

CAQES 2018-2022 :
Analyse des Rapports d'Etape 2019
juil-19

Le rapport d'étape 2019 s'inscrit dans le cadre du suivi pluriannuel du nouveau **Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiace des Soins (CAQES) 2018-2022**. Au sein de la région Pays de la Loire, 116 établissements sanitaires sont signataires du CAQES.

Le CAQES est issu de la **fusion de contrats existants** entre les établissements de santé, les agences régionales de santé et l'assurance maladie (Contrat de Bon Usage - CBU, Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Organisation des Soins - CAQOS...). Pour la première année d'application, l'évaluation des CAQES ne fera pas l'objet de sanctions.

L'analyse régionale des rapports d'étape 2019, sur les données 2018, porte sur l'ensemble des **indicateurs nationaux et régionaux**, à l'exception de quelques indicateurs dont les résultats sont, notamment, dépendants de la méthodologie utilisée par l'établissement et pour lesquels une analyse régionale n'est pas réalisable.

L'analyse des rapports d'étape est structurée selon les 6 enjeux stratégiques composant le CAQES en région Pays de la Loire :

1. Amélioration et **sécurisation** de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations
2. Développement des pratiques **pluridisciplinaires** et **en réseau**
3. Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le **répertoire des génériques et biosimilaires**
4. Engagements relatifs aux médicaments et aux produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur **l'enveloppe de soins de ville**
5. Engagements spécifiques relatifs aux spécialités pharmaceutiques et aux produits et prestations **pris en charge en sus**
6. Engagements spécifiques relatifs aux spécialités pharmaceutiques **onéreuses**

Les indicateurs sont identifiés selon le code couleur suivant :

Indicateurs nationaux
Indicateurs régionaux

Une partie des indicateurs du CAQES étaient déjà demandés dans le précédent Contrat de Bon Usage, le CBU. Pour ceux-ci, une **analyse distincte est réalisée entre les établissements signataires de l'ex-CBU** (établissements MCO, Dialyse et HAD - 55 établissements) **et les établissements non signataires** (SSR et PSY).

Les résultats des établissements signataires de l'ex-CBU sont comparés à ceux obtenus lors de la dernière évaluation du CBU (rapports d'étape 2017, sur les données 2016), si nécessaire.

Enfin, pour certains indicateurs, un **focus** est réalisé **sur un ou plusieurs type(s) d'établissements**. Le code couleur suivant est alors utilisé :

	nb ETS
Etablissements MCO et MCO autres	59
Etablissements SSR	37
Etablissements de santé mentale	12
Structures de dialyse	2
HAD autonomes	6
	116

Index des indicateurs

Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations		
REG 1	Politique de management de la prise en charge médicamenteuse	p.4
REG 2	Analyse des risques a priori sur l'ensemble du processus de la prise en charge médicamenteuse	p.4
REG 3	Certification V2014 - critère 20.a : niveaux de maturité sur la thématique	p.4
REG 4	Certification V2014 - Critère 20.a : si réserve ou obligations d'amélioration, mise en place d'un programme d'action	p.5
REG 5	Certification V2014 - Critère 20.a bis : Ecart(s) relevé(s) sur la continuité de la prise en charge médicamenteuse	p.5
REG 6	Plan de formation sur le thème de la prise en charge médicamenteuse	p.5
REG 7	EPP sur les médicaments	p.5
REG 8	EPP sur les DM	p.5
REG 9	Culture sécurité : EIG ayant fait l'objet d'une analyse collective formalisée	p.6
REG 10	Politique de prévention de survenue des « Never events »	p.6
REG 11	Circuit du médicament : modalités de transport et de stockage	p.6
REG 12	Circuit des dispositifs médicaux : modalités de transport et de stockage	p.6
REG 13	Circuit du médicament : modalités de gestion des retours des produits non utilisés	p.6
REG 14	Circuit des dispositifs médicaux : modalités de gestion des retours des produits non utilisés	p.6
REG 15	Dispensation nominative ciblée	p.7
REG 16	Indicateur Hôpital Numérique : D3.1 : prescription	p.7
REG 17	Indicateur Hôpital Numérique : D3.5 : plan de soins	p.7
NAT 1	Traçabilité des médicaments	p.8
NAT 2	Traçabilité des DMI	p.8
REG 18	Procédure sur la traçabilité sanitaire des DMI	p.8
REG 19	Traçabilité complète des DMI dans le dossier patient	p.8
NAT 3	Classification CLADIMED®	p.8
REG 20	Système de communication à distance permettant l'accès au DPI (HAD)	p.9
REG 21	Support unique de prescription (HAD)	p.9
REG 22	Enregistrement de l'administration des médicaments sur le support unique de prescription (HAD)	p.9
NAT 4	LAP certifiés - en nombre d'unités de soins	p.9
NAT 5	LAP certifiés - en nombre de lits	p.9
NAT 6	Prescriptions médicamenteuses de sortie informatisées	p.9
NAT 7	Prescriptions de sortie incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement	p.10
NAT 8	Ordonnances intra-hospitalières incluant le numéro RPPS du prescripteur	p.10
REG 23	Tenue du dossier patient en MCO : indicateur QLS	p.10
REG 24	Tenue du dossier patient en SSR : indicateur DOC	p.10
REG 25	Tenue du dossier patient en PSY	p.11
REG 26	Tenue du dossier patient en HAD	p.11
REG 27	Tenue du dossier anesthésique	p.12
Développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau		
REG 28	Stratégie de déploiement de la pharmacie clinique	p.13
REG 29	Conditions pour réaliser une analyse pharmaceutique de niveau 2 selon la SFPC	p.13
REG 30	Analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3	p.14
REG 31	Analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 - patients priorités	p.14
NAT 9	Conciliation médicamenteuse - patients priorités	p.14
REG 32	Formation à la pharmacie clinique	p.15
NAT 10	Traitements antibiotiques de plus de 7 jours non justifiés	p.15
REG 33	ConsoRes® - consommations en antibiotiques	p.15
REG 34	ConsoRes® - résistances bactériennes	p.15
REG 35	Consommations en ATB sur l'ensemble des lits	p.15
REG 36	Score ICATB2	p.15
REG 37	Contribution aux travaux de l'OMEDIT	p.16
Prescriptions de médicaments dans le répertoire des génériques et biosimilaires		
NAT 11	Part d'achat de biosimilaires	p.17
NAT 12	Part d'achat de génériques	p.17
NAT 13	Prescriptions des biosimilaires en intra-hospitalier	p.18
NAT 14	Prescriptions des biosimilaires pour les PHEV	p.18
REG 38	Prescriptions des biosimilaires en initiation pour les PHEV	p.18
NAT 15	Prescriptions dans le répertoire des génériques pour les PHEV	p.18
Médicaments et produits et prestations prescrits en ETS et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville		
NAT 16	Dépenses de médicaments et DM prescrits en ETS et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville	p.19
Spécialités pharmaceutiques et produits et prestations pris en charge en sus		
NAT 17	Evolution des dépenses de la liste en sus - Médicaments	p.19
REG 39	Analyse et justification de l'évolution des dépenses de la liste en sus si évolution atypique - Médicaments	p.19
NAT 18	Evolution des dépenses de la liste en sus - DM	p.19
REG 40	Analyse et justification de l'évolution des dépenses de la liste en sus si évolution atypique - DM	p.19
NAT 19	Prescriptions hors référentiels - Médicaments	p.20
REG 41	Présentation en CME du suivi des prescriptions hors GHS	p.21
Spécialités pharmaceutiques et produits et prestations onéreux		
REG 42	Evolution des dépenses de médicaments onéreux	p.22

Glossaire

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ATB	Antibiotiques
CAQES	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effcience des Soins
CAQOS	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Organisation des Soins
CBU	Contrat de Bon Usage
CME	Commission Médicale d'Etablissement
COORD	Coordination de la prise en charge en HAD
CRH	Compte Rendu d'Hospitalisation
DM	Dispositifs Médicaux
DMI	Dispositifs Médicaux Implantables
DOC	Document de Sortie
DPI	Dossier Patient Informatisé
EI	Evènement Indésirable
EIG	Evènement Indésirable Grave
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ETS	Etablissement de Santé
FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
GHS	Groupe Homogène de Séjour
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
ICATB	Indice composite de bon usage des antibiotiques
JH	Journée d'Hospitalisation
LAP	Logiciel d'Aide à la Prescription
MCO	Médecine - Chirurgie - Obstétrique
OMEDIT	Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique
PDCA	Plan Do Check Act
PECM	Prise En Charge Médicamenteuse
PHEV	Prescriptions Hospitalières Exécutées en Ville
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSY	Etablissement de santé mentale
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
QLS	Qualité de la Lettre de Liaison à la Sortie
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RTU	Recommandations Temporaires d'Utilisation
SFPC	Société Française de Pharmacie Clinique
SIH	Système d'Information Hospitalier
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TDA	Tenue du Dossier Anesthésique
TDP	Tenue du Dossier Patient
UCD	Unité Commune de Dispensation

1. Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations

1.1. Objectif : S'assurer de l'existence et de la mise en œuvre d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la PECM des patients

1.1.1. Existence d'une politique de management de la PECM et d'une analyse des risques a priori sur le processus de la PECM

REG_1 / REG_2

↑ Index des indic.

Ces deux indicateurs sont applicables à l'ensemble des établissements signataires du CAQES.

Indicateurs	Total	CBU	Non CBU
REG_1	92,2% (107/116)	98,2% (54/55)	86,9% (53/61)
REG_2	96,6% (112/116)	100% (55/55)	93,4% (57/61)

Tableau 1 : Taux d'établissements ayant une politique de management de la PECM (REG_1) et ayant réalisé une analyse des risques a priori sur le processus de la PECM (REG_2) - taux global

Indicateur	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_1	98,3% (58/59)	86,5% (32/37)	75% (9/12)	100% (2/2)	100% (6/6)

Tableau 2 : Taux d'établissements ayant une politique de management de la PECM (REG_1) - taux par type d'établissement

En 2018, la politique de management de la PECM existe et est intégrée aux orientations stratégiques de 107 établissements (92,2 %).

L'élément de preuve demandé pour ce rapport d'étape 2019 est le(s) document(s) formalisant cette politique de management de la PECM au sein de l'établissement. Un établissement ne nous l'a pas fourni. Ces éléments de preuve seront analysés individuellement dans chaque synthèse nominative.

Une analyse des risques a priori a été menée sur l'ensemble du processus de la prise en charge médicamenteuse dans 112 établissements de la région (96,6 %).

1.1.2. Résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM du patient"

1.1.2.1. Niveaux de maturité sur la thématique "Management de la PECM du patient"

REG_3

↑ Index des indic.

Parmi les 116 établissements, 109 établissements ont pu fournir une réponse à cet indicateur.

Le processus de "Management de la PECM du patient" est divisé en 7 étapes, selon la méthode dite PDCA (Plan Do Check Act). Les étapes du processus sont les suivantes :

- P-1 : Définition de la politique
- P-2 : Organisation interne
- D-3 : Mobilisation des équipes pour la mise en oeuvre opérationnelle
- D-4 : Disponibilité des ressources
- D-5 : Effectivité de la mise en oeuvre
- C-6 : Evaluation du fonctionnement
- A-7 : Mise en place des actions d'amélioration

Le niveau de maturité sur chacune des étapes s'échelonne de "Non défini" à "Optimisé".

