

CAQES 2022-2024

Guide des indicateurs

Les indicateurs nationaux et régionaux

Région Ile-de-France

Version Octobre 2022

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	- 3 -
PREAMBULE & CONTEXTE REGLEMENTAIRE	- 4 -
MODALITES D’EVALUATION	- 5 -
LES REFERENTS EN ILE-DE-FRANCE	- 5 -
ETABLISSEMENTS SIGNATAIRES EN ILE-DE-FRANCE	- 5 -
1. LES INDICATEURS DU CAQES	- 6 -
A. INDICATEURS REGIONAUX IDF	- 6 -
1. <i>Médicaments génériques (PHEV)</i>	- 6 -
2. <i>Prescription des antibiotiques</i>	- 10 -
3. <i>Parcours périnatalité</i> :	- 12 -
4. <i>Développement de la chirurgie ambulatoire</i>	- 15 -
B. INDICATEURS NATIONAUX.....	- 18 -
1. <i>Prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)</i>	- 18 -
2. <i>Prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de systèmes de perfusion à domicile (PERFADOM)</i>	- 21 -
3. <i>Part de l'ambulance dans les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de transports</i>	- 24 -
4. <i>Prescriptions examens pré-anesthésiques (EPA)</i>	- 28 -
5. <i>Prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de l'ézétimibe</i>	- 32 -
6. <i>Prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de pansements</i>	- 35 -
7. <i>Réhospitalisations à 3 mois pour décompensation d'une insuffisance cardiaque</i>	- 38 -

LISTE DES ABREVIATIONS

AM	Assurance Maladie
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ARS	Agence Régionale de Santé
ATC	Anatomique, Thérapeutique et Chimique
CAQES	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins
CNAM	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
CPIAS	Centre d'appui pour la Prévention des infections associées aux soins
CPOM	Contrat Pluri annuel d'Objectifs et de Moyens
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
DCGDR	Direction de la Coordination de la Gestion du Risque
DRSM	Direction Régionale du Service Médical
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPP	Examen Prénatal Précoce
FIR	Fonds d'Intervention Régional
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IFAQ	Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité
IPP	Inhibiteur de la Pompe à Protons
LAP	Logiciel d'Aide à la Prescription
LPPR	Liste des Produits et Prestations Remboursables
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MG	Médecine Générale
OMEDIT	Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique
ORCA	Observatoire régional de la chirurgie ambulatoire
PHEV	Prescription Hospitalière Exécutée en Ville
PMI	Protection Maternelle et Infantile
SNDS	Système National des Données de Santé
SPARES	Surveillance et Prévention de l'AntibioRésistance en Etablissement de Santé
SPF	Santé Publique France
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TAP	Transport Assis Professionnalisé
UCD	Unité Commune de Dispensation
VSL	Véhicule Sanitaire Léger

PREAMBULE & CONTEXTE REGLEMENTAIRE

Aspects réglementaires :

- [Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020](#)
- [Décret n° 2021-1231 du 25 septembre 2021 relatif au cadre général du contrat d'amélioration de la qualité et d'efficience des soins mentionné à l'article L. 160-30-2 du code de la sécurité sociale](#)
- [Arrêté du 24 septembre 2021 modifiant l'arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale](#)
- [Arrêté du 23 février 2022 fixant les référentiels mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale et applicables au contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 du même code](#)
- [Arrêté du 27 septembre 2022 N° DOS/2022/3475 \(Agence Régionale de Santé – IDF-2022-09-27-00015\) fixant la liste des établissements de santé ciblés en application de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale](#)
- [Instruction N° DSS/MCGR/DGOS/2021/170 du 27 juillet 2021 relative au CAQES : modalités du suivi des contrats actuels, de la phase transitoire en 2021 et de la mise en œuvre des nouveaux CAQES en 2022.](#)

Documents en attente de publication :

- *Décret relatif au dispositif mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 162-30-3 (levier de mise sous surveillance)*

Ce guide s'inscrit dans une démarche d'accompagnement des établissements de la part de l'Agence Régionale de Santé (ARS), de l'Assurance Maladie (AM), du CPIAS, de l'ORCA et de l'OMEDIT. Il a pour objectif de préciser les attendus et outils mis à disposition des établissements de santé pour chaque indicateur national et régional.

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2020 dispose, dans son article 64, qu'un nouveau Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES) tripartite lie l'ARS, l'organisme local d'AM et des établissements de santé ciblés.

La refonte réglementaire du CAQES existant depuis 2018 vise à simplifier le dispositif et accompagner les établissements dans des objectifs prioritaires de pertinence et d'efficience. Cette simplification se traduit notamment par :

- Un contrat d'une durée de 3 ans (contrat du 01/07/2022 au 31/12/2024)
- Un contrat porté à 3 volets :
 - **Volet 1** : Produits de santé
 - **Volet 2** : Organisation des soins (dont transport)
 - **Volet 3** : Pertinence des actes, prescriptions et prestations
- Une complémentarité avec la rémunération à la qualité (dispositif IFAQ) : non redondance des indicateurs IFAQ/CAQES, absence d'intéressement sur la qualité dans le CAQES
- Une suppression des sanctions en cas de non atteinte des résultats et création d'un outil pour lutter contre les situations de non-pertinence sur les territoires (levier de mise sous surveillance dont le décret d'application est en attente de publication)
- Deux niveaux d'intéressements :
 - Intéressement national : décliné par indicateur et offrant la possibilité aux établissements de récupérer 20% à 30% des économies générées par leurs actions
 - Intéressement régional : concerne les indicateurs régionaux, financé via le FIR
- Un accompagnement spécifique pour chaque établissement, sur la base d'un plan d'actions à produire par l'établissement

- Un contrat qui concerne des établissements ciblés (60 sites géographiques en Ile-de-France)
- Un nombre restreint d'indicateurs : 7 indicateurs nationaux et 4 régionaux.

Les objectifs, les indicateurs nationaux et régionaux et les modalités d'évaluation décrits dans ce guide répondent aux dispositions de l'arrêté du 24 septembre 2021 modifiant l'arrêté du 27 avril 2017 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.

Selon cet arrêté, le contrat a pour objet de définir les modalités d'engagement pris par l'(ou les) entité(s) géographique(s) de l'établissement de santé et des professionnels qui y exercent compte tenu des objectifs d'amélioration de la pertinence des soins et des prescriptions et de maîtrise des dépenses qu'il leur est demandé d'atteindre sur la base d'un constat partagé.

MODALITES D'EVALUATION

L'évaluation annuelle sera conduite en année N+1. La première évaluation interviendra en 2023 sur les données 2022.

Pour les trois volets (Produits de santé, Organisation des soins et Pertinence), l'analyse des résultats de l'établissement sera réalisée par l'ARS, en lien avec l'OMEDIT, le CPIas et l'ORCA, et par l'Assurance Maladie, sur la base des résultats qui seront renseignés dans l'outil e-CARS.

Les résultats seront :

- soit, saisis par l'établissement ;
- soit, communiqués par l'Assurance Maladie au regard des données disponibles dans ses bases de données.

LES REFERENTS EN ILE-DE-FRANCE

Une fois la contractualisation effectuée, les équipes de la Délégation Départementale de l'ARS et de l'organisme local d'Assurance Maladie se tiennent à la disposition des établissements pour accompagner dans le suivi des indicateurs retenus.

Toutes observations ou questions concernant ce nouveau CAQES, doivent être adressées à l'adresse mail suivante : ars-idf-dos-caqes@ars.sante.fr.

Toutes questions en lien avec le suivi des indicateurs CAQES peuvent être adressées aux référents départementaux identifiés lors des dialogues de gestion avec l'Assurance Maladie.

ETABLISSEMENTS SIGNATAIRES EN ILE-DE-FRANCE

En Ile-de-France, ce nouveau contrat tripartite entre en vigueur au 1^{er} juillet 2022, et s'applique à des structures sanitaires MCO ciblées (ciblage spécifique par indicateur) des secteurs publics et privés.

En Ile-de-France, 39 entités juridiques MCO (soit 60 sites géographiques) ont signé un CAQES :

- 24 établissements publics
- 8 ESPIC
- 8 établissements privés
- 20 sites de l'AP-HP

1. Les indicateurs du CAQES

A. Indicateurs régionaux IDF

1. Médicaments génériques (PHEV)

ENCOURAGER LA PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS APPARTENANT AU REPERTOIRE DES GENERIQUES, AFIN DE MAITRISER L'EVOLUTION DES DEPENSES RELATIVES AUX PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES EXECUTEES EN VILLE (PHEV), DANS LE RESPECT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

Indicateur national

Indicateur régional

Volet du contrat : ● **Volet 1 - Produits de santé**

Référents régionaux Ile-de-France : A. Daniel (ARS), D. Augier-Litzelmann (AM)

Effectif en Ile-de-France (nombre de sites géographiques ciblés) : 25 sites (1 ESPIC, 10 Publics, 14 sites de l'AP-HP)

Accompagnement des établissements proposé en Ile-de-France : Assurance Maladie

Documents & Outils disponibles : cliquer [ICI](#)

a) Contexte

En 2019, les médicaments délivrés en ville hors rétrocession et prescrits à l'hôpital représentaient 7.6 milliards € en France, soit 36 % des dépenses totales de médicaments délivrés en ville hors rétrocession et près de 40 % des dépenses totales de PHEV (19.5 milliards €).

En 5 ans, entre 2012 et 2017, **les médicaments génériques** ont permis d'économiser 7 milliards d'euros.

D'après le rapport Charges et produits 2022 (CNAM), les économies attendues par la diffusion des médicaments génériques sont de 45 millions d'euros. Ces économies contribuent entre autres à préserver le système de santé, à prendre en charge de nouveaux traitements onéreux et à financer l'innovation.

Le préalable, pour augmenter la délivrance des génériques par le pharmacien est de promouvoir la prescription de médicaments inscrits au répertoire des génériques. En effet, la prescription au sein du répertoire des génériques permet au pharmacien de substituer le médicament prescrit par un médicament générique qui possède le même principe actif, avec le même dosage et la même forme pharmaceutique ; et de choisir, parmi les médicaments du même groupe générique, un médicament présenté sous la forme la mieux adaptée au patient (choix dans les formes et taille des comprimés, dans les goûts, dans les excipients, etc.), le tout en générant des économies.

Actions de promotion :

- 2015 : Plan national d'action de promotion des médicaments génériques → encourager la prescription et l'utilisation des médicaments génériques en ville, à l'hôpital et dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, tout en respectant la liberté de prescription.
- 2018 : inscription d'un indicateur dédié PHEV dans le CAQES avec un taux cible réglementaire de prescription dans le répertoire des génériques supérieur ou égal à 45,5%¹ puis, à partir de janvier

¹ Arrêté du 27 avril 2017 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

2019, supérieur ou égal à 49 %². Il s'agissait du seul indicateur PHEV retenu parmi les indicateurs CAQES soumis à intéressement.

Etat des lieux : Le taux régional moyen de prescription dans le répertoire des génériques en établissement de santé (Ile-de-France) en 2019 était de 50,8 % (source : données SNIIRAM Ile-de-France M12 2019).

Si la substitution du médicament princeps par un médicament générique au moment de la délivrance est devenue quasi-systématique depuis la mise en œuvre de l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2020 (taux de substitution de 91,6% en 2020), la prescription au sein **du répertoire des génériques** présente encore une marge de progression, que ce soit pour des médicaments à bas coût mais à fort volume de prescription (ex : laxatifs) ou pour des médicaments onéreux à faible volume de prescription (ex : anticancéreux oraux).

Il est intéressant de souligner que lorsqu'un prescripteur prescrit un médicament, il ignore bien souvent si la molécule est inscrite au répertoire des médicaments génériques ou non. Les logiciels de prescription, en ville comme à l'hôpital, présentent rarement cette information. Le suivi des nouvelles inscriptions au répertoire des génériques requiert une veille mensuelle. Aussi, sans accompagnement des prescripteurs pour les informer des classes thérapeutiques présentant une marge de progression en matière de taux de prescription dans le répertoire des génériques, il apparaît difficile pour un établissement d'augmenter son taux de prescription dans le répertoire.

