

---

## Guide méthodologique d'accompagnement à l'annexe du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES) relative au volet obligatoire nommé « Rapport d'Etape Annuel 2022 » (évaluant l'année 2021 – MAJ en rouge)

---

### Table des matières

I.	Modalités pratiques .....	2
1.	Contexte .....	2
2.	Modalités d'évaluation.....	3
2.1	Evaluation de l'ensemble des critères pour chaque année de référence.....	3
2.2	Définition d'une cible pour chaque année d'évaluation de référence .....	5
2.3	Evaluation par le comité de pilotage.....	6
2.4	Modalité de fixation de la sanction ou intéressement.....	6
3.	Rappel du calendrier du CAQES pour 2021.....	7
4.	Modalités d'envoi du rapport d'étape annuel .....	8
II.	Guide de remplissage .....	9
1.	Généralités .....	9
2.	Fiches descriptives critères .....	11
2.1	Art. 10-1 : Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations (critères 1 à 43) .....	12
2.2	Art. 10-2: Développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau.....	32
2.3	Art. 10-3: Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires .....	42
	Art. 10-4: Engagements relatifs aux médicaments et aux produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville .....	44
2.4	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.....	46
2.5	Art. 10.6 : Evaluation .....	49
2.6	Critères spécifiques aux établissements d'HAD .....	50

## I. Modalités pratiques

### 1. Contexte

Le CAQES, **Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia des Soins** a été créé par l'article 81 de la LFSS pour 2016, afin de simplifier et fusionner dans un contrat unique l'ensemble des dispositifs contractuels existants entre les établissements de santé, les agences régionales de santé (ARS) et l'assurance maladie : Contrat de Bon Usage (CBU), Contrat pour l'Amélioration de la Qualité et l'Organisation des Soins (CAQOS), le Contrat de Pertinence des Soins (PAPRAPS), le Contrat d'Amélioration des Pratiques en Etablissements de Santé (CAPES).

Il est défini par le décret du 20 Avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficiencia des soins. Le contrat type est fixé par l'arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficiencia des soins mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale. L'instruction **du 26 juillet 2017** précise les modalités d'application et de fonctionnement du contrat.

Le **CAQES est composé d'un volet obligatoire** relatif au bon usage des médicaments, des produits et prestations, appelé « contrat socle » **et de volets additionnels** relatifs à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, la promotion de la pertinencia des actes, des prestations et des prescriptions de santé, l'amélioration des pratiques en établissements de santé (CAPES).

**La trame du rapport d'étape annuel (REA) décrite dans ce guide méthodologique répond aux exigences du contrat socle.** Un comité de pilotage (COPIL) régional, dont la composition a été validée par chaque fédération représentative des établissements de santé, a permis d'établir les objectifs, critères et modalités d'évaluation pour ce nouveau contrat contenus dans l'annexe relative au rapport d'étape annuel.

Ce nouveau contrat tripartite (Assurance maladie, ARS et établissement) est entré en vigueur au 1er Janvier 2018 et s'applique à l'ensemble des structures sanitaires : MCO, santé mentale, HAD, SSR, dialyse **jusqu'au 31 décembre 2021 compte tenu de la situation sanitaire liée à la COVID19.**

## 2. Modalités d'évaluation

Les membres du COPIL ont été sollicités à partir de mai 2017 pour définir les objectifs opérationnels et modalités d'évaluation du volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et prestations en s'appuyant notamment sur les objectifs généraux fixés au niveau national.

Un plan d'actions commun a été élaboré pour les établissements MCO, SSR, PSY, HAD et dialyse. Les spécificités ont été prises en compte avec des critères et évaluations particuliers.

Les axes stratégiques, critères de suivi et modalités d'évaluation ont été définis en concertation avec le COPIL. Les modalités d'évaluation reposent sur trois principes :

- Un rapport d'étape annuel identique à tous les établissements de santé avec la précision pour chaque critère du secteur concerné (MCO, SSR, santé mentale, HAD, dialyse)
- La définition par le COPIL d'une cible pour chaque critère qualitatif ou quantitatif qui pourra évoluer au fur et à mesure des années au regard de l'atteinte des engagements des années précédentes
- Une évaluation de l'ensemble des critères chaque année sur la base d'un score global de 105 points et d'un pourcentage d'atteinte globale au regard des critères concernant chaque établissement.

L'établissement ne pourra se voir proposer un intéressement que s'il présente un pourcentage global supérieur à la cible de l'année de référence suite à l'évaluation de l'ensemble du contrat. Les modalités d'intéressement ont été définies en novembre 2019 par le COPIL et en septembre 2020 retenant l'hypothèse présentée en 2.4.

### 2.1 Evaluation de l'ensemble des critères pour chaque année de référence

L'établissement transmet chaque année **avant le 15 Juin** le rapport d'étape annuel (modèle annexé au contrat) portant sur l'évaluation de l'année civile précédente.

**La troisième évaluation du volet obligatoire du contrat sera réalisée le 15 juin 2022 sur les engagements mis en œuvre en 2021.** Un calendrier de la période 2021/2022 est présenté au point 3. Ces évaluations annuelles sont réalisées **au regard des éléments de preuve transmis par l'établissement.**

Dans un **esprit d'échange et de valorisation des travaux** réalisés par les établissements, il est demandé aux établissements de fournir les différents travaux et documents élaborés qui seraient

Version du 7 décembre 2021

susceptibles d'être utiles pour d'autres établissements (travaux des COMEDIMS ou sous-commissions de la commission médicale, supports liés à l'amélioration de la qualité de la prise en charge, protocoles relatifs à certains médicaments ou dispositifs médicaux, procédures, cahiers des charges, etc.). Sauf avis contraire de la Direction, ces éléments de preuve seront collectés sur clé USB adressée avec le rapport d'étape.

**Pour chaque critère, l'établissement renseigne si l'objectif est « réalisé », « non réalisé », « partiellement réalisé » ou éventuellement « non concerné » en fonction des critères.**

Les points par critère sont attribués comme suit :

- Lorsque l'objectif est **réalisé**, l'établissement obtient le maximum de points attribués au critère.
- Lorsque l'objectif n'est **pas réalisé**, l'établissement n'obtient aucun point.
- Lorsque l'objectif est **partiellement réalisé**, l'établissement obtient la moitié des points attribués au critère.
- Lorsque **l'établissement n'est pas concerné** par un critère, le **pourcentage global sera calculé sur la base des critères qui concernent l'établissement.**

A noter que les **critères sont pondérés de 0 à 4 points** maximum.

**Certains critères sont évalués au regard de pièces justificatives** explicitement demandées dans le cadre du rapport d'étape annuel dans la colonne « éléments de preuve ». En l'absence de pièce justificative fournie, le critère sera évalué « non réalisé ».

**Pour certains critères, des audits spécifiques** sont à réaliser. La méthodologie et les grilles de recueil sont élaborées par les groupes de travail de l'OMEDIT. Le seul fait d'avoir réalisé et fourni les résultats de l'audit permet de répondre favorablement au critère. **Les résultats de l'audit ne sont pas évalués individuellement mais permettent de réaliser une synthèse régionale anonymisée des résultats et d'accompagner les établissements en difficulté, excepté pour le critère 60 concernant l'évaluation de la description de décision thérapeutique de chimiothérapie dans les fiches RCP.**

**Le guide sera susceptible d'évoluer chaque année**, les modifications seront proposées et validées par le COPIL au moment de l'étude du rapport d'étape annuel.

## 2.2 Définition d'une cible pour chaque année d'évaluation de référence

**En amont de la signature du contrat au 1<sup>er</sup> Janvier 2018**, l'établissement a complété et rapporté un rapport d'étape « T0 » sur l'année 2017, lui permettant de prendre connaissance du score hypothétique au moment de la signature et des éventuelles actions à mettre en œuvre pour répondre aux exigences.

Ce «T0» 2017 n'a pas donné lieu à une évaluation ou sanction.

La synthèse régionale des « T0 2017 » (par catégorie d'établissements) a permis d'obtenir :

- la somme obtenue sur les 79 critères qualitatifs et « pourcentage global » correspondant
- les résultats chiffrés des établissements pour 9 critères quantitatifs :
  - o critères 33 à 35 : logiciels d'aide à la prescription ;
  - o critères 39 et 40 : informatisation et traçabilité de la prise en charge thérapeutique;
  - o critères 45 et 46 : qualité de la lettre de liaison ;
  - o critères 55 et 56 : analyse pharmaceutique.

Le détail et l'analyse régionale des critères quantitatifs par catégorie d'établissements ont permis de définir les cibles pour chacun des 9 critères.

Au regard du T0 fourni par les établissements, le COPIL a pu ainsi proposer le pourcentage global (ou cible régionale) à atteindre pour 2020 et 2021 pour l'ensemble des établissements de la région (par catégorie) – **Ces cibles ont été revues à la hausse pour 2022 au regard du niveau d'atteinte des résultats en 2021.**

**La cible pour l'année 2022 (pourcentage global) a ainsi été augmentée et fixée par catégorie d'établissement à :**

- **70% pour les établissements MCO (activité principale)**
- **65% pour les établissements de Psychiatrie (activité principale)**
- **65% pour les établissements SSR (activité principale)**
- **60% pour les établissements HAD (activité principale)**
- **60% pour les établissements de Dialyse (activité principale)**

### 2.3 Evaluation par le comité de pilotage

Le **COFIL** se réunit tous les ans afin d'apprécier les écarts à la cible régionale et l'évolution des scores sur deux ans pour tous les établissements de santé. L'identification des établissements sera anonymisée afin d'éviter tout conflit d'intérêt.

A la suite de ce comité, l'agence régionale de santé transmet à l'établissement, avant le 30 septembre, le rapport d'évaluation.

L'établissement transmet ses observations écrites à l'agence régionale de santé dans le mois suivant cette réception.

### 2.4 Modalité de fixation de la sanction ou intéressement

Aucune sanction ne peut être envisagée dans le cadre de ce dispositif contractuel.

