

HUBERT MORVAN RD	Compte-rendu de réunion, séance plénière de l'IRAPS du 18/06/2025	Date : 27.06.2025
Destinataires : Participants ARS DOSA ARS DIRECTION		PJ : Présentations du 18/06/2025

Participants à la séance plénière du 18/06/2025

IRAPS	Pr Alain BERNARD	Président IRAPS
	Dr Jean Loup MASSARD	Vice-Président IRAPS
ARS	Dr Mohamed SI ABDALLAH	Directeur Général Adjoint
	M. Cédric DUBOUDIN	Directeur Innovation et Stratégie
	Mme Florie RAFFE	Adjointe au Directeur DPROS
	Mme Nathalie HERMAN	Adjointe à la responsable de département VESS
	Dr Lydie LORNET	Conseillère médicale
	Dr Laetitia MORVAN	Chargée de mission pertinence
	Mme Nathalie HUBERT	Gestionnaire administrative
	Mme Sandrine FOURGEUX	Cheffe de projet thématique « Chirurgie »
	Mme Sarah NEQQACHE	Cheffe de projet thématique « Chirurgie »
	Mme Hélène VANDEN-HOECQ	Référente parcours MCV, diabète et MRC
	Mme Nizame LOGEROT	Référente parcours MRC et oncologie
OMEDIT	Dr Noémie LE DU	OMEDIT
	Dr Philippe FAGNONI	OMEDIT
AM	M. Lilian VACHON	Directeur DCGDR (Direction de la coordination de la gestion du risque)
	M. Gabriel CASANOVA	Stagiaire de M. Vachon
	Mme Karine TRIBOULET	Sous-directrice DCGDR
	Mme M.A. VEROT	Médecin conseil régional DCGDR
MSA	Dr Maribel TAVERNIER	MSA
UNIVERSITES	Pr. Marc MAYNADIE	Doyen de l'UFR des sciences de santé, Université Bourgogne Europe
URPS	Dr Pascal LOUIS	URPS PHARMACIEN
	Mme Lydie DEFRAIN	URPS IDE
	Dr Gilles DREYFUS SCHMIDT	CROM
REQUA	M. NOUVELOT	Directeur du REQUA
ASSO	M. Emmanuel BODOIGNET	Représentant des usagers (AIDES)
Professionnels de santé, membres des GT IRAPS	Dr Stéphane ATTAL	Médecin généraliste
	Pr. M.F. SERONDE	Cardiologue CHU 25
	Dr David GUILLER	Chirurgien maxillo-faciale, stomato, plastique, main CHU 21
	Dr Denis JACOB	Radiologue IM2P BFC
	Dr Viviana LEUCI-HUBERMAN	Médecin généraliste suppléante Miserey Saline
	Pr Laurent OBERT	Chirurgien orthopédique CHU 25
	Dr Eléonore BRUMPT	Radiologue CHU 25
	Dr Fabrice LECLERC	Chirurgien viscéral et digestif, DOLE

1) Avancée des travaux sur les thématiques pansements et perfusions

M. Lilian Vachon, Directeur DCGDR

Travail partenarial en cours :

- Poursuite des échanges avec les professionnels de santé libéraux.
- Organisation de réunions de travail entre la CPAM et l'ARS.
- Mise en place d'un groupe de travail régional réunissant des professionnels de santé.

Focus régional sur les pansements :

- 7 établissements de santé de la région, figurant parmi les 200 plus gros prescripteurs de pansements au niveau national, feront l'objet d'un accompagnement spécifique lors des visites annuelles. Accompagnement pouvant être étendu à l'ensemble des établissements visités ainsi qu'aux chirurgiens libéraux à terme.
- Une étude a permis de constater des écarts de coûts significatifs selon le type de séjour, aboutissant à une recommandation de limitation des prescriptions de pansements à 7 jours, avec réévaluation systématique par une expertise infirmière.

Travaux en cours sur les perfusions :

- Mise à jour par le service médical régional d'un mémo pratique intitulé "*Prescrire une perfusion à domicile*", intégrant un logigramme décisionnel selon l'état du patient et le contexte.
- Une analyse de coûts révèle des écarts importants : 1 semaine de perfusion par gravité (123 €) / 1 semaine par diffuseur (494 €). En officine, la gravité est majoritaire (80 %) ; chez les prestataires, le diffuseur est privilégié (88 %).

