

# Comité stratégique OMÉDIT

Vendredi 6 décembre 2019



# Bilan CAQES

**Volet « produits de santé » : 121 CAQES / 123**

- **Analyse finalisée au 15/09/2019**
- **Présentation COPIL 26/09/2019**
- **Envoi des rapports d'évaluation au 1<sup>er</sup> octobre 2019**
- **Réception de 24 courriers d'observations**
- **Analyse et modification des scores au 4 novembre 2019**
- **Notification des décisions au 21/11/2019 (39)**
- **Courriers (24) de réponse aux observations : 9/12/2019**

**Modalités d'intéressement :**

- **30% des ES les mieux scorés par catégorie**
- **39 ES : 16 MCO, 16 SSR, 3 PSY, 1 Dialyse, 3 HAD**
- **20 000 euros pour MCO et 10 000 euros pour autres ES : total de 550 000 euros**
- **Rappel des modalités de catégorisation retenue en région : basée sur l'activité principale déclarée sur SAE sur Nb de journées et non, lits ou séjours (distinction des ex HL notamment en SSR)**

Etablissement	Activité principale	Intéressement
CH FALAISE	MCO activité principale	20 000
HAD CLINIQUE DU CEDRE	HAD activité principale	10 000
ASS HAD EURE SEINE	HAD activité principale	10 000
SA CLINIQUE LES ORMEAUX LE HAVRE	MCO activité principale	20 000
CH DE LA RISLE PONT-AUDEMER	MCO activité principale	20 000
CHI ELBEUF-LOUVIERS VAL DE REUIL	MCO activité principale	20 000
HOPITAL-HAD DE BOIS-GUILLAUME	MCO activité principale	20 000
SARL CLINIQUE DU CEDRE	MCO activité principale	20 000
SAS HOPITAL PRIVE ST MARTIN	MCO activité principale	20 000
CH LE HAVRE	MCO activité principale	20 000
CLINIQUE DE L ABBAYE FECAMP	MCO activité principale	20 000
CENTRE HOSPITALIER PUBLIC DU COTENTIN	MCO activité principale	20 000
EPSM - CAEN	PSY activité principale	10 000
CLINIQUE CHIRURGICALE PASTEUR EVREUX	MCO activité principale	20 000
CENTRE HOSPITALIER AUNAY - BAYEUX	MCO activité principale	20 000
CH DE SAINT HILAIRE DU HARCQUET	SSR activité principale	10 000
CRLCC FRANCOIS BACLESSE - CAEN	MCO activité principale	20 000
SA HOPITAL PRIVE DE L'ESTUAIRE	MCO activité principale	20 000
POLYCLINIQUE DE DEAUVILLE-CRICQUEBOEUF	MCO activité principale	20 000
CLPA-INICEA - CLINIQUE DE LA MARE Ô DANS	PSY activité principale	10 000
S.A. POLYCLINIQUE DU COTENTIN	MCO activité principale	20 000
HAD CAUX MARITIME LNA SANTE	HAD activité principale	10 000
HOPITAL LOCAL BELLEME	SSR activité principale	10 000
CRF DE CAEN - BROLELIANDE	SSR activité principale	10 000
CH MARGUERITE DE LORRAINE - MORTAGNE	SSR activité principale	10 000
HOPITAL LOCAL DE CARENTAN	SSR activité principale	10 000
CENTRE WILLIAM HARVEY	SSR activité principale	10 000
CH BARENTIN - PASTEUR VALLERY RADOT	SSR activité principale	10 000
LA RENAISSANCE SANITAIRE - LA MUSSE	SSR activité principale	10 000
CH DURECU LAVOISIER DARNETAL	SSR activité principale	10 000
CENTRE HOSPITALIER DE L'ESTRAN	PSY activité principale	10 000
UGECAM DE NORMANDIE LHOSTREA NOYERS	SSR activité principale	10 000
CH INTERCOMMUNAL DES ANDAINES	SSR activité principale	10 000
HOPITAL LOCAL DE VILLEDIEU	SSR activité principale	10 000
UGECAM DE NORMANDIE - LES HERBIERS	SSR activité principale	10 000
HOPITAL LOCAL SEES	SSR activité principale	10 000
ASSO PIERRE NOAL - CMPR BAGNOLES DE L ORNE	SSR activité principale	10 000
S.A.S.U. CLINIQUE D'ALENCON	SSR activité principale	10 000
ANIDER - SIEGE SOCIALE	Dialyse activité principale	10 000

**Un objectif prioritaire: la qualité de la prise en charge des patients**  
En favorisant la pertinence et l'efficacité des prescriptions et des parcours

**CAQES**

**Un support unique de contractualisation ES-ARS-AM**  
Pour accompagner ces objectifs prioritaires de pertinence et d'efficacité

**Une quinzaine d'indicateurs nationaux et régionaux prioritaires**

**Garantir une complémentarité avec la rémunération à la qualité**  
Non redondance des indicateurs IFAQ-CAQES, absence d'intéressement dans le CAQES sur la qualité

**Une contractualisation qui reste obligatoire pour les ES ciblés**

**Suppression des sanctions** en cas de non atteinte des résultats  
et création d'un **outil pour lutter contre les situations de non-pertinence sur les territoires**

**Deux niveaux d'intéressements**

- ✓ Intéressement national, par indicateur, offrant la possibilité aux établissements de récupérer 20 à 30% des économies générées par leurs actions. (estimation des transferts ville-hôpital : 10M€ en 2021 et 20M€ en 2022).
- ✓ Régional via le FIR (enveloppe de 12,5M€ désormais en base)

## Focus : Schéma cible de répartition des rôles entre le CAQES et IFAQ

IFAQ	CAQES
Financement de droit commun	Financement ciblé par voie contractuelle
Qualité des prises en charge	Pertinence et Régulation des dépenses
Une rémunération identifiée pour chaque indicateur où l'ES est gagnant	Plusieurs dispositifs d'intéressement national calculés indicateur par indicateur en fonction des économies réalisées
Dotations versées à l'ES de manière globale	Dotations versées à l'ES pour mobiliser les services ou les pôles directement mobilisés
Modèle exclusivement national	Individualisation possible pour les priorités régionales – Enveloppe spécifique sur le FIR

# Focus : Outil financier pour lutter contre les situations persistantes de non pertinence sur les territoires

Les ARS peuvent, sur la base des plans d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, entrer dans une démarche contractuelle avec certains établissements

L'article L 162-30-3 du code de la sécurité sociale, modifié lors du dernier PLFSS :  
Prévoit que l'ARS élabore un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS)

Permet aux ARS d'enjoindre les établissements dont les pratiques s'écartent significativement, en nombre ou en évolution, des moyennes régionales ou nationales pour des activités comparables, de conclure un avenant au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES).

