

Réunions départementales d'appui à la saisie et à la progression du CAQES 2019

MAJ : le 14 Décembre 2018

Sommaire

- 1. Introduction et REX**
- 2. Simplification du recueil**
- 3. Éléments de preuve des indicateurs**
- 4. Appui à la progression des indicateurs**
- 5. Les profils OMÉDITs**
- 6. Les actualités**
- 7. Planning**

Introduction et REX

Les constats :

- **Une nécessité d'alléger le travail de saisie du REA**
- **Une complexité d'accès au SharePoint**
- **Des cibles difficiles à atteindre pour quelques indicateurs de pharmacie clinique**
- **Des éléments de preuve restitués souvent inadaptés**
- **Une nécessité d'appropriation du profil de restitution de REA**

Introduction et REX

Les constats :

- **Une nécessité d'alléger le travail de saisie du REA**
- **Une complexité d'accès au SharePoint**
- **Des cibles difficiles à atteindre pour quelques indicateurs de pharmacie clinique**
- **Des éléments de preuve restitués souvent inadaptés**
- **Une nécessité d'appropriation du profil de restitution de REA**

Sommaire

1. Introduction et REX
2. **Simplification du recueil**
3. Éléments de preuve des indicateurs
4. Appui à la progression des indicateurs
5. Les profils OMÉDITs
6. Les actualités
7. Planning

Simplification du recueil

Constat : 43 indicateurs mais 172 lignes de données

Orientations du GT « CAQES » régional :

- Simplification du recueil sans modification du contenu du contrat
- La simplification du recueil cible la saisie des données
- La simplification du recueil cible les éléments de preuve
- Le GT préconise un maintien de l'ensemble des indicateurs, même si les cibles sont atteintes par les ES

Simplification du recueil

Données accessibles dans les bases de données nationales :

- Indicateurs HN (indicateur 2),
- IPAQSS (indicateur 12),
- TbIN (indicateur 32)

Données produites par l'assurance maladie :

- Indicateur 5
- Indicateurs médico-économiques PHEV 37 et 38 (répertoire et Biosimilaires)
- Données chiffrées de l'indicateur 41 (évolutions des dépenses PHEV)

Données produites par l'ARS :

- Données chiffrées des indicateurs 42 et 43 (évolution des dépenses MO et LPP)

Données produites par Onco Bretagne :

- Indicateur 35 (PPS en cancérologie)

Données produites par l'OMÉDIT :

- Indicateur 36 (participation aux travaux régionaux et ATIH)



- Suppression des lignes dans le recueil de données
- Absence d'éléments de preuve
- Le fichier restitué prend en compte les résultats de l'ES

Sommaire

1. Introduction et REX
2. Simplification du recueil
3. **Éléments de preuve des indicateurs**
4. **Appui à la progression des indicateurs**
5. Les profils OMédITs
6. Les actualités
7. Planning

Éléments de preuve des indicateurs

Les constats :

- Les éléments de preuve sont rarement numérotés
- Fourniture de 0 à 53 documents en fonction des établissements
- Documents souvent inadaptés

43 indicateurs



27 éléments de preuve

Éléments de preuve des indicateurs

Les constats :

- Les éléments de preuve sont rarement numérotés
- Fourniture de 0 à 53 documents en fonction des établissements
- Documents souvent inadaptés

43 indicateurs



27 éléments de preuve

FAQ en 2018



Fiches descriptives des
indicateurs en 2019



Eléments de preuve des indicateurs

| | | | |
|------|--|----|--|
| TBSI | Tableau de bord SI de l'établissement | 1 | Nombre de lignes de prescription de sortie informatisées |
| | | | Nombre total de ligne de prescriptions de sortie |
| | | 3 | Nombre de lits utilisant un Logiciel d'Aide à la Prescription (LAP) certifié |
| | | | Nombre total de lits de l'établissement |
| | | 4 | Nombre d'unités de soins utilisant un LAP certifié |
| | | | Nombre total d'unités de soins dans l'établissement |
| | | 6 | Nombre d'ordonnances intra-hospitalières précisant le numéro RPPS |
| | | | Nombre total d'ordonnances intra-hospitalières |
| | | 7 | Nombre de lits informatisés de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration |
| | | | Nombre de lits total |
| | | 8 | Nombre d'unités de DMI dont l'implantation est informatiquement tracée |
| | | | Nombre total d'unités de DMI implantés |
| | | 10 | Nombre d'unités de DMI stockées enregistrées selon la classification CLADIMED dans l'établissement |
| | | | Nombre d'unités de DMI stockées dans l'établissement |
| | | 24 | Taux cible d'analyse d'ordonnances intra hospitalières avec validation pharmaceutique tracée avec un objectif de niveau 1 (SFPC) |
| | | | Taux cible d'analyse d'ordonnances intra hospitalières avec validation pharmaceutique tracée de niveau 2 |
| | | | Taux cible d'analyse d'ordonnances intra hospitalières avec validation pharmaceutique tracée de niveau 3 |
| | | 25 | Taux d'ordonnances intra hospitalière avec validation pharmaceutique tracée de niveau 1 |
| | | | Nombre d'ordonnances intra hospitalière avec validation pharmaceutique tracée de niveau 2 |
| | | | Nombre d'ordonnances intra hospitalière avec validation pharmaceutique tracée de niveau 3 |
| | Nombre d'ordonnances intra hospitalières | | |
| | Satisfaction du taux cible d'analyse de niveau 1 | | |
| | Satisfaction du taux cible d'analyse de niveau 2 | | |
| | Satisfaction du taux cible d'analyse de niveau 3 | | |

Éléments de preuve des indicateurs

TBSI : Tableau de bord SI de l'établissement

Est attendu :

- un tableau intégrant a minima la liste des indicateurs
- et/ou le plan de déploiement précisant le calendrier de mise en œuvre et l'état d'avancement.

| N° | Libellé | Commentaire |
|-----|---|---|
| 1 | Taux de prescriptions de sortie informatisées y compris consultations externes | La mesure reste non obligatoire |
| 3/4 | Taux d'équipement en LAP dont la version opérationnelle dans le service est certifiée | Objectif maintenu ; Indiquer en case commentaire le nom du logiciel, sa version et la date prévisionnelle si connue de l'établissement |
| 6 | Taux de prescription incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement | Tenir à disposition une table de correspondance "Nom du prescripteur/RPPS" Ne pas envoyer |

Éléments d'appui à la mesure

| N° | Libellé | Outil |
|-----|---|---|
| 3/4 | Taux d'équipement en LAP dont la version opérationnelle dans le service est certifiée | Objectif maintenu ; Indiquer en case commentaire le nom du logiciel, sa version et la date prévisionnelle si connue de l'établissement |
| 6 | Taux de prescription incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement | Tenir à disposition une table de correspondance "Nom du prescripteur/RPPS" Ne pas envoyer |

Éléments de preuve des indicateurs

| | | | |
|-----------------|--|---|---|
| TDMI_IP | Copie du document remis au patient | 9 | Taux de patients ayant bénéficié d'une information avec remise d'un document lors de l'implantation d'un DM |
| TDMI_DMP | Copie d'écran du dossier médical patient (avec présence de la mention "information traçabilité DMI remise" et/ou copie du document d'information remis au patient) | 9 | Taux de patients ayant bénéficié d'une information avec remise d'un document lors de l'implantation d'un DM |
| TDMI_EPP | Synthèse de l'audit sur la traçabilité des DMI | 9 | Taux de patients ayant bénéficié d'une information avec remise d'un document lors de l'implantation d'un DM |

TDMI_EPP : Synthèse de l'audit

Est attendu : méthode, résultat, plan d'action, plan de communication ou des résultats de la traçabilité de l'information

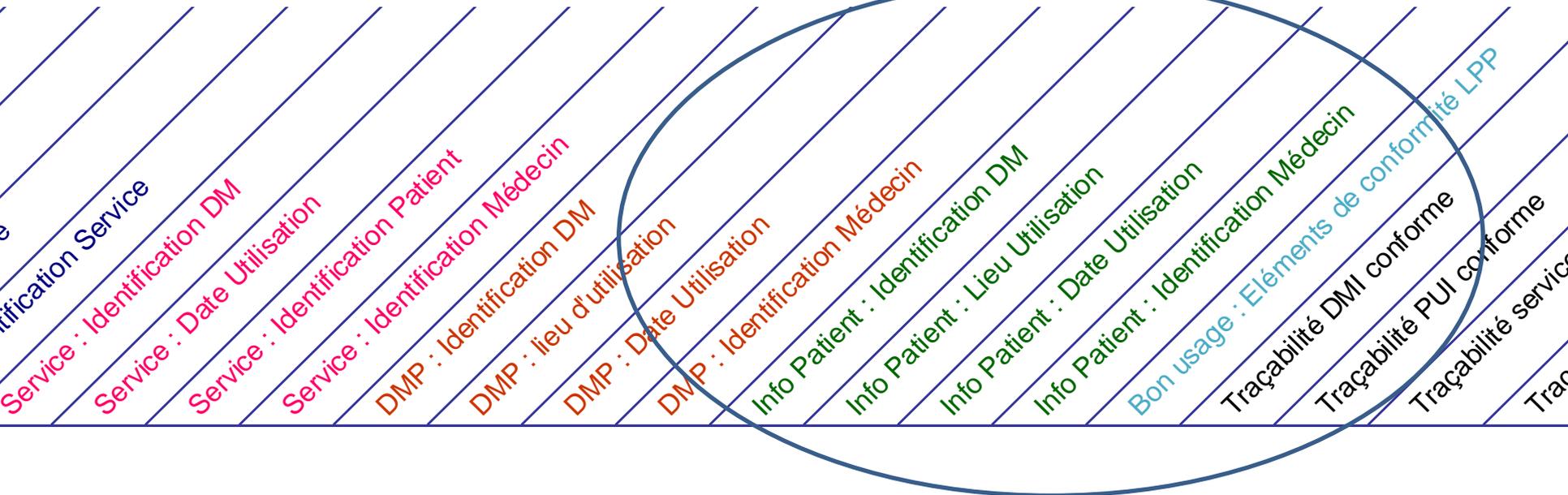
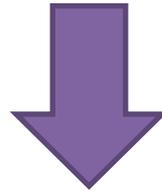
Disposer d'un échantillonnage représentatif (minimum 15)

