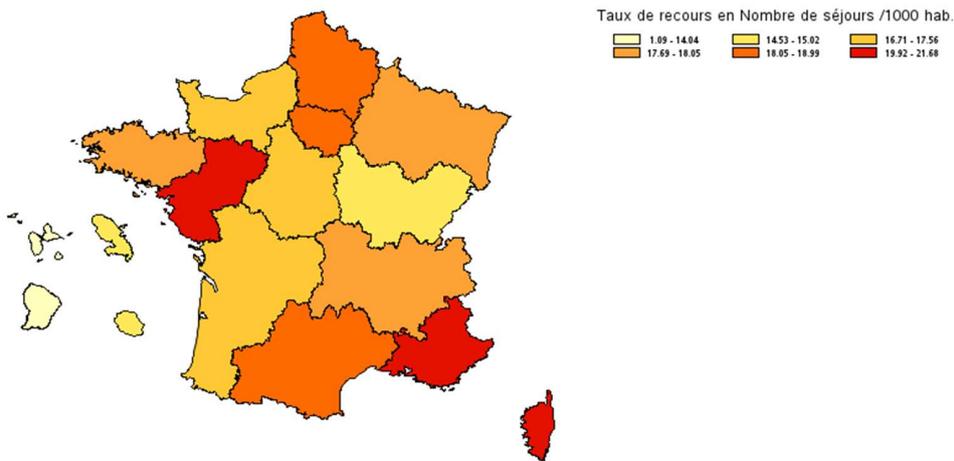
**Taux de recours MCO par Région (17) - séjours 2020/pop. 2018 - Standardisé**  
 Activités ciblées - pertinence des soins - 13a - Endoscopie digestive diagnostique  
 Taux de recours national : 12,97



Les coloscopies

La Corse occupe la première place des régions françaises avec un taux de recours de 21,68 pour 1000 habitants (avec 114 858 séjours) versus un taux de recours national de 18,07 pour 1000 habitants en 2020.

**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

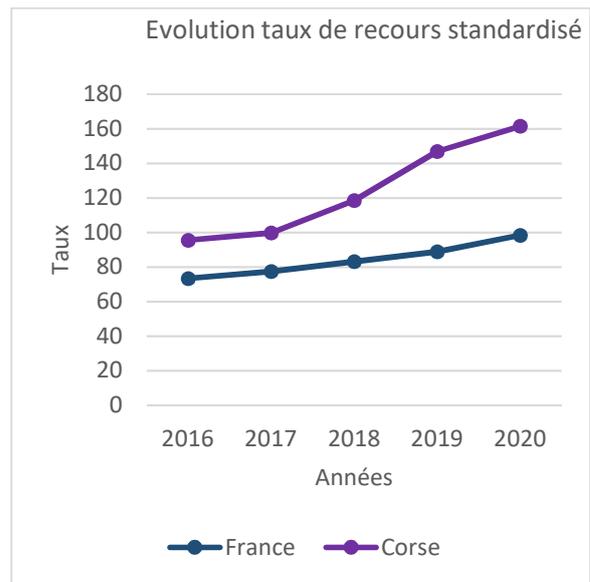
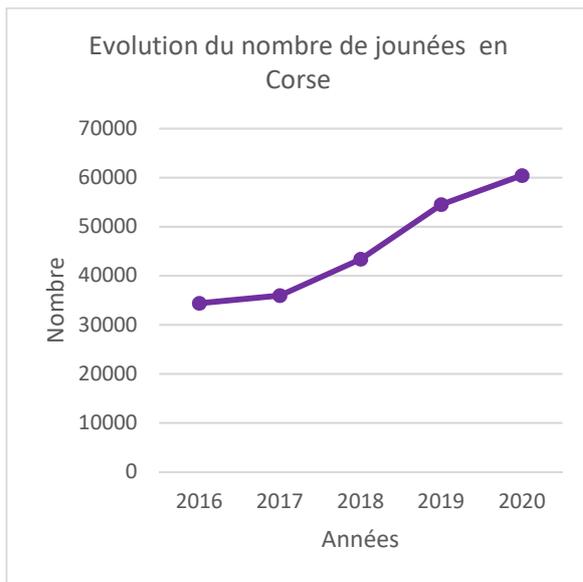
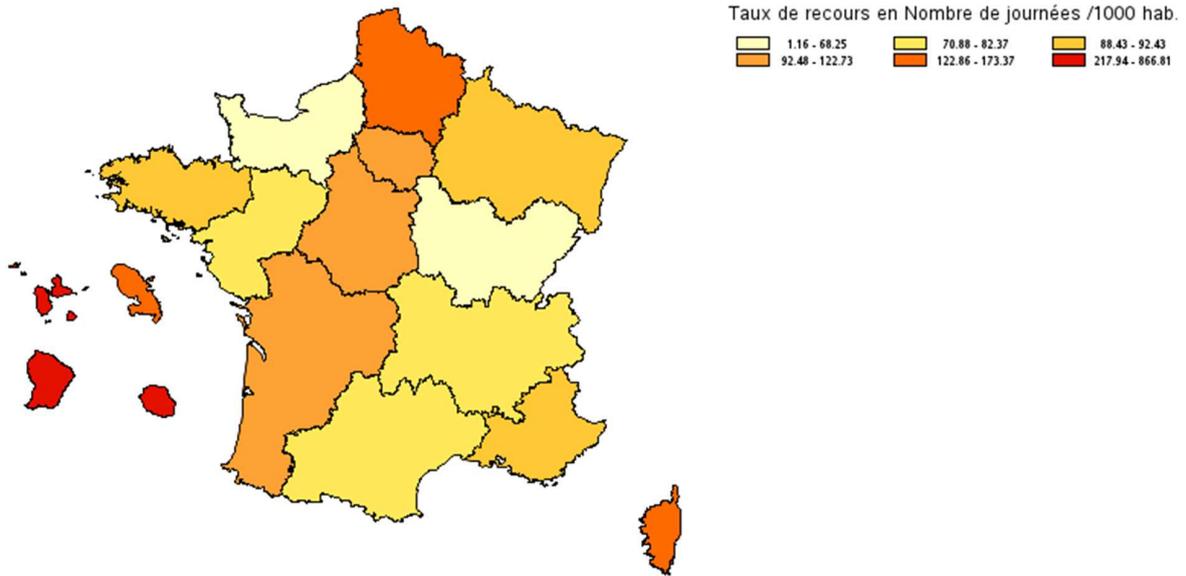


**Analyse selon le mode de prise en charge**

L'Hospitalisation à Domicile (HAD)

Le taux de recours HAD sur l'ensemble des activités en région est de 161,55 pour 1000 habitants versus 98,5 en France, soit 60 447 journées. Le nombre de journée a augmenté de 75 % par rapport à l'année 2016 mais avec des disparités très marquées entre les cinq HAD de Corse.

