

Qu'est-ce que le CAQES (ou Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins) ?

Par Monsieur Patrick Marx, Directeur de la mission d'appui « Coordination des relations avec l'Assurance Maladie », Agence Régionale de Santé Grand-Est

Introduit par la [loi de financement de la sécurité sociale de 2016](#), et précisé par plusieurs textes récents ([décret du 20 avril 2017](#), [arrêté du 27 avril 2017](#), [circulaire interministérielle du 26 juillet 2017](#)), le CAQES ou Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins entrera en application début 2018.

Ce nouveau contrat sera signé entre les **Agences Régionales de Santé (ARS)**, les **organismes d'assurance maladie** et les **établissements de santé** et concernera tous les établissements MCO, HAD, SSR et PSY.

La finalité du législateur est triple : **simplifier et harmoniser les contrats actuels en les fusionnant au sein d'un seul support, améliorer la qualité, l'effizienz et la sécurité des soins avec un focus fort sur le médicament et les produits de santé, initier de nouvelles pratiques : travail en réseau, parcours de soins.**

- **Le CAQES a pour ambition première d'améliorer la lisibilité des dispositifs contractuels.**

Ce nouveau contrat, signé à durée indéterminée, **remplace** les dispositifs existants : **Contrat de bon usage des soins (CBU), CAQOS (contrat d'amélioration de la qualité et de l'effizienz des soins) transports, CAQOS PHEV, CAPES**. Il comprend un volet obligatoire relatif au **bon usage des médicaments, des produits et des prestations**, ainsi que plusieurs volets additionnels, tels que la pertinence des actes, la qualité des soins. Mais au-delà des dispositions techniques inscrites initialement dans les contrats antérieurs, ce dispositif **revisite le dialogue entre les établissements et l'autorité de tutelle autour de bases nouvelles.**

- **Le CAQES devient le support privilégié du dialogue de gestion entre l'ARS et les établissements**

Ce nouveau dispositif est adossé aux dialogues de gestion annuels et fait l'objet d'une **évaluation annuelle effectuée conjointement par l'ARS et l'organisme local d'assurance maladie** sur la base des données disponibles, en lien avec des professionnels de l'établissement nommés sur proposition du président de la CME (Commission Médicale d'Établissement). **L'établissement qui n'aura pas atteint ses objectifs de réduction des dépenses sur certains postes (transports sanitaires, PHEV...) sera sanctionné financièrement au terme d'une procédure contradictoire.**

- **La pertinence des soins en ligne de mire**

Les interventions jugées non pertinentes (une liste de 26 actes a été établie par la HAS) **pourront être mises sous accord préalable** sur demande des organismes d'assurance maladie et après accord de l'ARS : **le chirurgien devra ainsi obtenir une autorisation expresse de l'assurance maladie avant toute prise en charge du patient**. Un changement complet de paradigme qui percute les pratiques et modifie la gouvernance des établissements. Ce sont plusieurs dizaines de milliers d'actes susceptibles d'être remis en cause chaque année sur notre territoire au prix d'une incidence forte sur les recettes des établissements.

Enième avatar d'une politique contractuelle balbutiante ou outil efficace pour promouvoir une véritable stratégie nationale de santé ? La réponse tiendra une nouvelle fois dans l'engagement des acteurs de terrain, chevilles ouvrières de l'évolution des pratiques.