Évolutions nationales attendues :

- La HAS devrait prochainement publier un avis sur les prescriptions de perfusion, incluant :
 - Une réflexion sur la nomenclature,
 - Une proposition de tarif-type pour limiter les dérives observées (choix systématique du diffuseur),
 - Une meilleure prise en compte du libre choix du patient, souvent mis à mal dans la pratique actuelle.



Intervention de M. Fagnoni (OMEDIT) concernant l'existence d'outils d'aide à la décision

Existence d'un guide actualisé par le Résomédit en février 2025, intitulé PerfaDom, intégrant des algorithmes d'aide à la décision sur la pertinence du choix de la voie et du dispositif d'administration des perfusions. Guide centré sur l'adéquation des pratiques aux besoins cliniques, diffusable sans restriction.



Intervention de Monsieur Bodoignet (Président AIDES BFC et expert à la HAS au comité d'évaluation diagnostique et des nouvelles technologies)

Le sujet des perfusions non posées suscite un fort intérêt du point de vue des usagers, notamment en lien avec les enjeux de pertinence et d'accessibilité. Deux hypothèses doivent être explorées : une prescription initiale possiblement non pertinente et la présence d'obstacles à la mise en œuvre de la perfusion prescrite, tels que des freins logistiques ou organisationnels. Cette problématique est centrale, car des actes non pertinents pèsent sur le parcours de soins, en particulier pour les patients les plus exposés au système de santé. Une vigilance particulière est donc requise pour comprendre les causes de non-réalisation des perfusions et adapter les réponses en conséquence.

Les outils mentionnés durant la réunion (mémo pratique et l'assurance maladie et guide PERFADOM de l'Omedit) sont consultables sur le site de l'ARS BFC : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/bonnes-pratiques-perfusion-domicile-outils-de-bon-usage>

2) Avancée des travaux sur la démarche de Responsabilité Populationnelle

M. Duboudin, Directeur de l'Innovation et de la Stratégie ARS BFC

Intégration de la démarche de responsabilité populationnelle comme axe transversal du PAPRAPs :

- Approche déjà déployée sur plusieurs territoires de Bourgogne-Franche-Comté en Haute-Saône, dans le Nord Franche-Comté et plus récemment dans le Doubs.
- Démarche qui s'inscrit dans une logique de *santé intégrée*, telle qu'on la retrouve dans d'autres pays comme le Canada.
- Repose sur une articulation étroite entre prévention, soins, suivi et évaluation des parcours.
- S'appuie sur des mécanismes de repérage précoce et de stratification des patients selon le modèle de la pyramide de Kaiser, avec pour ambition de détecter les situations à risque le plus tôt possible, afin de limiter la progression des patients vers les étages supérieurs de la pyramide, niveaux associés à une mortalité plus élevée et à un coût de prise en charge accru.

Premiers résultats de la démarche de responsabilité populationnelle :

Sur le territoire de la Haute-Saône, l'un des premiers engagés dans la démarche, les premiers résultats observés sont significatifs.

- Le constat initial faisait état d'un recours très important aux urgences pour motif de diabète, accompagné de nombreuses hospitalisations longues, souvent liées à un défaut de diagnostic. En deux ans, tendance confirmée la

troisième année, le nombre de passages aux urgences pour diabète a été divisé par trois et la durée moyenne d'hospitalisation réduite de 40 %. Ce résultat s'explique notamment par un meilleur repérage en amont et une prise en charge adaptée, dans un contexte territorial où il n'existe plus de diabétologue libéral. Cela s'est traduit par une augmentation des consultations et des hospitalisations de jour à l'hôpital, avec aujourd'hui plus de 1 600 patients intégrés dans cette démarche sur le territoire. Cette évolution s'est accompagnée d'une transformation notable de l'organisation hospitalière, avec une baisse des hospitalisations complètes, une réduction des durées de séjour et un développement de l'hôpital de jour.

