



OMIT PACA CORSE



Bilan des rapports d'étape 2009
Du contrat de bon usage 2009-2011
PACA Corse

Sommaire

Introduction	Page 4
Matériel et méthodes	Page 5
<ol style="list-style-type: none"> 1. Description du contrat de bon usage 2009-2011 2. Méthodologie du recueil de données 3. Exploitation des données du rapport d'étape 	
Présentation des établissements de santé	Page 7
La politique de bon usage des produits de santé	Page 9
<ol style="list-style-type: none"> 1. Participation de l'établissement aux actions de l'OMIT PACA CORSE 2. Poursuite de la politique de bon usage des produits de santé <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Objectifs 2.2 COMEDIMS opérationnelle et diffusion active d'informations 2.3 Règles de sécurisation 2.4 Liste des prescripteurs utilisés 3. Qualité et sécurité de la continuité des soins- liens avec la ville 4. Qualité et sécurité du circuit du médicament et des produits et prestations 5. Poursuite de la démarche qualité et du respect des bonnes pratiques <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Système d'assurance qualité 5.2 Lutte contre la iatrogénie et les erreurs liés aux produits de santé 6. Politique d'autoévaluation 7. Résultats globaux sur les engagements relatifs au bon usage 	Page 9 Page 10 Page 12 Page 13 Page 14 Page 16 Page 18 Page 19
La politique de bon usage des molécules onéreuses	Page 20
<ol style="list-style-type: none"> 1. Politique d'évaluation de l'utilisation des molécules onéreuses par la COMEDIMS ou la sous commission de la CME 2. Circuit du médicament <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Suivi de la prescription pour les molécules onéreuses de la liste en sus 2.2 Administration 3. Maladies rares 4. Résultats globaux 	Page 20 Page 21 Page 22 Page 23

La politique de bon usage des produits et prestations onéreux	Page 24
1. Politique d'évaluation de l'utilisation des produits et prestations onéreux par la COMEDIMS	Page 24
2. Circuit des produits et prestations	Page 25
2.1 Suivi de la prescription pour les des produits et prestations de la liste en sus	
2.2 Traçabilité de l'implantation	
3. Résultats globaux	Page 26
La politique de bon usage des chimiothérapies	Page 28
1. Amélioration de la qualité de la préparation centralisée des cytotoxiques	Page 28
2. Prescription et pratiques pluridisciplinaires	Page 30
3. Déchets de produits cytotoxiques	Page 31
CONCLUSION	Page 32
ANNEXES	Page 34
Liste des acronymes et abréviations utilisées	Page 35
Bilan des établissements ayant signé le CBU	Page 36
Liste des Etablissements MCO et Dialyse ayant signé le CBU 2009-2011	Page 37

INTRODUCTION

En janvier 2009, le deuxième contrat de bon usage (CBU) a été signé entre les établissements de santé soumis à la tarification à l'activité (T2A) et les Agences régionales d'hospitalisation (ARH) de PACA et de Corse pour une durée de 3 ans. La durée a été définie de façon à renouveler le prochain contrat de bon usage en même temps que les contrats d'objectifs et de moyens.

Rappelons que le CBU a pour objet de « *déterminer les objectifs en vue d'améliorer et de sécuriser, au sein de l'établissement, le circuit du médicament et des produits et prestations remboursés en sus de la tarification à l'activité et de garantir leur bon usage, de préciser les actions à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs et d'organiser le cadre de l'évaluation des engagements souscrits dont le respect est pris en compte chaque année pour fixer le taux de remboursement de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques, et des produits et prestations dits « onéreux ».*

Le contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations fixe son calendrier d'exécution et mentionne les objectifs quantitatifs et qualitatifs ainsi que les indicateurs attendus de suivi et de résultats nécessaires à son évaluation périodique.

Les contrats types ont été élaborés par un groupe pluri institutionnel regroupant des médecins et pharmaciens représentants de l'échelon régional de l'Assurance maladie et de l'inspection régionale de la pharmacie sous l'égide de l'OMIT PACA Corse et validés avec les représentants régionaux des Fédérations de l'hospitalisation. Deux modèles types ont été élaborés, un pour l'ensemble des établissements MCO et les structures de Dialyse ainsi qu'un contrat spécifique pour les structures d'hospitalisation à domicile non rattachées à un établissement de santé.

Le Contrat de Bon Usage 2009-2011 a fait l'objet d'une présentation à l'ensemble des professionnels de l'interrégion le 18 décembre 2008, lors de la réunion interrégionale de l'OMIT, avant sa transmission en décembre 2008 aux établissements de santé de PACA et Corse pour signature en Janvier 2009.

Le premier contrat de bon usage 2006-2009 avait mis l'accent sur des actions d'amélioration du circuit du médicament et le bilan avait permis de constater de réelles avancées dans ce domaine. L'objectif du deuxième contrat est double, d'une part il s'agit de poursuivre les actions engagées en matière de politique de sécurisation du médicament, en les développant sur des points majeurs concernant la continuité du parcours des soins et le lien avec la ville, ainsi que la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse. D'autre part, ce deuxième contrat met l'accent sur la maîtrise médicalisée, en cohérence avec les exigences de l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale 2009.

MATERIEL ET METHODES

L'étude concerne les établissements MCO et les structures de dialyse de PACA Corse ; les structures d'HAD de la région PACA ne sont pas incluses dans cette analyse.

1 Description du contrat type de bon usage 2009-2011

Le contrat type pour les établissements MCO et de dialyse, se présente en 4 grands chapitres et un maximum de 78 indicateurs. Le premier chapitre relatif à la politique de bon usage est applicable à l'ensemble des établissements. Si la majorité des engagements sont obligatoires dès la première année du contrat, ceux relatifs aux nouvelles exigences par rapport au contrat précédent, devront être mis en œuvre dès la deuxième année soit en 2010.

1.1 La politique de bon usage des produits de santé déclinée en 6 points (indicateurs TC1 à TC40) :

- Participation de l'établissement aux actions de l'OMIT Paca Corse;
- Poursuite de la politique du bon usage des produits de santé;
- Qualité et sécurité de la continuité des soins – Liens avec ville ;
- Qualité et sécurité du circuit du médicament et des produits et prestations ;
- Poursuite de la démarche qualité et du respect des bonnes pratiques ;
- Politique d'auto-évaluation.

1.2 La politique de bon usage des molécules onéreuses décliné en 3 volets (indicateurs MO1 à MO11):

- Politique d'évaluation de l'utilisation des Molécules Onéreuses par la Comedims ou sous commission de la CME ;
- Circuit du médicament
- Maladies rares

1.3 La politique du bon usage des produits et prestations onéreux décliné en 2 parties (indicateurs PP01 à PP011):

- La politique d'évaluation de l'utilisation des produits et prestations de la liste en sus par la Comedims
- Le circuit des produits et prestations

1.4 Le bon usage des chimiothérapies anticancéreuses (indicateurs C1 à C16) ayant trait à trois points principaux :

- L'amélioration de la qualité de la préparation centralisée des cytotoxiques,
- la prescription et pratiques pluridisciplinaires et
- la gestion des déchets des produits cytotoxiques

2 Méthodologie du recueil des données

Conformément à la réglementation, chaque établissement doit adresser à l'ARH, avant le 15 octobre, le rapport d'étape annuel du contrat prévu à l'article D. 162-10 qui précise l'état de réalisation des engagements selon les indicateurs de suivi et de résultats définis à la signature du contrat.

Le rapport d'étape du contrat de bon usage est un modèle type personnalisé qui mentionne pour chaque établissement les indicateurs attendus d'exécution du contrat, au regard des engagements individuels inscrits dans son CBU. Il se présente sous la forme d'un formulaire EXCEL dont les champs de réponse, pour chaque indicateur, ont été pré-formatés avec menu déroulant. Cette modalité de recueil a pour objectif de simplifier la saisie des données, harmoniser les réponses et faciliter l'exploitation de ces questionnaires. En outre, l'établissement peut expliciter sa réponse dans une case « Commentaire » associée à chaque indicateur.

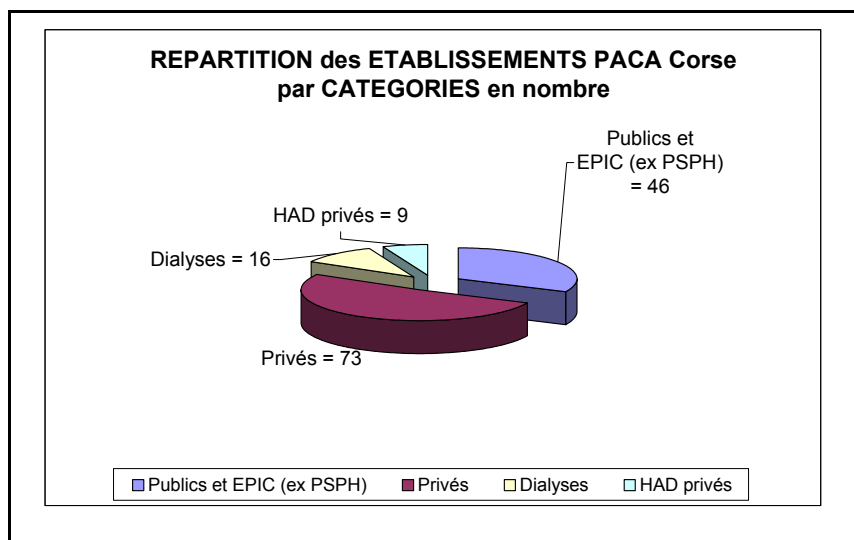
En préambule au questionnaire de mise en œuvre du contrat, les établissements de santé, renseignent un tableau apportant des informations générales sur leur structure (nombre de lits et places installées, coordonnées des personnes référentes...), et confirment ou non leurs activités au regard du CBU : utilisation ou non de produits de la liste en sus déclinés par catégorie (Molécules onéreuses, Dispositifs médicaux implantables, et Chimiothérapies), Affectation à l'établissement d'internes en médecine. Enfin, pour certains engagements, des éléments preuve sont demandés (Résultats d'audits; Données qualitatives et quantitatives sur les prescriptions des produits en sus, Argumentaire sur l'évolution des dépenses 2008-2009 des produits en sus ...).

L'ensemble des documents électroniques a été transmis par mail à l'ARH dans les délais prévus, à savoir au plus tard le 15 octobre 2009.

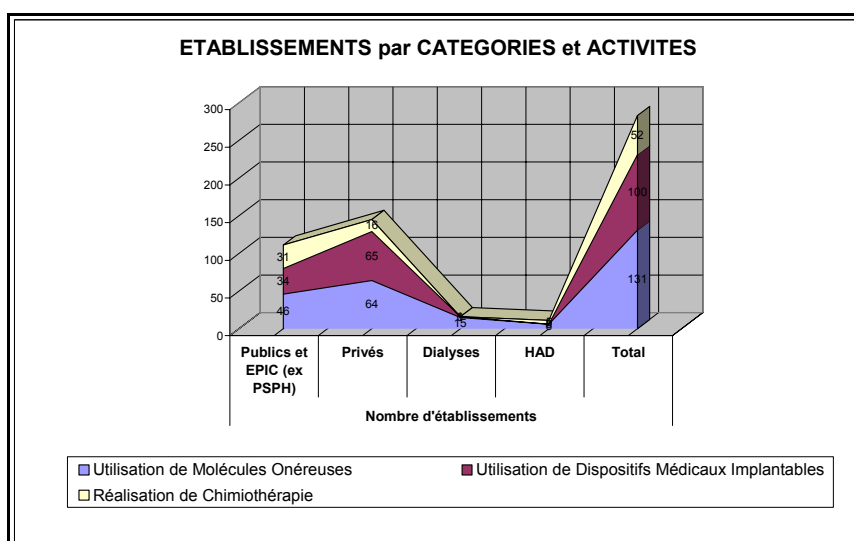
Il est rappelé que ces données sont déclaratives. Malgré l'existence d'un glossaire et d'explications détaillées dans le contrat type pour chacun des objectifs et des indicateurs, des erreurs ou des inexactitudes par incompréhension sont toujours possibles, elles relèvent soit d'interprétation erronée soit de confusion. Notamment, à plusieurs reprises dans ce rapport d'étape, on pourra constater que les données 2009 contredisent les données déclarées dans les rapports d'étape des années précédentes. Les données chiffrées demandées dans le nouveau contrat permettent d'avoir des informations plus précises et vraisemblablement plus justes que celles des années précédentes. En effet, dans le contrat précédent, la formulation de certains indicateurs, incluait plusieurs éléments d'interrogation dans la même question, et la réponse apportée pouvait correspondre à différentes situations possibles (réponse partielle ou complète à la question) selon l'interprétation qui en était faite. Cependant, d'une façon générale, il est licite d'affirmer que ce bilan est représentatif de la situation en établissements de santé de PACA et Corse concernant le bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux.

PRESENTATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

144 établissements ou structures de soins sont concernés par le contrat de bon usage dans les deux régions; 132 en PACA et 12 en Corse. Le contrat de bon usage concerne 46 établissements publics ou participant au service public, 73 établissements privés à but lucratif, 16 structures de Dialyse et 9 établissements d'hospitalisation à domicile. (Voir le graphique ci-dessous « Répartition des établissements PACA Corse par catégories »).



Le nombre total d'engagements du contrat de bon usage diffère selon les activités des établissements. La figure ci-après montre la répartition des établissements par catégorie (publics et PSPH ; privés ; dialyse) et selon le profil (Utilisation de Molécules Onéreuses ; Utilisation de DMI et Réalisation de chimiothérapies).



La majorité des établissements signataires du CBU n'a pas une activité MCO exclusive et compte également des lits de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de soins de longue durée (SLD). Le nombre de lits et places totaux, hors HAD, est de 26 645 lits pour PACA et de 1834 pour la Corse. L'activité MCO est prépondérante puisque le nombre de lits MCO concernés est de 21 940 lits dont 20 783 en PACA et 1157 en Corse.

125 sur 144 (87 %) établissements utilisent des molécules onéreuses. Le nombre d'établissements utilisant des dispositifs médicaux implantables est légèrement inférieur (99 soit 69 %). On peut noter que les établissements publics, privés et participant au service public, sont plus nombreux à utiliser des molécules onéreuses (125) que des dispositifs médicaux implantables (99).

Enfin, 47 établissements administrent des chimiothérapies, 43 en PACA et 4 en Corse soit 34,8 % des établissements. Cependant le nombre de sites autorisés à pratiquer l'activité de chimiothérapie, est de 36 selon le volet « traitement du cancer » du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) III.

I- LA POLITIQUE DE BON USAGE DES PRODUITS DE SANTE

Ce volet du contrat de bon usage est commun à tous les établissements de santé et porte sur les exigences de bon usage des produits de santé attendues dans tous types d'établissements. Comme il a été dit plus haut, il se décline en 6 chapitres.

Tous les engagements doivent être réalisés dès 2009, à l'exception de TC20, TC30, TC35 à 37.

1 Participation de l'établissement aux actions de l'OMIT Paca Corse

Conformément à la réglementation, les établissements doivent participer à l'Observatoire du Médicament, des dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMIT). Cette participation implique une collaboration active aux enquêtes coordonnées ou promues par l'OMIT. Par ailleurs, l'OMIT intervient comme interface entre l'AFSSAPS, l'INCa et l'HAS en maintenant une veille d'information auprès des responsables de la politique du médicament et des dispositifs médicaux de l'interrégion sur les référentiels de bon usage notamment ceux relatifs aux produits inscrits sur la liste en sus. A ce titre, il est important qu'à leur tour, ces professionnels de santé communiquent au sein de leur établissement afin de sensibiliser les personnes concernées.

Pour cet objectif, deux exigences ont été formulées dans le contrat type :

TC1 : Participation de l'établissement aux recueils de données demandés par l'OMIT ou transmis par ses soins comme le suivi national des produits ciblés, etc....

TC2 : Sensibilisation, diffusion et promotion des informations relatives au CBU et des actions régionales auprès de tous les acteurs concernés de l'établissement

Le premier critère était évalué au regard de la participation aux enquêtes conduites ou promues par l'OMIT (Suivi des traceurs 2008, enquête antifongiques août-septembre 2009, enquête DREES). Il faut souligner la forte implication des établissements qui ont tous participé aux recueils demandés dans les 2 enquêtes coordonnées par l'OMIT fin 2008 et en 2009, à l'exception d'un seul établissement pour les traceurs.

Concernant le critère TC2, tous les établissements ont effectué la transmission active des informations relatives au CBU, le nombre moyen d'informations diffusées et/ou d'actions réalisées relatives au bon usage diffusées sur le CBU est de 5,7 pour les établissements MCO et de 3,5 pour les établissements de Dialyse avec une médiane de 4 [min 1-max 88]. Sept établissements MCO ont diffusé ou réalisé plus de 15 actions sur la période.

2 Poursuite de la politique de bon usage des produits de santé

2.1 Objectifs

L'établissement doit, se charger, conformément à la réglementation, de la mise en œuvre de la politique des produits de santé en s'appuyant sur la commission ou la conférence médicale ou la COMEDIMS. Cette instance doit mener des actions en vue de promouvoir la qualité et la sécurité des produits de santé, dans une prise en charge globale du patient. Cette politique inclut aussi la sécurisation du stockage et du transport des produits garantissant toute utilisation non contrôlée de ces produits hors de la pharmacie. Par ailleurs, la COMEDIMS (ou sous-commission de la CME) doit réaliser le suivi et l'analyse des consommations afin de sensibiliser les professionnels sur la juste prescription.

2.2 COMEDIMS (ou sous-commission de la CME) opérationnelle et Diffusion active d'informations

Pour cet objectif, 7 engagements sont inscrits au contrat :

- TC3 à TC6: *Mise en œuvre de la politique du bon usage des produits de santé à travers une instance multidisciplinaire organisée et structurée*
- TC7 : *Elaboration d'un plan d'actions annuel soumis en CME visant à sécuriser la prise en charge thérapeutique du patient et promouvoir le bon usage des produits de santé*
- TC8 : *Existence d'actions spécifiques en matière de bon usage des antibiotiques*
- TC9 : *Existence du suivi des consommations et des dépenses des produits de santé permettant la réalisation d'un tableau de bord et la définition d'actions à mener en matière de maîtrise des prescriptions*
- TC10 : *Diffusion de recommandations nationales (AFSSAPS, INCa, HAS) ou de règles élaborées ou mises à jour par la COMEDIMS ou sous commission à la CME ou par la CME*
- TC11 : *Mise à jour du livret thérapeutique des médicaments actualisé au moins une fois tous les 2 ans*
- TC12 : *Mise à jour du livret des dispositifs médicaux actualisé au moins une fois tous les 2 ans*

Tous les établissements disposent d'une instance en charge de la politique du bon usage des produits de santé dont le responsable est identifié.

80,7 % des établissements MCO et 13/16 structures de dialyse ont réalisé 3 réunions de la COMEDIMS ou plus au cours des 3 premiers trimestres de l'année 2009 ; le taux moyen de participants par réunion est de 64 % pour les établissements MCO et de 73% pour les structures de Dialyse.

Concernant le plan d'actions annuel, 73 % (87/119) des établissements MCO contre 100% (16 /16) des structures de dialyse l'ont validé avant le 15/10/2009. Cependant, on note que seulement 62% soit un peu plus d'un établissement sur 2 avait validé le plan d'action avant

le 30 juin 2009 montrant que cette démarche n'est pas formalisée dans tous les établissements.

3 réunions en moyenne dans la période ont permis d'aborder les analyses de consommation et de dépenses des produits de santé ; la médiane est de 2 [valeurs extrêmes 0-50] et 14/135 établissements ont fait plus d'une réunion par trimestre. A l'inverse, 5 établissements MCO déclarent n'avoir fait aucune réunion sur cette thématique.

En moyenne, 7 règles de bon usage ont été élaborées ou mises à jour à la date d'envoi du rapport d'étape; la médiane est de 4 [valeurs extrêmes 0-86]. 2/16 structures de dialyse et 3/119 établissements MCO n'ont eu aucune action dans ce domaine.

Ces résultats confirment que la quasi-totalité des établissements de l'interrégion disposent d'une instance opérationnelle en charge de la politique de bon usage des produits de santé. Si l'on compare ces résultats à ceux du rapport final CBU 2008, 99,2 % des établissements déclareraient avoir une COMEDIMS opérationnelle avec un minimum de 3 réunions annuelles. Ces données peuvent laisser entendre une baisse de l'engagement des établissements, ou plus vraisemblablement des données inexactes en 2008.

Entre le 1^{er} janvier 2008 et le 15/10/2009, 92.4 % des établissements MCO ont actualisé leur livret thérapeutique du médicament tandis que 4 % prévoient de le faire d'ici la fin de l'année. Pour le livret des dispositifs médicaux, 84 % l'ont actualisé avant le 15/10/2009 et 4% prévoient de le faire d'ici la fin de l'année, 12% ne se prononcent pas. La totalité des structures de Dialyse ont actualisé tous leurs livrets.

Ces données montrent que la mise à disposition d'un livret des dispositifs médicaux n'est toujours pas généralisée comme pour les médicaments.

Pour ce qui concerne le domaine de l'antibiothérapie, tous les établissements MCO, à l'exception d'un seul et 13/16 structures de Dialyse, ont conduit des actions spécifiques en réalisant en moyenne 4 actions (médiane 4) pour les établissements MCO et 1.8 pour les structures de Dialyse sur le bon usage des antibiotiques avec en valeurs extrêmes [valeurs extrêmes 0-15]. Quatre établissements ont réalisé plus de 10 actions sur ce thème au cours des 3 premiers trimestres.

Ces très bons résultats relatifs au Bon usage des Antibiotiques, montrent l'impact des indicateurs qualité (indicateur national ICATB) en synergie avec les exigences du CBU.

2.3 Règles de sécurisation

Conformément à l'arrêté du 31 mars 1999, le contenu des dotations de médicaments pour besoins urgents dans les services doit faire l'objet d'une définition annuelle, avec une liste par dotation existante (liste qualitative et quantitative, signée et revue annuellement) et le transport des médicaments doit se faire de façon sécurisée. Par ailleurs, la gestion des traitements personnels apportés par les patients, doit faire l'objet de règles au sein de l'établissement pour la sécurité du patient et dans le respect de la réglementation.

Pour cet objectif, 2 engagements sont inscrits au contrat :

- TC13 : *Définition du contenu de chaque dotation existante de médicaments pour besoins urgents dans les services conformément à l'arrêté du 31 mars 1999, articles 9 à16 (liste qualitative et quantitative, signée et revue annuellement).*
- TC14 : *Maintien des actions de sécurisation du transport des médicaments et des produits et prestations dans l'établissement de santé : organisation & procédure(s) (Arrêté du 31 mars 1999, article 14)*

En moyenne, tous les établissements à l'exception d'un établissement MCO et d'une structure de Dialyse, disposent de dotations dans les services dont les listes sont revues annuellement à hauteur de 71 % soit en moyenne 14 sur 20 dotations. 28/119 établissements ont plus de 20 dotations dans l'établissement et seuls les 2 CHU ont plus de 100 dotations. 69% des établissements MCO (82/119) et 15/16 structures de Dialyse sont à jour totalement de leur révision annuelle de leurs dotations 15% des établissements (18) revoient moins de 50% de leurs dotations, 3 établissements déclarent ne rien mettre à jour, et 9 ne se prononcent pas.

