



**Vous avez été nombreux à assister à nos ateliers  
sur le CAQES.**

**Vous trouverez ici les réponses aux questions les plus fréquemment posées,  
rédigées en concertation avec l'ARS et l'Assurance Maladie.**

## **0. Identification**

- ✓ **Qu'entend-on par « Dossier pharmaceutique » ?**  
Il s'agit ici du logiciel métier qui assure la sécurisation et l'enregistrement de la prise en charge médicamenteuse et non pas du Dossier Pharmaceutique porté par le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens.
- ✓ **S'agit-il des lits « autorisés » ou « installés » ?**  
Renseigner par les lits et places « installés ».
- ✓ **Comment fait-on pour les lits d'HAD où l'autorisation est différente de la réalité ?**  
Pour l'HAD, indiquer le nombre de lits autorisés.
- ✓ **Dans certains établissements, à activité psychiatrique par exemple, certains lits et places ne sont pas concernés par les prescriptions médicamenteuses. Doit-on les comptabiliser dans l'onglet « Identification » ? Si oui, ils seront utilisés pour le calcul de certains indicateurs (I.3, I et II.5 par exemple) : l'indicateur apparait alors à un taux inférieur à 100% alors qu'en termes d'intérêt d'informatisation l'eds est bien à 100%. Quelle est la consigne de remplissage ?**  
Tous les lits et places sanitaires de l'établissement doivent être comptabilisés dans l'onglet « Identification ».  
L'établissement pourra préciser en commentaire les spécificités de secteurs non équipés ou non utilisateurs pour contextualiser son état des lieux. Ces spécificités seront prises en compte lors de la fixation des cibles.
- ✓ **Comment fait-on pour la dialyse à domicile ? doit-on les compter dans la fiche d'identification alors que par exemple pour l'informatisation ils seront forcément non informatisés ?**  
Tous les lits et places sanitaires de l'établissement doivent être comptabilisés dans l'onglet « Identification » de l'état des lieux, y compris la dialyse à domicile.  
Concernant les indicateurs pour lesquels ces places à domicile ne seront pas valorisés, par exemple I.5 « Nombre de lits et places informatisés de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration » ou I.12 « Dispensation à délivrance nominative » (comme indiqué dans le guide de remplissage), l'établissement précisera en commentaire le nombre de places à domicile permettant de contextualiser son état des lieux. Il sera procédé de même pour les auto-dialyses.
- ✓ **Comment prend-on en compte les box des urgences, les consultations externes et les CMP ?**  
Les box des urgences, les consultations externes et les CMP (centre médico-psychologique) ne sont pas comptabilisés dans les lits et places (indicateur I.3), par contre ils sont comptabilisés dans les unités de soins (indicateur I .4).
- ✓ **Comment prend-on en compte les PASS ?**  
Les PASS ne seront pas comptabilisées.
- ✓ **Pour les établissements qui fusionnent durant l'année 2018, faut-il signer 1 ou 2 CAQES, faut-il rendre 1 ou 2 états des lieux, faudra-t-il fournir un ou 2 plans d'actions en juin ?**  
Le CAQES a été signé fin 2017 sur la base des établissements existants à cette date. En cas de fusion prévue sur l'année 2018 contacter l'ARS service Régulation.



- ✓ **Pour la présence d'une PUI, comment faut-il répondre lorsque la PUI n'est pas présente sur le site géographique mais est présente au siège ?**  
La notion de « présence d'une PUI » sur l'onglet Identification doit s'entendre comme « approvisionné par une Pharmacie à Usage Intérieur ».

## 1. Article 10-1 : Amélioration et sécurisation de la PEC ...

### 1.1. Informatisation

- ✓ **Qu'entend-on par informatisation de la prescription de sortie ? Lors d'inspections de l'ARS il aurait été considéré comme « prescription de sortie informatisée » un document rédigé avec un logiciel de bureautique, scanné et déposé dans le DPI.**  
Comme indiqué dans le guide de remplissage, l'informatisation des prescriptions de sortie repose sur la rédaction d'une prescription à partir d'un logiciel métier d'aide à la prescription et non de simple bureautique, identifiée et authentifiée par une signature électronique (cf. article 13 de l'arrêté du 6 avril 2011).  
  