**Taux de recours HAD par Région (17) - séjours 2020/pop. 2018 - Standardisé**  
 Ensemble de l'activité -  
 Taux de recours national : 98,39



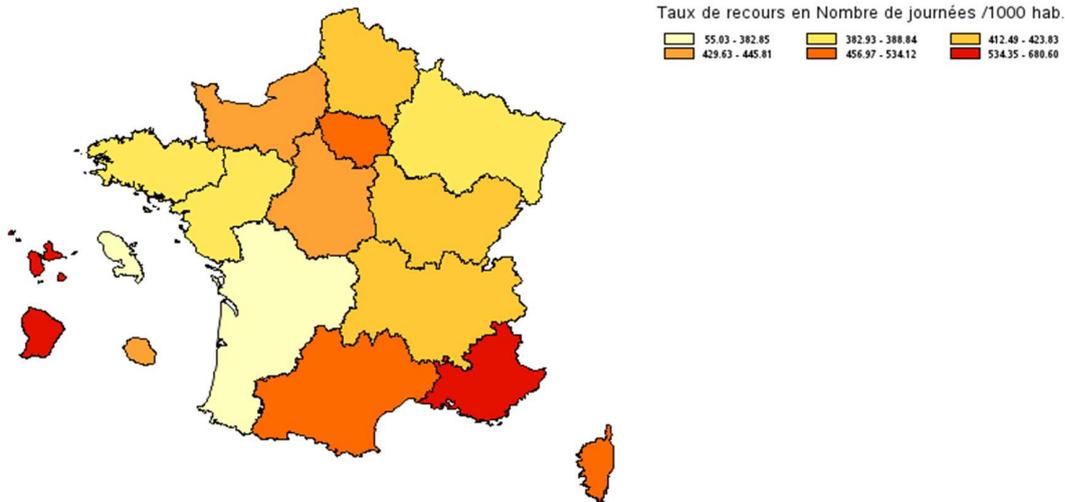
Les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

Hospitalisation complète

Un taux de recours SSR en hospitalisation complète de 530,89 pour 1000 habitants versus 441,14 France entière (199 912 séjours en hospitalisation complète en Corse 2020). On observe une baisse de 11,1% du nombre de séjours par rapport à l'année 2019 ; baisse liée, encore une fois, à la pandémie de COVID19. Sur les 26 régions de France, la Corse est en 5<sup>ème</sup> position.