Ces résultats infirment les données déclarées dans les rapports d'étape des années précédentes. Les données chiffrées demandées dans le nouveau contrat permettent d'avoir des informations plus précises et vraisemblablement plus justes que celles des années précédentes. On peut en conclure que la mise à jour des dotations est bien réalisée mais de façon partielle dans certains établissements.

Selon le rapport d'étape 2009, les établissements MCO déclarent que 94.3 % de leurs services en moyenne (soit une moyenne de 16/19 services par établissement) bénéficient de transport sécurisé. 90% des établissements (soit 107/119) déclarent avoir 100% de leurs services ou unités bénéficiant d'un transport sécurisé, 3 établissements seulement déclarent n'avoir aucun transport sécurisé. Toutes les structures de Dialyse disposent d'un transport sécurisé à 100% à l'exception d'une seule déclarant l'être à hauteur de 70%.

Ces résultats du rapport d'étape 2009, infirment les données du rapport final du précédent CBU de 2008 où 97,4 % des établissements déclaraient disposer d'une procédure de transport sécurisé. Le rapport d'étape 2009 exigeant des données chiffrées précises ne permet aucune ambiguïté dans les réponses apportées et explique sans doute le décalage observé entre les réponses des 2 années. On peut en conclure que cette procédure majoritairement appliquée, n'est pas encore la règle dans tous les services ou unités de tous les établissements.

2.4 Liste des prescripteurs autorisés

Rappelons que pour réaliser l'analyse réglementaire de l'ordonnance, le pharmacien doit s'assurer de la qualification du prescripteur, et de l'authenticité des ordonnances. L'arrêté du 31 mars 1999 prévoit l'obligation pour les établissements de santé de tenir à jour et de transmettre au pharmacien la liste des personnes habilitées à prescrire.

Pour cet objectif, 2 engagements sont inscrits au contrat :

- TC15 & 16 : *Transmission à la pharmacie de la liste des personnes habilitées à prescrire des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses par le représentant légal de l'établissement.*

- TC17 : *Organisation de la prescription "junior" (médecin non thésé) dans l'établissement en application d'une procédure validée en CME*

Tous les établissements MCO et structures de Dialyse ont désigné un responsable pour gérer la liste des personnes habilitées à prescrire. En charge de la transmission de la liste des personnes habilitées à prescrire, on trouve majoritairement la Direction (63,4 %), moins fréquemment le responsable Qualité (7,3 %), ainsi que la PUI (3 %) et d'autres services (5%) : DIM, service informatique....

A la date d'envoi du rapport d'étape, 92.4 % (113/119) des établissements MCO étaient à jour de la transmission de cette liste à la PUI; 6 % déclaraient l'avoir fait seulement en 2008, 2% ne se prononcent pas.

On peut mesurer l'impact du CBU puisque avant 2006, 13% seulement des établissements publics et 5% du privé contre près de 98% en 2009, répondaient à cet objectif.

L'organisation de la prescription des médecins juniors est une exigence du nouveau contrat de bon usage, antérieurement seuls 2 établissements avaient une procédure spécifique à cette catégorie de prescripteurs. En 2009, 23/28 établissements accueillant des internes soit 82% l'ont réalisé au 15/10/2009.

Bien qu'il s'agisse d'un indicateur nouveau au contrat, la grande majorité des établissements concernés l'ont mis en place avant le 15 octobre 2009.

3 Qualité et sécurité de la continuité des soins- liens avec la ville

L'établissement de santé doit assurer une prise en charge du patient en continuité avec les professionnels de santé de ville dans un souci de sécurité, notamment en veillant à la cohérence et à l'absence d'interactions des thérapeutiques. De plus, la COMEDIMS ou la sous commission de la CME doit veiller à sensibiliser l'ensemble des prescripteurs sur les bonnes pratiques de prescription à l'hôpital mais aussi, lors de l'admission et pour les ordonnances de sortie, et sur le respect des obligations réglementaires.

Pour cet objectif, 3 engagements sont inscrits au contrat :

- TC 18: *Evaluation de la prise en charge du traitement médicamenteux personnel à l'entrée du patient (gestion du traitement à l'entrée et traçabilité du traitement represcrit dans le dossier)*

- TC 19: Mise en œuvre et diffusion d'une procédure de rédaction des ordonnances de sortie et de consultations externes respectant la réglementation en vigueur

- TC 20: Réalisation d'actions spécifiques en matière de bon usage pour les prescriptions hospitalières exécutées en officine de ville (Exemple : la promotion de la prescription en DCI des ordonnances de sortie. OBLIGATOIRE à partir de 2010)

Le nouveau contrat exige la réalisation d'audits concernant l'évaluation de la prise en charge du traitement médicamenteux personnel à l'entrée du patient, dont les résultats doivent être transmis comme éléments preuve avec le rapport d'étape. 100% des établissements MCO, à l'exception d'un seul établissement et des centres de dialyse non concernés (11/16) par le traitement personnel du patient, ont réalisé les audits et les ont transmis dans les délais requis. 2/119 établissements n'ont pas respecté la méthodologie régionale.

On peut noter la très bonne adhésion à la démarche interrégionale puisque presque tous les établissements ont effectué les audits demandés, en respectant la méthodologie, à savoir une enquête un jour donné. En effet, si 99% des établissements avaient élaboré des procédures pour la mise en œuvre de bonnes pratiques à l'admission du patient à l'issue du premier contrat, seulement, un établissement sur 2 avait évalué leur mise en application (20%, en 2006).

Concernant la sortie du patient, qui constitue un point nouveau inscrit au CBU 2009-2011, moins de la moitié des établissements (39.5 % soit 47) ont rédigé et validé une procédure de rédaction des ordonnances de sortie et de consultations externes respectant la réglementation en vigueur.

Quant à la réalisation d'actions en matière de bon usage pour les prescriptions hospitalières exécutées en officine de ville, non obligatoire en 2009, les établissements ne se sont pas encore beaucoup mobilisés dans ce domaine, 22% (26) ont prévu la validation de procédures d'ici la fin de l'année. 10 sur 109 établissements engagés soit 10% ont réalisé au moins une action dans ce domaine.

La mise en œuvre d'actions en lien avec la ville, notamment ayant un impact sur les prescriptions de sortie, est une exigence nouvelle du contrat. Les résultats montrent que ce domaine est encore peu pris en compte, et seul un faible nombre d'établissements a mis en place des actions ayant un impact sur ce versant du parcours du patient.

4 Qualité et sécurité du circuit du médicament et des produits et prestations

4.1 Objectifs

A minima, l'établissement doit s'engager à démarrer l'informatisation du circuit du médicament et des produits et prestations avant l'échéance du contrat soit en 2011. L'établissement, peut initier l'informatisation par le secteur de son choix (MCO, SSR,...), et s'engage à la mise en œuvre ou la poursuite de l'informatisation selon l'échéancier quantitatif qu'il a défini.

4.2 Informatisation de la prescription et dispensation

Les indicateurs à renseigner pour l'informatisation et la dispensation sont les indicateurs nationaux:

- TC 21-22: *Nombre de lits et places du secteur MCO, et hors MCO bénéficiant d'une prescription complète informatisée des médicaments avec saisie systématique dans le service de soins*
- TC 24-25: *Nombre de lits et places du secteur MCO et hors MCO bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient (prescription manuelle ou informatisée)*

En matière d'informatisation des établissements MCO, le bilan des résultats des indicateurs nationaux est le suivant en PACA et Corse: La prescription complète informatisée en 2009 concerne 5805 lits soit 26.4 % pour le secteur MCO et Dialyse et 2556 lits soit 39% des lits des autres catégories, SSR, Psychiatrie, SLD. La presque totalité des structures de Dialyse (14/16) sont informatisées complètement et 58/119 établissements MCO (soit 49%) ont démarré l'informatisation de façon effective.

Avant 2006, on comptait 17 (13%) établissements ayant démarré l'informatisation des unités de soins du secteur MCO, en 2006 27(20%), fin 2008 37 (31 %), contre 58 (49 %) en 2009. Le bilan montre une nette progression de l'informatisation dans la région, même si cette démarche ne concerne encore seulement qu'un établissement sur deux et que la part du nombre total de lits informatisés a faiblement progressé pour le secteur MCO. En 2008, le niveau d'informatisation de l'inter région se situait à 23.3% d'informatisation des lits MCO et 26.2% pour les autres catégories de lits (SSR, SLD, Psychiatrie).

Ces résultats confirment que l'informatisation des services est souvent commencée par les secteurs autres que MCO, dans la mesure où les prescriptions sont moins soumises à des modifications fréquentes et le nombre de prescripteurs moindre.

Concernant l'étape de dispensation, 8134 lits de MCO et 3658 lits des autres catégories (SSR, psychiatrie, SLD) bénéficient d'une analyse pharmaceutique de la prescription **complète** du patient représentant respectivement une moyenne de 37 % et de 56% des lits concernés en PACA CORSE.

Plusieurs structures de dialyse soulignent la difficulté de disposer de la totalité du traitement personnel en cours.

Ces données infirment les chiffres transmis en 2008, où les établissements déclaraient avoir une validation pharmaceutique en moyenne de 47.3% des lits MCO. Les différences observées entre les chiffres fournis s'expliquent sans doute par une surévaluation des données de 2008 qui s'appliquaient non pas à la validation de la transmission complète de la prescription à la pharmacie, mais à la validation de toutes les prescriptions reçues à la pharmacie, complètes ou incomplètes, ce dernier cas étant le plus fréquent en raison des ordonnances spécifiques (stupéfiants, antibiotiques, chimiothérapies, etc....). De plus, la validation est souvent qualifiée de partielle en l'absence d'une vision complète de la prescription, ou de l'absence d'accès aux données médicales qui subsiste encore pour nombre d'établissements.

5 Poursuite de la démarche qualité et du respect des bonnes pratiques

5.1 Système d'Assurance qualité

L'objectif pour l'établissement est de poursuivre la mise en œuvre d'une politique qualité reposant sur des procédures écrites, connues de tous, actualisées et disponibles pour tous les professionnels de santé, à tout moment, grâce à une gestion documentaire institutionnelle efficace.

Pour cet objectif, 4 engagements sont inscrits au contrat :

- TC 28-29 : *Mise en œuvre d'une politique qualité animée par un responsable désigné.*
- TC 30 : *Existence d'une gestion documentaire organisée au sein de l'établissement*
- TC 31 : *Actualisation des procédures et modes opératoires du système qualité du circuit des médicaments et DM*
- TC 32 : *Actualisation des procédures et mode opératoires relatifs aux préparations pharmaceutiques (magistrales, hospitalières, radio pharmaceutiques) selon la réglementation et notamment les bonnes pratiques de pharmacie hospitalière et les bonnes pratiques de préparation.*

Tous les établissements ont désigné un responsable qualité identifié précisément.

La majorité des établissements (90%) confirme la mise en œuvre de leur système qualité et la mise à jour du système documentaire. Le nombre de procédures ou modes opératoires sur le circuit du médicament et des DM, actualisés au cours de l'année, est en moyenne de 12 par an avec un écart-type de 18 procédures [valeurs extrêmes 0-139].

Pour les procédures relatives aux préparations pharmaceutiques, 23 établissements déclarent l'actualisation de leurs procédures avec une moyenne de 12 procédures actualisées en 2009 [valeurs extrêmes 0-80].

