

# Guide méthodologique d'accompagnement au remplissage de l'annexe du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficienne des Soins (CAQES) relative au volet obligatoire

## Table des matières

<b><u>LISTE DES ABREVIATIONS</u></b> .....	<b>- 2 -</b>
<b><u>SUIVI DES MODIFICATIONS DU GUIDE</u></b> .....	<b>- 4 -</b>
<b><u>SUIVI DES MODIFICATIONS DES OUTILS ASSOCIES</u></b> .....	<b>- 5 -</b>
<b><u>I. LE CAQES ET SON EVALUATION ANNUELLE DU POINT DE VUE DU VOLET OBLIGATOIRE.</u></b> .....	<b>- 6 -</b>
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 .....	- 7 -
C. LES MODALITES D'EVALUATION DE LA REALISATION DES OBJECTIFS DU VOLET SOCLE PAR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ....	- 9 -
D. CYCLE DE VIE DU RAA ET DU CAQES .....	- 11 -
<b><u>II. GUIDE DE REMPLISSAGE DU RAA 2018 DU CAQES</u></b> .....	<b>- 13 -</b>
A. GENERALITES .....	- 13 -
B. FICHES DESCRIPTIVES DES INDICATEURS .....	- 13 -

## 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
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
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
COMEDIMS :	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
CPOM :	Contrat Pluri annuel d'Objectifs et de Moyens
DHIN :	Dispensation Hebdomadaire Individuelle Nominative
DJIN :	Dispensation Journalière Individuelle Nominative
DMI :	Dispositif Médical Implantable
DMS :	Dispositif Médical Stérile
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
LAP :	Logiciel d'Aide à la Prescription
LFSS :	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LPPR :	Liste des Produits et Prestations Remboursables
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
PPRGDRESS :	Plan Pluriannuel Régional de Gestion du Risque et d'Effizienz du Système de Soins
RAA :	Rapport Annuel d'Autoévaluation

RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation

UCD : Unité Commune de Dispensation

US : Unités de soins

PROJET

## Suivi des modifications du guide

Modifications intégrées dans la Version 4		
Indicateur	Section – n° Page (ancienne version)	Modifications

## Suivi des modifications des outils associés

Modifications intégrées dans la Version 4		
Outil	Partie	Modifications

PROJET

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

### A. Préambule et contexte réglementaire

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2016 dispose dans l'article 81 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'Efficienc e des Soins (CAQES). Sa création vise à simplifier, harmoniser et fusionner dans un contrat unique l'ensemble des dispositifs contractuels qui l'ont précédé, à savoir :

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

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

Ce contrat :

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

En Auvergne-Rhône-Alpes, la construction du volet obligatoire est le fruit d'un groupe technique régional regroupant les institutionnels et des représentants des fédérations hospitalières (FHF, FHP, FEHAP et Unicancer).

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

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

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

Le volet obligatoire du CAQES engage les établissements à améliorer et à sécuriser le circuit du médicament et des produits de santé. Les objectifs qui le composent sont répartis comme suit :

- partie 1 « *Amélioration et la sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations* » ;
- partie 2 « *Développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau, la politique et le bon usage des produits de santé* » ;
- partie 3 « *Politique de prescription de médicaments dans le répertoire des génériques et des médicaments biologiques, la maîtrise de l'évolution des dépenses liées aux prescriptions de produits de santé exécutées en ville et de l'évolution des dépenses sur la liste en sus* ».




Pour 2019, les objectifs sont déclinés en :

- quatorze indicateurs nationaux d'application obligatoire mais dont les modalités d'évaluation et de scoring sont définies au sein de chaque région ;
- trente et un indicateurs régionaux dont la définition et les modalités d'évaluation et de scoring ont été discutées en groupe de travail.

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

Chaque indicateur du volet socle du CAQES de la région Auvergne-Rhône-Alpes a donc été élaboré au cours de quatre réunions en 2017 (juin, juillet, août et septembre) du groupe de travail. L'ARS et l'Assurance Maladie s'étant engagées au cours de ces réunions à l'élaboration d'un guide régional méthodologique à l'usage des établissements de santé, l'OMEDIT Auvergne-Rhône-Alpes a initié un nouveau groupe de travail pour sa rédaction et pour la conception d'outils d'aide au recueil des indicateurs. Ce groupe était à nouveau composé des représentants des fédérations hospitalières, de l'ARS et de l'Assurance Maladie.



A partir de l'analyse des rapports d'étape annuels 2018, des modifications d'indicateur, de cible et de scoring ont été apportées par le comité de pilotage en juillet 2019. Ces modifications sont matérialisées par le symbole suivant :  et sont aussi identifiables au début de chaque objectif.



PROJET

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

La réalisation des objectifs du CAQES fait l'objet d'une évaluation annuelle, basée sur le Rapport Annuel d'Autoévaluation (RAA) produit par les établissements, à partir d'une plateforme informatique fournie par l'ARS et l'OMEDIT Auvergne-Rhône-Alpes. Les résultats de l'établissement sont appréciés de manière globale par l'ARS et l'Assurance Maladie, disposant de l'expertise technique de l'OMEDIT pour le volet socle.

D'un point de vue pragmatique pour le volet socle, le RAA – et les pièces justificatives éventuellement associées – sont transmis par les établissements de santé de façon séquentielle sur la plateforme informatique. Le tableau ci-dessous en explicite le calendrier par objectifs et indicateurs :

Objectifs de l'année N	Date butoir RAA transmis en N+1
Partie 1 : tous les indicateurs des objectifs 1.5, 1.7 1.8 Partie 2 : tous les indicateurs des objectifs 2.2 & 2.4	31 janvier
Partie 1 : tous les indicateurs des objectifs 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 & 1.6 Partie 2 : tous les indicateurs des objectifs 2.1 & 2.3 Partie 3 : intégralité des indicateurs	31 mars

Ces évaluations annuelles sont aussi réalisées au regard des éléments de preuve transmis par l'établissement dans le cas où ils soient demandés (cf. colonne « éléments de preuve » dans le guide ci-après pour chaque indicateur). En l'absence de pièce justificative fournie, l'indicateur sera évalué comme étant « non réalisé ».

La réalisation et la satisfaction des objectifs du volet socle par les établissements sont valorisées par une échelle de scoring en points. Ceux-ci sont attribués comme explicités dans le contrat et le guide. Quelques points bonus peuvent être attribués (i.e. indicateurs 1.6.2, 2.3.2, 3.2.2, 3.2.4, 3.3.1, 3.4.1, 3.4.2) – 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. Aussi, sont-ils favorables aux établissements signataires du CAQES.

Le guide présenté en partie II vous indique, pour chaque indicateur du volet socle, comment le comprendre et le renseigner. 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 le groupe de travail piloté par l'OMEDIT.

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

PROJET

## 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.

*Schéma 1 : Cycle de vie du RAA du CAQES*

### CYCLE DE VIE DU RAA



### CYCLE DE VIE DU CAQES



*Concernant l'entrée en vigueur des avenants, la loi dispose qu'ils entrent en vigueur le 1er janvier de l'année suivant leur signature par les parties contractantes. Cependant, ils pourront éventuellement être signés, au regard du droit contractuel, après le 1er janvier de l'année N+1 avec une application rétroactive, si toutes les parties en conviennent. Dans ce cas et sous ces conditions, les contrats signés après le 31 décembre N+1 pourront donc être applicables en N+2.*

La saisie des données du RAA et sa transmission aux autorités de tutelle – accompagnée le cas échéant de pièces justificatives – seront effectuée par le biais d'un outil informatique de l'ARS. Le calendrier explicité ci-avant en année N+1 se rapporte au RAA intégrant les données de l'année N. *Pour exemple : sera transmis aux 31 janvier, mars et mai 2020 les données illustrant la réalisation des objectifs au cours de l'année 2019.*

L'évolution des cibles régionales, voire des objectifs, pour les années suivantes seront proposées par le groupe technique CAQES à partir des résultats des RAA de l'année N. Le cas échéant, ces évolutions feront l'objet d'avenant au CAQES. Ceux-ci pourront être signés 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.

PROJET

## II. Guide de remplissage du RAA 2019 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

### **PARTIE 1** - 17 -

#### **AMELIORATION ET SECURISATION DE LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU PATIENT ET DU CIRCUIT DES PRODUITS ET PRESTATIONS** - 17 -

OBJECTIF : 1.1 : - 18 -

UTILISATION DES LOGICIELS D'AIDE A LA PRESCRIPTION (LAP) POUR TOUTES LES PRESCRIPTIONS DE MEDICAMENTS Y COMPRIS POUR CELLES EFFECTUEES DANS LE CADRE DES CONSULTATIONS MENTIONNEES A L'ARTICLE L. 162-26 OU LORS DE LA SORTIE DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE - 18 -

*1.1.1 - Taux de prescriptions de sortie informatisées (nombre de prescriptions de sortie informatisées/ nombre total de prescription de sortie) - 19 -*

*QUESTIONS / REPONSES :* - 20 -

*1.1.3 - Taux d'équipement en logiciels d'aide à la prescription dont la version opérationnelle dans le service est certifiée (en nombre de services équipés) : nombre d'unités de soins utilisant un LAP certifié/ nombre total d'unités de soins de l'établissement - 21 -*

*1.1.5 - L'établissement a mis en place des actions de sensibilisation des prescripteurs à recourir à l'utilisation du LAP de l'établissement - 22 -*

OBJECTIF : 1.2 : - 23 -

IDENTIFICATION OBLIGATOIRE DES PRESCRIPTIONS REALISEES PAR SES PROFESSIONNELS PAR L'IDENTIFIANT PERSONNEL DU PRESCRIPTEUR AUTORISE A EXERCER (NUMERO DU REPERTOIRE PARTAGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE -RPPS) AUQUEL EST JOINT L'IDENTIFIANT FINESS DE L'ETABLISSEMENT EN APPLICATION DE L'ARTICLE R.161-45 DU CSS - 23 -

*1.2.1 - 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 - 24 -*

*QUESTIONS / REPONSES :* - 24 -

OBJECTIF : 1.3 : - 25 -

INFORMATISATION ET TRAÇABILITE DE LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU PATIENT JUSQU'A L'ADMINISTRATION DU MEDICAMENT, ET POUR LE CIRCUIT DES PRODUITS ET PRESTATIONS MENTIONNES A L'ARTICLE D. 165-1 DU CSS, DE LA PRESCRIPTION JUSQU'A LA POSE DU DISPOSITIF MEDICAL - 25 -

*1.3.1 - Traçabilité des médicaments : nombre de lits informatisés de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration/ nombre de lits total - 26 -*

*1.3.2 - L'interfaçage des différents logiciels de l'établissement prévoit la mise à disposition dans le dossier patient informatisé de l'ensemble des informations durant la totalité de l'hospitalisation y compris sa sortie. - 27 -*

*QUESTIONS / REPONSES :* - 27 -

*1.3.3 - Traçabilité des DMI : nombre d'unités de DMI dont l'implantation est informatiquement tracée/ nombre total d'unités de DMI implantées - 28 -*

*QUESTIONS / REPONSES :* - 29 -

OBJECTIF : 1.4 :	- 30 -
MANAGEMENT DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DES PATIENTS	- 30 -
1.4.1 - La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des patients intègre l'actualisation annuelle d'un programme d'actions. Oui ? Non ?	- 31 -
1.4.2 - Ce programme d'actions intègre les actions d'amélioration issues notamment des analyses des événements indésirables, des évaluations internes (audit, cartographie des risques, etc.) et externes (certification, inspection, indicateurs nationaux opposables, rapport d'évaluation du CAQES, etc.).	- 31 -
1.4.3 - Le bilan annuel des actions d'amélioration mises en œuvre et de leur évaluation est présenté annuellement à la CME/ CfME.	- 32 -
OBJECTIF : 1.5 :	- 33 -
SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DES PATIENTS, EN APPLICATION DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE R.1413-67 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE	- 33 -
1.5.1 - Par le portail « des signalements des événements sanitaires indésirables » : nombre de signalements réalisés sur le portail au cours de l'année évaluée	- 34 -
QUESTIONS / REPONSES :	- 34 -
1.5.2 - Par le portail « des signalements des événements sanitaires indésirables » : taux de signaux télédéclarés sur portail = nombre de signaux reçus par le portail/ nombre de signaux total transmis à l'ARS (mail, portail, courrier) concernant les événements graves	- 36 -
QUESTIONS / REPONSES :	- 37 -
OBJECTIF :1.6 :	- 38 -
DEPLOIEMENT DE LA DELIVRANCE NOMINATIVE DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX	- 38 -
1.6.2 - Nombre de lits <del>et places</del> bénéficiant d'une DJIN ou DHIN de la totalité des médicaments/ nombre total de lits <del>et places</del>	- 39 -
NOUVEL INDICATEUR	- 40 -
1.6.4 - L'établissement a mis en place des actions de sécurisation de la dispensation globale sur des médicaments/classes de médicaments à risques.	- 40 -
QUESTIONS / REPONSES :	- 40 -
OBJECTIF : 1.7 :	- 41 -
SECURISATION DE L'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS	- 41 -
1.7.1 - Les médicaments administrés par voie orale restent identifiables jusqu'à leur administration (achat de médicaments en conditionnement unitaire, sur conditionnement, reconditionnement, ré étiquetage, etc.).	- 42 -
QUESTIONS / REPONSES :	- 42 -
1.7.2 - Les médicaments injectables reconstitués restent identifiables (nom du patient et nom du médicament, dosage, etc.) jusqu'à leur administration (étiquetage)	- 44 -
QUESTIONS / REPONSES :	- 44 -
OBJECTIF : 1.8 :	- 46 -
CONTINUITE DE L'ACTIVITE DE STERILISATION EN CAS DE DYSFONCTIONNEMENT MAJEUR DU PATEAU TECHNIQUE USUEL	- 46 -
1.8.1 - Identification des modalités de prise en charge des DMS en cas de dysfonctionnement majeur de la stérilisation (convention avec un autre établissement ou prestataire, liste des DMS critiques, organisation interne) : existence d'une procédure	- 47 -
1.8.2 - La pertinence de la procédure de prise en charge des DMS en cas de dysfonctionnement majeur de la stérilisation est vérifiée : participation tous les trois ans à un exercice de simulation « sur table », réalisé seul ou en association entre plusieurs établissements portant sur un ou plusieurs éléments du processus de production des DMS (scénarios fournis par un GT animé par l'ARS)	- 48 -
OBJECTIF : 1.9:	- 49 -
RENFORCEMENT DU LIEN VILLE-HOPITAL POUR L'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DES PATIENTS	- 49 -

**PROJET - En attente de validation**

**PARTIE 2 - 53 -**

**DEVELOPPEMENT DES PRATIQUES PLURIDISCIPLINAIRES ET EN RESEAU, POLITIQUE ET BON USAGE DES PRODUITS DE SANTE - 53 -**

OBJECTIF : 2.1 : - 54 -

SUIVI DES INDICATIONS DES MEDICAMENTS HORS GHS ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX HORS GHS - 54 -

2.1.1 - Taux de prescription hors référentiels (RTU, AMM) pour les médicaments et produits et prestations de la liste en sus : nombre de traitement (patients) hors référentiel/ nombre de traitement (patients) total. - 56 -

QUESTIONS / REPONSES : - 56 -

2.1.2 - L'établissement présente le suivi annuel de la répartition des prescriptions de médicament hors GHS, accompagnées le cas échéant de leur argumentaire, à la CME/ CfME. Oui ? Non ? - 58 -

2.1.4 - L'établissement présente le suivi annuel de la répartition des poses de DMI hors GHS accompagnées le cas échéant de leur argumentaire à la CME/ CfME. Oui ? Non ? Pour les indications des DMI soumis à registre et à réalisation d'une RCP - 59 -

2.1.5 - L'établissement adresse le suivi annuel de la répartition des poses de DMI hors GHS accompagnées le cas échéant de leur argumentaire à l'ARS et l'OMEDIT. Pour les indications des DMI soumis à registre et à réalisation d'une RCP - 60 -

NOUVEL INDICATEUR - 61 -

2.1.7 - Réalisation d'audits de pertinence sur les prescriptions de médicaments hors GHS ? - 61 -

Audit 1 : Médicament hors GHS de la liste déterminée par le Groupe Technique et communiquée par l'OMEDIT - 61 -

Audit 2 : Médicament hors GHS laissé au choix de l'ES - 61 -

NOUVEL INDICATEUR - 62 -

2.1.8 - Réalisation d'un audit de pertinence sur les prescriptions des DMI hors ghs ? - 62 -

OBJECTIF : 2.2 : - 63 -

PARTICIPATION AUX ENQUETES REGIONALES ET NATIONALES ET SUIVI EN LIEN AVEC LES PRODUITS DE SANTE - 63 -

2.2.1 - L'établissement répond dans les délais impartis aux enquêtes diligentées par l'OMEDIT ou l'ARS. - 64 -

2.2.2 - Recueil ATIH sur le médicament : dépôt des données de consommation des médicaments de l'année n-1 sur la plateforme réservée à cet effet - 65 -

2.2.4 - Recueil ATIH sur le médicament : analyse des données de consommation ATIH et internes de l'établissement en lien avec le COMEDIMS et proposition d'actions d'amélioration des pratiques, le cas échéant. - 66 -

OBJECTIF : 2.3 : - 67 -

MISE EN ŒUVRE D'UNE STRATEGIE DE DEPLOIEMENT DE LA PHARMACIE CLINIQUE INTEGREE A LA POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA PECM ET DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE - 67 -

2.3.1 - Déploiement de la conciliation médicamenteuse chez les patients priorités sur la base d'une analyse des risques - 68 -

2.3.2 - Progression du niveau d'analyse pharmaceutique de 1 vers 2 (selon SFPC) avec une bonification sur le niveau 3 - 69 -

QUESTIONS / REPONSES : - 70 -

OBJECTIF : 2.4 : - 71 -

VIGILANCE ET BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES (ATB) - 71 -

2.4.2 - proportion de traitements antibiotiques curatifs de plus de 7 jours non justifiés - 72 -

2.4.3 - proportion d'ATB prophylaxies de plus de 24h - 73 -

2.4.4 - utilisation de l'outil CONSOIRES de suivi des consommations d'antibiotiques et des résistances bactériennes pour permettre le pilotage interne de la lutte contre l'antibiorésistance : saisie effective des données au moins pour ce qui concerne les consommations les deux premières années du contrat puis saisie des deux types d'informations. - 74 -

2.4.5 - Evaluation de la réévaluation des traitements antibiotiques à 48-72h. - 75 -

2.4.6 - Proposition Evolution - En attente de validation - 76 -

**PARTIE 3 - 77 -**



**POLITIQUE DE PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS BIOSIMILAIRES ET DANS LE REPERTOIRE DES GENERIQUES ; MAITRISE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES LIEES AUX PRESCRIPTIONS DE PRODUITS DE SANTE EXECUTEES EN VILLE ET EVOLUTION DES DEPENSES SUR LA LISTE EN SUS**