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

Ensemble de l'activité -  
Taux de recours national : 441,14

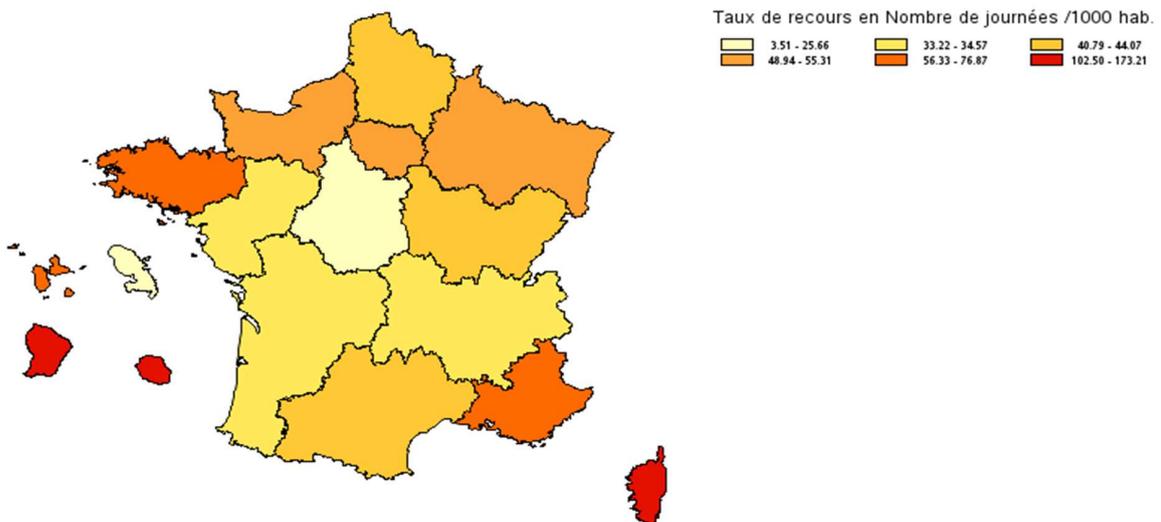


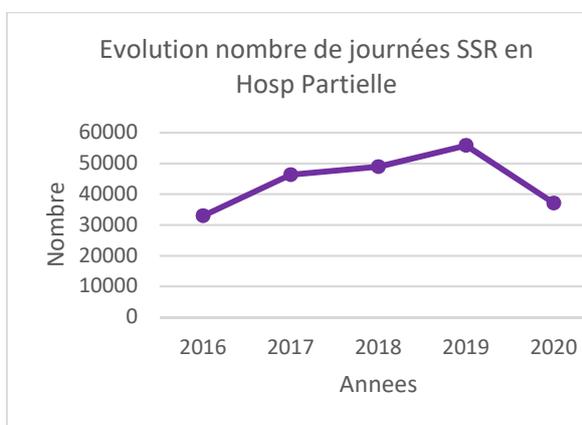
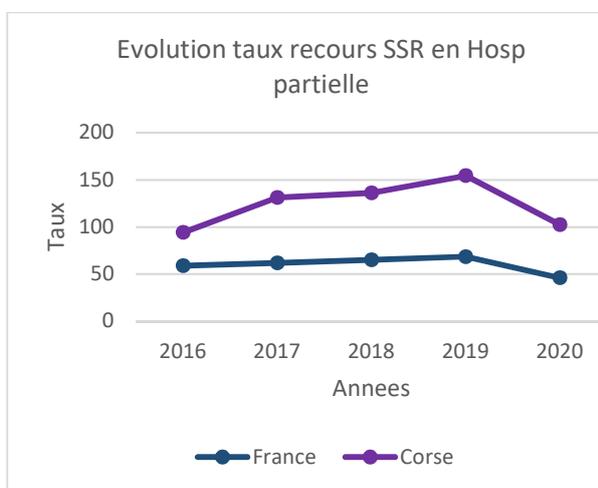
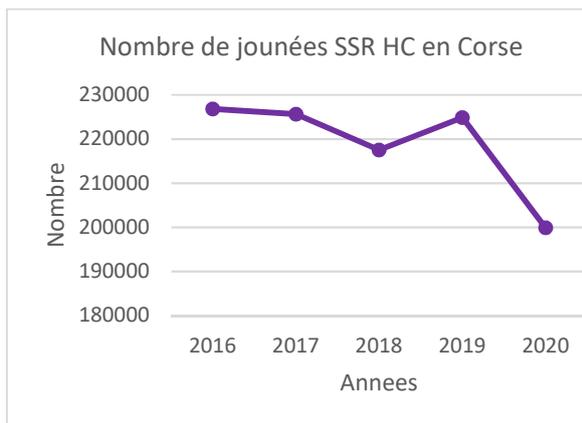
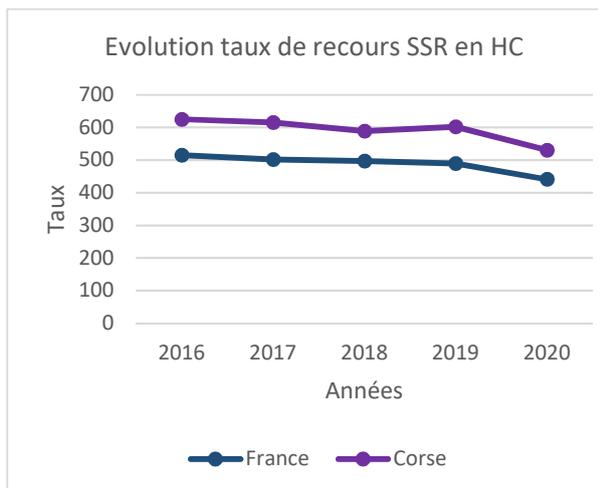
Hospitalisation partielle

Un taux de recours SSR – hospitalisation partielle de 102,50 pour 1000 habitants versus 46,03 France entière. Sur les 26 régions de France, la Corse est en 3<sup>ème</sup> position.

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

Ensemble de l'activité -  
Taux de recours national : 46,03





Les fuites

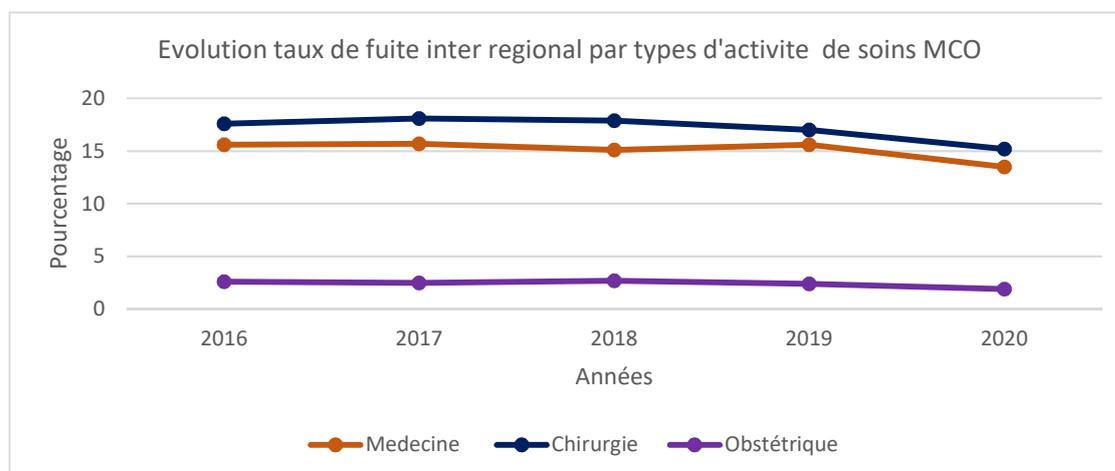
Le taux de fuite inter-régional est de 13,5% en 2020. Celui-ci est en baisse comparé à celui de 2016 qui était de 17,6% mais le taux de fuite global a diminué en 2020 du fait de la pandémie de COVID19.

Tableau : taux de fuite inter régional (2020).

**Taux de fuite inter-régional**  
(séjours consommés dans d'autres régions / séjours consommés par les patients de la région)

Région de résidence des patients	Séjours consommés par les patients de la région	- dont séjours consommés dans d'autres régions	Taux de fuite de la région
CORSE	82 962	11 234	13,5 %

Graph : Evolution taux de fuite par activités de soins en MCO :



## II-LA PERTINENCE DES PARCOURS DE SOINS

Les parcours de santé se complexifient et comportent désormais des recours réitérés tant aux dispositifs sanitaires que médico-sociaux et sociaux. La pertinence des parcours interroge à la fois l'opportunité de la prise en charge mais également la pertinence de l'organisation des soins. Il en résulte la nécessité de repenser notre organisation avec notamment le développement de dispositifs de coordination de parcours complexes. On constate la nécessité de prendre en compte tous les acteurs qui interviennent dans le parcours de santé en commençant pour la patient et son entourage qui sont des partenaires incontournables pour construire un parcours de santé pertinent.

### II.1 Le parcours de soins insuffisance cardiaque

#### DIAGNOSTIC

- ✓ L'insuffisance cardiaque est une affection fréquente, sous-diagnostiquée et grave (France entière : 70 000 décès annuels, 170 000 hospitalisations annuelles) dont le coût dépasse les 3 milliards d'euros.
- ✓ La région Corse fait partie des régions où l'on retrouve une forte prévalence de l'insuffisance cardiaque.
- ✓ La prévalence de la maladie augmente avec l'âge.
- ✓ L'hospitalisation pour décompensation est associée à un risque de ré-hospitalisation et de surmortalité (30% à un an).

