Guide méthodologique d'accompagnement au remplissage de la grille d'évaluation du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES)2019 relative au volet obligatoire

Campagne d'évaluation 2020 (sur les données 2019)

Version – Janvier 2020

Table des matières

TABLE DES MATIERES ..... - 2 -

LISTE DES ABREVIATIONS ..... - 3 -

I. LE CAQES ET SON EVALUATION ANNUELLE DU POINT DE VUE DU VOLET OBLIGATOIRE - 5 -

A. PREAMBULE ET CONTEXTE REGLEMENTAIRE ..... - 5 -

B. ELABORATION DU CAQES EN REGION ILE-DE-FRANCE : CHOIX DES INDICATEURS ET ELABORATION D'UN GUIDE REGIONAL ASSOCIE ..... - 6 -

C. LES MODALITES D'EVALUATION DE LA REALISATION DES OBJECTIFS DU VOLET SOCLE PAR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ..... - 7 -

D. MODALITES DE TRANSMISSION DU RAA A L'OMEDIT/AM/ARS ..... - 7 -

II. GUIDE DE REMPLISSAGE DU RAA 2019 DU CAQES ..... - 8 -

A. GENERALITES ..... - 8 -

B. FICHES DESCRIPTIVES DES INDICATEURS ..... - 8 -

Liste des abréviations

AM :	Assurance Maladie
AMM :	Autorisation de Mise sur le Marché
ARS :	Agence Régionale de Santé
ATB :	Antibiotique
BHRe :	Bactérie Hautement Résistante émergente
BPP :	Bonnes Pratiques de Préparations
CAPES :	Contrat d'Amélioration des Pratiques en Etablissements de Santé
CAQES :	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins
CAQOS :	Contrat pour l'Amélioration de la Qualité et l'Organisation des Soins
CBU :	Contrat de Bon Usage
CLADIMED :	Classification des dispositifs médicaux
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
COMEDIMS :	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
CPias :	Centre d'appui pour la Prévention des infections associées aux soins
CPOM :	Contrat Pluri annuel d'Objectifs et de Moyens
DHIN :	Dispensation Hebdomadaire Individuelle Nominative
DJIN :	Dispensation Journalière Individuelle Nominative
DMI :	Dispositif Médical Implantable
DMS :	Dispositif Médical Stérile
DPC	Développement professionnel continu
DPI :	Dossier Patient Informatisé
EIG :	Evènement Indésirable Grave
EIAS	Evènement Indésirable Associé aux Soins
FEHAP :	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs
FHF :	Fédération Hospitalière de France
FHP :	Fédération des cliniques et Hôpitaux Privés de France
GEF :	Gestion économique et financière
GHS :	Groupe Homogène de Séjour
HAD	Hospitalisation à domicile
LAP :	Logiciel d'Aide à la Prescription
LPPR :	Liste des Produits et Prestations Remboursables
MAQ	Manuel d'assurance qualité
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
OMEDIT :	Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique

PAQSS	Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
PECM :	Prise En Charge Médicamenteuse
RAA :	Rapport Annuel d'Autoévaluation
RTU :	Recommandation Temporaire d'Utilisation
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UCD :	Unité Commune de Dispensation
US :	Unités de soins
USLD	Unités de soins de longue durée

I. Le CAQES et son évaluation annuelle du point de vue du volet obligatoire

Ce guide s'inscrit dans une volonté d'accompagnement des établissements de la part de l'Agence Régionale de Santé (ARS), de l'Assurance maladie (AM) et de l'OMEDIT. Il a pour objectif de préciser les attendus pour chaque indicateur de la grille du contrat ainsi que les modalités de recueil et d'évaluation.
Ce guide est susceptible d'évoluer chaque année. Les modifications seront proposées et validées en concertation avec vos représentants.

A. Préambule et contexte réglementaire

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2016 dispose, dans son article 81, qu'un nouveau contrat tripartite lie l'ARS, l'organisme local d'AM et les établissements de santé : le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES). Sa création vise à simplifier, harmoniser et fusionner dans un contrat unique l'ensemble des dispositifs contractuels qui l'ont précédé, à savoir :

- le Contrat de Bon Usage des médicaments, produits et prestations (CBU) ;
- le Contrat pour l'Amélioration de la Qualité et l'Organisation des Soins (CAQOS) ;
- le Contrat de Pertinence des Soins ;
- le Contrat d'Amélioration des Pratiques en Etablissements de Santé (CAPES).

Le CAQES est complémentaire au Contrat Pluri annuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signé entre l'ARS et les établissements de santé.

Ce contrat :

- s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins en offrant aux établissements une meilleure visibilité sur l'ensemble de leurs marges de progression. Il a pour objectifs de simplifier les procédures, d'améliorer l'appropriation des outils par les contractants et de concentrer le dialogue autour des thématiques de qualité et de pertinence. Pour cela, il définit, sur la base d'un constat partagé, les engagements et les objectifs de l'établissement de santé et des professionnels qui y exercent ;
- se compose d'un volet obligatoire relatif à la qualité et à la pertinence des médicaments, des produits et prestations, appelé « volet socle », et d'un ou plusieurs volets additionnels concernant les transports, la pertinence et l'amélioration des pratiques (ces volets additionnels sont conclus avec les établissements identifiés dans le cadre du dialogue annuel, du plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins et du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins);
- est signé pour une durée indéterminée. Si le contrat contient un ou plusieurs volets additionnels, ceux-ci sont conclus pour une durée maximale de cinq ans.

Les objectifs, les indicateurs nationaux et régionaux et les modalités d'évaluation décrits dans ce guide méthodologique répondent aux dispositions de l'arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type CAQES mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale.

Ce nouveau contrat tripartite est entré en vigueur au 1er Janvier 2018, et s'applique à l'ensemble des structures sanitaires MCO, psychiatrie, HAD, SSR, USLD et dialyse.

B. Elaboration du CAQES en région Ile-de-France : choix des indicateurs et élaboration d'un guide régional associé

Le volet obligatoire du CAQES engage les établissements à améliorer et à sécuriser la prise en charge par les produits de santé tout au long du parcours du patient. Les objectifs qui le composent sont répartis comme suit :

- chapitre 1 *« Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations »* ;
- chapitre 2 « *Développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau* »;
- chapitre 3 « *Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire des génériques et des biosimilaires* » ;
- chapitre 4 « *Engagements relatifs aux médicaments et à la liste des produits et prestations prescrits en établissement de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville* »
- chapitre 5 « *Engagements relatifs aux spécialités pharmaceutiques et aux produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation inscrits sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 ou L. 162-23-6 du code de la sécurité sociale et respect des référentiels nationaux de bon usage des médicaments et des produits et prestations »*

Les objectifs sont déclinés en :

- seize indicateurs nationaux d'application obligatoire mais dont les modalités d'évaluation sont définies au sein de chaque région ;
- quarante indicateurs régionaux dont la définition et les modalités d'évaluation ont été définis en concertation avec vos représentants.

Tous les indicateurs ne sont pas opposables en intégralité à tous les établissements, mais en fonction de leurs activités (i.e certains ne s'appliquent qu'aux structures MCO).

C. Les modalités d'évaluation de la réalisation des objectifs du volet socle par les établissements de santé

La réalisation des objectifs du CAQES fait l'objet d'une évaluation annuelle, basée sur le Rapport Annuel d'Autoévaluation (RAA) produit par les établissements, par l'intermédiaire d'un outil web mis à disposition par l'ARS IDF et dont les évolutions sont réalisées par l'OMEDIT Ile-de-France en lien avec l'ARS IDF. Les résultats de l'établissement sont appréciés de manière globale par l'ARS et l'AM, disposant de l'expertise technique de l'OMEDIT pour le volet socle.

D'un point de vue pratique pour le volet socle, le RAA portant sur les données de l'année N (2019) – et les pièces justificatives éventuellement associées – sont transmis par les établissements de santé dans l'outil de saisie en ligne (outilweb) au plus tard le 31 mars de l'année N+1, année en cours (2020). Les modalités d'accès (lien URL + identifiant/mot de passe) sont transmises chaque année par l'OMEDIT par mail à chaque établissement.

L'évaluation annuelle est aussi réalisée au regard des éléments de preuve transmis par l'établissement (cf. ligne « éléments de preuve » dans le guide ci-après pour chaque indicateur). En l'absence de pièce justificative fournie, l'indicateur sera évalué comme étant « non réalisé». L'analyse du RAA est réalisée pour chacun des objectifs et dans sa globalité, peut donner lieu à une analyse de cohérence inter-objectifs.

Le moratoire sur les sanctions étant reconduit, le dispositif CAQES ne donnera lieu en 2020 qu'à un dispositif d'intéressement portant sur certains indicateurs du RAE. Ce dispositif fera l'objet d'informations spécifiques qui vous seront communiquées ultérieurement.

Le guide présenté en partie II vous indique comment comprendre et renseigner, chacun des indicateurs du volet socle. Certains indicateurs mesurent la progression dans les démarches d'amélioration continue de la qualité. Ils nécessitent la réalisation d'audits et/ou la mise en place d'actions correctives. Pour certains d'entre eux, l'OMEDIT IDF et le CPias définissent une méthodologie (cf. guide). Les audits pourront être réalisés tous les 2 ans.

D. Modalités de transmission du RAA à l'OMEDIT/AM/ARS

Les RAA devront être transmis impérativement via l'outilweb. Les modalités techniques de remplissage et de transmission du RAA sont détaillées dans un guide d'aide au remplissage disponible sur le site internet de l'OMEDIT (http://www.omedit-idf.fr/documents-outils/#1551443805354-6e86a9af-a929)

II. Guide de remplissage du RAA 2019 du CAQES

A. Généralités

Les modalités techniques de remplissage et de transmission du RAA sont disponibles sur le site internet de l'OMEDIT.

B. Fiches descriptives des indicateurs

Voir ci-après.

SOMMAIRE

I.1.1 - Il existe une politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficience de la Prise en charge medicamenteuse (PECM) et des dispositifs médicaux stériles (DMS) qui s'inscrit dans la politique générale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement. - 12 -

I.1.2 - La politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficience de la PECM et des DMS intègre des objectifs qualitatifs vis-à-vis des prescriptions "hors-AMM -hors RTU" pour l'ensemble des médicaments - 13 -

I.1.3 - La politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficience de la PECM et des DMS prévoit des mesures pour améliorer les déclarations internes des événements indésirables notamment médicamenteux, des erreurs médicamenteuses ou des dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse - 14 -

I.1.4 – l'étude des risques a priori sur la PECM (quelle que soit la méthode utilisée) est réalisée. - 15 -

I.1.5 - L'étude des risques a priori associés à l'utilisation des DMS (quelle que soit la méthode utilisée) est réalisée. - 16 -

I.1.6 - L'analyse des évènements indésirables en réunions de retour d'expérience fait appel à des méthodes d'analyse systémique pour identifier les causes profondes (RMM/REMED, CREX…). - 17 -

I.1.7 - Il existe un plan d'actions en matière de qualité, de sécurité et d'efficience de la PECM et des DMS assortis d'indicateurs : 1) élaboré à partir des résultats des études de risque a priori et alimenté par les actions décidées en CREX ou RMM, 2) qui inclut un volet de suivi des actions en matière de bon usage des médicaments et des dms, 3) qui inclut un volet pour prévenir les never events (notamment liste ANSM), 4) qui prévoit des actions visant à réduire la iatrogénie chez la personne âgée, 5) qui prévoit des actions en matière d'antibiothérapie, 6) qui prévoit des actions en matière de prescriptions hors AMM, 7) qui est intégré dans le programme d'actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins,8) qui est validé par la CME ou CfME ou sous leur égide ou par une commission représentative de la CME pour la PECM. - 18 -

I.1.8 - Le suivi régulier et l'évaluation des actions en matière de qualité, de sécurité et d'efficience de la PECM et des DMS est réalisé. - 19 -

I.1.9 - Un plan de formation intégrant des formations spécifiques (DPC et/ou interne) à la qualité et la sécurité d'utilisation des produits de santé est mis en œuvre. - 20 -

- l'ensemble des professionnels de santé concernés est formé lors de la mise en place d'une nouvelle procédure ou mode opératoire, - 20 -

- les professionnels de santé nouvellement arrivés sont formés aux procédures et modes opératoires, à la prévention des erreurs et risques médicamenteux, à l'utilisation du livret thérapeutique et des supports de prescription, et à la manipulation des LAP (logiciels d'aide à la prescription), - 20 -

- des professionnels de santé sont formés à la conciliation des traitements médicamenteux. - 20 -

I.1.10 - L'établissement répond dans les délais impartis aux enquêtes diligentées et/ou relayées par l'OMEDIT Ile-de-France (dont enquête ATIH achat et consommation des médicaments à l'hôpital, clip mitral et TAVI). - 21 -

I.2.1.1 – - 22 -

a) Taux de prescriptions de sortie informatisées y compris consultations externes : nombre de prescriptions de sortie informatisées/nombre total de prescriptions de sortie - 22 -

I.2.1.1 – - 23 -

b) Taux d'équipement en logiciels d'aide à la prescription dont la version opérationnelle dans le service est certifiée (en nombre de services équipés) : Nombre de lits utilisant un LAP certifié/Nombre total de lits de l'établissement ; nombre d'us utilisant un lap certifie/nombre total d'us de l'établissement - 23 -

I.2.1.2 – - 24 -

a) Traçabilité des médicaments : nombre de lits informatises de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration/nombre de lits total - 24 -

I.2.1.2 – - 25 -

b) Traçabilité des DMI : nombre d'unités de DMI dont l'implantation est informatiquement tracée / nombre total d'unités de DMI implantées - 25 -

I.2.1.2 – - 26 -

c) Déploiement de la classification CLADIMED® : nombre d'unités de DMI stockées enregistrées selon la classification CLADIMED dans l'établissement / nombre d'unités de DMI stockées dans l'établissement - 26 -

I.2.1.3 - L'interfaçage des différents logiciels de l'établissement permet la mise à disposition dans le dossier patient informatisé de l'ensemble des informations permettant : - la prescription, - la dispensation (analyse des prescriptions et délivrance), - et l'administration des produits de santé (notamment données biologiques, chimiothérapies anticancéreuses, nutrition parentérale) durant la totalité de l'hospitalisation du patient. - 27 -

I.2.1.4 – - 28 -

A) Taux de prescriptions incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement : - nombre d'ordonnances de sortie délivrées précisant le numéro FINESS et RPPS / nombre total d'ordonnances de sortie - 28 -

I.2.1.4 – - 29 -

B) Taux de prescriptions incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement : nombre d'ordonnances intra-hospitalières précisant le numéro RPPS / nombre total d'ordonnances intra-hospitalières - 29 -

I.2.2.1 - L'établissement organise la montée en charge programmée de l'analyse pharmaceutique en fonction de son profil d'activité (chirurgie ambulatoire, médecine…). - 30 -

I.2.2.2 - Le choix du niveau d'analyse pharmaceutique est adapté au niveau de risque défini par la CME ou la CfME (type de service, patient à risque, médicament à risque) - 31 -

I.2.2.3 - La délivrance nominative du traitement médicamenteux complet est mise en œuvre : l'établissement organise la montée en charge programmée de l'activité de délivrance nominative en fonction de son profil d'activité. - 32 -

I.2.2.4 - Une analyse d'opportunité pour l'implémentation d'une solution d'automatisation de la délivrance nominative a été réalisée.- 33 -

I.2.3.1 - La préparation centralisée des médicaments injectables par l'établissement est réalisée conformément aux bonnes pratiques de préparation, dans la PUI de l'établissement ou dans le cadre d'une convention de sous-traitance. - 34 -

I.2.3.2 - En dehors des heures ouvrables de l'unité de préparation centralisée de la PUI : l'organisation permet une préparation sécurisée (dans le service de soins ou à la PUI et par du personnel formé) des préparations injectables réalisées habituellement de façon centralisée à la PUI, et est encadrée par des procédures validées par la PUI - 35 -

I.2.3.3 - Les médicaments administrés par voie orale restent identifiables jusqu'à leur administration (achat de médicaments en conditionnement unitaire, surconditionnement, reconditionnement, réétiquetage) - 36 -

I.2.3.4 - Les médicaments injectables reconstitués en unité de soins restent identifiables (nom du patient et nom du médicament) jusqu'à leur administration (étiquetage) - 37 -

I.2.4.1 - L'organisation de la traçabilité des DMI est mise en œuvre et évaluée périodiquement. - 38 -

I.2.4.2 - L'informatisation du circuit des DMI permet la traçabilité logistique, la traçabilité sanitaire et la traçabilité du bon usage des DMI - 39 -

II.1 - La continuité de la prise en charge médicamenteuse durant le parcours de soins est mise en œuvre (gestion des traitements médicamenteux apportés par le patient). La mise en œuvre de la procédure relative à la gestion du traitement personnel du patient est évaluée. - 40 -

II.2 - La continuité de la prise en charge médicamenteuse durant le parcours de soins est mise en œuvre (gestion des traitements médicamenteux aux points de transitions). - 41 -

