

LE CAQES EN DETAIL



*Marie-Hélène Bertocchio - Véronique Pellissier
Coordination Observatoire du Médicament, des dispositifs médicaux et de l'Innovation thérapeutique*

PLAN

- 1) CONTEXTE**
- 2) DEPLOIEMENT DU CAQES**
- 3) IMPACT DU CAQES**
- 4) CHIFFRES CLES**
- 5) ANALYSE DES PLANS D' ACTIONS**
- 6) PERSPECTIVES**

1) CONTEXTE

→ Constat :

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

→ Proposition :

- Un contrat simplifié reposant sur un même support
- Un dialogue de gestion unique
- Une priorisation des actions

Contrat simplifié - nouveau dispositif

Contrat simplifié



MCO, SSR
et PSY

CONTRAT SOCLE :
Volet obligatoire = CDI

Contrat de bon usage des médicaments, des
produits et des prestations

CAQOS médicament: atteinte des taux cibles

Contrat de régulation de la liste en sus

VOLETS ADDITIONNELS
= max 5 ans

- CAQOS transport
- Contrat Pertinence
- Contrat Qualité



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 contrat simplifié

CONTRAT D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE L'EFFICACITÉ DES SOINS

Entre:

ARS - **organisme local d'AM** - établissement de santé

Chapitre I. Conditions générales d'application

Art. 1: objet du contrat

Améliorer la qualité et la sécurité – pertinence des soins et des prescriptions – maîtrise des dépenses

Art. 2: durée du contrat

- Socle: indéterminée
- Volets additionnels: 5 ans

Art. 3: obligations générales des parties

- Etablissements
- ARS et organisme local d'AM

Art. 4: sources des données utilisées

Art. 5: évaluation

Rapport d'évaluation – indicateurs

Art. 6: intéressement et sanction

Sanction financière; réduction du taux de prise en charge (LES); procédure de mise sous accord préalable

Art. 7: révision du contrat

Avenant

Art. 8: résiliation d'un volet du contrat

Avenant de résiliation (au 31/12 de l'année en cours)

Art. 9: voies de recours

- Contestation de la sanction: tribunal administratif (TA)
- Contestation du montant de la sanction ou des modalités de recouvrement ou du montant de l'intéressement: tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS)

Difficultés rencontrées par les acteurs

- Trop d'indicateurs et pas assez d'individualisation de ces derniers par manque de temps
- Certains indicateurs difficiles à définir et utiliser
- Opposition de certaines fédérations : FNEHAD sur les indicateurs, FHP sur l'ensemble du dispositif

NB: contentieux national FHP contre les textes CAQES

- Mesures de l'activité et fixation des objectifs dans les cas de regroupement d'établissements
- Calendrier de communication des données pour chaque volet

Intéressement CAQES

- Principe :
 - Introduction en PLFSS 2018 d'un intéressement **pour tous les volets du contrat**
 - Financement par le Fonds d'intervention régional (FIR)
- Application pour l'activité 2018 :
 - **Sur la base de l'activité 2018** : évaluation et versement en 2019
 - **Sur les activités des années suivantes** : les crédits FIR seront majorés des économies constatées et répartis par région au regard des résultats
 - ➔ Une enveloppe spécifique sera en outre dévolue à la diffusion des biosimilaires selon des modalités qui ont été communiquées.

Sanctions CAQES

- **2018** : pas de sanction sur les résultats de l'activité 2017 en l'absence de base légale
- **2019** : pas de sanction sur les résultats de l'activité 2018 pour laisser le temps aux établissements de se familiariser avec le nouveau dispositif et ajuster le contrat

2) DÉPLOIEMENT DU CAQES 2018

➤ Bilan de clôture et état des lieux du CAQES en PACA

Bilan de clôture du CBU et d'entrée dans le CAQES

Département	Nombre d'ES concernés	Nombres de bilan reçus	
04	16	16	
05	19	18	<i>Rhône azur 2 sites 1 réponse</i>
06	57	64	<i>Monaco 2 réponses par site pour 1 entité</i>
13	108	108	
83	51	51	
84	28	27	<i>1 hors délai</i>

Le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES)

- ✓ CONTINUITE du CBU
- ✓ PONT entre CBU et Certification HAS
- ✓ Des INDICATEURS intégrés dans un PLAN d'ACTIONS
- ✓ 2 AXES majeurs : qualité et efficience

Nouveautés du CAQES et approche en région PACA :

- Nouveauté pour les ES SSR et psychiatrique (sans CBUM auparavant)
- Élargissement de la contractualisation à tous les ES de tout statut et non plus que les MCO = 292 ES signataires de socle obligatoire du CAQES en PACA !
- Mise en œuvre du socle obligatoire du CAQES (CBUM + PHEV le cas échéant + LES le cas échéant) au 1^{er} janvier 2018 imposant un retroplanning serré
- Importance de l'évaluation –bilan des précédents CAQOS, aussi bien quantitativement que qualitativement pour un retour envers les ES et fédérations
- Importance de la pédagogie et de la bonne diffusion de l'information sur l'objectif des CAQES et l'accompagnement mis en place : information aux fédérations + importance des réunions de formation de proximité en DD au plus proche des ES

Déploiement du CAQES 2018 : contrat socle

Méthodologie de présentation

- 1 présentation aux fédérations régionales de l'hospitalisation le 5 juillet 2017
 - 1 réunion de présentation du déploiement et du plan d'action régional type aux réseaux ARS-DD et CPAM –ELSM en visioconférence régionale le 7 septembre 2017
 - 11 réunions d'information en septembre 2017 dans les départements destinées à tous les établissements de santé (*invités : Directeur, président CME ou représentant, pharmacien gérant de PUI*) afin de présenter les enjeux du contrat, l'outil excel et l'échéancier à chaque fois en présence de l'Assurance Maladie du département.
- **Etat d'esprit : pragmatisme, écoute et souplesse dans un contexte de lancement d'un nouveau contrat.**
- **Importance de l'opérationnalité des plans d'actions afin de donner du sens**

Déploiement du CAQES 2018 : plan d'action

- **Un modèle régional uniforme de plan d'actions (Excel) créé par l'OMEDIT PACA-CORSE** pour le socle obligatoire Produits de santé à remplir (liens faits avec les exigences et observations notés dans les rapports de certification HAS des ES de PACA).
- **Des indicateurs à suivre :**
 - 4 indicateurs nationaux réglementaires chiffrés (MO, DMI, PHEV et prescription répertoire générique) imposés
 - Quelques d'indicateurs régionaux (14)
 - Pour les autres indicateurs, les ES se fixent leurs propres indicateurs « balise » selon leur degré de maturité et niveau d'avancement (« contrat de confiance »).
- **Important travail de hot-line réalisé par l'Omedit PACA CORSE et les pharmaciens inspecteurs** pour accompagner, rassurer les ES dans leur remplissage de plan d'actions entre septembre et décembre 2017

Déploiement du CAQES 2018 : freins et leviers

➤ Éléments facilitateurs du déploiement (leviers):

- Etat d'esprit souple pour le lancement en PACA
- Mise à disposition par l'OMEDIT d'un modèle de plan d'action à remplir
- Ecoute attentive des fédérations régionales de la part de l'ARS

➤ Remarques remontées par les ES lors des réunions départementales (freins) :

- Non accessibilité de certains indicateurs gratuitement et en « presse bouton » dans leur Système d'Information Hospitaliers (SIH)
- Besoin de mise à niveau et d'investissements dans les SIH des ES à prévoir par la suite (question de savoir si accompagnement financier prévu par le ministère...??).

Déploiement du CAQES 2018 : Point de vigilance

- La qualité des SIH dans le domaine des produits de santé
- Lancement d'un travail dans le cadre d'une instance régionale de travail (ICR SI) des systèmes d'information avec des représentants métiers d'ES par l'ARS PACA et l'OMEDIT PACA-CORSE
- Contrat à faire vivre de manière simple et pragmatique dans le temps pour que les ES s'en empare comme un outil sur le terrain
- Questions FHP sur : les sources de données, demande à ce que le contrat n'établisse plus de lien entre la mise en œuvre de moyens par l'établissement et le respect d'un taux d'évolution des dépenses,

Etat des lieux du CAQES en PACA

Département	STATUT			CHAMPS D'ACTIVITÉS				
	public	privé	ESPIC	MCO	SSR	psy	USLD	commentaire
04 (N=16)	9	6	1	11	5			
05 (N=19)	5	9	5	6	12	1		dont 1 dialyse en MCO
06 (N=57)	12	35	10	31	20	5	1	dont 2 dialyse et 1 HAD
13 (N=108)	13	75	20	52	35	21		dont 6 dialyse et 4 HAD MCO
83 (N=51)	8	36	7	24	22	5		dont 4 dialyse et 3 HAD
84 (N=28)	12	13	3	21	5	2		dont 1 dialyse et 1 HAD
total	59	174	46	145	99	34	1	