- 77 -

OBJECTIF : 3.1 :	- 78 -
PROMOTION DE LA PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS DANS LE REPERTOIRE GENERIQUE	- 78 -
<i>3.1.1 - Taux de prescription dans le répertoire des génériques : nombre de boîtes (en excluant le paracétamol du calcul) dans le répertoire des génériques en PHEV/</i>	- 79 -
<i>nombre total de boîtes prescrites en PHEV</i>	- 79 -
OBJECTIF : 3.2 :	- 81 -
PROMOUVOIR LA PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS BIOSIMILAIRES DANS LES CLASSES AUTANT QUE POSSIBLE	- 81 -
<i>3.2.2 - Taux de prescription des biosimilaires : nombre de boîtes de médicaments biosimilaires prescrites par les praticiens de l'établissement/ nombre de boîtes prescrites de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires, pour les PHEV.</i>	- 82 -
<i>3.2.4 - Nombre de boîtes de médicaments biosimilaires prescrites par les praticiens de l'établissement/ nombre de boîtes prescrites pour les PHEV. Indicateur calculé séparément pour G-CSF ainsi qu'EPO et qui évoluera en fonction de la mise sur le marché de nouveaux médicaments biosimilaires, de toute modification réglementaire et des données disponibles de l'Assurance Maladie.</i>	- 84 -
OBJECTIF : 3.3 :	- 86 -
METTRE EN ŒUVRE DES ACTIONS D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES PRATIQUES HOSPITALIERES EN TERMES DE PRESCRIPTION ET D'ORGANISATION DE CES PRESCRIPTIONS NECESSAIRES POUR ASSURER LE RESPECT DU TAUX D'EVOLUTION DES DEPENSES PHEV DE PRODUITS DE SANTE	- 86 -
<i>3.3.1 - Taux d'évolution des dépenses de médicaments et produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville :</i>	- 87 -
<i>montant des dépenses remboursées de l'année évaluée/ montant des dépenses remboursées de l'année précédant celle de l'évaluation n - 1</i>	- 87 -
<i>3.3.2 - Identification des 3 classes thérapeutiques les plus significatives (cf. commentaires ci-dessous) ou des trois médicaments de l'établissement et mise en place des groupes de travail avec élaboration d'un plan d'actions sur ces 3 classes (intégré au programme d'actions du COMEDIMS).</i>	- 88 -
<i>3.3.3 - Identification des classes de produits et prestations les plus significatives (cf. commentaires ci-dessous) de l'établissement et mise en place des groupes de travail avec élaboration d'un plan d'actions sur ces classes (intégré au programme d'actions du COMEDIMS).</i>	- 89 -
OBJECTIF : 3.4 :	- 90 -
SUIVI DES DEPENSES DES MEDICAMENTS ET DMI DE LA LISTE EN SUS MCO – HAD – DIALYSE	- 90 -
<i>3.4.1 - Taux d'évolution des dépenses de médicaments inscrits sur la liste en sus : montant des dépenses de médicaments de la liste en sus remboursées l'année évaluée/ montant des dépenses de médicaments liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation n-1</i>	- 91 -
<i>QUESTIONS / REPONSES :</i>	- 91 -
<i>3.4.2 - Taux d'évolution des dépenses des produits et prestations inscrits sur la liste en sus : montant des dépenses de produits et prestations liste en sus remboursées de l'année évaluée/ montant des dépenses de produits et prestations de la liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation N- 1</i>	- 93 -
<i>QUESTIONS / REPONSES :</i>	- 93 -
<i>3.4.3 - L'établissement se saisit de toutes informations fournies en cours d'année par l'ARS et l'OMEDIT et en réalise une analyse critique en interne qui fait l'objet d'une présentation en CME/ CfME (e.g. ASMR V, profil de dépenses avec case-mic activité, etc.). Si oui, texte libre pour expliciter les actions mises en place</i>	- 94 -

**QUESTIONS / REPONSES DIVERSES :**

- 95 -

## PARTIE 1

### AMELIORATION ET SECURISATION DE LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU PATIENT ET DU CIRCUIT DES PRODUITS ET PRESTATIONS

Les dates de restitution des indicateurs sont les suivantes :

**Pour : 1.5, 1.7, 1.8**

**Le 31 janvier**

**Pour : 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 et 1.6**

**Le 31 mars**

- **Objectif : 1.1** : Utilisation des logiciels d'aide à la prescription pour toutes les prescriptions de médicaments y compris pour celles effectuées dans le cadre des consultations mentionnées à l'article L. 162-26 ou lors de la sortie de l'établissement de santé
- **Objectif : 1.2** : Identification obligatoire des prescriptions réalisées par ses professionnels par l'identifiant personnel du prescripteur autorisé à exercer (numéro du répertoire partagé des professionnels de santé -RPPS) auquel est joint l'identifiant FINESS de l'établissement en application de l'article R.161-45 du CSS
- **Objectif : 1.3** : Informatisation et traçabilité de la prise en charge thérapeutique du patient jusqu'à l'administration du médicament, et pour le circuit des produits et prestations mentionnés à l'article D. 165-1 du CSS, de la prescription jusqu'à la pose du dispositif médical
- **Objectif : 1.4** : Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients
- **Objectif : 1.5** : Signalement des événements indésirables graves dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse des patients, en application des dispositions de l'article R.1413-67 du Code de la Santé Publique
- **Objectif : 1.6** : Déploiement de la délivrance nominative des traitements médicamenteux
- **Objectif : 1.7** : Sécurisation de l'administration des médicaments
- **Objectif : 1.8** : Continuité de l'activité de stérilisation en cas de dysfonctionnement majeur du plateau technique usuel
- **Objectif : 1.9** : Lien ville-hôpital pour la continuité de la prise en charge médicamenteuse des patients



## 1. AMELIORATION ET SECURISATION DE LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU PATIENT ET DU CIRCUIT DES PRODUITS ET PRESTATIONS

### Objectif : 1.1 :

Utilisation des logiciels d'aide à la prescription (LAP) pour toutes les prescriptions de médicaments y compris pour celles effectuées dans le cadre des consultations mentionnées à l'article L. 162-26 ou lors de la sortie de l'établissement de santé

#### 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.

\*Loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

Indicateur	Libellé indicateur	Statut	Éléments de preuve	Modifications VS 2018
Indicateur : 1.1.1	Taux de prescriptions de sortie informatisées	National	à tenir à disposition	Cible Pondération
<del>Indicateur : 1.1.2</del>	<del>Taux d'équipement en logiciels d'aide à la prescription dont la version opérationnelle dans le service est certifiée (en nombre de lits équipés) : nombre de lits utilisant un lap certifié/ nombre total de lits de l'établissement.</del>	<del>National</del>	<del>à tenir à disposition</del>	<del>Suppression</del>
Indicateur : 1.1.3	Taux d'équipement en logiciels d'aide à la prescription dont la version opérationnelle dans le service est certifiée (en nombre de services équipés) : nombre d'unités de soins utilisant un LAP certifié/ nombre total d'unités de soins de l'établissement	National	à tenir à disposition	Cible Pondération
<del>Indicateur : 1.1.4</del>	<del>L'établissement dispose d'un listing des logiciels utilisés au sein de l'établissement par les prescripteurs mis à disposition – notamment dans le cadre des consultations externes.</del>	<del>Régional</del>	<del>liste des logiciels à fournir</del>	<del>Suppression</del>
Indicateur : 1.1.5	L'établissement a mis en place des actions de sensibilisation des prescripteurs à recourir à l'utilisation du LAP de l'établissement.	Régional	à fournir	Élément d'appréciation

## INDICATEUR

### 1.1.1 - TAUX DE PRESCRIPTIONS DE SORTIE INFORMATISEES (NOMBRE DE PRESCRIPTIONS DE SORTIE INFORMATISEES/ NOMBRE TOTAL DE PRESCRIPTION DE SORTIE)

	<b>* OBJECTIF *</b>	Promouvoir l'utilisation d'un logiciel informatique (LAP ou autre) pour la réalisation de la prescription de sortie. Les objectifs sont d'améliorer la qualité de la prescription (mise en place de protocoles, ...), de faciliter le travail du prescripteur, d'améliorer la conformité réglementaire des prescriptions (FINESS et RPPS renseignés) et d'éviter toute retranscription de la prescription de sortie.
	PERIMETRE D'ANALYSE	Concerne les prescriptions de sortie des médicaments de tous les services (hôpital de jour inclus, service de réanimation inclus).  <b><u>Exclure les prescriptions des consultations externes.</u></b>
	PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR	Avoir un DPI
METHODOLOGIE DE RECUEIL 1 (M1)	PRE-REQUIS DE M1	<p><b><u>Méthode par Requête Informatique :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le numérateur sera calculé par une requête informatique permettant d'obtenir le nombre de prescriptions de sortie réalisées avec le LAP sur l'année civile : <b>P</b></li> <li>➤ Le dénominateur sera obtenu par une approximation du nombre total d'ordonnances de sortie attendues, extrapolé à partir du nombre de sorties d'hospitalisation sur l'année issue des données du DIM (une sortie = une ordonnance) : <b>S</b></li> </ul> <p><b><u>Calcul du TAUX : P/S</u></b></p> <p>Le LAP doit disposer d'une requête sur la prescription de sortie</p>
AVANTAGES/INCONVENIENTS M1		<p>Avantages : Rapide, reproductible</p> <p>Inconvénients : construit sur l'hypothèse que toute hospitalisation donne lieu à une prescription de sortie, et ne comptabilise pas (par exemple) les prescriptions d'exception</p>
METHODOLOGIE DE RECUEIL 2 (M2)	AVANTAGES/INCONVENIENTS M2	<p><b><u>Méthode par Audit :</u></b></p> <p>Outils mis à disposition par l'OMEDIT ARA – AUDIT 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- guide méthodologique d'audit ("<b>Méthodologie des audits du CAQES</b>")</li> <li>- grille de recueil ("<b>Grilles audit 1 et 2_I_111_I_121-Informatisation et FINESS RPPS_CAQES_VF.xlsx</b>")</li> </ul> <p>Avantages : Grille d'audit simple, la multiplicité de logiciels de prescriptions n'est pas problématique</p> <p>Inconvénients : temps nécessaire pour réaliser l'audit clinique ciblé, ne représente qu'un échantillon des prescriptions</p>
	<b>* PONDERATION *</b>	* 2 points *
	ELEMENT D'APPRECIATION	<p><b><u>REPOSE ATTENDUE</u></b> : Valeur en %</p> <p><b><u>ELEMENTS DE PREUVES à tenir à disposition</u></b> : audit et grille de recueil proposés par OMEDIT ARA</p>
	<b>* SCORING *</b>	<b><u>Cible en 2019, 2020 et 2021 = 100 %</u></b>

- 100% : 2 points
- Progression > ou = 10% : 1 point

## QUESTIONS / REPONSES :

### Question 1 :

*Cet indicateur exclu-t-il bien de l'analyse les sorties d'un service vers un autre service de l'établissement ?*

Cet indicateur porte sur le « champ PHEV ». Ne sont auditées que les ordonnances de sorties de l'établissement. Les ordonnances lors du transfert au sein de l'établissement ne sont pas analysées.

### Question 2 :

*Selon la méthodologie décrite dans le guide sur les audits, nous devons retrouver et analyser pour notre établissement 30 ordonnances de sorties ? Nous sommes jusqu'alors à 15% d'ordonnances de sorties retrouvées dans les dossiers analysés ?*

Au vue du % faible d'ordonnances retrouvées, il n'est pas nécessaire d'aller auditer les 200 dossiers pour retrouver les 30 ordonnances attendues. Vous pouvez vous limiter à 120 dossiers analysés (soit 3 fois le nombre d'ordonnances attendues)



### Question 3 :

*Les modèles d'ordonnances de sortie scannées dans le DPI sont-elles considérées comme des ordonnances de sortie informatisées ?*

Les modèles d'ordonnances de sorties peuvent être considérés comme des ordonnances de sortie informatisées si et seulement si elles contiennent les données règlementaires attendues.

Ces données sont : le FINESS géographique de l'établissement ET le numéro RPPS du médecin prescripteur. En l'absence de l'une des 2 données, l'ordonnance ne peut pas être comptabilisée dans les ordonnances de sorties informatisées.



### Question 4 :

*En cas de prescription par un interne en pharmacie quel est le numéro de RPPS à mentionné sur la prescription ?*

Si l'interne en médecine a un RPPS, c'est son numéro qui doit apparaître sur la prescription, si il n'a pas de numéro de RPPS, c'est le n° du médecin sénior de l'unité où l'interne réalise son activité clinique (chef de service , responsable de l'unité médicale)

## INDICATEUR

### 1.1.3 - TAUX D'EQUIPEMENT EN LOGICIELS D'AIDE A LA PRESCRIPTION DONT LA VERSION OPERATIONNELLE DANS LE SERVICE EST CERTIFIEE (EN NOMBRE DE SERVICES EQUIPES) : NOMBRE D'UNITES DE SOINS UTILISANT UN LAP CERTIFIEE / NOMBRE TOTAL D'UNITES DE SOINS DE L'ETABLISSEMENT

<b>OBJECTIF</b>	Evaluer la proportion d'unités de soins (US) équipés en LAP certifiés
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	<p>Toutes les unités de soins (US) comprenant des lits "sanitaires" (installés) et places d'hospitalisation partielle (hôpital de jour inclus, chirurgie ambulatoire etc.) Les lits de soins intensifs, de soins continus, les unités d'hospitalisation de courte durée et les unités de consultations externes sont inclus.</p> <p>Exclure les blocs opératoires, les salles de surveillance post-interventionnelle, les unités de réanimation (néo-natale incluses) et les EHPAD.</p> <p><b>Définition d'une US</b> = est dénommé US, toute Unité Fonctionnelle (UF) identifiée dans la structure juridique.</p>
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Disposer d'un listing des logiciels de prescription installés par US pour tout l'hôpital (cf liste des logiciels et versions certifiées LAP, HAS) précisant la version et sa certification
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	<p><b>Méthode de calcul :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Numérateur : nombre d'US équipées par le(s) LAP(s) certifié(s), une US est considérée comme informatisée si 100% des lits qui la composent sont informatisés</li> <li>➤ Dénominateur: nombre total d'US de l'établissement</li> </ul>
<b>* PONDERATION *</b>	* 2 points *
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<p><u>REPONSE ATTENDUE</u> : valeur en %</p> <p><u>ELEMENT DE PREUVE à tenir à disposition</u> : Document attestant de la certification du LAP (fourni par l'éditeur ou liste HAS)</p>
<b>* SCORING *</b>	<p><b>Cible en 2019, 2020 et 2021 = 100 %</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% : 2 points</li> <li>- &lt; à 100 % : 0 point</li> </ul>

## INDICATEUR

### 1.1.5 - L'ETABLISSEMENT A MIS EN PLACE DES ACTIONS DE SENSIBILISATION DES PRESCRIPTEURS A RECOURIR A L'UTILISATION DU LAP DE L'ETABLISSEMENT.

<b>OBJECTIF</b>	Sensibiliser les prescripteurs à utiliser un LAP
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	Tous les prescripteurs de l'établissement
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Avoir un logiciel informatique d'aide à la prescription (LAP) Avoir un logiciel de prescription adapté à tous les services
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	Recenser les actions de sensibilisation, de formations destinées aux prescripteurs
<b>PONDERATION</b>	1 point
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<u>REPONSE ATTENDUE</u> : OUI/ NON <u>ELEMENTS DE PREUVES à fournir</u> : pièce justificative explicitant les actions mises en place au sein de l'établissement...
<b>SCORING</b>	<u>Cible en 2019, 2020 et 2021 = OUI</u> - Oui = 1 point - Non = 0 point



## 1. AMELIORATION ET SECURISATION DE LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU PATIENT ET DU CIRCUIT DES PRODUITS ET PRESTATIONS

### Objectif : 1.2 :

Identification obligatoire des prescriptions réalisées par ses professionnels par l'identifiant personnel du prescripteur autorisé à exercer (numéro du répertoire partagé des professionnels de santé -RPPS) auquel est joint l'identifiant FINESS de l'établissement en application de l'article R.161-45 du CSS

#### 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...)
- \* Instruction DGOS/MSIOS no 2010-396 du 29 novembre 2010 relative aux modalités de marquage des prescriptions hospitalières exécutées en ville avec les codes à barres
- \* 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

Indicateur	Libellé indicateur	Statut	Éléments de preuve	Modifications VS 2018
<b>Indicateur : 1.2.1</b>	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	National	à fournir	Éléments de preuve
<del><b>Indicateur : 1.2.2</b></del>	<del>Taux de prescriptions incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS géographique de l'établissement : nombre d'ordonnances intra-hospitalières précisant le numéro RPPS et le numéro FINESS géographique de l'établissement / nombre total d'ordonnances intra-hospitalières</del>	<del>National</del>	<del>NON SCORE</del>	Suppression



## INDICATEUR

### **1.2.1 - TAUX DE PRESCRIPTIONS INCLUANT LE NUMERO RPPS DU PRESCRIPTEUR ET LE NUMERO FINESS GEOGRAPHIQUE DE L'ETABLISSEMENT : NOMBRE D'ORDONNANCES DE SORTIE DELIVREES PRECISANT LES NUMEROS FINESS GEOGRAPHIQUE ET RPPS/ NOMBRE TOTAL D'ORDONNANCES DE SORTIE**

<b>OBJECTIF</b>	Evaluer le taux d'ordonnances de sortie comportant les numéros FINESS géographique de l'établissement et RPPS du médecin, pré-requis pour permettre une analyse fine et détaillée des PHEV pour les établissements publics et privés
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	Toutes les prescriptions de sortie exécutées en ville des produits de santé (médicaments et produits de la liste LPPR)
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Lister les différents supports d'ordonnances de sortie
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	<b>Méthode par Audit :</b> Outils mis à disposition par l'OMEDIT ARA - AUDIT 2 : <ul style="list-style-type: none"><li>- guide méthodologique d'audit ("<b>Méthodologie des audits du CAQES</b>")</li><li>- grille de recueil ("<b>Grilles audit 1 et 2_I_111_I_121-Informatisation et FINESS RPPS_CAQES_VF.xlsx</b>")</li></ul>
<b>PONDERATION</b>	3 points
<b>*ELEMENT D'APPRECIATION*</b>	<b>REPONSE ATTENDUE :</b> Valeur en % <b>ELEMENT DE PREUVE à fournir :</b> audit et grille de recueil proposés par OMEDIT ARA ou toute autre grille de recueil (pour les années n et n-1 afin de mesurer l'évolution)
<b>*SCORING*</b>	<b>Cible en 2019, 2020 et 2021 = 100%</b> <b>Concerne tous les ES : publics, ESPIC et privés</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Taux égal à la cible = 3 points</li><li>- Taux inférieur à la cible et progression du taux n/n-1 = 1,5 point</li><li>- Taux inférieur à la cible et absence de progression du taux n/n-1 = 0 point</li></ul> <b>Les données de l'audit réalisé seront à comparer avec les données communiquées par l'assurance maladie En l'absence d'audit par l'ES, les données de l'assurance maladie seront utilisées pour le scoring.</b>

### QUESTIONS / REPONSES :

#### **Question :**

La plupart de nos patients ne sortent pas en ville/ ne retournent pas à domicile. Ils sont transférés dans une autre structure de soin. Dans ces transferts, il n'y a pas d'ordonnance de sortie mais une information faite avec le CRH contenant les traitements en cours. Doit-on considérer un patient transféré vers une autre structure comme un patient sortant ayant besoin d'une ordonnance contenant RPPS et FINESS ?