D'autre part, augmenter ce taux peut impliquer, dans certains cas, une modification des habitudes de prescription, notamment si cela les amène à prescrire des molécules ou spécialités qui ne sont pas référencées au sein-même de l'établissement. C'est pourquoi un **accompagnement personnalisé** des établissements sur cette problématique associée à un **dispositif incitatif** semble approprié pour les encourager à contribuer aux économies associées aux médicaments génériques

b) Objectif

L'objectif de cet indicateur est d'encourager la prescription de médicaments appartenant au répertoire des génériques, afin de maîtriser l'évolution des dépenses relatives aux PHEV, dans le respect de la qualité et de la sécurité des soins.

Pour les CAQES signés en 2018, le taux de prescription dans le répertoire des génériques portait sur la totalité des médicaments PHEV. De ce fait, les efforts effectués par les établissements sur la ou les classes thérapeutiques qui disposaient d'une marge de progression n'apparaissent pas toujours.

Dans la perspective de mieux valoriser les travaux des établissements, un indicateur complémentaire régional a été instauré prenant en compte une sélection de classes ATC4 présentant une marge de progression de prescription dans le répertoire, dites « classes ATC4 ciblées ».

Il s'agit des classes ATC4 pour lesquelles tous les médicaments ne sont pas inscrits au répertoire des génériques et qui sont potentiellement interchangeable entre eux, à efficacité et sécurité égales. Les alternatives identifiées, au sein d'une même classe ATC4 inscrite au répertoire, portent notamment sur : un changement de nom de princeps pour une même DCI, un changement de forme galénique ou de dosage pour une même DCI, un changement de DCI ou encore sur la décombinaison d'une association fixe.

Les classes ATC4 retenues et appelées « ciblées » en 2021 sont identiques pour l'ensemble des établissements et pendant toute la durée du contrat.

² Arrêté du 12 décembre 2018 modifié par arrêté du 31 décembre 2020 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

c) Construction de l'indicateur

Deux indicateurs sont pris en compte :

1) Le taux global de prescription dans le répertoire des génériques (PHEV) :

Taux global (année N) = nombre de boîtes appartenant au répertoire des génériques remboursées / nombre total de boîtes remboursées

2) Le taux de prescription dans le répertoire des génériques des 13 classes ATC4 ciblées* (PHEV) :

Taux des classes ATC4 ciblées (année N) = nombre de boîtes des 13 classes ATC4 ciblées appartenant au répertoire des génériques remboursées / nombre total de boîtes des 13 classes ATC4 ciblées remboursées.

*Les classes ATC4 ciblées correspondent à une mise à jour en 2021 des classes ATC4 retenues pour le ciblage des établissements sur la base des données 2019 (cf ci-après). Ainsi, les évolutions du répertoire des génériques, la commercialisation de nouveaux médicaments et les évolutions des prix ont été prises en compte. Cet indicateur porte sur les 13 classes ATC4 qui présentent en 2021 le plus fort potentiel de progression de prescription dans le répertoire des génériques (Annexe).

d) Ciblage des établissements

Le ciblage des établissements porte sur l'activité 2019, dernière année hors crise sanitaire.

Champ : Etablissements publics, ESPIC

Source des données : DCIR (taux régional 22 ATC4 ciblées) et données SNIIRAM (taux national) année 2019

Modalités :

Etablissements présentant en 2019 :

- Taux global de prescription dans le répertoire <49%

ET

- Taux de prescription dans le répertoire des génériques des classes ATC4 ciblées < médiane régionale (65,6%)

Les 22 classes ATC4 retenues pour le ciblage des établissements sont celles qui présentaient sur l'année 2019 le plus fort potentiel de progression de prescription dans le répertoire.

e) Intéressement

L'intéressement est versé annuellement si :

1) Le taux global de prescription dans le répertoire des génériques (PHEV) (année N) est \geq taux cible fixé réglementairement de 49% (taux en vigueur depuis 2019)

Et/ou si

2) Pour le taux de prescription dans le répertoire des génériques des 13 classes ATC4 ciblées (année N), l'écart à la médiane régionale diminue par rapport à celui de l'année N-1

Pour évaluer la progression du taux de prescription au sein du répertoire de l'établissement pour les 13 classes ATC4 ciblées, l'écart à la médiane de l'année N sera comparé à l'écart à la médiane de l'année N-1.

- Exemple pour 2023 (évaluation des données 2022), comparaison de l'écart à la médiane 2022 à celui de 2021, en sachant que :
 - o Ecart à la médiane 2022 = taux 2022 classes ATC4 ciblées de l'établissement – médiane régionale 2022
 - o Ecart à la médiane 2021 = taux 2021 classes ATC4 ciblées de l'établissement – médiane régionale 2021

Dans le cas où le taux des 13 classes ATC4 ciblées de l'établissement devait dépasser la médiane régionale, alors l'indicateur serait considéré comme atteint.

Si aucun des deux indicateurs n'est atteint, alors l'intéressement sera nul.

f) Modalités d'évaluation

Evaluation annuelle quantitative des deux indicateurs sur les bases données de l'Assurance Maladie.

***ANNEXE : Liste des 13 classes ATC 4 ciblées**

M02AA : ANTIINFLAMMATOIRES NON STERIDIENS A USAGE TOPIQUE
N01BB : AMIDES
N02AA : ALCALOÏDES NATURELS DE L'OPIUM
A01AB : ANTIINFECTIEUX POUR TRAITEMENT ORAL LOCAL
A06AD : LAXATIFS OSMOTIQUES
A03AX : AUTRES MEDICAMENTS CONTRE LES DESORDRES FONCTIONNELS GASTRO-INTESTINAUX
V08CA : PRODUITS DE CONTRASTE PARAMAGNETIQUES
R03AC : AGONISTES SELECTIFS BETA 2 ADRENERGIQUES
C10BA : INHIBITEURS DE L'HMG-COA REDUCTASE EN ASSOCIATION AVEC D'AUTRES HYPOLIPEMIANTS
B01AC : INHIBITEURS DE L'AGREGATION PLAQUETTAIRE, HEPARINE EXCLUE
A05AA : ACIDES BILIAIRES ET DERIVES
N05BA : DERIVES DE LA BENZODIAZEPINE
N06BA : SYMPATHOMIMETIQUES D'ACTION CENTRALE

2. Prescription des antibiotiques

MOBILISER LES ETABLISSEMENTS POUR SUIVRE LES DUREES DE TRAITEMENTS ANTIBIOTIQUES PRESCRITS AU SEIN DE LEUR ETABLISSEMENT QU'IL S'AGISSE DE PRESCRIPTIONS POUR DES PATIENTS HOSPITALISES (DONT HDJ) OU EN PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES EXECUTEES EN VILLE

Indicateur national

Indicateur régional

Volet du contrat : ● Volet 1 - Produits de santé

Référents régionaux Ile-de-France : A. de Saunière (ARS), M. Poissonnet (AM)

Effectif en Ile-de-France (nombre de sites géographiques ciblés) : 12 (2 ESPIC, 3 Privés, 7 Publics)

Accompagnement des établissements proposé en Ile-de-France : CPIAS Ile-de-France

Documents & Outils disponibles : cliquez [ICI](#)

a) Contexte

La France reste l'un des pays européens où la consommation d'antibiotiques est la plus élevée (26^{ème} sur 29). Par rapport à l'ensemble de la France, l'Ile-de-France présente un niveau de prescription et de consommation d'antibiotiques supérieur à la moyenne nationale (10^{ème} sur 12). Huit pour cent des antibiotiques sont administrés en établissements de santé et 15% des antibiotiques dispensés en médecine de ville émanent d'une prescription hospitalière.

La stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance, présentée le 07/02/2022, fixe un objectif de réduction de la consommation d'antibiotiques en établissements de santé d'au moins 10% entre 2019 et 2025. Cette diminution figure également au titre des objectifs prioritaires du projet régional de santé d'Ile-de-France.

La promotion des **durées d'antibiothérapie les plus courtes possibles** constitue un des leviers pour faire baisser les consommations et donc l'antibiorésistance.

b) Objectif

Mobiliser les établissements de santé pour **suivre les durées de traitements** antibiotiques qui y sont prescrits, qu'il s'agisse de prescriptions pour des patients hospitalisés (dont HDJ) ou des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV).

Les établissements sont invités à s'équiper d'un **logiciel** leur permettant de suivre les durées de traitements antibiotiques (classe ATC J01) à des fins d'intervention des **référents en antibiothérapie** y compris en cas de modification du traitement au cours d'une antibiothérapie ininterrompue. Cette fonctionnalité doit être intégrée dans le LAP ou dans le logiciel de la PUI.

c) Construction de l'indicateur

Trois indicateurs sont pris en compte :

1. **Equipped en logiciel permettant de suivre les durées de traitements** (classe ATC J01) y compris en cas de modification d'antibiotique au cours d'une antibiothérapie ininterrompue
2. **Utilisation de ce logiciel pour identifier les traitements de plus de 7 jours** (classe ATC J01) au sein de l'ensemble des services y compris en cas de transfert inter-service
3. **Traçabilité de l'avis du référent antibiotiques** pour ces traitements de plus de 7 jours (classe ATC J01) identifiés par le logiciel au sein de l'ensemble des services, y compris en cas de transfert inter-service

d) Ciblage des établissements

Sont ciblés les établissements de santé qui ne disposent pas de logiciel leur permettant de suivre les durées de traitements (déclaration CAQES 2021), et qui présentent des atypies de consommation totale d'antibiotiques par rapport aux établissements comparables (DDJ pour 1000 journées d'hospitalisation en 2019 ; source : mission SPARES).

e) Intéressement

L'intéressement annuel associé à l'engagement sur l'antibiorésistance est calculé **au prorata de l'atteinte de chaque indicateur**, chacun d'eux donnant droit au tiers de l'intéressement annuel calculé selon la dotation du fonds d'intervention régional dédiée.

f) Modalités d'évaluation

Déclaration de l'ES (réponse Oui/Non aux 3 indicateurs) avec communication par l'établissement de justificatifs probants.

Justificatifs :

- Production de tout document explicitant la **fonctionnalité de suivi des traitements** antibiotiques de plus de 7 jours y compris en cas de modification d'antibiotique au cours d'une antibiothérapie ininterrompue, ou en cas de transfert inter-service.
- Production de tout document attestant de **l'utilisation habituelle du logiciel de suivi des traitements** antibiotiques de plus de 7 jours y compris en cas de modification d'antibiotique au cours d'une antibiothérapie ininterrompue, ou en cas de transfert inter-service.
- Production de tout document attestant de la **traçabilité de l'avis du référent** en antibiothérapie pour les traitements de plus de 7 jours y compris en cas de modification d'antibiotique au cours d'une antibiothérapie ininterrompue, ou en cas de transfert inter-service.

g) Références

Nationales :

- [Santé Publique France : Antibiotiques et résistances bactérienne : Pistes d'actions pour ancrer les progrès de 2020](#) (Novembre 2021)
- [Santé Publique France : Consommation d'antibiotiques en secteur de ville en France 2010-2020. Synthèse données de surveillance](#) (Novembre 2021)
- [Ministère de la Santé & des Solidarités – Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance](#) (Février 2022)

Régionales :

- [Projet Régional de Santé de l'ARS Ile-de-France 2018-2022](#) : Améliorons la santé des Franciliens
- Centre régional en antibiothérapie d'Ile de France (CRAtb)
- Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins d'Ile de France (CPias)

3. Parcours périnatalité :

SECURISER, AMELIORER ET FLUIDIFIER LE PARCOURS DES PATIENTES ET DES NOUVEAU-NES

Indicateur national

Indicateur régional

Volet du contrat : ● **Volet 2** - Organisation des soins (dont transport)

Référents régionaux Ile-de-France : C. Crenn Hebert (ARS), M. Marty (AM)

Effectif en Ile-de-France (nombre de sites géographiques ciblés) : 15 (2 ESPIC, 10 Publics, 2 sites de l'APHP, 1 Privé)

Accompagnement des établissements proposé en Ile-de-France : ARS

Documents & Outils disponibles : cliquez [ICI](#)

a) Contexte

La périnatalité se définit comme **l'ensemble des processus liés à la naissance**, depuis la conception jusqu'aux premiers mois de la vie du nourrisson, en passant par le désir d'enfant, le diagnostic anténatal, la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement ou l'allaitement.

De multiples **enjeux de santé publique** sont liés à la périnatalité (mortalité périnatale, suivi des nouveau-nés vulnérables...) L'ARS d'Ile-de-France a engagé plusieurs programmes pour répondre aux spécificités régionales, près d'un quart des naissances métropolitaines sont enregistrées en IDF et les indicateurs de mortalité périnatale, infantile et maternelle montrent que des axes d'amélioration doivent être développés. La Périnatalité est une thématique prioritaire dans le projet régional de santé (PRS2) - Ma Santé 2022.

