

# *Comité stratégique* *OMÉDIT*

3 juin 2021

# Rappel contexte CAQES....

## Début 2021

- **Arrêté relatif aux référentiels : arrêté du 31/12/2020 publié (JO du 20 janvier 2021) - Inclusion de l'expérimentation des 4 nouveaux indicateurs nationaux, avec en annexe, la liste des ES volontaires**
- **Concertation et publication des décrets d'application de l'article 64 de la LFSS 2020 ; nouveau contrat-type; instruction (*en attente*)**

## 2021= phase transitoire

- **CAQES actuels prorogés jusqu'à fin 2021**  
**Expérimentation des 4 premiers indicateurs nationaux à c. du 01/01/21**
- **Préparation des nouveaux CAQES :**
  - ✓ + 4 nouveaux indicateurs nationaux via nouvel arrêté référentiel
  - ✓ **Choix de 7 indicateurs régionaux**
  - ✓ Négociations + contractualisations des nouveaux CAQES

## Début 2022

- **Mise en œuvre des nouveaux CAQES** conclus seulement avec les établissements ciblés en vertu du nouveau cadre juridique

# Nouveaux CAQES: règles de ciblage régional (levier incitatif)

8 indicateurs nationaux

## Données de pré-ciblage transmises par la CNAM (avril)

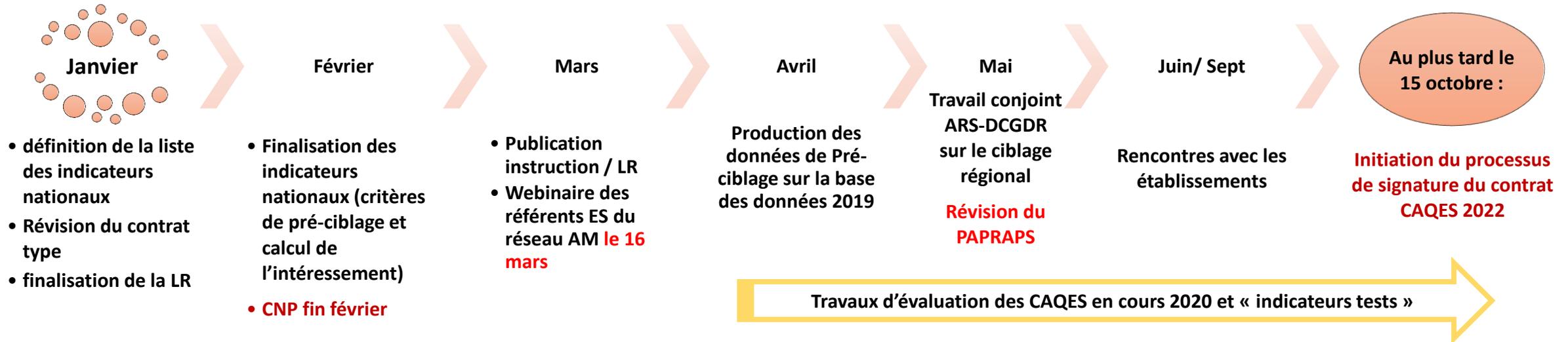
- Ciblage obligatoire pour **tous** les indicateurs (impossibilité d'exclure un indicateur du ciblage)
- Possibilité de **retirer certains ES** du préciblage si **accord commun ARS/AM**

7 indicateurs régionaux

- **Cohérence avec le PAPERAPS** (choix possible d'indicateurs au delà du cadre du PAPERAPS)
- **Impossible de créer des indicateurs spécifiques** pour un ou des ES que la région veut sélectionner
- Possibilité d'adapter les modalités de calcul d'un indicateur régional en fonction du type d'activité (HAD, SSR, etc)

- Possibilité de **compléter un indicateur national par un indicateur régional plus adapté aux besoins régionaux**
- Possibilité de contractualiser avec un ES **uniquement sur les indicateurs régionaux** (si non ciblé sur indicateurs nationaux ou retiré du préciblage national)

# Calendrier cible 2021 prévisionnel (au 16 mars 2021)



# Orientations stratégiques contractualisation

## Ciblage :

2 positions des ARS/AM se dessinent :

- Poursuite des dynamiques engagées avec le CAQES actuel. Donc choix de réaliser un "ciblage" large des ES. Et ne pas se focaliser uniquement sur les ES à fort enjeu financier [CVL + PDL]
- Poursuivre la démarche de "simplification" en ne contractualisant qu'avec une partie des ES. Pour ce faire, orientation prise de réaliser un ciblage des ES pour chaque indicateur. [ARA, BZH, HDF, IDF, NOR, NA, PACA CORSE].

