

CONTRAT D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE L'EFFICIENCE DES SOINS

Entre les soussignés :

L'agence régionale de santé (ARS) :
Agence régionale de santé d'Ile de France
35, rue de la Gare
75935 Paris Cedex 19
Représentée par M. Christophe DEVYS, Directeur Général

L'organisme local d'assurance maladie (CPAM) :
Caisse primaire d'assurance maladie de Paris
21, rue Georges Auric
75948 Paris Cedex 19
Représenté par M. Pierre ALBERTINI, Directeur Général

Et

L'établissement de santé :
Assistance publique des hôpitaux de Paris
3 Avenue Victoria,
75004 Paris
Représenté par M. Martin HIRSCH, Directeur Général

Vu le code de la santé publique ;
Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-10-2 à 162-10-4 ;
Vu l'arrêté fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L.162-10-1 du code de la sécurité sociale ;
Vu l'arrêté relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L.162-30-2 du code de la sécurité sociale en date du 27 avril 2017 ;
Vu le plan régional de la gestion du risque et de l'efficacité du système de soins ;
Vu le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ;
Vu l'avis de la commission médicale d'établissement.

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 rassemble l'ensemble des dispositifs contractuels ayant pour objectif de garantir un juste recours à des soins de qualité au sein d'un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.

Ce dispositif contractuel est complémentaire à celui du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements sur lequel repose la structuration de l'offre de soins, les missions des établissements de santé et l'allocation budgétaire correspondante.

Ce contrat constitue le support d'un dialogue de gestion annuel entre l'établissement, l'agence régionale de santé et l'organisme local d'assurance maladie et s'inscrit dans une démarche globale de recherche de qualité, d'efficacité et de régulation de l'offre de soins. Il permet, sur la base d'un constat partagé, d'établir une feuille de route unique relative à l'amélioration des pratiques dans tous les domaines où des marges de progrès significatives existent.

La signature du présent contrat a pour objet d'impliquer les établissements à concourir à la mise en œuvre des thèmes qui les concernent, conformément aux référentiels nationaux et aux orientations régionales et nationales d'amélioration de la qualité, de la sécurité, de la pertinence et de l'efficacité des soins.

Ce contrat comporte un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et prestations et, le cas échéant en fonction de ce qui a été convenu dans le cadre du dialogue annuel avec l'établissement et du plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de soin incluant le plan régional d'amélioration de la pertinence des soins, un ou plusieurs volets additionnels. Ces volets additionnels sont conclus avec les établissements identifiés en application de ce plan ou en raison du non-respect, par les professionnels y exerçant, pour certains actes, prestations ou prescriptions, d'un ou plusieurs référentiels de qualité, de sécurité des soins ou des taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L.162-30-3 du code de la sécurité sociale.

Le présent contrat est applicable à l'ensemble des établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale (MCO y compris HAD ou dialyse, SSR, PSY). Toutefois, à titre exceptionnel, lorsque les dispositions ne peuvent pas trouver à s'appliquer en raison du type d'activité exercé (exemple : établissements psychiatriques qui n'ont donc pas de liste en sus au sens de l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale), elles ne sont pas opposables.

Chapitre I

Conditions générales d'application

Les clauses énumérées au chapitre I sont applicables à l'ensemble des volets du contrat.

Article 1^{er} : Objet du contrat

Le contrat a pour objet de définir les engagements de l'établissement de santé et des professionnels qui y exercent compte tenu des objectifs d'amélioration de la qualité, de la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions et de maîtrise des dépenses qu'il leur est demandé d'atteindre sur la base d'un constat partagé. Les obligations mentionnées au présent contrat s'appliquent à l'ensemble des sites géographiques.

Article 2 : Durée du contrat

Le présent contrat entre en vigueur au 1^{er} janvier suivant sa date de signature.

Le volet obligatoire du contrat est signé pour une durée indéterminée. Les volets additionnels sont conclus pour une durée maximale de cinq ans.

Tout avenant au présent contrat entre également en vigueur au 1^{er} janvier suivant sa date de signature.

Article 3 : Obligations générales des parties

L'établissement s'engage à :

- respecter l'ensemble des obligations et mettre en œuvre les moyens nécessaires au respect des objectifs fixés dans chaque volet du contrat et à en assurer la diffusion auprès des professionnels exerçant en son sein et intervenant dans la prise en charge des patients ;
- mettre en œuvre les plans d'actions figurant dans chaque volet du contrat et en assurer un suivi et une évaluation régulière ;
- prendre connaissance du plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience des soins et du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins et à en assurer la diffusion auprès des professionnels exerçant en son sein et intervenant dans la prise en charge des patients ;
- communiquer en interne et auprès des usagers sur le contenu du contrat, le plan d'actions défini et les résultats attendus et mettre en place un dispositif de suivi ;
- mettre à disposition des professionnels de santé exerçant en son sein les référentiels applicables et actualisés, les données nécessaires au diagnostic, au suivi et à l'évaluation de la pertinence des prises en charge ;
- promouvoir les démarches collectives d'évaluation et d'amélioration de la pertinence des actes, prestations et prescriptions ;
- favoriser les échanges interprofessionnels et interdisciplinaires ;
- s'assurer que les prescriptions réalisées par ses professionnels contiennent obligatoirement : 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 géographique en application de l'article R.161-45 du code de la sécurité sociale ;
- communiquer à l'ARS et à l'organisme local d'assurance maladie un rapport annuel d'évaluation du contrat ainsi que les éléments leur permettant d'apprécier l'atteinte des objectifs ;
- désigner au niveau du siège, pour chaque volet du contrat, un médecin interlocuteur privilégié qui sera en charge de faciliter les relations entre l'ARS/Assurance maladie et chaque hôpital et sa communauté médicale ;
- fournir une adresse électronique fonctionnelle pour la transmission d'éléments relatifs au contrat, de la part de l'ARS et de l'Assurance maladie auprès de l'établissement ;

- signaler à l'ARS et à l'organisme local d'assurance maladie tout changement relatif à sa situation.
- faciliter l'accès de l'ARS et de l'Assurance maladie aux services de l'établissement concernés par des actions d'accompagnement (exemple : prise de rendez-vous). Les interlocuteurs désignés au niveau du siège seront systématiquement et préalablement informés des thèmes des visites, de leur calendrier et de la liste des établissements géographiques concernés.

L'ARS et l'organisme local d'assurance maladie s'engagent, chacun en ce qui le concerne, à :

- identifier un ou plusieurs référents pour accompagner l'établissement dans sa démarche d'amélioration et de suivi de ses objectifs ;
- transmettre à l'établissement une fiche récapitulant l'ensemble des données qui lui seront transmises dans le cadre du suivi du contrat et le calendrier prévisionnel de diffusion de ces éléments et des points d'étape qui seront réalisés, les objectifs, notamment les taux cibles régionaux d'évolution des dépenses d'assurance maladie quand ils existent ;
- réaliser une évaluation annuelle de l'atteinte des objectifs de ce contrat et procéder à un dialogue partagé afin d'envisager les perspectives d'actions, sur la base d'un rapport d'évaluation ;
- mettre en place des réunions d'information et de sensibilisation des professionnels de santé exerçant dans l'établissement.

Article 4 : Sources des données utilisées

Pour la fixation des objectifs à atteindre et leur évaluation sont notamment utilisées les données mentionnées à l'article L.6113-7 du code de la santé publique et celles transmises à l'État par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Article 5 : Évaluation

Conformément à l'article L.162-30-4 du code de la sécurité sociale, le contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle par les parties sur la base des indicateurs et obligations fixés dans chaque volet consolidé. Elle donne lieu à un rapport d'évaluation unique pour l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, les objectifs à atteindre constituant une référence cible vers laquelle chaque site géographique doit tendre, étant entendu que l'évaluation porte sur l'ensemble de l'établissement AP-HP. Les données par site sont transmises avant le 30 juin.

L'établissement se dote d'un dispositif de suivi et d'audit interne lui permettant de s'assurer de l'application des engagements souscrits. Ce dispositif et l'évaluation qui en est faite permettent d'alimenter un rapport annuel d'autoévaluation.

Article 6 : Intéressement et sanctions

Chaque volet du contrat fait l'objet d'une évaluation.

Pour le volet obligatoire, l'évaluation porte sur l'ensemble des obligations mentionnées au contrat et en particulier sur la réalisation des actions et de l'atteinte des cibles qui y sont fixées. Cette évaluation peut conduire à l'application de sanctions dans les conditions définies à l'article D.162-16 du code de la sécurité sociale.

Pour chacun des volets additionnels, il est prévu une obligation de résultat qui, si elle est respectée peut conduire à la notification d'un intéressement lorsqu'il est prévu par le volet. Si cette obligation n'est pas respectée, le directeur général de l'ARS peut, dans les conditions définies à l'article D.162-16 du code de la sécurité sociale et après avis de l'organisme local d'assurance maladie, prononcer une sanction financière, la réduction du taux de prise en charge des produits de la liste en sus ou engager une procédure de mise sous accord préalable, selon les modalités fixées dans chaque volet. Ces sanctions ou le cas échéant, intéressements sont pondérés par le niveau de réalisation des obligations complémentaires éventuellement fixées.