Six points de rupture ont été identifiés dans le parcours de soins d'un patient insuffisant cardiaque comme devant faire l'objet d'une attention toute particulière et d'un accompagnement des professionnels de santé impliqués dans sa prise en charge :

1. Diagnostic et évaluation initiale de la maladie
2. Hospitalisation
3. Sortie d'hospitalisation
4. Organisation du suivi en ville
5. Optimisation du traitement médicamenteux (titration)
6. Prise en charge non médicamenteuse

L'insuffisance cardiaque en région Corse :

- Contexte territorial
  - 1.5 % de la population, soit plus de 3609 patients
  - 8 % de patients sont bénéficiaires de la C2S ; 2.2 % résident en Ehpad
- Indicateurs de moyens (tous patients)
  - 47 % des patients n'ont pas consulté de cardiologue dans les 12 mois
  - 62 % n'ont pas bénéficié d'une échographie cardiaque dans les 12 mois
  - 32 % n'ont pas eu recours à des soins infirmiers dans les 12 mois
  - 22 % n'ont pas bénéficié d'un bilan biologique de base dans les 12 mois
  - 50 % n'ont bénéficié d'aucun dosage de peptide natriurétique dans les 12 mois
- Indicateurs de moyens (patients hospitalisés)
  - Amont
    - 64,1 % ont eu recours au cardiologue dans les 12 mois précédant le séjour
    - Délai médian entre le dernier contact avec un médecin et le séjour : 10 j
  - Séjour
    - 75,5 % présentaient au moins une comorbidité
    - 76,6 % ont été admis par les urgences
    - 21,1 % sont passés en réanimation ou soins intensifs
  - Aval
    - 47 % ont eu recours au MG dans les 14 j après la sortie
    - 37 % ont eu recours au cardiologue dans les 2 mois
    - 0 % ont bénéficié d'un acte AMI 5.8 dans les 8 jours
- Indicateurs de résultats à fin 2019
  - Mortalité : 33,6 % chez les patients ayant été hospitalisés vs. 32,9 %
  - Ré-hospitalisation : 13 % à 3 mois (9 % avec entrée par les urgences)

## DECLINAISON OPERATIONNELLE

### Objectifs :

Accompagnement des professionnels de santé (PS) impliqués dans la prise en charge des insuffisants cardiaques : hospitaliers, libéraux et dans le cadre de l'exercice coordonné.

Actions régionales	Calendrier
Présentation du parcours insuffisance cardiaque (IC) à l'ARS de Corse et à la FCCIS.	T4 2021
Développement d'un protocole pluriprofessionnel IC en lien avec la FCCIS dans le cadre de l'ACI des MSP de Corse.	T1 2022
Accompagnement du CH d'Ajaccio et du CH de Bastia sur le parcours IC dans le cadre des CAQES en cohérence avec le PAPRAPS.	2022
Mise en œuvre du programme d'accompagnement PRADO IC par les référents du réseau Assurance Maladie en partenariat avec la MSA.	2022
Intégration de la MSA au groupe de travail ARS - Assurance Maladie - FCCIS relatif aux leviers favorisant l'émergence des CPTS intégrant le parcours IC.	2022

Outils	Calendrier
Outil de diagnostic territorial (ODT) – CNAM	Décembre 2021
Outil de suivi – CNAM (exercice coordonné)	T1 2022
Profils Etablissements de Santé – CNAM	T1 2022
Kit exercice coordonné (CPTS, MSP) : indicateurs, protocole pluriprofessionnel	2022
Mémos thérapeutiques – CNAM	2022
Carnet de suivi – CNAM	2022
Campagne grand public, EPOF/EPON	T1 2022

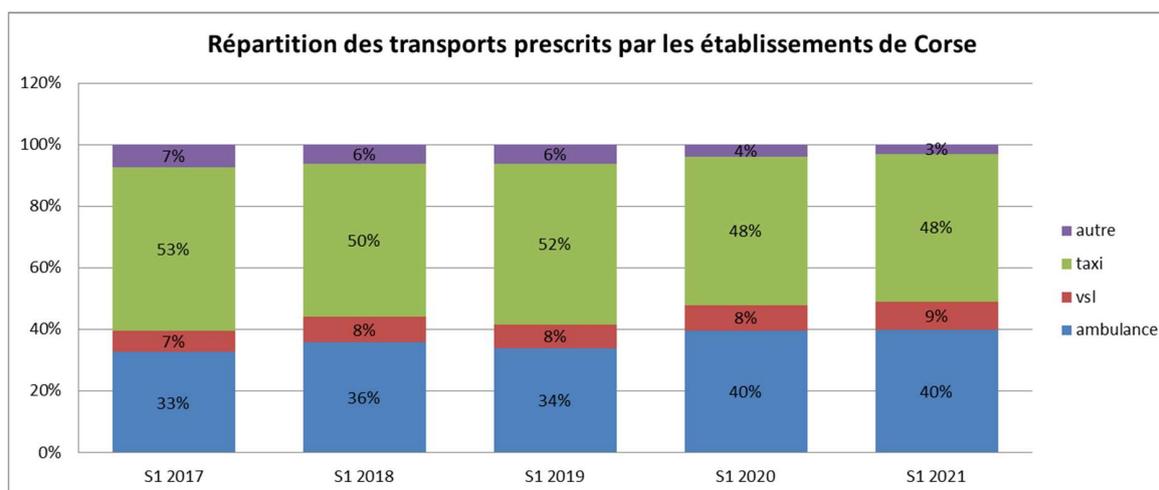
Indicateurs de résultat	Résultat attendu
Nombre d'hospitalisations pour décompensation d'insuffisance cardiaque	↓
Part des hospitalisations pour décompensation avec admission par les urgences	↓
Taux de ré-hospitalisation à 3 mois	↓
Mortalité par insuffisance cardiaque	↓
Recours au MG dans les 14j et/ou au cardiologue dans le mois suivant la sortie	↑
Recours à l'IDE dans les 7 jours suivant la sortie	↑
Adhésions à Prado Insuffisance Cardiaque	↑

### III-LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS

#### III.1 la pertinence des prescriptions de transport

##### DIAGNOSTIC

L'Assurance Maladie conduit régulièrement des actions à destination des assurés et des PS libéraux pour améliorer l'adéquation des prescriptions de transport avec l'état de santé des patients. Le même type d'actions est également mis en œuvre en direction des établissements sanitaires. Néanmoins, la part des transports en ambulance prescrits par les établissements insulaires reste particulièrement importante, et a progressé entre 2017 (33%) et 2021 (40%).



Source : DCIR, liquidations de janvier à juin, tous régimes

De plus les établissements prescrivent plus de 60% des transports en ambulance, soit environ 4M€ sur le premier semestre 2021.

