Présentation du nouveau CAQES

ARS / DCGDR / OMEDIT / Etablissements

09/12/2021

Consignes du webinaire

1) Au regard du nombre important de participants, <u>tous les micros sont bloqués</u> sauf pour les organisateurs.

2) A la fin de chaque intervention, est prévu un temps d'échange pour nous poser vos questions (via les Q/R)

<u>La présentation débutera à 9h30</u>

Ordre du jour

- **9h30 – 9h45 : Présentation générale**
- **9h45 – 10h15 : Présentation des indicateurs du volet Pertinence**
- **10h15 – 10h45 : Présentation de l'indicateur du volet Transports**
- **10h45 – 11h45 : Présentation des indicateurs du volet Produits de santé**
- **11h45 – 12h00 : Déroulement et calendrier de la contractualisation**

Présentation générale

EVOLUTION DU CAQES : Art 64 LFSS 2020

UN RETOUR DU TERRAIN

En 2019 :

➔ Propositions d'évolution et de simplification pour favoriser la pertinence et l'efficience des prescriptions et des parcours et faire de la contractualisation un levier plus efficace

DES EVOLUTIONS SUBSTANTIELLES

- Signature du contrat reste **obligatoire** mais uniquement **pour les établissements ciblés** au niveau régional (pré ciblage national)
- **Suppression de la distinction entre volet socle obligatoire** relatif au bon usage des produits de santé **et volets optionnels**.
- **Assure la cohérence** avec les autres dispositifs qualité (IFAQ et certification)
- **Instauration de l'obligation de respect de la pertinence** des actes, prestations et prescriptions pour les établissements en situation de sur-recours *(à venir)*
- **Suppression des sanctions** en cas de non atteinte des résultats
- Adaptation des dispositions relatives à **l'intéressement**

EVOLUTION DU CAQES : Nouveaux textes

- **Arrêté du 31 décembre 2020 modifiant l'arrêté du 12 décembre 2018** 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

- **Instruction interministérielle relative au CAQES du 27 juillet 2021** reprenant modalités du suivi des contrats actuels, de la phase transitoire en 2021 et de la mise en œuvre des nouveaux CAQES en 2022

- **Arrêté du 24 septembre 2021 modifiant l'arrêté du 27 avril 2017** relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et d'efficience des soins mentionné à l'article L.160-30-2 du code de la sécurité sociale

- **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

NOUVEAU CAQES 2022 : 2 leviers - 3 volets

Favoriser la pertinence et l'efficience des prescriptions et des parcours pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients

LEVIER INCITATIF

15 Indicateurs régionaux et nationaux après concertation

Contractualisation avec les ES ciblés pour chacune des priorités en fonction du niveau de prescription, de l'impact financier

Intéressement régional
de 12,5M€ sur le FIR à la main des ARS
+
Intéressement national,
par indicateur, offrant la possibilité aux ES de récupérer
20 à 30% des économies générées par leurs actions

LEVIER DE MISE SOUS SURVEILLANCE
(mise en œuvre ultérieure)

Actes, prestations ou prescriptions, définis par un arrêté
Contractualisation avec les ES dont les pratiques s'écartent significativement pour ces actes, en nombre ou en évolution, des moyennes régionales ou nationales.

A l'issue d'une période de deux ans,
Possibilité pour le DG ARS d'agir sur le niveau de remboursement de l'acte concerné,
pour l'ES concerné.

VOLET PRODUITS DE SANTE

VOLET ORGANISATION DES SOINS (dont TRANSPORTS)

