



# Présentation du CAQES

*volet additionnel Pertinence*

# Introduction

- C'est la première fois qu'une contractualisation a lieu sur le champ de la pertinence des soins
- Les démarches pertinence sont encadrées par une réglementation spécifique (article L 162-30-4 CSS et Décret 2015-1510 du 19/11/2015 (R 162-44 et 162-44-1) avec publication d'un plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) Qui définit les thèmes de travail et les critères de sélection des établissements. Ce Papraps est validé par l'instance régionale de la pertinence des soins (IRAPS) dans laquelle siègent des représentants des fédérations hospitalières et des CME

# Introduction

- Parmi les thèmes de travaux du Papraps, deux ont été choisis pour la contractualisation CAQES : l'Insuffisance cardiaque (IC) et la chirurgie bariatrique (CB)
- Ils ont été choisis du fait : de leur fréquence, de leur incidence croissante, de l'existence de référentiels HAS et de données disponibles par établissement de santé
- Ce choix a été validé par l'IRAPS en Octobre 2017

## Modalités de ciblage

- Les modalités de ciblage figurent dans le Papraps (validé par l'IRAPS)
- Pour les deux thèmes les critères de sélection reposent dans un premier temps sur des indicateurs principaux issus de profils en rapport avec les référentiels de la HAS
- Ensuite, ces résultats ont été affinés en prenant en compte des critères secondaires

# Critères de sélection des ES (calcul d'un score) pour l'IC

<b>4 variables</b>	1. % d'entrée en urgence
	2. % de réhospitalisations dans les 6 mois du RAD (retour à domicile)
	3. % de patient ayant vu un MG dans les 14 jours du RAD
	4. % de patients ayant vu un cardiologue dans les 60 jours du RAD
<b>Calcul du score par ES</b>	Répartition des 146 ES par quartile et attribution de points selon le positionnement (4 points dans le quartile le plus favorable puis 3,2 1 selon le quartile)
	Somme des points par ES puis division par 4 pour avoir une moyenne sur 4 points (sauf pour les ES qui n'ont pas de SAU)
	Ensuite on retient seulement les ES qui comptent plus de 160 séjours en 2016 → soit 50 ES
<b>Calcul du score par canton</b>	Pour le score des cantons : même calcul que par ES et pas de limite en termes d'effectifs

# Indicateurs de ciblage

## Choix des ES

— Par ES (score)

- Taux d'entrée par les urgences
- Taux de ré-hospitalisation pour IC
- Taux de Cion par MG et cardiologues

— Par territoire (canton) score

- Taux de ré-hospitalisation
- Taux de consultation par MG, cardiologue, entrée par urgences

— Croisement des 2 scores

## Autres critères pris en compte

— Prévalence de l'insuffisance cardiaque (ALD5)

— Démographie médicale (MG et cardiologues)