Pour les régions les plus avancées dans la réflexion, Nombre maximal de contrat déterminé (1/3 des ES pour NA)

Une méthodologie mixte de ciblage est étudiée en PACA CORSE, avec un indicateur appliqué aux ES "tirés au sort" (indicateur DM) permettant de ne pas emmener que les "gros ES"

# Indicateurs régionaux proposés / CAQES 2022

**Indicateur MPI : indicateur composite permettant d'avoir un profil général sur des classes pharmacologiques ciblées et organisation mise en place**

- En lien avec objectifs Ségur, pertinences des prises en charge chez les sujets âgés, développer les parcours de prises en charge pluri professionnels – articles 51 Iatoprev, Octave, Medisis, Optimed; travaux des comités techniques lien V/H, Personnes Agées

**Pertinence du recours à des thérapeutiques sous cutanées prêtes à l'emploi en HAD plutôt qu'en séances HDJ/MCO**

- En lien avec objectifs Ségur, Plan cancer, pertinences des prises en charge des patients atteints de cancer, développer les parcours de prises en charge coordonnées - expériences HAD Fondation Santé Service (IdF) PDL, HAD Soins santé AuRA, Limoges, article 51 Immunothérapie en HAD, Centre Léon Bérard; travaux CT HAD

**Pertinence du recours à la liste en sus / I999999**

- En lien avec objectifs CAQES, travaux comité technique Innovation

# Iatrogénie chez le sujet âgé / Pertinence des prescriptions

**Indicateur MPI : indicateur composite permettant d'avoir un profil général sur des classes pharmacologiques ciblées et organisation mise en place**

- Population cible : âge > patients 65 ans et plus avec ALD 30 et > 75 ans et plus, hospitalisés en secteur MCO : analyse des délivrances dans le mois qui précède l'hospitalisation et le mois qui suit la sortie d'hospitalisation – en nombre de patients

Chaque indicateur monothématique proposa un comparatif à la moyenne régionale des ES MCO dans chacun des 2 secteurs ex-DG et ex-OQN séparément.

**Seuil de la polyprescription à 10 DCI distinctes avant et après hospitalisation** (critères d'exclusion des délivrances : topiques, collyres, vaccins, produits de contraste)

## IPP

**BZD** – exclusion de l'ALD 30 n° 23 (affections psychiatriques)

**opiacés de palier 2 et 3** – exclusion de l'ALD 30 n° 30 (tumeurs malignes)

**Anticholinergiques** - exclusion des ALD 30 n° 16 (Parkinson) et 23 (affections psychiatriques)

**AINS** (à l'exclusion de l'aspirine et de l'ibuprofène)

**Sulfamides hypoglycémiants et antihypertenseurs centraux**

**Indicateur de moyen MPI** : mise en place de revue de médication « RCP ville /hôpital »

# Indicateur HDJ/HAD – pertinence des modalités de la prise en charge

## **Pertinence du recours à des thérapeutiques sous cutanées prêtes à l'emploi en HAD plutôt qu'en séances HDJ/MCO**

Evaluation financière : sur la base de 1000 injections SC annuelles en Normandie (données 2019 et 2020) - séance de chimiothérapie (tarifs 2021) :

- En ex-OQN : ~ 321 € / En ex-DG : ~ 415 €

(ex-OQN représente 11 % des séances pour ces injections)

Le coût de ces séances est estimé annuellement en MCO à : 405 000 €

Si on transposait toutes ces séances en HAD (une journée avec un IK entre 70 et 80 % et MPP chimiothérapie anticancéreuse sans MPA associée) avec GHT n° 8 public et privé : ~ 185 € soit un coût total estimé à 185 000 €

Economie potentielle maximale : 220 000 €

Ceci permet de situer l'enjeu d'un éventuel intéressement au transfert MCO → HAD – sachant que les produits ne sont pas pris en compte car ils figurent sur la liste en sus et sont payés par l'AM.