Eléments de preuve des indicateurs

| N° | Libellé | Commentaire |
|----|--|--|
| 9 | Information du patient en cas d'implantation d'un DMI avec remise d'un document à la sortie incluant le nom, le numéro de lot et le fabricant du DMI ainsi que la date d'implantation, et le nom du médecin implanteur | Conformément à l'instruction du 15 juin 2015 : Pas de tableur xls ou de base Access |
| 10 | Déploiement de la classification CLADIMED | Fait référence à la traçabilité sanitaire : DMI inscrit sur la LPP (article D 165-1) |

Eléments d'appui à la mesure

| N° | Libellé | Outil |
|----|---|---|
| 9 | Information du patient en cas d'implantation d'un DMI avec remise d'un document à la sortie | Outil produit par l'OMÉDIT IdF http://www.omedit-idf.fr/tracabilite-de-dmi/ |



Éléments de preuve des indicateurs

| | | | |
|---------|---|----|---|
| DCI_LT | Livret du médicament | 11 | Les prescriptions de sorties sont informatisées et réalisées obligatoirement en DCI |
| DCI_LAP | Copie écran paramétrage du logiciel pour la prescription en DCI | | La dénomination des médicaments inscrits au livret est réalisée en DCI, et autorise une prescription intra-hospitalière et un stockage en DCI |
| | | | La politique du médicament du comité du médicament (ou équivalent) est en faveur de la prescription en DCI |

DCI_LT (Livret) DCI_LAP (Logiciel) :

Est attendu un livret et un LAP autorisant une **prescription préférentielle en DCI** (DCI seule ou DCI + nom de spécialité) et **non une prescription en spécialité** à partir de laquelle on peut accéder à la DCI

Eléments de preuve des indicateurs

| | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|
| PAQ | Programme d'action validé en instance | 13 | Actualisation et validation annuelle en instance du programme d'actions, et communication aux professionnels de santé : Date d'actualisation du programme d'actions (JJ/MM/AAAA) |
| | | 14 | Le programme d'action prend en compte l'ensemble des risques identifiés, notamment : cible la qualité, la sécurité et l'efficience de la PCEM et des Dispositifs Médicaux |
| | | | s'appuie sur un état des lieux |
| | | | prévoit un suivi des actions, un calendrier, des indicateurs de suivi, ainsi que les responsabilités associées |
| | | | est assorti d'indicateurs d'impact ou d'évaluation de la politique d'amélioration de la qualité |
| | | | intègre des actions issues des analyses des événements indésirables des CREX |
| | | | intègre des actions issues des évaluations internes (étude de risque a priori, audits, EPP) et externes (certification, inspections, indicateurs nationaux, audits croisés...) |
| | | | prévoit des actions sur le bon usage des dispositifs médicaux (DM) et le circuit des DM |
| | | | prévoit des actions sur le médicament et la prévention de la iatrogénie médicamenteuse |
| | | | prend en compte des actions de lutte contre l'antibio résistance |
| | | | prévoit un volet sur les achats de médicaments et dispositifs médicaux |
| | | | inclut un volet sur les never events |
| | | | intègre le déploiement de l'informatisation et les risques liés à l'informatisation de la PCEM |
| | | prend en compte l'ensemble du parcours de soins ville/hôpital | |
| prend en compte l'organisation des filières de soins | | | |
| présente une dimension territoriale sur des objectifs identifiés | | | |

Éléments de preuve des indicateurs

| | | | |
|-----------------|--|-------------------------------------|--|
| DIAG_ME DDIM | Etude de risque a priori validée en instance | 15 | Actualisation et validation annuelle en instance de l'étude de risque a priori : Date d'actualisation de l'étude de risque (JJ/MM/AAAA) |
| | | 16 | L'étude porte a minima sur un ou plusieurs de ces items en fonction des priorités de l'établissement : les médicaments à risques |
| | | | les patients à risque |
| | | | la gestion des traitements personnels des patients |
| | | | les risques liés à l'informatisation (notamment identitovigilance) |
| | | | les conditions de prescription |
| | | | le stockage dans les unités de soins et dans la PUI |
| | | | les conditions d'administration (notamment interruptions de taches) |
| | | le circuit des dispositifs médicaux | |

PAQ et DIAG_MEDDIM :

Evaluation = recherche par mot clé

Eléments de preuve des indicateurs

| | | | |
|---------|---|----|--|
| PF_PCEM | Plan de formation des 3 dernières années | 17 | Taux de couverture de la formation des professionnels identifiés, sur 3 ans, sur la thématique PCEM : Nbr de professionnels formés sur 3 ans |
| | | | Nombre de professionnels identifiés |
| MO_NE | Procédure de repérage des "never events" (avec a minima procédure de déclaration) et programme d'action | 18 | Existence d'une autoévaluation des risques validée par le responsable du système de management de la qualité pour le repérage des « never events » |
| | | | Mise en place d'un programme d'actions de gestion des risques pour chacun des "never events" applicable à la prise en charge médicamenteuse de l'établissement |
| RA_EIG | Relevé de déclaration des EIG | 19 | Mise en place d'une organisation relative à la déclaration systématique des évènements indésirables graves (EIG) à l'ARS |
| | | | Nombre d'EIG relatifs aux produits de santé déclarés à l'ARS Année N-1 |
| | | | Nombre d'EIG relatifs aux produits de santé déclarés à l'ARS Année N-2 |

Eléments de preuve des indicateurs

PF_PCEM : Ne sont pas validées les formations réalisées par les professionnels des laboratoires pharmaceutiques

RA_EIG :

- En l'absence d'EIG, merci de le préciser dans la cellule **commentaire** et d'indiquer les mesures mises en oeuvre au sein de la structure pour favoriser la déclaration systématique des évènements indésirables graves (EIG) (ex: charte d'incitation ou d'engagement, actions de sensibilisation...)
- Fournir tout document susceptible de décrire le processus de déclaration et le **tableau de bord des CREX** en précisant les secteurs d'activité concernés par l'analyse (MCO, HAD, SSR, Psy, Dialyse) , ainsi que les modalités/règles de priorisation pour le traitement des EI au sein de l'établissement, le bilan des actions menées ou mises en place sur la période évaluée et les supports utilisés pour communiquer les actions aux professionnels

Eléments d'appui à la mesure

| N° | Libellé | Outil |
|----|--|---|
| 18 | Existence d'une autoévaluation des risques validée par le responsable du système de management de la qualité pour le repérage des « never events » | <p>Outil produit par l'OMÉDIT Bretagne http://www.omeditbretagne.fr/lrportal/accueil/qualite-securite-vigilance/never-events</p>  |
| 18 | Mise en place d'un programme d'actions de gestion des risques pour chacun des "never events" applicable à la prise en charge médicamenteuse de l'établissement | |

GRILLE D'AUTO-EVALUATION*

Sécuriser le circuit des anticoagulants
 Never Event : erreur d'administration lors de la prise en charge d'un patient sous anticoagulant

| N° | Items proposés pour l'auto-évaluation | Cases à cocher | | |
|--------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Oui | Non | En cours |
| PUJ/LS 14 | <p>Référencement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les anticoagulants sont inscrits sur la liste des médicaments à risque ; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PUJ/LS 14 | <p>Stockage</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les emplacements de stockage des anticoagulants sont sécurisés pour éviter toute confusion entre spécialités à consonance semblable ; - Les emplacements de stockage des anticoagulants sont identifiés par un étiquetage d'alerte ; - Les comprimés en stock sont toujours entiers, non déblistérés et identifiables (DCI, date de péremption, n°lot) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Prescription | | | |