Le parcours périnatalité a pour objectif d'assurer les meilleures conditions possibles pour la grossesse et l'accouchement, mais aussi de prévenir les problèmes de santé chez l'enfant et la mère après la naissance.

Comme le décrit le rapport 1000 premiers jours : « L'approche préventive des complications de la grossesse et des risques psychosociaux repose sur la création d'une relation de confiance des futurs parents avec les professionnels de santé. Or ceux-ci sont multiples au cours du suivi, engendrant parfois la confusion et une perte de confiance. Il est donc nécessaire de coordonner les interventions sans les multiplier pour permettre une cohérence et une gradation des propositions, adaptées aux besoins ».

La mise en place d'un parcours coordonné permettant une prise en charge individualisée et adaptée est donc indispensable.

L'arrêté du 27 juillet 2021 relatif à l'expérimentation RÉPAP : Référent Parcours Périnatalité encourage ce parcours qui propose aux femmes enceintes, en sus du suivi prénatal et postnatal habituel, un accompagnement personnalisé et gradué par un référent parcours périnatalité depuis le début de la grossesse jusqu'aux trois mois de l'enfant, en complémentarité et en coordination avec les dispositifs et professionnels existants à l'hôpital, en ville et au sein des PMI. Ce référent est un interlocuteur privilégié de la femme et du couple ainsi que des professionnels hospitaliers, libéraux et/ou de PMI intervenant lors de la grossesse et des premiers mois de vie, qu'il soit professionnel des champs somatique, psychique ou social. Il s'assure de la continuité du parcours ante et post-natal, et contribue ainsi à limiter les ruptures de suivi dans la prise en charge, qui peuvent s'avérer particulièrement néfastes pour l'enfant et la mère, en particulier lorsque cette dernière présente des facteurs de risques et/ou de vulnérabilités avérés.

b) Objectif

Objectif général : **sécuriser, améliorer et fluidifier le parcours des patientes et des nouveau-nés** en :

- Coordonnant les professionnels exerçant en établissements de santé et en ville ;
- Favorisant le partage d'informations entre ces professionnels ;
- Anticipant les risques et en repérant les vulnérabilités, notamment par la mise en place de l'entretien prénatal précoce et en assurant le suivi des actes et consultations ante natal ;
- Permettant une sortie accompagnée dans le cadre de sorties précoces (c'est-à-dire entre 48h et 72h de vie de l'enfant né par voie basse, avant 96h en cas de naissance par césarienne) ou de sorties standards (c'est-à-dire au-delà de 72h ou 96h de vie de l'enfant selon le mode de naissance) pour les dyades mère-enfant à bas risque médical, psychique et social ;
- Favorisant le suivi post natal.

c) Construction de l'indicateur

Trois indicateurs sont pris en compte :

- **Indicateur 1:** L'établissement organise chaque année une réunion de mise en œuvre du parcours périnatalité avec ses partenaires (PMI, partenaires de ville, etc.)
→ Oui ou Non. Evaluation : déclaratif avec justificatif (compte rendu, liste des participants, tout autre support)
- **Indicateur 2:** Le dossier patient de l'établissement permet la traçabilité de la réalisation (en interne ou en externe) de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP)
→ Oui ou Non. Evaluation : déclaratif avec justificatif (dossier patient)
- **Indicateur 3:** Le dossier patient de l'établissement permet la traçabilité de l'anticipation de la visite post natale
→ Oui ou Non. Evaluation : déclaratif avec justificatif (dossier patient, compte rendu d'hospitalisation, lettre de sortie ou autre support)

d) Ciblage des établissements

Champ : maternités de tout niveau, tout statut et toute taille

Modalités : Seront ciblés les établissements ayant déjà initié une démarche d'amélioration du parcours périnatalité ou situés sur un territoire au sein duquel le parcours doit être amélioré.

e) Intéressement

L'intéressement annuel versé est calculé **au prorata de l'atteinte des engagements** : chacun des 3 indicateurs de pilotage atteint donne droit au tiers de l'intéressement annuel.

Les 3 indicateurs sont indépendants.

f) Modalités d'évaluation

Déclaration de l'ES (réponse Oui/Non aux 3 indicateurs) avec transmission de justificatifs (cf. ci-dessus 3. Construction des indicateurs).

L'audit interne devra porter sur **30 dossiers** patients pour les indicateurs 2 et 3.

- **Indicateur 1:** L'établissement organise chaque année une réunion de mise en œuvre du parcours périnatalité avec ses partenaires (PMI, partenaires de ville, etc.) → **Justificatif attendu:** compte rendu, liste des participants, tout autre support

- **Indicateur 2:** Le dossier patient de l'établissement permet la traçabilité de la réalisation (en interne ou en externe) de l'Entretien Périnatal Précoce (EPP) → **Justificatif attendu** : dossier patient
- **Indicateur 3:** Le dossier patient de l'établissement permet la traçabilité de l'anticipation de la visite post natale → **Justificatif attendu** : dossier patient, compte rendu d'hospitalisation, lettre de sortie ou autre support

Les établissements s'engagent à mettre en œuvre un **plan d'actions pluriannuel** afin d'améliorer le parcours (cf. [Annexe](#) sur le lien « Documents et outils disponibles » : [Proposition de plan d'actions](#)). La réalisation de ce plan d'actions d'amélioration des pratiques constituera l'indicateur de suivi. Ces actions pourront être complétées par toute autre action que l'établissement jugera pertinente selon son organisation interne et ses spécificités territoriales.

Ce plan d'action devra également être accompagné d'une gouvernance de pilotage et de gestion de projet annexée au plan d'action. Ce dernier devra être validé par l'ARS et l'Assurance maladie au cours de la première année du contrat.

Chaque action devra comporter un délai de réalisation, une date de mise en œuvre prévisionnelle et effective, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation.

g) Références

- **Nationales :**

1. [Arrêté du 27 juillet 2021](#) relatif à l'expérimentation « RÉPAP : Référent Parcours périnatalité »
2. [HAS : Recommandation de bonne pratique](#) « Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés » (Mai 2014)
3. [HAS : Note de cadrage](#) Accompagnement personnalisé du retour à domicile après accouchement des mères en situation de vulnérabilité et de leurs nouveaux nés (Juin 2021)
4. [Ministères de la Santé & des Solidarités : Rapport](#) « Les 100 premiers jours » (Septembre 2020)

- **Régionales :**

5. [ARS Ile-de-France : Recommandations régionales COVID-19](#) : Prise en charge de la femme enceinte, accouchée et de son nouveau-né au stade 3 de l'épidémie de COVID-19 (Avril 2020)
6. [Perinat-ARS-IDF](#) : Webinaire Périnatalité et COVID-19 du 15 juin 2020 : les [présentations](#), le [replay](#)
7. [ARS IDF - Groupe de travail Santé mentale et périnatalité de la Commission régionale périnatalité](#)
8. Fin 2021 : Nouveaux CPOM des réseaux périnatals en Ile-de-France (pour mémoire : [cahier des charges](#))

4. Développement de la chirurgie ambulatoire

ENCOURAGER LE DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN REGION ILE-DE-FRANCE

Indicateur national

Indicateur régional

Volet du contrat : ● **Volet 3 : Pertinence des actes, prescriptions et prestations**

Référents régionaux Ile-de-France : HJ Philippe (ARS), M. Marty (AM)

Effectif en Ile-de-France (nombre de sites géographiques ciblés) : 15 (3 ESPIC, 5 Publics, 4 sites de l'APHP, 3 Privés)

Accompagnement des établissements proposé en Ile-de-France : ORCA

Documents & Outils disponibles : cliquez [ICI](#)

a) Contexte

Aujourd'hui, la **chirurgie ambulatoire** correspond à la modalité la plus adéquate pour 70 à 80% des interventions chirurgicales, comme le recommande le Haut Conseil de la Santé Publique dans son rapport « Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé », publié en juin 2021.

Cette pratique, qui a démontré sa pertinence au cours des dernières années, apporte de nombreux gains aux patients, aux équipes chirurgicales, aux établissements de santé et à la société :

- **Aux patients** : elle libère le patient des contraintes de l'hôpital en raccourcissant la durée d'hospitalisation et lui permet de réintégrer son milieu familial, source de confort, et réduit les risques d'infections nosocomiales et des maladies thromboemboliques. Etant donné la courte durée d'hospitalisation, le patient opéré en ambulatoire bénéficie d'une préparation et d'un suivi post-opératoire rigoureux.

- **Aux équipes chirurgicales** : la courte durée de séjour permet aux équipes de gagner du temps, d'éviter les déplacements entre les différents services, leur réduit le temps de travail, notamment de nuit et les weekends et donc leur garantit une meilleure qualité des conditions de travail.

- **Aux établissements** : la chirurgie ambulatoire, critère de qualité pour les établissements, permet d'optimiser l'organisation des blocs opératoires. Elle mobilise moins les ressources de l'établissement notamment en matière de ressources humaines. Ainsi, elle conduit à une baisse de coûts de production (indemnités journalières, transports sanitaires etc..).

- **A la société** : elle est source d'économies financières, ce qui représente un grand gain aux pouvoirs publics, et donc à la société.

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète et plus particulièrement de la chirurgie ambulatoire demeure un chantier prioritaire pour l'ARS Ile-de-France. La chirurgie ambulatoire est majoritaire en Ile-de-France depuis 2014 et l'objectif était d'atteindre la **cible nationale** fixée à 70% en 2022. Cependant, le taux de chirurgie ambulatoire en région Ile-de-France était de 61,8% en 2020. Il est donc nécessaire d'intensifier les efforts pouvant aboutir au développement de cette modalité de prise en charge. La mise en place d'un indicateur spécifique à cette thématique dans le cadre des CAQES s'inscrit dans cette perspective de développement de la chirurgie ambulatoire.

b) Objectif

L'objectif est **d'encourager un développement de la chirurgie ambulatoire** en région Ile-de-France, en raison de la qualité de cette modalité de prise en charge, en réduisant le **potentiel VISUCHIR*** (différence entre le taux de chirurgie ambulatoire potentiel et le taux actuellement réalisé) :

**Fruit d'un partenariat entre l'Assurance Maladie et l'ATIH, VISUCHIR est un outil médicalisé de data visualisation sur la chirurgie, construit à partir des actes CCAM. Il analyse, suit et compare les pratiques professionnelles et organisationnelles chirurgicales des établissements de santé en prenant en compte leurs spécificités (case-mix, niveaux de sévérité et âges des patients, innovation ambulatoire...).*

Cette réduction est envisagée soit pour l'ensemble des disciplines soit sur une discipline. Deux options sont possibles :

1. Réduction de 5 points par an du potentiel VISUCHIR pour l'ensemble des disciplines* (soit 15 points sur la période des 3 années)

- Diminution de 5 points (année 1 – année de référence),
- Diminution de 10 points (année 2 – année de référence)
- Diminution de 15 points (année 3 – année de référence)

* la liste des disciplines éligibles est annexée.

Ou (dans le cas de la non atteinte du premier objectif) :

2. Réduction de 10 points par an pour une discipline (soit 30% sur la période des 3 années)

- Diminution de 10 points (année 1 – année de référence)
- Diminution de 20 points (année 2 – année de référence)
- Diminution de 30 points (année 3 – année de référence)

L'année de référence est l'année 2019.

c) Construction de l'indicateur

1. Indicateur pour **l'ensemble des disciplines** (année N) = Potentiel VISUCHIR : Différence entre le Potentiel VISUCHIR de l'année de N (du CAQES) et le potentiel VISUCHIR (année de référence = 2019)
2. Indicateur pour **une discipline** Potentiel VISUCHIR (discipline) : Différence entre le Potentiel VISUCHIR de l'année de N (du CAQES) et le potentiel VISUCHIR (année de référence = 2019)

Les données relatives au potentiel VISUCHIR sont issues du PMSI et disponibles en juillet/août (PMSI).

d) Ciblage des établissements

Les établissements sont ciblés selon une distribution territoriale et par statut d'établissement parmi les établissements présentant :

- un volume d'activité chirurgicale important supérieur à 4000 actes par an en 2019
- un potentiel VISUCHIR global supérieur ou égal à 10% en 2019 et par discipline supérieur à 30%

e) Intéressement

En cas de réduction effective du potentiel VISUCHIR, l'établissement est éligible à un intéressement d'un montant proportionnel à la réduction du potentiel VISUCHIR dans la limite du montant forfaitaire maximal (correspondant à l'atteinte des 5 points, 10 points et 15 points pour l'ensemble des disciplines **ou** des 10 points, 20 points et 30 points pour une discipline) et pour l'une des options.