On peut rapprocher ce nombre d'établissements (23) ayant actualisé les procédures de préparations avec le nombre d'établissements (42) réalisant des chimiothérapies, ou d'autres préparations (5). Ces résultats confirment les données des précédents rapports d'étape, seulement 49% des établissements de santé réalisant des préparations actualisent leurs procédures de préparation.

70% des établissements MCO et des structures de dialyse disposent d'une gestion documentaire, majoritairement informatisée pour 45% (60) des établissements et manuelle pour 25% (34).

Dans le domaine de l'assurance qualité, on mesure l'impact du CBU et des exigences de la Certification. Seuls 22% des établissements avaient déjà désigné un responsable avant 2006 contre 71% en 2006 et 96% au 30 juin 2008 avec une généralisation totale en 2009. La gestion documentaire institutionnelle existe dans 70% des établissements et son informatisation dans presque un établissement sur 2 permet de garantir une meilleure disponibilité des informations utiles pour les professionnels. Ces résultats montrent une grande implication dans la démarche qualité des établissements de l'inter région.

5.2 Lutte contre la iatrogénie et les erreurs liées aux produits de santé

Ce chapitre concerne un nouvel objectif du contrat de bon usage 2009-2011, obligatoire pour les établissements à partir de 2010, et facultatif dès 2009 pour les établissements volontaires. Chaque établissement doit organiser la lutte contre la iatrogénie des produits de santé, souvent évitable par des actions de sensibilisation et de formation visant à la sécurisation du circuit des produits de santé, par le signalement des erreurs médicamenteuses, par des réunions pluridisciplinaires d'analyse des causes permettant d'identifier des situations potentiellement à risque, et par la mise en oeuvre de mesures correctives.

Cet objectif est décliné selon 3 engagements :

- TC 33-34-35: *Mise en place d'un système de recueil et de traitement des incidents et dysfonctionnements relatifs au circuit des médicaments et dispositifs médicaux, sous la responsabilité d'une personne désignée par l'établissement*
- TC 36: *Analyse multidisciplinaire approfondie des causes des événements indésirables graves liés au circuit des médicaments et DM*
- TC 37: *Mise en oeuvre d'actions correctrices vis-à-vis du circuit des médicaments et DM*

A la date d'envoi du rapport d'étape, 129/135 (soit 95.5%) établissements MCO et structures de dialyse ont désigné un responsable pour gérer les événements indésirables médicamenteux.

79 % (94) des établissements déclarent disposer d'une procédure validée de recueil des incidents et dysfonctionnements relatifs au circuit du médicaments et dispositifs médicaux et 4 l'ont prévu d'ici la fin de l'année. Par contre, le bilan des notifications des événements indésirables graves lié aux produits de santé est, au 15 octobre 2009, de moins de 2 [valeurs extrêmes 0-19], 30 établissements n'ont aucune erreur déclarée dans la période. Les données sont du même ordre pour l'analyse de ces événements et la mise en oeuvre d'actions correctives.

Ces résultats montrent la réelle sous déclaration de ces événements indésirables, si on se base sur les données publiées françaises (ENEIS) et internationales. En effet, l'étude ENEIS de 2004 (Etude Nationale sur les Evénements Indésirables graves liés aux Soins) conduite sous l'égide de l'AFSSAPS, a montré une densité d'incidence de 6,6 événements indésirables graves liés aux soins (EIG) pour 1 000 jours d'hospitalisation, identifiés pendant l'hospitalisation, dont un tiers (27%) était du aux produits de santé.

A l'hôpital, l'amélioration du soin médicamenteux passe par des mesures de réorganisation et de sensibilisation des professionnels de santé. Cela implique l'appropriation d'une nouvelle culture de l'apprentissage par l'erreur et un environnement de « non punition » pour les professionnels de santé.

Ces résultats, relatifs à ces nouveaux objectifs non obligatoires la première année du contrat, soulignent les besoins de formation pour accompagner leur mise en oeuvre et renforcer la gestion des risques dans ce domaine.

6 Politique d'autoévaluation

Chaque établissement doit évaluer les engagements prévus au présent contrat selon le guide régional d'audits disponible et doit réaliser, chaque année, dans le cadre du chapitre "POLITIQUE DU BON USAGE" du CBU 2009-2011 des audits de pratique (dispensation et traitement personnel du patient) et des audits sur dossier relatifs au circuit du médicament (prescription et administration). Enfin, les établissements concernés par les chimiothérapies doivent effectuer un audit répondant aux objectifs spécifiques de ce domaine. Une grille de recueil spécifique a été prévue pour chaque audit et permet de générer de façon automatique un bilan des résultats. Ces bilans doivent être transmis avec le Rapport d'Etape annuel en utilisant les formulaires normalisés.

Pour cet objectif, 2 engagements sont inscrits au contrat :

- TC 38: *Réalisation des audits relatifs au chapitre "Politique de bon usage" demandés dans le cadre du CBU selon la méthodologie régionale*
- TC 39 - 40 *Diffusion des résultats des évaluations aux professionnels de santé concernés, après présentation en COMEDIMS ou sous commission de la CME*

Tous les établissements, ont transmis leurs résultats d'audits exigés au contrat dans les délais requis (au 15 octobre 2009) qui concernaient la dispensation et le traitement personnel du patient. Seul un établissement (1/135) n'a pas transmis la totalité des grilles demandées et deux établissements (2/135) ont transmis des résultats de l'audit relatif au Traitement personnel du patient, ne respectant pas la méthodologie régionale.

A la date d'envoi du rapport d'étape, 43% (51) des établissements MCO et la moitié des structures de Dialyse ont présenté leurs résultats d'audits devant l'institution (CME ou sous commission en charge de la politique de bon usage des produits de santé). On peut noter que 17 sur 119 (14%) établissements MCO n'apportent aucune information sur ce critère.

Il est important de souligner la très forte implication des établissements dans la mise en œuvre de l'autoévaluation sur la prise en charge médicamenteuse des patients, indispensable pour évaluer a priori les risques et engager ensuite des actions d'amélioration.

Par contre, on constate comme dans le bilan précédent des insuffisances dans la politique de communication et de diffusion des résultats d'audits au sein des établissements, alors que ces résultats d'évaluation doivent permettre de définir de façon institutionnelle les priorités des actions à mettre en œuvre en matière de qualité et sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients accueillis dans l'établissement.

Il faut cependant ajouter que la réalisation des audits demandés n'a pu avoir lieu qu'au cours du 3^{ème} trimestre, en raison d'une mise à disposition tardive de la méthodologie régionale. Ce retard peut expliquer en partie les résultats observés.

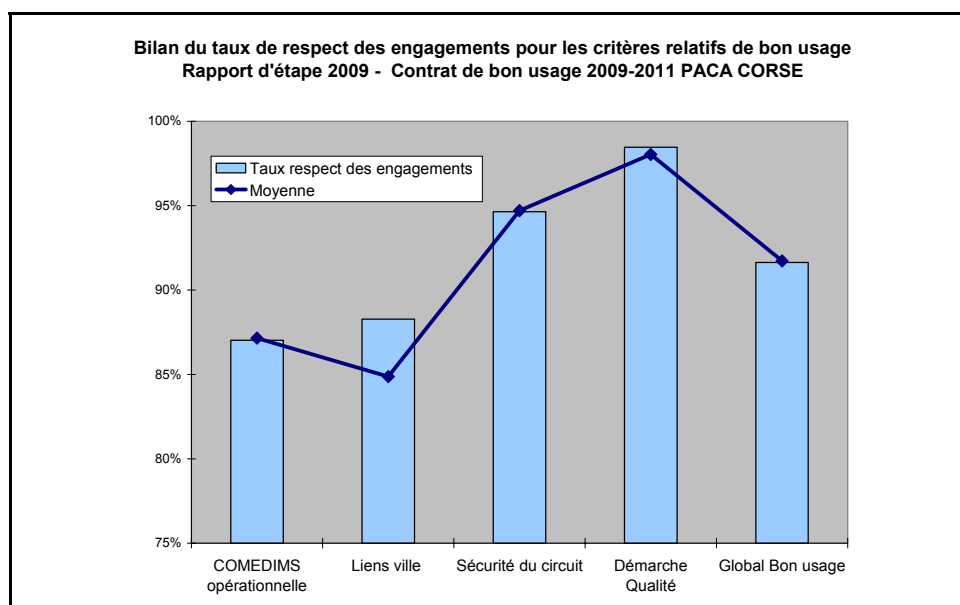
7 Résultats globaux sur les critères relatifs au bon usage

Une analyse globale du chapitre relatif à la politique de bon usage a été faite en regroupant les indicateurs selon 4 catégories:

- COMEDIMS opérationnelle (indicateurs TC1 à TC17)
- Liens avec la ville (indicateurs TC 18 à 20)
- Sécurité du circuit du médicament et des produits et prestations (indicateurs TC 21 à 26)
- Démarche qualité (indicateurs TC 28 à 40)

La moyenne d'atteinte des engagements de chaque établissement a été calculée pour l'ensemble des indicateurs selon les 4 catégories citées plus haut. Globalement, pour les engagements relatifs au bon usage, la moyenne d'atteinte des objectifs en PACA et Corse est de 91.7 % avec un écart type de 9.4%. Le graphique ci-dessous détaille le niveau d'atteinte des engagements et leurs valeurs extrêmes pour les différentes catégories déjà citées, qui sont en moyenne de 87.2% (écart type de 8.9%) pour les critères relatifs à la COMEDIMS opérationnelle, 84.9% (écart type de 26.5%) pour les liens avec la ville, 94.7% pour la sécurité du circuit du médicament (écart type de 15.2%) et des produits et prestations et de 98% pour la démarche qualité (écart type de 17.2%).

On constate que le taux de respect des engagements des établissements dans ce chapitre est globalement élevé (91,7 %) mais il existe une grande disparité entre établissements selon les catégories, comme on peut le constater sur la valeur de l'écart type. Par ailleurs, on peut noter que certains établissements obtiennent un taux supérieur à 100%. En effet, beaucoup d'établissements avaient choisi de ne pas s'engager sur les objectifs non obligatoires. Ce choix délibéré ne témoigne pas d'une absence de motivation mais plutôt d'une mesure de prudence, car la majorité des établissements ont réalisé dès 2009 leurs engagements prévus en 2010.



II- POLITIQUE DE BON USAGE DES MOLECULES ONEREUSES

Ce chapitre du contrat ne concerne que les établissements consommant des molécules onéreuses de la liste en sus de la tarification à l'activité qui doivent tenir à disposition de l'ARH les éléments preuves attestant du respect des engagements. En PACA et Corse, 109/119 (91.6%) établissements MCO et toutes les structures de dialyse (16) sont concernées par les consommations de molécules onéreuses.

Les objectifs généraux sont les suivants:

- Ces médicaments doivent faire l'objet d'une prescription nominative, argumentée le cas échéant dans le dossier patient, d'une dispensation nominative et d'une traçabilité dans le dossier du patient, tout médicament non administré doit être retourné à la pharmacie.
- L'établissement utilisant des molécules onéreuses de la liste en sus doit s'engager à faire un suivi et une évaluation périodique de l'utilisation de ces spécialités (suivi des consommations, suivi financier, suivi des indications). Ces médicaments doivent faire l'objet d'une prescription nominative, argumentée le cas échéant dans le dossier patient, d'une dispensation nominative et d'une traçabilité de l'administration dans le dossier du patient, tout médicament non administré devant être retourné à la pharmacie. Un document type est prévu afin de faciliter le recueil des informations demandées qui devront être transmises selon le calendrier prévu.

Tous les engagements sont obligatoires dès 2009, à l'exception de l'indicateur M09.