Établissements signataires d'un CAQES en 2017

3) IMPACT DU CAQES SUR L'INFORMATISATION HOSPITALIÈRE

Les indicateurs nationaux impactant les ressources informatiques

Obligations	Indicateurs
<i>Art. 10: Obligations générales de l'établissement</i>	
<i>Art. 10-1 : amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations</i>	
Utilisation des logiciels d'aide à la prescription 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	Taux de prescriptions de sortie informatisées y compris consultations externes : nombre de prescriptions de sortie informatisées / nombre total de lignes-de prescriptions de sortie - Taux d'équipement en logiciels d'aide à la prescription dont la version opérationnelle dans le service est certifiée (en nombre de services équipés) : 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

Les indicateurs nationaux impactant les ressources informatiques

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	Taux de prescriptions incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement : - nombre d'ordonnances de sortie délivrées précisant le numéro FINESS et RPPS / nombre total d'ordonnances de sortie - nombre d'ordonnances intra-hospitalières précisant le numéro RPPS / nombre total d'ordonnances intra-hospitalières
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	Traçabilité des médicaments : - Nombre de lits informatisés de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration / nombre de lits total Traçabilité des DMI : - nombre d'unités de DMI dont l'implantation est informatiquement tracée / nombre total d'unités de DMI implantées - Déploiement de la classification CLADIMED © : nbre d'unités de DMI stockées enregistrées selon la classification CLADIMED dans l'établissement / nombre d'unités de DMI stockées dans l'établissement

Les indicateurs nationaux impactant les ressources informatiques

Article 10-1 : amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations

L'établissement, dans le respect des référentiels de bonnes pratiques existants, souscrit à des engagements relatifs aux médicaments et aux produits et prestations qui prennent la forme d'un plan d'actions pluriannuel devant porter notamment sur les points suivants :

- le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ;
- la prescription en dénomination commune internationale (DCI) ;
- la traçabilité depuis la prescription jusqu'à l'administration des médicaments ou jusqu'à l'utilisation pour les dispositifs médicaux au travers de l'informatisation du parcours patient ;
- l'informatisation et la traçabilité, notamment au travers de la dispensation à délivrance nominative 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 code de la sécurité sociale, de la prescription jusqu'à l'implantation du dispositif médical ;
- l'utilisation des logiciels d'aide à la prescription pour toutes les prescriptions de médicaments par les praticiens 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 ;

Exigence de l'arrêté

- **Informatisation du circuit des produits de santé en hospitalisation**
 - Utilisation d'un LAP certifié
 - Médicaments
 - Prescription en DCI
 - Analyse pharmaceutique
 - Délivrance nominative
 - Validation de l'administration
 - DMI
 - Prescription
 - Traçabilité jusqu'à la pose sur le patient
 - Listes en sus de la T2A
 - Traçabilité de l'indication
 - Traçabilité du prescripteur
 - Traçabilité du hors AMM

Volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations

	Indicateurs	Outils
Prescription	Logiciel certifié par la HAS pour toutes les prescriptions de médicaments (sortie, consultations externes)	
	Prescription incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'ES	
	Prescription en DCI	
	Indication et durée de prescription pour antibiotiques	
	Prescription initiale hors référentiel (RTU, AMM) pour les médicaments et produits et prestations de la liste en sus	Requête
	Prescription de génériques pour les PHEV (excluant le paracétamol)	Requête
	Prescription de biosimilaires en intra-hospitalier pour certaines classes de médicaments	Requête
	Prescription de biosimilaires pour les PHEV pour certaines classes de médicaments	Requête
Délivrance	Dispensation à délivrance nominative	
	Délivrance des génériques et biosimilaires (UCD)	Requête
Traçabilité	Traçabilité des médicaments de la prescription jusqu'à l'administration	Document unique
	Traçabilité des DMI de la prescription jusqu'à l'implantation	
Autres	Sélection de patients à prioriser pour la conciliation médicamenteuse	
	DMI enregistrés selon CLADIMED®	Interface

- Constat : vraie difficulté dans la mise en œuvre de ce contrat
- Objectif : établir une liste de fonctionnalités obligatoires pour tout logiciel de circuit de produits de santé
 - ↳ Compléter les items HAS avec les exigences du CAQES

Points critiques rapportés par le groupe de travail :

- Prescription et traçabilité des DMI
- Utilisation d'un LAP certifié pour les prescriptions de médicaments aux consultations externes
- Justification de l'indication et de la durée de l'antibiothérapie

Point critique. Prescription médicale écrite, lisible et complète

Préconisations

➔ Standardiser la prescription

- Support de prescription homogénéisé (éviter de démultiplier les modèles de fiches pour la rédaction des prescriptions).
- Mise à disposition de modalités rédactionnelles pour inciter le prescripteur à noter toujours les mêmes éléments informationnels.
- L'infirmier(ère) doit disposer d'une prescription écrite, de préférence informatisée, et validée par le pharmacien.
- Le support servant à la prescription médicale est le même pour l'enregistrement de l'administration des médicaments.
- La prescription verbale doit rester **une situation exceptionnelle (urgence)**.

La prescription verbale doit être répétée mot à mot au médecin prescripteur et doit inclure le nom, la dose et la voie d'administration du médicament.

La prescription verbale doit être écrite et contresignée par le médecin le plus tôt possible.

Points clés	
	Analyser et standardiser la prescription médicale pour diminuer les erreurs médicamenteuses (EM)
	Garantir une prescription explicite et complète ne laissant aucune place à l'interprétation
	Supprimer toute retranscription
	 En cas de doute et/ou d'information complémentaire nécessaire, l'infirmier(ère) contacte le prescripteur ou le pharmacien
HAD	Veiller à la présence de l'ordonnance à jour dans le dossier du patient (structure et chevet).

Enregistrement

- Assurer l'enregistrement en temps réel

Cet enregistrement comporte :

- le nom du médicament, la forme, la dose, la voie, la date, l'heure, le soluté de perfusion, la durée, la date d'arrêt s'il y a lieu, l'identification de la personne et la signature
- Tracer l'information donnée au patient
- Tracer la non-administration et le motif
- Tracer les effet(s) indésirable(s)
- Tracer le(s) bénéfice(s) obtenu(s)

Informez le médecin si besoin

- Support unique de prescription et d'administration
- Dossier du patient

Traçabilité des dispositifs médicaux

Définition :

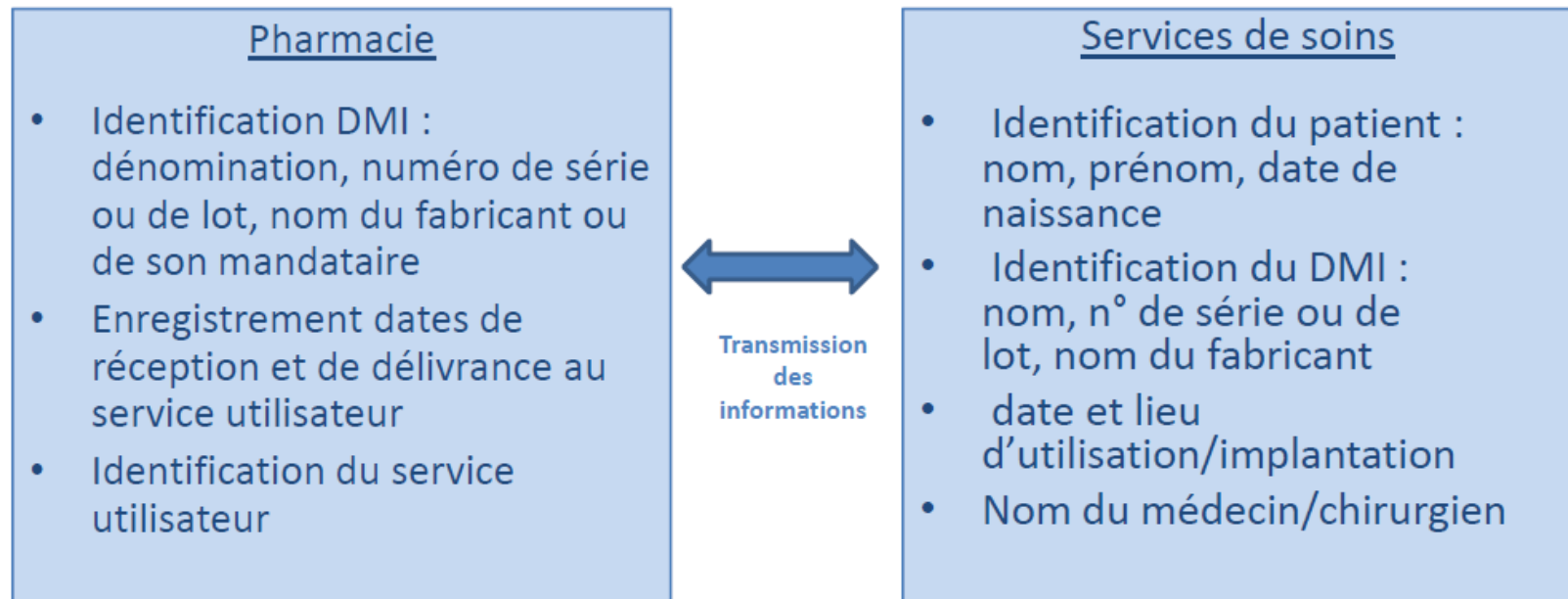
- « Ensemble des procédures et des contrôles permettant de suivre l'historique d'un produit depuis sa fabrication jusqu'à son administration à un patient. Aptitude à retrouver l'historique, l'utilisation ou la localisation d'une entité au moyen d'identifications enregistrés » (ISO 9000).

