

Guide méthodologique d'accompagnement au remplissage du volet « bon usage des médicaments, produits et prestations » du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiency des Soins (CAQES)

Version 3 – RAA 2022CAQES

Table des matières

TABLE DES MATIERES.....	- 1 -
LISTE DES ABREVIATIONS	- 2 -
SUIVI DES MODIFICATIONS DU GUIDE	- 4 -
SUIVI DES MODIFICATIONS DES OUTILS ASSOCIES	- 5 -
I. LE CAQES ET SON EVALUATION ANNUELLE DU POINT DE VUE DU VOLET « BON USAGE DES MEDICAMENTS, PRODUITS ET PRESTATIONS »	- 6 -
A. PREAMBULE ET CONTEXTE REGLEMENTAIRE	- 6 -
B. ELABORATION DU CAQES EN REGION AUVERGNE-RHONE-ALPES : CHOIX DES INDICATEURS ET ELABORATION D'UN GUIDE REGIONAL ASSOCIE	- 6 -
C. LES MODALITES D'EVALUATION DE LA REALISATION DES OBJECTIFS PAR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE	- 7 -
D. CYCLE DE VIE DU RAA ET DU CAQES	- 9 -
II. GUIDE DE REMPLISSAGE DU RAA 2022 DU CAQES.....	- 10 -
A. GENERALITES	- 10 -
B. FICHES DESCRIPTIVES DES INDICATEURS	- 10 -

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
CAI :	Comité Anti-Infectieux
CAPES :	Contrat d'Amélioration des Pratiques en Etablissements de Santé
CAQES :	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins
CAQOS :	Contrat pour l'Amélioration de la Qualité et l'Organisation des Soins
CBU :	Contrat de Bon Usage
CLIN :	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CfME :	Conférence Médicale d'Etablissement
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
COMEDIMS :	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DMI :	Dispositif Médical Implantable
DMP :	Dossier Médical Partagé
DMS :	Dispositif Médical Stérile
DPI :	Dossier Patient Informatisé
EIG :	Evènement Indésirable Grave
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
GHS :	Groupe Homogène de Séjour
LES :	Liste En Sus
LFSS :	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LPPR :	Liste des Produits et Prestations Remboursables
MPI :	Médicament Potentiellement Inapproprié
OMEDIT :	Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique
PECM :	Prise En Charge Médicamenteuse
PAPRAPs :	Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins
PMSI :	Programme de médicalisation des systèmes d'information

PPRGDRESS :	Plan Pluriannuel Régional de Gestion du Risque et d'Efficiency du Système de Soins
RAA :	Rapport Annuel d'Autoévaluation
SIH :	Système d'Information Hospitalier
SNDS :	Système National des Données de Santé
SPI :	Suivi Prospectif des Indications
UCD :	Unité Commune de Dispensation
US :	Unités de soins

Suivi des modifications du guide

Modifications intégrées dans la Version 2		
Indicateur	Section – n° Page (ancienne version)	Modifications
Tous		Ajout des Scoring
R3	1.3, 2.1, 3.2, 4.3	Remarque
	2.4	Elément d'appréciation
R4	3.1	Prérequis
R6	2.2	Audit libre
R6	2.2	Période d'évaluation audit

Suivi des modifications des outils associés

Modifications intégrées dans la Version 2		
Outil	Partie	Modifications

I. Le CAQES et son évaluation annuelle du point de vue du volet « bon usage des médicaments, produits et prestations »

A. Préambule et contexte réglementaire

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2020 dispose dans l'article 64 d'un nouveau contrat tripartite qui lie l'ARS, l'organisme local d'assurance maladie et les établissements de santé : le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiency des Soins (CAQES).

Sa création vise à apporter une meilleure cohérence avec le dispositif IFAQ et de la certification.

Le CAQES est complémentaire au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signé entre l'ARS et les établissements de santé ; il s'articule également avec les objectifs du Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPPS) et du Plan Pluriannuel Régional de Gestion du Risque et d'Efficiency du Système de Soins (PPRGDRESS).

Ce contrat :

- s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration de la qualité, pertinence et efficiency des soins en offrant aux établissements une meilleure visibilité sur l'ensemble de leurs marges de progression. 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 de deux leviers (un levier incitatif et un levier de mise sous surveillance) ;
- est signé pour une durée de trois à cinq ans sur la partie « levier incitatif ». Les modalités de mise en œuvre du levier de mise sous surveillance sont à venir ;
- peut ne concerner que certains sites géographiques d'une même entité juridique ;
- n'entraîne aucune sanction en cas de non atteinte des objectifs.

En Auvergne-Rhône-Alpes, l'élaboration des indicateurs régionaux du volet incitatif est le fruit des réflexions de groupes techniques différenciés, regroupant des professionnels de santé en exercice, les institutions (ARS et AM) et l'OMEDIT.

Les indicateurs nationaux, les indicateurs régionaux ainsi que leurs modalités d'évaluation, décrits dans ce guide méthodologique, répondent aux dispositions de l'arrêté du 24 septembre 2021 modifiant 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 entre en vigueur au 1er juillet 2022 et s'applique aux structures sanitaires ciblées au niveau national et au niveau régional.

B. Elaboration du CAQES en région Auvergne-Rhône-Alpes : choix des indicateurs et élaboration d'un guide régional associé

Le volet incitatif du CAQES engage les établissements à améliorer et à sécuriser le circuit du médicament et des produits de santé.

Les objectifs du **contrat en 2022** sont eux-mêmes déclinés en :

- sept indicateurs nationaux dont les modalités d'évaluation et d'intéressement telles que définies par le Ministère de la santé et de la prévention, sont actées dans le contrat; l'évaluation automatisée ainsi que la détermination des intéressements pour chaque indicateur et chaque établissement est réalisée par la CNAM ;
- sept indicateurs régionaux dont la définition et les modalités d'évaluation ont été discutées en groupe de travail régional, et validées par le comité de pilotage du CAQES.

Tous les indicateurs sont génériques. Ils ne sont pas opposables à tous les établissements concernés. Chaque établissement dispose d'un contrat personnalisé : les indicateurs ciblés ne sont pas forcément les mêmes d'un établissement à l'autre.

L'ARS et l'Assurance Maladie s'étant engagé à la production d'un guide régional méthodologique à l'usage des établissements de santé, l'OMEDIT Auvergne-Rhône-Alpes en qualité de maître d'œuvre, a initié un groupe de travail en charge de sa rédaction et de la conception d'outils d'aide au recueil des indicateurs. Ce groupe est composé de représentants de l'ARS, de l'Assurance Maladie et de l'OMEDIT.

L'évolution des objectifs, des indicateurs, des cibles pour les années suivantes ne sont possibles que par voie d'avenant au contrat. Cet avenant pourra être signé après le 31 décembre de l'année N+1 avec une application rétroactive, si toutes les parties en conviennent et dès lors que cette modalité est clairement exposée au sein de l'avenant.

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

S'agissant des indicateurs régionaux du volet « bon usage des médicaments, produits et prestations », la saisie des données du Rapport Annuel d'Autoévaluation (RAA) et sa transmission aux autorités de tutelle – accompagnée le cas échéant de pièces justificatives – seront effectuées par les établissements par le biais d'une plateforme informatique mise à disposition par l'ARS.

La réalisation des objectifs régionaux du CAQES fait l'objet d'une évaluation annuelle des indicateurs régionaux ciblés, basée sur le RAA et effectuée conjointement par l'AM et l'ARS disposant de l'expertise technique et de l'appui de l'OMEDIT.

Ces évaluations s'appuient sur les éléments de preuve transmis par l'établissement dans le cas où ils sont demandés (cf. colonne « éléments de preuve » dans le guide ci-après pour chaque indicateur).

En l'absence de transmission de la pièce justificative, l'indicateur sera évalué comme étant « non réalisé ».

La réalisation de ces objectifs par les établissements est valorisée par une échelle de scoring en points, propre à chaque indicateur. Ceux-ci sont attribués comme explicités dans le guide. Quelques points

bonus peuvent être attribués – le cas échéant ils viennent s'ajouter au score de l'établissement sans pour autant augmenter le nombre total de points portés par les indicateurs afin d'être favorables aux établissements bénéficiaires.

Le guide présenté en partie II explicite chaque indicateur régional, afin de le comprendre et in fine de le renseigner sur la plateforme.

Certains indicateurs nécessitent la réalisation d'audits spécifiques au sein des établissements de santé. Leur méthodologie et les grilles de recueil associées ont été élaborées par les groupes de travail pilotés par l'OMEDIT.

Ce guide est susceptible d'évoluer chaque année. Les modifications seront proposées et validées en groupe technique et en COPIL suite à l'analyse des RAA et des performances régionales.

L'exhaustivité des informations relatives au CAQES est disponible sur le site de l'OMEDIT et sur celui de l'ARS.

D. Cycle de vie du RAA et du CAQES

Le calendrier du RAA est défini selon le schéma ci-dessous. Il s'intègre logiquement à celui des éventuels avenants contractuels qui seront considérés d'un point de vue de l'évolution des objectifs et des cibles.

Calendrier CAQES campagne 2023

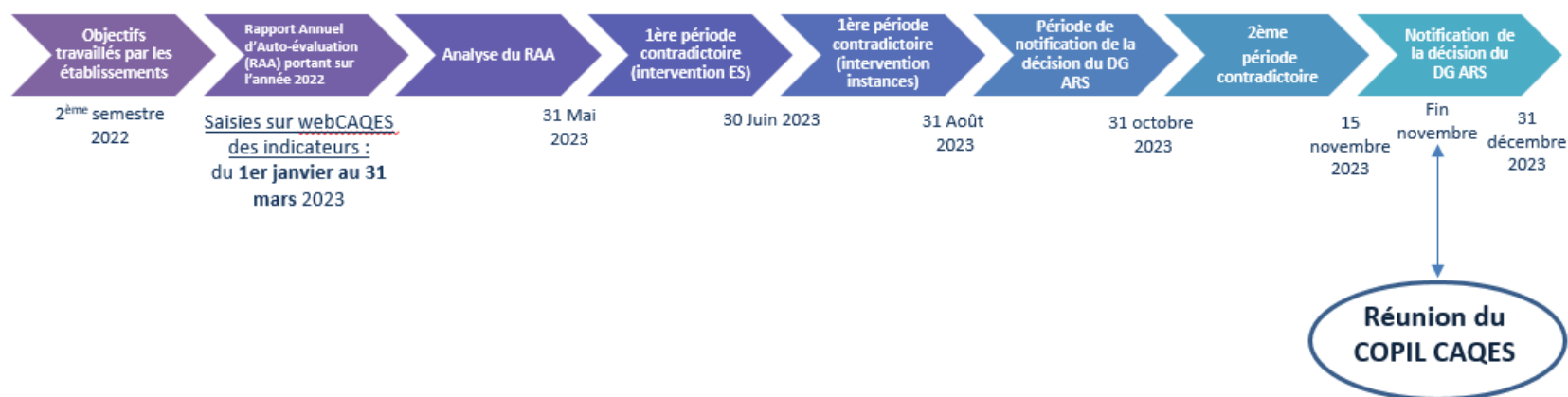


Schéma 1 : Cycle de vie du RAA du CAQES

II. Guide de remplissage du RAA 2022 du CAQES

A. Généralités

Les modalités techniques de remplissage et de transmission du RAA seront définies ultérieurement.

B. Fiches descriptives des indicateurs

Voir ci-après.

SOMMAIRE

INDICATEURS NATIONAUX	- 13 -
INDICATEUR N1 :	- 14 -
PRESCRIPTION HOSPITALIERE EXECUTEE EN VILLE (PHEV) D'EZETIMIBE ET ASSOCIATIONS	- 14 -
INDICATEUR N2 :	- 15 -
PRESCRIPTION HOSPITALIERE EXECUTEE EN VILLE (PHEV) DE SYSTEMES DE PERFUSION A DOMICILE	- 15 -
INDICATEUR N3 :	- 16 -
PRESCRIPTION HOSPITALIERE EXECUTEE EN VILLE (PHEV) D'INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS	- 16 -
INDICATEUR N4 :	- 17 -
PRESCRIPTION DE PANSEMENTS	- 17 -
INDICATEUR N5 :	- 18 -
PRESCRIPTION HOSPITALIERE EXECUTEE EN VILLE (PHEV) DE TRANSPORTS	- 18 -
INDICATEUR N6 :	- 19 -
REHOSPITALISATION APRES UN EPISODE DE DECOMPENSATION D'UNE INSUFFISANCE CARDIAQUE	- 19 -
INDICATEUR N7 :	- 20 -
EXAMENS PRE ANESTHESIQUES	- 20 -
INDICATEURS REGIONAUX	- 21 -
INDICATEUR R1 :	- 22 -
IDENTIFICATION DU NUMERO RPPS ET DU NUMERO FINESS DE L'ETABLISSEMENT	- 22 -
<i>R1-1.0 - Identification du numéro RPPS et du numéro FINESS de l'établissement</i>	- 23 -
INDICATEUR R2 :	- 24 -
AMELIORATION DE LA QUALITE DES PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES POUR MAITRISER L'EVOLUTION DES DEPENSES PHEV DE PRODUITS DE SANTE AVEC IDENTIFICATION DES TROIS CLASSES THERAPEUTIQUES OU DE PRODUITS ET PRESTATIONS LES PLUS SIGNIFICATIVES	- 24 -
<i>R2 - IDENTIFICATION DES 3 CLASSES THERAPEUTIQUES LES PLUS SIGNIFICATIVES (CF. COMMENTAIRES CI-DESSOUS) OU DES TROIS MEDICAMENTS DE L'ETABLISSEMENT ET MISE EN PLACE DES GROUPES DE TRAVAIL AVEC ELABORATION D'UN PLAN D'ACTIONS SUR CES 3 CLASSES (INTEGRE AU PROGRAMME D'ACTIONS DU COMEDIMS).</i>	- 25 -
INDICATEUR R3	- 26 -
DEVELOPPEMENT ET SUIVI DES ACTIVITES DE PHARMACIE CLINIQUE AU REGARD DES RISQUES IDENTIFIES	- 26 -
<i>R3-1.1 – Les situations à risques sont identifiées et un plan d'action est élaboré et validé</i>	- 28 -
<i>R3-1.2 – L'établissement dispose des moyens techniques pour mettre en œuvre et suivre le plan d'action validé</i>	- 29 -