II.3 – - 42 -

A) Réalisation d'une activité de conciliation médicamenteuse dans l'établissement - 42 -

action/mesure - 43 -

II.3 – - 43 -

B) Déploiement de la conciliation médicamenteuse chez les patients priorisés sur la base d'une analyse des risques : Nombre de patients priorisés et bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse d'entrée et / ou de sortie / Nombre de patients priorisés hospitalisés - 43 -

II.4 - En cas d'implantation d'un DMI, un document précisant le nom, le numéro de lot et le fabricant du DMI ainsi que la date d'implantation et le nom du médecin implanteur est remis au patient à la sortie de l'établissement (à l'exception des ligatures, sutures et dispositifs d'ostéosynthèse). - 44 -

II.5 - Taux de traitements de plus de 7 jours non justifiés : - Nb de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours non justifiés / nombre total de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours - 45 -

II.6 - L'établissement réalise le suivi des consommations d'antibiotiques et les confronte aux données de résistance - 46 -*

L'outil Consores de suivi des consommations des antibiotiques et des résistances bactériennes est utilisé au sein de votre établissement ? - 46 -

disposez-vous d'un autre outil [que CONSORES] vous permettant de suivre et de confronter les données de consommations et de résistances ? - 46 -

Participez-vous au réseau de surveillance SPARES ? - 46 -

II.7 - La prescription d'antibiotiques est systématiquement réévaluée à 48-72h ? - 47 -

Le système informatique favorise-t-il (par une alerte par exemple) la réalisation de la réévaluation à 48-72 heures de la pertinence du traitement antibiotique ? - 47 -

Ce système informatique permet-il la traçabilité dans le dossier patient de la réévaluation à 48-72h ? - 47 -

II.8 - La dispensation des antibiotiques dits critiques est maîtrisée. Une dispensation contrôlée pour les antibiotiques dits critiques selon le rapport actualisé de l'ANSM est mise en œuvre. - 48 -

III .1- Taux de dispensation des biosimilaires : nombre d'UCD de médicaments biosimilaires DISPENSEES / nombre d'UCD DISPENSEES de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires, pour les prescriptions INTRA-HOSPITALIERES. - 49 -

III.2 - Part d'achat de génériques - 50 -

et biosimilaires - 50 -

A) Nombre d'UCD délivrées appartenant au répertoire des génériques / nombre d'UCD totales délivrées aux services de l'établissement de santé - 50 -

III.2 - Part d'achat de génériques et biosimilaires - 51 -

b) nombre d'UCD de médicaments biosimilaires DelivrEeS / nombre d'UCD DelivreeS de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires, pour les prescriptions INTRA-HOSPITALIERES. - 51 -

IV.1 - TAUX DE PRESCRIPTION DANS LE REPERTOIRE DES GENERIQUES : NOMBRE DE BOITES (EN EXCLUANT LE PARACETAMOL DU CALCUL) DANS LE REPERTOIRE DES GENERIQUES EN PHEV/NOMBRE TOTAL DE BOITES PRESCRITES EN PHEV - 52 -

IV.2 - Taux de prescription des biosimilaires : Nombre de boites de médicaments biosimilaires prescrites par les praticiens de l'établissement / Nombre de boites prescrites de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires, pour les PHEV - 53 -

IV.3 - Taux d'évolution des dépenses de médicaments et produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soin de ville - 54 -

IV.4 - Taux d'évolution des 3 classes thérapeutiques PHEV les plus significatives de l'établissement : Sélection par l'établissement des 3 classes thérapeutiques (à partir des données N-1 fournies par l'AM) - 55 -

IV.5 - Mise en place de groupes de travail sur les 3 classes thérapeutiques sélectionnées et élaboration d'un plan d'actions sur ces 3 classes (intégré au programme d'actions de la COMEDIMS) - 57 -

IV.6 - Taux d'évolution des 3 classes de produits et prestations de la LPP les plus significatives de l'établissement : Sélection par l'établissement des 3 classes de produits et prestations de la LPP (à partir des données N-1 fournies par l'Assurance maladie) - 58 -

IV.7 - Mise en place de groupes de travail sur les 3 classes de produits et prestation LPP sélectionnées en IV.6 et élaboration d'un plan d'actions sur ces 3 classes (intégré au programme d'action de la COMEDIMS) - 60 -

IV.8 - LPP - Négocier / Signer / Mettre en œuvre une "charte" régulant l'intervention des prestataires de LPP au sein de l'établissement et/ou des modèles de prescription - 61 -

*IV.9 - Taux de prescription d'antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance (dits "critiques")** - 62 -

IV.10 - Part de patients ayant plus de 10 molécules différentes (à l'exclusion des topiques) au sein des prescriptions de sortie de l'établissement - 63 -

V.1 – - 64 -

*a) Taux d'évolution des dépenses de **médicaments** inscrits sur la liste en sus* - 64 -

V.1 – - 65 -

*b) Taux d'évolution des dépenses de **produits et prestations** inscrits sur la liste en sus* - 65 -

V.1 – - 66 -

*c) Taux de prescriptions hors référentiels (RTU, AMM) pour les **médicaments de la liste en sus** : Nombre de prescriptions hors référentiels de médicaments de la liste en sus/ Nombre total de prescriptions de médicaments de la liste en sus* - 66 -

V.1 – - 67 -

*d) Taux de prescriptions hors référentiels (LPPR) pour les **produits et prestations de la liste en sus** : Nombre d'implantations de DMI hors LPPR/ nombre total d'implantations de DMI* - 67 -

V.2 - En cas d'utilisation hors AMM hors RTU, l'établissement s'assure de la présence dans le dossier-patient d'une argumentation étayée par des revues à comité de lecture - 68 -

V.3 - Le bilan détaillé annuel du suivi des utilisations hors AMM/hors RTU est transmis avec le rapport annuel d'auto-évaluation et à chaque demande de l'OMEDIT Ile-de-France - 69 -

V.4 - Le bilan détaillé annuel du suivi des utilisations hors LPP est transmis avec le rapport annuel d'autoévaluation et à chaque demande de l'OMEDIT Ile-de-France. Ce bilan mentionnera le suivi détaillé pour au moins deux familles de DMI ciblées par l'établissement. A noter : Le bilan devra intégrer les DMI faisant l'objet d'un suivi d'implantation dans le cadre d'un registre national ou régional - 70 -

V.5 - Une analyse critique des indications de prescriptions hors AMM et hors RTU de tous les médicaments hors GHS fait l'objet d'une présentation en CME/CfME ou en commission représentative de la CME pour la prise en charge médicamenteuse, au moins une fois par an. - 71 -

V.6 - Une analyse critique des utilisations hors LPP des DMI hors GHS ciblés fait l'objet d'une présentation en CME/CfME ou en commission représentative de la CME pour la prise en charge médicamenteuse, au moins une fois par an. - 72 -

ACTION/MESURE

I.1.1 - IL EXISTE UNE POLITIQUE D'AMELIORATION DE LA QUALITE, DE LA SECURITE ET DE L'EFFICIENCE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE (PECM) ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES (DMS) QUI S'INSCRIT DANS LA POLITIQUE GENERALE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS DE L'ETABLISSEMENT.

OBJECTIF	**Améliorer et sécuriser de façon continue la prise en charge thérapeutique du patient**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HAD-SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	PECM et DMS
PRE-REQUIS	Avoir une politique générale engageant la direction et validée par la CME ou commission dédiée, et définissant les objectifs en termes d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Description de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de l'efficience de la PECM et des DMS
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/ NON ELEMENT DE PREUVE ***à fournir*** *si réponse OUI* - Politique actualisée validée par la CME ou sous-commission dédiée aux médicaments et aux DMS. *Remarque : Actualisation a minima tous les 3 ans*
EVALUATION 2020	- Réponse OUI : • Politique en cohérence, après analyse, avec les autres éléments transmis dans le cadre du CAQES = 2 points • Politique non actualisée ou politique insuffisamment pertinente après analyse = 0 point • Politique non transmise = 0 point - Réponse NON = 0 point

ACTION/MESURE

I.1.2 - LA POLITIQUE D'AMELIORATION DE LA QUALITE, DE LA SECURITE ET DE L'EFFICIENCE DE LA PECM ET DES DMS INTEGRE DES OBJECTIFS QUALITATIFS VIS-A-VIS DES PRESCRIPTIONS "HORS-AMM -HORS RTU" POUR L'ENSEMBLE DES MEDICAMENTS

OBJECTIF	**Maîtriser et sécuriser les utilisations hors AMM-hors RTU de l'ensemble des médicaments**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HAD-SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	Ensemble des médicaments (inscrits ou non sur la liste en sus)
PRE-REQUIS	Avoir une politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficience de la PECM et des DMS
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Description des objectifs (qualitatifs +/- quantitatifs) de l'établissement relatifs à la prescription hors AMM hors RTU pour l'ensemble des médicaments (inscrits ou non sur la liste en sus)
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/ NON ELEMENT DE PREUVE ***à fournir*** *si réponse OUI* - Politique en lien avec les prescriptions « hors AMM hors RTU » pour l'ensemble des médicaments. *Tout document décrivant la politique mise en place : politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficience de la PECM et des DMS, comptes rendus de CME ou sous-commission dédiée aux médicaments, procédure de gestion des prescriptions hors-AMM/hors-RTU.*
EVALUATION 2020	- Réponse OUI : • La politique est transmise et les éléments attendus sont présents = 1 point - Réponse NON : 0 point

ACTION/MESURE

I.1.3 - LA POLITIQUE D'AMELIORATION DE LA QUALITE, DE LA SECURITE ET DE L'EFFICIENCE DE LA PECM ET DES DMS PREVOIT DES MESURES POUR AMELIORER LES DECLARATIONS INTERNES DES EVENEMENTS INDESIRABLES NOTAMMENT MEDICAMENTEUX, DES ERREURS MEDICAMENTEUSES OU DES DYSFONCTIONNEMENTS LIES A LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

OBJECTIF	**Réduire les risques associés à l'utilisation des produits de santé**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HAD-SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	PECM et DMS
PRE-REQUIS	Avoir formalisé un système de signalements global et standardisé des évènements indésirables liés à la PECM et aux DMS
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Description des mesures mises en place par l'établissement en vue d'améliorer les déclarations des évènements indésirables liés à la PECM et aux DMS.
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	Tous types de document précisant ces mesures. REPONSE ATTENDUE : OUI/ NON ELEMENT DE PREUVE ***à fournir*** *si réponse OUI* Document détaillant les actions conduites (Exemple : Charte de non punition associée aux autres actions de communication/incitation…)
EVALUATION 2020	- Réponse OUI : • Elément(s) de preuve pertinent(s) après analyse = 1 point • Elément(s) de preuve insuffisamment pertinent(s) après analyse = 0 point - Réponse NON = 0 point

ACTION/MESURE

I.1.4 – L'ETUDE DES RISQUES A PRIORI SUR LA PECM (QUELLE QUE SOIT LA METHODE UTILISEE) EST REALISEE. LA FREQUENCE DE REEVALUATION PREND EN COMPTE LES MODIFICATIONS DE PROCESSUS OU D'ACTIVITE ET LES EIAS.

OBJECTIF	**Réduire les risques associés à l'utilisation des produits de santé**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HAD-SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	PECM ; Toutes les unités de soins ainsi que la PUI
PRE-REQUIS	- Formaliser les modalités de réévaluation des risques *a priori* sur la PECM (MAQ, PAQSS) - Disposer d'une méthode/outil permettant de réaliser cette étude de risques *a priori* sur la PECM
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Renseigner le nombre d'US réévaluées sur l'année N, quelle que soit la méthodologie *Exemple : ARCHIMED V3 http://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/2016/06/ArchiMed.3_Questionnaire.v2.xls*
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/ NON ELEMENT DE PREUVE ***à fournir*** : *si aucune US réévaluée au cours de l'année N :* - calendrier de réévaluation précisant le nb d'US prévues sur l'année N+1 *La fréquence de réévaluation prend en compte notamment les modifications de processus ou d'activité, et les EIAS*
EVALUATION 2020	- Réponse OUI : • Nb US réévaluées au cours de l'année N renseigné (et différent de 0) = 1 point • Nb US réévaluées au cours de l'année N non renseigné et/ou 0 unité réévaluée = 0 point - Réponse NON : • Calendrier de réévaluation avec nb US prévues sur l'année N+1 renseigné = 1 point • Calendrier non transmis = 0 point

ACTION/MESURE

I.1.5 - L'ETUDE DES RISQUES A PRIORI ASSOCIES A L'UTILISATION DES DMS (QUELLE QUE SOIT LA METHODE UTILISEE) EST REALISEE. LA FREQUENCE DE REEVALUATION PREND EN COMPTE NOTAMMENT LES MODIFICATIONS DE PROCESSUS OU D'ACTIVITE ET LES EVENEMENTS INDESIRABLES ASSOCIES AUX SOINS (EIAS).

OBJECTIF	**Réduire les risques associés à l'utilisation des produits de santé**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HAD-SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	DMS ; Toutes les unités de soins (US) ainsi que la PUI
PRE-REQUIS	- Formaliser les modalités de réévaluation des risques *a priori* associés à l'utilisation des DMS (MAQ, PAQSS) - Disposer d'une méthode/outil permettant de réaliser cette étude de risques *a priori* sur les DMS
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Renseigner le nombre d'US réévaluées sur l'année N, quelle que soit la méthodologie *Exemple : outil ANAP/* Interdiag DMS V2.0 *http://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/inter-diag-dms-v20-la-performance-du-circuit-des-dispositifs-medicaux-steriles-dans-les-etablissements-de-sante/*
PONDERATION	0 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/ NON ELEMENTS DE PREUVES ***à fournir*** *si aucune US évaluée au cours de l'année N* - Calendrier d'évaluation précisant le nb d'US prévues sur l'année N+1 *La fréquence d'évaluation prend en compte notamment les modifications de processus ou d'activité, et les EIAS.*
EVALUATION 2020	Non scoré

ACTION/MESURE

I.1.6 - L'ANALYSE DES EVENEMENTS INDESIRABLES EN REUNIONS DE RETOUR D'EXPERIENCE FAIT APPEL A DES METHODES D'ANALYSE SYSTEMIQUE POUR IDENTIFIER LES CAUSES PROFONDES (RMM/REMED, CREX…).

OBJECTIF	**Réduire les risques associés à l'utilisation des produits de santé**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HAD-SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	PECM et DMS ; Toutes les US ainsi que la PUI
PRE-REQUIS	Disposer du nb d'EI survenus au cours de l'année N ; Réaliser des réunions de retour d'expérience formalisées ; réaliser un suivi de ces réunions (nombre, thèmes, événements traités)
METHODOLOGIE DE RECUEIL	S'assurer que la méthode d'analyse des évènements indésirables en réunion de retour d'expérience est une méthode d'analyse systémique *Ci-après quelques méthodes d'analyses systémiques (liste non exhaustive) :* - *ALARM (association of litigation and risk management)* - *Arbre des causes* - *REMED (revue des erreurs médicamenteuses)* - *ORION®* - *HFACS (human factors analysis and classification system)* - *MINOS (méthode d'investigation organisationnelle et systémique)* Renseigner le nb d'EI (graves et non graves) liés aux médicaments et DMS au cours de l'année N Renseigner le nb total de réunions de retour d'expérience au cours de l'année N
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/ NON Nb d'EI (graves et non graves) liés aux médicaments et DMS au cours de l'année N Nb total de réunions de retour d'expérience au cours de l'année N ELEMENTS DE PREUVES ***non***
EVALUATION 2020	- Réponse OUI : • Méthode d'analyse systémique renseignée + réalisation de réunions de retour d'expériences relatives à la PECM et/ou DMS au cours de l'année N = 1 point • Méthode d'analyse systémique non renseignée ou aucune réunion de retour d'expérience relative à la PECM et/ou DMS au cours de l'année N et/ou nombre de réunions de retour d'expérience insuffisant au regard du nombre d'EI = 0 point - Réponse NON = 0 point

ACTION/MESURE

I.1.7 - IL EXISTE UN PLAN D'ACTIONS EN MATIERE DE QUALITE, DE SECURITE ET D'EFFICIENCE DE LA PECM ET DES DMS ASSORTIS D'INDICATEURS : 1) ELABORE A PARTIR DES RESULTATS DES ETUDES DE RISQUE A PRIORI ET ALIMENTE PAR LES ACTIONS DECIDEES EN CREX OU RMM, 2) QUI INCLUT UN VOLET DE SUIVI DES ACTIONS EN MATIERE DE BON USAGE DES MEDICAMENTS ET DES DMS, 3) QUI INCLUT UN VOLET POUR PREVENIR LES NEVER EVENTS (NOTAMMENT LISTE ANSM), 4) QUI PREVOIT DES ACTIONS VISANT A REDUIRE LA IATROGENIE CHEZ LA PERSONNE AGEE, 5) QUI PREVOIT DES ACTIONS EN MATIERE D'ANTIBIOTHERAPIE, 6) QUI PREVOIT DES ACTIONS EN MATIERE DE PRESCRIPTIONS HORS AMM, 7) QUI EST INTEGRE DANS LE PROGRAMME D'ACTIONS D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS,8) QUI EST VALIDE PAR LA CME OU CFME OU SOUS LEUR EGIDE OU PAR UNE COMMISSION REPRESENTATIVE DE LA CME POUR LA PECM.

