

# Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

Nouvelle contractualisation tripartite entre  
établissements de santé, ARS et assurance maladie

# Ordre du jour

- **Éléments de contexte – Présentation du CAQES**
- **Architecture générale du dispositif**
- **Modalités d'élaboration du rapport d'étape annuel pour le volet obligatoire**
- **Modalités de déploiement du dispositif en région**

# Ordre du jour

- **Éléments de contexte – Présentation du CAQES**
- Architecture générale du dispositif
- Modalités d'élaboration du rapport d'étape annuel pour le volet obligatoire
- Modalités de déploiement du dispositif en région

# CAQES : Rappel du contexte

## Contexte :

- Multiplicité de contrats et de temps de dialogues avec un même établissement
- Procédures de contractualisation et d'évaluation non harmonisées
- Difficulté de vision stratégique et globale

## Proposition (article 81 LFSS pour 2016) :

- Un contrat simplifié reposant sur un même support
- Une priorisation des actions avec une gouvernance simplifiée au niveau régional

# PRÉSENTATION DU DISPOSITIF

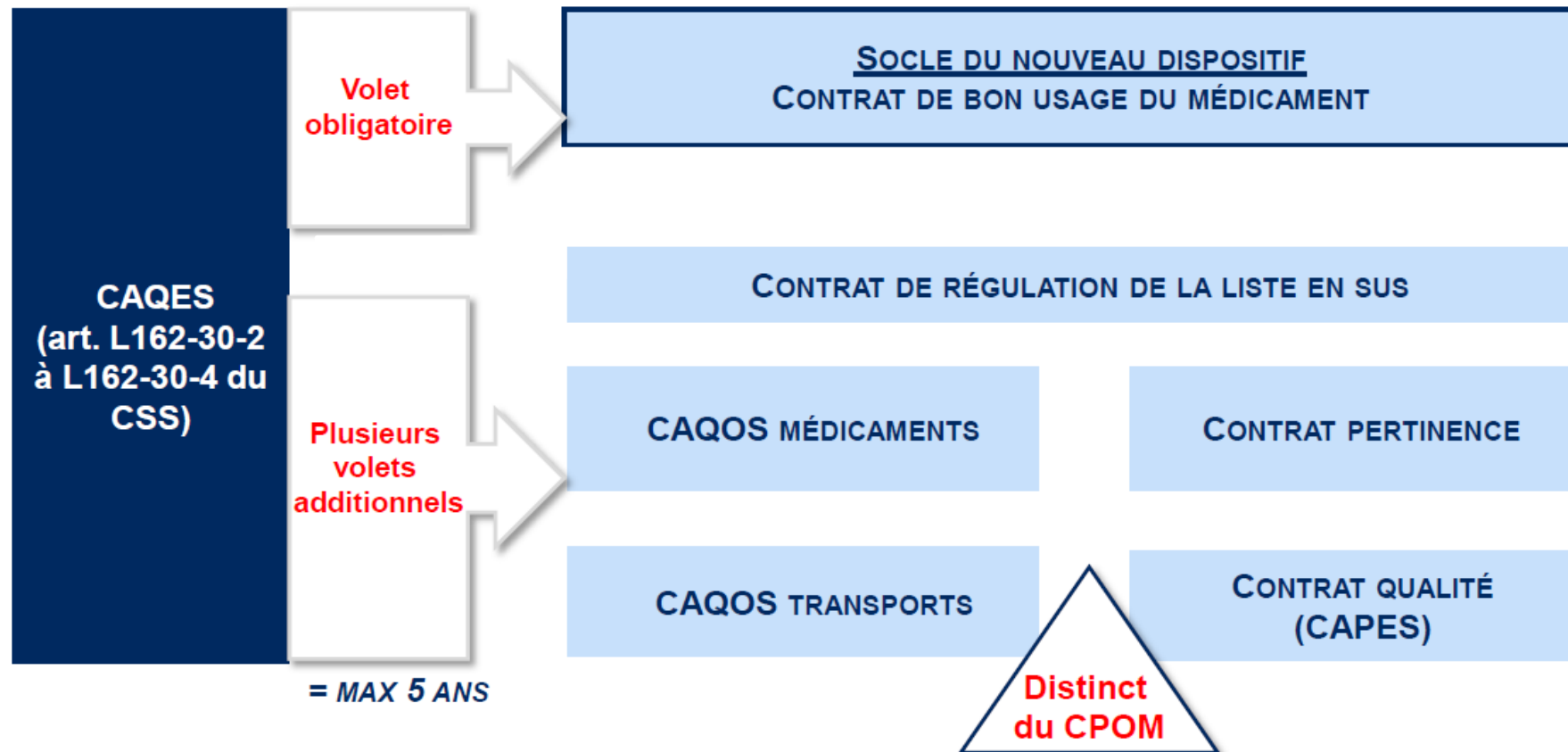
## Textes règlementaires :

- **Décret d'application N°2017-584 du 20 Avril 2017** fixant les modalités d'application du Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins : art D 162-9 à 16 CSS
- **Deux arrêtés du 27 avril 2017 :**
  - relatif au **contrat type** et des **indicateurs nationaux**
  - fixant les **référentiels de pertinence, qualité, sécurité des soins** ou de **seuils en volume** ou en **dépenses** d'Assurance maladie
- **Instruction N° DSS/A1/CNAMTS/2017/234 du 26 juillet 2017** relative à la mise en œuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

## Signataires :

- **Contrat tripartite** entre **l'établissement, l'ARS** et **l'organisme local** d'Assurance Maladie
- ✓ **Entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> Janvier 2018**
- ✓ **Annexé** à titre informatif **au CPOM**

# Présentation du contrat d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins et des prescriptions (art. 81 LFSS pour 2016)



## OBJECTIFS

**Simplifier** les procédures, **améliorer** l'appropriation des outils par le réseau, amplifier la capacité de contractualisation  
Concentrer le dialogue de gestion et donner de la visibilité aux établissements sur l'ensemble de leurs marges de progression

# Architecture du CAQES

## CONTRAT SOCLE (= durée indéterminée)

= un volet unique relatif au bon usage des médicaments,  
des produits de santé et prestations