<i>R3-1.3 – L’analyse pharmaceutique de niveau 1 est déployée</i>	- 30 -
<i>R3-1.4 – L’établissement s’assure de la formation des professionnels au regard des activités déployées</i>	- 31 -
<i>R3-2.1 – AP_ Initial : L’analyse pharmaceutique de niveau 2 et/ou 3 est déployée</i>	- 32 -
<i>R3-2.2 – AP_ Initial : suivi informatique de la réalisation des analyses pharmaceutiques de niveau 2 et/ou 3</i>	- 33 -
<i>R3- 2.3 – AP_ Approfondi : Suivi des IP mis en place</i>	- 34 -
<i>R3- 2.4 – AP_ Optimisé : Evaluation et suivi des actions de pharmacie clinique</i>	- 35 -
<i>R3- 3.1– C_ Initial : Projet de conciliation rédigé et validé</i>	- 36 -
<i>R3- 3.2– C_ Approfondi : Evaluation du nombre de bilans de conciliation</i>	- 37 -
<i>R3- 3.3– C_ Approfondi : Evaluation de la transmission des bilans dans le DPI</i>	- 38 -
<i>R3- 3.4– C_ Optimisé : Lien ville hôpital</i>	- 39 -
<i>R3- 4.1– EP_ Initial : Projet de réalisation d’entretien pharmaceutique rédigé et validé</i>	- 40 -
<i>R3- 4.2– EP_ Approfondi : Projets ayant un financement associé</i>	- 41 -
<i>R3- 4.3– EP_ Approfondi : Evaluation du nombre de patients ayant eu au moins 1 entretien pharmaceutique</i>	- 42 -
<i>R3- 4.4– EP_ Optimisé : Lien ville hôpital</i>	- 43 -
INDICATEUR R4	- 44 -
DEPLOIEMENT D’UNE DEMARCHE CONTINUE D’AMELIORATION DE LA QUALITE AU REGARD DES MOYENS EXISTANTS, GARANTISSANT UNE TRAÇABILITE DES DMI TOUT AU LONG DU PARCOURS PATIENT ET DES ACTIONS PLURIPROFESSIONNELLES RELATIVES A LA PERTINENCE ET AU BON USAGE DES DM-DMI	- 44 -
<i>R4-1.1 et R4-1.2 - Evaluer les moyens pour un circuit du DM-DMI et des actions coordonnées ville hôpital</i>	- 46 -
<i>R4-2.1 – La gouvernance de l’ES s’assure de la mise en œuvre d’une démarche d’amélioration continue de la qualité</i>	- 47 -
<i>R4-2.2 – Des action de bon usage des DM et de pharmacie clinique sont déployées</i>	- 48 -
<i>R4-2.3 - Réalisation d’audits sur les indications de pose/prescriptions des DMI/DM</i>	- 49 -
<i>R4-3.1 – Taux de traçabilité de l’identifiant IUD pour une classe de DMI donné</i>	- 50 -
<i>R4-3.1 – Taux de codage dans le PMSI des DM intra-GHS</i>	- 50 -
<i>R4-3.1 – La PUI informe a minima annuellement la CME/CfME sur l’analyse des poses de DMI et leur évolution</i>	- 51 -
<i>R4-3.2 - Réalisation d’audits sur l’information patient et lien ville-hôpital</i>	- 52 -
INDICATEUR R5	- 53 -
SUIVI DES MEDICAMENTS REMBOURSES EN SUS DES GHS : PERTINENCE ET RESPECT DES PRESCRIPTIONS DES MEDICAMENTS DONT LES INDICATIONS SONT INSCRITES SUR LA LISTE EN SUS	- 53 -
<i>R5-1.0 - Mobiliser la communauté médicale CME/CFME sur la gestion des médicaments coûteux et innovants</i>	- 54 -
<i>R5-2.0 - Respect des règles de prescription des médicaments hors AMM (code 1999 999)</i>	- 55 -
<i>R5-3.0 - Pertinence des prescriptions des médicaments de la liste en SUS</i>	- 56 -
INDICATEUR R6	- 57 -
LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES : SUIVI DE LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES	- 57 -
<i>R6-1.0 - Mobiliser la communauté médicale CME/CfME/CAI sur la qualité de la prescription des antibiotiques dans l’établissement</i>	- 58 -
<i>R6-2.1 – Pertinence des prescriptions d’ATB : Audit justification des antibiothérapies de plus de 7 jours</i>	- 59 -
<i>R6-2.2 - Pertinence des prescriptions d’ATB : Audit libre</i>	- 59 -
INDICATEUR R7	- 61 -
LA RÉDUCTION DE LA PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS CHEZ LA PERSONNE AGÉE	- 61 -
R7 - LISTE DES MPI	- 63 -
<i>R7-1.1 – Action hospitalière : mesurer l’évolution du nombre de prescriptions (PHEV) avec des MPI après une hospitalisation de 7 jours et plus</i>	- 64 -
<i>R7-1.2– Action hospitalière : mesurer l’évolution du nombre moyen de MPI par prescription (PHEV) après une hospitalisation de 7 jours et plus</i>	- 65 -
<i>R7-2.1 - Lien ville-hôpital : mesurer l’évolution du nombre de prescriptions avec des MPI, après une hospitalisation de 7 jours et plus</i>	- 66 -

<i>R7-2.2 - Lien ville-hôpital : mesurer l'évolution du nombre moyen de MPI par prescription de ville, après une hospitalisation de 7 jours et plus</i>	- 67 -
<i>R7-3.1 - Mettre en place une équipe référente sur la prescription chez le sujet âgé</i>	- 68 -
<i>R7-3.2 - réalisation d'un audit « état des lieux »</i>	- 69 -
<i>R7-3.3 - Réalisation d'actions de formation initiale afin d'éviter la prescription de MPI et promouvoir la déprescription de MPI</i>	- 71 -
<i>R7-3.4 - Réalisation d'actions de formation continue par l'équipe référente pour éviter la prescription de MPI et promouvoir la déprescription de MPI</i>	- 72 -
<i>R7-3.5 – Evolution des indicateurs de suivi</i>	- 73 -

INDICATEURS NATIONAUX

- [Indicateur N1](#) : PRESCRIPTION D'EZETIMIBE ET ASSOCIATIONS
- [Indicateur N2](#) : PRESCRIPTION HOSPITALIERE EXECUTEE EN VILLE (PHEV) DE SYSTEMES DE PERFUSION A DOMICILE
- [Indicateur N3](#) : PRESCRIPTION HOSPITALIERE EXECUTEE EN VILLE (PHEV) D'INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS
- [Indicateur N4](#) : PRESCRIPTION DE PANSEMENTS
- [Indicateur N5](#) : PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES EXECUTEES EN VILLE (PHEV) DE TRANSPORTS
- [Indicateur N6](#) : REHOSPITALISATION APRES UN EPISODE DE DECOMPENSATION D'UNE INSUFFISANCE CARDIAQUE
- [Indicateur N7](#) : EXAMENS PRE ANESTHESIQUES

INDICATEURS NATIONAUX

Indicateur N1 :

PRESCRIPTION HOSPITALIERE EXECUTEE EN VILLE (PHEV) D'EZETIMIBE ET ASSOCIATIONS

Sources règlementaires / Référentiels

- 2019- ESC Guidelines on Dyslipidaemias (Management of) / 2021-ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

Indicateur	Libellé indicateur	Statut
N1-1	Evolution des dépenses remboursées sur l'enveloppe des soins de ville liées aux prescriptions d'ézétimibe (et associations) émanant d'un établissement de santé.	National
OBJECTIF	Réserver la prescription d'ézétimibe en seconde intention après avoir testé l'efficacité et la tolérance d'une statine en monothérapie et si besoin à la plus forte dose autorisée (utilisation des statines en monothérapie à privilégier en première intention, au regard des études disponibles qui ont démontré un bénéfice en matière de morbidité sur la prévention des événements cardiovasculaires et décès toutes causes). Analyser et Maîtriser l'évolution des dépenses remboursées en ville liées aux prescriptions d'ézétimibe (et associations) émanant d'un établissement de santé.	
PERIMETRE D'ANALYSE	Médicaments « Ezétimibe et associations » prescrits sur les ordonnances de sortie remboursés en ville	
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Les chiffres de l'établissement seront communiqués par l'Assurance Maladie.	

INDICATEURS NATIONAUX

Indicateur N2 :

PRESCRIPTION HOSPITALIERE EXECUTEE EN VILLE (PHEV) DE SYSTEMES DE PERFUSION A DOMICILE

Sources règlementaires / Référentiels

- **Référentiel Résomédit « Pertinence des modes de perfusion à domicile » (V 26 mars 2021)**

Indicateur	Libellé indicateur	Statut
N2-1	Evolution des dépenses remboursées sur l'enveloppe des soins de ville liées aux prescriptions de perfusions par système actif et diffuseur émanant d'un établissement de santé.	National
OBJECTIF	Inciter les établissements à prescrire, pour chaque patient, le type de perfusion le plus efficient et donc le traitement le moins onéreux lorsque deux modes de perfusion sont équivalents pour le patient. À efficacité et sécurité égales, il est vertueux de choisir le traitement le moins cher, c'est-à-dire la perfusion par gravité. Analyser et Maîtriser l'évolution des dépenses remboursées en ville liées aux prescriptions de perfusions par système actif et diffuseur émanant d'un établissement de santé.	
PERIMETRE D'ANALYSE	Perfusions à domicile prescrites sur les ordonnances de sortie remboursées en ville.	
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Les chiffres de l'établissement seront communiqués par l'Assurance Maladie.	

INDICATEURS NATIONAUX

Indicateur N3 :

PRESCRIPTION HOSPITALIERE EXECUTEE EN VILLE (PHEV) D'INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS

Sources règlementaires / Référentiels

- ANSM Déc 2018, Utilisation des IPP, Etude observationnelle à partir des données du SNDS, France
- HAS Sept 2020, Commission de la transparence, Rapport d'évaluation des IPP
- HAS Communiqué de presse, Mis en ligne le 12 nov. 2020 : Réévaluation SMR IPP et place dans la stratégie thérapeutique

Indicateur	Libellé indicateur	Statut
N3-1	Evolution des dépenses remboursées sur l'enveloppe des soins de ville liées aux prescriptions d'inhibiteurs de la pompe à protons émanant d'un établissement de santé.	National
OBJECTIF	Réduire les prescriptions inadaptées suite à un constat de mésusage : Recommandations 2020 de bon usage de la HAS (Prescriptions inutiles dans 80 % des cas en prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez des patients non à risque de complications gastroduodénales/Durée de prescription dans le traitement du RGO trop longue/Prescriptions d'IPP trop fréquentes en particulier chez les personnes les plus âgées souvent polymédiquées et fragiles, notamment en cas de traitement prolongé). Inciter les établissements de santé à évaluer, au cours et à l'issue du séjour hospitalier, la pertinence des prescriptions d'IPP. Analyser et Maîtriser l'évolution des dépenses remboursées liées aux prescriptions d'IPP émanant d'un établissement de santé.	
PERIMETRE D'ANALYSE	Médicaments « Inhibiteurs de la pompe à protons » prescrits sur les ordonnances de sortie remboursés en ville.	
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Les chiffres de l'établissement seront communiqués par l'Assurance Maladie.	

INDICATEURS NATIONAUX

Indicateur N4 :

PRESCRIPTION DE PANSEMENTS

Sources règlementaires / Référentiels

- **Recommandations HAS sur le bon usage des pansements (avril 2011)**
- **Mémo plaies chroniques – prise en charge en ville - Cnam/SFFPC Société Française et francophone des plaies et cicatrisations (oct 2015)**
- **Mémo aide à la prescription du pansement primaire pour plaie chronique (Fév 2016), CNAM après avis HAS**

Indicateur	Libellé indicateur	Statut
N4-1	Evolution des montants moyens remboursés sur l'enveloppe des soins de ville liés aux prescriptions de pansements émanant d'un établissement de santé	National
OBJECTIF	Diminuer les dépenses du poste pansements des PHEV en améliorant la pertinence et l'efficacité de la prescription hospitalière (mésusage dans les pansements absorbants, multitude de références de produits, difficultés dans l'évaluation des stades des plaies, nécessité de procéder à des réévaluations). Inciter à établir des prescriptions en adéquation avec les référentiels de bon usage et les dispositions réglementaires de prise en charge et à établir des prescriptions qualitatives précises complètes et adaptées en durée.	
PERIMETRE D'ANALYSE	Pansements prescrits sur les ordonnances de sortie remboursés en ville liés aux prescriptions de pansements émanant d'un établissement de santé.	
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Les chiffres de l'établissement seront communiqués par l'Assurance Maladie.	

INDICATEURS NATIONAUX

Indicateur N5 :

PRESCRIPTION HOSPITALIERE EXECUTEE EN VILLE (PHEV) DE TRANSPORTS

Sources règlementaires / Référentiels

- [Référentiel réglementaire sur le transport des assurés sociaux, avril 2017, DDGOS - DREGL](#)

Indicateur	Libellé indicateur	Statut
N5-1	Dépenses évitées liées à l'évolution de la part de l'ambulance par rapport aux montants remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire prescrits en ambulance et en (VSL ou Taxi) par l'établissement et financés sur l'enveloppe de ville.	National
OBJECTIF	Améliorer la pertinence des prescriptions des professionnels de santé exerçant en établissement, dans le choix du mode de transport le plus adapté à l'état de santé des patients. Réserver l'ambulance aux patients nécessitant obligatoirement un transport en position allongée ou demi-assise, avec brancardage ou portage, une surveillance par une personne qualifiée ou nécessitant l'administration d'O2 ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'aseptie. Diminuer les disparités territoriales dans le recours à l'ambulance.	
PERIMETRE D'ANALYSE	Transports prescrits sur les ordonnances de sortie remboursés en ville.	
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Les chiffres de l'établissement seront communiqués par l'Assurance Maladie (AM).	

INDICATEURS NATIONAUX

Indicateur N6 :

REHOSPITALISATION APRES UN EPISODE DE DECOMPENSATION D'UNE INSUFFISANCE CARDIAQUE

Sources règlementaires

- Guide du parcours de l'insuffisance cardiaque, HAS, 2014
- Points clés de l'organisation de la sortie d'hospitalisation, HAS, 2015
- Parcours de soins Insuffisance cardiaque chronique, STSS, CMG, CNP, 2021
- Recommandations de l'European Society of Cardiology (ESC) sur le diagnostic et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique et aiguë, 2021.

Indicateur	Libellé indicateur	Statut
N6-1	Evolution des dépenses remboursées liées à des ré hospitalisation à 3 mois pour IC après un 1er séjour pour les patients de 40 ans et plus.	National
OBJECTIF	Améliorer la prise en charge coordonnée des patients insuffisants cardiaque ayant été hospitalisés. Anticiper les besoins du patient suite à son retour à domicile (RAD) et fluidifier le parcours ville-hôpital. Diminuer les réhospitalisations pour décompensation cardiaque.	
PERIMETRE D'ANALYSE	Séjours hospitaliers pour insuffisance cardiaque aiguë (Exclusion des hospitalisations de Jour ; Age supérieur ou égal à 40 ans) identifiés sur la base PMSI MCO.	
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Les chiffres de l'établissement seront communiqués par l'Assurance Maladie (AM).	

INDICATEURS NATIONAUX

Indicateur N7 :

EXAMENS PRE ANESTHESIQUES

Sources réglementaires / Référentiels

- **Référentiel 2012 de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) les examens pré-anesthésiques**

Indicateur	Libellé indicateur	Statut
N7-1	Dépenses évitées liées à la diminution des taux recours à des examens pré anesthésiques avant actes de chirurgie mineure.	National
OBJECTIF	Améliorer la pertinence de prescription d'examens pour les actes de chirurgie mineure/Diminuer les écarts aux recommandations de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Harmoniser les pratiques sur l'ensemble du territoire.	
PERIMETRE D'ANALYSE	Examens pré anesthésiques identifiés dans le DCIR avant actes de chirurgie mineure identifiés dans le PMSI.	
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Les chiffres de l'établissement seront communiqués par l'Assurance Maladie (AM).	