OBJECTIF	**Améliorer et sécuriser la prise en charge thérapeutique du patient**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HAD-SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	PECM et DMS
PRE-REQUIS	Avoir une politique déclinée dans un programme d'actions en matière de qualité, de sécurité et d'efficience de la PECM et des DMS. Ce programme doit être validé par la CME/CfME (ou commission représentative de la CME pour la PECM) et comporter *a minima* : - L'origine des actions, - Le calendrier de mise en œuvre, - Les pilotes, - Les indicateurs de suivi. Ce programme peut être annuel ou pluriannuel.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	S'assurer que le plan d'actions en matière de qualité, de sécurité et d'efficience de la PECM et des DMS, assorti d'indicateurs, répond *a minima* aux 8 items mentionnés
PONDERATION	6 points
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/ NON ELEMENTS DE PREUVES ***à fournir :*** *si réponse OUI* - Plan d'actions avec calendrier, pilotes et indicateurs de suivi et origine des actions *L'atteinte de l'objectif sera appréciée sur la base des 8 éléments cités.*
EVALUATION 2020	- Plan d'actions complet : 6 - Plan d'actions incomplet : 4 - Plan d'actions incomplet et qualitativement insuffisant : 2 - Absence de plan d'actions : 0

ACTION/MESURE

I.1.8 - LE SUIVI REGULIER ET L'EVALUATION DES ACTIONS EN MATIERE DE QUALITE, DE SECURITE ET D'EFFICIENCE DE LA PECM ET DES DMS EST REALISE.

OBJECTIF	**Améliorer et sécuriser la prise en charge thérapeutique du patient**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HAD-SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	PECM et DMS
PRE-REQUIS	Avoir un plan d'actions en matière de qualité, de sécurité et d'efficience de la PECM et des DMS
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Réaliser le bilan du plan d'actions, en détaillant : - les modalités de suivi des actions d'amélioration, - leur état d'avancement, - les commentaires en cas de non réalisation d'une action dans les délais fixés, - les éventuels résultats d'évaluation et des indicateurs de suivi.
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/ NON ELEMENTS DE PREUVES ***à fournir :*** *si réponse OUI* - Bilan du plan d'actions. *Le document transmis détaillera les modalités de suivi des actions d'amélioration, leur état d'avancement et les éventuels résultats d'évaluation.*
EVALUATION 2020	- Réponse OUI : • Bilan complet avec analyse/commentaire des résultats et suivi des actions d'amélioration/des indicateurs de suivi : 2 points • Bilan sans analyse : 1 point • Absence de bilan transmis ou absence d'actions réalisées : 0 point - Réponse NON : 0 point

ACTION/MESURE

I.1.9 - UN PLAN DE FORMATION INTEGRANT DES FORMATIONS SPECIFIQUES (DPC ET/OU INTERNE) A LA QUALITE ET LA SECURITE D'UTILISATION DES PRODUITS DE SANTE EST MIS EN ŒUVRE.

- L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS DE SANTE CONCERNES EST FORME LORS DE LA MISE EN PLACE D'UNE NOUVELLE PROCEDURE OU MODE OPERATOIRE,

- LES PROFESSIONNELS DE SANTE NOUVELLEMENT ARRIVES SONT FORMES AUX PROCEDURES ET MODES OPERATOIRES, A LA PREVENTION DES ERREURS ET RISQUES MEDICAMENTEUX, A L'UTILISATION DU LIVRET THERAPEUTIQUE ET DES SUPPORTS DE PRESCRIPTION, ET A LA MANIPULATION DES LAP (LOGICIELS D'AIDE A LA PRESCRIPTION),

- DES PROFESSIONNELS DE SANTE SONT FORMES A LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX.

OBJECTIF	**Former l'ensemble des personnels à la qualité et à la sécurité d'utilisation des produits de santé**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HAD-SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	Tous les professionnels de santé concernés
PRE-REQUIS	Avoir un plan de formation au sein de l'établissement (ce plan de formation peut être pluriannuel).
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Extrait du plan de formations (DPC et/ou internes) précisant les formations spécifiques à la qualité et à la sécurité d'utilisation des produits de santé. Inventaire des formations réalisées en interne (thèmes, nb et qualité des professionnels formés).
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/ NON ELEMENTS DE PREUVES ***non***
EVALUATION 2020	- Réponse OUI : • Plan de formation complet (oui aux 3 items) = 1 point • Plan de formation incomplet (non à l'un des 3 items) = 0 point - Réponse NON = 0 point

ACTION/MESURE

I.1.10 - L'ETABLISSEMENT REPOND DANS LES DELAIS IMPARTIS AUX ENQUETES DILIGENTEES ET/OU RELAYEES PAR L'OMEDIT ILE-DE-FRANCE (DONT ENQUETE ATIH ACHAT ET CONSOMMATION DES MEDICAMENTS A L'HOPITAL, CLIP MITRAL ET TAVI).

OBJECTIF	**Participer aux enquêtes régionales et nationales en lien avec les produits de santé**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HAD-SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	Enquêtes diligentées et/ou relayées par l'OMEDIT IDF
PRE-REQUIS	**Etre concerné** par au moins une des enquêtes transmises au cours de l'année N-1 (*a minima* enquête ATIH achat et consommation des médicaments à l'hôpital)
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Répondre aux enquêtes diligentées et/ou relayées par l'OMEDIT IDF durant l'année concernée par l'évaluation Pour l'exercice 2919, les réponses aux enquêtes suivantes étaient attendues : enquête ATIH achat et consommation des médicaments à l'hôpital, enquête nationale traçabilité des DMI, transmissions des données d'implantations TAVI/Mitraclip)
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/ NON ELEMENTS DE PREUVES ***non***
EVALUATION 2020	- Réponse OUI : • Participation à toutes les enquêtes pour lesquelles l'établissement a été sollicité = 1 point • Non-participation à au moins une enquête = 0 point - Réponse NON= 0 point

ACTION/MESURE

I.2.1.1 –

A) TAUX DE PRESCRIPTIONS DE SORTIE INFORMATISEES Y COMPRIS CONSULTATIONS EXTERNES : NOMBRE DE PRESCRIPTIONS DE SORTIE INFORMATISEES/NOMBRE TOTAL DE PRESCRIPTIONS DE SORTIE

OBJECTIF	**Utilisation des logiciels d'aide à la prescription pour toutes les prescriptions de médicaments y compris pour celles effectuées dans le cadre des consultations mentionnées à l'article L.162-26 du CSS ou lors de la sortie de l'établissement de santé**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	Concerne : - les prescriptions de sortie des médicaments de tous les services (HDJ inclus). - les prescriptions des consultations externes. - les prescriptions des services d'urgences.
PRE-REQUIS	Avoir un logiciel de prescriptions dans tout ou partie des services : logiciel déployé, professionnels formés
METHODOLOGIE DE RECUEIL	- SOIT extraction informatique des différents logiciels utilisés pour les prescriptions de sortie : *Numérateur : nb de prescriptions de sortie informatisées* *Dénominateur : estimation à partir du nb de prescription de médicaments et DMS à partir du nb de séjours (hospitalisation + consultation + passage aux urgences)* - SOIT Réalisation d'un Audit
PONDERATION	0 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : Valeur en % ELEMENT DE PREUVE ***non***
EVALUATION 2020	Non scoré

ACTION/MESURE

I.2.1.1 –

B) TAUX D'EQUIPEMENT EN LOGICIELS D'AIDE A LA PRESCRIPTION DONT LA VERSION OPERATIONNELLE DANS LE SERVICE EST CERTIFIEE (EN NOMBRE DE SERVICES EQUIPES) : NOMBRE DE LITS UTILISANT UN LAP CERTIFIE/NOMBRE TOTAL DE LITS DE L'ETABLISSEMENT ; NOMBRE D'US UTILISANT UN LAP CERTIFIE/NOMBRE TOTAL D'US DE L'ETABLISSEMENT

OBJECTIF	**Utilisation des logiciels d'aide à la prescription pour toutes les prescriptions de médicaments y compris pour celles effectuées dans le cadre des consultations mentionnées à l'article L.162-26 du CSS ou lors de la sortie de l'établissement de santé**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	Toutes les US comprenant des lits et places d'hospitalisation complète ou partielle (HDJ inclus, chirurgie ambulatoire etc.). *NB. Précisions concernant cet intitulé : par «nb de lits » on entend « nb de lits et places »*
PRE-REQUIS	Disposer d'un listing des logiciels de prescription installés par service pour tout l'hôpital (cf. liste des logiciels certifiés par la HAS) précisant la version et sa certification.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	**Méthode de calcul** : - Numérateur : nombre de lits **et places** pour lesquels la prescription de médicaments est réalisée avec un /des LAP certifié(s), - Dénominateur : nombre total de lits **et places** de l'établissement - Numérateur : nombre d'US informatisées à 100% avec un/des LAP(s) certifié(s) - Dénominateur: nombre total d'US de l'établissement
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : Valeur en % ELEMENT DE PREUVE ***non***
EVALUATION 2020	Trois cibles (X) régionales selon la typologie (nombre de lits et places) : MCO ≥ 70% SSR/ psy ≥ 80% Dialyse ≥ 50 % Valeur ≥ X % = 1 point Valeur < X % ou indicateur non renseigné = 0 point

ACTION/MESURE

I.2.1.2 –

A) TRAÇABILITE DES MEDICAMENTS : NOMBRE DE LITS INFORMATISES DE LA PRESCRIPTION JUSQU'A LA TRAÇABILITE DE L'ADMINISTRATION/NOMBRE DE LITS TOTAL

OBJECTIF	**Informatisation et traçabilité de la prise en charge thérapeutique du patient jusqu'à l'administration du médicament, et pour le circuit des produits et prestations mentionnés à l'article D.165-1 du CSS, de la prescription jusqu'à la pose du dispositif médical**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HAD-SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	Tous les lits (hôpital de jour compris, chirurgie ambulatoire) Exclure les consultations externes
PRE-REQUIS	Disposer d'un ou plusieurs logiciels interfacés permettant la prescription informatisée et la traçabilité de l'administration.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Numérateur : Nombre de lits et de places pour lesquels les médicaments sont informatiquement prescrits et dont l'administration est tracée informatiquement. Dénominateur : Nombre total de lits et places.
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : Valeur en % ELEMENT DE PREUVE ***non***
EVALUATION 2020	**MCO et HAD : Cible 2020 sur données 2019 = 80%** - Taux ≥ 80 % = 2 points - Taux compris entre [70% et 80%] = 1 point - Taux < 70% = 0 point

ACTION/MESURE

I.2.1.2 –

B) TRAÇABILITE DES DMI : NOMBRE D'UNITES DE DMI DONT L'IMPLANTATION EST INFORMATIQUEMENT TRACEE / NOMBRE TOTAL D'UNITES DE DMI IMPLANTEES

OBJECTIF	Informatisation et traçabilité de la prise en charge thérapeutique du patient jusqu'à l'administration du médicament, et pour le circuit des produits et prestations mentionnés à l'article D.165-1 du CSS, de la prescription jusqu'à la pose du dispositif médical
TYPE DE STRUCTURE	MCO
PERIMETRE D'ANALYSE	Les DM Implantables à traçabilité obligatoire (à l'exception des ligatures, sutures et dispositifs d'ostéosynthèse). **Définition de la traçabilité informatique des implants** : Toute trace nominative d'une pose ou d'un échec de pose, d'un ou plusieurs DMI sur le DPI ou un logiciel du bloc opératoire ou un logiciel de gestion des DMS. Les informations de traçabilité sont : - L'identification du patient : nom, prénom et date de naissance - L'identification du dispositif médical implanté : dénomination, numéro de série ou de lot, nom du fabricant - La date d'implantation - Le nom du médecin ou du chirurgien-dentiste implanteur. *Décret n°2006-1497 du 29 novembre 2006 - art. 1 JORF 1er décembre 2006 créant l'article R5212-39 et 40 du code de la santé publique* et *Arrêté du 26 janvier 2007 relatif aux règles particulières de la matériovigilance exercée sur certains dispositifs médicaux, pris en application de l'article L.5212-3 du code de la santé publique* *On entend par traçabilité informatisée une traçabilité réalisée à la PUI ou au bloc avec des outils informatiques excluant les outils bureautiques (Excel, Access) [Cf INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2015/200 du 15 juin 2015 relative aux résultats de l'enquête nationale sur l'organisation de la traçabilité sanitaire des dispositifs médicaux implantables dans les établissements de santé des secteurs publics et privés, titulaires d'activités de médecine, chirurgie et obstétrique].*
PRE-REQUIS	Avoir mis en place une organisation de la traçabilité des DMI. Avoir un logiciel (à l'exclusion des outils bureautiques) permettant la traçabilité informatique des implants.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Méthodologie d'audit OMEDIT IDF : http://www.omedit-idf.fr/juste-prescriptionbon-usage/dmi-de-la-liste-en-sus/
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : Valeur en % ELEMENT DE PREUVE ***non***
EVALUATION 2020	**Cible 2020 sur données 2019 = 100%** - Taux égal à la cible = 1 point - Taux < cible ou indicateur non renseigné = 0 point

ACTION/MESURE

I.2.1.2 –

c) DEPLOIEMENT DE LA CLASSIFICATION CLADIMED® : NOMBRE D'UNITES DE DMI STOCKEES ENREGISTREES SELON LA CLASSIFICATION CLADIMED DANS L'ETABLISSEMENT / NOMBRE D'UNITES DE DMI STOCKEES DANS L'ETABLISSEMENT

OBJECTIF	**Informatisation et traçabilité de la prise en charge thérapeutique du patient jusqu'à l'administration du médicament, et pour le circuit des produits et prestations mentionnés à l'article D.165-1 du CSS, de la prescription jusqu'à la pose du dispositif médical**
TYPE DE STRUCTURE	MCO
PERIMETRE D'ANALYSE	Les DMI (à l'exception des ligatures, sutures et dispositifs d'ostéosynthèse).
PRE-REQUIS	Avoir une GEF permettant la saisie de la classification CLADIMED
METHODOLOGIE DE RECUEIL	**Méthode par Requête informatique** : 1/ Comptabiliser toutes les "fiches produits" des DMI sur le logiciel de la GEF de la PUI (Total 1) 2/ Comptabiliser les fiches produits avec un code CLADIMED (Total 2) **Calcul du TAUX** : - Numérateur : nombre de "fiches produits contenant la classification CLADIMED" pour tous les DMI à traçabilité obligatoire enregistré dans la GEF (Total 2) - Dénominateur : nombre total de "fiches produits" de DMI à traçabilité obligatoire enregistré dans la GEF de la PUI (Total 1) **Les codes CLADIMED renseignés** : - Pour les DMI de la LPPR, le code CLADIMED renseigné dans la GEF doit être celui à 5 niveaux - Pour les DMI dont le code CLADIMED n'est pas communiqué par le fournisseur, le code CLADIMED renseigné dans la GEF doit être celui à 2 niveaux (1er : FAMILLE 1 lettre de A à Z ; 2ème : SOUS-FAMILLE chiffre > 50) *NB : Le calcul du taux pourrait ainsi être réalisé indifféremment sur le nombre de références ou sur le nombre d'unités de DMI. Afin de respecter l'intitulé de l'indicateur national, nous suggérons aux établissements de répondre en nombre d'unités de DMI, dans la mesure du possible en termes d'extraction informatique.*
PONDERATION	0 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : Valeur en % ELEMENT DE PREUVE ***non***
EVALUATION 2020	Non scoré

ACTION/MESURE

I.2.1.3 - L'INTERFAÇAGE DES DIFFERENTS LOGICIELS DE L'ETABLISSEMENT PERMET LA MISE A DISPOSITION DANS LE DOSSIER PATIENT INFORMATISE DE L'ENSEMBLE DES INFORMATIONS PERMETTANT : - LA PRESCRIPTION, - LA DISPENSATION (ANALYSE DES PRESCRIPTIONS ET DELIVRANCE), - ET L'ADMINISTRATION DES PRODUITS DE SANTE (NOTAMMENT DONNEES BIOLOGIQUES, CHIMIOTHERAPIES ANTICANCEREUSES, NUTRITION PARENTERALE) DURANT LA TOTALITE DE L'HOSPITALISATION DU PATIENT.

