



# Campagne RE /CBU 2013

Réunion régionale du 17.06.2013



## Historique

- **Réflexion sur une nouvelle trame de RE / CBU lancée en janvier 2012**
- **Projet décret CBU 2012 et un nouveau calendrier pour 2012 abandonné par la DGOS en juin 2012**
- **« Repli » dans l'urgence sur la trame existante (non évolutive et donc obsolète)**
- **Octobre 2012 –décembre 2012 campagne RE 2012**
- **Janvier 2013 sollicitation de l'ARS pour faire évoluer l'outil (et la trame)**
  - Cahier des charges...
  - Faisabilité interne/ externe....
  - Trame...
- **Mars 2013 Projet décret CBU 2013**
- ...





## Les principes

OMEDIT

- **Convergence des objectifs du futur RE avec les dispositifs existants :**
  - Décret du 31 octobre 2008 et ce qui a été annoncé dans l' «ex futur » décret
  - Itération V2012 de la certification
  - Arrêté du 6 avril
  - Circulaire DGOS du 14 février 2012
  - Instruction du 28 septembre 2012
  - REX
  - Dispositif liste en sus
  - PHMEV
  - PNSP...
- **Abandon des objectifs « atteints »**
- **Réappropriation de la politique de management de la qualité des produits de santé par la CME ou la CfME**
- **Réutilisation des indicateurs déjà renseignés par les établissements (IPAQSS ICATB), des indicateurs de suivi en nombre constant (31/32)**
- **Rééquilibrage des objectifs qualité/sécurité et liste en sus**
- **Harmonisation des objectifs des supports des traitements de RE pour MCO HAD et dialyse**





## Les points de discussion

- **La présentation tardive d'une nouvelle trame**
  - Publication du nouveau décret ?
  - Avenant au CBU
  - RE 1<sup>er</sup> octobre
- **Propositions validées par les fédérations hospitalières :**
  - Finalisation d'un contenu de RE pour octobre 2013
  - Restitution du RE par les ES (sous réserve de publication du décret)
  - Scoring (sous réserve de publication du décret) sur les seuls objectifs préexistants dans les précédents RE)
  - Abandon de la cotation A, B, C
  - Maintien d'un scoring qui permet de classer les ES en > à 80 et en < à 80 sans communication du score chiffré aux ES > à 80.





## Présentation synthétique de la trame

- **Support de restitution classeur Excel**
  
- **Trame validée le 28 mai 2013 :**
  - I. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE***
    - I.1 Engagement de la direction et dispositions organisationnelles
    - I.2 Sensibilisation et formation du personnel
    - I.3 Étude des risques encourus
    - I.4 Déclaration interne des événements indésirables, erreurs médicamenteuses et dysfonctionnements liés à la PECM
    - I.5 Système documentaire relatif à l'assurance qualité de la PECM
  
  - II. BON USAGE DES PRODUITS DE SANTÉ***
    - II.1 Outils d'aide à la prescription
    - II.2 Informatisation de la prise en charge médicamenteuse
    - II.3 Qualité de la prescription
    - II.4 Dispensation
    - II.5 Application des Bonnes Pratiques de Préparation (BPP)
    - II.6 Administration/Utilisation
    - II.7 Actions d'évaluation & Suivi
    - II.8 Prises en charge spécifiques (patients à risque/médicaments à risque/ «never vents»)
    - II.9 Suivi des consommations de produits de santé facturables en sus des GHS





## Rééquilibrage des scores entre les engagements « qualité/sécurité » et engagements « liste en sus »

- 60 % du score sur les « qualité/sécurité »
- 40% du score sur liste en sus à la demande l'assurance maladie
- Cotation des seuls engagements présents dans la trame 2012

OMEDIT





- **I. Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient**

- **I.1 Engagement de la direction et dispositions organisationnelles (8) :**

- Un programme d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est défini au sein de l'établissement, par la CME/CfME conjointement avec la direction de l'établissement. (4)
- L'établissement a défini des indicateurs de suivi du programme d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. (4)

- **I.3 Etude des risques encourus/Définition et mise en œuvre d'actions d'amélioration de de la PECM : (8)**

- L'étude des risques a priori a été réalisée dans l'ensemble de l'établissement (unités de soins). (4)
- L'étude des risques a priori a été réalisée dans la PUI de l'établissement. (4)

- **I.4 Déclaration interne des EI, EM et dysfonctionnements liés à la PECM : (4)**

- Les erreurs médicamenteuses sont analysées lors de réunions associant l'ensemble des professionnels concernés.