1 Politique d'évaluation de l'utilisation des Molécules Onéreuses par la Comedims ou sous commission de la CME

Pour cet objectif, 5 engagements sont inscrits au contrat :

M0 : Réalisation d'un suivi périodique des produits "de la liste en sus" par patient (codage UCD)

M02 : Réalisation d'un suivi périodique des consommations et des dépenses des produits de la liste en sus (codage UCD) et si possible par unité de soins

M03 : Présentation, en COMEDIMS ou sous commission de la CME, du bilan des consommations et des dépenses des médicaments de la liste, avec analyse des écarts

M04 : Transmission de ce bilan des consommations et dépenses des médicaments de la liste en sus annuellement à l'ARH

M05 : Diffusion de référentiels nationaux (AFSSAPS, HAS et INCa) aux professionnels concernés

Tous les établissements MCO, à l'exception d'un seul, et toutes les structures de Dialyse réalisent au moins une réunion par an afin de présenter et analyser les bilans de l'utilisation des Molécules Onéreuses. 50% des établissements (54) n'en font qu'une par an, 43% (47) en

font plus d'une par an dont 22% (24) plus de 3. Plus de la moitié des structures de Dialyse soit 9/16 réalisent plus de 2 réunions par an.

Tous les établissements MCO et la moitié des structures de Dialyse effectuent la diffusion des référentiels nationaux aux professionnels concernés. En moyenne, 3 à 4 référentiels nationaux sont diffusés par an [0-17]. 41% (45) n'ont réalisé aucune diffusion.

Tous les établissements concernés, à quelques exceptions, réalisent un suivi et une présentation d'un bilan, a minima annuel, en COMEDIMS et diffusent les référentiels de bon usage aux professionnels. Il faut noter que si la majorité des établissements signataires du contrat de bon usage consomme des médicaments remboursés en sus de la tarification à l'activité, pour un certain nombre d'établissements, cette consommation reste occasionnelle et plutôt exceptionnelle. Pour les structures de Dialyse, le seul produit utilisé est l'érythropoïétine. Pour les établissements très faiblement consommateurs, la non diffusion des référentiels peut s'expliquer par l'utilisation exceptionnelle des produits de la liste en sus, généralement Kaskadil®, qui n'ont pas de référentiels publiés.

2 Circuit du médicament

2.1 Suivi de la prescription pour les molécules onéreuses de la liste en sus

L'établissement utilisant des molécules onéreuses de la liste en sus, doit s'engager à faire un suivi et une évaluation périodique de l'utilisation de ces spécialités (suivi des consommations, suivi financier, suivi des indications). Il doit s'engager à transmettre ces informations périodiquement à l'OMIT. Un document type a été prévu afin de faciliter le recueil des informations demandées qui devront être transmises selon le calendrier prévu.

Pour cet objectif, 3 engagements sont inscrits au contrat :

- M06 Organisation du recueil et du suivi centralisés dans l'établissement pour tracer toutes les indications et notamment les prescriptions et dispensations faites hors AMM et hors PTT, et permettre la réalisation d'un bilan du bon usage au sein de l'établissement
- M07 Réalisation d'un bilan recensant et analysant toutes les prescriptions, notamment hors AMM et hors PTT
- M08 Transmission obligatoire périodique du bilan complet précisant les utilisations hors AMM et hors PTT

63 % (69/109) des établissements MCO concernés et 33% (5/16) des structures de Dialyse ont rédigé et diffusé, à la date du rapport d'étape 2009, une procédure organisant le recueil et le suivi des indications et de dispensation des prescriptions des Molécules Onéreuses. 41% (28/109) l'avaient réalisé avant le 1er janvier 2009, 22% l'ont réalisé en 2009, et 11% sont en cours ou envisagent de le faire avant la fin de l'année, 25% ne se prononcent pas ou se déclarent non concernés (!).

En moyenne, 16.5% (18/109) des établissements seulement ont réalisé en Comedims une analyse pluridisciplinaire de leurs prescriptions hors AMM et hors PTT au nombre de 18 en moyenne pour la période [valeurs extrêmes 0-414]. La majorité (67/109) des établissements déclare n'avoir aucune prescription hors AMM ou hors PTT.

Les établissements doivent mettre en œuvre le respect des référentiels (AMM et/ou protocoles thérapeutiques conformes à ceux définis par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, la Haute Autorité de Santé ou l'Institut National du Cancer). Cette démarche institutionnelle implique un recueil des prescriptions précisant le respect de ces règles de prescription et une réflexion au sein de l'instance en charge de la politique de bon usage des médicaments.

Selon les données du précédent rapport d'étape, le nombre d'établissements, engagés dans le contrôle du respect des référentiels n'a pas varié depuis 2006, (80%), et 20% des établissements utilisant des molécules onéreuses n'ont toujours pas effectué de suivi au sein de leur établissement.

Ces résultats montrent les difficultés de mise en œuvre du recueil d'informations sur la prescription, d'une part en raison de l'insuffisance de l'informatisation du dossier patient, mais aussi car ces exigences ne font pas partie de la culture hospitalière.

2.2 Administration

Pour cet objectif, un seul engagement est inscrit au contrat :

- *M09 Elaboration et mise en place opérationnelle d'une procédure de suivi et d'enregistrement des retours à la pharmacie des molécules onéreuses de la liste en sus non administrées.*

Concernant les retours des molécules onéreuses non administrées à la pharmacie, à la date d'envoi du rapport d'étape, une procédure a été diffusée pour 60 % des établissements MCO engagés et pour 6/16 structures de Dialyse; Un tiers des établissements MCO soit 33% avaient déjà effectué cette diffusion au cours des 3 années précédentes.

La mise en place d'un suivi des médicaments de la liste en sus non administrés est réalisée dans à peine un établissement sur 2, montrant ainsi une faible implication des établissements dans ce domaine, notamment de ceux faiblement consommateurs ou utilisateurs occasionnels. Il est rappelé que cet indicateur est obligatoire seulement à partir de 2010.

3 Maladies rares

L'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge des personnes souffrant d'une maladie rare est devenu une priorité nationale depuis le Plan National Maladies Rares 2004-2008. Les maladies rares sont des maladies graves, chroniques et invalidantes nécessitant des soins spécialisés, lourds et prolongés. Les Centres de Références et/ou de compétences labellisés sont des services hospitaliers pluridisciplinaires et hautement spécialisés, qui ont un rôle d'expertise des maladies rares et qui assurent un rôle de recours pour les médecins, les malades et leurs familles. La prescription des médicaments onéreux de la liste en sus relatifs à ces pathologies dans le cadre des maladies rares peut se discuter au cas par cas, après avis du centre de référence/compétence labellisé.

Pour cet objectif, un seul engagement est inscrit au contrat :

- M010 : Dans le domaine des maladies rares, chaque établissement s'engage à solliciter l'accord du centre de référence et ou de compétence concerné et à respecter les protocoles initiés par le centre de référence et ou de compétence concerné

L'accord du centre de référence et/ou de compétence doit être présent dans le dossier patient

Pour la prise en charge de patients traités pour maladies rares, un accord du centre de référence doit être obtenu. La majorité des établissements concernés traite un faible nombre de patients en moyenne inférieur à 4, à l'exception des 2 CHU et d'un centre hospitalier. Tous les établissements sollicitent l'avis du centre de référence à de rares exceptions (transfert de patient, rétrocessions).

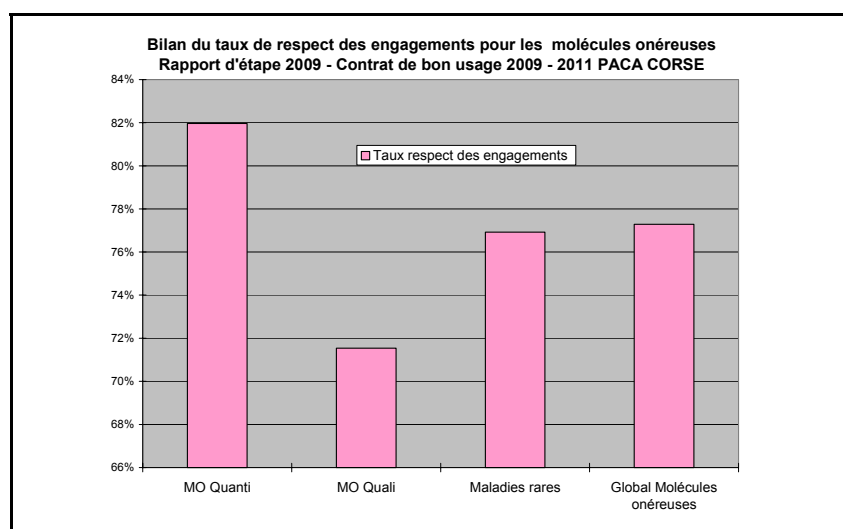
4 Résultats globaux sur ce chapitre

Une analyse globale du chapitre relatif aux molécules onéreuses a été faite en regroupant les indicateurs selon 3 catégories:

- Suivi quantitatif des molécules onéreuses (indicateurs M01 à M04)
- Suivi qualitatif des molécules onéreuses (indicateurs MO5 et MO9)
- Maladies rares (indicateurs MO10 et MO11)

La moyenne d'atteinte des engagements de chaque établissement a été calculée pour l'ensemble des indicateurs et par catégorie. Globalement, pour les engagements relatifs aux molécules onéreuses, le niveau d'atteinte des objectifs en PACA et Corse est en moyenne de 80 % avec un écart type de 14.8%. Le graphique ci-dessous détaille le niveau d'atteinte des engagements pour les différents chapitres présentés précédemment, qui sont en moyenne de 83% (écart type de 16.1%) pour les critères relatifs au suivi quantitatif des molécules onéreuses, 74% (écart type de 26%) pour le suivi qualitatif des molécules onéreuses, 76.9% pour les maladies rares.

On constate que le taux de respect des engagements des établissements dans ce chapitre est relativement élevé mais peut être considéré comme insuffisant pour ces objectifs prioritaires dès 2006 et compte tenu des enjeux financiers.



POLITIQUE DE BON USAGE DES PRODUITS ET PRESTATIONS ONEREUX

Ce chapitre du contrat ne concerne que les établissements consommant des produits et prestations de la liste en sus de la tarification à l'activité qui doivent tenir à disposition de l'ARH les éléments preuves attestant du respect des engagements. Ce chapitre concerne 99/119 soit 83% des établissements MCO.

Tous les objectifs doivent être réalisés dès 2009 à l'exception de PP05 à PP07. Pour les engagements sur la traçabilité, les établissements doivent atteindre 100% de traçabilité informatisée à la fin du contrat.

1 Politique d'évaluation de l'utilisation des produits et prestations de la liste en sus par la Comedims

Pour cet objectif, 4 engagements sont inscrits au contrat :

- PPO1 : Réalisation d'un suivi périodique par patient pour les produits et prestations de la liste en sus (codage LPP)
- PPO2 : Réalisation d'un suivi périodique des consommations et dépenses des produits de la liste en sus (codage LPP) et si possible par unité de soins
- PPO3 : Présentation, en COMEDIMS ou en sous commission de la CME, du bilan des consommations et des dépenses des produits de la liste en sus, avec analyse des écarts
- PPO4 : Transmission de ce bilan des consommations et dépenses des produits et prestations de la liste en sus annuellement à l'ARH

Tous les établissements concernés sauf 5 (3 déclarent ne faire aucune réunion sur ce thème et 2 ne se prononcent pas) réalisent au moins une réunion avec présentation et analyse des consommations et dépenses des produits et prestations de la liste en sus [valeurs extrêmes 0-5]. 53% (53/99) des établissements concernés font une seule réunion par an, 41% (41/99) en font 2 ou plus par an.

Comme pour les spécialités onéreuses, on peut noter que les actions de communication des bilans de consommations et de dépenses pour sensibiliser les professionnels aux coûts de prise en charge, sont assez limitées. A peine, un établissement sur 2 le fait une fois dans l'année.