INDICATEURS REGIONAUX

➤ Indicateur R1 : IDENTIFICATION DU NUMERO RPPS ET DU NUMERO FINESS DE L'ETABLISSEMENT
➤ Indicateur R2 : AMELIORATION DE LA QUALITE DES PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES POUR MAITRISER L'EVOLUTION DES DEPENSES PHEV DE PRODUITS DE SANTE AVEC IDENTIFICATION DES TROIS CLASSES THERAPEUTIQUES OU DE PRODUITS ET PRESTATIONS LES PLUS SIGNIFICATIVES
➤ Indicateur R3 : DEVELOPPEMENT ET SUIVI DES ACTIVITES DE PHARMACIE CLINIQUE AU REGARD DES RISQUES IDENTIFIES
➤ Indicateur R4 : DEPLOIEMENT D'UNE DEMARCHE CONTINUE D'AMELIORATION DE LA QUALITE, AU REGARD DES MOYENS EXISTANTS, GARANTISSANT UNE TRAÇABILITE DES DMI TOUT AU LONG DU PARCOURS PATIENT ET DES ACTIONS PLURIPROFESSIONNELLES RELATIVES A LA PERTINENCE ET AU BON USAGE DES DM-DMI
➤ Indicateur R5 : SUIVI DES MEDICAMENTS REMBOURSES EN SUS DES GHS <i>Pertinence et respect des prescriptions des médicaments dont les indications sont inscrites sur la liste en SUS</i>
➤ Indicateur R6 : LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES <i>Suivi de la pertinence des prescriptions hospitalières</i>
➤ Indicateur R7 : LA RÉDUCTION DE LA PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS CHEZ LA PERSONNE AGÉE

INDICATEURS REGIONAUX

Indicateur R1 :

IDENTIFICATION DU NUMERO RPPS ET DU NUMERO FINESS DE L'ETABLISSEMENT

Sources réglementaires

- Article R.161-45 du CSS
- Arrêté du 06/04/2011 (JO 16/04/2011), relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé (articles 13 et 14...)
- Note d'information n°DSS/SD1/MCGR/DGOS/2019/234 du 30 août 2019 relative aux obligations d'identification applicables aux prescripteurs au sein des établissements de santé
- Article R1112-2 du CSP : le dossier médical, constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement public ou privé, contient la prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie

Sous - indicateur	Libellé	Eléments de preuve	Remarque
R1-1.0	Taux de prescriptions incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS géographique de l'établissement : nombre d'ordonnances de sortie délivrées précisant les numéros FINESS géographique et RPPS/nombre total d'ordonnances de sortie.	Non	

SOUS - INDICATEUR

R1-1.0 - IDENTIFICATION DU NUMERO RPPS ET DU NUMERO FINESS DE L'ETABLISSEMENT

OBJECTIF	Evaluer le taux d'ordonnances de sortie comportant les numéros FINESS géographique de l'établissement et RPPS du médecin, prérequis réglementaire pour permettre une analyse fine et détaillée des PHEV pour les établissements publics et privés.
PERIMETRE D'ANALYSE	Toutes les prescriptions de sortie exécutées en ville des produits de santé (médicaments et produits de la liste LPPR).
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Lister les différents supports d'ordonnances de sortie.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Les chiffres de l'établissement seront recueillis par l'Assurance Maladie sur le SNDS et communiqués aux établissements.
PONDERATION	12 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSE ATTENDUE</u> : Valeur en %
SCORING	Taux atteint et progression par rapport à l'année n-1 12 points si taux > 95 % 10 points si 85 % < taux ≤ 95 % 8 points si 75 % < taux ≤ 85 % 6 points si taux ≤ 75 % et progression par rapport année (ou période comparable) n-1 supérieure à 5 points 4 points si taux ≤ 75 % et 3 points < progression ≤ 5 points 2 points si taux ≤ 75 % et 0 points < progression ≤ 3 points

INDICATEURS REGIONAUX

Indicateur R2 :

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES PRESCRIPTIONS HOSPITALIÈRES POUR MAÎTRISER L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES PHEV DE PRODUITS DE SANTÉ AVEC IDENTIFICATION DES TROIS CLASSES THÉRAPEUTIQUES OU DE PRODUITS ET PRESTATIONS LES PLUS SIGNIFICATIVES

--

Sous - indicateur	Libellé	Éléments de preuve	Remarque
Objectif 1 : Identification d'une première classe thérapeutique, d'un médicament ou d'une classe de produits et prestations parmi les plus significatifs et mise en place d'un groupe de travail avec élaboration d'un plan d'actions (intégré au programme d'actions du COMEDIMS).			
R2-1.1	Mise en place d'un groupe de travail et élaboration d'un plan d'actions.	A fournir	
R2-1.2	Actions mises en œuvre.	A fournir	
R2-1.3	Suivi des actions mises en œuvre (Echéance, indicateurs).	A fournir	
Objectif 2 : Identification d'une deuxième classe thérapeutique, d'un médicament ou d'une classe de produits et prestations parmi les plus significatifs et mise en place d'un groupe de travail avec élaboration d'un plan d'actions (intégré au programme d'actions du COMEDIMS).			
R2-2.1	Mise en place d'un groupe de travail et élaboration d'un plan d'actions.	A fournir	
R2-2.2	Actions mises en œuvre.	A fournir	
R2-2.3	Suivi des actions mises en œuvre (Echéance, indicateurs).	A fournir	
Objectif 3 : Identification d'une troisième classe thérapeutique, d'un médicament ou d'une classe de produits et prestations parmi les plus significatifs et mise en place d'un groupe de travail avec élaboration d'un plan d'actions (intégré au programme d'actions du COMEDIMS).			
R2-3.1	Mise en place d'un groupe de travail et élaboration d'un plan d'actions.	A fournir	
R2-3.2	Actions mises en œuvre.	A fournir	
R2-3.3	Suivi des actions mises en œuvre (Echéance, indicateurs).	A fournir	

INDICATEUR

R2 - IDENTIFICATION DES 3 CLASSES THERAPEUTIQUES LES PLUS SIGNIFICATIVES (CF. COMMENTAIRES CI-DESSOUS) OU DES TROIS MEDICAMENTS DE L'ETABLISSEMENT ET MISE EN PLACE DES GROUPES DE TRAVAIL AVEC ELABORATION D'UN PLAN D' ACTIONS SUR CES 3 CLASSES (INTEGRE AU PROGRAMME D' ACTIONS DU COMEDIMS).

OBJECTIF	Mettre en œuvre des actions individualisées pour chaque établissement afin de diminuer les dépenses de médicaments et/ou de DM et prestations de la LPP remboursés sur l'enveloppe de soins de ville.
PERIMETRE D'ANALYSE	Médicaments et/ou de DM et prestations de la LPP prescrits sur les ordonnances de sortie remboursées en ville (consultations externes et urgences comprises).
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Disposer des données de l'AM pour identifier les classes.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Constituer un groupe de travail et élaborer un plan d'action pour les médicaments/classes thérapeutiques choisies : - 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 ; - soit pour lesquels il existe une marge de progression définie par l'établissement. Réaliser des actions prévues dans l'année d'évaluation. Assurer un suivi et une évaluation des actions réalisées dans l'année d'évaluation.
PONDERATION	30 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSE ATTENDUE</u> : OUI / NON pour les 3 classes de produits de santé (médicaments et/ou LPP). Exemple pour les sous indicateurs 1.1, 2.1 et 3.1 : - OUI = Des groupes de travail ont été mis en place et un plan d'actions complet a été élaboré - NON = Des groupes de travail n'ont pas été mis en place. <u>ELEMENT DE PREUVE</u> : à fournir : - le plan d'actions complet (groupe technique, PV réunions, éléments de communication, audits...) ; - les actions réalisées ; - le suivi des actions. - La grille de synthèses indicateur R2 disponible dans la rubrique outils de recueil
SCORING	Pour chaque classe de produits de santé (médicaments et/ou LPP). Mise en place d'un groupe de travail et élaboration d'un plan d'actions : 4 points. Actions mises en œuvre : 4 points. Suivi des actions mises en œuvre (Echéance, indicateurs) : 2 points.

INDICATEURS REGIONAUX

Indicateur R3

DEVELOPPEMENT ET SUIVI DES ACTIVITES DE PHARMACIE CLINIQUE AU REGARD DES RISQUES IDENTIFIES

Sources réglementaires

- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé
- Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur
- Décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur

Sous - indicateur	Libellé	Eléments de preuve	Remarque
Objectif 1	Objectifs socles pour le développement et le suivi des activités de pharmacie clinique au regard des risques identifiés.		Obligatoire
R3-1.1	Les situations à risques sont identifiées et un plan d'action est élaboré et validé.	A fournir	
R3-1.2	L'établissement dispose des moyens techniques pour mettre en œuvre et suivre le plan d'action validé.	A fournir	
R3-1.3	L'analyse pharmaceutique de niveau 1 est déployée.	/	
R3-1.4	L'ES s'assure de la formation des professionnels au regard des activités déployées.	A tenir à disposition	
Objectif 2	Des activités de pharmacie clinique sont mises en œuvre de manière coordonnée, suivies et analysées :		Obligatoire
Objectif 2	L'analyse pharmaceutique :		
R3-2.1	AP_ Initial : L'analyse pharmaceutique de niveau 2 et/ou 3 est déployée.	/	
R3-2.2	AP_ Initial : Suivi informatique de la réalisation des analyses pharmaceutiques de niveau 2 et/ou 3.	/	
R3-2.3	AP_ Approfondi : Suivi des IP mis en place.	A tenir à disposition	
R3-2.4	AP_ Optimisé : Evaluation et suivi des actions de pharmacie clinique.	A tenir à disposition	Facultative
Objectif 3	La conciliation :		
R3-3.1	C_ Initial : Projet de conciliation rédigé et validé.	A fournir	
R3-3.2	C_ Approfondi : Evaluation du nombre de bilans de conciliation.	/	
R3-3.3	C_ Approfondi : Evaluation de la transmission des bilans dans le DPI.	A tenir à disposition	
R3-3.4	C_ Optimisé : Lien ville-hôpital.	A tenir à disposition	

Objectif 4		L'entretien pharmaceutique :	Facultatif
R3-4.1	EP_ Initial : Projet de réalisation d'entretien pharmaceutique rédigé et validé.	A fournir	
R3-4.2	EP_ Approfondi : Projets ayant un financement associé.	/	
R3-4.3	EP_ Approfondi : Evaluation du nombre de patients ayant eu au moins 1 entretien pharmaceutique.	/	
R3-4.4	EP_ Optimisé : Lien ville-hôpital.	A tenir à disposition	

SOUS-INDICATEUR

R3-1.1 – LES SITUATIONS A RISQUES SONT IDENTIFIEES ET UN PLAN D’ACTION EST ELABORE ET VALIDE

OBJECTIF	Structurer l’ensemble des activités de pharmacie clinique au regard des risques identifiés et priorisés.
PERIMETRE D’ANALYSE	Analyse des activités/situations à risques pour l’ensemble de l’établissement.
PREREQUIS DE L’INDICATEUR	
METHODOLOGIE DE RECUEIL	<u>1 Cartographie des risques :</u> Une cartographie des risques du circuit du médicament est complétée et actualisée. Pour exemple des outils sont disponibles : → Outil Interdiag de l’ANAP ; → Outil Archimed de l’OMEDIT Ile de France. <u>2/ Plan d’action</u> Le plan d’action de la maîtrise des risques des médicaments incluant des activités de pharmacie clinique est validé par la gouvernance de l’ES et l’instance compétente est mobilisée. Outils mis à disposition par OMEDIT ARA : → Trame de plan d’action.
PONDERATION	3 points
ELEMENT D’APPRECIATION	REPONSE ATTENDUE : 1/ La cartographie des risques du circuit du médicament est complétée et actualisée : OUI/NON ELEMENTS DE PREUVE à fournir : Cartographie des risques complétée. 2/ Le plan d’action de la maîtrise des risques des médicaments incluant des actions de pharmacie clinique est validé par la gouvernance de l’ES et l’instance compétente est mobilisée : OUI/NON/PARTIELLEMENT. ELEMENTS DE PREUVE A fournir : Outil OMEDIT « Trame de plan d'action » complétée et le CR de CME ou CfME dans lequel le plan d’action a été validé.
SCORING	<u>Cibles en 2022, 2023 et 2024 = OUI</u> Elément de preuve Cartographie : - OUI + élément de preuve = Cartographie fournie et complétée/actualisée si nécessaire = 1 point ; - NON = Non fournie ou non actualisée = 0 point. Elément de preuve Plan d’action : - OUI + éléments de preuves = 2 points Trame du plan d’action fournie/actualisée si nécessaire et en adéquation avec les résultats de la cartographie et validée en CME ; - PARTIELLEMENT = 1.5 points Trame du plan d’action fournie/actualisée si nécessaire et en adéquation avec les résultats de la cartographie mais NON VALIDE en CME. NON = Trame du plan d’action non fourni = 0 point

[RETOUR INDICATEUR R3](#)

SOUS-INDICATEUR

R3-1.2 – L'ÉTABLISSEMENT DISPOSE DES MOYENS TECHNIQUES POUR METTRE EN ŒUVRE ET SUIVRE LE PLAN D'ACTION VALIDE

OBJECTIF	Suivre le déploiement d'outils numériques adaptés aux besoins pour la mise en œuvre et le suivi des actions de pharmacie clinique définies dans le plan d'action.
PERIMETRE D'ANALYSE	
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	
METHODOLOGIE DE RECUEIL	<u>1/ Outils numériques au sein de l'établissement:</u> L'établissement dispose d'outils numériques adaptés permettant : a) D'identifier des patients, des médicaments et ou des situations à risques ? OUI/NON/PARTIELLEMENT ; b) De recueillir des données pertinentes d'activités suivies (analyse pharmaceutique) ? OUI/NON/PARTIELLEMENT ; c) De tracer la réalisation des interventions pharmaceutiques et de les quantifier par une requête informatique ? OUI/NON/PARTIELLEMENT ; d) La réalisation des conciliations ? OUI/NON/PARTIELLEMENT/NON CONCERNE ; e) De tracer la réalisation des entretiens pharmaceutiques et de les quantifier par requête ? OUI/NON/PARTIELLEMENT/NON CONCERNE. <u>2/ Messagerie sécurisée</u> La PUI possède un compte générique dans une messagerie sécurisée : OUI/NON.
PONDERATION	4 à 6 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSE ATTENDUE :</u> 1/ L'ES dispose d'outils numériques adaptés permettant : - OUI : si l'outil permet de mettre en œuvre et/ou suivre les actions et interopérable avec le Système d'Information Hospitalière (SIH) ; - NON : si absence d'outil numérique ; - PARTIELLEMENT : un outil est présent ET utilisé mais il ne permet pas de répondre à tous les besoins (ou n'est pas interopérable avec le SIH) ; - NON CONCERNE : si l'activité n'est pas réalisée au sein de l'ES → A justifier en zone de commentaire. <u>ELEMENTS DE PREUVE : à fournir fichier OMEDIT (en cours de construction)</u> Pour chaque OUI : Préciser le nom du logiciel/de l'application ; Pour chaque PARTIELLEMENT : mettre le nom du logiciel et décrire brièvement les limites de l'outil en commentaire ; Pour NON CONCERNE : Justifier en commentaire. 2/ La PUI possède un compte générique dans une messagerie sécurisée : OUI/NON. <u>ELEMENTS DE PREUVE : à tenir à disposition</u> : tout document attestant de la création d'un compte générique dans une messagerie sécurisée.
SCORING	<u>Cible 2022, 2023 et 2024 = OUI</u> 1 / Pour chaque outil numérique au sein de l'établissement: - OUI : 1 point ; - PARTIELLEMENT : 0.5 point ; - NON : 0 point. 2/ Messagerie sécurisée - OUI = 1 point ; - NON = 0 point.