On a en moyenne 220 € d'économies par séance MCO transformée en journée HAD pour une chimiothérapie sous-cutanée. Si le patient reste 2 jours en HAD – ce qui n'a probablement aucun intérêt médical – n'a pas d'intérêt financier non plus !

Accord de principe des membres du Comité régional OMÉDIT du 20/05/21 pour initier la coopération avec HAD

Deux initiatives prévues sur CLCC Caen et Rouen avec HAD Croix rouge

Voir sur trastuzumab SC et Rituximab SC en HDJ bilan régional 2020 et 2019

Echanges/étude FNEHAD - Richard Ouin sur ce sujet chimio en HAD

# Comité technique HAD

## Déploiement des chimiothérapies injectables en HAD

### ➤ Création de nouveaux protocoles

- Protocole Trastuzumab sous cutané avec notamment une expérimentation portée par les 2 CLCCs avec l'HAD Croix Rouge
- Protocoles Rituximab SC et Carfilzomib en cours de validation par des hématologues volontaires
- Protocoles en rédaction :
  - Immunothérapie : Nivolumab, Pembrolizumab, ...
  - Chimiothérapie conventionnelle : Paclitaxel, Bléomycine

### ➤ Actualisation de documents généraux :

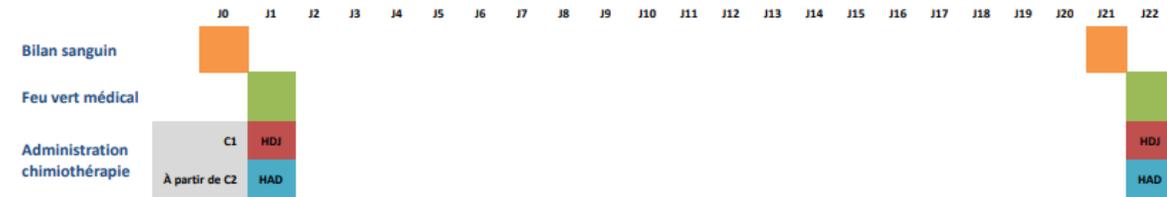
- Procédure pour la mise en place des chimiothérapies anticancéreuses injectables en HAD
- Convention relative à l'organisation de la prise en charge des chimiothérapies anticancéreuses injectables en HAD
- Lettre d'information et de consentement des patients

### ➤ Relai via réseaux de cancérologie / INCa Dr Meric, Mme Bernat) + Dr Touati (Hémato Limoges et FNEHAD) :

- Etat des lieux prévu au niveau national via INCa/FNEHAD + RRC
- Elaborations de préconisations prévues par l'INCa
- Modèle médico-eco de ce mode de prise en charge via article 51 : INCa, ANAP, fédés + acteurs de ville (msp, pta, cpts)