2 Circuit des produits et prestations

2.1 Suivi de la Prescription des Produits & Prestations de la liste en sus: évaluation du respect des RBU et des dispositions du contrat

Pour cet objectif, 3 engagements sont inscrits au contrat :

- PP05 : Organisation du recueil et du suivi centralisés dans l'établissement pour tracer toutes les indications et notamment les prescriptions et dispensations faites hors LPP et hors PTT
- PP06 : Réalisation d'un bilan recensant et analysant toutes les utilisations, notamment hors LPP et hors PTT
- PP07 : Transmission obligatoire périodique du bilan complet avec individualisation des utilisations hors LPP et hors PTT

Ces 3 engagements sont facultatifs en 2009 et obligatoires à partir de 2010.

A la date du rapport d'étape, 20/99 établissements concernés ont diffusé la procédure organisant le recueil et le suivi des indications des produits et prestations; 9 l'avaient déjà réalisé les années antérieures et 3 ont prévu de le faire d'ici la fin de l'année.

Seuls 2 établissements déclarent avoir plus d'un cas d'utilisation hors référentiels (pour 1 établissement, cela concerne une seule utilisation et pour l'autre 19 utilisations), et 20 établissements déclarent n'avoir aucune utilisation de produits et prestations hors référentiels.

Comme pour les spécialités onéreuses, il est demandé que chaque établissement mette en place des règles spécifiques en matière de prescription permettant d'organiser la traçabilité des indications et le respect de la LPP pour les produits et prestations remboursés en sus. Cependant, cet indicateur n'était pas exigible dès 2009.

Selon les données du bilan du précédent rapport d'étape, 90% des établissements l'avaient déjà effectué. Ces résultats ne sont pas confirmés par les données de 2009.

2.2 Traçabilité de l'implantation

Cet indicateur fait partie des indicateurs nationaux du CBU choisi par la DHOS. Il concerne la traçabilité de tous les DMI actifs et non actifs; facturables en sus ou inclus dans les GHS, en application de la matériovigilance exercée sur certains dispositifs médicaux, pris en application de l'article L. 5212-3 du code de la santé publique.

Les règles de traçabilité des Dispositifs Médicaux Implantables (hors sutures, ligatures, dispositifs d'ostéosynthèse) ont pour objet de permettre d'identifier rapidement les patients pour lesquels les dispositifs médicaux d'un lot ont été utilisés et les lots dont proviennent les dispositifs médicaux utilisés chez un patient

La traçabilité des DMI pourra être manuelle ou informatisée. Les établissements s'engagent dans leur contrat sur des valeurs chiffrées de réalisation.

Pour cet objectif, 2 engagements sont inscrits au contrat :

- PP08 PP09 PP010 : Traçabilité des DMI à l'exception des ligatures et sutures internes. La traçabilité doit permettre de retrouver les DMI utilisés chez un patient (type, N° lot,...) et l'ensemble des patients chez lesquels a été utilisé un DMI particulier
- PP011 : Informatisation de la traçabilité des DMI

La traçabilité des DMI est réalisée en moyenne, pour 92 % des implantations effectuées dans l'interrégion. 11 établissements déclarent ne pas faire de traçabilité, à l'inverse 87 /99 établissements effectuent leur traçabilité à 100%.

La traçabilité de l'implantation est informatisée en moyenne à 57.6%. 27/99 établissements ne sont pas informatisés, 50/99 établissements sont informatisés à hauteur de 50% ou plus, et 36 le sont à 100%.

La mise en œuvre de la traçabilité de l'implantation des dispositifs médicaux prescrits dans le dossier patient, doit se faire de façon exhaustive, en respectant les obligations de matériovigilance. Le décret du 29 novembre 2006 a rendu la traçabilité obligatoire, de la réception à l'utilisation, des dispositifs médicaux implantables à l'exception des ligatures, sutures, et dispositifs d'ostéosynthèse. Au terme du premier contrat, l'informatisation du suivi des produits et prestations avait déjà fortement progressé. Fin 2008, 47% soit 49 établissements se déclarent informatisés contre 21 en 2006. Cette démarche se poursuit en 2009, 58 établissements déclarent avoir démarré l'informatisation du suivi des DMI, et notamment de la traçabilité. Cependant, 11 établissements ne sont pas en conformité avec la réglementation.

3 Résultats globaux

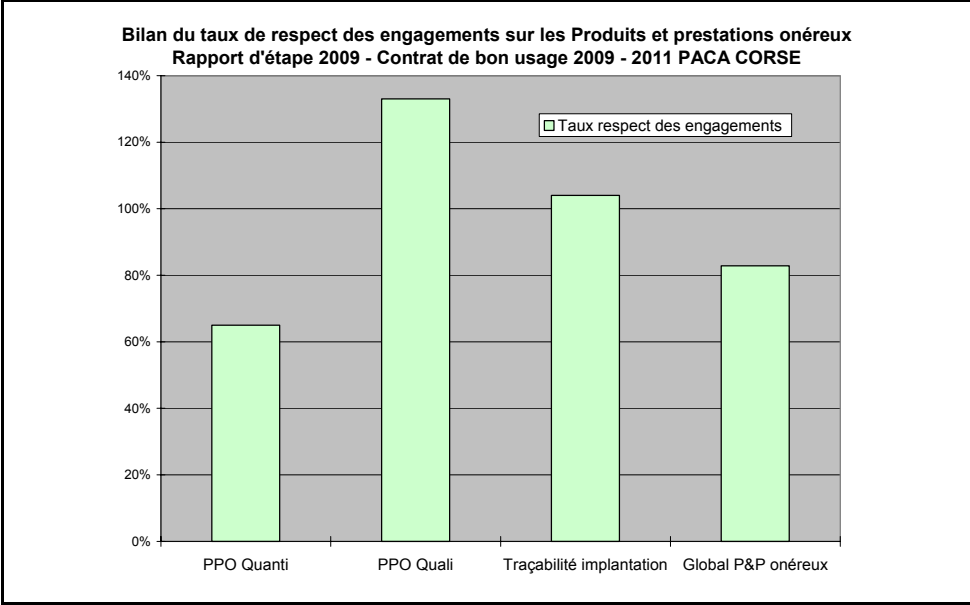
Une analyse globale du chapitre relatif aux produits et prestations onéreux a été faite en regroupant les indicateurs selon 3 catégories :

- Suivi quantitatif des produits et prestations onéreux (indicateurs PP01 à PPO4)
- Suivi qualitatif des produits et prestations onéreux (indicateurs PPO5 à PPO7)
- Traçabilité de l'implantation (indicateurs PPO8 à PP011)

La moyenne d'atteinte des engagements de chaque établissement a été calculée pour l'ensemble des indicateurs et par catégorie. Globalement, le niveau d'atteinte des objectifs en PACA et Corse est en moyenne de 82 % avec un écart type de 21% pour les engagements relatifs aux produits et prestations onéreux. Le graphique en page suivante détaille le niveau d'atteinte des engagements pour les différentes catégories présentées précédemment, qui sont en moyenne de 65% (écart type de 22.2%) pour les critères relatifs au suivi quantitatif des produits et prestations onéreux, 133% pour le suivi qualitatif des produits et prestations onéreux, 104% (écart type de 44%) pour la traçabilité de l'implantation.

On constate que le taux de respect des engagements des établissements dans ce chapitre dépasse 100% pour certains groupes d'indicateurs en raison de la réalisation dès 2009 des engagements prévus pour 2010.

On peut noter une différence des situations observées avec celles relatives aux molécules onéreuses. On peut expliquer les meilleurs résultats qualitatifs par le développement de l'informatisation.



III- BON USAGE DES CHIMIO'THERAPIES

Ce chapitre du contrat ne concerne que les établissements réalisant ou administrant des chimiothérapies. 47 établissements sont utilisateurs et 40 établissements (soit 42 sites de préparation) ont pratiqué la préparation des chimiothérapies au premier semestre 2009.

La transmission du rapport d'étape doit s'accompagner de la grille d'audit sur les chimiothérapies et d'un élément preuve concernant le plan de formation des professionnels dans ce domaine. Pour les établissements multi sites avec plusieurs PUI réalisant les chimiothérapies, il est demandé de renseigner le rapport d'étape pour chaque site préparant des chimiothérapies. Cette situation ne concerne qu'un seul établissement de l'interrégion, l'Assistance publique des Hôpitaux de Marseille.

Les objectifs attendus au contrat sont les suivants :

L'établissement réalisant des chimiothérapies doit respecter la réglementation en vigueur et l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques édictées par les agences (AFSSAPS, INCa, HAS..), notamment les bonnes pratiques de préparation, de prescription dans le cadre de réunion de concertation pluridisciplinaire et dans le respect des référentiels de bon usage.

Tous les objectifs doivent être réalisés dès 2009 à l'exception de C4, C8 et C15.

1 Amélioration de la qualité de la préparation centralisée des cytotoxiques

1.1 Centralisation

La centralisation de la préparation des anticancéreux dans les établissements de santé, sous la responsabilité d'un pharmacien, constitue un véritable enjeu de santé publique et économique, en effet, elle permet la protection du personnel et de l'environnement, la sécurité du patient, l'amélioration de la qualité de la préparation administrée, la réduction des pertes et donc des coûts.

Le personnel doit suivre une formation initiale et continue permettant l'acquisition des gestes garantissant sa protection et celle de l'environnement, du produit et du patient.

Cet objectif se décline selon 2 engagements et 2 indicateurs, dont l'un d'eux est un des indicateurs nationaux du CBU, et concerne le pourcentage de préparations réalisées de façon centralisée au sein de l'établissement. L'autre indicateur fait référence à un des critères d'agrément de l'INCa pour les chimiothérapies (point 12).

- C1 à C3 : *Centralisation de toutes les préparations des traitements anticancéreux, dans le respect des bonnes pratiques, sous la responsabilité d'un pharmacien*

- C4 : *Formalisation par écrit d'une procédure permettant de réaliser une chimiothérapie en urgence*

Tous les sites réalisant des chimiothérapies fonctionnent avec une unité de préparation centralisée sous responsabilité pharmaceutique. Un seul établissement n'a pas totalement achevé la centralisation de ses préparations pour deux de ses sites.

En terme de volume d'activité, 19 /42 sites effectuent moins de 5000 préparations/an, 9/42 réalisent plus de 10 000 préparations/an dont 4 seulement plus de 20 000.

On peut noter qu'en 2009, la presque totalité des établissements a centralisé les préparations de chimiothérapies. Pour mémoire, rappelons que 40% des établissements l'avaient réalisé avant 2006.

Peu d'établissements ont formalisé une procédure écrite pour la réalisation d'une chimiothérapie en urgence. Un tiers environ des sites réalisant des préparations de chimiothérapie soit 12/42; l'ont rédigée et 2/42 prévoient de le faire d'ici la fin de l'année.

Rappelons que ce critère, non obligatoire en 2009, est également exigé dans les critères d'agrément de l'INCa pour les chimiothérapies.

1.2 Informatisation

L'objectif est l'informatisation complète du circuit des anticancéreux, de la prescription à l'administration incluant la préparation pharmaceutique.

Cet objectif se décline selon un engagement mesuré à partir de 2 indicateurs:

- C5 à C8: *Informatisation complète du circuit des anticancéreux, de la prescription à l'administration*

Le niveau d'informatisation de la prise en charge des chimiothérapies de l'interrégion est de 74%. Tous les établissements, sauf un, ayant initié l'informatisation de cette prise en charge, l'ont réalisé à plus de 50% des unités de soins concernées et 57% (24/42) ont atteint 100% d'informatisation de leurs unités concernées. A l'inverse, 19% (8/42) des établissements n'ont pas encore démarré l'informatisation.