Suite au COFIL CAQES qui s'est réuni le 15 septembre 2021, les modalités d'intéressement sont les suivantes :

Un intéressement sur la base d'un score composite (sans différencier les catégories d'établissements):

- 60% de l'enveloppe régionale sur le score (environ 30% des ES ayant obtenu le meilleur score)
- 40% sur la progression (environ 30% des ES ayant obtenu la meilleure progression).

Le délai au terme duquel les intéressements peuvent être notifiés est prolongé jusqu'à l'audition de l'établissement si elle a été demandée avant l'expiration de ce délai, **au plus tard le 15 décembre** par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

### 3. Rappel du calendrier du CAQES pour 2021/2022

Acteurs	Etape	Calendrier 2021/2022
<b>ARS</b>	Diffusion aux établissements de santé MCO, SSR, de santé mentale, HAD et dialyse du guide d'aide au remplissage du rapport d'étape annuel du volet obligatoire du CAQES	Novembre 2021
<b>Etablissement de santé</b>	Saisie du bilan 2020 accompagné des éléments de preuve (à l'ARS – Direction de l'Appui à la Performance en recommandé avec accusé de réception)	Au plus tard le 15 juin 2022
<b>OMéDIT /ARS/AM /COFIL</b>	Analyse des rapports d'étape et proposition des décisions à la Direction Générale de l'ARS	Au plus tard le 30 septembre 2022
<b>ARS</b>	Envoi du rapport d'évaluation avec accusé de réception à l'établissement de santé	Au plus tard le 30 septembre 2022
<b>Etablissement de santé</b>	Observations éventuelles à l'ARS, par courrier, avec accusé de réception	Dans le mois suivant la réception de la proposition
<b>ARS</b>	Notification par la DG ARS après avis de l'organisme local d'assurance maladie d'un intéressement ou d'une sanction financière	Dans les 2 mois (au plus tard le 15 décembre 2022)
<b>Etablissement de santé</b>	Si désaccord, présentation de ses observations écrites et demande d'audition	Dans les 15 jours après réception de la notification
<b>ARS</b>	Décision DG ARS après avis de l'organisme local d'assurance maladie d'un intéressement ou d'une sanction financière	Au plus tard le 31 décembre 2022

#### 4. Modalités d'envoi du rapport d'étape annuel 2022 (évaluant l'année 2021)

Le rapport d'étape 2022 et les éléments de preuve sont à envoyer par courrier ou par mail avec accusé de réception avant le 15 Juin 2022.

L'envoi doit contenir :

- Le fichier EXCEL intitulé « Rapport d'étape annuel CAQES – volet obligatoire » sous format numérique (clé USB) ;
- Les éléments de preuve sous format numérique (clé USB) ;
- Une copie papier de tous les onglets (hors glossaire) du fichier EXCEL intitulé « Rapport d'étape annuel CAQES – volet obligatoire » n'est donc plus obligatoire.

Les éléments de preuve doivent être envoyés en même temps que le rapport d'étape annuel.

Les éléments de preuve doivent être numérotés et répertoriés dans un sommaire.

Si l'envoi est réalisé par voie postale avec accusé réception l'adresse postale est suivante :

**Agence Régionale de Santé de Normandie**  
**A l'attention de Monsieur le Directeur Général**  
**Pôle « Qualité – Performance »**  
**Espace Claude Monet – 2 place Jean Nouzille**  
**CS 55035**  
**14050 Caen Cedex 4**

Si l'envoi est réalisé par mail avec accusé réception l'adresse est suivante : ARS-NORMANDIE-DIRECTION-APPUI-PERFORMANCE [ars-normandie-direction-appui-performance@ars.sante.fr](mailto:ars-normandie-direction-appui-performance@ars.sante.fr)

**Ces éléments seront classés dans l'ordre des items** afin que l'évaluation des données déclarées puisse être réalisée dans les délais prévus. **Pour tout élément de preuve manquant, l'item sera considéré comme absent. Le score s'en trouvera ainsi pénalisé.**

Une **colonne « Commentaire libre »** permet à l'établissement de renseigner les critères ou qui ne nécessitent pas l'envoi d'un élément de preuve spécifique (ex : ratio de professionnels, nombre de séances, nombre d'évènements, etc.).



## II. Guide de remplissage

Pour toute question relative au rapport d'étape annuel, contacter l'OMEDIT de Normandie au 02.31.70.95.21.

### 1. Généralités

Le rapport d'étape annuel est rédigé sous format Excel®. Le document est composé de 4 onglets :

- Un onglet [présentation de l'établissement](#)
- Un onglet [rapport d'étape](#)
- Un onglet [synthèse des résultats](#)
- Un onglet [glossaire](#)

**Le fichier de la trame est protégé, il ne faut pas insérer de lignes ou de colonnes supplémentaires ou modifier l'ordre des onglets** ; certaines cellules ont été paramétrées afin d'en faciliter la saisie : format, nombre, pourcentage, fraction, date ou texte, menus déroulants.

Les onglets « Présentation de l'établissement » et « Rapport d'étape » sont à remplir par l'établissement qui doit s'assurer de la validité des informations pré-remplies, ou compléter les informations dans l'onglet [présentation de l'établissement](#).

**L'établissement devra vérifier l'activité principale indiquée à partir du nombre de séjours renseignés à partir des données SAE 2020.**

La trame du rapport d'étape annuel est constituée de 6 chapitres, se rapportant aux articles de l'arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.

L'onglet **rapport d'étape** se présente comme suit :

- Colonne A : Numéro de l'critère de 1 à 90.
- Colonne B : Structure concernée par le critère :
  - MCO
  - et/ou SSR
  - et/ou HAD
  - et/ou Psy
  - et/ou dialyse
- Colonne C : Objectifs opérationnels
- Colonne D : Eléments d'appréciation
- Colonne E : Eléments de preuve à fournir
- Colonnes F, G, H : Modalités de répartition des points en fonction de la réalisation (complète ou partielle) ou non réalisation
- Colonne I et J : Taux ou nombre à compléter
- Colonne K : Menu déroulant, à compléter par l'établissement
- Colonne L : Commentaires éventuels de l'établissement
- Colonne N : Taux calculé automatiquement à partir des colonnes I et J
- Colonne O : Nombre de points acquis

**Les critères sont déclinés par chapitre. Certains critères s'appliquent à tous les secteurs (MCO, SSR, HAD, Psy, Dialyse), d'autres sont spécifiques à un ou plusieurs secteur(s) d'activité.**

**Se référer à la colonne B pour savoir quel secteur d'activité est concerné par le critère.** L'établissement remplit l'onglet rapport d'étape en complétant les colonnes I, J, K. L'établissement peut également indiquer dans la colonne L des commentaires succincts concernant le critère, des réponses, ou détailler les actions entreprises et les difficultés rencontrées.

La synthèse des résultats s'effectue de manière automatique. L'établissement ne complète pas cet onglet et ne doit pas le modifier.

## 2. Fiches descriptives critères

Les objectifs fixés au niveau régional tiennent compte du bilan des précédents contrats de bon usage et des orientations nationales et/ou régionales.

**L'ensemble des critères doit être complété par tous les établissements sur les secteurs d'activités qui les concernent et précisés en colonne B du fichier Excel.**

**NB : les établissements non concernés par un critère indiquent « non concerné » afin que leur pourcentage global tienne compte des seuls critères qui les concernent.**

## 2.1 Art. 10-1 : Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations (critères 1 à 43)

Objectif opérationnel	Définition d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge thérapeutique des patients
Numéro du critère	1 : Politique d'amélioration continue de la qualité
Pondération	1 point
Source réglementaire	<p>Article L6111-2 /Art. R. 6144-2 et suivant / Art. R. 6164-2 et suivant du CSP Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.</p> <p>Décret n° 2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé</p> <p>Décret n° 2010-1325 du 5 novembre 2010 relatif à la Conférence Médicale d'Établissement des établissements de santé privés</p>
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement transmet la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de l'efficience de la prise en charge thérapeutique des patients qui s'inscrit dans la politique générale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne transmet pas de politique conforme aux exigences réglementaires.</li> </ul>
Commentaire(s)	<p>L'objectif est de vérifier la stratégie de pilotage de l'établissement par la mise en place et le suivi d'une politique d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge thérapeutique visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux et des dispositifs médicaux par une approche concertée et pluridisciplinaire. Au regard de ses missions, l'établissement élabore sa stratégie à partir de la réglementation en vigueur et de la hiérarchisation de ses risques identifiés à partir de leur analyse a priori et a posteriori.</p> <p>Il établit ses priorités d'actions et fixe dans sa stratégie des objectifs d'amélioration précis et mesurables.</p>
Éléments de preuve	La date d'actualisation de la politique doit être indiquée en case « Commentaire ». Aucun élément de preuve supplémentaire n'est demandé.

Objectif opérationnel	Définition d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge thérapeutique des patients
Numéro du critère	2 : Validation de la politique d'amélioration continue de la qualité
Pondération	1 point
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si la politique est validée institutionnellement (direction / CME) (ex : CR de CME, signature du document par Directeur et Président de CME).</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si la politique n'est pas validée institutionnellement (direction / CME).</li> </ul>
Éléments de preuve	La date d'actualisation de la politique doit être indiquée en case « Commentaire ». Aucun élément de preuve supplémentaire n'est demandé.

Objectif opérationnel	Définition d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge thérapeutique des patients
Numéro du critère	3 : Actualisation de la politique d'amélioration continue de la qualité
Pondération	1 point
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si la politique a été actualisée au regard des évolutions réglementaires et des nouvelles orientations ou besoins de l'établissement.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si la politique n'a pas été actualisée.</li> </ul>
Éléments de preuve	La date d'actualisation de la politique doit être indiquée en case « Commentaire ». Aucun élément de preuve supplémentaire n'est demandé.