### PROTOCOLE TRASTUZUMAB (HERCEPTIN®) SOUS-CUTANÉ – Traitement d'entretien - SÉNOLOGIE

**Indication :** Cancer du sein précoce en adjuvant HER2 positif



- Protocole de traitement :**
  - Trastuzumab : 600 mg, SC 2-5 minutes. **Solution prête à l'emploi (vérifier le flaconnage : 600 mg sous-cutané).** À conserver entre 2 et 8°C.
    - **Ne pas purger l'aiguille** afin de réduire l'incidence des réactions locales.
    - **Alterner le site d'injection** entre la **cuisse gauche et droite.**
    - Injections à réaliser à **au moins 2,5 cm de l'ancien site** et **jamais à des endroits où la peau est rouge, avec un bleu, sensible ou dure.**
    - **Ne pas injecter plus de 0,5 mL** la 1<sup>ère</sup> minute pour permettre à la hyaluronidase d'agir (améliore l'absorption cutanée du trastuzumab).
  - Nombre de cycles prévus : selon prescription de l'oncologue (pendant 12 mois ou plus)
  - Périodicité : J1 = J22 (soit, durée d'un cycle = 21 jours)
  - Jours d'administration de la chimiothérapie en HAD : à **partir de C2** (tolérance évaluée en HDJ à C1 et lors des consultations avec l'oncologue)
- Bilan sanguin :**
  - Le **bilan sanguin est facultatif** en fonction de la **situation clinique** et des **traitements associés**
  - **Si nécessaire**, réalisation d'un bilan sanguin : **CnJ0**
- Bilan clinique :**
  - Avis cardiologique avant le début du traitement
  - **ECG et échographie cardiaque : avant l'instauration du traitement (communiqué par l'établissement)** puis tous les 3 mois (par cardiologue de ville, filière Picaro par ex.)
- Conditions du feu vert médical et/ou du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration de la chimiothérapie) :**
  - **Feu vert médical réalisé par :** l'**oncologue référent de l'établissement** pour les administrations en **HDJ**  
le **médecin coordonnateur de l'HAD** en lien avec le **médecin traitant** – prescription sécurisée (via plateforme par ex.)
  - Critères d'administration de la chimiothérapie : score OMS < 2 et si >2 entretien à prévoir avec le médecin, température < 38°C
- Conditions du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration de la chimiothérapie) :**
  - Feu vert IDE : vérification de l'état clinique du patient et de la tolérance au traitement avant chaque administration en HAD
  - Surveillance pendant 6 heures après la 1<sup>ère</sup> administration en HDJ, et 2 heures les injections suivantes

Version du 10 décembre 2020

# Pertinence et respect des prescriptions des médicaments de la liste en sus

## Indicateur LES

- Objectif : **Evaluer les actions mises en œuvre par l'établissement** et résultats attendus en termes de pertinence des prescriptions des médicaments hors GHS, avec un **focus sur le respect des conditions** applicables aux **prescriptions hors AMM hors RTU hors essais cliniques (I999999)**

# Propositions / axes de travail : pertinence et respect des prescriptions de la liste en sus

Proposition du CT « Innovations » :

- Bilan 1999 999 + argumentations à partir des données rapport d'étape CAQES
- Proposition de l'assurance maladie ne pas travailler sur UCD ou montants mais en taux de recours au 1999999 en Nb de patients
- Modalités de travail 2021/2022
  - Fichiers ressources documentaires hors référentiel justifié
  - Remontées **semestrielles** par les ES
  - Calendrier :
    - Prendre en compte éléments de preuve du CAQES
    - Suivi/analyse lors des réunions « CT innovation » :
      - **Prochain sera prévu en septembre 2021**

# Indicateur DM « Qualité, sécurité, bon usage des DM »

**Non retenu à ce stade**  
travail en cours Resomédit

Qualité du circuit, informatisation, traçabilité ainsi que bon usage du DM mis en œuvre et analysés à toutes les étapes du parcours du patient

## Contexte

- Règlement européen : traçabilité sanitaire et mise en place de l'IUD
- Arrêté RETEX (à venir)
- ANAP, sortie de la V3 d'interdiag
- Critère HAS 1.10 : patient informé des DMI implanté lors de son séjour et reçoit les consignes de suivi approprié

## Objectifs de l'indicateur

- ✓ Sécuriser et optimiser le circuit du DM à toutes ses étapes.
- ✓ Optimiser l'informatisation du circuit du DM tout au long du parcours du patient (Base de données, information patient, carte d'implant, DMP, lettre de liaison, ...)
- ✓ Garantir et optimiser la traçabilité sanitaire et financière du DM (Utilisation de l'IUD)
- ✓ Promouvoir le bon usage et la pertinence du DM
- ✓ Coordonner le partage d'informations sur les DMI entre la ville/hôpital/AM et patient