OBJECTIF	**Optimiser l'alimentation du dossier patient informatisé pour obtenir l'exhaustivité des données relatives à sa prise en charge**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HAD-SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	PECM : concerne les logiciels pharmaceutiques et de biologie
PRE-REQUIS	Avoir la liste de tous les logiciels et leur(s) domaines d'utilisation.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Renseigner le ou les logiciel(s) de prescription, de dispensation et d'administration. Elaborer un document décrivant l'architecture ou schéma directeur du SI de la PECM, en précisant si les éléments suivants sont interfacés avec le DPI : 1- Consultations d'anesthésie/pré-anesthésie 2- Biologie 3- Prescriptions (médicaments, soins, examens, etc…) 4- Analyse pharmaceutique 5- Administration des médicaments
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/NON/PARTIELLEMENT ELEMENT DE PREUVE ***à fournir si réponse non*** *ou partiellement :* - échéancier / schéma directeur des systèmes d'information (volet pharmaceutique et interfaces)
EVALUATION 2020	Si OUI et nom(s) du/des logiciel(s) renseigné(s) : 1 point Si NON ou PARTIELLEMENT avec transmission d'un justificatif : 1 point Si NON ou PARTIELLEMENT sans transmission de justificatif : 0 point

ACTION/MESURE

I.2.1.4 –

A) TAUX DE PRESCRIPTIONS INCLUANT LE NUMERO RPPS DU PRESCRIPTEUR ET LE NUMERO FINESS DE L'ETABLISSEMENT : - NOMBRE D'ORDONNANCES DE SORTIE DELIVREES PRECISANT LE NUMERO FINESS ET RPPS / NOMBRE TOTAL D'ORDONNANCES DE SORTIE

OBJECTIF	**Evaluer le taux d'ordonnances de sortie comportant les numéros FINESS géographique de l'établissement et RPPS du médecin, pré-requis pour permettre une analyse fine et détaillée des PHEV pour les établissements publics et privés**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	**Champ PHEV** : Ensemble des ordonnances rédigées en sortie d'hospitalisation (séjours en ambulatoire ou non), lors d'un passage aux urgences ou au cours d'une consultation externe et remboursées en ville, pour les médicaments (hors rétrocession et hors traitement de l'hépatite C) et pour les produits et prestations (LPP, liste mentionnée à l'article L.165-17 du CSS). Le montant des prescriptions hospitalières exécutées en ville est calculé à partir des facturations réalisées en ville par les pharmaciens, les fournisseurs, les transporteurs, et qui permettent d'identifier l'origine de la prescription via les numéros d'identification (N°FINESS). Le terme « prescription de sortie » comprend l'ensemble du champ PHEV.
PRE-REQUIS	Montant de PHEV supérieur à 50 000 €
METHODOLOGIE DE RECUEIL	**Recueil effectué par l'Assurance maladie**. Cet indicateur est calculé au moyen des données fournies par la Cnam ou de données régionales le cas échéant. Calcul de l'indicateur : - Numérateur : nombre d'ordonnances de sortie délivrées précisant le numéro FINESS et RPPS - Dénominateur : nombre total d'ordonnances de sortie **Indicateur neutralisé pour les établissements privés.** Les données ne sont pas disponibles, pour le moment, du fait de l'absence d'exhaustivité des n° FINESS sur les ordonnances de sortie.
PONDERATION	2 points bonus
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : taux en % communiqué par l'Assurance maladie ELEMENT DE PREUVE ***non***
EVALUATION 2020	**Cible 2020 sur données 2019 : 50%** - Taux supérieur ou égal à la cible = 2 points bonus - Taux inférieur à la cible = 0 point

ACTION/MESURE

I.2.1.4 –

B) TAUX DE PRESCRIPTIONS INCLUANT LE NUMERO RPPS DU PRESCRIPTEUR ET LE NUMERO FINESS DE L'ETABLISSEMENT : NOMBRE D'ORDONNANCES INTRA-HOSPITALIERES PRECISANT LE NUMERO RPPS / NOMBRE TOTAL D'ORDONNANCES INTRA-HOSPITALIERES

OBJECTIF	**Identification obligatoire des prescriptions réalisées par ses professionnels par l'identifiant personnel du prescripteur autorisé à exercer (numéro du répertoire partagé des professionnels de santé - RPPS) auquel est joint l'identifiant FINESS de l'établissement en application de l'article R.161-45 du CSS.**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	Toutes les ordonnances intra-hospitalières de produits de santé (médicaments et produits de la LPPR)
PRE-REQUIS	Lister les différents supports de prescriptions dans l'établissement Pour les prescriptions informatisées, vérifier que le numéro RPPS est intégré au logiciel utilisé.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	La réponse à cet item pourra se faire sur la base des éléments suivants : - Pour les services pour lesquels **l'ensemble des prescriptions sont informatisées** : Le(s) logiciel(s) utilisés intègre(n)-t-il(s) un champ RPPS ? Est-il renseigné **systématiquement** pour chaque prescripteur ? Lors de l'édition des ordonnances, ce numéro RPPS est-il systématiquement présent ? Si ces 3 éléments sont réunis, alors le taux est de 100%. - Pour les services dont la prescription **n'est pas informatisée** ou lorsque les prescriptions réalisées dans l'établissement **ne sont pas toutes informatisées** : le taux sera calculé sur la base d'un échantillon d'ordonnances représentatif.
PONDERATION	0 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : Valeur en % ELEMENT DE PREUVE ***non***
EVALUATION 2020	Non scoré

ACTION/MESURE

I.2.2.1 - L'ETABLISSEMENT ORGANISE LA MONTEE EN CHARGE PROGRAMMEE DE L'ANALYSE PHARMACEUTIQUE EN FONCTION DE SON PROFIL D'ACTIVITE (CHIRURGIE AMBULATOIRE, MEDECINE…).

OBJECTIF	**Déployer l'analyse pharmaceutique des traitements médicamenteux**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HADP-SSRP-DIAP-PSYP *P= avec PUI*
PERIMETRE D'ANALYSE	Tous les lits et places de l'établissement (hospitalisation complète, hôpital de jour, hospitalisation à domicile…).
PRE-REQUIS	Avoir une PUI au sein de l'établissement
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Recenser tous les lits et places/séances et/ou patients (HAD) qui bénéficient d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète, de niveau 1, 2 ou 3
PONDERATION	5 points
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/NON → Si OUI : Valeur (saisir le nombre de lits/places/séances et la fréquence d'analyse). ELEMENT DE PREUVE ***à fournir*** *si réponse OUI ou NON* ○ Stratégie de mise en œuvre de l'analyse pharmaceutique : calendrier, Moyens dédiés (RH, SI dont interfaces avec la biologie, liens avec activité de conciliation médicamenteuse), choix des services/patients, choix du niveau d'analyse pharmaceutique adapté au niveau de risque défini par la CME ou la CfME (service/patient à risque, médicament à risque)
EVALUATION 2020	**Stratégie de mise en œuvre de l'analyse pharmaceutique pour 2017-2020 = 2 points** ○ Calendrier ○ Moyens dédiés (RH, SI dont interfaces avec la biologie, liens avec activité de conciliation médicamenteuse) ○ Choix des services/patients, choix du niveau d'analyse pharmaceutique adapté au niveau de risque défini par la CME ou la CfME (service/patient à risque, médicament à risque) (cf. item I.2.2.2.) **Atteinte des objectifs fixés dans la stratégie de mise en œuvre - Résultats en termes de taux de lits et/ou places et/ou séances bénéficiant d'une analyse pharmaceutique, en lien avec le niveau d'analyse pharmaceutique déclaré (cf. I.2.2.2) = 3 points**
EVOLUTION ATTENDUE	Progression par rapport à l'année N-1 de l'établissement

ACTION/MESURE

I.2.2.2 - LE CHOIX DU NIVEAU D'ANALYSE PHARMACEUTIQUE EST ADAPTE AU NIVEAU DE RISQUE DEFINI PAR LA CME OU LA CFME (TYPE DE SERVICE, PATIENT A RISQUE, MEDICAMENT A RISQUE)

OBJECTIF	**Déployer l'analyse pharmaceutique des traitements médicamenteux**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HADP-SSRP-DIAP-PSYP *P= avec PUI*
PERIMETRE D'ANALYSE	Tous les lits et places de l'établissement (hospitalisation complète, hôpital de jour, hospitalisation à domicile).
PRE-REQUIS	- Avoir une PUI au sein de l'établissement - Réaliser une analyse pharmaceutique des prescriptions médicamenteuses et pouvoir évaluer le niveau d'analyse réalisée (niveaux tels que définis par la SFPC).
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Recenser tous les lits et places/séances et/ou patients (HAD) qui bénéficient d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète, de niveau 1, 2 ou 3.
PONDERATION	0 point mais en lien avec l'indicateur I.2.2.1 (1 point attribué)
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI / NON et Valeur (saisir le nombre de lits/places/séances bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de niveau 1, 2 ou 3). ELEMENTS DE PREUVES non
EVALUATION 2020	Non scoré mais en lien avec l'indicateur I.2.2.1 (point attribué)

ACTION/MESURE

I.2.2.3 - LA DELIVRANCE NOMINATIVE DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX COMPLET EST MISE EN ŒUVRE : L'ETABLISSEMENT ORGANISE LA MONTEE EN CHARGE PROGRAMMEE DE L'ACTIVITE DE DELIVRANCE NOMINATIVE EN FONCTION DE SON PROFIL D'ACTIVITE.

OBJECTIF	**Déployer la délivrance nominative des traitements médicamenteux**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HADP-SSRP-DIAP-PSYP *P= avec PUI*
PERIMETRE D'ANALYSE	Tous les lits et places de l'établissement (hospitalisation complète, hôpital de jour, hospitalisation à domicile).
PRE-REQUIS	Avoir une PUI au sein de l'établissement
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Recenser tous les lits et places/séances et/ou patients (HAD) faisant l'objet d'une délivrance nominative de la prescription complète c'est-à-dire sur la totalité du traitement et non sur certaines classes de médicaments uniquement (ex : antibiotiques, MDS, stupéfiants…).
PONDERATION	3 points
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/NON Si OUI : valeur en % (saisir le nombre de lits, places/séances et/ou patients (HAD) bénéficiant d'une délivrance nominative du traitement complet). Si NON, réponse à argumenter. ELEMENT DE PREUVE ***à fournir*** *si réponse OUI* Préciser **la stratégie de montée en charge de la délivrance nominative pour 2017-2020** : calendrier, moyens dédiés (RH, SI, liens avec activités d'analyse pharmaceutique), choix des services/patients/médicaments A défaut, l'établissement détaillera sa stratégie de sécurisation de la préparation des doses à administrer (doses unitaires, armoires informatisées, automates…) dans les unités de soins.
EVALUATION 2020	**Stratégie de montée en charge de la délivrance nominative pour 2017-2020 = 2 points** ○ Calendrier ○ Moyens dédiés (RH, SI, liens avec activités d'analyse pharmaceutique) ○ Choix des services/patients/médicaments A défaut, l'établissement détaillera sa stratégie de sécurisation de la préparation des doses à administrer (doses unitaires, armoires informatisées, automates…) dans les unités de soins. **Atteinte des objectifs fixés dans la stratégie de mise en œuvre : % lits et/ou places et/ou séances bénéficiant d'une délivrance nominative du traitement médicamenteux complet = 1 point**
EVOLUTION ATTENDUE	Progression N/ N-1 de l'établissement

ACTION/MESURE

I.2.2.4 - UNE ANALYSE D'OPPORTUNITE POUR L'IMPLEMENTATION D'UNE SOLUTION D'AUTOMATISATION DE LA DELIVRANCE NOMINATIVE A ETE REALISEE.

OBJECTIF	**Déployer la délivrance nominative des traitements médicamenteux**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HADP-SSRP-PSYP *P= avec PUI*
PERIMETRE D'ANALYSE	PECM
PRE-REQUIS	Absence de réponse année N-1 Absence de réponse à l'enquête RESAH-OMEDIT Les établissements ayant déjà transmis un fichier avec le RAA du CAQES en 2019 ou 2018 ou ayant participé à l'enquête RESAH-OMEDIT en 2018 n'ont pas l'obligation de transmettre un nouveau questionnaire avec le RAA du CAQES en 2020.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Document descriptif du projet et échéance, coopération avec d'autres établissements ou non **Outil mis à disposition par l'OMEDIT IDF** : Trame régionale *http://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/2018/01/Questionnaire_opportunite_automatisation_vf.xlsx*
PONDERATION	1 point bonus
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/NON Si NON, réponse à argumenter (ex : participation année N-1 ou N-2). ELEMENT DE PREUVE ***à fournir*** *si réponse OUI* - Trame régionale et résultat de l'analyse (avec ou sans automatisation, description du projet et échéance, coopération avec d'autres établissements ou non)
EVALUATION 2020	- Réponse OUI : • Trame complétée intégralement ou transmise l'année N-1 ou participation à l'enquête RESAH-OMEDIT = 1 point bonus • Trame incomplète = 0 point - Réponse NON = 0 point

ACTION/MESURE

I.2.3.1 - LA PREPARATION CENTRALISEE DES MEDICAMENTS INJECTABLES PAR L'ETABLISSEMENT EST REALISEE CONFORMEMENT AUX BONNES PRATIQUES DE PREPARATION, DANS LA PUI DE L'ETABLISSEMENT OU DANS LE CADRE D'UNE CONVENTION DE SOUS-TRAITANCE.

OBJECTIF	**Sécuriser la préparation des médicaments injectables**
TYPE DE STRUCTURE	MCO–HADP *P = avec PUI*
PERIMETRE D'ANALYSE	Toutes les préparations injectables centralisées réalisées conformément aux BPP, réalisée à la PUI de l'établissement ou dans le cadre d'une convention de sous-traitance : chimiothérapies anticancéreuses, biothérapies hors cancérologie, anti-infectieux, médicaments radiopharmaceutiques, nutrition parentérale), autres médicaments. Cet item est **neutralisable** par l'établissement lorsque celui-ci **n'est pas concerné** par cette activité (ie pas de médicaments injectables nécessitant une préparation centralisée pour leur administration). Lorsque l'établissement a mis en place une **sous-traitance** de ses préparations, il est concerné par cet item et doit le renseigner.
PRE-REQUIS	Réaliser des préparations injectables centralisées (ou avoir mis en place une sous-traitance).
METHODOLOGIE DE RECUEIL	1ère question : Répondre sur la réalisation des préparations de médicaments injectables de manière centralisée à la PUI, conformément aux BPP. 2ème question : Donner la date de mise en conformité aux BPP des locaux 3ème question : Citer les médicaments hors cancérologie réalisés de manière centralisée 4ème question : Recenser le nombre de préparations réalisées en unité centralisée, sous responsabilité pharmaceutique, conformément aux BPP pour les anticancéreux, la nutrition parentérale, les radiopharmaceutiques, les biothérapies hors cancérologie, les antiinfectieux, et les autres médicaments.
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : 1ère question : OUI/ NON/ SOUS TRAITANCE (plusieurs choix possibles) 2ème question : Date de mise en conformité/ mise en œuvre de la sous-traitance 3ème question : Nom des médicaments (en dehors des chimiothérapies) 4ème question : Nombre de préparations réalisées en unité centralisée pour votre établissement : pour les anticancéreux et les autres médicaments ELEMENT DE PREUVE ***non***
EVALUATION 2020	- Tous les champs complétés = 2 points

ACTION/MESURE

I.2.3.2 - EN DEHORS DES HEURES OUVRABLES DE L'UNITE DE PREPARATION CENTRALISEE DE LA PUI : L'ORGANISATION PERMET UNE PREPARATION SECURISEE (DANS LE SERVICE DE SOINS OU A LA PUI ET PAR DU PERSONNEL FORME) DES PREPARATIONS INJECTABLES REALISEES HABITUELLEMENT DE FAÇON CENTRALISEE A LA PUI, ET EST ENCADREE PAR DES PROCEDURES VALIDEES PAR LA PUI

OBJECTIF	**Sécuriser la préparation des médicaments injectables**
TYPE DE STRUCTURE	MCO–HADP *P = avec PUI*
PERIMETRE D'ANALYSE	Toutes les préparations injectables centralisées réalisées conformément aux BPP, à la PUI de l'établissement ou dans le cadre d'une convention de sous-traitance : chimiothérapies anticancéreuses, biothérapies hors cancérologie, anti-infectieux, médicaments radiopharmaceutiques, nutrition parentérale, autres médicaments. Cet item est **neutralisable** par l'établissement lorsque celui-ci **n'est pas concerné** par cette activité (ie pas de préparations de médicaments injectables réalisées en urgence, en dehors des heures d'ouverture de l'unité centralisée).
PRE-REQUIS	Réaliser des préparations injectables centralisées
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Procédure(s) : - Décrivant la réalisation des préparations injectables centralisées à la PUI*, réalisées en dehors des horaires d'ouverture de la PUI, par du personnel de la PUI (internes en pharmacie...) ou du service de soins - Validées par la PUI **Anticancéreux, biothérapies hors cancérologie, anti-infectieux etc*
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI / NON ELEMENT DE PREUVE ***à fournir*** *si réponse OUI* - Procédure
EVALUATION 2020	- Réponse OUI : • Procédure(s) validée(s) par la PUI et jugée conforme après évaluation = 1 point • Procédure(s) non validée(s) par la PUI = 0 point • Procédure jugée non pertinente après analyse = 0 point • Absence de procédure = 0 point - Réponse NON = 0 point

