

CAQES 2024-2026

Renseignement des indicateurs pertinence sur e-Cars

1. Généralité e-Cars

Devant chaque indicateur, une pastille de couleur indique le statut de l'indicateur :

- Pastille grise : l'indicateur n'est pas à renseigner par l'utilisateur.
Exemple : données à compléter par l'assurance maladie ou par l'ARS
- Pastille rouge : Indicateur à renseigner par l'établissement
- Pastille verte : Indicateur validé par l'établissement

Pour chaque indicateur, il est possible de déposer les éléments de preuve :

Figure 1 : Dépôt de document sur e-Cars

| Documents | Date de modification | Auteur de la modification |
|-----------|----------------------|---------------------------|
| Documents | | |

NB : Les documents déposés les années précédentes seront visibles dans cette partie. Il est demandé de ne pas les supprimer/modifier.

Il est également possible de faire des commentaires :

Figure 2 : Commentaire complémentaires aux indicateurs sur e-Cars

2025

Cible :

Réalisé :

Commentaire évalué 2025 :

Commentaire évalué N4

2. Les indicateurs pertinence

Les indicateurs pertinence comprennent :

- 1 indicateur national :
 - ***Insuffisance cardiaque***
- 1 complément régional :
 - ***Complément régional à l'indicateur national Insuffisance cardiaque***
- 4 indicateurs régionaux :
 - ***Hospitalisation à Domicile (HAD)***
 - ***Post AVC***
 - ***Insuffisance cardiaque (IC)***
 - ***BPCO***

Sont à renseigner sur e-Cars :

- Le complément régional
- Les 4 indicateurs régionaux

3. L'indicateur Hospitalisation A Domicile

L'indicateur HAD se compose de 7 sous-indicateurs :

- Nombre de **patients pris en charge** en 2025
- Nombre de **procédures** mises en place
- Transmission des **procédures** mises en place en 2025
- Nombre de **protocoles** mis en place
- Transmission des **protocoles** mis en place en 2025
- Signature d'une **convention** avec un site associé
- Mise en place ou développement de l'activité

a. Nombre de patients pris en charges en 2025

Indiquer le nombre de patients prise en charge en 2025 pour Traitement Médicamenteux Systémiques du Cancer (TMS). Il s'agit uniquement des patients pris en charge pour une chimiothérapie à domicile et non les patients pris en charge dans le cadre d'un suivi post-cure.

Le fichier exhaustif de l'activité n'est plus demandé.

b. Procédures et protocoles

Indiquer tout d'abord le **Nombre de procédures/protocoles mis en place** dans le cadre de cette activité. Il s'agit du nombre total de procédures d'une part et de protocoles d'autre part mis en place pour mettre en place et développer cette activité.

Au niveau de l'indicateur **Transmission des procédures/protocoles mis en place en 2025**,

Si de nouvelles procédures/protocoles ont été mis en place ou mis à jour en 2025 :

Dans la partie « réalisé 2025 » : *indiquer « Oui »*

Dans la partie « Commentaire » : *ajouter éventuellement un commentaire explicatif*

Dans la partie « Documents de l'indicateur » : *déposer les nouvelles procédures/protocoles mis en place en 2025*

Si aucune nouvelle procédure/protocole a été mis en place ou mis à jour en 2025 :

Dans la partie « réalisé 2025 » : *indiquer « Non »*

Dans la partie « Documents de l'indicateur » : *ajouter éventuellement un commentaire explicatif*

c. Convention

Cet indicateur concerne uniquement les établissements n'ayant pas de PUI.

Les établissements ayant déjà validé cet indicateur lors des évaluations précédentes du CAQES, n'auront rien à renseigner. L'indicateur sera grisé.

Les établissements n'ayant pas encore validé cet indicateur renseigneront « oui » ou « non » dans la rubrique « Résultat », en fonction de la signature ou non d'une convention au cours de l'année 2025. Ladite convention devra être déposée dans la rubrique « Documents ». Il est possible, si besoin, d'apporter des précisions dans la partie « commentaire ».

d. Mise en place ou développement de l'activité

Cet indicateur n'est pas à renseigner par l'établissement. Il sera analysé par l'ARS, à partir des données d'activité transmises et des informations disponibles. La pastille associée sera grise.

4. L'indicateur Post -AVC

L'indicateur Post AVC se compose de 3 sous-indicateurs :

- Signature d'une convention PRADO
- Taux d'inclusion des patients dans le PRADO post AVC
- Signature d'une convention avec une structure de soins coordonnés

a. Signature d'une convention PRADO

La signature d'une convention PRADO a été évaluée sur les CAQES précédents. Aussi cet élément est demandé uniquement aux établissements n'ayant pas signé une convention lors des évaluations précédentes.

Pour les établissements qui ont déjà validé cet indicateur lors des campagnes précédentes, la pastille de cet indicateur sera grise, signifiant que ces établissements n'ont pas à compléter cet indicateur.

Pour les établissements qui n'ont pas validé cet indicateur lors de la campagne 2023 : la pastille associée sera initialement rouge. Il est demandé :

1/ D'indiquer « Oui » ou « Non » dans l'item « Réalisé » selon que l'établissement a signé une convention ou non

2/ Apporter les précisions nécessaires dans le champ « commentaire »

3/ Le cas échéant, de déposer la convention dans l'espace « Documents de l'indicateur »

b. Taux d'inclusion des patients dans le PRADO post AVC

Cet indicateur n'est pas à renseigner par l'établissement. Il sera évalué par l'Assurance Maladie, à partir des bases de données disponibles. La pastille associée sera grise.

c. Signature d'une convention avec une structure de soins coordonnés

La signature d'une convention de coordination entre l'établissement et au moins une structure de soins coordonnés du territoire prévoyant ce point dans son projet de santé donne lieu à un bonus. Ce bonus est versé une seule fois sur la durée du CAQES 2023-2026.