VOLET PROMOTION DE LA PERTINENCE DES ACTES, PRESCRIPTIONS ET PRESTATIONS

Indicateurs du nouveau CAQES

Volet	8 Indicateurs nationaux	4 Indicateurs régionaux
Produits de santé	Dans l'HTA et l'IC, encourager en première intention la prescription d'un Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion (IEC)	Développement de la pharmacie clinique - Recours à la conciliation médicamenteuse
	Sensibiliser les établissements de santé sur la pertinence de prescription des Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP)	Taux de recours aux biosimilaires
	Limiter la prescription des associations contenant des statines avec l'Ezétimibe (seconde intention) et orienter les prescriptions vers les statines les plus efficientes	Pertinence de la voie sous-cutanée
	Inciter les établissements de santé à choisir les modalités de perfusions à domicile (Perfadom) les plus efficientes	Taux de prescription conformes sur 4 items (FINESS, RPPS, Prescriptions de sortie informatisées, Prescriptions établies en DCI)
	Inciter les services hospitaliers à améliorer la pertinence et l'efficience des prescriptions de pansements	
Organisation des soins	Inciter les établissements de santé à prescrire les transports les plus efficients	
Pertinence	Améliorer le parcours des patients IC réhospitalisés pour décompensation cardiaque	
	Améliorer la pertinence de prescription d'Examens Pré-Anesthésiques (EPA) pour des actes de chirurgie mineure	

→ **Validation des indicateurs régionaux en Cellule d'appui OMEDIT les 17/06 et 3/09/2021**

→ **Validation des indicateurs régionaux et des modalités de ciblage régionales (présentées pour le volet Transports en groupe régional Transports du 14/10/21) en réunion avec les fédérations le 23/11/2021**

Indicateurs nationaux

Volet Pertinence

Volet Pertinence
Indicateur national

Réhospitalisation après un épisode de décompensation d'une Insuffisance cardiaque (IC)

Contexte	- Pathologie chronique nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire sur le long cours. - Décompensation de l'IC nécessitant une hospitalisation et des soins urgents. - La moitié des séjours d'hospitalisation potentiellement évitables. - Le service de retour à domicile des patients hospitalisés Prado initié par l'Assurance Maladie en 2014 pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital-ville. - Près 1/3 des patients hospitalisés sont ré-hospitalisés dont la moitié dans les 3 mois suivant la sortie du premier séjour. Nécessité de renforcer la coordination entre la ville et l'hôpital.
Objectif	Améliorer la prise en charge coordonnée des patients IC ayant été hospitalisés. → Levier complémentaire au levier ambulatoire pour améliorer le parcours IC.
Définition de l'indicateur	- Indicateur 1 : Comparaison de l'évolution du taux de réhospitalisations à 3 mois pour IC entre les années N-1 et N. - Indicateurs de moyens complémentaires pouvant être : Document de sortie, Consultation du médecin traitant dans les 8 jours suivant le retour à domicile, Consultation du cardiologue dans les 2 mois suivant le retour à domicile, Dispositif Prado IC mis en œuvre dans l'ES, Actions territoriales (organisation de rencontre avec les libéraux, les CPTS, les MSP afin de mettre en place un parcours optimisé ville/ hôpital), Référent pour la ville, et autres éléments intégrables en région …
Méthode de ciblage	Parmi les ES ayant une activité de médecine cardiologique avec suivi de patients IC: Nombre de séjours > Q1 et Tx de réhospitalisation (dans les 3 mois) > Q3 ET Nombre de séjours > Q2 et Tx de réhospitalisation (dans les 3 mois) > Q2 ET Nombre de réhospitalisations (dans les 3 mois) > 10 → **Critère régional :** Parmi les ES avec taux de réhospitalisation ≥ 19%, ciblage des ES ayant les taux de consultation du médecin traitant (à 8 jours) et du cardiologue (à 2 mois) les + bas
Intéressement	(Dépense issue des réhospitalisations de l'établissement en année N) - (Dépense issue des réhospitalisations de l'établissement en année N-1) **→ 30% maximum des économies générées (dépenses évitées)**

Volet Pertinence
Indicateur national

Examens pré-anesthésiques (EPA)