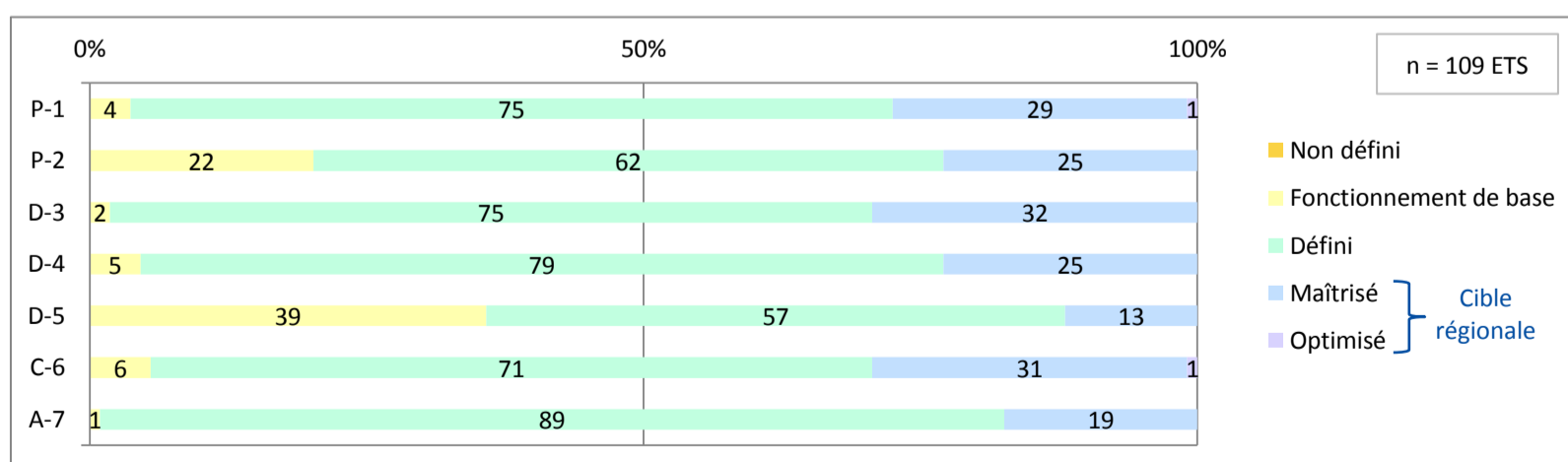


Figure 1 : Répartition des établissements selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM" (REG_3)

Pour tous les items de la thématique, l'ensemble des établissements sont au moins au niveau "Fonctionnement de base". La médiane régionale se situe au niveau "Défini" pour chacun des items de la thématique (la cible régionale étant fixée au niveau "Maîtrisé"). On constate que l'étape D-5 "Effectivité de la mise en oeuvre" est moins maîtrisée, en particulier dans les établissements MCO.

Une analyse détaillée, par type d'établissement, des résultats de la certification V2014 sur cette thématique est présentée en annexe de cette synthèse régionale.

Actions en cours au niveau régional : Ateliers de formation au management de la prise en charge médicamenteuse, pilotage du processus dans le cadre de la certification V2014, préparation à la certification V2020.

1.1.2.2. Réserve(s) ou obligation(s) d'amélioration sur la thématique et écart(s) relevé(s) sur la continuité de la PECM

REG_4 / REG_5

↑ Index des indic.

La HAS peut émettre des réserves ou obligations d'amélioration sur la thématique de Management de la PECM du patient.

Indicateurs	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_4	29,4% (32/109)	22% (13/59)	32,4% (12/37)	41,7% (5/12)	NA	33,3% (2/6)
REG_5	42,4% (39/92)	41,3% (19/46)	50% (14/28)	36,4% (4/11)	50% (1/2)	20% (1/5)

Tableau 3 : Taux d'établissements présentant une réserve ou une obligation d'amélioration sur la thématique "Management de la PECM du patient" (REG_4) et taux d'établissements présentant un écart sur la continuité de la PECM (REG_5)

Parmi les 109 établissements ayant pu répondre à cet indicateur, 32 établissements (29,4 %) ont une réserve ou une obligation d'amélioration sur la thématique de Management de la PECM du patient. Ces établissements sont tenus de mettre en place un plan d'actions dans l'objectif de lever cette réserve ou obligation d'amélioration.

Concernant les écarts relevés sur la continuité de la prise en charge médicamenteuse, 92 établissements ont répondu à cet indicateur. Parmi ceux-ci, 39 établissements (42,4 %) présentent au moins un écart (point sensible, non-conformité ou non-conformité majeure).

Actions en cours au niveau régional : Ateliers de formation au management de la prise en charge médicamenteuse, pilotage du processus dans le cadre de la certification V2014, préparation à la certification V2020.

1.1.3. Mise en œuvre d'un plan de formation sur la PECM et démarches d'EPP en cours sur les médicaments et les dispositifs médicaux

REG_6 / REG_7 / REG_8

↑ Index des indic.

Indicateurs	Total	CBU	Non CBU
REG_6	72,4% (84/116)	85,5% (47/55)	60,7% (37/61)
REG_7	86,2% (100/116)	94,5% (52/55)	78,7% (48/61)
REG_8	54,4% (62/114)	74,5% (41/55)	35,6% (21/59)

Tableau 4 : Taux d'établissements ayant un plan de formation (REG_6), une démarche d'EPP en cours sur les médicaments (REG_7) et sur les dispositifs médicaux (REG_8) - taux global

Indicateurs	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_6	79,7% (47/59)	59,5% (22/37)	58,3% (7/12)	100% (2/2)	100% (6/6)
REG_7	93,2% (55/59)	83,8% (31/37)	66,7% (8/12)	50% (1/2)	83,3% (5/6)
REG_8	71,2% (42/59)	38,9% (14/36)	0% (0/11)	50% (1/2)	83,3% (5/6)

Tableau 5 : Taux d'établissements ayant un plan de formation (REG_6), une démarche d'EPP en cours sur les médicaments (REG_7) et sur les dispositifs médicaux (REG_8) - taux par type d'établissement

Sur l'ensemble des établissements, 84 établissements (72,4 %) ont un plan de formation formalisé sur la PECM.

Des démarches d'EPP sur les médicaments sont en cours dans la majorité des établissements (86,2 %). Sur les dispositifs médicaux, 54,4 % des établissements ont une démarche d'EPP en cours.

Sur ces indicateurs, on constate que les établissements SSR et PSY ont une marge d'évolution plus importante que les trois autres types d'établissements.

Participation de l'OMEDIT aux travaux régionaux menés par Qualirel Santé pour identifier les besoins en accompagnement en termes de conception et de mise en œuvre de démarches d'EPP. L'OMEDIT met à disposition la sélection des EPP consacrées aux produits de santé. Lien vers le site internet de l'OMEDIT : <http://www.omedit-paysdelaloire.fr/fr/evaluations/boxepp>

1.2. Objectif : Prévenir l'iatrogénie liée aux produits de santé : prévention des événements indésirables liés aux médicaments et aux dispositifs médicaux

1.2.1. Déclaration interne des événements indésirables liés aux produits de santé

REG_9

↑ Index des indic.

L'objectif de cet indicateur est d'évaluer la capacité des établissements à **déclarer les événements indésirables (EI) en interne**, au sein de leur structure, et à **analyser les événements indésirables graves (EIG) déclarés**. Six établissements n'ont déclaré aucun EI lié aux produits de santé et 74 établissements (63,8 %), dont les deux structures de dialyse, aucun EIG lié aux produits de santé.

Un des principaux biais de cet indicateur est lié à la compréhension de celui-ci. En effet, certains établissements ont seulement tenu compte des EIG déclarés sur le portail de signalement national et non des déclarations internes à l'établissement.

REG_9	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
% d'EIG analysés	76,3% (151/198)	75% (111/148)	100% (27/27)	45,5% (5/11)	NA	66,7% (8/12)
% d'ETS ayant analysé 100 % de leurs EIG	73,8% (31/42)	69% (20/29)	100% (9/9)	50% (1/2)	NA	50% (1/2)

Tableau 6 : Analyse des EIG - taux d'EIG analysés et taux d'établissements ayant analysé 100 % de leurs EIG

Plus de 3/4 des EIG déclarés en interne dans les établissements ont été analysés (76,3 %).

Parmi les 42 établissements ayant déclaré des EIG, 31 établissements (73,8 %) ont analysé l'ensemble de leurs EIG. Deux établissements sont à moins de 20 % d'EIG analysés, sept établissements ont analysé entre 20 et 50 % de leurs EIG et deux établissements ont analysé plus de la moitié de leurs EIG.

L'hétérogénéité constatée entre les différents établissements amènera l'OMEDIT à proposer des actions de proximité.

Action prévue au niveau régional sur la prévention des EIG.

1.2.2. Existence d'une politique de prévention des "Never Events"

REG_10

↑ Index des indic.

Deux établissements déclarent être non applicables sur la politique de prévention des Never Events.

	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_10	76,3% (87/114)	89,8% (53/59)	64,9% (24/37)	36,4% (4/11)	100% (1/1)	83,3% (5/6)

Tableau 7 : Taux d'établissements ayant une procédure validée sur les Never Events (REG_10)

Une **procédure** mentionnant les Never Events, pour lesquels l'établissement est concerné, est validée dans 87 établissements (76,3 %).

On constate que seul 36,4 % des établissements ayant une activité unique de santé mentale (4 établissements sur les 11) ont une procédure mentionnant les Never Events. Une communication sur les Never Events semble donc nécessaire, en particulier, pour ces établissements.

1.3. Objectif : Sécuriser le circuit des produits de santé

1.3.1. Modalités de transport, de stockage et de gestion des retours des produits de santé

REG_11 / REG_12 / REG_13 / REG_14

↑ Index des indic.

Ces indicateurs sont applicables à l'ensemble des établissements. Cependant, dans cette synthèse régionale, nous présentons seulement les résultats des structures d'HAD autonomes spécifiquement ciblées pour ces indicateurs.

HAD	REG_11	REG_12	REG_13	REG_14
2018	100% (6/6)	100% (6/6)	100% (6/6)	100% (6/6)

Tableau 8 : Modalités de transport, de stockage et de gestion des retours des médicaments (REG_11 et 13) et des DM (REG_12 et 14) en HAD

Les six structures d'HAD autonomes de la région déclarent que les modalités de transport et de stockage des médicaments et des dispositifs médicaux sont définies et mises en œuvre au sein de leur structure.

1.3.2. Dispensation nominative ciblée

REG_15

↑ Index des indic.

La dispensation nominative comprend, pour chaque patient, l'analyse pharmaceutique de la prescription, la préparation de l'ensemble des médicaments, si possible par prise, puis leur délivrance à l'unité de soins.⁽¹⁾

Les établissements à activité de dialyse unique ne sont pas concernés par cet indicateur.

	Total	MCO	SSR	PSY	HAD
REG_15	78,1% (89/114)	69,5% (41/59)	89,2% (33/37)	100% (12/12)	50% (3/6)

Tableau 9 : Taux d'établissements réalisant de la dispensation nominative

	Total	MCO	SSR	PSY	HAD
REG_15	98,8%	99,3%	97,0%	99,6%	100,0%

Tableau 10 : Taux de lits et places ciblés et réalisés en dispensation nominative

Parmi les 114 établissements concernés, 89 établissements (78,1 %) réalisent de la dispensation nominative ciblée et plus de 98 % des lits ciblés ont effectivement été réalisés en dispensation nominative.

Ces chiffres sont, cependant, probablement sur-estimés. En effet, certains établissements considèrent qu'ils réalisent de la dispensation nominative alors qu'ils ne délivrent pas nominativement l'ensemble des médicaments d'un patient mais seulement certains médicaments tels que les médicaments dérivés du sang, les stupéfiants ou autres médicaments sur ordonnance nominative.

1.4. Objectif : Informatiser et tracer la prise en charge thérapeutique du patient jusqu'à l'administration du médicament et jusqu'à la pose du dispositif médical

1.4.1. Indicateurs Hôpital Numérique : informatisation des prescriptions médicamenteuses et des plans de soins

REG_16 / REG_17

↑ Index des indic.

La stratégie Hôpital Numérique définit un plan de développement et de modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers (SIH) en accompagnant les établissements de santé dans leur transformation par les technologies de l'information et de la communication.

Pour rappel, les **objectifs nationaux** pour les indicateurs Hôpital Numérique sont fixés à 10 % des séjours minimum, et la valeur cible est de 50 % des séjours.

Au niveau régional, l'objectif cible est de 100 % à échéance. Cependant, le périmètre du programme Hôpital Numérique comprenant la totalité des séjours (y compris les séjours sans prescription médicamenteuse), l'objectif de 100 % n'est pas atteignable. C'est pourquoi, nous nous intéressons, dans cette synthèse régionale, aux établissements ayant atteint l'**objectif de 80 %** (objectif fixé en fonction des résultats du CBU 2014-2018).

Deux établissements déclarent être non applicables sur ces deux indicateurs.