Cet indicateur est un prérequis du Champ PHEV. Il s'agit donc d'avoir ces informations sur les ordonnances exécutées en ville.

## 1. AMELIORATION ET SECURISATION DE LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU PATIENT ET DU CIRCUIT DES PRODUITS ET PRESTATIONS

### Objectif : 1.3 :

Informatisation et traçabilité de la prise en charge thérapeutique du patient jusqu'à l'administration du médicament, et pour le circuit des produits et prestations mentionnés à l'article D. 165-1 du CSS, de la prescription jusqu'à la pose du dispositif médical

#### 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.

\*Décret n° 2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé

\*Décret n°2006-1497 du 29 novembre 2006 relatif à la matériovigilance et à la traçabilité des DMI.

Indicateur	Libellé indicateur	Statut	Éléments de preuve	Modifications VS 2018
<b>Indicateur : 1.3.1</b>	Traçabilité des médicaments : nombre de lits informatisés de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration/ nombre de lits total	National	à tenir à disposition	Cible Pondération
<b>Indicateur : 1.3.2</b>	L'interfaçage des différents logiciels de l'établissement prévoit la mise à disposition dans le dossier patient informatisé de l'ensemble des informations durant la totalité de l'hospitalisation y compris sa sortie.	Régional	fichier complété à fournir	Cible
<b>Indicateur : 1.3.3</b>	Traçabilité des DMI : nombre d'unités de DMI dont l'implantation est informatiquement tracée/ nombre total d'unités de DMI implantées	National	à tenir à disposition	RAS
<b>Indicateur : 1.3.4</b>	Traçabilité des DMI : déploiement de la classification CLADIMED® : nombre d'unités de DMI stockées enregistrées selon la classification CLADIMED dans l'établissement / nombre d'unités de DMI stockées dans l'établissement	National	à tenir à disposition	Suppression

## INDICATEUR

### 1.3.1 - TRAÇABILITE DES MEDICAMENTS : NOMBRE DE LITS INFORMATISES DE LA PRESCRIPTION JUSQU'À LA TRAÇABILITE DE L'ADMINISTRATION/ NOMBRE DE LITS TOTAL

<b>OBJECTIF</b>	Evaluer le taux de traçabilité informatique de l'administration des médicaments en nombre de ligne prescription (méthode M1) ou en nombre de lit (méthode M2)
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	Tous les lits (hôpital de jour compris) Exclure les consultations externes
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Avoir un logiciel permettant la traçabilité de tout le circuit du médicament
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL 1 (M1)</b>	<p><b><u>Méthode par Requête informatique :</u></b></p> <p>Une requête du LAP de l'établissement permet de calculer le taux de médicaments administrés tracés informatiquement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exclure les prescriptions conditionnelles</li> <li>- Inclure les médicaments per os et injectables.</li> <li>- En cas de non administration, si celle-ci est justifiée, la ligne de prescription peut être comptabilisée en ligne tracée</li> </ul>
<b>PRE-REQUIS DE M1</b>	Le LAP doit disposer d'une requête sur le taux de traçabilité de l'administration des médicaments
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL 2 (M2)</b>	<p><b><u>Méthode par Audit :</u></b></p> <p>Outils mis à disposition par l'OMEDIT ARA - AUDIT 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- guide méthodologique d'audit ("<i>Méthodologie des audits du CAQES</i>")</li> <li>- grille de recueil ("<i>Grilles audit 3 et 4_I_131_Traçabilité_I_171_I_172_ Identification des médicaments à l'administration_CAQES_VF</i>")</li> </ul>
<b>* PONDERATION *</b>	* 3 points *
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<p><b><u>REPONSE ATTENDUE :</u></b> Valeur en %</p> <p><b><u>ELEMENT DE PREUVE à tenir à disposition :</u></b> audit et grille de recueil proposés par OMEDIT ARA ou toute autre grille de recueil</p>
<b>* SCORING *</b>	<p><b><u>Cible en 2019, 2020 et 2021 = 100 %</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100 % : 3 points</li> <li>- 90 à 99% : 2 points</li> <li>- 50 à 89% : 1 point</li> <li>- &lt; 50 % : 0 point</li> </ul>

## INDICATEUR

### 1.3.2 - L'INTERFAÇAGE DES DIFFERENTS LOGICIELS DE L'ETABLISSEMENT PREVOIT LA MISE A DISPOSITION DANS LE DOSSIER PATIENT INFORMATISE DE L'ENSEMBLE DES INFORMATIONS DURANT LA TOTALITE DE L'HOSPITALISATION Y COMPRIS SA SORTIE.

<b>OBJECTIF</b>	Avoir une seule source d'information sur le DPI regroupant tout le parcours du patient jusqu'à l'ordonnance de sortie.
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	Concerne les logiciels de la prise en charge médicamenteuse et de la biologie
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Avoir la liste de tous les logiciels
<b>*METHODOLOGIE DE RECUEIL*</b>	<p>Elaborer un document décrivant l'architecture ou SDSI de la PECM, en précisant si les éléments suivant sont interfacés avec le DPI :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Consultations d'anesthésie/pré-anesthésie</li><li>2- Biologie</li><li>3- Prescriptions (médicaments, soins, examens etc)</li><li>4- Analyse pharmaceutique</li><li>5- Administration des médicaments</li></ol> <p><b>Outils mis à disposition par l'OMEDIT ARA</b> : fichier de recueil "<b>Interfaçage</b>" accessible sur le <a href="#">site internet de l'OMEDIT ARA</a></p>
<b>PONDERATION</b>	3 points
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<p><b>REPONSE ATTENDUE</b> : Valeur en %</p> <p><b>ELEMENTS DE PREUVES à fournir</b> fichier de recueil "<b>Interfaçage</b>"</p>
<b>* SCORING *</b>	<p><b>Cible en 2019, 2020 et 2021 = 100 %</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 100% = 3 points,</li><li>- 75 à 99% = 1,5 points,</li><li>- &lt; 75% = 0 point</li></ul>

### QUESTIONS / REPONSES :

#### **Question :**

Sur notre DPI nous avons, à partir d'un patient donné, accès directement à ses propres données de chimiothérapie (par exemple) via un « bouton d'appel contextuel ». Ce système est-il considéré comme étant interopérable ?

Le système d'appel contextuel est une interface qui permet l'interopérabilité seulement si vous accédez **DIRECTEMENT aux données du patient** étudié. Un « appel contextuel » depuis le DPI qui permettrait d'arriver sur le portail de la biologie mais pour lequel vous devriez re-saisir l'identité du patient étudié n'est pas considéré comme interopérable. En effet le risque d'une erreur d'identitovigilance lors de la re-saisie est toujours présent. De plus, le scannage manuel des résultats d'examen de biologie dans le DPI n'est pas un système d'interface permettant l'interopérabilité et ce malgré une lecture optique des étiquettes patients.

L'interopérabilité est liée à une communication **automatique** des données d'un patient.

## INDICATEUR

### **1.3.3 - TRAÇABILITE DES DMI : NOMBRE D'UNITES DE DMI DONT L'IMPLANTATION EST INFORMATIQUEMENT TRACEE/ NOMBRE TOTAL D'UNITES DE DMI IMPLANTEES**

<b>OBJECTIF</b>	Evaluer le taux de traçabilité <b>informatique</b> de DMI implantés
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	<p>Les DM Implantables à traçabilité obligatoire</p> <p><b><u>Définition de la traçabilité informatique des implants :</u></b></p> <p>Toute trace nominative d'une pose ou d'un échec de pose, d'un ou plusieurs DMI sur le DPI ou un logiciel du bloc opératoire ou un logiciel de gestion des DMS.</p> <p>Les informations de traçabilité sont :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- l'identification du patient : nom, prénom et date de naissance</li><li>- l'identification du dispositif médical implanté : dénomination, numéro de série ou de lot, nom du fabricant</li><li>- la date d'implantation</li><li>- le nom du médecin ou du chirurgien-dentiste implanteur.</li></ul> <p><i>Décret n°2006-1497 du 29 novembre 2006 - art. 1 JORF 1er décembre 2006 créant l'article R5212-39 et 40 du code de la santé publique</i></p>
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Avoir un logiciel permettant la traçabilité informatique des Implants.
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL 1 (M1)</b>	<p><b><u>Méthode par Requête(s) informatique(s) :</u></b></p> <p>A partir des données issues du logiciel de gestion de la traçabilité des implants, effectuer la requête du taux de traçabilité des implants lors de la pose.</p> <p>Si ce taux ne peut être calculé automatiquement :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Extraire du logiciel de gestion des implants (logiciel de GEF de la PUI, logiciel du bloc opératoire, DPI ...) le nombre d'implants tracés (pose et échec de pose) sur 1 an. (Total 1)</li><li>2- Extraire du logiciel de GEF de la PUI le nombre de DMI dispensés sur l'année. (Total 2)</li></ol> <p><b><u>Calcul du Taux :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Numérateur : Nombre d'unités de DMI posés et en échec de pose, tracés informatiquement. (Total 1)</li><li>- Dénominateur : Nombre de DMI sortis du stock. (Total 2)</li></ul>
<b>AVANTAGES/INCONVENIENTS M1</b>	Avantages : Utilisation de l'outil informatique/rapidité de la requête et du calcul final Inconvénients : RAS
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL 2 (M2)</b>	<p><b><u>Méthode par Audit :</u></b></p> <p>Tirer au sort au moins 30 dossiers de patients passés au bloc opératoire pour une pose de DMI.</p> <p>Grille de recueil contenant :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Critère 1 : Pose d'un DMI (OUI/ NON)</li><li>- Critère 2 : Traçabilité informatique de la pose (OUI/ NON)</li></ul>

AVANTAGES/INCONVENIENTS M2	Avantages : RAS Inconvénients : nécessite plus de temps que méthode M1
PONDERATION	3 Points
ELEMENT D'APPRECIATION	<u>REPONSE ATTENDUE</u> : Valeur en % <u>ELEMENT DE PREUVE à tenir à disposition</u> : explications de la méthodologie de calcul ou audit et grille de recueil
SCORING	<b><u>Cible en 2019, 2020 et 2021 = 100%</u></b> - Si taux = cible = 3 points - Si taux < cible = 0 point

### QUESTIONS / REPONSES :

#### **Question :**

*Nous avons un bloc opératoire totalement informatisé. Cependant notre logiciel ne nous permet pas d'identifier les échecs de pose. Dans notre cas la réalisation d'un audit ne nous semble pas pertinente. Comment faire ?*

Les échecs de pose doivent également être tracés.

## 1. AMELIORATION ET SECURISATION DE LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU PATIENT ET DU CIRCUIT DES PRODUITS ET PRESTATIONS

### Objectif : 1.4 :

Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients

#### Sources règlementaires

\*Article L6111-2 /Art. R. 6144-2 et suivant / Art. R. 6164-2 et suivant du CSP

\*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.

\*Décret n° 2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé

\*Décret n° 2010-1325 du 5 novembre 2010 relatif à la Conférence Médicale d'Établissement des établissements de santé privés

\*Décret n° 2010-439 DU 30 avril 2010 relatif à la CME dans les établissements de santé publics.

Indicateur	Libellé indicateur	Statut	Éléments de preuve	Modifications VS 2018
<b>Indicateur : 1.4.1</b>	La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des patients intègre l'actualisation annuelle d'un programme d'actions. Oui ? Non ?	Régional	à tenir à disposition	RAS
<b>Indicateur : 1.4.2</b>	Ce programme d'actions intègre les actions d'amélioration issues notamment des analyses des événements indésirables, des évaluations internes (audit, cartographie des risques, etc.) et externes (certification, inspection, indicateurs nationaux opposables, rapport d'évaluation du CAQES, etc.).	Régional	à tenir à disposition	RAS
<b>Indicateur : 1.4.3</b>	Le bilan annuel des actions d'amélioration mises en œuvre et de leur évaluation est présenté annuellement à la CME/ CfME.	Régional	à tenir à disposition	RAS

### INDICATEUR

#### **1.4.1 - LA POLITIQUE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DES PATIENTS INTÈGRE L'ACTUALISATION ANNUELLE D'UN PROGRAMME D' ACTIONS. OUI ? NON ?**

<b>OBJECTIF</b>	Avoir une politique d'amélioration de la qualité et PECM actualisée annuellement au regard du plan d'action
<b>PERIMÈTRE D'ANALYSE</b>	PECM
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	Description de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la PECM
<b>PONDERATION</b>	2 points
<b>ÉLÉMENT D'APPRECIATION</b>	<u>REPONSE ATTENDUE</u> : OUI/ NON <u>ELEMENT DE PREUVE à tenir à disposition</u> : document décrivant la politique d'amélioration continue de la qualité et de la PECM
<b>SCORING</b>	<u>Cible en 2019, 2020 et 2021 = OUI</u> - OUI = 2 points - NON = 0 point

### INDICATEUR

#### **1.4.2 - CE PROGRAMME D' ACTIONS INTÈGRE LES ACTIONS D'AMÉLIORATION ISSUES NOTAMMENT DES ANALYSES DES ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES, DES ÉVALUATIONS INTERNES (AUDIT, CARTOGRAPHIE DES RISQUES, ETC.) ET EXTERNES (CERTIFICATION, INSPECTION, INDICATEURS NATIONAUX OPPOSABLES, RAPPORT D'ÉVALUATION DU CAQES, ETC.).**

<b>OBJECTIF</b>	Avoir un programme d'actions répondant aux analyses internes et aux rapports d'analyse externes
<b>PERIMÈTRE D'ANALYSE</b>	PECM
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Faire des audits/ REX/ cartographies/ REMED ... Avoir et analyser les rapports de certification, inspection
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	Plan d'action actualisé ou extraction de la partie PECM du compte qualité de la plateforme SARA
<b>PONDERATION</b>	3 points
<b>ÉLÉMENT D'APPRECIATION</b>	<u>REPONSE ATTENDUE</u> : OUI + descriptif dans la zone de commentaire/ NON <u>ELEMENT DE PREUVE à tenir à disposition</u> : document décrivant les actions détaillées mises en place au sein de l'établissement
<b>SCORING</b>	<u>Cible en 2019, 2020 et 2021 = OUI</u> - OUI avec descriptif dans la zone de commentaire = 3 points - NON = 0 point



### INDICATEUR

#### **1.4.3 - LE BILAN ANNUEL DES ACTIONS D'AMELIORATION MISES EN ŒUVRE ET DE LEUR EVALUATION EST PRESENTE ANNUELLEMENT A LA CME/ CfME.**

<b>OBJECTIF</b>	Valoriser et promouvoir auprès de la CME/ CfME les actions d'amélioration mises en œuvre
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	PECM
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	compte-rendu de CME/ Support de présentation
<b>PONDERATION</b>	2 points
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<u>REPONSE ATTENDUE</u> : OUI/ NON <u>ELEMENT DE PREUVE à tenir à disposition</u> : CR CME / Support de présentation
<b>SCORING</b>	<b><u>Cible en 2019, 2020 et 2021 = OUI</u></b> - OUI = 2 points - NON = 0 point

## 1. AMELIORATION ET SECURISATION DE LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU PATIENT ET DU CIRCUIT DES PRODUITS ET PRESTATIONS

### Objectif : 1.5 :

Signalement des événements indésirables graves dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse des patients, en application des dispositions de l'article R.1413-67 du Code de la Santé Publique

Indicateur	Libellé indicateur	Statut	Eléments de preuve	Modifications VS 2018
<b>Indicateur : 1.5.1</b>	Par le portail « des signalements des événements sanitaires indésirables » : nombre de signalements réalisés sur le portail au cours de l'année évaluée	Régional	à tenir à disposition	RAS
<b>Indicateur : 1.5.2</b>	Par le portail « des signalements des événements sanitaires indésirables » : taux de signaux télédéclarés sur portail = nombre de signaux reçus par le portail/ nombre de signaux total transmis à l'ARS (mail, portail, courrier) concernant les événements graves	Régional	à tenir à disposition	RAS

## INDICATEUR

### 1.5.1 - PAR LE PORTAIL « DES SIGNALEMENTS DES EVENEMENTS SANITAIRES INDESIRABLES » : NOMBRE DE SIGNALEMENTS REALISES SUR LE PORTAIL AU COURS DE L'ANNEE EVALUEE

<b>OBJECTIF</b>	Suivre le nombre global d'EIGs relatifs à la prise en charge médicamenteuse télédéclarés sur le portail
<b>*PERIMETRE D'ANALYSE*</b>	<p>Concerne les EIGs relatifs à la prise en charge médicamenteuse : allant de la prescription jusqu'à l'administration. Pour rappel les EIGs (événements indésirables graves associés à des soins) sont définis (cf Art.1413-67. Du CSP) par leur caractère inattendu par rapport à l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Le décès</li><li>- La mise en jeux du pronostic vital : acte ou passage en réanimation, prise en charge en salle blanche après aplasie iatrogène,...</li><li>- la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent</li></ul> <p>Se limite aux EIGs médicamenteux télédéclarés sur le portail du ministère de la santé en lien avec la prise en charge médicamenteuse hors pharmacovigilance</p> <p>Ne concerne que les évènements déclarés sur ce portail.</p>
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Connaître le portail « des signalements des événements sanitaires indésirables » du ministère de la santé ( <b>Lien sur le site de l'OMEDIT ARA</b> )
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	Réaliser une requête dans le logiciel de déclaration des évènements indésirables de l'établissement en filtrant les EIGs médicamenteux ou pour les structures n'ayant pas ce type de logiciel comptabiliser les d'EIGs médicamenteux de l'établissement déclarés sur le portail
<b>PONDERATION</b>	1 point
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<p><u>REPONSE ATTENDUE</u> : nombre annuel d'EIGs relatifs à la prise en charge médicamenteuse déclarés sur le portail</p> <p><u>ELEMENT DE PREUVE à tenir à disposition</u> : liste des EIGs relatifs à la prise en charge médicamenteuse télédéclarés sur le portail</p>
<b>SCORING</b>	<p><b><u>Cible en 2019, 2020 et 2021 = Valeur communiquée</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Déclaratif fourni = 1 point</li><li>- Non = 0 point</li></ul>

### QUESTIONS / REPONSES :

#### Question 1 :

En 2018 aucun événement n'a été déclaré sur le portail mais comment connaître le nombre total d'EIGs médicamenteux déclarés ?