Contexte	- Actualisation en 2012 par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) des référentiels de prescription des EPA. - L'analyse des pratiques a montré la persistance d'actes et d'examens inutiles prescrits lors de la préparation des patients à une intervention avec anesthésie. En particulier : ・22% des bilans d'hémostase prescrits à tort pour les interventions chirurgicales chez l'adulte ・3,9 M des EPA réalisés non pertinents ・20 M € à la charge de l'Assurance maladie → Objectif prioritaire national pour les ES ciblés pour un CAQES.
Objectif	Mettre en place une action de maîtrise médicalisée sur la base d'un ciblage d'ES, plus efficiente que des campagnes de sensibilisation.
Définition de l'indicateur	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. Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'enfant, avant amygdalectomie et adénoïdectomie 2. Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte 3. Taux de recours au groupe sanguin 4. Taux de recours au ionogramme sanguin → Taux de prescription attendu = 0%
Méthode de ciblage	- Part des séjours avec les prescriptions jugées inutiles sur l'ensemble des séjours entrant dans les critères de sélection > 0% - Activité supérieure à 1000 EPA / an **<u>Critère régional</u>**→ ES avec nombre de gestes évitables ≥ 500 + ES ayant participé à l'expérimentation
Intéressement	eco1+eco2+eco3+eco4. Si baisse du taux de l'indicateur 1 par rapport à période de référence, - alors éco1 = Nb séjours évités 1* montant remboursable des actes 1 *60% (taux de prise en charge des actes), - sinon éco1 = 0. Même logique pour les éco2, 3, et 4. **→ 30% maximum des économies générées (dépenses évitées)**

Questions / Réponses

Volet Organisation des soins dont Transports

Volet Organisation des soins
Indicateur national

Recours aux ambulances par rapport aux transports assis

Contexte	- La maîtrise des dépenses et la pertinence des prescriptions de transports hospitalières prises en charge sur l'enveloppe des soins de ville constitue une priorité nationale. - La prescription de transport est un acte médical qui s'appuie sur le référentiel publié par arrêté du 23 décembre 2006 et prévu à l'article R 322.10 du CSS. - Constat de disparités territoriales dans le recours aux transports et notamment un mésusage de l'indication médicale de l'ambulance.
Objectifs	- Améliorer la pertinence des prescriptions des professionnels de santé exerçant en ES dans le choix du mode de transport le plus adapté à l'état de santé des patients. - Diminuer le recours à l'ambulance au bénéfice des transports assis professionnalisés (VSL ou taxi).
Définition de l'indicateur	Comparaison de l'évolution de la part de l'ambulance par rapport aux montants remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire prescrits en ambulance et en TAP (VSL et taxi) financés sur l'enveloppe de ville entre les années N-1 et N. *hors transports urgents pré-hospitaliers et transports inter et intra-hospitaliers*
Méthode de ciblage	- Part de l'ambulance sur total transport (ambulance + Taxi + VSL) ≥ 20% - Dépense pour la prescription de l'ambulance supérieur ou égal à 400 000€ (en montants remboursés) en 2019 **<u>Critères régionaux</u> :** - Part de l'ambulance sur total transport (ambulance + Taxi + VSL) ≥ 50% - Retrait des ES avec CAQES ou expérimentateur de l'indicateur national transport en cours en 2021
Intéressement	(Ratio ambulance en année N-1 – Ratio ambulance en année N)* Montants remboursés totaux (ambulance + TAP) en année N * (montant moyen d'un transport en ambulance – le montant moyen d'un transport en TAP)/ montant moyen d'un transport en TAP **→ 20% maximum des économies générées (dépenses évitées)**

Questions / Réponses

Volet Produits de santé

Prescription des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) et associations