— Taux de Consultation par IDEL

— Données Prado

— Taux de transfert en SSR

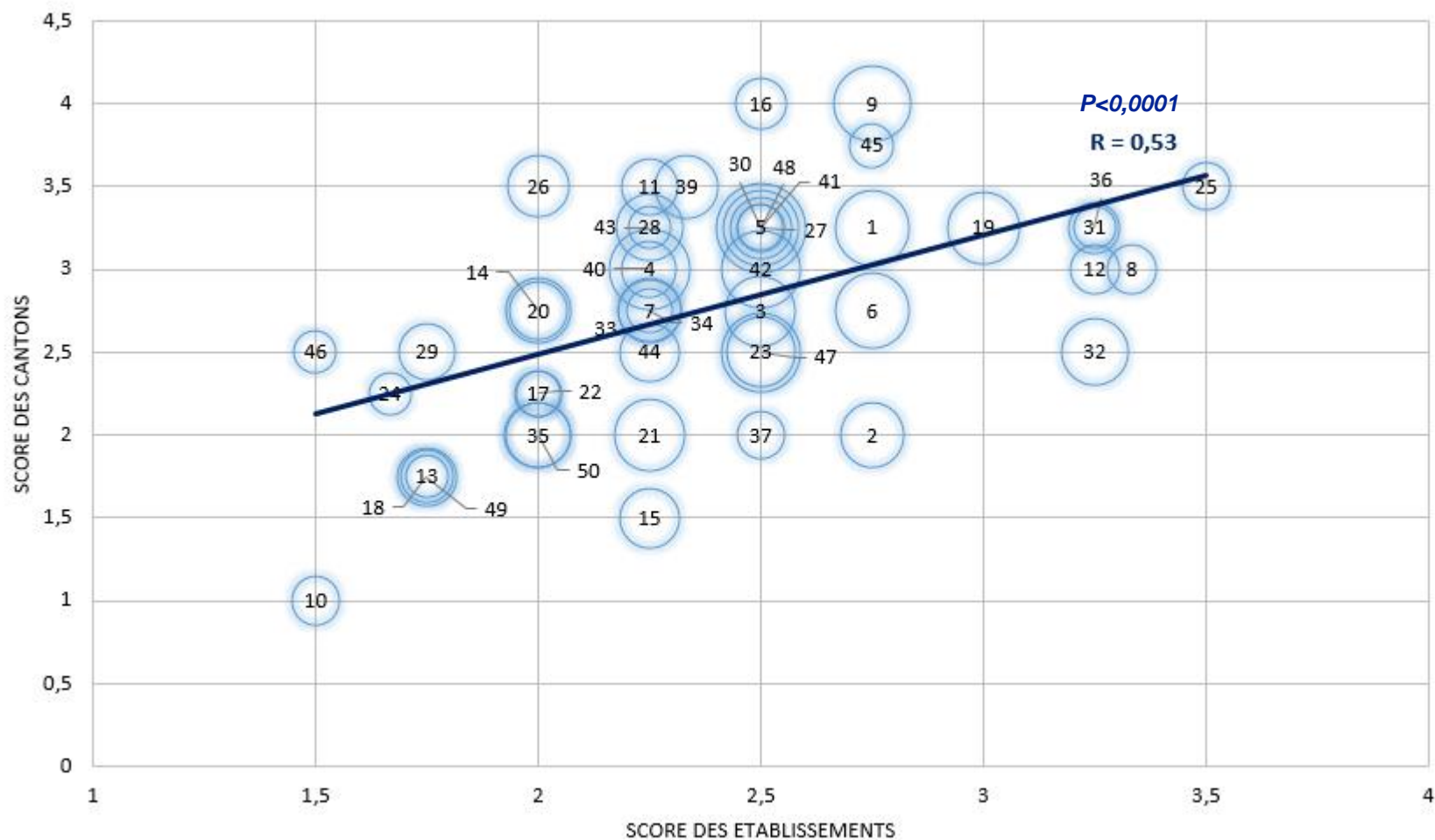
— Activité de l'ES et des ES proches

— Expression favorable Copil IC

— .....

— **Liste de 15 établissements**

# Score des cantons x score des ES



# Critères d'identification des établissements de santé pour la contractualisation chirurgie bariatrique

## Données utilisées

- Indicateurs et scores Cnamts
- Indicateurs IPAQSS (quand disponibles)
- Conventions ES/CSO

## Choix des ES

- En premier lieu
  - Score 1 (ciblage Cnamts)
  - Valeurs de 3 indicateurs :
    - Part des patients ayant un IMC entre 30 et 40 sans comorbidité et sans antécédent d'intervention
    - Part des patients sans suivi préopératoire depuis 12 mois
    - Part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge préchirurgicale
- Ensuite
  - Historique MSAP
  - Conventions ES/CSO
  - Indicateurs IPAQSS