L'établissement doit normalement suivre ses déclarations internes d'EI via un logiciel qualité, ou tableau excel ou archives papiers...

Il faut en effet en parallèle du système de déclaration interne, avoir conservé une trace de déclaration auprès de l'ARS (pour les EIGs).

**Question 2 :**

*Un état de somnolence suite à une erreur médicamenteuse peut-il être considéré comme un EIGs ?*

Non car cet évènement n'engendre pas une mise en jeu du pronostic vital

PROJET

## INDICATEUR

### 1.5.2 - PAR LE PORTAIL « DES SIGNALEMENTS DES EVENEMENTS SANITAIRES INDESIRABLES » : TAUX DE SIGNAUX TELEDECLARES SUR PORTAIL = NOMBRE DE SIGNAUX REÇUS PAR LE PORTAIL/ NOMBRE DE SIGNAUX TOTAL TRANSMIS A L'ARS (MAIL, PORTAIL, COURRIER) CONCERNANT LES EVENEMENTS GRAVES

<b>OBJECTIF</b>	<p>Promouvoir la déclaration sur le portail des EIGs relatifs à la prise en charge médicamenteuse</p>
<b>*PERIMETRE D'ANALYSE*</b>	<p>Concernes les EIGs relatifs à la prise en charge médicamenteuse : allant de la prescription jusqu'à l'administration. Pour rappel les EIGs (événements indésirables graves associés à des soins) sont définis (cf Art.1413-67. Du CSP) par leur caractère inattendu par rapport à l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le décès</li> <li>- La mise en jeux du pronostic vital : acte ou passage en réanimation, prise en charge en salle blanche après aplasie iatrogène,...</li> <li>- la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent</li> </ul> <p>Se limite aux EIGs médicamenteux télédéclarés sur le portail du ministère de la santé en lien avec la prise en charge médicamenteuse hors pharmacovigilance</p> <p>Ne concerne que les évènements déclarés sur ce portail.</p>
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	<p>Connaitre le portail « des signalements des événements sanitaires indésirables » du ministère de la santé (Lien sur le site de l'OMEDIT ARA).</p>
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Numérateur</u> : Réaliser une requête dans le logiciel de déclaration des événements indésirables de l'établissement en filtrant les EIGs relatifs à la prise en charge médicamenteuse ou pour les structures n'ayant pas ce type de logiciel comptabiliser les d'EIGs médicamenteux de l'établissement déclarés sur le portail</li> <li>- <u>Dénominateur</u> : comptabiliser l'ensemble des EIGs relatifs à la prise en charge médicamenteuse déclarés par l'établissement à l'ARS ARA par courriel, portail et courrier postal.</li> </ul>
<b>PONDERATION</b>	<p>2 points</p>
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<p><u>REPONSE ATTENDUE</u> : Valeur en %</p> <p><u>ELEMENT DE PREUVE à tenir à disposition</u> : modalités de calcul et chiffres du numérateur et du dénominateur</p>
<b>SCORING</b>	<p><b><u>Cible en 2019, 2020 et 2021 = 100%</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux égal à la cible = 2 points</li> <li>- Taux inférieur à la cible et progression du taux n/n-1 = 1 point</li> <li>- Taux inférieur à la cible et absence de progression du taux n/n-1 = 0 point</li> </ul>



## QUESTIONS / REPONSES :

### **Question :**

*Dans le cas où il n'y pas eu d'EIGs de la prise en charge médicamenteuse sur l'établissement, il ne peut donc pas y avoir de déclaration. Comment le pourcentage sera alors calculé ?*

Dans votre cas où il y aurait 0 déclaration sur le portail car 0 cas d'EIGs relatif à la prise en charge médicamenteuse au sein d'un ES, la plateforme de saisi des réponses du CAQES permettra de renseigner ces 2 informations.

PROJET


## 1. AMELIORATION ET SECURISATION DE LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU PATIENT ET DU CIRCUIT DES PRODUITS ET PRESTATIONS

### Objectif :1.6 :

Déploiement de la délivrance nominative des traitements médicamenteux

#### Sources règlementaires

\*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.

Indicateur	Libellé indicateur	Statut	Éléments de preuve	Modifications VS 2018
<b>Indicateur : 1.6.1</b>	Nombre de lits de médecine et d'obstétrique bénéficiant d'une DJIN ou DHIN de la totalité des médicaments/ nombre total de lits de médecine et d'obstétrique	Régional	état des lieux à fournir	Suppression
<b>Indicateur : 1.6.2</b>	Nombre de lits et places bénéficiant d'une DJIN ou DHIN de la totalité des médicaments/ nombre total de lits et places	Régional	état des lieux à fournir	Cible Pondération
<b>Indicateur : 1.6.3</b>	Le projet de montée en charge de la délivrance nominative intègre un projet d'automatisation de la délivrance nominative avec ou sans solution mutualisée.	Régional	Description du Projet à fournir	Suppression
 <b>Indicateur : 1.6.4</b>	L'établissement a mis en place des actions de sécurisation de la dispensation globale sur des médicaments/classes de médicaments à risques	Régional	état des lieux à fournir	<b>AJOUT</b>

## INDICATEUR

### 1.6.2 - NOMBRE DE LITS ~~ET PLACES~~ BENEFICIANT D'UNE DJIN OU DHIN DE LA TOTALITE DES MEDICAMENTS/ NOMBRE TOTAL DE LITS ~~ET PLACES~~

<b>OBJECTIF</b>	<p>Pour la totalité des unités de soins de l'établissement, identifier les lits dont la dispensation est effectuée nominativement pour les médicaments per os.</p>
<b>* PERIMETRE D'ANALYSE *</b>	<p>Analyse des lits uniquement pour les US ayant une <b>DMS moyenne &gt; ou = 5 jours</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Inclure</b> : médecine / chirurgie <b>moyen et long séjours</b> (SSR, USLD, HAD, Médecine, psychiatrie)</li> <li>• <b>Exclure</b> : les lits dont les US ont une DMS moyenne &lt; à 5 jours (Hopital de jour, Ambulatoire, obstétrique, urgences / UHCD) et Rea /USI /USC.</li> </ul> <p>Délivrance nominative quelle que soit la méthode choisie</p>
METHODOLOGIE DE RECUEIL	<p>Décrire le type de dispensation mis en place dans toutes les US de l'établissement</p> <p><b>Outils mis à disposition par l'OMEDIT ARA</b> : fichier de recueil : « <b>Dispensation nominative et globale</b> » disponible sur <a href="#">le site internet de l'OMEDIT ARA</a></p>
<b>*PONDERATION*</b>	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<p><b>REPONSE ATTENDUE</b> : Valeur en %</p> <p><b>ELEMENT DE PREUVE à fournir</b> : Tableau de recueil complété</p>
SCORING	<p><b>Cible en 2019, 2020 et 2021 = 100%</b></p> <p><b>MCO</b> :- 100% : 2 Points</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 33 % à 99% : 1 point</li> <li>- &lt; 33% : 0 point</li> <li>- + 0,5 point bonus si progression</li> </ul> <p><b>SSR / HAD/ PSY</b> :- 100% : 2 Points</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 70 % à 99% : 1 point</li> <li>- &lt; 70% : 0 point</li> <li>- + 0,5 point bonus si progression</li> </ul> <p><b>Dialyse</b> : neutralisation</p>



## NOUVEL INDICATEUR

### INDICATEUR

#### 1.6.4 - L'ETABLISSEMENT A MIS EN PLACE DES ACTIONS DE SECURISATION DE LA DISPENSATION GLOBALE SUR DES MEDICAMENTS/CLASSES DE MEDICAMENTS A RISQUES.

OBJECTIF	Pour les US de l'établissement qui ne sont pas en dispensation nominative, lister les classes ou médicaments à risque pour lesquels une dispensation nominative est obligatoire
* PERIMETRE D'ANALYSE *	Exclure les US qui sont déjà en Dispensation nominative (US décrites dans l'indicateur 1.6.2)
METHODOLOGIE DE RECUEIL	<b>Outils mis à disposition par l'OMEDIT ARA</b> : fichier de recueil : « <i>Dispensation nominative et globale</i> » disponible sur <a href="#">le site internet de l'OMEDIT ARA</a>
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION	<b>REPONSE ATTENDUE</b> : OUI + élément de preuve / NON / NA (si 100% des US sont déjà en dispensation nominative) <b>ELEMENT DE PREUVE à fournir</b> : Fichier descriptif des actions mise en place
SCORING	<b>Cible en 2019, 2020 et 2021 = OUI + élément de preuve</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- OUI + élément de preuve = 2 points</li><li>- NON = 0 point</li><li>- NA = neutralisation indicateur si 100% des US de l'établissement sont en dispensation nominative</li></ul>

#### QUESTIONS / REPONSES :

Question : La délivrance nominative de médicament à partir d'une armoire sécurisée peut-elle être considérée comme un mode de dispensation nominative ?

Non c'est une modalité de sécurisation du circuit des médicaments, mais ce n'est pas un processus de dispensation nominative

## 1. AMELIORATION ET SECURISATION DE LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU PATIENT ET DU CIRCUIIT DES PRODUITS ET PRESTATIONS

### Objectif : 1.7 :

Sécurisation de l'administration des médicaments

--

Indicateur	Libellé indicateur	Statut	Éléments de preuve	Modifications VS 2018
<b>Indicateur : 1.7.1</b>	Les médicaments administrés par voie orale restent identifiables jusqu'à leur administration (achat de médicaments en conditionnement unitaire, sur conditionnement, reconditionnement, ré étiquetage, etc.).	Régional	à tenir à disposition	RAS
<b>Indicateur : 1.7.2</b>	Les médicaments injectables reconstitués restent identifiables (nom du patient et nom du médicament, dosage, etc.) jusqu'à leur administration (étiquetage).	Régional	à tenir à disposition	RAS

## INDICATEUR

### 1.7.1 - LES MEDICAMENTS ADMINISTRES PAR VOIE ORALE RESTENT IDENTIFIABLES JUSQU'À LEUR ADMINISTRATION (ACHAT DE MEDICAMENTS EN CONDITIONNEMENT UNITAIRE, SUR CONDITIONNEMENT, RECONDITIONNEMENT, RE ETIQUETAGE, ETC.).

<b>OBJECTIF</b>	Sécuriser l'administration des médicaments per os
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	Médicaments administrés par voie orale
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	<b><u>Méthode par Audit de processus :</u></b> Outils mis à disposition par l'OMEDIT ARA - AUDIT 4 : <ul style="list-style-type: none"><li>- guide méthodologique d'audit ("<b>Méthodologie des audits du CAQES</b>")</li><li>- grille de recueil ("<b>Grilles audit 3 et 4_I_131_Traçabilité_I_171_I_172_ Identification des médicaments à l'administration_CAQES_VF</b>")</li></ul>
<b>PONDERATION</b>	3 points
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<b><u>REPONSE ATTENDUE :</u></b> valeur en % + argumentation des écarts et courtes descriptions des plans d'actions dans la <b>zone de commentaire</b> si cible 100% non atteinte <ul style="list-style-type: none"><li>- 100% si dans l'ensemble des piluliers et armoires des services audités, tous les médicaments sont identifiables</li></ul> <b><u>ELEMENT DE PREUVE à tenir à disposition :</u></b> résultats de l'audit avec les explications concernant les écarts et le plan d'action des mesures correctives avec état d'avancement.
<b>SCORING</b>	<b><u>Cible en 2019, 2020 et 2021 = 100%</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Si 100% = 3 points</li><li>- Si &lt;100% mais écart argumenté et justifié (présence Audit) = 2 points</li><li>- Si pas d'audit ou écart non justifié = 0 point</li></ul>

### **QUESTIONS / REPONSES :**

#### **Question 1 :**

*Cet indicateur concerne l'identification des médicaments dans les armoires de service, qu'entendez-vous par armoire de service ? : les armoires où sont détenus les piluliers ou les armoires où sont détenus les bacs nominatifs/patients de médicaments ou les armoires de dotation ?*

Les armoires de services correspondent aux armoires de dotation ⇔ armoires tampon ⇔ armoires de stockage de médicaments dans les unités de soin.

L'objectif de cet indicateur étant d'auditer les lieux de stockages des médicaments et de vérifier que les médicaments qui y sont présents sont bien identifiables. Cela pourra se faire lors de l'approvisionnement de médicaments dans les piluliers ou dans les bacs nominatifs patients ou dans les armoires de stockage de médicaments dans les unités de soin.

**Question 2 :**

*Des audits d'armoires sont effectués chaque année dans tous les services de l'établissement. Ces audits recueillent l'identification des médicaments contenus dans les tirettes des armoires. Les résultats obtenus peuvent-ils être utilisés pour cet indicateur ? Sont-ils suffisants ?*

Les résultats de ces audits peuvent être utilisés dans le cadre de cet indicateur. Il n'est pas nécessaire d'auditer une seconde fois ces armoires de services.

En revanche ces audits d'armoires seuls ne sont pas suffisants pour l'indicateur. Les audits de piluliers doivent aussi être réalisés.

PROJET

## INDICATEUR

### 1.7.2 - LES MEDICAMENTS INJECTABLES RECONSTITUES RESTENT IDENTIFIABLES (NOM DU PATIENT ET NOM DU MEDICAMENT, DOSAGE, ETC.) JUSQU'À LEUR ADMINISTRATION (ETIQUETAGE)

<b>OBJECTIF</b>	Sécuriser l'administration des médicaments injectables
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	Médicaments injectables (dont préparations centralisées chimio, nutrition parentérale)
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	<b><u>Méthode par Audit de processus :</u></b> Outils mis à disposition par l'OMEDIT ARA - AUDIT 4 : <ul style="list-style-type: none"><li>- guide méthodologique d'audit ("<b>Méthodologie des audits du CAQES</b>")</li><li>- grille de recueil ("<b>Grilles audit 3 et 4_I_131_Traçabilité_I_171_I_172_ Identification des médicaments à l'administration_CAQES_VF</b>")</li></ul>
<b>PONDERATION</b>	3 points
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<b><u>REPONSE ATTENDUE</u></b> : valeur en % + argumentation des écarts et courtes descriptions des plans d'actions dans <b>la zone de commentaire</b> si cible 100% non atteinte <ul style="list-style-type: none"><li>- 100% si l'ensemble des médicaments injectables audités sont identifiables</li></ul> <b><u>ELEMENT DE PREUVE à tenir à disposition</u></b> : Résultats de l'audit avec les explications concernant les écarts et le plan d'action des mesures correctives avec état d'avancement.
<b>SCORING</b>	<b><u>Cible en 2019, 2020 et 2021 = 100%</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Si 100% = 3 points</li><li>- Si &lt;100% mais écart argumenté et justifié (présence Audit) = 2 points</li><li>- Si pas d'audit ou écart non justifié = 0 point</li></ul>

### QUESTIONS / REPONSES :

#### **Question 1 :**

*Faut-il auditer les injectables préparés dans la salle de soins (en attente d'être branchés) ou tous les injectables ? C'est dire y compris ceux qui sont branchés sur le patient au moment de l'audit.*

L'objectif de cet audit portant sur l'identification des poches de perfusion (autre que les bolus), il est tout à fait pertinent d'auditer ce qui se prépare (étiquetage à venir) mais aussi ce qui est déjà en place au bras du patient. L'audit portera alors sur un étiquetage effectué probablement par des IDE différentes (un biais de moins dans cette méthodologie).

**Question 2 :**

*Il est noté dans la méthodologie de l'audit que cela concerne les médicaments reconstitués (identifiables jusqu'à leur administration. Bolus exclus). Or dans les services de soins, les poches IV sont préparées extemporanément/ au lit du malade : est-ce que cela signifie que seules les préparations de chimiothérapies (URCC) sont concernés ?*

L'audit concerne tous les médicaments reconstitués pas seulement les poches de chimios de l'URCC. Le risque qui est évalué est celui concernant « l'identification du médicament » = « le médicament que je souhaite administrer peut-il être correctement identifié lors de mon contrôle avant et en fin d'administration ? ». Le libellé de l'indicateur indique bien la notion de contrôle jusqu'à l'administration ; soit le contrôle de l'étiquetage jusqu'à la fin de la perfusion.

La notion de préparation extemporanée n'affranchit pas de potentiel problème d'identification (patient médicament dose etc.) en lien avec l'étiquetage.

Par contre Les médicaments reconstitués injectés en bolus et préparés puis administrés par la même IDE ne font donc pas partie du champ de l'audit.

