

**Guide méthodologique d'aide au remplissage du rapport d'étape annuel
(REA) du contrat de bon usage des médicaments, produits et
prestations (CBUMPP2014-2018)
Année 2014**

Rappel du calendrier REA et modalités de fixation du taux de remboursement

Quoi	Qui	Quand
Rapport d'étape année civile N-1	Etablissement	Avant le 1 ^{er} avril année N
Proposition de taux de remboursement	Directeur Général ARS	Avant le 15 mai
Observations écrites éventuelles	Etablissement	Dans les 10 jours suivant communication du taux proposé
Arrêt du taux de remboursement	Directeur Général ARS	Au plus tard le 1 ^{er} juin année N
Application du Taux de remboursement	Assurance Maladie	Du 15 juin année N au 15 juin année N+1

Sommaire :

Partie I – Présentation de l'outil et modalités pratiques d'utilisation

Partie II – Consignes de remplissage

Page de garde

Onglet CBUMPP

Onglet Focus

Onglet PCpar DM (prise en charge par dispositif médical)

Onglet PCMedicamenteuse (prise en charge médicamenteuse)

Onglet Focus_continuite_tt (continuité du traitement)

Partie I – Présentation de l'outil et modalités pratiques d'utilisation

L'outil informatique est développé sous Excel (compatible avec versions 2003-2007 et 2010).

Le Rapport d'Etape Annuel est **pré-identifié et pré-rempli** (notamment avec les résultats des indicateurs nationaux) pour chaque établissement. Il lui est donc propre.

En conséquence les fichiers ne peuvent pas être échangés entre établissements.

Une zone de commentaires a été prévue dans le cas où l'établissement de santé souhaiterait corriger des données pré-remplis erronées. A défaut, il peut faire figurer ses remarques sur un fichier Word annexe en précisant le critère concerné.



Les feuilles de calcul contiennent des programmes (ou macros), des formules et des liens entre elles ; les cellules qui les contiennent sont en principe masquées et/ou protégées en écriture mais **il est impératif de :**

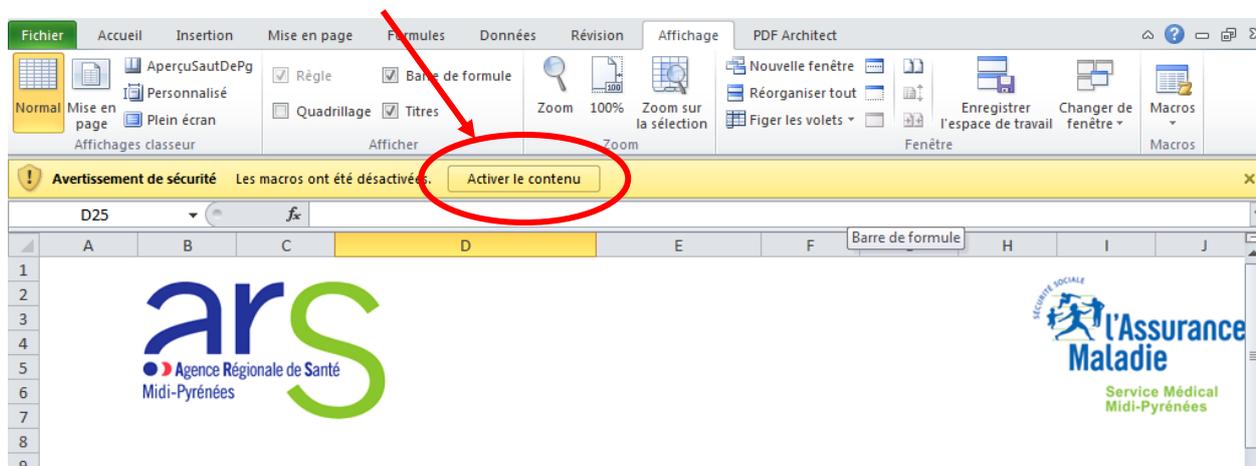
ne pas ajouter ou supprimer de ligne ou de colonne