Aussi, si ce bonus a déjà été versé, cet indicateur n'est pas à renseigner. La pastille associée sera grise.

Cet indicateur est à renseigner par les établissements n'ayant pas encore reçu le bonus dédié à cet indicateur (pastille associée initialement rouge). Ces établissements devront :

1/ Indiquer « Oui » dans l'item « Réalisé » si une convention a été signée, et « Non » dans le cas contraire.

2/ Apporter les précisions nécessaires dans le champ « commentaire »

3/ Le cas échéant, déposer la convention dans l'espace « Documents de l'indicateur »

5. Complément régional à l'indicateur national Insuffisance cardiaque

Afin de recevoir l'entièreté de l'intéressement dédié à l'indicateur national « Insuffisance cardiaque », il est demandé aux établissements de signer une convention PRADO Insuffisance Cardiaque et de travailler ce sujet avec une structure d'exercice coordonné, idéalement signer une convention de partenariat.

Les établissements ayant déjà validé ces éléments lors des évaluations précédentes, n'ont pas à renseigner cet indicateur.

Les établissements n'ayant pas validé ces éléments lors des évaluations précédentes, doivent renseigner les éléments manquants (pastilles.s rouge.s). Ces établissements devront :

1/ Indiquer « Oui » ou « Non » dans l'item « Réalisé »

2/ Apporter les précisions nécessaires dans le champ « commentaire »

3/ Le cas échéant, déposer la ou les conventions dans l'espace « Documents de l'indicateur »

6. Indicateur régional Insuffisance cardiaque

L'indicateur régional Insuffisance cardiaque complète l'indicateur national et se compose de 3 sous-indicateurs :

- Définition d'un plan d'action visant l'amélioration du parcours post hospitalisation
- Augmentation du taux de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ayant consulté un généraliste dans les 14 jours suivant l'hospitalisation
- Augmentation du taux de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ayant consulté un cardiologue dans les 2 mois suivant l'hospitalisation

a. Définition d'un plan d'action

Cet indicateur a été mis en place lors de la campagne 2024. Il était alors demandé à chaque établissement de définir un plan d'actions visant l'amélioration du parcours post hospitalisation pour les patients Insuffisants cardiaques.

Pour les établissements ayant validé cet indicateur lors de la campagne précédente, un bilan de suivi de la première année de mise en œuvre est attendu. A ce titre, il est donc demandé de :

- 1/ Indiquer « Oui » ou « Non » dans l'item « Réalisé » en fonction du suivi ou non du plan d'action
- 2/ Apporter les précisions nécessaires dans le champ « commentaire »
- 3/ Déposer les documents de preuve dans l'espace « Documents de l'indicateur »

Pour les établissements n'ayant pas validé cet indicateur lors de la campagne précédente, un plan d'action est attendu. A ce titre, il est donc demandé de :

- 1/ Indiquer « Oui » ou « Non » dans l'item « Réalisé » en fonction de la mise en œuvre ou non d'un plan d'action
- 2/ Apporter les précisions nécessaires dans le champ « commentaire »
- 3/ Déposer ledit plan d'action dans l'espace « Documents de l'indicateur »

b. Augmentation des consultations post hospitalisation

Les 2 indicateurs « augmentation du taux de patients ayant consulté un médecin généraliste » et « augmentation du taux de patients ayant consulté un cardiologue », seront renseignés par l'Assurance Maladie. Ils ne sont pas à renseigner par l'établissement. La pastille associée sera grise.

7. Indicateur régional BPCO

L'indicateur régional BPCO se compose de 4 sous-indicateurs :

- Définition d'un plan d'action visant l'amélioration du parcours post hospitalisation

- Diminution du taux de réhospitalisation des patients atteints de BPCO
- Augmentation du taux de patients hospitalisés pour BPCO ayant consulté un généraliste dans les 14 jours suivant l'hospitalisation
- Augmentation du taux de patients hospitalisés pour BPCO ayant consulté un pneumologue dans les 3 mois suivant l'hospitalisation

a. Définition d'un plan d'action

Cet indicateur a été mis en place lors de la campagne 2024. Il était alors demandé à chaque établissement de définir un plan d'actions visant l'amélioration du parcours post hospitalisation pour les patients atteint de BPCO.

Pour les établissements ayant validé cet indicateur lors de la campagne précédente, un bilan de suivi de la première année de mise en œuvre est attendu. A ce titre, il est donc demandé de :

- 1/ Indiquer « Oui » ou « Non » dans l'item « Réalisé » en fonction du suivi ou non du plan d'action
- 2/ Apporter les précisions nécessaires dans le champ « commentaire »
- 3/ Déposer les documents de preuve dans l'espace « Documents de l'indicateur »

Pour les établissements n'ayant pas validé cet indicateur lors de la campagne précédente, un plan d'action est attendu. A ce titre, il est donc demandé de :

- 1/ Indiquer « Oui » ou « Non » dans l'item « Réalisé » en fonction de la mise en œuvre ou non d'un plan d'action
- 2/ Apporter les précisions nécessaires dans le champ « commentaire »
- 3/ Déposer ledit plan d'action dans l'espace « Documents de l'indicateur »

d. Diminution du taux de réhospitalisation et augmentation des consultations post hospitalisation

Les 3 indicateurs « Diminution du taux de réhospitalisation », « augmentation du taux de patients BPCO ayant consulté un médecin généraliste » et « augmentation du taux de patients BPCO ayant consulté un pneumologue », seront renseignés par l'Assurance Maladie. Ils ne sont pas à renseigner par l'établissement. La pastille associée sera grise.