(regroupant : CBU / CAQOS Médicaments / contrat régulation Liste en sus)

Date d'effet au 1er janvier 2018

## 3 VOLETS ADDITIONNELS POSSIBLES MAX 5 ANS

### Pertinence

des actes,  
prestations et  
prescriptions

En lien avec les  
travaux de l'IRAPS

### Transport

amélioration  
de la  
qualité et de  
l'organisation

### Qualité

amélioration des  
pratiques

3 risques :  
médicamenteux  
rupture parcours  
infectieux

Obligatoire pour  
tous les  
établissements de  
santé

MCO SSR PSY  
HAD Dialyse

Pour certains  
établissements  
concernés

au regard des  
référentiels

définis à l'arrêté du 27/04/17  
et/ou des critères du

Plan d'actions  
pluriannuel régional  
d'amélioration de la  
pertinence des soins  
(PAPRAPS)

# Ordre du jour

- Éléments de contexte – Présentation du CAQES
- **Architecture générale du dispositif**
- Modalités d'élaboration du rapport d'étape annuel pour le volet obligatoire
- Modalités de déploiement du dispositif en région



# Contenu du contrat

**Annexe**

**CONTRAT  
D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE L'EFFICIENCE DES SOINS**

**Entre les soussignés :**

- L'agence régionale de santé (ARS) :  
(nom de l'organisme),  
(adresse)  
Représentée par
- L'organisme local d'assurance maladie  
(nom de l'organisme),  
(adresse)  
Représenté par

**Et**

L'établissement de santé :  
(nom de l'organisme),  
(adresse)  
Représenté par

Vu le code de la santé publique ;  
Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-30-2 à L. 162-30-4 ;  
Vu l'arrêté fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale ;  
Vu l'arrêté relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale en date du ... ;  
Vu le plan régional de la gestion du risque et de l'efficacité du système de soins ;  
Vu le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ;  
Vu l'avis de la conférence médicale d'établissement ou commission médicale d'établissement.

**CAQES**

- CHAPITRE I**  
Conditions générales  
(articles 1 à 9)
- CHAPITRE II**  
VOLET OBLIGATOIRE  
(article 10 à 10.6)
- CHAPITRE III**  
VOLETS  
ADDITIONNELS :
  - Transport
  - Pertinence
  - CAPES

- Art 10
- Art 10 – 1
- Art 10 – 2
- Art 10 – 3
- Art 10 – 4
- Art 10 – 5
- Art 10 – 6

# Contenu du contrat

## LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES : LES ENGAGEMENTS RESPECTIFS (CHAP 1)

### ETABLISSEMENT

- Diffusion auprès des professionnels des engagements et mise à disposition de référentiels et des données nécessaires
- Communication interne et auprès des usagers
- Favoriser les démarches collectives d'évaluation et d'amélioration de la pertinence/ les échanges interprofessionnels et interdisciplinaires
- Identification RPPS et FINESS
- Mise en œuvre des plans d'actions, de leur suivi et évaluation / Rapport annuel d'évaluation
- Interlocuteur pour chaque volet

### ARS /ORGANISME LOCAL

- Diffusion régulière des données PMSI et CNAMTS (calendrier/Points d'étape/objectifs, cibles)
- Evaluation annuelle (atteinte des objectifs et perspectives d'actions sur la base du rapport d'évaluation)
- Information et de sensibilisation des professionnels de santé exerçant dans l'établissement
- Un ou plusieurs référents pour accompagner l'établissement dans sa démarche

# Contenu du contrat

## CHAPITRE II : VOLET OBLIGATOIRE (article 10 à 10 - 6)

Article 10  
Obligations  
générales  
de l'établissement

- Comprend des engagements dans la continuité :
  - Amélioration et sécurisation du circuit MED et LPP
  - Respect des référentiels de bon usage
  - Promotion des **génériques** ou **biosimilaires**
  - Mise en œuvre d'actions concourant au respect des taux d'évolution
  - Politique de qualité de la prise en charge médicamenteuse et de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse
  - Mise en œuvre du management de la qualité
  
- Et une annexe 1 avec :
  - des objectifs de réalisation pour chacun des engagements souscrits,
  - accompagnés d'indicateurs de suivi et/ou de résultats et
  - un échéancier de mise en œuvre
  
- *Plan d'actions adapté en fonction de l'activité des établissements*

Indicateurs  
nationaux et  
complémentaires  
**Gestion en  
transversal d'un  
même thème**

# Contenu du contrat

## CHAPITRE II : VOLET OBLIGATOIRE (article 10 - 1 et article 10 - 2)

Engagement  
10 - 1  
10 - 2

Nouveau

Nouveau

- Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- Prescription en DCI (dénomination commune internationale)
- Traçabilité de la prescription à l'administration des MED et à l'utilisation des DM avec informatisation du parcours
- Informatisation et traçabilité (dispensation à délivrance nominative – traçabilité jusqu'à l'administration ou implantation du DM)
- Logiciel d'Aide à la Prescription (y compris en sortie et en consultation externe)
- Pratiques pluridisciplinaires ou en réseau dans le parcours : garantir la continuité des PEC thérapeutiques
- Pharmacie clinique et conciliation médicamenteuse
- Plan de vigilance et de bon usage des antibiotiques

Renforcé / ex CBUMPP

# Contenu du contrat

## CHAPITRE II : VOLET OBLIGATOIRE (article 10 - 3 et 10 - 4)

### Les axes clefs sur l'efficience : génériques, biosimilaires, PHEV

➤ **Promouvoir la prescription :**

– **Génériques**

– **Biosimilaires**

Reprise des  
ex CAQOS

Maîtrise Médicalisée

➤ **PHEV**

Reprise des ex CAQOS

Engagement  
10 - 3

Engagement  
10 - 4

Maîtrise de l'évolution de la part des dépenses de médicaments et LPP remboursés sur l'enveloppe des soins de ville