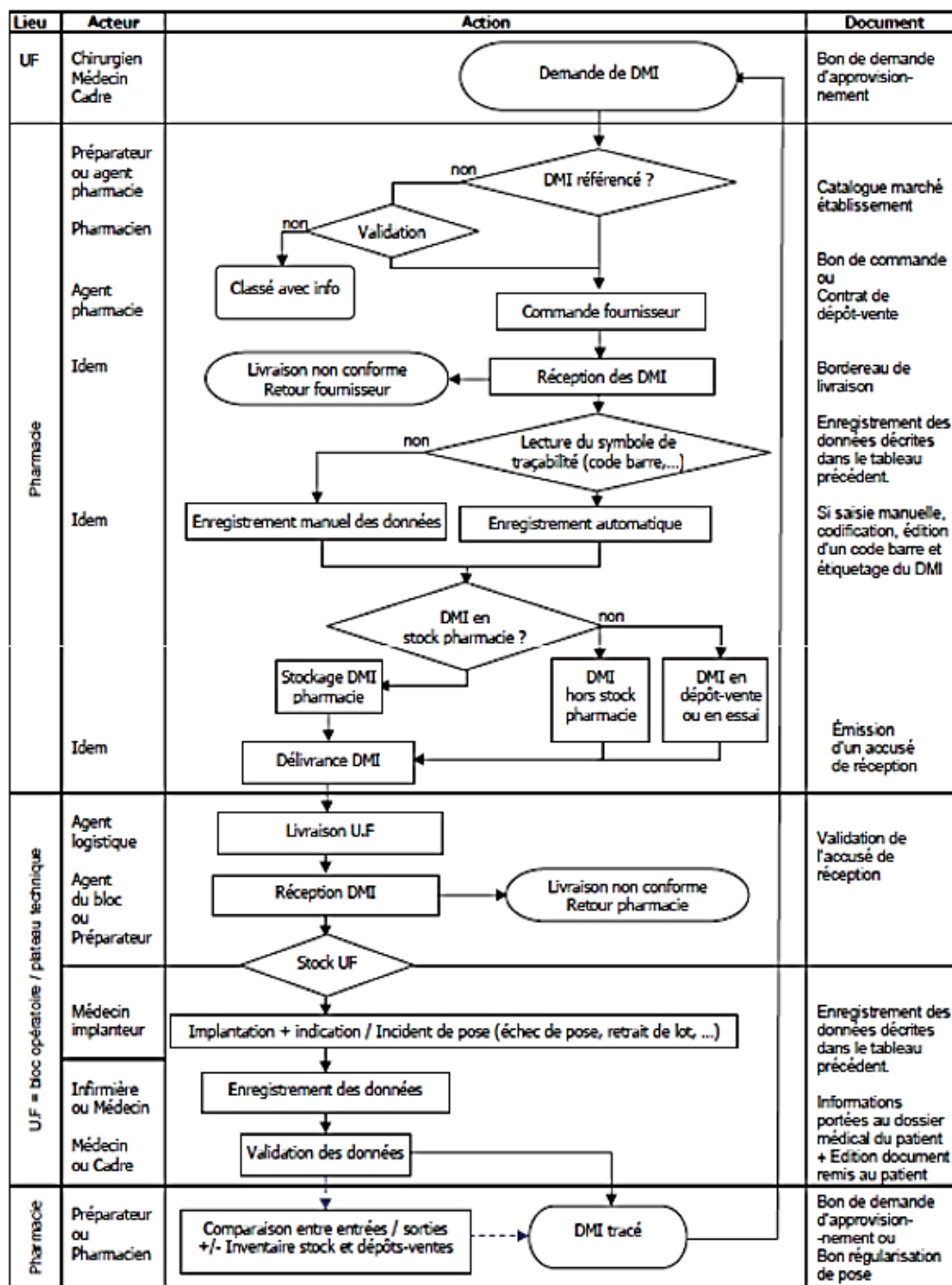
Objectif :

- Permettre d'identifier rapidement les patients exposés au risque pour lesquels les dispositifs médicaux implantables (DMI) d'un lot ont été utilisés et d'en surveiller les conséquences ; ou de pouvoir mettre en place les mesures adéquates de réduction ou d'élimination du risque par le retrait du DMI, en retrouvant rapidement les lots qui pourraient nuire aux patients. Cet objectif impose une rigueur en tout point du circuit

Décret Novembre 2006

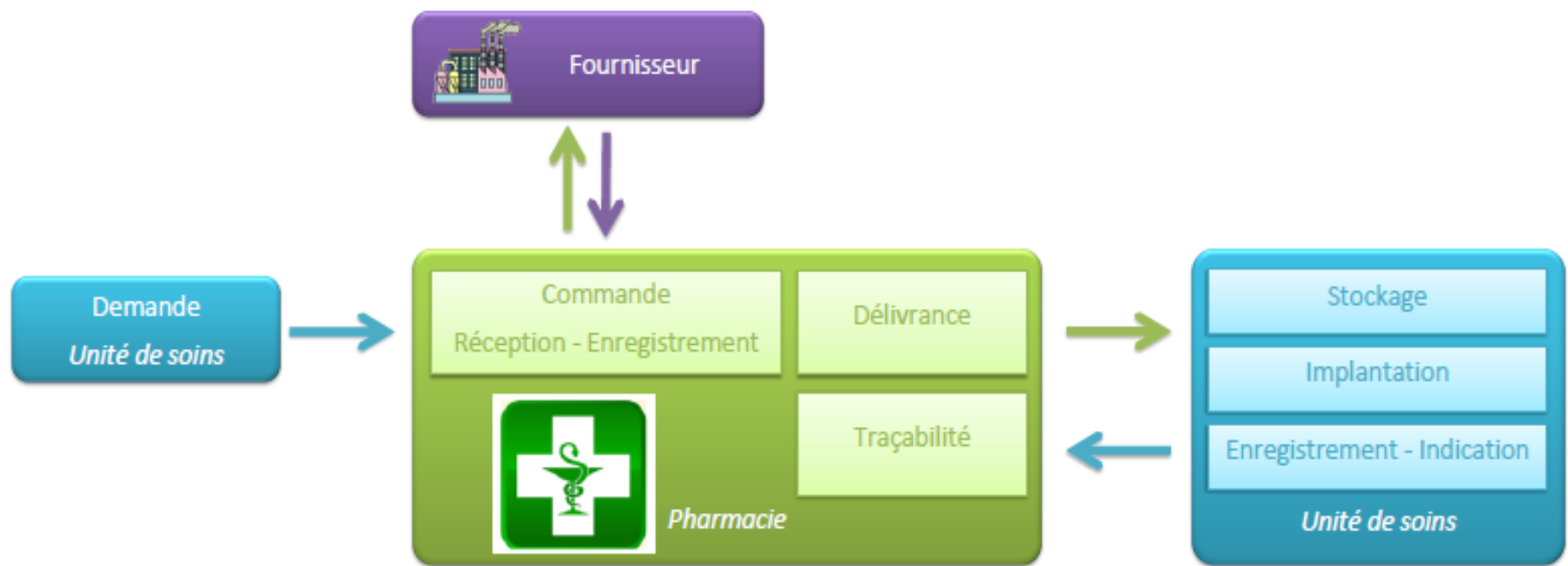
- Procédure écrite selon laquelle les données nécessaires à l'exercice de la traçabilité sont recueillies, conservées et rendues accessibles
- Données conservées pdt une durée de 10 ans, 40 ans si contient une substance assimilée MDS
- Définit les données à enregistrer par la pharmacie et par les services utilisateurs