Contexte	- Evolution à la hausse de la prescription d'ARA II entre 2018 et 2020 : La dépense d'ARA II a augmenté et représente en 2020 près 62% de la dépense sur cette classe thérapeutique (contre 50% en 2018). Une différence liée en grande partie aux prix élevés des associations avec ARA II, - Prescriptions initiées à l'hôpital et renouvelées en ville.
Objectif	Encourager la prescription des IEC et associations en première intention et réserver la prescription des ARA-II et associations aux situations d'échecs et/ou d'intolérances aux IEC.
Définition de l'indicateur	- Indicateur 1 : comparaison de l'évolution des dépenses liées aux ARA II et IEC entre les années N-1 et N. - Indicateur 2 (indicateur informatif de qualité) : taux relatif de prescription d'ARA-II et associations par rapport à la prescription d'IEC et associations.
Méthode de ciblage	- Taux de prescription d'ARA-II ≥ 40% en UCD (en volumes) - Dépense pour la prescription d'ARA-II ≥ 20 000 € en montants remboursés (MR)
Intéressement	- Indicateur 1 : (Dépense remboursée PHEV d'ARA-II et d'IEC (et associations) issue des prescriptions de l'établissement en année N) - (Dépense remboursée PHEV d'ARA-II et d'IEC (et associations) issue des prescriptions de l'établissement en année N-1) **→ 30% maximum des économies générées (dépenses évitées)**

Volet Produits de santé
Indicateur national

Prescription des Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP)

Contexte	- 1/4 de la population consomme des IPP, - 60% des prescriptions d'IPP sont hors AMM, - Effets indésirables à long terme : infections digestives et respiratoires, fractures,… - Impact économique sur les dépenses Assurance Maladie : 200 M€/an, - Prescriptions initiées à l'hôpital et renouvelées en ville, - Augmentation des PHEV d'IPP depuis plusieurs années.
Objectifs	- Rappeler les recommandations de la HAS sur la prescription des IPP, - Recadrer la prescription des IPP dans leur AMM, - Limiter la durée de traitement et envisager l'arrêt dès la prescription.
Définition de l'indicateur	- Indicateur 1 : comparaison de l'évolution des dépenses PHEV IPP entre les années N-1 et N. - Indicateur 2 (indicateur informatif de qualité) : porte sur l'utilisation hors AMM suivante : « prescription d'IPP pour prévenir ou traiter des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez les patients sans risque (âge inférieur à 65 ans ou n'ayant pas d'antécédents d'ulcère gastroduodénal, ou n'étant pas traités par antiagrégant plaquettaire, anticoagulant, ou corticoïde) ».
Méthode de ciblage	Niveau de prescription ≥ 8 500 boîtes (en volumes)
Intéressement	- Indicateur 1 : (Dépense remboursée d'IPP PHEV en année N) – (Dépense remboursée d'IPP PHEV en année N-1) → **20% maximum des économies générées (dépenses évitées)**

Volet Produits de santé
Indicateur national

Prescription d'Ezétimibe et associations

Contexte	- Evolution du volume des prescriptions d'Ezétimibe et associations de 41% (en boîtes dispensées) depuis 2016. - Mésusage important qui représente jusqu'à 63% des prescriptions. - De nombreux patients bénéficient de ces traitements en première intention alors qu'une monothérapie avec une statine est recommandée. - Prescriptions initiées à l'hôpital et renouvelées en ville.
Objectif	Réserver la prescription d'Ezétimibe 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. Action complémentaire au dispositif ROSP en médecine de ville ciblant les prescripteurs hospitaliers.
Définition de l'indicateur	- Indicateur 1 : Comparaison de l'évolution des dépenses liées aux prescriptions d'Ezétimibe et associations entre les années N-1 et N. - Indicateur 2 (informatif) : taux relatif de prescription d'Ezétimibe et associations par rapport à la prescription de statines.
Méthode de ciblage	- Taux de prescription d'Ezetimibe ≥ 9% en UCD (en volumes) - Dépense pour la prescription d'Ezetimibe ≥ 20 000 € (en MR)
Intéressement	- Indicateur 1 : (Dépense remboursée PHEV d'Ezétimibe et associations issue des prescriptions de l'établissement en année N) - (Dépense remboursée PHEV d'Ezétimibe et associations issue des prescriptions de l'établissement en année N-1) **→ 30% maximum des économies générées (dépenses évitées)**

Volet Produits de santé
Indicateur national

Prescription de perfusion à domicile (Perfadom)