## 1. AMELIORATION ET SECURISATION DE LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU PATIENT ET DU CIRCUIT DES PRODUITS ET PRESTATIONS

### Objectif : 1.8 :

Continuité de l'activité de stérilisation en cas de dysfonctionnement majeur du plateau technique usuel

Indicateur	Libellé indicateur	Statut	Éléments de preuve	Modifications VS 2018
<b>Indicateur : 1.8.1</b>	Identification des modalités de prise en charge des DMS en cas de dysfonctionnement majeur de la stérilisation (convention avec un autre établissement ou prestataire, liste des DMS critiques, organisation interne) : existence d'une procédure.	Régional	documents à fournir	RAS
<b>Indicateur : 1.8.2</b>	La pertinence de la procédure de prise en charge des DMS en cas de dysfonctionnement majeur de la stérilisation est vérifiée : participation tous les trois ans à un exercice de simulation « sur table », réalisé seul ou en association entre plusieurs établissements portant sur un ou plusieurs éléments du processus de production des DMS (scénarios fournis par un GT animé par l'ARS)	Régional	documents à fournir	Méthodologie et scoring

## INDICATEUR




### **1.8.1 - IDENTIFICATION DES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES DMS EN CAS DE DYSFONCTIONNEMENT MAJEUR DE LA STERILISATION (CONVENTION AVEC UN AUTRE ETABLISSEMENT OU PRESTATAIRE, LISTE DES DMS CRITIQUES, ORGANISATION INTERNE) : EXISTENCE D'UNE PROCEDURE**

<b>OBJECTIF</b>	Mettre en place un fonctionnement "dégradé" avec priorisation en cas de panne
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	Service de stérilisation et bloc opératoire y compris si externalisation
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	<p>L'établissement fournit la/ les procédure(s) et convention(s).</p> <p>1/ La/les procédure(s) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pour l'établissement demandeur elle contient : l'organisation interne à mettre en place. Le plan blanc de l'établissement doit reprendre ces éléments ou faire référence à cette procédure.</li><li>- Pour l'établissement en appui elle contient : les capacités de prise en charge supplémentaire et l'organisation mise en oeuvre.</li></ul> <p>2/ La convention cosignée par les directeurs et les pharmaciens.</p> <p>3/ La liste des DMS identifiés comme DMS critiques</p> <p>Si l'objectif n'est pas atteint, un état des lieux finalisé peut être fourni (cf éléments d'appréciation).</p>
<b>PONDERATION</b>	3 points
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<p><u>REPONSE ATTENDUE</u> : OUI/ NON/ EN COURS + éléments de preuve</p> <p><u>ELEMENTS DE PREUVE à fournir</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Si OUI : Joindre les 3 documents listés dans la méthodologie de recueil. Il est attendu pour bénéficier de la totalité du scoring des documents intégrés dans le dispositif global de l'établissement (référencement AQ de l'ES, référencement plan blanc...), actualisés autant que de besoin et avec une date de mise à jour/ relecture mentionnée inférieure à cinq ans.</li><li>➤ Si EN COURS : disposer d'un état des lieux finalisé intra-hospitalier. Cet état des lieux pour bénéficier du scoring doit mentionner obligatoirement :<ul style="list-style-type: none"><li>- l'identification des DMS critiques,</li><li>- l'évaluation des volumes exprimés si possible en unité d'œuvre (selon méthodologie de la SF2S reprise dans l'outil d'autodiagnostic stérilisation V2 de l'ANAP),</li><li>- éventuellement l'évaluation des capacités à assurer une activité supplémentaire : volume exprimé si possible en unité d'œuvre.</li></ul></li></ul>
<b>SCORING</b>	<p><b><u>Cible en 2019, 2020 et 2021 = OUI</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- OUI = 3 points</li><li>- EN COURS = 1,5 point</li><li>- NON = 0 point</li></ul>



## INDICATEUR

### 1.8.2 - LA PERTINENCE DE LA PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE DES DMS EN CAS DE DYSFONCTIONNEMENT MAJEUR DE LA STERILISATION EST VERIFIEE : PARTICIPATION TOUS LES TROIS ANS A UN EXERCICE DE SIMULATION « SUR TABLE », REALISE SEUL OU EN ASSOCIATION ENTRE PLUSIEURS ETABLISSEMENTS PORTANT SUR UN OU PLUSIEURS ELEMENTS DU PROCESSUS DE PRODUCTION DES DMS (SCENARIOS FOURNIS PAR UN GT ANIME PAR L'ARS)

<b>OBJECTIF</b>	Tester la pertinence de la procédure de fonctionnement dégradé du service de stérilisation
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	Etude d'impact au niveau de l'établissement (stérilisation, programme opératoire, fonctionnement général...)
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Avoir finalisé et identifié les modalités de prise en charge des DMS en cas de dysfonctionnement majeur.
 <b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	<p>L'exercice est obligatoire pour les établissements de santé, avec ou sans activité de stérilisation.</p> <p>Toutefois pour les établissements sous-traitant moins de 500 000 unités d'œuvre (UO) il est facultatif.</p> <p>Si l'établissement ne connaît pas son activité de production en unités d'œuvre il est réputé faire l'exercice.</p> <p>Trois scénarios sont proposés en fonction notamment de la taille de la structure et du degré d'appropriation de la problématique. Document « <b>Exercice de simulation stérilisation</b> » accessible sur <a href="#">le site internet de l'OMEDIT ARA</a></p> <p>L'exercice de simulation peut être testé par plusieurs établissements. Lorsque l'exercice concerne plusieurs établissements, certains pourront dans ce cadre étudier l'impact sur leur organisation de l'aide apportée à l'autre établissement.</p> <p>Un établissement ayant déjà réalisé un exercice significatif, ou ayant été confronté à un incident en 2017 ou en 2018 sera réputé valider l'item si les conditions de réalisation de l'exercice, ou de l'incident géré lui permettent de répondre à la totalité des éléments de la grille de recueil.</p> <p>L'élément de preuve attendu est la « <b>Grille de recueil</b> » remplie accessible sur <a href="#">le site internet de l'OMEDIT ARA</a>.</p> <p>Pour les établissements ayant déjà fait un exercice complet en 2017 et 2018, ou géré un incident, l'élément de preuve attendu est une copie du scénario et du retour d'expérience.</p>
<b>PONDERATION</b>	2 points
 <b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<p><u>REPONSE ATTENDUE</u> : OUI/ NON + éléments de preuve (Grille de recueil)</p> <p><u>ELEMENT DE PREUVE à fournir</u> : Si OUI : fournir la « <b>Grille de recueil</b> » dûment complétée</p>
 <b>SCORING</b>	<p><b>Cible en 2019, 2020 et 2021 = OUI + « Grille de recueil » complétée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- OUI =2 points</li> <li>- NON = 0 point</li> </ul>

**1. AMELIORATION ET SECURISATION DE LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU PATIENT ET DU  
CIRCUIT DES PRODUITS ET PRESTATIONS**

**Objectif : 1.9:**

Renforcement du lien ville-hôpital pour l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse des patients



*PROJET - En attente de validation*

**NOUVEL INDICATEUR**

INDICATEUR

*PROJET - En attente de validation*

INDICATEUR

*PROJET - En attente de validation*

**NOUVEL INDICATEUR**

INDICATEUR

*PROJET - En attente de validation*

## PARTIE 2

### DEVELOPPEMENT DES PRATIQUES PLURIDISCIPLINAIRES ET EN RESEAU, POLITIQUE ET BON USAGE DES PRODUITS DE SANTE

Les dates de restitution des indicateurs sont les suivantes :

**Pour : 2.2 et 2.4**

**Le 31 janvier**

**Pour : 2.1 et 2.3**

**Le 31 mars**

- **Objectif : 2.1** : Suivi des indications des médicaments hors GHS et des dispositifs médicaux hors GHS
- **Objectif : 2.2** : Participation aux enquêtes régionales et nationales et suivi en lien avec les produits de santé
- **Objectif : 2.3** : Mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse
- **Objectif : 2.4** : Vigilance et bon usage des antibiotiques (ATB)

## 2. DEVELOPPEMENT DES PRATIQUES PLURIDISCIPLINAIRES ET EN RESEAU, POLITIQUE ET BON USAGE DES PRODUITS DE SANTE

### Objectif : 2.1 :

Suivi des indications des médicaments hors GHS et des dispositifs médicaux hors GHS

Indicateur	Libellé indicateur	Statut	Eléments de preuve	Modifications VS 2018
<b>Indicateur : 2.1.1</b>	Taux de prescription hors référentiels (RTU, AMM) pour les médicaments et produits et prestations de la liste en sus : nombre de traitement (patients) hors référentiel/ nombre de traitement (patients) total.	National	fichier SPI à fournir	Libellé indicateur +Pondération
<b>Indicateur : 2.1.2</b>	L'établissement présente le suivi annuel de la répartition des prescriptions de médicament hors GHS, accompagnées le cas échéant de leur argumentaire, à la CME/ CfME. Oui ? Non ?	Régional	à tenir à disposition	RAS
<b>Indicateur : 2.1.3</b>	<del>L'établissement adresse le suivi annuel de la répartition des prescriptions de médicament hors GHS, accompagnées le cas échéant de leur argumentaire, à l'ARS et à l'OMEDIT. Oui ? Non ?</del>	<del>Régional</del>	<del>fichier SPI + argumentaires à fournir</del>	<del>Suppression</del>
<b>Indicateur : 2.1.4</b>	L'établissement présente le suivi annuel de la répartition des poses de DMI hors GHS accompagnées le cas échéant de leur argumentaire à la CME/ CfME. Oui ? Non ? Pour les indications des DMI soumis à registre et à réalisation d'une RCP	Régional	à tenir à disposition	Pondération
<b>Indicateur : 2.1.5</b>	L'établissement adresse le suivi annuel de la répartition des poses de DMI hors GHS accompagnées le cas échéant de leur argumentaire à l'ARS et l'OMEDIT. Pour les indications des DMI soumis à registre et à réalisation d'une RCP	Régional	fichier SPI + argumentaires à fournir	Pondération
<b>Indicateur : 2.1.6</b>	<del>L'établissement a mis en place des dispositions visant à respecter les conditions d'achat, de fourniture et d'utilisation des dispositifs médicaux soumis à l'inscription sur la liste dite « intra-GHS ».</del>	<del>Régional</del>	<del>à tenir à disposition</del>	<del>Suppression</del>
<b>Indicateur : 2.1.7</b>	Réalisation d'audits de pertinence sur les prescriptions de médicaments hors GHS ?  Audit 1 : Médicament hors GHS de la liste déterminée par le Groupe Technique et communiquée par	Régional	A fournir	AJOUT





l'OMEDIT			
Audit 2 : Médicament hors GHS laissé au choix de l'ES			
<b>Indicateur :</b> <b>2.1.8</b>	Réalisation d'un audit de pertinence sur les prescriptions des DMI hors ghs ?	Régional	A fournir
			AJOUT

PROJET



## INDICATEUR

### 2.1.1 - TAUX DE PRESCRIPTION HORS REFERENTIELS (RTU, AMM) POUR LES MEDICAMENTS ET PRODUITS ET PRESTATIONS DE LA LISTE EN SUS : NOMBRE DE TRAITEMENT (PATIENTS) HORS REFERENTIEL/ NOMBRE DE TRAITEMENT (PATIENTS) TOTAL.

<b>OBJECTIF</b>	Suivre le taux de patients dont le traitement MO est <b>initié</b> hors référentiel
<b>* PERIMETRE D'ANALYSE *</b>	Tous les médicaments de la liste en sus (=liste des médicaments Hors GHS) En initiation de traitement Uniquement pour les médicaments portés au remboursement
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Avoir une synthèse des Référentiels pour les Médicaments de la liste en sus
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	<p>Compléter un tableau de Suivi Prospectif des Indications (SPI) <b>en initiation de traitement</b> des médicaments de la liste en sus avec justification si prescription hors AMM et hors RTU dans les conditions réglementaires du CAQES et de l'ex-CBU (à défaut et par exception, en l'absence d'alternative thérapeutique, avec argumentaire faisant référence aux travaux des sociétés savantes ou publications internationales à comité de lecture). Ce suivi prospectif sera effectué sur une <b>durée de 2 mois</b>.</p> <p>Un changement de posologie ou de voie d'administration (hors chimiothérapie anticancéreuse) est à considérer comme une nouvelle prescription.</p> <p><b>Exemples :</b> 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</p> <p><b>Outils mis à disposition par l'OMEDIT ARA :</b> tableau des SPI pour les médicaments de la liste en sus : « <b>I_211_Taux de prescription hors référentiel_ARA-CAQES</b> »</p>
<b>* PONDERATION *</b>	* 2 points *
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<p><b>REPONSE ATTENDUE :</b> OUI/ NON</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- OUI si le SPI est complété et communiqué</li> <li>- NON le SPI n'est pas complété</li> </ul> <p><b>ELEMENT DE PREUVE à fournir :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tableau des SPI pour les médicaments de la liste en sus + justification des prescriptions hors AMM ou tout autre tableau de suivi prospectif d'indication</li> </ul>
<b>SCORING</b>	<p><b>Cible en 2019, 2020 et 2021 = OUI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- OUI = Tableau des SPI complété et communiqué = 2 points</li> <li>- NON = pas de transmission du SPI = 0 point</li> </ul>

### QUESTIONS / REPONSES :

**Question 1 :**

*Dans la méthode de recueil il est noté : « Un changement de posologie est à considérer comme une nouvelle prescription ». Pour un médicament avec dose de charge (exemple Cancidas 70mg le 1<sup>er</sup> jour puis 50mg) : faut-il compter deux prescriptions ?*

Non 1 seule prescription de comptée. Les 2 posologies différentes correspondent dans ce cas à 1 même protocole de prise en charge thérapeutique (dose de charge puis dose continue). Donc pour 1 patient donné, il faut compter 1 protocole.

PROJET

### INDICATEUR

#### 2.1.2 - L'ETABLISSEMENT PRESENTE LE SUIVI ANNUEL DE LA REPARTITION DES PRESCRIPTIONS DE MEDICAMENT HORS GHS, ACCOMPAGNEES LE CAS ECHEANT DE LEUR ARGUMENTAIRE, A LA CME/ CfME. OUI ? NON ?

<b>OBJECTIF</b>	Communiquer et sensibiliser les prescripteurs sur les prescriptions des médicaments de la liste en sus des GHS (hors GHS)
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	Suivi annuel des médicaments de la liste en sus des GHS (hors GHS)
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Avoir un suivi annuel des médicaments de la liste en sus des GHS (Hors GHS)
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	Archiver tout élément attestant d'une présentation des SPI en CME/ CfME
<b>PONDERATION</b>	2 points
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<u>REPONSE ATTENDUE</u> : OUI / NON <u>ELEMENT DE PREUVE à tenir à disposition</u> : compte rendu CME, Support de présentation ...
<b>SCORING</b>	<b><u>Cible en 2019, 2020 et 2021 = OUI</u></b> - OUI = 2 points - NON = 0 point

### INDICATEUR

#### 2.1.4 - L'ETABLISSEMENT PRESENTE LE SUIVI ANNUEL DE LA REPARTITION DES POSES DE DMI HORS GHS ACCOMPAGNEES LE CAS ECHEANT DE LEUR ARGUMENTAIRE A LA CME/ CfME. OUI ? NON ? POUR LES INDICATIONS DES DMI SOUMIS A REGISTRE ET A REALISATION D'UNE RCP

<b>OBJECTIF</b>	Communiquer et sensibiliser sur les prescriptions hors référentiels pour les DMI soumis à un registre et à réalisation d'un RCP
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	DMI Hors GHS et soumis à registre et à réalisation d'une RCP (en 2018 TAVI)
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Avoir un suivi annuel des DMI Hors GHS et soumis à registre et à réalisation d'une RCP (TAVI en 2018)
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Archiver tout élément attestant d'une présentation du suivi annuel des DMI en CME/ CfME
* PONDERATION *	* 1 point *
ELEMENT D'APPRECIATION	<p><u>REPONSE ATTENDUE</u> : OUI / NON</p> <p><u>ELEMENT DE PREUVE</u> à tenir à disposition : compte rendu de CME/ support de présentation</p>
SCORING	<p><b><u>Cible en 2019, 2020 et 2021 = OUI</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- OUI = 1 point</li> <li>- NON = 0 point</li> </ul>



## INDICATEUR

### 2.1.5 - L'ETABLISSEMENT ADRESSE LE SUIVI ANNUEL DE LA REPARTITION DES POSES DE DMI HORS GHS ACCOMPAGNEES LE CAS ECHEANT DE LEUR ARGUMENTAIRE A L'ARS ET L'OMEDIT. POUR LES INDICATIONS DES DMI SOUMIS A REGISTRE ET A REALISATION D'UNE RCP

<b>OBJECTIF</b>	Communiquer au niveau régional sur les prescriptions hors référentiels pour les DMI soumis à registre
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	DMI soumis à registre et à réalisation d'une RCP (en 2018 TAVI)
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Avoir un suivi annuel de la répartition des poses de DMI soumis à registre et à réalisation d'une RCP
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	Compléter un tableau de suivi de la répartition des poses de DMI soumis à registre et à réalisation d'une RCP, puis le transmettre à l'OMEDIT ARA <b>Outil</b> : tableau de suivi de la répartition des poses de DMI soumis à registre et à réalisation d'une RCP, proposé par OMEDIT ARA
<b>* PONDERATION *</b>	* 2 points *
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<b>REPONSE ATTENDUE</b> : OUI / NON <b>ELEMENT DE PREUVE à fournir</b> : tableau de suivi de la répartition des poses de DMI soumis à registre et à réalisation d'une RCP.
<b>SCORING</b>	<b>Cible en 2019, 2020 et 2021 = OUI</b> - OUI = 2 points - NON = 0 point



## NOUVEL INDICATEUR

### INDICATEUR

#### 2.1.7 - REALISATION D'AUDITS DE PERTINENCE SUR LES PRESCRIPTIONS DE MEDICAMENTS HORS GHS ?



**AUDIT 1 : MEDICAMENT HORS GHS DE LA LISTE DETERMINEE PAR LE GROUPE TECHNIQUE ET COMMUNIQUEE PAR L'OMEDIT**

**AUDIT 2 : MEDICAMENT HORS GHS LAISSE AU CHOIX DE L'ES**

<b>OBJECTIF</b>	Contrôler la pertinence des indications de 2 molécules sélectionnées.
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	Pour l'audit 1, il s'agira de choisir une molécule remboursée en sus des GHS de la liste proposée par l'OMEDIT ARA Pour l'audit 2, la molécule sera laissée au choix de l'établissement parmi les molécules remboursées en sus des GHS hors liste proposée par l'OMEDIT ARA
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Prescrire des molécules hors GHS
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	<b>Méthode par Audit :</b> Outils mis à disposition par l'OMEDIT ARA – AUDIT 5 - disponibles sur <a href="#">le site internet de l'OMEDIT ARA</a> : <ul style="list-style-type: none"><li>- Guide méthodologique d'audit ("<b>Méthodologie des audits du CAQES</b>")</li><li>- Fiche d'audit (« <b>Fiche d'audit des dossiers médicaments LES.docx</b> »)</li><li>- Grille de synthèse ("<b>Grille synthèse audit médicaments LES.xlsx</b>")</li></ul>
<b>PONDERATION</b>	2 points
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<b>REPONSE ATTENDUE :</b> OUI/ NON <b>ELEMENT DE PREUVE à fournir :</b> la « Grille de synthèse » (format Excel) + le rapport d'audit (pdf)
<b>SCORING</b>	<b>Cible en 2019, 2020 et 2021 = OUI</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- OUI et 2 audits réalisés = 2 points</li><li>- OUI mais 1 seul audit réalisé = 1 Point</li><li>- NON = 0 point</li></ul>

## NOUVEL INDICATEUR

### INDICATEUR

#### 2.1.8 - REALISATION D'UN AUDIT DE PERTINENCE SUR LES PRESCRIPTIONS DES DMI HORS GHS ?

OBJECTIF	Contrôler la pertinence des indications d'un DMI
PERIMETRE D'ANALYSE	Analyse des DMI hors GHS
PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR	Avoir des DMI hors GHS
METHODOLOGIE DE RECUEIL	<p><b>Méthode par Audit :</b></p> <p>Outils créés et mis à disposition par le GT DM de l'OMEDIT ARA – AUDIT 6 - disponible sur <a href="#">le site internet de l'OMEDIT ARA</a> :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- guide méthodologique d'audit ("<b>Méthodologie des audits du CAQES</b>")</li><li>- grille de recueil ("<b>Grille audit DMI Hors GHS.xlsx</b>")</li></ul>
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION	<p><b>Réponse attendue</b> : OUI/ NON/ NON CONCERNE</p> <p><b>ELEMENT DE PREUVE</b> : <b>à fournir</b> : la grille de synthèse (format Excel) + le rapport d'audit (pdf)</p>
SCORING	<p><b>Cible en 2019 : Indicateur NEUTRALISE</b></p> <p><b>Cible en 2020 et 2021 = OUI</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Oui = 1 point</li><li>- Non = 0 point</li></ul>

## 2. DEVELOPPEMENT DES PRATIQUES PLURIDISCIPLINAIRES ET EN RESEAU, POLITIQUE ET BON USAGE DES PRODUITS DE SANTE

### Objectif : 2.2 :

Participation aux enquêtes régionales et nationales et suivi en lien avec les produits de santé