A l'issue de cette évaluation, il est procédé à la somme des sanctions et intéressements. Ce montant est ensuite notifié à l'établissement dans les conditions fixées au même article.

Article 7 : Révision du contrat

Dans le cadre de l'évaluation annuelle de la situation de l'établissement de santé, en cas de modifications des orientations ou référentiels nationaux ou en cas de modification substantielle de la situation de l'établissement de santé, il peut être procédé à une révision du contrat par voie d'avenant dans les mêmes conditions que le contrat initial.

En outre, chacune des parties peut demander, en accord avec les autres parties signataires, une révision du présent contrat par voie d'avenant.

L'avenant est proposé et approuvé dans les mêmes formes que le contrat.

Article 8 : Résiliation d'un volet du contrat

Si les parties signataires décident d'un commun accord de mettre fin à l'un des volets additionnels du contrat, le directeur de l'ARS et le représentant de l'organisme local d'assurance maladie signent avec l'établissement de santé un avenant de résiliation dont la date d'effet est fixée au 31 décembre de l'année en cours.

Article 9 : Voies de recours

En cas de contestation de la sanction, de son montant ou du montant de l'intéressement, l'établissement de santé peut saisir le tribunal administratif dans le ressort duquel l'autorité qui a pris la décision attaquée a légalement son siège, par lettre recommandée dans le délai de 2 mois à compter de la réception de la notification de la décision contestée.

En cas de contestation des modalités de recouvrement, l'établissement peut saisir dans le même délai et la même forme le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Chapitre II

Volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et prestations

Article 10 : Obligations générales de l'établissement

L'établissement s'engage à améliorer et à sécuriser le circuit du médicament et des produits et prestations (LPP), à favoriser et à garantir le respect des référentiels de bon usage des médicaments, dispositifs médicaux et prestations.

Il s'engage également à mettre en œuvre l'ensemble des moyens nécessaires à la promotion de la prescription des produits génériques ou biosimilarisés et au respect des taux d'évolution des dépenses résultant des prescriptions des produits de santé inscrit sur les listes mentionnées aux articles L.162-22-7 et L.162-23-6 du code de la sécurité sociale et de ceux prescrits à l'hôpital et remboursés sur l'enveloppe soins de ville. Pour l'évaluation de l'atteinte des objectifs portant sur des produits génériques ou biosimilarisés, il sera tenu compte de l'efficacité de la politique d'achats.

Il s'engage à mettre en œuvre une politique de qualité de la prise en charge médicamenteuse et de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse. A cette fin, il élabore notamment un système de management de la qualité qui s'inscrit dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et la gestion des risques associés pour l'ensemble du processus de prise en charge thérapeutique.

Figurent en annexe ci-jointe les objectifs de réalisation pour chacun des engagements souscrits. Ils sont accompagnés d'indicateurs de suivi et/ou de résultats et d'un échéancier de mise en œuvre.

Pour faciliter la mise en œuvre du contrat, une réunion semestrielle de suivi sera organisée entre l'AP-HP, l'ARS et l'assurance maladie.

Lors de cette réunion, seront présentées :

- la restitution par l'AP-HP de l'analyse comparative des consommations des produits de santé inscrit sur les listes mentionnés aux articles L.162-22-7 et L.162-23-6 du code de la sécurité sociale et de ceux prescrits à l'hôpital et remboursés sur l'enveloppe soins de ville (produits liste en sus et PHEV) par site géographique. Pour ce faire, l'assurance maladie s'engage à transmettre des données dont le niveau de granularité sera adapté.
- les actions menées sur des thématiques spécifiques relatives aux produits de santé et relevant des programmes d'actions entrepris par l'AP-HP, notamment :
 - o le moindre usage des antibiotiques dans le cadre des actions ciblées dans le plan antibiotique de l'AP-HP ;
 - o le respect des bonnes pratiques en matière de prescription et de prise en charge des médicaments antiviraux d'action directe sur le virus de l'hépatite C ;
 - o les bonnes pratiques d'intervention des prestataires de santé à domicile et au sein de l'établissement (LPP).

Article 10-1 : Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations

L'établissement, dans le respect des référentiels de bonnes pratiques existants, souscrit à des engagements relatifs aux médicaments et aux produits et prestations qui prennent la forme d'un plan d'actions pluriannuel devant porter notamment sur les points suivants :

- le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ;
- la prescription en dénomination commune internationale (DCI) ;

- la traçabilité depuis la prescription jusqu'à l'administration des médicaments ou jusqu'à l'utilisation pour les dispositifs médicaux implantables au travers de l'informatisation du parcours patient ;
- l'informatisation et la traçabilité, notamment au travers de la dispensation à délivrance nominative 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 code de la sécurité sociale, de la prescription jusqu'à l'implantation du dispositif médical ;
- l'utilisation des logiciels d'aide à la prescription pour toutes les prescriptions de médicaments par les praticiens 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.

Article 10-2 : Développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau

L'établissement s'engage à développer des pratiques pluridisciplinaires tant au niveau interne qu'au niveau territorial et régional en vue de garantir la continuité de la prise en charge thérapeutique du patient tout au long de son parcours de soins.

Il conçoit et met en œuvre un plan de déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la prise en charge médicamenteuse et de la conciliation médicamenteuse.

Il met également en œuvre un plan de vigilance et de bon usage des antibiotiques.

Article 10-3 : Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires

L'établissement s'engage à mettre en place des actions visant à :

- promouvoir la prescription de médicaments dans le répertoire générique ;
- promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible ;
- mettre en œuvre les moyens nécessaires à la maîtrise de l'évolution de la part des dépenses de médicaments génériques et biosimilaires.

Article 10-4 : Engagements relatifs aux médicaments et aux produits et prestations prescrits en établissement de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville

L'établissement doit mettre en œuvre l'ensemble 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 des prescriptions effectuées en établissements de santé de médicament et de la liste des produits et prestation remboursés sur l'enveloppe de soins de ville, fixé par l'arrêté mentionné à l'article L.162-30-3.

Article 10-5 : Engagements spécifiques relatifs aux spécialités pharmaceutiques et aux produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation inscrits sur les listes mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale et respect des référentiels nationaux de bon usage des médicaments et des produits et prestations

Pour les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale, l'établissement met notamment en œuvre les engagements suivants :

- respecter les taux d'évolution des dépenses des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale ;
- respecter les taux d'évolution des dépenses des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale ;

- garantir une utilisation des produits conforme aux indications de l'autorisation de mise sur le marché, sous réserve des restrictions de prise en charge apportées le cas échéant par les arrêtés d'inscription des produits sur les listes, aux conditions de prise en charge prévues par la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale pour les produits et prestations, le cas échéant aux recommandations temporaires d'utilisation mentionnée à l'article L.5121-12-1 du code de la santé publique ou pour les produits et prestations. A défaut, et par exception en l'absence d'alternative pour le patient, lorsque le prescripteur ne se conforme pas aux dispositions précédentes, il porte au dossier médical l'argumentation qui l'a conduit à prescrire, en faisant référence aux travaux des sociétés savantes ou aux publications des revues internationales à comité de lecture ;
- assurer le suivi par service, par UCD et par prescripteur des prescriptions hors référentiels (hors AMM, hors RTU) en colligeant l'argumentation qui a conduit à prescrire.

Article 10-6 : Évaluation

Une information portant sur l'analyse des prescriptions et de leur évolution est présentée chaque semestre à la commission définie à l'article R.6111-10 du code de la santé publique et adressée à l'observatoire mentionné à l'article D.162-9 du code de la sécurité sociale, directeur de l'ARS ainsi qu'à l'organisme local d'assurance maladie.

Une évaluation annuelle de l'ensemble des obligations du volet socle et les obligations générales ci-dessus permettront de déterminer leur niveau d'atteinte et de déclencher, le cas échéant, le mécanisme de sanction.

Le calendrier du processus d'évaluation sera communiqué au plus tard le 1^{er} octobre de l'année évaluée, s'il est modifié.

En cas de non atteinte des objectifs fixés, l'établissement est passible d'une sanction financière correspondant à un montant maximum de 1% des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

Le montant déterminé maximum et le niveau de pondération issu de l'évaluation des obligations complémentaires sont à reporter dans la grille annexée au contrat (annexe 3).

Article 11 : Recueil des données 2017

L'AP-HP s'engage à fournir les données de l'année 2017. Ces données seront recueillies par le biais de l'outil d'autoévaluation/évaluation. Les informations relatives à cet outil seront envoyées au cours de l'année évaluée, à l'adresse électronique fonctionnelle demandée à l'article 3.

Chapitre III

Dispositions relatives aux volets additionnels

Au vu des référentiels mentionnés dans l'arrêté du 27 avril 2017 susvisé et du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, l'établissement s'engage sur les volets additionnels suivants.

Volet additionnel
relatif à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports

Article 1^{er} : objet du volet

Le présent volet a pour objet de définir les modalités d'engagements pris par l'établissement en vue de l'atteinte des objectifs de maîtrise des dépenses de transport de l'établissement prises en charge par l'assurance maladie sur l'enveloppe de soins de ville ainsi que des objectifs d'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation des transports, afin de répondre à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du patient et son degré d'autonomie.

Ces objectifs portent notamment sur la gestion centralisée des commandes de transport, l'optimisation du recours aux ambulances et le développement du transport partagé.

