

COMITE TECHNIQUE CAQES	
Constitution du Groupe de travail	Sollicitation des membres des Fédérations Hospitalières (FHF, FEHAP, FHP, UNICANCER) Assurance maladie ARS
Première Réunion de travail	Réunion Plénière à ARS Lyon salle des Terreaux <u>Lundi 05 février de 14h00 à 17h00</u>
Prochaines réunions	<ul style="list-style-type: none"> ○ 2ème réunion : Prévues le Mardi 27 février 14h00 à 17h00 est reculée au MERCREDI 28 FEVRIER de 14h00 à 17h00 En visio sur ARS LYON dans la Salle Pilat En visio sur ARS CLERMONT dans la salle Jordanne (salle 230 - 2è étage) ○ 3ème réunion : Prévues Mardi 13 mars 14h00 à 16H30 est avancée au LUNDI 12 MARS de 14h à 17h00 En visio sur ARS LYON dans la Salle Croix Rousse En visio sur ARS CLERMONT dans la salle Dore (salle 429 - 4è étage) <p>Ces changements sont en lien avec une problématique de disponibilité de salles adaptées.</p>
Objectifs	Concevoir un document didactique d'aide au remplissage du CAQES Contrat d'Amélioration Qualité Efficience des Soins
Date de publication du guide	Fin mars 2018

<u>RELEVÉ DE DECISIONS – Réunion plénière du 05 Février 2018</u>	
Rédigé par OMEDIT ARA	
Personnes présentes	Cf annexe feuille d'émargement
Contexte et Objectifs de la séance plénière	<p>Une première trame de travail a été élaborée par l'OMEDIT ARA tenant compte des différentes remarques et remontées effectuées par les établissements auprès de l'ARS.</p> <p>A partir de ce premier document de travail, chacun des indicateurs a été discuté selon les modalités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Validation du périmètre des indicateurs (MCO / SSR / HAD / PSY / DIALYSE) ; ● Validation des modalités de recueil ; ● Validation de la liste des outils à développer pour aider les Etablissements de santé (ES). <p>Un tour de table a permis de faire remonter les différentes remarques des fédérations et leurs représentants concernant les différents indicateurs.</p>

🔄 Tour de table des fédérations

Mme Bonnefoy (Fédération Hospitalisation de France) :

- Le CAQES doit être une aide pour tous les ES quelle que soit leur taille.
- Il semble important de se focaliser sur la dynamique de l'ES et non sur le score de l'indicateur lui-même.
- Quelles vont être les modalités de modification du CAQES ? Le scoring semble déjà figé. Y a-t-il malgré tout une possibilité d'évolution ?

→ **Mme Corinne Rieffel (CR) :** Le CAQES est signé au regard des indicateurs de l'annexe. Il a pour objectif général d'assurer un suivi et de promouvoir la qualité et la sécurité des soins. Pour ce faire, l'élaboration du guide doit permettre aux différents établissements de bien comprendre les objectifs de chaque indicateur. Il permettra aussi sera là pour d'établir l'évolution du scoring et des cibles au regard du premier état des lieux du REA de 2018.

Dr Rauch (FHP) :

- Quelle est la nécessité d'avoir ce contrat « CAQES » en plus de l'accréditation qui est une démarche qualité continue qui mobilise déjà le plus grand nombre de professionnels ?

→ **Corinne Rieffel (CR) :** Le CAQES se substitue au CBU ; contrat existant depuis 2006. Ce n'est donc pas une démarche nouvelle. Le CAQES est contrat global contenant un volet supplémentaire sur les produits de santé. Il permet un suivi ciblé en plus de la démarche qualité initiée par la certification. Le CAQES s'intègre dans une démarche nationale.

- Ce CAQES fait craindre la mise en place d'un outil de contrôle des médecins libéraux.

→ **CR :** En ville ce type de suivi ciblé sur les produits de santé est déjà réalisé et ne pose pas de problème. Il semble important d'avoir un suivi homogène entre les ES publics et les ES privés.

Mr Caquot (FEHAP) :

- Des réserves de principe sont émises sur l'aspect PHEV et notamment sur le suivi et la transmission d'information par l'assurance maladie (AM).

→ **L'Assurance Maladie (AM) :** Un des objectifs va être d'élaborer et de transmettre un Calendrier de diffusion des données.

- L'Etat des lieux évoqué devrait prendre en compte les spécificités de l'ES. Il devrait permettre d'élaborer une cible non pas sur une moyenne nationale mais bien sur une moyenne tenant compte des spécificités pouvant expliquer les résultats d'un indicateur comme pour les PHEV par exemple.