Montants remboursés à fin juin 2021

Caisse primaire	Prestations	PRESCRIPTEURS					TOTAL
		Omnipraticiens libéraux	Spécialistes libéraux	TOTAL libéraux	Etablissements	Autres	
201-Ajaccio	Ambulance	586 333	292 065	878 398	2 123 676	2 958	3 005 033
	V.S.L.	237 209	141 134	378 344	487 452	1 059	866 855
	Taxi	1 140 014	667 414	1 807 428	2 373 255	7 522	4 188 205
	Autres frais de transport	438 784	139 822	578 606	310 731	297	889 634
	<b>TOTAL</b>	<b>2 402 341</b>	<b>1 240 435</b>	<b>3 642 776</b>	<b>5 295 115</b>	<b>11 835</b>	<b>8 949 726</b>
202-Bastia	Ambulance	1 221 075	468 394	1 689 469	1 938 219	39 241	3 666 930
	V.S.L.	328 555	256 989	585 545	237 680	2 658	825 882
	Taxi	1 338 175	1 350 952	2 689 127	1 594 110	7 739	4 290 977
	Autres frais de transport	321 892	87 294	409 185	162 277	1 042	572 504
	<b>TOTAL</b>	<b>3 209 697</b>	<b>2 163 629</b>	<b>5 373 326</b>	<b>3 932 286</b>	<b>50 681</b>	<b>9 356 293</b>
Total Région	Ambulance	1 807 409	760 459	2 567 868	4 061 895	42 199	6 671 962
	V.S.L.	565 765	398 124	963 888	725 132	3 716	1 692 737
	Taxi	2 478 189	2 018 366	4 496 555	3 967 366	15 261	8 479 182
	Autres frais de transport	760 675	227 116	987 791	473 008	1 339	1 462 138
	<b>TOTAL</b>	<b>5 612 038</b>	<b>3 404 065</b>	<b>9 016 102</b>	<b>9 227 401</b>	<b>62 516</b>	<b>18 306 019</b>

En outre, au regard des remboursements effectués par les CPAM, l'usage du véhicule personnel semble particulièrement restreint (moins de 3% des remboursements au 1<sup>er</sup> semestre 2021).

Les actions menées auprès des établissements de santé, via la mise en œuvre des CAQES, visent notamment à :

- ✓ Diminuer le taux de recours à l'ambulance en favorisant le mode de transport le plus pertinent.
- ✓ Favoriser le recours au transport personnel.

Le levier permettant d'atteindre ces objectifs repose sur un accompagnement spécifique aux établissements de santé forts prescripteurs de transports en ambulance dans le cadre des Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins.

L'accompagnement portera notamment sur :

- ✓ La pertinence de la prescription de transport qui doit s'appuyer sur le référentiel de prescription médicale de transport, publié par arrêté du 23 décembre 2006 – J.O du 30.12.2006 prévu à l'article R 322.10 du CSS. Celui-ci précise tous les éléments d'incapacité ou de déficience en lien avec l'état de santé du patient orientant sur le mode de transport adéquat.
- ✓ Développer le mode de transport sanitaire en véhicule personnel. Il est le moins onéreux et le plus avantageux pour les assurés. Grâce au nouveau service « Mes Remboursements Simplifiés (MRS) », l'assuré a accès à un moyen simple et rapide pour se faire rembourser en moins d'une semaine.

#### DECLINAISON OPERATIONNELLE

L'objectif est d'améliorer la pertinence des prescriptions des professionnels de santé exerçant en établissement dans le choix du mode de transport le plus adapté à l'état de santé des patients.

Actions	Calendrier
Campagne d'accompagnement MMH	2022 /23
Signature volet régional « transport» CAQES	1 <sup>er</sup> avril 2022

Outils	Calendrier
Visites MMH	
Elaboration d'un plan d'action spécifique à la situation de l'établissement	
Profils de prescriptions par établissement	
Outils de communication (vidéos, flyer, affiches...)	
Déploiement de « Mes Remboursements Simplifiés »	

Indicateur(s) de suivi et de résultat	résultat attendu
diminuer la part des montants d'ambulance remboursés	Inférieur à 20%

### III.2 la prescription des prescriptions médicamenteuses

#### III.2.1 la pertinence des prescriptions médicamenteuses des médicaments biosimilaires

##### DIAGNOSTIC

- ✓ Priorité du ministère de la santé et des solidarités dans le plan stratégique de santé 2018 – 2022, insistant sur la promotion « des médicaments biosimilaires » qui présentent les mêmes efficacité, qualité et sécurité que le médicament biologique de référence, avec un objectif à atteindre de 80 % de pénétration sur le marché d'ici 2022 ».
- ✓ En Corse en intra-hospitalier, 4 établissements de santé ont un taux supérieur à 97% et 3 établissements ont un taux inférieur à 10% pour les molécules ciblées suivantes : infliximab IV, rituximab IV, trastuzumab IV.

En région Corse : données PHEV sur l'année 2020 des molécules ciblées.

Molécules	Nombre de boîtes totales	Nombre de boîtes biosimilaires	Taux
Adalimumab SC	1144	250	21,8 %
Etanercept SC	716	469	65,5 %
Pegfilgastrim SC	1148	364	31,7 %

##### DECLINAISON OPERATIONNELLE

###### Objectif :

Augmenter la prescription des biosimilaires appartenant à la liste de l'ANSM publiée au 1<sup>er</sup> janvier de l'année. Un ajustement des molécules suivies sera réalisé en fonction de l'évolution des molécules mises sur le marché.

Actions	Calendrier
Transmission de profils	semestriel
Visite MMH dans les services concernés- présentation du profil aux principaux prescripteurs (appuyer le discours avec une estimation des économies réalisables)	Une visite par an

Outils	Calendrier
Données PHEV	semestriel

Indicateur(s) de résultat	résultat attendu
Taux de biosimilaires dispensés en PHEV	80%

Définition de l'indicateur : nombre de boîtes remboursées de médicaments biosimilaires / nombre de boîtes remboursées de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires pour les PHEV.

### III.2.2 la pertinence des prescriptions médicamenteuses des médicaments génériques

#### DIAGNOSTIC

Augmenter le recours aux médicaments génériques :

- En favorisant la prescription des médicaments inscrits au répertoire (pathologies diverses)
- En favorisant la délivrance de médicaments génériques de certaines classes ou molécules pour lesquelles on constate des taux de délivrance faibles

Données PHEV sur l'année 2020 :

Taux de prescription dans le répertoire des génériques
46 %

#### DECLINAISON OPERATIONNELLE

##### Objectif :

- Augmenter le taux de prescription dans le répertoire des génériques
- Augmenter le taux de délivrance de génériques de certaines classes/molécules ciblées

Actions	Calendrier
Transmission de profils	semestriel
Présentation du profil dans les services + rappel des nouvelles règles sur le NS (enrichir le discours à l'aide d'éléments sur les économies réalisables)	annuel

Outils	Calendrier
Données PHEV	semestriel
Données de suivi régionales - DCIR inter régimes	semestriel

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
taux de prescription dans le répertoire des génériques	↑

Définition de l'indicateur : nombre de boîtes remboursées de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques (princeps + génériques) / nombre total de boîtes remboursées pour les PHEV.