Remarque : Lors des contrôles IPAQSS il a été précisé que l'on devait trouver dans le dossier la prescription informatisée de sortie qui n'est pas la dernière prescription d'hospitalisation enregistrée dans le LAP. En effet, les LAP, notamment si le patient a fait plusieurs séjours, ne permettent pas de retrouver la prescription réelle faite pour exécution en ville, et, d'autre part, les ES ne la conservent pas forcément car elle est reprise pour le séjour suivant et modifiée. Il est donc préconisé d'archiver un document « preuve » que cette prescription a bien été faite surtout lorsqu'elle ne paraît pas dans la lettre de sortie et renvoie à un document joint non conservé dans le dossier patient.
- ✓ **Lorsque l'eds est approvisionné par une pharmacie d'officine, est-ce qu'il faudra que le LAD de la pharmacie soit certifié ?**  
Conformément au décret du 14 novembre 2014 relatif à l'obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale et des logiciels d'aide à la dispensation, la certification HAS des LAD d'officine est obligatoire depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015
- ✓ **Lorsque l'eds est approvisionné par une pharmacie d'officine, est-ce qu'il faut que le logiciel de l'eds et celui de l'officine soit interfacés ?**  
A ce jour, l'interfaçage n'est pas exigé entre le LAD de la pharmacie d'officine et le DPI (dont le LAP) de l'eds, bien que cette organisation soit à favoriser.
- ✓ **Informatisation des prescriptions des médicaments ET des DM : comment valorise-t-on les prescriptions des médicaments par rapport à celles des DM ?**  
Pour les indicateurs I.1 et I.2, l'informatisation des prescriptions de sortie (sortie d'hospitalisation, consultations et urgence) concernent le champ des médicaments et des dispositifs médicaux. Cependant, pour l'indicateur I.1, il est demandé aux établissements de fournir uniquement un numérateur, si cette donnée est requêtable. L'établissement pourra préciser en commentaire que la donnée fournie ne concerne que les médicaments.  
D'autre part, l'état des lieux organisationnel (Indicateur I.8 et feuille « EDL Orga I.8 ») permet aux établissements de décrire séparément l'organisation mise en place pour l'identification RPPS/FINESS des prescriptions de sortie de médicaments et des DM.
- ✓ **Comment doit-on comptabiliser les prescriptions obligatoirement manuscrites (stupéfiants, FIT ...) ?**  
Concernant les prescriptions de sortie, il n'est pas demandé de comptabiliser les prescriptions de sortie manuscrites mais les prescriptions de sortie informatisées.  
D'autre part, pour rappel les prescriptions de médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants ne sont pas obligatoirement manuscrites. Elles peuvent être informatisées sous réserve d'être conformes aux dispositions de l'article [R5132-29](#) du Code de la Santé -en particulier libellé de la posologie en toutes lettres. En outre, pour les patients non



hospitalisés ou pour les prescriptions de sortie, les prescriptions doivent être imprimées sur une ordonnance sécurisée répondant à des spécifications techniques réglementaires prévues à l'article R5132-5 du CSP.

- ✓ **Certification des logiciels de prescriptions de chimiothérapie anticancéreuse : d'après certains ils seraient hors champ de la certification, pour d'autres ils seraient certifiés ?**  
Les logiciels de prescription de chimiothérapie anticancéreuse sont concernés par la certification HAS.
- ✓ **Comment faut-il compter une UF qui a un LAP certifié pour les traitements « standards » alors que le LAP pour les chimiothérapies ne l'est pas ?**  
Une UF qui dispose d'un LAP certifié pour les traitements « standards » et d'un LAP non certifié pour les chimiothérapies sera prise en compte au numérateur de l'indicateur I.4.
- ✓ **Pour les Urgences, les logiciels métiers ne sont pas du tout adaptés et il n'est pas envisageable/pensable de leur imposer un énième logiciel car totalement incompatible avec la pratique ?**  
La stratégie d'informatisation de l'établissement relève de sa responsabilité et prend en compte de nombreux éléments dont la qualité de l'offre des éditeurs de logiciels.
- ✓ **A l'item I.5, il est demandé « le nombre de lits informatisés de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration. » Il n'est pas précisé dans cet item que le LAP doit être certifié comme pour les items I.3 et I.4. Si le LAP n'est pas certifié, est-il attendu que l'on réponde 0 à cette question ?**  
Sur l'item I.5, répondre sans tenir compte de la certification HAS du LAP.
- ✓ **Incohérence entre intitulé de l'item « taux d'équipement » et libellé de l'indicateur « utilisant ». Que faut-il comprendre ?**  
L'indicateur I.3 doit être renseigné en nombre de lits et places équipés.
- ✓ **Dans un souci d'apprentissage à l'autonomie, en SSR, certains patients sont autorisés par le médecin à gérer leur pilulier. La confection du pilulier est tracée par l'IDE mais pas l'administration. Comment considère-t-on cette pratique au regard des exigences réglementaires et en termes de traçabilité ? Dans certains eds c'est au contraire la traçabilité de la mise à disposition du pilulier aux patients autonomes qui ne peut pas être tracée et par conséquent les IDE ne veulent pas tracer l'administration qu'elles n'ont pas réalisée. Comment comptabilise-t-on ces lits dans l'indicateur I.5 ?**  
L'indicateur I.5 valorise les lits et places pour lesquels l'informatisation est systématiquement utilisée de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration.  
  