A titre d'exemple : une réduction globale de 2,5 points pour l'ensemble des disciplines la première année permet un intéressement de la moitié du montant forfaitaire maximal

f) Modalités d'évaluation

Potentiel VISUCHIR calculé à partir des données PMSI.

Les établissements s'engagent à mettre en œuvre un plan d'actions pluriannuel afin développer la chirurgie ambulatoire dans le cadre du CAQES (cf. [Annexe](#) sur le lien « Documents et outils disponibles » : [Proposition de plan d'actions](#)).

Ce plan d'action devra également être accompagné d'une gouvernance de pilotage et de gestion de projet annexée au plan d'action. Chaque action devra comporter un délai de réalisation, une date de mise en œuvre prévisionnelle et effective, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation.

Le taux de réalisation de ce plan d'actions constitue l'indicateur de suivi. Il est calculé en tenant compte des actions réalisées au regard des actions attendues pour l'année concernée. Ci-après les actions devant à minima être inscrites au plan d'action.

Ces actions pourront être complétées par toute autre action que l'établissement jugera pertinente aux vues de son organisation interne et de ses spécificités territoriales.

g) Références

- **Nationales :**
 1. [HCSP - Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé](#) (Juin 2021)
 2. E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, Décembre 2017 « [Évaluation de l'impact économique de la chirurgie ambulatoire ?](#) » - Frédéric Bizard
 3. ATIH / ScanSante - [VISUCHIR](#)

- **Régionales :**
 1. [Site Internet](#) de l'Observatoire Régional de la Chirurgie Ambulatoire

Liste des spécialités chirurgicales concernées par le potentiel VISUCHIR : Chirurgie orthopédique, Chirurgie gynécologique, Chirurgie viscérale et digestive, Chirurgie thoracique, Chirurgie plastique, Chirurgie maxillo-faciale-stomatologique, Chirurgie pédiatrique, Neurochirurgie, Chirurgie ORL, Chirurgie urologique, Chirurgie ophtalmique.

B. Indicateurs nationaux

1. Prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

Indicateur national Indicateur régional

Volet du contrat : ● Volet 1 - Produits de santé

Effectif en Ile-de-France (nombre de sites géographiques ciblés) : 36 (5 ESPIC, 14 Publics, 17 sites de l'AP-HP)

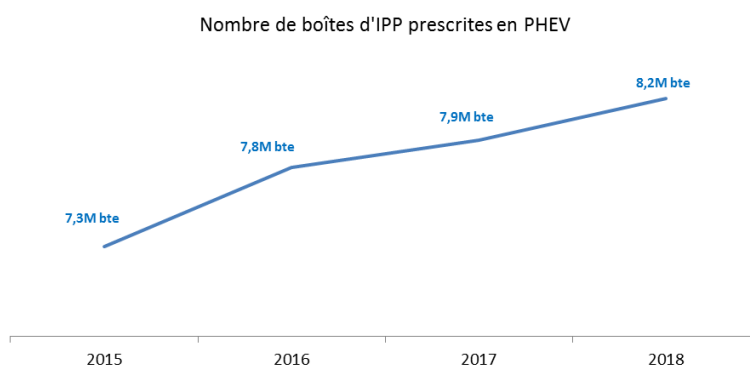
Documents & Outils disponibles : cliquez [ICI](#)

a) Contexte

Les **inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)** sont des médicaments largement consommés par les français (près d'un quart de la population française utilise un IPP délivré en ville sur prescription médicale). Les indications pourtant précises et limitées des IPP³ ne sont donc pas respectées puisqu'il existe une large proportion de prescriptions des IPP **hors AMM** documentées en France. En effet, 60% des prescriptions des IPP sont faites hors AMM.

Outre le risque sanitaire élevé inhérent aux prescriptions non conformes (effets indésirables à long terme, tels que de nombreuses infections digestives et respiratoires, des fractures, etc.), l'impact économique de ce mésusage pèse lourdement sur les dépenses d'Assurance Maladie puisqu'il représente plus de 200 M€ par an.

Les prescriptions des IPP sont largement initiées à l'hôpital et renouvelées en ville. L'augmentation de la consommation des IPP en France est en partie liée à l'augmentation des prescriptions hospitalières réalisées en ville (PHEV) comme le montre le graphique ci-dessous :



Ainsi une action ciblant les prescriptions hospitalières réalisées en ville (PHEV) est envisagée.

³ Traitement du reflux gastro-œsophagien (RGO) et de l'œsophagite par RGO

Prévention et traitement des lésions gastroduodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risque (âge supérieur à 65 ans ou ayant des antécédents d'ulcère gastroduodénal, ou traités par antiagrégant plaquettaire, anticoagulant, ou corticoïde)

Eradication d'*Helicobacter pylori*

Traitement des ulcères gastroduodénaux

b) Objectif

Le constat de ce mésusage, déjà fait à plusieurs reprises, a motivé de nombreuses actions depuis 10 ans (e.g. recommandations de bon usage de la HAS), mais aucune n'a encore permis de réduire ces prescriptions inadaptées.

Une action mettant en place des indicateurs cibles pour les prescripteurs serait la plus pertinente, et a déjà été retenue par nos voisins étrangers (Belgique, Royaume-Uni etc.).

Ainsi, des indicateurs relatifs aux PHEV d'IPP seront implémentés dans le CAQES.

Deux indicateurs seront implémentés dans le CAQES :

1. **un indicateur couplé à une incitation financière**, pour les prescripteurs, à l'atteinte de la cible, afin d'optimiser les chances de réduire les prescriptions hors AMM des IPP ;
2. **un indicateur informatif de qualité des soins**, sans incitation financière qui permettra aux établissements de suivre leurs prescriptions concomitantes d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et d'IPP (cas particulier de hors AMM).

c) Construction de l'indicateur

→ 1. Indicateur avec incitation financière :

Chaque année N, et pour chaque établissement de santé identifié par son numéro FINESS dans le SNDS, nous comparerons l'évolution, entre les années n et n-1, des dépenses remboursées en ville (corrigées de l'effet prix) liées aux prescriptions d'IPP émanant de l'établissement de santé. La réalisation d'économies entre ces deux années, sur les ordonnances exécutées en ville d'IPP sur un établissement donné, permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 20% de la dépense économisée par l'Assurance Maladie obligatoire.

Pour le calcul de l'indicateur, les modifications de prix seront prises en compte.

Par ailleurs, le volume total de prescriptions sera suivi d'une année sur l'autre et pourra en cas de variation importante être utilisé pour corriger la rémunération.

Calcul et mise en œuvre de la rémunération incitative :

La réalisation d'économies entre les années n-1 et n sur les prescriptions exécutées en ville d'IPP pour un établissement donné permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de **20% des économies générées** (dépenses évitées) par l'Assurance Maladie obligatoire.

Rémunération n = [(dépense remboursée PHEV IPP issue des prescriptions de l'établissement en année n) - (dépense remboursée PHEV IPP issue des prescriptions de l'établissement en année n-1)] * 0,2

Exemple de rémunération d'un établissement hospitalier :

En 2019, un établissement a prescrit des IPP qui ont entraîné une dépense en ville de 3 491 305 €.

En 2020, ce même établissement a diminué la dépense issue de ses prescriptions de ville d'IPP à 3 248 240 €.

Il sera donc reversé à l'établissement une incitation de 48 613 € sur une économie réalisée de 243 065 € pour l'Assurance Maladie. Cette économie devra pour partie (au moins 50 %) **être reversée aux services** ayant contribué à l'amélioration de la dépense.

Pour le suivi de cet indicateur, l'établissement recevra une **ventilation des dépenses selon la spécialité** médicale de ces prescripteurs au titre de l'année 2019, ainsi **qu'une à deux extractions** au cours de l'année 2020 pour permettre un suivi des dépenses.

→ 2. Indicateur de bonne pratique (BP) :

Cet indicateur couplé à un intéressement sera également associé à d'autres indicateurs connexes de bonne pratique qui seront fournis aux établissements afin d'améliorer la compréhension de la problématique et de faciliter la mise en œuvre d'actions de pertinence sur le terrain. Ces indicateurs connexes resteront indicatifs et ne contribueront pas au calcul des économies générées.

Concernant les **traitements concomitants AINS + IPP** : une étude observationnelle montre que 80% des prescriptions d'IPP n'étaient pas justifiées, le patient ne présentant pas de risque de développer des lésions gastroduodénales.

Un second indicateur ciblera donc spécifiquement l'utilisation hors AMM suivante : « prescription d'IPP pour prévenir ou traiter des lésions gastroduodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients sans risque (âge inférieur à 65 ans ou n'ayant pas d'antécédents d'ulcère gastroduodéal, ou n'étant pas traités par antiagrégant plaquettaire, anticoagulant, ou corticoïde) ».

La cible de cet indicateur sera son **évolution décroissante**, sans fixation de seuil cible.

Indicateur BP [année n] = [Volume IPP prescrits concomitamment à des AINS pour des adultes âgés de moins de 65 ans en année n] - [Volume IPP prescrits concomitamment à des AINS pour des adultes âgés de moins de 65 ans en année n] < 0.

d) Ciblage des établissements

Le ciblage des établissements est effectué en fonction du niveau de prescription des IPP. Ainsi, le seuil de prescription de 8500 boîtes par établissement a été retenu afin de viser prioritairement les plus gros prescripteurs.

Compte tenu de ces éléments, le ciblage pourra porter sur 180 établissements représentant 27 millions d'euros de dépenses liées aux IPP en 2018.

e) Intéressement

L'intéressement s'élève à 20% des économies générées. Les établissements ciblés présentent un niveau de prescription significativement élevé.

2. Prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de systèmes de perfusion à domicile (PERFADOM)

Indicateur national Indicateur régional

Volet du contrat : ● Volet 1 - Produits de santé

Effectif en Ile-de-France (nombre de sites géographiques ciblés) : 40 (7 ESPIC, 16 Publics, 15 sites de l'AP-HP, 2 Privés)

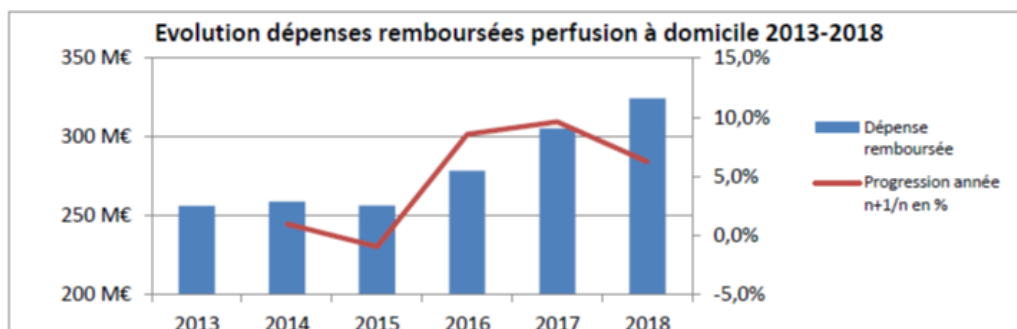
Documents & Outils disponibles : cliquez [ICI](#)

a) Contexte

Après trois années de quasi-stabilité de la dépense remboursée sur le secteur de la perfusion à domicile de 2013 à 2015 (environ 256 M€), la dépense a fortement progressé entre 2015 et 2018. Les taux de progression de la dépense sont de l'ordre de 9 à 10 % par an. De tels taux de progression ne peuvent pas uniquement être expliqués par la seule progression du nombre de patients traités.

Il existe **3 grandes modalités de perfusion** prise en charge dans la nomenclature LPP relative à la perfusion à domicile (PERFADOM) : par **gravité**, par **diffuseur** ou par **systèmes actifs** (comprenant notamment les pousses seringues électriques ou les pompes). Dans de nombreux cas, le choix du mode de perfusion n'est pas précisé et laissé au choix du prescripteur/ infirmier.