et

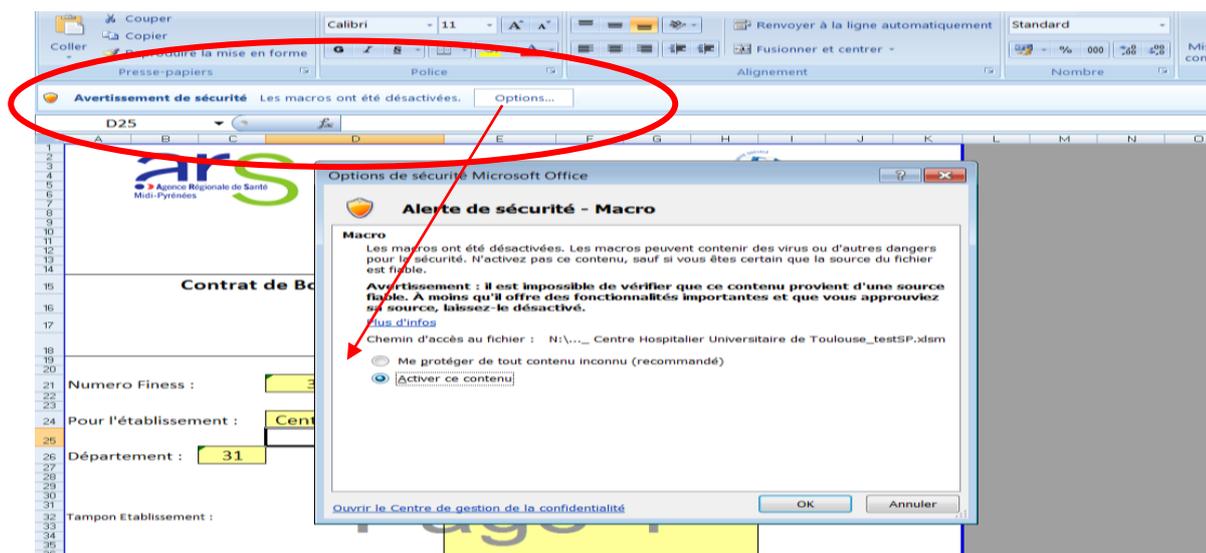
ne pas modifier l'emplacement des feuilles.

Ainsi, après téléchargement, à l'ouverture du fichier, un message (parfois sous forme d'une bande jaune ou message d'avertissement) peut apparaître selon votre version de Microsoft Excel : Il convient de cliquer sur «**Activer la modification**» et/ou «**Activer le contenu** » et/ou « **Activer les macros** » ... afin de pouvoir remplir les grilles, activer les boutons « contrôles » et obtenir les résultats.

Excel Version 2010 :



Excel Version 2007 :



Excel Version 2003 :

Voir la procédure microsoft au lien suivant :

<http://office.microsoft.com/fr-fr/excel-help/autoriser-l-execution-de-macros-HP001119579.aspx>

En conséquence, le fichier initial transmis devra impérativement être :

- **enregistré** sous le format « Classeur Excel (prenant en charge les macros)

c'est-à-dire avec extension (*.xlsm) »

et

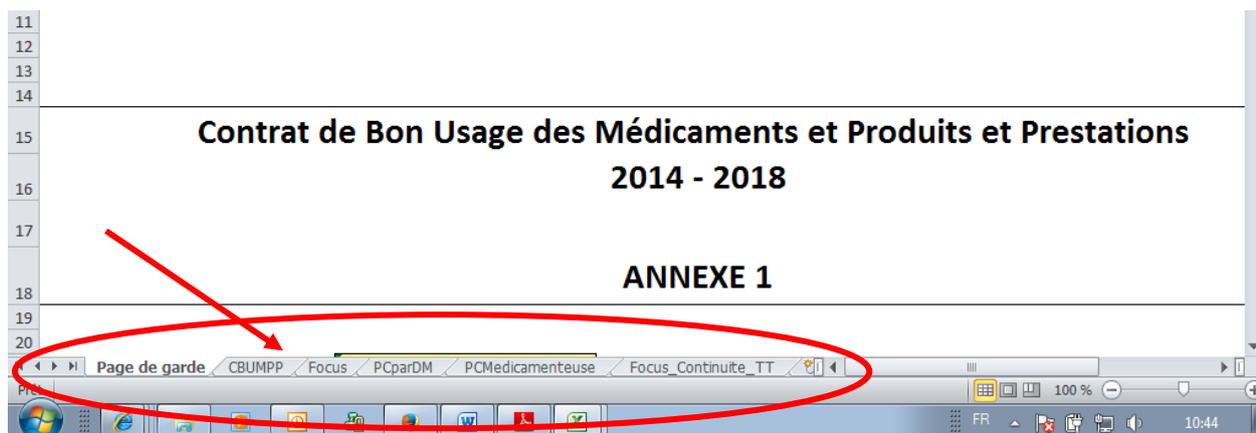
icône :



- **renommé** sous la forme *nom initial* + REA2014 :

exemple : « *codefiness_raison sociale_REA2014.xlsm* »

La **navigation** d'un volet à l'autre est possible d'un simple clic au niveau de la barre d'onglets située en bas de page :



Le Rapport d'Etape Annuel (REA) est présenté sous forme de **check-list** c'est-à-dire une liste de critères à vérifier *a posteriori* pour s'assurer que tout a été fait.

L'onglet « **CBUMPP** » reprend l'ensemble des engagements conformes au contrat-type :

des liens **hypertexte** permettent d'accéder aux onglets suivants dans lesquels sont détaillés les critères correspondants.