Au regard des actes infirmiers l'administration des médicaments non injectables peut se décliner en 3 étapes successives : préparation du pilulier au regard de la prescription médicale, distribution au patient, aide à la prise effective ou vérification de la prise (cf. notamment 4° et 5° de l'article R4311-5 du Code de la Santé Publique).  
Aussi, l'autonomie du patient pour la prise de ses médicaments doit d'abord être évaluée, puis prescrite. Ensuite, sera à tracer si besoin la distribution ou remise du pilulier au patient par l'IDE « en vue d'une auto-administration ». Enfin, la traçabilité de la prise doit être différenciée selon que le patient est autonome ou non : soit l'IDE trace qu'elle a assuré ou aidé à la prise soit elle trace avoir vérifié la prise auprès du patient.  
L'indicateur I.5 est indépendant de la notion d'autonomie du patient.  
Dans tous les cas, en établissement de santé, l'IDE reste responsable des médicaments qui auront été pris par le patient (que ce soit en autonomie ou non).
- ✓ **indicateur 1.7 (CLADIMED): pouvez-vous me donner la définition de DMI stockés. Pour le dénominateur, s'agit-il bien des DMI achetés + DMI en dépôt ?**  
Il s'agit des DMI achetés + DMI en dépôt



### 1.2. Audit « informatisation des PHEV » et n°RPPS/FINESS

- ✓ **Qu'entend-on par « module PHEV » ? Si la prescription de sortie est intégrée dans le DPI ? Quelle est la différence avec les LAP ?**  
L'informatisation des PHEV à l'aide d'un LAP peut-être réalisée grâce à différentes solutions informatiques. Le terme « module PHEV » se veut être ici un terme générique pour couvrir toutes ces solutions possibles.
- ✓ **RPPS des internes : il n'est pas possible de rattacher un interne à plusieurs médecins séniors. Comment fait-on ?**  
Conformément aux dispositions prévues à l'article R6153-3 du Code de la Santé Publique, l'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève. A ce titre, il ne peut donc être « rattaché » semestriellement qu'à un seul praticien. Pendant les gardes, la responsabilité des actes de l'interne est alors déléguée au praticien présent au cours de la garde.
- ✓ **Quel est l'intérêt d'une identification par le RPPS en intra-hospitalier ?**  
Le numéro RPPS identifie tout professionnel de santé tout au long de sa vie et atteste donc de sa qualification (les données enregistrées sont réputées fiables et tiennent lieu de pièces justificatives). Comme indiqué dans le guide de remplissage de l'état des lieux, si l'ES dispose d'une table de concordance mise à jour précisant le numéro RPPS pour chaque prescripteur, considérer que la prescription comporte la mention du RPPS.
- ✓ **Quand est-ce que l'on aura un retour de la part de l'AM et de l'ARS d'une analyse des prescriptions par n°RPPS ?**  
Ces informations seront disponibles lorsque l'ensemble des prescriptions de sortie (sortie d'hospitalisation, consultations externes et sortie d'urgence) de l'établissement portera de façon systématique le n° RPPS du prescripteur et le n° Finess de l'établissement, et lorsque ces 2 informations seront transmises par les pharmacies d'officine à l'Assurance Maladie.