- Au-delà des résultats en termes de santé, la démarche a également favorisé une dynamique de coopération entre la ville et l'hôpital. Ce lien s'est renforcé autour d'une pathologie identifiée, dans un cadre méthodologique structuré, reconnu et partagé, qui repose sur les meilleures pratiques nationales. Ce mode d'organisation a redonné du sens à l'action des professionnels, en s'appuyant sur une mobilisation de terrain et non sur un processus descendant. Ce modèle, déjà visible en Haute-Saône et dans le Nord Franche-Comté, montre qu'il est possible de structurer de manière opérationnelle et durable une articulation ville-hôpital centrée sur la prévention, le repérage et l'adaptation des prises en charge.

Intervention de Nizame Logerot (référénte parcours IC et oncologie ARS BFC) concernant l'intérêt de la RP pour les professionnels de santé

Lors des échanges avec les professionnels de santé sur les territoires, ces derniers interrogent régulièrement sur les initiatives pouvant être déployées localement. La démarche RP leur est systématiquement présentée et elle suscite le plus souvent un fort intérêt. Elle résonne particulièrement dans les territoires où la coordination entre professionnels libéraux et hospitaliers peut s'avérer complexe. Elle est perçue comme un véritable levier et provoque une réflexion constructive sur les possibilités de s'en saisir localement pour améliorer l'organisation des parcours de soins.

Prochaines étapes concernant la démarche de responsabilité populationnelle en région BFC :

Outre la Haute-Saône, la démarche est en cours de développement dans le Nord Franche-Comté et à Besançon. Un travail est également engagé avec un territoire de la Nièvre autour de la thématique du diabète. Ces expériences constituent des leviers de sensibilisation pour d'autres territoires. L'objectif est qu'à horizon d'un à deux ans, chaque territoire ait pu s'engager sur au moins une thématique.

À ce jour, les cadres méthodologiques ont été définis, notamment l'utilisation du modèle de la pyramide de Kaiser, les algorithmes de stratification, ainsi que les protocoles de repérage et de prise en charge, notamment pour le diabète et l'insuffisance cardiaque. Une réflexion est également en cours autour de la personne âgée, et une volonté affirmée se dessine pour construire une approche méthodologique similaire dans le champ de la psychiatrie

3) Parcours de chirurgie de référence : réhabilitation améliorée après chirurgie et chirurgie ambulatoire Mme Fourgeux et Mme Neqqache, référentes Parcours Chirurgie de référence ARS BFC

Contenu de la présentation jointe au CR :

- *Enjeux et objectifs sur lesquels reposent les démarches d'accompagnement menées par l'ARS auprès des établissements de santé,*
- *Rétrospective des actions déjà engagées au cours des quatre à cinq dernières années, ainsi que quelques exemples concrets d'actions d'accompagnement,*
- *Proposition d'actions et d'indicateurs pouvant être portées par un ou plusieurs groupes de travail régionaux.*

Rappel des objectifs de la présentation :

- *Favoriser les échanges autour de la fiche "Pertinence par Parcours de Référence en Chirurgie" transmise en amont de la réunion. Document ayant vocation à être amélioré à l'issue des discussions, en vue de finaliser une version consolidée ;*
- *Définir une première priorisation des pistes de travail à engager dans le cadre de l'amélioration de la pertinence des soins.*

Intervention du Pr Maynadie (Doyen de l'UFR des sciences de Dijon)

Proposition d'organiser d'une soirée de présentation à destination des internes en chirurgie, à la faculté, au cours de l'année universitaire afin de présenter les résultats disponibles sur la pertinence des soins et de les sensibiliser à une prise en charge plus réfléchie, dès leur formation. Initiative qui permettrait de faire descendre sur le terrain des notions qui, bien qu'évoquées dans les instances comme les CME ou au sein de groupes restreints d'experts, ne sont que rarement partagées directement avec les praticiens en formation. Une telle action contribuerait à une meilleure appropriation de ces enjeux par les futurs professionnels, une fois en responsabilité.

→ **Un contact sera repris à la rentrée afin d'organiser cet événement au cours de l'année en présence du Pr Bernard.**

Intervention du Dr Dreyfus-Schmidt (CROM)

- Rappel que, dans le cadre de la réécriture de la fiche PAPRAPS, il convient de bien distinguer les deux grands volets de la chirurgie définis par la réglementation : la chirurgie des pratiques thérapeutiques spécifiques et la chirurgie des cancers. Les deux sont concernées par les enjeux de pertinence des parcours. Il est donc essentiel de ne pas exclure la chirurgie cancérologique de l'analyse.