Les coûts associés à chacun de ces trois modes de perfusion sont très variables. Dans ce cadre, il convient de favoriser les prescriptions les plus efficaces au regard des situations médicales des patients concernés.



b) Objectif

La mise en place d'un indicateur CAQES relatif aux dépenses de perfusion à domicile prescrite par les établissements de santé a pour but d'inciter les établissements à prescrire pour chaque patient, **le type de perfusion le plus efficace** et donc le traitement le moins onéreux pour l'Assurance Maladie lorsque deux modes de perfusion **sont équivalents pour le patient**. A efficacité et sécurité égales, il est vertueux de choisir le traitement le moins cher, c'est-à-dire la perfusion par gravité.

c) Construction de l'indicateur

→ Indicateur avec incitation financière :

Chaque année N et pour chaque établissement de santé identifié par son numéro FINESS dans le SNDS, nous comparerons l'évolution des dépenses, entre les années N-1 et N, liées aux prescriptions de perfusion à domicile émanant de l'établissement pour les deux modes de perfusion les plus onéreux (par diffuseur et par système actif incluant les poussettes seringues et les pompes).

La réalisation d'économies entre ces deux années, sur les ordonnances exécutées en ville de perfusion par des diffuseurs ou des systèmes actifs, sur un établissement donné, permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 20% de la dépense économisée par l'Assurance Maladie obligatoire.

Pour le calcul de l'indicateur, les modifications de tarifs et de nomenclatures seront prises en compte.

Par ailleurs, le volume total de prescriptions sera suivi d'une année sur l'autre et pourra en cas de variation importante être utilisé pour corriger la rémunération.

Calcul et mise en œuvre de la rémunération incitative :

La réalisation d'économies entre l'année N-1 et N sur les prescriptions exécutées en ville de perfusion par des diffuseurs ou des systèmes actifs sur un établissement donné permettra à l'établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de **20% des économies générées** (dépenses évitées) par l'Assurance Maladie obligatoire.

Rémunération N = [(dépense remboursée PERFADOM (diffuseur + systèmes actifs) issue des prescriptions de l'établissement en année N) - (dépense remboursée PERFADOM (diffuseur + systèmes actifs) issue des prescriptions de l'établissement en année N-1)] * 0,2

Exemple de rémunération d'un établissement hospitalier :

En 2019, un établissement a prescrit des forfaits de perfusion à domicile par diffuseur ou système électrique qui ont entraîné une dépense en ville de 3 491 305 €. En 2020, ce même établissement a diminué la dépense issue de ses prescriptions de ville de diffuseur et système électrique à 3 248 240 €.

Il sera donc reversé à l'établissement une incitation de 48 613 € sur une économie réalisée de 243 065 € pour l'Assurance Maladie. Cette économie devra pour partie (au moins 50%) être reversée aux services ayant contribué à l'amélioration de la dépense.

Pour le suivi de cet indicateur, l'établissement recevra une ventilation des dépenses selon la spécialité médicale de ces prescripteurs au titre de l'année 2019, ainsi qu'une à deux extractions au cours de l'année 2020 pour permettre un suivi des dépenses.

→ Indicateurs de bonne pratique (BP) :

Cet indicateur couplé à un intéressement sera également associé à d'autres indicateurs connexes de bonne pratique qui seront fournis aux établissements afin d'améliorer la compréhension de la problématique et de faciliter la mise en œuvre d'actions de pertinence sur le terrain. Ces indicateurs connexes resteront indicatifs et ne contribueront pas au calcul des économies générées.

Un indicateur permettra d'objectiver la dépense suivie (diffuseur + systèmes actifs) par rapport à la dépense totale, liée à toutes les prescriptions de perfusion incluant celles par gravité :

Indicateur BP [année N] = [dépense remboursée PERFADOM (diffuseur + systèmes actifs) issue des prescriptions de l'établissement en année N] / [dépense remboursée PERFADOM (gravité + diffuseur + systèmes actifs) issue des prescriptions de l'établissement en année N].

Enfin, un indicateur relatif au poids de la prescription **d'antibiothérapie à domicile** par diffuseur permettra d'illustrer l'évolution de cette modalité thérapeutique; le top 10 des antibiotiques les plus prescrits par les établissements en ville au plan national, et sera mis à disposition de tous les établissements concernés par cette pratique, en taux de patients, en taux de prescriptions, en montants remboursés pour les antibiotiques et en montants remboursés sur les dispositifs LPP.

d) Ciblage des établissements

Le ciblage repose sur des établissements ayant :

- un taux de recours aux systèmes actifs et diffuseurs $[(PSE+DIF) / (PSE+DIF+GRA)]$ supérieur à 80% (en montants remboursés)
- des dépenses pour les systèmes actifs (PSE) et diffuseurs (DIF) supérieures au seuil de 100 000 euros (en montants remboursés)

Au niveau national, 377 établissements sont concernés par ce ciblage et représentent 185 millions d'euros de dépenses liées à ces deux systèmes de perfusion (soit 87% des dépenses totales, toutes perfusions confondues).

e) Intéressement

La réalisation d'économies entre ces deux années, sur les ordonnances exécutées en ville de perfusion par des diffuseurs ou des systèmes actifs, sur un établissement donné, permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 20% de la dépense économisée par l'Assurance Maladie obligatoire.

Les établissements ciblés présentent un niveau de prescription significativement élevé pour la prescription de perfusion par diffuseur ou par systèmes actifs électriques.

3. Part de l'ambulance dans les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de transports

Indicateur national

Indicateur régional

Volet du contrat : ● Volet 2 - Organisation des soins (dont transport)

Référents en Ile-de-France : A. Moutabarrik (ARS) - H. Crombez (AM)

Effectif en Ile-de-France (nombre de sites géographiques ciblés) : 46 (5 ESPIC, 20 Publics, 19 sites de l'AP-HP, 2 Privés)

Documents & Outils disponibles : cliquez [ICI](#)

a) Contexte

La prescription de transport est un **acte médical**. Le médecin prescripteur doit s'appuyer sur le référentiel de prescription médicale de transport, publié par [arrêté du 23 décembre 2006](#) (JO du 30.12.2006) prévu à l'article R 322.10 du code de la sécurité sociale. Celui-ci précise tous les éléments d'incapacité ou de déficience en lien avec l'état de santé du patient orientant sur le mode de transport adéquat.

L'ambulance est indiquée pour les patients nécessitant un transport obligatoirement en position allongée ou demi-assise, avec brancardage ou portage, une surveillance par une personne qualifiée ou nécessitant l'administration d'oxygène ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie. L'appropriation de cette réglementation est essentielle pour convaincre le prescripteur d'exercer la prescription sur la base de bonnes pratiques en limitant le recours à l'ambulance injustifié. En effet, l'ambulance constitue à elle seule un critère de prise en charge et peut conduire à des atypies d'indications pour des patients sans autre critère autorisant le remboursement d'un transport.

Pour mémoire, en 2018, le coût moyen d'un trajet en ambulance est de 98€, 53€ pour le taxi, 33€ pour le VSL et 17€ pour le véhicule personnel. Proposer la substitution quand elle est possible vers les transports assis professionnalisés (TAP – VSL ou Taxi) aux médecins de l'établissement permet de limiter ainsi les dépenses de transport eu égard au poids des prescriptions hospitalières dans ce domaine (62% en 2018 soit 2,9 Mds d'€ en hausse de 4,2% par an en moyenne depuis 2013 contre 3,3% pour les prescriptions de ville).

Les pathologies justifiant un recours fréquent aux transports en ambulance sont le plus souvent lourdes et sévères (pathologies neurologiques, insuffisance rénale chronique...). Le médecin prescripteur s'appuiera pour apprécier le mode de transport le plus adapté, sur des critères médicaux inscrits dans le dossier patient ou auprès du médecin traitant, tels que troubles cognitifs, périmètre de marche, stade de la dyspnée, besoin d'appareillage, appui humain...etc. Un patient porteur de handicap sévère et bénéficiaire d'un mode de transport adapté doit être conforté dans sa prise en charge. Les patients souffrant d'une affection de longue durée sont à l'origine, en 2015, de 80% des dépenses de transports en particulier les patients atteints de cancer (22% des dépenses de transports), dialysés (17%), de pathologies cardio-vasculaires (13%) ou bien encore psychiatriques (11%).

Le rapport Charges et Produits pour 2014 a mis en avant un **mésusage de l'indication médicale de l'ambulance** notamment en faisant le constat de disparités territoriales dans le recours aux transports dont on ne connaît cependant pas tous les déterminants (le recours exclusif à l'ambulance varie de 0 à 40% pour les patients dialysés). De plus, le rapport indique que la part des patients hémodialysés transportés au moins une fois en ambulance en 2012 est de 53 % au plan national mais que cette part varie de 22 % pour

les Hautes-Alpes à 76 % pour le Val-de-Marne montrant ainsi de fortes disparités de prescription qui se traduisent par une forte disparité sur le coût annuel moyen (2 170€ à 16 570€ respectivement pour les 2 départements).

Ainsi, ces disparités reposent sur des déterminants qui sont à analyser de manière plus fine auprès des établissements en fonction de leur contexte local, géographique, d'offre de soins (établissements et transporteurs), de l'existence de populations précaires et fragiles et de critères sociaux économiques.

b) Objectif

L'objectif est d'améliorer la pertinence des prescriptions des professionnels de santé exerçant en établissement, dans le choix du mode de transport le plus adapté à l'état de santé des patients.

Le CAQES constitue une priorité nationale compte tenu des enjeux concernant notamment la maîtrise des dépenses et la pertinence des prescriptions de transports hospitalières prises en charge sur l'enveloppe de soins de ville et a ainsi comme perspective de favoriser la contractualisation avec un nombre plus important d'établissements ciblés au regard du volume ou de la progression de dépenses de transports.

c) Construction de l'indicateur

La création d'un indicateur visant à **diminuer la prescription d'ambulance**, au bénéfice des transports assis professionnalisés (TAP – VSL ou Taxi) se justifie ainsi par la marge de progression possible sur une meilleure indication médicale du transport. La prise en compte du plus grand nombre de déterminants permettra d'avoir une action pédagogique auprès des prescripteurs en établissement. Cela passe par la connaissance des montants prescrits par structure et par mode de transports.

L'indicateur retenu est donc la part de l'ambulance par rapport aux montants remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire prescrits en ambulance et en TAP (VSL et Taxi) par l'établissement et financés sur l'enveloppe de ville. Il sera calculé à partir des données 2019 (année de référence) du SNDS (DCIR) en date de liquidation pour l'ensemble des régimes. Les transports urgents pré-hospitaliers ne font pas partie du périmètre de l'indicateur ni les transports inter et intra hospitaliers dont le financement a été transféré aux établissements depuis le 1er octobre 2018. Parmi l'ensemble des établissements ciblés, seront retenus initialement pour cet indicateur les établissements présentant le taux de recours le plus important à l'ambulance.

L'indicateur est par conséquent décroissant. L'objectif de l'établissement est d'obtenir le ratio le plus faible possible.

Il convient de retenir les codes prestations suivants :

- Pour l'ambulance : code 42122
- Pour le TAP (Taxis et VSL) :
 - Taxis (codes 4210, 4214, 4217, 4218, 4220, 4229)
 - VSL (code 4213)

Pour information ce ratio, pour les prescripteurs hospitaliers, s'élève en 2018 à 37% au plan national mais cache d'importantes disparités puisque ce résultat varie de 13% en Lozère à 87% dans le Val de Marne.

d) Ciblage des établissements

Les établissements ciblés sont les établissements (FINESS géographiques) prescrivant beaucoup de transport en ambulance, à la fois en montants remboursés (plus de 200 000 euros en remboursé ambulance - tous régimes - durant le 1^{er} semestre 2019) et en part d'ambulance dans le total transport (part de l'ambulance dans le total (ambulance + Taxi + VSL) supérieure ou égale à 20%).

Au total 350 établissements sont ciblés qui représentent sur le premier semestre 2019, 262 millions d'€ de dépenses en ambulance, soit 74,5% du montant total d'ambulance prescrit pas les établissements.

e) Intéressement

La réalisation d'économies entre les années N-1 et N sur les prescriptions de transports en ambulance exécutées en ville par un établissement donné permettra à l'établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de **20% des économies générées** (dépenses évitées de transport en ambulance à 98€ en moyenne le trajet versus 45€ en moyenne pour un trajet TAP).