	B	C	D	J	K	L	M	R
12	3 - Désignation du RSMQPCM-DM (responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et par dispositifs médicaux) :							
13	Le RSMQPCM-DM est désigné conjointement par le directeur et le président de la CME ou CfME. Ses missions sont définies.	Oui Non	Oui	3	A	A saisir	A saisir	0
14	4 - Système documentaire concernant la prise en charge médicamenteuse (article 6 - art.06/04/11) et par DM :							
15	* Le système documentaire est :							
16	- Fonctionnel et intégré au système documentaire institutionnel	Oui Partiellement Non	Oui	2	B	A saisir	A saisir	0
17	- Diffusé et accessible à tout moment au personnel impliqué directement ou indirectement							
18	- Revu avec une périodicité définie							
19	- Appliqué							
20	- Compatible avec les règles de traçabilité et de respect du secret médical et professionnel							
21	- Comprend les préconisations en terme de prescription élaborées par la CME ou CfME							
22	* La direction formalise et communique au personnel impliqué directement ou indirectement, les responsabilités, les autorités et délégations de responsabilité à toutes les étapes du processus dans le respect de la réglementation et des compétences en vigueur	Oui Partiellement Non	Non	1	C	A saisir	A saisir	0
23	* Focus sur le système documentaire de la prise en charge par DMI (prévus aux articles R6212-36 à 42 du CSP et l'arr. du 26/01/07)							0
24	* Focus sur le système documentaire de la prise en charge médicamenteuse							0
25	5 Etude des risques en lien avec la prise en charge par DM							7
26	5bis Etude des risques en lien avec la prise en charge médicamenteuse							11
27								
28	6 La formation sur l'iatrogénie de la prise en charge médicamenteuse							0
29								
30	7 Communication de la direction							0
31								
32	8 Dispositions applicables à l'ensemble des DM et aux DM soumis aux règles particulières de traçabilité							
33	8bis Dispositions applicables à l'ensemble des médicaments (art.13 - art.06/04/11) et aux stupéfiants							0
34								
35	9 - Informatisation de la prise en charge par DM							0
36	9bis - Informatisation de la prise en charge médicamenteuse							9
37								

Pour le REA 2014, l'établissement renseigne :

- l'état des lieux (colonne L de chaque onglet), autant que faire se peut,
- les résultats 2014 (colonne M de chaque onglet).

Volets figés pour les titres

	B	C	D	J	K	L	M	N
2	ENGAGEMENTS					Contrôle CUMPP	TOTAL	31
3		Type de réponses	Cible 2014	Point Pondération	Pondération (A, B, C)	Etat des lieux	Résultats 2014	Points
4	TITRE I - OBLIGATIONS GÉNÉRALES							
5	Chapitre I : Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique des patients							
6	- Management de la qualité (arrêté du 6 avril 2011)							
7	1 - Système de management de la qualité - exigences générales (article 3 - arr06/04/11; art.L6111-2 CSP)							
8	1.1.2 - Engagement de la direction et du pdt de CME (article 4 - arr06/04/11; art.L6114-1 et 6161-2 du CSP)							
9	L'établissement dispose d'un système de management de la qualité visant à assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse au patient. Ce SMD s'inscrit dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et la gestion des risques associés aux soins de l'établissement mentionnées à l'art. L6111-2 du CSP.	Oui Partiellement Non	oui	3	A	A saisir	A saisir	0

Les cellules prévues à cet effet sont identifiées :

- soit par le texte « A saisir ». Un clic sur la cellule permet d'afficher la liste déroulante de choix dans laquelle il convient de sélectionner la réponse.
- soit par un fond orange couleur. La réponse n'est pas figée dans le cadre d'une liste déroulante de choix ; elle est attendue sous forme de valeur chiffrée, date, etc. en fonction de l'item.

37	Une évaluation des pratiques en matière de qualité des prescriptions a été réalisée dans les trois dernières années. (Rem AT2411)	Oui Non	non	1	C	A saisir	A saisir	0
38	Résultats de la certification sur les activités MCO, HAD et Dialyse et suivi des actions d'amélioration entreprises entre 2 visites de la HAS sur les critères relatifs à la prise en charge médicamenteuse et dispositifs médicaux :	Source : rapport HAS	si établissement en mise à jour MCO/HAD et					
39	Version de la certification	Y2010, Y2014	version			A saisir	A saisir	
40	Date de la visite initiale :	jj/mm/aa	date					
41	Critère 20a : Management de la prise en charge médicamenteuse du patient							
42	* cotation du critère	A/B/C/D	résultat				A saisir	
43	* décision : absence de manquements ou d'insuffisances constatés, recommandation, réserve, réserve majeure	niveau	pas de réserve ni de réserve majeure				A saisir	A saisir

Pour les critères chiffrés correspondant à un taux, le renseignement des deux données numérateur et dénominateur déclenchera le calcul automatique de l'indicateur «taux de».