- Remarque sur les autorisations sanitaires : dans le cadre des Commissions Spécialisées de l'Offre de Soins (CSOS), des autorisations sont en cours d'attribution pour l'activité de chirurgie des cancers. Le Conseil de l'Ordre des Médecins a précédemment alerté sur le fait que l'absence de certains éléments essentiels de qualité – tels que les indicateurs de l'INCa, le respect des seuils d'activité ou encore la tenue régulière de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) – pourrait compromettre la sécurité et la qualité des prises en charge.

Réponse du Dr Lornet (Expert médical ARS BFC membre de l'équipe en charge de l'instruction des dossiers d'autorisation ARS BFC) concernant les démarches d'autorisation : confirmation de la prise en compte effective des parcours patients, de la participation aux RCP et du respect des seuils d'activité dans l'instruction des dossiers, dans une logique de sécurisation et d'amélioration de la qualité de la prise en charge.



Intervention du Dr Massard (Vice-président IRAPS)

- Il est souligné l'absence d'outil permettant de relier une réhospitalisation à une chirurgie ambulatoire initiale, ce qui interroge la fiabilité des comparaisons de taux de réhospitalisation entre chirurgie ambulatoire et conventionnelle.
- Une différence persistante entre secteur public et privé est observée depuis plusieurs années concernant le développement de l'activité de chirurgie ambulatoire.



Intervention de M. Bodoignet sur la place des patients et les enjeux de la RAC

- Rappel de l'engagement de Philippe Flammarion et Marie-Catherine Ehlinger au sein de la Commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS), ainsi que celui des 86 associations de patients de Bourgogne-Franche-Comté, très mobilisées sur la promotion de la RAC. Dynamique également portée par Maurice Deckmin, nouveau président de France Assos Santé.
- Rappel que le secteur public a doublé ses prestations de RAC en cinq ans et de l'utilité de porter une attention particulière aux différences entre secteur public et secteur privé dans sa mise en œuvre.
- Enfin, question concernant la qualité du codage des prestations liées à la RAC, en lien avec l'organisation des établissements : existe-t-il des structures ne disposant pas de médecin DIM, codant mal la RAC, voire pratiquant de la RAC sans que cela soit correctement remonté dans le PMSI ?

Réponse du Dr Verot (DC GDR) sur la qualité du codage des prestations RAC et rôle du médecin DIM

Il est rappelé que la grande majorité des établissements disposent d'un système structuré de codage, indispensable notamment pour des raisons financières. Il est donc rare qu'un établissement fonctionne sans organisation dédiée à cette fonction. Cependant, un point de vigilance est soulevé : le codage reste déclaratif, ce qui peut entraîner des données incomplètes ou imprécises.



Intervention du Pr Bernard et de Mme Fourgeux sur l'importance de l'évaluation dans les démarches de pertinence

Le Pr Bernard insiste sur la nécessité d'intégrer des indicateurs de résultats pour évaluer la pertinence des parcours et des pratiques chirurgicales, en particulier en chirurgie ambulatoire et RAC. Ces indicateurs, encore peu disponibles, sont essentiels pour garantir la qualité : ils permettent de renforcer les bonnes pratiques ou de les ajuster en cas de résultats insuffisants.

En complément, Mme Fourgeux rappelle que l'évaluation fait déjà partie intégrante des démarches en cours, même si cette dimension mérite d'être davantage mise en lumière. Les équipes disposent d'outils structurés pour évaluer leurs pratiques, notamment à partir de bases de données partagées. Cette évaluation repose sur des indicateurs de processus, des indicateurs de résultats, une analyse des écarts aux bonnes pratiques et un suivi des recours. Ces dispositifs permettent de mesurer la performance des équipes, d'identifier les marges de progression et d'engager des actions correctrices. Il est également souligné que, dans les structures les plus avancées, un véritable pilotage est mis en place : une instance dédiée suit les indicateurs de manière régulière, intégrant aussi les retours patients. Ce pilotage structuré est un facteur clé de réussite.

