

**CAQES 2018-2022 :**  
**Analyse des Rapports d'Étape 2020 (données de l'année 2019)**  
Septembre 2020

Le rapport d'étape 2020 s'inscrit dans le cadre du suivi pluriannuel du **Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia des Soins (CAQES) 2018-2022**. Au sein de la région Pays de la Loire, 114 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...).

L'analyse régionale des rapports d'étape 2020, sur les données 2019, 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**

Les résultats des établissements sur l'année 2019 sont en général comparés à ceux obtenus sur l'année 2018.

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

	2018	2019
Etablissements MCO et MCO autres	59	57
Etablissements SSR	37	35
Etablissements de santé mentale	12	12
Structures de dialyse	2	2
HAD autonomes	6	6
Total	116	112

*Tableau 1 : Nombre d'établissements ayant répondu au CAQES, selon l'année et le type d'établissement.*

La fusion de trois établissements MCO en 2019 explique la diminution du nombre d'établissements signataires du CAQES.

A la date de cette synthèse, deux établissements SSR n'avaient pas rendu leur rapport d'étape renseigné.

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

## Glossaire

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

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

Indicateur	Annee	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_1	2018	92,2% (107/116)	98,3% (58/59)	86,5% (32/37)	75% (9/12)	100% (2/2)	100% (6/6)
	2019	95,5% (107/112)	98,2% (56/57)	91,4% (32/35)	91,7% (11/12)	100% (2/2)	100% (6/6)
REG_2	2018	98,3% (114/116)	100% (59/59)	94,6% (35/37)	100% (12/12)	100% (2/2)	100% (6/6)
	2019	98,2% (110/112)	96,5% (55/57)	100% (35/35)	100% (12/12)	100% (2/2)	100% (6/6)

Tableau 2 : 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 et taux par type d'établissement

En 2019, la politique de management de la PECM existe et est intégrée aux orientations stratégiques de 107 établissements (95,5 %). Deux établissements ayant déclaré avoir une politique de management de la PECM en 2018 déclarent ne pas en avoir en 2019 et 5 établissements ayant déclaré ne pas avoir de politique de management de la PECM en 2018 déclarent en avoir une en 2019.

Une analyse des risques a priori a été menée sur l'ensemble du processus de la prise en charge médicamenteuse dans 110 établissements de la région (98,2 %). Deux établissements ayant déclaré avoir mené une analyse des risques a priori en 2018 déclarent ne pas en avoir menée en 2019 et 2 établissements ayant déclaré ne pas avoir mené d'analyse des risques a priori en 2018 déclarent en avoir menée une en 2019.

### 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

Tous les 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".

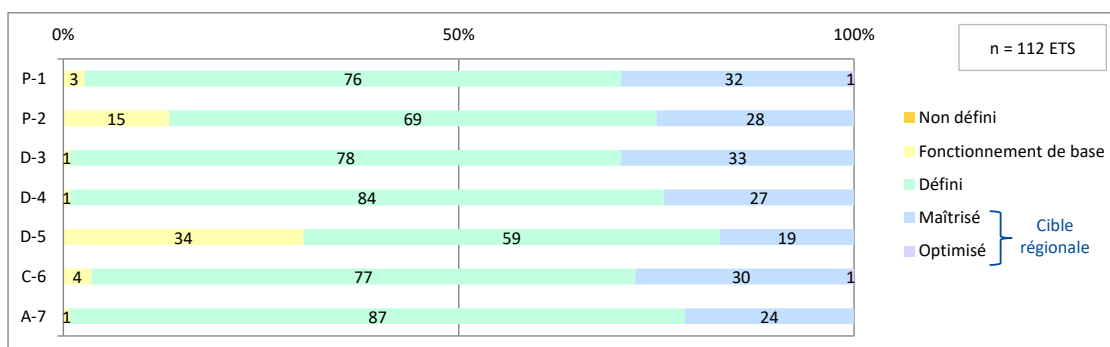


Figure 1 : Répartition des établissements selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM" (REG\_3)

Pour chacun des items de la thématique, l'ensemble des établissements sont au moins au niveau "Fonctionnement de base". La médiane régionale se situe au niveau "Défini" (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, animés en collaboration avec QualiREL Santé.*

### 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

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

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_4	2018	25,9% (30/116)	22% (13/59)	29,7% (11/37)	33,3% (4/12)	0% (0/2)	33,3% (2/6)
	2019	20,5% (23/112)	19,3% (11/57)	17,1% (6/35)	25% (3/12)	0% (0/2)	50% (3/6)
REG_5	2018	40,9% (38/93)	40,4% (19/47)	46,4% (13/28)	36,4% (4/11)	50% (1/2)	20% (1/5)
	2019	34,7% (35/101)	39,6% (21/53)	26,7% (8/30)	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 non levé sur la continuité de la PECM (REG\_5) - taux global et taux par type d'établissement

Parmi les 112 établissements de la région, 23 établissements (20,5 %) 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, 101 établissements ont répondu à cet indicateur. Parmi eux, 35 établissements (34,7 %) 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, animés en collaboration avec QualiREL Santé.*

### 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

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_6	2018	73,3% (85/116)	79,7% (47/59)	59,5% (22/37)	66,7% (8/12)	100% (2/2)	100% (6/6)
	2019	79,5% (89/112)	82,5% (47/57)	68,6% (24/35)	91,7% (11/12)	100% (2/2)	83,3% (5/6)
REG_7	2018	87,1% (101/116)	93,2% (55/59)	83,8% (31/37)	75% (9/12)	50% (1/2)	83,3% (5/6)
	2019	89,3% (100/112)	96,5% (55/57)	80% (28/35)	91,7% (11/12)	100% (2/2)	66,7% (4/6)
REG_8	2018	54,4% (62/114)	71,2% (42/59)	38,9% (14/36)	0% (0/11)	50% (1/2)	83,3% (5/6)
	2019	63,1% (70/111)	71,9% (41/57)	57,1% (20/35)	27,3% (3/11)	100% (2/2)	66,7% (4/6)

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 et taux par type d'établissement

Sur l'ensemble des établissements, 89 établissements (79,5 %) ont un plan de formation formalisé sur la PECM.

Des démarches d'EPP sur les médicaments sont en cours dans la majorité des établissements (89,3 %, 100/112). Sur les dispositifs médicaux, 63,1 % (70/111) des établissements ont une démarche d'EPP en cours.

Sur ces indicateurs, on constate que les établissements SSR (et les PSY pour l'indicateur REG\_8) ont une marge d'évolution plus importante que les 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 : <https://www.omedit-paysdelaloire.fr/bon-usage-des-produits-de-sante/evaluations-de-pratiques-professionnelles/>*

## 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

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**.

Un des principaux biais de cet indicateur en 2018 était lié à la compréhension de celui-ci. En effet, certains établissements avaient seulement tenu compte des EIG déclarés sur le portail de signalement national et non des déclarations internes à l'établissement.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD	Publics/Espics	Privés
Etablissements ayant déclaré un ou des EI lié(s) aux produits de santé	2018	95,7% (111/116)	100% (59/59)	89,2% (33/37)	91,7% (11/12)	100% (2/2)	100% (6/6)	93,5% (72/77)	100% (39/39)
	2019	97,3% (109/112)	100% (57/57)	94,3% (33/35)	91,7% (11/12)	100% (2/2)	100% (6/6)	96% (72/75)	100% (37/37)
Etablissements ayant déclaré un ou des EIG lié(s) aux produits de santé	2018	35,3% (41/116)	47,5% (28/59)	24,3% (9/37)	16,7% (2/12)	0% (0/2)	33,3% (2/6)	33,8% (26/77)	38,5% (15/39)
	2019	48,2% (54/112)	57,9% (33/57)	34,3% (12/35)	33,3% (4/12)	50% (1/2)	66,7% (4/6)	46,7% (35/75)	51,4% (19/37)

Tableau 5 : EI et EIG - taux d'établissements ayant déclaré en interne au moins un EI et au moins un EIG, selon le type d'établissements

Trois établissements (2,7 %) n'ont déclaré aucun EI lié aux produits de santé et 58 établissements (51,8 %) aucun EIG lié aux produits de santé.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
% EIG analysés	2018	75,5%	73,9%	100,0%	45,5%	45,5%	45,5%
	2019	89,2%	95,7%	68,2%	75,0%	75,0%	75,0%
% ETS ayant analysé 100% de leur EIG	2018	73,2% (30/41)	67,9% (19/28)	100% (9/9)	50% (1/2)	0% (0/0)	50% (1/2)
	2019	87% (47/54)	90,9% (30/33)	83,3% (10/12)	75% (3/4)	100% (1/1)	75% (3/4)

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

Presque 90% des EIG déclarés en interne dans les établissements ont été analysés (89,2 %).