# — Indicateurs retenus avec les sociétés savantes



## Pertinence de la chirurgie de l'obésité - 2015

Numéro	Libellé indicateur	commentaires	Calcul de l'indicateur	Ciblage	Poids
1	Part des 18-20 ans	<b>Séjour de Chirurgie de L'obésité</b> : A=[GHM=(10C09,10C13)]+[CCAM=(HFCA001, HFCC003, HFFA001, HFFC004, HFMA011, HFFC018, HFMA010, HFMC006, HFMC007, HFMA009, HGCA009, HGCC027)]	$ind1=(A   \text{age } 18-20 ) / A$	Valeur élevée	1
2	Part des patients ayant un IMC 30-40, sans comorbidité et sans antécédent d'intervention depuis 2006	<b>IMC 30-40</b> : 5 ème caractère DP ou DR (E66) = 0 <b>CMD= comorbidités: Syndrome d'apnées / hypopnées du sommeil</b> : code Affine Dispositif Medical LPP=(1188684), <b>ALD</b> : Troubles respiratoires graves( ALD 14 ), Insuffisance cardiaque( ALD 5 ), Coronaropathies ( ALD 13 ), Artérite oblitérante des membres inférieure ( ALD 3 ), <b>traitements</b> : Diabète, Dyslipidémie, HTA	$ind2=(A   \text{IMC } 30-40 \& \text{CMD \& ss ATCD})/A$	Valeur élevée	1,25
3	Part des patients n'ayant aucun suivi préopératoire depuis 12 mois	<b>traitements pour comorbidité</b> HTA, Diabète, Dyslipidémie <b>consultations</b> :Généraliste et Spécialiste (CHIRURGIE GENERALE, CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE)	$ind3=(A   \text{sans suivi})/A$	Valeur élevée	1
4	Part relative des interventions dans l'activité de chirurgie digestive hors chirurgie pariétale	<b>Activité digestive</b> : Digest=[GHM=( 06C02, 06C03, 06C04, 06C05, 06C07, 06C08, 06C09, 06C13, 06C14, 06C15, 06C16, 06C20, 06C21, 06C22, 06C23, 6M06, 07C08, 07C09, 07C10, 07C11, 07C12, 07C13, 07C14, 10C09, 10C10, 10C13, 16C02)]	$ind4=A/Digest$	Valeur élevée	1
5	Part du groupe d'intervention le plus fréquent	<b>Groupe d'intervention</b> : a1=GHM=(10C09,10C13)]+[CCAM=(HFCA001, HFCC003)] a2=[GHM=(10C09,10C13)]+[CCAM=(HFFA001, HFFC004)] a3=[GHM=(10C09,10C13)]+[CCAM=( HFMA011, HFFC018, HFMA010, HFMC006)] a4=[GHM=(10C09,10C13)]+[CCAM=(HFMC007, HFMA009)] a5=[GHM=(10C09,10C13)]+[CCAM=(HGCA009, HGCC027)]	$ind5=Max(a1, a2, a3, a4, a5)/A$	Valeur élevée	1,5
6	Part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pre-chirurgicale	<b>IMC non renseignés</b> : 5 ème caractère DP ou DR (E66) = 9 <b>actes endoscopies digestives dans les 12 mois précédent</b> : CCAM=( HDQE001, HEQE001, HEQE002, HEQE003, HEQE005, HGQE001, HGQE002, HZQE900) <b>recherche de syndrome d'apnée du sommeil</b> : consultation=( PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE, PNEUMOLOGIE), code Affine Dispositif Medical LPP=(1188684), CCAM=(AMQP010, AMQP011, AMQP012, AMQP013, AMQP014, AMQP015, GLQP007) <b>bilan nutritionnel et vitaminique</b> : Actes de biologie (NABM) = Albumine(1806,1817), ferritine(1213), calcium(578, 624), A(7301), B12(1374), B6(7305), D(1820), E(7302)	$ind6=(A   \geq 2 \text{ défauts de prise en charge } )/A$	Valeur élevée	1,5

# — Calcul du score par établissement (Cnamts)

L'objectif de la méthode proposée est d'identifier les établissements les plus atypiques en s'appuyant sur les différents indicateurs sélectionnés. Seuls les établissements ayant un minimum d'activité (ici au moins 30 actes) sont concernés.