### 1.3. AAPP

- ✓ **Faut-il une AAPP par eds ou par activité (MCO, SRR, psy ...) ?**  
L'ensemble des indicateurs de la grille d'état des lieux concerne l'établissement dans son ensemble, il n'est pas attendu une réponse par activité pour les établissements multi activité.
- ✓ **Est-ce que les audits (notamment ceux réalisés précédemment dans le cadre du CBUMPP en ex-Midi-Pyrénées) peuvent être considérés comme des AAPP ?**  
Les audits peuvent être considérés comme des AAPP s'ils ont été suivis d'actions d'amélioration, elles-mêmes évaluées.
- ✓ **Est-ce que ne sont considérés que les analyses des pratiques de prescriptions ou également les audits de processus ?**  
Tout le champ de la PECM ou par DM (analyse des pratiques de prescription mais également toute étape du processus) peut faire l'objet d'une AAPP.
- ✓ **Que faut-il fournir comme document pour l'état des lieux des indicateurs AAPP?**  
Un bilan réalisé selon ce qui est demandé par la HAS à la certification, dans un premier temps, suffit. Le détail de l'AAPP pourra être requis dans un deuxième temps.



### 1.4. DDN

- ✓ **Qu'entend-on par DDN :**
  - **si je mets tout sauf l'injectable ?**
  - **si le patient ne vient que pour un jour ?**
  - **si, en psychiatrie, je mets tout sauf les gouttes que je prélève au moment dans de grands conditionnements communs à plusieurs malades ?**

L'indicateur I.12 est un indicateur bonus qui valorise la dispensation incluant une délivrance nominative pour laquelle les prescriptions de médicaments sont analysées puis préparées par la PUI ou pharmacies de ville et délivrées aux unités de soins, par patient, et correspondent à l'administration pour une période prédéterminée selon les organisations (journalière, hebdomadaire,...). Il ne s'agit pas de la délivrance d'un seul médicament (antibiotique, médicaments dérivés du sang,...) à délivrance contrôlée.

Le déploiement de la DDN doit répondre à un objectif de sécurisation de la PECM des patients, la justification de la priorisation des secteurs concernés est attendue en commentaire.

Si certaines formes pharmaceutiques (gouttes, injectables,..) ne sont pas concernées par la DDN, le préciser en commentaires.

Remarque : Les conditionnements multi-doses répondent à un critère économique mais pas de qualité. La préparation extemporanée est en revanche un gage de qualité mais les flacons doivent rester nominatifs et pas pour plusieurs patients. Les procédures de traçabilité doivent être draconiennes.

- ✓ **Certains établissements se sont engagés à 100% de DDN dans leur CPOM alors que dans le CAQES il ne s'agit que d'un indicateur bonus: quel est le lien entre CPOM et CAQES ?**

Suite à l'élaboration du PRS (Projet Régional de Santé) dont la publication est prévue en avril 2018, les futurs CPOM 2018-2022 seront négociés entre l'ARS et les établissements de santé, en cohérence avec les CAQES des établissements.

## 2. Article 10-2 : Développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau

### 2.1. Conciliation Médicamenteuse

- ✓ **Est-ce que l'on peut valoriser la conciliation médicamenteuse qui a été déployée dans le cadre des primo prescriptions de chimiothérapie orale (les patients ne sont pas forcément hospitalisés) ?**

Renseigner le taux et préciser en commentaires le champ de la priorisation.

- ✓ **Comment mettre en place la conciliation pour les séances de dialyse ?**

Sur les modalités de mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse, se référer au document HAS « mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissements de santé ». Pour des informations complémentaires, l'OMEDIT peut être sollicité.

### 2.2. Antibiotiques

- ✓ **Peut-on utiliser les résultats de l'enquête de prévalence ?**

Si les informations relevées dans le cadre de l'ENP 2017 permettent de répondre à l'état des lieux du CAQES, il est possible de les réutiliser.