Article 2 : durée de l'engagement

Le présent volet est signé pour une durée de 3 ans et entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Article 3 : engagements de l'établissement

Sur la base :

- du bilan des dépenses de transports de l'année civile précédente issues des prescriptions hospitalières constatées pour tous les régimes et prises en charge sur l'enveloppe des soins de ville des médecins exerçant leur activité dans l'établissement ;
- des caractéristiques de l'établissement en termes d'activité et de l'organisation des soins de son territoire ;

et compte tenu du constat fait par l'agence régionale de santé d'un montant ou d'un taux d'évolution de dépenses issues des prescriptions des transports de l'établissement supérieur au seuil ou au taux mentionnés à l'article 1 de l'arrêté du 27 avril 2017 pris en application de l'article L.162-30-2 du code de la sécurité sociale.

Montant de référence observé (année 2016) : 153 521 531 €

Taux d'évolution de référence observé (année 2015/ année 2016) : 7,9 %

Obligation de résultat

L'établissement s'engage sur l'obligation de résultat suivante : maîtriser ses prescriptions dans la limite du taux d'évolution des dépenses issues des prescriptions des transports mentionné à l'arrêté annuel pris en application de l'article L.162-30-2 du code de la sécurité sociale.

Obligations complémentaires :

Un plan d'actions comportant les axes d'amélioration à suivre par l'établissement et la liste des indicateurs permettant d'évaluer les progrès de l'établissement est obligatoirement annexé au contrat. Cette annexe est adaptée et complétée, le cas échéant, par les signataires pour tenir compte de la situation de l'établissement.

L'évaluation de l'atteinte des engagements de l'établissement est prise en compte dans la détermination du montant du reversement ou de l'intéressement de l'établissement selon les cas.

Les différents objectifs contribuent à la pondération de l'intéressement ou de la sanction qui sera appliqué à l'établissement.

Article 4 : évaluation

Le niveau d'atteinte des engagements de l'établissement est évalué annuellement. Les éléments liés à l'évolution du volume ou de la nature des activités pourront ainsi être pris en compte. La part des transports sanitaires prescrits dans le cadre des programmes de retour à domicile (PRADO) pourra également être neutralisée. Enfin, pour les établissements ayant des prescripteurs libéraux intervenant en leur sein, il sera vérifié qu'il n'y a pas de phénomène de report des prescriptions sur l'activité libérale.

Intéressement :

En cas d'atteinte de l'objectif et de mise en œuvre du plan d'actions, l'établissement est éligible à un intéressement d'un montant correspondant au maximum à 30% de l'économie réalisée (montant des dépenses cible – montant des dépenses observé).

Sanction :

En cas de non atteinte de l'objectif et de non mise en œuvre du plan d'actions, l'établissement est passible d'une sanction financière correspondant à un montant maximum de 1% des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

Les cibles, leur réalisation et le résultat financier de l'évaluation sont à reporter dans la grille annexée au contrat.

Volet additionnel

à relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé

Préambule

Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient et conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des sociétés savantes, nationales et internationales.

L'amélioration de la pertinence des soins a donc pour objectifs l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'une meilleure efficience des dépenses de santé.

Cette démarche implique la participation des professionnels de santé, notamment dans le cadre d'un travail en équipe.

Elle se traduit, au niveau régional, par un plan d'actions régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS). Le présent contrat en constitue une déclinaison.

Article 1^{er} : objet du volet

Le présent volet vise à accompagner les professionnels de santé du territoire d'un établissement de santé, signataire du contrat, dans la démarche d'amélioration de la pertinence des soins délivrés par l'ensemble des acteurs de santé de ce territoire. D'autres actions du PAPRAPS peuvent être menées concomitamment.

Son champ d'application recouvre les actes, prestations et prescriptions correspondant aux domaines définis comme prioritaires par le PAPRAPS, publié par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé en date du 23 août 2016.

Ce volet concerne le domaine d'actions issu du PAPRAPS définis ci-après :

- Amélioration du parcours de soins de l'insuffisance cardiaque chronique

Ce volet ne concerne que les sites suivants :

- 750100042 – HU Saint-Louis, site Lariboisière
- 750100125 – HU P. Salpêtrière, site Salpêtrière
- 930100037 – HU Paris St Denis, site Avicenne
- 940100027 – HU Henri Mondor, site Mondor

Article 2 : durée de l'engagement

Le présent volet est signé par l'établissement de santé pour une durée de 3 ans et entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

A l'issue du contrat, un diagnostic conjoint est établi entre les parties pour définir les modalités de poursuite de la démarche.

Article 3 : engagement de l'établissement

Obligation de résultat

L'établissement de santé s'engage à respecter l'obligation de résultat mentionnée à l'article 6 du volet obligatoire suivante pour chacun des sites listés à l'article 1 :

- Organisation de 2 réunions de territoire associant les professionnels des établissements et les acteurs de santé libéraux (Médecins généralistes, Cardiologues, Infirmiers, Pharmaciens, Masseurs-kinésithérapeutes, Laboratoires, etc.) en 3 ans. Ces réunions seront organisées conjointement avec l'ARS et l'organisme local d'assurance maladie qui mettent à disposition les ressources nécessaires à la tenue de cette réunion.

Obligations complémentaires

L'établissement de santé contractant est clairement informé des objectifs de ces 2 réunions de territoire qui sont :

- Augmentation du taux de patients insuffisants cardiaques chroniques ayant consulté un Médecin Généraliste dans les 14 jours du retour à domicile (RAD) après une hospitalisation pour décompensation cardiaque

- Augmentation du taux de patients insuffisants cardiaques chroniques ayant consulté un cardiologue dans les 60 jours du RAD après une hospitalisation pour décompensation cardiaque
- Diminution du taux de réhospitalisation dans les 6 mois du RAD après une hospitalisation pour décompensation cardiaque,
- Diminution du taux de passage par le service des urgences en cas de ré-hospitalisation pour décompensation cardiaque,
- Augmentation du taux de patients vus par une IDE après le RAD après une hospitalisation pour décompensation cardiaque
- Augmentation des inclusions Prado pour insuffisance cardiaque par l'établissement de santé,
- Augmentation des sorties en SSR cardiologie après une hospitalisation pour décompensation cardiaque

Ces indicateurs (issus du guide parcours de soins de l'Insuffisance cardiaque – juin 2014 – HAS) seront calculés par an, par établissement de santé (quel que soit le lieu d'habitation des patients) et par canton (population du canton quel que soit le lieu d'hospitalisation) et permettront d'évaluer l'amélioration de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique en ambulatoire.

Article 4 : évaluation

L'évaluation de l'amélioration de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique en ambulatoire sera réalisée annuellement, par l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, sur la base des données disponibles, en calculant les indicateurs sus-cités. Les indicateurs seront calculés par l'agence régionale de santé et l'organisme local d'assurance maladie. L'évaluation de l'atteinte des objectifs sera faite essentiellement sur la base de la réalisation des réunions de territoire.

Ces résultats seront partagés avec l'établissement de santé contractant et l'ensemble des participants à ces 2 réunions de territoire.

Accompagnement :

A l'issue de la première réunion de territoire, l'établissement de santé contractant proposera un plan d'actions défini en séance, par l'ensemble des participants, qui sera soumis à la validation conjointe de l'ARS et de l'organisme local d'assurance maladie. La seconde réunion sera consacrée au bilan du premier plan d'actions et à son éventuelle adaptation.

Les plans d'actions validés pourront faire l'objet d'un accompagnement, pris en charge par l'ARS quant aux modalités de mise en œuvre.

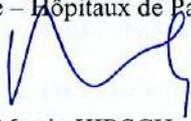
Sanctions :

Si les obligations de résultat mentionnées à l'article 3 ne sont pas satisfaites, l'établissement de santé est passible d'une sanction financière correspondant à un montant maximum de 1% des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos qui peut être pondérée par le niveau de réalisation des obligations complémentaires fixées le cas échéant.

Les cibles et leur réalisation sont à reporter dans la grille annexée au contrat.

Date d'effet du contrat : 1^{er} janvier 2018

Fait à Paris, le 31 décembre 2017

<p>Le Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France M. Christophe DEVYS,</p>	
<p>Le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de Paris M. Pierre ALBERTINI</p>	
<p>Le Directeur général de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris  M. Martin HIRSCH</p>	

Annexes

Annexe 1 : liste des indicateurs fixés au niveau national pour le volet obligatoire produits de santé

Annexe 2 : grille d'évaluation annuelle

Annexe 3 : grille d'évaluation du volet obligatoire

Annexe 4 : plan d'actions du volet additionnel transports

Annexe 1 : liste des indicateurs fixés au niveau national pour le volet
obligatoire produits de santé

Ces indicateurs nationaux sont intégrés dans la grille d'évaluation (annexe 3), complétés d'indicateurs régionaux.