ACTION/MESURE

I.2.3.3 - LES MEDICAMENTS ADMINISTRES PAR VOIE ORALE RESTENT IDENTIFIABLES JUSQU'A LEUR ADMINISTRATION (ACHAT DE MEDICAMENTS EN CONDITIONNEMENT UNITAIRE, SURCONDITIONNEMENT, RECONDITIONNEMENT, REETIQUETAGE)

OBJECTIF	**Sécuriser l'administration des médicaments**
TYPE DE STRUCTURE	MCO–HAD–SSR–DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	Médicaments administrés par voie orale : formes orales sèches (comprimés, gélules….), formes orales liquides (sirop, ampoule buvable…)
PRE-REQUIS	-
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Si audit : cf. boite à outil CAQES : Grille d'audit « Identification des médicaments jusqu'à l'administration » : http://www.omedit-idf.fr/documents-outils/#1551443808583-6a0298f5-52a7 Sinon bilan des actions définies suite au dernier audit réalisé.
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/ NON → Si OUI : valeur en % ELEMENT DE PREUVE ***à fournir*** **Si réalisation d'un audit :** Grille d'audit complétée avec méthodologie adaptée et renseignée (critères d'évaluation, auditeurs, services audités, médicaments concernés etc…) + plan d'actions **Si bilan :** bilan des actions engagées suite à l'audit précédent, ainsi que l'évaluation des actions mises en œuvre
EVALUATION 2020	- Réalisation d'un audit sur l'année N : • Méthodologie adaptée = 1 point • Méthodologie non adaptée = 0 point - Réalisation d'un audit sur l'année N-1 : • Bilan et évaluation des actions mises en œuvre suite à l'audit précédent = 1 point • Absence de bilan transmis ou bilan jugé insuffisant = 0 point - Pas de réalisation d'audit = 0 point

ACTION/MESURE

I.2.3.4 - LES MEDICAMENTS INJECTABLES RECONSTITUES EN UNITE DE SOINS RESTENT IDENTIFIABLES (NOM DU PATIENT ET NOM DU MEDICAMENT) JUSQU'A LEUR ADMINISTRATION (ETIQUETAGE)

OBJECTIF	**Sécuriser l'administration des médicaments**
TYPE DE STRUCTURE	MCO–HAD–SSR–DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	Médicaments administrés par voie injectable : - Hors prêts à l'emploi (Lovenox, Perfalgan…) - Hors médicaments injectables centralisés à la PUI
PRE-REQUIS	Administrer des médicaments par voie injectable
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Si audit : cf. Boite à outil CAQES - Grille d'audit « Identification des médicaments jusqu'à l'administration »http://www.omedit-idf.fr/documents-outils/#1551443808583-6a0298f5-52a7 Sinon bilan des actions définies suite au dernier audit réalisé.
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/ NON→ Si OUI : valeur en % ELEMENT DE PREUVE ***à fournir*** **Si réalisation d'un audit :** Grille d'audit complétée avec méthodologie adaptée et renseignée (critères d'évaluation, auditeurs, services audités, médicaments concernés etc…) + plan d'actions **Si bilan :** bilan des actions engagées suite à l'audit précédent, ainsi que l'évaluation des actions mises en œuvre
EVALUATION 2020	- Réalisation d'un audit sur l'année N : • Méthodologie adaptée = 1 point • Méthodologie non adaptée = 0 point - Réalisation d'un audit sur l'année N-1 : • Bilan et évaluation des actions mises en œuvre suite à l'audit précédent = 1 point • Absence de bilan transmis ou bilan jugé insuffisant = 0 point - Pas de réalisation d'audit = 0 point

ACTION/MESURE

I.2.4.1 - L'ORGANISATION DE LA TRAÇABILITE DES DMI EST MISE EN ŒUVRE ET EVALUEE PERIODIQUEMENT.

OBJECTIF	**Assurer la qualité de la traçabilité sanitaire et de la traçabilité de la conformité à la LPP**
TYPE DE STRUCTURE	MCO
PERIMETRE D'ANALYSE	Tous les DMI (intra et hors GHS), à l'exception des ligatures, sutures et dispositifs d'ostéosynthèse, conformément à l'arrêté du 26/01/2007 *Arrêté du 26 janvier 2007 relatif aux règles particulières de la matériovigilance exercée sur certains dispositifs médicaux, pris en application de l'article L. 5212-3 du code de la santé publique* Cet item est **neutralisable** par l'établissement lorsque celui-ci **n'est pas concerné** par cette activité (ie pas d'activité médico-chirurgicale associée à l'implantation de DMI).
PRE-REQUIS	Activité d'implantation des DMI (quel que soit le mode de financement, intra-GHS ou facturables en sus) au sein de l'établissement
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Si audit : cf. méthodologie d'audit OMEDIT IDF : *http://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/2018/04/Grille-audit-Tracabilite-DMI-V042018.xlsx* Sinon bilan des actions définies suite au dernier audit réalisé.
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/NON ELEMENT DE PREUVE ***à fournir*** : - **Si réalisation d'un audit :** Grille d'audit développée par l'OMEDIT IDF, complétée sur les 2 volets : traçabilité quantitative ET audit qualité - **Si bilan:** transmettre le bilan des actions engagées suite à l'audit précédent, ainsi que l'évaluation des actions mises en œuvre
EVALUATION 2020	- Réalisation d'un audit sur l'année N : • Audit réalisé selon la méthodologie OMEDIT IDF (2 volets) = 1 point • Autre méthodologie ou audit réalisé partiellement selon la méthodologie OMEDIT IDF = 0 point - Audit réalisé sur l'année N-1 : • Bilan et évaluation des actions mises en œuvre suite à l'audit précédent = 1 point • Bilan non transmis ou bilan jugé insuffisant = 0 point

ACTION/MESURE

I.2.4.2 - L'INFORMATISATION DU CIRCUIT DES DMI PERMET LA TRAÇABILITE LOGISTIQUE, LA TRAÇABILITE SANITAIRE ET LA TRAÇABILITE DU BON USAGE DES DMI

OBJECTIF	**Assurer la qualité de la traçabilité sanitaire et de la traçabilité de la conformité à la LPP**
TYPE DE STRUCTURE	MCO
PERIMETRE D'ANALYSE	Tous les DMI (intra et hors GHS), à l'exception des ligatures, sutures et dispositifs d'ostéosynthèse, conformément à l'arrêté du 26/01/2007 Cet item est **neutralisable** par l'établissement lorsque celui-ci **n'est pas concerné** par cette activité (ie pas d'activité médico-chirurgicale associée à l'implantation de DMI).
PRE-REQUIS	Avoir un SIH permettant de répondre aux obligations du décret du 29 novembre 2006 : la PUI enregistre les données entrantes relatives au DMI (dénomination, numéro de lot ou de série, nom du fabricant ou du mandataire, date de délivrance, identification du service utilisateur) et les transmet lors de la délivrance du DMI au service utilisateur. Lors de l'utilisation du DMI, celui-ci complète les données par l'identification du patient, la date d'utilisation et le nom du praticien utilisateur ». « A défaut : les différents logiciels métiers déjà mis en place sont interfacés afin d'assurer leur interopérabilité ».
METHODOLOGIE DE RECUEIL	-
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/NON Si OUI, nom du/des logiciel(s) déployé(s) et description du circuit informatisé (logiciels et interfaces) à renseigner. ELEMENT DE PREUVE ***à fournir*** *si réponse Non* - Calendrier de déploiement
EVALUATION 2020	- Réponse OUI : • Nom du/des logiciel(s) renseigné(s) et description du circuit informatisé = 1 point - Réponse NON : • Calendrier de déploiement transmis et jugé cohérent = 1 point • Calendrier de déploiement non transmis = 0 point

ACTION/MESURE

II.1 - LA CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DURANT LE PARCOURS DE SOINS EST MISE EN ŒUVRE (GESTION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX APPORTES PAR LE PATIENT). LA MISE EN ŒUVRE DE LA PROCEDURE RELATIVE A LA GESTION DU TRAITEMENT PERSONNEL DU PATIENT EST EVALUEE.

OBJECTIF	**Mettre en œuvre la continuité de la prise en charge thérapeutique durant le parcours de soins**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HAD-SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	Toutes les unités de soins (hospitalisation complète, hôpital de jour, hospitalisation à domicile, chirurgie ambulatoire…). La gestion du traitement personnel du patient implique toutes les étapes de la PECM, depuis la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration, ainsi que le stockage (unité de soins le cas échéant).
PRE-REQUIS	Formalisation et diffusion d'une procédure relative à la gestion du traitement personnel du patient définissant toutes les étapes de la PECM depuis la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration, ainsi que le stockage (dans l'unité de soins le cas échéant).
METHODOLOGIE DE RECUEIL	➢ **Cf.** Grille d'audit 'Gestion des traitements médicamenteux apportés par le patient » : http://www.omedit-idf.fr/documents-outils/#1551443809422-1fc121f2-e562 **Si réalisation d'un audit :** grille d'audit complétée avec méthodologie renseignée (critères d'évaluation, auditeurs, services audités, médicaments concernés etc…) + plan d'actions ➢ **Si bilan :** transmettre le bilan des actions engagées suite à l'audit précédent, ainsi que l'évaluation des actions mises en œuvre
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	<u>REPONSE ATTENDUE</u> : OUI/ NON <u>ELEMENT DE PREUVE</u> ***à fournir*** : - Audit ou bilan
EVALUATION 2020	- Réalisation d'un audit sur l'année N : • Méthodologie adaptée = 1 point • Méthodologie non adaptée = 0 point - Audit réalisé sur l'année N-1 : • Bilan et évaluation des actions mises en œuvre suite à l'audit précédent = 1 point • Absence de bilan transmis ou bilan jugé insuffisant = 0 point - Pas de réalisation d'audit = 0 point

ACTION/MESURE

II.2 - LA CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DURANT LE PARCOURS DE SOINS EST MISE EN ŒUVRE (GESTION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX AUX POINTS DE TRANSITIONS).

1) POURCENTAGE DE SERVICES DE L'ETABLISSEMENT QUI INTEGRENT DANS LEUR DOCUMENT DE SORTIE OU LETTRE DE LIAISON UN TABLEAU PRESENTANT LES TRAITEMENTS HABITUELS DU PATIENT, LES TRAITEMENTS A LA SORTIE ET LES COMMENTAIRES JUSTIFIANT LES MODIFICATIONS DES TRAITEMENTS
2) POUR LES SERVICES UTILISANT UN "TABLEAU MEDICAMENT PARCOURS": POURCENTAGE DE TABLEAUX INDIQUANT DANS LA COLONNE DEDIEE LES MOTIFS DE MODIFICATIONS DES TRAITEMENTS, POURCENTAGE DE TABLEAUX DANS LESQUELS LES MEDICAMENTS SONT STRUCTURES PAR DOMAINE PATHOLOGIQUE, POURCENTAGE DE TABLEAUX RENSEIGNANT LE NOM DU PHARMACIEN D'OFFICINE

OBJECTIF	**Mettre en œuvre la continuité de la prise en charge thérapeutique durant le parcours de soins**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-SSR-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	Tous les services (dont chirurgie ambulatoire) hors HDJ
PRE-REQUIS	Maitriser le remplissage du tableau médicament parcours (volet médicamenteux de la lettre de liaison proposé par la HAS) présentant les traitements habituels du patient, les traitements à la sortie et les commentaires justifiant les modifications des traitements (Cf. e-learning et formation présentielle OMEDIT IDF : http://www.omedit-idf.fr/nouveau-e-learning-volet-medicamenteux-de-la-lettre-de-liaison-de-la-has/).
METHODOLOGIE DE RECUEIL	-
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : valeurs ELEMENT DE PREUVE non obligatoire ***(sous réserve d'un contrôle a posteriori)*** Méthodologie d'audit OMEDIT IDF *: http://www.omedit-idf.fr/documents-outils/#1576234341732-41cfe517-6848*
EVALUATION 2020	• **% de services (unités de soins)** de l'établissement ayant intégré le volet médicamenteux de la lettre de liaison dans leur document de sortie ou lettre de liaison : - **≥ 5% : 2 points** - **< 5% : 0 point**

ACTION/MESURE

II.3 –

A) REALISATION D'UNE ACTIVITE DE CONCILIATION MEDICAMENTEUSE DANS L'ETABLISSEMENT

OBJECTIF	**Mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HADP-SSRP-DIA-PSYP *P= avec PUI*
PERIMETRE D'ANALYSE	Tous les lits et places de l'établissement (hospitalisation complète, hôpital de jour, hospitalisation à domicile, chirurgie ambulatoire…).
PRE-REQUIS	-
METHODOLOGIE DE RECUEIL	-
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/NON ➔ Si OUI : valeur, texte libre ➔ Si NON : texte libre ELEMENT DE PREUVE ***non***
EVALUATION 2020	- **Réponse OUI :** • Tous les indicateurs sont renseignés et la conciliation médicamenteuse est mise en place dans au moins une unité de soins (+ analyse de la cohérence réalisée avec la réponse à la question I.1.9) = 1 point **Réponse NON :** • Absence de conciliation médicamenteuse mise en œuvre= 0 point

ACTION/MESURE

II.3 –

B) DEPLOIEMENT DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE CHEZ LES PATIENTS PRIORISES SUR LA BASE D'UNE ANALYSE DES RISQUES : NOMBRE DE PATIENTS PRIORISES ET BENEFICIANT D'UNE CONCILIATION MEDICAMENTEUSE D'ENTREE ET / OU DE SORTIE / NOMBRE DE PATIENTS PRIORISES HOSPITALISES

OBJECTIF	Mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HADP-SSRP-DIAP-PSYP *P= avec PUI*
PERIMETRE D'ANALYSE	Patients, médicaments ou US priorisées
PRE-REQUIS	Avoir défini la population/services/médicaments faisant l'objet d'une priorisation.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	-
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : Valeur ELEMENT DE PREUVE ***non***
EVALUATION 2020	Taux ≠ 0% = 1 point Taux = 0% = 0 point

ACTION/MESURE

II.4 - EN CAS D'IMPLANTATION D'UN DMI, UN DOCUMENT PRECISANT LE NOM, LE NUMERO DE LOT ET LE FABRICANT DU DMI AINSI QUE LA DATE D'IMPLANTATION ET LE NOM DU MEDECIN IMPLANTEUR EST REMIS AU PATIENT A LA SORTIE DE L'ETABLISSEMENT (A L'EXCEPTION DES LIGATURES, SUTURES ET DISPOSITIFS D'OSTEOSYNTHESE).

OBJECTIF	**Mettre en œuvre la continuité de la prise en charge thérapeutique durant le parcours de soins**
TYPE DE STRUCTURE	MCO
PERIMETRE D'ANALYSE	Tous les services implanteurs de DMI (*à l'exception des ligatures, sutures et dispositifs d'ostéosynthèse)*
PRE-REQUIS	Avoir établi un (ou des) circuit(s) formalisé(s) de remise du document de traçabilité au patient intégrant toutes les informations obligatoires mentionnées dans le décret du 29/11/2006 : *Décret n°2006-1497 du 29 novembre 2006 - art. 1 JORF 1er décembre 2006 créant l'article R.5212-39 et 40 du code de la santé publique* et *Arrêté du 26 janvier 2007 relatif aux règles particulières de la matériovigilance exercée sur certains dispositifs médicaux, pris en application de l'article L.5212-3 du code de la santé publique* o Soit document type de traçabilité de DMI à remettre au patient o Soit logiciel permettant l'impression d'un bordereau après implantation d'un DMI
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Recenser pour l'ensemble des services implanteurs de DMI, si un document de traçabilité est remis au patient
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI / NON → si oui : texte ELEMENT DE PREUVE ***non***
EVALUATION 2020	L'appréciation de l'atteinte de l'engagement sera réalisée en cohérence avec les données transmises aux items suivants : I.2.4.1 et I.1.7. - Réponse OUI + champ complété = 1 point - Réponse NON = 0 point

ACTION/MESURE

II.5 - TAUX DE TRAITEMENTS DE PLUS DE 7 JOURS NON JUSTIFIES : - NB DE TRAITEMENTS PAR ATB PRESCRITS POUR UNE DUREE DE PLUS DE 7 JOURS NON JUSTIFIES / NOMBRE TOTAL DE TRAITEMENTS PAR ATB PRESCRITS POUR UNE DUREE DE PLUS DE 7 JOURS

OBJECTIF	**Vigilance et bon usage des antibiotiques (ATB)**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HAD-SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	Prescriptions > 7 jours d'antibiotiques curatifs des patients en hospitalisation complète. Concerne tous les antibiotiques et pas uniquement les antibiotiques critiques
PRE-REQUIS	Nomination d'un référent chargé du conseil et de l'appui aux prescripteurs d'antibiotiques Connaitre le(s) Guide(s)/ Référentiel(s) de bon usage pour identifier les durées recommandées pour les prescriptions auditées
METHODOLOGIE DE RECUEIL	La justification attendue est l'avis tracé dans le dossier patient (y compris si l'avis a été pris par téléphone) du référent chargé du conseil et de l'appui aux prescripteurs d'antibiotiques dit « référent antibiotiques » même s'il s'agit d'une indication reconnue pour un traitement de plus de 7 jours. **Méthode par Audit de dossiers patients** *Tous les logiciels de pharmacie ne permettent pas de sélectionner ou quantifier les traitements antibiotiques de durée > 7 jours, tous antibiotiques confondus. C'est pourquoi, quand ce n'est pas possible, il est recommandé de sélectionner un antibiotique communément prescrit, l'amoxicilline-ac. clavulanique (AAC), et de rechercher le nombre de traitements par AAC d'une durée > 7 jours, puis de réaliser l'audit parmi ceux-ci. Il s'agit de rechercher dans le dossier l'avis du référent justifiant la durée de ce traitement, tracé par le référent lui-même, ou par le prescripteur qui a recueilli l'avis du référent (par exemple par téléphone). Afin de pouvoir apprécier le taux de traitements justifiés, il est recommandé d'auditer au moins 30 dossiers.* *L'audit pourra être réalisé tous les 2 ans*
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : valeur en % Numérateur : Nombre de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours non justifiés par l'avis (tracé dans le dossier patient) du référent « antibiotique » Dénominateur : Nombre de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours Pour la méthodologie : étude rétrospective sur la durée nécessaire pour réunir au moins 30 dossiers de patients ayant reçu une antibiothérapie curative (tout antibiotique confondu) de plus de 7 jours ELEMENT DE PREUVE : oui, audit à fournir
EVALUATION 2020	**Cible 2020 sur données 2019** : ≤ 30% - Taux cible atteint = 1 point - Taux cible non atteint = 0 point

ACTION/MESURE

II.6 - L'ETABLISSEMENT REALISE LE SUIVI DES CONSOMMATIONS D'ANTIBIOTIQUES* ET LES CONFRONTE AUX DONNEES DE RESISTANCE

L'OUTIL CONSORES DE SUIVI DES CONSOMMATIONS DES ANTIBIOTIQUES ET DES RESISTANCES BACTERIENNES EST UTILISE AU SEIN DE VOTRE ETABLISSEMENT ?