- ✓ **Si on peut réutiliser les résultats de l'enquête de prévalence, mais que seuls 20 dossiers ont été étudiés, est-ce suffisant ou faut-il compléter avec 10 dossiers supplémentaires ?**  
Les indicateurs II.2 et II.3 reposent sur un échantillon de 30 dossiers minimum. Si inférieur à 30, sur l'exhaustivité.
- ✓ **Qu'est-ce que l'on entend exactement par « réévaluer » ? quels sont les critères exacts et les exigences/attendus ?**  
Toute antibiothérapie poursuivie plus de 48h doit faire l'objet d'une réévaluation tracée dans le dossier patient, qui peut se traduire dans le LAP et/ou DPI par une case cochée par le prescripteur « réévaluation à 48-72h réalisée ».
- ✓ **Qu'est-ce que l'on entend exactement par « justifier » ? Est-ce qu'une indication médicale peut suffire ? quels sont les critères exacts et les exigences/attendus ?**  
Le niveau national a été sollicité pour connaître ses attendus par rapport à cet indicateur national.
- ✓ **Pour la réévaluation à J3 et la justification à J7 quel est le J0 ? le début de toute antibiothérapie, le début de l'antibiothérapie réévaluée, quid quand il y a plusieurs lignes de traitement et qu'une partie d'entre elles sont modifiées ?**  
J0 est le début de toute antibiothérapie.
- ✓ **Pour la réévaluation à J3 et la justification à J7 est-ce qu'une grille de recueil/audit sera fournie ?**  
Pour l'état des lieux, il n'a pas été fourni de grille de recueil/audit type.  
Un groupe de travail régional sera mis en place pour élaborer ces documents pour les évaluations futures.
- ✓ **Pour la réévaluation à J3 et la justification à J7 peut-on utiliser le même échantillon de 30 dossiers pour les deux indicateurs ?**  
Si les 30 dossiers permettent l'évaluation des 2 indicateurs (réévaluation à 48-72h et justification des traitements de plus de 7 jours) alors il est possible de les utiliser pour les 2 indicateurs.
- ✓ **Pour la réévaluation à J3 et la justification à J7, comment fait-on pour les antibiothérapies qui ont débutées avant le séjour dans l'eds ?**  
La durée s'entend à partir du début de l'antibiothérapie et non pas du début de l'hospitalisation dans l'établissement en cas de transfert d'un patient d'un établissement à un autre.
- ✓ **Pour l'indicateur du PROPIAS (nbre DDJ/1000JH), il y a deux cases « rose » une pour 2016 et une pour 2017 : que doit-on indiquer ?**  
Pour l'état des lieux du volet obligatoire du CAQES, il est attendu pour le 15 mars 2018 la donnée pour l'année 2017 : DDJ ATB / 1000JH à minima ; ainsi que la donnée 2016 si disponible.
- ✓ **Pour l'indicateur du PROPIAS (nbre DDJ/1000JH), CONSOIRES/ATB-Raisin autorise la saisie des données jusqu'en mai 2018, donc l'eds n'aura pas encore les données concernant 2017 pour le 15 mars 2018 : peut-il fournir uniquement 2016 pour l'état des lieux ?**  
Pour l'état des lieux du volet obligatoire du CAQES, il est attendu pour le 15 mars 2018 la donnée pour l'année 2017 : DDJ ATB / 1000JH à minima ; ainsi que la donnée 2016 si disponible.  
La saisie des données pour CONSOIRES/ATB Raisin est possible depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

### 2.3. Analyse Pharmaceutique

- ✓ **Difficulté à pouvoir définir le niveau d'analyse selon les lits : Comment répondre aux indicateurs quand on cible les patients à risques et/ou les médicaments à risques et non pas des lits ? quand le nombre d'analyse est obtenu en lignes de prescription et/ou tout niveau confondu ?**  
Les différents niveaux d'analyse pharmaceutique sont définis par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) comme indiqué dans le guide de remplissage.



Les indicateurs relatifs à l'analyse pharmaceutique sont exclusivement exprimés en lits et places. Si cela ne permet pas de valoriser une partie de votre activité d'analyse pharmaceutique, vous pouvez préciser en commentaires si vous exercez cette analyse pharmaceutique sur des patients à risques et/ou médicaments à risques.