Contexte	- Une dépense très dynamique entre 2015 et 2018 avec un taux de progression de 9 à 10%/an. - 3 modes de perfusion (gravité/diffuseur/système actif) avec des coûts très variables - Remise à plat des forfaits PERFADOM en juillet 2019, avec notamment la création de nouveaux forfaits consommables et accessoires spécifiques au SA et aux diffuseurs. → En pratique, le choix du mode de perfusion n'est pas précisé et laissé au choix du prescripteur/infirmier.
Objectif	Prescrire le type de perfusion le plus efficient et donc le traitement le moins onéreux lorsque deux modes de perfusion sont équivalents pour le patient.
Définition de l'indicateur	- <u>Indicateur 1</u> : Comparaison de l'évolution des dépenses liées aux prescriptions de perfusion pour les 2 modes de perfusion les plus onéreux (diffuseur et système actif incluant pousses seringues et pompes) entre les années N-1 et N. - <u>2 Indicateurs indicatifs de bonne pratique</u> : ・1 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. ・1 indicateur relatif au poids de la prescription d'antibiothérapie à domicile par diffuseur permettra d'illustrer l'évolution de cette modalité thérapeutique.
Méthode de ciblage	- Taux de recours aux systèmes actifs et diffuseur ≥ 80% (en MR) - Dépenses pour les systèmes actifs et diffuseurs ≥ 100 000 € (en MR)
Intéressement	<u>Indicateur 1</u> : (Dépense remboursée PHEV PERFADOM (diffuseur + SAE) issue des prescriptions de l'établissement en année N) - (Dépense remboursée PHEV PERFADOM (diffuseur + SAE) issue des prescriptions de l'établissement en année N-1)] **→ 20% maximum des économies générées (dépenses évitées)**

Prescription de pansements

Contexte	- Evolution des dépenses des dispositifs médicaux d'environ 4%/an depuis 2015. - Impact économique sur les dépenses Assurance Maladie : 15Md€ en 2018 dont 7,5 Md€ remboursés en ville → 10% correspondent aux pansements. - ES à l'origine d'une part importante des prescriptions des dispositifs médicaux délivrés en ville dont les pansements complexes. - Nécessité de renforcer la coordination hôpital-ville 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.
Objectif	- Diminuer les dépenses du poste pansements des PHEV en améliorant la pertinence et l'efficience de la prescription hospitalière en établissant des prescriptions : ・en adéquation avec les référentiels de bon usage et les dispositions règlementaires de prise en charge ・qualitatives : précises, complètes et adaptées en durée.
Définition de l'indicateur	Comparaison de l'évolution du montant moyen par patient PHEV des pansements (section 1 du chapitre 3 du titre I de la LPPR) entre les années N-1 et N.
Méthode de ciblage	- Nombre de patients > 100 - Montant moyen par patient > 40% par rapport à la catégorie de l'ES - **Critère régional** → Dépense pour la prescription de pansements ≥ 40 000 € (en MR)
Intéressement	(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 → **30% maximum des économies générées (dépenses évitées)**

Indicateurs régionaux

Indicateurs régionaux

En 2022, mise en place de 4 indicateurs régionaux sur 7 possibles, et uniquement sur le volet Produits de santé :

1. Développement de la pharmacie clinique - Recours à la conciliation médicamenteuse
2. Taux de recours aux biosimilaires
3. Pertinence de la voie sous-cutanée
4. Taux de prescription conformes sur 4 items :
   - ✓ FINESS
   - ✓ RPPS
   - ✓ Prescriptions de sortie informatisées
   - ✓ Prescriptions établies en DCI

Indicateur régional 1

Développement de la pharmacie clinique – recours à la conciliation médicamenteuse

Contexte	Constat qu'une partie des ES de la région n'a pas encore développé la conciliation médicamenteuse
Objectif	Poursuite du déploiement de la conciliation médicamenteuse
Enjeu	- Pertinence de la prescription - Réduction de la iatrogénie
Définition de l'indicateur	Reprise de l'indicateur préexistant C1200
Méthode de ciblage	ES notés en C ou D lors de l'évaluation des objectifs 2020 des CAQES
Propositions de cibles	Cibles progressives 2022: B 2023: B 2024: A
Critères d'évaluation	A: Tableau de bord de suivi avec indicateurs d'activité, de résultats, B: Déploiement et organisation de la conciliation médicamenteuse, C: Identification et priorisation des services ou des patients selon les moyens et durée du séjour avec validation institutionnelle, D: Pas de démarche institutionnelle