Parmi les 54 établissements ayant déclaré des EIG, 47 établissements (87 %) ont analysé l'ensemble de leurs EIG. Quatre établissements ont analysé entre 20 et 50 % de leurs EIG et trois établissements ont analysé plus de la moitié de leurs EIG.

Le nombre d'établissement ayant déclaré des EI, des EIG et les taux d'analyse des EIG ont progressé entre 2018 et 2019.

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

REG\_10

En 2019, un seul établissement se déclare non applicable sur la politique de prévention des Never Events.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_10	2018	76,3% (87/114)	89,8% (53/59)	64,9% (24/37)	36,4% (4/11)	100% (1/1)	83,3% (5/6)
	2019	84,8% (95/112)	98,2% (56/57)	74,3% (26/35)	58,3% (7/12)	100% (2/2)	66,7% (4/6)

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 95 établissements (84,8 %).

On constate que les établissements non MCO sont les plus concernés par l'absence de procédure mentionnant les Never Events (16 établissements sur 17). Une communication sur les Never Events semble donc nécessaire, en particulier, pour ces établissements.

Actions en cours au niveau régional : réalisation d'une affiche sur les never events en novembre 2019, création d'un escape game ciblant les Never Events présents dans la majorité des établissements (insulines - unidoses - méthotrexate - gaz médicaux) prévu pour fin 2020 / début 2021.

### 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

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)
2019	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

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.<sup>(1)</sup>

Les établissements à activité de dialyse unique et les HAD sans PUI ne sont pas concernés par cet indicateur.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	HAD avec PUI	
REG_15	Taux d'établissements réalisant de la dispensation nominative	2018	80% (88/110)	69,5% (41/59)	89,2% (33/37)	100% (12/12)	100% (2/2)
		2019	84% (89/106)	71,9% (41/57)	97,1% (34/35)	100% (12/12)	100% (2/2)
	Taux de lits et places ciblés et réalisés en dispensation nominative	2018	98,4%	98,7%	97,0%	99,6%	100,0%
		2019	99,0%	99,4%	97,7%	100,0%	100,0%

Tableau 9 : Taux d'établissements réalisant de la dispensation nominative et taux de lits et places réalisés en dispensation nominative parmi les lits et places ciblés par les établissements

Parmi les 106 établissements concernés, 89 établissements (84 %) réalisent de la dispensation nominative ciblée et 99 % 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

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).

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_16	2018	89,4%	89,1%	98,8%	93,2%	100,0%	29,2%
	2019	92,0%	92,0%	89,7%	97,9%	100,0%	59,4%
REG_17	2018	86,5%	86,4%	99,8%	74,3%	100,0%	21,8%
	2019	90,0%	90,1%	97,3%	82,1%	100,0%	54,1%

Tableau 10 : 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)

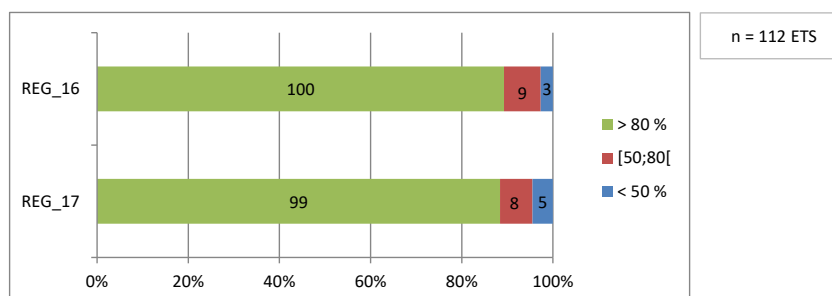


Figure 2 : Répartition des établissements selon leur taux de séjours disposant de prescriptions médicamenteuses informatisées (REG\_16) et de plans de soins informatisés (REG\_17) en 2019

La moyenne régionale des séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées est supérieure à l'objectif de 80 % (REG\_16 : 92 %). De même, la moyenne régionale des séjours disposant d'un plan de soins informatisé est au-dessus de 80 % (REG\_17 : 90 %). Un établissement déclare n'avoir aucune prescription informatisée et quatre établissements aucun plan de soins informatisé.

Nous constatons que les structures d'HAD autonomes sont moins informatisées que les autres types d'établissements. Néanmoins, deux structures d'HAD sont entièrement informatisées au niveau des prescriptions et trois au niveau 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%
	2019	19,0%	100,0%	90,1%	100,0%	0 %	85,3%
REG_17	2018	1,0%	100,0%	100,0%	0 %	0 %	24,7%
	2019	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0 %	85,3%

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) dans les structures d'HAD

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

NAT\_1

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
NAT_1	2018	93,3% (21556/23109)	95,5% (16567/17346)	96,5% (2777/2878)	89,9% (1613/1795)	100% (503/503)	16,4% (96/587)
	2019	93,5% (21878/23390)	94,6% (16606/17559)	100% (2640/2640)	90,7% (1598/1761)	100% (503/503)	57,3% (531/927)

Tableau 12 : Taux de lits informatisés de la prescription jusqu'à l'administration (NAT\_1)

Sur l'ensemble des lits de la région, 93,5 % sont informatisés de la prescription jusqu'à l'administration.

Sur les 112 établissements, 107 établissements ont plus de 80 % de leurs lits informatisés de la prescription à l'administration. Un établissement a 75,7 % de ses lits informatisés et un établissement est à 60,8%.

Un établissement déclare n'avoir aucun lit informatisé de la prescription jusqu'à l'administration, un établissement a 1,6 % de ses lits informatisés et un 18 %. Il s'agit de trois structures d'HAD autonomes sur les six de la région.

Nous pouvons remarquer que pour les établissements 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  
REG\_18 / REG\_19

Ces trois indicateurs sont applicables aux établissements MCO. Parmi les 57 établissements MCO de la région, 18 établissements déclarent être non applicables sur ces indicateurs, soit 39 établissements concernés par la pose de DMI.

Le taux de DMI implantés et informatiquement tracés est de 96,9% (NAT\_2).

Indicateur	Année	MCO concernés	Evolution
NAT_2	2018	95,7%	
	2019	96,9%	+1,26 %

Tableau 13 : Taux de DMI implantés et informatiquement tracés (NAT\_2) dans les établissements MCO concernés par la pose de DMI

Parmi les 39 établissements ayant répondu, 38 établissements, soit 97,4 %, déclarent avoir une **procédure** détaillant le processus de traçabilité sanitaire des DMI (REG\_18). En 2018, 87,8 % des établissements concernés (36/41) déclaraient avoir une procédure.

Le taux de DMI dont la traçabilité dans le dossier du patient est exhaustive est de 97,6 % (REG\_19). En 2018, ce taux était de 97,2 %.

A noter que pour les données 2019, il était exigé de fournir les résultats d'un audit pour répondre à cet indicateur alors que les données 2018 étaient uniquement déclaratives.

Indicateur	Année	MCO concernés	Evolution
REG_19	2018	97,2%	
	2019	97,6%	0%

Tableau 14 : Taux de DMI dont la traçabilité dans le dossier du patient est exhaustive (REG\_19) dans les établissements MCO concernés par la pose de DMI

Un établissement (sur les 39 établissements concernés) n'a pas pu répondre à cet indicateur (audit non réalisé) et était à 100 % sur l'année 2018 et un établissement a renseigné un taux de 100 % en 2019 mais sans fournir d'élément de preuve.

*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). Elaboration d'un outil permettant de réaliser un audit sur la traçabilité des DMI, proposé aux établissements comme élément de preuve pour répondre à l'indicateur REG\_19 .*

### 1.4.4. Déploiement de la classification Cladimed® pour les DMI

NAT\_3

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 57 établissements MCO de la région, 21 établissements déclarent être non applicables sur cet indicateur.

Le taux régional de DMI stockés selon la classification CLADIMED est de 80,2 %. Ce taux était de 81,7 % en 2018.

### 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

Indicateur	Année	HAD	Evolution
REG_20	2018	66,7% (4/6)	
	2019	83,3% (5/6)	+25 %

Tableau 15 : Taux de structures d'HAD disposant d'un système de communication à distance

Cinq HAD sur six, soit 83,3 %, déclarent disposer d'un système de communication permettant l'accès à distance au dossier patient informatisé pour tous les professionnels de santé concernés.

### 1.4.5.2. Support unique de prescription

REG\_21 / REG\_22

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

Indicateur	Année	HAD	Evolution
REG_21	2018	57,30%	
	2019	66,9%	+16,75 %
REG_22	2018	54,62%	
	2019	62,1%	+13,65 %

Tableau 16 : **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) pour les 6 HAD de la région

Un support unique de prescription (informatisé ou non) est utilisé pour 66,9 % des patients (REG\_21). Le taux de patient dont l'administration des médicaments est tracée sur ce support unique est de 62,1 % (REG\_22).