La mesure proposée donne au DG ARS la possibilité de fixer des volumes d'activités et de déroger aux tarifs nationaux pour certains actes et certains établissements

Ajout de la possibilité pour l'ARS de fixer, pour un établissement en situation de sur-recours sur certains des actes, prestations et prescriptions qui font l'objet d'une liste limitative fixée par arrêté, **un volume annuel maximum d'actes**. Ce volume ne saurait être inférieur de plus de 30% à celui réalisé au cours de la dernière année

**En cas de persistance** de ces situations caractérisées de sur-recours à l'issue d'une période de deux ans, **la mesure donne la possibilité à l'ARS de fixer, pour le volume d'actes excédant ce volume maximum, un abattement forfaitaire, dans la limite de 50% en-deçà du tarif national**. Cet abattement est fixé est appliqué à l'issue d'une procédure contradictoire.

Les montants ainsi économisés sont alloués au FIR.

**> In fine un outil de dernier ressort, à l'échelon territorial et sans caractère automatique**

# Focus sur la mesure PLFSS pour 2020

Le débat parlementaire concernant le PLFSS pour 2020 touche à sa fin et la mesure législative présentée, les 12 juillet et 19 septembre dernier aux Directeurs généraux des ARS, est en voie d'être adoptée.

Le cadre des nouveaux CAQES 2021 sera le suivant :

- Un contrat tripartite recentré autour de 15 priorités nationales et régionales visant à améliorer l'efficacité et la pertinence des soins ;
- Un contrat obligatoire uniquement pour les établissements ciblés au niveau national et/ou régional sur chacune des priorités ;
- Le maintien des sanctions en cas de non signature et la suppression des sanctions en cas de non atteinte des résultats ;
- La création en plus de l'intéressement délégué sur le FIR à hauteur de 12,5M€, d'un intéressement national qui permet de réattribuer 20 à 30 % des économies réalisées, en ciblant prioritairement les services prescripteurs ;
- La création d'un outil financier à la main des DG d'ARS pour lutter contre les situations de sur-recours pour des actes qui seront définis par arrêté.

## Année 2020 : année transitoire : tester, avec vous, ces nouvelles dispositions

Ces quatre premiers indicateurs proposés visent à améliorer la pertinence des prescriptions et des actes dans les domaines suivants :

- Les transports avec la diminution du recours aux ambulances par rapport au transport assis,
- Les prescriptions des inhibiteurs de pompes à protons,
- Les prescriptions des perfusions à domicile,
- Les examens pré-anesthésiques pour des actes de chirurgie mineure.

# Nouveau CAQES : modalités de déploiement

## Octobre – Novembre 2019

- Finalisation des fiches indicateurs (4 priorités nationales)
- Concertation avec les ARS et les fédérations hospitalières
- Création d'un GT pertinence

## Décembre 2019 – Janvier 2020

- Diffusion de la LFSS 2020
- Préparation et diffusion de l'instruction pour la phase transitoire (2020 – 2021)
- GT pertinence

## Février – Mars 2020

Mise en place des outils de reporting  
Préparation de l'instruction sur les CAQES 2021  
Sélection des priorités régionales et nationales  
GT Pertinence

## Avril - juin 2020

Finalisation et validation des indicateurs CAQES 2021 –  
Transmission aux réseaux ARS et AM via un arrêté  
GT pertinence

## Septembre - décembre 2020

- Contractualisation - signature des nouveaux contrats
- Analyse des résultats pour les 4 premiers indicateurs CAQES

## Janvier - mai 2021

- Délégation de l'intéressement national
- Adaptation des outils de reporting pour les nouveaux indicateurs.

# 2020 – Phase transitoire

## Deux instructions

- Une spécifique à la phase de transition (décembre 2019)  
Le calendrier des travaux pour mettre en place le nouveau CAQES, les modalités de suivi du CAQES 2019 – 2020...
- Une pour les contrats 2021 (mars 2020)  
Définition des volets, le ciblage, calendrier de contractualisation, la Disponibilité des données, les outils de reporting, l'évaluation...

## Maintien des dispositions actuelles

- Volet obligatoire
- Prorogation du moratoire sur les sanctions

## Un premier test sur 4 indicateurs

- Déploiement des nouveaux indicateurs donnant lieu à intéressement
- Avenant CAQES 2020 pour les ES ciblés
- Evaluation - mise en place d'un reporting régulier

## Détermination des priorités nationales et régionales

- Poursuites des travaux de détermination des priorités nationales
- Lancement des travaux en région pour les priorités régionales

## Des échanges réguliers

- Un GT pertinence pour suivre l'ensemble des travaux pertinence
- Des visites en région dans le cadre du déploiement du plan ONDAM

# Les 4 premiers indicateurs CAQES à déployer en 2020



Ces 4 indicateurs ont été retenus parce qu'ils constituent des enjeux importants, ils ne demandent pas une renégociation de l'ensemble des contrats pour les ARS, parce qu'ils sont déjà en cours d'expertise par les services

## Indicateur Perfusion à domicile prescrite par les ES

- Inciter les ES à prescrire le type de perfusion le plus efficient
  - Indicateur en lien avec la lutte contre l'antibiorésistance
- Retour sur économies : 30%

## Indicateur Réduction du recours aux IPP

- Economies réalisées entre n-1 et n sur les prescriptions des IPP exécutées en ville par un établissement
- Etude sur 2020 pour évaluer l'impact sur la prescription en ville
- Retour sur économies : 30%

## Indicateur Taux de recours à l'ambulance

- Economies réalisées entre n-1 et n sur les prescriptions de transports en ambulance exécutées en ville par un établissement
  - Objectif recherché : utilisation du mode de transport le plus pertinent
- Retour sur économies : 20%

## Indicateur composite de recours aux examens pré-anesthésiques

- 4 indicateurs définis par la SFAR pour les situations de chirurgie mineure pour lesquelles les examens sont jugés inutiles.
- Retour sur économies : 30%



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

# CAQES : Présentation de l'indicateur sur la prescription hospitalière exécutée en ville (PHEV) de systèmes de perfusion à domicile (PERFADOM)



## Un enjeu sur la pertinence et l'efficiency des PHEV de PERFADOM

---

- **La prescription de système de perfusion à domicile (PERFADOM) a très nettement augmenté et la dépense associée a fortement progressé de près de 10 % par an depuis 2015**
- Il existe trois grandes modalités de perfusion prise en charge dans la nomenclature LPP relative à la perfusion à domicile (PERFADOM):
  - par gravité ;
  - par diffuseur ;
  - par systèmes actifs électriques (SAE).
- Les coûts associés à chacun de ces trois modes de perfusion sont très variables (facteur 5). Aussi, à efficacité et sécurité égales, il est vertueux de choisir le traitement le moins onéreux, c'est-à-dire la perfusion par gravité