Enfin, il est rappelé que l'évaluation est indissociable de la démarche RAC : un parcours sans évaluation ne peut être considéré comme une démarche de RAC aboutie.

4) Présentation du Parcours IC

Mme Vanden Hoecq et Mme Logerot, référentes Parcours IC ARS BFC / Dr Verot DC GDR

Rappel des objectifs de la présentation : co-présentation ARS/AM du contexte et des enjeux du parcours IC, des 4 axes de travail et des actions réalisées et envisagées par le GT.



Compléments d'information – Pr Seronde

Rappel de l'engagement des acteurs concernés autour de cette thématique ainsi que de la qualité du travail collectif et de la mise en place de nombreuses actions concrètes. Volonté d'une plus forte participation des médecins généralistes à cette dynamique. Adhésion encore faible malgré de nombreux efforts pour les associer, notamment à travers des déplacements en région et des tentatives de mobilisation *via* les coordonnateurs de CPTS et de MSP.

 Rappel du travail réalisé conjointement par la Franche-Comté et la Bourgogne – Pr Seronde, Mmes Vanden-Hoecq et Logerot

Présentation des démarches entreprises par le Dr Echer (CHU21) et son équipe notamment sur l'e-ETP et la coordination territoriale. Travail engagé en lien avec la CPTS Pays d'Or pour améliorer la transmission d'informations aux médecins généralistes, notamment via une lettre de liaison intégrant les dernières recommandations sur l'optimisation des traitements (titration médicamenteuse). Mise en place d'un dispositif de connexion avec la plateforme Globule afin de notifier les cercles de soins dès la sortie d'un patient insuffisant cardiaque, garantissant ainsi une meilleure continuité de prise en charge.

 Intervention de M. Vachon (DCGDR) sur la dynamique territoriale autour de la thématique IC

Il est souligné que l'ensemble des départements de la Bourgogne-Franche-Comté sont couverts de manière équivalente et cohérente par les dispositifs à disposition : accompagnement Prado, intégration et valorisation du DMP, soutien aux maisons de santé pluriprofessionnelles et aux CPTS, etc.

Par ailleurs, la campagne nationale centrée sur la reconnaissance des signes de l'insuffisance cardiaque (mime blanc), est largement visible et constitue un levier utile pour renforcer la mobilisation populationnelle. Aujourd'hui, le grand public ne peut plus ignorer ce qu'est l'insuffisance cardiaque, et il est possible de s'appuyer sur cette visibilité pour consolider les actions menées sur le terrain.

 Intervention du Dr Attal afin sur le travail d'implication des patients réalisé par les médecins libéraux

Rappel de l'impact du sel dans l'insuffisance cardiaque, particulièrement en Franche-Comté. Manque de sensibilisation des patients et appelle à une meilleure éducation alimentaire, en amont des décompensations. Rappel du rôle clé des médecins libéraux dans la prévention et le suivi quotidien des patients. Enfin, le Dr Attal rappelle que les médecins libéraux sont en première ligne pour prévenir les décompensations et maintenir la stabilité des patients au quotidien.

5) Présentation de l'acte thyroïdectomie
Laetitia Morvan, référente Pertinence ARS

Rappel des objectifs de la présentation : présentation du contexte, des données 2023 et 2024 (avec évolution du taux de recours), présentation analyse GT et actions entreprises (communication des travaux réalisés et lien vers recommandations de la HAS communiquée à l'ensemble des ES et Pds concernés).

 Intervention Dr Massard (vice-président de l'IRAPS)

- Il est soulevé la difficulté quant à la réalisation d'une échographie de moins d'un an du fait des difficultés d'accès, notamment selon le lieu de résidence des patients.
- Remarque quant aux dépenses de santé liées aux échographies dépassent dans certains départements celles de la chirurgie. Cela suggère une activité d'échographie déjà très soutenue, ce qui interroge sur la nécessité d'ajouter des examens dans les cas où ils n'apporteraient pas de bénéfice clinique.
- Rappel sur le fait que les techniques micro-invasives ne sont pas évaluées (-> limiter leur promotion).
- Rappel des progrès notables en biologie moléculaire, notamment dans le champ de la cytologie. Evolutions techniques significatives qui améliorent la qualité du diagnostic. Toutefois, avancées qui ne sont pas encore accessibles de manière homogène sur l'ensemble du territoire de BFC.
- Rappel concernant les travaux de la FCVD, qui a élaboré il y a une douzaine d'années des modèles de comptes rendus opératoires types, notamment pour les cholécystectomies, puis pour les thyroïdectomies. Proposition de diffuser ces modèles auprès des chirurgiens, car ils permettent une meilleure traçabilité des actes, facilitent l'analyse des dossiers, et assurent un retour plus précis sur le contenu opératoire.