Éléments de preuve des indicateurs

| | | | |
|---------|--|----|---|
| CART_PC | Cartographie des risques pour la pharmacie clinique à l'échelle de l'établissement ou du GHT | 20 | Déploiement de la dispensation nominative de la prescription complète des patients à partir d'une cartographie des risques à l'échelle de l'établissement ou du GHT |
| | | 21 | Nombre de lits et places en dispensation nominative |
| | | | Nombre de lits et places |
| | | 23 | Adaptation aux risques liés aux patients (pédiatrie, personnes âgées..) |
| | | | Adaptation à la typologie des séjours |
| | | | Adaptation à la nature des produits prescrits |
| | | 27 | Existence d'une analyse des risques permettant la priorisation des patients conciliés |
| | | | Adaptation en fonction de la typologie des patients (pédiatrie, personnes âgées) |
| | | | Adaptation à la typologie des séjours Adaptation à la nature des services |
| 28 | Nombre de patients priorités et bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse d'entrée et/ou de sortie | | |
| | Nombre de patients hospitalisés priorités | | |
| 29 | Nombre de divergences non intentionnelles + Nombre de divergences intentionnelles | | |
| | Nombre de séjours de patients conciliés | | |
| RA_PUI | Bilan d'activité de la pharmacie | 20 | Déploiement de la dispensation nominative de la prescription complète des patients à partir d'une cartographie des risques à l'échelle de l'établissement ou du GHT |
| | | 21 | Nombre de lits et places en dispensation nominative |
| | | | Nombre de lits et places |
| | | 26 | Nombre d'interventions pharmaceutiques suivi d'effet |
| | | | Nombre d'interventions pharmaceutiques proposées |
| | | 28 | Nombre de patients priorités et bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse d'entrée et/ou de sortie |
| | | | Nombre de patients hospitalisés priorités |
| 29 | Nombre de divergences non intentionnelles + Nombre de divergences intentionnelles | | |
| | Nombre de séjours de patients conciliés | | |

Éléments de preuve des indicateurs

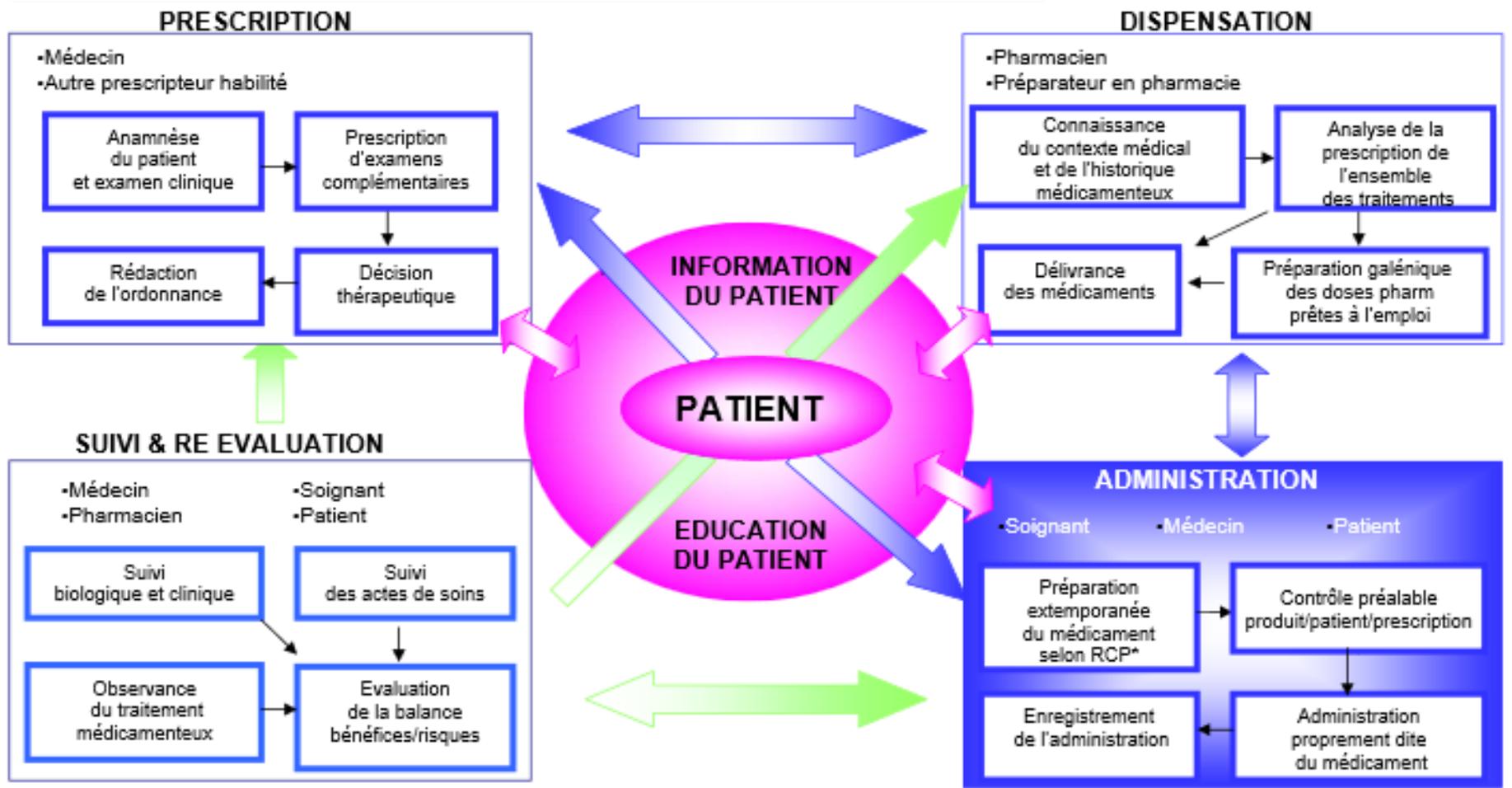
CART_PC : il s'agit d'une analyse de processus (prise en charge médicamenteuse en fonction du parcours patient) qui identifie les risques associés au parcours, patient, médicament., ainsi que les mesures barrières de la pharmacie clinique
Elle peut être intégrée à la cartographie des risques de la PCEM ou annexée si la cartographie est plus basée sur la PCEM que le parcours patient

Éléments d'appui à la mesure

| N° | Libellé | Outil |
|-----------------------------|--|--|
| 20, 21, 23, 27, 28 | Existence d'une autoévaluation des risques validée par le responsable du système de management de la qualité pour le repérage des « never events » | Exemple de cartographie produit par l'OMÉDIT Bretagne http://www.omeditbretagne.fr/lrportal/accueil/caques/indicateurs-faq-outils |



Méthodologie : Le processus = PCEM





Méthodologie : de quels risques parle-t-on ?

• Risques liés aux patients



- Insuffisance rénale
- Ages extrêmes (personne âgée, enfant)
- Grossesse
- Maladies chroniques
- Cancer

- Insuffisance hépatique ?

• Risques liés aux Médicaments



- Anticoagulants
- Immunosuppresseurs
- Chimio per os
- Polymédication
- Thérapeutiques visées par la déprescription (BZD, IPP) »
- Liste des médicaments à risque de l'établissement
- Never events ?



Méthodologie : de quels risques parle-t-on ?

Risques liés aux patients



- Insuffisance rénale
- Ages extrêmes (personne âgée, enfant)
- Grossesse
- Maladies chroniques
- Cancer

- Insuffisance hépatique ?

Risques liés aux Médicaments



- Anticoagulants
- Immunosuppresseurs
- Chimio per os
- Polymédication
- Thérapeutiques visées par la déprescription (BZD, IPP) »
- Liste des médicaments à risque de l'établissement
- Never events ?



L'exposition aux risques est mesurable



Méthodologie : de quels risques parle-t-on ?

- Risques liés au parcours (hospitalisation non programmée)



- Non disponibilité du traitement
- Recours fréquent au traitement personnel

- Risques liés aux organisations pharmaceutiques



- Effectifs réduits : grève, férié astreinte ou garde

Risques liés au service



- Recours du service à la biologie ?, fréquence de valeurs biologiques anormales
- Codage PMSI (diagnostics associés)
- DMS, IP DMS $>1,3$ x la normale



Processus de pharmacie clinique

Procédures

1) Dispensation des
Produits de Santé

2) Bilan Partagé de
Médication ou Revue
Clinique de Médication

3) Plan Pharmaceutique
Personnalisé

Définitions

Analyse pharmaceutique de
l'ordonnance médicale et/ou de la
demande du patient

Préparation éventuelle des doses à
administrer

Mise à disposition des informations
et des conseils nécessaires au bon
usage des produits de santé

Synthèse et Interventions
Pharmaceutiques intégrant l'anamnèse
clinique et pharmaceutique du
patient, concernant:

- les objectifs et choix thérapeutiques
- les points critiques (IM, CIP, Posologie)
- les points d'optimisation (mise en place et gestion des traitements, gestion de l'iatrogénie, accompagnement de l'adhésion du patient)

Cette étape vise à cibler les patients / situations à risque nécessitant un Plan Pharmaceutique Personnalisé

Cette étape vise à définir, mettre en œuvre et réaliser son suivi

Synthèse écrite et propositions ciblées à l'équipe de soins sur un ou plusieurs éléments identifiés,

- suite au Bilan de médication
- suite à sollicitation directe de l'équipe de soins*

Gradient d'utilisation de l'information, menant à l'analyse approfondie et à l'action ciblée

Outils
pharmacie
clinique

Analyse pharmaceutique de
l'ordonnance médicale et/ou de la
demande du patient

Mise à disposition des informations
et des conseils nécessaires au bon
usage des produits de santé

Conciliation des traitements
médicamenteux/Entretien
pharmaceutique

Analyse Pharmaceutique Clinique
Conseils de bon usage de
produits de santé

Entretien pharmaceutique ciblé
(Pharmacothérapie, Adhésion
thérapeutique, éducation
Thérapeutique...)