→ **L'AM :** Pour les PHEV jusqu'à présent seuls les ES MCO publics étaient concernés. Avec le CAQES, il y a un élargissement de ces indicateurs à d'autres structures. Cette montée en charge par l'AM va se faire progressivement.

- Il y a une demande des ES pour que le suivi soit réalisé sur le FINESS géographique et non pas seulement FINESS juridique.

→ **L'AM :** C'est en effet un des objectifs des indicateurs du CAQES. Des mesures sont en cours au niveau de la ville. Un travail devra être fait pour parvenir à ce résultat au niveau du secteur privé.

- Le CAQES concerne un nombre important d'établissements. Ces établissements ont des profils d'activités extrêmement différents. Il y a un réel travail d'élaboration de cibles adaptées au type d'établissement : il faudra trouver le comparateur le plus adapté, ne pas comparer les données des MCO aux plus petits ES.

Mme Piquet-Gauthier (Dialyse) :

La dispensation nominative va être difficile à mettre en place car elle ne répond pas aux besoins des sites éloignés. C'est un indicateur à discuter.

Mr Favier (UNICANCER)

- Il faudra tenir compte des délais d'organisation nécessaire à l'ES (fonction des moyens de celui-ci) pour mettre en place les objectifs demandés par le CAQES. Ce besoin est d'autant plus marqué pour les nouvelles structures n'ayant pas connu le CBU (cas des SSR).
- **CR** : La progressivité du scoring évoqué dans le CAQES et le guide sont là pour répondre à ce besoin.

🔄 Tour de table des indicateurs :

Partie 1 : Amélioration et sécurisation
--

1.1.1 : Taux de prescriptions de sorties informatisées

Propositions du groupe de travail :

- **Méthode 1** : recueil idéal par requête informatique mais tous les établissements n'ont pas cette possibilité. On considère que le Dénominateur est égal au nombre de SORTIE d'Hospitalisation sur 12 mois (données pouvant être fournies par le DIM)
- **Méthode 2** :
 - Remarque : Lorsqu'un ES est informatisé, il n'y a plus de dossier papier. Comment savoir si en l'absence de prescription de sortie informatisée, il n'y a pas eu réellement de prescription de sortie ou il n'y a eu aucune prescription de sortie ?
 - Prévoir audit sur dossier papier et/ou DPI
 - OMEDIT ARA vérifie s'il n'est pas possible de calculer ce taux en même temps que l'IPAQSS : Proportion d'ordonnance de sortie (indicateur rendu tous les 2 ans)

Réponse : Il est possible de recueillir cet indicateur au même moment que l'IPAQSS mais le recueil ne s'effectue que tous les 2 ans, la méthodologie du tirage au sort ne cible pas les Hôpitaux de jour et ce tirage au sort concerne 120 dossiers.

Ou de calculer ce taux en même temps que l'indicateur « *prescription de sortie* » demandé pour le suivi du programme hôpital numérique.

 - Méthodologie du tirage au sort est à définir
- **Méthodologie** : Laisser au choix des ES les 2 méthodologies de recueil : requête (M1) ou audit (M2)
- **Périmètre** : Exclusion des établissements de type DIALYSE car pas d'ordonnance de sortie en dialyse.

1.1.2 : Taux d'équipement en LAP (tous les LAP) proportion de lit :

Propositions du groupe de travail :

- **Périmètre** :
 - Tous les lits installés (et non uniquement les "lits autorisés") y compris Hôpital de Jour (HdJ). Il faut donc comptabiliser les lits et les places.
 - Inclure les lits de réanimation même si le logiciel est différent. Cela est intéressant pour réaliser un état des lieux et proposer ensuite des cibles adaptées.
- **Méthodologie** :
 - OMEDIT ARA doit proposer un tableau de recueil commun avec critère 1.1.3
 - OMEDIT ARA doit proposer la liste des LAP certifiés.

1.1.3 : Taux d'équipement en LAP : nb unité de soins :

Propositions du groupe de travail :

- **Périmètre**:
 - Dans le cadre du guide l'unité de soin est définie comme une « Entité géographique ».
 - Les hôpitaux de jour sont inclus dans le périmètre.
- **Méthodologie** :
 - OMEDIT ARA devrait fournir un tableau de recueil commun avec critère 1.1.2

OMEDIT ARA devrait fournir liste des LAP certifiés.

1.1.4 : Listing des logiciels utilisés au sein de l'établissement :

Propositions du groupe de travail :

- **Périmètre :**

- Toutes les UF y compris les consultations externes
- Le guide doit préciser la définition d'une consultation externe :

Définition proposée des « Consultations Externes » :

Les consultations externes se déroulent au sein de l'établissement pour un patient non hospitalisé. Les consultations externes ne concernent pas le praticien qui consulte en dehors de l'établissement au sein d'un cabinet privé en ville.