- ✓ **Indicateur II.6 : s'agit-il de nombre de lit avec une analyse pharmaceutiques niveau 2 réellement effectuées en systématique ou bien s'agit-il de nombre de lits informatisés permettant d'effectuer une analyse pharmaceutique niveau 2 (analyse effectuée au besoin et non pas en systématique)**  
Il s'agit des lits avec une analyse pharmaceutique niveau 2 réellement effectuée en systématique.

### 2.4. Enquêtes

- ✓ **Peut-on avoir la liste des enquêtes en début d'année ?**  
Des enquêtes nationales peuvent être transmises tout au long de l'année sans anticipation possible.
- ✓ **Les enquêtes ont du mal à arriver jusqu'aux personnes concernées au sein des Eds.**  
L'information sur les enquêtes est habituellement relayée sur le site internet de l'OMEDIT.
- ✓ **Interrogation sur la mention « dans les délais demandés » : comment faire quand ils sont insoutenables ?**  
Le délai relatif aux enquêtes nationales n'est pas maîtrisé par l'ARS. Les enquêtes régionales seront organisées de façon à laisser aux établissements un délai raisonnable de réponse.

## 3. Article 10-3 : engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire des génériques et de médicaments biosimilaires

### 3.1. Génériques

- ✓ **Doit-on considérer aussi les traitements personnels n'appartenant pas au répertoire et commandés exceptionnellement ?**  
L'ensemble des UCD délivrée aux services de l'établissement doivent être prises en compte.
- ✓ **Lors de l'évaluation, si on ne peut pas calculer le taux de génériques en intra, est-ce que les points seront répartis sur les autres indicateurs ?**  
Un fichier Excel, élaboré par Thésorimed et mis à disposition par l'Assurance maladie, permettant de rapprocher l'UCD et la notion d'appartenance au répertoire des génériques a été mis en ligne sur le site de l'OMEDIT Occitanie.

### 3.2. Biosimilaires

- ✓ **Comment calculer les ratios ?**  
Pour l'indicateur III.2, le libellé est « Nombre d'UCD de médicaments biosimilaires prescrites / Nombre d'UCD prescrites de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires ». Le guide de remplissage précise que UCD prescrite = UCD délivrée.  
Par exemple, il s'agit de :  
Pour la classe EPO : Nbre d'UCD de Abasaglar / Nbre d'UCD (Abasaglar + Lantus)  
Pour la classe Anti TNF : Nbre d'UCD (Remsima + Inflectra + Flixabi + Benepali) / Nbre d'UCD (Remicade + Remsima + Inflectra + Flixabi + Enbrel + Benepali)  
Le Taux Biosimilaires total concerne toutes les classes de biosimilaires délivrées dans l'établissement, y compris les 4 classes dont le détail est demandé. Les médicaments de référence dont aucun



biosimilaire n'est disponible en France l'année considérée ne sont pas pris en compte (ex : Lovenox pour l'état des lieux 2017).

Le fichier Excel « **Outil UCD/Génériques-Biosimilaires** » mis en ligne par l'OMEDIT Occitanie sur son site permet de calculer automatiquement ces taux.

#### 4. Article 10-4 : Engagements relatifs aux PHEV

✓ **Qu'est-ce qu'une PHEV ? Difficultés à saisir la notion pour les Eds de petite taille et pour les Eds privés à but lucratif.**

Les PHEV (Prescriptions Hospitalières Exécutées en Ville) sont des prescriptions hospitalières remboursées sur l'enveloppe de ville. Il s'agit des prescriptions établies dans un établissement de santé lors d'une sortie d'hospitalisation, de consultations externes ou de passage aux urgences qui vont être présentées par le patient dans une officine de ville.

Pour les établissements n'ayant ni service d'urgence, ni consultations externes, il s'agit uniquement des prescriptions de sortie d'hospitalisation.

✓ **Quand est-ce que l'AM fournira les données ? Est-ce qu'il va être exigé que l'eds fournisse une analyse et un choix de classe à étudier en très peu de temps parce-que les données n'auront pas été mises à disposition suffisamment tôt ?**

Les données relatives aux PHEV pour le 1er semestre 2017 ont été transmises par l'Assurance maladie aux établissements publics et Espic le 1er février 2018. Le choix des classes (médicament et DM) attendus pour les indicateurs IV.2 et IV.3 est à faire sur la base de ces données.

Les données PHEV année complète 2017 seront transmises ultérieurement par l'Assurance maladie.