Analyse Pharmaceutique Clinique

Conseils de bon usage des produits de
santé

Plan de prise construit avec le patient

** Nécessitant au préalable un bilan de
médication*



Méthodologie : à chaque risque une mesure barrière ?

Risques liés aux patients

- Insuffisance rénale
- Ages extrêmes (personne âgée, enfant)
- Maladies chroniques
- Cancer



Mesure barrière de pharmacie clinique ?

- Analyse pharmaceutique niveau 2
- Conseil, information, éducation thérapeutique

Risques liés aux Médicaments

- Anticoagulants
- Chimio per os
- Déprescribing (BZD, IPP)



- Analyse pharmaceutique niveau 2
- Information, éducation thérapeutique
- Conciliation médicamenteuse, BPM

Risques liés aux organisations

- Effectifs réduits : grève, férié astreinte ou garde



- Analyse pharmaceutique niveau 1

Risques liés au parcours

- Non disponibilité du traitement
- Recours fréquent au traitement personnel
- IP DMS du service ?



- Conciliation médicamenteuse
- Analyse pharmaceutique



Proposition de modélisation de la cartographie

Partir du parcours

Entrée en médecine polyvalente

Typier les caractéristiques du séjour

Identifier les risques majeurs par thématique (source PMSI, Biologie, LAP)

Cotation du risque (fréquence, gravité)

Définir les mesures barrières

- Hospitalisation non programmée majoritaire
- Hospitalisation continue avec DMS > 5 jours
- Maladies aiguës et chroniques
- Age médian : 82 ans

- Parcours : non connaissance du traitement habituel
- Patient : Insuffisance rénale ++
- Médicament à risques : anticoagulants ++

- Diagramme de Farmer Gravité : 3 et Fréquence 4

- Analyse pharmaceutique niveau 2
- Conciliation médicamenteuse



Pour en savoir plus

| Num | Libellé US-GUS | Libellé Pôle | Nombre de lits | DMS US 1 (2014) | DMS US 2 (2014) | MAR | Age > 75ans | Femmes enceintes | DFG < 30ml/min | Cirrhose | Patients traités par Immunosup. | Patients traités par Chimio. Orales | CIM10 Niv 4 | IP-DMS > 1,3 | Pass. urgences | Score total |
|------|----------------|---|----------------|-----------------|-----------------|-------|-------------|------------------|----------------|----------|---------------------------------|-------------------------------------|-------------|--------------|----------------|-------------|
| | | | | | | max 8 | max 12 | max 4 | max 8 | max 4 | max 4 | max 4 | max 8 | max 8 | max 12 | max 72 |
| 1194 | | Soins Intensifs Neuro. Vasculaire | 16 | 2,6 | | 8 | 9 | 4 | 4 | 2 | 2 | 1 | 4 | 2 | 9 | 45 |
| 2428 | | Soins Intensifs Chir. Digestive 54 | 4 | 4,5 | | 8 | 9 | 1 | 6 | 4 | 1 | 1 | 8 | 4 | 3 | 45 |
| 1093 | 1094 | Hosp. Compl. + Hosp. Sem. Rhumato. A B et C | 27 | 4,8 | 3,2 | 6 | 6 | 1 | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 | 6 | 9 | 44 |
| 3107 | | Soins Palliatifs | 10 | 13,4 | | 2 | 12 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 6 | 8 | 6 | 44 |
| 1264 | | Gastrologie Entérologie 1 | 25 | 5,3 | | 4 | 6 | 1 | 4 | 4 | 3 | 1 | 6 | 6 | 9 | 44 |
| 2307 | | Soins Intensifs Cliniq. Voies Resp. 1 | 12 | 4,3 | | 4 | 3 | 1 | 4 | 3 | 4 | 3 | 8 | 4 | 9 | 43 |
| 2521 | | Neurochirurgie B3 | 25 | 6,8 | | 6 | 6 | 3 | 2 | 1 | 1 | 4 | 6 | 8 | 6 | 43 |
| 1059 | 1058 | Hosp. Tradi. + Surveil. Continue Cardiologie 62 | 22 | 2,4 | 2,8 | 6 | 12 | 1 | 8 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 42 |
| 1035 | 1036 | Hosp. Tradi. + Surveil. Continue Cardiologie 61 | 22 | 2,3 | 2,7 | 6 | 12 | 1 | 8 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 42 |
| 1055 | | Pneumologie 2A | 13 | 5,1 | | 6 | 3 | 3 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 6 | 6 | 42 |
| 2538 | | Neurochirurgie B2 | 26 | 6,0 | | 6 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 6 | 8 | 6 | 42 |
| 2390 | 2388 | Hosp. Compl. + Hosp. Sem. Ortho. Traumato. 54 | 24 | 4,4 | 2,6 | 6 | 9 | 1 | 2 | 1 | 3 | 3 | 4 | 6 | 6 | 41 |
| 2313 | | Chirurgie Générale Pyrénées | 21 | 4,9 | | 8 | 6 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 6 | 4 | 9 | 41 |
| 2523 | 2539 | Réanimation + Surveil. Continue Neuro. Chirurgie | 22 | 9,3 | 2,8 | 6 | 6 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 8 | 2 | 3 | 40 |
| 1197 | | Neurologie B4 | 27 | 4,4 | | 4 | 3 | 4 | 2 | 1 | 3 | 1 | 4 | 6 | 12 | 40 |
| 2537 | | Neurochirurgie B1 | 27 | 6,6 | | 6 | 6 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 6 | 8 | 6 | 39 |
| 1042 | 1193 | Hosp. Compl. + Hosp. Sem. Neurologie B8 | 27 | 4,3 | 2,7 | 2 | 6 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 9 | 38 |
| 2391 | | Hosp. Complète Ortho. Traumato. 56 | 24 | 5,3 | | 8 | 9 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 6 | 6 | 38 |
| 2253 | | Soins Intensifs Mondor Prof Pradère | 10 | 6,4 | | 6 | 6 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 8 | 6 | 3 | 37 |
| 1215 | | Hosp. Sem. Néphrologie | 12 | 1,9 | | 2 | 6 | 1 | 8 | 2 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 36 |
| 2335 | | Chirurgie Générale Gynécologique | 12 | 4,2 | | 4 | 3 | 4 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 | 9 | 36 |
| 2516 | 2518 | Hosp. Tradi. + Surveil. Continue Ch. Maxil. Faciale | 22 | 2,8 | 3,7 | 4 | 6 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 6 | 4 | 6 | 36 |
| 2405 | | Grossesses Pathologiques 2 | 15 | 3,3 | | 2 | 3 | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 6 | 12 | 35 |
| 2454 | | Déchocage Soins Intensifs PPR | 2 | 0,6 | | 2 | 9 | 3 | 4 | 2 | 1 | 1 | 8 | 2 | 3 | 35 |
| 2408 | | Grossesses Pathologiques 1 | 30 | 2,6 | | 2 | 3 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 6 | 12 | 34 |
| 2498 | | ORL 1B | 18 | 2,9 | | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 6 | 34 |
| 2306 | 2499 | Chir. Thor. 1A + Surveil. Continue Mut. Thor. ORL | 16 | 1,8 | 3,6 | 8 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 | 33 |
| 1048 | 1047 | Hosp. Compl. + Hosp. Sem. Med. Interne Hypert. Arter. 01 | 23 | 3,7 | 2,3 | 2 | 9 | 1 | 8 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 33 |
| 2412 | | Gynécologie Récamier | 18 | 2,2 | | 4 | 3 | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 12 | 33 |
| 3094 | | Hosp. Sem. Rhumato. Immuno. Cliniq. | 14 | 2,3 | | 4 | 6 | 1 | 4 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 32 |
| 1504 | | Unité Hospit. Sécurisée Interrégion. | 16 | 5,6 | | 4 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 8 | 6 | 32 |
| 2411 | | Obstétrique Guilhem | 20 | 2,2 | | 4 | 3 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 12 | 32 |
| 2427 | | Hosp. Sem. Rangueil | 13 | 1,6 | | 2 | 6 | 1 | 6 | 4 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 30 |
| 2318 | 2324 | Chirurgie Générale 41 + Moyens Brulés | 23 | 3,5 | 9,0 | 6 | 3 | 1 | 4 | 2 | 2 | 1 | 4 | 4 | 3 | 30 |
| 2406 | | Obstétrique Pontonnier | 22 | 2,0 | | 2 | 3 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 12 | 30 |
| 2409 | | Obstétrique Garipuy | 22 | 2,0 | | 2 | 3 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 12 | 30 |
| 2373 | 2383 | Hosp. Compl. + Hosp. Sem. Ortho. Traumato. 41 | 24 | 3,1 | 3,5 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 9 | 30 |
| 2442 | | ORL PPR | 13 | 2,5 | | 2 | 3 | 1 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 9 | 29 |
| 2540 | 2544 | Hosp. Compl. + Hosp. Sem. Ophtalmo. | 16 | 3,2 | 2,6 | 2 | 9 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 6 | 28 |
| 1185 | 2494 | Hosp. Sem. Unité Bilan 3A Pneumo. + Hosp. Compl. Thyroïde | 17 | 1,6 | 2,0 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 27 |
| 2254 | | Hosp. Sem. Fédération Digestive | 10 | 1,6 | | 2 | 3 | 1 | 4 | 4 | 1 | 4 | 2 | 2 | 3 | 26 |
| 2333 | | Hosp. Semaine Urologie | 14 | 1,5 | | 2 | 6 | 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 25 |
| 1524 | | Hosp. Sem. Education Diabéto. | 9 | 3,1 | | 2 | 3 | 4 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 24 |
| 1538 | | Hosp. Sem. Endocrinologie | 12 | 2,3 | | 2 | 3 | 1 | 4 | 1 | 1 | 4 | 2 | 2 | 3 | 23 |
| 1190 | | Hosp. Sem. Epilepsie B7 A | 3 | 3,2 | | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 3 | 20 |