Renforcé / ex CBUMPP

# Contenu du contrat

## CHAPITRE II : VOLET OBLIGATOIRE (article 10 - 3 et 10 - 4)

### ➤ Taux cibles 2017 PHEV

<b>PHEV</b>		<b>Résultats Normandie 2016</b>	<b>Cibles 2017 régionales</b>	<b>Cibles 2017 nationales « actuelles » CAQOS PHEV</b>	<b>Référentiels parus 2017 Dès signature du CAQES</b>
Prescriptions Hospitalières exécutées en Ville	Taux d'évolution pharmacie de ville + LPP (hors rétrocession et trt Hep. C)	+ 5,8 % Cible 2016 : 3,8%	+3,8%	+ 4 % <sup>(1)</sup>	+ 4 % <sup>(2)</sup>
	Taux de prescription répertoire génériques	+ 42,3 % Cible 2016 : 44 %	44%	44 % <sup>(1)</sup>	45,5 % <sup>(2)</sup>

(1) Cibles réglementaires nationales CAQOS PHEV : arrêté du 30/12/2016 - JO du 31/12/2016

(2) Cibles réglementaires nationales CAQES : arrêté du 27/04/2017 - JO du 30/04/2017

# Contenu du contrat

## CHAPITRE II : VOLET OBLIGATOIRE (article 10 - 5 et 10 - 6)

### Les axes clefs sur qualité, sécurité, efficience « liste en sus »

#### ➤ Liste en sus

- Respect des taux d'évolution MED et DM
- Suivi MED par indication,
- Respect des indications LPP
- Suivi et argumentation par prescripteur , par service des prescriptions hors référentiels hors AMM et hors RTU

Engagement  
10 - 5

#### ➤ Présentation semestrielle en CME/CFME de l'analyse des prescriptions et de leurs évolutions adressé à l'ARS / OMEDIT / Organisme local d'AM

Engagement  
10 - 6

Renforcé / ex CBUMPP

# Contenu du contrat

## CHAPITRE II : VOLET OBLIGATOIRE (article 10 - 5 et 10 - 6)

### ➤ Taux cibles 2017 « liste en sus des GHS »

<b>Liste en sus</b>		<b>Résultats Normandie 2016</b>	<b>Cibles 2017 « actuelles » CBU</b>	<b>Référentiels parus 2017 Dès signature du CAQES</b>
Médicaments, produits et prestations mentionnés à l'art. L. 162-22-7 du CSS	Taux d'évolution des dépenses Médicaments	+ 2,5 % Cible 2016 : 3,4%	+ 3,4 % <sup>(1)</sup>	+ 4,1 % <sup>(2)</sup>
	Taux d'évolution des dépenses Dispositifs médicaux	+ 3,3 % Cible 2016 : 4,1 %	4,1 % <sup>(1)</sup>	5,8 % <sup>(2)</sup>

(1) Cibles régionales liste en sus Normandie

(2) Cibles réglementaires nationales CAQES : arrêté du 27/04/2017 - JO du 30/04/2017



# Contenu du contrat

## CHAPITRE III : VOLETS ADDITIONNELS

- En fonction des résultats d'activité de l'établissement (ciblage)
  - Au regard des référentiels nationaux de pertinence, qualité, sécurité des soins ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie sur certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels de santé y exerçant
- Constitution :
  - Volet « transport » : relatif à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports (ex-CAQOS transports)
  - Volet « pertinence » : relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé en lien avec les travaux de l'IRAPS
  - Volet « qualité » : relatif à l'amélioration des pratiques en établissement de santé (ex-CAPES) ciblant 3 risques :
    - Médicamenteux, Taux de séjours disposant de prescriptions informatisés - D3.1
    - Infectieux, ICALIN2
    - Rupture de parcours, Document de sortie - DEC

# Ordre du jour

- Éléments de contexte – Présentation du CAQES
- Architecture générale du dispositif
- **Modalités d'élaboration du rapport d'étape annuel pour le volet obligatoire**
- Modalités de déploiement du dispositif en région

# Rappel du dispositif CBU

- Une évolution constante depuis 2006 des scores en lien avec les niveaux d'exigences
- Convergence en 2016 des deux dispositifs ex HN et ex BN - COPIL régional
- Sur 2016 :
  - 10 ES en dessous de la cible régionale – phase contradictoire
  - 4 ES avec une modulation du taux de remboursement des MO/DMI de la liste en sus pour un montant < 200 euros

# Modalités d'évaluation du volet obligatoire en Normandie

- Expérience des indicateurs du rapport d'étape « 2016 »
  - 78 ES MCO, HAD, dialyse et 27 SSR, Psy ex HL
- Une liste nationale obligatoire et une liste à titre indicatif

**contribution à la préparation du contenu et  
à la définition des modalités d'évaluation**

## **Un travail conduit**




- avec es professionnels de terrain
- sur les indicateurs structurant (prioritaires à plus ou moins long terme)
- en prenant en compte les particularités de certaines catégories d'ES (ex : HAD, dialyse, Santé mentale)

**CONTRAT  
TYPE  
et ANNEXE 1 :  
PLAN  
D' ACTIONS  
=  
Objectifs  
Indicateurs  
+  
Modalités  
d'évaluation**

# Détail de l'annexe 1 du volet obligatoire

- Fichier Excel reprenant les 6 chapitres du contrat type
- **Evaluation sur 88 critères** (maximum 105 points) :
  - 79 critères « qualitatifs »
  - 9 critères jugés sur résultats – cibles appréciées lors du T0
- Ces **critères** ont été **appréciés pour les 5 catégories d'ES**
  - MCO, HAD, Dialyse, SSR, Santé mentale
- Une pondération de chaque critère a été appréciée au regard des enjeux nationaux et régionaux et de la difficulté de mise en œuvre sur le terrain
- **Évaluation globale sur le pourcentage d'atteinte des objectifs**
  - Un établissement non concerné par plusieurs critères est évalué uniquement sur les items qui le concernent
- **Un guide d'aide à l'appréciation pour chacun des critères** est en cours d'élaboration en lien avec le COPIL