DISPOSEZ-VOUS D'UN AUTRE OUTIL [QUE CONSORES] VOUS PERMETTANT DE SUIVRE ET DE CONFRONTER LES DONNEES DE CONSOMMATIONS ET DE RESISTANCES ?

PARTICIPEZ-VOUS AU RESEAU DE SURVEILLANCE SPARES ?

OBJECTIF	**Maîtriser les consommations d'antibiotiques et les résistances bactériennes**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HADP-DIAP-SSRP-PSYP *P= avec PUI* **Pour les structures d'HADP et de DIAP : le suivi des <u>seules consommations</u> d'antibiotiques est attendu**
PERIMETRE D'ANALYSE	Ensemble des unités de l'établissement pour lesquelles des dispensations d'antibiotiques sont réalisées.
PRE-REQUIS	- Inscription à ConsoRes (sauf pour les structures HADP et DIAP) - Saisie des données dans ConsoRes pour l'année N-1
METHODOLOGIE DE RECUEIL	
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	**<u>Réponse attendue</u>** : OUI/ NON pour les 6 questions Si un autre outil de suivi que ConsoRes est utilisé : nom de l'outil, possibilité de réaliser des comparaisons inter-services et/ou inter-établissements. Participation au réseau de surveillance SPARES (*<u>NB : depuis 2018, il est proposé aux établissements de santé d'utiliser l'outil ConsoRes pour le recueil des données de consommation d'antibiotiques. L'analyse **nationale** des données de consommation 2019 portera uniquement sur les établissements ayant utilisé ConsoRes</u>*). ELEMENT DE PREUVE ***à fournir :*** ***Si l'outil ConsoRes n'est pas déployé, justificatif ou calendrier de déploiement d'un outil de suivi***
EVALUATION 2020	- MCO/SSRP/PSYP : • Existence d'un suivi croisé consommations et données de résistances par un outil pertinent avec justificatif : 1 point • Sinon : 0 point - HADP / DIAP : • Existence d'un suivi des consommations d'antibiotiques : 1 point • Sinon : 0 point

ACTION/MESURE

II.7 - LA PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES EST SYSTEMATIQUEMENT REEVALUEE A 48-72H ?

LE SYSTEME INFORMATIQUE FAVORISE-T-IL (PAR UNE ALERTE PAR EXEMPLE) LA REALISATION DE LA REEVALUATION A 48-72 HEURES DE LA PERTINENCE DU TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE ?

CE SYSTEME INFORMATIQUE PERMET-IL LA TRAÇABILITE DANS LE DOSSIER PATIENT DE LA REEVALUATION A 48-72H ?

OBJECTIF	Maîtriser les consommations d'antibiotiques et les résistances bactériennes
TYPE DE STRUCTURE	MCO-DIA-SSR-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	Toutes les US
PRE-REQUIS	Avoir une prescription informatisée sur l'ensemble de l'établissement ?
METHODOLOGIE DE RECUEIL	
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/ NON pour les 3 questions ELEMENT DE PREUVE ***non***
EVALUATION 2020	si réévaluation systématique à 48-72h et traçabilité informatisée dans le dossier patient : 1 point

ACTION/MESURE

II.8 - LA DISPENSATION DES ANTIBIOTIQUES DITS CRITIQUES EST MAITRISEE. UNE DISPENSATION CONTROLEE POUR LES ANTIBIOTIQUES DITS CRITIQUES SELON LE RAPPORT ACTUALISE DE L'ANSM EST MISE EN ŒUVRE.

OBJECTIF	**Maîtriser les consommations d'antibiotiques et les résistances bactériennes**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HADP-DIAP-SSRP–PSYP *P = avec PUI*
PERIMETRE D'ANALYSE	Antibiotiques ; ensemble des unités de soins de l'établissement
PRE-REQUIS	Avoir défini au sein de l'établissement une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée
METHODOLOGIE DE RECUEIL	-
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/ NON → si OUI : oui/non/non dispensés dans l'année N ELEMENT DE PREUVE ***non***
EVALUATION 2020	- Dispensation contrôlée des ATB à risque et réponses "oui" ou "non consommé dans l'année" pour les 3 classes d'ATB : 1 point - Sinon : 0 point

ACTION/MESURE

III .1- TAUX DE DISPENSATION DES BIOSIMILAIRES : NOMBRE D'UCD DE MEDICAMENTS BIOSIMILAIRES DISPENSEES / NOMBRE D'UCD DISPENSEES DE MEDICAMENTS BIOLOGIQUES APPARTENANT A LA LISTE DE REFERENCE DES GROUPES BIOLOGIQUES SIMILAIRES, POUR LES PRESCRIPTIONS INTRA-HOSPITALIERES.

OBJECTIF	**Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HAD-SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	Analyse du taux de prescription des médicaments biosimilaires parmi la liste de référence des groupes biologiques similaires **: EPO (Eprex®), G-CSF (Neupogen®, Neulasta®), anti-TNF (Enbrel®, Remicade®et Humira®) et insuline glargine (Lantus®)**
PRE-REQUIS	Dispensation de médicaments biologiques appartenant à la liste des groupes biologiques similaires au sein de l'établissement Disposer d'une requête (logiciel de gestion de la PUI) portant sur les dispensations réalisées au cours de l'année évaluée
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Effectuer une requête de toutes les UCD délivrées pendant 1 an en intra-hospitalier sur logiciel de GEF de PUI. → **Penser à exclure de cette requête tous les médicaments délivrés à des patients ambulatoires (non hospitalisés)** Pour l'identification des UCD appartenant au répertoire des biosimilaires et le calcul du taux cf. outil d'aide OMEDIT IDF « calculette biosimilaires » : http://www.omedit-idf.fr/juste-prescriptionbon-usage/generiques-et-biosimilaires/calculette-biosimilaires-cages/ **Pour rappel, ce taux est calculé de la façon suivante :** Pour chaque groupe biologique similaire concerné (**EPO (Eprex®), G-CSF (Neupogen®, Neulasta®), anti-TNF (Enbrel®, Remicade®et Humira®) et insuline glargine (Lantus®)** - Numérateur : Somme des UCD de biosimilaires dispensés en intra-hospitalier. - Dénominateur : Somme des UCD appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires dispensés en intra-hospitalier. **Attention** : Le biosimilaire de l'enoxaparine n'est pas inclus dans le calcul
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : valeur en % ELEMENT DE PREUVE ***non***
EVALUATION 2020	Tx 2019 > tx 2018 : 1 point Tx 2019<= tx 2018 : 0pt

ACTION/MESURE

III.2 - PART D'ACHAT DE GENERIQUES ET BIOSIMILAIRES

A) NOMBRE D'UCD DELIVREES APPARTENANT AU REPERTOIRE DES GENERIQUES / NOMBRE D'UCD TOTALES DELIVREES AUX SERVICES DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

OBJECTIF	**Part d'achat de génériques et biosimilaires**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HAD-SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	Toutes les UCD délivrées au sein de l'établissement. Analyse du taux d'UCD délivrées appartenant au **répertoire des génériques** (que l'établissement ait référencé le générique ou le princeps).
PRE-REQUIS	Disposer d'une requête (logiciel de gestion de la PUI) portant sur les délivrances réalisées au cours de l'année évaluée
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Effectuer une requête de toutes les UCD délivrées pendant 1 an en intra-hospitalier sur logiciel de GEF de PUI. **→Penser à exclure de cette requête tous les médicaments délivrés dans le cadre de la rétrocession** Pour l'identification des UCD appartenant au répertoire des génériques et le calcul du taux cf. outil d'aide OMEDIT IDF « calculette génériques ». http://www.omedit-idf.fr/calculette-generiques-cages/ Le paracétamol n'appartient pas au répertoire des génériques **Pour rappel, ce taux est calculé de la façon suivante :** - Numérateur : Somme des UCD appartenant au répertoire des génériques (que ce soit le générique ou le princeps. - Dénominateur : Somme de toutes les UCD délivrées en intra-hospitalier. **Exemple** : *la délivrance d'une fluoroquinolone IZILOX® non génériquée (moxifloxacine) entraîne une baisse du taux, alors que la délivrance de TAVANIC® génériquée (levofloxacine) augmentera le taux.*
PONDERATION	0 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : Valeur en % ELEMENT DE PREUVE ***non***
EVALUATION 2020	Non scoré

ACTION/MESURE

III.2 - PART D'ACHAT DE GENERIQUES ET BIOSIMILAIRES

B) NOMBRE D'UCD DE MEDICAMENTS BIOSIMILAIRES DELIVREES / NOMBRE D'UCD DELIVREES DE MEDICAMENTS BIOLOGIQUES APPARTENANT A LA LISTE DE REFERENCE DES GROUPES BIOLOGIQUES SIMILAIRES, POUR LES PRESCRIPTIONS INTRA-HOSPITALIERES.

OBJECTIF	**Part d'achat de génériques et biosimilaires**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HAD-SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	Analyse du taux d'UCD de médicaments délivrées appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires
PRE-REQUIS	Délivrance de médicaments biologiques appartenant à la liste des groupes biologiques similaires au sein de l'établissement Disposer d'une requête (logiciel de gestion de la PUI) portant sur les délivrances réalisées au cours de l'année évaluée
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Effectuer une requête de toutes les UCD délivrées pendant 1 an en intra-hospitalier sur logiciel de GEF de PUI. **→Penser à exclure de cette requête tous les médicaments délivrés à des patients ambulatoires (non hospitalisés)** Pour l'identification des UCD appartenant au répertoire des biosimilaires et le calcul du taux cf. outil d'aide OMEDIT IDF « calculette biosimilaires » : http://www.omedit-idf.fr/juste-prescriptionbon-usage/generiques-et-biosimilaires/calculette-biosimilaires-cages/ **Pour rappel, ce taux est calculé de la façon suivante :** - Numérateur : Somme des UCD de biosimilaires délivrées en intra-hospitalier. - Dénominateur : Somme des UCD appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires délivrées en intra-hospitalier. **Exemple** : Une délivrance d'EPREX® en tant que médicament biologique de référence baissera le taux dans la mesure où il existe un médicament biosimilaire (= inscrit dans la liste de référence des groupes biologiques similaires). La délivrance de BINOCRIT® augmentera le taux car il s'agit bien du médicament biosimilaire. **Remarque** : La délivrance de médicaments biologiques non-inscrits au répertoire des biosimilaires ne modifiera pas le taux (exemples le Mircera®, l'Aranesp®, Neorecormon®, Granocyte®, …). **Attention** : Le biosimilaire de l'enoxaparine n'est pas inclus dans le calcul
PONDERATION	0
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : Valeur en % ELEMENT DE PREUVE ***non***
EVALUATION 2020	Non scoré

ACTION/MESURE

IV.1 - TAUX DE PRESCRIPTION DANS LE REPERTOIRE DES GENERIQUES : NOMBRE DE BOITES (EN EXCLUANT LE PARACETAMOL DU CALCUL) DANS LE REPERTOIRE DES GENERIQUES EN PHEV/NOMBRE TOTAL DE BOITES PRESCRITES EN PHEV

OBJECTIF	**Promouvoir la prescription de médicaments inscrits dans le répertoire des médicaments génériques**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-DIA-SSR-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	**Champ PHEV** : Ensemble des ordonnances rédigées en sortie d'hospitalisation (séjours en ambulatoire ou non), lors d'un passage aux urgences ou au cours d'une consultation externe et remboursées en ville, pour les médicaments (hors rétrocession et hors traitement de l'hépatite C) et pour les produits et prestations (LPP, liste mentionnée à l'article L.165-17 du CSS). Le montant des prescriptions hospitalières exécutées en ville est calculé à partir des facturations réalisées en ville par les pharmaciens, les fournisseurs, les transporteurs, et qui permettent d'identifier l'origine de la prescription via les numéros d'identification (N°FINESS). Le terme « prescription de sortie » comprend l'ensemble du champ PHEV.
PRE-REQUIS	Montant remboursé de PHEV supérieur à 50 000 €
METHODOLOGIE DE RECUEIL	**Recueil effectué par l'Assurance maladie**. Cet indicateur est calculé au moyen des données fournies par la Cnam ou de données régionales le cas échéant. Le répertoire des médicaments génériques comprend les princeps et les médicaments génériques associés. Le taux de prescription dans le répertoire prend donc en compte à la fois les prescriptions de princeps et de génériques pour les molécules appartenant au répertoire des médicaments génériques. Calcul de l'indicateur : - Numérateur : nombre de boîtes de princeps + nombre de boîtes de génériques - Dénominateur : nombre de boîtes de princeps + nombre de boîtes de génériques + nombre de boites de médicaments hors répertoire. Le paracétamol n'étant pas inscrit au répertoire des génériques, il est exclu du numérateur mais est comptabilisé pour le dénominateur. **Indicateur neutralisé pour les établissements privés.** Les données ne sont pas disponibles, pour le moment, du fait de l'absence d'exhaustivité des n° FINESS sur les ordonnances de sortie.
PONDERATION	3 points
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : taux en % communiqué par l'Assurance maladie ELEMENT DE PREUVE : non
EVALUATION 2020	- Taux supérieur ou égal à la cible = 3 points - Taux inférieur à la cible = 0 point - Cible : objectif national de 49% fixé par arrêté ministériel (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)

ACTION/MESURE

IV.2 - TAUX DE PRESCRIPTION DES BIOSIMILAIRES : NOMBRE DE BOITES DE MEDICAMENTS BIOSIMILAIRES PRESCRITES PAR LES PRATICIENS DE L'ETABLISSEMENT / NOMBRE DE BOITES PRESCRITES DE MEDICAMENTS BIOLOGIQUES APPARTENANT A LA LISTE DE REFERENCE DES GROUPES BIOLOGIQUES SIMILAIRES, POUR LES PHEV

OBJECTIF	Promouvoir la prescription des médicaments biosimilaires à la place du médicament référent
TYPE DE STRUCTURE	MCO-DIA-SSR-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	**Champ PHEV** : Ensemble des ordonnances rédigées en sortie d'hospitalisation (séjours en ambulatoire ou non), lors d'un passage aux urgences ou au cours d'une consultation externe et remboursées en ville, pour les médicaments (hors rétrocession et hors traitement de l'hépatite C) et pour les produits et prestations (LPP, liste mentionnée à l'article L.165-17 du CSS). Le montant des prescriptions exécutées en ville est calculé à partir des facturations réalisées en ville par les pharmaciens, les fournisseurs, les transporteurs, et qui permettent d'identifier l'origine de la prescription via les numéros d'identification (N°FINESS). Le terme « prescription de sortie » comprend l'ensemble du champ PHEV.
PRE-REQUIS	Montant remboursé de PHEV supérieur à 50 000 €
METHODOLOGIE DE RECUEIL	**Recueil effectué par l'Assurance maladie.** Cet indicateur est calculé au moyen des données fournies par la Cnam ou de données régionales le cas échéant. Calcul de l'indicateur : - Numérateur : nombre de boites de médicaments biosimilaires prescrites par les praticiens de l'établissement - Dénominateur : nombre de boites prescrites de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires Pour l'insuline glargine, le Toujeo® est inclus dans le dénominateur. Le taux est calculé séparément pour les médicaments des classes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF. L'analyse du résultat sera réalisée dans le respect de l'instruction du 19 janvier 2018. L'atteinte de l'indicateur est calculée sur la moyenne des 4 taux. **Indicateur neutralisé pour les établissements privés**. Les données ne sont pas disponibles, pour le moment, du fait de l'absence d'exhaustivité des n° FINESS sur les ordonnances de sortie.
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : taux en % communiqué par l'Assurance maladie ELEMENT DE PREUVE : non
EVALUATION 2020	Taux 2019 > taux 2018 : 2 points Taux 2019 < taux 2018 : 0 point