Objectif opérationnel	Formalisation d'un programme d'actions en matière de qualité, de sécurité et d'efficience de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des dispositifs médicaux stériles
Numéro du critère	4 à 13 : Programme d'actions « Qualité, sécurité, efficience de la PECM et des DMS »
Pondération	1 point par critère - 10 points au total
Source règlementaire	<p>Article L6111-2 /Art. R. 6144-2 et suivant / Art. R. 6164-2 et suivant du CSP Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.</p> <p>Décret n° 2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé</p> <p>Décret n° 2010-1325 du 5 novembre 2010 relatif à la Conférence Médicale d'Établissement des établissements de santé privés</p> <p>Décret n° 2010-439 DU 30 avril 2010 relatif à la CME dans les établissements de santé publics.</p>
Eléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement transmet le programme d'actions actualisé annuellement assorti du calendrier, des indicateurs de suivi ainsi que des responsabilités associées, la liste des audits et EPP mises en œuvre sur l'année 2021.</li> </ul> <p>Le programme d'actions doit décrire de manière explicite les actions actualisées mises en œuvre en 2021 assorties du calendrier et des critères de suivi, ainsi que des responsabilités associées. L'évaluation portera sur la présence ou non des actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur le bon usage des médicaments et la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse</li> <li>- sur le bon usage des DM et le circuit des DM</li> <li>- sur les never events (notamment liste ANSM),</li> <li>- sur l'antibiothérapie,</li> </ul> <p>sur l'amélioration du référencement des médicaments et DM (livret médicaments et Dispositifs Médicaux, ...) sur l'informatisation du processus de la PECM Les actions doivent être issues :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des analyses des événements indésirables des CREX ou des RMM</li> <li>- des évaluations internes (études de risque a priori, audits, EPP), et externes (certification, inspections, indicateurs nationaux, audits croisés ...)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Partiellement réalisé</b> » si le programme d'actions ne couvre pas l'ensemble des actions ou des secteurs concernés (précisés en colonne B) pour chacun des critères.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne transmet pas le programme d'actions ou s'il ne correspond pas à l'attendu.</li> </ul>
Commentaire(s)	Chacun des critères concerne tous les secteurs d'activité mentionnés en colonne B.
Eléments de preuve	La date d'actualisation du plan d'actions doit être indiquée en case « Commentaire ». Aucun élément de preuve supplémentaire n'est demandé.

Objectif opérationnel	Formalisation d'un programme d'actions en matière de qualité, de sécurité et d'efficacité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des dispositifs médicaux stériles
Numéro du critère	14 : Actualisation du programme d'actions
Pondération	1 point
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si le programme d'actions a été actualisé au cours de l'année 2021.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Partiellement réalisé</b> » si le programme d'actions a été actualisé sur la période du 1<sup>er</sup> trimestre de l'année 2021.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si le programme d'actions n'a pas été actualisé au cours de l'année 2021 ou du 1<sup>er</sup> trimestre de l'année 2022.</li> </ul>
Éléments de preuve	La date d'actualisation du plan d'actions doit être indiquée en case « Commentaire ». Aucun élément de preuve supplémentaire n'est demandé.

Objectif opérationnel	Formalisation d'un programme d'actions en matière de qualité, de sécurité et d'efficacité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des dispositifs médicaux stériles
Numéro du critère	15 : Présentation annuelle des actions d'amélioration
Pondération	1 point
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si le bilan annuel des actions d'amélioration mises en œuvre et de leur efficacité a été présenté au cours de l'année 2020 à la commission médicale d'établissement (CME) ou à la conférence médicale d'établissement (CfME) et éventuellement sous-commission spécifique (COMEDIMS, Commission ATB, ...)</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si le bilan annuel des actions d'amélioration mises en œuvre et de leur efficacité n'a pas été présenté au cours de l'année 2020.</li> </ul>
Éléments de preuve	La date d'actualisation du plan d'actions doit être indiquée en case « Commentaire ». Aucun élément de preuve supplémentaire n'est demandé.

Objectif opérationnel	Formalisation d'un programme d'actions en matière de qualité, de sécurité et d'efficacité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des dispositifs médicaux stériles
Numéro du critère	16 : Communication auprès des professionnels de l'établissement
Pondération	1 point
Éléments d'appréciation	<p>Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement communique auprès des professionnels de l'établissement (Objectifs, plans d'actions, retours d'expérience, etc...) et fournit les éléments de communication interne (sur la qualité et de la sécurité des médicaments et dispositifs médicaux) réalisés au cours de l'année 2021.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne communique pas auprès des professionnels de l'établissement (Objectifs, plans d'actions, retours d'expérience, etc...) ou.</li> </ul>
Éléments de preuve	Aucun élément de preuve n'est demandé.

Objectif opérationnel	Désignation du responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
Numéro du critère	17 : Désignation du RSMQ
Pondération	1 point
Source réglementaire	Article 5 de l'Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si un responsable du système de management de la qualité (RSMQ) de la prise en charge médicamenteuse est nommé et ses responsabilités/missions sont définies et si l'établissement transmet la fiche de poste avec le nom et prénom du responsable identifié et ses missions spécifiques en tant que RSMQPECM.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si aucun responsable du système de management de la qualité (RSMQ) de la prise en charge médicamenteuse n'est nommé et que ses missions ne sont pas définies ou si l'établissement ne transmet pas la fiche de poste avec le nom et prénom du responsable identifié et ses missions spécifiques en tant que RSMQPECM.</li> </ul>
Éléments de preuve	Indiquer son nom et coordonnées sur l'onglet « Présentation ES » du fichier Excel.



Objectif opérationnel	Formation du personnel sur la qualité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique
Numéro du critère	18 : Inclusion de la formation PECM dans le plan de formation
Pondération	1 point
Source réglementaire	Article 7 de l'Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement transmet le plan de formation de l'établissement <b>et</b> la liste des formations spécifiques à la qualité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique mises en œuvre sur l'année 2021.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Partiellement réalisé</b> » si l'établissement transmet le plan de formation de l'établissement <b>ou</b> la liste des formations spécifiques à la qualité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique mises en œuvre sur l'année 2021.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne transmet pas le programme d'actions ou s'il ne correspond pas à l'attendu.</li> </ul>
Commentaire(s)	<p>Les thématiques des formations et de sensibilisations doivent être explicites et doivent concerner les médicaments et dispositifs médicaux. Les formations ne doivent pas nécessairement être validantes pour le DPC.</p> <p>Un plan de formation contenant majoritairement des formations par des laboratoires pharmaceutiques ne sera pas pris en compte.</p> <p>Ces formations doivent être pluri-professionnels (médecins, IDE, cadre, pharmaciens...) et concernent <b>l'ensemble des professionnels des secteurs de l'établissement MCO, SSR, Psy, dialyse et HAD.</b></p>
Éléments de preuve	Aucun élément de preuve n'est demandé.

Objectif opérationnel	Formation du personnel sur la qualité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique
Numéro du critère	19 : Formation des nouveaux arrivants à la PECM
Pondération	1 point
Source réglementaire	Article 7 de l'Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si le plan de formation de l'établissement propose et met en œuvre des formations spécifiques à la qualité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique à l'arrivée des nouveaux arrivants et si l'établissement fournit la description de l'organisation mise en place pour la formation des nouveaux arrivants (notamment formation au LAP, support de prescription/administration, livret d'accueil).</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Partiellement réalisé</b> » si l'établissement propose un plan de formation avec la mise en œuvre de formations spécifiques à la qualité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique à l'arrivée des nouveaux arrivants <u>ou</u> si l'établissement fournit la description de l'organisation mise en place pour la formation des nouveaux arrivants (notamment formation au LAP, support de prescription/administration, livret d'accueil).</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si aucun plan de formation n'est proposé à l'arrivée des nouveaux arrivants ou si l'établissement ne fournit par la description de l'organisation mise en place.</li> </ul>
Éléments de preuve	Aucun élément de preuve n'est demandé.

Objectif opérationnel	Formation du personnel sur la qualité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique
Numéro du critère	20 : Plan de formation spécifique à la sensibilisation aux erreurs
Pondération	1 point
Source réglementaire	Article 7 de l'Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si le plan de formation propose et met en œuvre des formations pour sensibiliser aux erreurs médicamenteuses, aux "never events" et aux médicaments et patients à risques.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Partiellement réalisé</b> » si le plan de formation propose et met en œuvre très peu de formations pour sensibiliser aux erreurs médicamenteuses, aux "never events" et aux médicaments et patients à risques compte tenu de son profil d'activité.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si le plan de formation ne propose pas de formations pour sensibiliser aux erreurs médicamenteuses, aux "never events" et aux médicaments et patients à risques.</li> </ul>
Commentaire(s)	Les formations et sensibilisation prises en compte sont notamment la chambre des erreurs, les films analyse de scénario, des e-learning, participation à la semaine de la sécurité des patients, réunion de service interne, ...
Éléments de preuve	Aucun élément de preuve n'est demandé.

Objectif opérationnel	Formation du personnel sur la qualité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique
Numéro du critère	21 et 22 : Le plan de formation PECM concerne tous les pôles
Pondération	1 point par critère – 2 points au total
Source règlementaire	Article 7 de l'Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement fournit la liste (critère N°21) et le ratio (critère N°22) relatifs aux actions de formations / sensibilisations mises en œuvre sur l'année 2021.– ces formations doivent concerner tous les pôles, services, et tous les acteurs de la prise en charge thérapeutique</li> <li>-</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Partiellement réalisé</b> » si les formations / sensibilisations mises en œuvre l'année 2021 ne concernent pas tous les pôles, services, ou tous les acteurs de la prise en charge thérapeutique : <b>pour le critère 21.</b></li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne fournit pas la liste et ratio des formations / sensibilisations mises en œuvre l'année 2021.</li> </ul>
Commentaire(s)	<p>La thématique des formations et sensibilisations doit être explicites et doivent concerner les médicaments et dispositifs médicaux.</p> <p>Ces formations doivent être destinées à l'ensemble des acteurs concernés par la prise en charge thérapeutique (médecins, IDE, cadre, pharmaciens, préparateurs <b>des secteurs de l'établissement MCO, SSR, Psy, dialyse et HAD).</b></p> <p>Critère 22 : Ratio à préciser dans la case « Commentaire »</p>
Éléments de preuve	Aucun élément de preuve n'est demandé.