# Présentation du fichier Excel

		
<b>Rapport d'étape annuel du volet obligatoire du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES) de Normandie</b>		
<b>Identification établissement :</b>		
<i>volet déroulant à insérer : N° département et ES</i>		
Département	MANCHE	
Etablissement	CENTRE HOSPITALIER DE L'ESTRAN	
FINES	500000245	
GHT	GHT Groupe Hospitalier Mont Saint Michel	
ACTIVITE	Activité unique Psy	
STATUT	PUBLIC	
<b>Directeur</b>		
Nom	BLOT	
Prénom	Stéphane	
Courriel	direction@ch-estran.fr	
Présentation ES Rapport d'étape Synthèse résultats		

# Objectifs opérationnels : 1<sup>er</sup> chapitre

## « Amélioration et sécurisation de la PEC thérapeutique »

Art. 10-1 : Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations	47 points
Une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge thérapeutique des patients	3
Formalisation d'un programme d'actions en matière de qualité, de sécurité et d'efficience de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des dispositifs médicaux stériles	13
Désignation du responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse	1
Formation du personnel sur la qualité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique	5
Conduite et mise en œuvre de l'étude des risques à priori	4
Gestion des risques à posteriori	8
Utilisation des logiciels d'aide à la prescription (LAP) pour toutes les prescriptions de médicaments y compris pour celles effectuées dans le cadre des consultations mentionnées à l'article L. 162-26 ou lors de la sortie de l'établissement de santé	4
Identification obligatoire des prescriptions réalisées par ses professionnels par l'identifiant personnel du prescripteur autorisé à exercer (numéro du répertoire partagé des professionnels de santé -RPPS) auquel est joint l'identifiant FINESS de l'établissement en application de l'article R.161-45 du CSS	2
Informatisation et traçabilité de la prise en charge thérapeutique du patient jusqu'à l'administration du médicament et pour le circuit des produits et prestations mentionnés à l'article D. 165-1 du CSS, de la prescription jusqu'à la pose du dispositif médical	5
Dispensation à délivrance nominative	2

**Pondération : 45% pour un ES concerné par tous les critères du volet obligatoire**

critères adaptés suivant le secteur concerné

## Objectifs opérationnels : 2<sup>ème</sup> chapitre « Développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau »

Art. 10-2: Développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau		36 points
Amélioration du parcours de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lettre de liaison de sortie (MCO)</li> <li>- Mise en place d'une organisation pour améliorer le bon usage et l'observance</li> <li>- Mise à disposition d'outils (patients/PDS) (MCO, SSR, PSY, HAD)</li> </ul>	13
Déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conciliation d'entrée, de sortie (MCO, SSR, Psy)</li> <li>- Sensibilisation des ≠ acteurs (MCO, SSR, Psy)</li> <li>- Déploiement de l'analyse pharmaceutique (MCO, SSR, Psy, Dialyse) (HAD (pas de suivi des taux, ni audit))</li> </ul>	13
Bon usage des antibiotiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Audit régional</li> </ul>	4
RCP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Audit régional</li> </ul>	3
Participation aux enquêtes relatives aux produits de santé (ATIH)		1
Contribution aux travaux de l'OMEDIT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réponse aux sollicitations</li> </ul>	2

Pondération : 34%  
pour un ES  
concerné par tous  
les critères du  
volet obligatoire

critères adaptés  
suivant le secteur  
concerné



## Objectifs opérationnels : 3<sup>ème</sup> chapitre «Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires »

Art. 10-3: Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires		3 points
Promouvoir la prescription de médicaments dans le répertoire générique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recueil des taux de prescription dans le répertoire des génériques et biosimilaires via données de l'assurance maladie (PHEV )</li> <li>- Recueil par les ES du nombre d'UCD de biosimilaires prescrits en intra hospitalier</li> </ul>	Non pondérés
Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actions de sensibilisation des professionnels et information des patients</li> <li>- Stratégie d'ES pour favoriser le recours aux biosimilaires</li> <li>- Plan d'action achat pour mise en concurrence</li> </ul>	3

**Pondération : 3%  
pour un ES  
concerné par tous  
les critères du  
volet obligatoire**

critères adaptés  
suivant le secteur  
concerné

## Objectifs opérationnels : 4<sup>ème</sup> chapitre

«Engagements relatifs aux médicaments et aux produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville»

Art. 10-4: Engagements relatifs aux médicaments et aux produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville		2 points
Mettre en œuvre l'ensemble des actions d'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation de ces prescriptions nécessaires pour assurer le respect du taux d'évolution des dépenses des PHEV de produits de santé	- Taux fourni par l'AM sur l'évolution des dépenses de MED et PP prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville	Non pondéré
	- Mise en œuvre d'actions pour favoriser la pertinence des prescriptions en sortie d'hospitalisation de médicaments, produits et prestations, en respectant le libre choix du patient	2
	- Déployer la prescription de sortie en DCI	

Pondération : 2% pour un ES concerné par tous les critères du volet obligatoire

critères adaptés suivant le secteur concerné

## Objectifs opérationnels : 5<sup>ème</sup> chapitre

### « Engagements spécifiques relatifs aux spécialités, produits et prestations de la liste en sus »

Art. 10-5: Engagements spécifiques relatifs aux spécialités pharmaceutiques et aux produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation inscrits sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et respect des référentiels nationaux de bon usage des médicaments et des produits et prestations		<b>8 points</b>
Suivi des dépenses des médicaments et DM de la liste en sus	- Suivi des taux d'évolution pour MED et DM de la liste en sus – en lien avec taux fixés par arrêté	Non pondéré
Utilisation conforme aux indications AMM / RTU ou à défaut et par exception argumentation dans le dossier médical	- Suivi des taux de hors référentiel - Evaluation de la pertinence et traçabilité de l'argumentation du hors référentiel	4
Utilisation conforme aux conditions de prise en charge prévues par la liste LPPR ou à défaut et par exception argumentation dans le dossier médical	- Suivi des taux de hors référentiel - Evaluation de la pertinence et traçabilité de l'argumentation du hors référentiel	4