ACTION/MESURE

IV.3 - TAUX D'EVOLUTION DES DEPENSES DE MEDICAMENTS ET PRODUITS ET PRESTATIONS PRESCRITS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE ET REMBOURSES SUR L'ENVELOPPE DE SOIN DE VILLE

OBJECTIF	**Analyser et maîtriser l'évolution des dépenses remboursées**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-DIA-SSR-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	**Champ PHEV** : Ensemble des ordonnances rédigées en sortie d'hospitalisation (séjours en ambulatoire ou non), lors d'un passage aux urgences ou au cours d'une consultation externe et remboursées en ville, pour les médicaments (hors rétrocession et hors traitement de l'hépatite C) et pour les produits et prestations (LPP, liste mentionnée à l'article L.165-17 du CSS). Le montant des prescriptions exécutées en ville est calculé à partir des facturations réalisées en ville par les pharmaciens, les fournisseurs, les transporteurs, et qui permettent d'identifier l'origine de la prescription via les numéros d'identification (N°FINESS). Le terme « prescription de sortie » comprend l'ensemble du champ PHEV.
PRE-REQUIS	Montant remboursé de PHEV supérieur à 50 000 €
METHODOLOGIE DE RECUEIL	**Recueil effectué par l'Assurance maladie**. Cet indicateur est calculé au moyen des données fournies par la Cnam ou de données régionales le cas échéant. Comme pour tous les autres indicateurs du CAQES, si une croissance supérieure à l'objectif est constatée en parallèle d'une hausse de l'activité d'une hauteur compatible, celle-ci sera prise en compte durant la phase contradictoire. **Indicateur neutralisé pour les établissements privés**. Les données ne sont pas disponibles, pour le moment, du fait de l'absence d'exhaustivité des n° FINESS sur les ordonnances de sortie.
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : taux en % communiqué par l'Assurance maladie ELEMENT DE PREUVE : argumentaire à fournir si écart à la cible dû à une hausse de l'activité.
EVALUATION 2020	- Taux inférieur ou égal à la cible = 2 points - Taux supérieur à la cible = 0 point - Cible **:** objectif national fixé par arrêté ministériel spécifique de 3,3% - (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)

ACTION/MESURE

IV.4 - TAUX D'EVOLUTION DES 3 CLASSES THERAPEUTIQUES PHEV LES PLUS SIGNIFICATIVES DE L'ETABLISSEMENT : SELECTION PAR L'ETABLISSEMENT DES 3 CLASSES THERAPEUTIQUES (A PARTIR DES DONNEES N-1 FOURNIES PAR L'AM)

OBJECTIF	**Analyser et maîtriser l'évolution des dépenses remboursées** **Permettre à chaque établissement de cibler les molécules sur lesquelles une réflexion sur la pertinence des prescriptions permettra de dégager des marges de manœuvre**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-DIA-SSR-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	**Champ PHEV** : Ensemble des ordonnances rédigées en sortie d'hospitalisation (séjours en ambulatoire ou non), lors d'un passage aux urgences ou au cours d'une consultation externe et remboursées en ville, pour chaque classe sélectionnée. Le montant des prescriptions exécutées en ville par l'établissement (ou à défaut par l'Assurance maladie) est calculé à partir des facturations réalisées en ville par les pharmaciens, les fournisseurs, les transporteurs, et qui permettent d'identifier l'origine de la prescription via les numéros d'identification (N°FINESS). Le terme « prescription de sortie » comprend l'ensemble du champ PHEV.
PRE-REQUIS	Montant remboursé de PHEV supérieur à 50 000 €
METHODOLOGIE DE RECUEIL	**Recueil effectué par l'Assurance maladie**. Cet indicateur est calculé au moyen des données fournies par la Cnam ou de données régionales le cas échéant. Le choix portera sur des classes : - soit ayant contribué le plus fortement au taux d'évolution des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de soins de ville, - soit ayant le plus fort taux d'augmentation des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de soins de ville, sur la période année n/ n-1. Une classe est considérée comme significative lorsqu'elle est prescrite régulièrement par les praticiens de l'établissement. Il n'y pas de montant minimum à partir du moment où elle fait partie des prescriptions courantes de l'établissement. Remarques : Le choix d'une classe correspondant à une faible activité de l'établissement risque d'avoir un impact faible sur la maitrise du taux d'évolution. Une classe dont le taux baisse peut être retenue s'il existe encore des marges de progression. Les profils mis à disposition ont une vocation d'aide au pilotage mais ne sont pas le support unique pour effectuer le choix. La sélection doit reposer sur un travail interne collégial entre direction, prescripteur et pharmacien, selon les spécialités de l'établissement et les marges d'amélioration sur la pertinence des prescriptions de sortie identifiées collectivement. **Calcul de l'indicateur** : Numérateur : pour chaque classe thérapeutique, différence des montants remboursés en année N et N-1 Dénominateur : pour la même classe thérapeutique, montant remboursé en année N-1 **Indicateur neutralisé pour les établissements privés**. Les données ne sont pas disponibles, pour le moment, du fait de l'absence d'exhaustivité des n° FINESS sur les ordonnances de sortie.

PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : taux en % communiqué par l'Assurance maladie ELEMENT DE PREUVE : non
EVALUATION 2020	- Taux inférieur à celui de N-1 = 1 point - Taux supérieur ou égal à celui de N-1 = 0 point

ACTION/MESURE

IV.5 - MISE EN PLACE DE GROUPES DE TRAVAIL SUR LES 3 CLASSES THERAPEUTIQUES SELECTIONNEES ET ELABORATION D'UN PLAN D'ACTIONS SUR CES 3 CLASSES (INTEGRE AU PROGRAMME D'ACTIONS DE LA COMEDIMS)

OBJECTIF	**Analyser et maîtriser l'évolution PHEV des dépenses remboursées** **Analyse qualitative des travaux menés dans les établissements**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-DIA-SSR-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	Analyse des actions menées par l'établissement sur les classes sélectionnées
PRE-REQUIS	Montant remboursé de PHEV supérieur à 50 000 €
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Transmission dans le RAA des plans d'actions relatifs à la mise en place des groupes de travail concernant les 3 classes sélectionnées par l'établissement (ou à défaut par l'Assurance maladie). L'établissement constitue un groupe de travail et élabore un plan d'action pour les classes thérapeutiques choisies. Ce plan répertorie toutes les actions qui pourront être mises en œuvre au sein de l'établissement et qui contribueront à maitriser le taux d'évolution des classes. La promotion des médicaments génériques et des médicaments biosimilaires est un levier possible mais il conviendra également de travailler sur l'amélioration de la pertinence des prescriptions conformément aux recommandations en vigueur. L'Assurance maladie met à disposition des mémos et fiches d'aide sur son site ameli.fr (https://www.ameli.fr chemin d'accès : Médecin/Votre exercice libéral/Mémos et fiches d'aide à la pratique). Ces plans d'actions sont à intégrer au programme d'actions de la COMEDIMS.
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : oui/non ELEMENT DE PREUVE : si oui : plan d'actions si non : calendrier de mise en œuvre
EVALUATION 2020	- Existence d'un plan d'action portant sur les 3 classes choisies = 2 points - Existence d'un plan d'action portant sur les 2 classes choisies = 1 point - Existence d'un plan d'action portant sur une seule classe ou absence de plan d'action = 0 point NB : L'analyse de la pertinence des plans d'actions pourra être effectuée sur un échantillon d'établissements

ACTION/MESURE

IV.6 - TAUX D'EVOLUTION DES 3 CLASSES DE PRODUITS ET PRESTATIONS DE LA LPP LES PLUS SIGNIFICATIVES DE L'ETABLISSEMENT : SELECTION PAR L'ETABLISSEMENT DES 3 CLASSES DE PRODUITS ET PRESTATIONS DE LA LPP (A PARTIR DES DONNEES N-1 FOURNIES PAR L'ASSURANCE MALADIE)

OBJECTIF	**Analyser et maîtriser l'évolution des dépenses PHEV remboursées** **Permettre à chaque établissement de cibler les molécules sur lesquelles une réflexion sur la pertinence des prescriptions permettra de dégager des marges de manœuvre**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-DIA-SSR-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	**Champ PHEV** : Ensemble des ordonnances rédigées en sortie d'hospitalisation (séjours en ambulatoire ou non), lors d'un passage aux urgences ou au cours d'une consultation externe et remboursées en ville, pour chaque classe sélectionnée. Le montant des prescriptions exécutées en ville par l'établissement (ou à défaut par l'Assurance maladie) est calculé à partir des facturations réalisées en ville par les pharmaciens, les fournisseurs, les transporteurs, et qui permettent d'identifier l'origine de la prescription via les numéros d'identification (N°FINESS). Le terme « prescription de sortie » comprend l'ensemble du champ PHEV.
PRE-REQUIS	Montant remboursé de PHEV supérieur à 50 000 €
METHODOLOGIE DE RECUEIL	**Recueil effectué par l'Assurance maladie**. Cet indicateur est calculé au moyen des données fournies par la Cnam ou de données régionales le cas échéant. Le choix portera sur des classes : - soit ayant contribué le plus fortement au taux d'évolution des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de soins de ville, - soit ayant le plus fort taux d'augmentation des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de soins de ville, sur la période année N/ N-1. Une classe est considérée comme significative lorsqu'elle est prescrite régulièrement par les praticiens de l'établissement. Il n'y pas de montant minimum à partir du moment où elle fait partie des prescriptions courantes de l'établissement. Remarques : Le choix d'une classe correspondant à une faible activité de l'établissement risque d'avoir un impact faible sur la maitrise du taux d'évolution. Une classe dont le taux baisse peut être retenue s'il existe encore des marges de progression. Les profils mis à disposition ont une vocation d'aide au pilotage mais ne sont pas le support unique pour effectuer le choix. La sélection doit reposer sur un travail interne collégial entre direction, prescripteur et pharmacien, selon les spécialités de l'établissement et les marges d'amélioration sur la pertinence des prescriptions de sortie identifiées collectivement. **Calcul de l'indicateur :** Numérateur : pour chaque classe thérapeutique, différence des montants remboursés en année N et N-1 Dénominateur : pour la même classe thérapeutique, montant remboursé en année N-1 **Indicateur neutralisé pour les établissements privés**. Les données ne sont pas disponibles, pour le moment, du fait de l'absence d'exhaustivité des n° FINESS sur les ordonnances de sortie.

PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : taux en % communiqué par l'Assurance maladie ELEMENT DE PREUVE : non
EVALUATION 2020	- Taux inférieur à celui de N-1 = 1 point - Taux supérieur ou égal à celui de N-1 = 0 point

ACTION/MESURE

IV.7 - MISE EN PLACE DE GROUPES DE TRAVAIL SUR LES 3 CLASSES DE PRODUITS ET PRESTATION LPP SELECTIONNEES EN IV.6 ET ELABORATION D'UN PLAN D'ACTIONS SUR CES 3 CLASSES (INTEGRE AU PROGRAMME D'ACTION DE LA COMEDIMS)

OBJECTIF	**Analyser et maîtriser l'évolution des dépenses remboursées** **Analyse qualitative des travaux menés dans les établissements**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-DIA-SSR-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	Analyse des actions menées par l'établissement sur les classes sélectionnées
PRE-REQUIS	Montant remboursé de PHEV supérieur à 50 000 €
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Transmission dans le RAA des plans d'actions relatifs à la mise en place des groupes de travail concernant les 3 classes sélectionnées par l'établissement (ou à défaut par l'Assurance maladie). L'établissement constitue un groupe de travail et élabore un plan d'action pour les classes thérapeutiques choisies. Ce plan répertorie toutes les actions qui pourront être mises en œuvre au sein de l'établissement et qui contribueront à maitriser le taux d'évolution des classes. Les groupes de travail porteront sur l'amélioration de la pertinence des prescriptions conformément à la réglementation et aux recommandations en vigueur. L'Assurance maladie met à disposition des mémos et fiches d'aide sur son site ameli.fr (https://www.ameli.fr chemin d'accès : Médecin/Votre exercice libéral/Mémos et fiches d'aide à la pratique). Ces plans d'actions sont à intégrer au programme d'actions de la COMEDIMS.
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : oui/non ELEMENT DE PREUVE : si oui : plan d'actions si non : calendrier de mise en œuvre
EVALUATION 2020	- Existence d'un plan d'action portant sur les 3 classes choisies = 2 points - Existence d'un plan d'action portant sur les 2 classes choisies = 1 point - Existence d'un plan d'action portant sur une seule classe ou absence de plan d'action = 0 point NB : L'analyse de la pertinence des plans d'actions pourra être effectuée sur un échantillon d'établissements

ACTION/MESURE

IV.8 - LPP - NEGOCIER / SIGNER / METTRE EN ŒUVRE UNE "CHARTE" REGULANT L'INTERVENTION DES PRESTATAIRES DE LPP AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT ET/OU DES MODELES DE PRESCRIPTION

OBJECTIF	**Faire signer et assurer le bon fonctionnement d'une charte régissant l'intervention des prestataires dans l'établissement**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-DIA-SSR-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	LPP
PRE-REQUIS	Montant remboursé de PHEV supérieur à 50 000 €
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Réponse dans le RAA par les établissements sur la mise en place de la charte. La mise en place de cette charte sera progressive sur les 3 premières années du CAQES. Un modèle régional de charte est disponible sur le site de l'ARS et de l'Omedit (*http://www.omedit-idf.fr/documents-outils/#1516378076425-5eeaa7d6-0bd8*). L'indicateur concerne tous les établissements quel que soit le statut juridique (public, ESPIC, privé).
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : oui/non ELEMENT DE PREUVE : Si non : calendrier de mise en œuvre Si oui : plan d'actions
EVALUATION 2020	- Réponse OUI et transmission du plan d'actions = 1 point - Réponse NON = 0 point

ACTION/MESURE

IV.9 - TAUX DE PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES PARTICULIEREMENT GENERATEURS D'ANTIBIORESISTANCE (DITS "CRITIQUES")*

OBJECTIF	**Contribuer à la lutte contre l'antibiorésistance et maîtriser la prescription des antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance (dits "critiques")**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-DIA-SSR-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	PHEV : Ensemble des ordonnances rédigées en sortie d'hospitalisation (séjours en ambulatoire ou non), lors d'un passage aux urgences ou au cours d'une consultation externe et remboursées en ville, portant sur les antibiotiques particulièrement générateurs de résistance (amoxicilline associé à l'acide clavulanique, C3G, C4G et fluoroquinolones). Le montant des prescriptions exécutées en ville par l'établissement (ou à défaut par l'Assurance maladie) est calculé à partir des facturations réalisées en ville par les pharmaciens, les fournisseurs, les transporteurs, et qui permettent d'identifier l'origine de la prescription via les numéros d'identification (N°FINESS). Le terme « prescription de sortie » comprend l'ensemble du champ PHEV.
PRE-REQUIS	Montant remboursé de PHEV supérieur à 50 000 €
METHODOLOGIE DE RECUEIL	**Recueil effectué par l'Assurance maladie**. Cet objectif est calculé au moyen des données régionales. **Calcul de l'indicateur** - Numérateur : nombre de boîtes d'antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance facturées - Dénominateur : total des boîtes d'antibiotiques facturées **Indicateur neutralisé pour les établissements privés**. Les données ne sont pas disponibles, pour le moment, du fait de l'absence d'exhaustivité des n° FINESS sur les ordonnances de sortie.
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : taux en % communiqué par l'Assurance maladie ELEMENT DE PREUVE : non
EVALUATION 2020	- Taux inférieur à celui de N-1 = 1 point - Taux supérieur ou égal à celui de N-1 = 0 point

ACTION/MESURE

IV.10 - PART DE PATIENTS AYANT PLUS DE 10 MOLECULES DIFFERENTES (A L'EXCLUSION DES TOPIQUES) AU SEIN DES PRESCRIPTIONS DE SORTIE DE L'ETABLISSEMENT