Objectif opérationnel	Conduite et mise en œuvre de l'étude des risques a priori
Numéro du critère	23 et 24 : Etude des risques a priori
Pondération	2 points par critère – 4 points au total
Source règlementaire	Article 8 de l'Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé (pour critère 23).
Eléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement réalise l'étude des risques précisant la date de mise en œuvre et de réévaluation.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Partiellement réalisé</b> » si l'établissement réalise l'étude des risques sur une partie des secteurs d'activité.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne réalise pas l'étude des risques précisant la date de mise en œuvre et de réévaluation.</li> </ul>
Commentaire(s)	<p>Pour l'étude des risques a priori sur le circuit des DMS, l'outil diagnostic DMS de l'ANAP peut être utilisé : <a href="http://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/dm-sterilisation/dm-dmi/dm-dmi,3349,3925.html">http://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/dm-sterilisation/dm-dmi/dm-dmi,3349,3925.html</a></p> <p>Pour l'étude des risques a priori sur la PECM, la fréquence de réévaluation prend en compte les priorités de l'établissement, notamment le calendrier de la certification HAS, toute modification du processus de la PECM, ...</p> <p><b>Pour les établissements d'HAD, l'étude de risque peut être réalisée avec l'outil Interdiag HAD (2 versions : avec PUI et sans PUI).</b></p>
Eléments de preuve	Aucun élément de preuve n'est demandé.

Objectif opérationnel	Gestion des risques a posteriori
<b>Numéro du critère</b>	25 à 30 : Evènements indésirables et retours d'expériences
<b>Pondération</b>	8 points répartis sur l'ensemble des critères
<b>Source règlementaire</b>	Article 9 de l'Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
<b>Eléments d'appréciation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement transmet les éléments de preuve ou indique les nombres précisés dans les éléments d'appréciation.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Partiellement réalisé</b> » pour le critère 26 si la méthodologie des CREX ne prend pas en compte l'organisation précisée dans les éléments d'appréciation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o priorise les déclarations internes à analyser</li> <li>o procède par toute méthodologie à l'analyse collective et interdisciplinaire des causes, au plus près du lieu de survenue de l'événement</li> <li>o propose, pour chaque déclaration analysée, des actions d'amélioration</li> <li>o procède à l'accompagnement et au suivi de la réalisation de ces actions et de l'évaluation de leur efficacité</li> <li>o communique sur ce retour d'expérience dans le cadre de la politique de gestion des risques de l'établissement</li> </ul> </li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne transmet pas les nombres ou si aucun CREX n'a été réalisé ou si aucune déclaration de pharmacovigilance ou matériovigilance n'a été faite sur l'année 2021.</li> </ul>
<b>Eléments de preuve</b>	<p>Critères 25 : Aucun élément de preuve n'est demandé.</p> <p>Critère 26 : Fournir les comptes rendus de CREX liés aux produits de santé et d'éventuels autres outils (description de l'organisation mise en place dans l'établissement pour la priorisation et l'analyse des événements, tableau de bord des CREX précisant les secteurs (MCO, HAD, SSR, Psy, Dialyse) concernés par l'analyse, la mise en place et le suivi des actions d'amélioration, actions de communication en lien avec l'analyse et les actions d'amélioration...)</p> <p>Critères 27 à 29 : <b>Indiquer les nombres</b></p> <p>Critère 30 : Indiquer le nombre de déclarations transmises au CRPV et de matériovigilances en 2021.</p>

<b>Objectif opérationnel</b>	<b>Utilisation des logiciels d'aide à la prescription (LAP) pour toutes les prescriptions de médicaments y compris pour celles effectuées dans le cadre des consultations mentionnées à l'article L. 162-26 ou lors de la sortie de l'établissement de santé</b>
<b>Numéro du critère</b>	31 et 32 : Informatisation des prescriptions de sortie via les LAP
<b>Pondération</b>	1 point (pour le critère 32)
<b>Source réglementaire</b>	Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
<b>Éléments d'appréciation</b>	<p>Critère 31 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement transmet les nombres. Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas les nombres.</li> </ul> <p>Critère 32 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement transmet le plan de déploiement et précise l'état d'avancement, le calendrier de mise en œuvre du ou des LAP et LAD y compris sur les prescriptions de sortie, en précisant si les LAP /LAD sont certifiés <b>ou</b> si le taux du critère 31 est de 100%.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne transmet pas le plan de déploiement.</li> </ul>
<b>Commentaire(s)</b>	<p>Critère 31 : Estimer en :</p> <p>Numérateur : nombre de prescriptions de sortie informatisées</p> <p>Dénominateur : nombre total de prescriptions de sortie</p>
<b>Éléments de preuve</b>	Critère 32 : Fournir le plan de déploiement et préciser l'état d'avancement du calendrier de mise en œuvre du ou des LAP et LAD y compris sur les prescriptions de sortie. Préciser si LAP /LAD certifié

<b>Objectif opérationnel</b>	<b>Utilisation des logiciels d'aide à la prescription (LAP) pour toutes les prescriptions de médicaments y compris pour celles effectuées dans le cadre des consultations mentionnées à l'article L. 162-26 ou lors de la sortie de l'établissement de santé</b>
<b>Numéro du critère</b>	33 et 34 : Informatisation des prescriptions intra-hospitalières par des LAP certifiés
<b>Pondération</b>	1 point par critère - 2 points au total
<b>Source réglementaire</b>	Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
<b>Éléments d'appréciation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement a un taux <b>égal à 100%</b>.</li> <li>- Jugé comme objectif « Partiellement réalisé » si l'établissement a un taux <b>≥ 50% *</b>.</li> <li>- Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement a un taux <b>&lt; 50%*</b>.</li> </ul> <p><b>*Pour les 2 établissements de dialyse : seuil spécifique à 10%</b></p>
<b>Commentaire(s)</b>	<p>Critère 33 :            Numérateur : nombre de lits utilisant un LAP certifié            Dénominateur : nombre total de lits de l'établissement.</p> <p>Critère 34 :            Numérateur : nombre d'unités de soins utilisant un LAP certifié            Dénominateur : nombre total d'unités de soins de l'établissement (y compris chirurgie, SSR, etc.)            Ne concerne que les unités prescriptrices (sont notamment exclues les unités de recherche et les laboratoires).</p> <p>Préciser en case commentaire le(s) nom(s) du ou des logiciel(s) et la version. Ces éléments seront analysés au regard de la liste des logiciels d'Aide à la Prescription hospitaliers certifiés selon le référentiel de la HAS disponible <a href="#">ici</a></p> <p>Pour information : <a href="#">Modalités de certification des LAP disponibles ici</a>.</p>



<b>Objectif opérationnel</b>	<b>Utilisation des logiciels d'aide à la prescription (LAP) pour toutes les prescriptions de médicaments y compris pour celles effectuées dans le cadre des consultations mentionnées à l'article L. 162-26 ou lors de la sortie de l'établissement de santé &gt; Taux de lits et places informatisés</b>
<b>Numéro du critère</b>	35 : Taux de lits et places informatisés
<b>Pondération</b>	1 point
<b>Source réglementaire</b>	Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
<b>Éléments d'appréciation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement a un taux <b>égal à 100%</b>.</li> <li>- Jugé comme objectif « Partiellement réalisé » si l'établissement a un taux <b>≥ 70%</b>.</li> <li>- Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement a un taux <b>&lt; 70%</b>.</li> </ul>
<b>Commentaire(s)</b>	Numérateur : nombre de lits et places informatisés Dénominateur : nombre total de lits et places de l'établissement.

Objectif opérationnel	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
Numéro du critère	36 à 38 : Identification des prescriptions par RPPS
Pondération	2 points (pour le critère 37)
Source réglementaire	Instruction DGOS/MSIOS n° 2010-396 du 29 novembre 2010 relative aux modalités de marquage des prescriptions hospitalières exécutées en ville avec les codes à barres
Eléments d'appréciation	<p>Critère 36 : Taux fourni par l'assurance maladie à partir d'un échantillonnage.</p> <p>Critère 37 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement possède un plan de déploiement et précise l'état d'avancement, le calendrier de mise en œuvre.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne possède pas le plan de déploiement.</li> </ul> <p>Critère 38 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement transmet les nombres.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne transmet pas les nombres.</li> </ul>
Commentaire(s)	<p>Critère 36 : Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si aucune donnée n'a pu être fournie par Assurance Maladie. Aucun élément de preuve n'est demandé.</p> <p>Critère 37 : Aucun élément de preuve n'est demandé.</p> <p>Critère 38 :</p> <p>Numérateur : Nombre d'ordonnances intra-hospitalières précisant le numéro RPPS</p> <p>Dénominateur : nombre total d'ordonnances intra-hospitalières</p>

Objectif opérationnel	Informatisation et traçabilité de la prise en charge thérapeutique du patient jusqu'à l'administration du médicament.
Numéro du critère	39 : Informatisation de la prescription à l'administration
Pondération	1 point
Source réglementaire	<p>Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.</p> <p>Décret n° 2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé</p>
Eléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement a un taux <b>égal à 100%</b>.</li> <li>- Jugé comme objectif « Partiellement réalisé » si l'établissement a un taux <b>≥ 70%</b>.</li> <li>- Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement a un taux <b>&lt; 70%</b>.</li> </ul>
Commentaire(s)	<p>Numérateur : nombre de lits informatisés de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration</p> <p>Pour rappel :</p> <p>Dénominateur : nombre de lits total.</p> <p>Les places d'hôpitaux de jour sont à inclure.</p>