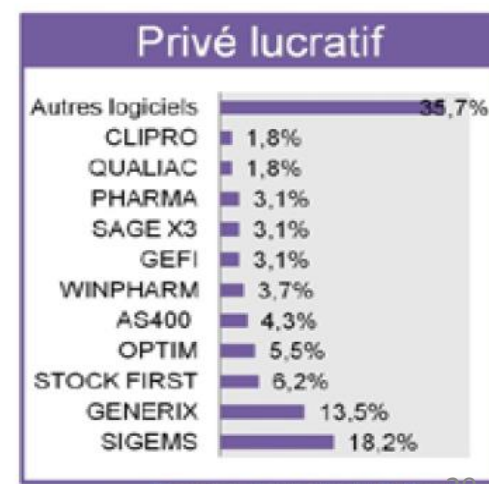
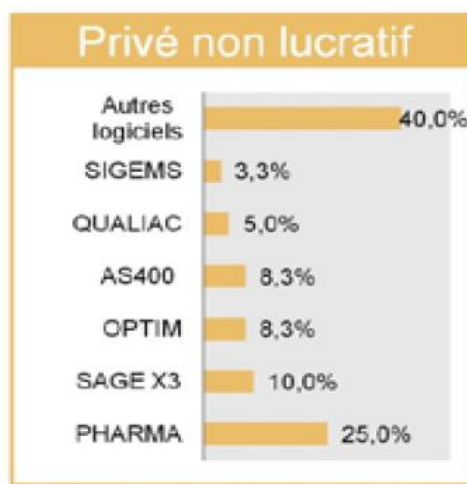
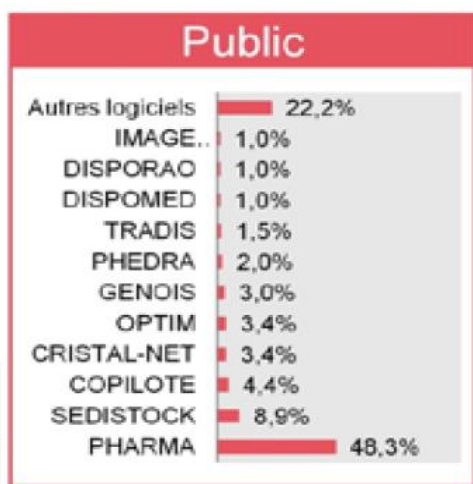
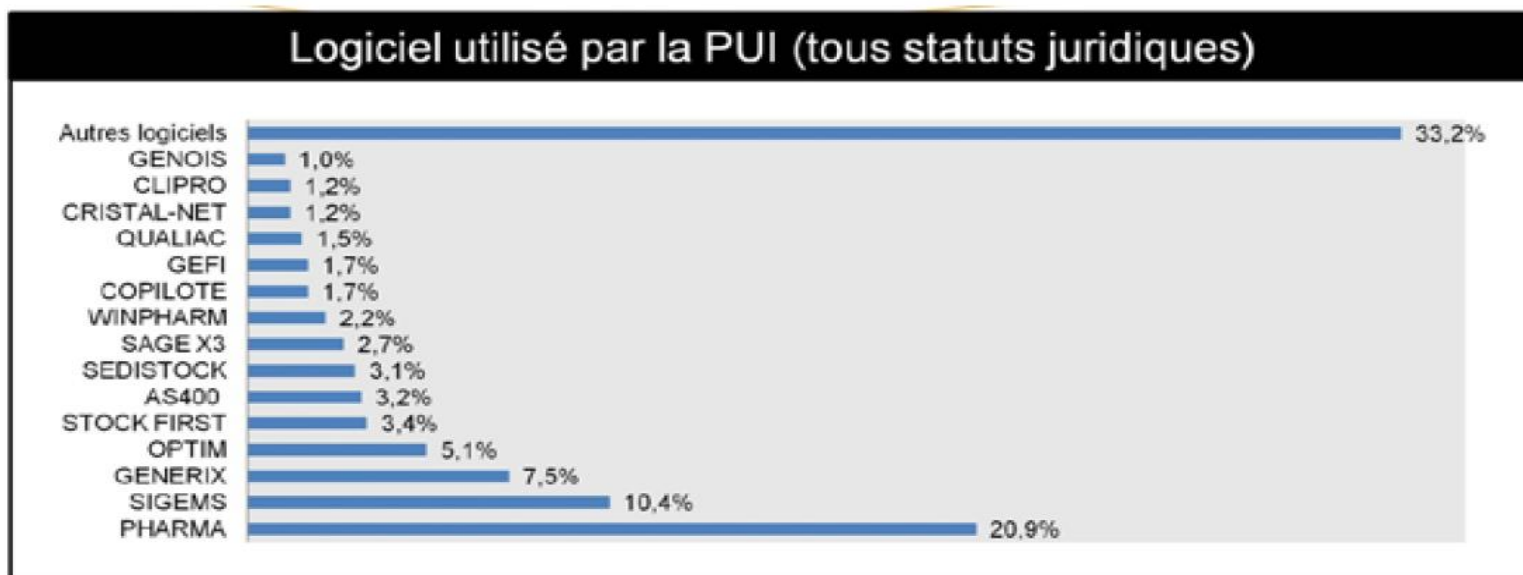




Circuit des DMI



RÉPARTITION DES LOGICIELS MÉTIERS FOURNIS PAR LES ÉDITEURS EN FONCTION DE LEUR FRÉQUENCE D'UTILISATION PAR LES PUI



DMI achetés par l'ES = stock permanent + DMI en dépôt-vente ou dépôt permanent

Bloc opératoire



Chirurgien
Médecin interventionnel
Radiologue

Cadre bloc
Chirurgien
IBODE
IDE
Manipulateur radio
Médecin interventionnel
Radiologue

Cadre bloc
Coursier bloc
IBODE
IDE
PPH
Secrétaire pharmacie

Support de prescription papier spécifique
± indications pré-remplies

Notion de pose ou d'échec de pose

Prescription papier = **feuille de traçabilité**
Notion de pose ou d'échec de pose
Patient : identité, séjour
DMI : référence, n° de lot
(étiquette ou retranscription)

Logiciel maison : scan des étiquettes
patient et du DMI

Feuilles de traçabilité
ou envoi par mail

DMI achetés par l'ES = stock permanent + DMI en dépôt-vente ou dépôt permanent



Bloc opératoire



Pharmacie



Interne en pharmacie
Pharmacien
PPH
Secrétaire pharmacie

Interne en pharmacie
Pharmacien
PPH
Secrétaire pharmacie

Etudiant en pharmacie
Interne en pharmacie
Magasinier
Pharmacien
PPH

Coursier bloc
Etudiant en pharmacie
IBODE
Interne en pharmacie
Pharmacien
PPH

Traçabilité Informatique

6 Pharma®
1 Autre logiciel



Commande générée automatiquement
à partir de la traçabilité ++

2 Logiciel maison
1 Fichier Access



Saisie dans le logiciel GEF

Entrée en stock logiciel +++
(± dépôt permanent)

Sur demande des services
Dès réception
Transport ± sécurisé

2

DMI en dépôt temporaire

Bloc opératoire - Pharmacie



Cadre bloc
Chirurgien
IBODE

IBODE
Pharmacien
PPH
Secrétaire

Etudiant en pharmacie
Interne en pharmacie
Magasinier
Pharmacien
PPH

Coursier bloc
IBODE
Magasinier

Papier, appel téléphonique, mail

Patient : identité, séjour
DMI : référence
Date de l'intervention
Nom du chirurgien

Appel téléphonique, mail, fax
Contact délégué commercial

± Entrée en stock logiciel

Envoi des DMI au service
± Feuilles de traçabilité
Transport ± sécurisé

DMI en dépôt temporaire

Bloc opératoire - Pharmacie



Chirurgien

Cadre de bloc
Chirurgien
IBODE
IDE
Secrétaire

Cadre bloc
Coursier bloc
IBODE
IDE
PPH
Secrétaire pharmacie

Support de prescription papier spécifique
± indications pré-remplies

Notion de pose ou d'échec de pose

Prescription papier = **feuille de traçabilité**
Notion de pose ou d'échec de pose
Patient : identité, séjour
DMI : référence, n° de lot
(étiquette ou retranscription)

Feuilles de traçabilité
ou envoi par mail

DMI en dépôt temporaire

Bloc opératoire - Pharmacie



Interne en pharmacie
Pharmacien
PPH
Secrétaire pharmacie

Pharmacien
PPH
Secrétaire pharmacie

Interne en pharmacie
Pharmacien
PPH
Secrétaire pharmacie

Traçabilité informatique

6 Pharma®

1 Autre logiciel

2 Logiciel maison

1 Fichier Access



Commande générée automatiquement à partir de la traçabilité ++



Saisie dans le logiciel GEF

Contact avec délégué commercial
appel téléphonique, mail, fax,
Transporteur

Utilisation d'un LAP certifié pour les prescriptions de médicaments aux consultations externes

Problématiques soulevées	Recommandations formulées par le groupe de travail
Perte de temps par rapport à la prescription manuscrite	- Enlever l'idée « informatisation = gain de temps » en proposant un e-learning pour les prescripteurs hospitaliers (par exemple sous forme de vrai/faux) - Aider les prescripteurs à se réapproprier l'outil informatique
Lenteur du temps de réponse des logiciels informatiques = facteur limitant majeur	- S'assurer auprès des éditeurs de la bonne indexation des bases de données (y compris après les mises à jour correctives et/ou réglementaires) - Discuter de la virtualisation des serveurs
Problème d'ergonomie des logiciels informatiques	- S'orienter vers une présentation plus adaptée, type logiciels utilisés en ambulatoire - Pouvoir ouvrir plusieurs dossiers à la fois sans sortir du module de prescription - S'assurer de l'absence de rupture de service lors des mises à jour ou des progressions de versions des logiciels informatiques

Justification de l'indication et de la durée de l'antibiothérapie

➤ Recommandations formulées par le groupe de travail :

1. Exiger des éditeurs de logiciels de livrer avec les logiciels les requêtes permettant de répondre aux indicateurs réglementaires.
2. Lister tous les indicateurs exigés par la certification et le CAQES.
3. Permettre la prescription des DMI *via* le logiciel.
4. Solliciter l'atelier « Interopérabilité » de l'ICR-SI sur :
 - les recommandations pour le respect de la norme HL7 dans la prescription de DMI ;
 - la capacité à mettre en œuvre un système d'archivage neutre pour les DPI, quel horizon, quelles contraintes.
5. Utiliser des puces RFID pour les DMI.