	A	B	C	D	J	K	L	M
112		Taux de lits et places MCO, HAD, Dialyse bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient (indicateur I3 national)	%	calcul automatique : nb1/nb2			29%	
113		Nombre de lits et places bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient	nb	nb1			866	
114		Nombre de lits et places installés	nb	nb2			2855	
115		Taux de lits et places bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient (indicateur I4 national)	%	calcul automatique : nb1/nb2		Non pris en compte	32%	
116		Nombre de lits et places MCO, HAD, Dialyse bénéficiant d'une délivrance nominative pour l'ensemble des médicaments prescrits au patient	nb	nb1				
117		Nombre de lits et places installés en MCO, HAD, Dialyse	nb	nb2			2779	0

En fonction de l'activité de l'établissement, l'outil REA préfigure la réponse à certains critères en « **non applicable** » (cellules colorées en noir) ; conformément aux règles de barème, le nombre de points maximum a alors été d'ores et déjà attribué. **L'établissement n'a pas à les compléter.**

ENGAGEMENTS		Contrôle PCparDM					Total	66
Prise en Charge par DM (ceux prévus aux art. R5212-36 à 42 du CSP, arrêté du 26/01/07, art. R165-36 à 44 du CSS)	Type de réponses	Cible 2014	Point Pondération	Pondération (A, B, C)	Etat des lieux	Résultats 2014	Points	
I.1.4 - Système documentaire de la prise en charge par DMI :								
* Le système documentaire comprend les Procédures et Modes Opératoires, notamment celles permettant de s'assurer de l que :								
- L'identité du patient	Oui Non	oui	2	B		2		
- La Prescription est conforme aux données de référence et elle garantit la qualité et sécurité des soins jusqu'à la sortie	Oui Non	oui	2	B		2		

Toutes les réponses, y compris les résultats « Non pris en compte » dans le barème, contribuent à l'évaluation du rapport d'étape :

Les points relatifs au critère « *Le Dispositif de suivi et l'évaluation qui en est faite figurent dans le REA* » du « *Titre II : Procédure d'Autoévaluation* » sont donc attribués de la manière suivante :

- l'engagement est réputé atteint et la réponse est « oui » si tous les critères ont été renseignés,
- l'engagement est réputé non atteint et la réponse est « non » en l'absence de renseignement de certains critères sans justification pertinente.

Ainsi, **un bouton « contrôle »** est placé en haut de chaque feuille : à la fin de la saisie de la feuille, cliquer sur le bouton. Un message apparaît si toutes les cellules n'ont pas été renseignées : les cellules non complétées de la colonne « **résultat 2014** » sont indiquées l'une après l'autre.

ENGAGEMENTS		Contrôle Focus					Total	1
Focus	Type de réponses	Cible 2014	Point Pondération	Pondération (A, B, C)	Etat des lieux	Résultats 2014	Points	
(I.1.2) La politique dédiée aux médicaments et aux dispositifs médicaux stériles (pour le CBUMFP limités aux implantables prévus par les art. R5212-36 à 42 du CSP) dans les établissements de santé est élaborée conformément aux dispositions prévues à l'article R. 6111-10 du CSP								
La CME ou la CIME élabore :								
1- un programme d'actions, assorti d'indicateurs de suivi, en matière de dispositifs médicaux stériles (pour le CBUMFP limités aux dispositifs à articles R.5212-36 à 42 du CSP) qui tient compte :			2	B	A saisir	A saisir	0	
			1	C	A saisir	A saisir	0	
* des résultats de la certification,								
* des contrôles et inspections,								
* de l'analyse des risques a priori et des événements indésirables,								

Partie II – Consignes de remplissage

PAGE DE GARDE

Page pré-remplie au nom et numéro **FINESS** de l'établissement et permettant les liens vers les données officielles de l'établissement : **A NE PAS MODIFIER**

ONGLET CBUMPP

Ligne	Critère	Consigne
9	<i>Management de la qualité :</i> <i>L'établissement dispose d'un système de management de la qualité visant à assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse et par DMI du patient. Ce SMQ s'inscrit dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et la gestion des risques associés aux soins de l'établissement mentionnées à l'art. L6111-2 du CSP.</i>	si l'établissement n'est pas concerné par les DMI, répondre oui (pour le médicament)
55	<i>Patients atteints de maladie rare :</i> <i>Fournir l'état quantitatif et qualitatif des primoprescriptions de médicaments orphelins ou utilisés dans le traitement des maladies rares, en précisant pour chacune d'entre elles quel centre de référence ou compétence a été consulté et l'application de la circulaire du 25/01/10</i>	dans le cas où l'établissement n'aurait pas pris en charge de tels patients, répondre oui et préciser dans zone commentaire adjacente « aucune primo-prescriptions de médicament pour la prise en charge de patient atteint de maladie rare cette année »
71, 82, 91, 101, 110	<i>Respect des RBU pour les produits de santé hors GHS</i>	Ne pas omettre de cliquer sur non concerné si besoin
73	<i>DMI hors GHS :</i> <i>Nombre total d'implants posés</i>	Dans l'attente de l'exhaustivité, préciser en document annexe comment l'établissement a évalué ce critère
83, 92, 102, 111	<i>Médicaments hors GHS :</i> <i>Nombre de prescriptions...</i>	En l'absence de consignes nationales, la prescription à considérer est celle établie pour la première fois pour un patient donné dans une indication donnée ou un protocole donné. Si l'indication change pour une même spécialité, il s'agit d'une nouvelle prescription. <u>Exemples :</u> 1) Remicade® 8 cures = 1