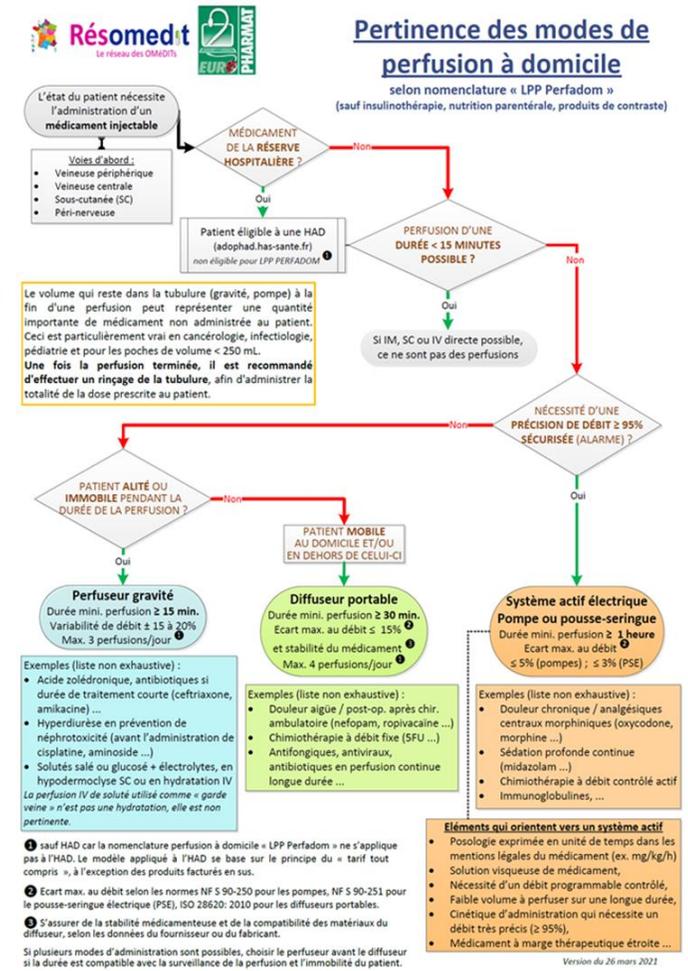
# Accompagnement CAQES indicateur national Perfadom

## ➤ Kit RESOMEDIT

### ➤ Elaboration d'un kit PERFADOM comprenant :

- Un arbre décisionnel de pertinence des modes de perfusion à domicile appliqué à nomenclature PERFADOM
- Un référentiel d'appui à la prescription des perfusions à domicile
- Ciblage sur 38 médicaments injectables les plus fréquemment dispensés en pharmacie de ville ou en rétrocession (anti-infectieux, antalgiques, immunoglobulines, ...)
- Une publication
- Audit d'évaluation des pratiques professionnelles en lien avec les bonnes pratiques perfusion