Art. 10: Obligations générales de l'établissement	
Art. 10-1 : amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations	
Obligations	Indicateurs
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	Taux de prescriptions de sortie informatisées y compris consultations externes : nombre de lignes de prescriptions de sortie informatisées / nombre total de prescriptions de sortie - Taux d'équipement en logiciels d'aide à la prescription dont la version opérationnelle dans le service est certifiée (en nombre de services équipés) : nombre de lits utilisant un LAP certifié / nombre total de lits de l'établissement. - Nombre d'unités de soins utilisant un LAP certifié / nombre total d'unités de soins de l'établissement
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	Taux de prescriptions incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement : - nombre d'ordonnances de sortie délivrées précisant le numéro FINESS et RPPS / nombre total d'ordonnances de sortie - nombre d'ordonnances intra-hospitalières précisant le numéro RPPS / nombre total d'ordonnances intra-hospitalières
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	Traçabilité des médicaments : - Nombre de lits informatisés de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration / nombre de lits total Traçabilité des DMI : - nombre d'unités de DMI dont l'implantation est informatiquement tracée / nombre total d'unités de DMI implantées - 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
Art. 10-2: développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau	
Obligations	Indicateurs
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	Déploiement de la conciliation médicamenteuse chez les patients priorités sur la base d'une analyse des risques : Nombre de patients priorités et bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse d'entrée et/ou de sortie / Nombre de patients priorités hospitalisés
Vigilance et bon usage des antibiotiques (ATB)	Taux de traitements de plus de 7 jours non justifiée : Nombre de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours non justifiés / nombre total de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours.

Art. 10-3: Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires	
Obligations	Indicateurs
Promouvoir la prescription de médicaments dans le répertoire générique	Taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les PHEV : nombre de boîtes-(en excluant le paracétamol du calcul) dans le répertoire des génériques en PHEV / nombre total de boîtes prescrites en PHEV
Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible	- 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 Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF - 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 Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF
Part d'achat de génériques et bio similaires	Part d'achat de génériques et biosimilaires : - Nombre d'UCD délivrées appartenant au répertoire des génériques / nombre d'UCD totales délivrées aux services de l'établissement de santé - 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
Art. 10-4: Engagements relatifs aux médicaments et aux produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soin de ville	
Obligations	Indicateurs
Mettre en œuvre l'ensemble 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 des PHEV de produits de santé	Taux d'évolution des dépenses de médicaments et produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soin de ville : montant des dépenses remboursées de l'année évaluée / montant des dépenses remboursées de l'année précédant celle de l'évaluation - 1 hors rétrocession et hépatite C
Art. 10.5 : engagements spécifiques relatifs aux spécialités pharmaceutiques et aux produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation inscrits sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et respect des référentiels nationaux de bon usage des médicaments et des produits et prestations	
Obligations	Indicateurs
Suivi des dépenses des médicaments et DMI de la liste en sus	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 précédent celle de l'évaluation - 1
	Taux d'évolution des dépenses de 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 précédent celle de l'évaluation - 1
	Taux de prescriptions hors référentiels (RTU, AMM) pour les médicaments et produits et prestations de la liste en sus : nombre d'initiation de traitement (patients) hors référentiel / nombre d'initiation de traitement (patients) total

Annexe 2 : Grille d'évaluation annuelle

: Année _____

Volet du contrat	Obligations de résultat (reporter l'obligation ou la cible inscrite dans le contrat)	Résultats (atteinte oui/non niveau)	Obligations complémentaires (cibles ou obligations)	Résultats (atteinte oui/non ou niveau)	Montant de l'intéressement (+) ou de la sanction (-)
Volet obligatoire					
transports					
qualités					
pertinence					
TOTAL					

Annexe 3 : grille d'évaluation du volet obligatoire

Type de structure	Indicateur régional/national	N° item	Question neutralisable par IETS ?	Objectifs	Action/Mesure	Source des données	Justificatif	Proposition barème 2018 (évaluation 2019)	Proposition barème 2019 (évaluation 2020)	Proposition barème 2020 (évaluation 2021)
Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations										
1										
Aspects généraux										
1.1										
MCO - HAD - SSR - DIA - PSY	Indicateur régional	1.1.1	NON	Améliorer et sécuriser de façon continue la prise en charge thérapeutique du patient	Il existe une politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité de la PECM et des dispositifs médicaux stériles qui s'inscrit dans la politique générale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement. Oui ? Non ?	ES	OUI	2	2	2
MCO - HAD - SSR - DIA - PSY	Indicateur régional	1.1.2	NON	Maîtriser les utilisations hors AMM-hors RTU de l'ensemble des médicaments	La politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité de la PECM et des DMS intègre des objectifs qualitatifs vis-à-vis des prescriptions "hors-AMM -hors RTU" pour l'ensemble des médicaments. Oui ? Non ? Si oui : politique en lien avec les prescriptions "hors-AMM -hors RTU" pour l'ensemble des médicaments.	ES	OUI	1	1	1

35 points +2 pts bonus
36 points +3 pts bonus
38 points +3 pts bonus

MCO - HAD - SSR - DIA - PSY	Indicateur régional	I.1.3	NON	Réduire les risques associés à l'utilisation des produits de santé	La politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité de la PECM et des DMS prévoit des mesures pour améliorer les déclarations internes des événements indésirables notamment médicamenteux, des erreurs médicamenteuses ou des dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse. Oui ? Non ? Si oui : charte de non punition ? actions de communication ? autres actions d'incitation ?	ES	OUI	1	1	1
MCO - HAD - SSR - DIA - PSY	Indicateur régional	I.1.4	NON	Réduire les risques associés à l'utilisation des produits de santé	L'étude des risques a priori sur la PECM (quelle que soit la méthode utilisée) est réalisée. Oui ? Non ? La fréquence de réévaluation prend en compte les modifications de processus ou d'activité ET les EIAS. Oui ? Non ? Si oui : nombre d'unités réévaluées au cours de l'exercice concerné par l'autoévaluation (N) Si non : calendrier de réévaluation et nombre d'unités de soins prévues (N+1)	ES	OUI	1	1	1
MCO - HAD - SSR - DIA - PSY	Indicateur régional	I.1.5	NON	Réduire les risques associés à l'utilisation des produits de santé	L'étude des risques a priori associés à l'utilisation des DM stériles (quelle que soit la méthode utilisée) est réalisée. Oui ? Non ? La fréquence de réévaluation prend en compte notamment les modifications de processus ou d'activité ET les EIAS. Oui ? Non ? Si oui : nombre d'unités réévaluées au cours de l'exercice concerné par l'autoévaluation (N) Si non : calendrier de réévaluation et nombre d'unités de soins prévues pour l'année en cours (N+1)	ES	OUI	0	0	1

MCO - HAD - SSR - DIA - PSY	Indicateur régional	I.1.6	NON	Réduire les risques associés à l'utilisation des produits de santé	L'analyse des événements indésirables en réunions de retour d'expérience fait appel à des méthodes d'analyse systémique pour identifier les causes profondes (RMM/REMED, CREX...). Oui ? Non ? Si oui : précisez les méthodologies employées pour l'analyse collective des causes des événements a posteriori Pour les médicaments et les DMS : Nb d'événements indésirables liés aux médicaments et aux DMS, Nb de RMM / CREX /autres réalisés dans l'année (N)	ES	NON	1	1	1
-----------------------------------	------------------------	-------	-----	--	---	----	-----	---	---	---

MCO - HAD - SSR - DIA - PSY	Indicateur régional	I.1.7	NON	Améliorer et sécuriser la prise en charge thérapeutique du patient	<p>Il existe un plan d'actions en matière de qualité, de sécurité et d'efficacité de la PECM et des dispositifs médicaux stériles assortis d'indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - élaboré à partir des résultats des études de risque a priori et alimenté par les actions décidées en CREX ou RMM, - qui inclut un volet de suivi des actions en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, - qui inclut un volet pour prévenir les never events (notamment liste ANSM), - qui prévoit des actions visant à réduire la iatrogénie chez la personne âgée, - qui prévoit des actions en matière d'antibiothérapie, - qui prévoit des actions en matière de prescriptions hors AMM, - qui est intégré dans le programme d'actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, - qui est validé par la CME ou CFME ou sous leur égide ou par une commission représentative de la CME pour la prise en charge médicamenteuse. <p>Réponses pour chacun des 8 items : oui/non</p> <p>Justificatif : plans d'actions avec calendrier, pilotes et indicateurs de suivi</p> <p>L'atteinte de l'objectif sera appréciée sur la base des 8 éléments cités.</p>	ES	OUI	6	6	6
MCO - HAD - SSR - DIA - PSY	Indicateur régional	I.1.8	NON	Améliorer et sécuriser la prise en charge thérapeutique du patient	<p>Le suivi régulier et l'évaluation des actions en matière de qualité, de sécurité et d'efficacité de la PECM et des DMS sont réalisés.</p> <p>Oui ? Non ?</p> <p>Si oui : bilan du plan d'actions. Le document transmis détaillera les modalités de suivi des actions d'amélioration, leur état d'avancement et les éventuels résultats d'évaluation.</p>	ES	OUI	2	2	2