<b>Objectif opérationnel</b>	<b>Informatisation et traçabilité 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.</b>
<b>Numéro du critère</b>	40 : Traçabilité informatique des DMI
<b>Pondération</b>	2 points
<b>Source réglementaire</b>	<p>Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.</p> <p>Décret n° 2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé.</p> <p>Décret n°2006-1497 du 29 novembre 2006 relatif à la matériovigilance et à la traçabilité des DMI.</p> <p>Instruction n° DGOS/PF2/2015/200 du 15 juin 2015 relative aux résultats de l'enquête nationale sur l'organisation de la traçabilité sanitaire des dispositifs médicaux implantables dans les établissements de santé des secteurs publics et privés, titulaires d'activités de médecine, chirurgie et obstétrique.</p>
<b>Éléments d'appréciation</b>	<p>Évalué à partir du <b>taux de traçabilité informatique du DMI</b></p> <p>Taux* = Nombre de DMI dont l'implantation est informatiquement tracée / nombre total d'unités de DMI implantées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement a un <b>taux <math>\geq</math> 90%</b>.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Partiellement réalisé</b> » si l'établissement a un <b>taux &lt; 90% <u>mais a réalisé l'audit.</u></b></li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement a un <b>taux &lt; 90% <u>et n'a pas réalisé l'audit.</u></b></li> </ul>
<b>Commentaire(s)</b>	* Fournir le numérateur et le dénominateur soit via extraction des données de l'établissement soit via l'audit – onglet « Traçabilité quantitative »
<b>Éléments de preuve</b>	Extraction des données de l'établissement ou fournir l'audit « Traçabilité des DMI » <a href="#">disponible ici – Mis à jour en septembre 2021.</a>

<b>Objectif opérationnel</b>	<b>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.</b>
<b>Numéro du critère</b>	41 : Document de traçabilité de sortie des DMI
<b>Pondération</b>	2 points
<b>Source règlementaire</b>	Décret n°2006-1497 du 29 novembre 2006 relatif à la matériovigilance et à la traçabilité des DMI. Arrêté du 8 septembre 2021 relatif au management de la qualité du circuit des DMI dans les établissements de santé et les installations de chirurgie esthétique.
<b>Éléments d'appréciation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement <b>fournit l'audit traçabilité des DMI (onglet « Traçabilité qualitative ») et obtient un taux de « traçabilité de l'information du patient conforme » différent de 0.</b></li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement n'a pas fourni l'audit (onglet « Traçabilité qualitative ») ou si le taux de l'audit <b>de « traçabilité de l'information du patient conforme » est égal à 0.</b></li> </ul>
<b>Commentaire</b>	Cf. fiche méthodologique « Traçabilité des DMI ». Cet audit permet de réaliser un état des lieux de la traçabilité de l'information remise au patient.
<b>Éléments de preuve</b>	Avoir fourni l'audit « traçabilité des DMI » - onglet « <b>Traçabilité qualitative</b> » <a href="#">disponible ici – mis à jour en septembre 2021.</a>

<b>Objectif opérationnel</b>	<b>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.</b>
<b>Numéro du critère</b>	42 : Déploiement de la classification CLADIMED
<b>Pondération</b>	Aucune
<b>Éléments d'appréciation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement fournit les nombres.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne transmet pas les nombres.</li> </ul>
<b>Commentaire(s)</b>	<p>Numérateur : Nombre d'unités de DMI stockées enregistrées selon la classification CLADIMED dans l'établissement</p> <p>Dénominateur : Nombre d'unités de DMI stockées dans l'établissement</p>

Objectif opérationnel	Dispensation à délivrance nominative
Numéro du critère	43 : Plan de déploiement de la délivrance nominative
Pondération	1 point
Source règlementaire	Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
Eléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement organise la montée en charge programmée de l'activité de délivrance nominative en fonction de son profil d'activité et transmet l'organisation ainsi que le plan de déploiement avec précision de l'état d'avancement et le calendrier de mise en place.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement n'organise pas la montée en charge programmée de l'activité de délivrance nominative en fonction de son profil d'activité ou ne transmet pas le plan de déploiement.</li> </ul>
Commentaire(s)	<p>L'évaluation de ce critère de dispensation pourra évoluer au regard des évolutions règlementaires.</p> <p>A ce jour, la <b>définition de la dispensation</b> des médicaments associe à l'analyse et la validation de la prescription, la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament, la préparation éventuelle des doses à administrer et l'acheminement des médicaments aux unités de soins.</p> <p>Le terme de « <b>délivrance</b> » <b>nominative</b> des médicaments englobe les deux dernières étapes qui relèvent du circuit « physique » du médicament.</p> <p>La <b>délivrance nominative</b> : les médicaments sont préparés par la PUI et délivrés aux unités de soins en doses unitaires, par patient, et correspondent à l'administration pour une période prédéterminée selon les organisations (journalière, hebdomadaire, bihebdomadaire, mensuel,...).</p> <p>La délivrance nominative se différencie donc de la délivrance globale (distribution globale) et de la délivrance reglobalisée.</p> <p>La <b>délivrance globale</b> (ou distribution globale) : elle se caractérise par la présence permanente d'une dotation de médicaments dans l'unité de soins. Son contenu est déterminé conjointement par le pharmacien et le médecin responsable de l'unité de soins. Cette dotation fait l'objet d'une mise à jour régulière.</p> <p>La <b>délivrance reglobalisée</b> : elle se différencie du circuit en délivrance nominative par le fait que les médicaments sont délivrés à une unité de soins de manière globale en quantité correspondant aux besoins des patients pour une période donnée au vu des prescriptions. La préparation des doses unitaires est assurée par l'infirmière.</p>
Eléments de preuve	Aucun élément de preuve n'est demandé.

Objectif opérationnel	Dispensation à délivrance nominative
<b>Numéro du critère</b>	44 : Taux de dispensation à délivrance nominative
<b>Pondération</b>	1 point
<b>Source réglementaire</b>	Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
<b>Éléments d'appréciation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement transmet les nombres.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne transmet pas les nombres.</li> </ul>
<b>Commentaire(s)</b>	<p>Numérateur Nombre de lits et places bénéficiant d'une dispensation à délivrance nominative (DIN) des médicaments.</p> <p>Rappel :  Dénominateur : Nombre total de lits et places (incluant les lits EHPAD, US - DSS).</p>

**Art. 10-2: Développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau**

<b>Objectif opérationnel</b>	<b>Amélioration du parcours de soins</b>
<b>Numéro du critère</b>	45 et 46 : Qualité de la lettre de liaison à la sortie (QLS)
<b>Pondération</b>	5 points répartis sur les 2 critères
<b>Source réglementaire</b>	Décret n°2016-998 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.
<b>Éléments d'appréciation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement a transmis la grille d'évaluation</li> <li>- Jugé comme objectif « Partiellement réalisé » si l'établissement a transmis la grille d'évaluation pour moins de 10 patients âgés.</li> <li>- Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement n'a pas transmis la grille d'évaluation.</li> </ul>
<b>Commentaire(s)</b>	<p>L'indicateur QLS est remplacé par support d'aide à la <b>revue de médication</b></p> <p>L'évaluation des critères 45 et 46 se fera sur la transmission de la grille d'évaluation de la pertinence de prescription pour 10 patients âgés, selon la grille disponible (grille actualisée en 2021) <a href="#">ICI</a>.</p> <p>Cette évaluation s'applique à l'ensemble des établissements (MCO, SSR, PSY, HAD et Dialyse)</p> <p><i>NB : Cet outil constitue un support pédagogique d'aide à l'initiation d'une démarche de revue de médication au sein d'un établissement. Il n'a pas vocation à être complété de manière exhaustive. Chaque établissement, complètera le support, en fonction de son état d'avancement sur la démarche de mise en œuvre des revues de médication.</i></p>



Objectif opérationnel	Amélioration du parcours de soins
Numéro du critère	47 à 49 : Information sur le bon usage des médicaments en sortie
Pondération	8 points répartis sur les 3 critères
Source réglementaire	Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
Eléments d'appréciation et éléments de preuve	<p>Critère 47 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement transmet l'organisation et les modalités mises en place pour assurer la transmission de l'information sur le bon usage et l'observance des traitements médicamenteux (envoi des informations aux professionnels libéraux via messagerie <u>sécurisée</u> ou plateforme d'échanges dédiée par ex.).</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Partiellement réalisé</b> » si l'établissement transmet l'organisation et les modalités mises en place pour assurer la transmission de l'information sur le bon usage et l'observance des traitements médicamenteux (envoi des informations aux professionnels libéraux <u>via fax</u> ou messagerie <u>non sécurisée</u> par ex.).</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne transmet pas l'organisation et les modalités mises en place ou si elles ne correspondent pas à l'attendu.</li> </ul> <p>Critère 48 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement met à disposition, du patient ou de son entourage des outils d'information relatifs au bon usage des produits de santé (fiches conseils, fiches de bon usage, outils d'aide à la coordination, avec des entretiens patients réguliers).</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Partiellement réalisé</b> » si l'établissement met à disposition, du patient ou de son entourage des outils d'information relatifs au bon usage des produits de santé (fiches conseils, fiches de bon usage, outils d'aide à la coordination, sans entretiens patients systématiques).</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne met pas à disposition du patient ou de son entourage des outils d'information relatifs au bon usage des produits de santé ou s'ils ne correspondent pas à l'attendu.</li> </ul> <p>Critère 49 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement met à disposition des professionnels de santé de ville des outils d'information relatifs au bon usage des produits de santé (fiches conseils, fiches de bon usage, outils d'aide à la coordination via messagerie sécurisée ou plateforme dédiée par ex.).</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Partiellement réalisé</b> » si l'établissement met à disposition des professionnels de santé de ville des outils d'information relatifs au bon usage des produits de santé (fiches conseils, fiches de bon usage, outils d'aide à la coordination via</li> </ul>