Indicateur régional 2

Taux de recours aux biosimilaires

Contexte	La contractualisation CAQES a permis l'essor des biosimilaires dans la région. Dynamique de baisse des dépenses de produits de santé à poursuivre.
Objectif	Poursuite de la pénétration des biosimilaires dans les établissements de santé des Hauts-de-France en ciblant les établissements et les prescripteurs présentant un faible taux de recours (prescription /utilisation) aux biosimilaires décliné par molécule.
Enjeu	- Financier - Santé publique
Définition de l'indicateur	Analyse par molécule du taux de recours aux biosimilaires
Méthode de ciblage	Molécules retenues : - Trastuzumab : ES avec taux de pénétration inférieur à 90% et minimum 100 000 € de dépenses/an - Rituximab : ES avec taux de pénétration inférieur à 90% et minimum 100 000 € de dépenses/an
Propositions de cibles	Cibles progressives 2022: 90% 2023: 92% 2024: 95 %
Critères d'évaluation	Données extraites du PMSI et de l'outil de recueil OMéDIT

Indicateur régional 3

Pertinence de la voie sous-cutanée

Contexte	Hétérogénéité d'utilisation de la forme SC dans les ES MCO.
Objectif	Avoir un recours efficient aux formes IV/SC dans les ES MCO au regard de la situation médicale des patients
Enjeu	- Financier - Augmentation de la qualité de vie des patients
Définition de l'indicateur	Analyse des taux de recours SC/IV régionaux et par ES
Méthode de ciblage	Molécule retenue : Trastuzumab : ES avec taux de séjours avec administration d'une forme SC > 60 % (min 100 séjours avec UCD trastuzumab)
Propositions de cibles	Cibles progressives 2022: 30 % 2023: 20 % 2024: 10 %
Critères d'évaluation	- Données extraites du PMSI (pré remplies par l'OMéDIT HDF dans l'application E-REN) - Description des actions menées par les ES