✓ **Les DM concernent-ils également les prescriptions de matériels médicaux de type fauteuils roulants, lits médicalisés .... ?**

Oui, cela concerne l'ensemble des prescriptions de dispositifs médicaux. Le détail des prescriptions de DM de chaque établissement est présenté dans le fichier Excel (PHEV) qui a été transmis par l'Assurance maladie aux établissements le 1er février 2018.

✓ **Quels doivent être les critères à considérer pour déterminer la classe thérapeutique médicamenteuse et celle des DM « significative pour l'eds » ? les plus onéreux, les plus prescrits ...**

Le choix des classes de médicament et de DM doit prendre en compte à la fois : le volume de prescription, le volume des dépenses, la dynamique de progression des dépenses, l'intérêt de la classe pour l'établissement ainsi que l'existence de référentiel permettant de travailler sur la qualité et l'efficacité des prescriptions. L'Assurance maladie et l'OMEDIT peuvent être sollicités pour aider l'établissement dans le choix de ces classes. Pour la classe de DM, contacter

✓ **Peut-on choisir en PHEV une famille de biosimilaires ?**

Pour l'indicateur IV.2, il est possible de choisir une classe thérapeutique dans les profils AM comprenant des biosimilaires.

✓ **Quel type d'actions est attendu ?**

Il est attendu des actions visant à améliorer la qualité et l'efficacité des prescriptions.

✓ **Lorsque des médecins salariés d'établissement de santé, sans activité libérale, prescrivent pour leurs proches, sans lien avec l'activité de l'ES qui les emploie, que doivent-ils faire figurer comme mentions et numéros sur l'ordonnance ?**

Le prescripteur doit faire figurer son numéro RPPS seul, le numéro FINESS de l'établissement ne doit pas être reporté sur l'ordonnance.





✓ **Quel est l'objectif poursuivi par la charte ?**

Les attendus de la charte LPP ont été définis en dernière page du guide de remplissage de l'état des lieux.

✓ **Est-ce que cette charte concerne les diffuseurs fournis par le prestataire à la PUI qui prépare les chimiothérapies anticancéreuses pour qu'elle soit administrée au domicile du patient ? Ou au bloc opératoire pour la Naropéine en intrathécal ? Est-ce que cette pratique est toujours possible ?**

Cette charte concerne l'ensemble des prestataires de services et distributeurs de matériels, définis aux articles D5232-1 à -15 du Code de la Santé Publique, intervenant à la sortie de l'établissement de santé.

L'organisation mise en place au sein des établissements avec pose et remplissage au sein des établissements de diffuseurs mis à disposition par un prestataire de santé à domicile (PSAD), puis suivi et débranchement à domicile sous la coordination de ce prestataire, est une pratique fréquente mais non réglementaire.

Différents textes sont susceptibles d'éclairer les établissements sur ce point de réglementation :

- La convention nationale des prestataires délivrant des produits et prestations du 3 juin 2016 qui stipule que le prestataire s'interdit la mise à disposition à titre gratuit de matériel ou service au profit d'un prescripteur (article 18 - paragraphe 1 – 5°)
- Le projet d'inscription de nouveaux forfaits hebdomadaires de consommables et d'accessoires de perfusion à domicile à la LPPR dont le code 1157318 « Forfait de consommables et d'accessoires de perfusion à domicile pour le débranchement au domicile du patient d'un diffuseur fourni par la pharmacie à usage interne d'un établissement de santé et rempli et posé par cet établissement de santé » (JO du 27 juin 2017-NOR SSAS1718346V et JO du 12 juillet 2017-NOR SSAS1720262V).  
La création de ce forfait éclaire sur le rôle chacun : il va permettre la prise en charge par l'AM du matériel pour le débranchement fourni par le prestataire tout en rappelant que le diffuseur est fourni, rempli et posé par l'établissement de santé (Pour rappel, la fourniture, le remplissage et la pose du système de perfusion sont inclus dans le GHS facturé).
- La charte de bonnes pratiques des PSAD qui définit les engagements entre les PSAD et les établissements dans les domaines des bonnes pratiques et des règles d'exercice, portée par le volet socle du CAQES, traite du problème du libre choix du prestataire par le patient et de l'absence d'exclusivité du prestataire.