Données année N-1 :

- M1 = Montants remboursés totaux en année N -1 (Ambulance + TAP)
- Mamb1 = Montants remboursés ambulance année N -1
- R1 = Ratio ambulance année N-1 = Mamb1/M1

Données année N :

- M2 = Montants remboursés totaux en année N (Ambulance + TAP)
- Mamb2 = Montants remboursés ambulance année N
- R2 = Ratio ambulance année N = Mamb2/M2

Nous avons distingué 2 cas de figures :

- **Cas 1** : Si le ratio R2 en année N est inférieur au ratio R1 en année N-1 alors :

Rémunération année N = $0,20 * (R1-R2) * M2 * (98-45)/45$

- **Cas 2** : Si le ratio R2 en année N est supérieur ou égal au ratio R1 en année N-1 alors :

Rémunération année N = 0

Exemple :

- **Cas 1** : Cas d'un établissement dont les dépenses de transport augmentent et la part d'ambulance diminue

	Montants remboursés		ratio (mt remboursés ambulance / (mt	
	N-1	N	N-1	N
ambulances	78 400	83 300		
tap (VSL et taxis)	45 000	56 250		
total	123 400	139 550	63,5%	59,7%

Pour l'année N, et cet établissement fictif, le résultat de l'indicateur est obtenu par la formule suivante :

$83\ 300 / 139\ 550 = 59,7\%$

Dans notre exemple, le ratio de notre indicateur a diminué de 3,8 point (63,5% à 59,7%), l'établissement est donc éligible à la rémunération qui s'élèvera à 1 249€.

Ce montant est obtenu par la formule suivante :

Rémunération année N = $20\% * (63,5\% - 59,7\%) * 139\ 550 * (98 - 45) / 45 = 1\ 249\text{€}$

- **Cas 2** : Cas d'un établissement dont les dépenses de transport diminuent et la part d'ambulance diminue

	Montants remboursés		ratio (mt remboursés ambulance / (mt	
	N-1	N	N-1	N
ambulances	98 000	88 200		
tap (VSL et taxis)	36 000	40 500		
total	134 000	128 700	73,1%	68,5%

Pour l'année N, et cet établissement fictif, le résultat de l'indicateur est obtenu par la formule suivante :

$$88\,200 / 128\,700 = 68,5\%$$

Dans notre exemple, le ratio de notre indicateur a diminué de 4,6 points (73,1% à 68,5%), l'établissement est donc éligible à la rémunération qui s'élèvera à 1 395€.

Ce montant est obtenu par la formule suivante :

$$\text{Rémunération année N} = 20\% \times (73,1\% - 68,5\%) \times 128\,700 \times (98 - 45) / 45 = 1\,395 \text{ €}$$

- **Cas 3** : Cas d'un établissement dont la part d'ambulance augmente

	Montants remboursés		ratio (mt remboursés ambulance / (mt remboursés ambulance + mt remboursés TAP))	
	N-1	N	N-1	N
ambulances	80 500	84 000		
tap (VSL et taxis)	105 000	106 000		
total	185 500	190 000	43,4%	44,2%

Pour l'année N, le résultat de l'indicateur pour cet établissement fictif, est obtenu par la formule suivante : $84\,000 / 190\,000 = 44,2\%$

Dans notre exemple, le ratio de notre indicateur a augmenté de 0,8 point (43,4% à 44,2%), l'établissement n'est donc pas éligible à la rémunération.

Au niveau national, l'amélioration de ce ratio revêt des enjeux économiques particulièrement forts puisque la substitution de 1% des trajets actuellement réalisés par des ambulances en TAP se traduirait par une économie de 10 M€ en année pleine pour l'Assurance Maladie. Pour mémoire, les économies envisagées pour l'année 2020 sur le poste transports s'élèvent à 160 M€ dont 50M€ sur la substitution vers le TAP.

4. Prescriptions examens pré-anesthésiques (EPA)

Indicateur national

Indicateur régional

Volet du contrat : ● Volet 3 : Pertinence des actes, prescriptions et prestations

Référents régionaux en Ile-de-France : HJ. PHILIPPE (ARS)- M. MARTY (AM)

Effectif en Ile-de-France (nombre de sites géographiques ciblés) : 47 (6 ESPIC, 19 Publics, 16 sites de l'AP-HP, 6 Privés)

a) Contexte

En 2012, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) a actualisé son **référentiel sur les examens pré-anesthésiques**. Elle y définit les situations dans lesquelles ces examens sont non pertinents, c'est-à-dire inutiles et non nécessaires à la bonne prise en charge du patient. L'analyse des pratiques à partir des données du SNDS a montré la persistance d'actes et d'examen inutiles prescrits lors de la préparation des patients à une intervention avec anesthésie. En particulier, un bilan d'hémostase était prescrit à tort pour 22% des interventions chirurgicales chez l'adulte. Ainsi 3.9 millions des examens pré anesthésiques réalisés n'étaient pas pertinents, pour un montant financier de 28 millions d'euros, dont 20 millions à la charge de l'Assurance Maladie. Une amélioration de la **pertinence de ces prescriptions** peut contribuer à la qualité des prises en charge et à la maîtrise des dépenses pour l'Assurance Maladie. Elle constitue un objectif prioritaire national pour 2022 dans le cadre de la contractualisation du CAQES pour les établissements ciblés qui donnera lieu à intéressement.

b) Objectifs

Les écarts aux recommandations au niveau national et la variabilité des pratiques selon les territoires et entre établissements ont motivé l'initiation d'actions de communication et de sensibilisation des établissements par l'Assurance Maladie et la SFAR dès 2015. Ces actions se sont traduites par une baisse des taux nationaux d'environ 1 point par an, témoignant d'une faible amélioration de la pertinence des prescriptions des examens pré-anesthésiques entre 2015 et 2017.

Une action mettant en place des indicateurs cibles par établissement apparaît plus efficace que les campagnes de sensibilisation.

Un indicateur composite couplé à une incitation financière, pour les établissements à l'atteinte de la cible est introduit dans le nouveau dispositif CAQES.

c) Construction de l'indicateur

Cette fiche présente l'indicateur composite pour illustrer le recours aux examens pré-anesthésiques pour les patients opérés au sein des établissements de santé pour des actes de chirurgie « mineure ». L'indicateur composite recouvre les **4 indicateurs définis par la SFAR en lien avec la CNAM** pour les situations de chirurgie « mineure » pour lesquelles les examens suivants sont jugés inutiles.

1. **Indicateur 1 :** Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'enfant, avant amygdalectomie et adénoïdectomie
2. **Indicateur 2 :** Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte
3. **Indicateur 3 :** Taux de recours au groupe sanguin
4. **Indicateur 4 :** Taux de recours au ionogramme sanguin

Les données concernent tous les régimes disponibles France entière, et sont issues du PMSI et du SNIIRAM (source : DCIR, données liquidées avec 6 mois de recul sur l'année de la date de soin). Seuls les établissements ayant une activité supérieure ou égale à 30 séjours par an sont concernés par cet indicateur.

Pour les établissements ayant une activité supérieure à 30 séjours par an, l'indicateur retenu est la part des séjours avec les prescriptions jugées inutiles sur l'ensemble des séjours entrant dans les critères de sélection (cf. tableau de présentation des indicateurs).

L'action pertinence des examens pré-anesthésiques concerne 979 établissements sur l'activité 2018. Parmi ces établissements, 941 ont un minimum d'activité de 30 séjours. Pour ces 941 établissements, l'indicateur composite au niveau national est de 17,6%, et oscille pour les établissements entre 0% et 96%. La réduction de cet indicateur de 1,6 point par rapport à 2017, se traduit par une réduction d'environ 52.900 examens inutiles.

Tous les établissements ayant des **actes évitables**, c'est-à-dire un indicateur composite supérieur à 0% peuvent être ciblés. Ainsi pour l'année 2019, 938 établissements peuvent être ciblés, ce qui représente un montant de dépenses évitables France entière de 6.4 millions d'euros en base de remboursement.

Ainsi dans l'exemple qui suit, l'établissement xxx a réalisé (partie 3-4 du profil) 18 + 596 + 144 + 24 prescriptions jugées inutiles, sur 108 + 3 506 + 272 + 178 séjours, soit un taux de séjours avec des prescriptions jugées inutiles de 19,2% (disponible dans la partie 3-5 du profil). Cet établissement peut donc être ciblé dans le cadre du CAQES.

Calcul et mise en œuvre de la rémunération incitative :

La réalisation d'économies entre l'année N et l'année de référence sur les prescriptions évitables des examens pré anesthésiques d'un établissement donné permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 30% des économies générées (dépenses évitées) par l'Assurance Maladie obligatoire.

- **Année de référence** : on entend par « année de référence » l'année T0 à partir de laquelle est calculé l'indicateur. Cette année de référence peut être modifiée chaque année si l'établissement à un taux en deçà de l'année de référence (ex. 2017 pour l'indicateur 1 : l'établissement XXX a un taux de 70.3% ; en 2018, l'établissement a diminué son taux pour arriver à 16.7%. L'année de référence deviendra 2018 pour le calcul de l'indicateur en 2019). Cette méthodologie permet de prendre en compte les efforts de l'établissement pour chacun des indicateurs et ainsi éviter les effets « yoyo ». L'année de référence prise en compte peut être différente pour chacun des indicateurs.

Exemple : Pour l'économie de l'indicateur 1 :

→ Si l'indicateur 1 baisse par rapport à l'indicateur 1 de référence (taux minimum des années antérieures), alors ;

Eco. Indicateur 1 = 30% * Nombre d'actes évités * montant remboursable des actes *60% (taux de prise en charge des actes)

Le nombre d'actes évités = (Indicateur 1 – Indicateur 1 de ref)

→ Si le nombre d'actes ne diminue pas, alors ; Eco. Indicateur 1=0

Rémunération Totale = Eco. Indicateur 1 + Eco. Indicateur 2 + Eco. Indicateur 3 + Eco. Indicateur 4

Exemple de rémunération pour l'établissement hospitalier xxx

En 2018, l'établissement xxx réalise 4 064 actes, correspondant à 782 séjours. Les indicateurs 1 à 4 sont respectivement de 16.7%, 17.5%, 52,9% et 13.5% (partie 3.4). Pour 2017 (année de référence), ces indicateurs étaient respectivement de : 70.3%, 38.0%, 57.9% et 13.5%. L'établissement a donc progressé sur les indicateurs 1 à 3, générant ainsi :

1. Pour l'indicateur 1 : $(70.3\% - 16.7\%) * 108 = 57$ actes économisés
2. Pour l'indicateur 2 : $(38.0\% - 17.5\%) * 3\ 506 = 736$ actes économisés
3. Pour l'indicateur 3 : $(57.9\% - 52.9\%) * 272 = 13$ actes économisés
4. Pour l'indicateur 4 : aucun acte économisé.

En appliquant la valorisation des actes (partie 3.6), une prise en charge de 60% et 30% d'incitation la valorisation reversée à l'établissement sera de :

1. Pour l'indicateur 1 : $57 * 15.39 * 60\% * 30\% = 157.90$ €
2. Pour l'indicateur 2 : $736 * 8.64 * 60\% * 30\% = 1\ 144.63$ €
3. Pour l'indicateur 3 : $13 * 27.81 * 60\% * 30\% = 65.07$ €

Soit un reversement à l'établissement de : $157.90 + 1\ 144.63 + 65.07 = 1\ 267.60$ €

A noter que, pour chaque année prise en compte, les taux de référence de chaque indicateur seront réactualisés en se basant sur l'historique le plus bas de l'indicateur. Ainsi pour 2019, l'indicateur 1 aura pour référence 16.7% (taux 2018) pour l'établissement xxx.

Tous ces calculs par établissement seront réalisés par la CNAM.

d) Ciblage des établissements

Le ciblage repose sur des établissements ayant :

- une activité supérieure à 1000 EPA par an, et
- un taux de gestes évitables supérieur à 0%

e) Intéressement

La réalisation d'économies entre l'année N et l'année de référence sur les prescriptions évitables des examens pré anesthésiques d'un établissement donné permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de **30% des économies générées** (dépenses évitées) par l'Assurance Maladie obligatoire.