	<p>messagerie non sécurisée ou fax ou par l'intermédiaire du patient par ex.).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne met pas à disposition des professionnels de santé de ville des outils d'information relatifs au bon usage des produits de santé ou s'ils ne correspondent pas à l'attendu.</li> </ul> <p>Critères 47/48 et 49 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugés comme « <b>Partiellement réalisés</b> » si organisation peu établie, peu d'outils mis à disposition au regard de l'activité de l'établissement (patients admis et médicaments prescrits/dispensés).</li> </ul>
<p><b>Commentaire</b></p>	<p>Exemple :</p> <p>Un établissement déclare avoir une organisation ciblée sur les patients sous anticoagulants oraux, avec entretiens systématiques des patients en service de chirurgie en relai HBPM/AVK, transmission de l'information aux patients avec relai vers le médecin traitant, pharmacien d'officine et infirmier libéral des modalités de prise en charge, de suivi au regard des recommandations, remise au patient du carnet AVK et de fiches conseils et proposition pour les professionnels de ville de fiches de bon usage, proposition systématique pour les patients le nécessitant d'un outil d'aide à la coordination des prises en charge (SCAD Antico) : Critères 47 à 49 jugés « réalisés » pour un établissement réalisant <u>exclusivement</u> de la chirurgie.</p> <p>La seule remise d'un carnet de suivi AVK sera jugé « non réalisé » pour les critères 47 et 49 et sera jugé « partiellement réalisé » pour le critère 48.</p>

Objectif opérationnel	Déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse
Numéro du critère	50 à 53 : Conciliation médicamenteuse
Pondération	1 point par critère - 4 points au total
Source réglementaire	Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur.
Eléments d'appréciation	<p>Critère 50 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement transmet le plan de déploiement de la conciliation médicamenteuse.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne transmet pas le plan de déploiement ou s'il ne correspond pas à l'attendu</li> </ul> <p>Critères 51 et 52 : fournir les nombres (Jugé comme « <b>Réalisé</b> » si différent de zéro).</p> <p>Critère 53</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si les professionnels de l'établissement et les professionnels de santé de ville <u>et</u> les usagers sont sensibilisés à la conciliation médicamenteuse (évalué par le nombre et/ou description).</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Partiellement Réalisé</b> » si les professionnels de l'établissement les professionnels de santé de ville <u>ou</u> les usagers sont sensibilisés à la conciliation médicamenteuse.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si aucune sensibilisation à la conciliation médicamenteuse n'a été réalisée.</li> </ul>
Commentaire(s)	<p>Les modalités de déploiement de la conciliation doivent être conformes aux recommandations HAS et en lien avec les préconisations régionales.</p> <p>Critère 51 : Numérateur : Nombre de patients priorités en 2021 et bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse d'entrée Dénominateur : Nombre de patients hospitalisés priorités en 2021.</p> <p>Critère 52 : Numérateur : Nombre de patients priorités en 2021 et bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse de sortie Dénominateur : Nombre de patients hospitalisés priorités en 2021.</p> <p>Critère 53 : Aucun élément de preuve n'est à fournir.</p>
Eléments de preuve	Critère 50 : Fournir le plan de déploiement de la conciliation médicamenteuse en lien avec la méthodologie de priorisation régionale disponible <a href="#">ici</a> .

Objectif opérationnel	Déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse
Numéro du critère	54 : Déploiement de l'analyse pharmaceutique
Pondération	2 points
Source réglementaire	Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur.
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement transmet l'organisation et le plan de déploiement de l'analyse pharmaceutique.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne transmet pas le plan de déploiement ou l'organisation de l'analyse pharmaceutique ou s'il ne correspond pas à l'attendu.</li> </ul>
Commentaire(s)	Objectif : mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de l'analyse pharmaceutique : définition d'un taux cible d'ordonnances intra hospitalières avec validation pharmaceutique tracée de niveau 1, 2 ou 3 (SFPC), adapté à la cartographie des risques de l'établissement.
Éléments de preuve	Aucun élément de preuve n'est à fournir.

Objectif opérationnel	Déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse
Numéro ducritère	55 et 56 : Taux d'analyse pharmaceutique
Pondération	2 points par critère - 4 points au total
Source réglementaire	<p>Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.</p> <p>Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur.</p>
Eléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement a un taux <math>\geq 70\%^*</math></li> <li>- Jugé comme objectif « Partiellement réalisé » si l'établissement a un taux <math>\geq 30\%</math> *</li> <li>- Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement a un taux <math>&lt; 30\%^*</math></li> </ul> <p><b>*Pour les 2 établissements de dialyse (critère 55) : seuils spécifiques à 10% pour considérer le critère comme « Partiellement réalisé » et 30% pour considérer le critère comme « Réalisé »</b></p>
Commentaire(s)	<p>Objectif : mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de l'analyse pharmaceutique : définition d'un taux cible d'ordonnances intra hospitalières avec validation pharmaceutique tracée de niveau 1, 2 ou 3 (SFPC), adapté à la typologie d'activité, des populations accueillies et des médicaments utilisés (« cartographie des risques »).</p> <p>L'établissement doit s'être engagé dans le développement de l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient. Il doit avoir conduit une réflexion pour identifier les secteurs devant prioritairement faire l'objet de cette analyse pharmaceutique au regard des types de prise en charge, des populations accueillies et des médicaments utilisés.</p> <p>Ainsi, il est attendu que l'analyse pharmaceutique soit engagée et déployée sur la base de priorités établies par l'établissement au regard des médicaments qu'il utilise et des caractéristiques de la population qu'il accueille.</p> <p>Critère 55 (hors EHPAD):            Numérateur : nombre de lits et places bénéficiant d'une analyse pharmaceutique complète du patient au moyen d'un LAD            Dénominateur : nombre de lits et places total.</p> <p>Critère 56            Numérateur : nombre de lits et places médico sociaux et USS-DSS bénéficiant d'une analyse pharmaceutique complète du patient au moyen d'un LAD            Dénominateur : nombre de lits et places médico sociaux et US-DSS total.</p>

Objectif opérationnel	Déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse
Numéro ducritère	57 : Priorisation de l'analyse pharmaceutique
Pondération	3 points
Source réglementaire	Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur.
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement transmet l'audit ou s'il réalise une analyse pharmaceutique sur l'ensemble des lits et places</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne transmet pas d'audit et s'il ne réalise pas d'analyse pharmaceutique sur l'ensemble des lits et places</li> </ul>
Commentaire(s)	<p>Objectif : mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de l'analyse pharmaceutique : définition d'un taux cible d'ordonnances intra hospitalières avec validation pharmaceutique tracée de niveau 1, 2 ou 3 (SFPC), adapté à la typologie d'activité, des populations accueillies et des médicaments utilisés (« cartographie des risques »).</p> <p>L'établissement doit s'être engagé dans le développement de l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient. Il doit avoir conduit une réflexion pour identifier les secteurs devant prioritairement faire l'objet de cette analyse pharmaceutique au regard des types de prise en charge, des populations accueillies et des médicaments utilisés.</p> <p>Ainsi, il est attendu que l'analyse pharmaceutique soit engagée et déployée sur la base de priorités établies par l'établissement au regard des médicaments qu'il utilise et des caractéristiques de la population qu'il accueille.</p>
Éléments de preuve	Aucun élément de preuve n'est à fournir.

Objectif opérationnel	Bon usage des antibiotiques
Numéro du critère	58 à 59 : Bon usage des antibiotiques
Pondération	2 points par critère - 4 points au total
Source réglementaire	Instruction DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS N°2015-212 du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des agences régionales de santé.
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement a diffusé auprès de ses professionnels les nouvelles recommandations 2021 de la SPILF pour des durées optimisées des traitements antibiotiques et s'est assuré de l'appropriation de ces recommandations (au travers de la mise en œuvre d'EPP, questionnaires d'hétéroévaluation des connaissances, quiz OMÉDIT...) <b>ou a participé à la campagne de recueil de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins (IQSS 2021)</b> « prescription d'antibiothérapie de 7 jours ou moins pour une infection respiratoire basse » (ATBIR)</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement n'a pas diffusé auprès de ses professionnels les nouvelles recommandations 2021 de la SPILF pour des durées optimisées des traitements antibiotiques et ne s'est pas assuré de l'appropriation de ces recommandations (au travers de la mise en œuvre d'EPP, questionnaires d'hétéroévaluation des connaissances, quiz OMÉDIT...) <b>ou n'a pas participé à la campagne de recueil de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins (IQSS 2021)</b> « prescription d'antibiothérapie de 7 jours ou moins pour une infection respiratoire basse » (ATBIR)</li> </ul>
Commentaire(s)	Une boîte à outils dédiée sur le site de l'OMÉDIT de Normandie : <a href="http://omedit-normandie.fr">Anti-infectieux (omedit-normandie.fr)</a>
Éléments de preuve	Modalités de diffusion et d'évaluation précisées en case « Commentaire »

Objectif opérationnel	Améliorer la description de la décision thérapeutique prise en RCP de cancérologie
Numéro du critère	60 : RCP en cancérologie
Pondération	3 points
Source réglementaire	Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement a un taux <math>\geq 95\%</math>.</li> <li>- Jugé comme objectif « Partiellement réalisé » si l'établissement a un taux <math>\geq 80\%</math>.</li> <li>- Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement a un taux <math>&lt; 80\%</math>.</li> </ul>
Éléments de preuve	<p>Cf. fiche méthodologique « Audit Qualité : Evaluation de la description de décision thérapeutique de chimiothérapie dans les fiches RCP ».</p> <p>Aucun élément de preuve n'est à envoyer. Critère évalué à partir des résultats d'audit réalisé par le réseau Onconormandie en 2022 sur RCP réalisées en 2021. Les résultats ont été diffusés aux établissements concernés (qui hébergent les RCP) en mars 2022.</p>

Objectif opérationnel	Participation aux enquêtes relatives aux produits de santé (ATIH)
Numéro du critère	61 : Participation aux enquêtes ATIH
Pondération	1 point
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement a participé à l'enquête ATIH portant sur les consommations des produits de santé.</li> <li>- Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement n'a pas participé à l'enquête ATIH portant sur les consommations des produits de santé.</li> </ul>
Éléments de preuve	<p>Aucun élément de preuve n'est à envoyer, il suffit de répondre à la sollicitation de l'ATIH en 2022 courant mars/avril – <a href="#">Lien ATIH</a>. La vérification sera effectuée sur la plateforme ATIH <a href="#">e-med</a>.</p>



Objectif opérationnel	Contribution aux travaux de l'OMEDIT
Numéro du critère	62 : Participation aux travaux de l'OMEDIT
Pondération	2 points
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"><li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement est membre d'au moins un groupe de travail de l'OMÉDIT Normandie en 2021.</li><li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement n'est pas membre d'un groupe de travail de l'OMÉDIT Normandie en 2021.</li></ul>

## 2.2 Art. 10-3: Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires

Objectif opérationnel	Promouvoir la prescription de médicaments dans le répertoire générique
Numéro du critère	63 : Génériques et PHEV
Pondération	Aucune
Éléments d'appréciation	Taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les PHEV fourni par l'Assurance Maladie.
Commentaire(s)	Données fournies par l'Assurance Maladie.