MCO - HAD - SSR - DIA - PSY	Indicateur régional	1.1.9	NON	Former l'ensemble des personnels à la qualité et à la sécurité d'utilisation des produits de santé	Un plan de formation intégrant des formations spécifiques (DPC et/ou interne) à la qualité et la sécurité d'utilisation des produits de santé est mis en œuvre. Oui ? Non ?								
MCO - HAD - SSR - DIA - PSY	Indicateur régional	1.1.10	NON	Participer aux enquêtes régionales et nationales en lien avec les produits de santé	Si oui : Le plan de formation prévoit que: - l'ensemble des professionnels de santé concernés est formé lors de la mise en place d'une nouvelle procédure ou mode opératoire, - les professionnels de santé nouvellement arrivés sont formés aux procédures et modes opératoires, à la prévention des erreurs et risques médicamenteux, à l'utilisation du livret thérapeutique et des supports de prescription, et à la manipulation des LAP (logiciels d'aide à la prescription), - des professionnels de santé sont formés à la conciliation des traitements médicamenteux. Oui ? Non ? pour chaque item	L'établissement répond dans les délais impartis aux enquêtes diligentées et/ou relayées par l'OMEDIT Ile-de-France (dont enquête consommation des médicaments ATIH, clip mitral et TAVI). Oui ? Non ?	OMEDIT	NON	1	1	1	1	

		Prise en charge médicamenteuse							
	I.2	Prescription							
MCO - DIA - SSR - PSY	I.2.1	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 du CSS ou lors de la sortie de l'établissement de santé (Art. 10.1)	NON	Taux de prescriptions de sortie informatisées y compris consultations externes : nombre de lignes de prescriptions de sortie informatisées / nombre total de prescriptions de sortie.	ES	NON	0	0	0
	I.2.1.1								
MCO - DIA - SSR - PSY	I.2.1.1	Indicateur national	NON	Taux d'équipement en logiciels d'aide à la prescription dont la version opérationnelle dans le service est certifiée (en nombre de services équipés) : nombre de lits utilisant un LAP certifié / nombre total de lits de l'établissement. Nombre d'unités de soins utilisant un LAP certifié / nombre total d'unités de soins de l'établissement.	ES	NON	1	1	1
MCO - HAD - SSR - DIA - PSY	I.2.1.2	Indicateur national	NON	Information et traçabilité de la prise en charge thérapeutique du	ES	NON	2	2	2

MCO			OUI	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 (Art. 10.1)	Tragabilité des DMI : nombre d'unités de DMI dont l'implantation est informatiquement tracée / nombre total d'unités de DMI implantées	ES	NON	1	1	1
MCO - HAD - SSR - DIA - PSY	Indicateur régional	1.2.1.3	NON	Optimiser l'alimentation du dossier patient informatisé pour obtenir l'exhaustivité des données relatives à sa prise en charge	L'interfaçage des différents logiciels de l'établissement permet la mise à disposition dans le dossier patient informatisé de l'ensemble des informations permettant : - la prescription, - la dispensation (analyse des prescriptions et délivrance), - et l'administration des produits de santé (notamment données biologiques, chimiothérapies anticancéreuses, nutrition parentérale) durant la totalité de l'hospitalisation du patient. Oui ? Non ? Si oui : description courte des interfaces fonctionnelles Si non : échéancier / schéma directeur des systèmes d'information (volet pharmaceutique et interfaces)	ES	OUI	0	1	1
MCO - DIA - SSR - PSY	Indicateur national	1.2.1.4	NON	Identification obligatoire des prescriptions réalisées par ses professionnels par l'identifiant personnel du prescripteur autorisé à exercer (numéro du répertoire partagé des	Taux de prescriptions incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement : - nombre d'ordonnances de sortie délivrées précisant le numéro FINESS et RPPS / nombre total d'ordonnances de sortie	AM	NON	1 (bonus)	2 (bonus)	2 (bonus)

MCO - HADD - DIAP - SSRP - PSYP	Indicateur régional	1.2.2.2	NON	Déployer l'analyse pharmaceutique des traitements médicamenteux	Le choix du niveau d'analyse pharmaceutique est adapté au niveau de risque défini par la CME ou la CFME (type de service, patient à risque, médicament à risque) Oui ? Non ? Nombre de lits / places /patients bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 Niveaux 1, 2, 3 tels que définis par la SFPC	ES	NON	0	0	0
MCO - HADD - DIAP - SSRP - PSYP	Indicateur régional	1.2.2.3	NON	Déployer la délivrance nominative des traitements médicamenteux	La délivrance nominative du traitement médicamenteux complet est mise en œuvre : l'établissement organise la montée en charge programmée de l'activité de délivrance nominative en fonction de son profil d'activité. Oui ? Non ? Si oui, justificatif : préciser les spécialités médicales concernées et la stratégie de ciblage de l'activité de délivrance nominative et les spécialités médicales concernées. - Nombre de lits d'hospitalisation complète bénéficiant d'une délivrance nominative complète - Nombre de places d'hôpital de jour / séances bénéficiant d'une délivrance nominative complète - Nombre de patients en HAD bénéficiant d'une délivrance nominative complète Pourcentage (calcul automatique) Si non : pourquoi ?	ES	OUI	3	3	3

MCO - HADP - SSRP- PSYP	Indicateur régional	1.2.2.4	NON	Déployer la délivrance nominative des traitements médicamenteux	<p>Une analyse d'opportunité pour l'implémentation d'une solution d'automatisation de la délivrance nominative a été réalisée.</p> <p>Oui ? Non ?</p> <p>Si oui, justificatif : compléter le document d'analyse d'opportunité (trame régionale) et résultat de l'analyse (avec ou sans automatisation, description du projet et échéance, coopération avec d'autres établissements ou non)</p> <p>Si non : pourquoi ?</p>	ES	OUI	1 (bonus)	1 (bonus)	1 (bonus)
----------------------------------	----------------------------	----------------	------------	---	---	----	-----	-----------	-----------	-----------

		1.2.3	Administration							
MCO - HADP	Indicateur régional	1.2.3.1	NON	Sécuriser la préparation des médicaments injectables	<p>La préparation centralisée des médicaments injectables par l'établissement est réalisée conformément aux bonnes pratiques de préparation, dans la PUI de l'établissement ou dans le cadre d'une convention de sous-traitance.</p> <p>Conformité de l'unité préparation centralisée : Oui ? Non ? sous traitance ? (choix multiple possible) Date de mise en conformité aux BPP des locaux ?</p> <p>En dehors des chimiothérapies, quels sont les médicaments préparés de manière centralisée ?</p> <p>Nombre de préparations de médicaments injectables réalisées en unité centralisée sous responsabilité pharmaceutique conformément aux BPP (séparer anticancéreux, nutrition parentérale, médicaments radiopharmaceutiques, biothérapies hors cancérologie, anti-infectieux, et autres médicaments).</p>	ES	NON	2	2	2
MCO - HADP	Indicateur régional	1.2.3.2	OUI	Sécuriser la préparation des médicaments injectables	<p>En dehors des heures ouvrables de l'unité de préparation centralisée de la PUI :</p> <p>l'organisation permet une préparation sécurisée (dans le service de soins ou à la PUI et par du personnel formé) des préparations injectables réalisées habituellement de façon centralisée à la PUI, et est encadrée par des procédures validées par la PUI</p> <p>Oui ? Non ? Si oui : justificatif demandé : procédure</p>	ES	OUI	1	1	1

MCO - HAD - SSR - DIA - PSY	Indicateur régional	I.2.3.3	NON	Sécuriser l'administration des médicaments	<p>Les médicaments administrés par voie orale restent identifiables (nom du médicament) jusqu'à leur administration (achat de médicaments en conditionnement unitaire, surconditionnement, reconditionnement, réétiquetage)</p> <p>Si oui : Audit ? Bilan ?</p> <p>Si audit : % de médicaments sous forme orale sèche identifiables jusqu'à leur administration. Justificatif : audit. La méthodologie de l'audit précisera les critères de conformité évalués.</p> <p>Si bilan : transmettre le bilan des actions engagées suite à l'audit précédent.</p> <p>Une analyse d'opportunité pour l'implémentation d'une solution d'automatisation de la délivrance nominative des formes sèches a été réalisée.</p> <p>Oui ? Non ?</p> <p>Si oui : analyse d'opportunité unique (voir I.2.2.4).</p>	ES	OUI	1	1	1
MCO - HAD - SSR - DIA - PSY	Indicateur régional	I.2.3.4	NON	Sécuriser l'administration des médicaments	<p>Les médicaments injectables reconstitués en unité de soins restent identifiables (nom du patient et nom du médicament) jusqu'à leur administration (étiquetage)</p> <p>Si oui : Audit ? Bilan ?</p> <p>Si audit : % de médicaments sous forme injectable reconstitués identifiables jusqu'à leur administration (patient et produit). Justificatif : Audit. La méthodologie de l'audit précisera les critères de conformité évalués.</p> <p>Si bilan : transmettre le bilan des actions engagées suite à l'audit précédent.</p> <p>Une analyse d'opportunité pour l'implémentation d'une solution d'automatisation de la délivrance nominative des formes injectables a été réalisée.</p> <p>Oui ? Non ?</p> <p>Si oui : analyse d'opportunité unique (voir I.2.2.4)</p>	ES	OUI	1	1	1