[RETOUR INDICATEUR R3](#)

SOUS-INDICATEUR

R3-1.3 – L'ANALYSE PHARMACEUTIQUE DE NIVEAU 1 EST DÉPLOYÉE

OBJECTIF	Suivre le déploiement de l'analyse pharmaceutique de niveau 1 au moins afin de sécuriser les lits d'hospitalisation complète et de limiter les erreurs de prescription.
PERIMETRE D'ANALYSE	Tous les lits d'hospitalisation complète quelle que soit la durée moyenne de séjour (DMS).
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	
METHODOLOGIE DE RECUEIL	<u>Indicateur de stratégie de déploiement :</u> Il s'agit d'un indicateur à priori visant à quantifier globalement la dynamique de l'activité et non d'un indicateur de mesure de réalisation effective des analyses. Seront pris en compte les lits d'hospitalisation complète pour lesquels une analyse pharmaceutique de niveau 1 au moins est prévue en routine et devra être en cohérence avec le plan d'action.
PONDERATION	3 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSE ATTENDUE :</u> - Nombre de lits couverts par analyse pharmaceutique de niveau 1 au moins ; - Nombre total de lits d'hospitalisation complète. <u>ELEMENTS DE PREUVE :</u> en zone de commentaire préciser la méthodologie de calcul.
SCORING	<u>Cible 2022 = Remontée de la donnée chiffrée</u> - Transmission des nombres = 3 points. <u>Cible 2023-2024 = Progression ou 100%</u>
REMARQUE	L'analyse pharmaceutique de niveau 1 doit correspondre à la prestation de type 1 (dispensation) définie par la SFPC.

[RETOUR INDICATEUR R3](#)

SOUS-INDICATEUR

R3-1.4 – L'ÉTABLISSEMENT S'ASSURE DE LA FORMATION DES PROFESSIONNELS AU REGARD DES ACTIVITÉS DÉPLOYÉES

OBJECTIF	Suivre les actions de formation continue des professionnels en lien avec les activités de pharmacie clinique déployées sur l'établissement.
PERIMÈTRE D'ANALYSE	Tous les professionnels impliqués dans des activités de pharmacie clinique médicaux et paramédicaux y compris les étudiants.
PRÉREQUIS DE L'INDICATEUR	
MÉTHODOLOGIE DE RECUEIL	Tous les professionnels intervenants dans des activités de pharmacie clinique doivent suivre des formations ou participer à des événements permettant l'actualisation des connaissances en présentiel ou distanciel. Il s'agit d'une démarche de formation continue et elle devra être renouvelée chaque année pour tous les agents concernés.
PONDERATION	1 à 3 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSE ATTENDUE :</u> - Analyse pharmaceutique : Nombre d'agents formés/Nombre d'agents concernés ; - Conciliation : Nombre d'agents formés/Nombre d'agents concernés (ou NC) ; - Entretiens pharmaceutiques : Nombre d'agents formés/Nombre d'agents concernés (ou NC). <u>ELEMENTS DE PREUVE : à tenir à disposition :</u> Toute attestation de présence ou de participation à distance à des formations (DPC, DU ou autres), des webinaires dédiés, des journées régionales ou nationales, à des actions régionales (soirée des IP), etc. Les supports de formation en interne de l'établissement peuvent être pris en compte.
SCORING	<u>Cible 2022-2023-2024 = 100%</u> Pour chaque activité : - Atteinte de la cible = 1 point ; - < à la cible = 0 point. + 0.5 point si justification de l'engagement de l'ES pour l'atteinte de la cible : explications de l'écart et description succincte des actions correctives prévues en zone de commentaire.

[RETOUR INDICATEUR R3](#)

SOUS-INDICATEUR

R3-2.1 – AP_ INITIAL : L'ANALYSE PHARMACEUTIQUE DE NIVEAU 2 ET/OU 3 EST DEPLOYEE

OBJECTIF	Suivre le déploiement de l'analyse pharmaceutique de niveau 2 et/ou 3 afin de sécuriser et d'optimiser la prise en charge médicamenteuse des patients, lutter contre la iatrogénie médicamenteuse, etc.
PERIMETRE D'ANALYSE	Tous les lits d'hospitalisation complète quelle que soit la durée moyenne de séjour.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	
METHODOLOGIE DE RECUEIL	<u>Indicateur de stratégie de déploiement :</u> Il s'agit d'un indicateur à priori visant à quantifier globalement la dynamique de l'activité et non d'un indicateur de mesure de réalisation effective des analyses. Seront pris en compte les lits d'hospitalisation complète pour lesquels une analyse pharmaceutique de niveau 2 au moins est prévue en routine et devra être en cohérence avec le plan d'action de la maîtrise du risque.
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSE ATTENDUE :</u> - Nombre de lits couverts par analyse pharmaceutique de niveau 2 et /ou 3 ; - Nombre total de lits d'hospitalisation complète. <u>ELEMENTS DE PREUVE :</u> Devront être en cohérence avec le plan d'action de la maîtrise du risque.
SCORING	<u>Cible 2022 = Remontée de la donnée chiffrée</u> - Transmission des nombres = 2 points. <u>Cible 2023-2024 = Progression ou 100 %</u>
REMARQUE	L'analyse pharmaceutique de niveau 2/3 doit correspondre aux prestations de type 2 (bilan de médication) et 3 (plan pharmaceutique personnalisé) définies par la SFPC. Pour les ES qui ciblent les médicaments ou les patients à risque, il est attendu une estimation du pourcentage de patients (à risque ou ayant un médicament à risque) entrés dans l'établissement au cours de l'année.

[RETOUR INDICATEUR R3](#)

SOUS-INDICATEUR

R3-2.2 – AP_INITIAL : SUIVI INFORMATIQUE DE LA REALISATION DES ANALYSES PHARMACEUTIQUES DE NIVEAU 2 ET/OU 3

OBJECTIF	Quantifier les séjours couverts de manière effective par l'analyse pharmaceutique de niveau 2 au moins afin de sécuriser et d'optimiser la prise en charge médicamenteuse des patients, lutter contre la iatrogénie médicamenteuse, etc.
PERIMETRE D'ANALYSE	Tous les séjours quelle que soit la durée moyenne de séjour (y compris l'hôpital de jour, la chirurgie ambulatoire).
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Avoir un/des logiciels permettant de recueillir informatiquement le nombre de séjour. Avoir un/des logiciels permettant d'identifier les patients (=séjours) qui ont bénéficié d'au moins une analyse pharmaceutique de leur prescription.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	<u>Indicateur de réalisation :</u> - <u>Nombre de séjours total</u> : Recueil informatique possible : OUI/NON/PARTIELLEMENT. Si OUI, il correspondra au nombre de séjours annuels dans les unités de soin. - <u>Nombre de séjours ciblés</u> : Recueil informatique possible : OUI/NON/PARTIELLEMENT. Si OUI, il correspondra au nombre de séjours ciblés annuels dans les unités de soin selon des critères définis. + Expliquer en zone de commentaire la stratégie de ciblage et sa mise en œuvre informatique. - <u>Nombre de patients analysés au moins de niveau 2</u> : Recueil informatique possible : OUI/NON/PARTIELLEMENT. Si OUI, correspondra au nombre de patients ayant eu une analyse pharmaceutique de niveau 2 au moins au cours de son séjour. Il s'agit d'un indicateur de mesure de réalisation effective des analyses pharmaceutiques.
PONDERATION	3 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSES ATTENDUES :</u> 1-Recueil informatique possible : OUI/NON/PARTIELLEMENT. <u>ELEMENTS DE PREUVE :</u> pour les PARTIELLEMENT : Expliquer en zone de commentaire la méthodologie de recueil de la donnée. 2- Nombre de séjours/Nombre de patients <u>ELEMENTS DE PREUVE :</u> pour les séjours ciblés : expliquer en zone de commentaire la stratégie de ciblage et sa mise en œuvre informatique.
SCORING	<u>Cible 2022 = Remontée de la donnée chiffrée</u> - OUI + Donnée chiffrée = 1 point ; - PARTIELLEMENT = 0,5 point ; - NON = 0 point. <u>Cible 2023-2024 = Progression ou 100 %</u> : Scoring selon les données remontées en 2022
REMARQUE	La répartition des séjours analysés en niveau 2 ou 3 est laissée à l'appréciation des professionnels au regard de leurs pratiques et de la définition du niveau d'analyse.

[RETOUR INDICATEUR R3](#)

SOUS-INDICATEUR

R3- 2.3 – AP_ APPROFONDI : SUIVI DES IP MIS EN PLACE

OBJECTIF	Quantifier et suivre le devenir des interventions pharmaceutiques réalisées
PERIMETRE D'ANALYSE	Toutes les interventions pharmaceutiques réalisées puis tracées dans le cadre de l'analyse pharmaceutique sont comptabilisées
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Avoir un/des logiciels permettant de recueillir et suivre le devenir des interventions pharmaceutiques
METHODOLOGIE DE RECUEIL	<u>Indicateur de qualité :</u> - Nombre IP total réalisées - Nombre IP acceptées
PONDERATION	3 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSES ATTENDUES :</u> - Nombre IP total réalisées - Nombre IP acceptées <u>ELEMENTS DE PREUVE :</u> <i>A tenir à disposition</i> : le document de synthèse de la requête
SCORING	<u>Cible 2022 = Remontée de la donnée chiffrée</u> - Transmission des nombres = 3 points <u>Cible 2023-2024 = Progression ou 100%</u> Scoring selon les données remontées en 2022
REMARQUE	En cas d'absence de logiciel permettant le recueil et ou le suivi des IP : préciser en zone de commentaire les valeurs numériques à 0

[RETOUR INDICATEUR R3](#)

SOUS-INDICATEUR

R3- 2.4 – AP_ OPTIMISE : EVALUATION ET SUIVI DES ACTIONS DE PHARMACIE CLINIQUE

OBJECTIF	Effectuer un bilan des analyses pharmaceutiques et interventions pharmaceutiques. Analyser le bilan d'activité avec l'unité de soin concernée afin d'optimiser les pratiques, de cibler les interventions jugées les plus pertinentes (maîtrise du risque) et améliorer la prise en charge médicamenteuse du patient.
PERIMETRE D'ANALYSE	Toutes les unités de soins couvertes par une activité de pharmacie clinique.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Avoir déployé des actions de pharmacie clinique telles que l'analyse pharmaceutique par exemple.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Des réunions pluridisciplinaires sont mises en place afin de suivre et évaluer les actions de pharmacie clinique, notamment avec la réalisation d'une revue des IP par exemple → Si OUI, nombre d'unités de soins concernées.
PONDERATION	3 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSES ATTENDUES</u> : - Des réunions pluridisciplinaires sont mises en place : OUI/NON ; - Nombre d'unités de soins concernées. <u>ELEMENTS DE PREUVE</u> : A Transmettre : Diaporama/document d'analyse et CR de réunion.
SCORING	<u>Cible 2022</u> = OUI - OUI + Nombres transmis et éléments de preuve = 3 points. <u>Cible 2023, 2024</u> = OUI + progression - OUI + progression et éléments de preuve = 3 points ; - OUI sans progression mais justification en zone de commentaire = 2 points. NON = 0 point.

[RETOUR INDICATEUR R3](#)

SOUS-INDICATEUR

R3- 3.1– C_ INITIAL : PROJET DE CONCILIATION REDIGE ET VALIDE

OBJECTIF	Toute activité de conciliation doit préalablement faire l'objet d'un projet rédigé et validé en instance en conformité avec le programme de travail de la maîtrise du risque de la prise en charge médicamenteuse.
PERIMETRE D'ANALYSE	Toutes les unités de soins répondant aux critères de priorisation établis dans le plan d'action.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Un projet rédigé doit contenir à minima : • Les rédacteurs du projet et leurs professions ; • Identification du/des risque(s) maîtrisé(s) = cible (patient/médicament/situation/etc.) ; • Le ou les services concernés ; • Une estimation globale du nombre de patients concernés sur l'établissement pour une année ; • Méthodologie de mise en œuvre : personnes dédiées, méthodologie d'identification des patients (outil utilisé), moment de réalisation (préciser si conciliation d'entrée et/ou de sortie) et fréquence de réalisation, méthodologie de réalisation dont les 3 sources, outils utilisés pour la réalisation et la communication ; • Description d'une coordination ville/hôpital ; • Indicateur de suivi d'activité et de traçabilité dans le DPI et DMP ; • Objectif annuel de réalisation au regard des moyens ; • Indicateurs d'évaluation du projet, méthodologie d'analyse des pratiques et REX du projet.
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSES ATTENDUES :</u> - OUI : projet rédigé et validé + Document projet joint en élément de preuve ; - En cours : projet rédigé mais non encore validé ou non initié + Document projet joint en élément de preuve ; - NON : pas de projet de conciliation rédigé alors que l'activité a débuté. Possibilité de cocher NON CONCERNE pour les ES n'ayant pas souhaité débiter d'activité de conciliation. <u>ELEMENTS DE PREUVE :</u> à fournir si oui et en cours : Projet rédigé.
SCORING	<u>Cible 2022 - 2023-2024 = OUI + éléments de preuve</u> - OUI + éléments de preuve= 2 points ; - En cours = 1 point ; - NON = 0 point.

[RETOUR INDICATEUR R3](#)

SOUS-INDICATEUR

R3- 3.2– C_ APPROFONDI : EVALUATION DU NOMBRE DE BILANS DE CONCILIATION

OBJECTIF	Quantifier et suivre l'activité de conciliation médicamenteuse.
PERIMETRE D'ANALYSE	Selon le ciblage décrit dans le projet.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Avoir structuré et déployé son suivi de conciliation.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	<u>Indicateur de réalisation :</u> A l'aide d'un outil de suivi et selon la méthodologie décrite dans le projet : - Rapporter le nombre de conciliations effectuées (= numérateur) ; - Rapporter le nombre de patients théoriquement ciblés (= dénominateur). Puis analyser et commenter le résultat obtenu au regard de l'objectif théorique initialement défini.
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSE ATTENDUE :</u> - Nombre de patients ayant au moins 1 bilan de conciliation réalisé au cours de son séjour ; - Nombre de séjours de patients ciblés (par défaut Nombre total patient). Possibilité de cocher NON CONCERNE pour les ES n'ayant pas souhaité débiter d'activité de conciliation. <u>ELEMENT DE PREUVE :</u> En zone de commentaire = détailler la cible à atteindre et commenter le résultat annuel au regard de l'objectif initialement défini.
SCORING	<u>Cible 2022 = Remontée de la donnée chiffrée</u> - Transmission des nombres + cible et commentaire si écart à la cible= 2 points. <u>Cible 2023-2024 = Progression ou 100%</u> Scoring selon les données remontées en 2022.
REMARQUE	Le bilan de conciliation doit correspondre au bilan de médication comme défini par la SFPC.