## Objectif : sensibiliser l'hôpital sur l'impact de la PHEV de PERFADOM

---

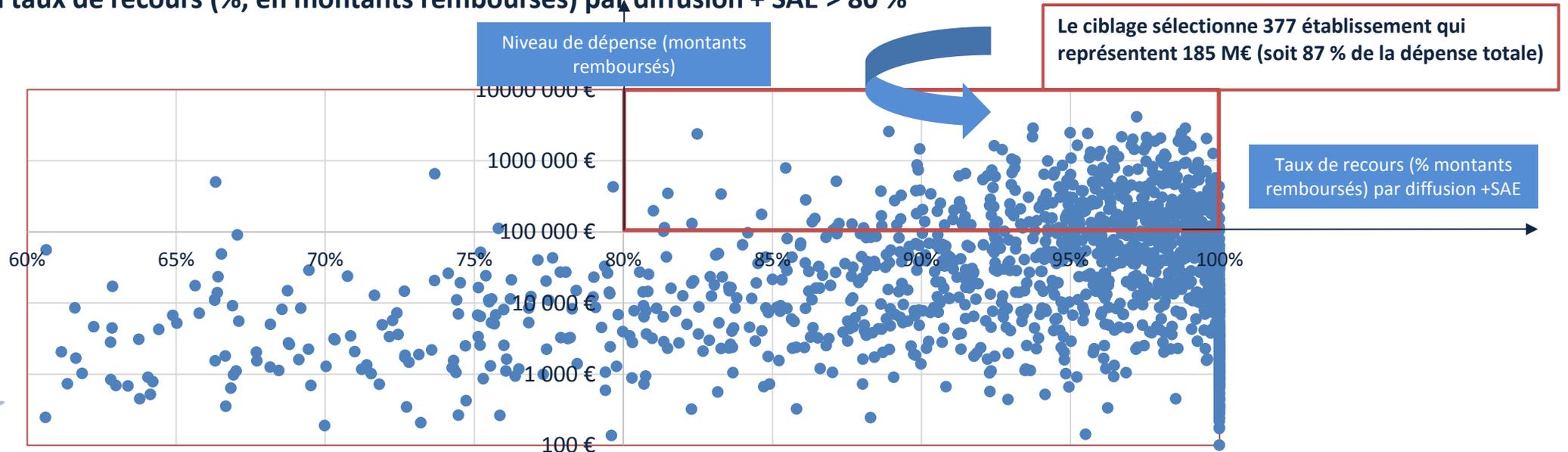
- **Mettre en place un indicateur couplé à une incitation financière afin d'inciter l'hôpital à favoriser les prescriptions les plus efficaces au regard des situations médicales des patients concernés**
  - **Indicateur** = (Dépense remboursée PHEV PERFADOM (diffuseur + SAE) issue des prescriptions de l'établissement en année N) - (Dépense remboursée PHEV PERFADOM (diffuseur + SAE) issue des prescriptions de l'établissement en année N-1)]
  - **Intéressement** = 20 % x indicateur

### Exemple :

- Pour l'année 2019 (année N-1) et pour un établissement donné, la PHEV PERFADOM (diffuseur + SAE) est associée à une dépense de 4 137 944 €;
- Pour l'année 2020 (année N) et pour ce même établissement, la PHEV PERFADOM (diffuseur + SAE) est associée à une dépense de 3 931 047 € (-5%).
- Il sera donc reversé à l'établissement une incitation de 41 379 € sur une économie réalisée de 206 897 € pour l'assurance maladie.

## Méthodologie pour le ciblage des établissements

- Le ciblage des ES a été réalisé en fonction de la prescription de systèmes actifs et de système par diffusion avec comme critères :
  - Un niveau de dépense (en montants remboursés) > 100 000 euros
  - Un taux de recours (% en montants remboursés) par diffusion + SAE > 80 %

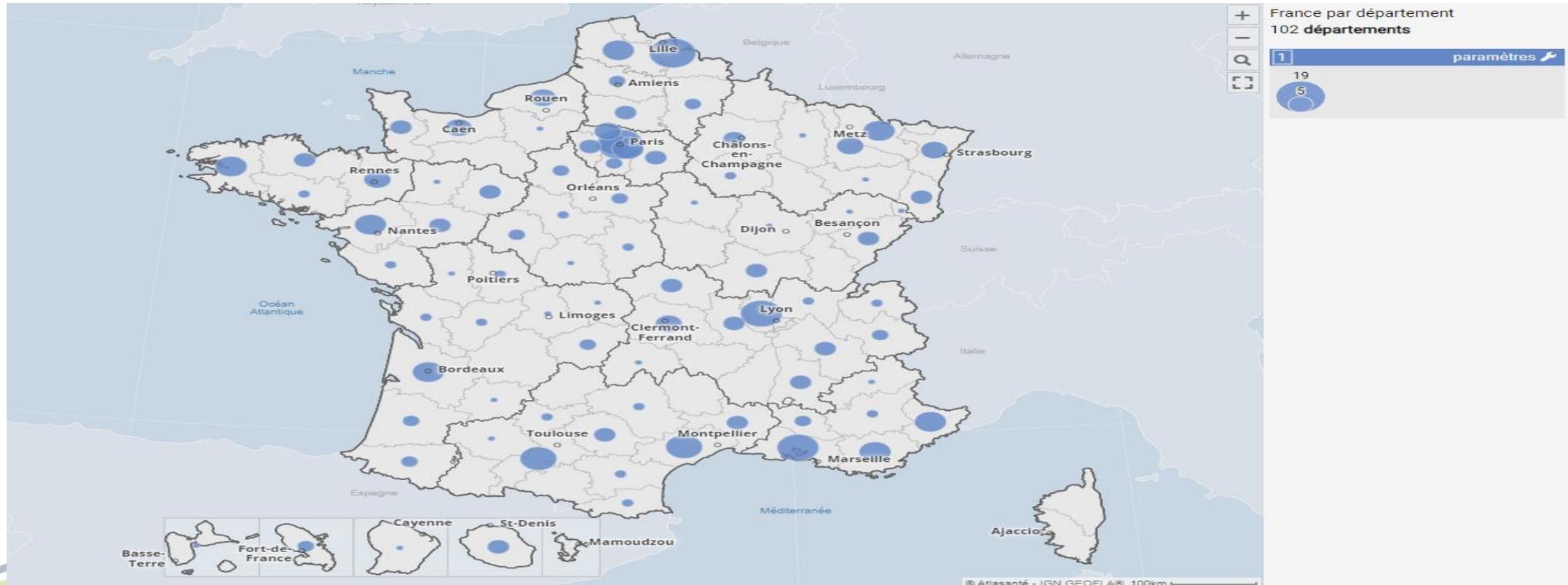


## Présentation des établissements ciblés (1)

---

	<u>N</u>	<u>%</u>
<b>Centre Hospitalier (CH)</b>	<b>162</b>	<b>43%</b>
<b>Centre Hospitalier Régional (CHR)</b>	<b>111</b>	<b>29%</b>
Etablissement de soins pluridisciplinaires	57	15%
Centre hospitalier spécialisé de lutte contre le cancer (CLCC)	26	7%
Hôpital militaire	7	2%
Etablissement de soins médicaux	4	1%
Etablissement de convalescence ou de repos	3	1%
Maison de réadaptation fonctionnelle	3	1%
Etablissement de soins chirurgicaux	2	1%