		1.2.4	Traçabilité des DMI							
MCO	Indicateur régional	1.2.4.1	OUI	Assurer la qualité de la traçabilité sanitaire et de la traçabilité de la conformité à la LPP	L'organisation de la traçabilité des DMI est mise en œuvre et évaluée périodiquement. La qualité de la traçabilité des DMI est auditée selon la méthodologie IDF disponible sur le site internet de l'OMEDIT Ile-de-France. Oui ? Non ? Si oui : Audit ? Bilan ? Audit DMI OMEDIT IDF (doit inclure a minima TAVI, stents, et clips mitraux si l'établissement est concerné)	ES	OUI	1	1	2
MCO	Indicateur régional	1.2.4.2	OUI	Assurer la qualité de la traçabilité sanitaire et de la traçabilité de la conformité à la LPP	L'informatisation du circuit des DMI permet la traçabilité logistique, la traçabilité sanitaire et la traçabilité du bon usage des DMI Oui ? Non ? Si oui : nom du logiciel ou description du circuit informatisé (logiciels et interfaces) Si non : calendrier de déploiement	ES	OUI	1	1	1
		II	Développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau				9 points	10 points	10 points	
MCO - HAD - SSR - DIA - PSY	Indicateur régional	II.1	NON	Mettre en œuvre la continuité de la prise en charge thérapeutique durant le parcours de soins	La continuité de la prise en charge médicamenteuse durant le parcours de soins est mise en œuvre (gestion des traitements médicamenteux apportés par le patient). La mise en œuvre de la procédure relative à la gestion du traitement personnel du patient est évaluée. Oui ? Non ? Si oui : méthodologie et résultats de l'audit ou évaluation des actions engagées suite à l'audit (année précédente ou en cours, N ou N+1)	ES	OUI	1	1	1

MCO - HAD - SSR - DIA - PSY	Indicateur régional	II.2	NON	Mettre en œuvre la continuité de la prise en charge thérapeutique durant le parcours de soins	<p>La continuité de la prise en charge médicamenteuse durant le parcours de soins est mise en œuvre (gestion des traitements médicamenteux aux points de transitions).</p> <p>1) Le résultat de l'indicateur IPAQSS "Document de sortie" est supérieur ou égal à 80% (Données fournies par l'Omedit Ile-de-France ou l'ARS)</p> <p>2) Pourcentage de services de l'établissement qui intègrent dans leur document de sortie ou lettre de liaison un tableau présentant les traitements habituels du patient, les traitements à la sortie et les commentaires justifiant les modifications des traitements (données fournies par l'ES)</p> <p><i>Un modèle de tableau validé par la HAS est mis à disposition des établissements de santé "tableau médicament parcourus" (rubrique 4 "traitement médicamenteux" du référentiel HAS disponible sur le site internet de la HAS).</i></p> <p>3) Pour les services utilisant un "tableau médicament parcourus": pourcentage de tableaux indiquant dans la colonne dédiée les motifs de modifications des traitements, pourcentage de tableaux dans lesquels les médicaments sont structurés par domaine pathologique, pourcentage de tableaux pour lesquels une source impliquant le pharmacien d'officine ou le DP est mentionnée, pourcentage de tableaux renseignant le nom du pharmacien d'officine.</p> <p>Justificatif attendu en 2020 : audit et méthodologie</p>	OMEDIT/ ARS	OUI 2020	2	2	2
						ES				
						ES				

MCO - HADP - DIAP - SSRP - PSYP	Indicateur régional	II.3	NON	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 (Art. 10.2)	Réalisation d'une activité de conciliation médicamenteuse dans l'établissement ? Oui ? Non ? Si oui : nombre d'unités Préciser les unité(s) ou type(s) de patient(s) concernés pour : - conciliation à l'entrée uniquement : - conciliation à la sortie uniquement : - conciliation à l'entrée ET à la sortie : Nombre et qualité de professionnels de santé formés à la conciliation médicamenteuse Si non : une réflexion est-elle en cours dans l'établissement (unité de soins prioritaire, calendrier) ?	ES	NON	1	1	1
MCO - HADP - DIAP - SSRP - PSYP	Indicateur national		NON	(Art. 10.2)	Déploiement de la conciliation médicamenteuse chez les patients priorités sur la base d'une analyse des risques : - Nombre de patients priorités et bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse d'entrée et / ou de sortie / Nombre de patients priorités hospitalisés En cas d'implantation d'un DMI, un document précisant le nom, le numéro de lot et le fabricant du DMI ainsi que la date d'implantation et le nom du médecin implanteur est remis au patient à la sortie de l'établissement (à l'exception des ligatures, sutures et dispositifs d'ostéosynthèse).	ES	NON	0	1	1
MCO	Indicateur régional	II.4	OUI	Mettre en œuvre la continuité de la prise en charge thérapeutique durant le parcours de soins	Oui ? Non ? - Si oui : quels documents transmis, spécialités concernées ?	ES	NON	1	1	1

MCO - HAD - SSR - DIA - PSY	Indicateur national	II.5	NON	Vigilance et bon usage des antibiotiques (ATB) (Art. 10.2)	Taux de traitements de plus de 7 jours non justifiés : - Nb de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours non justifiés / nombre total de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours	ES	NON	1	1	1
MCO - HADP - DIAP - SSRP - PSYP	Indicateur régional	II.6	NON	Maîtriser les consommations d'antibiotiques et les résistances bactériennes	L'établissement réalise le suivi des consommations d'antibiotiques* et les confronte aux données de résistance Oui ? Non ? Si non : justificatif ou calendrier de déploiement du suivi * Pour les structures d'HADP et de DIAP : le suivi des seules consommations d'antibiotiques est attendu L'outil Consores de suivi des consommations des antibiotiques et des résistances bactériennes est utilisé au sein de votre établissement ? Oui ? Non ? Si non : disposez-vous d'un autre outil vous permettant de suivre et de confronter les données de consommations et de résistances ? Si oui lequel ? Si "oui" : permet-il des comparaisons : - inter - services ? oui ? Non ? - inter - établissements ? oui ? Non ? Si "oui" justificatif : extrait d'un exemple de comparaisons inter - services et inter - établissements produit par l'outil utilisé Participez-vous au réseau de surveillance ATB RAISIN ? Oui ? Non ?	ES	OUI	1	1	1

MCO - DIA - SSR - PSY	Indicateur régional	11.7	NON	Maîtriser les consommations d'antibiotiques et les résistances bactériennes	La prescription d'antibiotiques est systématiquement réévaluée à 48-72h ? Oui ? Non ? Le système informatique favorise-t-il (par une alerte par exemple) la réalisation de la réévaluation à 48-72 heures de la pertinence du traitement antibiotique ? Oui ? Non ? Ce système informatique permet-il la traçabilité dans le dossier patient de la réévaluation à 48-72h ? Oui ? Non ?	ES	NON	1	1	1
MCO - HADP - D/AP - SSRP - PSYP	Indicateur régional	11.8	NON	Maîtriser les consommations d'antibiotiques et les résistances bactériennes	La dispensation des antibiotiques dits critiques est maîtrisée. Une dispensation contrôlée pour les antibiotiques dits critiques selon le rapport actualisé de l'ANSM est mise en œuvre. Oui ? Non ? Si oui, inclut elle : - les carbapénèmes : Oui ? Non ? Non dispensés dans l'année N ? - les fluoroquinolones : Oui ? Non ? Non dispensés dans l'année N ? - les C3G : Oui ? Non ? Non dispensés dans l'année N ? - et autres antibiotiques définis en fonction de l'épidémiologie de l'établissement : Oui ? Non ? Si oui, lesquels ?	ES	NON	1	1	1

		Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires				0 point	1 point	2 points	
III	Indicateur national	III.1	NON	Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible (Art 10.3)	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. Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF.	ES	NON	1	1
		III.2	NON	Part d'achat de génériques et biosimilaires (Art 10.3)	Part d'achat de génériques et biosimilaires : - Nombre d'UCD délivrées appartenant au répertoire des génériques / nombre d'UCD totales délivrées aux services de l'établissement de santé - 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	ES	NON	0	1

		IV		Engagements relatifs aux médicaments et à la liste des produits et prestations prescrits en établissement de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville	10 points	15 points	20 points			
<p>Non concerné si montant N-1 des PHEV < 50 000 euros</p> <p>Afin d'apprécier l'atteinte des objectifs, les données correspondant à la fermeture ou l'ouverture d'un service ou toute modification significative dans l'activité de l'établissement de santé devront être prises en compte lors de l'évaluation.</p>										
MCO - DIA - SSR - PSY	Indicateur national	IV.1	NON	Promouvoir la prescription de médicaments dans le répertoire générique (Art 10.3)	Taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les PHEV : - Nombre de boîtes (en excluant le paracétamol du calcul) dans le répertoire des génériques en PHEV / nombre total de boîtes prescrites en PHEV <i>Taux national = taux visé à l'article L.162-30-3 du code de la sécurité sociale</i>	AM	NON	1	3	4
MCO - DIA - SSR - PSY	Indicateur national	IV.2	OUI	Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible (Art 10.3)	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 Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF	AM	NON	0	2	3