[RETOUR INDICATEUR R3](#)

SOUS-INDICATEUR

Indicateur de conciliation
=> Facultatif

R3- 3.3– C_ APPROFONDI : EVALUATION DE LA TRANSMISSION DES BILANS DANS LE DPI

OBJECTIF	Quantifier et suivre la transmission des bilans de conciliation au sein de l'établissement dans le Dossier Patient Informatisé (DPI).
PERIMETRE D'ANALYSE	Tous les patients ayant eu un bilan de conciliation.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Avoir réalisé des bilans de conciliation. Disposer d'un outil informatique permettant la réalisation de requête.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	<u>Indicateur de qualité :</u> Méthodologie de mesure par requête informatique dans le DPI : présence d'un bilan de conciliation.
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSE ATTENDUE :</u> - Nombre de bilans transmis dans le DPI ; - Nombre total de conciliations réalisées. Possibilité de cocher NON CONCERNE pour les ES n'ayant pas souhaité débiter d'activité de conciliation. <u>ELEMENT DE PREUVE :</u> Résultats de la requête à tenir à disposition. + En zone de commentaire = Préciser les modalités de la requête et en cas d'écart à la cible commenter le résultat.
SCORING	<u>Cible 2022-2023-2024 = 100%</u> - Cible atteinte + description de la méthodologie = 1 point ; - < à la cible mais justification = 0,5 point.
REMARQUE	La requête informatique devra garantir la présence d'un bilan de conciliation dans le DPI. En absence de requête, renseigner 0 au numérateur et dénominateur.

[RETOUR INDICATEUR R3](#)

SOUS-INDICATEUR

R3- 3.4– C_ OPTIMISE : LIEN VILLE HOPITAL

**Indicateur de conciliation
=> Facultatif**

OBJECTIF	Quantifier et suivre la transmission des bilans de conciliation à un professionnel libéral intervenant dans la prise en charge du patient.
PERIMETRE D'ANALYSE	Tous les patients ayant eu un bilan de conciliation de sortie.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Avoir réalisé des bilans de conciliation de sortie. Disposer d'un outil informatique permettant la réalisation de requête.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	<u>Indicateur de qualité :</u> Requête informatique des messageries sécurisées et/ou du Dossier Médical Partagé (DMP).
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSE ATTENDUE :</u> - Nombre de bilans transmis dans le DMP ou par messageries sécurisés ; - Nombre total de conciliations réalisées. Possibilité de cocher NON CONCERNE pour les ES n'ayant pas souhaité débiter d'activité de conciliation. <u>ELEMENT DE PREUVE :</u> Résultats de la requête à tenir à disposition. + En zone de commentaire = Préciser les modalités de la requête et en cas d'écart à la cible commenter le résultat.
SCORING	<u>Cible 2022-2023-2024 = 100%</u> - Cible atteinte + description de la méthodologie = 2 points ; - < à la cible mais justification = 1 point.
REMARQUE	Les requêtes informatiques devront garantir la présence d'un bilan de conciliation de sortie dans le DMP ou en pièce jointe d'un mail ou dans un corps de mail à destination d'un professionnel libéral. En absence de suivi, renseigner 0 au numérateur et dénominateur.

[RETOUR INDICATEUR R3](#)

SOUS-INDICATEUR

Indicateur entretien pharmaceutique
=> Facultatif

R3- 4.1– EP_ INITIAL : PROJET DE REALISATION D'ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE REDIGE ET VALIDE

OBJECTIF	Toute activité d'entretien pharmaceutique doit préalablement faire l'objet d'un projet rédigé et validé en instance en conformité avec le programme de travail de la maîtrise du risque de la prise en charge médicamenteuse.
PERIMETRE D'ANALYSE	Toutes les unités de soins couvertes par une activité de pharmacie clinique.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Un projet rédigé doit contenir à minima : • Les rédacteurs du projet et leur profession ; • Identification du/des risque(s) maîtrisé(s) = cible (patient/médicament/situation/etc.). • Le ou les services concernés ; • Présence ou non d'un financement ; • Une estimation globale du nombre de patients concernés sur l'établissement pour une année ; • Méthodologie de mise en œuvre : personnes dédiés, méthodologie d'identification des patients (outil utilisé), moment et fréquence de réalisation, méthodologie d'analyse, outils utilisés pour la réalisation et communication ; • Description d'une coordination ville/hôpital ; • Indicateur de suivi d'activité et de traçabilité dans le DMP ; • Objectif annuel de réalisation au regard des moyens ; • Indicateurs d'évaluation du projet, méthodologie d'analyse des pratiques et REX du projet.
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION	REPONSES ATTENDUES : - OUI : projet rédigé et validé + Document projet joint en élément de preuve ; - En cours : projet rédigé mais non encore validé ou non initié + Document projet joint en élément de preuve ; - NON : pas de projet d'entretien pharmaceutique rédigé alors que l'activité a débuté. Possibilité de cocher NON CONCERNE pour les ES n'ayant pas souhaité débiter d'activité d'entretiens pharmaceutiques. ELEMENTS DE PREUVE : à fournir si oui et en cours : Projet rédigé.
SCORING	Cible 2022-2023-2024 = OUI + élément de preuve - OUI + éléments de preuve= 2 points ; - En cours = 1 point ; - NON = 0 point.

[RETOUR INDICATEUR R3](#)

SOUS-INDICATEUR

**Indicateur entretien pharmaceutique
=> Facultatif**

R3- 4.2– EP_ APPROFONDI : PROJETS AYANT UN FINANCEMENT ASSOCIE

OBJECTIF	Inciter l'élaboration de projets d'entretiens pharmaceutiques dans le cadre d'activités pouvant être financées.
PERIMETRE D'ANALYSE	Parmi le(s) projet(s) décrit(s) dans l'indicateur précédent R3-4.1.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Avoir initié un projet d'entretiens pharmaceutiques.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION	REPONSE ATTENDUE : - Un ou des projets ont un financement (Dans le cadre d'un programme d'ETP ou de consultation pluridisciplinaires) : OUI/NON/NON CONCERNE ; - Si OUI : Nombre projets intégrés dans un financement/Nombre Total de projets. Possibilité de cocher NON CONCERNE pour les ES n'ayant pas souhaité débiter d'activité d'entretiens pharmaceutiques.
SCORING	Cible 2022 = OUI. - OUI + Nombres transmis = 1 point. Cible 2023, 2024 = OUI + progression. - OUI + progression = 1 point ; - OUI sans progression mais justification en zone de commentaire = 0.5 points ; - NON = 0 point.
REMARQUE	Exclure de ce calcul (numérateur et dénominateur) les projets financés dans les expérimentations via l'article 51 de la LFSS.

[RETOUR INDICATEUR R3](#)

SOUS-INDICATEUR

R3- 4.3– EP_ APPROFONDI : EVALUATION DU NOMBRE DE PATIENTS AYANT EU AU MOINS 1 ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE

OBJECTIF	Quantifier et suivre l'activité des entretiens pharmaceutiques.
PERIMETRE D'ANALYSE	Selon le ciblage décrit dans le projet.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Avoir structuré et déployé son suivi des entretiens pharmaceutiques.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	<u>Indicateur de réalisation :</u> A l'aide d'un outil de suivi rapporter le nombre de patient ayant eu au moins un entretien pharmaceutique effectué (= numérateur). Selon la méthodologie décrite dans le projet et à l'aide d'un outil de suivi, rapporter le nombre de patients théoriquement ciblés (= dénominateur). Puis analyser et commenter le résultat obtenu au regard de l'objectif théorique initialement défini.
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSE ATTENDUE :</u> - Nombre de patients ayant eu au moins un entretien (hors conciliation) ; - Nombre total de patients ciblés. Possibilité de cocher NON CONCERNE pour les ES n'ayant pas souhaité débiter d'activité d'entretiens pharmaceutiques. <u>ELEMENT DE PREUVE :</u> En zone de commentaire = détailler la cible à atteindre et commenter le résultat annuel au regard de l'objectif initialement défini.
SCORING	<u>Cible 2022 = Remontée de la donnée chiffrée.</u> - Transmission des nombres + cible et commentaire si écart à la cible= 2 points. <u>Cible 2023-2024 = Progression ou 100 %.</u> Scoring selon les données remontées en 2022.
REMARQUE	Les entretiens effectués dans le cadre de la conciliation médicamenteuse <u>ne sont pas</u> à comptabiliser dans cet indicateur. Ils le sont dans l'indicateur R3-3.2. Tous les autres type d'entretien sont à prendre en compte (y compris dans le cadre de l'ETP- cf. fiche mémo entretiens pharmaceutique de la SFPC).

[RETOUR INDICATEUR R3](#)

SOUS-INDICATEUR

R3- 4.4– EP_ OPTIMISE : LIEN VILLE HOPITAL

OBJECTIF	Quantifier et suivre la transmission de documents de synthèse d'entretiens pharmaceutiques aux professionnels libéraux intervenant dans la prise en charge du patient.
PERIMETRE D'ANALYSE	Tous les patients ayant bénéficié d'un entretien pharmaceutique.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Avoir réalisé des entretiens pharmaceutiques.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Indicateur de qualité : Requête informatique des messageries sécurisées et/ou du Dossier Médical Partagé (DMP).
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION	REPONSE ATTENDUE : - Nombre de patients ayant un document de synthèse* transmis (via le DMP ou par messagerie sécurisée) à un professionnel libéral intervenant dans la prise en charge du patient pour chaque entretien le nécessitant ; - Nombre total d'entretiens patients réalisés ayant nécessité un document de synthèse. Possibilité de cocher NON CONCERNE pour les ES n'ayant pas souhaité débiter d'activité d'entretiens pharmaceutiques. <i>*Le document de synthèse correspond à tous les documents jugés pertinents par l'établissement synthétisant les points clés de l'entretien pharmaceutique et les documents remis aux patients.</i> ELEMENT DE PREUVE : En zone de commentaire = Préciser les modalités de la requête et en cas d'écart à la cible commenter le résultat.
SCORING	Cible 2022-2023-2024 = 100 % - Cible atteinte + description de la méthodologie = 2 points ; - < à la cible mais justification = 1 point.
REMARQUE	Les requêtes informatiques devront garantir la présence d'un document de synthèse de l'entretien pharmaceutique dans le DMP ou en pièce jointe d'un mail ou dans un corps de mail à destination d'un professionnel libéral. En absence de suivi, renseigner 0 au numérateur et dénominateur.

[RETOUR INDICATEUR R3](#)

INDICATEURS REGIONAUX

Indicateur R4

DEPLOIEMENT D'UNE DEMARCHE CONTINUE D'AMELIORATION DE LA QUALITE AU REGARD DES MOYENS EXISTANTS, GARANTISSANT UNE TRAÇABILITE DES DMI TOUT AU LONG DU PARCOURS PATIENT ET DES ACTIONS PLURIPROFESSIONNELLES RELATIVES A LA PERTINENCE ET AU BON USAGE DES DM-DMI

Sources réglementaires

- [Règlement Européen relatif aux DM](#)
- [Arrêté relatif au Système du management de la qualité du circuit des DMI](#)

Sous - indicateur	Libellé	Éléments de preuve	Remarque
Objectif 1	Evaluer les moyens pour un circuit du DM-DMI et des actions coordonnées ville hôpital.		
R4-1.1 et R4-1.2	Réalisation de la cartographie des données informatiques du circuit du DMI et Taux de point de rupture de l'informatisation des données aux différentes étapes du circuit du DM-DMI.	A fournir	
Objectif 2	Promouvoir le déploiement d'une démarche qualité et des actions de pharmacie clinique en lien avec la gouvernance de l'ES.		
R4-2.1	La gouvernance de l'ES s'assure de la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.	A fournir	
R4-2.2	Des actions de bon usage des DM et actions de pharmacie clinique sont déployées.		
R4-2.3	Réalisation d'audits sur les indications de pose/prescriptions des DMI/DM.	A fournir	
Objectif 3	Mettre en œuvre et suivre les exigences réglementaires concernant la traçabilité des DMI.		
R4-3.1	Taux de traçabilité de l'identifiant IUD pour une classe de DMI donnée (quand apposé sur le DMI).	A fournir	
	Taux de codage dans le PMSI des DM intra-GHS.	A tenir à disposition	
	La PUI informe a minima annuellement la CME/CfME sur l'analyse des poses de DMI et leur évolution.	A fournir	
R4-3.2	Réalisation d'audits sur l'information patient et lien ville-hôpital : • Taux de traçabilité de l'information de la transmission de la carte d'implant au patient ; • Taux de cartes d'implant présentes dans le DMP ;	A fournir	Audits en alternance

- Taux de traçabilité des données relatives au DMI implanté dans le DMP.

SOUS-INDICATEUR

R4-1.1 ET R4-1.2 - EVALUER LES MOYENS POUR UN CIRCUIT DU DM-DMI ET DES ACTIONS COORDONNEES VILLE HOPITAL

OBJECTIF	<i>Evaluer les moyens pour un circuit du DM-DMI et des actions coordonnées ville hôpital.</i>
PERIMETRE D'ANALYSE	Circuit des DMI (y compris en dépôt).
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Méthode : - Réalisation de la cartographie des outils informatiques et des données renseignées à chaque étape du circuit du DM ; - Identification des points de rupture de l'informatisation des données. Outils mis à disposition par l'OMEDIT ARA : - Cartographie vierge circuit informatique DM/DMI ("Cartographie RESOMEDIT").
PONDERATION	4 points
ELEMENT D'APPRECIATION	REPONSES ATTENDUES : - Cartographie complétée : OUI/NON ; - Pourcentage de points de rupture = Nombre d'étapes non interopérables/Nombre total d'étapes évaluées * 100 (Soit 100 – taux d'interopérabilité circuit global dans l'onglet synthèse). ELEMENT DE PREUVE à fournir : Cartographie du circuit informatique DM/DMI.
SCORING	➤ <u>Cartographie des données informatiques du circuit des DMI :</u> <u>Cible en 2022, 2023 et 2024</u> = OUI +élément de preuve Cartographie complétée. - Fournie, complète et plan d'action actualisé = 2 points ; - Fournie et incomplète ou plan d'action non actualisé = 1 point ; - Non fournie = 0 point. ➤ <u>Pourcentage points de rupture :</u> <u>Cible en 2022</u> = Remontée de données. - Communication du taux de points de ruptures=2 points. <u>Cibles en 2023 et 2024= Progression ou 0 % de points de rupture.</u> - Taux cible atteint = 2 points ; - Taux < 30 % = 1,5 points ; - Taux < 60 % = 1 point ; - Taux < 80 % = 0,5 point. + 0,5 point si justification de l'engagement de l'ES pour l'atteinte de la cible : bilan des actions menées et/ou en cours en zone de commentaire.
REMARQUES	Pour le remplissage de la cartographie des outils informatiques : Si coexistence de plusieurs logiciels (exemple cardio report) : renseignez une seule cartographie avec le logiciel le plus utilisé et signalez les éventuels écarts avec le second logiciel dans la case commentaire.