Thèse de Docteur en Pharmacie : Audrey BIGOT le 1 octobre 2015 / Université de Toulouse
Comment prioriser les activités de pharmacie clinique dans les unités de soins ? Elaboration d'un outil d'aide à la décision basé sur une analyse globale des risques.



Retours d'expériences



[Dr Agnès Kolb Lurton](#)
Pôle Gériatrique Rennais

[Dr Chrystèle Le Bourlais](#)
CH René Pleven – Dinan
GHT RANCE - EMERAUDE

[Dr Mathilde Legeay](#)
Polyclinique Keraudren-Grand Large
Brest

Eléments de preuve des indicateurs

Le partage d'information entre la ville et l'hôpital d'une part, auprès du patient d'autre part est organisé et évalué

| | | | |
|-----------------------|---|----|--|
| SCMVH_MO SCMVH_EPP | Procédure et Evaluation des pratiques validées en instance | 22 | Existence et utilisation d'outils de partage d'information sécurisés et collaboratifs (exemple : messagerie sécurisée) |
| | | | Existence d'une organisation permettant la continuité de la prise en charge thérapeutique |
| | | | La prescription de tout médicament s'accompagne d'une information adaptée au patient |

SCMVH MO : Décrire l'organisation mise en place (continuité de la PCEM) et les modalités de transmission de l'information (ex : cibles prioritaires, entretiens patients, outils mis à disposition, modalités de suivi ...)

Fournir les outils mis à disposition du patient ou de son entourage (ex: fiches conseils)
Fournir les outils mis à disposition des professionnels de ville (ex : fiches de bon usage, outils d'aide à la coordination)

SCMVH EPP : Evaluation de l'organisation (Audit, REX, CREX), satisfaction patient

Eléments de preuve des indicateurs

| | | | |
|---|---|----|---|
| ATB7j_CAI <u>OU</u> ATB7j_EPP | Rapport d'audit <u>OU</u> CR de la commission anti-infectieux | 30 | Nombre de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours non justifié |
| | | | Nombre de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours |
| FP_RI | Fiche de poste signée du référent antibiotique | 31 | Identification d'un référent antibiotique disposant d'une fiche de poste précisant ses missions et d'un temps dédié pour le déploiement de la politique d'antibiothérapie |
| MO_bactériurieSA MO_ReEvalATB MO_ATBcritiq EPP_bactériurieSA EPP_ReEvalATB EPP_ATBcritiq | Procédure <u>ET</u> Evaluation des pratiques validées en instance, | 31 | Evaluation de la prise en charge thérapeutique des bactériuries chez la personne âgée |
| | | | Suivi et évaluation du taux de réévaluation de l'antibiothérapie à J3 et à J7 |
| | | | Suivi et/ou analyse des prescriptions d'antibiotiques critiques, en particulier les carbapénèmes |
| CONS_Saisie CONS_CAI | Saisie dans Consores CR de la commission anti-infectieux | 33 | Stabilisation ou réduction de la consommation d'antibiotiques (en nombre de DDJ/1000JH) |
| | | | DDJ/1000 JH Année N |
| | | | DDJ/1000 JH Année N-1 |
| ATBP_EPP | Résultat d'audit sur l'antibioprophylaxie de moins de trois ans : (le nombre de dossiers à analyser correspond à au moins 10% du nombre de lits et places de chirurgie) | 34 | Proportion d'antibioprophylaxies péri-opératoires de plus de 24h \leq 10% : date d'évaluation |
| | | | Nombre de prescription d'antibioprophylaxie de plus de 24h |
| | | | Nombre de prescription d'antibioprophylaxie |

CONS_Saisie : non nécessaire (L'OMÉDIT recueille l'information dans Consores)

Éléments de preuve des indicateurs

FP_RI :

- Possibilité de convention avec un autre établissement
- Nécessité de validation par le référent, instances ; temps dédié
- Missions conformes à la circulaire du 2 mai 2002 et instruction du 15 juin 2015

FP_RI :

- Effectif représentatif
- Méthodologie
- Nécessité de validation par les instances

ATB7j_EPP

- Est évaluée la pertinence de la prescription, et non la traçabilité

CONS_Saisie : non nécessaire (L'OMÉDIT recueille l'information dans Consores)

Eléments d'appui à la mesure

| N° | Libellé | Outil |
|----|---|---|
| 30 | Taux de traitement de plus de 7 jours non justifiés | Outil produit par l'OMÉDIT Bretagne / ABRI http://www.omeditbretagne.fr/lrportal/accueil/antibiologie/epp/epp-duree-de-tmt |



Méthode a priori :
Evaluation de la pertinence de la
durée de traitement :
Référentiel : SPILF mars 2017
<http://www.omeditbretagne.fr/lrportal/documents/138946/1833885/R%C3%A9f%C3%A9rentiel+info-antibio-2017-mars.pdf/f18faaa8-ecb3-442b-8c2e-fd295b072946>

Méthode a posteriori :
Echantillonnage
<http://www.omeditbretagne.fr/lrportal/accueil/antibiologie/epp/epp-duree-de-tmt>

Pertinence « durée de traitement

Méthode :

Analyse rétrospective sur **30 dossiers**
Infections ciblées

Référentiel : **SPILF mars 2017**

Cystite de la femme :

- **1 jour** (dose unique): cystite aiguë simple (fosfomycine trométamol)
- **3 jours**: cystite aiguë sur sonde urinaire
- **5 jours**: cystite aiguë simple (pivmécillinam ou nitrofurantoïne)
- **5 jours**: cystite aiguë à risque de complications ou (cotrimoxazole ou FQ)
- **7 jours**: - cystite aiguë à risque de complications (antibiotique autre)

- **7 jours**: Pneumopathie communautaire adulte

- **7 jours** : Infection superficielle du site opératoire
- **7 jours**: érysipèle,
- **7 jours**: infections de plaie non opératoire

Pertinence « durée de traitement »

Saisie des données patients : justifie l'indication

| | Cystite de la femme | | | | | | | | | | | | | | | PAC | | | | Infection de la peau / tissus mous | | | | | | Diagnostic retenu pour l'EPP | | | |
|-----------|---------------------|------|-----|-----|-------|----------|-----------|-----------|-------------|-----------|-----|---------|-----|-------|---------|----------|--------|---------|--------|------------------------------------|-----------|--------------|---------|-----------|---------|------------------------------|-------|-------------------------------|--|
| | Service | Sexe | Age | IAS | Sondé | CL CREAT | Grossesse | Uropathie | Idépression | Fragilité | FR | Fxnel U | B U | leuco | Nitrite | Récidive | Fnel R | Foyer C | Fièvre | Image radio | Erysipèle | Plaie non op | ISO sup | I cut sup | Morsure | | Abcès | Plaie traumatiqu sans signe I | |
| Patient 1 | Médecine | F | 45 | NON | NON | 25 | NON | NON | NON | NON | OUI | OUI | OUI | OUI | OUI | NON | NON | NON | NON | NON | NON | NON | NON | NON | NON | NON | NON | NON | CYSTITE AIGUE A RISQUE DE COMPLICATION |
| Patient 2 | Médecine | F | 68 | NON | NON | 20 | NON | | | | | | | | | | OUI | OUI | OUI | OUI | | | | | | | | | PNEUMONIE AIGUE COMMUNAUTAIRE |
| Patient 3 | Médecine | F | 32 | NON | NON | | | | | | | | | | | | | | | | OUI | | | | | | | | ERYSIPELE |
| Patient 4 | Médecine | M | 27 | NON | OUI | | | | | | | | | | | | | | | | | OUI | | | | | | | INF PLAIE NON OPERATOIRE |
| Patient 5 | Médecine | F | 85 | NON | NON | | | | | | | | | | | | | | | | | OUI | | | | | | | INF SUPERFICIELLE SITE OPERATOIRE |
| Patient 6 | Médecine | F | 65 | NON | OUI | | | | | | | | | | | | | | | | | | OUI | NON | NON | NON | | | |
| Patient 7 | Médecine | F | 75 | NON | OUI | 65 | NON | NON | NON | NON | NON | OUI | OUI | OUI | OUI | NON | | | | | | | | | | | | | CYSTITE AIGUE SUR SONDE |
| Patient 8 | Médecine | F | 75 | NON | NON | 65 | NON | NON | NON | NON | NON | OUI | OUI | OUI | OUI | NON | | | | | | | | | | | | | CYSTITE AIGUE SIMPLE |
| Patient 9 | Chirurgie | M | 88 | OUI | | | | | | | | | | | | | | | | | | OUI | | | | | | | INF SUPERFICIELLE SITE OPERATOIRE |