**Pondération : 8%  
pour un ES  
concerné par tous  
les critères du  
volet obligatoire**

En fonction des ES  
concernés  
MCO +++

## Objectifs opérationnels : 6<sup>ème</sup> chapitre «Evaluation»

Art. 10-6: Evaluation		4 points
<p>Suivi semestriel de l'analyse des prescriptions que l'ES juge pertinent et de leur évolution à la CME / CfME ou à la COMEDIMS ou commission équivalente et transmet à l'OMEDIT, ARS et organisme local d'assurance maladie</p>	<p>- Suivi semestriel de l'analyse des prescriptions et de leur évolution envoyé. Concernant les prescriptions de sortie : envoi de l'argumentation si les taux d'évolution de l'établissement sont supérieurs aux taux d'évolution cibles nationaux fixés annuellement par arrêtés (PHEV, liste en sus, génériques, biosimilaires)</p>	4

**Pondération : 4%**  
pour un ES  
concerné par tous  
les critères du  
volet obligatoire

MCO HAD  
Dialyse SSR PSY

Rappel des taux fixés dans l'arrêté « référentiel de pertinence » du 27/04/2017:

- PHEV : 4%
- MED de la liste en sus : 4,1%
- DMI de la liste en sus : 5,8%
- Groupe des génériques : 45,5% ( en sortie)

## Quelles spécificités pour les structures HAD ?

Pas de contrat spécifique HAD rattachée à 1 ES  
Évaluation GLOBALE de la dynamique de l'ES avec des indicateurs spécifiques

37 critères du rapport d'étape annuel non évalués sur le secteur HAD  
MAIS rajout de 10 critères spécifiques en lien avec les priorités régionales

Critères du CAQES évalués sur le secteur HAD		62 points
Critères spécifiques HAD		5 points
Déploiement de l'informatisation	- Rédaction d'un cahier des charges régional	0,5
Sécurisation de la prise en charge thérapeutique en HAD	- Rédaction des procédures concernant l'organisation et la sécurisation du circuit du médicament	1,5
	- Evaluation de l'autonomie du patient	
Déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse	- Mise en œuvre des dispositions pour garantir la qualité de l'analyse pharmaceutique et la réévaluation de l'ensemble des prescriptions	0,5
Traçabilité de l'administration, de la surveillance et de la réévaluation des traitements	- Traçabilité de l'administration ou de la non administration par les IDE	1
	- Surveillance et réévaluation tracées	
Chimiothérapies anticancéreuses injectables	- Mise en place des conventions (ES autorisé PUI, transporteur)	1,5
	- Protocoles	
	- Formation des IDE	

## 9 indicateurs à compléter par les établissements pour la définition du T0

Indicateurs contribuant à la définition du T0		15 points
Logiciels d'aide à la prescription (LAP)	Taux d'équipement en logiciels d'aide à la prescription dont la version opérationnelle dans le service est certifiée (en nombre de services équipés) :	1
	Nombre de lits utilisant un LAP certifié / nombre total de lits de l'établissement	
	Nombre d'unités de soins utilisant un LAP certifié / nombre total d'unités de soins de l'établissement (y compris chirurgie, SSR, etc.)	1
	Nombre de lits et places informatisés / nombre total de lits et places de l'établissement.	1
Traçabilité informatisée	Traçabilité des médicaments : Nombre de lits informatisés de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration/ nombre de lits total	1
	Traçabilité des DMI : Nombre de DMI dont l'implantation est informatiquement tracée / nombre total d'unités de DMI implantées	2
Lettre de liaison de sortie IPAQSS /DPA (hospitalisation de courte durée)	Résultats du critère QLS	3
	Résultats du critère QLS 13 « traitements médicamenteux » (hospitalisation de courte durée)	2

## 9 indicateurs à compléter par les établissements pour la définition du T0

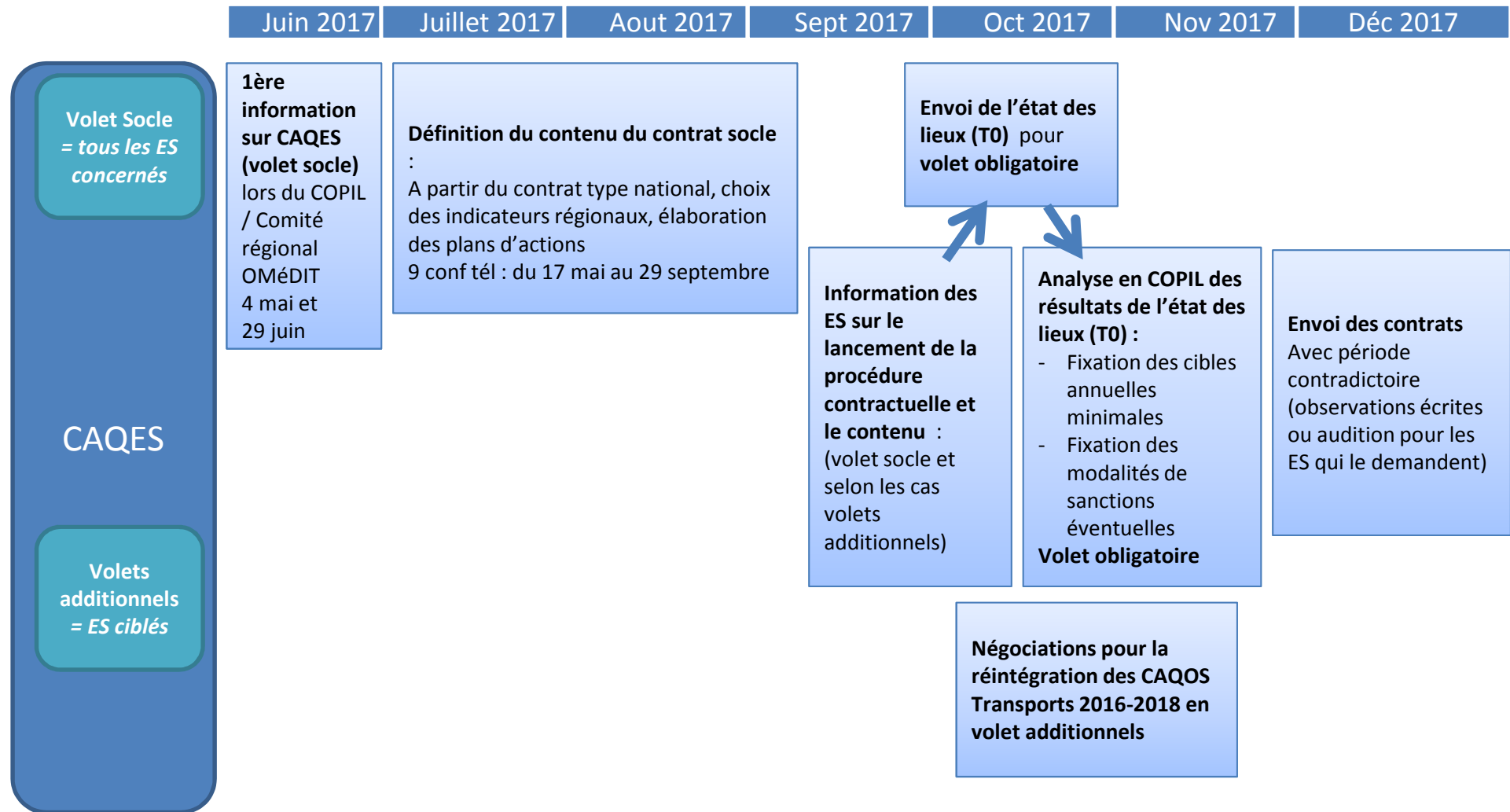
Indicateurs contribuant à la définition du T0		15 points
Déploiement de la pharmacie clinique	Taux de lits et places totaux bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient (hors EHPAD) au moyen d'un LAD : Nombre de lits et places bénéficiant d'une analyse pharmaceutique complète du patient au moyen d'un LAD / Nombre de lits et places total	2
	Taux de lits et places médico sociaux et USS-DSS bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient au moyen d'un LAD : Nombre de lits et places médico sociaux et USS-DSS bénéficiant d'une analyse pharmaceutique complète du patient au moyen d'un LAD / Nombre de lits et places médico sociaux et USS-DSS total	2