		<p>prescription</p> <p>2) Avastin-Folfox® puis Avastin-Folfiri®= 2 prescriptions</p> <p>3) PPSB® : passage en janvier puis septembre = 2 prescriptions</p> <p>4) Prise en charge d'un patient sur trois ans sans changement de traitement = compter une prescription chaque année.</p> <p>Pour le <u>suivi semestriel</u> des prescriptions des produits de santé Hors GHS et l'analyse médico-pharmaco-économique des progressions des dépenses, il est convenu, en l'absence de consignes nationales, de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser le fichier élaboré lors du test national réalisé début 2014 pour la remontée des prescriptions hors RBU, • Poursuivre l'utilisation de la méthode d'analyse et du fichier Excel correspondant mis à disposition par l'OMEDIT-MiP (cf. fichier « 8 mois » adressé pour le REA lors de l'itération du CBUMPP 2012-2014).
128	<p>Le dispositif de suivi et d'audit interne pour s'assurer de l'application des engagements souscrits du CBUMPP : (...)</p> <p>* communique auprès de l'ensemble du personnel impliqué directement ou indirectement dans la prise en charge médicamenteuse et/ou par DMI.</p>	<p>Si la communication est faite PARTIELLEMENT, répondre NON et apporter commentaires dans zone adjacente</p>
129	<p>Procédure d'Autoévaluation</p> <p>Le Dispositif de suivi et l'évaluation qui en est faite figurent dans le REA</p>	<p>- l'engagement est réputé atteint et la réponse est « oui » si tous les critères ont été renseignés,</p> <p>- l'engagement est réputé non atteint et la réponse est « non » en l'absence de renseignement de certains critères sans justification pertinente.</p>

ONGLET FOCUS

Ligne	Critère	Consigne
16 17	<i>la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement (livret thérapeutique) : ...avec DCI est disponible, accessible et actualisé</i>	Préciser si besoin en zone commentaire le champ du livret (médicament +/- dispositifs médicaux)
20	<i>Thèmes des préconisations en matière de prescription couverts</i>	Préciser en zone commentaire (ou document annexe si besoin)
30	Indicateur national ICATB 2	Une équivalence entre les critères d'ICATB1 (pour l'état des lieux) et d'ICATB2 est fournie en annexe C
39	<i>Version de la certification</i>	Choisir l'intitulé « procédure cloturée » si V2010 cloturée (correspond à la mention publiée sur Scope santé)
42	<i>Cotation du critère 20a</i>	Pré-remplé uniquement pour l'état des lieux A renseigner par l'établissement

ONGLET PC par DM

Ligne	Critère	Consigne
15	Etude des risques Nombre de cartographies	Le nombre de cartographies à réaliser est défini par l'établissement. Il peut donc être égal à 1 ou supérieur.
43	Audit sur la traçabilité des DMI	L'OMEDIT fournit l'outil support de l'audit que l'établissement utilise s'il n'a pas mis en place une organisation équivalente L'outil est à disposition sur le site e-Omedit et transmis avec le REA sur le share-point.

ONGLET PC Médicamenteuse

Ligne	Critère	Consigne
19	Etude des risques Nombre de cartographies	Le nombre de cartographies à réaliser est défini par l'établissement. Il peut donc être égal à 1 ou supérieur.
46	<i>Taux de personnel formé/sensibilisé, ou ayant participé à une RMM "Médicament", annuellement par catégorie professionnelle (prescripteurs / équipe pharmaceutique / IDE, AS, AP, manip radio) avec pour objectif final l'ensemble des catégories visées</i>	Le calcul du taux sera défini et à renseigner pour le REA 2016 (première date cible). Les valeurs sont à renseigner lignes 49, 52 et 55 et éclairent la réponse
94	Audits sur Respect des référentiels	Le calendrier d'articulation des audits en fonction des recueils IPAQSS est fourni en annexe B
118, 121, 122	Délivrance nominative ou projet en lien	= POINTS BONUS attribués si renseignés
122	Projet spécifique à la délivrance nominative	A détailler sur un document annexe
124, 125, 126	Taux de préparations de médicaments anticancéreux réalisées en unité centralisée sous responsabilité pharmaceutique (indicateur I6 national)	Programmé « Applicable » pour tous les établissements dès lors qu'ils ont effectué l'administration de médicaments anticancéreux injectables, que ce soit en qualité d'établissement « autorisé » ou « associé » pour l'activité de chimiothérapie et même si la préparation est sous-traitée à une autre PUI. En conséquence, l'état des lieux 2013 ayant été pré-rempli avec les réponses saisies par les établissements dans le REA2013, la réponse «NC » n'est donc pas obligatoirement recevable. Pour les établissements effectivement non concernés , c'est-à-dire aucune administration de médicaments anticancéreux pour 2014 = renseigner « 1 » au numérateur et dénominateur et préciser expressément en zone commentaire « non concerné ». En cas de sous-traitance des préparations : <ul style="list-style-type: none"> • L'établissement prestataire ne comptabilise pas les préparations réalisées pour le compte de son (ses) donneur(s) d'ordre, • L'établissement bénéficiaire renseigne au numérateur le nombre de préparations réalisées dans l'unité centralisée du prestataire et au dénominateur ce nombre éventuellement abondé des préparations réalisées en dehors de l'unité centralisée.