### III.2.3 la pertinence des prescriptions médicamenteuses des médicaments couteux et innovants (médicaments de la liste en sus) et le respect de leurs indications

#### DIAGNOSTIC

La maîtrise de la croissance des dépenses pour garantir la pérennité du système de santé est un objectif constant. Un des efforts repose sur la maîtrise des dépenses inutiles, par exemple par des prescriptions non pertinentes car les traitements sont réalisés dans des conditions non conformes à des règles de sécurité ou de qualité.

#### Dépenses molécules onéreuses (MO) en Corse (extraction scan santé)

2020	21 212 711€	+ 40,5 %
2019	15 097 913€	+ 20,3 %
2018	12 545 497€	+ 1,2 %
2017	12 391 997€	

#### Montant hors Autorisation de Mise sur le Marché (I999999) en Corse

2020	959 614€
2019	664 968€

Les 5 établissements prescripteurs principaux ont pour 4 d'entre eux un taux supérieur à 8%.

#### DECLINAISON OPERATIONNELLE

Objectifs :

- Evaluer la pertinence des prescriptions, réduire les dépenses liées à des prises en charge inefficaces ou non recommandées
- Vérifier le respect des conditions applicables aux prescriptions hors AMM, hors RTU et hors essais cliniques

Actions	Calendrier
Suivi trimestriel des dépenses des MO LES prescrites hors AMM, hors accès compassionnel et hors essais cliniques (codées I999999)	A partir de 2022
Suivi qualitatif de l'argumentaire hors AMM	A partir de 2022
Suivi du taux d'anomalie de codage pour les 4 molécules les plus prescrites en valeur financière en Corse : <b>pembrolizumab, daratumumab, nivolumab, eculizumab</b> (antineoplasiques, immunomodulateurs)	A partir de 2022

Outils	Calendrier
Fichier trimestriel de recueil indications AMM et hors AMM par OMEDIT	trimestriel
Prescriptions hors AMM/cadre de prescription compassionnelle argumentées	trimestriel
E PMSI recueil I999999	annuel

Indicateur(s) de résultat par établissement	résultat attendu
Taux de prescription hors AMM (I999999)	< 10 %
Anomalie codage pour molécules ciblées	0%
Argumentaire transmis pour toutes prescriptions codées I999999	100%

### III.3 la pertinence des prescriptions des dispositifs médicaux implantables (DMI) et le respect de leurs indications : qualité, sécurité et bon usage

#### DIAGNOSTIC

La traçabilité sanitaire de l'implantation des dispositifs médicaux implantables (DMI) dans les établissements de santé et l'information des patients a été mesurée en Corse (audit CAQES 2020) et sur le territoire national (enquête 2019).

Force est de constater que la réglementation est très partiellement appliquée.

Rappels :

- Décret n°2006-1497 du 29 novembre 2006 fixant les règles particulières de la matériovigilance exercée sur certains dispositifs médicaux et modifiant le code de la santé publique (Dispositions réglementaires) : institue l'obligation de traçabilité de certains dispositifs médicaux.
- Règlement européen 2017/745 : Mise en place du système d'identification unique des dispositifs (IUD).
- Arrêté du 8 septembre 2021, paru au JO du 17/09/2021, relatif au management de la qualité du circuit des DMI dans les établissements de santé et les installations de chirurgie esthétique.
- Critère HAS 1.1-10 : Le patient est informé des DM qui lui sont implantés pendant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.

#### DECLINAISON OPERATIONNELLE

Objectifs :

- Optimiser l'informatisation du circuit du DMI à toutes les étapes
- Garantir et optimiser la traçabilité sanitaire et financière du DMI
- Promouvoir le bon usage et la pertinence du DMI
- Coordonner le partage d'information entre ville/hôpital/patient

Actions	Calendrier
Cartographie des risques à réaliser par les établissements et élaboration d'un plan de maîtrise des risques	A partir de 2022
Traçabilité sanitaire des DMI dans le dossier patient informatisé (DPI)	A partir de 2022
Audit bon usage et pertinence : respect de la LPP pour les 3 classes de DMI choisies. Choix des DMI traceurs : abord vasculaire longue durée (chambres implantables, Picc Line), prothèses de genou	A partir de 2022

Outils	Calendrier
Cartographie ANAP Interdiag® V3 et plan d'actions	Annuel
Audit : présence de la traçabilité sanitaire structurée dans le DPI	Annuel
Audit : saisie de l'indication de pose des DMI ciblés	Annuel
Information du patient tracée (critère HAS 1.10)	Annuel

Indicateur(s) de résultat	résultat attendu
Structuration de la traçabilité sanitaire des DMI dans le DPI : audit	100%
Taux alimentation du DMP : nb d'alimentation de DMP/nb de séjours hospitaliers	↗
% DM implantés respectant les indications et les conditions de pose de la LPP	100% en 2022

## IV-LA MISE EN ŒUVRE ET LES PERSPECTIVES

### IV.1 [La communication](#)

Une stratégie régionale de communication devra être arrêtée afin de promouvoir les actions du PAPRAPS. L'ensemble des outils de communication doit être déployé afin que chaque professionnel ait connaissance des recommandations et bonnes pratiques grâce à une accessibilité simple.

### IV.2 [La mise en place de groupes de travail](#)

Des groupes de travail dédiés pourront être mis en place, les thématiques choisies feront l'objet d'un échange au sein de l'IRAPS. Les thématiques pressenties sont :

- *le parcours de soins en périnatalité*
- *le parcours de soins des accidents vasculaires-cérébraux (AVC)*
- *la pertinence des actes de coloscopies*
- *la pertinence de l'acte de gestion personnalisée du capital sanguin du patient (PBM : patient blood management)*
- *pertinence concernant la pathologie cervico-vaginale*

L'objectif de ces groupes est d'améliorer la pertinence des actes et/ou des parcours identifiés comme prioritaires. Il sera proposé pour chaque groupe dédié la mise en place d'une équipe projet constituée de membres de l'IRAPS, d'experts référents sur le sujet dans la région et hors région si besoin, de référents ARS et Assurance Maladie. Une lettre de mission pour chaque chef de projet sera finalisée et présentée à l'IRAPS et comprendra les enjeux et les objectifs de la thématique. L'objectif est de rédiger des axes régionaux d'amélioration de la pertinence, de définir les modalités de diffusion des recommandations et bonnes pratiques concernant la thématique ciblée.