Pertinence « durée de traitement »

Saisie des données « traitement »

| ATB probabiliste | Molécule | Durée (j) | Bithérapie (ATB 2) | Molécule (2) | Durée (2) | Changement ATB (3) | Molécule (3) | Durée (3) | Durée Totale | Durée préconisée | Pertinence Durée de traitement |
|------------------|------------------------|-----------|--------------------|--------------|-----------|--------------------|--------------|-----------|--------------|------------------|--------------------------------|
| OUI | LEVOFLOXACINE | 5 | NON | | | NON | | | 5 | 5 | Pertinent |
| OUI | AMOXICILLINE/AC CLAV | 10 | | | | | | | 10 | 7 | Non conforme |
| OUI | PRISTNAMYCINE | 7 | | | | | | | 7 | 7 | Pertinent |
| OUI | PRISTNAMYCINE | 7 | | | | | | | 7 | 7 | Pertinent |
| OUI | PRISTNAMYCINE | 3 | | | | | | | 3 | 7 | Non conforme |
| NON | | | | | | | | | 0 | | #VALEUR! |
| OUI | OFLOXACINE | 3 | | | | | | | 3 | 3 | Pertinent |
| OUI | FOSFOMYCINE TROMETAMOL | 1 | | | | | | | 1 | 1 | Pertinent |
| OUI | AMOXICILLINE/AC CLAV | 3 | | | | | | | 3 | 7 | Non conforme |

Pertinence « durée de traitement »

Résultats

Carectéristiques patients

| | | |
|--------------------|----|----------|
| NOMBRE DE PATIENTS | 10 | A saisir |
| SEXE M | 2 | |
| MOY AGE | 62 | |
| MOY CLAIRANCE | 44 | |

Pensez à actualiser les tableaux : Cliquez droit sur le tableau et "Actualiser"

Pertinence de la Durée de traitement / indication

| Indication | Non conforme | Pertinent | #VALEUR! | Total général |
|--|--------------|-----------|-----------|---------------|
| | | | 22 | 22 |
| CYSTITE AIGUE A RISQUE DE COMPLICATION | | 1 | | 1 |
| CYSTITE AIGUE SIMPLE | | 1 | | 1 |
| CYSTITE AIGUE SUR SONDE | | 1 | | 1 |
| ERYSIPELE | | 1 | | 1 |
| INF PLAIE NON OPERATOIRE | | 1 | | 1 |
| INF SUPERFICIELLE SITE OPERATOIRE | 2 | | | 2 |
| PNEUMONIE AIGUE COMMUNAUTAIRE | 1 | | | 1 |
| Total général | 3 | 5 | 22 | 30 |

Pertinence de la Durée de traitement / ATB

| Antibiotique prescrit | Non conforme | Pertinent | #VALEUR! | Total général |
|------------------------|--------------|-----------|-----------|---------------|
| AMOXICILLINE/AC CLAV | 2 | | | 2 |
| FOSFOMYCINE TROMETAMOL | | 1 | | 1 |
| LEVOFLOXACINE | | 1 | | 1 |
| OFLOXACINE | | 1 | | 1 |
| PRISTNAMYCINE | 1 | 2 | | 3 |
| (vide) | | | 22 | 22 |
| Total général | 3 | 5 | 22 | 30 |

Eléments d'appui à la mesure

| N° | Libellé | Outil |
|----|---|--|
| 31 | Evaluation de la prise en charge thérapeutique des bactériuries chez la personne âgée | Outil produit par ABRI : https://docs.wixstatic.com/ugd/06dafc_11c7bcfbdf164e19a367b815c2c45d38.pdf Outil sur les infections urinaires / OMÉDIT Bretagne : http://www.omeditbretagne.fr/lrportal/accueil/antibiologie/epp/epp-iu-en-ehpad |
| | Suivi et évaluation du taux de réévaluation de l'antibiothérapie à J3 et à J7 | Outil CEPIAS / OMÉDIT NA : https://www.cpias-nouvelle-aquitaine.fr/epp/antibiotherapie-a-48-72-heures-medqual-2011/ |
| | Liste des antibiotiques critiques | http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Les-antibiotiques-consideres-comme-critiques-premieres-reflexions-sur-leur-caracterisation-Point-d-information |

Eléments de preuve des indicateurs

| | | | |
|----------------------|---------------------------------------|----|--|
| SLOGAN_Stocks | Stocks saisis et suivis sur Slogan | 36 | Participation au suivi des stocks régionaux d'antidotes sur l'e outil SLOGAN |
| ATIH_Saisie | Résultat enregistré dans la base ATIH | | Participation aux enquêtes régionales sur la politique d'achat et le bon usage des produits de santé et mise en œuvre des recommandations sur le parcours thérapeutique du patient |
| | | | Saisie des données de consommation de médicament de l'année 2016 sur la base ATIH |

SLOGAN_Stock et ATIH_Saisie : données extraites par l'OMÉDIT

| N° | Libellé | Commentaire |
|----|--|---|
| 36 | Participation aux enquêtes régionales, travaux | ATIH et SLOGAN <ul style="list-style-type: none"> - Enquêtes IgIV et TAVI (CHU) - PUI (journée du 4 avril) pour les ES publics - Travaux de l'observatoire du cancer - Journées régionales (positif) - Interruption de tache (positif) - Groupes de travail |

Eléments de preuve des indicateurs

| | | | |
|------------------|---|----|---|
| PA_Repertoire | Programme d'action validé en instance | 37 | L'établissement met en place un programme d'action favorisant la prescriptions des médicaments dans le répertoire |
| PA_Biosimilaires | Programme d'action validé en instance (section PHEV) | 38 | L'établissement met en place un programme d'action favorisant la prescriptions des biosimilaires pour les PHEV |
| | Programme d'action validé en instance (section intra-hospitalier) | 39 | L'établissement met en place un programme d'action favorisant la prescriptions des biosimilaires pour les prescriptions intra hospitalières |

PA_Repertoire et Biosimilaires :

- Programme validé en instance
- Recherche par mot clé
- Actions : information, formation, sensibilisation, référencement, suivi

| N° | Libellé | Outil |
|---------|---|---|
| 37 à 40 | L'établissement met en place un programme d'action favorisant : <ul style="list-style-type: none"> - La prescription des médicaments inscrits au répertoire - La prescription des biosimialires | Outil produit par l'assurance maladie : Bebop Rencontres AM Liste des médicaments au répertoire : http://www.omeditbretagne.fr/lrportal/accueil/medicament/outils-et-fiches/repertoire |

Éléments de preuve des indicateurs

| | | | |
|-----------------------|---|----|---|
| PA_PHEV LIST_prest | Programme d'action validé en instance ET liste des prestataires signataires de la charte si ces derniers interviennent au sein de l'ETS | 41 | Existence d'un programme d'action permettant d'assurer la qualité des prescriptions de PHEV, intégrant en particulier la mise en place d'une charte avec les prestataires |
| | | | Taux de prestataires signataires de la charte = nb de prestataires signataires/nb de prestataires intervenant dans l'ETS |
| | | | Existence d'un programme d'action permettant d'assurer la qualité des prescriptions de PHEV, intégrant en particulier la mise en place de mesures en faveur de la prescription de sortie en DCI |

PA_PHEV :

- **Programme validé en instance**
- **Recherche par mot clé**
- **Actions : information, formation, sensibilisation, DCI, charte, prestataire, déprescription, suivi**

| N° | Libellé | Outil |
|---------|---|---|
| 37 à 39 | L'établissement met en place un programme d'action favorisant : <ul style="list-style-type: none"> - La prescription des médicaments inscrits au répertoire - La prescription des biosimilaires | Outil produit par l'assurance maladie : Bebop Rencontres AM |

Eléments d'appui à la mesure

| N° | Libellé | Outil |
|----|---|---|
| 41 | Existence d'un programme d'action permettant d'assurer la qualité des prescriptions de PHEV / Charte prestataire | Accompagnement Assurance Maladie Convention type |
| | Dé prescription | <ul style="list-style-type: none"> - Deprescribing.org - Journée How to / CHU de Rennes : http://www.omeditbretagne.fr/lrportal/accueil/omedit/journees-regionales/how-to-2018 |



Pourquoi le patient prend-il un BZRA?