Objectif opérationnel	Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible
Numéro du critère	64 et 65 : Taux de prescription des biosimilaires
Source réglementaire	<p><a href="#">INSTRUCTION N° DSS/1C/DGOS/PF2/2018/42 du 19 février 2018</a> relative à l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires, lorsqu'ils sont délivrés en ville.</p> <p><a href="#">Décision du 18 Septembre 2017</a> portant inscription sur la liste de référence des groupes biologiques similaires mentionnée à l'article R. 5121-9-1 du code de la santé publique</p> <p>INSTRUCTION N° DGOS/PF2/DSS/1C/DGS/PP2/2017/244 du 3 août 2017 relative aux médicaments biologiques, à leurs similaires ou « biosimilaires », et à l'interchangeabilité en cours des traitements</p>
Pondération	Aucune
Éléments d'appréciation	<p>Critère 64 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement fournit les nombres.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne transmet pas les nombres.</li> </ul> <p>Critère 65 : données fournies par l'Assurance Maladie.</p>
Commentaire(s)	<p>Critère 64 : Taux = 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.</p> <p>Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF.</p> <p>Critères 64 et 65 : ces nombres peuvent être recueillis à partir de l'enquête ATIH en lien avec critère 61.</p>

Objectif opérationnel	Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible
Numéro du critère	66 à 68 : Promotion de la prescription de biosimilaires
Pondération	1 point par critère - 3 points au total
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement transmet les éléments de preuve spécifiques aux éléments d'appréciation.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne transmet pas les éléments de preuve spécifiques aux éléments d'appréciation.</li> </ul>
Éléments de preuve	<p>Critère 66 : Décrire l'organisation mise en œuvre (par exemple plaquette destinée au patient sur médicaments biosimilaires et sur l'interchangeabilité)</p> <p>Critère 67 : Décrire la stratégie commune à l'ensemble des prescripteurs favorisant le recours aux biosimilaires</p> <p>Critère 68 : Aucun élément de preuve à fournir.</p> <p>Lien utile sur les biosimilaires <a href="#">ICI</a>.</p>

Objectif opérationnel	Part d'achat de génériques et biosimilaires
Numéro du critère	69 à 70 : Taux d'UCD de génériques et biosimilaires
Pondération	Aucune
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement fournit les nombres.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne transmet pas les nombres.</li> </ul>
Commentaire(s)	<p>Critère 69 :</p> <p>Numérateur : nombre d'UCD délivrées appartenant au répertoire des génériques</p> <p>Dénominateur : nombre d'UCD totales délivrées aux services de l'établissement de santé</p> <p>Critère 70 :</p> <p>Numérateur : nombre d'UCD délivrées de médicaments biosimilaires</p> <p>Dénominateur : nombre d'UCD de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires totales délivrées aux services de l'établissement de santé</p> <p>Ces données peuvent être recueillies sur la plateforme e-med de l'enquête de consommation de l'ATIH (en lien avec critère 61)</p>

**Art. 10-4: Engagements relatifs aux médicaments et aux produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville**

<b>Objectif opérationnel</b>	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
<b>Numéro du critère</b>	71 : Dépenses liées aux PHEV
<b>Pondération</b>	Aucune
<b>Éléments d'appréciation</b>	Données fournies par l'Assurance Maladie.

<b>Objectif opérationnel</b>	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
<b>Numéro du critère</b>	72 : Pertinence des PHEV
<b>Pondération</b>	1 point
<b>Éléments d'appréciation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement transmet le plan d'actions pour favoriser la pertinence des prescriptions en sortie d'hospitalisation de médicaments, produits et prestations, en respectant le libre choix du patient – en précisant les modalités de mises en œuvre (calendrier, critères de suivi, responsabilités associées) sur l'année 2020.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne transmet pas le plan d'actions.</li> </ul>
<b>Commentaire(s)</b>	<p>Exemples d'actions : définir les modalités d'intervention des prestataires dans les unités de soins (dans le respect de la convention nationale organisant les rapports entre les prestataires délivrant des produits et prestations); favoriser le recours aux médicaments et dispositifs médicaux « moins onéreux et à efficacité équivalente » (ex : biosimilaires, génériques, convention ou charte avec prestataires de services).</p> <p>S'être engagé dans l'appel à candidature « optimisation de la prise en charge thérapeutique du sujet âgé » pour l'optimisation des thérapeutiques médicamenteuses.</p>
<b>Éléments de preuve</b>	Fournir le plan d'actions.

<b>Objectif opérationnel</b>	<b>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</b>
<b>Numéro du critère</b>	73 : PHEV en DCI
<b>Pondération</b>	1 point
<b>Éléments d'appréciation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement transmet le plan de déploiement de la prescription de sortie en DCI et de spécialités inscrites dans le répertoire des génériques, en précisant l'état d'avancement et le calendrier de mise en œuvre.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne transmet aucun plan de déploiement.</li> </ul>
<b>Éléments de preuve</b>	Aucun élément de preuve n'est demandé

**2.3 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**

Objectif opérationnel	Suivi des dépenses des médicaments et DM de la liste en sus
Numéro du critère	74 et 75 : Suivi des dépenses liste en sus
Pondération	Aucune
Eléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement transmet les taux.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne transmet pas les taux.</li> </ul>
Commentaire(s)	<p>L'établissement suit les engagements spécifiques relatifs aux spécialités pharmaceutiques et aux produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et respecte les référentiels nationaux de bon usage des médicaments et des produits et prestations.</p> <p>Critère 74 : Taux = (montant des dépenses de médicaments de la liste en sus remboursées l'année évaluée - montant des dépenses de médicaments de la liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation) / montant des dépenses de médicaments de la liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation</p> <p>Critère 75 : Taux = (montant des dépenses de produits et prestations de la liste en sus remboursées l'année évaluée - montant des dépenses de produits et prestations de la liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation) / montant des dépenses de produits et prestations de la liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation</p> <p>Taux à renseigner dans la colonne « Commentaire »</p>

Objectif opérationnel	Utilisation conforme aux indications AMM / RTU ou à défaut et par exception argumentation dans le dossier médical
Numéro du critère	76 : Taux de prescriptions de médicaments hors référentiel de la liste en sus
Pondération	2 points
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement transmet les nombres.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne transmet pas les nombres.</li> </ul>
Commentaire(s)	<p>Numérateur : nombre d'UCD ou d'unités hors référentiel Dénominateur : nombre d'UCD ou d'unités total</p> <p><b><u>OU</u></b></p> <p>Numérateur : nombre de patients ayant bénéficié d'une initiation de traitement par médicaments facturés en sus des GHS hors référentiel Dénominateur : Nombre de patients total ayant bénéficié d'une initiation de traitement par médicaments facturés en sus (AMM/RTU + hors AMM/RTU)</p> <p>Fichier de suivi semestriel selon le format fourni par l'OMÉDIT <a href="#">ici</a>.</p>

Objectif opérationnel	Utilisation conforme aux indications AMM / RTU ou à défaut et par exception argumentation dans le dossier médical
Numéro du critère	77 : Suivi des prescriptions de médicaments hors GHS
Pondération	2 points
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement transmet le fichier de suivi exhaustif.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne transmet pas le fichier de suivi exhaustif.</li> </ul>
Éléments de preuve	Fournir le suivi <u>semestriel</u> des codages I999999 selon le format fourni par l'OMÉDIT <a href="#">ici</a> .

<b>Objectif opérationnel</b>	<b>Utilisation conforme aux conditions de prise en charge prévues par la liste LPPR ou à défaut et par exception argumentation dans le dossier médical.</b>
<b>Numéro du critère</b>	78 et 79 : Taux de prescriptions de produits et prestations hors référentiel de la liste en sus
<b>Pondération</b>	2 points par critère – 4 points au total
<b>Éléments d'appréciation</b>	<p>Critère 78 : fournir les nombres</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement fournit les nombres (critère 78) et l'évaluation des pratiques et pertinence de l'utilisation des DM hors GHS et la traçabilité de l'argumentation pour le hors référentiel (critère 79).</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne fournit pas les nombres (critère 78) et l'évaluation des pratiques et pertinence de l'utilisation des DM hors GHS et la traçabilité de l'argumentation pour le hors référentiel (critère 79)</li> </ul> <p>Critère 79 : l'audit n'a pas été mis à disposition par l'OMÉDIT : Jugé comme « <b>Réalisé</b> »</p>
<b>Commentaire(s)</b>	<p>Critère 78 :</p> <p>Numérateur : nombre de LPP ou d'unités hors référentiel</p> <p>Dénominateur : nombre de LPP ou d'unités total</p>



## 2.4 Art. 10.6 : Evaluation

Objectif opérationnel	Une évaluation de l'évolution des prescriptions et de leur pertinence est réalisée.
Numéro du critère	80 : Suivi semestriel de l'évolution des prescriptions
Pondération	4 points
Eléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement présente le suivi semestriel de l'analyse des prescriptions qu'il juge pertinent et de leur évolution à la CME / CfME ou à la COMEDIMS ou commission équivalente et transmet à l'OMEDIT, ARS et organisme local d'assurance maladie.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Partiellement réalisé</b> » si l'établissement n'a pas présenté le suivi sur le 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> semestre de l'année 2020 ou si l'analyse des prescriptions n'est pas suffisante au regard des taux d'évolution de l'établissement au regard des cibles nationales ou régionales fixés annuellement (PHEV, liste en sus, générique).</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne présente pas le suivi semestriel de l'analyse des prescriptions.</li> </ul>
Eléments de preuve	<p>Fournir le suivi semestriel de l'analyse des prescriptions et de leur évolution :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En intra-hospitalier : envoi de l'argumentaire si les taux d'évolution de l'établissement sont supérieurs aux taux d'évolution cibles nationaux fixés annuellement par arrêtés (liste en sus) ou inférieurs aux taux cibles nationaux (génériques, biosimilaires)</li> <li>- Concernant les prescriptions de sortie : envoi de l'argumentaire si les taux d'évolution de l'établissement sont supérieurs aux taux d'évolution cibles nationaux fixés annuellement par arrêtés (PHEV) ou inférieurs aux taux cibles nationaux (génériques, biosimilaires).</li> </ul> <p>Un modèle est fourni <a href="#">ICI</a></p>

## 2.5 Critères spécifiques aux établissements d'HAD

Les objectifs fixés au niveau régional tiennent compte du bilan des précédents contrats et des orientations nationales et/ou régionales.