## Présentation des établissements ciblés (2)



Cible IPP PHEV	Economie	Economie / ES			Gains	Gains / ES		
		Moy	Min	Max		Moy	Min	Max
-1,0%	1 785 330 €	4 736 €	1 001 €	41 379 €	357 066 €	947 €	200 €	8 276 €
-2,5%	4 463 324 €	11 839 €	2 503 €	103 449 €	892 665 €	2 368 €	501 €	20 690 €
-5,0%	8 926 649 €	23 678 €	5 006 €	206 897 €	<b>1 785 330 €</b>	4 736 €	1 001 €	41 379 €
-7,5%	13 389 973 €	35 517 €	7 509 €	310 346 €	2 677 995 €	7 103 €	1 502 €	62 069 €
-10,0%	17 853 298 €	47 356 €	10 012 €	413 794 €	3 570 660 €	9 471 €	2 002 €	82 759 €
-12,5%	22 316 622 €	59 195 €	12 514 €	517 243 €	4 463 324 €	11 839 €	2 503 €	103 449 €

**L'évolution annuelle de la dépense remboursée pour la PHEV de systèmes de perfusion par diffusion et par système actif est de + 6,8%, aussi l'hypothèse de ciblage à – 2,5 % est réaliste mais également ambitieuse**

**Cible IPP PERFADOM** : cible de baisse de la dépense remboursée associée à la prescription d'IPP par les ES (IPP PHEV)

**Economie** : (dépense remboursée PERFADOM diffusion + SAE en année n) – (dépense remboursée d'IPP PERFADOM diffusion + SAE en année n-1)

**Rémunération** : 20 % x Economie



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

# CAQES : Présentation de l'indicateur sur la prescription hospitalière exécutée en ville (PHEV) d'IPP



- **Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont souvent surprescrits et rarement déprescrits :** près d'un quart de la population française a recours à un IPP délivré en ville sur prescription médicale ;
- **Ces traitements sont fréquemment débutés de façon non cliniquement justifiées durant une hospitalisation et leur utilisation se prolonge à long terme sans indication médicale appropriée :** dans les études le mésusage des IPP varie de 40 % à plus de 80 % selon les populations étudiées et les critères retenus ;
- Outre son caractère inapproprié, **cette utilisation massive est problématique en raison du risque de survenue d'effets indésirables.**

# Objectif : sensibiliser l'hôpital sur la pertinence des prescriptions d'IPP (1)

- Inciter l'hôpital à évaluer, au cours et à l'issue du séjour hospitalier, la pertinence des prescriptions d'IPP en :
  - Mobilisant l'ensemble des acteurs
  - S'appuyant sur des dispositifs (conciliation médicamenteuse, éducation thérapeutique, e-learning) et des outils existants (fiches d'informations, recommandations sur le bon usage, alertes sur les logiciels de prescription)

**1 La Fiche Bonne Pratique et Bon Usage**  
« Les IPP per os chez la personne âgée »  
**Que contient-elle ?**  
→ Un rappel du contexte  
→ Les **conditions** de la juste prescription  
→ Les **équivalences** des doses afin de repérer les doses standard et forte selon la DCI de l'IPP  
→ Les **effets indésirables** au long cours  
→ Les **bonnes pratiques de prescription** des IPP  
→ Les **risques de mésusages** identifiés  
→ Les conditions possibles d'arrêt

**2 Les flyers patient**  
À l'initiation du traitement :  
À l'arrêt du traitement :  
**Le + :**  
→ Un format pratique A5 recto-verso Validé par les patients

**3 Le diaporama des effets indésirables**  
**Objectif :**  
sensibiliser vos équipes aux effets indésirables au long cours  
Les IPP chez le sujet âgé : des médicaments pas si anodins...  
Scannez-moi pour y accéder directement !

**4 Les grilles ADAPTÉES à votre établissement pour évaluer vos pratiques professionnelles**  
Établissements médico-sociaux :  
Établissements sanitaires :

... et lutter contre la **iatrogénie évitable** chez la personne âgée !

**KIT IPP**

➤ 1 fiche « Les IPP per os chez la personne âgée »  
➤ 2 flyers pour les patients  
➤ 1 diaporama de sensibilisation aux effets indésirables  
➤ 2 grilles d'EPP pour établissements médico-sociaux et sanitaires  
→ Pour **VOUS** aider !

LES IPP, CE N'EST PAS POUR L'ÉTERNITÉ

✓ **OBJECTIF PERTINENCE**

Évaluez-vous afin de garantir la **qualité** de vos soins !

Observatoire des Médicaments, Dispositifs médicaux, Innovations Thérapeutiques

**Le KIT IPP**  
4 outils téléchargeables à votre disposition pour améliorer vos prescriptions ...

Disponible sur le site : [www.omedit-centre.fr](http://www.omedit-centre.fr)  
Recherche par mot clé : « IPP »  
IPP : Initiateur de la Pompe à Insuline  
Date de mise à jour : Juin 2017

AIDEZ-NOUS À AMÉLIORER NOS OUTILS  
Pour plus d'information, contactez-nous :  
« [omedit-centre@omedit-centre.fr](mailto:omedit-centre@omedit-centre.fr) »

## Objectif : sensibiliser l'hôpital sur la pertinence des prescriptions d'IPP (2)

---

- **Inciter l'hôpital à évaluer, au cours et à l'issu du séjour hospitalier, la pertinence des prescriptions d'IPP en :**
  - Instaurant un indicateur couplé à un intéressement lié aux PHEV
    - **Indicateur** = (Dépense remboursée PHEV IPP issue des prescriptions de l'établissement en année N) – (Dépense remboursée PHEV issue des prescriptions de l'établissement en année N-1)
    - **Intéressement** = 20 % x indicateur

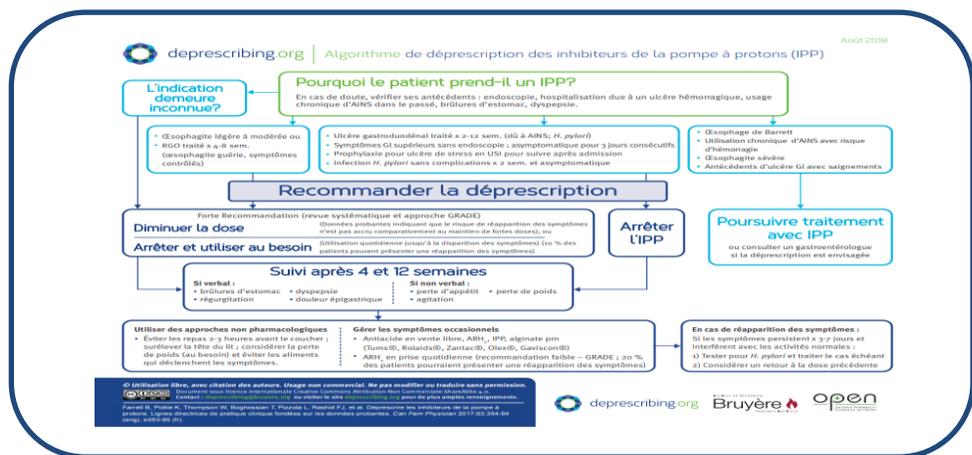
### Exemple :