On constate une nette amélioration de ces deux indicateurs en 2019 et 2018 par rapport à 2016.

Deux structures d'HAD autonomes ont déjà atteint l'objectif de 100 % sur ces deux indicateurs.

Parmi les 4 autres structures d'HAD, pour les indicateurs REG\_21 (support unique de prescription) et REG\_22 (traçabilité de l'administration sur ce support unique de prescription), 2 structures se situent entre 60 et 80 %, une structure autour de 20 % et la dernière proche de 100 % pour REG\_21 et de 10 % pour REG\_22.

*Remarque : il était demandé d'estimer le nombre de patients à partir du nombre de Journées d'Hospitalisation (JH) réalisées dans l'année divisé par 365 jours.*

## 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

La certification des LAP, bien que non obligatoire puisqu'il s'agit 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.<sup>(2)</sup>

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
NAT_4	2018	79,6%	78,5%	87,8%	78,6%	100,0%	58,6%
	2019	82,4%	80,4%	93,4%	79,8%	100,0%	85,7%
NAT_5	2018	80,6%	76,4%	88,8%	95,6%	100,0%	-
	2019	80,0%	77,5%	93,8%	83,2%	100,0%	-

Tableau 17 : **Taux de lits utilisant un LAP certifié** (NAT\_4) et **taux d'unités de soins utilisant un LAP certifié** (NAT\_5) dans la région

18 établissements n'utilisent pas de LAP certifié sur la région. Le taux de **lits utilisant un LAP certifié** est de 82,4 % (NAT\_4), tous types d'établissements confondus. L'objectif régional est de 100 % à échéance, en 2022.

NAT\_6

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

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

Sur les 104 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 44 établissements, soit 42 % des établissements. Ces données devaient être transmises par l'assurance maladie aux établissements concernés.

En moyenne, 90,2 % des prescriptions de sortie incluent le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement. En 2018, sur les 22 établissements ayant pu déterminer ce taux, la moyenne était de 83,3 %.

Cependant, certains établissements nous ont remonté que les données ne leur avaient pas été transmises par la CPAM.

Sur les 112 établissements concernés, le taux d'ordonnances intra-hospitalières incluant le numéro RPPS du prescripteur (NAT\_8) a pu être déterminé par 59 établissements, soit 53 % des établissements.

En moyenne, 88,3 % des ordonnances intra-hospitalières incluent le numéro RPPS du prescripteur.

## 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 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 à la sortie)

REG\_23

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 57 établissements MCO, 47 établissements ont réalisé le recueil de cet indicateur QLS.

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

- Critère 1 "Lettre de liaison à la sortie retrouvée"
- Critère 11 "Traitements médicamenteux à la sortie"

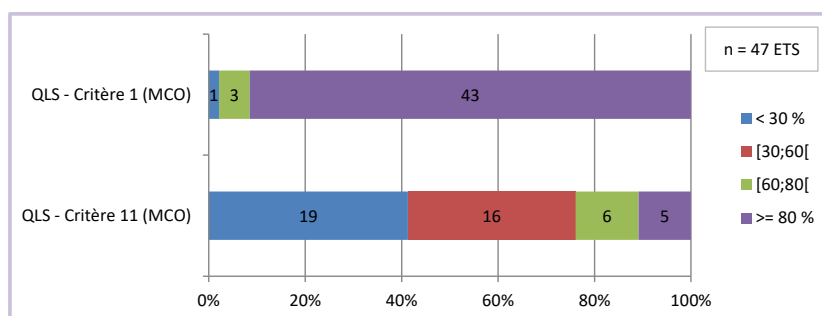


Figure 3 : Répartition des établissements MCO selon leur taux de dossiers conformes sur les critères 1 et 11 de l'indicateur QLS (REG\_23)

Sur le critère 1 "Lettre de liaison à la sortie retrouvée", 91,5 % (43) des établissements MCO ont atteint l'objectif de performance national.

Sur le critère 11 "Traitements médicamenteux", seulement 10,9 % (5) des établissements ont atteint l'objectif de performance national et 76,1 % (35) des établissements ont un taux de dossiers conformes inférieur à 60 %.

### 1.7.1.2. Etablissements avec activité SSR : indicateur QLS

REG\_24

Pour rappel, l'objectif de performance à atteindre est fixé à 80 % de dossiers conformes.

Le recueil de cet indicateur QLS a été réalisé par 33 des 35 établissements SSR ainsi que 39 des 40 établissements MCO ayant une activité SSR.

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

- Critère 1 "Lettre de liaison à la sortie retrouvée"
- Critère 11 "Traitements médicamenteux à la sortie"

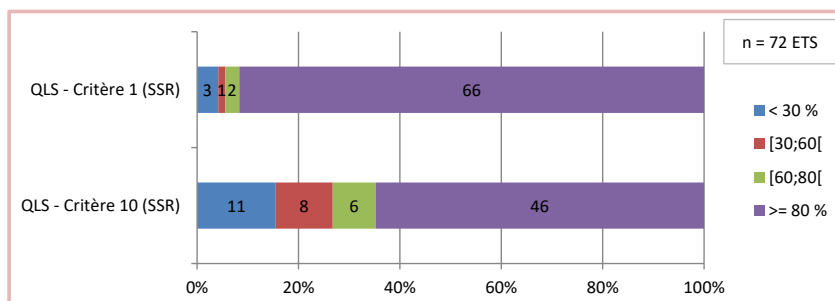


Figure 4 : Répartition des établissements avec activité SSR selon leur taux de dossiers conformes sur les critères 1 et 10 de l'indicateur QLS (REG\_24)

Sur le critère 1 "Lettre de liaison à la sortie retrouvée", 91,7 % (66) des établissements avec une activité SSR ont atteint l'objectif de performance national.

Sur le critère 10 "Traitements médicamenteux", seulement 64,8% (46) des établissements ont atteint l'objectif de performance national.

### 1.7.1.3. Etablissements avec activité de santé mentale : indicateur QLS

REG\_25

Pour rappel, l'objectif de performance à atteindre est fixé à 80 % de dossiers conformes.

Parmi les 12 établissements ayant une activité unique de santé mentale, 7 établissements ont réalisé le recueil de cet indicateur. De plus, 3 établissements MCO ayant une activité de santé mentale l'ont également effectué.

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

- Critère 1 "Lettre de liaison à la sortie retrouvée"
- Critère 13-2 "Traitements médicamenteux à la sortie"

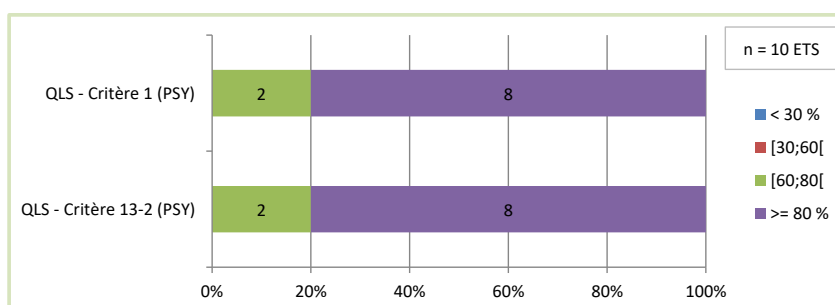


Figure 5 : Répartition des établissements avec activité de santé mentale selon leur taux de dossiers conformes sur les critères 1 et 13-2 de l'indicateur QLS (REG\_25)

Sur le critère 1 "Lettre de liaison à la sortie retrouvée", 80 % (8) des établissements avec une activité de santé mentale ont atteint l'objectif de performance national.

Sur le critère 13-2 "Traitements médicamenteux", 80 % (8) des établissements ont atteint l'objectif de performance national.

### 1.7.1.4. Etablissements avec activité d'HAD : indicateur TDP (Tenue du dossier patient) - V3 et indicateur COORD (Coordination de la prise en charge en HAD)

REG\_26

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**. Ils 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, trois établissements ont réalisé le recueil de cet indicateur.

Les deux critères de l'indicateur composite TDPv3 étudiés sont :

- Critère 5 "Trace des prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge"
- Critère 9 "Document relatif à la continuité des soins à la sortie d'HAD"

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

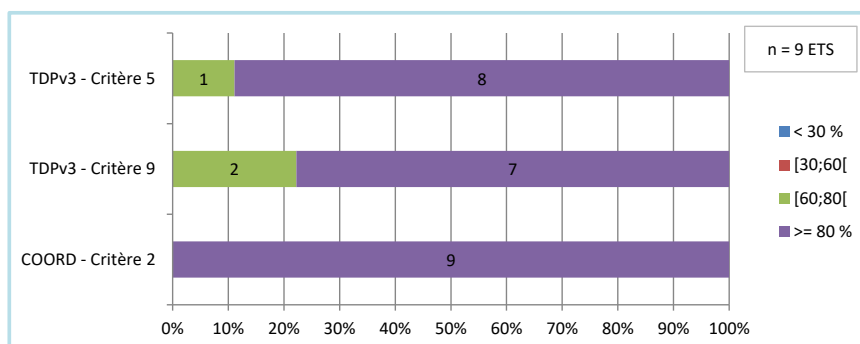


Figure 6 : Répartition des établissements avec activité d'HAD selon leur taux de dossiers conformes sur les indicateurs COORD et TDPv3 (REG\_26)

Au niveau de la coordination, 100% des établissements ont atteint l'objectif de performance de 80 % sur le critère 2 de l'indicateur COORD. Sur les critères étudiés de l'indicateur composite TDPv3, 88,9 % (8) des établissements (Critère 5) et 77,8 % (7) des établissements (Critère 9) sont au-dessus de 80 %.