# Ordre du jour

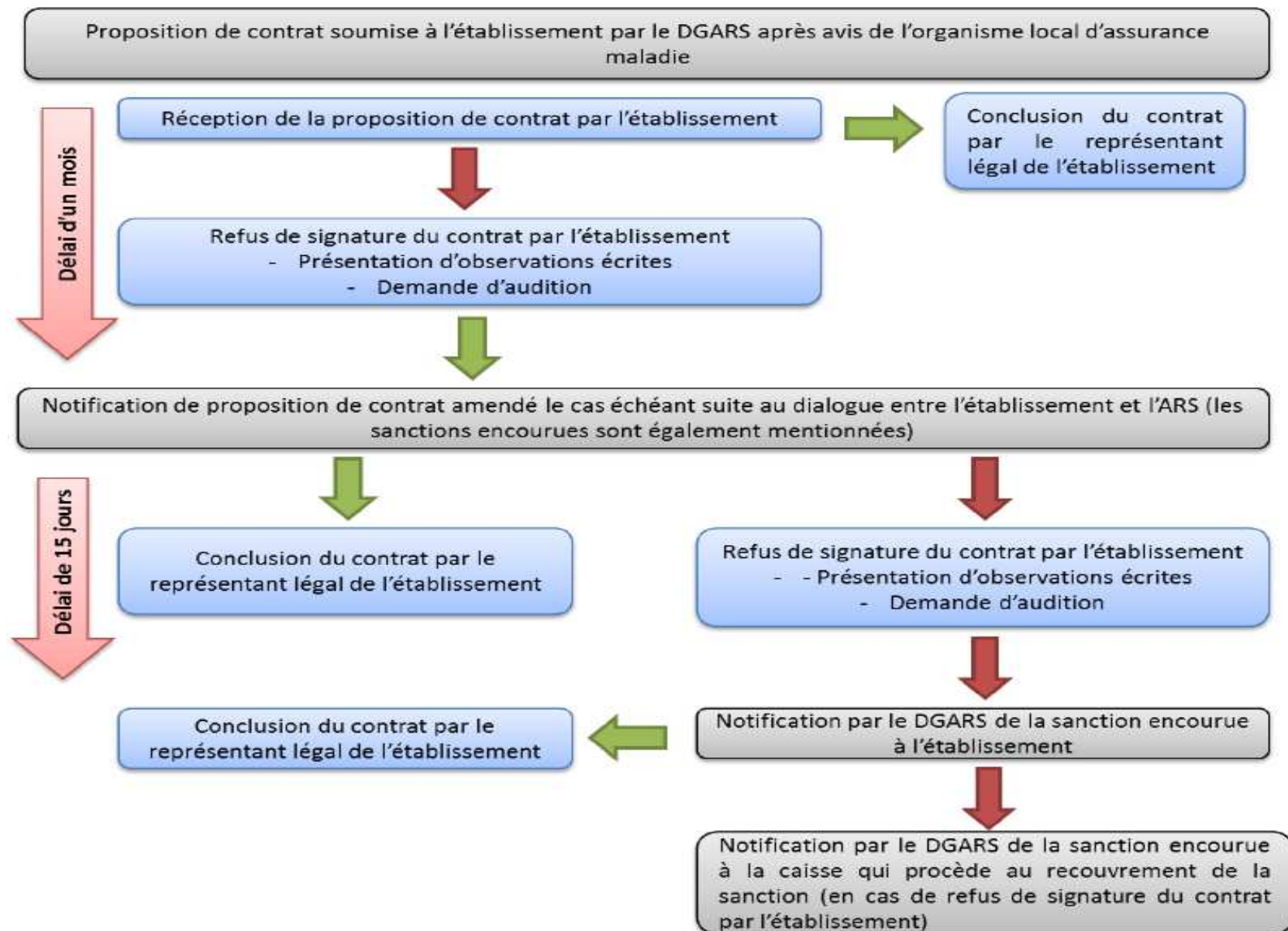
- Éléments de contexte – Présentation du CAQES
- Architecture générale du dispositif
- Modalités d'élaboration du rapport d'étape annuel pour le volet obligatoire
- **Modalités de déploiement du dispositif en région**