[RETOUR INDICATEUR R4](#)

SOUS-INDICATEUR

R4-2.1 – LA GOUVERNANCE DE L'ES S'ASSURE DE LA MISE EN ŒUVRE D'UNE DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

OBJECTIF	Promouvoir le déploiement d'une démarche d'amélioration continue de la qualité en lien avec la gouvernance.
PERIMETRE D'ANALYSE	Circuit des DM/DMI (y compris en dépôt).
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Méthode: - Réaliser une cartographie des risques ; - Etablir un plan d'actions de la maîtrise des risques DM/DMI validé par la gouvernance de l'ES et l'instance compétente. Outils mis à disposition pour exemple : - Lien vers le site de l'ANAP et l'outil interdiag DMS-DMI 2021: Pharmacie - Biologie - Stérilisation - Diagnostiquer les risques liés à la prise en charge des Dispositifs Médicaux Stériles et Dispositifs Médicaux Implantables : Inter Diag DMS-DMI 2021 (anap.fr). Outils mis à disposition par OMEDIT ARA : - Trame de plan d'actions de maîtrise des risques.
PONDERATION	3 points
ELEMENT D'APPRECIATION	REPONSE ATTENDUE : - Cartographie des risques réalisée : OUI/NON ; - Plan d'actions établi et validé : OUI/NON. ELEMENT DE PREUVE à fournir : Cartographie des risques et plan d'actions + CR présentation en CME.
SCORING	Cibles en 2022, 2023 et 2024 = OUI +éléments de preuves Cartographie réalisée et plan d'action établi et validé Elément de preuve Cartographie: - Fournie et complétée/actualisée si nécessaire = 1 point - Non fournie = 0 point Elément de preuve Plan d'action: - Fourni/actualisé si nécessaire et en adéquation avec les résultats de la cartographie = 1,5 point - Présenté en CME (CR CME et support présentation) = 0,5 point Non fourni = 0 point
REMARQUES	Le plan d'action pourra contenir des actions de maîtrise des risques quel que soit leur niveau de criticité. Il devra contenir aussi les actions de maîtrise des risques déployées et intégrées à la routine.

[RETOUR INDICATEUR R4](#)

SOUS-INDICATEUR

R4-2.2 – DES ACTION DE BON USAGE DES DM ET DE PHARMACIE CLINIQUE SONT DEPLOYEES

OBJECTIF	Promouvoir le déploiement d'activités de pharmacie clinique et de bon usage des DM.
PERIMETRE D'ANALYSE	Tous les DM/DML.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Toute action de bon usage devra être préalablement citée dans le plan d'action du 2.1.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Des actions de promotion du bon usage des DM sont déployées : OUI/NON. Si OUI : - Nombre de classes de DM concernées par ces actions (aires thérapeutiques) ; - Parmi ces classes combien ont au moins 1 action réalisée avec une approche pluridisciplinaire autour du parcours de soin, coordination des soins ou lien ville hôpital.
PONDERATION	3 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSES ATTENDUES</u> : - OUI = des actions sont déployées/NON = aucune action déployée ; - Nombre de classes de DM différentes concernées ; - Nombre de classes de DM concernées par une approche pluridisciplinaire coordination des soins et/ou un lien ville hôpital. <u>ELEMENT DE PREUVE</u> : aucun.
SCORING	<u>Cibles en 2022, 2023 et 2024 = OUI</u> des actions sont déployées. - OUI + nombres renseignés = 3 points ; - NON = 0 point.
REMARQUES	Toute action de bon usage transversale impactant l'hôpital et la ville (exemple dans le cadre des PHEV) pourra aussi être comptabilisée dans cet indicateur.

[RETOUR INDICATEUR R4](#)

SOUS-INDICATEUR

R4-2.3 - REALISATION D'AUDITS SUR LES INDICATIONS DE POSE/PRESCRIPTIONS DES DMI/DM

OBJECTIF	Evaluer les pratiques de pose/prescription des DMI/DM au sein de l'établissement.
PERIMETRE D'ANALYSE	DMI : Classe définie annuellement (Cf. guide méthodologique des audits CAQES). Ou possibilité d'auditer d'autres DM ou DMI si priorisés dans le plan d'action de la maîtrise des risques. A faire valider par l'OMEDIT en amont.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Audits définis dans le plan d'action de maîtrise des risques.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Un audit sur les indications de pose/prescription a été réalisé. Si OUI : - Pourcentage de DM implantés respectant les indications et conditions de pose de la LPP ; - OU - Pourcentage d'indication de pose conforme (DM ou DMI hors LPP). Outils mis à disposition par l'OMEDIT ARA pour la classe définie : - Méthodologie de l'audit et grille de recueil. <u>ELEMENT DE PREUVE à fournir</u> : Rapport d'audit.
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSES ATTENDUES</u> : - OUI = audit réalisé/NON = pas d'audit réalisé ; - Pourcentage de conformité.
SCORING	<u>Cibles en 2022, 2023 et 2024</u> = OUI audit réalisé + élément de preuve - OUI + rapport d'audit = 2 points ; - NON = 0 point.

[RETOUR INDICATEUR R4](#)

SOUS-INDICATEUR

R4-3.1 – TAUX DE TRAÇABILITE DE L'IDENTIFIANT IUD POUR UNE CLASSE DE DMI DONNE

OBJECTIF	Suivi des données de traçabilité hospitalière des DMI et de l'IUD.
PERIMETRE D'ANALYSE	Une classe de DMI.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Avoir initié l'implémentation de l'IUD dans le circuit informatique du DMI.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Audit de la traçabilité de l'IUD pour une classe de DMI donnée (quand apposé sur le DMI). Outils mis à disposition par l'OMEDIT ARA : - Méthodologie des audits et grilles de recueil. <u>ELEMENT DE PREUVE à fournir</u> : Rapport d'audit.
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSES ATTENDUES</u> : Taux de traçabilité de l'IUD.
SCORING	<u>Cibles en 2022, 2023 et 2024 = 100 %</u> - Réalisation de l'audit : OUI + rapport= 1 point/NON = 0 point ; - Taux cible atteint = 1 point ; - + justification d'écart à la cible et mesures correctives (inclues dans le rapport d'audit) = 0,5 point.

SOUS-INDICATEUR

R4-3.1 – TAUX DE CODAGE DANS LE PMSI DES DM INTRA-GHS

OBJECTIF	Suivi des données de traçabilité hospitalière des DM intra-GHS.
PERIMETRE D'ANALYSE	Toutes les catégories de DM intra-GHS pour lesquelles l'ES est concerné.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Utiliser des DM intra-GHS.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Nombre DM intra-GHS déclarés dans les FICHCOMP envoyés (extraction DIM)/Nombre de DM intra-GHS utilisés (extraction PUI). DM intra-GHS utilisés = poses + échecs de pose. Période d'analyse : Tous les DM intra-GHS utilisés au cours de l'année étudiée*. <i>*Pour 2022, le suivi portera sur les 6 derniers mois de l'année (juillet à décembre).</i> Liste des DM intra-GHS : Liste des produits de santé financés au titre des prestations d'hospitalisation prévue à l'article L. 165-11 du code de la sécurité sociale - Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr). <u>ELEMENT DE PREUVE à tenir à disposition</u> : Fichiers FICHCOMP et extraction PUI.

PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSES ATTENDUES</u> : Taux de codage dans le PMSI.
SCORING	<u>Cibles en 2022, 2023 et 2024 = 100 %</u> Atteinte de la cible : OUI = 2 points/NON = 0 point ; + 1 point si justification de l'engagement de l'ES pour l'atteinte de la cible : explications de l'écart et description succincte des actions correctives en cours en zone de commentaire.

SOUS-INDICATEUR

R4-3.1 – LA PUI INFORME A MINIMA ANNUELLEMENT LA CME/CfME SUR L'ANALYSE DES POSES DE DMI ET LEUR EVOLUTION

OBJECTIF	Sensibiliser la gouvernance sur les évolutions des poses de DMI hors GHS accompagnés le cas échéant de leur argumentaire.
PERIMETRE D'ANALYSE	Tous les DMI de la LPP (ne concerne pas uniquement les TAVI).
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	
METHODOLOGIE DE RECUEIL	La PUI informe a minima annuellement la CME/CfME sur l'analyse des poses de DMI Hors GHS et leur évolution : OUI/NON. <u>ELEMENT DE PREUVE à fournir</u> : CR CME +/- support de présentation.
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSES ATTENDUES</u> : - OUI = information annuelle réalisée ; - NON = pas d'information annuelle.
SCORING	<u>Cibles en 2022, 2023 et 2024 = OUI + élément de preuve.</u> - OUI + élément de preuve = 2 points ; - NON = 0 point .

[RETOUR INDICATEUR R4](#)

SOUS-INDICATEUR

R4-3.2 - REALISATION D'AUDITS SUR L'INFORMATION PATIENT ET LIEN VILLE-HOPITAL

OBJECTIF	Evaluer les informations transmises au patient sur ses DMI tout au long de son parcours avec un lien ville-hôpital.
PERIMETRE D'ANALYSE	Une classe de DMI.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	
METHODOLOGIE DE RECUEIL	<u>Audit sur l'information patient (carte d'implant), en alternance :</u> - Taux de traçabilité dans le DPI de la remise de la carte d'implant au patient (scoré 2022 et 2023) ; - Taux de transmission dans le DMP du patient de la carte d'implant (Neutralisé 2022-2023 puis scoré 2024). <u>Audit lien ville hôpital (lettre de liaison)</u> - Taux de transmission dans le DMP du patient de la lettre de liaison contenant les informations relatives du DM implanté (Neutralisé 2022-2023 puis scoré 2024). Outils mis à disposition par l'OMEDIT ARA : - Méthodologie des audits et grilles de recueil. <u>ELEMENT DE PREUVE à fournir</u> : Rapports d'audit.
PONDERATION	2 points/audit réalisé
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSES ATTENDUES année N (2022) :</u> - Nombre de dossier patients contenant l'information de la remise de la carte d'implant au patient/Nombre d'interventions. <u>REPONSES ATTENDUES année N+1 (2023) :</u> - Nombre de dossier patients contenant l'information de la remise de la carte d'implant au patient/Nombre d'interventions. <u>REPONSES ATTENDUES année N+2 (2024) :</u> - Nombre de DMP contenant la carte d'implant/Nombre d'interventions ; - Nombre de lettres de liaison transmises dans le DMP contenant les informations relatives du DM implanté/Nombre total de lettre de liaison transmises.
SCORING	<u>Cibles en 2022 et 2023 = Progression ou 100 %</u> - Réalisation de l'audit : OUI + rapport= 1 point / NON = 0 point ; - Taux cible atteint = 1 point ; - Progression si non atteinte de la cible = 0,5 point. <u>Cibles en 2024 = Remontée d'informations</u>

[RETOUR INDICATEUR R4](#)

INDICATEURS REGIONAUX

Indicateur R5

SUIVI DES MEDICAMENTS REMBOURSES EN SUS DES GHS : *Pertinence et respect des prescriptions des médicaments dont les indications sont inscrites sur la liste en sus*

Sous - indicateur	Libellé	Éléments de preuve	Remarque
R5-1.0	Mobiliser la communauté médicale CME/CfME sur la gestion des médicaments coûteux et innovants.	A fournir	
R5-2.0	Respect des règles de prescription des médicaments hors AMM (code I999 999).	A fournir	
R5-3.0	Pertinence des prescriptions des médicaments de la liste en sus.	A fournir	

SOUS-INDICATEUR

R5-1.0 - MOBILISER LA COMMUNAUTE MEDICALE CME/CFME SUR LA GESTION DES MEDICAMENTS COUTEUX ET INNOVANTS

OBJECTIF	Communiquer et sensibiliser les prescripteurs sur les prescriptions des médicaments de la liste en sus des GHS (hors GHS).
PERIMETRE D'ANALYSE	Suivi semestriel des médicaments de la liste en sus des GHS (hors GHS).
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Avoir un suivi des médicaments de la liste en sus des GHS.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Archiver tout élément attestant d'une présentation du suivi des prescriptions des médicaments de la LES présentés en CME/CfME/COMEDIMS.
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSE ATTENDUE</u> : OUI/NON. <u>ELEMENT DE PREUVE à fournir</u> : compte rendu et support de présentation du suivi des prescriptions des médicaments de la LES présentés en CME/CfME/COMEDIMS.
SCORING	<u>Cible en 2022, 2023 et 2024 = OUI</u> - OUI = 2 points ; - NON = 0 point.

[RETOUR INDICATEUR R5](#)

SOUS-INDICATEUR

R5-2.0 - RESPECT DES REGLES DE PRESCRIPTION DES MEDICAMENTS HORS AMM (CODE 1999 999)

OBJECTIF	Suivre les initiations de molécules onéreuses de la liste en sus hors référentiel.
PERIMETRE D'ANALYSE	Tous les médicaments de la liste en sus (=liste des médicaments Hors GHS). En initiation de traitement. Uniquement pour les médicaments portés au remboursement (code indication 1999 999).
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Disposer du Référentiel des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Compléter un tableau de Suivi Prospectif des Indications (SPI) en initiation de traitement des médicaments de la liste en sus avec la justification des prescriptions hors AMM, avec un argumentaire faisant référence aux travaux des sociétés savantes ou publications internationales à comité de lecture. Ce suivi prospectif sera effectué sur une durée de : - 2 mois consécutifs en 2022 (entre septembre et décembre 2022) ; - 6 mois consécutifs en 2023 ; - 1 an en 2024. Un changement de posologie ou de voie d'administration (hors chimiothérapie anticancéreuse) est à considérer comme une nouvelle prescription. Exemples : Infliximab 8 cures = 1 prescription/Bevacizumab-folfox puis bevacizumab folfiri = 2 prescriptions/PPSB prescription en janvier puis reprise en octobre = 2 prescriptions/Si traitement sur 2 ans = 2 prescriptions Outils mis à disposition par l'OMEDIT ARA : Tableau des SPI pour les médicaments de la liste en sus : « R5_2.0 Suivi prospectif indications 1999 999_ARA » (publication à venir).
PONDERATION	4 points
ELEMENT D'APPRECIATION	REPONSE ATTENDUE : OUI/NON - OUI si le SPI est complété et transmis ; - NON le SPI n'est pas complété. ELEMENT DE PREUVE à fournir en pièce justificative : Tableau OMEDIT de SPI pour les médicaments de la liste en sus avec justification des prescriptions 1999 999.
SCORING	Cible en 2022, 2023 et 2024 = OUI - OUI = Tableau OMEDIT de SPI complété et transmis = 4 points ; - NON = Pas de transmission du SPI = 0 point.
REMARQUE	AMM Miroir : Les indications miroirs doivent être codées en 1999 999 selon les modalités définies dans la note explicative de la DGOS relative au référentiel administratif portant la codification des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus (version Août 2021). Les indications codées en 1999 999 rentrent dans le périmètre du suivi SPI CAQES. A noter que le médicament associé dans le cadre de cette AMM miroir devra être indiqué dans la colonne « indication » ainsi que son code indication.

[RETOUR INDICATEUR R5](#)

SOUS-INDICATEUR

R5-3.0 - PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DES MEDICAMENTS DE LA LISTE EN SUS

OBJECTIF	Contrôler la pertinence des indications d'une molécule sélectionnée.
PERIMETRE D'ANALYSE	La molécule à auditer est laissée au choix de l'établissement.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Prescrire des molécules hors GHS.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	<u>Méthode par Audit :</u> Outil mis à disposition sur le site internet de l'OMEDIT ARA : - Guide méthodologique des audits.
PONDERATION	4 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSE ATTENDUE :</u> OUI/NON Le choix de la molécule issue de la liste en sus auditée est laissé à l'appréciation de l'établissement. Une justification étayée du rationnel et de la pertinence de ce choix pour l'établissement devront être renseignés dans le rapport de l'audit et en commentaires de la plateforme CAQES. <u>ELEMENT DE PREUVE :</u> <i>à fournir en pièce justificative</i> : Rapport d'audit en format PDF.
SCORING	<u>Cible en 2022, 2023 et 2024 = OUI</u> - OUI = choix de la molécule justifiée, l'audit est réalisé et le rapport permet d'objectiver le travail réalisé = 4 points ; - NON = 0 point.