### 1.7.2. Tenue du dossier anesthésique (TDA)

REG\_27

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**.

Le recueil de cet indicateur est effectué tous les 2 ans et a été effectué en 2018, aussi les résultats présentés sont ceux de 2018 et sont donc identiques à ceux de l'année dernière.

Cet indicateur est applicable aux établissements MCO. Parmi eux, 37 établissements ont réalisé le recueil de cet indicateur.

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"

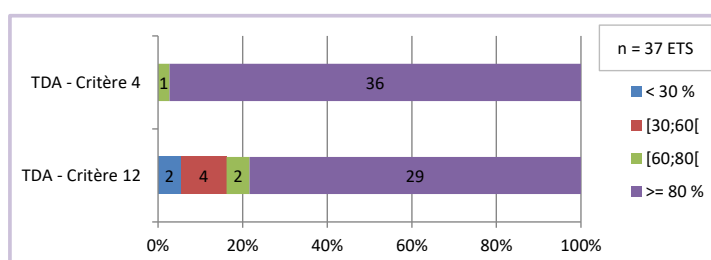


Figure 7 : Répartition des établissements MCO selon leur taux de dossiers conformes sur les critères 4 et 12 de l'indicateur TDA (REG\_27)

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 36 établissements (97,3 %) sur les 37 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 29 établissements (78,4 %). Six établissements (16,2 %) 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

L'ensemble des établissements sont concernés par la mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_28	2018	50% (58/116)	66,1% (39/59)	32,4% (12/37)	25% (3/12)	50% (1/2)	50% (3/6)
	2019	80,4% (90/112)	87,7% (50/57)	71,4% (25/35)	75% (9/12)	100% (2/2)	66,7% (4/6)

Tableau 18 : 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 majorité des établissements (80,4 %) a mis en œuvre une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique. Une nette amélioration entre l'année 2018 et l'année 2019 est constatée sur cet indicateur (50 % versus 80,4 %). A noter que la stratégie de pharmacie clinique était à fournir en élément de preuve pour le rapport d'étape sur l'année 2019. Ces éléments de preuve seront analysés individuellement.

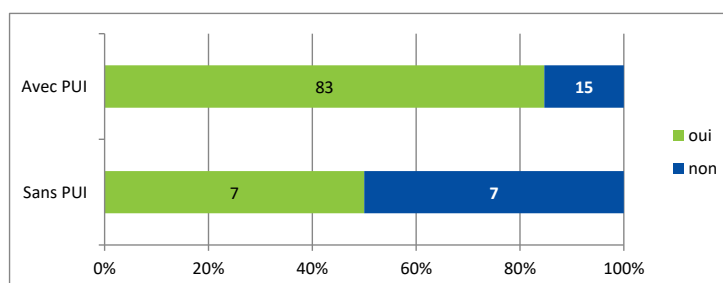


Figure 8 : Répartition des établissements selon la mise en œuvre ou non d'une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique - distinction entre les établissements avec PUI et ceux sans PUI

84,7 % (83) des établissements avec une PUI ont mis en œuvre une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique. Ce taux n'est que de 50 % (7) pour les établissements sans PUI.

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 :

<https://www.omedit-paysdelaloire.fr/contrats-et-financement/caques/outils-daccompagnement/#PC>

#### 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

Bien que l'ensemble des établissements soit concerné, un établissement sans PUI se déclare non applicable.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD	Avec PUI	Sans PUI
REG_29	2018	84,5% (98/116)	94,9% (56/59)	73% (27/37)	75% (9/12)	100% (2/2)	66,7% (4/6)	86,1% (87/101)	73,3% (11/15)
	2019	87,5% (98/112)	94,7% (54/57)	77,1% (27/35)	83,3% (10/12)	100% (2/2)	83,3% (5/6)	87,8% (86/98)	85,7% (12/14)

Tableau 19 : Taux d'établissements où le pharmacien bénéficie des conditions pour réaliser une analyse pharmaceutique de niveau 2.

Parmi les 112 établissements, 98 établissements (87,5 %) 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

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 112 établissements, le taux des séjours bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 a pu être déterminé par 108 établissements.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_30	2018	37,2%	36,7%	51,4%	41,0%	75,8%	32,9%
	2019	39,0%	36,5%	56,3%	51,9%	99,5%	64,6%

Tableau 19 : Taux de séjours ayant bénéficié d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 (REG\_30)

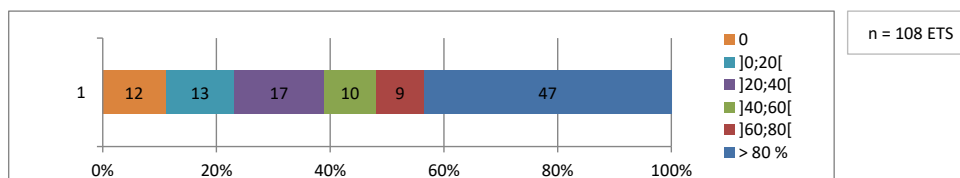


Figure 9 : Répartition des établissements selon leur taux de séjours ayant bénéficié d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 (REG\_30)

Plus d'1/3 des séjours bénéficient d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 (39 %).

Parmi les 108 établissements ayant répondu, 12 établissements (11 %) ne font pas d'analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 et 13 établissements (12 %) analysent moins de 20 % des séjours.

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

Parmi les 112 établissements, le taux des séjours bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 pour les patients priorités a pu être déterminé par 85 établissements. En 2019, 48 établissements ont priorisé une partie de leurs séjours pour l'analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 et 37 établissements ont priorisé l'ensemble de leurs séjours.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_31	2018	86,1%	86,3%	72,8%	97,8%	100,0%	75,3%
	2019	88,2%	87,1%	85,6%	99,4%	100,0%	87,5%

Tableau 20 : Taux de séjours ayant bénéficié d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 parmi les séjours de patients priorités (REG\_31)

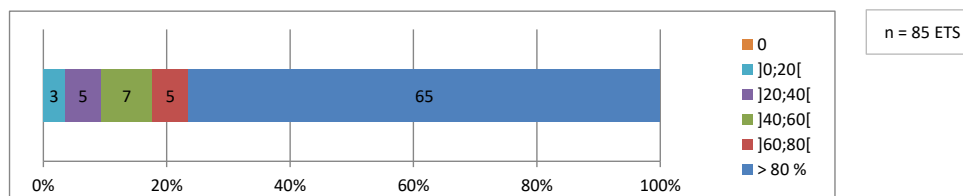


Figure 10 : Répartition des établissements selon leur taux de séjours priorités ayant bénéficié d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 (REG\_31)

Environ 77 % (65) des établissements répondants ont réalisé une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 sur plus de 80 % de leurs séjours priorités. Trois établissements (3,5 %) ont analysé moins de 20 % de leurs séjours priorités.

Indicateur	Année	ETS avec cible définie différente de zéro	Dont ETS ayant déterminé REG_31	ETS ayant atteint leur cible	% ETS ayant atteint leur cible
REG_31	2018	76	49	40	81,6%
	2019	91	70	62	88,6%

Tableau 21 : Taux d'établissements ayant atteint leur cible sur l'indicateur d'analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 pour les patients priorités (REG\_31)

Sur les 70 établissements ayant défini une cible lors de la signature du CAQES et ayant déterminé un taux pour REG\_31, 62 établissements (88,6 %) ont atteint leur objectif.

### 2.1.3. Déploiement de la conciliation médicamenteuse

NAT\_9

Cet indicateur concerne l'ensemble des établissements. En 2019, 50 établissements (45 %) ont entamé une démarche de mise en place de la conciliation médicamenteuse. En 2018, 43 établissements avaient entamé cette démarche.