# Modalités de déploiement du dispositif en région



# Détail des procédures : contractualisation



# Modalités de déploiement du dispositif en région / volet obligatoire

Envoi d'un état des lieux (T0) le vendredi 13 octobre ➡ à retourner le 6 novembre

La synthèse régionale des « T0 2017 » permettra d'obtenir :

- la somme des points sur 79 critères et le pourcentage correspondant
- les résultats chiffrés des établissements pour 9 critères quantitatifs (LAP/Traçabilité/QLS/Analyse pharma)
  - Détail par ES et analyse régionale permettront de définir les **cibles pour chacun des 9 critères**, pour **considérer le critère comme « Réalisé », « Partiellement réalisé » ou « Non réalisé ».**

➤ COPIL du 14 novembre :

- fixera la **cible (pourcentage global)** à atteindre **pour l'année 2018** (évaluation en 2019) pour l'ensemble des établissements de la région
- **proposera les modalités de sanction** pour tout établissement qui n'atteindrait pas la cible (% de récupération sur exercice clos) au regard de simulations financières

Chaque année, au regard des résultats régionaux, le **COPIL réévaluera ces cibles annuelles** et les éventuelles modifications à apporter sur le **guide**.

# Exemple sur un ES MCO SSR

Rapport d'étape annuel du volet obligatoire du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiency des Soins (CAQES)

Objectifs opérationnels	Éléments d'appréciations	Éléments de preuves	Modalité de répartition des points			Réponses de l'établissement		
			Réalisé	Partiellement Réalisé	Non Réalisé	Réalisé	Partiellement Réalisé	Non Réalisé
<b>Art. 10-1. Diminution et évitement de la prise en charge thérapeutique des patients et de circuits des produits et prestations</b>								
Réalisation d'un protocole d'optimisation de la prise en charge thérapeutique des patients en EHPAD et en EHPAD de jour	Réalisation d'un protocole d'optimisation de la prise en charge thérapeutique des patients en EHPAD et en EHPAD de jour	Prise en compte des médicaments prescrits, des médicaments utilisés et des médicaments disponibles en EHPAD et en EHPAD de jour	1	1	1	Réalisé		
		Prise en compte des médicaments prescrits, des médicaments utilisés et des médicaments disponibles en EHPAD et en EHPAD de jour	1	1	1	Réalisé		
		Prise en compte des médicaments prescrits, des médicaments utilisés et des médicaments disponibles en EHPAD et en EHPAD de jour	1	1	1	Réalisé		
Réalisation d'un protocole d'optimisation de la prise en charge thérapeutique des patients en EHPAD et en EHPAD de jour	Réalisation d'un protocole d'optimisation de la prise en charge thérapeutique des patients en EHPAD et en EHPAD de jour	Prise en compte des médicaments prescrits, des médicaments utilisés et des médicaments disponibles en EHPAD et en EHPAD de jour	1	0,5	1	Réalisé		
		Prise en compte des médicaments prescrits, des médicaments utilisés et des médicaments disponibles en EHPAD et en EHPAD de jour	1	0,5	1	Réalisé		
		Prise en compte des médicaments prescrits, des médicaments utilisés et des médicaments disponibles en EHPAD et en EHPAD de jour	1	0,5	1	Réalisé		
		Prise en compte des médicaments prescrits, des médicaments utilisés et des médicaments disponibles en EHPAD et en EHPAD de jour	1	0,5	1	Réalisé		
		Prise en compte des médicaments prescrits, des médicaments utilisés et des médicaments disponibles en EHPAD et en EHPAD de jour	1	0,5	1	Réalisé		
		Prise en compte des médicaments prescrits, des médicaments utilisés et des médicaments disponibles en EHPAD et en EHPAD de jour	1	0,5	1	Réalisé		
		Prise en compte des médicaments prescrits, des médicaments utilisés et des médicaments disponibles en EHPAD et en EHPAD de jour	1	0,5	1	Réalisé		
		Prise en compte des médicaments prescrits, des médicaments utilisés et des médicaments disponibles en EHPAD et en EHPAD de jour	1	0,5	1	Réalisé		
		Prise en compte des médicaments prescrits, des médicaments utilisés et des médicaments disponibles en EHPAD et en EHPAD de jour	1	0,5	1	Réalisé		
		Prise en compte des médicaments prescrits, des médicaments utilisés et des médicaments disponibles en EHPAD et en EHPAD de jour	1	0,5	1	Réalisé		
		Prise en compte des médicaments prescrits, des médicaments utilisés et des médicaments disponibles en EHPAD et en EHPAD de jour	1	0,5	1	Réalisé		
		Prise en compte des médicaments prescrits, des médicaments utilisés et des médicaments disponibles en EHPAD et en EHPAD de jour	1	0,5	1	Réalisé		

Remplissage du T0 des :

- critères qualitatifs (79) : Réalisé/Part. Réalisé/Non Réalisé ou Non Concerné
- critères quantitatifs (9)



48 points – 49% sur le global

Un exemple de résultats quantitatifs : 89% sur le critère N°55 « Taux de lits et places totaux bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient »

Taux de lits et places totaux bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient (hors EHPAD) au moyen d'un LAD : Nombre de lits et places bénéficiant d'une analyse pharmaceutique complète du patient au moyen d'un LAD / Nombre de lits et places total	Fournir les nombres (numérateur sur dénominateur)	2	1	0	134	150
---	---	---	---	---	-----	-----

## Exemple de Médiane régionale du critère à 45%

La proposition au COFIL des modalités d'évaluation du critère N°55 pourrait être :

- Réalisé si > 50%
- Partiellement Réalisé si compris entre 26 % et 49%
- Non Réalisé si < 25%

# Exemple sur un ES MCO SSR

Rapport d'étape annuel du volet obligatoire du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES)