Ces données confirment les données des années précédentes, notamment la priorité donnée à l'informatisation des chimiothérapies confirmée par la progression qui se poursuit en 2009 par rapport à 2008. En 2008, 20 (47%) établissements avaient mis en œuvre l'informatisation, parmi eux, seuls 8 (15%) établissements avaient déjà démarré l'informatisation avant 2006.

1.3 Formation

L'objectif est la formation du personnel à la manipulation des produits anticancéreux (formation initiale et/ou continue)

Il se décline selon un seul engagement non obligatoire en 2009. Seule l'inscription au plan de formation était un critère obligatoire.

- C7 à C10: *Formation du personnel à la manipulation des produits anticancéreux (formation initiale et/ou continue)*

88% (37/42) des établissements déclarent avoir du personnel formé. La proportion de personnes formées à la manipulation des produits anticancéreux est de 101 % des personnes assurant cette activité soit une seule équipe en moyenne.

1.4 Préparation

L'objectif se décline selon 2 engagements :

- C11 *Maîtrise du processus de sécurisation des préparations de chimiothérapie*
- C12 *Bonnes pratiques de chimiothérapie et maîtrise du processus de sécurisation du transport des chimiothérapies et de la traçabilité de ce transport*

Tous les établissements (40/42) à l'exception de 2/42 ont mis à jour leurs procédures dans ce domaine. Le nombre de procédures sur la sécurisation des préparations de chimiothérapie est de 8 en moyenne avec des valeurs extrêmes [0-35].

La conformité à l'engagement C12 est jugée au regard du respect de la transmission de la grille d'audit de pratique avec le rapport d'étape. Tous les établissements ont réalisé l'audit demandé et l'ont transmis avec le rapport d'étape. L'analyse est en cours.

Concernant la sécurisation du transport, il avait été demandé dans le contrat, de mettre en place une organisation avec diffusion de procédures. Cet objectif négligé jusqu'à 2006 dans beaucoup d'établissements s'est amélioré puisque 36/45 établissements ont déjà réalisé la procédure, mais cette démarche n'est pas encore généralisée.

On peut noter l'effort réalisé en 2009 en matière d'autoévaluation. En effet, en 2008, seuls 23 établissements avaient réalisé l'audit demandé contre 5 seulement en 2006.

2 Prescription et pratiques pluridisciplinaires

La prescription de chimiothérapie doit être conforme aux référentiels de bon usage et l'ensemble des protocoles utilisés par l'établissement, respectant ces référentiels et les recommandations, doit être rassemblé en vue de la constitution d'un thésaurus, mis à disposition de tous les professionnels concernés.

L'engagement pour répondre à cet objectif est le suivant :

- C13 : *Diffusion ou mise à disposition du thésaurus actualisé à l'ensemble des prescripteurs et de la pharmacie* ».

78.6 % (33/42) des établissements, dont 2 l'ayant déjà fait au cours des années antérieures, ont mis à disposition un thésaurus actualisé à l'ensemble des prescripteurs et de la pharmacie avant le 15 octobre 2009. Un établissement prévoit de le faire d'ici la fin de l'année.

Le partage d'informations actualisé entre les professionnels est une exigence nouvelle du CBU. A l'évidence, cette démarche est réalisée dans une majorité d'établissements mais n'est pas encore généralisée.

3 Déchets de produits cytotoxiques

Ce dernier objectif est un engagement sur la sécurité environnementale et la gestion des déchets au niveau de la PUI, dans les unités de soins et pour les retours de produits non administrés. La sécurisation de l'environnement et les bonnes pratiques impliquent pour les établissements réalisant des chimiothérapies de respecter les règles de destruction et de transport sécurisé des déchets de chimiothérapies, notamment des produits d'administration et de préparation.

Cet objectif se décline selon 3 indicateurs :

- C14 : *Mise en œuvre d'une procédure pour la gestion des déchets à la pharmacie pour les anticancéreux*
- C15 : *Mise en œuvre d'une procédure pour la gestion des déchets dans les unités de soins pour les anticancéreux.*
- C16 : *Mise en œuvre d'une procédure pour le retour, à la pharmacie, des chimiothérapies non administrées.*

La procédure de gestion des déchets à la pharmacie pour les anticancéreux a été diffusée avant le 15 octobre 2009 dans 80,5 % (33/41) des établissements. Parmi eux, 51% (21/42) en disposaient déjà avant 2009. Un seul établissement prévoit de le faire d'ici la fin de l'année.

La procédure de gestion des déchets dans les unités de soins pour les anticancéreux a été mise en œuvre dans 64% (23/41) des établissements dont 46% (19/42) avant 2009. Un établissement prévoit de le faire d'ici la fin de l'année. cet indicateur n'est pas obligatoire en 2009.

La procédure de retour des chimiothérapies non administrées dans les unités de soins a été diffusée dans 67 % (24/42) des établissements dont 19.5% (8/42) avant 2009. 4 établissements prévoient de le faire d'ici la fin de l'année.

L'objectif relatif à la prise en charge des déchets de chimiothérapies est un point nouveau du contrat 2009-2011. On peut noter que l'élimination des déchets est mieux organisée dans les PUI que dans les unités de soins. Ces résultats sont à mettre au crédit des exigences portées sur la démarche de centralisation des préparations en respect des bonnes pratiques.

CONCLUSION

Le contrat de bon usage des médicaments et produits et prestations de deuxième génération a mis l'accent d'une part sur un approfondissement des actions déjà demandées dans le premier contrat, en exigeant des informations détaillées sur la politique de bon usage des produits de santé, et d'autre part sur les actions portant sur la maîtrise médicalisée des produits remboursés en sus. De nouveaux objectifs relatifs au renforcement de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient selon 2 axes ont été ajoutés. Il s'agit en premier lieu de sensibiliser les établissements sur la prise en charge globale du parcours patient, en intégrant les données de prescription à l'admission mais aussi à la sortie. Le second axe concerne le développement en interne de la gestion des risques a posteriori par un recueil des événements indésirables liés aux médicaments et leur analyse en vue d'actions correctives.

Au terme de la première année du nouveau contrat, on peut noter que la démarche d'amélioration constatée à l'issue du premier contrat se poursuit, avec un taux de respect des engagements du bon usage, élevé, dont la moyenne est de 89% et la médiane à 90% avec un écart type de 11%. En règle générale, les meilleurs résultats sont obtenus pour les critères déjà exigés au précédent contrat, et/ou demandés dans le cadre national des indicateurs qualité tels qu'ICATB (actions réalisés pour le bon usage des antibiotiques), de la certification (bons résultats observés dans le domaine de l'assurance qualité), et dans le cadre régional avec la mise en œuvre du SROS III de Cancérologie (centralisation des chimiothérapies, diffusion de thésaurus..).

Concernant l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse, le rapport d'étape 2009 confirme le réel démarrage amorcé fin 2008. Les secteurs les mieux informatisés concernent le domaine des dispositifs médicaux implantables et celui des chimiothérapies. L'informatisation globale du circuit du médicament peine à démarrer, le nombre de lits informatisés progresse lentement, mais le nombre d'établissements équipé d'un système d'information informatisé est en augmentation notable.

Néanmoins, on peut regretter que certaines exigences déjà inscrites comme prioritaires dans le premier contrat, notamment pour des produits à risques comme les chimiothérapies ou pour l'encadrement des produits de la liste en sus de la tarification à l'activité, ne soient pas encore totalement mises en place dans l'interrégion. Cette situation n'est sans doute pas due à un manque d'implication des établissements qui ont fait preuve de beaucoup de dynamisme mais plutôt d'un besoin d'assistance dans la démarche car beaucoup d'actions sont à mettre en place et les outils disponibles, quand ils existent, restent insuffisamment connus des professionnels. La mise en œuvre généralisée dans la région de l'autoévaluation demandée au contrat en est la démonstration.

Ces constatations conduisent à poursuivre et développer la politique régionale visant au partage et aux échanges entre établissements pour faciliter la mise en œuvre des exigences de bon usage inscrites dans le contrat.

La mise en œuvre du contrat de bon usage, dans le cadre d'une politique régionale animée par les OMEDIT, a permis de renforcer les démarches de qualité et sécurisation pour les patients, déjà démarrées dans les établissements de santé et de créer une vraie dynamique en région. Cette réactivité des établissements répond aux exigences d'autres mesures allant dans le même sens. Elles ont déjà été citées, il s'agit de la mise en œuvre des indicateurs Qualité, de l'accent mis par la Certification sur la prise en charge médicamenteuse, des actions d'évaluation en lien avec le développement personnel continu, sans oublier le Plan Cancer.

En conclusion, le bilan 2009 du nouveau contrat de bon usage 2009-2011 confirme la poursuite de l'effort des établissements pour améliorer la prise en charge médicamenteuse des patients dans l'interrégion. Cependant, les établissements doivent renforcer la sensibilisation de l'ensemble des professionnels à la maîtrise médicalisée et la promotion de la juste prescription.

Annexes

Tableaux de synthèse

LISTE des acronymes & abréviations utilisés

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
3C : Centre de Coordination en Cancérologie
CBU : Contrat de bon usage
CME : Commission Médicale d'Etablissement
COMEDIMS : Commission du MÉdicament et des DISpositifs Médicaux Stériles
DCI : Dénomination Commune Internationale
DG : Dotation globale
DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'Organisation des soins
DM : Dispositifs Médicaux
DMI : Dispositifs Médicaux Implantables
DMS : Dispositifs Médicaux Stériles
ES : Etablissement de santé
GHS : Groupe Homogène de Séjours
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé
INCa : Institut national du cancer
LPP : Liste des Produits et Prestations remboursables prévue à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale
MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
MDS : Médicaments Dérivés du Sang
OMIT : Observatoire du Médicament et de l'Innovation Thérapeutique
OQN : Objectif quantifié national
PACA : Provence Alpes et Côte d'Azur
PP : Produits & Prestations
PV : Procès Verbal
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR : Soins de suite et de réadaptation
SLD : soins de longue durée
T2A : tarification à l'activité
UCD : Unité Commune de Dispensation

Légende du tableau (page 37)

O	Oui
N	Non
PU	Public ou privé anciennement sous dotation globale
PR	Privé (ex OQN)
PRD	Dialyse
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
SSR	Soins de suite et de réadaptation
SLD	Soins de longue durée
ETS	Etablissement de santé
MO	Utilisation de Molécules Onéreuses
DMI	Utilisation de Dispositifs Médicaux Implantables
CHIMIO	Réalisation de Chimiothérapie

Bilan des établissements PACA CORSE

Ayant signé le CBU 2009-2011

Présentation des établissements de santé	Nombre d'établissements				Répartition par région		
	Publics et PSPH	Privés	Dialyses	HAD privés	PACA	CORSE	Total
Nombre total d'établissements	46	73	16	9			
dont: • PACA	42	66	16	9	133	11	144
• Corse	4	7	0	0			
Nombre total de lits et places installés	18402	9246	894		26645	1834	28479
Nombre de lits et places MCO installés	12654	8455	894		20783	1157	21940
Nombre de lits et places Psychiatrie, SSR, SLD	5748	791	0		5862	677	6539
Utilisation de Molécules Onéreuses	46	63	16		115	10	125
Utilisation de Dispositifs Médicaux Implantables	34	65	0		91	8	99
Réalisation de Chimiothérapie	31	16	0		43	4	47