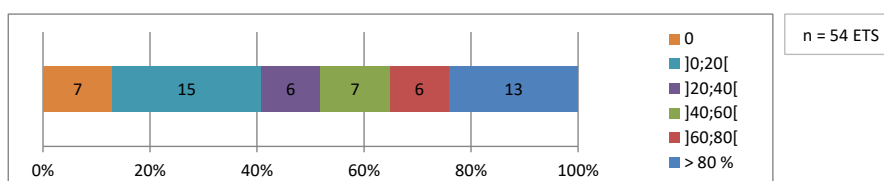


Figure 11 : Répartition des établissements selon leur **taux de patients priorités** ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse (NAT\_9)

Parmi les 54 établissements ayant priorisé des patients pour une conciliation médicamenteuse, 13 établissements (24,1 %) ont concilié plus de 80 % de leurs patients priorités, 7 établissements (13 %) n'ont concilié aucun patient et 15 établissements (29,6 %) ont concilié moins de 20 % de leurs patients priorités.

Remarque : 15 établissements ont priorisé moins de 30 patients sur 2019 (6 SSR, 1 PSY, 1 dialyse et 7 MCO) .

Indicateur	Année	ETS avec cible définie différente de zéro	Dont ETS ayant déterminé NAT_9	ETS ayant atteint leur cible	% ETS ayant atteint leur cible
NAT_9	2018	48	25	10	40,0%
	2019	81	41	26	63,4%

Tableau 22 : **Taux d'établissements ayant atteint leur cible** sur l'indicateur de conciliation médicamenteuse pour les patients priorités (NAT\_9)

Sur les 41 établissements ayant défini une cible en 2019 lors de la signature des CAQES et ayant déterminé un taux pour NAT\_9, 26 établissements (63,4 %) 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

Parmi les 112 établissements, 8 établissements déclarent être non applicables sur cet indicateur (8 établissements sans PUI sur les 13 n'ayant pas de PUI).

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_32	2018	89,8%	86,3%	74,4%	86,7%	0,0%	99,3%
	2019	94,3%	88,8%	83,7%	88,2%	100,0%	99,4%

Tableau 23 : **Taux de pharmaciens participant aux activités de pharmacie clinique formés, a minima, tous les 2 ans** (REG\_32)

Plus de 94 % des pharmaciens participant aux activités de pharmacie clinique sont formés, *a minima*, tous les 2 ans. Pour 6 établissements aucun pharmacien participant aux activités de pharmacie clinique n'était formé en 2019.

Actions en lien au niveau régional : Formations sur l'analyse pharmaceutique et sur la conciliation médicamenteuse.



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

### 2.3.1. Justification des traitements antibiotiques de plus de 7 jours

NAT\_10

Parmi les 112 établissements, 12 établissements n'ont pas réalisé le recueil de cet indicateur et 3 établissements déclarent n'avoir eu aucun traitement antibiotique de plus de 7 jours en 2019.

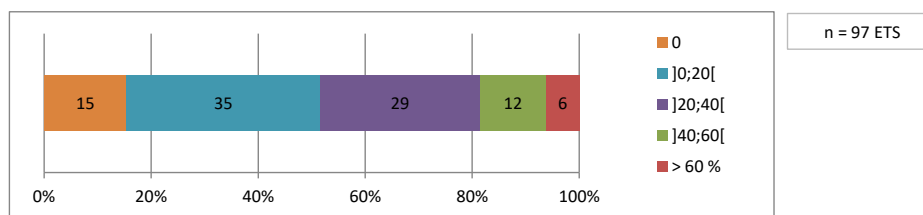


Figure 12 : Répartition des établissements selon leur **taux de traitements antibiotiques de plus de 7 jours non justifiés (NAT\_10)**

En moyenne, 23,2 % des antibiothérapies de plus de 7 jours ne sont pas justifiées dans les établissements de la région (la justification étant définie comme la mention de l'indication précise et du motif expliquant la durée allongée retrouvés dans le dossier patient) .

Remarque : Le résultat d'une évaluation des pratiques professionnelles sur les antibiothérapies de plus de 7 jours était demandé comme élément de preuve pour 2019. La concordance de ces éléments de preuve avec le remplissage des rapports d'étape sera contrôlée lors de la rédaction des synthèses nominatives.

### 2.3.2. Recours à l'outil Consores®

REG\_33 / REG\_34

Les établissements à activité unique de dialyse et les structures d'HAD sans PUI ne sont pas concernés par cet indicateur. Parmi les 106 établissements concernés, 3 déclarent être non applicables.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_33	2018	90% (99/110)	100% (59/59)	86,5% (32/37)	75% (9/12)	-	0% (0/2)
	2019	92,5% (98/106)	98,2% (56/57)	91,4% (32/35)	75% (9/12)	-	50% (1/2)
REG_34	2018	80,9% (89/110)	93,2% (55/59)	73% (27/37)	58,3% (7/12)	-	0% (0/2)
	2019	86,8% (92/106)	94,7% (54/57)	88,6% (31/35)	58,3% (7/12)	-	0% (0/2)

Tableau 24 : Taux d'établissements utilisant l'outil ConsoRes pour la saisie et l'analyse des consommations en antibiotiques (REG\_33) et pour la saisie et l'analyse des résistances bactériennes (REG\_34)

92,5 % (98) des établissements utilisent l'outil Consores® pour la saisie des consommations en ATB (REG\_33) et 86,8 % (92) des établissements pour la saisie des résistances bactériennes (REG\_34).

Trois établissements n'ont pas atteint leur cible pour REG\_33 et quatre établissements n'ont pas atteint leur cible pour REG\_34.

### 2.3.3. Evolution des consommations en ATB

REG\_35

Le suivi de la consommation en antibiotiques est effectué au niveau régional via le logiciel ConsoRes®. La consommation 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, 21 établissements n'ont pas effectué le recueil de cet indicateur.

Indicateur	Année de recueil	Année recueillie	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_35	CAQES 2018	2018	522	776	120	28	-	429
		2017	439	642	120	29	-	463
		Evolution	+18,89 %	+20,96 %	+0,32 %	-6 %		-7,4 %
	CAQES 2019	2019	204	271	125	27	-	270
		2018	209	278	116	31	-	429
		Evolution	-2,39 %	-2,7 %	+7,33 %	-13,31 %		-37,08 %

Tableau 25 : Moyenne de la consommation en ATB en DDJ/1000 journées d'hospitalisation des établissements de la région (REG\_35) et pourcentage d'évolution

Sur la base des données fournies par les établissements, la consommation moyenne régionale en antibiotiques est estimée à **204 DDJ/1000 journées d'hospitalisation en 2019** (contre 208 DDJ/1000JH en 2018), soit une évolution de - 2,39 % sur un an.

Remarque : Une différence très importante est observée entre les chiffres rapportés sur le rapport d'étape 2019 et ceux rapportés lors du rapport d'étape 2020. Cela s'explique par la fusion d'établissements ayant une consommation très élevée en 2018, par des changements dans les établissements n'ayant pas effectué le recueil de cet indicateur et par des modifications des valeurs de consommations de l'année 2018 par 14 établissements entre les deux rapports d'étape.

### 2.3.4. Indicateur ICATB2

REG\_36

Le recueil de l'indicateur ICATB2 est abandonné à partir de 2019, les résultats 2018 ont été reportés pour 2019 sur les rapports d'étape. Cet indicateur n'est donc pas détaillé dans cette synthèse.

## 2.4. Objectif : Contribuer aux travaux régionaux

REG\_37

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 groupes de travail de l'OMEDIT...). Sur l'année 2019, 95,5 % (107) des établissements déclarent avoir contribué aux travaux régionaux.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_37	2018	91,4% (106/116)	98,3% (58/59)	83,8% (31/37)	83,3% (10/12)	50% (1/2)	100% (6/6)
	2019	95,5% (107/112)	100% (57/57)	85,7% (30/35)	100% (12/12)	100% (2/2)	100% (6/6)

Tableau 26 : Taux d'établissements participant aux travaux régionaux pilotés par l'OMEDIT (REG\_37)

## 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

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.

Les structures d'HAD sans PUI ne sont pas concernées par cet indicateur.

Le périmètre de l'indicateur a été précisé pour ce rapport d'étape sur l'année 2019 : les médicaments dont le premier biosimilaire a été commercialisé au cours de l'année 2019 et le biosimilaire de l'Enoxaparine, n'étant pas encore disponible sur le marché hospitalier, sont à exclure du calcul de l'indicateur.

Des différences importantes ont été notées sur l'année 2018 selon la prise en compte ou non du biosimilaire de l'Enoxaparine par l'établissement.

Au vu de l'hétérogénéité des méthodes de calcul pour 2018, les chiffres 2018 sont peu comparables à ceux de 2019.

Sur les 108 établissements, 100 établissements (92,6 %) ont répondu à l'indicateur.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
NAT_11	2018	15,0%	16,4%	6,5%	24,3%	-	51,8%
	2019	40,9%	51,3%	11,0%	10,9%	-	87,8%

Tableau 27 : Taux d'UCD de médicaments biologiques délivrés étant des médicaments biosimilaires

Pour les médicaments appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires, 40,9 % des UCD délivrées aux services de soins sont des médicaments biosimilaires. 12 établissements (10,7 %) sont à moins de 1 % d'UCD de médicaments biosimilaires délivrés.