Objectifs opérationnels	Éléments d'appréciations	Éléments de preuves	Modalité de répartition des points				Réponses de l'établissement	
			Répondre	Répondre partiellement	Non réponde	Non réponde	Répondre	Non réponde
<b>Art. 10-1 : Modalités et administration de la prise en charge thérapeutique du patient et de circuits des produits et prestations</b>								
Mettre en œuvre une politique d'optimisation de la prise en charge thérapeutique du patient	Évaluer les modalités de prise en charge thérapeutique du patient en fonction de la complexité de son état clinique et de ses besoins de soins.	Parvenir à une prise en charge thérapeutique adaptée à la complexité de l'état clinique de chaque patient.	1	0	0	Répondre		
	Établir une politique d'optimisation de la prise en charge thérapeutique du patient.	Parvenir à une prise en charge thérapeutique adaptée à la complexité de l'état clinique de chaque patient.	1	0	0	Répondre		
	Évaluer les modalités de prise en charge thérapeutique du patient en fonction de la complexité de son état clinique et de ses besoins de soins.	Parvenir à une prise en charge thérapeutique adaptée à la complexité de l'état clinique de chaque patient.	1	0,5	0	Répondre		
	Établir une politique d'optimisation de la prise en charge thérapeutique du patient.	Parvenir à une prise en charge thérapeutique adaptée à la complexité de l'état clinique de chaque patient.	1	0,5	0	Répondre		
<b>Modalités de prise en charge thérapeutique du patient</b>								
Mettre en œuvre une politique d'optimisation de la prise en charge thérapeutique du patient	Évaluer les modalités de prise en charge thérapeutique du patient en fonction de la complexité de son état clinique et de ses besoins de soins.	Parvenir à une prise en charge thérapeutique adaptée à la complexité de l'état clinique de chaque patient.	1	0,5	0	Répondre		
	Établir une politique d'optimisation de la prise en charge thérapeutique du patient.	Parvenir à une prise en charge thérapeutique adaptée à la complexité de l'état clinique de chaque patient.	1	0,5	0	Répondre		
	Évaluer les modalités de prise en charge thérapeutique du patient en fonction de la complexité de son état clinique et de ses besoins de soins.	Parvenir à une prise en charge thérapeutique adaptée à la complexité de l'état clinique de chaque patient.	1	0,5	0	Répondre		
	Établir une politique d'optimisation de la prise en charge thérapeutique du patient.	Parvenir à une prise en charge thérapeutique adaptée à la complexité de l'état clinique de chaque patient.	1	0,5	0	Répondre		
<b>Prise en charge des urgences</b>								
Mettre en œuvre une politique d'optimisation de la prise en charge thérapeutique du patient	Évaluer les modalités de prise en charge thérapeutique du patient en fonction de la complexité de son état clinique et de ses besoins de soins.	Parvenir à une prise en charge thérapeutique adaptée à la complexité de l'état clinique de chaque patient.	2	1	0	100	100	
	Établir une politique d'optimisation de la prise en charge thérapeutique du patient.	Parvenir à une prise en charge thérapeutique adaptée à la complexité de l'état clinique de chaque patient.	2	1	0	100	100	
	Évaluer les modalités de prise en charge thérapeutique du patient en fonction de la complexité de son état clinique et de ses besoins de soins.	Parvenir à une prise en charge thérapeutique adaptée à la complexité de l'état clinique de chaque patient.	2	1,5	0	Répondre		
	Établir une politique d'optimisation de la prise en charge thérapeutique du patient.	Parvenir à une prise en charge thérapeutique adaptée à la complexité de l'état clinique de chaque patient.	2	0	0	Répondre		
<b>Prise en charge des urgences</b>								
Mettre en œuvre une politique d'optimisation de la prise en charge thérapeutique du patient	Évaluer les modalités de prise en charge thérapeutique du patient en fonction de la complexité de son état clinique et de ses besoins de soins.	Parvenir à une prise en charge thérapeutique adaptée à la complexité de l'état clinique de chaque patient.	2	0	0	Répondre		
	Établir une politique d'optimisation de la prise en charge thérapeutique du patient.	Parvenir à une prise en charge thérapeutique adaptée à la complexité de l'état clinique de chaque patient.	2	0	0	Répondre		
	Évaluer les modalités de prise en charge thérapeutique du patient en fonction de la complexité de son état clinique et de ses besoins de soins.	Parvenir à une prise en charge thérapeutique adaptée à la complexité de l'état clinique de chaque patient.	2	0	0	Répondre		
	Établir une politique d'optimisation de la prise en charge thérapeutique du patient.	Parvenir à une prise en charge thérapeutique adaptée à la complexité de l'état clinique de chaque patient.	2	0	0	Répondre		
<b>TOTAL (en points - sur 99 points)</b>								<b>47</b>
<b>Pourcentage d'atteinte des objectifs</b>								<b>48%</b>

A partir des résultats bruts du T0 de l'ES :

- critères qualitatifs : 48 points
- critères quantitatifs (9) : cible minimale 4 sur 15 points

→ décidés par COPIL pour 1<sup>ère</sup> année



Exemple de simulation pour tous les ES

- 52 points du score global
- Pourcentage global : 53%

## Décision en COPIL :

- cible régionale pour 2018
- cibles révisées annuellement en COPIL au regard de l'analyse des rapports d'étape de l'année précédente

# Modalités d'évaluation du CAQES

- Respect des engagements apprécié au regard de l'écart entre le pourcentage GLOBAL de l'établissement et la cible régionale annuelle.
- **Sanction envisagée lorsque l'établissement n'atteindra pas la cible** fixée chaque année par COPIL et si aucune dynamique (augmentation significative du % global d'une année sur l'autre) n'a été identifiée.

**COPIL : se réunira tous les ans afin d'apprécier les écarts à la cible** et l'évolution des % sur deux ans pour tous les établissements de santé

Afin de limiter les sanctions, et sur la base de l'expérience des CBU, les sanctions financières relatives au volet obligatoire pourraient être les suivantes (en prenant en compte les cas particuliers - extrêmes ):

Ecart à la cible régionale (en points cible année N)	Proposition de sanction (% produits assurance maladie N-1)
de 1 à 2 points	0.01%
de 3 à 4 points	0.02%
de 5 à 6 points	0.03%
de 7 à 8 points	0.04%
...	...

Produits reçus des RGAM / Sanctions (0,01%) :  
1 million d'€ : 100€  
500 millions d'€ : 50 000€

Sera discuté en COPIL du 14/11/2017

# CAQES : Calendrier de mise en œuvre