### IV.3 [Les modalités de suivi et d'évaluation](#)

- ✓ S'agissant du suivi des actions de contractualisation, chaque année la DGARS communique à l'IRAPS la liste des établissements ayant fait l'objet d'un ciblage au titre d'un contrat d'amélioration de la pertinence des soins.
- ✓ S'agissant de la réalisation des objectifs du contrat d'amélioration de la pertinence des soins, un point d'étape sera réalisé à chaque réunion de l'IRAPS.

Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi,  
du Travail et des Solidarités

R20-2021-12-21-00001

21/12/2021 :

Arrêté composition du jury du CAFERUIS

DIRECTION RÉGIONALE  
DE L'ÉCONOMIE, DE L'EMPLOI,  
DU TRAVAIL ET DES SOLIDARITÉS  
DE CORSE

## Arrêté n°

### Portant composition du jury du Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale (CAFERUIS)

#### La Directrice régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Corse

**Vu** le Code de l'action sociale et des familles, et notamment son article L 451-1 ;  
**Vu** le décret n° 2002-615 du 26 avril 2002 pris pour l'application de l'article L.900-1 du code du travail et des articles L.335-5 et L.335-6 du code de l'éducation relatif à la validation des acquis de l'expérience pour la délivrance d'une certification professionnelle ;  
**Vu** le décret n° 2004-289 du 25 mars 2004 portant création du Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale (CAFERUIS) ;  
**Vu** l'arrêté du 8 juin 2004 modifié par l'arrêté du 28 février 2005 relatif au Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale ;  
**Vu** le décret n°2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets et l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements modifié par le décret n°2010-146 du 16 février 2010, le décret n°2012-509 du 18 avril 2012, le décret n°2015-1689 du 17 décembre 2015  
**Vu** le décret n°2020-1545 du 09 décembre 2020 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, des directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités et des directions départementales de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations  
**Vu** l'arrêté ministériel du 25 mars 2021 nommant Madame Isabel DE MOURA, directrice du travail, directrice régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Corse ;

#### Décide :

#### ARTICLE 1 :

L'entretien de validation des acquis de l'expérience en vue de l'obtention du Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité

d'Intervention Sociale (CAFERUIS) aura lieu le lundi 10 janvier 2022 de 13 heures 30 à 16 heures 30 dans les locaux de la DREETS de Corse à AJACCIO.

Le jury plénier se réunira le même jour à l'issu des entretiens.

**ARTICLE 2 :**

Le jury est composé comme suit :

**Président :**

Madame la Directrice Régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Corse ou son représentant,

**Membres :**

**Au titre du collège des formateurs :**

Monsieur Luciano ROMANO, formateur permanent à l'Institut d'Enseignement Supérieur du Travail Social de NICE.

**Au titre du collège des représentants des professionnels de l'action sociale ou médico-sociale :**

Monsieur Philippe CEVOLI, Directeur de l'Accueil de jour A Serenita.

**Au titre des personnes qualifiées dans le domaine social, médico-social ou dans le domaine de la gestion :**

Madame Gaëlle NUYYTENS, Inspectrice des Affaires Sanitaires et Sociales hors classe, auprès de la DREETS de Corse ;

**ARTICLE 3 :**

La Directrice régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de la région Corse est chargée de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée aux recueils des actes administratifs de la Préfecture de région

Fait à Ajaccio, le **21 DEC. 2021**

Pour le préfet et par délégation

*La Directrice Régionale*  
de la Direction Régionale de l'Economie.  
de l'Emploi, du Travail et des Solidarités  
DREETS de Corse

**Isabel DE MOURA.**  
**Isabel De MOURA**

*Voies et délais de recours : Conformément aux dispositions des articles R. 421-1 à R. 421-5 du code de justice administrative, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Bastia dans le délai de deux mois à compter de notification ou de sa publication. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application « Télérecours citoyens » accessible par le site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)*

Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi,  
du Travail et des Solidarités

R20-2021-12-21-00003

21/12/2021 :

Arrêté composition membres de la commission  
régionale spécialisée d'audioprothésistes

DIRECTION RÉGIONALE  
DE L'ÉCONOMIE, DE L'EMPLOI,  
DU TRAVAIL ET DES SOLIDARITÉS  
DE CORSE

## **Arrêté n°**

### **Portant composition des membres de la commission régionale spécialisée d'audioprothésistes.**

#### **La Directrice régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Corse**

**Vu** le décret n°2004-374 du 16 février 2010 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et les départements ;

**Vu** le décret du Président de la République du 29 juillet 2020 portant nomination de M. Pascal LELARGE, préfet hors classe, en qualité de préfet de Corse, préfet de la Corse-du-Sud ;

**Vu** l'arrêté du 25 mars 2021, portant nomination de Madame Isabel De Moura, sur l'emploi de directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Corse

**Vu** l'arrêté du 30 mars 2021 portant organisation de la direction de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Corse ;

**Vu** le décret n°2020-1545 du 09 décembre 2020 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités et des directions départementales de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations,

**Vu** l'arrêté n° R20-2021-05-10-00011 du 10 mai 2021 portant délégation de signature à Madame Isabel De Moura, directrice de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Corse ;

**Vu** la circulaire DGOS/RH2 n°2011-169 du 11 mai 2011 relative à la mise en œuvre de la déconcentration des procédures d'autorisation d'exercice et de libre prestation de service (professions paramédicales)

Sur proposition de Madame la directrice régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Corse ;

## ARRETE

### ARTICLE 1 :

La commission régionale spécialisée d'audioprothésiste composée comme suit :

■ **Présidente** : La directrice régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Corse, ou son représentant,

■ **Membres** :

- la directrice générale de l'agence régionale de la santé ou son représentant,
- le recteur de l'académie de Corse, ou son représentant,
- Monsieur Pierre PIERI, médecin,

**Deux audioprothésistes professionnels :**

- Monsieur André BALBI, audioprothésiste, titulaire,
- Monsieur Guillaume BALBI, audioprothésiste, suppléant,
- Madame Amélie CAREDDU, audioprothésiste, Titulaire
- Madame BUSCAIL Claire, audioprothésiste, suppléante.