En cas de doute, vérifier ses antécédents: anxiété, consultations antérieures en psychiatrie, amorcé en milieu hospitalier pour traiter un trouble du sommeil, ou une réaction de deuil.

- Insomnie seule OU insomnie avec gestion de comorbidités sous-jacentes
Pour ceux dont l'âge ≥ 65 ans : prise de BZRA, indépendamment de la durée (éviter comme traitement de première ligne chez les personnes âgées)
Entre 18-64 ans : prise de BZRA > 4 semaines

- Autres problèmes de sommeil (p. ex. syndrome des jambes sans repos)
- Anxiété non gérée, dépression, problème de santé physique ou mentale qui pourrait causer ou aggraver l'insomnie
- Benzodiazépines spécifiquement efficaces contre l'anxiété
- Sevrage alcoolique

Impliquer les patients (Discuter avec eux des risques potentiels, avantages, plan de sevrage, symptômes et durée)

Recommander la déprescription

Réduire les doses puis cesser la prise du BZRA

(Réduire graduellement les doses en collaboration avec le patient; p.ex. -25 % à chaque quinzaine et, si possible, 12,5 % de réduction vers la fin et/ou planification de jours sans médicament)

- **Patients âgés de plus de 65 ans** (forte recommandation selon une revue systématique et approche GRADE)
- **Patients âgés entre 18-64 ans** (recommandation faible selon une revue systématique et approche GRADE)
- Offrir des conseils sur les comportements liés au sommeil; envisager la TCC, si disponible (voir au verso)

Continuer BZRA

- Minimiser l'utilisation de substances qui aggravent l'insomnie (caféine, alcool, etc.)
- Traiter les troubles sous-jacents
- Envisager la consultation d'un psychologue, psychiatre, spécialiste du sommeil

Suivi toutes les 1-2 semaines pendant la réduction des doses

Bienfaits attendus

- Peut améliorer la vigilance et la cognition; peut diminuer la sédation diurne et les chutes

Symptômes de sevrage

- Insomnie, anxiété, irritabilité, sudation, symptômes gastro-intestinaux (tous sont habituellement légers et durent de quelques jours à quelques semaines)

Utiliser des approches non pharmacologiques pour gérer l'insomnie

Utiliser des approches comportementales et/ou TCC (voir au verso)

En cas de réapparition des symptômes : Envisager

- Maintien de la dose de BZRA actuelle pour 1-2 semaines, puis reprendre la réduction des doses très graduellement

Autres médicaments

- D'autres médicaments peuvent être utilisés pour gérer l'insomnie. L'évaluation de leur innocuité et efficacité dépasse le cadre du présent algorithme. Pour de plus amples renseignements, consulter les lignes directrices pour la déprescription de BZRA.

Éléments de preuve des indicateurs

| | | | |
|---------------------|--|----|--|
| Suiv_MED Suiv_DM | Suivi et analyse semestriel validé en instance (Médicaments ET Dispositifs médicaux) | 42 | L'établissement présente le suivi semestriel et l'analyse de la répartition des prescriptions des médicaments hors GHS, accompagnées le cas échéant de leur argumentaire, à la CME / CfME |
| | | 43 | L'établissement adresse le suivi semestriel de la répartition des prescriptions des médicaments hors GHS, accompagnées le cas échéant de leur argumentaire, à l'ARS, à l'OMEDIT et à l'organisme local d'assurance maladie |

Suiv_MED et Suiv_DM : sont attendus :

- de manière générale une analyse des indications des molécules en codage I 999 999
- en oncologie un suivi particulier des performance status des patients sous immunothérapie (pembro, nivo)
- le suivi de la part de la voie SC / IV pour le trastuzumab
- le respect des indications prioritaires pour les Ig IV
- pour les DMI est particulièrement ciblée l'analyse des consommations de TAVI

Sommaire

1. Introduction et REX
2. Simplification du recueil
3. Éléments de preuve des indicateurs
4. Appui à la progression des indicateurs
5. **Les profils OMÉDITs**
6. Les actualités
7. Planning

Page 1

1. Identification de l'Établissement

- Nom de l'établissement
- FINESS
- Grille de pondération
- Nom du GHT
- Nom du groupement d'achat

2. Synthèse des scores agrégés

- résultats de l'auto-évaluation regroupés par thème
- 5 valeurs statistiques :
Min, Q1, Q2 ou Médiane, Q3, Max

3. Valorisation de la dynamique qualité mise en œuvre à l'échelon du territoire

Analyse des engagements du volet socle du CAQES 2018 par l'OMÉDIT Bretagne (Données 2017)



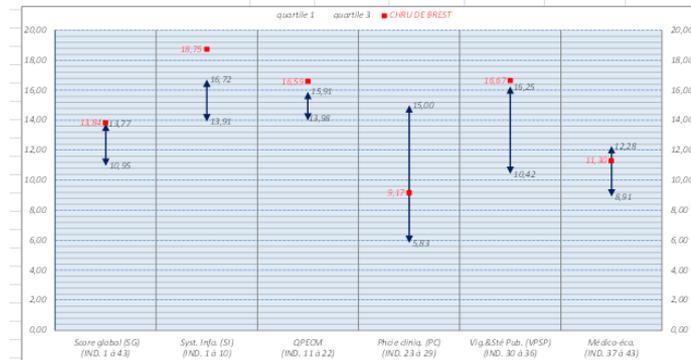
Nom de l'établissement : CHRU DE BREST
FINESS : 290000017
Grille de pondération appliquée : Public/ESPIC Med. + Chir. + Onco (15)

Nom du GHT (si membre) : GHT DE BRETAGNE OCCIDENTALE
Nom du Groupement d'achat (si membre) : COORDONNE GPT ACHAT DU FINISTERE + UNIHA

Synthèse (scores agrégés)

Les données sont issues de l'auto-évaluation produite par les établissements. Leur comparaison inter-établissements se fait entre structures de même profil. Leur résultat est estimé « critique » s'il est inférieur au 1er quartile.

| Indicateurs | Score (.../20) | Médiane (.../20) | Minimum (.../20) | Maximum (.../20) | |
|--|----------------|------------------|------------------|------------------|-------|
| * Score global (Sg) | 1 à 43 | 13,84 | 11,39 | 9,91 | 15,65 |
| * Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations de santé | 1 à 11 | 18,75 | 15,00 | 11,25 | 18,75 |
| * Qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse (QPECM) | 12 à 22 | 16,59 | 15,00 | 10,45 | 17,27 |
| * Développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau | | | | | |
| * Pharmacie clinique (PC) | 23 à 29 | 9,17 | 9,17 | 0,00 | 17,50 |
| * Vigilance et Programmes de Santé Publique (VPSP) | 30 à 36 | 16,67 | 13,33 | 3,33 | 18,33 |
| * Prescriptions des médicaments appartenant au répertoire des génériques, des biosimilaires, à la liste en sus ou remboursés sur l'enveloppe ville | | | | | |
| * Médico-économique (ME) | 37 à 43 | 11,30 | 9,57 | 7,39 | 15,22 |



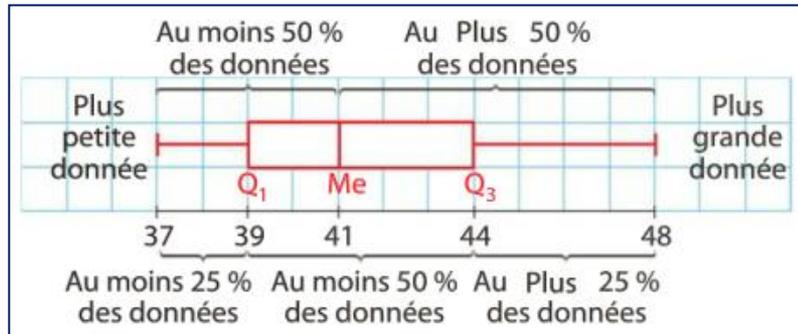
Évaluation de la dynamique de réponse territoriale

Évaluation repoussée en 2019

L'évaluation porte sur le nombre d'actions identifiées au sein des documents justificatifs, fournis par l'établissement, pour lesquelles une réponse territoriale est mise en œuvre (liste des indicateurs concernés : 14, 16, 20, 22, 23 et 27 pour les établissements membres d'un GHT et 14, 16, 20 et 22 pour les autres).

En 2018, très peu d'établissements ont fourni des documents justificatifs en lien avec cette mesure, du fait de la nouveauté de cet engagement. En conséquence, la "Dynamique territoriale" sera évaluée en 2019.