Une évaluation du CAQES lissée n+1

en 3 temps durant l'année n+1:

- 1) Juin n+1 : les produits de la liste en sus (MO –DMI) pour les ES concernés
- 2) Fin Septembre n+1: les PHEV
- 3) Novembre-décembre n+1: le plan d'actions du socle obligatoire du CAQES

4) QUELQUES CHIFFRES CLES DE DEPENSES EN PACA

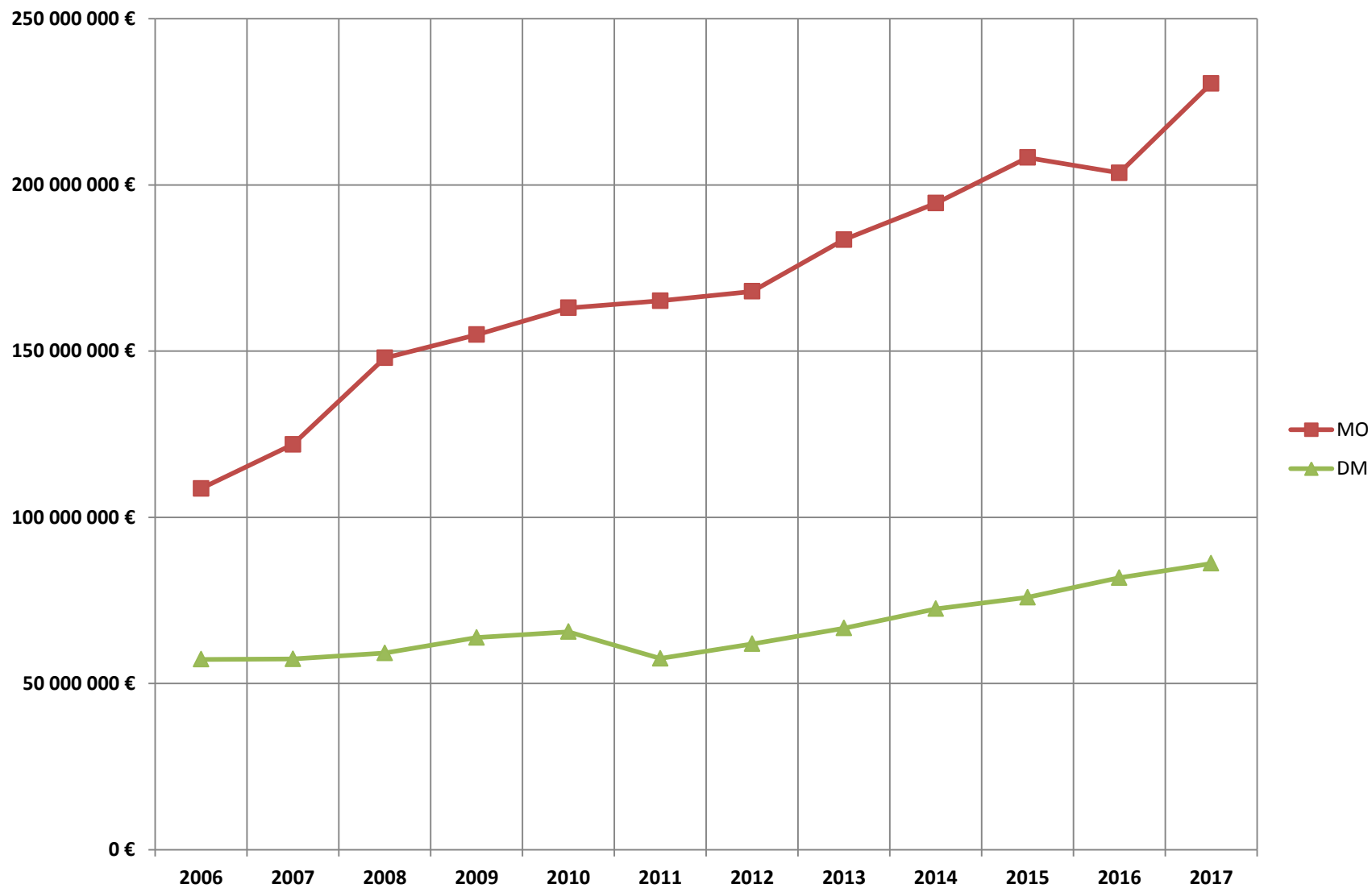
Quelques chiffres 2016 sur les dépenses de produits de santé prescrits par ES en PACA

- ✓ PHEV en PACA = 602 Millions € dont 462 M € de médicaments et 139 M€ de la LPP
- ✓ Molécules Onéreuses (MO) = 240 Millions €
- ✓ Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) = 164 M€