#### Sources réglementaires

\*INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2018 ...relative à l'enquête achat et consommation des médicaments à l'hôpital menée par l'ATIH et aux modalités de recueil des données de consommation des médicaments

Indicateur	Libellé indicateur	Statut	Éléments de preuve	Modifications VS 2018
<b>Indicateur : 2.2.1</b>	L'établissement répond dans les délais impartis aux enquêtes diligentées par l'OMEDIT ou l'ARS.	Régional	à disposition de l'OMEDIT ARA	RAS
<b>Indicateur : 2.2.2</b>	Recueil ATIH sur le médicament : dépôt des données de consommation des médicaments de l'année n-1 sur la plateforme réservée à cet effet.	Régional	à disposition de l'OMEDIT ARA	Pondération
<del><b>Indicateur : 2.2.3</b></del>	<del>Recueil ATIH sur le médicament : conformité des informations transmises au cahier des charges national.</del>	<del>Régional</del>	<del>à disposition de l'OMEDIT ARA</del>	<del>Suppression</del>
<b>Indicateur : 2.2.4</b>	Recueil ATIH sur le médicament : analyse des données de consommation ATIH et internes de l'établissement en lien avec le COMEDIMS et proposition d'actions d'amélioration des pratiques, le cas échéant.	Régional	à tenir à disposition	RAS



## INDICATEUR

### 2.2.1 - L'ETABLISSEMENT REPOND DANS LES DELAIS IMPARTIS AUX ENQUETES DILIGENTES PAR L'OMEDIT OU L'ARS.

<b>OBJECTIF</b>	Participer et communiquer des données intra-hospitalières pour des enquêtes régionales ou nationales
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	Enquêtes diligentées par OMEDIT ou ARS si l'établissement est concerné
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Etre informé des enquêtes Avoir un délai suffisant pour pouvoir répondre
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	Identifier les enquêtes pour lesquelles la participation de l'établissement a été retenue Liste des enquêtes communiquée par l'OMEDIT ARA sur <a href="#">le site internet</a>
<b>PONDERATION</b>	1 point
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<b>REPONSE ATTENDUE</b> : OUI/ NON <b>ELEMENT DE PREUVE à disposition de l'OMEDIT ARA</b> : listing tenu à jour par l'OMEDIT ARA
<b>SCORING</b>	<b>Cible en 2019, 2020 et 2021 = OUI</b> - OUI = 1 point - NON = 0 point

### INDICATEUR

#### 2.2.2 - RECUEIL ATIH SUR LE MEDICAMENT : DEPOT DES DONNEES DE CONSOMMATION DES MEDICAMENTS DE L'ANNEE N-1 SUR LA PLATEFORME RESERVEE A CET EFFET

<b>OBJECTIF</b>	Suivre et communiquer des données annuelles de consommation de médicaments
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	Consommation de l'année n-1
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	*Avoir un système d'information de gestion économique et financier (GEF) permettant le recueil des informations attendues *Avoir accès à la plateforme
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	Requête GEF de l'établissement Lien de l'ATIH sur le site internet de l'OMEDIT ARA
<b>* PONDERATION *</b>	<b>* 2 points *</b>
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<u>REPONSE ATTENDUE</u> : OUI/ NON <u>ELEMENT DE PREUVE à disposition de l'OMEDIT ARA</u> : listing communiqué par l'ATIH et tenu à jour par l'OMEDIT ARA
<b>SCORING</b>	<b><u>Cible en 2019, 2020 et 2021 = OUI</u></b> - OUI = 2 points - NON = 0 point



### INDICATEUR

#### 2.2.4 - RECUEIL ATIH SUR LE MEDICAMENT : ANALYSE DES DONNEES DE CONSOMMATION ATIH ET INTERNES DE L'ETABLISSEMENT EN LIEN AVEC LE COMEDIMS ET PROPOSITION D'ACTIONS D'AMELIORATION DES PRATIQUES, LE CAS ECHEANT.

<b>OBJECTIF</b>	Analyser les consommations au regard de l'année n-1 au niveau interne et régional et proposer des actions d'amélioration
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	Analyses de suivi des consommations internes avec le COMEDIMS Analyses des consommations propres au regard des consommations régionales
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Avoir communiqué ses données de consommation à l'ATIH
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	Données restituées par l'ATIH
<b>PONDERATION</b>	1 point
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<b>REPONSE ATTENDUE : OUI/ NON</b> - OUI = les données ont été analysées avec le COMEDIMS et une proposition de plan d'action a été réalisée - NON = les données n'ont pas été analysées en COMEDIMS <b>ELEMENT DE PREUVE à tenir à disposition</b> : Documents internes : CR COMEDIMS, Plan d'actions
<b>SCORING</b>	<b>Cible en 2019, 2020 et 2021 = OUI</b> - OUI = 1 point - NON = 0 point

## 2. DEVELOPPEMENT DES PRATIQUES PLURIDISCIPLINAIRES ET EN RESEAU, POLITIQUE ET BON USAGE DES PRODUITS DE SANTE

### Objectif : 2.3 :

Mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse

#### 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

Indicateur	Libellé indicateur	Statut	Éléments de preuve	Modifications VS 2018
<b>Indicateur : 2.3.1</b>	Déploiement de la conciliation médicamenteuse chez les patients priorités sur la base d'une analyse des risques	National	à tenir à disposition	Indicateur+cible
<b>Indicateur : 2.3.2</b>	Progression du niveau d'analyse pharmaceutique de 1 vers 2 (selon SFPC) avec une bonification sur le niveau 3	Régional	à tenir à disposition	Cible

## INDICATEUR

### 2.3.1 – DEPLOIEMENT DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE CHEZ LES PATIENTS PRIORISES SUR LA BASE D'UNE ANALYSE DES RISQUES

<b>OBJECTIF</b>	Sécuriser la prise en charge médicamenteuse lors du parcours du patient à l'entrée ou à la sortie
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	Patients médicaments ou unité(s) de soins (US) priorisée(s)
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Avoir effectué une analyse des risques afin de cibler des patients, des médicaments ou des US à prioriser
METHODOLOGIE DE RECUEIL	
<b>PONDERATION</b>	3 Points
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<p><u>REPONSE ATTENDUE</u> :</p> <p>1/ Conciliation déployée : OUI / NON si NON : projet de conciliation à détailler dans la zone de commentaire</p> <p>2/ Patients conciliés : Nombre année N et N-1 et nombre de séjours année N et N-1</p> <p><u>ELEMENTS DE PREUVE à tenir à disposition</u> :</p> <p>Procédure et outils de réalisation de la conciliation</p> <p>Suivi du nombre de patients conciliés</p>
<b>SCORING</b>	<p><b><u>Cible 2019, 2020 et 2021 = OUI + Nombre</u></b></p> <p>1 / Conciliation déployée :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- OUI : 2 points</li><li>- NON mais projet en cours décrit dans la zone de commentaire : 1 point</li></ul> <p>2/ Nb patients conciliés augmentés : 1 point</p>

## INDICATEUR

### 2.3.2 - PROGRESSION DU NIVEAU D'ANALYSE PHARMACEUTIQUE DE 1 VERS 2 (SELON SFPC) AVEC UNE BONIFICATION SUR LE NIVEAU 3

<b>OBJECTIF</b>	Sécuriser la prise en charge médicamenteuse au cours du séjour
<b>* PERIMETRE D'ANALYSE *</b>	Tous les patients hospitalisés <b>Exclusion</b> : hôpitaux de jour, unités de chirurgie ambulatoire et unités de soins ayant une DMS moyenne <= à 72h
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Avoir mis en place une analyse de Niveau 1 Avoir les données biologiques informatisées pour permettre une progression vers niveau 2
METHODOLOGIE DE RECUEIL	
<b>PONDERATION</b>	3 Points
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<b>REPONSE ATTENDUE</b> : Valeur en % <b>ELEMENT DE PREUVE</b> : A tenir à disposition
<b>SCORING</b>	<p><b>Cible en 2019, 2020 et 2021 : %</b></p> <p><b>MCO-HAD</b> : - ≥ 40 % : 3 Points                            - 20 à 39 % : 2 points                            - 10 à 19 % : 1 point                            - &lt; 10% : 0 point</p> <p>+ 1 point si progression à l'exception des ES en 90 et 100%          + 1 Point Bonus si niveau 3 déployé</p> <p><b>SSR</b> : - 100% : 3 Points                    - 90 à 99 % : 2 points                    - 5 à 89 % : 1 point                    - &lt; 5 % : 0 point</p> <p>+ 1 point si progression          + 1 Point Bonus si niveau 3 déployé</p> <p><b>PSY</b> : - 100% : 3 Points                    - 50 à 99 % : 2 points                    - 5 à 49 % : 1 point                    - &lt; 5 % : 0 point</p> <p>+ 1 point si progression          + 1 Point Bonus si niveau 3 déployé</p> <p><b>Dialyse</b> : - 100% : 3 Points                        - 70 à 99 % : 2 points                        - 50 à 69 % : 1 point                        - &lt; 50 % : 0 point</p> <p>+ 1 point si progression          + 1 Point Bonus si niveau 3 déployé</p>

## QUESTIONS / REPONSES :

### Question 1 :

Notre logiciel est déjà interfacé avec la biologie, Nous regardons la biologie quand celle-ci est disponible. On nous demande le nombre de séjours analysés en niveau 1 ou 2 ou 3. Nous ne pouvons pas tracer ni requêter le niveau d'analyse. Comment faire ?

Comme la plupart des ES aucun logiciel ne permet de dire si une analyse a été faite en N1 ou N2 ou N3. La solution envisagée ne peut être qu'une estimation de votre activité. Ainsi ayant accès à la biologie vous êtes en mesure de faire du N2 sur 100% de vos lits/séjours.

Maintenant soit votre logiciel est en capacité de sortir un % **d'ordonnances analysées** qui semble correspondre au temps que vous parvenez à consacrer à cette activité ; dans ce cas une extrapolation sur le nombre total de séjour peut être faite :

Si 80% d'ordonnances validées et 1000 séjours cela donnera :

- séjours validés (80% de 1000)= 800
- sur nombre total de séjour = 1000

Si vous ne pouvez pas avoir ce chiffre, il reste la possibilité de faire une évaluation du style « suivi d'activité » :

- sur 2 semaines de travail, nous parvenons à valider X ordonnances sur un total de Y ordonnances. (ou calcul direct sur le nombre de séjour si vous y parvenez...)
- Ce % calculé devra être représentatif au mieux de votre activité de routine. Puis vous extrapolez alors ce % sur le nombre total de séjour annuel (comme expliqué ci-dessus).

### Question 2 :

Le séjour peut-il être comptabilisé s'il a été validé au moins une fois à l'entrée ? L'objectif est-il que toutes les lignes de prescription (nouvelle ligne à chaque changement) soient validées ?

Oui, le séjour peut être comptabilisé lorsqu'il a été validé au moins une fois.

Il n'est pas envisageable de demander que chaque ligne de prescription générée lors de chaque changement soit validée.

La pertinence de la fréquence de validation des ordonnances et de la revalidation de chaque ligne lors de tout changement de prescription ne peut être jugée qu'au regard d'un niveau de risque pour le patient. Cette pertinence doit être établie au sein de l'établissement en fonction des services et des patients.

## 2. DEVELOPPEMENT DES PRATIQUES PLURIDISCIPLINAIRES ET EN RESEAU, POLITIQUE ET BON USAGE DES PRODUITS DE SANTE

### Objectif : 2.4 :

Vigilance et bon usage des antibiotiques (ATB)

#### Sources réglementaires

\*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

Indicateur	Libellé indicateur	Statut	Éléments de preuve	Modifications VS 2018
<b>Indicateur : 2.4.1</b>	Réduction de la consommation d'antibiotiques pour rejoindre la moyenne européenne en 5 ans :	National	NON SCORE	Suppression
<b>Indicateur : 2.4.2</b>	proportion de traitements antibiotiques curatifs de plus de 7 jours non justifiés	National	à tenir à disposition	RAS
<b>Indicateur : 2.4.3</b>	proportion d'ATB prophylaxies de plus de 24h	Régional	à tenir à disposition	Cible
<b>Indicateur : 2.4.4</b>	utilisation de l'outil CONSOIRES de suivi des consommations d'antibiotiques et des résistances bactériennes pour permettre le pilotage interne de la lutte contre l'antibiorésistance : saisie effective des données au moins pour ce qui concerne les consommations les deux premières années du contrat puis saisie des deux types d'informations.	Régional	à disposition de l'ARS	RAS
<b>Indicateur : 2.4.5</b>	Evaluation de la réévaluation des traitements antibiotiques à 48-72h	Régional	A fournir	Indicateur + cible
<b>Indicateur : 2.4.6</b>	Utilisation du système régional de traçabilité des patients porteurs de BHRé du portail SARA pour assurer le lien ville-hôpital dans la gestion des patients porteurs	Régional	à tenir à disposition	cible



## INDICATEUR

### 2.4.2 - PROPORTION DE TRAITEMENTS ANTIBIOTIQUES CURATIFS DE PLUS DE 7 JOURS NON JUSTIFIES

<b>OBJECTIF</b>	Suivre le taux et les justificatifs des traitements ATB curatifs de longue durée
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	Prescriptions > 7 jours d'antibiotiques curatifs des patients en hospitalisation complète. Concerne tous les antibiotiques et pas uniquement les antibiotiques critiques
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Connaitre le(s) Guide(s)/ Référentiel(s) de bon usage pour identifier les durées recommandées pour les prescriptions auditées
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	<b>Méthode par Audit :</b> Outils mis à disposition par l'OMEDIT ARA - AUDIT 7 : - guide méthodologique d'audit (" <i>Méthodologie des audits du CAQES</i> ")
<b>PONDERATION</b>	1 point
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<b>REPONSE ATTENDUE :</b> Valeur en % <b>ELEMENT DE PREUVE à tenir à disposition :</b> Résultats de l'Audit
<b>SCORING</b>	<b>Cible en 2019, 2020 et 2021 = ≤ 10%</b> - Taux cible atteint = 1 point - > taux cible mais progression entre n et n-1 = 0,5 point (0,5 point si audit communiqué = état des lieux) - > taux cible sans progression entre n et n-1 = 0 point

## INDICATEUR

### 2.4.3 - PROPORTION D'ATB PROPHYLAXIES DE PLUS DE 24H

<b>OBJECTIF</b>	Avoir des traitements ATB Prophylactiques prescrits pendant 24 heures maximum
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	Toutes les prescriptions d'antibioprophylaxie recommandée réalisées dans les services de Chirurgie adulte d'hospitalisation complète.
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	<b>Méthode par Audit :</b> Outils mis à disposition par l'OMEDIT ARA - AUDIT 8 : <ul style="list-style-type: none"><li>- guide méthodologique d'audit ("<b>Méthodologie des audits du CAQES</b>")</li></ul>
<b>PONDERATION</b>	1 point
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<b>REPONSE ATTENDUE</b> : Valeur en % <b>ELEMENT DE PREUVE à tenir à disposition</b> : Résultats de l'Audit
<b>SCORING</b>	<b>En 2019 et 2021 = Neutralisation</b> <b>Cible en 2020 = ≤ 8 %</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Taux cible atteint = 1 point</li><li>- &gt; taux cible mais progression entre n et n-1 = 0,5 point (0,5 point si audit communiqué = état des lieux)</li><li>- &gt; taux cible sans progression entre n et n-1 = 0 point</li></ul>



## INDICATEUR

**2.4.4 - UTILISATION DE L'OUTIL CONSOIRES DE SUIVI DES CONSOMMATIONS D'ANTIBIOTIQUES ET DES RESISTANCES BACTERIENNES POUR PERMETTRE LE PILOTAGE INTERNE DE LA LUTTE CONTRE L'ANTIBIORESISTANCE : SAISIE EFFECTIVE DES DONNEES AU MOINS POUR CE QUI CONCERNE LES CONSOMMATIONS LES DEUX PREMIERES ANNEES DU CONTRAT PUIS SAISIE DES DEUX TYPES D'INFORMATIONS.**

<b>OBJECTIF</b>	Suivre la consommation d'antibiotiques et le profil des résistances bactériennes
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Avoir accès à et connaître CONSOIRES
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	Renseigné par l'ARS
<b>PONDERATION</b>	1 point
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<b>REPONSE ATTENDUE : OUI / NON</b> - OUI = les données sont saisies dans CONSOIRES - NON = les données ne sont pas saisies dans CONSOIRES <b>ELEMENT DE PREUVE à disposition de l'ARS ARA</b>
<b>SCORING</b>	<b>Cible en 2019, 2020 et 2021 = OUI</b> - OUI = 1 point - NON = 0 point

## INDICATEUR

### 2.4.5 - EVALUATION DE LA REEVALUATION DES TRAITEMENTS ANTIBIOTIQUES A 48-72H.

<b>OBJECTIF</b>	Evaluer le système d’alerte de la réévaluation de la prescription d’antibiotiques entre 48 et 72 heures dans un objectif d’amélioration de la proportion de cette réévaluation.
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Avoir un système d’alerte système d’alerte ou une organisation alternative pour effectuer la réévaluation de la prescription d’antibiotiques entre 48 et 72 heures
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	<p><b>Méthode par Audit :</b> sur les prescriptions d’antibiothérapie à visée <b>probabiliste</b>, effectuer une enquête « un jour donné » ou un tirage au sort à partir du DPI</p> <p>Outils mis à disposition par l'OMEDIT ARA - AUDIT 9 - disponibles sur <a href="#">le site internet de l'OMEDIT ARA</a> :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• guide méthodologique d'audit ("<b>Méthodologie des audits du CAQES</b>")</li><li>• Fiche de recueil et grille de synthèse (« <b>Réévaluation ATB Fiche Recueil et grille</b> »)</li></ul>
<b>PONDERATION</b>	1 point
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<p><b>REPONSE ATTENDUE :</b> OUI / NON</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Oui = Audit réalisé</li><li>- Non = Audit non réalisé</li></ul> <p><b>ELEMENT DE PREUVE à fournir :</b> Fiche de recueil et grille de synthèse (« <b>Réévaluation ATB Fiche Recueil et grille</b> ») (format excel)</p>
<b>SCORING</b>	<p><b>Cible en 2019 et 2021 : OUI</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Oui = 1 point</li><li>- Non = 0 point</li></ul> <p><b>Cible en 2020 : Neutralisation</b></p>

INDICATEUR

**2.4.6 - UTILISATION DU SYSTEME REGIONAL DE TRAÇABILITE DES PATIENTS PORTEURS DE BHRE SUR LE PORTAIL SARA  
POUR ASSURER LE LIEN VILLE-HOPITAL DANS LA GESTION DES PATIENTS PORTEURS**

*Proposition Evolution - En attente de validation*

### PARTIE 3

## POLITIQUE DE PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS BIOSIMILAIRES ET DANS LE REPERTOIRE DES GENERIQUES ; MAITRISE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES LIEES AUX PRESCRIPTIONS DE PRODUITS DE SANTE EXECUTEES EN VILLE ET EVOLUTION DES DEPENSES SUR LA LISTE EN SUS