Outils disponibles en ligne : https://www.fcvd.fr/wp-content/uploads/2017/10/CRO_Thyroidectomie.pdf

 Intervention du Dr Brumpt (radiologue CHU 25)

Rappel concernant le fonctionnement du CHU 25 tel que présenté durant le GT thyroïdectomie : lien direct et fluide avec les chirurgiens de l'établissement. En cas de dépistage de cancer thyroïdien ou de besoin d'un suivi post-thyroïdectomie, la coordination est immédiate : les patients sont adressés directement au secrétariat du chirurgien, un échange téléphonique ou par mail permet de valider et déclencher rapidement une consultation. La prise en charge est globalement bien optimisée localement, malgré des difficultés persistantes liées à des contraintes structurelles (blocs opératoires, anesthésistes). Un afflux régulier de patients venant de l'extérieur de Besançon, voire d'autres régions, est également constaté.

6) Présentation de la pratique médico-chirurgicale dans la prise en charge du SCC
Laetitia Morvan, référente Pertinence ARS

Rappel des objectifs de la présentation : présentation du contexte, des données 2023 et 2024 (avec évolution du taux de recours), présentation analyse GT et actions entreprises (communication des travaux réalisés : enquête sur les pratiques régionales, élaboration de préconisations).

 Intervention du Pr Obert (chirurgien orthopédique - chirurgien de la main) concernant une des préconisations proposées par le groupe de travail portant sur la recherche de causes secondaires

Il est souligné que le syndrome du canal carpien peut constituer un signe précoce d'amylose, apparaissant jusqu'à 15 ans avant le diagnostic. Une meilleure sensibilisation des praticiens de première ligne (chirurgiens de la main, rhumatologues, ORL, etc.) est souhaitable, notamment dans une perspective de prévention. Les centres de Besançon et Dijon sont déjà investis dans le dépistage, respectivement avec les référents Marie-France Seronde et le Pr Ornetti.

Un frein important est identifié : le déficit d'accès à l'électromyogramme, pourtant outil de référence pour stratifier la gravité du canal carpien et adapter les décisions thérapeutiques. Même si certaines recommandations internationales s'en passent, l'électromyogramme reste pertinent pour évaluer la nécessité et le calendrier d'une intervention. Enfin, un manque de neurologues et d'électromyographistes est signalé comme un maillon faible de la filière régionale, difficile à résoudre à court terme.

 Intervention du Dr Guiller (chirurgien maxillo-faciale, stomato, plastique, réparatrice et constructrice - chirurgien de la main) concernant les difficultés de recours à l'EMG

Confirmation de l'importance du sujet relatif aux difficultés d'accès à l'EMG dans certains départements. Constat qui souligne la nécessité d'un travail spécifique sur ce sujet, afin d'améliorer le recours à cet examen essentiel.

Une piste d'innovation organisationnelle est évoquée pour répondre aux difficultés d'accès à l'électromyogramme : s'inspirer de dispositifs existants dans d'autres disciplines (comme la dermatologie), en développant des centres de ressources neurologiques à distance. Le principe consisterait à permettre la réalisation technique de l'examen par une infirmière, avec interprétation à distance par un neurologue. Cette approche, déjà éprouvée dans d'autres spécialités, pourrait être explorée en lien avec les professionnels concernés, sous réserve de faisabilité technique et réglementaire. L'idée apparaît comme porteuse en termes de santé publique, et mérite d'être approfondie avec l'appui des neurologues réalisant des EMG.

7) Autres points :

Finalisation du PAPRAPs à l'automne 2025.

Prochaine réunion IRAPS avant la fin de l'année.