Indicateur	Année	Infliximab	Trastuzumab	Rituximab	Insuline glargine
NAT_11	2018	62,7%	18,1%	79,0%	32,7%
	2019	78,4%	87,2%	91,5%	78,1%

Tableau 28 : Taux d'UCD de médicaments biologiques délivrés étant des médicaments biosimilaires (NAT\_11) - 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 : [https://www.omedit-paysdelaloire.fr/contrats-et-financement/caques/outils-daccompagnement/#biosimilaires\\_generiques](https://www.omedit-paysdelaloire.fr/contrats-et-financement/caques/outils-daccompagnement/#biosimilaires_generiques)

### 3.1.2. Part d'achat de génériques

NAT\_12

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.

Sur les 108 établissements, 97 établissements (89,8 %) ont répondu à l'indicateur.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
NAT_12	2018	43,6%	42,9%	50,0%	48,3%	6,0%	42,5%
	2019	45,4%	45,0%	47,7%	57,8%	4,1%	45,2%

Tableau 29 : Taux d'UCD de médicaments délivrés appartenant au répertoire des génériques (NAT\_12)

45,4 % des UCD de médicaments délivrés 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 : [https://www.omedit-paysdelaloire.fr/contrats-et-financement/caques/outils-daccompagnement/#biosimilaires\\_generiques](https://www.omedit-paysdelaloire.fr/contrats-et-financement/caques/outils-daccompagnement/#biosimilaires_generiques)

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

Ces indicateurs ne sont pas applicables aux établissements privés et aux structures de dialyse. Parmi les 112 établissements, 73 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

Cet indicateur n'est pas applicable aux établissements privés et aux structures de dialyse. Parmi les 112 établissements, 72 établissements sont concernés par cet indicateur.

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

Parmi les 72 établissements concernés, 58 établissements (80 %) ont répondu à cet indicateur.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
NAT_13	2018	17,9%	19,0%	4,0%	29,5%	-	-
	2019	40,2%	49,0%	8,6%	5,8%	-	-

Tableau 30 : Taux de prescriptions de biosimilaires pour les prescriptions intra-hospitalières (NAT\_13)

Pour les médicaments appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires, 40,2 % des UCD de médicaments biologiques prescrites sont des médicaments biosimilaires. L'objectif national de 70 % n'est donc pas atteint au niveau régional. 28 établissements de la région ont atteint l'objectif national et 5 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 délivrés, ce qui correspond au même calcul que celui de 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.

Indicateur	Année	Infliximab	Trastuzumab	Rituximab	Insuline glargine
NAT_13	2018	70,2%	11,5%	73,6%	40,0%
	2019	80,3%	89,6%	90,1%	79,3%

Tableau 31 : Taux de prescriptions de biosimilaires pour les prescriptions intra-hospitalières (NAT\_13) - 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 : [https://www.omedit-paysdelaloire.fr/contrats-et-financement/caques/outils-daccompagnement/#biosimilaires\\_generiques](https://www.omedit-paysdelaloire.fr/contrats-et-financement/caques/outils-daccompagnement/#biosimilaires_generiques)

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

NAT\_14 / REG\_38

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 concernés que par l'indicateur NAT\_14.

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

L'indicateur national NAT\_14 concerne l'ensemble des prescriptions PHEV de médicaments biosimilaires, il est calculé en fonction du nombre de boîtes de médicaments prescrites. L'indicateur régional REG\_38 concerne quant à lui uniquement les initiations de traitement par médicament biosimilaire et 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.

Sur les 70 établissements concernés par l'indicateur NAT\_14, 13 établissements (18,6 %) ont répondu à l'indicateur (7 établissements MCO, 2 établissements PSY et 4 établissements SSR).

Environ 43 % des boîtes de médicaments biologiques prescrites en PHEV sont des boîtes de médicaments biosimilaires.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY
NAT_14	2018	54,2%	54,3%	25,5%	100,0%
	2019	42,5%	42,8%	19,6%	67,9%

Tableau 32 : Taux de prescriptions des biosimilaires pour les PHEV (NAT\_14)

Sur les 36 établissements concernés par l'indicateur REG\_38, 6 établissements (17 %) ont répondu à l'indicateur.

D'après les données de ces 6 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. Aucun établissement n'a atteint cet objectif.

Les initiations de traitement en PHEV d'Etanercept et d'Insuline Glargine se font respectivement à 51,3 % et 38,1 % avec un médicament biosimilaire.

Indicateur	Année	Etanercept	Insuline glargine	Total
REG_38	2018	47,3%	24,3%	39,4%
	2019	51,3%	38,1%	39,2%

Tableau 33 : Taux de prescriptions des biosimilaires, en initiation, pour les PHEV (REG\_38)

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

#### NAT\_15

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 12 décembre 2018** et est fixé à 49 %.

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, 12 établissements (33,3 %) ont répondu à l'indicateur, *a priori* avec les données M6 2019.

43,6 % des boîtes de médicaments prescrites en PHEV sont des médicaments appartenant au répertoire des médicaments génériques. L'objectif national de 49 % n'est donc pas atteint au niveau régional. Sur les 12 établissements ayant répondu à l'indicateur, deux ont un taux supérieur à la cible nationale.

Indicateur	Année	Total	Cible	Etablissements ayant atteint la cible
NAT_15	2018	42,5%	45,5%	18,2 % (2/11)
	2019	42,8%	49%	8,3 % (1/12)

Tableau 34 : Taux de prescriptions dans le répertoire des génériques pour les PHEV (NAT\_15)

## 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

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 12 décembre 2018** et est fixé à + 3,2 %.

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.

Les médicaments rétrocédables et les médicaments de l'hépatite C ne sont pas concernés par cet indicateur.

Sur les 70 établissements concernés, 19 établissements (27,1 %) 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 2,5 % entre 2018 et 2019. La cible nationale de +3,2% n'est donc pas dépassée en région.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY
NAT_16	2018	6,9%	7,0%	-30,1%	3,1%
	2019	2,5%	2,4%	-0,8%	5,9%

Tableau 35 : Taux d'évolution des dépenses de médicaments, produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville (NAT\_16)

## 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

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 12 décembre 2018. Ils sont de +3 % pour les médicaments et pour les produits et prestations.

Indicateur	Année	Dépenses régionales	Taux d'évolution régional	Objectif national
Dépenses liées aux médicaments (NAT_17)	2018	191 356 301 €	+ 1,27 %	+ 4,1 %
	2019	226 025 489 €	+ 18,12 %	+ 3 %
Dépenses liées aux DM (NAT_18)	2018	110 028 513 €	+ 2,78 %	+ 5,8 %
	2019	117 049 504 €	+ 6,38 %	+ 3 %

Tableau 36 : 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 2019, les deux plus importants postes de dépenses sont le Nivolumab (OPDIVO®) (34 364 836 €) et le Pembrolizumab (KEYTRUDA®) (23 941 613 €). Ils représentent 25,8 % de la dépense régionale totale, soit 58 306 449 €.

Le Pembrolizumab (KEYTRUDA®) (+12 065 803 €, soit + 101,6 %) et le Nivolumab (OPDIVO®) (+ 6 041 947 €, soit + 21,33 %) constituent aussi les deux plus importants postes de progression des dépenses.

Produits	Dépenses accordées (en €)						
	2019	2018	Différence 1 an	Evolution 1 an	2017	Différence 2 ans	Evolution 2 ans
OPDIVO	34 364 836 €	28 322 890 €	6 041 947 €	21,33 %	22 647 513 €	11 717 324 €	51,74 %
KEYTRUDA	23 941 613 €	11 875 809 €	12 065 803 €	101,60 %	3 234 565 €	20 707 048 €	640,18 %
RITUXIMAB	13 202 034 €	13 668 266 €	-466 232 €	-3,41 %	17 313 742 €	-4 111 708 €	-23,75 %
AVASTIN	13 077 997 €	12 007 275 €	1 070 722 €	8,92 %	11 516 156 €	1 561 840 €	13,56 %
SOLIRIS	12 176 063 €	10 827 452 €	1 348 610 €	12,46 %	12 717 629 €	-541 567 €	-4,26 %
TRASTUZUMAB	11 573 679 €	14 525 526 €	-2 951 848 €	-20,32 %	15 270 147 €	-3 696 468 €	-24,21 %
PERJETA	10 674 229 €	9 292 449 €	1 381 779 €	14,87 %	6 812 871 €	3 861 358 €	56,68 %
INFLIXIMAB	7 737 798 €	8 128 122 €	-390 324 €	-4,80 %	11 381 024 €	-3 643 226 €	-32,01 %
VIDAZA	6 126 884 €	5 610 975 €	515 909 €	9,19 %	5 841 999 €	284 886 €	4,88 %
ERBITUX	5 562 792 €	6 455 767 €	-892 975 €	-13,83 %	6 808 827 €	-1 246 036 €	-18,30 %

Tableau 37 : 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 (15 978 982 €), les prothèses de hanche (15 498 642 €) et les stimulateurs cardiaques (15 387 028 €) sont les trois plus importants postes de dépenses. Ils représentent 40 % de la dépense régionale totale, soit 46 864 652€.