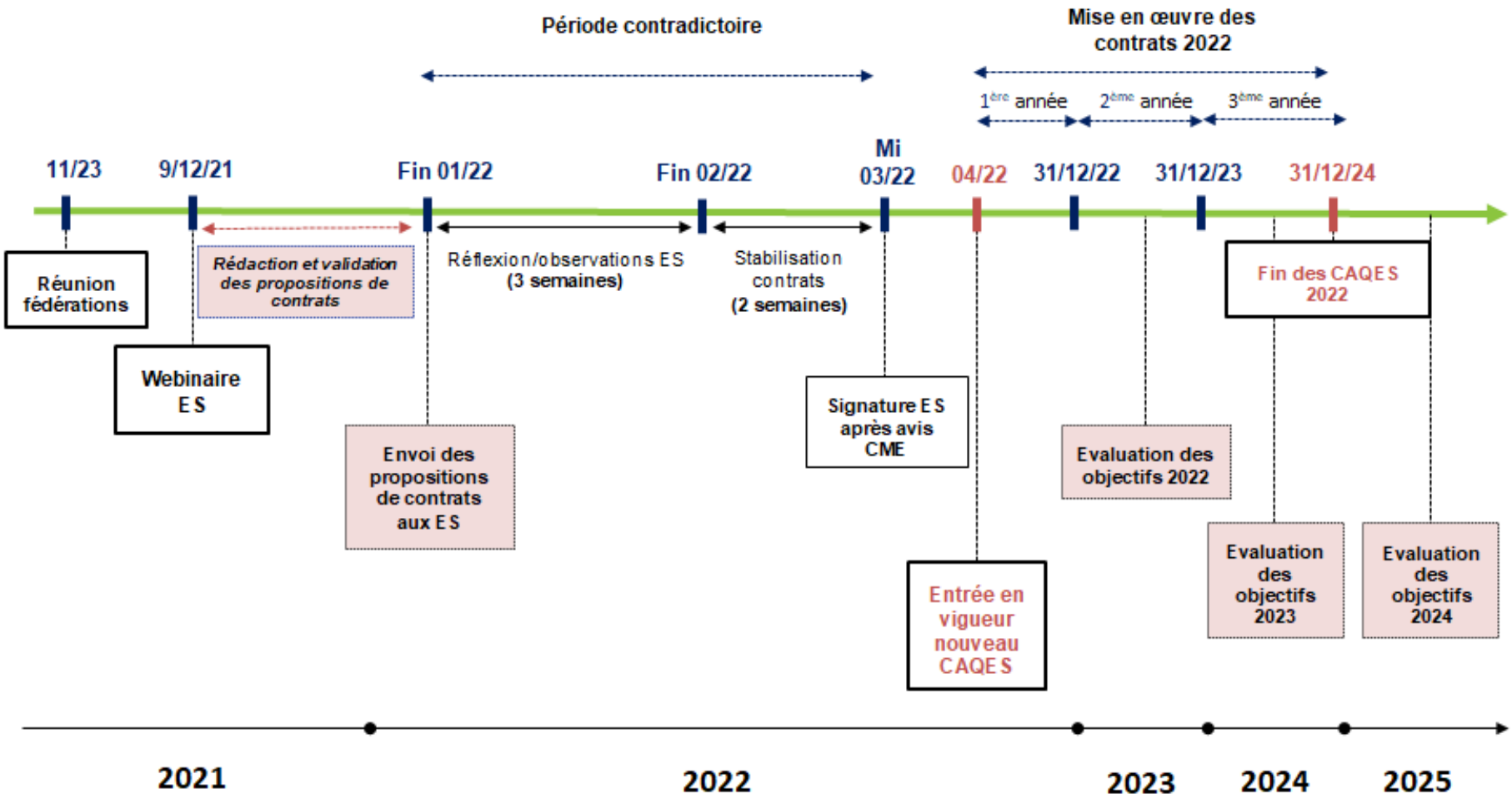
Indicateur régional 4

Taux de prescription conformes sur 4 items : FINESS, RPPS, Prescriptions de sortie informatisées et Prescriptions établies en DCI