ONGLET CONTINUITE TT

Ligne	Critère	Consigne
18	Résultats obtenus pour le TDP3 lors du dernier recueil IPAQSS TDP-MCO	L'établissement doit renseigner le critère à partir des saisies IPAQSS-TDP qu'il a réalisées
33	L'établissement s'est engagé dans une démarche visant à améliorer la continuité des traitements médicamenteux en amont et en aval de l'hospitalisation	A détailler sur un document annexe



Service émetteur : Direction de la Santé Publique
: Département de la sécurité des pratiques,

Date : 6 juin 2014

**Contrat de Bon Usage des Médicaments et Produits et Prestations 2014-2018 :
Principes d'élaboration de l'ANNEXE 1 du contrat type et du RAPPORT ANNUEL D'ETAPE 2014
(principes validés par le comité de suivi du 4 juin 2014)**

A l'issue des négociations entre les Fédérations de l'Hospitalisation publique et privée, l'ARS et l'Assurance Maladie, les modalités d'évaluation annuelle en région Midi-Pyrénées de la troisième génération de contrat sont organisées selon les modalités suivantes :

- l'annexe 1 du contrat type national fixe, de manière **identique pour l'ensemble des établissements**, le niveau d'atteinte des objectifs et les indicateurs de suivi,
- l'évaluation annuelle des résultats est transmise sous forme d'un rapport d'étape qui permet à chaque établissement **d'évaluer son taux de remboursement « théorique »**.

Ainsi, la fixation du taux de remboursement repose sur six grands principes :

1. Un calendrier réglementaire toujours en trois étapes :

- La saisie du bilan dans le rapport d'étape annuel (REA) permet à l'établissement de s'auto-évaluer et de calculer un taux de remboursement **théorique** (avant 1^{er} avril),
- A partir de ce taux et de l'analyse du REA, l'ARS-DRSM communique à l'établissement une **proposition** de taux de remboursement (15 mai),
- Les observations écrites présentées par l'établissement au cours des 10 jours suivants permettent à la directrice générale de l'ARS d'arrêter le taux **définitif** (au plus tard 1^{er} juin).

2. Une hiérarchisation des indicateurs selon une cotation A > B > C :

Un nombre de **points** fixes est affecté aux niveaux A, B et C, posés par le comité de suivi du CBUMPP en respectant la hiérarchisation :

A= 3 points, B=2 points, C=1 point.

3. Une évaluation positive de l'ensemble des indicateurs sur la base d'un score global de points à atteindre :

L'évaluation annuelle du respect des engagements est appréciée par la valeur de chaque indicateur côté A, B ou C (cf supra) ; chaque engagement, y compris le renseignement de ceux qui sont « non pris en compte », contribue à atteindre le score maximum qui génèrera un taux de remboursement maximum atteignable (100%).

La pondération des indicateurs dans le barème pourra être revue annuellement dans le cadre du comité de suivi du CBUMPP.

4. Une sanctuarisation des indicateurs relatifs aux produits de santé hors GHS :

La valorisation des indicateurs relatifs au bon usage des produits de santé hors GHS – Titre I -chapitre III de l'annexe 1- est indépendante des autres indicateurs ; elle ne peut pas être «rattrapée» par celle des autres indicateurs ou bonus.

Ces indicateurs contribuent pour **7 %** (noté Taux 1) dans le score maximum de **100%**.

Soit un Taux théorique de remboursement total = 70 % (base) + Taux 1+ Taux 2

Pour ces indicateurs, le score total maximum est de **25 points** =

- 6 indicateurs cotés A (18 points)
- + 1 indicateur coté B (2 points)
- + 5 indicateurs cotés C (5 points)

Avec un taux de remboursement théorique (Taux 1) de :

- 7 % dès lors que le score obtenu est > 21 points
- 6 % dès lors que le score obtenu est ≤ 21 points
- 5 % dès lors que le score obtenu est ≤ 17 points
- 4 % dès lors que le score obtenu est ≤ 14 points
- 3 % dès lors que le score obtenu est ≤ 10 points
- 2 % dès lors que le score obtenu est ≤ 7 points
- 1 % dès lors que le score obtenu est ≤ 3 points
- 0 % dès lors que le score obtenu est = 0 points

(cf tableau en annexe)

5. Un système global de bonification :

Le score maximum générerait un taux de remboursement de 103% au lieu de 100%, ce qui procure un bonus de 3%.

En effet, sachant que le taux de modulation maximum de 30% est « réservé » à hauteur de 7% pour les indicateurs relatifs aux produits hors GHS (cf ci-avant), il resterait 23 % à « répartir » entre les autres indicateurs.

La répartition devrait s'élever à 230 points

Or le score total maximum pour les autres indicateurs est calculé sur **239 points** =

- 51 indicateurs cotés A (153 points)
- + 20 indicateurs cotés B (40 points)
- + 46 indicateurs cotés C (46 points)

Selon le principe de 1% cumulatif par tranche de 9 points et d'un bonus de 1% correspondant à 9 points, la différence entre 230 et 239 permet de rattraper le score à atteindre pour obtenir un taux (noté Taux 2) de 23 % maximum

Pour l'évaluation dans le rapport d'étape de l'année 2014 , le comité de suivi du CBUMP a prévu une pondération des indicateurs dans le barème avec une borne de 200 points (révisable annuellement - cf ci-après), au dessus de laquelle un taux de 23 % sera obtenu :

- 23 % dès lors que le score obtenu est > **200 points**
- 22 % dès lors que le score obtenu est ≤ 200 points
- 21 % dès lors que le score obtenu est ≤ 191 points, etc.