## II. Bon usage des produits de santé

- **II.1: Outils d'aide à la prescription : (10)**
  - La CME ou la CfME élabore des préconisations en matière de prescription des médicaments et des DMS. (2)
  - Ces préconisations de bon usage des médicaments et des DMS sont diffusées par la CME ou la CfME. (2)
  - Ces préconisations de bon usage des médicaments et des DMS sont actualisées par la CME ou la CfME. (2)
  - Le livret thérapeutique " médicaments" ou la liste de médicament à prescrire préférentiellement sont mis à jour régulièrement. (2)
  - Le livret thérapeutique des dispositifs médicaux stériles ou la liste des dispositifs médicaux stériles à utiliser préférentiellement sont mis à jour. régulièrement. (2)
  
- **II.2: Informatisation de la prise en charge médicamenteuse : (9)**
  - Le déploiement de la prescription informatisée sur les lits MCO est en cours ou achevé. (3)
  - Le déploiement de la prescription informatisée sur les lits hors MCO est en cours ou achevé. (3)
  - La traçabilité informatisée de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée. (3)







- **II.3: Qualité de la prescription : (8)**
  - Les règles de prescription sont mises en place. (4)
  - La prescription concertée pluridisciplinaire est organisée en cancérologie. (4)
  
- **II.4: Dispensation : (8)**
  - L'analyse pharmaceutique des prescriptions complètes est mise en œuvre. (6)
  - La délivrance nominative est mise en place dans tous les services dans lesquels cette activité a été jugée prioritaire. (2)
  
- **II.5: Application des bonnes pratiques de préparation (BPP) : (5)**
  - La préparation centralisée de tous les médicaments anticancéreux est réalisée conformément aux bonnes pratiques de préparation.
  
- **II.6: Administration/Utilisation : (8)**
  - La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée. (4)
  - La traçabilité (manuelle ou informatisée) de pose des DMI dans le dossier du patient est assurée. (4)





- **II.7: Actions d'évaluation & Suivi (26)**
  - Le suivi prospectif continu des indications de prescription de tous les médicaments hors GHS est organisé et fait l'objet d'une présentation semestrielle en CME ou en CfME. (2)
  - Le bilan détaillé du suivi des indications hors AMM hors PTT hors RTU est transmis régulièrement à l'OMEDIT. (8)
  - Le suivi prospectif continu des indications d'implantations hors LPP pour tous les DMI hors GHS est organisé et fait l'objet d'une présentation semestrielle en CME ou en CfME. (2)
  - Le bilan détaillé du suivi des implantations hors indications de la LPP ou hors avis CNEDIMTS est transmis régulièrement à l'OMEDIT. (6)
  - Lors de l'initiation d'un traitement par un médicament orphelin, l'avis du centre de référence (ou de compétence) est demandé. (8)
  
- **II.9: Suivi des consommations de produits de santé facturables en sus des GHS (6)**
  - Les consommations en euros de médicaments hors GHS font l'objet d'un suivi et d'une analyse au minimum semestriels par la CME ou la CfME (premier semestre 2013). (3)
  - Les consommations en euros de DMI hors GHS font l'objet d'un suivi et d'une analyse au minimum semestriels par la CME ou la CfME (premier semestre 2013). (3)





## Indicateurs (1)

OMEDIT

- **Nb de professionnels formés au retour d'expérience**
- **% d'unités de soins auditées dans le cadre de l'étude des risques a priori**
- **Nb EI liés à la PECM/ nb EI total**
- **IPAQSS TDP 3, IPAQSS TDP 4, IPAQSS TDP 5**
- **IPAQSS RCP de niveau 2**
- **ICATB**
- **Nb de programmes d'analyses et d'amélioration des pratiques depuis 2 ans**
- **Taux d'évolution des dépenses (année N/année N-1) médicaments hors GHS**
- **Taux d'évolution des dépenses (année N/année N-1) DMI hors GHS**





## Indicateurs (2)

- % de lits et places bénéficiant d'une prescription informatisée avec saisie systématique dans le service de soins
- % de lits et places bénéficiant d'une analyse de la prescription complète du patient (selon les 3 niveaux définis par la SFPC)
- % de lits et places en délivrance nominative
- % de préparations de médicaments anticancéreux réalisées en unité centralisée sous responsabilité pharmaceutique et conformément aux BPP
- % de lits et places bénéficiant d'une traçabilité de l'administration sur un même support prescription-administration
- % d'unités de DMI dont l'implantation et tracée dans le dossier patient
- % de patients faisant l'objet de prescription hors AMM, hors PTT hors RTU au cours du premier semestre 2013
- % d'implantations de DMI hors indications LPP, hors avis CNEDIMS au cours du premier semestre 2013
- % d'avis (pour initiation de traitement par un médicament orphelin) d'un centre de référence (ou de compétence)





## Calendrier

- **Inchangé**
- **Restitution attendue pour le 1er octobre pour le rapport d' étape**
- **Date de publication du futur décret inconnue à ce jour.**

OMEDIT