La méthode retenue pour effectuer le ciblage sera nommée « la méthode des quartiles ». Pour chaque indicateur sélectionné, les établissements sont triés :

- Les 25% d'établissements les moins élevés (1<sup>er</sup> quartile) auront une note de 1
- Les 25% d'établissements suivants (2<sup>nd</sup> quartile) auront une note de 2
- Les 25% d'établissements suivants (3<sup>ième</sup> quartile) auront une note de 3
- Les 25% d'établissements les plus élevés (4<sup>ième</sup> quartile) auront une note de 4.

L'ensemble des notes sera ensuite pondérée afin de calculer un score moyen, C'est sur ce score moyen que se fera la ciblage en ciblant les 20% d'établissements ayant les notes les plus importantes.

## — Mise en œuvre du volet Pertinence

- Présentation de la démarche de contractualisation aux fédérations en Juin 2017, à l'IRAPS en Octobre 2017
- Pour cette première campagne de contractualisation CAQES, l'ARS et l'Assurance Maladie ont choisi de restreindre la sélection à un nombre réduit d'ES MCO et de choisir des objectifs principaux adaptés
- Au total, ont été retenus 15 ES pour l'IC et 4 pour la CB

## — Contenu du contrat

En Ile-de-France :

- le choix a été fait de proposer des volets optionnels d'une durée de 3 ans (le maximum prévu par les textes est de 5 ans),
- Pour chaque thème, sont mentionnés des objectifs principaux et des objectifs secondaires

## — Contenu du contrat Parcours IC

— **Objectif principal** : organiser deux réunions de territoire (ville-hôpital) en 3 ans pour améliorer le parcours du patient ICC

— **Objectifs secondaires** : améliorer les indicateurs suivants

- Taux de consultation du MT et cardiologue
- Taux de ré-hospitalisation
- Taux de passage par les urgences
- ...

— **Evaluation** porte sur *la réalisation de ces 2 réunions* (la première consacrée au diagnostic territorial et aux pistes d'amélioration (plan d'actions), la seconde au bilan du plan d'action +++ Les objectifs secondaires servant à tempérer en cas de non atteinte de l'objectif principal

# Contenu du contrat Chirurgie bariatrique

**Objectif principal :** Réaliser une autoévaluation sur un échantillon de dossiers (20 derniers dossiers de patients adultes opérés) par rapport au référentiel HAS et transmettre une synthèse (avec 10 RCP) ainsi que le plan d'actions en résultant

**Objectifs secondaires :**

- améliorer les indicateurs suivants :
  - Part des patients ayant un IMC entre 30 et 40 sans comorbidité et sans antécédent d'intervention
  - Part des patients sans suivi préopératoire depuis 12 mois
  - Part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge préchirurgicale
- améliorer les indicateurs IPAQSS (quand disponibles) et établir, si besoin, une convention CSO/ES

## — Accompagnement et suivi

- Pour l'IC : l'ARS et l'AM organiseront les réunions de territoire avec l'ES. De plus, un profil, regroupant tous les indicateurs utilisés sera fourni à l'ES 1 fois par an, en Septembre (sur les données de l'année n-1)
- Pour la chirurgie bariatrique: L'ARS fournira un modèle pour l'autoévaluation. Des profils nationaux seront fournis à l'ES 1 fois par an, en Septembre (sur les données de l'année n-1).

Un accompagnement personnalisé pourra être mis en place par l'ARS et l'AM pour certains établissements afin de les aider dans la mise en place de leur plan d'action.

# Evaluation

L'évaluation sera annuelle sur la base de la réalisation des objectifs principaux et de l'évolution des indicateurs des profils.

Mais l'évaluation du contrat sera réalisée essentiellement à la fin des 3 ans, compte tenu de la mise à disposition des données et du temps de mise en œuvre des plans d'action : En effet les données 2019 (mise en œuvre des plans d'actions) ne seront disponibles qu'en Septembre 2020