[RETOUR INDICATEUR R5](#)

INDICATEURS REGIONAUX

Indicateur R6

LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES : *Suivi de la pertinence des prescriptions hospitalières*

Sources règlementaires

- [Instruction DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS N°2015-212 du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des agences régionales de santé](#)
- [Stratégie Nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance santé humaine](#)

Sous - indicateur	Libellé	Eléments de preuve	Remarque
R6-1.0	Mobiliser la communauté médicale CME/CfME/CAI sur la qualité de la prescription des antibiotiques dans l'établissement.	A fournir	
R6-2.1 et R6-2.2	Pertinence des prescriptions d'ATB.	A fournir	

SOUS-INDICATEUR

R6-1.0 - MOBILISER LA COMMUNAUTE MEDICALE CME/CfME/CAI SUR LA QUALITE DE LA PRESCRIPTION DES ANTIBIOTIQUES DANS L'ETABLISSEMENT

OBJECTIF	Communiquer et sensibiliser les prescripteurs sur les pratiques de prescriptions d'antibiotiques dans l'établissement.
PERIMETRE D'ANALYSE	Consommations en antibiotiques pour l'établissement, par discipline, par pôle, par service et résultats des audits.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Avoir un suivi des consommations en antibiotiques et réaliser des audits de BU des ATB.
METHODOLOGIE	- Présentation à une ou des instances parmi les suivantes : CME, CfME, CAI, CLIN ou lors de réunions de pôles, de service, d'accueil de nouveaux arrivants (personnel médical et paramédical) ; - Fréquence : au moins une fois par an.
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSE ATTENDUE</u> : OUI/NON. <u>ELEMENT DE PREUVE à fournir</u> : Compte-rendu de(s) réunion(s) et support(s) de présentation.
SCORING	De 0 à 2 points en fonction des éléments de preuve fournis.

[RETOUR INDICATEUR R6](#)

SOUS-INDICATEUR

R6-2.1 – PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS D’ATB : AUDIT JUSTIFICATION DES ANTIBIOTHERAPIES DE PLUS DE 7 JOURS

OBJECTIF	Suivre le taux et les justificatifs des traitements ATB curatifs de longue durée.
PERIMETRE D'ANALYSE	Antibiothérapie curative de plus de 7 jours initiée à l’admission ou au cours d’une hospitalisation complète, pour une autre indication que les infections respiratoires basses.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Disposer de(s) Guide(s)/Référentiel(s) de bon usage pour identifier les durées recommandées pour les prescriptions auditées.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Méthode par Audit : Outil mis à disposition sur le site internet de l'OMEDIT ARA: Méthodologie de l’audit et grille de recueil.
PONDERATION	4 points
ELEMENT D'APPRECIATION	REPONSE ATTENDUE : Valeur en % de conformité. ELEMENT DE PREUVE à fournir : Rapport d'audit et grille d’audit remplie.
SCORING	0 à 4 points en fonction des éléments de preuve fournis.

SOUS - INDICATEUR

R6-2.2 - PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS D’ATB : AUDIT LIBRE

OBJECTIF	Evaluation des pratiques de prescription d’antibiothérapie sur un thème d’intérêt pour l’établissement.
PERIMETRE D'ANALYSE	Prescriptions d’antibiothérapie sur un thème choisi par l’établissement en fonction d’une problématique locale identifiée et justifiée et concernant la majorité des services cliniques de l’établissement. <i>Exemples (non limitatifs) :</i> - Infections urinaires homme et/ou femme ; - Bactériémies ; - Prescriptions d’un médicament (Amox-AC) ou d’une classe (FQ, C3G) ; - Prescriptions d’antibiothérapie(s) à la sortie des patients. Période d’évaluation : Elle s’étend du 1er juillet au 31 décembre 2022 (possibilité de l’étendre à l’année 2022 complète si le nombre de dossiers n’est pas suffisant). L’audit ne doit pas être redondant avec un audit réalisé dans le cadre d’un IQSS.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Disposer de(s) Guide(s)/Référentiel(s) de bon usage pour identifier les durées recommandées pour les prescriptions auditées.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Méthode par Audit : - Critères d’inclusion, de non inclusion et d’exclusion ; - Référentiel(s) ;

	- Taille de l'échantillon et mode de sélection (Cf. audit « justification des antibiothérapies de plus de 7 jours ») ; - Critères d'évaluation : s'inspirer/se référer aux méthodes proposées par les sociétés savantes.
PONDERATION	4 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSE ATTENDUE</u> : Valeur en % de conformité. <u>ELEMENT DE PREUVE à fournir</u> : Rapport d'audit.
SCORING	0 à 4 points en fonction des éléments de preuve fournis.
REMARQUES	Le rapport d'audit devra contenir à minima : - Contexte et objectif de l'audit ; - Justification du choix du thème de l'audit ; - Composition de l'équipe réalisant l'audit ; - Critères d'inclusion, non inclusion et exclusion ; - Référentiel(s) utilisé(s) ; - Périmètre de l'audit : services audités, période d'évaluation ; - Critères d'évaluation et grille de recueil utilisée ; - Méthode de sélection des dossiers et taille de l'échantillon ; - Contrôle et saisie des données ; - Présentation et analyses des résultats ; - Plan d'action au regard des résultats obtenus.

[RETOUR INDICATEUR R6](#)

INDICATEURS REGIONAUX

Indicateur R7

LA RÉDUCTION DE LA PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS CHEZ LA PERSONNE AGÉE

Sources règlementaires

- Article L.6111-2 du code de la santé publique
- Article R.6164-3 du code de la santé publique
- Article R. 6144-2 du code de la santé publique

Retrouvez la [liste des molécules sélectionnées dans les requêtes comme des MPI](#)

Sous - indicateur	Libellé	Eléments de preuve	Remarque
Objectif 1 : Evaluer l'impact de l'action hospitalière sur les prescriptions des patients de 75 ans et plus, entrant à l'hôpital avec des prescriptions comportant au moins 2 MPI.			
R7-1.1	Mesurer l'évolution du nombre de prescriptions (PHEV) avec des MPI après une hospitalisation de 7 jours et plus.	Non applicable	Requêtage dans le SNDS Inactif la 1 ^{ère} année
R7-1.2	Mesurer l'évolution du nombre moyen de MPI par prescriptions (PHEV) après une hospitalisation de 7 jours et plus.	Non applicable	Requêtage des données dans le SNDS Inactif la 1 ^{ère} année
Objectif 2 : Evaluer l'impact du lien hôpital-ville sur les prescriptions des patients de 75 ans et plus, entrant à l'hôpital avec des prescriptions comportant au moins 2 MPI.			
R7-2.1	Mesurer l'évolution du nombre de prescriptions de ville avec des MPI, après une hospitalisation de 7 jours et plus.	Non applicable	Requêtage des données dans le SNDS Inactif la 1 ^{ère} année
R7-2.2	Mesurer l'évolution du nombre moyen de MPI par prescriptions de ville après une hospitalisation de 7 jours et plus.	Non applicable	Requêtage des données dans le SNDS Inactif la 1 ^{ère} année
Objectif 3 : Déploiement d'actions visant à réduire la prescription de MPI pour les patients de 75 ans et plus, hospitalisés avec une DMS de 7 jours et plus.			
R7-3.1	Mettre en place une équipe référente sur la prescription chez le sujet âgé.	A fournir	Actif la 1 ^{ère} année du contrat uniquement

R7-3.2	Réalisation d'un audit « état des lieux » dans des US ciblées.	A fournir	Actif la 1 ^{ère} année du contrat uniquement
R7-3.3	Réalisation d'actions de formation initiale afin d'éviter la prescription de MPI et promouvoir la déprescription de MPI.	A fournir	
R7-3.4	Réalisation d'actions de formation continue par l'équipe référente pour éviter la prescription de MPI et promouvoir la déprescription de MPI.	A fournir	Non scoré en 2022
R7-3.5	Evolution des indicateurs de suivi.	A fournir	Inactif la première année du contrat

R7 - LISTE DES MPI	
Anticholinergiques	Alimémazine Bromocriptine Carbamazépine Cétirizine Chlorpromazine Cyamémazine Clomipramine Cyproheptadine Dexchlorpheniramine Flavoxate Fluoxétine Hydroxyzine Imipramine Lopéramide Loxapine Metoclopramide Néfopam Olanzapine Oxcarbazépine Oxybutinine Paroxétine Prométhazine Ranitidine Toltérodine Trihexyphénidyle Trimipramine
Antihypertenseurs centraux	Clonidine Méthyl dopa Moxonidine Rilménidine
Sulfamides Hypoglycémiants	Glibenclamide Gliclazide Glimépiride Glipizide
BZD demi vie longue	Bromazépam Clorazépate Diazépam per os Nordazépam Prazépam
AINS	Acéclofenac Acide méfénamique Acide niflumique Acide tiaprofénique Aspirine > 375mg/jour Diclofenac Etodolac Fenoprofène Flurbiprofène Ibuprofène Indométacine Kétoprofène Meloxicam Nabumetone Naproxène Piroxicam Sulindac Tenoxicam

SOUS INDICATEUR

R7-1.1 — ACTION HOSPITALIERE : MESURER L'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PRESCRIPTIONS (PHEV) AVEC DES MPI APRES UNE HOSPITALISATION DE 7 JOURS ET PLUS

OBJECTIF	Objectiver une baisse du nombre de PHEV avec au moins 2 MPI après hospitalisation entre l'année N et l'année N-1.
PERIMETRE D'ANALYSE	Patient de 75 ans et plus. Prescriptions (PHEV) avec 2 MPI et plus. DMS : 7 jours et plus. Liste de 5 classes de MPI (en annexe). Traitement de longue durée et traitement ponctuel. Prospection sur 12 mois.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Disposer des données de l'année N-1.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Le % de PHEV avec au moins 2 MPI de l'année N et celui de l'année N-1 sont calculés par requêtage dans les bases de données du SNDS. <u>Mesure du taux (en %) de PHEV avec au moins 2 MPI considérant :</u> - le nombre de séjours avec une PHEV comportant au moins 2 MPI en sortie d'hospitalisation ; - le nombre total de séjours avec une PHEV en sortie d'hospitalisation. <i>Une attention sera portée sur l'évolution du nombre total de séjours entre les années N-1 et N.</i>
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSE ATTENDUE :</u> - OUI : Baisse du % de PHEV avec au moins 2 MPI entre l'année N et l'année N-1, - NON : Absence de baisse du % de PHEV avec au moins 2 MPI entre l'année N et l'année N-1 Il s'agit d'un sous indicateur quantitatif pour lequel aucun élément justificatif n'est à fournir (calcul automatisé).
SCORING	<u>Cible en 2022 : NON.</u> <u>Cible en 2023 : OUI baisse entre 2022 et 2023.</u> <u>Cible en 2024 : OUI baisse entre 2023 et 2024.</u> <u>2023 :</u> Si taux traduisant une stagnation des PHEV avec MPI entre 2022 et 2023 : 0 pt ; Si taux traduisant une baisse des PHEV avec MPI entre 2022 et 2023 : 2 points ; Si taux traduisant une augmentation des PHEV avec MPI entre 2022 et 2023 : 0 point. <u>2024 :</u> Si taux traduisant une stagnation des PHEV avec MPI entre 2023 et 2024 : 0 pt ; Si taux traduisant une baisse des PHEV avec MPI entre 2023 et 2024 : 2 points ; Si taux traduisant une augmentation des PHEV avec MPI entre 2023 et 2024 : 0 point.

[RETOUR INDICATEUR R7](#)

SOUS INDICATEUR

R7-1.2— ACTION HOSPITALIERE : MESURER L'ÉVOLUTION DU NOMBRE MOYEN DE MPI PAR PRESCRIPTION (PHEV) APRÈS UNE HOSPITALISATION DE 7 JOURS ET PLUS

OBJECTIF	Objectiver une baisse du nombre moyen de MPI par PHEV après hospitalisation entre l'année N et l'année N-1.
PERIMETRE D'ANALYSE	Patient de 75 ans et plus. Prescriptions (PHEV) avec 2 MPI et plus. DMS : 7 jours et plus. Liste de 5 classes de MPI (en annexe). Traitement de longue durée et traitement ponctuel. Prospection sur 12 mois.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Disposer des données de l'année N-1.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Les données de l'année N et celles de l'année N-1 sont extraites par requête dans les bases de données du SNDS. Calcul automatisé du nombre moyen de MPI / PHEV.
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSE ATTENDUE :</u> - OUI : Baisse du nombre moyen de MPI par prescription entre l'année N et l'année N-1 ; - NON : Absence de baisse du nombre moyen de MPI par prescription entre l'année N et l'année N-1 Il s'agit d'un sous indicateur quantitatif pour lequel aucun élément justificatif n'est à fournir (calcul automatisé).
SCORING	<u>Cible en 2022 : NON.</u> <u>Cible en 2023 : OUI baisse entre 2022 et 2023.</u> <u>Cible en 2024 : OUI baisse entre 2023 et 2024.</u> <u>2023 :</u> Si stagnation du nombre moyen de MPI/PHEV entre 2022 et 2023 : 0 pt ; Si baisse du nombre moyen de MPI /PHEV entre 2022 et 2023 : 2 points ; Si augmentation du nombre moyen de MPI /PHEV entre 2022 et 2023 : 0 point. <u>2024 :</u> Si stagnation du nombre moyen de MPI /PHEV entre 2023 et 2024 : 0 pt ; Si baisse du nombre moyen de MPI /PHEV entre 2023 et 2024: 2 points ; Si augmentation du nombre moyen de MPI /PHEV entre 2023 et 2024 : 0 point.

[RETOUR INDICATEUR R7](#)

SOUS INDICATEUR

R7-2.1 - LIEN VILLE-HOPITAL : MESURER L'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PRESCRIPTIONS AVEC DES MPI, APRES UNE HOSPITALISATION DE 7 JOURS ET PLUS

OBJECTIF	Objectiver une baisse du nombre de prescriptions de ville avec au moins 2 MPI après hospitalisation entre l'année N et l'année N-1.
PERIMETRE D'ANALYSE	Patient de 75 ans et plus. Prescriptions de ville avec 2 MPI et plus. DMS : 7 jours et plus. Liste de 5 classes de MPI (en annexe). Traitement de longue durée et traitement ponctuel. Prospection sur 12 mois.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Disposer des données de l'année N-1.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Le % de prescriptions de ville avec des MPI de l'année N et celui de l'année N-1 sont calculés par requête dans les bases de données du SNDS. <u>Mesure du taux (en %) de prescriptions de ville avec des MPI considérant :</u> - le nombre de prescriptions de ville comportant 2 MPI et plus, jusqu'à 60 jours après la sortie d'hospitalisation ; - le nombre total de prescriptions de ville après une hospitalisation (jusqu'à 60 jours après la sortie d'hospitalisation). <i>Une attention sera portée sur l'évolution du nombre total de prescriptions de ville entre les années N-1 et N.</i>
ELEMENT D'APPRECIATION	REPONSE ATTENDUE : - OUI : Baisse du % de prescriptions de ville avec des MPI entre l'année N et l'année N-1 ; - NON : Absence de baisse du % de prescriptions de ville avec des MPI entre l'année N et l'année N-1. Il s'agit d'un sous indicateur quantitatif pour lequel aucun élément justificatif n'est à fournir (calcul automatisé).
SCORING	Cible en 2022 : NON. Cible en 2023 : OUI baisse entre 2022 et 2023. Cible en 2024 : OUI baisse entre 2023 et 2024. <u>2023 :</u> - Si taux traduisant une stagnation des prescriptions de ville avec MPI entre 2022 et 2023 : 0 point ; - Si taux traduisant une baisse des prescriptions de ville avec MPI entre 2022 et 2023 : 1 point ; - Si taux traduisant une augmentation des prescriptions de ville avec MPI entre 2022 et 2023 : 0 point. <u>2024 :</u> - Si taux traduisant une stagnation des prescriptions de ville avec MPI entre 2023 et 2024 : 0 point ; - Si taux traduisant une baisse des prescriptions de ville avec MPI entre 2023 et 2024 : 1 point ; - Si taux traduisant une augmentation des prescriptions de ville avec MPI entre 2023 et 2024 : 0 point.