MCO - DIA - SSR - PSY	Indicateur national	IV.3	NON	<p>Mettre en œuvre l'ensemble 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 des PHEV de produits de santé</p> <p>(Art 10.4)</p>	<p>Taux d'évolution des dépenses de médicaments et produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soin de ville :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Montant des dépenses remboursées de l'année évaluée (N) / montant des dépenses remboursées de l'année précédant celle de l'évaluation (N-1) <p>Hors rétrocession et hépatite C</p> <p><i>Taux national = taux visé à l'article L.162-30-3 du code de la sécurité sociale</i></p>	AM	NON	1	2	3
MCO - DIA - SSR - PSY	Indicateur régional	IV.4	NON	<p>Maîtriser l'évolution des PHEV</p>	<p>Taux d'évolution des 3 classes thérapeutiques PHMEV les plus significatives de l'établissement</p> <p>Sélection par l'établissement des 3 classes thérapeutiques (à partir des données N-1 fournies par l'AM) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit ayant contribué le plus fortement au taux d'évolution des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de soins de ville sur la période N-1 / N-2 - soit ayant été le plus fort taux d'augmentation dans le taux d'évolution des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de soins de ville sur la période N-1 / N-2 <p>A défaut de sélection par l'établissement dans les délais impartis, les classes seront définies par l'ARS et l'Assurance maladie .</p> <p>Numérateur : Pour chaque classe thérapeutique, différence des montants remboursés en année N et N-1</p> <p>Dénominateur : Pour la même classe thérapeutique, montant remboursé en année N-1</p>	ES/AM	NON	1	1	1

MCO - DIA - SSR - PSY	Indicateur régional	IV.5	NON	Maîtriser l'évolution des PHEV	Mise en place de groupes de travail sur les 3 classes thérapeutiques sélectionnées et élaboration d'un plan d'actions sur ces 3 classes (Intégré au programme d'actions de la COMEDIMS) Actions engagées : Oui ? Non ? Si non : calendrier de mise en œuvre Si oui : plan d'actions	ES	OUI	2	2	2
MCO - DIA - SSR - PSY	Indicateur régional	IV.6	OUI	Maîtriser l'évolution des PHEV	Taux d'évolution des 3 classes de produits et prestations de la LPP les plus significatives de l'établissement Sélection par l'établissement des 3 classes de produits et prestations de la LPP (à partir des données N-1 fournies par l'Assurance maladie) : - soit ayant contribué le plus fortement au taux d'évolution des dépenses de LPP remboursés sur l'enveloppe de soins de ville sur la période N-1 / N-2 - soit ayant été le plus fort taux d'augmentation dans le taux d'évolution des dépenses de LPP remboursés sur l'enveloppe de soins de ville sur la période N-1 / N-2 A défaut de sélection par l'établissement dans les délais impartis, les classes seront définies par l'ARS et l'Assurance maladie. Numérateur : pour chaque classe de produits et prestations de la LPP différence des montants remboursés en année N et N-1 Dénominateur : pour la même classe de produits et prestations de la LPP, montant remboursé en année N-1	ES/AM	NON	1	1	1

MCO - DIA - SSR - PSY	Indicateur régional	IV.7	OUI	Maîtriser l'évolution des PHEV	Mise en place de groupes de travail sur les 3 classes de produits et prestation LPP sélectionnées en IV.6 et élaboration d'un plan d'actions sur ces 3 classes (intégré au programme d'action de la COMEDIMS) Actions engagées : Oui ? Non ? Si non : calendrier de mise en œuvre Si oui : plan d'actions	ES	OUI	2	2	2
MCO - DIA - SSR - PSY	Indicateur régional	IV.8	OUI	Maîtriser l'évolution des PHEV	LPP - Négocier / Signer / Mettre en œuvre une "charte" régulant l'intervention des prestataires de LPP au sein de l'établissement et/ou des modèles de prescription Actions engagées : Oui ? Non ? Si non : calendrier de mise en œuvre Si oui : plan d'actions	ES	NON	1	1	2
MCO - DIA - SSR - PSY	Indicateur régional	IV.9	NON	Maîtriser la prescription des antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance (dits "critiques")	Taux de prescription d'antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance (dits "critiques")* Numérateur : nombre de boîtes d'antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance facturées Dénominateur : total des boîtes d'antibiotiques facturées * amoxicilline + acide clavulanique, C3G et C4G, fluoroquinolones	AM	NON	1	1	1

MCO - DIA - SSR - PSY	Indicateur régional	N.10	NON	Contribuer à la diminution du risque iatrogène chez la personne de plus de 65 ans	Part de patients ayant plus de 10 molécules différentes (à l'exclusion des topiques) au sein des prescriptions de sortie de l'établissement Périmètre : bénéficiaires ayant 65 ans ou plus Numérateur : nombre de patients ayant plus de 10 molécules différentes prescrites par l'établissement Dénominateur : nombre total de patients ayant eu une prescription de sortie Données fournies en ATC7	AM	NON	0	0	1
<p>V</p> <p>Engagements spécifiques relatifs aux spécialités pharmaceutiques et aux produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation inscrits sur les listes mentionnées aux articles L.162-22-7 ou L.162-23-6 du code de la sécurité sociale et respect des référentiels nationaux, de bon usage des médicaments et des produits et prestations</p>										
MCO - HAD - DIA	Indicateur national	V.1	OUI	Suivi des dépenses des médicaments et DMI de la liste en sus (Art 10.5)	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 (N) / montant des dépenses de médicaments liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation (N-1)	ES	NON	1	1	1
<p>17 points</p> <p>19 points</p> <p>20 points</p>										

MCO			OUI		Taux d'évolution des dépenses de produits et prestations inscrits sur la liste en sus : - Montant des dépenses de produits et prestations liste en sus remboursées de l'année évaluée (N) / montant des dépenses de produits et prestations de la liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation (N-1)	ES	NON	1	1	1
MCO			OUI		Taux de prescriptions hors référentiels (RTU, AMM) pour les médicaments et produits et prestations de la liste en sus : - Nombre d'initiation de traitement (patients) hors référentiel / nombre d'initiation de traitement (patients) total	ES	NON	0	0	1
MCO - HAD - DIA	Indicateur régional	V.2	OUI	Maîtriser les pratiques d'utilisation hors AMM-hors RTU des médicaments inscrits sur la liste en sus	En cas d'utilisation hors AMM hors RTU, l'établissement s'assure de la présence dans le dossier-patient d'une argumentation étayée par des revues à comité de lecture. Audit annuel de dossiers médicaux : description détaillée de la méthodologie employée (nombre de dossiers étudiés et nombre de dossiers argumentés).	ES	OUI	3	3	3
					Rq : l'argumentation dans le dossier patient pourra renvoyer vers le thésaurus de votre établissement pour les situations hors AMM qui y sont intégrées.					

MCO - HAD - DIA	Indicateur régional	V.3	OUI	Maitriser les pratiques d'utilisation hors AMM-hors RTU des médicaments inscrits sur la liste en sus	Le bilan détaillé annuel du suivi des utilisations hors AMM/hors RTU est transmis avec le rapport annuel d'auto-évaluation et à chaque demande de l'OMEDIT Ile-de-France. Oui ? Non ? Si non : pourquoi ? Si oui : tableau à compléter et mention du référentiel consulté. Attention : l'annexe transmise devra obligatoirement respecter le format Excel mis à disposition sur le site de l'OMEDIT Ile-de-France ou intégré à l'outil d'autoévaluation/d'évaluation	ES	OUI	6	6	6
MCO	Indicateur régional	V.4	OUI	Maitriser les pratiques d'utilisation hors LPP des DMI inscrits sur la liste en sus	Le bilan détaillé annuel du suivi des utilisations hors LPP est transmis avec le rapport annuel d'auto- évaluation et à chaque demande de l'OMEDIT Ile- de-France. Ce bilan mentionnera le suivi détaillé pour au moins deux familles de DMI ciblées par l'établissement. A noter : Le bilan devra intégrer les DMI faisant l'objet d'un suivi d'implantation dans le cadre d'un registre national ou régional. Oui ? Non ? Si non : pourquoi ? Si oui : tableau à compléter et mention du référentiel consulté. Attention : l'annexe transmise devra obligatoirement respecter le format Excel mis à disposition sur le site de l'OMEDIT Ile-de-France ou intégré à l'outil d'autoévaluation/d'évaluation	ES	OUI	4	4	4

MCO - HAD - DIA	Indicateur régional	V.5	OUI	Maîtriser les pratiques d'utilisation hors AMM-hors RTU des médicaments inscrits sur la liste en sus	<p>Une analyse critique des indications de prescriptions hors AMM et hors RTU de tous les médicaments hors GHS fait l'objet d'une présentation en CME/CfME ou en commission représentative de la CME pour la prise en charge médicamenteuse, au moins une fois par an.</p> <p>Oui ? Non ? Si non : pourquoi ? Si oui : comptes rendus</p>	ES	OUI	1	2	2
MCO	Indicateur régional	V.6	OUI	Maîtriser les pratiques d'utilisation hors LPP des DMI inscrits sur la liste en sus	<p>Une analyse critique des utilisations hors LPP des DMI hors GHS ciblés fait l'objet d'une présentation en CME/CfME ou en commission représentative de la CME pour la prise en charge médicamenteuse, au moins une fois par an.</p> <p>Oui ? Non ? Si non : pourquoi ? Si oui : comptes rendus</p>	ES	OUI	1	2	2
TOTAL SCORE MCO								71	81	90