(1% cumulatif par tranche de 9 points obtenus)

(cf tableau en annexe)

Un comité de suivi du CBUM se réunira chaque année pour revoir, si besoin, la pondération des indicateurs dans le barème et le score au dessus duquel le Taux 2 maximum sera obtenu.

6. La dynamique de progression est prise en compte :

Pour juger de la dynamique de progression dès le premier REA, un état des lieux à fin 2013 devra être renseigné par l'établissement lors du REA2014 (une colonne « état 2013 » sera à compléter avec les données disponibles).

Ensuite la notation prenant en compte cette dynamique de progression s'applique en fonction de la réponse attendue et du type d'indicateurs (voir ci-après).

Ceci se traduit par :

• Indicateur dont la réponse attendue est OUI / NON / NON APPLICABLE :

1/ Si la réponse de l'établissement est :

OUI
NON APPLICABLE
NON mais Année évaluée antérieure à l'année cible fixée pour l'objectif
Année où l'indicateur n'est pas mesuré

alors le nombre de points obtenus = **total** des points (selon cotation A, B ou C, soit 3, 2 ou 1)

2/ Dans les autres cas :

alors le nombre de points obtenus = **0 (zéro)**

• Indicateur dont la réponse attendue est OUI / PARTIELLEMENT / NON /NON APPLICABLE :

1/ Si la réponse de l'établissement est :

OUI
NON APPLICABLE
NON ou PARTIELLEMENT **mais** Année évaluée antérieure à l'année cible fixée pour l'objectif
Année où l'indicateur n'est pas mesuré
PARTIELLEMENT **et** année évaluée est l'année cible fixée pour l'objectif **et** indicateur avec valeur NON pour l'année N-1 (ou N-2 si mesuré tous les 2 ans)

alors le nombre de points obtenus = **total** des points (selon cotation A, B ou C, soit 3, 2 ou 1)

2/ Si la réponse de l'établissement est :

PARTIELLEMENT hors situations citées au point ci-dessus

alors le nombre de points est **réduit de moitié**
(soit pour cotation A/2 =1.5, B/2=1 ou C/2=0.5)

3/ Dans tous les cas différents de ci-dessus

alors le nombre de points obtenus = **0 (zéro)**

• Indicateur dont la réponse attendue est chiffrée (QUANTITATIF) :

Attention : pour les produits hors GHS, l'indicateur quantitatif cible 100 % est transformé en OUI/NON avec OUI= atteinte 100% et non = autre

1/ Si la réponse de l'établissement est :

Cible atteinte en totalité
NON APPLICABLE
Quelle que soit la valeur de l'indicateur **mais** Année évaluée antérieure à l'année cible fixée pour l'objectif
Année où l'indicateur n'est pas mesuré
Quelle que soit la valeur de l'indicateur **mais** Année évaluée est l'année cible fixée pour l'objectif **et** progression entre les années N et N-1

alors le nombre de points obtenus = **total** des points (selon cotation A, B ou C, soit 3, 2 ou 1)

2/ Dans tous les cas différents de ci-dessus

alors le nombre de points obtenus = **prorata** de l'atteinte de l'objectif (règle de 3) selon formule suivante : (valeur obtenue) x (nb de points du critère) / valeur de la cible

NB : règle d'arrondi au dixième (c'est-à-dire 2.18 = 2.2 ou 1.44 = 1.4)

exemple 1 :

si cible = 80 % mais réponse établissement = 60 %, avec critère coté B
alors nombre de points est :
 $60\% \times 2 / 80\% = 1,5 \text{ points}$

exemple 2 :

si cible est Taux > 50 % mais réponse établissement = 40 % avec critère coté A,
alors nombre de points est :
 $40\% \times 3 / 50\% = 2,4 \text{ points}$

Annexe (valable pour REA 2014) :

Indicateurs du Titre I- chapitre III (spécifiques hors GHS et respect RBU)		
Score obtenu (points)		Taux 1 de remboursement théorique
borne -	borne +	
21,1	25	7%
17,1	21	6%
14,1	17	5%
10,1	14	4%
7,1	10	3%
3,1	7	2%
0,1	3	1%
0	0	0%

Autres indicateurs (Titre I-Chapitres I & II ; Titre III)		
Score obtenu (points)		Taux 2 de remboursement théorique
borne -	borne +	
200,1	239	23%
191,1	200	22%
182,1	191	21%
173,1	182	20%
164,1	173	19%
155,1	164	18%
146,1	155	17%
137,1	146	16%
128,1	137	15%
119,1	128	14%
110,1	119	13%
101,1	110	12%
92,1	101	11%
83,1	92	10%
74,1	83	9%
65,1	74	8%
56,1	65	7%
47,1	56	6%
38,1	47	5%
29,1	38	4%
20,1	29	3%
11,1	20	2%
2,1	11	1%
0	2	0%