L'établissement met à disposition du prescripteur un LAP qui sera utilisé pour réaliser les prescriptions effectuées au cours de cette consultation, sur le dossier informatisé du patient.

Nb : Exclusion des LAPS utilisés dans les cabinets privés en ville

1.1.5 : Actions de sensibilisation envers les prescripteurs à recourir à un LAP :

Proposition du groupe de travail :

- L'objectif sera de détailler les actions de sensibilisation. Pour cela il faut laisser une zone de texte libre au niveau de la rubrique consacrée.

1.2.1 : Taux de prescriptions incluant le numéro de RPPS....

Remarques :

L'ASSURANCE MALADIE (AM) précise pour :

- **ESPIC et/public :**

→ l'AM enverra un bilan de la répartition des ordonnances contenant le FINESS Géographique VS Ordonnances contenant le FINESS Juridique. Même démarche pour la présence ou non du RPPS sur l'ordonnance de sortie.

→ Les Données seront envoyées par l'AM tous les 6 mois.

- **Etablissements privés (et Psy):** Pas de données exhaustives disponibles pour le moment : Les chirurgiens- utilisent souvent les ordonnances de leur cabinet de ville, à la place des ordonnances hospitalières.

→ L'AM préconise de repérer les prescriptions remboursées à J-1 et J+1 de la sortie d'hospitalisation

- HAD et Dialyse : Il semble souhaitable de neutraliser pour 2018 un certain nombre d'indicateurs pour les HAD et les Dialyse. Cette neutralisation devrait être instaurée en attendant qu'une réflexion commune soit menée permettant d'aboutir à une proposition d'avenant avec des indicateurs plus adaptés pour ces structures spécifiques.

L'AM rapporte qu'il existe un problème de fiabilité sur la re-transcription des infos (FINESS/RPPS) lors de la saisie par le pharmacien officinal. Pour limiter ce biais des **mesures incitatives sont en cours par l'AM** (ROSP pharmacien)

Les Objectifs de l'AM sont d'identifier à terme pour chacune des ordonnances de sortie le couple " RPPS médecin" et "FINESS Géographique de l'établissement".

L'objectif final est de permettre une analyse fine et détaillée des PHEV pour les établissements Publics et Privés.

Propositions du groupe de travail

- **Périmètre** : Exclure les HAD et centres de dialyse pour cet indicateur (en dialyse : pas d'ordonnances de sortie)
- **Scoring** : Seuil de **100% validé** car ce critère est réglementaire :
« *Instruction DGOS/MSIOS no 2010-396 du 29 novembre 2010 relative aux modalités de marquage des prescriptions hospitalières exécutées en ville avec les codes à barre* ».
- **Méthodologie**: Utiliser les mêmes dossiers que pour le **critère 1.1.1**
--> Voir Méthodologie des audits pour l'IPAQSS et pour les critères Hôpital Numérique
- Les données de l'audit réalisé seront à comparer avec les données communiquées par l'assurance maladie pour les établissements concernés.

1.2.2 : Taux de prescriptions incluant le numéro RPPS ... (dénominateur: ordonnances intra hospitalières) : indicateur neutralisé

PARTIE 3 : Biosimilaire, PHEV, liste en sus...

3.1.1 : Nombre de boîtes dans le répertoire générique/Nombre boîtes PHEV

Remarques :

L'AM communiquera prochainement un Calendrier de mise à disposition des données.

- Les données 2017 nationales seront disponibles en avril 2018
- Les données régionales 2017 années complètes, sont déjà disponibles. Une réunion est prévue très prochainement pour discuter de l'envoi des données.

Propositions du groupe de travail

- **Périmètre** : ordonnance de sortie + consultation externe (PUBLIC et ESPIC).
Indicateur non applicable pour les autres établissements pour 2018 uniquement. A réévaluer selon l'état d'avancement de l'AM (montée en charge).

3.1.2 : Taux de prescriptions dans le répertoire générique : nb d'UCD délivrées au répertoire des génériques (intra hospitalier)

Propositions du groupe de travail

- **Périmètre** : MCO, HAD
- **Méthodologie** :
 - Ratio= (somme des UCD de médicaments appartenant au répertoire des génériques (princeps +génériques) délivrées sur 1 an / (Somme de toutes les UCD délivrées sur 1 an)
 - Exemple : la prescription d'une fluoroquinolone non génériquable IZILOX® (moxifloxacine) entraîne une baisse du taux, alors que la prescription de TAVANIC® (levofloxacine) augmentera le taux
 - OMEDIT ARA doit proposer un Outil type tableau de recueil pour aider au calcul du taux
 - Remarque : Il semble indispensable que cet indicateur soit anticipé. Il doit être réfléchi lors du référencement des médicaments, de l'inscription, des marchés et de l'inscription au livret.