Annexe 4 : plan d'actions du volet additionnel transports

Action		Services concernés		Modalités		Mesure des indicateurs CPAM/ARS/Etablissement		cibles		Taux de pondération			
						Quantitative		Qualitative					
Diffuser et expliquer les référentiels, les règles et les procédures de prescription		Direction et services prescripteurs, patients		* Sensibilisation de la direction et des médecins prescripteurs et des personnels en charge de la commande de transports lors des rencontres avec l'assurance maladie		* Intervention de l'assurance maladie en CME * Intervention de l'assurance maladie auprès du personnel médical et administratif de l'établissement * Nombre de supports commandés par l'établissement auprès de l'assurance maladie		* compte rendu de réunions * publication de notes de service ou "newsletters" internes * modalités de délivrance de l'information Transports aux patients * Insertion de la plaquette patients de la campagne nationale dans le livret d'hospitalisation		* Intervention de l'assurance maladie en CME au moins 1 fois/an * Intervention de l'assurance maladie dans 3 services au minimum/an OU 1 intervention / semestre dans les centres de dialyse * Commande de supports : OUI/NON		10%	
Progression du recours au SCA pour les transports à charge Assurance Maladie		Directions et services prescripteurs		* Utilisation du logiciel PTAH par les services pour les commandes de transports ambulances et VSL		* suivi trimestriel du taux de recours mis à disposition des GH par l'assurance maladie en lien avec le SCA		*formation des cadres de service et secrétariats		Augmentation du taux de recours au SCA : année N > N-1 N correspondant à l'année évaluée		10%	

<p>Anticipation du besoin d'un transport sanitaire</p>	<p>Services prescripteurs, secrétariats</p>	<p>* Anticiper le besoin d'un transport en amont d'une future hospitalisation ou d'une prochaine consultation</p> <p>* Informer les patients que la prescription médicale de transport doit être établie avant le prochain rendez-vous dans l'établissement (mention sur la convocation par exemple)</p>	<p>* Taux de prescription médicales de transport conformes</p>	<p>* Mise en place d'une communication vers les patients</p> <p>* Formalisation de consignes internes quant au caractère préalable de la prescription de transports</p>	<p>* 100% des prescriptions préalables au transport, sauf cas d'urgence</p> <p>* Information sur la caractère préalable de la prescription médical inscrite dans les convocations envoyées au patient OUI / NON</p>	<p>10%</p>
<p>Diffuser des messages d'information sur les écrans de salle d'attente</p>	<p>Direction</p>	<p>* Remise d'images ou de vidéos didactiques relatives au bon usage des transports</p>	<p>* Nombre de lieux ou d'écrans où sont déployés les messages</p>	<p>Diffuser le kit de réglementation et l'intégrer dans l'intranet</p>	<p>Direction</p>	<p>* Diffusion du kit didactique de réglementation fourni par l'Assurance Maladie via l'intranet de l'établissement</p>
<p>Développer l'utilisation des transports en commun et voiture particulière</p>	<p>Services prescripteurs, secrétariats</p>	<p>* diffusion du support relatif aux coûts moyens par type de transport</p> <p>* Sensibilisation à la législation pour chaque mode de transport afin de mettre en évidence</p>	<p>* Evolution du taux (en nombre de patients) pour les transports "autres modes"</p>	<p>Relayer les supports de communication à destination du grand public via le site internet de l'établissement</p>	<p>Direction et services de communication</p>	<p>*Diffusion des supports fournis par l'Assurance Maladie</p>

		les situations favorables au recours à ces modes				
Suivre les dysfonctionnements éventuels	Services prescripteurs, secrétariats	<ul style="list-style-type: none"> * Mise en place d'un registre des dysfonctionnements des relations avec les transporteurs (signalément à la CPAM des refus de transport assis au motif que seule une ambulance est disponible etc.) * Echanges avec les transporteurs intervenant le plus dans l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> * Nombre de signalements et d'anomalies remontés à l'ARS / à la CPAM 	<ul style="list-style-type: none"> * Mise en place et alimentation régulière du registre * Modalités d'information ou d'échanges avec les transporteurs 	<ul style="list-style-type: none"> * Existence d'un registre des dysfonctionnements : OUI / NON 	5%
Rationaliser le circuit de commande des transports au sein de l'établissement	Direction et services prescripteurs	<ul style="list-style-type: none"> * Etablir un état des lieux de l'organisation de la prescription et de la commande de transports en vigueur dans l'établissement. * Accompagnement des GH les plus en écarts en matière d'évolution des dépenses * Réaliser un 			<ul style="list-style-type: none"> * Etat des lieux réalisé : OUI / NON * Schéma d'organisation cible réalisé : OUI / NON * A partir de la 2e année du contrat : taux de mise en œuvre du schéma d'organisation cible 	20%

		<p>schéma d'organisation cible visant à une rationalisation et un pilotage optimisé de la commande de transports</p> <p>* Suivi de la mise en place de ce schéma d'organisation cible à partir de la 2ème année du contrat</p>				
<p>Diminuer la part des transports en ambulance dans les dépenses de l'établissement</p>	<p>Direction et services prescripteurs</p>	<p>* Favoriser le recours aux autres modes de transports à chaque fois que l'état de santé du patient le permet</p> <p>* Sensibilisation des PS et des secrétariats à évaluer l'état de santé et le mode de transports adéquat avant chaque trajet (ex : aller Taxi/retour ambulance)</p>	<p>* Diminution des montants remboursés pour les transports en ambulance</p>	<p>* Actions mises en place pour sensibiliser les services et PS à la nécessité de réévaluer régulièrement l'état de santé du patient avant la PMT</p>	<p>* Part d'ambulances dans les dépenses de transports : année N < N-1 N correspondant à l'année évaluée</p> <p>* Pour les établissements dont le taux de patients transportés en ambulance > 70% en N-1 : diminution de 2 points en N</p>	<p>15%</p>

<p>Efficiencia de la prescripción médica</p>	<p>prescriptores</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Améliorer le recours au mode de transport adapté à l'état de santé du patient * Communiquer sur le transport partagé en VSL et taxi (notamment pour les séances) * Déploiement du service prescription en ligne (SPEI) 		<ul style="list-style-type: none"> * Favoriser la juste prescription * Optimiser l'intervention du prescripteur au regard de sa connaissance de la situation du patient sans augmentation de sa charge * Pertinence du mode de transport choisi * Formalisation d'une procédure de réévaluation de l'état de santé dans le cadre de soins itératifs 	<ul style="list-style-type: none"> * 100% des prescriptions médicales de transports itératifs établies pour une durée < ou = 3 mois * Formalisation d'une procédure de réévaluation du patient dans le cadre de soins itératifs : OUI / NON 	<p>10%</p>
---	----------------------	---	--	---	--	------------

FICHE CAQES – Ile de France

Calendrier de disponibilité des données pour l'évaluation du CAQES – Ile de France

Type de données	Période de transmission des données	Producteur de données
Bon usage des médicaments	Rapport d'auto-évaluation dont l'échéance de l'envoi est à définir par chaque région	Etablissements de santé
Liste en sus	Données M12 transmises en avril de l'année N	ATIH ¹
Prescriptions hospitalières de produits de santé exécutées en ville	Données M12 de N transmises en avril N+1 ; Données M6 de N+1 transmises en septembre/octobre N+1 ; Données M9 de N+1 transmises en décembre N+1	CNAMTS
Pertinence	Données PMSI de N transmises en juillet de l'année N+1 ; Données issues des profils établissement N transmises en octobre de l'année N+1	ATIH CNAMTS ²
Transports	Données de N transmises en mars N+1 ; Données du 1 ^{er} semestre N+1 transmises en septembre N+1 ; Données M9 de N+1 transmises en décembre N+1 ; Profil MCO sur l'année N transmis en octobre N+1 ; Données affinées sur la dialyse sur l'année N transmises en octobre N+1	CNAMTS
Qualité	Données M12 (de l'année N ou N-1 en, fonction de la disponibilité des données) transmises en novembre de l'année N+1	HAS ³ / Etablissements de santé

¹ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

² CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

³ HAS : Haute autorité de santé

Calendrier d'évaluation 2018 du CAQES sur les données 2017 – Ile de France

L'année 2018 est une année blanche ne donnant lieu à aucune sanction. En conséquence, les périodes contradictoires et de recours n'ont pas la portée réglementaire telle que définie dans le décret. Les périodes sont mentionnées pour séquencer et fixer un cadre aux échanges.

	Objet	Responsable	Durée	Période
Période initiale	Recueil des données 2017 pour production du Rapport annuel d'auto-évaluation (RAA)	Etablissement	3 mois	1er janvier – 31 mars
	Analyse des données et production du rapport annuel d'évaluation (RAE)	Omedit ⁴ ARS ⁵ /AM ⁶	2,5 mois	1 avril – 14 juin
Période contradictoire	Période contradictoire (échange sur le RAE et transmission de données complémentaires...)	Etablissement	1 mois	15 juin – 14 juillet
	Analyse des retours des établissements	Omedit ARS/AM	2 mois	15 juillet – 14 septembre
Recours non applicable en 2018	Recours	Etablissement	15 jours	14 septembre – 1 octobre
	Audit ou analyse des données – période de recours	ARS		Fin d'évaluation

Référentiel : décret n° 2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins

* Le cas échéant via l'outil d'auto-évaluation/évaluation

⁴ OMEDIT : Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique

⁵ ARS : Agence régionale de santé

⁶ AM : Assurance maladie