Indicateurs	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_16	88,6%	88,4%	98,8%	93,2%	100,0%	29,2%
REG_17	85,9%	85,7%	99,8%	74,3%	100,0%	21,8%

Tableau 11 : Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées (REG_16) et taux de séjours disposant d'un plan de soins informatisé alimenté par l'ensemble des prescriptions (REG_17)

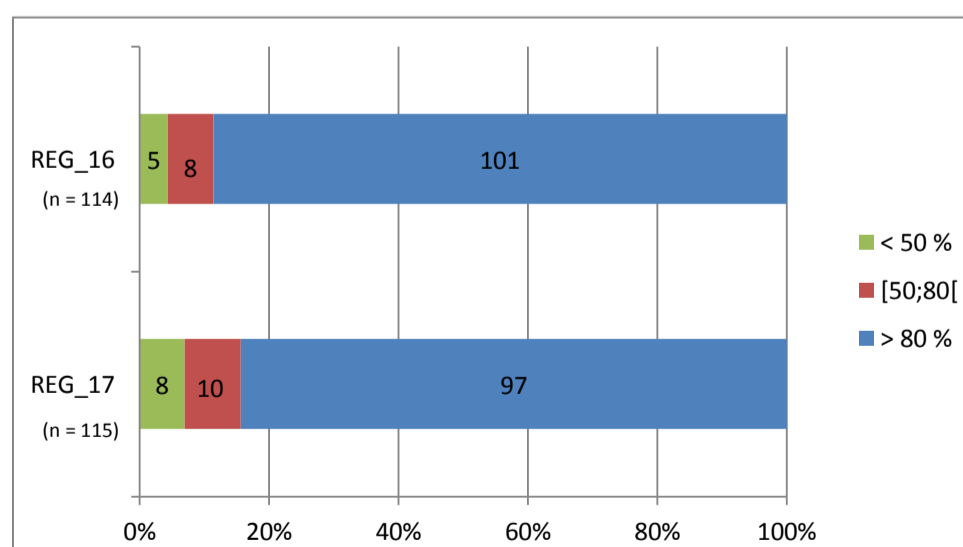


Figure 2 : Répartition des établissements selon leur taux de séjours disposant de prescriptions médicamenteuses informatisées (REG_16) et de plans de soins informatisés (REG_17)

La moyenne régionale des séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées est supérieure à l'objectif de 80 % (REG_16 : 88,6 %). De même, la moyenne régionale des séjours disposant d'un plan de soins informatisé est au-dessus de 80 % (REG_17 : 85,9 %). Trois établissements déclarent n'avoir aucune prescription informatisée et cinq établissements aucun plan de soins informatisé.

Nous constatons que les structures d'HAD autonomes sont moins informatisées par rapport aux autres types d'établissements. Néanmoins, deux structures d'HAD sont entièrement informatisées au niveau des prescriptions et des plans de soins.

HAD		HAD 1	HAD 2	HAD 3	HAD 4	HAD 5	HAD 6
REG_16	2018	7,5%	100,0%	100,0%	100,0%	0 %	24,7%
	2016 (CBU)	33,0%	0 %	100,0%	100,0%	0 %	97,0%
REG_17	2018	1,0%	100,0%	100,0%	0 %	0 %	24,7%
	2016 (CBU)	20,0%	0 %	100,0%	0 %	0 %	0 %

Tableau 12 : **Taux de séjours** disposant de prescriptions de médicaments informatisées (REG_16) et **taux de séjours** disposant d'un plan de soins informatisé alimenté par l'ensemble des prescriptions (REG_17) dans les structures d'HAD

1.4.2. Taux de traçabilité des médicaments de la prescription jusqu'à l'administration

NAT_1

↑ Index des indic.

	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
NAT_1	93,3%	95,5%	96,5%	89,9%	100%	16,4%
	(21556,32/23108,82)	(16567/17346)	(2777/2878)	(1613/1795)	(503/503)	(96,32/586,82)

Tableau 13 : **Taux de lits** informatisés de la prescription jusqu'à l'administration (NAT_1)

Sur l'ensemble des lits de la région, 93,3 % sont informatisés de la prescription jusqu'à l'administration.

Sur les 116 établissements, 108 établissements ont plus de 80 % de leurs lits informatisés de la prescription à l'administration. Un établissement a 57 % de ses lits informatisés et un établissement est à 30 %. Six établissements déclarent n'avoir aucun lit informatisé de la prescription jusqu'à l'administration, dont cinq structures d'HAD autonomes sur les six de la région.

Nous pouvons remarquer que pour les établissements MCO et PSY, notamment, il semble y avoir une discordance entre le taux de séjours disposant d'un plan de soins informatisé alimenté par l'ensemble des prescriptions (REG_17) et le taux de lits informatisés de la prescription jusqu'à l'administration (NAT_1).

1.4.3. Traçabilité des DMI

NAT_2

↑ Index des indic.

REG_18 / REG_19

Ces trois indicateurs sont applicables aux établissements MCO. Parmi les 59 établissements MCO de la région, 18 établissements déclarent être non applicables sur ces indicateurs.

Le taux de DMI implantés et **informatiquement tracés** est de 98,8% (NAT_2).

Parmi les 41 établissements ayant répondu, 36 établissements, soit 87,8 %, déclarent avoir une **procédure** détaillant le processus de traçabilité sanitaire des DMI (REG_18).

Le taux de **DMI dont la traçabilité dans le dossier du patient est exhaustive** est de 100 % (REG_19). En 2016, dans le cadre du CBU, ce taux était de 99,5 % (indicateur I.31 du CBU - 42 établissements).

Cependant, quatre établissements MCO (sur les 41 établissements concernés) n'ont pas pu répondre à cet indicateur (à noter qu'il n'était pas exigé de fournir les résultats d'un audit pour répondre à cet indicateur).

Actions en lien au niveau régional : Outils mis à disposition pour répondre aux exigences réglementaires de la traçabilité sanitaire des DMI (procédure, carte patient, modèle de contrat de dépôt). Une réflexion est également en cours sur l'élaboration d'un outil permettant de réaliser un audit sur la traçabilité des DMI.

1.4.4. Déploiement de la classification Cladimed® pour les DMI

NAT_3

↑ Index des indic.

La classification CLADIMED permet de catégoriser les dispositifs médicaux consommables selon leur usage principal et les indications validées à différents niveaux de description. Elle a pour intérêt de faciliter les achats, les flux logistiques, etc.

Cet indicateur est applicable aux établissements MCO. Parmi les 59 établissements MCO de la région, 25 établissements déclarent être non applicables sur cet indicateur.

Le taux régional de DMI stockés selon la classification CLADIMED est de 81,7 %. Ce taux était de 50,6 % en 2016 (indicateur I.08bis du CBU - 41 établissements).

1.4.5. Traçabilité de la prise en charge thérapeutique du patient en HAD

Les indicateurs suivants sont spécifiques aux structures d'hospitalisation à domicile (HAD)

1.4.5.1. Système de communication à distance permettant l'accès au dossier patient informatisé

REG_20

↑Index des indic.

Indicateur	2018
REG_20	66,7% (4/6)

Tableau 14 : Taux de structures d'HAD disposant d'un système de communication à distance

Quatre HAD sur six, soit 66,7 %, déclarent disposer d'un système de communication permettant l'accès au dossier patient informatisé pour tous les professionnels de santé concernés.

1.4.5.2. Support unique de prescription

REG_21 / REG_22

↑Index des indic.

L'objectif régional pour ces deux indicateurs est de 100 % à échéance, soit 100 % en 2022.

Indicateurs	2016 (CBU)	2018
REG_21	29,2%	57,3%
REG_22	17,7%	54,6%

Tableau 15 : Taux de patients bénéficiant d'un support unique de prescription (REG_21) et taux de patients dont l'administration est tracée sur ce support (REG_22)

Un **support unique de prescription** (informatisé ou non) est utilisé pour 57,3 % des patients (REG_21). Le taux de patient dont l'**administration des médicaments** est tracée sur ce support unique est de 54,6 % (REG_22).

On constate une nette amélioration de ces deux indicateurs par rapport à 2016. Deux structures d'HAD autonomes ont déjà atteint l'objectif de 100 % sur ces deux indicateurs.

Parmi les quatre autres structures d'HAD, pour l'indicateur REG_21 (support unique de prescription), deux structures ont un taux inférieur à 25 % et deux structures se situent entre 50 et 80 %. Concernant l'indicateur REG_22 (traçabilité de l'administration sur ce support unique de prescription), trois structures ont un taux inférieur à 25 % et une structure se situe entre 50 et 80 %.

Remarque : Le mode de calcul pour ces deux indicateurs peut varier. En effet, quatre structures HAD ont estimé leur nombre de patients à partir du nombre de Journées d'Hospitalisation (JH) réalisées dans l'année divisé par 365 jours. Une structure HAD a estimé son nombre de patients à partir du nombre de JH sur 31 jours et une structure HAD a tenu compte du nombre réel de patients.

1.5. Objectif : Promouvoir l'utilisation de logiciels d'aide à la prescription (LAP) certifiés pour toutes les prescriptions de médicaments y compris pour celles effectuées dans le cadre des consultations mentionnées à l'article L. 162-26 ou lors de la sortie de l'établissement de santé

NAT_4 / NAT_5

↑Index des indic.

La certification des LAP, bien que non obligatoire puisqu'il s'agit, désormais, de dispositifs médicaux soumis au marquage CE, est jugée essentielle par la HAS car elle apporte des garanties complémentaires à celles du marquage CE. La HAS recense actuellement 50 LAP hospitaliers certifiés.⁽²⁾

Le taux de **lits utilisant un LAP certifié** est de 79,8 % (NAT_4), tous types d'établissements confondus. L'objectif régional est de 100 % à échéance, en 2022.

NAT_6

↑Index des indic.

Pour des raisons d'incohérence entre le numérateur et le dénominateur, l'indicateur NAT_6 "Taux de prescriptions médicamenteuses de sortie informatisées y compris consultations externes" n'est pas présenté dans cette synthèse régionale.

1.6. Objectif : Identifier obligatoirement les prescriptions réalisées par les professionnels de santé par leur identifiant personnel de prescripteur autorisé à exercer

NAT_7 / NAT_8

↑ Index des indic.

L'identifiant personnel de prescripteur autorisé à exercer correspond au **numéro RPPS** des prescripteurs.

Sur les 108 établissements concernés, le taux de prescriptions de sortie incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement (NAT_7) a pu être déterminé seulement par 22 établissements, soit 20,4 % des établissements. Ces données devaient être transmises par l'assurance maladie aux établissements concernés.

En moyenne, 87,9 % des prescriptions de sortie incluent le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement. Cependant, le manque de fiabilité des données remontées par la ville à l'Assurance Maladie a été souligné par certains établissements.

1.7. Objectif : Assurer une politique de suivi des résultats IQSS (Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins)

Le recueil des indicateurs IQSS est effectué tous les 2 ans. Ces indicateurs ont évolué entre la signature des CAQES et ce premier rapport d'étape. L'analyse de ceux-ci est donc basée sur les nouveaux critères.

1.7.1. Tenue du dossier patient (TDP)

1.7.1.1. Etablissements MCO : indicateur QLS (Qualité de la Lettre de Liaison)

REG_23

↑ Index des indic.

Cet indicateur composite évalue la **qualité de la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation**. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la lettre de liaison à la sortie est d'autant plus grande que le score est proche de 100. Pour rappel, **l'objectif national de performance** à atteindre est fixé à **80 % de dossiers conformes**.

Parmi les 59 établissements MCO, 11 établissements sont non applicables sur l'indicateur QLS.

Les deux critères de l'indicateur composite QLS étudiés sont :

- Critère 1 "Lettre de liaison à la sortie retrouvée"
- Critère 13 "Traitements médicamenteux"

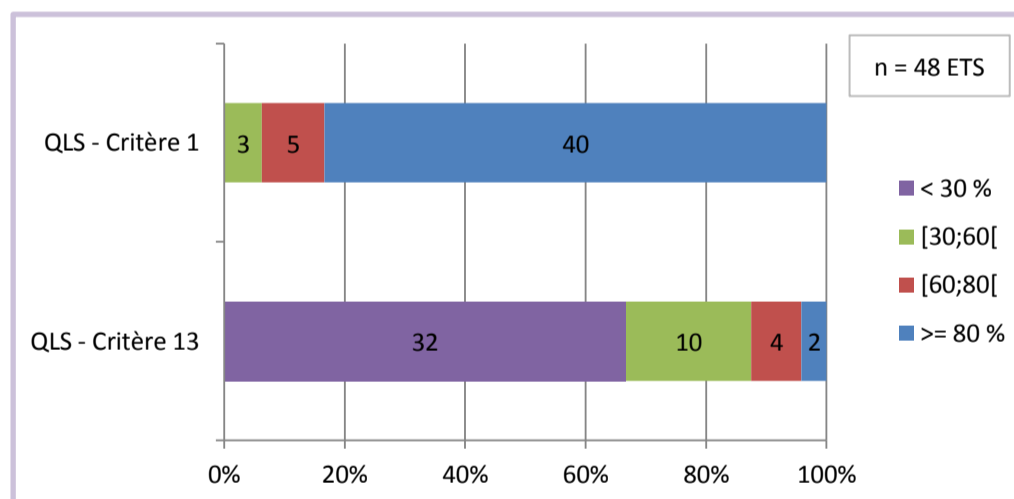


Figure 3 : Répartition des établissements MCO selon leur taux de dossiers conformes sur les critères 1 et 13 de l'indicateur QLS (REG_23)

Sur le critère 1 "Lettre de liaison à la sortie retrouvée", 83,3 % (40) des établissements MCO ont atteint l'objectif de performance national.