- Pour l'année 2019 (année N-1) et pour un établissement donné, la PHEV d'IPP est associée à une dépense de 968 845 €;
- Pour l'année 2020 (année N) et pour ce même établissement, la PHEV d'IPP est associée à une dépense de 896 182 € (-7,5 %).
- Il sera donc reversé à l'établissement une incitation de 14 533 € sur une économie réalisée de 72 663 € pour l'assurance maladie.



# L'exemple de la déprescription d'IPP au Canada

- La campagne « Choose Wisely » (*choisir avec soin*) propose des outils pour améliorer la pertinence des prescriptions d'IPP : <https://choisiravecsoin.org/perspective/trousse-outils-adieu-aux-ipp/>



deprescribing.org | Déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) - Notes Août 2018

**Disponibilité de l'IPP**

IPP	Dose standard (équivalente) (1 fois/jour)*	Faible dose (maintien) (1 fois/jour)
Oméprazole (Zegeron®) - Gélule	20 mg*	10 mg*
Esomeprazole (Nexium®) - Comprimé	20* ou 40* mg	20 mg
Lansoprazole (Prevacid®) - Gélule	30 mg*	15 mg*
Érécitant (Evelant®) - Comprimé	30* ou 40* mg	30 mg
Pantoprazole (Dexa®, Pantoloc®) - Comprimé	40 mg	20 mg
Rabéprazole (Zantac®) - Comprimé	40 mg	10 mg

**Participation des patients et soignants/aidants naturels**

Les patients et/ou les soignants seront plus aptes à s'engager dans la déprescription s'ils comprennent les raisons (liées à l'usage continu de l'IPP ; thérapie à long terme non nécessaire) et le processus.

**Effets secondaires des IPP**

- Lorsque l'indication n'est pas claire, les risques d'effets secondaires peuvent surpasser les bénéfices potentiels.
- Les IPP ont été associés à un risque accru de fractures, infections à *C. difficile* et diarrhées, pneumonie d'origine communautaire, carence en vitamine B12 et hypomagnésémie.
- Les effets secondaires courants incluent : maux de tête, nausées, diarrhées, éruptions cutanées.

**Réduction des doses**

- Aucune donnée n'indique qu'une approche de réduction des doses est supérieure à une autre.
- La réduction des doses d'IPP (p.ex., de 2x à 1x/jour, moitié de dose, prise un jour sur deux) de l'IPP et son utilisation au besoin sont toutes des options fortement recommandées.
- Choisir ce qui convient le mieux au patient, ce qui lui paraît le plus acceptable.

**Prise au besoin : définition**

La prise quotidienne de l'IPP pendant une période suffisante à la disparition des symptômes liés au reflux, après quoi la prise d'IPP par l'individu est arrêtée. Si les symptômes réapparaissent, recommencer la prise quotidienne du médicament jusqu'à disparition des symptômes.

**Légende**

- Reflux gastro-œsophagien non érosif
- Œsophagite secondaire au reflux
- Reflux gastro-œsophagien érosif
- Œsophagite érosive en voie de guérison
- Peut être saupoudré sur les aliments
- Dose standard d'IPP à prise BID seulement indiquée pour le traitement de l'ulcère peptique causé par *H. pylori*; la prise d'IPP devrait généralement être arrêtée lorsque la thérapie d'éradication est complétée, à moins de présence de facteurs de risque nécessitant la poursuite de la prise d'IPP (consulter les lignes directrices pour les détails).

**Acronymes**

RGD : reflux gastro-œsophagien  
 ANH : Antagoniste du récepteur H<sub>2</sub>

GRADE : Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation  
 AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

© Utilisation libre, avec citation des auteurs. Usage non commercial. Ne pas modifier ou traduire sans permission. Déposé en vertu de la Loi sur l'accès à l'information. Tous droits réservés. © 2018. Tous droits réservés. Parfait B., Holmes M., Thompson W., Rognessen T., Pizzoni L., Rainald P.J. et al. Déprescrire les inhibiteurs de la pompe à protons. Outils de prescription de médicaments fondés sur des données probantes. Coll. Pain Prévention et Traitement. 2018. 206-214.



## L'exemple de la déprescription d'IPP au Canada

---

- **Ces outils, qui permettent la réévaluation et l'arrêt de ces traitements, reposent sur :**
  - L'obtention d'un consensus parmi les professionnels de santé ;
  - La mobilisation et la participation de l'ensemble des acteurs ;
  - L'identification des patients éligibles à l'aide du dossier médical électronique (ex : mention « envisagez la déprescription des IPP » dans tous les dossiers des patients actifs qui ont dans leur liste de médicaments actuels un IPP prescrit depuis plus de 12 mois) ;
  - L'implémentation d'un algorithme clinique de déprescription avec conseils de suivi des patients.

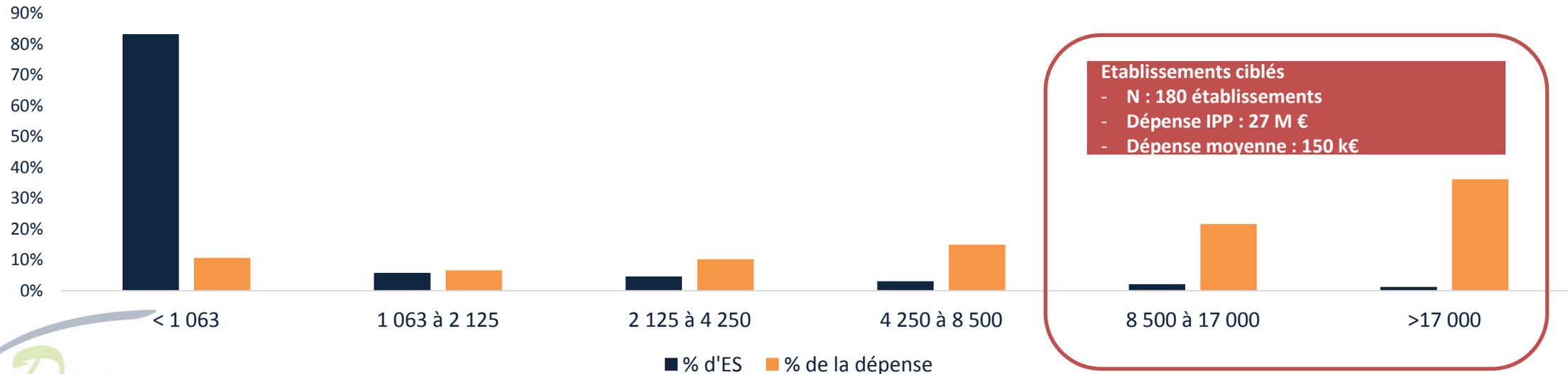


Grâce à cette stratégie, à l'hôpital Toronto Western, 43 patients sur 46 qui prenaient des IPP (93 %) ont eu une réévaluation de leur ordonnance et 11 (26 %) ont ainsi pu cesser leur prise d'IPP.