Liste des établissements MCO et Dialyse PACA CORSE

Ayant signé le CBU 2009-2011

FINESS	RAISON SOCIALE	STATUT	NB LITS MCO	NB LITS SSR SLD...	NB LITS TOTAL ETS	MO	DMI	CHIMIO
040780215	CH de MANOSQUE	PU	114	30	144	O	O	O
040780389	CL MEDICALE JEAN GIONO	PR	40	33	73	O	N	N
040780470	CL CHIRURGICALE TOUTES AURES	PR	54	0	54	N	O	N
040784860	CENTRE HEMODIALYSE DES ALPES	PRD	32	0	32	O	N	N
040788879	CH de DIGNE	PU	159	350	509	O	O	O
050000090	POLY DES ALPES DU SUD	PR	86	0	86	O	O	N
050000116	CH des ESCARTONS BRIANCON	PU	147	96	243	O	O	O
050000124	CH d'EMBRUN	PU	26	127	153	O	N	N
050000488	CENTRE LES ACACIAS	PR	2	64	66	O	N	N
050002948	CHIC ALPES DU SUD	PU	386	581	967	O	O	O
060000270	CL VILLA MADELEINE (Palais)	PR	56	0	56	O	O	N
060004959	CL Parc Impérial (Ex Belvédère)	PR	94	0	94	O	O	O
060021276	AGAHTIR Centre d'Auto dialyse	PRD	38	0	38	O	N	N
060021417	CLINICA OXFORD	PR	57	0	57	N	O	N
060780442	Clinique Saint-François – SARL LUSEBOR	PR	32	59	91	N	O	N
060780491	INSTITUT ARNAULT TZANCK	PR	159	0	159	O	O	N
060780509	CLINICA JOURDAN	PR	54	22	76	O	O	N
060780517	POLYCL SAINT JEAN	PR	173	0	173	O	O	O
060780665	CL LE MERIDIEN	PR	71	17	88	O	O	N
060780699	CL MOZART	PR	5	0	5	N	N	N
060780715	CL SAINT GEORGE	PR	327	0	327	O	O	O
060780756	POLYCL SANTA MARIA	PR	93	0	93	O	O	N
060780897	CH de GRASSE	PU	274	137	411	O	O	O
060780947	Hop. LENVAL	PU	94	96	190	O	O	N

FINESS	RAISON SOCIALE	STATUT	NB LITS MCO	NB LITS SSR SLD...	NB LITS TOTAL ETS	MO	DMI	CHIMIO
060780954	CHG D'ANTIBES-JUAN-LES-PINS	PU	322	142	464	O	O	O
060780962	Centre Antoine LACASSAGNE	PU	164	0	164	O	O	O
060780988	CH de CANNES Pierre NOUVEAU	PU	418	659	1077	O	O	O
060781085	POLYCL DE L'HERMITAGE	PR	36	0	36	O	O	N
060781135	CL DE CIMIEZ (devenu Clinique du Parc Impérial)	PR	44	0	44	N	O	N
060781200	CL SAINT ANTOINE	PR	125	0	125	O	O	N
060785011	CHU NICE	PU	1351	1919	3270	O	O	O
060785219	CL MEDICALE LE PLEIN CIEL	PR	139	0	139	O	O	O
060791761	CH LA PALMOSA Menton	PU	81	87	168	O	O	N
060791811	CL LES SOURCES	PU	93	134	227	O	N	N
060791860	HEMODIALYSE A.TZANCK	PRD	31	0	31	O	N	N
060792926	CENTRE HEMODIALYSE LA RIVIERA	PRD	12	0	12	O	N	N
060794013	CHIRURGIE CARDIAQUE A TZANCK	PU	64	0	64	O	O	N
060800166	CL DE L'ESPERANCE	PR	123	0	123	O	O	N
130001415	CL BOUCHARD 6ème	PR	209	0	209	O	O	O
130001787	CENTRE DE DIALYSE DE LA RESIDENCE DU PARC	PRD	76	0	76	O	N	N
130001928	C. GERONTO DEP de MONTOLIVET	PU	30	230	260	O	N	N
130002447	POLYCL DU PARC RAMBOT/LA PROVENCALE	PR	205	0	205	O	O	N
130002694	CLINIQUE JEAN PAOLI	PU	32	14	46	O	N	N
130006562	SOMEDIA	PRD	50	0	50	O	N	N
130006794	ATMIR	PRD	134	0	134	O	N	N
130006810	ADPC	PRD	49	0	49	O	N	N
130007156	DIALYSAIX	PRD	78	0	78	O	N	N
130008253	CL DE VITROLLES	PR	70	0	70	O	O	N
130016058	ATUP	PRD	59	0	59	O	N	N
130035231	CENTRE GERONTO ST THOMAS DE VILLENEUVE	PU	29	20	49	N	N	N
130037922	HPC LA RESIDENCE DU PARC	PR	116	26	142	O	O	N
130781040	CH du PAYS D'AIX	PU	534	189	723	O	O	O

FINESS	RAISON SOCIALE	STATUT	NB LITS MCO	NB LITS SSR SLD...	NB LITS TOTAL ETS	MO	DMI	CHIMIO
130781339	CH ALLAUCH	PU	20	162	182	O	O	O
130781370	CL JEANNE D'ARC	PR	97	0	97	O	O	N
130781446	CH d'AUBAGNE	PU	235	423	658	O	O	O
130781479	CL LA CASAMANCE/La POLYSIANE	PR	281	368	649	O	O	O
130781867	CL DE LA CIOTAT	PR	54	0	54	O	O	N
130782071	Hop. Privé D'ISTRES	PR	153	0	153	O	O	N
130782147	CL Générale DE MARIGNANE	PR	160	0	160	O	O	N
130782162	CL DE MARTIGUES	PR	92	0	92	O	O	N
130782634	CH SALON DE PROVENCE	PU	238	108	346	O	O	O
130782675	CL DU DOCTEUR VIGNOLI	PR	62	0	62	O	O	N
130783079	PCL LA FEUILLERAIE	PU	22	10	32	O	N	N
130783152	CL SAINTE ELISABETH	PU	12	35	47	O	N	N
130783665	CL MUTUALISTE DE BONNEVEINE	PU	107	0	107	O	O	O
130783723	CL JUGE	PR	113	0	113	N	O	N
130783772	CL MONTICELLI	PR	54	0	54	N	O	N
130784051	POLYCL CLAIRVAL	PR	339	22	361	O	O	O
130784127	Institut PAOLI CALMETTES	PU	282	0	282	O	O	O
130784713	CL BEAUREGARD	PR	327	0	327	O	O	O
130785355	H AMBROISE PARE	PU	210	30	240	O	O	O
130785363	H PAUL DESBIEF	PU	162	0	162	O	O	N
130785389	CL CHANTECLER	PR	77	36	113	N	O	N
130785512	CH LA CIOTAT	PU	134	124	258	O	O	N
130785652	FOND. HOPITAL SAINT JOSEPH	PU	779	56	835	O	O	O
130785678	CL VERT COTEAU	PR	155	0	155	O	O	O
130786049	AP-HM	PU	3079	17	3096	O	O	O
130786445	MATER. CATHOLIQUE PROVENCE L'ETOILE	PU	97	0	97	O	O	N
130789159	CCV VALMANTE	PR	90	40	130	O	O	N
130789274	CH ARLES	PU	232	86	318	O	O	O

FINESS	RAISON SOCIALE	STATUT	NB LITS MCO	NB LITS SSR SLD...	NB LITS TOTAL ETS	MO	DMI	CHIMIO
130789316	CH MARTIGUES	PU	306	500	806	O	O	O
130810740	CL AXIUM	PR	170	0	170	O	O	N
830000097	POLYCL LES FLEURS	PR	0	0	0	O	O	N
830000154	NOUVELLE CL NOTRE DAME	PR	141	41	182	O	O	N
830000212	CL SAINT MICHEL	PR	107	0	107	O	O	N
830002119	CENTRE DE DIALYSE DE L'AVODD	PRD	133	0	133	O	N	N
830003521	CENTRE HEMODIALYSE SERENA	PRD	0	0	0	O	N	N
830003695	ADIVA FONTPRE	PRD	48	0	48	O	N	N
830100103	CL SAINTE MARGUERITE	PR	157	0	157	O	O	O
830100251	CL DU CAP D'OR	PR	105	0	105	O	O	O
830100301	CL DU COUDON	PR	52	0	52	O	O	N
830100327	CL LES LAURIERS	PR	42	0	42	N	O	N
830100368	CL DE L'OASIS	PR	66	0	66	O	O	N
830100418	CL NOTRE DAME DE LA MERCI	PR	37	0	37	N	O	N
830100434	CL SAINT JEAN	PR	165	0	165	O	O	N
830100475	CL SAINT ROCH	PR	70	0	70	O	O	N
830100491	CL SAINT VINCENT	PR	29	0	29	N	O	N
830100517	CH BRIGNOLES	PU	127	120	247	O	O	O
830100525	CH DRAGUIGNAN	PU	224	152	376	O	O	O
830100533	CH HYERES	PU	228	0	228	O	O	O
830100566	CHI FREJUS SAINT RAPHAEL	PU	297	186	483	O	O	O
830100590	CH de SAINT TROPEZ	PU	57	40	97	O	N	O
830100616	CHITS	PU	696	436	1132	O	O	O
830200523	POLYCLINIQUE MUTUALISTE MALARTIC	PU	109	0	109	O	O	N
840000012	CH d'APT	PU	78	89	167	O	O	O
840000046	CH CARPENTRAS	PU	96	50	146	O	O	N
840000087	CH ORANGE	PU	132	90	222	O	O	O
840000095	CH DE PERTUIS	PU	62	92	154	O	O	N

FINESS	RAISON SOCIALE	STATUT	NB LITS MCO	NB LITS SSR SLD...	NB LITS TOTAL ETS	MO	DMI	CHIMIO
840000129	CH VALREAS	PU	48	56	104	O	O	N
840000285	POLYCL URBAIN V	PR	127	0	127	O	O	N
840000327	CL du Dr MONTAGARD	PR	55	0	55	O	O	N
840000350	INST SAINTE CATHERINE	PU	97	0	97	O	N	O
840000400	CENTRE CHIRURGICAL SAINT ROCH	PR	97	0	97	O	O	N
840000467	CL DU PARC	PR	60	0	60	N	O	N
840002844	ATIR	PRD	102	0	102	O	N	N
840004659	CHI CAVAILLON -LAURIS	PU	119	150	269	O	O	O
840006597	CH AVIGNON	PU	738	161	899	O	O	O
840013270	CL DE PROVENCE	PR	59	0	59	O	O	N
840013312	CL RHONE ET DURANCE	PR	68	0	68	O	O	N
840013445	CL FONTVERT AVIGNON NORD	PR	91	0	91	O	O	N
840017172	POLYCL SYNERGIA	PR	107	0	107	O	O	N
2A0000014	CENTRE HOSPITALIER D'AJACCIO	PU	260	186	446	O	O	N
2A0000097	POLYCLINIQUE DU GOLFE	PR	121	18	139	O	O	N
2A0000139	CLINISUD SA	PR	80	0	80	N	O	N
2A0000154	POLYCLINIQUE DU SUD DE LA CORSE	PR	72	0	72	O	O	N
2A0000386	C.H.S. DE CASTELLUCCIO	PU	30	262	292	O	N	O
2B0000020	CENTRE HOSPITALIER BASTIA	PU	326	161	487	O	O	O
2B0000079	CLINIQUE DR FILIPPI	PR	27	0	27	O	O	N
2B0000145	POLYCLINIQUE MAYMARD	PR	129	0	129	O	O	O
2B0000160	CLINIQUE SAINT ANTOINE	PR	61	0	61	O	O	N
2B0000392	POLYCLINIQUE DE FURIANI	PR	58	0	58	O	O	N
2B0004246	C.H INTERCOMMUNAL DE CORTÉ-TATTONE	PU	25	30	55	O	N	N