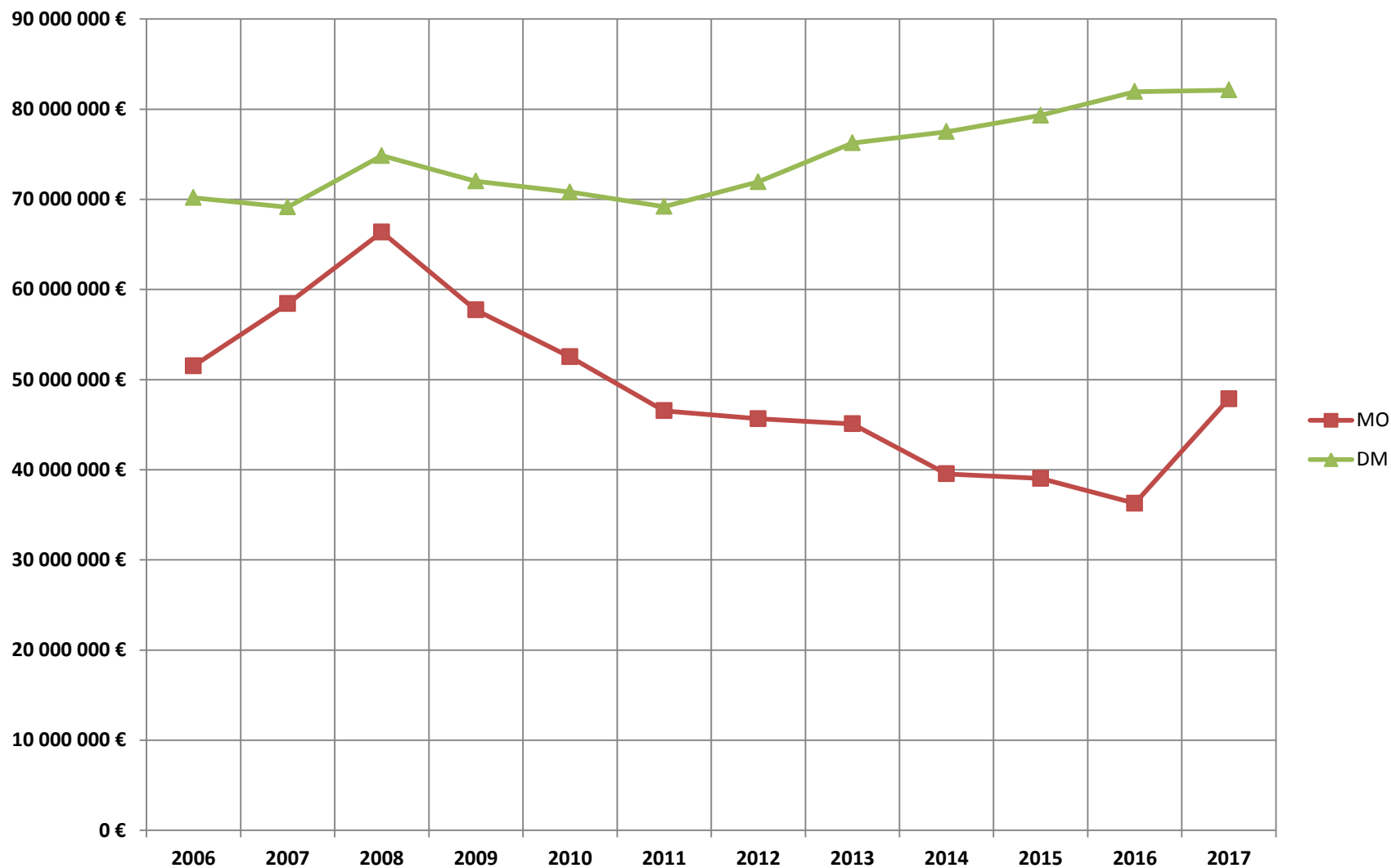


1 MILLIARD d'euros

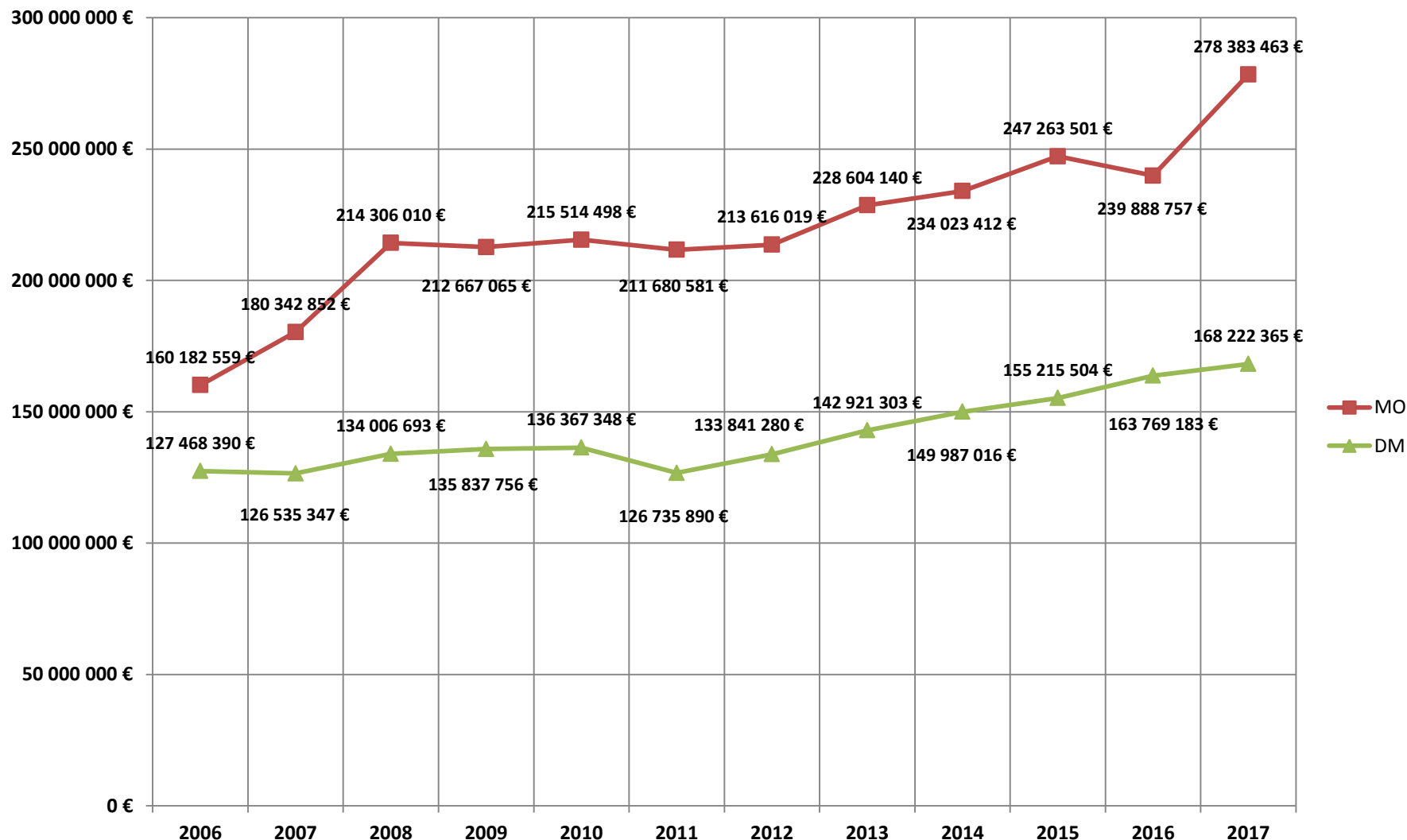
DEPENSES DES PRODUITS DE LA LISTE EN SUS EN PACA (étab. publics)



DEPENSES DES PRODUITS DE LA LISTE EN SUS EN PACA (étab. privés)



DEPENSES DES PRODUITS DE LA LISTE EN SUS EN PACA (PUBLIC + PRIVE)



Taux cibles de la listes en sus 2018

Région	Médicaments en sus		Dispositifs médicaux en sus	
	Taux d'évolution 2017	Taux d'évolution cible 2018	Taux d'évolution 2017	Taux d'évolution cible 2018
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,2%	3,9%	2,6%	4,0%
TOTAL NATIONAL	-0,8%	4,1%	3,1%	5,8%

Bilan 2016 des CAQOS PHEV en PACA

19 CAQOS Prescriptions Hospitalières Exécutées en Ville (PHEV) signés en 2016

→ Bilan quantitatif pur (sans intégration de l'activité de l'ES, et des évolutions potentiellement intervenues entre 2015 et 2016...)

- 😊 10 ES respectent les objectifs fixés dans le contrat : un intéressement pourrait être notifié
- 😊 Bonus cumulé = environ 500 000 € [6 500€ ; 110 000€]
- Economies réalisées = 1,6M€

- ☹️ 9 ES ne respectent pas les objectifs fixés dans le contrat : absence de notification d'un reversement à l'AM (engagement ARS-AM lors de la signature)
- ☹️ Malus cumulé = environ 5 M€ [115 000€ ; 2,2M€]
- Dépenses engendrées = 7,2M€

→ Bilan qualitatif : dépendant du plan d'action de chaque ES et de son état d'avancement

5) ANALYSE DES PLANS D' ACTIONS 2018 EN PACA

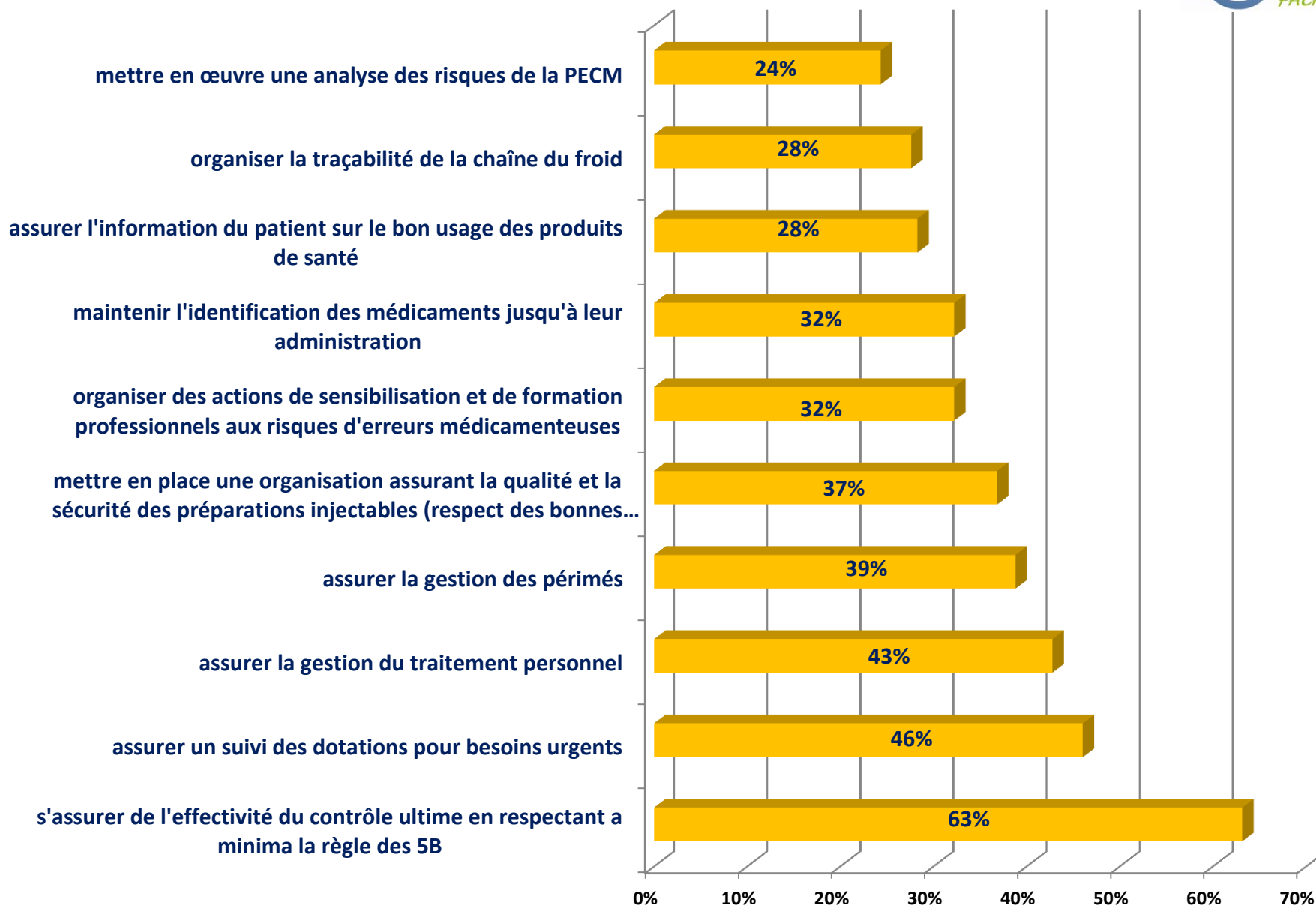
CHIFFRES CLES DE L'ANALYSE DES PLANS D' ACTIONS