## Méthodologie pour le ciblage des établissements

- Le ciblage des ES a été réalisé en fonction du niveau de prescription d'IPP
- Le seuil de 8 500 boîtes / an d'IPP prescrites par ES a été déterminé pour focaliser la démarche sur les principaux prescripteurs d'IPP

Répartition des établissements de santé (%) et de la dépense (%) en fonction du niveau de prescription (boîtes d'IPP PHEV)

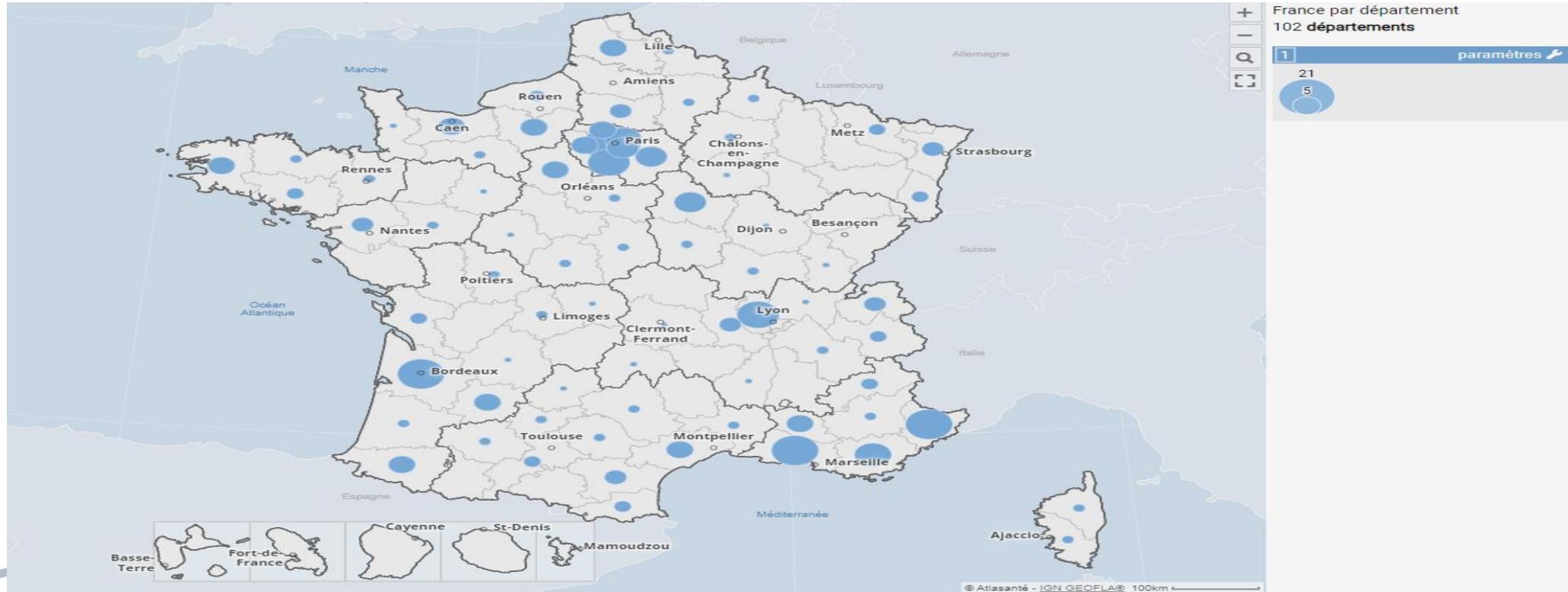


## Présentation des établissements ciblés (1)

---

	<u>N</u>	<u>%</u>
<b>Centre Hospitalier (CH)</b>	<b>82</b>	<b>46%</b>
<b>Centre Hospitalier Régional (CHR)</b>	<b>78</b>	<b>43%</b>
Etablissement de soins pluridisciplinaires	11	6%
Centre hospitalier spécialisé de lutte contre le cancer (CLCC)	4	2%
Hôpital militaire	3	2%
Autres structures de soins relevant de l'autorité technique du service de sante des armées	1	1%
Etablissement de soins chirurgicaux	1	1%

## Présentation des établissements ciblés (2)



Cible IPP PHEV	Economie	Economie / ES			Gains	Gains / ES		
		Moy	Min	Max		Moy	Min	Max
-1,0%	266 958 €	1 483 €	415 €	9 688 €	53 392 €	297 €	83 €	1 938 €
-2,5%	667 396 €	3 708 €	1 036 €	24 221 €	133 479 €	742 €	207 €	4 844 €
<b>-5,0%</b>	<b>1 334 792 €</b>	<b>7 416 €</b>	<b>2 073 €</b>	<b>48 442 €</b>	<b>266 958 €</b>	<b>1 483 €</b>	<b>415 €</b>	<b>9 688 €</b>
-7,5%	2 002 187 €	11 123 €	3 109 €	72 663 €	400 437 €	2 225 €	622 €	14 533 €
-10,0%	2 669 583 €	14 831 €	4 146 €	96 885 €	533 917 €	2 966 €	829 €	19 377 €
-12,5%	3 336 979 €	18 539 €	5 182 €	121 106 €	667 396 €	3 708 €	1 036 €	24 221 €

**L'évolution annuelle corrigée de la dépense remboursée pour la PHEV d'IPP est de + 1,4%, aussi l'hypothèse de ciblage à – 5% est réaliste mais également ambitieuse**

**Cible IPP PHEV** : cible de baisse de la dépense remboursée associée à la prescription d'IPP par les ES (IPP PHEV)

**Economie** : (dépense remboursée d'IPP PHEV en année n) – (dépense remboursée d'IPP PHEV en année n-1)

**Rémunération** : 20 % x Economie

# Utilisation inappropriée des médicaments : Quels constats en Normandie ?

## ➤ Méthodologie générale

### ☐ Populations ciblées (*inscrites au régime général, MSA et RSI*)

#### Population âgée (> 75 ans) avec :

- Benzodiazépines
- Sulfamides hypoglycémiants
- Antihypertenseurs d'action centrale
- AINS
- Molécules anticholinergiques:
  - Anxiolytiques: hydroxyzine
  - Anti-H1 (phénothiazines): alimémazine et prométhazine