Les dates de restitution des indicateurs sont les suivantes :

**Pour tous les indicateurs**

**Le 31 mars**

**Objectif : 3.1** : Promotion de la prescription de médicaments dans le répertoire générique

**Objectif : 3.2** : Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible

**Objectif : 3.3** : Mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation de ces prescriptions nécessaires pour assurer le respect du taux d'évolution des dépenses PHEV de produits de santé

**Objectif : 3.4** : Suivi des dépenses des médicaments et DMI de la liste en sus MCO – HAD – DIALYSE

### 3. POLITIQUE DE PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS BIOSIMILAIRES ET DANS LE REPERTOIRE DES GENERIQUES ; MAITRISE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES LIEES AUX PRESCRIPTIONS DE PRODUITS DE SANTE EXECUTEES EN VILLE ET EVOLUTION DES DEPENSES SUR LA LISTE EN SUS

#### Objectif : 3.1 :

Promotion de la prescription de médicaments dans le répertoire générique

#### Sources règlementaires

\*Arrêté ministériel annuel fixant le taux de prescription dans le répertoire des génériques

Indicateur	Libellé indicateur	Statut	Éléments de preuve	Modifications VS 2018
<b>Indicateur : 3.1.1</b>	Taux de prescription dans le répertoire des génériques : nombre de boîtes (en excluant le paracétamol du calcul) dans le répertoire des génériques en PHEV/ nombre total de boîtes prescrites en PHEV.	National	argumentaire et plan d'actions à fournir	Cible scoring
<b>Indicateur : 3.1.2</b>	Taux de prescription dans le répertoire des génériques : nombre d'UCD délivrées au répertoire des génériques/ nombre d'UCD totales délivrées aux services de l'établissement de santé.	Régional	à tenir à disposition	Suppression

## INDICATEUR

### 3.1.1 - TAUX DE PRESCRIPTION DANS LE REPERTOIRE DES GENERIQUES : NOMBRE DE BOITES (EN EXCLUANT LE PARACETAMOL DU CALCUL) DANS LE REPERTOIRE DES GENERIQUES EN PHEV/

#### NOMBRE TOTAL DE BOITES PRESCRITES EN PHEV

<b>OBJECTIF</b>	Promouvoir la prescription de médicaments <u>inscrits dans le répertoire des génériques</u> sur les ordonnances de sortie
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	<p>Champ PHEV : Toutes les ordonnances de sortie remboursées en ville (consultations externes et urgences comprises)</p> <p>Analyse du taux de prescription dans le répertoire des génériques (que le patient reçoive le générique ou le princeps)</p>
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Avoir le taux communiqué par l'AM pour fournir un argumentaire et un plan d'action
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	<p><b><u>Recueil effectué par l'Assurance Maladie.</u></b></p> <p><b><u>Pour information, la méthodologie est :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numérateur : nombre de boîtes de princeps + génériques (soit : les médicaments référent R + générique G + quasi-générique S du répertoire).</li> <li>- Dénominateur : nombre de boîtes de princeps + génériques + nombre de boites hors répertoire conventionnel.</li> </ul> <p><b><u>Exemple : la prescription d'un hypolipémiant non généricable LIPTRUZET® (ézetimibe + atorvastatine) entraîne une baisse du taux, alors que la prescription de INEGY® (ézetimibe + simvastatine) augmentera le taux.</u></b></p> <p>Le paracétamol n'étant pas inscrit au répertoire des génériques, il est exclu du numérateur mais est comptabilisé pour le dénominateur.</p> <p><b><u>Pour les établissements publics et ESPIC :</u></b> Les chiffres de l'établissement seront communiqués par l'Assurance Maladie (AM) selon le calendrier joint en annexe.</p> <p><b><u>Pour les établissements privés :</u></b> Les données ne sont pas disponibles pour le moment, du fait de l'absence d'exhaustivité des n° FINESS sur les ordonnances de sortie.</p>
<b>PONDERATION</b>	3 points
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<p><b><u>REPONSE ATTENDUE :</u></b> valeur en % communiquée par AM + argumentaire et plan d'action si écart à la cible</p> <p><b><u>ELEMENT DE PREUVE à fournir :</u></b> argumentaire et plan d'action spécifique si écart à la cible (groupe technique de travail, pertinence du choix des classes thérapeutiques, PV réunions, éléments de communication...)</p> <p><b><u>Cible :</u></b> Elle est définie tous les ans par arrêté ministériel.</p> <p><b><u>Cible en 2019 :</u></b> A la date de rédaction du guide, le taux cible fixé par arrêté du 12 décembre 2018 est de <b>49%</b>.</p> <p><b><u>Pour les établissements publics et ESPIC.</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux ≥ cible = 3 points</li> <li>- Taux &lt; cible avec progression du taux n/n-1 et plan d'actions spécifiques de l'ES =2,5 points</li> </ul>
<b>*SCORING 2019*</b>	





	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux &lt; cible avec progression du taux n/n-1 sans plan d'actions spécifiques de l'ES = 1 point</li> <li>- Taux &lt; cible sans progression du taux n/n-1 = 0 point</li> </ul> <p><b>Indicateur NEUTRALISE en 2019 pour les établissements privés dans l'attente de la fiabilisation des données par les établissements privés.</b></p>
ÉVOLUTION ATTENDUE	<p><b><u>Extension à tous les établissements (publics et privés)</u></b></p> <p><b><u>Cibles en 2020 et 2021</u></b> : Cf. arrêtés ministériels annuels fixant l'objectif</p>

PROJET

### 3. POLITIQUE DE PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS BIOSIMILAIRES ET DANS LE REPERTOIRE DES GENERIQUES ; MAITRISE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES LIEES AUX PRESCRIPTIONS DE PRODUITS DE SANTE EXECUTEES EN VILLE ET EVOLUTION DES DEPENSES SUR LA LISTE EN SUS

#### Objectif : 3.2 :


Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible

Indicateur	Libellé indicateur	Statut	Éléments de preuve	Modifications VS 2018
<del>Indicateur : 3.2.1</del>	<del>Taux de prescription des biosimilaires : nombre d'UCD de médicaments biosimilaires prescrites par les praticiens de l'établissement/ nombre d'UCD prescrites de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires, pour les prescriptions intra hospitalières.</del>	<del>National</del>	<del>NON SCORE</del>	<del>Suppression</del>
Indicateur : 3.2.2	Taux de prescription des biosimilaires : nombre de boîtes de médicaments biosimilaires prescrites par les praticiens de l'établissement/ nombre de boîtes prescrites de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires, pour les PHEV.	National	argumentaire et plan d'actions à fournir	Périmètre et Cible
<del>Indicateur : 3.2.3</del>	<del>Nombre d'UCD délivrées de médicaments biosimilaires/ nombre d'UCD de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires délivrées aux services de l'établissement de santé.</del>	<del>National</del>	<del>à tenir à disposition</del>	<del>Suppression</del>
Indicateur : 3.2.4	Nombre de boîtes de médicaments biosimilaires prescrites par les praticiens de l'établissement/ nombre de boîtes prescrites pour les PHEV. Indicateur calculé séparément pour G-CSF ainsi qu'EPO et qui évoluera en fonction de la mise sur le marché de nouveaux médicaments biosimilaires, de toute modification réglementaire et des données disponibles de l'Assurance Maladie.	Régional	argumentaire et plan d'actions à fournir	Scoring et cible

## INDICATEUR

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

<b>OBJECTIF</b>	Promouvoir la prescription des médicaments biosimilaires à la place du médicament référent pour les prescriptions remboursées en ville (ordonnances de sortie et consultations externes).
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	<p>Champ PHEV : Toutes les ordonnances de sorties remboursées en Ville (consultations externes comprises)</p> <p>Indicateur calculé en nombre de boites de médicaments</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux calculés pour l'initiation des traitements puis au global des prescriptions</li> <li>- Analyse du taux de prescription des médicaments biosimilaires parmi la liste de référence des groupes biologiques similaires (EPO Eprex®, G-CSF Neupogen®, Neulasta®)</li> </ul> <p><b>Pour l'ensemble des établissements : compte tenu du dispositif spécifique relatif à l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires, l'indicateur sera neutralisé pour etanercept, adalimumab et insuline glargine.</b></p>
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Avoir le taux communiqué par l'AM pour mettre en place un plan d'action et obtenir une progression.
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	<p><b><u>Recueil effectué par l'Assurance Maladie.</u></b></p> <p><b><u>Pour information, la méthodologie est :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Numérateur</u> = nombre de boîtes de médicaments biosimilaires prescrites par les praticiens de l'établissement sur les ordonnances exécutées en ville</li> <li>- <u>Dénominateur</u> = nombre de boîtes de médicaments inscrits dans la liste de référence des groupes biologiques similaires (référents + biosimilaires) prescrites par les praticiens de l'établissement sur les ordonnances exécutées en ville.</li> </ul> <p><b><u>Exemple</u></b> : La prescription de l'EPREX baissera le taux car il correspond au médicament référent.</p> <p>La prescription de BINOCRIT augmentera le taux car il s'agit bien du médicament Biosimilaire.</p> <p><b><u>Remarque</u></b> : La prescription de médicaments biologiques non-inscrits sur la liste de référence des groupes biologiques similaires n'a pas d'impact sur le taux (exemples le Mircera®, l'aranesp®, Neorecormon®, Granocyte®, ...).</p> <p>Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, G-CSF, et évoluera en fonction de la mise sur le marché de nouveaux médicaments biosimilaires et de toute modification réglementaire.</p> <p><b><u>Pour les établissements publics et ESPIC</u></b> : Les chiffres de l'établissement seront communiqués par l'Assurance Maladie (AM) selon le calendrier joint en annexe.</p> <p><b><u>Pour les établissements privés</u></b> : Les données ne sont pas disponibles, pour le moment, du fait de l'absence d'exhaustivité des n° FINESS sur les ordonnances de sortie.</p>
<b>*PONDERATION*</b>	3 points + 1 point bonus

<p>ELEMENT D'APPRECIATION</p> <p> *SCORING 2019*</p>	<p><u>REPONSE ATTENDUE</u> : valeur en % communiquée par AM + argumentaire et plan d'action si écart à la cible</p> <p><u>ELEMENT DE PREUVE à fournir</u> : argumentaire et plan d'action si écart à la cible</p> <p><b>Cibles 2019 :</b></p> <p><b>1/ En initiation</b> : 100% des traitements initiés pour les molécules disponibles en ville et à l'hôpital</p> <p>&lt;=&gt; <b>Inciter à prescrire les biosimilaires en initiation sur les PHEV pour les médicaments biologiques référents suivants : Eprex®, Neupogen®, Neulasta®</b></p> <p><b>2/ Au global</b> : 85% pour EPO/ 100% pour G-CSF</p> <p><b>Scoring :</b></p> <p>En initiation de traitement, pour chaque classe :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- taux supérieur ou égal à 90% de la cible : 1 point + bonus 1 point</li> <li>- taux ≥ 80% et &lt;90% de la cible : 1 point + bonus 0,5 point si progression n/n-1</li> <li>- taux ≥ 50% et &lt; 80% de la cible : 0,5 point + bonus 0,5 point si progression n/n-1</li> <li>- taux inférieur à 50 % de la cible : 0</li> </ul> <p>Pour la globalité des prescriptions, pour chaque classe (EPO, G-CSF) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- taux supérieur ou égal à 90 % de la cible : 1 point + bonus 1 point</li> <li>- taux ≥ 80% et &lt; 90 % de la cible : 1 point + bonus 0,5 point si progression n/n-1</li> <li>- taux ≥ 50% et &lt; 80% de la cible : 0,5 point + bonus 0,5 point si progression n/n-1</li> <li>- taux inférieur à 50 % de la cible : 0</li> </ul> <p><b>Pour l'ensemble des établissements</b> : compte tenu du dispositif spécifique relatif à l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires, l'indicateur sera <b>neutralisé pour etanercept et insuline glargine</b> dans le cadre de l'évaluation du CAQES (en 2019, 2020 et 2021).</p> <p><b>Pour les établissements privés</b> : Indicateur <b>NEUTRALISE en 2019 dans l'attente de la fiabilisation des données par les établissements.</b></p> <p>L'indicateur est neutralisé si le nombre de boîtes remboursées dans l'année est inférieur à 10.</p>
<p>EVOLUTION ATTENDUE</p>	<p><b>Extension à tous les établissements (publics et privés)</b></p> <p><b>Cibles en-2020 et 2021 :</b></p> <p><b>1/ En initiation</b> : 100% en initiation de traitement pour les molécules disponibles en ville et à l'hôpital.</p> <p><b>2/Au global</b> : fonction des résultats 2018 et 2019 avec une cible selon la valeur de l'établissement qui a le taux le plus élevé (avec un volume suffisant), pour chacune des classes, en région Auvergne-Rhône-Alpes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Pour 2020</u> : 90% pour EPO/ 100% pour G-CSF</li> <li>• <u>Pour 2021</u> : 95% pour EPO/ 100% pour G-CSF</li> </ul> <p><b>Objectif d'atteindre 80% de pénétration de l'ensemble des biosimilaires sur leur marché de référence d'ici 2022</b> (décret 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour 2018 - 2022).</p>

## INDICATEUR

### 3.2.4 - NOMBRE DE BOITES DE MEDICAMENTS BIOSIMILAIRES PRESCRITES PAR LES PRATICIENS DE L'ETABLISSEMENT/ NOMBRE DE BOITES PRESCRITES POUR LES PHEV. INDICATEUR CALCULE SEPAREMENT POUR G-CSF AINSI QU'EPO ET QUI EVOLUERA EN FONCTION DE LA MISE SUR LE MARCHÉ DE NOUVEAUX MEDICAMENTS BIOSIMILAIRES, DE TOUTE MODIFICATION REGLEMENTAIRE ET DES DONNEES DISPONIBLES DE L'ASSURANCE MALADIE.

<b>OBJECTIF</b>	Promouvoir la prescription des médicaments biosimilaires pour les classes G-CSF et EPO pour les prescriptions remboursées en ville (ordonnances de sortie et consultations externes) ; que le médicament soit inscrit ou non sur la liste de référence des biosimilaires
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	<p><b>Champ PHEV :</b> Toutes les ordonnances de sorties remboursées en ville (consultations externes comprises)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicateur calculé en boîte de médicaments</li> <li>- Analyse et calcul du taux séparément pour chaque classe : G-CSF et EPO</li> <li>- Analyse du taux de prescription des médicaments biosimilaires parmi la liste de référence des groupes biologiques similaires et les autres médicaments de la même classe (non inscrit sur la liste).</li> </ul>
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Avoir le taux communiqué par l'AM pour mettre en place un plan d'action et obtenir une progression.
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	<p><b><u>Recueil effectué par l'Assurance Maladie.</u></b></p> <p><b><u>Pour information, la méthodologie est (avec l'exemple sur la classe des EPO) :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Numérateur</u> : Nombre de boîtes d'EPO biosimilaires prescrites sur les PHEV</li> <li>- <u>Dénominateur</u> : Nombre de boîtes d'EPO prescrites au sein de la CLASSE entière sur les PHEV (biosimilaires + référents + non inscrites sur la liste de référence des groupes biologiques similaires).</li> </ul> <p>Remarque : les prescriptions de Mircera®, l'Aranesp®, Neorecormon®, Granocyte® seront comptabilisées car faisant bien partie de la classe analysée. Ces médicaments ne font pas parti de la liste de référence des groupes biologiques. Toutefois, pour le calcul de cet indicateur en cas de prescription en PHEV, ils viendront faire baisser le taux.</p> <p>Le calcul sera effectué de manière identique pour la classe des G-CSF.</p> <p><b>Pour les établissements publics et ESPIC :</b> Les chiffres de l'établissement seront communiqués par l'Assurance Maladie (AM) selon le calendrier joint en annexe.</p> <p>Une estimation sera communiquée par l'AM pour les EPO dans une indication néphro ou cancéro à partir d'une ALD ou de la spécialité du prescripteur.</p> <p><b>Pour les établissements privés :</b> Les données ne sont pas disponibles, pour le moment, du fait de l'absence d'exhaustivité des n° FINESS sur les ordonnances de sortie.</p>
<b>*PONDERATION*</b>	2 points + 1 point bonus
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<p><b><u>REPONSE ATTENDUE :</u></b> valeur en % communiquée par AM + argumentaire et plan d'action si écart à la cible</p> <p><b><u>ELEMENT DE PREUVE à fournir :</u></b> argumentaire et plan d'action si écart à la cible</p>





\*SCORING 2019\*

**Cible en 2019** : Valeur de l'établissement qui a le taux le plus élevé (avec un volume suffisant) pour la région Auvergne Rhône Alpes au 1er semestre n-1

**EPO – cible 50% et GCSF – cible à 80 %**

Scoring pour chaque classe (EPO, G-CSF) :

- taux supérieur ou égal à 90 % de la cible : 1 point + bonus 1 point
- taux  $\geq$  80% et  $<$  90 % de la cible : 1 point + bonus 0,5 point si progression n/n-1
- taux  $\geq$  50% et  $<$  80 % de la cible : 0,5 point + bonus 0,5 point si progression n/n-1
- taux  $\geq$  30% et  $<$  50% de la cible : 0,5 point
- taux inférieur à 30 % de la cible : 0 point

**Pour les établissements privés** : Indicateur NEUTRALISE en 2019 dans l'attente de la fiabilisation des données par les établissements.

L'indicateur est neutralisé si le nombre de boîtes remboursées dans l'année est inférieur à 10.