DCI	Médicament	Conditions de prescription (selon le fabricant)	Reconstitution (solvant et volume)	Posologie (dose et fréquence de perfusion)	Voie	Dilution	Mode d'administration préconisé	Mode d'administration alternatif	Nécessité préconisée de débit ≥ 95% sécurisée	Commentaire	Références bibliographiques
<b>CLASSE ATC ANTIBIOTIQUE A USAGE SYSTEMIQUE</b>											
Amikacine	voies et hôpital rétrocession	EPI 50 dans 50ml 100mg dans 40ml 250mg dans 2ml Du prêt à l'emball		15 à 35 mg/kg en dose unique journalière	IV	NaCl 0.9% Cmax 20 mg/ml	Perfusion continue 1g Diffuseur vol mini 150 ml 12h 3 à 6 g Diffuseur vol mini 200 ml 12h 1g Diffuseur vol mini 200 ml 12h 3g Diffuseur vol mini 300 ml 12h Administration discontinue 1g IV bolus 3 à 6 min 2g Diffuseur 30 min	Administration discontinue 1g Diffuseur 30 min	non	Voie IM possible. Pas d'IV, ni SC. Index thérapeutique étroit. Préférer la concentration dépendante. Surveillance : dosage pic plasmatique si besoin et concentrations rétrocélées si durée > 5 jours de traitement	RCP, Diagnostics et al 1, Stakis, ANL
Amoxicilline	ville	EPI 1g dans 20 ml 2g dans 40 ml		Perfusion continue : - Dose de charge de 2g suivie de 1g à 6, 2 fois par jour Administration discontinue : - 1 g : 3 ou 4 ou 6 fois par jour - 2 g : 3 ou 4 ou 6 fois par jour	IV	1g ou 2g : st gravité : NaCl 0.9% 0.9% 3 à 6 g : Diffuseur : NaCl 0.9% Cmax 20 mg/ml	Perfusion continue 1g Diffuseur vol mini 150 ml 12h 3g Diffuseur vol mini 200 ml 12h 1g Diffuseur vol mini 200 ml 12h 3g Diffuseur vol mini 300 ml 12h Administration discontinue 1g IV bolus 3 à 6 min 2g Diffuseur 30 min	Administration discontinue 1g Diffuseur 30 min	non	Hyperhydratation si > 2g par perfusion pour diminuer le risque de cristallurie. Voie IM possible	RCP, Diagnostics et al 1, AMB
Amoxicilline-acide clavulanique	ville	EPI 1g dans 20 ml 2g dans 40 ml		Administration discontinue 2g 2 ou 3 fois par jour 2g 2 ou 3 fois par jour	IV	1g ou 2g : st gravité : NaCl 0.9% 100 ml Cmax 20 mg/ml	1g Diffuseur 30 min	1g Diffuseur 30 min	non	Stabilité altérée avec le 0.9%. Dureté max de perfusion 60 min. Ne pas dépasser 1200 mg/j d'acide clavulanique. Attention : présentation à 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100	RCP, Diagnostics et al 1
Amphotéricine B FUNGIZONE	Hôpital rétrocession	EPI 50 mg dans 10ml		Dose test initiale de 1 mg puis 0.3 mg/kg 1 fois par jour La dose peut éventuellement être augmentée en fonction de la situation clinique du patient.	IV	Glucose 5% INCOMPATIBLE NaCl Dose test : 1 mg dans 20 ml de 0.9% Perfusion : Cmax 0.1 mg/ml	Dose test : IV lente (20-30 minutes) Gravité 2 à 6 heures	<b>Système Actif Électrique</b> : compte tenu de l'absence de stabilité en diffuseur et la durée de perfusion	non	Ce médicament ne doit pas être administré par une ligne intraveineuse ayant contenu du chlorure de sodium à 0.9% sauf si cette ligne a d'abord été rincée avec une solution injectable de glucose. Compléter avec des risques allergiques, une dose test initiale (1 mg dans 20 ml de solution glucose	RCP, AMB
Amphotéricine B immunoglobuline ABBISONE	Hôpital rétrocession	EPI 100 mg dans 12ml Agiter vigoureusement le flacon par inversion au moins 30 secondes jusqu'à dispersion complète		3 mg/kg 1 fois par jour La dose peut éventuellement être augmentée en fonction de la situation clinique du patient.	IV	Glucose 5% INCOMPATIBLE NaCl Concentration comprise entre 0.20 mg/ml, 0.2 mg/ml, 4 mg/ml	Gravité 30 à 60 min (prolonger la durée si perfusion mal tolérée)	<b>Diffuseur portable</b> : si perfusion sous une à 3 mg/kg cette ligne a d'abord été rincée avec une solution injectable de glucose. Une membrane filtrante sur le trapèze du cathéter peut être utilisée lors de la perfusion pour éviter de ce médicament. Cependant, le diamètre moyen des pores du filtre ne devra pas être inférieur à 1.0 micron.	non	Ce médicament ne doit pas être administré par une ligne intraveineuse ayant contenu de chlorure de sodium à 0.9% sauf si cette ligne a d'abord été rincée avec une solution injectable de glucose. Une membrane filtrante sur le trapèze du cathéter peut être utilisée lors de la perfusion pour éviter de ce médicament. Cependant, le diamètre moyen des pores du filtre ne devra pas être inférieur à 1.0 micron.	RCP, AMB



# Conclusion

Prévoir un COPIL CAQES produits de santé en juin

Prévoir avec ARS/AM les 1ers résultats de requête suite à avis du COPIL