OBJECTIF	**Sensibiliser les établissements sur le risque iatrogène**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-DIA-SSR-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	PHEV : Ensemble des ordonnances rédigées en sortie d'hospitalisation (séjours en ambulatoire ou non), lors d'un passage aux urgences ou au cours d'une consultation externe et remboursées en ville, pour les médicaments (à l'exclusion des topiques, hors rétrocession et hors traitement de l'hépatite C) et pour les personnes de plus de 65 ans. Le montant des prescriptions exécutées en ville par l'établissement (ou à défaut par l'Assurance maladie) est calculé à partir des facturations réalisées en ville par les pharmaciens, les fournisseurs, les transporteurs, et qui permettent d'identifier l'origine de la prescription via les numéros d'identification (N°FINESS). Le terme « prescription de sortie » comprend l'ensemble du champ PHEV.
PRE-REQUIS	Montant remboursé de PHEV supérieur à 50 000 €
METHODOLOGIE DE RECUEIL	**Recueil effectué par l'Assurance maladie**. Cet objectif est calculé au moyen des données régionales. Analyse du nombre de ligne de prescriptions, délivrées dans un même mois pour les assurés de plus de 65 ans. Calcul de l'indicateur - Numérateur : nombre de patients ayant plus de 10 molécules différentes prescrites par l'établissement (à l'exclusion des topiques) - Dénominateur : nombre total de patients ayant eu une prescription de sortie (y compris les passages aux urgences et les consultations externes) **Indicateur neutralisé pour les établissements privés**. Les données ne sont pas disponibles, pour le moment, du fait de l'absence d'exhaustivité des n° FINESS sur les ordonnances de sortie.
PONDERATION	0 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : taux en % communiqué par l'Assurance maladie ELEMENT DE PREUVE : non
EVALUATION 2020	Non scoré

ACTION/MESURE

V.1 –

A) TAUX D'EVOLUTION DES DEPENSES DE **MEDICAMENTS** INSCRITS SUR LA LISTE EN SUS

OBJECTIF	**Suivi des dépenses des médicaments et DMI de la liste en sus**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HAD-DIA
PERIMETRE D'ANALYSE	Médicaments de la liste en sus Cet item est **neutralisable** par l'établissement lorsque celui-ci **n'est pas concerné** par cette question (ie pas d'administration de médicament inscrit sur la liste en sus au cours de l'année évaluée N).
PRE-REQUIS	Montant remboursé de médicaments Liste en sus supérieur à 300 000 € Avoir consommé des médicaments financés en sus des GHS sur l'année N Disposer des données remboursées pour ces médicaments
METHODOLOGIE DE RECUEIL	**Méthode de calcul** (*taux d'évolution calculé automatiquement sur l'outilweb à partir des montants renseignés*) : [Montant des dépenses de médicaments financés en sus des GHS remboursées l'année évaluée (N) - montant des dépenses de médicaments financés en sus des GHS remboursées l'année précédant celle de l'évaluation (N-1)] / montant des dépenses de médicaments liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation (N-1)
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : Valeurs ELEMENT DE PREUVE ***non***
EVALUATION 2020	- **Montants cohérents** avec les données du PMSI : 1 point - **Montants incohérents** avec les données du PMSI ou **non renseignés** : 0 point - Objectif national d'évolution des dépenses médicaments de 3.0% fixé par arrêté ministériel (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)

ACTION/MESURE

V.1 –

B) TAUX D'EVOLUTION DES DEPENSES DE **PRODUITS ET PRESTATIONS** INSCRITS SUR LA LISTE EN SUS

OBJECTIF	Suivi des dépenses des médicaments et DMI de la liste en sus
TYPE DE STRUCTURE	MCO
PERIMETRE D'ANALYSE	Produits et prestations inscrits sur la liste en sus Cet item est **neutralisable** par l'établissement lorsque celui-ci **n'est pas concerné** par cette question (ie pas d'implantation de DMI inscrit sur la liste en sus au cours de l'année évaluée N).
PRE-REQUIS	Montant remboursé de DM Liste en sus supérieur à 300 000 € Avoir implanté des produits et prestations inscrits sur la liste en sus sur l'année N Disposer des données remboursées pour ces produits et prestations.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	**Méthode de calcul** (*taux d'évolution calculé automatiquement sur l'outilweb à partir des montants renseignés*) : [Montant des dépenses de produits et prestations liste en sus remboursées de l'année évaluée (N) - montant des dépenses de produits et prestations de la liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation (N-1)]/ montant des dépenses de produits et prestations de la liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation (N-1)
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : Valeur ELEMENT DE PREUVE ***non***
EVALUATION 2020	- **Montants cohérents** avec les données du PMSI : 1 point - **Montants incohérents** avec les données du PMSI ou **non renseignés** : 0 point - Objectif national d'évolution des dépenses DM de 3.0% fixé par arrêté ministériel (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)

ACTION/MESURE

V.1 –

c) TAUX DE PRESCRIPTIONS HORS REFERENTIELS (RTU, AMM) POUR LES **MEDICAMENTS DE LA LISTE EN SUS** : NOMBRE DE PRESCRIPTIONS HORS REFERENTIELS DE MEDICAMENTS DE LA LISTE EN SUS/ NOMBRE TOTAL DE PRESCRIPTIONS DE MEDICAMENTS DE LA LISTE EN SUS

OBJECTIF	**Suivi des dépenses des médicaments et DMI de la liste en sus**
TYPE DE STRUCTURE	MCO
PERIMETRE D'ANALYSE	Médicaments de la liste en sus Les indications ex-PTT sont considérées comme des indications hors AMM hors RTU Cet item est **neutralisable** par l'établissement lorsque celui-ci **n'est pas concerné** par cette question (ie pas d'administration de médicament inscrit sur la liste en sus au cours de l'année évaluée N). N.B : ne pas neutraliser l'item si pas d'utilisation hors-AMM/hors-RTU identifiée lors du suivi.
PRE-REQUIS	Avoir consommé des médicaments de la liste en sus sur l'année N Réaliser un suivi (manuel ou informatisé) des indications des prescriptions des médicaments de la liste en sus.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	**Méthode de calcul** (*% calculé automatiquement sur l'outilweb à partir des données renseignées*) : Nombre de prescriptions **hors référentiels** de médicaments de la liste en sus/ Nombre total de prescriptions de médicaments de la liste en sus Exemples : Pour un patient : Infliximab 8 cures = 1 prescription Pour un patient : bevacizumab-folfox puis bevacizumab – folfiri = 2 prescriptions
PONDERATION	0 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : Valeurs ELEMENT DE PREUVE ***non***
EVALUATION 2020	Non scoré

ACTION/MESURE

V.1 –

D) TAUX DE PRESCRIPTIONS HORS REFERENTIELS (LPPR) POUR LES **PRODUITS ET PRESTATIONS DE LA LISTE EN SUS** : NOMBRE D'IMPLANTATIONS DE DMI HORS LPPR/ NOMBRE TOTAL D'IMPLANTATIONS DE DMI

OBJECTIF	**Suivi des dépenses des médicaments et DMI de la liste en sus**
TYPE DE STRUCTURE	MCO
PERIMETRE D'ANALYSE	Produits et prestations de la liste en sus Cet item est **neutralisable** par l'établissement lorsque celui-ci **n'est pas concerné** par cette question (ie pas d'implantation de DMI inscrit sur la liste en sus au cours de l'année évaluée N). N.B : ne pas neutraliser l'item si pas d'utilisation hors-LPPR identifiée lors du suivi.
PRE-REQUIS	Avoir implanté des produits et prestations inscrits sur la liste en sus sur l'année évaluée N Réaliser un suivi (manuel ou informatisé) des indications d'implantation (et de leur conformité à la LPPR) des DMI de la liste en sus.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Voir méthodologie OMEDIT IDF **Méthode de calcul** (*% calculé automatiquement sur l'outilweb à partir des données renseignées*) : Nombre d'implantations de DMI hors LPPR/ nombre total d'implantations de DMI
PONDERATION	0 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : Valeurs ELEMENT DE PREUVE ***non***
EVALUATION 2020	Non scoré

ACTION/MESURE

V.2 - EN CAS D'UTILISATION HORS AMM HORS RTU, L'ETABLISSEMENT S'ASSURE DE LA PRESENCE DANS LE DOSSIER-PATIENT D'UNE ARGUMENTATION ETAYEE PAR DES REVUES A COMITE DE LECTURE

OBJECTIF	**Maîtriser les pratiques d'utilisation hors AMM-hors RTU des médicaments inscrits sur la liste en sus**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HAD-DIA
PERIMETRE D'ANALYSE	Médicaments de la liste en sus Cet item est **neutralisable** par l'établissement lorsque celui-ci **n'est pas concerné** par cette question (ie pas d'administration de médicament inscrit sur la liste en sus au cours de l'année évaluée N OU pas d'utilisation hors-AMM/hors-RTU identifiée lors du suivi).
PRE-REQUIS	Avoir utilisé des médicaments de la liste en sus dans des indications hors AMM-hors RTU sur l'année N Réaliser un suivi (manuel ou informatisé) des indications des prescriptions des médicaments de la liste en sus.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Cf. méthodologie d'audit OMEDIT IDF http://www.omedit-idf.fr/documents-outils/#1551443812124-b1a61662-b426
PONDERATION	3 points
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/NON ELEMENT DE PREUVE ***à fournir*** *si réponse OUI :* Audit (méthodologie détaillée + résultats +/- plan d'actions)
EVALUATION 2020	L'appréciation de cet engagement sera faite sur la qualité de la méthodologie de l'audit. Une analyse de cohérence sera faite avec les annexes transmises en réponse à la question V.3 et I.1.7. - Méthodologie adaptée, résultats détaillés +/- plan d'actions : 3 points - Méthodologie non adaptée ou pas de plan d'actions lorsque nécessaire : 1 point - Absence d'audit : 0 point

ACTION/MESURE

V.3 - LE BILAN DETAILLE ANNUEL DU SUIVI DES UTILISATIONS HORS AMM/HORS RTU EST TRANSMIS AVEC LE RAPPORT ANNUEL D'AUTO-EVALUATION ET A CHAQUE DEMANDE DE L'OMEDIT ILE-DE-FRANCE

OBJECTIF	**Maîtriser les pratiques d'utilisation hors AMM-hors RTU des médicaments inscrits sur la liste en sus**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HAD-DIA
PERIMETRE D'ANALYSE	Médicaments de la liste en sus Les indications ex-PTT sont considérées comme des indications hors AMM hors RTU Cet item est **neutralisable** par l'établissement lorsque celui-ci **n'est pas concerné** par cette question (ie pas d'administration de médicament inscrit sur la liste en sus au cours de l'année évaluée N OU pas d'utilisation hors-AMM/hors-RTU identifiée lors du suivi).
PRE-REQUIS	Réaliser un suivi (manuel ou informatisé) des indications des prescriptions des médicaments de la liste en sus.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Format standardisé de transmission des données : - Soit fichiers EXCEL mis à disposition sur le site de l'OMEDIT IDF http://www.omedit-idf.fr/documents-outils/#1551443812443-06db7e84-e70e - Soit annexes intégrées à l'outil web
PONDERATION	6 points
ELEMENT D'APPRECIATION	REPONSE ATTENDUE : OUI/NON ELEMENT DE PREUVE ***à fournir :*** Annexes complétées (fichiers Excel ou annexes intégrées à l'outil web CAQES)
EVALUATION 2020	- Réponse OUI : • Suivi annuel transmis, cohérent avec les données du PMSI et l'item V.1.C et argumentaires bibliographiques renseignés cohérents avec les situations cliniques décrites : 6 points • Suivi transmis mais incomplet : 3 points • Suivi non transmis : 0 point - Réponse NON : • L'établissement a indiqué des prescriptions hors AMM hors RTU en V.1.c et V.2 : 0 point

ACTION/MESURE

V.4 - LE BILAN DETAILLE ANNUEL DU SUIVI DES UTILISATIONS HORS LPP EST TRANSMIS AVEC LE RAPPORT ANNUEL D'AUTOEVALUATION ET A CHAQUE DEMANDE DE L'OMEDIT ILE-DE-FRANCE. CE BILAN MENTIONNERA LE SUIVI DETAILLE POUR AU MOINS DEUX FAMILLES DE DMI CIBLEES PAR L'ETABLISSEMENT. A NOTER : LE BILAN DEVRA INTEGRER LES DMI FAISANT L'OBJET D'UN SUIVI D'IMPLANTATION DANS LE CADRE D'UN REGISTRE NATIONAL OU REGIONAL

OBJECTIF	**Maîtriser les pratiques d'utilisation hors LPP des DMI inscrits sur la liste en sus**
TYPE DE STRUCTURE	MCO
PERIMETRE D'ANALYSE	DMI de la liste en sus Cet item est **neutralisable** par l'établissement lorsque celui-ci **n'est pas concerné** par cette question (ie pas d'implantation de DMI inscrit sur la liste en sus au cours de l'année évaluée N OU pas d'utilisation hors-LPPR identifiée lors du suivi).
PRE-REQUIS	Réaliser un suivi (manuel ou informatisé) des indications d'implantation (et de leur conformité à la LPPR) des DMI de la liste en sus.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	- Réaliser un suivi *a minima* sur 2 familles de DMI ciblées par l'établissement - Rechercher dans la LPP les conditions de prise en charge pour ces 2 familles - Renseigner pour chaque colonne les conditions de prises en charge pour ces 2 familles - Réaliser un suivi prospectif des patients pour lesquels ces familles de DMI sont posées sur l'année N Format standardisé de transmission des données : - Soit fichiers EXCEL mis à disposition sur le site de l'OMEDIT IDF http://www.omedit-idf.fr/documents-outils/#1551443812443-06db7e84-e70e Soit annexes intégrées à l'outil web
PONDERATION	4 points
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI-NON ELEMENT DE PREUVE ***à fournir*** si réponse OUI : - Annexe complétée (fichier Excel ou annexe intégrée à l'outil web CAQES)
EVALUATION 2020	- Suivi annuel transmis, *a minima* sur 2 classes de DMI ciblées avec présence de documentation clinique et bibliographique : 4 points - Suivi transmis mais incomplet : 2 points - Absence de suivi : 0 point

ACTION/MESURE

V.5 - UNE ANALYSE CRITIQUE DES INDICATIONS DE PRESCRIPTIONS HORS AMM ET HORS RTU DE TOUS LES MEDICAMENTS HORS GHS FAIT L'OBJET D'UNE PRESENTATION EN CME/CFME OU EN COMMISSION REPRESENTATIVE DE LA CME POUR LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE, AU MOINS UNE FOIS PAR AN.

OBJECTIF	**Maîtriser les pratiques d'utilisation hors AMM-hors RTU des médicaments inscrits sur la liste en sus**
TYPE DE STRUCTURE	MCO-HAD-DIA
PERIMETRE D'ANALYSE	Médicament de la liste en sus Cet item est **neutralisable** par l'établissement lorsque celui-ci **n'est pas concerné** par cette question (ie pas d'administration de médicament inscrit sur la liste en sus au cours de l'année évaluée N OU pas d'utilisation hors-AMM/hors-RTU identifiée lors du suivi).
PRE-REQUIS	Avoir utilisé des médicaments de la liste en sus dans des indications hors AMM-hors RTU sur l'année évaluée N
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Compte-rendu (CR) validé de CME et/ou support(s) de présentation indiquant le bilan et l'analyse des situations hors-AMM hors-RTU sur l'année N, par médicament *Il ne s'agit pas ici du simple bilan des consommations de médicaments de la liste en sus mais d'une analyse critique des situations hors-AMM hors-RTU par médicament croisant les utilisations avec les résultats de la littérature avec décision par la commission ad hoc sur le maintien des pratiques.*
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/NON ELEMENT DE PREUVE ***à fournir :*** CR de CME faisant mention des décisions, support(s) de présentation
EVALUATION 2020	Réponse OUI : - CR/supports de présentation **avec** analyse et décisions en lien avec les situations hors-AMM hors-RTU = 2 points - CR/supports de présentation **sans** analyse/décisions en lien avec les situations hors-AMM hors-RTU = 1 point - CR non transmis = 0 point Réponse NON : - L'établissement a signalé des utilisations hors-AMM hors-RTU en V.3 : 0 point

ACTION/MESURE

V.6 - UNE ANALYSE CRITIQUE DES UTILISATIONS HORS LPP DES DMI HORS GHS CIBLES FAIT L'OBJET D'UNE PRESENTATION EN CME/CFME OU EN COMMISSION REPRESENTATIVE DE LA CME POUR LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE, AU MOINS UNE FOIS PAR AN.

OBJECTIF	**Maîtriser les pratiques d'utilisation hors LPP des DMI inscrits sur la liste en sus**
TYPE DE STRUCTURE	MCO
PERIMETRE D'ANALYSE	DMI de la liste en sus Cet item est **neutralisable** par l'établissement lorsque celui-ci **n'est pas concerné** par cette question (ie pas d'implantation de DMI inscrit sur la liste en sus au cours de l'année N OU pas d'utilisation hors-LPPR identifiée lors du suivi).
PRE-REQUIS	Avoir eu des poses d'implants sur l'année évaluée N dans des situations hors LPP
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Compte-rendu (CR) validé de CME et/ou support(s) de présentation indiquant le bilan et l'analyse des situations hors LPP sur l'année N, par DMI.
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : OUI/NON ELEMENT DE PREUVE ***à fournir*** *: si réponse OUI* CR de CME, support(s)de présentation
EVALUATION 2020	Réponse OUI : - CR/supports de présentation **avec** analyse des situations hors LPP = 2 points - CR/supports de présentation **sans** analyse des situations hors LPP = 1 point - CR non transmis = 0 point Réponse NON : - L'établissement a signalé des utilisations hors LPP en V.4 : 0 point