L'intéressement est calculé, par indicateur, de la manière suivante :

$30\% * \text{Nombre d'actes évités} * \text{montant remboursable des actes} * 60\%$ (taux de prise en charge des actes).

f) Présentation des indicateurs :

Numéro	Libellé indicateur	Définition du bilan sanguin	Calcul de l'indicateur	Ciblage	Poids
1	Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'enfant, avant amygdalectomie et adénoïdectomie	Le bilan d'hémostase est identifié par l'association des 3 examens sanguins de biologie suivants : - Hémogramme y compris plaquettes (NFS, NFP) - code 1104 - Temps de quick (TQ, TP) en l'absence de traitement par AVK - code 0126 - Temps de céphaline + activateur (TCA, TCK) - code 1127	Numérateur : Nombre d'enfants (2 à 17 ans) sans facteur de risque hémorragique ayant eu un bilan d'hémostase dans le mois précédent une amygdalectomie et/ou adénoïdectomie (tous les actes CCAM) Dénominateur : Nombre d'enfants (2 à 17 ans) sans facteur de risque hémorragique opérés pour amygdalectomie et/ou adénoïdectomie (tous les actes CCAM)	Le taux attendu est 0%	Nombre de séjours de IES concernés par l'indicateur
2	Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte	Le bilan d'hémostase est identifié par l'association des 2 examens sanguins de biologie suivants : - Temps de quick (TQ, TP) en l'absence de traitement par AVK - code 0126 - Temps de céphaline + activateur (TCA, TCK) - code 1127	Numérateur : Nombre de patients adultes sans facteur de risque hémorragique ayant eu un bilan d'hémostase dans le mois précédent les interventions suivantes : tous gestes de chirurgie (tous les GHM en C, hors CMD 14), extractions dentaires chirurgicales (GHM 03K02), endoscopies digestives thérapeutiques avec anesthésie (GHM 06K02), endoscopies digestives diagnostiques avec anesthésie (GHM 06K04), endoscopies pulmonaires sous anesthésie (GHM04K02J + code CCAM activité 4) Dénominateur : Nombre de patients adultes ayant eu l'une des interventions listées dans le numérateur	Le taux attendu est 0%	Nombre de séjours de IES concernés par l'indicateur
3	Taux de recours au groupe sanguin	Le groupe sanguin est identifié par l'association des 3 examens de biologie suivants : - Groupe sanguin ABO-RH - code 1140 - Détermination des phénotypes RH hors antigène D - code 1145 - Recherche agglutinines irrégulières (dépistage) - code 1141	Numérateur : Nombre de patients ayant eu une recherche de groupe sanguin dans le mois précédent les 4 interventions suivantes : cholécystectomie sous coelioscopie, chirurgie de la glande thyroïde (sans résection-anastomose de trachée, abord thoracique et résection du larynx), chirurgie de la hernie discale lombaire (voies antérieure et postérieure sans ostéosynthèse ni laminectomie), chirurgie du sein (exérèse tumorale partielle ou totale hors mastectomie élargie avec autogreffe ou lambeau) Dénominateur : Nombre de patients ayant eu l'une des interventions listées dans le numérateur	Le taux attendu est 0%	Nombre de séjours de IES concernés par l'indicateur
4	Taux de recours au ionogramme sanguin	Le ionogramme sanguin est identifié par la présence d'un des examens de biologie suivants : - Ionogramme sanguin (Na+K+ éventuellement CL) - code 1609 - Ionogramme sanguin complet (Na+K+Cl+C02+Protides) - code 1610	Numérateur : Nombre de patients ayant eu un bilan d'ionogramme sanguin dans le mois précédent une intervention en chirurgie « mineure » de l'ACC/AHA sous anesthésie : chirurgie ophtalmologique, chirurgie tégumentaire et mammaire (hors urgences et infections, chirurgie des lambeaux, demolipectomie associée à un geste pariétal) Dénominateur : Nombre de patients ayant eu l'une des interventions listées dans le numérateur	Le taux attendu est 0%	Nombre de séjours de IES concernés par l'indicateur

5. Prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de l'ézétimibe

Indicateur national

Indicateur régional

Volet du contrat : ● Volet 1 - Produits de santé

Effectif en Ile-de-France (nombre de sites géographiques ciblés) : 22 (4 ESPIC, 7 Publics, 11 sites de l'AP-HP)

Documents & Outils disponibles : cliquez [ICI](#)

a) Contexte

L'indicateur porte sur la prescription d'ézétimibe et des associations à base de statine et ézétimibe. L'ézétimibe est un inhibiteur de l'absorption intestinale du cholestérol utilisé dans la prise en charge de l'hypercholestérolémie. En bithérapie, associé à une statine, il permet d'optimiser cette prise en charge thérapeutique. Cependant, l'utilisation de statines en monothérapie reste à privilégier en première intention notamment au regard des études disponibles qui ont démontré un bénéfice en morbi-mortalité, sur la prévention des événements cardiovasculaires et décès toutes causes. Il n'y a donc pas lieu de prescrire l'ézétimibe avant d'avoir éprouvé l'efficacité et la tolérance d'une statine en monothérapie et si besoin à la plus forte dose autorisée.

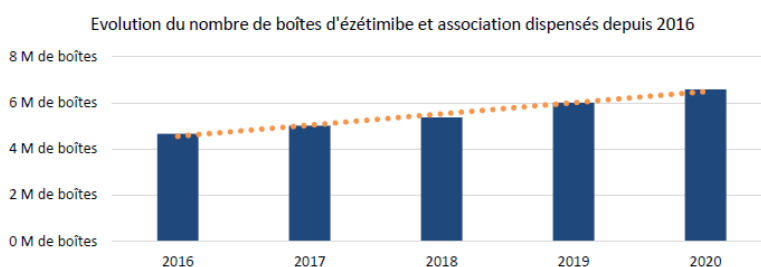


Figure 1 Evolution du nombre de boîtes d'ézétimibe et association dispensés depuis 2016 (Données Medic'AM - PHEV et ville)

Depuis 2016, le volume de prescriptions d'ézétimibe et associations est en hausse de 41 % (en boîtes dispensées). Selon le rapport charges et produits de la CNAM, cette augmentation du volume de prescriptions est également associée à un important mésusage qui représente jusqu'à 63 % des prescriptions. L'analyse des bases de données de l'Assurance Maladie montre effectivement que de nombreux patients bénéficient de ces traitements en première intention alors qu'une monothérapie avec une statine est recommandée.

Ces prescriptions sont également initiées à l'hôpital puis renouvelées en ville, ainsi une action ciblant les prescriptions hospitalières réalisées en ville (PHEV) est envisagée pour accompagner les prescripteurs hospitaliers et limiter le recours à l'ézétimibe dès lors que la prescription d'une statine n'a pas été éprouvée en première intention.

b) Objectif

L'objectif est de réserver la prescription d'ézétimibe en seconde intention après avoir testé l'efficacité et la tolérance d'une statine en monothérapie et si besoin à la plus forte dose autorisée. Une action similaire est déjà mise en œuvre dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) en médecine de ville (médecins généralistes et spécialistes) ; aussi une action ciblant les prescripteurs hospitaliers est à la fois pertinente et cohérente pour compléter le dispositif de sensibilisation à ce mésusage.

Ainsi, deux indicateurs relatifs à ces PHEV seront implémentés dans le CAQES avec :

- **un indicateur couplé à une incitation financière**, pour les prescripteurs, à l'atteinte de la cible, afin de réserver la prescription d'ézétimibe (et associations) aux situations d'échecs et/ou d'intolérances aux statines ;
- **un indicateur informatif sans incitation financière** qui permettra aux établissements de suivre la répartition des prescriptions entre statines et ézétimibe (et associations).

c) Construction de l'indicateur

→ Indicateur avec incitation financière :

Chaque année N, et pour chaque établissement de santé identifié par son numéro FINESS dans le SNDS, nous comparerons l'évolution, entre les années N et N-1, des dépenses remboursées en ville (corrigées de l'effet prix) liées aux prescriptions d'ézétimibe et associations émanant de l'établissement de santé. La réalisation d'économies entre ces deux années, sur les ordonnances exécutées en ville d'ézétimibe et associations sur un établissement donné, permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 30 % de la dépense économisée par l'Assurance Maladie obligatoire. Pour le calcul de l'indicateur, les modifications de prix seront prises en compte. Par ailleurs, le volume total de prescriptions sera suivi d'une année sur l'autre et pourra en cas de variation importante être utilisé pour corriger la rémunération.

Calcul et mise en œuvre de la rémunération incitative :

La réalisation d'économies entre les années N-1 et N sur les prescriptions exécutées en ville d'ézétimibe et associations pour un établissement donné permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de **30 % des économies générées** (dépenses évitées) par l'Assurance Maladie obligatoire.

Indicateur couplé à une incitation financière (année N) = [(dépense remboursée PHEV d'ézétimibe et associations issue des prescriptions de l'établissement en année N) - (dépense remboursée PHEV d'ézétimibe et associations issue des prescriptions de l'établissement en année N-1)] x 0,3

Exemple de rémunération d'un établissement hospitalier :

En année N-1, un établissement a prescrit de l'ézétimibe et associations qui ont entraîné une dépense en ville de 1 000 000 €. En année N, ce même établissement a diminué la dépense issue de ses prescriptions de ville à hauteur de 900 000 €. Il sera donc reversé à l'établissement une incitation de 30 000 € sur une économie réalisée de 100 000 € pour l'Assurance Maladie. Cette économie devra pour partie (au moins 50 %) être reversée aux services ayant contribué à l'amélioration de la dépense. Pour le suivi de cet indicateur, l'établissement recevra une à deux extractions au cours de l'année N pour permettre un suivi des dépenses.

→ Indicateur informatif :

Cet indicateur couplé à un intéressement sera également associé à un autre indicateur qui sera transmis aux établissements afin d'améliorer la compréhension de la problématique et de faciliter la mise en œuvre d'actions de pertinence sur le terrain. Cet indicateur portant sur le taux relatif de prescription d'ézétimibe et associations par rapport à la prescription de statines, restera incitatif et ne contribuera pas au calcul des économies générées.

Indicateur informatif (année N) = [Volume d'ézétimibe et associations prescrits en UCD en année N] / [Volume d'ézétimibe et associations prescrits en UCD en année N + Volume de statines prescrites en UCD en année N]

d) Ciblage des établissements

Le ciblage des établissements de santé repose sur deux critères constatés en 2019 :

- un taux de prescription d'ézétimibe élevé par rapport aux statines (ézétimibe / statines supérieur à 9 %), **et**
- un niveau de dépense minimale (supérieure à 20 000 €)

Compte tenu de ces éléments, le ciblage pourra porter sur 125 établissements représentant près de 7 millions d'euros de dépenses associées à ces prescriptions.

e) Intéressement

La réalisation d'économies entre les années N-1 et N sur les prescriptions exécutées en ville d'ézétimibe et associations pour un établissement donné permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 30 % des économies générées (dépenses évitées) par l'Assurance Maladie obligatoire.

6. Prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de pansements

Indicateur national

Indicateur régional

Volet du contrat : ● Volet 1 - Produits de santé

Effectif en Ile-de-France (nombre de sites géographiques ciblés) : 6 (2 ESPIC, 4 Publics)

Documents & Outils disponibles : cliquez [ICI](#)

a) Contexte

La dépense publique relative aux dispositifs médicaux directement ou indirectement financée par l'Assurance Maladie progresse d'environ 4 % par an depuis 2015, soit nettement plus rapidement que l'objectif national de dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). Elle peut être évaluée à environ 15 Md€ en 2018, répartie à parts quasi-égales entre ville et hôpital.

Malgré un léger ralentissement de la dépense, cette croissance reste nettement supérieure à celle des autres dépenses de santé. Les moyens et actions mis en œuvre pour réguler ce secteur (ajustements tarifaires, refonte de la nomenclature, actions de maîtrise médicalisée) et atteindre les objectifs rehaussés d'économies demeurent insuffisamment efficaces. Dès lors, une programmation pluriannuelle de la dépense et une plus grande pertinence des prescriptions apparaissent nécessaires.

Sur 7,5 Md€ de dépenses de dispositifs médicaux remboursés en ville en 2018, 10 % correspondent à des pansements.

Cette augmentation des dépenses en ville (+4.4 % de 2016 à 2019) est soutenue par plusieurs facteurs :

- le vieillissement de la population (la dépense croît avec l'âge) ;
- la hausse de la prévalence de certaines pathologies dont les pathologies chroniques (diabète) et l'amélioration de leur traitement ;
- le virage ambulatoire (retours à domicile plus précoces, programmes de retour à domicile [PRADO],...)

et spécifiquement pour les pansements :

- la diversité des pathologies et situations cliniques concernées, la variabilité de la prise en charge thérapeutique complexifiant une « juste » prescription ;
- un marché fortement innovant avec des produits onéreux ;
- la diversité de références, tailles, formes, et noms ambigus ;
- la complexité de la nomenclature LPP (liste des produits et prestations) et en conséquence d'une prescription correcte.

La prescription doit donc être quantitative et qualitative. L'enjeu est économique et sécuritaire.

Les établissements de santé sont à l'origine d'une part importante des prescriptions des dispositifs médicaux délivrés en ville dont les pansements complexes.

L'instruction n° DSS/MCGR/DGOS/PF2/CNAMTS/DHOSPI/2017/262 du 31 août 2017 relative à la priorité de gestion du risque pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville de médicaments et LPP rangeait le poste pansements au cinquième rang des dépenses PHEV- LPP.

Le mésusage (en particulier dans les pansements absorbants), la méconnaissance des produits (multitudes de références, noms de pansements parfois trompeurs (noms proches mais de classes différentes), tailles, formes et conditionnements différents), la difficulté de l'évaluation du stade des plaies, la mauvaise observation des protocoles ou le faible recours à ces protocoles, ou aux référents plaie et cicatrisation, la nécessité de procéder à des réévaluations, sont autant de facteurs ne permettant pas une prescription totalement efficiente au sortir de l'hôpital.

Diverses aides à la prescription ont été développées : HAS, Assurance Maladie (PRADO), Société française et francophone des plaies et cicatrisations, travaux des OMedIT (observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques) et travaux des établissements de santé.

La précision et la complétude de la prescription : nom, taille, quantité, absence de redondance (pansements de la même classe), la nature du support de prescription, des informations à destination du pharmacien d'officine, constituent des éléments contributeurs déterminants d'une prescription efficiente.

Sages-femmes, pédicures podologues, infirmiers sont autorisés à prescrire certains de ces dispositifs. Une coordination, un relais hôpital-ville est nécessaire pour assurer la continuité des soins et ajuster/adapter les prestations prescrites aux besoins du patient en fonction de l'évolution des plaies et techniques utilisées par l'infirmier.

b) Objectif

L'objectif est, dans le respect de la sécurité et de la qualité des soins, de diminuer les dépenses du poste pansements des PHEV en améliorant la pertinence et l'efficience de la prescription hospitalière :

- en incitant les établissements à établir les prescriptions en adéquation avec les référentiels de bon usage (choix de la classe, absence de redondance sauf cas particuliers) et les dispositions réglementaires de prise en charge (la prise en charge des différentes catégories de pansements est soumise au respect des indications médicales et pour les pansements primaires au principe de non association entre eux) ;
- en établissant des prescriptions qualitatives précises, complètes (nom, taille, quantité, rythmicité du changement), adaptées en durée (en prévision d'une réévaluation), contribuant ainsi à leurs bonnes dispensation et exécution.

c) Construction de l'indicateur

→ Indicateur avec incitation financière :

Périmètre des données :

Les pansements sont inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale au :

« Titre I. - Dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements, Chapitre 3. - Articles pour pansements, matériels de contention, Section 1. - Articles pour pansements. ».

La nomenclature LPP donne la définition des plaies et précise les indications médicales de prise en charge. Les constats relatifs aux dépenses remboursées en 2018 sur le poste pansements (toutes origines de prescriptions confondues, ville, hôpital) objectivent des parts relatives en structure de :

- 45 % pour les pansements hydrocellulaires, 1er poste de dépenses ;
- 14 % pour les compresses, 2ème poste de dépenses ;
- 7 % pour les sets de pansements, 3ème poste de dépenses ;
- puis les pansements en fibres de carboxyméthylcellulose (CMC), 6 %, les alginates 5 %.

Indicateur :

Chaque année N et pour chaque établissement de santé identifié par son numéro FINESS dans le SNDS, nous comparerons l'évolution du montant moyen par patient, entre les années N-1 et N, liée aux prescriptions de pansements émanant de l'établissement pour l'ensemble des pansements de la section 1 du chapitre 3 du titre I de la LPPR.

La réalisation d'économies entre ces deux années, sur les prescriptions de pansements exécutées en ville pour un établissement donné, permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 30 % de la dépense économisée par l'Assurance Maladie obligatoire.

Pour le calcul de l'indicateur, les modifications de tarifs et de nomenclatures seront prises en compte.

d) Ciblage des établissements

Seront ciblés les établissements (FINESS géographique) ayant un montant moyen par patient supérieur à +40 % par rapport au montant moyen de leur catégorie d'établissement.

Parmi cette première sélection, un second filtre sera opéré afin de cibler les établissements ayant un nombre de patients sur l'année N supérieur à 100 patients.

Résultat : environ 190 ES ciblés (publics et privés) pour les CAQES 2022 – soit environ 31M€ en montant remboursé.

e) Intéressement

La cible à atteindre pour les établissements : **retour au montant moyen par patient par catégorie d'établissement** - exclusion des cas très atypiques.

Année de référence pour le montant moyen par patient par catégorie d'ES : année N-1 :

a) Calcul et mise en œuvre de la rémunération incitative.

La réalisation d'économies entre l'année N-1 et N sur les prescriptions de pansements exécutées en ville pour un établissement donné permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 30 % des économies générées (dépenses évitées) par l'Assurance Maladie obligatoire.

Indicateur couplé à une incitation financière (année N) = [(montant moyen par patient issu des prescriptions de l'établissement en année N) - (montant moyen par patient issu des prescriptions de l'établissement en année N-1)]*nombre de patients de l'année N *0,3

7. Réhospitalisations à 3 mois pour décompensation d'une insuffisance cardiaque

Indicateur national

Indicateur régional

Volet du contrat : ● Volet 3 : Pertinence des actes, prescriptions et prestations

Référents en Ile-de-France : S. Bataille (ARS), M. Marty (AM)

Effectif en Ile-de-France (nombre de sites géographiques ciblés) : 34 (4 ESPIC, 18 Publics, 9 sites de l'AP-HP, 3 Privés)

Documents & Outils disponibles : cliquez [ICI](#)

a) Contexte

L'insuffisance cardiaque est une pathologie chronique qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire sur le long cours, associant en fonction du stade des mesures hygiéno-diététiques adaptées, un traitement médicamenteux adapté à la capacité d'éjection du ventricule gauche et un suivi régulier, partagé entre le cardiologue et le médecin traitant.

L'insuffisance cardiaque peut évoluer de manière aiguë sous forme de décompensation, complication grave, potentiellement létale, nécessitant une hospitalisation et des soins urgents.

En France, en 2017, 140 milliards d'euros ont été remboursés par le régime général pour la prise en charge de près de 57,6 millions de personnes ; l'insuffisance cardiaque représente 2,3 milliards d'euros de ces dépenses.

Ces dépenses augmentent en lien avec le vieillissement de la population et du nombre de personnes concernées par les pathologies chroniques. L'insuffisance cardiaque représente la moitié des séjours d'hospitalisation potentiellement évitables.

La HAS a mené des travaux sur le parcours de soins insuffisance cardiaque faisant référence.

Le service de retour à domicile des patients hospitalisés PRADO a été initié par l'Assurance Maladie en 2014 pour le volet insuffisance cardiaque pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital-ville.

Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, des travaux ont été menés sur le parcours pertinence insuffisance cardiaque. Il a été constaté que près du tiers des patients hospitalisés ont été réhospitalisés dans l'année suivante dont la moitié dans les 3 mois suivant la sortie du premier séjour.

Les résultats soulignent la nécessité de renforcer la coordination entre la ville et l'hôpital.

Ainsi une action CAQES ciblant les réhospitalisations des patients pour décompensation d'insuffisance cardiaque est présentée. En participant à la transition entre l'hôpital et le domicile, elle constituera un levier complémentaire au levier ambulatoire pour améliorer le parcours insuffisance cardiaque.

b) Objectif

Améliorer la prise en charge coordonnée des patients insuffisants cardiaques ayant été hospitalisés. Chaque année N et pour chaque établissement de santé identifié par son numéro FINESS géographique dans le SNDS, nous comparerons l'évolution, entre les années N et N-1, des dépenses liées aux réhospitalisations non programmées des patients ayant été déjà hospitalisés pour insuffisance cardiaque dans l'établissement de santé.

La diminution du nombre de réhospitalisations générera des économies sur les séjours qui permettront de financer un intéressement à hauteur de 30 % maximum sur les économies réalisées.

c) Présentation de l'indicateur

Périmètre des données :

- Etablissements MCO ;
- Etablissements publics et privés.

Source : SNDS / PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) : patients inter- régime France entière - année 2019.

Séjour de référence = premier séjour médical dans l'année pour insuffisance cardiaque aigüe (séjour index)

Sélection des séjours avec les critères suivants :

- Patients de plus de 40 ans ;
- Diagnostic principal I50, I11.0, I13.0 ou I13.2 et exclusion des groupes homogènes de malades (GHM) chirurgicaux ou médicotecniques en K, sauf pour la sélection de GHM 05C14, 05C19 et 05K10 ;

OU

- Diagnostic associé significatif I50, I11.0, I13.0 ou I13.2 et séjour en GHM 04M02 à GHM 04M08 et GHM 04M20.

Exclusion des hospitalisations de jour et des décès.

d) Construction de l'indicateur

La construction d'un indicateur quantitatif est assortie d'indicateurs de moyens.

Le taux de réhospitalisation à 3 mois pour insuffisance cardiaque (IC) est retenu. Le choix des 3 mois correspond à une logique de mise en place du parcours de soins avec le respect des recommandations HAS qui doit être initié lors du séjour hospitalier.

Taux = Nombre de patients ayant été réhospitalisés pour IC dans les 3 mois suivant la sortie du séjour de référence / Nombre de patients ayant eu une hospitalisation pour IC

Ce taux de réhospitalisation à 3 mois permettra de mesurer l'engagement de l'établissement de santé pour améliorer le parcours avec des relais ambulatoires. Il pourra être assorti d'indicateurs de moyens:

- Document de sortie ;
- Consultation médecin traitant dans les 8 jours suivant le retour à domicile ;
- Consultation cardiologue dans les 2 mois suivant le retour à domicile ;
- Dispositif PRADO IC mis en œuvre dans l'établissement ;

- Actions territoriales : organisation de rencontres avec les libéraux, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) afin de mettre en place un parcours optimisé ville/ hôpital ;
- Référent pour la ville ;
- Et autres éléments intégrables en région.

e) Ciblage des établissements

Il concerne les établissements ayant une activité de médecine cardiologique avec suivi de patients IC.

Les critères de sélection des établissements retenus sont :

- Nombre de séjours > Q1 et Taux de réhospitalisation > Q3, ou
- Nombre de séjours > Q2 et Taux de réhospitalisation > Q2
ET
- Nombre de ré hospitalisations > 10

f) Intéressement

Une diminution des séjours grâce à un parcours insuffisance cardiaque amélioré est attendue.

La réalisation d'économies entre les années N-1 et N sur le montant des réhospitalisations dans un établissement donné permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 30 % maximum des économies générées (dépenses évitées).

Indicateur couplé à une incitation financière (année N) = [(dépense issue des réhospitalisations de l'établissement en année N) - (dépense issue des réhospitalisations de l'établissement en année N-1)]*30%

g) Moyens et outils

Afin de rédiger un plan d'actions territorial sur l'amélioration du parcours de prise en charge de l'insuffisance cardiaque, différents outils sont disponibles :

-Les outils ARS/Assurance Maladie

- **Outil de cartographie du territoire**, qui permet de visualiser les prises en charge de l'insuffisance cardiaque en Ile-de-France
- **Outil d'évaluation de la maturité du territoire**, dont l'objectif est de structurer un plan d'actions

Questionnaire d'auto évaluation composé de 44 critères d'évaluation, divisés en trois parties : Ville, Hôpital et Ville-Hôpital.

- **Outil de diagnostic territorial (ODT)** : description (tous les 3 ans) de la prise en charge des patients IC sur un territoire (ville et hôpital) pour mettre en évidence les principales singularités du parcours
 - 1er volet: caractéristiques de la population en demande de soins et densité de l'offre de soins en ville
 - 2ème volet: indicateurs de moyens : recours aux soins primaires (ex. nombre moyen annuel de consultations MG) et prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation (ex. taux de recours aux soins en aval du séjour index)

- 3ème volet: indicateurs de résultats (ex. taux de ré hospitalisation pour motif IC, taux de mortalité) qui reflètent la qualité de la prise en charge médicale des patients IC
- **Outil de suivi (ODS)** : suivi annuel de l'évolution de la prise en charge des patients IC à l'échelle du territoire
- **Profil ES** : description annuelle de la prise en charge des patients hospitalisés pour IC aigüe et notamment en aval et en amont de l'hospitalisation, pour mettre en évidence les éventuels points de rupture de ce parcours

- la participation/organisation d'une animation territoriale avec les CPTS, DAC, EHPAD, MG.