- Nombre de CAQES analysés **n=152** : (soit **55%** de l'ensemble des E.S. en PACA signataires d'un CAQES)
- **40** actions principales (issues des menus déroulants proposés)
- **26** actions supplémentaires proposées par les ES (hors menus déroulants)

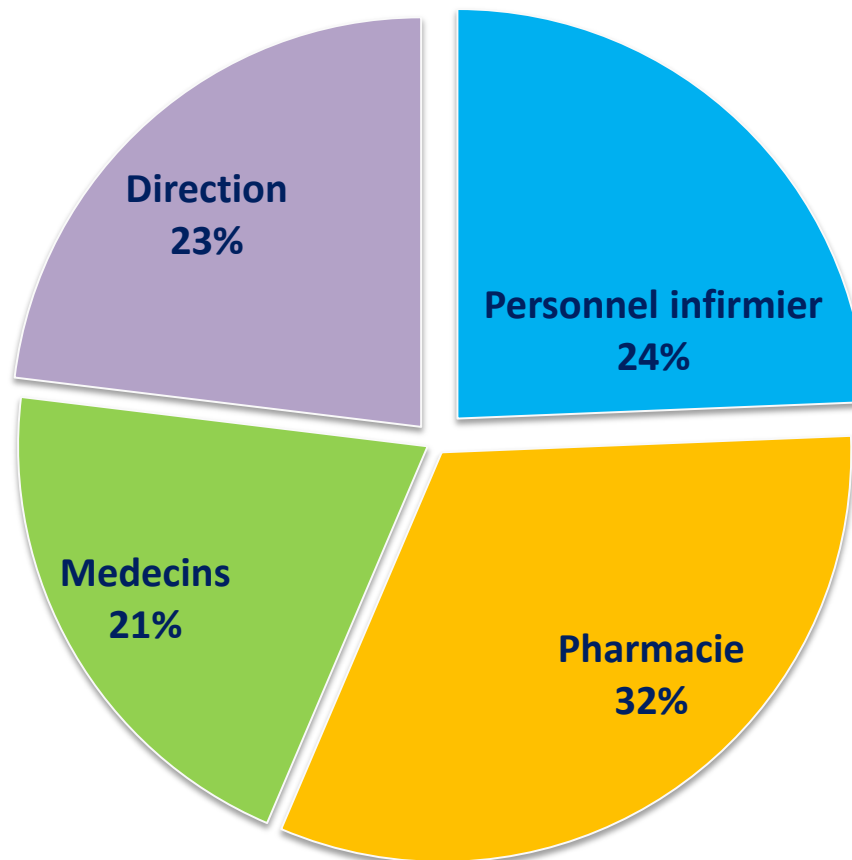
TOP 10 DES ACTIONS RETENUES PAR LES ES

1. S'assurer de l'effectivité du contrôle ultime en respectant a minima la règle des 5B
2. Assurer un suivi des dotations pour besoins urgents
3. Assurer la gestion du traitement personnel
4. Assurer la gestion des périmés
5. Mettre en place une organisation assurant la qualité et la sécurité des préparations injectables (respect des bonnes pratiques de reconstitution)
6. Organiser des actions de sensibilisation et de formation professionnels aux risques d'erreurs médicamenteuses
7. Maintenir l'identification des médicaments jusqu'à leur administration
8. Assurer l'information du patient sur le bon usage des produits de santé
9. Organiser la traçabilité de la chaîne du froid
10. Mettre en œuvre une analyse des risques de la PECM

Ces 10 actions représentent 46% des 40 actions retenues sur les 152 CAQES analysés en PACA



Taux d'implication des professionnels parmi les 40 actions principales proposées dans les CAQES



TOP 5 DES ACTIONS SUPPLEMENTAIRES PROPOSEES PAR LES ES

1. Actualiser le manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse
2. Organiser l'étiquetage des médicaments en DCI dans les US
3. Revoir l'organisation et le fonctionnement de la PUI
4. Actualiser les protocoles de prescriptions
5. Renforcer le taux de prescription des médicaments dans le livret thérapeutique

6) PERSPECTIVES

Et maintenant...

- Retour aux établissements de l'analyse MO DMI prévu début juillet 2018
- Entretien dirigé avec 12 établissements tirés au sort juillet –septembre 2018
- Analyse PHEV profil AM retour établissements septembre 2018
- Analyse réalisation plan d'actions – discussion et nouveau P.A. pour 2019
Nov. Déc.. 2018
- En considérant ...

PLAN NATIONAL DE GESTION DU RISQUE ET D'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOINS

2018 – 2019

« Garantir un accès de tous à des soins de qualité et innovants, dans un cadre financier maîtrisé »

4 grandes thématiques décloisonnant ville-hôpital

- **La prévention** : Développer la **prévention** pour éviter des dépenses à venir
- **Les prises en charge** : Restructurer l'offre de soins autour du **parcours du patient**
- **Les prescriptions** : Améliorer l'**efficience et la pertinence**, tant pour garantir un accès de tous aux produits de santé innovants que pour réduire les actes inutiles, et maîtriser les dépenses de certaines prescriptions (transport ou arrêt de travail)
- **Le contrôle** : Contrôler et **lutter contre la fraude**

La **déclinaison de toutes ces étapes de la gestion du risque**, de la prévention aux opérations de contrôle, structure ce nouveau plan.

Le développement numérique en est le fil conducteur, en tant qu'outil de mise en œuvre et levier de changement des pratiques, et va conditionner l'atteinte de plusieurs des objectifs cibles de la gestion du risque. Il doit notamment contribuer à faire de la télémédecine un mode d'exercice de droit commun et à déployer la prescription électronique en ville et dans les établissements de santé.

Les actions à mettre en œuvre en 2018-2019

AXE PRIORITAIRE 1	Assurer la cohérence et la continuité des prescriptions à l'hôpital, en ESMS et en ville
Identifier systématiquement le prescripteur et son lieu de prescription, renforcer son rôle et développer une meilleure connaissance des prescriptions à l'hôpital pour une plus juste prescription de sortie	
	• Expertiser la possibilité de généraliser l'expérimentation sur l'exactitude du numéro RPPS aux médecins et aux autres prescripteurs • Rendre obligatoire le couplage RPPS – FINESS dans les ES privés et diffuser l'information aux prescripteurs sur l'obligation de couplage • Suivre le numéro RPPS et contrôler la fiabilité et l'augmentation du taux et automatiser le traitement de l'information par la CPAM • Outiller les établissements dans la compréhension de l'évolution des dépenses de PHEV • Favoriser l'ouverture et l'enrichissement du DMP ou autres services numériques de coordination • Favoriser l'utilisation de la lettre de liaison via la messagerie sécurisée ou le DMP
Indicateurs	✓ Taux de RPPS ✓ Taux de fiabilité du numéro RPPS ✓ Couplage Finess/RPSS pour tous les établissements de santé ✓ Taux d'évolution des dépenses de PHEV (médicaments et DM) ○ Cible 2018 : 4%
Intégrer l'impact des dépenses en ville comme critère de choix par les ES des fournisseurs de produits de santé	
	• Expertiser les évolutions juridiques nécessaires et définir de nouveaux critères en cas de mise en œuvre • Mobiliser les acteurs régionaux du programme PHARE pour favoriser la mise en application

PERTINENCE ET EFFICIENCE DES PRODUITS DE SANTÉ

AXE PRIORITAIRE 2 Agir pour une structure de prescription plus responsable (ES, ESMS, ville)

Renforcer l'accompagnement personnalisé, réactif et interactif des professionnels de santé

- Réaliser une analyse des données avec une dimension parcours, incluant toute la chaîne de prescription et créer des indicateurs de résultats médicaux et médico-économiques
- Informer en temps réel les prescripteurs sur leurs indicateurs individuels et mettre à disposition des PS des recommandations personnalisées à travers les outils numériques
- Cibler et contrôler les prescripteurs montrant un écart entre leurs pratiques de prescription et les recommandations par des actions de maîtrise médicalisée et les informer des suites données
- Renforcer les actions d'accompagnement des prescripteurs spécifiquement sur les DM

Indicateur ✓ Part des CAQES avec atteinte des objectifs fixés sur le volet socle (produits de santé)

Développer la formation des professionnels de santé

- Renforcer les formations sur la prise en charge par l'assurance maladie (référentiels médico-administratifs de prise en charge) : formations initiale et continue
- Développer les formations sur l'analyse médico-économique
- Mettre en place des formations sur l'utilisation de la LPP pour les prescripteurs avec des mises à jour régulières, puis partager les bonnes pratiques liées à ces formations