#### Médicaments inappropriés chez les sujets âgés\*

- Molécules anticholinergiques (suite) :
  - Neuroleptiques phénothiazines: *chlorpromazine, propériciazine, lévomépromazine, pipothiazine et cyamémazine*
  - Antispasmodiques urinaires: *oxybutynine, fésotérodine, trospium et solifénacine*
  - Antidépresseurs imipraminiques/tricycliques: *amitryptiline, clomipramine, imipramine, amoxapine, maprotiline, dosulepine, doxepine et trimipramine*

#### Population adulte (> 18 ans)

- IPP
- Benzodiazépines

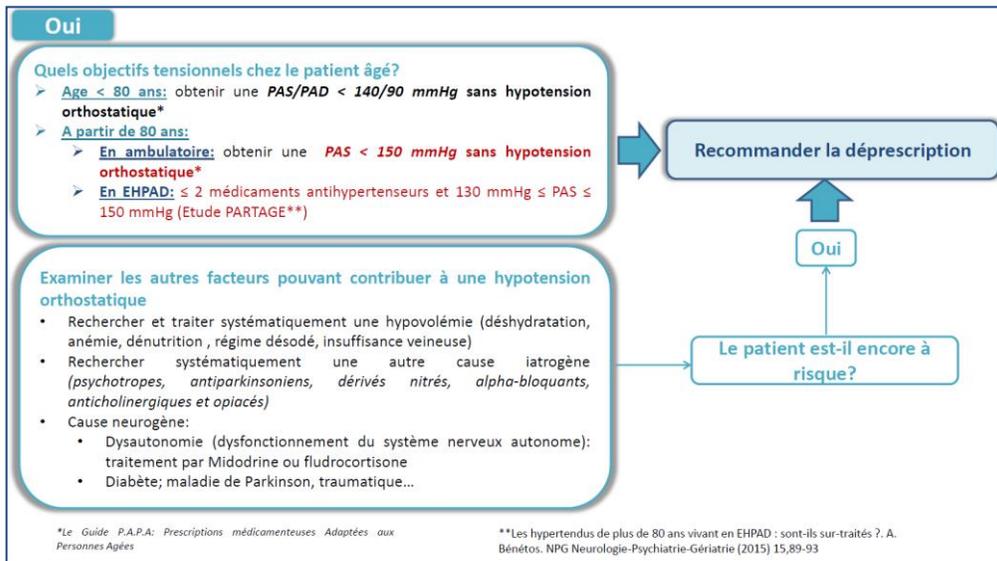
\* Les critères STOPP/START.v2: adaptation en langue française. Lang et al. NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie (2015) 15,323-336

# Outils d'optimisation de la PECM chez le sujet âgé

Projet inter-régional « Déprescription » / Optimisation des traitements médicamenteux

- Ciblage dans un premier temps de **4 classes pharmacologiques (IPP, BZD, antihypertenseurs et antidiabétiques)**
- **Outils** à destination des **professionnels de santé**
  - **Module d'e-learning** : notions théoriques + cas cliniques (« simples » et « complexes »)
  - **Formation DPC**
- **Outils** à destination des **patients/aidants** : **fiches sensibilisant** sur **l'iatrogénie médicamenteuse**
- **Campagne de sensibilisation et d'information** auprès des **professionnels de santé** sur la **réévaluation médicamenteuse/déprescription**: enjeux et outils en cours et à venir
  - Sur plusieurs semaines, à partir des réseaux sociaux
  - **Vidéos thématiques d'accroche courtes** + une **vidéo globale** rappelant l'ensemble des **messages principaux**

# Outils d'optimisation de la PECM chez le sujet âgé



**Mr GOD Mon, 81 ans**

Le patient est-il éligible à une réévaluation de l'intérêt de la prescription d'antihypertenseurs?

**Contexte :**

- **Patiente âgée de 81 ans traitée par plus de 3 antihypertenseurs:** amlodipine, bisoprolol, ramipril et hydrochlorothiazide
- **TA basse** (TA le 17/08/19) à 123/58 mmHg **considérant les objectifs thérapeutiques visés (130 mmHg ≤ PAS < 150 mmHg si âge ≥ 80 ans en EHPAD)**
- **Anomalie au niveau de la fréquence cardiaque:** bradycardie sinusale

Oui

Dialogue pharmacien / prescripteur/patient

**MON MÉDECIN M'A PRESCRIT UN ANTIDIABÉTIQUE ORAL**

**COMMENT BIEN PRENDRE MON TRAITEMENT ?**

Famille	Exemples	Conseils de prise
<input type="checkbox"/> Biguanides	Metformine	En milieu ou fin de repas <i>Au début du traitement, augmentation progressive du nombre de comprimés</i>
<input type="checkbox"/> Sulfamides hypoglycémiant	Glibenclamide Gliclazide Glimepiride	Au début du repas <i>→ Je ne prends pas ce traitement si je saute un repas</i>
<input type="checkbox"/> Glinides	Repaglinide	
<input type="checkbox"/> Gliptines	Sitagliptine Vildagliptine	Au cours ou en dehors d'un repas
<input type="checkbox"/> Inhibiteurs d'alpha-glucosidase	Acarbose	Au début du repas <i>Au début du traitement, augmentation progressive du nombre de comprimés</i>

Lequel ? \*Liste non exhaustive

Pour en savoir plus sur mon traitement :

- Je demande conseil à mon médecin ou mon pharmacien ou je consulte la notice de mon médicament
- Je me renseigne auprès de mon médecin pour intégrer un programme d'éducation thérapeutique

**MON TRAITEMENT PEUT ENTRAINER LES EFFETS INDÉSIRABLES SUIVANTS :**

Famille	Hypo-glycémie	Troubles digestifs (diarrhée, ballonnements, mal d'estomac, nausées...)	Autres
<input type="checkbox"/> Biguanides	+	+++ <i>En début de traitement</i>	Acidose lactique
<input type="checkbox"/> Sulfamides hypoglycémiant	+++		
<input type="checkbox"/> Glinides	+++	+	
<input type="checkbox"/> Gliptines	+		Maux d'estomac, œdèmes périphériques
<input type="checkbox"/> Inhibiteurs d'alpha-glucosidase	+	+++ <i>En début de traitement</i>	

+: rare    +++: fréquent

**Hypoglycémie (sulfamides ou glinides)**

Comment la reconnaître ?  
Les symptômes diffèrent selon la personne, l'âge, le médicament :  
sueurs, tremblements, palpitations, fringale, troubles de la vision, vertiges, confusion, troubles de la concentration, fatigue/ faiblesse, confusion...

Comment la gérer ?