### ARTICLE 2 :

Conformément aux dispositions des articles R.421-1 à R.421-5 du code de justice administrative, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de BASTIA dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.

Le tribunal administratif peut être saisi par l'application « Télérecours citoyens » accessible par le site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr).

### ARTICLE 3 :

La Directrice régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de la région Corse, Isabel De Moura est chargée de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée aux recueils des actes administratifs de la Préfecture de région.

Fait à Ajaccio, le 20.12.2021.

Pour le préfet et par délégation

Isabel DE MOURA  
Pour la Directrice Régionale de l'économie,  
de l'Emploi, du Travail et des Solidarités de Corse  
et par délégation  
La cheffe du pôle 3<sup>è</sup>-S.

Marie-Françoise BALDACCI

Voies et délais de recours : Conformément aux dispositions des articles R. 421-1 à R. 421-5 du code de justice administrative, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Bastia dans le délai de deux mois à compter de notification ou de sa publication. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application « Télérecours citoyens » accessible par le site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi,  
du Travail et des Solidarités

R20-2021-12-21-00002

21/12/2021 :

Arrêté désignation membres du DEAES

DIRECTION RÉGIONALE  
DE L'ÉCONOMIE, DE L'EMPLOI,  
DU TRAVAIL ET DES SOLIDARITÉS  
DE CORSE

## **Arrêté n°**

### **Portant désignation des membres du jury du diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social (DEAES)**

#### **La Directrice régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Corse**

**Vu** le code de l'action sociale et des familles, notamment les articles L.451-1 à R.451-2 ;

**Vu** le code du travail, et notamment les articles L.900-1 et L935-1,

**Vu** le décret n°2016-74 du 29 janvier 2016 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social,

**Vu** le décret n°2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets et l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements modifié par le décret n°2010-146 du 16 février 2010, le décret n°2012-509 du 18 avril 2012, le décret n°2015-1689 du 17 décembre 2015

**Vu** le décret n°2020-1545 du 09 décembre 2020 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, des directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités et des directions départementales de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations

**Vu** l'arrêté ministériel du 25 mars 2021 nommant Madame Isabel DE MOURA, directrice du travail, directrice régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Corse ;

#### **Décide :**

#### **ARTICLE 1 :**

Les épreuves de correction des copies du DC1 « Note de réflexion sur le positionnement professionnel » du Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social auront lieu le jeudi 20 janvier 2022 de 13 heures 30 à 16 heures dans les locaux de la Direction Régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Corse. Le jury plénier suivra à partir de 16 h 30 dans les mêmes locaux.

## ARTICLE 2 :

Le jury est composé comme suit :

Président : Madame la directrice régionale de l'économie, de l'emploi du travail et des solidarités de Corse, ou son représentant ;

### Membres :

Au titre du collège des formateurs issus des établissements de formation :

- Madame Jeanne BACCHETTI, formatrice au GRETA de Haute-Corse de Bastia.
- Madame Sylvie NIVAGGIOLI, formatrice auprès d'ID Formation

Au titre du collège des représentants qualifiés du secteur professionnel :

- Madame Elena TOMA Educatrice Technique Spécialisée à l'ESAT U Licettu à Ajaccio.
- Madame Déborah PAU Educatrice spécialisée à l'ADAPEI 2A à Ajaccio.

Au titre du collège des personnes qualifiées :

- Madame Eliane MASIA RISTORI, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale Hors Classe.
- Monsieur Jean-Pierre PIETRI, Directeur d'IEM et MAS.

## ARTICLE 3 :

La Directrice régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de la région Corse est chargée de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée aux recueils des actes administratifs de la Préfecture de région

Fait à Ajaccio, le **21 DEC. 2021**

Pour le préfet et par délégation

  
La Directrice Régionale  
de la Direction Régionale de l'Economie,  
de l'Emploi, du Travail et des Solidarités  
Isabel DE MOURA  
D.R.E.T.S de Corse

**Isabel De MOURA**

*Voies et délais de recours : Conformément aux dispositions des articles R. 421-1 à R. 421-5 du code de justice administrative, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Bastia dans le délai de deux mois à compter de notification ou de sa publication. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application « Télérecours citoyens » accessible par le site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)*

Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi,  
du Travail et des Solidarités

R20-2021-12-23-00002

23/12/2021 :

Avis composition commission paritaire régionale  
interprofessionnelle region corse

**AVIS DE PUBLICATION DE LA COMPOSITION DE LA COMMISSION PARITAIRE REGIONALE  
INTERPROFESSIONNELLE DE LA REGION CORSE  
POUR LE MANDAT 2021 - 2025**

**Article L. 23-112-5 du code du travail  
Article R. 23-112-14 du code du travail**

**Considérant :**

- l'arrêté du 10 décembre 2021 portant attribution des sièges de membres des commissions paritaires régionales interprofessionnelles (CPRI) pour le mandat 2021-2025 ;
- les désignations effectuées par les organisations syndicales de salariés et les organisations professionnelles d'employeurs auxquelles ont été attribués des sièges ;

La commission paritaire régionale interprofessionnelle (CPRI) de la région Corse est composée des membres suivants :

<b>Qualité (représentant employeur/salarié)</b>	<b>Nom et prénom du représentant</b>	<b>Profession du représentant</b>	<b>Appartenance syndicale éventuelle</b>
<b>Représentant Salarié</b>	Mme SISCO Nathalie	Responsable administratif	STC
	Mme NOBILI Laura	Responsable administratif	STC
	Mme NICOLAI Marie-Thérèse	Responsable administratif	STC
	M. ESTEVES Stéphane	Technicien CHR	STC
	Mme CASTELLANI Marie-France	Responsable service d'accueil	STC
	M. CARLOTTI Florent	Responsable administratif	STC

Une liste complémentaire sera publiée pour les sièges vacants.

A compter de la présente publication, les désignations effectuées par les organisations syndicales de salariés et les organisations professionnelles d'employeurs peuvent être contestées dans un délai de quinze jours devant le tribunal d'instance du ressort territorial de la DREETS.

La présente liste est publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de Corse et est également mentionnée sur le site internet de la direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités.

Fait à Ajaccio, le 24 décembre 2021

Pour la directrice régionale de l'économie, de  
l'emploi, du travail et des solidarités de Corse  
Et par délégation, la directrice adjointe du travail,

Marie ANTHELME