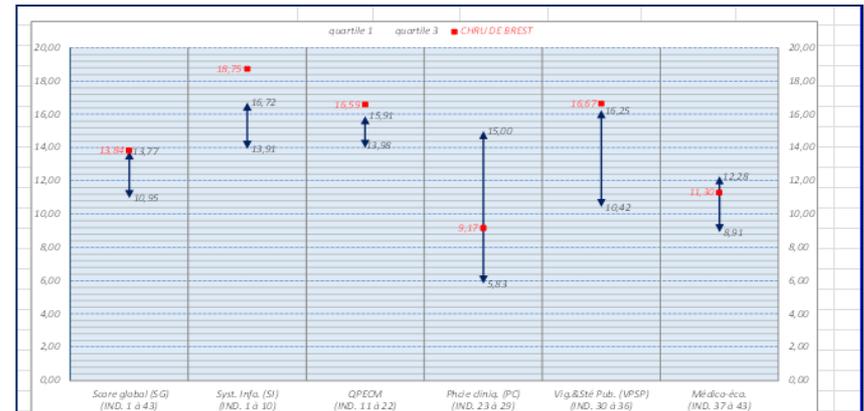
1. Représentation d'une boîte à moustaches (TUKEY, 1977)



Les valeurs utilisées : Min, Max, 3 Quartiles
 (= distribution observée des valeurs)

Attention : bien que la distribution soit découpée en 4 zones identiques (quartiles) de même effectifs (25%), les moustaches ne sont pas symétriques (= les plages de valeurs ne sont pas identiques). La distribution des valeurs peut être plus allongée vers le bas ou vers le haut.

2. Comment lire et interpréter ce graphique (approche pragmatique)?



- Données disponibles : Q1, Q3, score de l'EDS
- Ecart interquartile = Indicateur de dispersion = Q3 - Q1
- Identification des points atypiques selon Tukey (pour une variable qui suit une loi normale)
 - < Frontière basse : $Q1 - 1,5 * (Q3 - Q1)$
 - > Frontière haute : $Q3 + 1,5 * (Q3 - Q1)$

Plan

1. *Identification de l'Établissement*
 - *Nom de l'établissement*
 - *FINESS*
 - *Grille de pondération*
2. *Vision de progression des résultats des indicateurs par thématique sous forme de :*
 - *Feuille de route/Tableau de bord*
 - *Benchmark individuel (données renseignées)*
 - *Histogrammes horizontaux*
 - *Benchmark inter-établissement (données renseignées)*
 - *« Diagramme cartésien » (relecture des EP)*

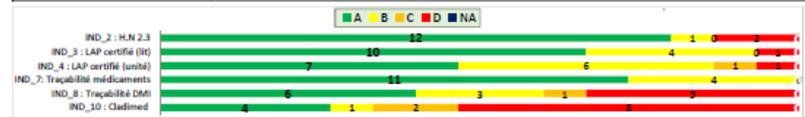
III- Thématique « système d'information »

La typologie de l'indicateur inscrit son critère prioritaire en termes d'enjeu de santé publique ou de suivi national.

| Indicateurs | Typologie | Cotation | Score Note / 20 | Médiane Note / 20 | Quartile 1 Note / 20 | Quartile 3 Note / 20 | Qualité de l'argumentation |
|--|-------------|----------|-----------------|-------------------|----------------------|----------------------|--|
| 1 à 10 : Système d'information (SI) | Général | | 16,47 | 14,71 | 13,09 | 15,88 | |
| 2.3 : Indicateur hôpital numérique D 2.3 | Prioritaire | A | 20,00 | 20,00 | 20,00 | 20,00 | Argumentation complète |
| 3 : Taux d'équipement en LAP* certifié (lits) | National | A | 20,00 | 20,00 | 15,00 | 20,00 | Argumentation complète |
| 4 : Taux d'équipement en LAP* certifié (unités) | National | A | 20,00 | 20,00 | 15,00 | 20,00 | Argumentation complète |
| 7 : Traçabilité des médicaments à l'administration | National | A | 20,00 | 20,00 | 17,50 | 20,00 | Argumentation complète |
| 8 : Traçabilité des DMI à l'implantation | National | B | 15,00 | 15,00 | 0,00 | 20,00 | Argumentation complète |
| 10 : Déploiement de la classification CLADIMED | National | D | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 17,50 | Argumentation absente / non pertinente |

Glossaire : LAP* = Logiciel d'aide à la prescription

Nombre d'établissements de même profil en fonction du niveau de cotation

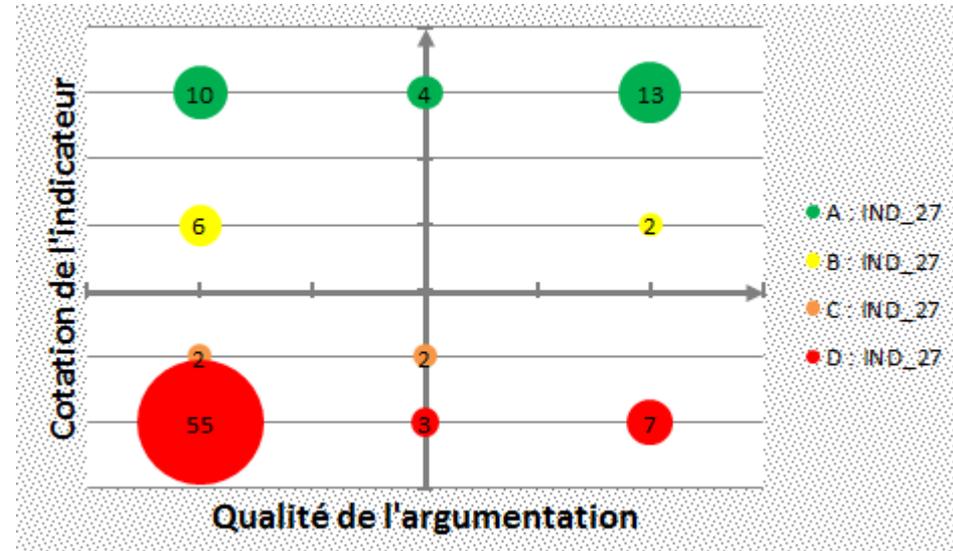


Qualité de l'argumentation des établissements de même profil en fonction du niveau de cotation

| Indicateur | A | B | C | D | NA |
|--|----|---|---|---|----|
| IND_2 : Indicateur hôpital numérique D 2.3 | 12 | 1 | 0 | 2 | 0 |
| Argumentation complète | | | | | |
| Argumentation partielle | | | | | |
| Argumentation absente / non pertinente | | | | | |
| Critère non applicable | | | | | |
| IND_3 : Taux d'équipement en LAP* certifié (lits) | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Argumentation complète | | | | | |
| Argumentation partielle | | | | | |
| Argumentation absente / non pertinente | | | | | |
| Critère non applicable | | | | | |
| IND_4 : Taux d'équipement en LAP* certifié (unités) | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 |
| Argumentation complète | | | | | |
| Argumentation partielle | | | | | |
| Argumentation absente / non pertinente | | | | | |
| Critère non applicable | | | | | |
| IND_7 : Traçabilité des médicaments à l'administration | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Argumentation complète | | | | | |
| Argumentation partielle | | | | | |
| Argumentation absente / non pertinente | | | | | |
| Critère non applicable | | | | | |
| IND_8 : Traçabilité des DMI à l'implantation | 3 | 2 | 0 | 1 | 0 |
| Argumentation complète | | | | | |
| Argumentation partielle | | | | | |
| Argumentation absente / non pertinente | | | | | |
| Critère non applicable | | | | | |
| IND_10 : Déploiement de la classification CLADIMED | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Argumentation complète | | | | | |
| Argumentation partielle | | | | | |
| Argumentation absente / non pertinente | | | | | |
| Critère non applicable | | | | | |

Exemple d'analyse : indicateur « conciliation »

| Cot. | Cible | Auto-évaluation |
|------|--|-----------------|
| A | Adaptation de CTM f (≥3 critères) | 27 (26%) |
| B | Adaptation de CTM f (2 critères) | 8 (8%) |
| C | Adaptation de CTM f (1 critère) | 4 (4%) |
| D | Absence d'analyse ou de critères de priorisation | 65 (63%) |



Sommaire

1. Introduction et REX
2. Simplification du recueil
3. Éléments de preuve des indicateurs
4. Appui à la progression des indicateurs
5. Les profils OMÉDITs
- 6. Les actualités**
7. Planning

Intéressement : prévu par l'article 57 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Sous réserve : les modalités de calcul de l'intéressement (fixation des cibles, pondération entre indicateurs, seuil de déclenchement), sont à l'appréciation des agences régionales de santé (ARS) et des organismes locaux d'assurance maladie.

3 indicateurs importants :

- Taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les PHEV.
- Taux d'évolution des dépenses de médicaments et de produits et prestations inscrits sur la liste en sus.
- Taux de traitements par antibiotiques prescrits pour une durée de plus de 7 jours non justifiée.

Sommaire

1. Introduction et REX
2. Simplification du recueil
3. Éléments de preuve des indicateurs
4. Appui à la progression des indicateurs
5. Les profils OMÉDITs
6. Les actualités
7. **Planning**

Planning

- 1. Transmission de la grille et du guide au 31 décembre 2018**
- 2. Autoévaluation à déposer sur le share point pour le 31 mars 2019**
- 3. Restitution des grilles renseignées pour le 30 juin 2019**
- 4. Restitution des profils OMÉDIT pour le 31 aout 2019**
- 5. Absence de sanction en 2019 sur les REA 2018**