- ✓ J'ai toujours du sucre sur moi
- ✓ Je connais la conduite à tenir et je traite immédiatement : resucrage avec 1 verre de jus de fruit par exemple, glucagon
- ✓ Je comprends les causes et les circonstances de survenue

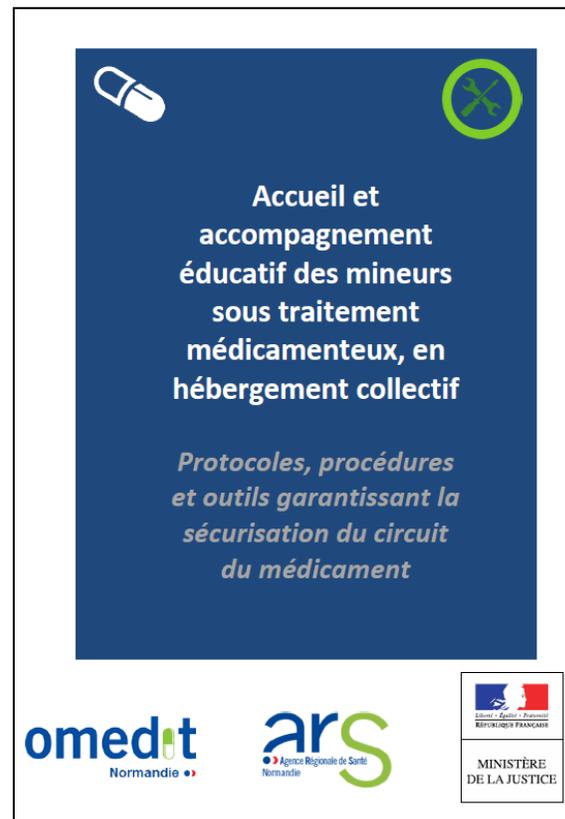
**Acidose lactique (biguanides)**

Certaines situations nécessitent la suspension du traitement par le médecin : informez-le en cas de déshydratation, diarrhées, vomissements  
En cas de radio avec l'injection d'un produit de contraste ou anesthésie générale, dites que vous prenez ce traitement

⚠ En cas d'effets indésirables : je n'arrête pas et je ne change pas de traitement sans en avoir informé un professionnel de santé

# Guide sur la qualité de la PECM en centres d'hébergement collectif pour mineurs

- Suite à la formation-Action 2019 « Accueil et accompagnement éducatif des mineurs sous traitement médicamenteux, placés en hébergement collectif PJJ ». En 4 temps:
  - Formation-Sensibilisation (janvier 2019)
  - Retour d'expérience (6 mars)
  - Mise en œuvre d'actions (avril à mai 2019)
  - Evaluation (8 novembre 2019)
- Création d'un **groupe de travail pluriprofessionnel**:
  - **Référents santé** issus de 3 services éducatifs engagés dans la formation
  - **OMÉDIT Normandie**
  - **Thomas Mauny**: *pharmacien président de PLANETH patient Normandie*
  - **Dr Alexandra Toffolutti**: *médecin généraliste partenaire du Centre Educatif et d'Insertion – CEI Le Bigard Querqueville*



## Table des matières

Introduction.....	1
1-Cadre légal et réglementation.....	4
2-L'aide éducative à la prise des médicaments s'inscrit dans une approche globale de la santé.....	5
3-Sécurisation du circuit du médicament.....	7
a. Le circuit du médicament.....	7
b. Documents qualité liés à la sécurisation du circuit du médicament.....	15
c. Infrastructures contribuant à la sécurisation du circuit du médicament.....	17

# Evaluation de l'efficacité pédagogique de l'outil IatroMed 360° # Néonat



La simulation numérique en santé

Un **outil pédagogique** offrant des perspectives de **formation** en **bonnes pratiques médicales et paramédicales**

- ▶ Outil accessible sur le site de l'OMÉDIT en janvier (test par un panel d'experts en décembre 2019)
- ▶ Pourra être utilisé:
  - ▶ En autoformation
  - ▶ En **présentiel** grâce à un **kit de formation**: instructions d'utilisation, support pédagogique avec corrections détaillées et argumentées
- ▶ Evaluation de l'efficacité pédagogique de l'outil:
  - ▶ Au **CHU de Caen**: évaluation des pratiques en lien avec la PECM en réanimation néonatale
  - ▶ Décembre-janvier 2019: **tour 1 = évaluation des pratiques pré-formation**
  - ▶ Février à Mai 2019: **formations de 2h-3h en présentiel** (environ 100 professionnels)
    - Formateurs = trinômes pharmaciens/médecins/IDE
  - ▶ Juin à Juillet 2019: **tour 2 = évaluation des pratiques post-formation**



Vers une EPP régionale...

# Campagne du bon usage des opioïdes en Normandie

## ➤ **Etat des lieux** de la consommation des opioïdes en France et en région : ↗ consommation depuis 10 ans

- Indicateur d'amélioration de prise en charge de la douleur
- Mais **complications graves** associées → climat d'**opiophobie** (alimenté par les dérives aux USA)
- **Défaut de prise en charge douleur chronique** (pertes de chance)

## ➤ **Outils de communication/sensibilisation**

- **Usagers** (patients, aidants) : **2 fiches conseils** cancéro / hors cancéro (messages différents)
  - *En relecture, mise en ligne mi-décembre 2019*
- **Professionnels** de santé (médecins, pharmaciens, IDE) : **film** de sensibilisation et d'information
  - Enjeux et outils pour le bon usage (4-5 min)
  - *Mise en ligne février 2020*

# Newsletters



## Novembre

- **Semaine sécurité patient**
- **Interruption de tâches**
  - Nouvel accompagnement OMÉDIT Normandie
- **Champignons** - outils
- Journée régionale RetEx « **audits croisés** »
- Soirées « Quoi de neuf : les **biothérapies en rhumatologie** »
- Réunions **Codage LES**
- Informatiser la **conciliation** médicamenteuse (doc ANAP + guide HAS)
- Rectificatif **note d'information DGOS**
  - Prise en charge Lamzede® : liste établissements éligibles au financement
- Rappel : **codage** des indications des spécialités sous **ATU** ou **post ATU**

## Décembre



- **Audits croisés PECM**
  - 2<sup>ème</sup> itération
- **Traçabilité des DMI**
  - Journée d'information OMÉDIT Centre-Val de Loire
- Extension du **bilan partagé de médication** en EHPAD
  - Avenant à la convention nationale des pharmaciens
- **SLOGAN** : localisation et gestion des antidotes
- Outils de **formation handicap** pour les non-soignants
- Mise à jour de la liste des **médicaments écrasables**
- Guide **stomies**
- **Guide ANSM** spécialités à base de **fibrinogène** humain
- Réunions **Codage LES** – notice ATIH actualisée
- Nouveautés **Keytruda®**, **tableau médico-éco** mis à jour
- **Actualités** : dossier de presse « Ma Santé 2022 – Investir pour l'hôpital »
- **Veille réglementaire**