[RETOUR INDICATEUR R7](#)

SOUS INDICATEUR

R7-2.2 - LIEN VILLE-HOPITAL : MESURER L'ÉVOLUTION DU NOMBRE MOYEN DE MPI PAR PRESCRIPTION DE VILLE, APRES UNE HOSPITALISATION DE 7 JOURS ET PLUS

OBJECTIF	Objectiver une baisse du nombre moyen de MPI par prescription de ville après hospitalisation entre l'année N et l'année N-1.
PERIMETRE D'ANALYSE	Patient de 75 ans et plus. Prescriptions de ville avec 2 MPI et plus. DMS : 7 jours et plus. Liste de 5 classes de MPI (en annexe). Traitement de longue durée et traitement ponctuel. Prospection sur 12 mois.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Disposer des données de l'année N-1.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Les données de l'année N et celles de l'année N-1 sont extraites par requêtage dans les bases de données du SNDS. Calcul automatisé du nombre moyen de MPI/PHEV.
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSE ATTENDUE :</u> - OUI : baisse du nombre moyen de MPI par prescription (PHEV) entre l'année N et l'année N-1 ; - NON : absence de baisse du nombre moyen de MPI par prescription (PHEV) entre l'année N et l'année N-1. Il s'agit d'un sous indicateur quantitatif pour lequel aucun élément justificatif n'est à fournir (calcul automatisé).
SCORING	<u>Cible en 2022 : NON.</u> <u>Cible en 2023 : OUI baisse entre 2022 et 2023.</u> <u>Cible en 2024 : OUI baisse entre 2023 et 2024.</u> <u>2023 :</u> - Si taux traduisant une stagnation du nombre moyen de MPI/prescription de ville entre 2022 et 2023 : 0 point ; - Si taux traduisant une baisse du nombre moyen de MPI/prescription de ville entre 2022 et 2023 : 1 point ; - Si taux traduisant une augmentation du nombre moyen de MPI /prescription de ville entre 2022 et 2023 : 0 point. <u>2024 :</u> - Si taux traduisant une stagnation du nombre moyen de MPI/prescription de ville entre 2023 et 2024 : 0 point ; - Si taux traduisant une baisse du nombre moyen de MPI/prescription de ville entre 2023 et 2024 : 1 point ; - Si taux traduisant une augmentation du nombre moyen de MPI/prescription de ville entre 2023 et 2024 : 0 point.

[RETOUR INDICATEUR R7](#)

SOUS INDICATEUR

R7-3.1 - METTRE EN PLACE UNE EQUIPE REFERENTE SUR LA PRESCRIPTION CHEZ LE SUJET AGE

OBJECTIF	Proposer l'appui auprès des prescripteurs de l'établissement, de référents sur le sujet de la prescription médicamenteuse du patient âgé.
PERIMETRE D'ANALYSE	L'équipe devra être composée à minima d'un binôme médecin (idéalement un gériatre) /pharmacien. Chaque établissement est libre d'étoffer l'équipe en fonction de ses ressources et du nombre d'US concernées (DMS ≥ 7jours et patients 75 et plus).
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Compte-rendu de CME ou de commission dépendante de la CME type COMEDIMS.
PONDERATION	<i>En cours de construction. Disponible dans V2 du guide.</i>
ELEMENT D'APPRECIATION	REPONSE ATTENDUE : OUI/NON + nombre potentiel d'US concernées (DMS ≥ 7jours et patients 75 et plus). ELEMENT DE PREUVE : à fournir si OUI : transmission du CR de CME* avec mention de la désignation de l'équipe et de ses missions. <i>*Un CR comprend à minima la date de réunion/la liste des personnes présente /un ODJ/la signature du (ou de la) président(e) de l'instance.</i>
SCORING	Cible en 2022 : OUI. Neutralisé en 2023-2024. - NON = 0 point ; - OUI (avec un CR conforme aux attentes) = 2 points. Si le CR est non conforme aux attentes, en fonction de la complétude, le scoring sera évalué entre 0.5 point et 1.5 point

[RETOUR INDICATEUR R7](#)

SOUS INDICATEUR

R7-3.2 - REALISATION D'UN AUDIT « ETAT DES LIEUX »

OBJECTIF	Evaluer la prévalence en 2022 de MPI chez le patient âgé dans les établissements de santé publics et privés.
PERIMETRE D'ANALYSE	Patient de 75 ans et plus. DMS : 7 jours et plus. Liste de 5 classes de MPI (en annexe). Traitement de longue durée et traitement ponctuel. Unités de soins ciblées.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Disposer de la liste des MPI. Formation des équipes référentes (si besoin l'OMEDIT proposera un webinaire de formation pour accompagner les équipes référentes).
METHODOLOGIE DE RECUEIL	<u>METHODE PAR AUDIT :</u> L'OMEDIT proposera 2 méthodologies : • Audit de prévalence a minima sur les 5 classes ciblées : obligatoire ; • Audit de pertinence : optionnel ; (Périmètre de l'audit : plus large que les 5 classes ciblées et incluant des critères de pertinence clinique). Les méthodologies de ces audits seront précisées dans le guide « Méthodologie des audits du CAQES » de l'OMEDIT.
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSE ATTENDUE :</u> OUI/NON. <u>ELEMENTS DE PREUVE :</u> à fournir si OUI : - Le CR de CME* avec mention de la présentation des résultats de l'audit <i>*Un CR comprend à minima la date de réunion/ la liste des personnes présente / un ODJ/ la signature du (ou de la) président(e) de l'instance ;</i> - Le rapport d'audit définissant le plan d'actions (pour 2023 et 2024) décidé ainsi que les US ciblées par l'équipe référente. <i>Un plan d'actions comprend :</i> 1- <i>Les objectifs du plan ;</i> 2- <i>La déclinaison des objectifs en une ou plusieurs actions ;</i> 3- <i>Le descriptif des actions :</i> ✓ <i>les personnes impliquées dans la mise en œuvre des actions ;</i> ✓ <i>les cibles ;</i> ✓ <i>le calendrier de réalisation des actions ;</i> ✓ <i>le (ou les) indicateur(s) de suivi de chaque action.</i> Un minimum de 3 indicateurs de suivi d'action est demandé en lien avec les 5 classes médicamenteuses ciblées (ciblage en cohérence entre la fiche profil de l'ES et les résultats de l'audit).

	<i>Ces indicateurs peuvent porter, par exemple, sur des éléments de pertinence clinique (prescription appropriée) et de lien hôpital-ville (modification d'une MPI expliquée dans la lettre de sortie ou la conciliation de sortie).</i>
	Cible en 2022 : OUI. Neutralisé en 2023-2024. 1/ Transmission du CR de CME ou de COMEDIMS : - Réponse NON = 0 point ; - Réponse OUI et si CR conforme aux attentes : 2 points. Si le CR est non conforme aux attentes, en fonction de la complétude, le scoring sera évalué entre 0.5 point et 1.5 point. 2/ Transmission de la synthèse des résultats de l'audit : 1 à 3 points en fonction de la qualité de la synthèse. Action optionnelle : s'il y a la réalisation d'un audit de pertinence en complément de l'audit de prévalence : 2 points. 3/ Transmission du plan d'actions [objectifs déclinés en actions, cibles, pilotes, calendrier, indicateur de suivis (3 indicateurs attendus a minima)] + indication du nombre global d'US ou de séjours ciblés par le plan d'actions : 1 à 3 points ; Action optionnelle : si le nombre d'indicateurs de suivi est > 3 → 1point de bonus pour chaque indicateur complémentaire (dans la limite de 2 indicateurs complémentaires). L'instance évaluatrice se laisse l'opportunité d'apprécier la pertinence des indicateurs de suivi présentés.

SCORING

[RETOUR INDICATEUR R7](#)

SOUS INDICATEUR

R7-3.3 - REALISATION D' ACTIONS DE FORMATION INITIALE AFIN D'EVITER LA PRESCRIPTION DE MPI ET PROMOUVOIR LA DEPRESCRIPTION DE MPI

OBJECTIF	Disposer d'équipes sensibilisées et disposant des informations nécessaires pour éviter la prescription de MPI ou pour engager la déprescription de MPI.
PERIMETRE D'ANALYSE	Les équipes de soins des US ciblées dans le rapport d'audit « état des lieux ». Les MPI ciblés dans le plan d'actions.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Avoir réalisé l'audit « état des lieux » et défini son plan d'action. Disposer d'un panel d'outils et de méthodologies adaptés (outils Omédit). Connaître le nombre total de personnes à former pour l'ensemble des US ciblées (cf. le plan d'actions) pour les 3 années du contrat.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	1- Recenser les actions de formation déjà mises en place ; 2- Mettre en place une formation inter-unités de soins ciblées, pluriprofessionnelle, axée sur les MPI identifiés dans la liste régionale de référence (5 classes thérapeutiques ciblées) et/ou l'audit de pertinence : les fondamentaux avec présentation des MPI et présentation de cas cliniques.
ELEMENT D'APPRECIATION	REPONSES ATTENDUES : - le nombre total de personnes concernées dans les US ciblées ; - le nombre total de personnes engagées dans la démarche chaque année ; - le nombre de formations organisées chaque année et le niveau de formation. ELEMENTS DE PREUVE à fournir : les feuilles d'émargement de présence avec la date, l'objet de la formation, l'identification du formateur et des personnes formées.
SCORING	Cible en 2022 : à minima 25 % des équipes formées. Cible en 2023 : progression du taux de formation par rapport à 2022. Cible en 2024 : 100 % des équipes formées. Scoring 2022 : - Si taux = 0 % : 0 point ; - Si taux < 25 % : 1 point - Si taux ≥ 25 % : 2 points Si atteinte des 100 % en 2022 : 1 point de bonus et l'ES est considéré non concerné en 2023 et 2024 (case NC à cocher en 2023 et 2024). Scoring 2023 : - Si taux < 25 % : 0 point ; - Si 25 % ≤ taux < 50 % : 1 point ; - Si taux ≥ 50 % : 2 points. Si atteinte des 100 % en 2023 : 1 point de bonus et l'ES est considéré non concerné en 2024 (cocher la case NC en 2024). Si progression entre N et N-1 : 0.5 point. Scoring 2024 : - Si taux < 50 % : 0 point ; - Si 50 % ≤ taux < 100 % : 1 point - Si taux=100 % : 2 points Si progression entre N et N-1 : 0.5 point

[RETOUR INDICATEUR R7](#)

SOUS INDICATEUR

R7-3.4 - REALISATION D' ACTIONS DE FORMATION CONTINUE PAR L' EQUIPE REFERENTE POUR EVITER LA PRESCRIPTION DE MPI ET PROMOUVOIR LA DEPRESCRIPTION DE MPI

OBJECTIF	Consolider les acquis de la formation initiale et suivi de l'application dans les unités de soins ciblées. Participation de 100 % des équipes à des revues de prescription en 2024 (contrat de 3 ans).
PERIMETRE D'ANALYSE	Les équipes de soins des US ciblées dans le rapport de l'audit.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Avoir réalisé la formation initiale à la prévention des MPI, actée dans le plan de formation.
METHODOLOGIE	Intervention de l'équipe référente pour animer des revues de prescriptions pluriprofessionnelles, à partir de dossiers patients issus des US ciblées, contenant des prescriptions avec des MPI de la liste régionale de référence. Ces revues de prescription peuvent commune à plusieurs US.
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSES ATTENDUES :</u> - le nombre total de professionnels concernés dans les US ciblées ; - le nombre de professionnels formés/an ; - le nombre de revues de prescription réalisées/an. <u>ELEMENT DE PREUVE :</u> à fournir : les feuilles d'émargement de présence avec la date, l'objet de la formation, l'identification du formateur et des personnes formées.
SCORING	<u>Cible en 2022 :</u> réalisation d'actions de formation (action optionnelle). <u>Cible en 2023 :</u> Progression du taux de formation. <u>Cible en 2024 :</u> 100 % des équipes formées. <u>Scoring 2022 :</u> 1 point si réalisation. <u>Scoring 2023 :</u> - Si taux=0 % : 0 point ; - Si taux < 25 % : 1 point ; - Si 25 % ≤ taux < 50 % : 2 points ; - Si taux ≥ 50 % : 3 points. Si atteinte des 100 % en 2023 : 1 point de bonus. <u>Scoring 2024 :</u> - Si taux=0 % : 0 point ; - Si taux < 50 % : 1 point ; - Si 50 % ≤ taux < 100 % : 2 points ; - Si taux = 100 % : 3 points. Si progression entre N et N-1 : 0.5 point bonus

[RETOUR INDICATEUR R7](#)

SOUS INDICATEUR

R7-3.5 – EVOLUTION DES INDICATEURS DE SUIVI

OBJECTIF	Evaluer l'évolution annuelle des prescriptions avec des MPI (quantitativement et qualitativement) au sein des établissements publics et privés. Faire une évaluation du plan d'actions au bout des 3 années de contractualisation.
PERIMETRE D'ANALYSE	Patient de 75 ans et plus. DMS : 7 jours et plus. Liste de 5 classes de MPI (en annexe). Traitement de longue durée et traitement ponctuel. Unités de soins ciblées.
PREREQUIS DE L'INDICATEUR	Avoir réalisé l'audit « état des lieux » et mis en place le plan d'actions subséquent. Avoir défini des indicateurs de suivi annuel dans le plan d'actions.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Selon les indicateurs de suivi définis.
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSES ATTENDUES</u> : OUI/NON. <u>ELEMENTS DE PREUVE</u> : à fournir : - CR annuel présentant l'évolution des indicateurs de suivi définis (RAA 2023 et RAA 2024) ; - bilan triennal (RAA 2024) présenté en CME ou en COMEDIMS. <u>Cible en 2022</u> : Neutralisé. <u>Cible en 2023</u> : OUI. <u>Cible en 2024</u> : OUI + bilan 2022-2024. <u>Scoring 2023</u> : 1 point par indicateur présenté dans le CR annuel (dans la limite de 5 indicateurs cf indicateurs 7.3.2.3 et 7.3.2.4 sur la plateforme). Si transmission du CR annuel : 1 point. Si transmission du rapport de suivi de certains indicateurs du plan d'actions : 2 points. En fonction de la qualité de ce rapport et des résultats présentés : 0 à 3 points. <u>Scoring 2024</u> : 1 point par indicateur présenté dans le CR annuel (dans la limite de 5 indicateurs). Si transmission du CR annuel : 1 point. Si transmission du rapport de suivi de certains indicateurs du plan d'actions : 2 points. En fonction de la qualité de ce rapport et des résultats présentés : 0 à 3 points. <u>Bilan triennal 2022-2024</u> : Si transmission du bilan : 1 point. En fonction de la qualité du bilan et des résultats présentés : 0 à 2 points. <i>Le scoring pourra en 2023 être revu et modifié au regard des plans d'actions inclus dans le RAA 2022.</i>
SCORING	

[RETOUR INDICATEUR R7](#)