Les valves cardiaques (+ 2 234 451 €, soit + 20,54 %) et les générateurs et électrodes de stimulation médullaire (+ 1 998 520 €, soit + 35,21 %) représentent les deux plus importants postes de progression des dépenses. Ils représentent 17,8 % de la dépense régionale totale, soit 20 785 809 €.

Produits	Dépenses accordées (en €)						
	2019	2018	Différence 1 an	Evolution 1 an	2017	Différence 2 ans	Evolution 2 ans
PROTHESE GENOU	15 978 982 €	16 819 569 €	-840 587 €	-5,00 %	15 636 156 €	342 826 €	2,19 %
PROTHESE HANCHE	15 498 642 €	15 858 711 €	-360 069 €	-2,27 %	16 796 749 €	-1 298 107 €	-7,73 %
STIMULATEUR CARDIAQUE	15 387 028 €	15 003 446 €	383 582 €	2,56 %	14 616 785 €	770 244 €	5,27 %
VALVE CARDIAQUE	13 111 871 €	10 877 420 €	2 234 451 €	20,54 %	11 223 162 €	1 888 709 €	16,83 %
ENDOPROTHESE (STENT) CORONAIRE	9 282 789 €	9 106 935 €	175 854 €	1,93 %	8 905 717 €	377 072 €	4,23 %
GENERA TEUR ET ELECTRODE STIMULATION MEDULLAIRE	7 673 938 €	5 675 418 €	1 998 520 €	35,21 %	5 254 271 €	2 419 667 €	46,05 %
ENDOPROTHESE (STENT) PERIPHERIQUE	4 926 928 €	4 528 250 €	398 678 €	8,80 %	4 531 689 €	395 240 €	8,72 %
FIXATION LIGAMENTAIRE	4 332 136 €	4 133 152 €	198 984 €	4,81 %	4 160 123 €	172 013 €	4,13 %
OSTEOSYNTHESE DU RACHIS	3 676 558 €	3 829 130 €	-152 572 €	-3,98 %	4 148 567 €	-472 009 €	-11,38 %
ENDOPROTHESE (STENT) AORTIQUE	2 687 564 €	2 267 978 €	419 586 €	18,50 %	1 958 163 €	729 400 €	37,25 %

Tableau 38 : Top 10 des produits et prestations inscrits sur la liste en sus, par montant de dépenses (Données e-PMSI analysées par l'OMEDIT)

#### REG\_39 / REG\_40

Les établissements MCO, HAD et dialyse sont concernés par l'indicateur REG\_39. Sur 65 établissements, 58 déclarent analyser et justifier l'évolution de leur dépenses de médicaments inscrits sur la liste en sus lorsque cette évolution est atypique et 7 établissements se déclarent non applicables (REG\_39).

Seuls les établissements MCO sont concernés par l'indicateur REG\_40. Sur 57 établissements, 44 déclarent analyser et justifier l'évolution de leur dépenses de produits et prestations inscrits sur la liste en sus lorsque cette évolution est atypique et 13 établissements se déclarent non applicables.

### 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

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 57 établissements MCO concernés, 46 établissements ont répondu à l'indicateur NAT\_19.

En 2019, le taux de prescriptions de médicaments hors référentiel est d'environ 9 % (en 2018, il était de 7,5 %).

NAT_19	Taux de prescriptions de médicaments hors référentiel
Total	8,96 % (1992/22238)
ETS supports de GHT	9,1 % (1414/15470)
ETS Publics > 300 lits	13,9 % (152/1091)
ETS Privés > 300 lits	1,1 % (1/92)
ETS Publics 100 - 300 lits	10 % (86/862)
ETS Privés 100 - 300 lits	2,7 % (22/827)
ETS Publics < 100 lits	0 % (0/208)
ETS Privés < 100 lits	0 % (0/86)
ETS dédiés à la prise en charge du cancer	8,8 % (317/3602)

Tableau 39 : Répartition des établissements selon leur taux de prescriptions hors référentiel et leur catégorie d'établissements en 2019

### 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

Parmi les 57 établissements MCO, 4 établissements déclarent être non applicables.

43 établissements (75,4 %) 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.

Indicateur	Année	Total
REG_41	2018	66,1% (39/59)
	2019	75,4% (43/57)

Tableau 41 : Taux d'établissements présentant à la 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 en SSR et des médicaments coûteux hors liste en HAD

REG\_42

Le suivi des dépenses des médicaments onéreux concerne les établissements ayant une activité SSR, et celui des dépenses des médicaments coûteux hors liste concerne les établissements ayant une activité d'HAD. Aucune cible n'a été définie au niveau régional.

Parmi les 82 établissements concernés (35 établissements SSR, 6 HAD et 41 établissements MCO ayant une activité de SSR et / ou d'HAD), 5 établissements déclarent être non applicables.

Selon les données e-PSMI, en 2019 les dépenses de médicaments coûteux hors liste pour les établissements ayant une activité d'HAD étaient de 727 678,58 €, soit 23,8 % des dépenses totales déclarées par les établissements pour l'indicateur pour REG\_42. Les dépenses de médicaments coûteux hors liste pour les établissements MCO+ ayant une activité d'HAD étaient de 122 789,99 €, soit 9,16 % des dépenses totales déclarées par les établissements MCO+.

Indicateur	Année de	Année	Total	MCO +	SSR	HAD
REG_42	CAQES 2018	2018	4 206 616 €	2 029 339 €	1 264 381 €	912 895 €
		2017	3 698 837 €	1 598 482 €	1 097 384 €	1 002 972 €
		Evolution	+13,73 %	+26,95 %	+15,22 %	-8,98 %
	CAQES 2019	2019	3 060 716 €	1 340 614 €	1 122 737 €	597 365 €
		2018	3 756 587 €	2 043 848 €	1 260 546 €	452 193 €
		Evolution	-18,52 %	-34,41 %	-10,93 %	+32,1 %

Tableau 42 : Taux d'évolution des dépenses de médicaments onéreux (SSR) et coûteux hors liste (HAD)

Le taux d'évolution des dépenses de médicaments onéreux et coûteux est de - 18,6 % entre 2019 et 2018.

## Conclusion

### Points forts régionaux en 2018 et 2019

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

- Indicateurs Hôpital Numérique "Prescription de médicaments informatisée" et "Plan de soins informatisé" : résultats > 90 %
- Informatisation de la prescription jusqu'à l'administration (93,5 % des lits)
- Traçabilité des DMI (96,9 % de DMI informatiquement tracés)

#### Dynamique de déploiement de la pharmacie clinique

- Rédaction d'une stratégie de pharmacie clinique pour 80 % des établissements de la région

#### Recours aux médicaments biosimilaires en intra-hospitalier

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

### Améliorations notables entre 2018 et 2019

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

- Augmentation du taux d'EIG analysés au niveau régional (75 % à 89 %) et du taux d'ETS analysant 100 % de leur EIG (76 % à 85 %)

#### Sensibilisation à l'identification des risques liés aux Never Events

- Augmentation du taux d'ETS ayant une procédure de prévention des Never Events (76 % à 85%)

#### Dynamique de déploiement de la pharmacie clinique

- Augmentation du taux d'ETS ayant une stratégie de pharmacie clinique (50 % à 80 %)
- Développement de la conciliation médicamenteuse (45 % des ETS ont entamé une démarche, vs 37 % en 2018)

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

- Accès à distance au DPI : 83 % en 2019 vs 67 % en 2018
- Augmentation du nombre de lits informatisés de la prescription jusqu'à l'administration en HAD (16 % à 57 %)

#### Recours aux médicaments biosimilaires en intra-hospitalier

- Recours aux biosimilaires de l'insuline glargine : 78 % en 2019 vs 33 % en 2018

### Axes d'amélioration régionaux

#### Poursuite du déploiement de la conciliation médicamenteuse

- 61 ETS (55 %) ne réalisaient pas de conciliation médicamenteuse en 2019

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

- 63 % des patients bénéficient d'un support unique de prescription
- 53 % d'équivalents lits informatisés de la prescription jusqu'à l'administration

#### Tenue du dossier patient - qualité de la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation

- Bien que 91 % des ETS MCO aient atteint l'objectif de performance national (> 80%) sur le critère 1 : "Lettre de liaison à la sortie retrouvée", seulement 11 % ont atteint cet objectif sur le critère 11 : "Traitement médicamenteux à la sortie"

#### Promotion de la vigilance et du bon usage des antibiotiques

- Justification des traitements antibiotiques : 23 % des antibiothérapies de plus de 7 jours ne sont pas justifiées dans le dossier patient

#### Sources

- (1) [https://webzine.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/pec\\_medicaments\\_-\\_guide\\_ev\\_v2014.pdf](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](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](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".