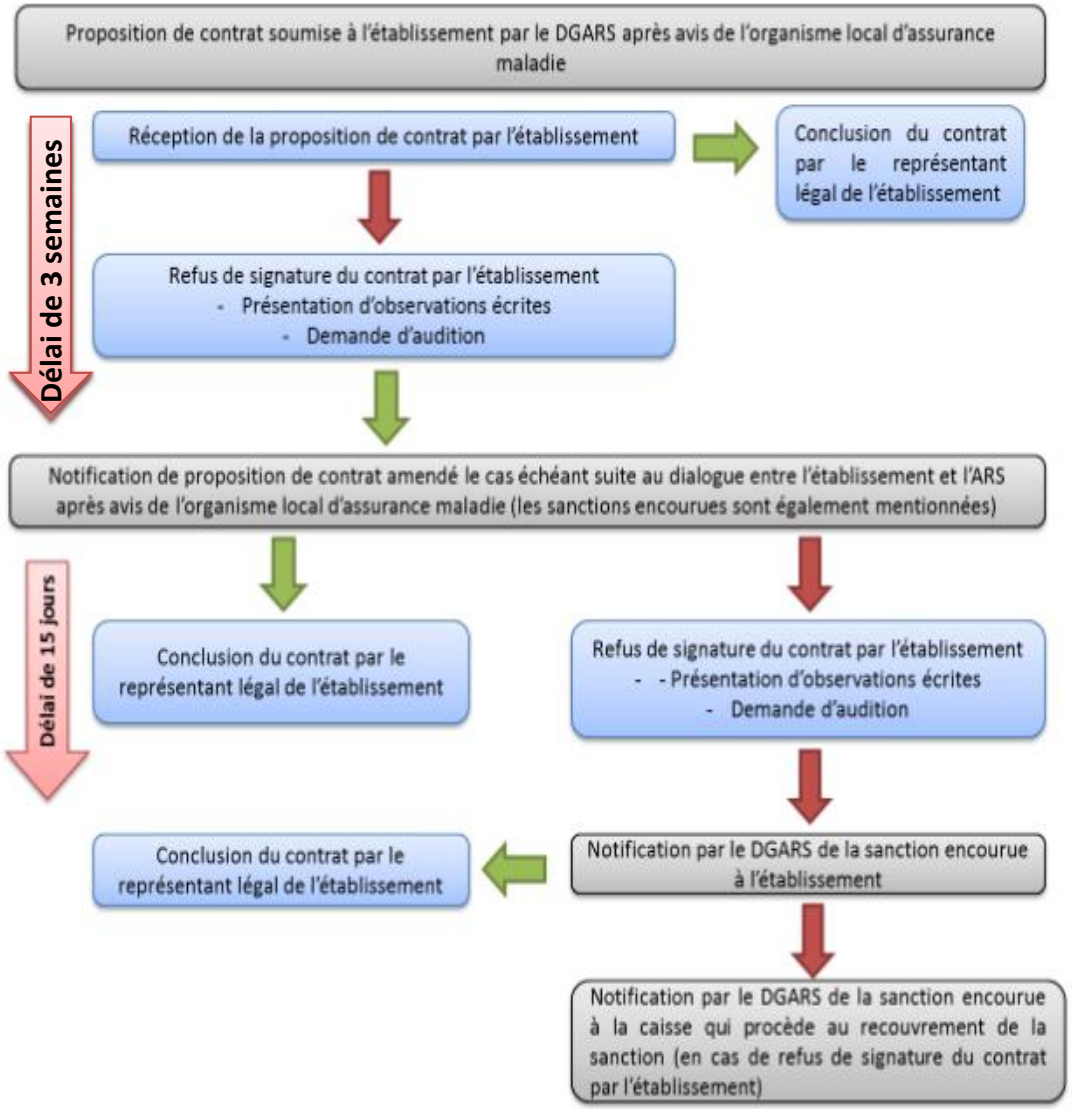
Contexte	- Stagnation du taux global FINESS/RPPS en région - Pré-requis à la fiabilité des autres indicateurs CAQES
Objectif	Vérifier la conformité des prescriptions par rapport aux dispositions règlementaires sur les 4 items : FINESS, RPPS, Prescriptions de sortie informatisées, Prescriptions établies en DCI
Enjeu	- Financier (délivrance génériques et biosimilaires) - Santé publique
Définition de l'indicateur	Réalisation d'audits annuels par l'Assurance maladie sur un échantillon représentatif d'ordonnances imputées aux ES.
Méthode de ciblage	Etablissements avec : - Taux d'informatisation < 80% - Taux RPPS < 80% - Dépenses PHEV ≥ 1 million € (cumulatif)
Propositions de cibles	Cibles progressives 2022: 70 % 2023: 80 % 2024: 90 %
Critères d'évaluation	Un échantillon par ES de prescriptions PHEV est défini afin de vérifier la présence des n° FINESS et RPPS sur la prescription de l'ES, l'informatisation de celle-ci et la rédaction en DCI. En cas d'imputation à tort de la prescription à l'ES par le pharmacien, le décompte est exclu du calcul et remplacé.

Questions / Réponses

Rétroplanning



Processus de contractualisation



A venir :

- Envoi d'un mail d'information aux établissements ciblés avec demande de **confirmation de l'adresse mail de direction sur laquelle la proposition de contrat devra être envoyée** → *de préférence une adresse générique pour éviter les MAJ*
- Avant fin janvier : **envoi de la proposition de contrat sur cette adresse mail** pour les établissements ciblés dans le cadre du nouveau CAQES
- **La date de l'accusé réception du mail contenant le contrat vaut juridiquement démarrage de la période contradictoire** : vigilance de l'établissement à avoir sur la boite mail indiquée à l'ARS

Questions / Réponses

Merci de votre attention