Indicateur ✓ Nombre de professionnels de santé formés

AXE PRIORITAIRE 2 Agir pour une structure de prescription plus responsable (ES, ESMS, ville)

Renforcer les actions d'accompagnement pour la promotion de la prescription des génériques

- Former les prescripteurs : formation initiale et déploiement vers la formation continue
- Communiquer au grand public et affiner les indicateurs réactifs de pilotage et de suivi classe par classe en ville et à l'hôpital
- Informatiser la prescription (indicateurs et recommandation personnalisées, LAP et liste par pathologie)
- Travailler sur les politiques d'achat en vue de favoriser l'achat de génériques lorsque les traitements sont initiés à l'hôpital et continués en ville
- Lancer une campagne d'actions graduées sur le « non substituable » auprès des médecins prescripteurs

✓ Taux de prescription dans le répertoire

Indicateurs ✓ Part de marché des génériques dans le répertoire

Déployer les actions de promotions de la prescription des biosimilaires

- Mettre en place un intéressement à la prescription (objectifs minimaux par classe de médicaments)
- Expérimenter un mode d'incitation d'un service hospitalier : cibler les ES et les accompagner dans la mise en œuvre de l'expérimentation et en évaluer l'impact
- Former les prescripteurs
- Mener des actions de sensibilisation
- Intégrer des listes de médicaments biosimilaires dans les LAP et les LAD
- Favoriser la renégociation des marchés dès la chute de brevet (action sur les achats)

✓ Taux de pénétration des biosimilaires des anti TNF (Remicade)

○ Cible 2018 : 65%

Indicateur

✓ Taux de pénétration des biosimilaires – Insuline (lantus)

○ Cible 2018 : 30%

PERTINENCE ET EFFICIENCE DES PRODUITS DE SANTÉ

AXE PRIORITAIRE 2 Agir pour une structure de prescription plus responsable (ES, ESMS, ville)

Lutter contre la sur-prescription des antibiotiques et améliorer le bon usage

- Favoriser le recours aux tests de diagnostic rapide par les professionnels de santé en ville à l'hôpital, et en ESMS
- Réaliser des antibiogrammes ciblés :
 - Adapter le retour des laboratoires de biologie vers les médecins pour limiter la prescription d'antibiotiques critiques de 2^{ème} ligne
- Favoriser l'adoption des recommandations de bon usage pour les infections courantes (classes d'antibiotiques prescrits et durée des prescriptions) en les intégrant aux LAP

- Indicateurs
- ✓ Taux d'évolution d'antibiotiques prescrits (en nombre de boîtes) : Cible : -25 %
 - ✓ Taux de prescriptions d'antibiotiques les plus générateurs d'antibiorésistance

PERTINENCE ET EFFICIENCE DES PRODUITS DE SANTÉ

AXE PRIORITAIRE 2 Agir pour une structure de prescription plus responsable (ES, ESMS, ville)

Développer des modèles d'ordonnances normées intégrant une aide à la juste prescription

- Identifier les classes de dispositifs médicaux pour lesquelles il existe des difficultés de prescription ou de méconnaissance des indications thérapeutiques
- Promouvoir l'ordonnance normée et actualiser la communication sur une classe quand une ordonnance existe
- Etendre les ordonnances normées aux dispositifs médicaux

Indicateur ✓ Nombre de classes de produits faisant l'objet d'une ordonnance spécifique
Cible 2018 : 1 classe

Définir un cadre de promotion pour les dispositifs médicaux

- Négocier une charte sur la visite médicale dispositifs médicaux
- Développer un référentiel de certification pour la visite médicale
- Certifier les établissements sur les actions d'encadrement de la visite médicale
- Mettre en place des visites médicales groupées dans les ES
- Diffuser les chartes DM établissements déjà signées par certaines régions
- Interdire la publicité au grand public pour les DM remboursables ayant un fort impact budgétaire
- Répondre à l'enquête nationale d'évolution de la promotion des DM

Indicateur ✓ Taux d'ES correctement certifiés
Cible 2018 : 90%

AXE PRIORITAIRE 2 Agir pour une structure de prescription plus responsable (ES, ESMS, ville)

Renforcer la lutte contre la iatrogénie

- Améliorer l'information aux prescripteurs des risques de iatrogénie pour son patient
- Expérimenter les consultations de révisions médicamenteuses en médecine générale
- Prévoir un programme d'actions sur la personne âgée
- Mener des contrôles en EHPAD sur la prise en charge médicamenteuse

Indicateur ✓ Nombre moyen de lignes (molécules) par patients âgés de plus de 65 ans

Déployer la prescription électronique

- Développer et généraliser à compter de 2019 la e-prescription au service d'une meilleure prise en charge coordonnée, en temps réel, du patient par les professionnels (médecin de ville, hospitalier, pharmacien)
- Favoriser l'appropriation de la prescription électronique par les professionnels de santé et les patients
- Développer à l'hôpital un système d'information pour les prescriptions électroniques de sortie

Indicateur ✓ Part de l'utilisation de la prescription électronique sur l'ensemble des prescriptions

Développer l'usage des SAM, listes préférentielles de la HAS et adapter plus rapidement les référentiels de prescription et systématiser l'usage des LAP et LAD

- Mettre en place une gouvernance partagée des SAM permettant une décision collective sur les messages prioritaires
- Identifier les aires thérapeutiques pour lesquelles des SAM ou des référentiels seraient utiles
- Prévoir un programme de travail avec la HAS sur de nouveaux référentiels de prescription
- Garantir la certification des LAP et LAD, leur déploiement et la mise à jour plus fréquente des logiciels pour intégrer de nouvelles fonctionnalités

Indicateurs ✓ Taux réel d'utilisation des LAP et LAD ✓ Nombre de listes préférentielles

Cible 2018 : 3 listes

AXE PRIORITAIRE 3 Mieux connaître l'usage des produits en vie réelle pour mieux accompagner les professionnels

Se doter d'un système permettant de mieux connaître l'usage et l'efficacité des produits de santé en vie réelle et en analyser les données

- Analyser les conditions de déploiement d'outils standardisés de recueil d'information et aller vers un déploiement d'outils standardisés plus généralisé
- Collecter les déterminants de la prescription (indication, traitement précédent, résultats biologiques essentiels), à l'hôpital comme en ville
- Prendre en compte les données collectées dans les réévaluations de la HAS
- Renforcer les actions de maîtrise médicalisée
- Opérer une comparaison entre régions et établissements et analyser les évolutions

Indicateurs ✓ Nombre de réévaluations HAS utilisant des données en vie réelle
 ✓ Nombre de classes pour lesquelles une analyse a été produite

Mettre en place des études transversales Omedit/ARS/AM sur la prescription de certains produits de santé et l'étude des pratiques

- Mettre en place des équipes dédiées aux analyses
- Organiser la remontée régulière des informations par les régions au niveau national
- Mettre en place une plateforme de partage pour une transmission rapide des registres et recommandations, le diagnostic des situations, et le retour fait aux prescripteurs
- Favoriser le déploiement, quand cela est possible, des actions sur l'ensemble du territoire

Indicateur ✓ Nombre d'études réalisées

AXE PRIORITAIRE 4 Renforcer les interactions entre professionnels de santé et patients

Mieux tirer parti de l'analyse des prescriptions par les pharmaciens d'officine et en établissement de santé

- Améliorer la conciliation médicamenteuse à la sortie ou à l'entrée de l'hospitalisation
- Développer l'usage de la lettre de liaison
- Mettre en place les dispositions prévues dans la nouvelle convention relatives au bilan médication pour les personnes âgées polymédiquées
- Adopter des organisations intégrées de pharmacie au niveau des GHT en lien avec les services prescripteurs : mutualiser l'analyse, mutualiser le livret thérapeutique
- Développer des groupes d'échanges de pratiques entre professionnels de santé
- Favoriser la participation des pharmaciens aux RCP dans certaines disciplines

Indicateur ✓ Taux de modification des prescriptions à la suite de l'intervention du pharmacien pour comparer la prescription et la délivrance (à compter de la généralisation de la e-prescription)

Faire évoluer le rôle des pharmaciens sur le respect des conditions de prise en charge

- Mettre à disposition des outils d'information sur les conditions de prise en charge
- Renforcer, dans la formation initiale et continue les enseignements sur les conditions de prise en charge
- Faciliter le retour vers le médecin et l'assuré en cas de problème de prise en charge
- Contrôler le respect des conditions de prises en charge lors de la délivrance

Indicateur ✓ Nombre de lignes de prescriptions modifiées suite à l'action du pharmacien (à compter de la généralisation de la e-prescription)

Faire évoluer la délivrance des anticancéreux oraux délivrés en ville

- Expertiser la possibilité d'une délivrance fractionnée
- Expertiser le lien ville-hôpital entre pharmaciens

Indicateur ✓ Nombre de traitements arrêtés pour non tolérance