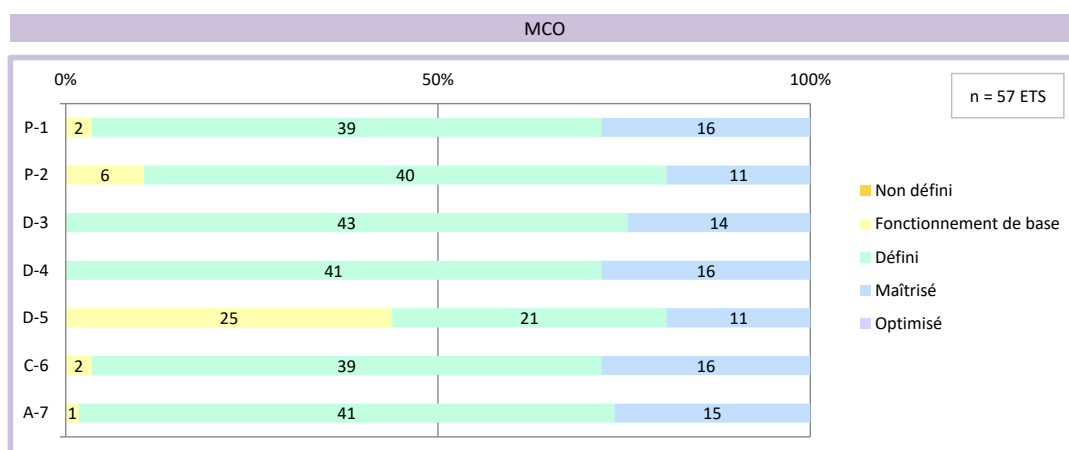


Figure 13 : Répartition des établissements MCO selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM"

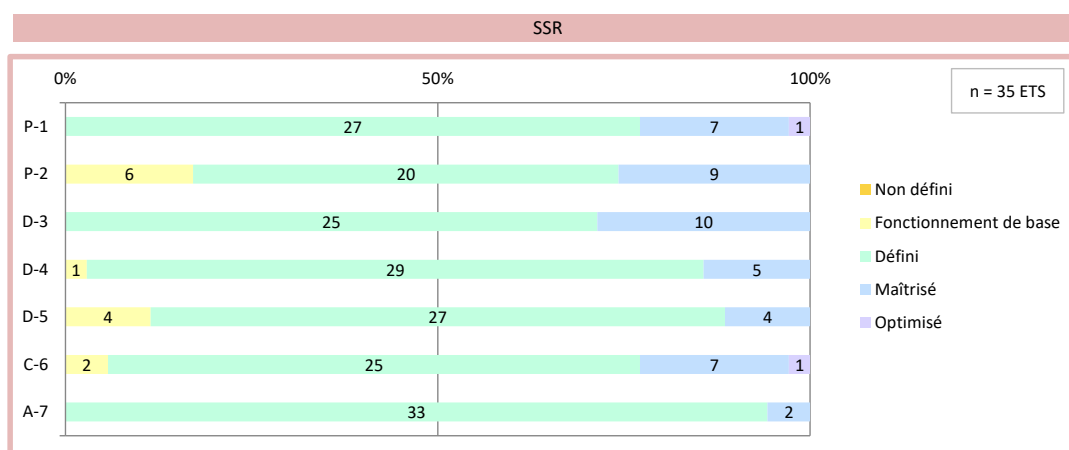


Figure 14 : Répartition des établissements SSR selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM"

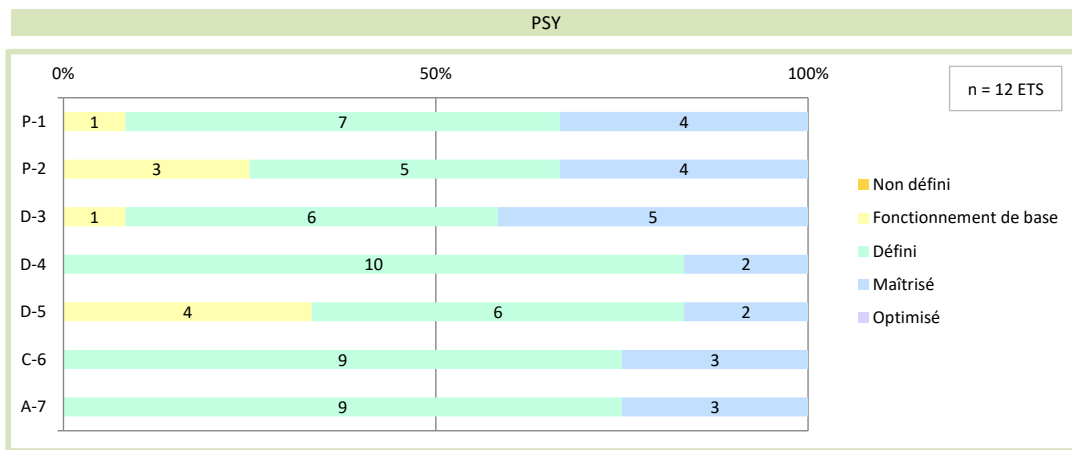


Figure 15 : Répartition des établissements PSY selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM"

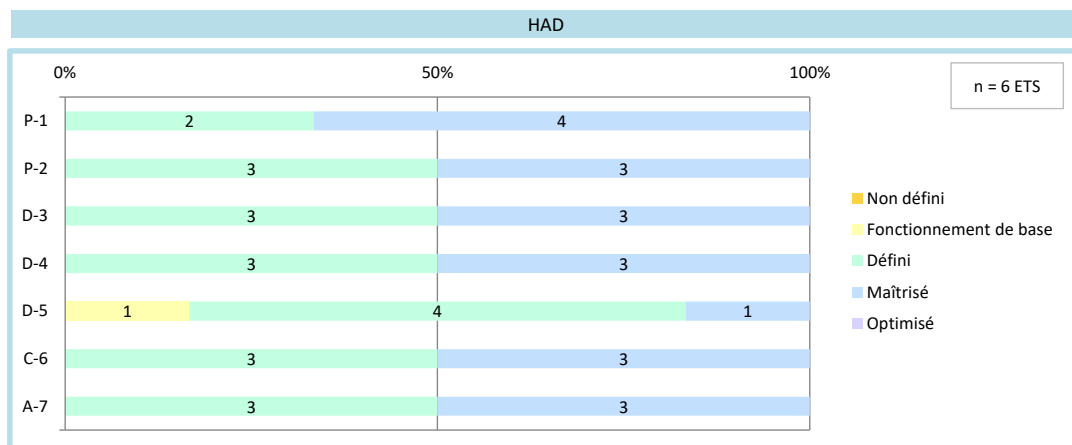


Figure 16 : Répartition des structures d'HAD autonomes selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM"

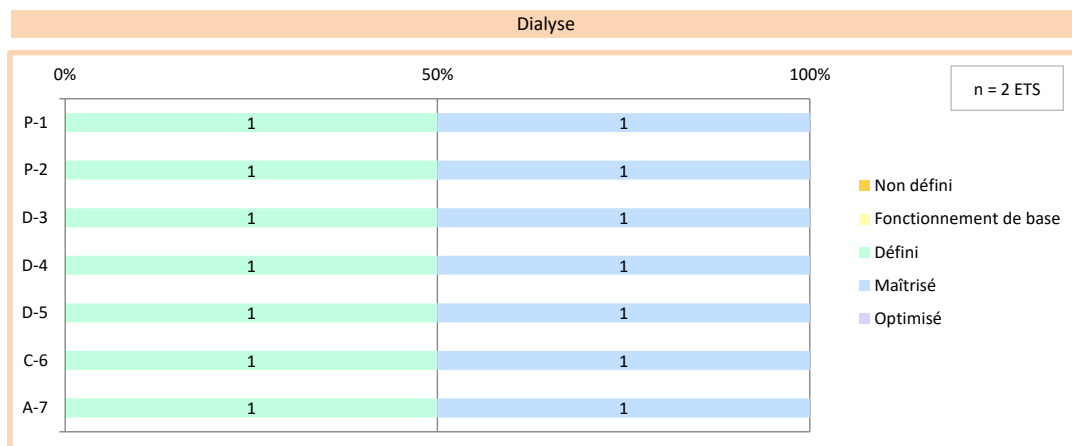


Figure 17 : Répartition des structures de dialyse selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM"