



Madame Mathilde LIGNOT-LELOUP

Direction de la Sécurité Sociale

Directrice

14 Avenue Duquesne

75350 PARIS 07 SP

Paris, le 09 novembre 2017

N/Réf : 17-518 CA/DG/DC

Objet : CAQES

Madame la Directrice Générale,

A l'heure où l'organisation des établissements de santé est déjà mise en tension par une contribution forte au plan d'économies, la FHF, la FNEHAD, la FEHAP, UNICANCER et la FHP souhaitent exprimer leur vigilance sur les conditions de mise en œuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES).

Dès les débats parlementaires du PLFSS 2016, les fédérations représentatives d'établissement de santé avaient dénoncé le durcissement sous-jacent à la fusion de ces dispositifs contractuels pré-existants. En effet, la souplesse et les incitatifs présents dans certains contrats, notamment le CAQOS, étaient absents du texte final relatif au CAQES. Nous regrettons que le CAQES privilégie la voie de la sanction.

Ce nouveau contrat tripartite porte un objectif affiché de simplification et de lisibilité. La structure de ce contrat ne nous semble pas servir cet objectif. En effet, la partie socle est conclue pour une durée indéterminée ; les volets additionnels sont conclus pour une durée maximale de 5 ans, dans un contexte où le plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins est arrêté pour 4 ans. Une mise en cohérence globale du CAQES (processus, indicateurs.), avec les dispositifs préexistants, notamment dans le champ de la qualité (procédure de certification et indicateurs IPAQSS HAS, programme IFAQ...), est impérative pour éviter des systèmes de gestion parallèles.

Dans un contexte de développement de l'hospitalisation de jour à travers le virage ambulatoire, les injonctions paradoxales induites par certains indicateurs notamment au sein du volet additionnel relatifs aux transports ont notamment été dénoncées.

Lors des concertations relatives aux textes d'application, les fédérations représentatives d'établissement de santé ont souligné le niveau particulièrement haut de contrainte qui pèse sur les établissements de santé à travers le CAQES, de façon indéterminée (partie socle). L'ensemble des établissements, y compris de santé mentale et de soins de suite et de réadaptation sont dorénavant concernés par cette contractualisation. De même, et plus spécifiquement pour l'hospitalisation à domicile, il est demandé aux établissements de santé de tenir des engagements relatifs aux prescriptions alors que les médecins coordonnateurs des structures d'HAD ne prescrivent que par exception et défaut de présence ou de disponibilité d'un médecin traitant.

Le CAQES doit par ailleurs respecter l'article R 4127-8 du Code de la Santé publique.

Au vu de la refonte globale des outils de contractualisation générée par le CAQES et par le nécessaire temps d'appropriation et d'accompagnement des acteurs, la FHF, la FNEHAD, la FEHAP, UNICANCER et la FHP sollicitent un report au 31 décembre 2020 permettant trois années transitoires en 2018 et 2019 et 2020.

L'évaluation des données 2018 et 2019 sans application des sanctions associées en 2019 et 2020, nous semblerait être un signal favorable pour mobiliser la communauté hospitalière en faveur d'une politique ambitieuse de qualité et d'efficacité des soins.

Ces années de transition devront permettre de consolider le CAQES. En effet, les indicateurs nationaux et régionaux méritent une simplification et une priorisation pour en limiter le nombre et faciliter leur appropriation par les professionnels, en se focalisant sur leur impact clinique ou organisationnel. L'immaturité des systèmes d'information dans les établissements de santé est par exemple à prendre en compte pour ne pas générer une charge administrative inutile du fait de l'impossibilité d'automatiser une collecte qui n'aurait au final que peu d'intérêt. La lisibilité du dispositif d'évaluation associé, dont dépendent l'intéressement ou les sanctions des établissements, doit par ailleurs garantir une équité de traitement entre les établissements.

Cette possibilité semble déjà ouverte lors de certaines concertations régionales en cours et nous en souhaiterions la généralisation à l'ensemble du territoire. Cette nécessité apparaît particulièrement prégnante pour les établissements de soins de suite et de réadaptation, engagés dans un changement de mode de financement et hors du champ des anciens outils contractuels.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Directrice Générale, l'expression de notre haute considération.

Cédric ARCOS
*Délégué général par
intérim de la FHF*

Antoine PERRIN
*Directeur général de la
FEHAP*

Nicolas NOIRIEL
*Délégué national de la
FNEHAD*

Pascale FLAMANT
*Déléguée générale
d'UNICANCER*

Dr Michel BALLEREAU
*Délégué général de la
FHP*



Copie par courrier séparé : Madame Cécile COURREGES, Directrice Générale de l'Offre de Soins