\*EVOLUTION ATTENDUE\*

Extension à tous les établissements (publics et privés)

**Cible en 2020** : EPO – cible 50% et GCSF – cible à 85%

**Cible en 2021** : EPO – cible 50% et GCSF – cible à 85%

### 3. POLITIQUE DE PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS BIOSIMILAIRES ET DANS LE REPERTOIRE DES GENERIQUES ; MAITRISE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES LIEES AUX PRESCRIPTIONS DE PRODUITS DE SANTE EXECUTEES EN VILLE ET EVOLUTION DES DEPENSES SUR LA LISTE EN SUS

#### Objectif : 3.3 :

Mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation de ces prescriptions nécessaires pour assurer le respect du taux d'évolution des dépenses PHEV de produits de santé

--

Indicateur	Libellé indicateur	Statut	Éléments de preuve	Modifications VS 2018
<b>Indicateur : 3.3.1</b>	Taux d'évolution des dépenses de médicaments, produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville : montant des dépenses remboursées de l'année évaluée/ montant des dépenses remboursées de l'année précédant celle de l'évaluation n-1	National	argumentaire et plan d'actions à fournir	Cible
<b>Indicateur : 3.3.2</b>	Identification des 3 classes thérapeutiques les plus significatives (cf. commentaires ci-dessous) ou des trois médicaments de l'établissement et mise en place des groupes de travail avec élaboration d'un plan d'actions sur ces 3 classes (intégré au programme d'actions du COMEDIMS).	Régional	plan d'action et les données de suivi à fournir	Pondération scoring
<b>Indicateur : 3.3.3</b>	Identification des classes de produits et prestations les plus significatives (cf. commentaires ci-dessous) de l'établissement et mise en place des groupes de travail avec élaboration d'un plan d'actions sur ces classes (intégré au programme d'actions du COMEDIMS).	Régional	plan d'action et les données de suivi à fournir	Pondération scoring
<b>Indicateur : 3.3.4</b>	<del>En lien avec les actions de maîtrise médicalisée de l'Assurance Maladie sur les médicaments, produits et prestations, mise en place des réflexions/ actions au sein de l'établissement</del>	<del>Régional</del>	<del>plan d'action et les données de suivi à fournir</del>	Suppression

## INDICATEUR

### 3.3.1 - TAUX D'ÉVOLUTION DES DEPENSES DE MEDICAMENTS ET PRODUITS ET PRESTATIONS PRESCRITS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE ET REMBOURSES SUR L'ENVELOPPE DE SOINS DE VILLE : MONTANT DES DEPENSES REMBOURSEES DE L'ANNEE EVALUEE/ MONTANT DES DEPENSES REMBOURSEES DE L'ANNEE PRECEDANT CELLE DE L'EVALUATION N - 1

<b>OBJECTIF</b>	Analyser et Maîtriser l'évolution des dépenses remboursées
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	<p><b>Champ PHEV</b> : Toutes les ordonnances de sortie remboursées en ville (consultations externes et urgences comprises)</p> <p>Les dépenses remboursées en ville pour les médicaments (hors rétrocession et hors traitement de l'hépatite C) et pour les produits et prestations (LPP) (liste mentionnée à l'article L165-17 du CSS ) prescrits sur les ordonnances de sortie de l'établissement.</p>
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	<p><b>Pour les établissements publics et ESPIC</b> : Les chiffres de l'établissement seront communiqués par l'Assurance Maladie (AM) selon le calendrier joint en annexe.</p> <p><b>Pour les établissements privés</b> : Les données ne sont pas disponibles, pour le moment, du fait de l'absence d'exhaustivité des n° FINESS sur les ordonnances de sortie.</p>
<b>*PONDERATION*</b>	2 points + 1 point bonus
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<p><b>REPONSE ATTENDUE</b> : valeur en % communiquée par AM + argumentaire et plan d'action si écart à la cible.</p> <p><b>ELEMENT DE PREUVE à fournir</b> : argumentaire et plan d'action si écart à la cible.</p>
<b>SCORING 2019</b>	<p><b>Cible</b> : Elle est définie tous les ans par arrêté ministériel puis déclinée au niveau régional.</p> <p><b>Cible en 2019</b> : Pour 2019, le taux cible fixé est de 3,3% au niveau global national (3,2% pour les médicaments et 3,6% pour la LPP) et 3,9% au niveau global régional (3,4% pour les médicaments et 3,8% pour la LPP)</p> <p><b>Scoring :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux inférieur à la cible régionale LPP : 1 point</li> <li>- Taux inférieur à la cible régionale médicaments: 1 point</li> <li>- Taux inférieur à la cible globale régionale : 1 point bonus</li> <li>- Taux supérieur à la cible régionale globale avec argumentaire sur évolution de l'activité : 0 point + 1 point bonus si évolution d'activité + bonus 0,5 point si plan d'action sur médicaments et LPP</li> <li>- Taux supérieur à la cible régionale globale sans évolution d'activité : 0 point + 0,5 point bonus si plan d'actions sur médicaments et LPP + 0,5 point bonus si baisse du taux n/ n-1</li> <li>- Taux supérieur à la cible régionale globale sans évolution d'activité et absence de plan d'actions sur médicaments et LPP: 0 point</li> </ul> <p><b>Pour les établissements privés : Indicateur NEUTRALISE en 2019 dans l'attente de la fiabilisation des données par les établissements.</b></p> <p><b>L'indicateur est neutralisé si le montant remboursé en PHEV est inférieur à 15 000 euros sur l'année.</b></p>
<b>EVOLUTION ATTENDUE</b>	<b>Cibles 2020 et 2021</b> : Extension à tous les établissements (publics et privés) ; Cf. arrêtés et objectifs ministériels annuels





## INDICATEUR

### 3.3.2 - 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).

<b>OBJECTIF</b>	Mettre en œuvre des actions individualisées pour chaque établissement afin de diminuer les dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de soins de ville
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	Médicaments prescrits sur les ordonnances de sortie remboursées en ville (consultations externes et urgences comprises)
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Pour les établissements publics et ESPIC : avoir les données de l'AM pour identifier les classes.
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	<p><b><u>Pour les établissements publics et ESPIC :</u></b></p> <p>Constituer un groupe de travail et élaborer un plan d'action pour les médicaments/ classes thérapeutiques choisies :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- soit ayant contribué le plus fortement au taux d'évolution des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de soins de ville,</li> <li>- 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,</li> <li>- soit pour lesquelles il existe une marge de progression</li> </ul> <p><b><u>Pour les établissements privés :</u></b></p> <p>Dans l'attente de données PHEV par l'Assurance Maladie (cf nécessité d'identification de toutes les prescriptions de sortie par FINESS et RPPS par les établissements privés eux-mêmes), l'établissement fait son diagnostic à partir de ses propres informations et met en place un plan d'actions sur les classes ou médicaments les plus fréquemment prescrits ou les plus coûteux.</p>
<b>PONDERATION</b>	4 points
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<p><b><u>REPONSE ATTENDUE :</u></b> OUI / NON</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- OUI = Des groupes de travail ont été mis en place et un plan d'actions complet a été élaboré (<b>cf. grille d'évaluation en annexe</b>)</li> <li>- NON = Des groupes de travail n'ont pas été mis en place</li> </ul> <p><b><u>ELEMENT DE PREUVE à fournir :</u></b> le plan d'actions complet (groupe technique, PV réunions, éléments de communication, audits...) et les données de suivi disponibles concernant 3 classes sélectionnées</p>
<b>SCORING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 points = groupes de travail, plans d'actions complet, actions correspondantes mises en œuvre dans l'année sur les 3 classes thérapeutiques significatives ou les 3 médicaments retenues</li> <li>- 3 points = groupes de travail, plans d'actions complet, actions correspondantes mises en œuvre dans l'année sur une partie des 3 classes thérapeutiques significatives ou les 3 médicaments retenues</li> <li>- 1,5 points = groupe de travail, plans d'actions complet, aucune action correspondante mise en œuvre dans l'année</li> <li>- 0 point = Pas de plans d'actions complet pour l'année en cours</li> </ul>

## INDICATEUR

### 3.3.3 - IDENTIFICATION DES CLASSES DE PRODUITS ET PRESTATIONS LES PLUS SIGNIFICATIVES (CF. COMMENTAIRES CI-DESSOUS) DE L'ETABLISSEMENT ET MISE EN PLACE DES GROUPES DE TRAVAIL AVEC ELABORATION D'UN PLAN D' ACTIONS SUR CES CLASSES (INTEGRE AU PROGRAMME D' ACTIONS DU COMEDIMS).

<b>OBJECTIF</b>	Mettre en œuvre des actions individualisées pour chaque établissement afin de diminuer les dépenses de DM et prestations de la LPP remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	Dispositifs médicaux et prestations de la LPP prescrits sur les ordonnances de sortie remboursées en ville (consultations externes et urgences comprises).
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Pour les établissements publics et ESPIC, avoir les données de l'AM pour identifier les classes.
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	<p><b><u>Pour les établissements publics et ESPIC :</u></b></p> <p>Constituer un groupe de travail et élaborer un plan d'action pour les classes de produits et prestations choisies :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- soit ayant contribué le plus fortement au taux d'évolution des dépenses de produits et prestations remboursés sur l'enveloppe de soins de ville ;</li> <li>- soit ayant le plus fort taux d'augmentation des dépenses de produits et prestations remboursés sur l'enveloppe de soins de ville, sur la période année n / n-1 ;</li> <li>- soit pour lesquelles il existe une marge de progression.</li> </ul> <p><b><u>Pour les établissements privés :</u></b></p> <p>Dans l'attente de données PHEV par l'Assurance Maladie (cf. nécessité d'identification de toutes les prescriptions de sortie par FINESS et RPPS par les établissements privés eux-mêmes), l'établissement fait son diagnostic à partir de ses propres informations et met en place un plan d'action complet sur les classes de produits et prestations les plus fréquemment prescrits ou les plus coûteux.</p>
<b>PONDERATION</b>	4 points
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<p><b><u>REPONSE ATTENDUE :</u></b> OUI /NON</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- OUI = Des groupes de travail ont été mis en place et un plan d'action complet a été élaboré (cf. grille d'évaluation en annexe)</li> <li>- NON = Des groupes de travail n'ont pas été mis en place</li> </ul> <p><b><u>ELEMENT DE PREUVE à fournir :</u></b> le plan d'actions complet (groupe technique, PV réunions, éléments de communication, audits...) et les données de suivi disponibles concernant 3 classes sélectionnées</p>
<b>SCORING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 points = groupes de travail, plans d'actions complet, actions correspondantes mises en œuvre dans l'année sur les classes thérapeutiques significatives retenues</li> <li>- 1,5 points = groupe de travail, plans d'actions complet, aucune action correspondante mise en œuvre dans l'année</li> <li>- 0 points = Pas de plans d'actions complet pour l'année en cours</li> </ul>

### 3. POLITIQUE DE PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS BIOSIMILAIRES ET DANS LE REPERTOIRE DES GENERIQUES ; MAITRISE DE L'ÉVOLUTION DES DEPENSES LIEES AUX PRESCRIPTIONS DE PRODUITS DE SANTE EXECUTEES EN VILLE ET EVOLUTION DES DEPENSES SUR LA LISTE EN SUS

#### Objectif : 3.4 :

Suivi des dépenses des médicaments et DMI de la liste en sus MCO – HAD – DIALYSE

Indicateur	Libellé indicateur	Statut	Éléments de preuve	Modifications VS 2018
<b>Indicateur : 3.4.1</b>	Taux d'évolution des dépenses de médicaments inscrits sur la liste en sus : montant des dépenses de médicaments de la liste en sus remboursées de l'année évaluée/ montant des dépenses de médicaments liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation n-1	National	analyse de l'évolution à fournir	RAS
<b>Indicateur : 3.4.2</b>	Taux d'évolution des dépenses des produits et prestations inscrits sur la liste en sus : montant des dépenses de produits et prestations de la liste en sus remboursées de l'année évaluée/ montant des dépenses de produits et prestations de la liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation n-1	National	analyse de l'évolution à fournir	RAS
<b>Indicateur : 3.4.3</b>	L'établissement se saisit de toutes informations fournies en cours d'année par l'ARS et l'OMEDIT et en réalise une analyse critique en interne qui fait l'objet d'une présentation en CME/ Cf ME (e.g. ASMR V, profil de dépenses avec case-mic activité, etc.). Si oui, texte libre pour expliciter les actions mises en place	Régional	à tenir à disposition	RAS

## INDICATEUR

### 3.4.1 - TAUX D'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS INSCRITS SUR LA LISTE EN SUS : MONTANT DES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS DE LA LISTE EN SUS REMBOURSEES L'ANNEE EVALUEE/ MONTANT DES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS LISTE EN SUS REMBOURSEES L'ANNEE PRECEDANT CELLE DE L'EVALUATION N-1

<b>OBJECTIF</b>	Avoir un suivi des dépenses remboursées pour les médicaments de la liste en sus et argumenter leur évolution
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	Analyse du taux du montant des remboursements des médicaments de la liste en sus de l'année par rapport à l'année précédente
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	Données à granulométrie « établissement » présentées aux ES et communiquées par l'ARS. Elles seront calculées selon un modèle économétrique en cours de construction.  Données fournies par l'OMEDIT
<b>PONDERATION</b>	<b>2 points + 1 point bonus</b>
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<u>REPONSE ATTENDUE</u> : taux d'évolution en % et analyse de l'évolution  <u>ELEMENT DE PREUVE à fournir</u> :  En cas de non-atteinte des objectifs chiffrés, justification de l'évolution de ces dépenses et évaluation des actions mises en œuvre.  La description détaillée des motifs d'évolution peut porter sur la modification du statut du médicament (passage de la rétrocession à la délivrance en ville), la modification de l'activité de l'établissement, périmètre de l'AMM etc
<b>SCORING</b>	<b><u>Cible en 2019, 2020 et 2021</u></b> :  Modèle économétrique en cours de construction au sein de l'ARS pour des données pertinentes à granulométrie « établissement » et qui seront présentées aux ES.  <b><u>Scoring</u></b> : <ul style="list-style-type: none"><li>- Taux inférieur à la cible : 2 points + 1 point bonus</li><li>- Taux supérieur à la cible avec justification sur évolution de l'activité et/ ou des indications et vérification du respect des indications : 2 points</li><li>- Taux supérieur à la cible sans évolution d'activité et/ ou des indications et vérification du respect des indications : 0 point + bonus 0,5 point si plan d'actions</li><li>- Taux supérieur à la cible sans évolution d'activité et/ ou des indications et vérification du respect des indications et absence de plan d'actions : 0 point</li></ul>

### QUESTIONS / REPONSES :

#### **Question :**

*Pourriez-vous m'indiquer quand, comment et à qui sont transférées les données relatives au suivi des dépenses des médicaments de la liste en sus ?*

Ces données sont communiquées par l'OMÉDIT aux pharmaciens référents OMÉDIT désignés au sein de l'établissement.

Les dépenses communiquées sont celles de M3- M6- M9 et M12 de l'année en cours. Elles contiennent les dépenses en médicaments de la liste en sus (avec et sans HAD) et les dépenses en DMI de la LPPR.

Ces données de dépenses sont accessibles et communiquées avec 3 mois de décalage (par ex les dépenses de M3 sont communiquées en juin/ juillet).

PROJET

## INDICATEUR

### 3.4.2 - TAUX D'ÉVOLUTION DES DEPENSES DES PRODUITS ET PRESTATIONS INSCRITS SUR LA LISTE EN SUS : MONTANT DES DEPENSES DE PRODUITS ET PRESTATIONS LISTE EN SUS REMBOURSEES DE L'ANNEE EVALUEE/ MONTANT DES DEPENSES DE PRODUITS ET PRESTATIONS DE LA LISTE EN SUS REMBOURSEES L'ANNEE PRECEDANT CELLE DE L'EVALUATION N- 1

<b>OBJECTIF</b>	Avoir un suivi des dépenses remboursées pour les produits et prestations inscrits sur la liste en sus pour argumenter leur évolution.
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	Analyse du taux du montant des dépenses des produits et prestations inscrits sur la liste en sus de l'année par rapport à l'année précédente.
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	Données fournies par l'OMEDIT
<b>PONDERATION</b>	<b>2 points + 1 point bonus</b>
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<u>REPOSE ATTENDUE</u> : taux d'évolution en % et analyse de l'évolution <u>ELEMENT DE PREUVE à fournir</u> : En cas de non-atteinte des objectifs chiffrés, justification de l'évolution de ces dépenses et évaluation des actions mises en œuvre
<b>SCORING</b>	<b><u>Cible en 2019, 2020 et 2021 :</u></b> Modèle économétrique en cours de construction au sein de l'ARS pour des données pertinentes à granulométrie « établissement » et qui seront présentés aux ES. <b><u>Scoring :</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Taux inférieur à la cible : 2 points + 1 point bonus</li><li>- Taux supérieur à la cible avec justification sur évolution de l'activité et/ou des indications et vérification du respect des indications : 2 points</li><li>- Taux supérieur à la cible sans évolution d'activité et/ou des indications et vérification du respect des indications : 0 point + bonus 0,5 point si plan d'action</li><li>- Taux supérieur à la cible sans évolution d'activité et/ou des indications et vérification du respect des indications et absence de plan d'actions : 0 point</li></ul>

### QUESTIONS / REPONSES :

#### **Question :**

*Pourriez-vous m'indiquer quand, comment et à qui sont transférées les données relatives au suivi des dépenses des médicaments de la liste en sus ?*

Ces données sont communiquées par l'OMÉDIT aux pharmaciens référents OMÉDIT désignés au sein de l'établissement.

Les dépenses communiquées sont celles de M3- M6- M9 et M12 de l'année en cours. Elles contiennent les dépenses en médicaments de la liste en sus (avec et sans HAD) et les dépenses en DMI de la LPPR.

Ces données de dépenses sont accessibles et communiquées avec 3 mois de décalage (par ex les dépenses de M3 sont communiquées en juin/ juillet).

## INDICATEUR

**3.4.3 - L'ETABLISSEMENT SE SAISIT DE TOUTES INFORMATIONS FOURNIES EN COURS D'ANNEE PAR L'ARS ET L'OMEDIT ET EN REALISE UNE ANALYSE CRITIQUE EN INTERNE QUI FAIT L'OBJET D'UNE PRESENTATION EN CME/ CfME (E.G. ASMR V, PROFIL DE DEPENSES AVEC CASE-MIC ACTIVITE, ETC.). SI OUI, TEXTE LIBRE POUR EXPLICITER LES ACTIONS MISES EN PLACE**

<b>OBJECTIF</b>	Analyser des données propres à l'établissement en lien avec les informations communiquées par ARS et/ ou OMEDIT
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	Informations communiquées à l'établissement par ARS et/ ou OMEDIT
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	description en texte libre
<b>PONDERATION</b>	3 points
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<u>REPONSE ATTENDUE</u> : OUI + note explicative / NON/ NON CONCERNE <u>ELEMENT DE PREUVE à tenir à disposition</u> : CR de CME, support(s) de présentation
<b>SCORING</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Oui +note explicative = 3 points</li><li>- Si non = 0 point</li><li>- Si NON CONCERNE = <b>Neutralisation de l'indicateur</b></li></ul>

## QUESTIONS / REPONSES DIVERSES :

### Question 1:

*Des indicateurs sont comptabilisés en nombre de « lits » : s'agit-il de « lits autorisés » ou « lits installés » ?*

Les réponses attendues sont en nombre de « lits installés ».

### Question 2:

*Des indicateurs sont comptabilisés en nombre d' « Unités de soins » : les UF d'EHPADs doivent-elles être prises en compte ?*

Les UF comptabilisées doivent être celles ciblées par le CAQES. Ainsi sont comptabilisées toutes les UF de MCO, USLD, Psy, HAD et Dialyse.

Les US d'EHPAD et l'US du centre pénitencier ne sont donc pas comptabilisés dans les calculs.

### Question 3:

*Qu'est ce qui est qualifié de « consultations externes » ?*

« Consultations Externes » :

Les consultations externes se déroulent au sein de l'établissement pour un patient non hospitalisé. Elles ne concernent pas le praticien qui consulte en dehors de l'établissement au sein d'un cabinet privé en ville.