## 5. Article 10-5 : Suivi des dépenses des listes en sus

✓ **Le fichier du suivi des indications pour le Hors GHS est exigé pour le 15 mars soit 15 jours plus tôt que les années précédentes. Compte-tenu de la charge de travail que cela demande, ces 15 jours vont manquer pour arriver à rendre le travail dans les nouveaux délais impartis.**

Le fichier suivi des indications pour le hors GHS pourra être remis pour le 30 mars 2018.

✓ **Difficulté avec la notion « d'initiation » de traitement pour le hors GHS quand le patient est suivi depuis plusieurs années ?**

Comme indiqué dans le guide de remplissage et en continuité avec les années précédentes :

En l'absence de consignes nationales, la prescription à considérer est celle établie dans l'année pour la première fois pour un patient donné dans une indication ou un protocole donné.

Si l'indication change pour une même spécialité, il s'agit d'une nouvelle prescription.

Exemples:

- 1) Remicade 8 cures = 1 prescription
- 2) Avastin-Folfox puis Avastin-Folfiri = 2 prescriptions
- 3) PPSB : passage en janvier puis septembre = 2 prescriptions
- 4) Prise en charge d'un patient sur trois ans sans changement de traitement = compter une prescription chaque année.



- ✓ **Difficulté avec la notion de re-facturable (liste des médicaments onéreux) et de liste en sus pour les HAD et SSR ? est-ce que la liste des médicaments onéreux pour l'HAD est seulement « déclaratoire » ou est aussi source de remboursement ?**

La partie V concerne actuellement les établissements MCO et HAD pour les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation inscrits sur les listes mentionnées aux articles L.162-22-7 du code de la sécurité sociale. Cette liste, dite « liste en sus » est source de remboursement pour les MCO comme pour les HAD.

A ne pas confondre avec le recueil « Médicaments coûteux dispensés au bénéfice de patients hospitalisés en HAD, hors liste en sus et hors médicament en autorisation temporaire de traitement (ATU) » qui ne concerne pas les mêmes spécialités pharmaceutiques, et qui fait l'objet de mesures de financement en fonction d'une enveloppe définie par le ministère de la santé.

## 6. Plan d'Actions

- ✓ **Est-ce qu'il y aura un format régional ?**

Il n'y a pas de format régional pour les plans d'actions internes des établissements, attendus pour le 15 juin 2018. Chaque établissement peut transmettre son plan d'actions interne sur le format de son choix.

## 7. Divers

- ✓ **Liens entre le CAQES et les courriers reçus avec la définition de taux pour les dialogues de gestion : pourquoi 2 circuits différents alors que CAQES = contrat unique ?**

L'annexe 1 du volet obligatoire du CAQES indique pour que pour les établissements « MCO Public plan triennal », la cible 2018 des indicateurs I.8, III.1, IV.1, V.1 et V.2 sera défini en dialogue de gestion. Ainsi, suite aux dialogues de gestion du dernier trimestre 2017, les établissements « MCO Public plan triennal » ont reçu un courrier formalisant les cibles 2018 pour les 5 indicateurs précités comme défini lors de leur dialogue de gestion.

- ✓ **Pour les volets additionnels, qui est le référent pour l'HAD ?**

Comme indiqué sur le site internet de l'ARS (<https://www.occitanie.ars.sante.fr/contrat-damelioration-de-la-qualite-et-de-lefficiency-des-soins-caqes>), le référent du volet additionnel pertinence à l'ARS est Mme Myriam FEURPRIER, chargée de mission pertinence, contact : [ARS-OC-DOSA-GDR@ars.sante.fr](mailto:ARS-OC-DOSA-GDR@ars.sante.fr)



**L'OMEDIT reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.**

**Pour vous rendre sur le site de l'OMEDIT**, cliquez ici : <http://omedit-mip.jimdo.com>

**Pour nous joindre :** ☎ : 05.34.30.27.54 @ : [coremedims.mip.secretariat@wanadoo.fr](mailto:coremedims.mip.secretariat@wanadoo.fr)

**Cette FAQ et tous les documents relatifs au CAQES  
sont disponibles au téléchargement**

sur le site <http://omedit-mip.jimdo.com> dans la rubrique « [Contractualisation > CAQES](#) »