Ces critères doivent être complétés **par tous les établissements** :

- les établissements non concernés par l'activité d'HAD indiquent « non concerné » afin que leur pourcentage global ne soit pas biaisé,
- les HAD autonomes avec et sans PUI ainsi que les établissements ayant une activité d'HAD cochent la case correspondante à l'atteinte de l'objectif : « Réalisé » ou « Partiellement réalisé » ou « Non réalisé ».

Objectif opérationnel	Déploiement de l'informatisation
Numéro du critère	81 : Choix d'une solution d'informatisation en HAD
Pondération	0,5 point
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement a contribué à la réflexion régionale sur l'informatisation en HAD ou s'il a mis en œuvre une solution technique adaptée.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement n'a pas contribué à la réflexion régionale.</li> </ul>

Objectif opérationnel	Déploiement de l'informatisation
Numéro du critère	82 : Taux d'informatisation en HAD
Pondération	Aucune L'objectif étant d'apprécier la montée en charge de l'informatisation sur le secteur HAD
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement transmet les nombres.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne transmet pas les nombres.</li> </ul>
Commentaire(s)	Numérateur : nombre de places informatisées de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration Dénominateur : nombre total de places

Objectif opérationnel	Sécurisation de la prise en charge thérapeutique en HAD
Numéro du critère	83 : Sécurisation de la PEC thérapeutique en HAD
Pondération	1 point
Eléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement a formalisé les 11 sous processus d'organisation et de sécurisation du circuit du médicament en HAD et transmis la ou les procédure(s) : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ approvisionnement en dehors des heures d'ouverture de la PUI/officines</li> <li>○ préparation des piluliers</li> <li>○ transport</li> <li>○ administration (ex : PCA)</li> <li>○ gestion des traitements personnels</li> <li>○ sécurisation du stockage des médicaments au domicile</li> <li>○ conduite à tenir en cas de retrait de lot</li> <li>○ retour/élimination des traitements non utilisés et gestion des déchets au domicile</li> <li>○ traçabilité de la surveillance du patient à domicile</li> <li>○ préparation et administration des injectables</li> <li>○ analyse pharmaceutique sur l'exhaustivité des traitements</li> </ul> </li>   <li>- Jugé comme objectif « <b>Partiellement réalisé</b> » si l'établissement a formalisé au moins la moitié des processus et transmis la ou les procédure(s).</li>   <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement a formalisé moins de la moitié des processus et n'a pas transmis la ou les procédure(s).</li> </ul>
Eléments de preuve	Aucun élément de preuve à fournir

Objectif opérationnel	Sécurisation de la prise en charge thérapeutique en HAD
Numéro du critère	84 : Prise des médicaments en HAD
Pondération	0,5 point
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'HAD a réalisé un 1<sup>er</sup> « état des lieux » pour évaluer l'auto-administration par le patient de son traitement</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si absence d'état des lieux réalisé pour évaluer l'auto-administration par le patient de son traitement</li> </ul> <p>NB : Considérer comme « Non concerné » pour les HAD de néonatalogie</p>
Éléments de preuve	Fournir les résultats de l'auto-évaluation

Objectif opérationnel	Déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse
Numéro du critère	85 : Analyse pharmaceutique en HAD
Pondération	0,5 point
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement a établi et mis en œuvre les dispositions nécessaires pour garantir la qualité de l'analyse pharmaceutique et la réévaluation de l'ensemble des prescriptions.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement n'a pas établi et mis en œuvre les dispositions nécessaires pour garantir la qualité de l'analyse pharmaceutique et la réévaluation de l'ensemble des prescriptions.</li> </ul>
Éléments de preuve	Aucun élément de preuve à fournir

Objectif opérationnel	Traçabilité de l'administration, de la surveillance et de la réévaluation des traitements
Numéro du critère	86 : Traçabilité de l'administration des médicaments en HAD
Pondération	0,5 point
Eléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » : si l'établissement n'a pas fait l'audit « opiacés » en 2019, 2020 ou 1<sup>er</sup> trimestre 2021 et le fait en 2021 voire 1<sup>er</sup> trimestre 2022. <b>Si l'établissement a fait l'audit « opiacés » en 2019, 2020 ou 1<sup>er</sup> trimestre 2021 et fourni un plan d'actions au regard des résultats obtenus.</b></li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » : si l'établissement <b>n'a pas fait l'audit « opiacés »</b> en 2019, 2020, 2021 voire 1<sup>er</sup> trimestre 2022 ou si l'établissement a fait l'audit « opiacés » en 2019, 2020 ou 1<sup>er</sup> trimestre 2021 <b>et n'a pas fourni un plan d'actions au regard des résultats obtenus.</b></li> </ul>

Objectif opérationnel	Traçabilité de l'administration, de la surveillance et de la réévaluation des traitements
Numéro du critère	87 : Traçabilité de la surveillance et de la réévaluation du traitement en HAD
Pondération	0,5 point
Eléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » : si l'établissement n'a pas fait l'audit « opiacés » en 2019, 2020 ou 1<sup>er</sup> trimestre 2021 et le fait en 2021 voire 1<sup>er</sup> trimestre 2022. Si l'établissement a fait l'audit « opiacés » en 2019, 2020 ou 1<sup>er</sup> trimestre 2021 et fourni un plan d'actions au regard des résultats obtenus</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » : si l'établissement n'a pas fait l'audit « opiacés » en 2019, 2020, 2021 voire 1<sup>er</sup> trimestre 2022 ou si l'établissement a fait l'audit « opiacés » en 2019, 2020 ou 1<sup>er</sup> trimestre 2021 <b>et n'a pas fourni un plan d'actions au regard des résultats obtenus</b></li> </ul>

Objectif opérationnel	Chimiothérapies anticancéreuses injectables
Numéro du critère	88 : Conventions dans le cadre des chimiothérapies injectables en HAD
Pondération	0,5 point
Eléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement a formalisé les modalités de prise en charge des patients sous chimiothérapies anticancéreuses injectables en lien avec les différents partenaires de l'HAD et fourni les conventions :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ convention avec l'établissement ayant une autorisation dans le traitement des cancers par chimiothérapie</li> <li>○ convention avec une PUI disposant d'une unité de préparation centralisée des anticancéreuse (si l'HAD n'en dispose pas)</li> <li>○ convention avec le transporteur (pour les HAD ne disposant pas d'unité de préparation centralisée des anticancéreux et ayant recours à un prestataire externe pour le transport des chimiothérapies).</li> </ul> </li>   <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement n'a pas formalisé les modalités de prise en charge des patients sous chimiothérapies anticancéreuses injectables en lien avec les différents partenaires de l'HAD et n'a pas fourni les conventions.</li> </ul>
Eléments de preuve	<p>Fournir les conventions et audit du transporteur externe (si existant).</p> <p>Ces objectifs rejoignent les préconisations du groupe de travail coordonné par l'ARS sur les chimiothérapies IV en HAD en lien avec les préconisations de l'OMÉDIT.</p>

Objectif opérationnel	Chimiothérapies anticancéreuses injectables
Numéro du critère	89 : Protocoles et procédures dans le cadre des chimiothérapies injectables en HAD
Pondération	0,5 point
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement met à disposition l'ensemble des protocoles et procédures relatifs à la prise en charge des chimiothérapies anticancéreuse en HAD pour tous les acteurs de la prise en charge (HAD, IDE libéral, pharmacien d'officine, médecin traitant, pharmacien responsable de la préparation...) et fourni les procédures et protocoles : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Protocole de chimiothérapie, surveillance et ok feu vert selon le thésaurus régional</li> <li>○ Conduite à tenir en cas de complication, procédure de ré hospitalisation</li> <li>○ Transport et stockage au domicile des chimiothérapies</li> <li>○ Elimination des déchets et retour des poches non administrées</li> </ul> </li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne met pas à disposition l'ensemble des protocoles et procédures relatifs à la prise en charge des chimiothérapies anticancéreuse en HAD pour tous les acteurs de la prise en charge (HAD, IDE libéral, pharmacien d'officine, médecin traitant, pharmacien responsable de la préparation...) et n'a pas fourni les procédures et protocoles.</li> </ul>
Éléments de preuve	<p>Fournir la (les) procédure(s) et protocole(s).</p> <p>Ces objectifs rejoignent les préconisations du groupe de travail coordonné par l'ARS sur les chimiothérapies IV en HAD en lien avec les outils de l'OMÉDIT.</p>

Objectif opérationnel	Chimiothérapies anticancéreuses injectables
Numéro du critère	90 : Formation des IDE pour l'administration des chimiothérapies injectables en HAD
Pondération	0,5 point
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugé comme objectif « <b>Réalisé</b> » si l'établissement transmet le nombre d'IDE formés à l'administration des chimiothérapies anticancéreuses injectables, en précisant la date et le lieu.</li> <li>- Jugé comme objectif « <b>Non réalisé</b> » si l'établissement ne transmet pas le nombre d'IDE formés à l'administration des chimiothérapies anticancéreuses injectables, en précisant la date et le lieu.</li> <li>-</li> </ul>
Éléments de preuve	Fournir le nombre, date(s) et lieu(x).