<p>Taux théorique de remboursement = Taux de base (70%) + Taux 1 (X%) + Taux 2 (Y%)</p>

Année civile	Audit	REA fourni avant le :
Etat des lieux	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité de la prise en charge / IPAQSS : IDM-MCO-BASI2 (<i>campagne 2013, données 2012</i>) • Pratique pluridisciplinaire / IPAQSS : RCP (<i>campagne 2012, données 2011</i>) • Circuit Médicaments / IPAQSS : TDP-MCO (<i>campagne 2012, données 2011</i>) • Continuité du traitement / IPAQSS : TDP-MCO + DAN-MCO + TDP-HAD (<i>campagne 2012, données 2011</i>) • Bon Usage / ICATB1 (<i>campagne 2013, données 2012</i>) • Respect des référentiels Médicaments et DMI / CBUMPP (<i>REA 2013, données 2013</i>) • Traçabilité de la prescription à l'implantation des DMI / audit CBUMPP (<i>REA 2013</i>) • Informatisation : OSIS ? 	
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Circuit Médicaments / IPAQSS : TDP-MCO (<i>campagne 2014, données 2013</i>) • Continuité du traitement / IPAQSS : TDP-MCO + DAN-MCO + TDP-HAD (<i>campagne 2014, données 2013</i>) • Pratique pluridisciplinaire / IPAQSS : RCP (<i>campagne 2014, données 2013</i>) • Bon Usage / ICATB2 (<i>campagne 2014, données 2013</i>) • Respect des référentiels Médicaments et DMI / CBUMPP (exhaustivité) (<i>REA 2014, données 2014</i>) 	01/04/2015
2015	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité de la prise en charge / IPAQSS : IDM-MCO-BASI2 (<i>campagne 2015, données 2014</i>) • Traçabilité de la prescription à l'implantation des DMI / audit CBUMPP • Respect des référentiels Médicaments et DMI / CBUMPP (exhaustivité) • Bon Usage / ICATB2 (<i>campagne 2014, données 2013</i>) 	01/04/2016
2016	<ul style="list-style-type: none"> • Circuit Médicaments / IPAQSS-TDP avec grille d'audit complétée des éléments demandés dans le CBUMPP • Continuité du traitement / IPAQSS-TDP + DAN • Pratique pluridisciplinaire / IPAQSS-RCP • Bon Usage / ICATB2 • Respect des référentiels Médicaments et DMI / CBUMPP (exhaustivité) 	01/04/2017
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité de la prise en charge / IPAQSS-IDM • Traçabilité de la prescription à l'implantation des DMI / audit CBUMPP • Respect des référentiels Médicaments et DMI / CBUMPP (exhaustivité) • Bon Usage / ICATB2 (<i>campagne 2014, données 2013</i>) 	01/04/2018
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Circuit Médicaments / IPAQSS-TDP avec grille d'audit complétée des éléments demandés dans le CBUMPP • Continuité du traitement / IPAQSS-TDP + DAN • Pratique pluridisciplinaire / IPAQSS-RCP • Bon Usage / ICATB2 • Respect des référentiels Médicaments et DMI / CBUMPP (exhaustivité) 	01/04/2019

Annexe C

ICATB2	ICATB1
La prescription des antibiotiques est informatisée (<i>item ATBM2</i>)	L'information de la prescription des antibiotiques est informatisée (<i>item ATBM5b</i>)
Il existe une liste d'antibiotiques "ciblés" dans l'établissement (<i>itemATBA1</i>)	Il existe une liste d'antibiotiques disponibles dans l'établissement (<i>itemATBA4</i>)
Réévaluation à 48h - 72h pour les antibiotiques ciblés (<i>itemATBA11d</i>)	Les antibiotiques à dispensation contrôlée sont dispensés et délivrés pour une durée limitée, permettant une justification du traitement après 48-72 heures (<i>item ATBA4</i>)
Argumentation pour une prescription > à 1 semaine (<i>itemATBA3</i>)	
Il existe un protocole validé par la CME ou CfME sur l'antibiothérapie de 1ère intention des principaux sites d'infection en terme de fréquence [de moins de 3 ans] (<i>item ATBA2</i>)	Il existe un protocole validé par la CME ou CfME sur l'antibiothérapie de 1ère intention dans les principales infections (<i>item ATBA3b</i>)
Il existe une surveillance de la consommation des antibiotiques en doses définies journalières (DDJ) rapportée à l'activité (<i>itemATBA6</i>)	Il existe une surveillance de la consommation des antibiotiques en doses définies journalières (DDJ) (<i>itemATBA8</i>)
Une évaluation des pratiques en matière de qualité des prescriptions a été réalisée dans les trois dernières années. (<i>item ATBA11a et/ou 11b et/ou 11c</i>)	Une action d'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques a été réalisée au cours de l'année du bilan. (<i>item ATBA7</i>)