3.2.1 Taux de prescription biosimilaire : intra-hospitalier indicateur neutralisé

3.2.2 : Taux de prescriptions biosimilaire : nb de boîte (PHEV)

Propositions du groupe de travail

- **Méthodologie** : Le Ratio sera communiqué par l'assurance maladie.
Numérateur = nombre de boîte de biosimilaires prescrites en PHEV

Dénominateur = nombre de boîtes de médicaments inscrits dans le répertoire des biosimilaires (référénts+biosimilaires) prescrites en PHEV.

NB : les médicaments biologiques concernés sont : EPO Epnex[®], G-CSF Neupogen[®], anti-TNF Enbrel[®], insuline glargine, Lantus[®]

la prescription de médicaments biologiques non-inscrits au répertoire des biosimilaires n'a pas d'impact sur le taux (exemples le Mircera[®], l'aranesp[®], Neorecormon[®], Granocyte[®], Neulasta[®], ...).

3.2.3 : Nombres d'UCD délivrées de médicaments biosimilaires :

Propositions du groupe de travail

- **Périmètre** : MCO, dialyse, HAD, SSR
- **Méthodologie** :
 - Requête réalisée par ES : ne concerne pas seulement les primo- prescriptions mais l'ensemble des prescriptions.
 - Numérateur = nombre d'UCD de biosimilaires délivrés en intra hospitalier sur l'année
 - Dénominateur = nombre d'UCD de médicaments inscrits dans le répertoire des biosimilaires (référénts+biosimilaires) délivrés en intra hospitalier sur l'année
=> Si le médicament n'a pas de biosimilaire (il n'est donc pas dans le répertoire des biosimilaires), il ne sera pas comptabilisé dans cet indicateur.
Exemple : la prescription de Mircera[®] ne sera donc pas comptabilisée car pas dans le répertoire des médicaments biosimilaires.
La prescription de l'Epnex[®] baissera le taux car bien inscrit au répertoire des médicaments BIOSIMILAIRES et correspond au médicament référent.
La prescription de Binocrit[®] améliorera le Taux car il s'agit bien du médicament Biosimilaire.

3.2.4 : Nombres de boîtes médicaments biosimilaires PHEV :

Propositions du groupe de travail

- **Périmètre** : MCO, HAD, SSR, PSY, dialyse.
Les Centres de santé (consultation pré dialyse) sont en dehors du champ du CAQES
- **Méthodologie** :
 - Le numérateur lui, reste le même que celui de l'indicateur 3.2.3 (biosimilaire)
 - Le Dénominateur = toute la classe c'est à dire toutes les EPO disponibles sur le marché et pas uniquement le répertoire des médicaments biosimilaires (idem pour G CSF)
Exemple : les prescriptions de Mircera[®], l'Aranesp[®], Neorecormon[®], Granocyte[®], Neulasta[®] seront comptabilisées.

PARTIE 2 : Développement des pratiques pluridisciplinaires

2.1.1 : Taux de prescription hors référentiels (RTU, AMM) pour les médicaments et produits et prestations de la liste en sus (dans le cadre du SPI)

Propositions du groupe de travail

- **Périmètre** : DMI = TAVI.
- **Méthodologie** :
 - Pour les médicaments : Ne pas demander de suivi ANNUEL car le recueil des informations est long à mettre en œuvre → Durée de suivi 6 mois maximum
 - Pour les TAVI : poursuite du Suivi annuel
 - Préciser si le SPI concerne uniquement les prescriptions que l'on soumet au remboursement

- Attention il faudra, pour les Médicaments, croiser le SPI et référentiel ATIH pour renseigner le code indication → Mise en application Reportée en Juin 2018
- Nécessité que l'OMEDIT ARA échange avec les autres OMEDIT pour avoir la même lecture de l'indicateur.
- Redéfinir le nombre d'audits pour obtenir le point bonus (1 point maximum)
- **Cible** : elle sera fixée au niveau national

2.1.2 : Présentation du suivi annuel des médicaments de la liste en sus :

Pour information : La Diffusion du suivi des dépenses et l'envoi des données sur le profil ASMR V par L'OMEDIT ARA va se poursuivre.

Envoi du suivi des dépenses de la LES pour mi-mars

2.1.6 : L'établissement a mis en place des dispositions visant à respecter les conditions (achat, fourniture et d'utilisation) des DM soumis à l'inscription sur la liste dite « intra-GHS ».

L'OMEDIT ARA devrait faire suivre la note « intra GHS » aux ES.