Sur le critère 13 "Traitements médicamenteux", seulement 4,2% (2) des établissements ont atteint l'objectif de performance national et 87,5 % (42) des établissements ont un taux de dossiers conformes inférieur à 60 %.

1.7.1.2. Etablissements avec activité SSR : indicateur DOC (Document de sortie)

REG_24

↑ Index des indic.

Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la **qualité du document de sortie** produit le jour de la sortie du patient. Pour rappel, **l'objectif de performance** à atteindre est fixé à **80 % de dossiers conformes**.

Parmi les 37 établissements SSR, 4 établissements sont non applicables sur l'indicateur DOC. De plus, parmi les 40 établissements MCO ayant une activité SSR, 2 établissements sont non applicables.

Un dossier est jugé conforme si le **document de sortie est produit le jour de la sortie** et qu'il comprend les **éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins**.

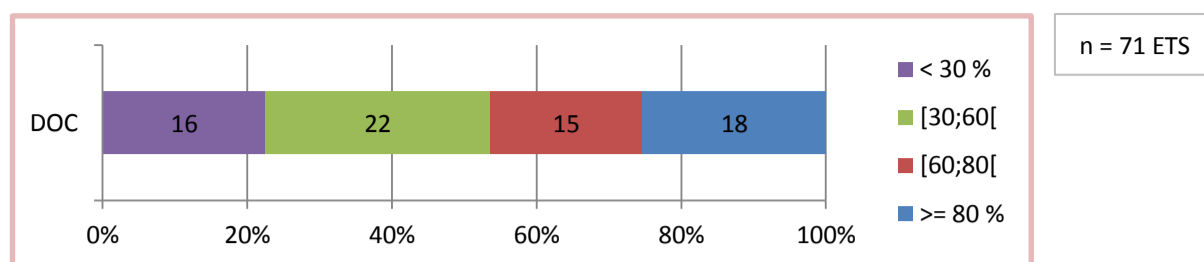


Figure 4 : Répartition des établissements avec activité SSR selon leur taux de dossiers conformes sur l'indicateur DOC (REG_24)

25,4 % (18) des établissements avec une activité SSR ont atteint l'objectif de performance national.

1.7.1.3. Etablissements avec activité de santé mentale : indicateur TDP (Tenue du dossier patient)

REG_25

↑ Index des indic.

La campagne nationale d'évaluation de la prise en charge hospitalière des indicateurs TDP en santé mentale est suspendue en 2018 pour les raisons suivantes :

- les résultats nationaux de l'indicateur « Tenue du dossier patient » sont jugés satisfaisants en 2016 (score qualité de 82 %).
- certains indicateurs du thème "Dossier patient en santé mentale adulte" sont devenus obsolètes suite au décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.

La HAS incite, cependant, les établissements à réaliser ce **recueil en hors protocole** pour maintenir une dynamique d'amélioration de la qualité, notamment pour les établissements dont les résultats étaient insuffisants en 2016.⁽³⁾

Parmi les 12 établissements ayant une activité unique de santé mentale, 6 établissements ont réalisé le recueil de cet indicateur hors protocole. De plus, 4 établissements MCO ayant une activité de santé mentale l'ont également effectué.

Les trois critères de l'indicateur composite TDP étudiés sont :

- Critère 6 "Conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses établies au cours de l'hospitalisation (si applicable)"
- Critère 7 "Conformité de la rédaction du traitement de sortie (si applicable)"
- Critère 8 "Conformité du courrier de fin d'hospitalisation ou du CRH"

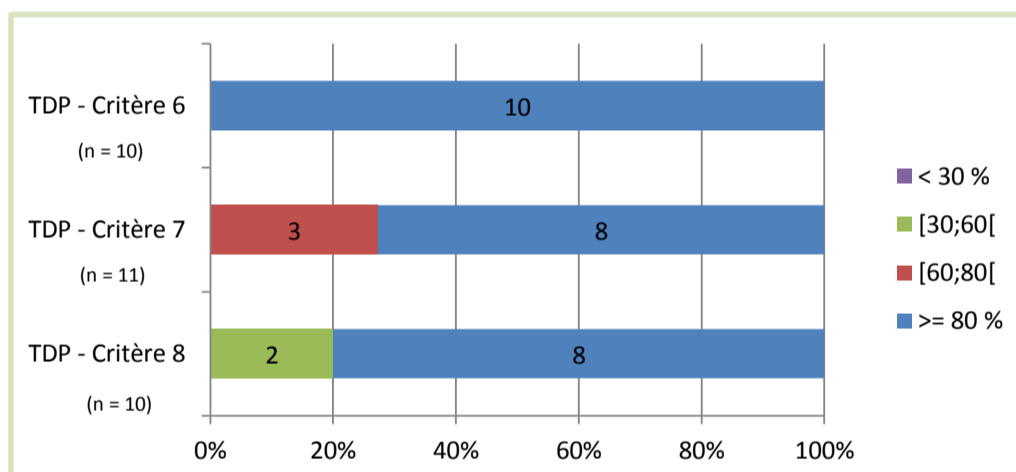


Figure 5 : Répartition des établissements avec activité de santé mentale selon leur taux de dossiers conformes sur les critères 6, 7 et 8 de l'indicateur TDP (REG_25)

L'objectif de 80 % est atteint pour 100 % (10) des établissements sur le critère 6, 72,7 % (8) sur le critère 7 et 80 % (8) sur le critère 8.

1.7.1.4. Etablissements avec activité d'HAD : indicateur TDP (Tenue du dossier patient) - V2 et indicateur COORD (Coordination de la prise en charge en HAD)

REG_26

↑ Index des indic.

Ces deux indicateurs composites évaluent d'une part la **tenue du dossier des patients hospitalisés à domicile** et, d'autre part, la **coordination au moment de la prise en charge en HAD**. Il sont présentés sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier patient et de la coordination est d'autant plus grande que le score est proche de 100.

Les six structures d'HAD autonomes ont répondu à l'indicateur. Parmi les cinq établissements MCO ayant une activité d'HAD, deux établissements sont non applicables.

Le critère de l'indicateur composite COORD étudié est le critère 2 "Organisation de la préparation et de l'administration du traitement médicamenteux".

Les deux critères de l'indicateur composite TDPv2 étudiés sont :

- Critère 6 "Courrier de fin d'hospitalisation comportant les éléments nécessaires à la coordination en aval"
- Critère informatif "Trace des prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge"

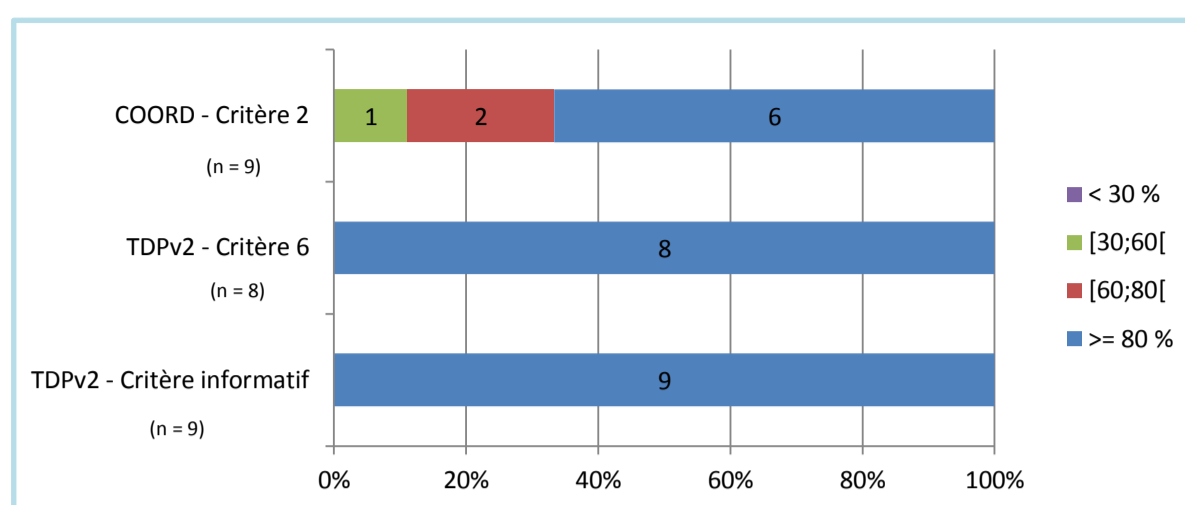


Figure 6 : Répartition des établissements avec activité d'HAD selon leur taux de dossiers conformes sur les indicateurs COORD et TDPv2 (REG_26)

Au niveau de la coordination, 66,7 % (6) des établissements ont atteint l'objectif de performance de 80 % sur le critère 2 de l'indicateur COORD. L'ensemble des établissements sont au-dessus de 80 % sur les critères étudiés de l'indicateur composite TDPv2.

1.7.2. Tenue du dossier anesthésique (TDA)

REG_27

↑ Index des indic.

Cet indicateur composite évalue la **tenue du dossier d'anesthésie**. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier d'anesthésie est d'autant plus grande que le score est proche de 100. Pour rappel, l'**objectif national de performance** à atteindre est fixé à **80 % de dossiers conformes**.

Cet indicateur est applicable aux établissements MCO. Parmi eux, 18 établissements sont non applicables.

Les deux critères de l'indicateur composite TDA étudiés sont :

- Critère 4 "Mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement dans le document traçant la consultation pré-anesthésique"
- Critère 12 "Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique"

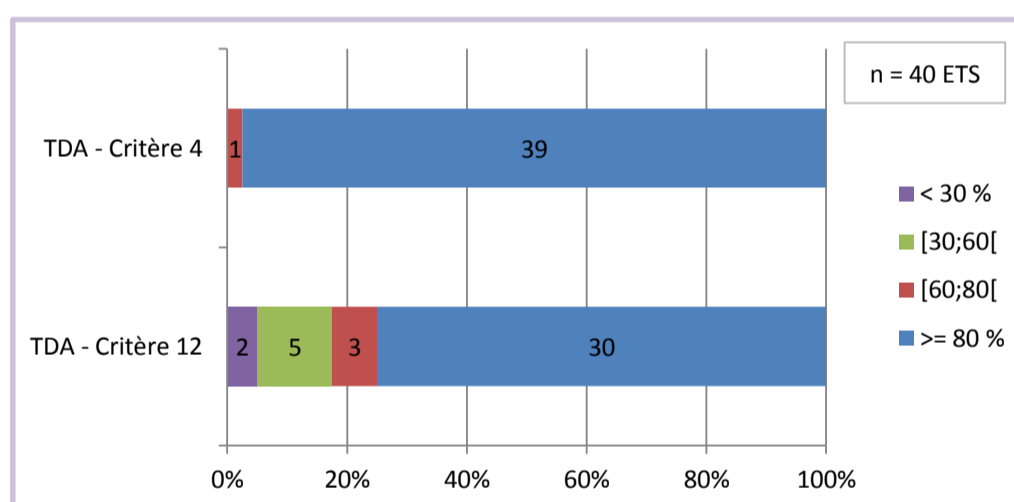


Figure 7 : Répartition des établissements MCO selon leur taux de dossiers conformes sur les critères 4 et 12 de l'indicateur TDA (REG_27)

Dans le document traçant la consultation pré-anesthésique, le traitement habituel ou l'absence de traitement est mentionné dans plus de 80 % des dossiers pour 39 établissements (97,5 %) sur les 40 établissements concernés (critère 4 de l'indicateur TDA).

Concernant les prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique (critère 12 de l'indicateur TDA), l'objectif national est atteint pour 30 établissements (75 %). Sept établissements (17,5 %) ont un taux de dossiers conformes inférieur à 60 %.

2. Développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau

2.1. Objectif : Mettre en œuvre une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse

2.1.1. Mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM

REG_28

↑ Index des indic.

L'ensemble des établissements sont concernés par la mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique. Trois établissements sans PUI déclarent être non applicables (parmi les 15 établissements sans PUI).

Indicateur	Total	CBU	Non CBU
REG_28	51,3% (58/113)	72,7% (40/55)	31% (18/58)

Tableau 16 : Taux d'établissements ayant mis en œuvre une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM - taux global

Indicateur	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_28	66,1% (39/59)	33,3% (12/36)	30% (3/10)	50% (1/2)	50% (3/6)

Tableau 17 : Taux d'établissements ayant mis en œuvre une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM - par type d'établissement

La moitié des établissements (51,3 %) a mis en œuvre une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique. On constate une importante différence entre les établissements signataires de l'ex-CBU et ceux non signataires (72,7 % versus 31,0 %). Seulement 1/3 des établissements SSR et PSY déclarent avoir mis en œuvre une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique.

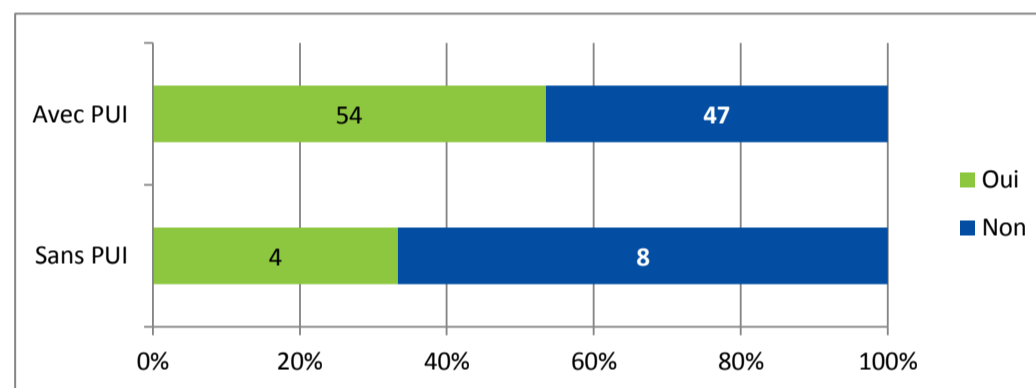


Figure 8 : Répartition des établissements selon la mise en œuvre ou non d'une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique - distinction entre les établissements avec PUI et ceux sans PUI

55 % (54) des établissements avec une PUI ont mis en œuvre une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique tandis que seulement 23 % (14) des établissements sans PUI en ont mis une en place.

Actions en lien au niveau régional : Elaboration d'un guide de stratégie de pharmacie clinique. Ce guide est personnalisable par les établissements. Lien vers le site internet de l'OMEDIT :

<http://www.omedit-paysdelaloire.fr/fr/contractualisation/cages/accompagnement#Indpharmclin>

2.1.2. Réalisation d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 selon la SFPC

2.1.2.1. Le pharmacien bénéficie des conditions pour pouvoir réaliser une analyse pharmaceutique de niveau 2 selon la SFPC

REG_29

↑ Index des indic.

Parmi les 116 établissements, deux établissements sans PUI déclarent être non applicables (parmi les 15 établissements sans PUI).

Indicateur	Total	CBU	Non CBU
REG_29	86% (98/114)	92,7% (51/55)	79,7% (47/59)

Tableau 18 : Taux d'établissements où le pharmacien bénéficie des conditions pour réaliser une analyse pharmaceutique de niveau 2.

Parmi les 114 établissements ayant répondu, 98 établissements (86 %) déclarent que le pharmacien bénéficie des conditions pour réaliser une analyse pharmaceutique de niveau 2.

2.1.2.2. Périmètre de l'analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3

REG_30

↑ Index des indic.

Le périmètre de l'analyse pharmaceutique est évalué ici en **nombre de séjours**. Cet indicateur permet de faire état de l'activité d'analyse pharmaceutique dans les établissements de santé, il n'y a pas de cible régionale.

Parmi les 116 établissements, cinq établissements déclarent être non applicables (trois établissements précisent que leur LAP ne permet pas de déterminer ce taux).

Indicateur	Total	CBU	Non CBU
REG_30	36,4%	35,7%	49,6%

Tableau 19 : **Taux de séjours** ayant bénéficié d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 (REG_30)

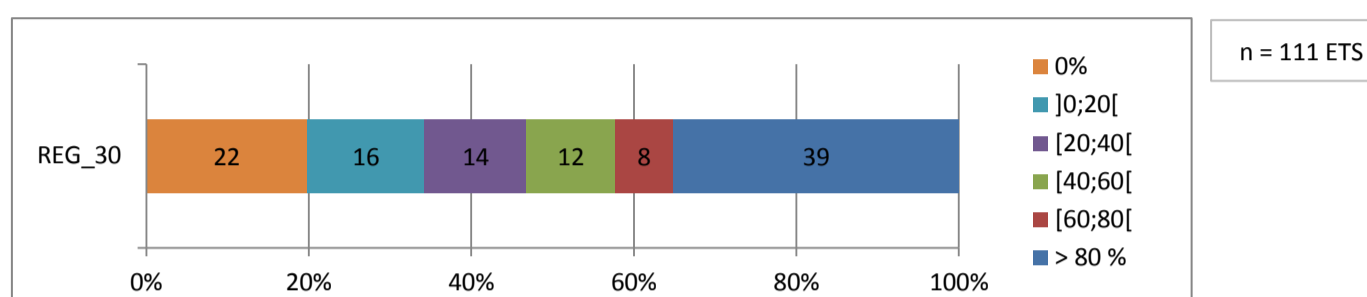


Figure 9 : Répartition des établissements selon leur **taux de séjours** ayant bénéficié d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 (REG_30)

Plus d'1/3 des séjours bénéficient d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 (36,4 %).

Parmi les 111 établissements ayant répondu, 22 établissements (19,8 %) ne font pas d'analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 et 16 établissements (14,4 %) sont à moins de 20 % des séjours.

Certains établissements ne font pas correctement la distinction entre une analyse pharmaceutique de niveau 1 et une analyse pharmaceutique de niveau 2 : si les résultats biologiques sont potentiellement accessibles via le LAP, alors l'analyse pharmaceutique peut être classée en niveau 2.

Actions en lien au niveau régional : Formation analyse pharmaceutique saisons 1 et 2.

2.1.2.3. Analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 ciblée

REG_31

↑ Index des indic.

Parmi les 116 établissements, 47 établissements déclarent être non applicables sur cet indicateur dont 10 établissements réalisant une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 sur l'ensemble de leurs séjours et 16 établissements sur une partie de leurs séjours.

Parmi les établissements non applicables, il n'est pas possible de faire la distinction entre les établissements ne réalisant pas d'analyse pharmaceutique ciblée et les établissements réalisant une analyse pharmaceutique ciblée mais ne pouvant pas requêter leurs séjours ciblés.

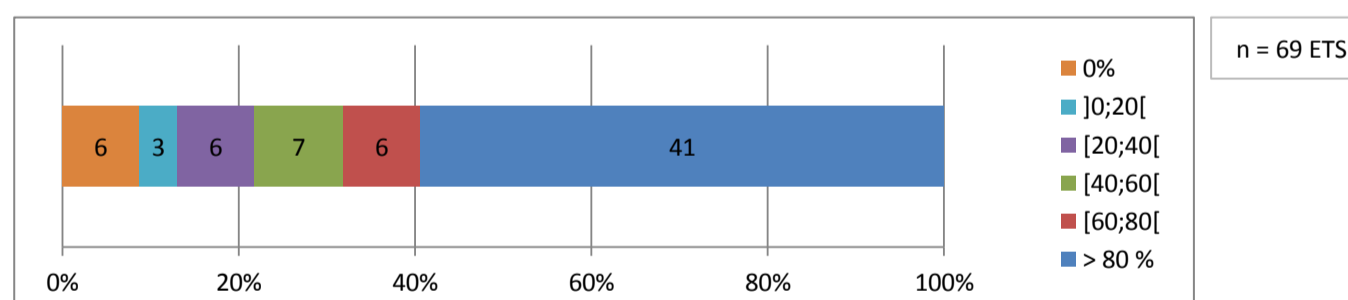


Figure 10 : Répartition des établissements selon leur **taux de séjours priorités** ayant bénéficié d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 (REG_31)

Environ 60 % (41) des établissements répondants ont réalisé une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 sur plus de 80 % de leurs séjours priorités. Neuf établissements (13,0 %) ont analysé moins de 20 % de leurs séjours priorités.

Sur les 76 établissements ayant défini une cible lors de la signature du CAQES, 41 établissements (53,9 %) ont atteint leur objectif.

2.1.3. Déploiement de la conciliation médicamenteuse

NAT_9

↑ Index des indic.

Cet indicateur concerne l'ensemble des établissements. 43 établissements ont entamé une démarche de mise en place de la conciliation médicamenteuse, avec une démarche de priorisation des patients pouvant en bénéficier.

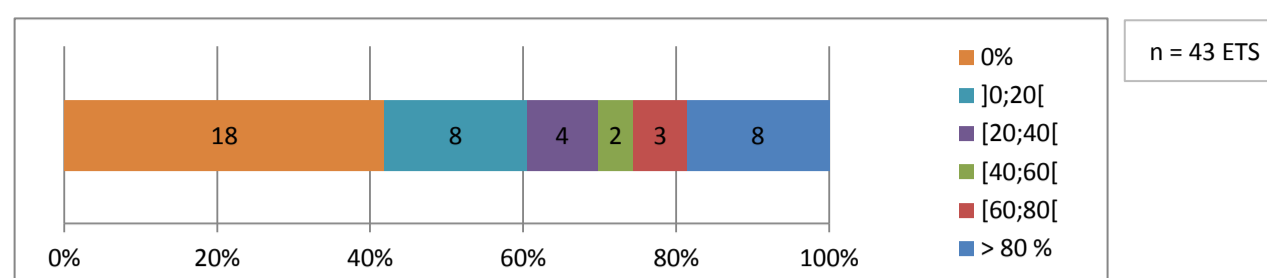


Figure 11 : Répartition des établissements selon leur **taux de patients priorités** ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse (NAT_9)

Parmi les 43 établissements ayant priorisé des patients pour une conciliation médicamenteuse, 8 établissements (18,6 %) ont concilié plus de 80 % de leurs patients priorités. 18 établissements (41,9 %) n'ont concilié aucun patient et 8 établissements (18,6 %) ont concilié moins de 20 % de leurs patients priorités.

Remarque : Parmi les 8 établissements ayant concilié plus de 80 % de leurs patients priorités, 2 établissements ont priorisé moins de 10 patients sur l'année.

Sur les 58 établissements ayant défini une cible lors de la signature des CAQES, 12 établissements (20,7 %) ont atteint leur objectif.

Actions en lien au niveau régional : Formation conciliation médicamenteuse.

2.2. Objectif = Assurer la formation des pharmaciens aux activités de pharmacie clinique

REG_32

↑ Index des indic.

Parmi les 116 établissements, 16 établissements déclarent être non applicables sur cet indicateur (dont 11 établissements sans PUI sur les 15 n'ayant pas de PUI).

Près de 90 % des pharmaciens participant aux activités de pharmacie clinique sont formés, a minima, tous les 2 ans.

Actions en lien au niveau régional : Formations sur l'analyse pharmaceutique et sur la conciliation médicamenteuse, formation au bilan partagé de médication pour les établissements sans PUI.

2.3. Objectif = Promouvoir la vigilance et le bon usage des antibiotiques (ATB)

2.3.1. Recours à l'outil Consores®

REG_33 / REG_34

↑ Index des indic.

Les établissements à activité unique de dialyse et les structures d'HAD sans PUI ne sont pas concernés par cet indicateur. Parmi les 110 établissements concernés, 4 déclarent être non applicables.

93,4 % (99) des établissements utilisent l'outil Consores® pour la saisie des consommations en ATB (REG_33) et 84 % (89) des établissements pour la saisie des résistances bactériennes (REG_34).

2.3.2. Evolution des consommations en ATB

REG_35

↑ Index des indic.

Le suivi de la consommation en antibiotiques est effectué au niveau régional via le logiciel ConsoRes®. Elle est évaluée en DDJ/1000 journées d'hospitalisation.

Les structures de dialyse et d'HAD sans PUI ne sont pas concernées par ce recueil. De plus, 17 établissements déclarent être non applicables.

Sur la base des données fournies par les établissements, la consommation moyenne régionale en antibiotiques est estimée à **521,9 DDJ/1000 journées d'hospitalisation en 2018** (contre 439 DDJ/1000JH en 2017), soit une évolution de + 18,9 % sur un an.

2.3.3. Indicateur ICATB2

REG_36

↑ Index des indic.

Pour évaluer le bon usage des antibiotiques, les critères choisis au niveau régional sont les suivants :

- Score ICATB2 : **l'objectif régional est fixé à un score de A ou B**
- Sous-critère ATBO2 : "Chaque prescripteur a accès à un conseil diagnostique et thérapeutique en antibiothérapie"
- Sous-critère ATBM3 : "Il existe un référent ou des référents en antibiothérapie, au sein de l'établissement ou partagé(s) entre plusieurs établissements, désigné(s) par les représentants légaux du ou des établissements"

Seuls les établissements MCO et SSR sont concernés par le recueil de l'indicateur ICATB2, soit 96 établissements (dont cinq qui déclarent être non applicables pour cet indicateur).

Ce recueil est effectué tous les 2 ans.

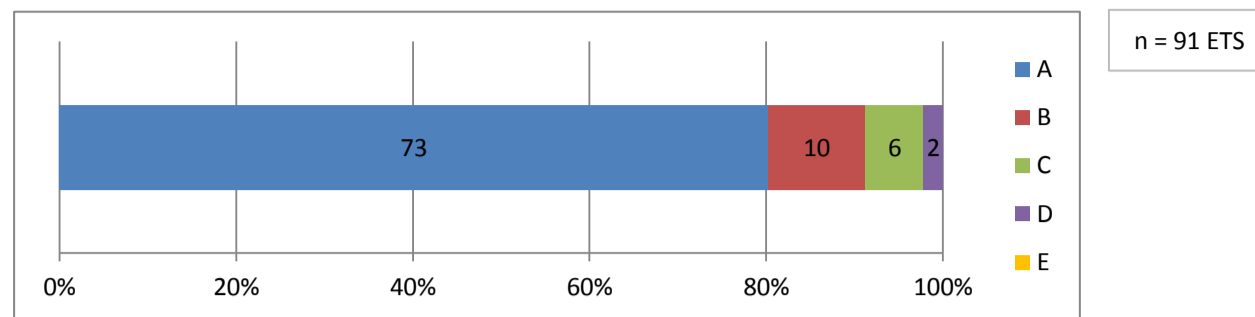


Figure 12 : Répartition des établissements selon leur score ICATB2 (REG_36)

Aucun établissement n'a un score ICATB2 égal à E et seulement 8 établissements (8,8 %) sont en-dessous de l'objectif régional (dont un seul établissement signataire de l'ex-CBU 2014-2018).

Parmi les établissements signataires de l'ex-CBU, on constate une nette évolution du score ICATB2 avec 97,8 % des établissements ayant atteint l'objectif régional, soit un score A ou B (vs 89,4 % des établissements en 2016).

Indicateurs	2018
ATBO2	100% (91/91)
ATBM3	96,7% (88/91)

Tableau 20 : **Taux d'établissements** où chaque prescripteur a accès à un conseil en antibiothérapie (ATBO2) et où il existe un référent ou des référents en antibiothérapie (ATBM3)

2.4. Objectif = Contribuer aux travaux régionaux

REG_37

↑ Index des indic.

L'ensemble des établissements de la région peuvent participer aux travaux régionaux pilotés par l'OMEDIT (réponse aux enquêtes et recensements, présence aux réunions de territoire, participation aux EPP régionales, aux travaux des commissions...). Sur l'année 2018, 91,4 % (106) des établissements déclarent avoir contribué aux travaux régionaux.

3. Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire des génériques et de biosimilaires

3.1. Objectif : Promouvoir l'achat de génériques et de biosimilaires dans les ETS

3.1.1. Part d'achat de biosimilaires

NAT_11

↑ Index des indic.

La part d'achat de biosimilaires est évaluée en fonction du nombre d'UCD délivrées aux services de soins et non en montant de dépenses liées à l'achat de médicaments biosimilaires.

Pour ce rapport d'étape, sur l'année 2018, le périmètre de l'indicateur n'était pas précisé. En effet, les biosimilaires commercialisés au cours de l'année 2018 n'étaient pas tous disponibles sur le marché hospitalier, et notamment le biosimilaire de l'Enoxaparine. Certains établissements ont pris la décision d'inclure ces biosimilaires et d'autres non. Les résultats sont donc à nuancer du fait de l'indisponibilité de certains biosimilaires sur le marché hospitalier.

Sur les 116 établissements, 94 établissements (81 %) ont répondu à l'indicateur.

Indicateur	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
NAT_11	15,0%	16,4%	6,5%	24,3%	-	51,8%

Tableau 21 : Taux d'UCD de médicaments biologiques délivrées étant des médicaments biosimilaires

Pour les médicaments appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires, 15,0 % des UCD délivrées aux services de soins sont des médicaments biosimilaires. 20 établissements (21,3 %) sont à moins de 1 % d'UCD de médicaments biosimilaires délivrées.

NAT_11	Infliximab	Trastuzumab	Rituximab	Ins. glargine
Total	62,7%	18,1%	79,0%	32,7%

Tableau 22 : Taux d'UCD de médicaments biologiques délivrées étant des médicaments biosimilaires - taux spécifiques

Un outil est mis à disposition sur le site internet de l'OMEDIT pour faciliter le calcul de cet indicateur. Lien vers le site internet de l'OMEDIT : <http://www.omedit-paysdelaloire.fr/fr/contractualisation/cages/accompagnement#IndBiosimGen>

3.1.2. Part d'achat de génériques

NAT_12

↑ Index des indic.

La part d'achat de génériques est évaluée en fonction du nombre d'UCD délivrées aux services de soins et non en montant de dépenses liées à l'achat de médicaments appartenant au répertoire des génériques.

Pour rappel, le répertoire des génériques est publié par l'ANSM et référence l'ensemble des groupes génériques, un groupe générique comportant une spécialité de référence et ses génériques.

Sur les 116 établissements, 99 établissements (85,3 %) ont répondu à l'indicateur.

Indicateur	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
NAT_12	43,6%	42,9%	50,0%	48,3%	6,0%	42,5%

Tableau 23 : Taux d'UCD de médicaments délivrées appartenant au répertoire des génériques

43,6 % des UCD de médicaments délivrées aux services de soins appartiennent au répertoire des médicaments génériques.

Un outil est mis à disposition sur le site internet de l'OMEDIT pour faciliter le calcul de cet indicateur. Lien vers le site internet de l'OMEDIT : <http://www.omedit-paysdelaloire.fr/fr/contractualisation/cages/accompagnement#IndBiosimGen>

3.2. Objectif : Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes concernées

Ces indicateurs ne sont **pas applicables aux établissements privés**. Parmi les 116 établissements, 77 établissements sont concernés par ces indicateurs.

Les cibles de ces indicateurs ont été définies suite à l'**instruction ministérielle du 3 août 2017** relative aux médicaments biologiques, à leurs biosimilaires, et à l'interchangeabilité en cours de traitement.

3.2.1. Prescriptions intra-hospitalières de médicaments biosimilaires

NAT_13

↑ Index des indic.

Au niveau national, la cible est d'au moins 70 % de prescriptions intra-hospitalières de médicaments biosimilaires.

Parmi les 77 établissements concernés, 55 établissements (71,4 %) ont répondu à cet indicateur.

Pour les médicaments appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires, 17,9 % des UCD de médicaments biologiques prescrites sont des médicaments biosimilaires. L'objectif national de 70 % n'est donc pas atteint au niveau régional. 12 établissements de la région ont atteint l'objectif national et 8 établissements sont entre 50 % et 70 %.

Cependant, pour de nombreux établissements, il est difficile de connaître le nombre d'UCD de médicaments prescrites. C'est pourquoi, plusieurs établissements ont calculé ce taux en fonction du nombre d'UCD de médicaments biologiques délivrées, ce qui correspond au même mode de calcul que l'indicateur NAT_11. Les réserves liées à l'indicateur NAT_11 sont donc aussi à prendre en compte dans l'analyse de cet indicateur.

Un outil est mis à disposition sur le site internet de l'OMEDIT pour faciliter le calcul de cet indicateur. Lien vers le site internet de l'OMEDIT : <http://www.omedit-paysdelaloire.fr/fr/contractualisation/cages/accompagnement#IndBiosimGen>

3.2.2. Prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de médicaments biosimilaires

NAT_14 / REG_38

↑ Index des indic.

L'indicateur national NAT_14 concerne l'ensemble des prescriptions PHEV de médicaments biosimilaires tandis que l'indicateur régional REG_38 concerne uniquement les **initiations** de traitement par médicaments biosimilaires. L'indicateur NAT_14 est calculé en fonction du **nombre de boîtes** de médicaments prescrites alors que l'indicateur REG_38 est calculé en **nombre de patients**.

Au niveau national, la cible est d'initier dans plus de 70 % des cas un traitement avec un médicament biosimilaire plutôt qu'avec le médicament biologique de référence.

De même que les établissements privés, les établissements à activité de dialyse et les structures d'HAD autonomes ne sont pas concernées par ces deux indicateurs. De plus, les établissements SSR et PSY ne sont pas concernés par l'indicateur REG_38.

Les données pour répondre à ces indicateurs devaient être transmises par l'assurance maladie aux établissements concernés.

Sur les 72 établissements concernés par l'indicateur NAT_14, 12 établissements (16,7 %) ont répondu à l'indicateur (9 établissements MCO, 1 établissement PSY et 3 établissements SSR).

Environ 54 % des boîtes de médicaments biologiques prescrites en PHEV sont des boîtes de médicaments biosimilaires.

Sur les 36 établissements concernés par l'indicateur REG_38, 5 établissements (13,9 %) ont répondu à l'indicateur.

D'après les données de ces 5 établissements, environ 40 % des initiations de traitement en PHEV se font avec un médicament biosimilaire. L'objectif national de 70 % d'initiations de traitement avec un médicament biosimilaire n'est pas atteint au niveau régional. Un établissement sur les cinq a atteint cet objectif.

Les initiations de traitement en PHEV d'Etanercept et d'Insuline Glargine se font respectivement à 47,3 % et 24,3 % avec un médicament biosimilaire.

3.3. Objectif : Promouvoir la prescription de médicaments dans le répertoire des génériques

NAT_15

↑ Index des indic.

Le taux de prescriptions de médicaments appartenant au répertoire des génériques en PHEV est évalué en nombre de boîtes de médicaments prescrites appartenant au répertoire des médicaments génériques. Le taux cible a été défini par l'**arrêté du 27 avril 2017** et est fixé à 45,5 %.

Seuls les établissements MCO publics ou ESPIC sont concernés par cet indicateur, soit 36 établissements.

Les données pour répondre à cet indicateur devaient être transmises par l'assurance maladie aux établissements concernés.

Sur les 36 établissements concernés, 11 établissements (30,6 %) ont répondu à l'indicateur, *a priori* avec les données M6 2018.

42,5 % des boîtes de médicaments prescrites en PHEV sont des médicaments appartenant au répertoire des médicaments génériques. L'objectif national de 45,5 % n'est donc pas atteint au niveau régional. Sur les 11 établissements ayant répondu à l'indicateur, deux ont un taux supérieur à la cible nationale.

4. Engagements relatifs aux médicaments et aux produits et prestations prescrits en ETS et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville

4.1. Objectif : Mettre en œuvre l'ensemble des actions d'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation de ces prescriptions nécessaires pour assurer le respect du taux d'évolution des dépenses des PHEV de produits de santé

NAT_16

↑ Index des indic.

L'indicateur NAT_16 concerne le taux d'évolution des dépenses de médicaments, produits et prestations prescrits en ETS et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville. Le taux d'évolution cible a été défini par l'arrêté du 27 avril 2017 et est fixé à + 4 %.

Cet indicateur n'est pas applicable aux établissements privés ni aux structures de dialyse et d'HAD.

Les données pour répondre à cet indicateur devaient être transmises par l'assurance maladie aux établissements concernés.

Sur les 72 établissements concernés, 17 établissements (23,8 %) ont répondu à l'indicateur.

D'après les données fournies par ces établissements, le taux moyen régional d'évolution des dépenses de médicaments, produits et prestations prescrits en ETS et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville est de + 4,9 % entre 2017 et 2018 ce qui est supérieur à la cible nationale.

5. Engagements spécifiques relatifs aux spécialités pharmaceutiques et aux produits et prestations pris en charge en sus

Les établissements SSR et PSY ne sont pas concernés par ces indicateurs.

5.1. Objectif : Réaliser le suivi des dépenses des médicaments et DMI de la liste en sus

5.1.1. Evolution des dépenses de médicaments et de produits et prestations inscrits sur la liste en sus

NAT_17 / NAT_18

↑ Index des indic.

Les structures de dialyse et d'HAD ne sont pas concernées par les dépenses liées aux produits et prestations (DM) inscrits sur la liste en sus (NAT_18).

Les taux d'évolution prévisionnels sont fixés par l'arrêté du 27 avril 2017. Ils sont respectivement de + 4,1 % pour les médicaments et de + 5,8 % pour les produits et prestations.

Indicateur	2018	Taux d'évolution régional	Objectif national
Dépenses liées aux médicaments (NAT_17)	191 356 301 €	+ 1,27 %	+ 4,1 %
Dépenses liées aux DM (NAT_18)	110 028 513 €	+ 2,78 %	+ 5,8 %

Tableau 24 : Taux d'évolution des dépenses liées aux produits de santé inscrits sur la liste en sus (NAT_17 et NAT_18) - Données e-PMSI analysées par l'OMEDIT

5.1.1.1. Dépenses liées aux médicaments inscrits sur la liste en sus en 2018

En 2018, les deux plus importants postes de dépenses sont le Nivolumab (OPDIVO®) (28 322 889 €) et le Trastuzumab (HERCEPTIN® et biosimilaires) (14 525 526 €). Ils représentent 22,4 % de la dépense régionale totale, soit 42 848 415 €.

Le Pembrolizumab (KEYTRUDA®) (+ 8 641 245 €, soit + 267,15 %) et le Nivolumab (OPDIVO®) (+ 5 675 377 €, soit + 25,06 %) constituent les deux plus importants postes de progression des dépenses. Ils représentent 7,5 % de la dépense régionale totale, soit 14 316 622€.

Produits	Dépenses accordées (en €)			
	2018	2017	Différence 1 an	Evolution 1 an
OPDIVO	28 322 889 €	22 647 512 €	5 675 377 €	25,06 %
TRASTUZUMAB	14 525 526 €	15 270 147 €	-744 620 €	-4,88 %
AVASTIN	12 007 274 €	11 516 156 €	491 118 €	4,26 %
RITUXIMAB	13 668 266 €	17 313 742 €	-3 645 475 €	-21,06 %
KEYTRUDA	11 875 809 €	3 234 564 €	8 641 245 €	267,15 %
SOLIRIS	10 827 452 €	12 717 629 €	-1 890 177 €	-14,86 %
PERJETA	9 292 449 €	6 812 871 €	2 479 578 €	36,40 %
INFLIXIMAB	8 128 122 €	11 381 024 €	-3 252 902 €	-28,58 %
ERBITUX	6 455 767 €	6 808 827 €	-353 060 €	-5,19 %
VIDAZA	5 610 975 €	5 841 998 €	-231 023 €	-3,95 %

Tableau 25 : Top 10 des médicaments inscrits sur la liste en sus, par montant de dépenses (Données e-PMSI analysées par l'OMEDIT)

5.1.1.2. Dépenses liées aux produits et prestations inscrits sur la liste en sus en 2018

Pour les dispositifs médicaux, les prothèses de genou (16 819 568 €), les prothèses de hanche (15 858 711 €) et les stimulateurs cardiaques (15 003 445 €) sont les trois plus importants postes de dépenses. Ils représentent 43,3 % de la dépense régionale totale, soit 47 681 724€

Les prothèses de genou (+ 1 183 413 €, soit + 7,57 %) et les implants cochléaires (480 700 €, soit + 28,1 %) représentent les deux plus importants postes de progression des dépenses. Ils représentent 17,3 % de la dépense régionale totale, soit 19 013 768 €.

Produits	Dépenses accordées (en €)			
	2018	2017	Différence 1 an	Evolution 1 an
PROTHESE GENOU	16 819 568 €	15 636 155 €	1 183 413 €	7,57 %
PROTHESE HANCHE	15 858 711 €	16 796 748 €	-938 037 €	-5,58 %
STIMULATEUR CARDIAQUE	15 003 445 €	14 616 784 €	386 661 €	2,65 %
VALVE CARDIAQUE	10 877 419 €	11 223 162 €	-345 743 €	-3,08 %
ENDOPROTHESE (STENT) CORONAIRE	9 106 935 €	8 905 716 €	201 219 €	2,26 %
GENERATEUR ET ELECTRODE STIMULATION MEDULLAIRE	5 675 417 €	5 254 270 €	421 147 €	8,02 %
ENDOPROTHESE (STENT) PERIPHERIQUE	4 528 249 €	4 531 688 €	-3 439 €	-0,08 %
FIXATION LIGAMENTAIRE	4 133 152 €	4 160 122 €	-26 970 €	-0,65 %
OSTEOSYNTHESE DU RACHIS	3 829 130 €	4 148 567 €	-319 437 €	-7,70 %
PROTHESE EPAULE	2 400 834 €	2 496 202 €	-95 368 €	-3,82 %

Tableau 26 : Top 10 des produits et prestations inscrits sur la liste en sus, par montant de dépenses (Données e-PMSI analysées par l'OMEDIT)

5.1.2. Evolution des prescriptions hors référentiel (RTU, AMM) pour les médicaments et produits et prestations de la liste en sus

Seuls les établissements MCO sont concernés par ces indicateurs.

5.1.2.1. Taux de prescriptions hors référentiel

NAT_19

↑ Index des indic.

Le taux de prescriptions de médicaments hors référentiel (NAT_19) est déterminé ici en fonction du nombre d'initiations de traitement avec un médicament de la liste en sus, dans une indication hors référentiel, par rapport au nombre d'initiations de traitement pour lesquelles un médicament de la liste en sus a été prescrit.

Parmi les 59 établissements MCO concernés, 36 établissements ont répondu à l'indicateur NAT_19. En 2018, le taux de prescriptions de médicaments hors référentiel est de 7,8 %.

Catégorie d'établissements	Taux de prescriptions de médicaments hors référentiel
ETS supports de GHT	10,0%
ETS Publics > 300 lits	12,2%
ETS Privés > 300 lits	0,0%
ETS Publics 100 - 300 lits	9,6%
ETS Privés 100 - 300 lits	2,6%
ETS Publics < 100 lits	0,0%
ETS Privés < 100 lits	4,3%
ETS dédiés à la prise en charge du cancer	5,5%

Tableau 27 : Répartition des établissements selon leur taux de prescriptions hors référentiel et leur catégorie d'établissements

5.1.2.2. Présentation en CME du suivi de la répartition des prescriptions de médicaments et de produits et prestations de la liste en sus

REG_41

↑Index des indic.

Parmi les 59 établissements MCO, 6 établissements déclarent être non applicables.

39 établissements (73,6 %) présentent en CME le suivi de la répartition des prescriptions des médicaments et des produits et prestations de la liste en sus, accompagné le cas échéant de leur argumentaire.

6. Engagements spécifiques relatifs aux spécialités pharmaceutiques onéreuses

6.1. Objectif : Réaliser le suivi des dépenses des médicaments onéreux

REG_42

↑Index des indic.

Le suivi des dépenses des médicaments onéreux concerne les établissements ayant une activité SSR et / ou une activité d'HAD. Aucune cible n'a été définie au niveau régional.

Parmi les 83 établissements concernés (37 établissements SSR, 6 HAD et 40 établissements MCO ayant une activité de SSR et / ou d'HAD), 7 établissements déclarent être non applicables.

Dépenses de médicaments onéreux	2018	Taux d'évolution régional
SSR	2 942 234 €	+ 13,1%
HAD	1 264 381 €	+ 15,2%

Tableau 28 : **Taux d'évolution des dépenses de médicaments onéreux**

Le taux d'évolution des dépenses de médicaments onéreux est de + 13,7 % entre 2018 et 2017 (+ 13,1 % en SSR et + 15,2 % en HAD).

Conclusion

Points forts régionaux

Très bon niveau d'informatisation du circuit des produits de santé

- Indicateurs Hôpital Numérique D3.1 "prescription de médicaments informatisée" et D3.5 "plan de soins informatisé" : résultats > 80 %
- Informatisation de la prescription jusqu'à l'administration (93,3 % des lits)
- Traçabilité des DMI (98,8 % de DMI informatiquement tracés)

Quasi-exhaustivité du suivi de la consommation en ATB et bon usage des ATB

- Suivi de la consommation sur l'outil Consores® (93,4 % des ETS)
- Score ICATB2 : 91 % des ETS ont un score A ou B

Dynamique de déploiement de la pharmacie clinique

- Rédaction d'une stratégie de pharmacie clinique pour la moitié des établissements de la région concernés (51 % des ETS)
- Développement de la conciliation médicamenteuse (démarche mise en place dans 37 % des ETS)

Recours aux médicaments biosimilaires

- Notamment pour les biosimilaires de l'Infliximab et du Rituximab

Axes d'amélioration régionaux

Sensibilisation à la déclaration des événements indésirables (EI) liés aux produits de santé

- Hétérogénéité entre les ETS (certains ETS n'ont déclaré aucun EI)
- Distinction entre la déclaration interne à l'ETS et la déclaration sur le portail de signalement national

Sensibilisation à l'identification des risques liés aux Never Events

- Notamment pour les établissements de santé mentale (seulement 36,4 % des ETS PSY ont une procédure)

Formalisation du processus de traçabilité des DMI

- Notamment pour les établissements n'ayant pas de procédure détaillant le processus de traçabilité sanitaire des DMI

Poursuite de l'informatisation du circuit des produits de santé dans les structures d'HAD

- Seulement 16,4 % d'équivalents lits informatisés de la prescription jusqu'à l'administration

Meilleure compréhension des objectifs de l'analyse pharmaceutique ciblée et déploiement au niveau régional

- Environ 40 % des ETS déclarent ne pas réaliser d'analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 ciblée

Sources

- (1) https://webzine.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/pec_medicaments_-_guide_ev_v2014.pdf
- (2) https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1751516/fr/logiciels-d-aide-a-la-prescription-hospitaliers-certifies-selon-le-referentiel-de-la-has
- (3) https://webzine.has-sante.fr/portail/jcms/c_894824/fr/ipaqss-2016-dpa-psy-campagne-de-recueil-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-iqss-en-sante-mentale-pour-adulte

Annexes

Résultats de la certification V2014 (REG_3) par type d'établissement

Rappel des 7 étapes du processus de "Management de la PECM du patient" selon la méthode dite PDCA (Plan Do Check Act) :

- P-1** : Définition de la politique
- P-2** : Organisation interne
- D-3** : Mobilisation des équipes pour la mise en oeuvre opérationnelle
- D-4** : Disponibilité des ressources
- D-5** : Effectivité de la mise en oeuvre
- C-6** : Evaluation du fonctionnement
- A-7** : Mise en place des actions d'amélioration

Le niveau de maturité sur chacune des étapes s'échelonne de "Non défini" à "Optimisé".

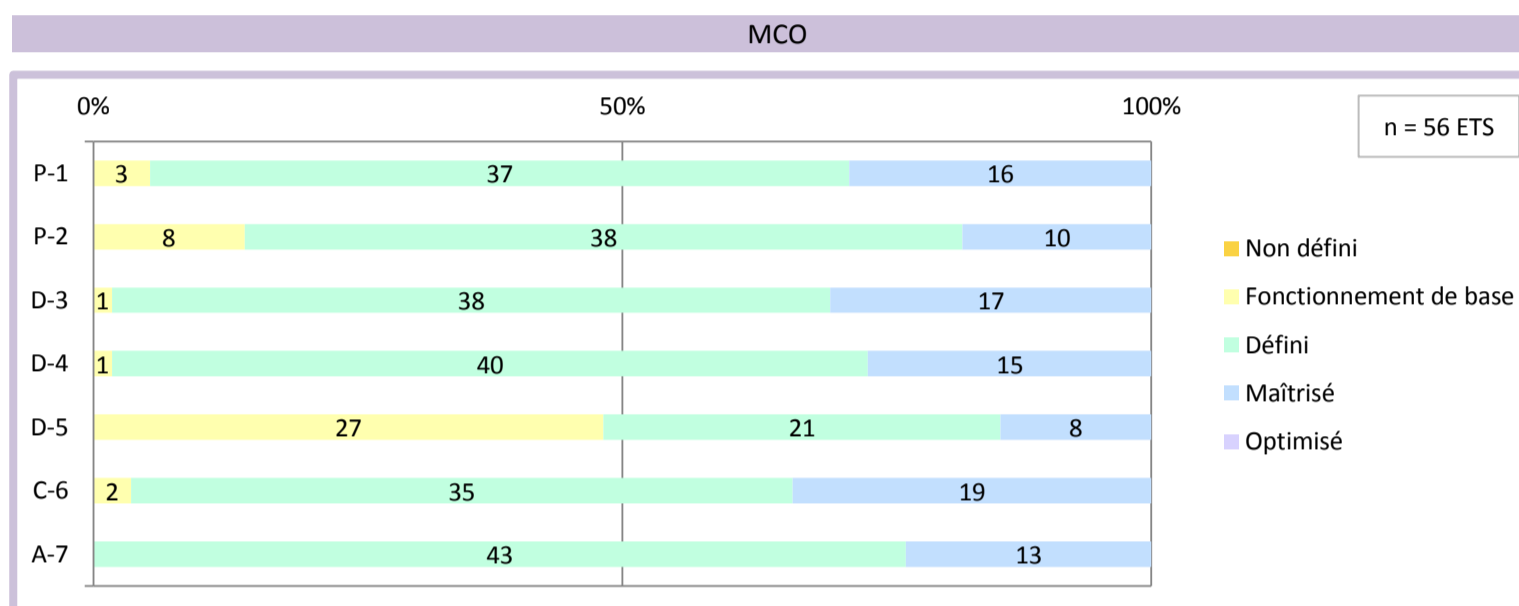


Figure 13 : Répartition des établissements MCO selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM"

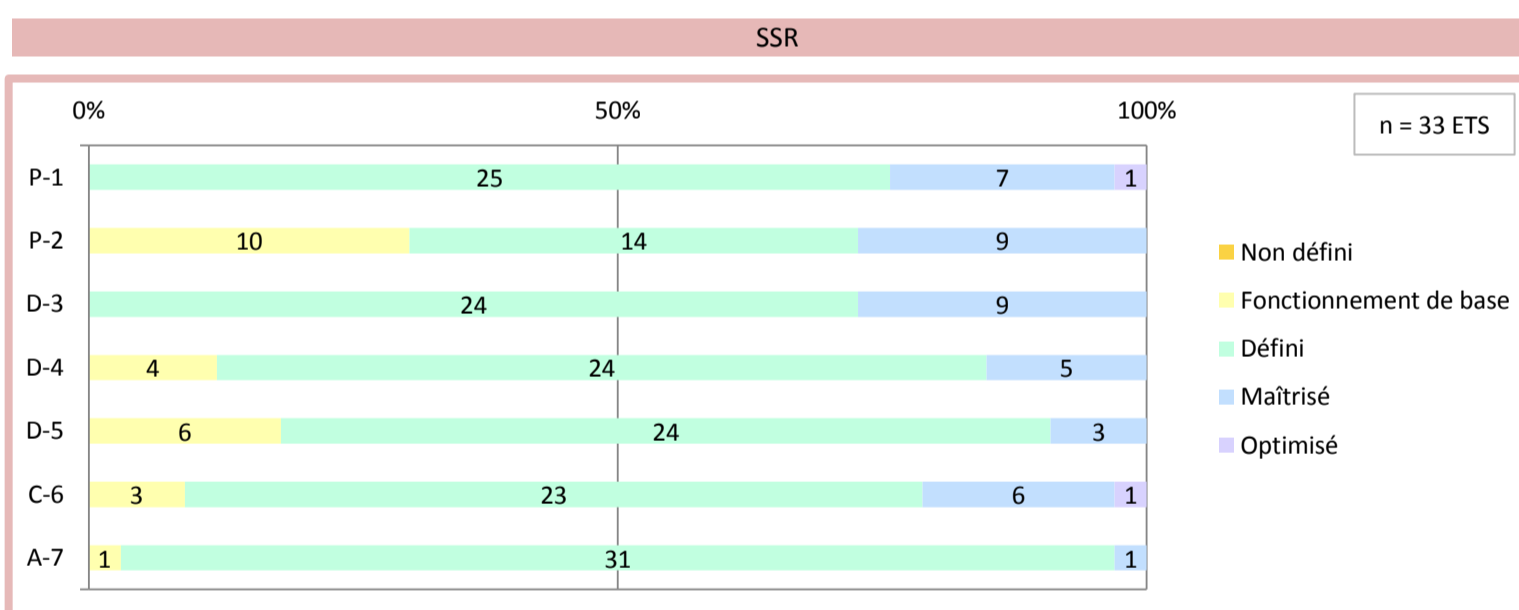


Figure 14 : Répartition des établissements SSR selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM"

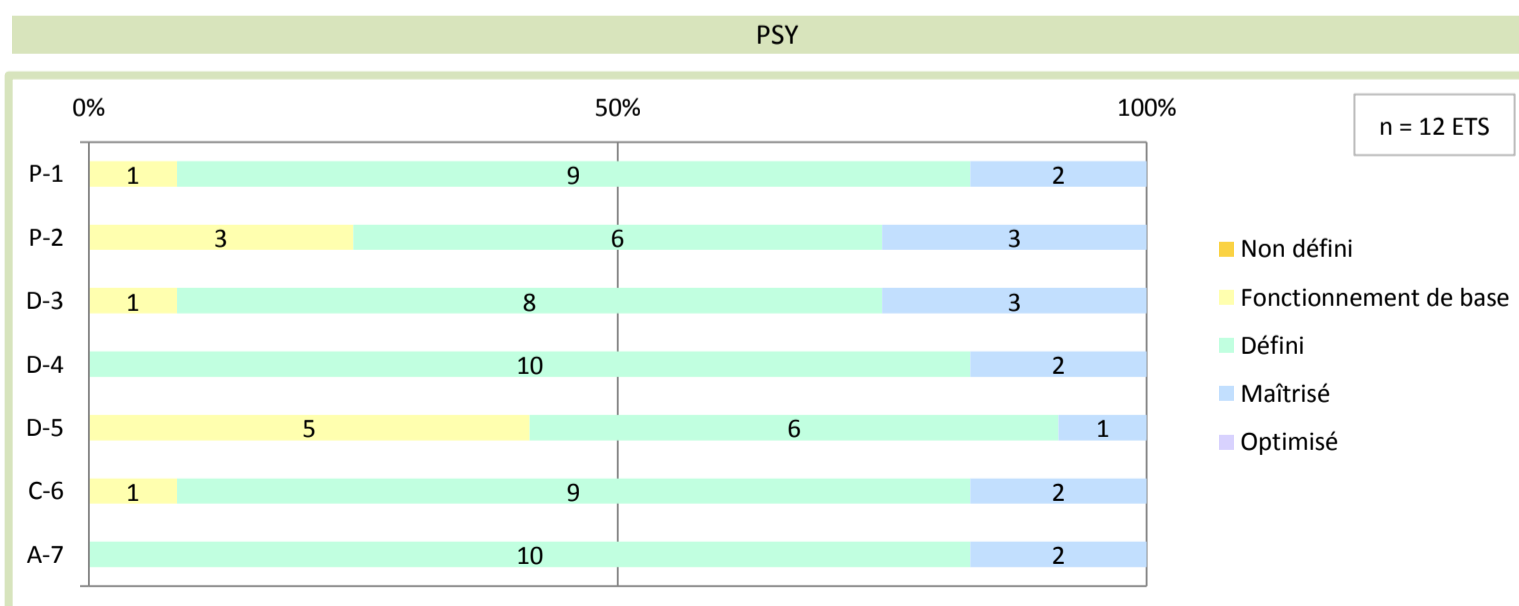


Figure 15 : Répartition des établissements PSY selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM"

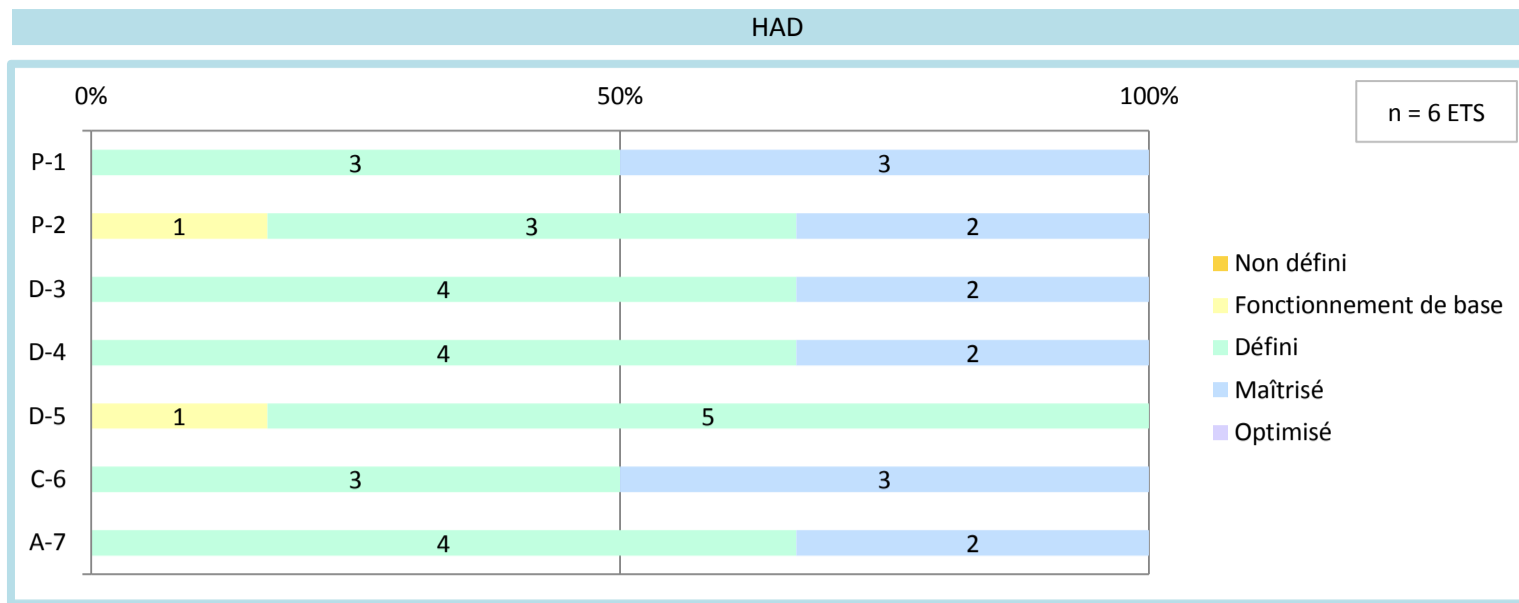


Figure 16 : Répartition des structures d'HAD autonomes selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM"

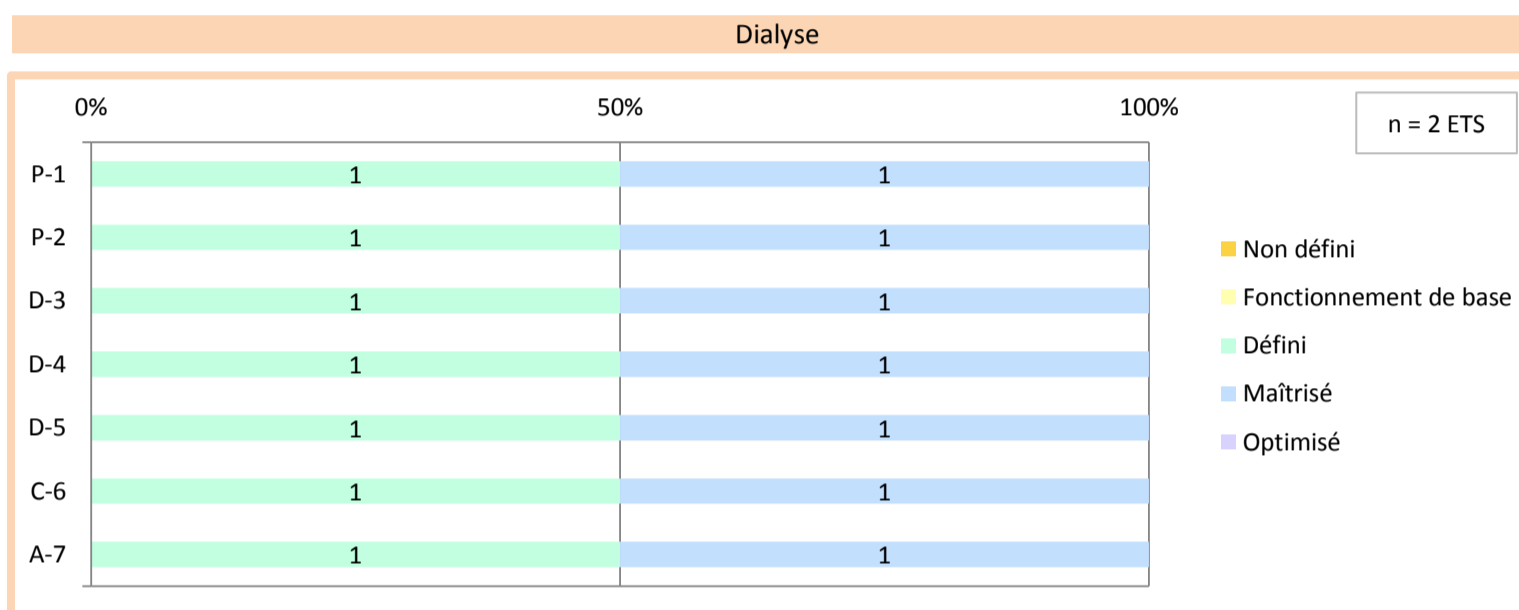


Figure 17 : Répartition des structures de dialyse selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM"