

CAQES 2018-2022 :
Analyse des Rapports d'Etape 2021 (données de l'année 2020)
Mai 2021

Le rapport d'étape 2021 s'inscrit dans le cadre du suivi pluriannuel du **Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficienc e des Soins (CAQES) 2018-2022**. En 2020 au sein de la région Pays de la Loire, 110 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 2021, sur les données 2020, 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 2020 sont en général comparés à ceux obtenus sur les années 2019 et 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	2020
Etablissements MCO et MCO autres	58	56	55
Etablissements SSR	38	36	35
Etablissements de santé mentale	12	12	12
Structures de dialyse	2	2	2
HAD autonomes	6	6	6
Total	116	112	110

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

La fusion d'établissements MCO et SSR en 2019 et en 2020 expliquent la diminution du nombre d'établissements signataires du CAQES (- 3 MCO et - 3 SSR).

A la date de cette synthèse, tous les établissements concernés ont 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 médicaments 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

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ATB	Antibiotiques
CAQES	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia 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

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% (57/58)	86,8% (33/38)	75% (9/12)	100% (2/2)	100% (6/6)
	2019	95,5% (107/112)	98,2% (55/56)	91,7% (33/36)	91,7% (11/12)	100% (2/2)	100% (6/6)
	2020	99,1% (109/110)	98,2% (54/55)	100% (35/35)	100% (12/12)	100% (2/2)	100% (6/6)
REG_2	2018	98,3% (114/116)	100% (58/58)	94,7% (36/38)	100% (12/12)	100% (2/2)	100% (6/6)
	2019	98,2% (110/112)	96,4% (54/56)	100% (36/36)	100% (12/12)	100% (2/2)	100% (6/6)
	2020	100% (110/110)	100% (55/55)	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 2020, la politique de management de la PECM existe et est intégrée aux orientations stratégiques de 109 établissements (99,1 %). Un établissement ayant déclaré avoir une politique de management de la PECM en 2018 déclare ne pas en avoir en 2019 et en 2020. Quatre établissements ayant déclaré ne pas avoir de politique de management de la PECM en 2019 déclarent en avoir une en 2020.

Tous les établissements de la région ont mené une analyse des risques a priori sur l'ensemble du processus de la prise en charge médicamenteuse.

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 œuvre opérationnelle
- D-4 : Disponibilité des ressources
- D-5 : Effectivité de la mise en œuvre
- 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".

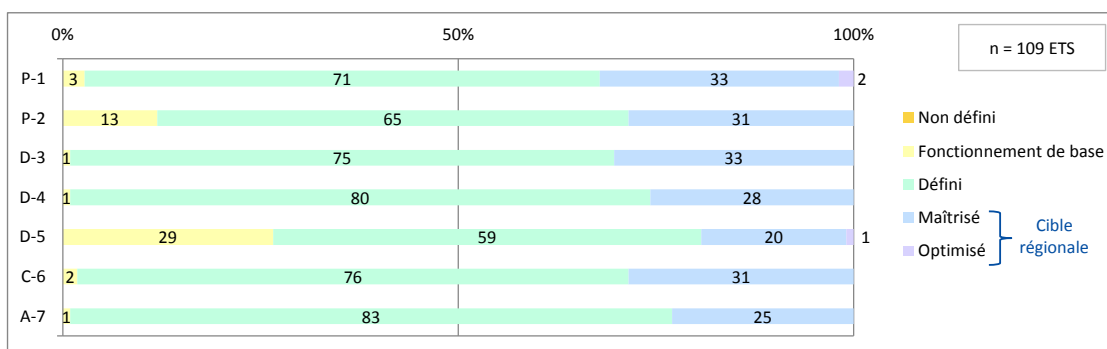


Figure 1 : Répartition des établissements selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM" (REG_3)

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"). L'étape D-5 "Effectivité de la mise en œuvre" 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 : Actions d'accompagnement des établissements dans le cadre de la nouvelle certification, 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	26,1% (30/115)	22,8% (13/57)	28,9% (11/38)	33,3% (4/12)	0% (0/2)	33,3% (2/6)
	2019	20,5% (23/112)	19,6% (11/56)	16,7% (6/36)	25% (3/12)	0% (0/2)	50% (3/6)
	2020	19,3% (21/109)	20% (11/55)	17,1% (6/35)	16,7% (2/12)	0% (0/2)	33,3% (2/6)
REG_5	2018	40,9% (38/93)	41,3% (19/46)	44,8% (13/29)	36,4% (4/11)	50% (1/2)	20% (1/5)
	2019	34,7% (35/101)	40,4% (21/52)	25,8% (8/31)	36,4% (4/11)	50% (1/2)	20% (1/5)
	2020	33,3% (31/93)	38,8% (19/49)	25% (7/28)	30% (3/10)	100% (1/1)	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 109 établissements de la région certifiés, 21 établissements (19,3 %) 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, 93 établissements ont répondu à cet indicateur. Parmi eux, 31 établissements (33,3 %) présentent au moins un écart (point sensible, non-conformité ou non-conformité majeure).

Actions en cours au niveau régional : Actions d'accompagnement des établissements dans le cadre de la nouvelle certification, 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)	79,3% (46/58)	60,5% (23/38)	66,7% (8/12)	100% (2/2)	100% (6/6)
	2019	79,5% (89/112)	82,1% (46/56)	69,4% (25/36)	91,7% (11/12)	100% (2/2)	83,3% (5/6)
	2020	82,7% (91/110)	90,9% (50/55)	68,6% (24/35)	83,3% (10/12)	100% (2/2)	83,3% (5/6)
REG_7	2018	87,1% (101/116)	93,1% (54/58)	84,2% (32/38)	75% (9/12)	50% (1/2)	83,3% (5/6)
	2019	89,3% (100/112)	96,4% (54/56)	80,6% (29/36)	91,7% (11/12)	100% (2/2)	66,7% (4/6)
	2020	88,2% (97/110)	90,9% (50/55)	88,6% (31/35)	83,3% (10/12)	100% (2/2)	66,7% (4/6)
REG_8	2018	54,4% (62/114)	70,7% (41/58)	40,5% (15/37)	0% (0/11)	50% (1/2)	83,3% (5/6)
	2019	63,1% (70/111)	71,4% (40/56)	58,3% (21/36)	27,3% (3/11)	100% (2/2)	66,7% (4/6)
	2020	67,6% (73/108)	76,4% (42/55)	62,9% (22/35)	40% (4/10)	100% (2/2)	50% (3/6)

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, 91 établissements (82,7 %) ont un plan de formation formalisé sur la PECM.

Des démarches d'EPP sur les médicaments sont en cours dans la majorité des établissements (88,2 %, 97/110). Sur les dispositifs médicaux, 67,6 % (73/108) 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 évènements indésirables liés aux médicaments et aux dispositifs médicaux

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

REG_9

L'objectif de cet indicateur est d'évaluer la capacité des établissements à **déclarer les évènements indésirables (EI) en interne**, au sein de leur structure, et à **analyser les évènements 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% (58/58)	89,5% (34/38)	91,7% (11/12)	100% (2/2)	100% (6/6)	93,5% (72/77)	100% (39/39)
	2019	97,3% (109/112)	100% (56/56)	94,4% (34/36)	91,7% (11/12)	100% (2/2)	100% (6/6)	96% (72/75)	100% (37/37)
	2020	98,2% (108/110)	100% (55/55)	97,1% (34/35)	91,7% (11/12)	100% (2/2)	100% (6/6)	97,3% (72/74)	100% (36/36)
Etablissements ayant déclaré un ou des EIG lié(s) aux produits de santé	2018	35,3% (41/116)	46,6% (27/58)	26,3% (10/38)	16,7% (2/12)	0% (0/2)	33,3% (2/6)	33,8% (26/77)	38,5% (15/39)
	2019	48,2% (54/112)	58,9% (33/56)	33,3% (12/36)	33,3% (4/12)	50% (1/2)	66,7% (4/6)	46,7% (35/75)	51,4% (19/37)
	2020	47,3% (52/110)	61,8% (34/55)	34,3% (12/35)	16,7% (2/12)	50% (1/2)	50% (3/6)	52,7% (39/74)	38,9% (14/36)

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

Deux établissements n'ont déclaré aucun EI lié aux produits de santé et 58 établissements (52,7 %) aucun EIG lié aux produits de santé.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
% EIG analysés	2018	75,5%	73,4%	100,0%	45,5%	45,5%	45,5%
	2019	89,2%	95,7%	68,2%	75,0%	75,0%	75,0%
	2020	87,2%	83,7%	95,7%	100,0%	100,0%	100,0%
% ETS ayant analysé 100% de leur EIG	2018	73,2% (30/41)	66,7% (18/27)	100% (10/10)	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)
	2020	84,6% (44/52)	82,4% (28/34)	91,7% (11/12)	100% (2/2)	100% (1/1)	66,7% (2/3)

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

87,2 % des EIG déclarés en interne dans les établissements en 2020 ont été analysés. Ce taux est en légère baisse par rapport à l'année 2019, ce qui pourrait s'expliquer en partie par le contexte de crise sanitaire.

Parmi les 52 établissements ayant déclaré des EIG, 44 établissements (85 %) ont analysé l'ensemble de leurs EIG, 5 établissements entre 50 et 75 % de leurs EIG, 2 établissements entre 25 et 50 % de leurs EIG et un établissement n'a analysé aucun de ses EIG.

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

REG_10

En 2020, 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)	89,7% (52/58)	65,8% (25/38)	36,4% (4/11)	100% (1/1)	83,3% (5/6)
	2019	84,8% (95/112)	98,2% (55/56)	75% (27/36)	58,3% (7/12)	100% (2/2)	66,7% (4/6)
	2020	92,7% (102/110)	98,2% (54/55)	85,7% (30/35)	91,7% (11/12)	100% (2/2)	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 102 établissements (92,7 %). Seuls 7 établissements ne possèdent pas de procédure validée en 2020, contre 27 en 2018.

Les établissements SSR sont les plus concernés par l'absence de procédure mentionnant les Never Events (5 établissements sur 7). Une communication sur les Never Events semble donc nécessaire, en particulier, pour ces établissements.

Actions en cours au niveau régional : Affiche sur les Never Events (novembre 2019), Fiche "Focus sur : les insulines fortement concentrées" (décembre 2020), Plaquette d'information sur les Never Events (mai 2021), élaboration d'un escape game ciblant les Never Events présents dans la majorité des établissements (insulines - unidoses - méthotrexate - gaz médicaux) (juin 2021), Boîte à outils sur les Never Events sur notre site internet.

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)
2020	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. ⁽¹⁾

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	80,9% (89/110)	69% (40/58)	89,5% (34/38)	100% (12/12)	100% (2/2)
		2019	84,9% (90/106)	71,4% (40/56)	97,2% (35/36)	100% (12/12)	100% (2/2)
		2020	83,5% (86/103)	72,2% (39/54)	94,3% (33/35)	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%
		2020	99,2%	99,7%	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 103 établissements concernés, 86 établissements (83,5 %) réalisent de la dispensation nominative ciblée et 99,2 % des lits ciblés ont effectivement été réalisés en dispensation nominative.

Un établissement a arrêté son activité de dispensation nominative (ciblée sur 8 lits) en 2020, car il jugeait celle-ci non efficiente.

Ces chiffres sont peut-être surestimés. 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 étaient fixés à 50 % des séjours et sont augmentés à 80% des séjours **concernés** avec le programme HOP'EN.

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%
	2020	92,7%	92,7%	96,3%	97,1%	100,0%	60,6%
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%
	2020	91,7%	91,8%	95,9%	85,0%	100,0%	59,6%

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)

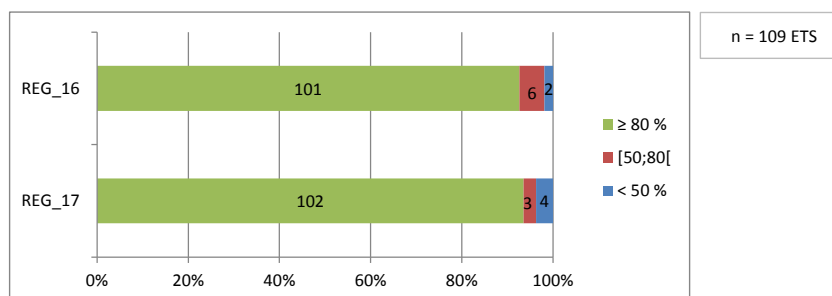


Figure 2 : Répartition des établissements selon leur taux de séjours disposant de prescriptions médicamenteuses informatisées (REG_16) et de plans de soins informatisés (REG_17) en 2020

La moyenne régionale des séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées est supérieure à l'objectif de 80 % (REG_16 : 92,7 %). De même, la moyenne régionale des séjours disposant d'un plan de soins informatisé est au-dessus de 80 % (REG_17 : 91,7 %). Un établissement déclare n'avoir aucune prescription informatisée et trois établissements aucun plan de soins informatisé.

Nous constatons que les structures d'HAD autonomes sont moins informatisées que les autres types d'établissements. Néanmoins en 2020, quatre 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%
	2019	19,0%	100,0%	90,1%	100,0%	0 %	85,3%
	2020	3,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0 %	100,0%
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%
	2020	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0 %	100,0%

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% (16531/17310)	96,5% (2813/2914)	89,9% (1613/1795)	100% (503/503)	16,4% (96/587)
	2019	93,5% (21878/23390)	94,6% (16570/17523)	100% (2676/2676)	90,7% (1598/1761)	100% (503/503)	57,3% (531/927)
	2020	94,3% (21842/23152)	95,7% (16749/17496)	100% (2693/2693)	91,2% (1628/1786)	100% (520/520)	38,3% (252/657)

Tableau 12 : Taux de lits informatisés de la prescription jusqu'à l'administration (NAT_1)

Sur l'ensemble des lits de la région, 94,3 % sont informatisés de la prescription jusqu'à l'administration.

Sur les 110 établissements, 106 établissements ont plus de 80 % de leurs lits informatisés de la prescription à l'administration et un établissement est à 61 %.

Parmi les 6 structures d'HAD autonomes, deux établissements déclarent n'avoir aucun lit informatisé de la prescription jusqu'à l'administration et un établissement est à 29,3 % de ses lits informatisés.

1.4.3. Traçabilité des DMI

NAT_2

REG_18 / REG_19

Ces trois indicateurs sont applicables aux établissements MCO. Parmi les 54 établissements MCO de la région, 39 établissements sont concernés par la pose de DMI.

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

Indicateur	Année	MCO concernés	Evolution
NAT_2	2018	95,7%	
	2019	96,9%	+1,26 %
	2020	98,8%	+1,94 %

Tableau 13 : Taux de DMI implantés et informatiquement tracés (NAT_2) dans les établissements MCO concernés par la pose de DMI

En 2019 et 2020, 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 96,9 % (REG_19). Ce taux était de 97,2 % en 2018 et de 97,6 % en 2019. Quatre établissements qui avaient répondu en 2019 n'ont pas répondu à cet indicateur en 2020.

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 et 2020 étaient uniquement déclaratives.

Indicateur	Année	MCO concernés	Evolution
REG_19	2018	97,2%	
	2019	97,6%	0,36%
	2020	96,9%	-0,71%

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

Actions en lien au niveau régional : Outils mis à disposition pour répondre aux exigences réglementaires de la traçabilité sanitaire des DMI (modèles de procédure, de carte patient, de contrat de dépôt), Outil d'audit sur la traçabilité sanitaire des DMI.

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 54 établissements MCO de la région, 31 établissements ont répondu à cet indicateur.

Le taux régional de DMI stockés selon la classification CLADIMED est de 81,2 %. Ce taux était de 81,7 % en 2018 et de 80,2 % en 2019.

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 %
	2020	83,3% (5/6)	+0 %

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

Cinq HAD autonomes 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	57,3%	
	2019	66,9%	+16,75 %
	2020	92,7%	+38,62 %
REG_22	2018	54,6%	
	2019	62,1%	+13,65 %
	2020	79,3%	+27,8 %

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 92,7 % des patients (REG_21). Le taux de patient dont l'administration des médicaments est tracée sur ce support unique est de 79,3 % (REG_22).

On constate une nette amélioration de ces deux indicateurs en 2020, par rapport à 2019 et 2018.

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

Parmi les 3 autres structures d'HAD, pour l'indicateur REG_21 (support unique de prescription), 2 structures sont proches de 100 % et une autour de 60 %. Pour l'indicateur REG_22 (traçabilité de l'administration sur ce support unique de prescription), une structure est proche de 100 % et les 2 autres structures se situent à 1 et 16 %.

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 74 LAP hospitaliers certifiés.⁽²⁾

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
NAT_4	2018	79,6%	78,7%	86,7%	78,6%	100,0%	58,6%
	2019	82,4%	80,6%	92,1%	79,8%	100,0%	85,7%
	2020	83,3%	81,0%	92,1%	85,0%	100,0%	86,6%
NAT_5	2018	80,6%	76,5%	87,0%	95,6%	100,0%	-
	2019	80,0%	77,7%	91,8%	83,2%	100,0%	-
	2020	81,1%	78,5%	91,1%	86,6%	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

13 établissements n'utilisent pas de LAP certifié sur la région. Le taux de **lits utilisant un LAP certifié** est de 83,3 % (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 102 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 46 établissements, soit 45 % des établissements. Ces données devaient être transmises par l'assurance maladie aux établissements concernés.

En moyenne, 92,5 % des prescriptions de sortie incluent le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement. Cette moyenne était de 83,3% en 2018 pour 22 établissements ayant pu déterminer ce taux, et de 83,3 % en 2019 pour 44 établissements ayant pu déterminer ce taux.

Certains établissements n'ont pas pu répondre car les données ne leur sont pas transmises par la CPAM.

Sur les 110 établissements concernés, le taux d'ordonnances intra-hospitalières incluant le numéro RPPS du prescripteur (NAT_8) a pu être déterminé par 60 établissements, soit 54,5 % des établissements.

En moyenne, 94,1 % des ordonnances intra-hospitalières incluent le numéro RPPS du prescripteur.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
NAT_7	2018	83,3%	55,8%	99,8%	92,0%	-	-
	2019	90,2%	79,0%	99,6%	97,0%	-	-
	2020	92,5%	83,7%	100,0%	92,4%	-	-
NAT_8	2018	86,5%	86,2%	94,5%	73,1%	100,0%	79,5%
	2019	88,3%	86,8%	96,0%	76,1%	100,0%	94,2%
	2020	94,1%	97,1%	92,9%	85,0%	100,0%	99,2%

Tableau 18 : Taux de prescriptions de sortie incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement (NAT_7) et taux d'ordonnances intra-hospitalières incluant le numéro RPPS du prescripteur (NAT_8) dans la région

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 et il n'y en a pas eu en 2020. Les résultats étant identiques à ceux présentés dans la synthèse 2020 sur les données de 2019, ceux-ci ne sont donc pas abordés dans cette synthèse.

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)	67,2% (39/58)	31,6% (12/38)	25% (3/12)	50% (1/2)	50% (3/6)
	2019	80,4% (90/112)	87,5% (49/56)	72,2% (26/36)	75% (9/12)	100% (2/2)	66,7% (4/6)
	2020	88,2% (97/110)	92,7% (51/55)	82,9% (29/35)	91,7% (11/12)	100% (2/2)	66,7% (4/6)

Tableau 19 : 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 (88,2 %) met en œuvre une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique. Une nette amélioration entre l'année 2018 et l'année 2020 est constatée sur cet indicateur (50,0 % versus 88,2 %). 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 ont été analysés individuellement.

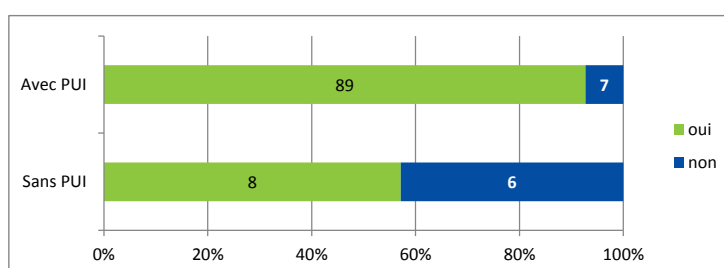


Figure 3 : Répartition des établissements selon la mise en œuvre ou non d'une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique - distinction entre les établissements avec PUI et ceux sans PUI

92,7 % (89) des établissements avec une PUI mettent en œuvre une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique. Ce taux n'est que de 57,1 % (8) 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

L'ensemble des établissements est concerné par cet indicateur.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD	Avec PUI	Sans PUI
REG_29	2018	84,5% (98/116)	94,8% (55/58)	73,7% (28/38)	75% (9/12)	100% (2/2)	66,7% (4/6)	86,1% (87/101)	73,3% (11/15)
	2019	87,5% (98/112)	94,6% (53/56)	77,8% (28/36)	83,3% (10/12)	100% (2/2)	83,3% (5/6)	87,8% (86/98)	85,7% (12/14)
	2020	93,6% (103/110)	96,4% (53/55)	94,3% (33/35)	83,3% (10/12)	100% (2/2)	83,3% (5/6)	94,8% (91/96)	85,7% (12/14)

Tableau 20 : Taux d'établissements où le pharmacien bénéficie des conditions pour réaliser une analyse pharmaceutique de niveau 2.

Parmi les 110 établissements, 103 établissements (93,6 %) 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 110 établissements, le taux des séjours bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 a pu être déterminé par 105 établissements.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_30	2018	37,2%	36,7%	53,1%	41,0%	75,8%	32,9%
	2019	39,0%	35,9%	57,7%	51,9%	99,5%	64,6%
	2020	44,0%	41,4%	65,3%	54,3%	99,5%	60,4%

Tableau 21 : Taux de séjours ayant bénéficié d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 (REG_30)

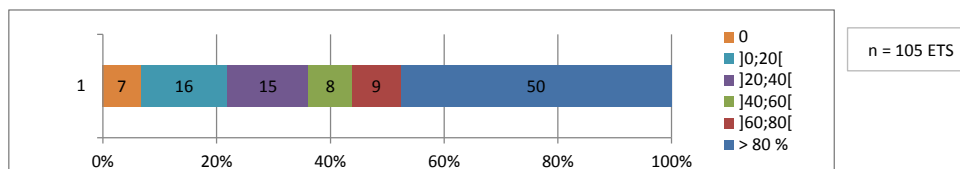


Figure 4 : Répartition des établissements selon leur **taux de séjours** ayant bénéficié d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 (REG_30)

Presque la moitié des séjours bénéficient d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 (44 %).

Parmi les 105 établissements ayant répondu, 7 établissements (6,7 %) ne font pas d'analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 et 16 établissements (15,2 %) analysent moins de 20 % de leurs séjours.

2.1.2.3. Analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 ciblée

REG_31

Parmi les 110 établissements, le taux des séjours bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 pour les patients priorités a pu être déterminé par 88 établissements. En 2020, 54 établissements ont priorisé une partie de leurs séjours pour l'analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 et 34 établissements ont priorisé l'ensemble de leurs séjours.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_31	2018	86,1%	86,3%	73,5%	97,8%	100,0%	75,3%
	2019	88,2%	87,1%	85,8%	99,4%	100,0%	87,5%
	2020	89,5%	88,2%	98,5%	102,0%	100,0%	91,8%

Tableau 22 : Taux de séjours ayant bénéficié d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 parmi les séjours de patients priorités (REG_31)

Parmi les établissements n'ayant pas renseigné cet indicateur, certains établissements ne réalisent pas d'analyse pharmaceutique ciblée et d'autres réalisent une analyse pharmaceutique ciblée mais ne peuvent pas requêter le nombre de séjours ciblés.

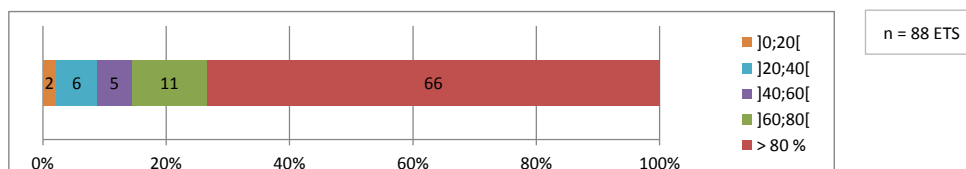


Figure 5 : Répartition des établissements selon leur **taux de séjours priorités** ayant bénéficié d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 (REG_31)

Environ 74 % (65) des établissements répondants ont réalisé une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 sur plus de 80 % de leurs séjours priorités. Deux établissements ont analysé moins de 20 % de leurs séjours priorités.

Remarque : 23 établissements ont priorisé moins de 20% de leurs séjours pour l'analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 (13 MCO, 4 SSR, 5 PSY et 1 HAD). Parmi eux, 16 établissements ont priorisé moins de 10 % de leurs séjours (10 MCO, 2 SSR, 3 PSY et 1 HAD).

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%
	2020	90	77	70	90,9%

Tableau 23 : 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 77 établissements ayant défini une cible lors de la signature du CAQES et ayant déterminé un taux pour REG_31, 70 établissements (90,9 %) ont atteint leur objectif.

Actions en lien au niveau régional : Formation perfectionnement à analyse pharmaceutique (saison 2), mise à disposition d'un logigramme sur l'analyse pharmaceutique, cartographie des stratégies de priorisation de l'analyse pharmaceutique en région Pays de la Loire.

2.1.3. Déploiement de la conciliation médicamenteuse

NAT_9

Cet indicateur concerne l'ensemble des établissements. En 2020, 68 établissements (62 %) ont entamé une démarche de mise en place de la conciliation médicamenteuse et concilié au moins un patient dans l'année. En 2018, 43 établissements avaient entamé cette démarche et 50 établissements en 2019.

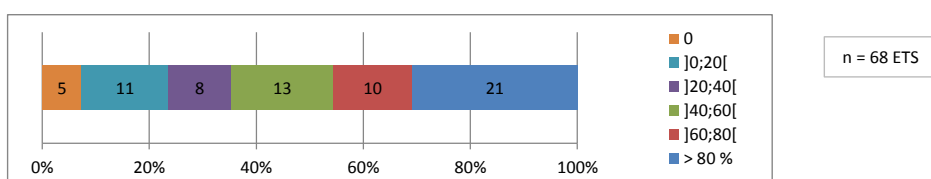


Figure 6 : Répartition des établissements selon leur taux de patients priorités ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse (NAT_9)

Parmi les 68 établissements ayant priorisé des patients pour une conciliation médicamenteuse, 21 établissements (31 %) ont concilié plus de 80 % de leurs patients priorités, 5 établissements (7 %) n'ont concilié aucun patient et 11 établissements (16 %) ont concilié moins de 20 % de leurs patients priorités. Au total, 63% des patients priorités ont bénéficié d'une conciliation médicamenteuse.

Remarque : 22 établissements ont priorisé moins de 30 patients. Parmi eux, 17 établissements ont priorisé moins de 20 patients (6 MCO, 5 SSR, 5 PSY et 1 dialyse).

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%
	2020	84	54	35	64,8%

Tableau 24 : Taux d'établissements ayant atteint leur cible sur l'indicateur de conciliation médicamenteuse pour les patients priorités (NAT_9)

Sur les 54 établissements ayant défini une cible en 2020 lors de la signature des CAQES et ayant déterminé un taux pour NAT_9, 35 établissements (64,8 %) ont atteint leur objectif.

Actions en lien au niveau régional : Formation conciliation médicamenteuse, logigramme sur les processus de conciliation médicamenteuse, cartographie de la conciliation médicamenteuse en région Pays de la Loire, outils sur l'impact de la pharmacie clinique (enquête régionale et recherches bibliographiques).

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

REG_32

Parmi les 110 établissements, 7 établissements déclarent être non applicables sur cet indicateur (7 établissements sans PUI sur les 13 n'ayant pas de PUI).

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_32	2018	84,8%	87,4%	70,5%	86,7%	0,0%	83,3%
	2019	87,7%	90,0%	79,2%	88,2%	100,0%	66,7%
	2020	78,8%	78,8%	70,2%	90,5%	100,0%	83,3%

Tableau 25 : Taux de pharmaciens participant aux activités de pharmacie clinique formés, a minima, tous les 2 ans (REG_32)

Près de 80 % des pharmaciens participant aux activités de pharmacie clinique sont formés, a minima, tous les 2 ans. Pour 11 établissements, aucun pharmacien participant aux activités de pharmacie clinique n'était formé en 2020. Cette diminution par rapport à 2019 peut s'expliquer en partie par l'annulation de nombreuses formations en lien avec le contexte sanitaire.

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 110 établissements, 16 établissements n'ont pas réalisé le recueil en 2020 de cet indicateur sur la justification des traitements antibiotiques de plus de 7 jours (12 ne l'avaient pas réalisé en 2019).

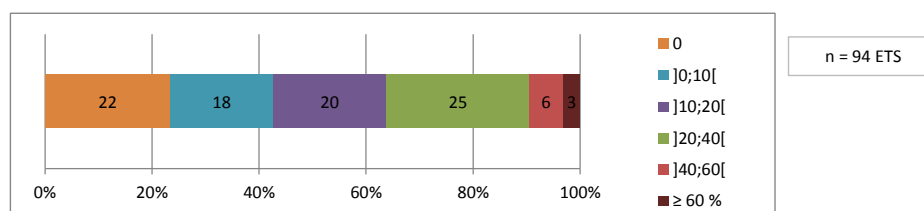


Figure 7 : Répartition des établissements selon leur taux de traitements antibiotiques de plus de 7 jours non justifiés (NAT_10)

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
NAT_10	2018	31,4%	27,7%	32,2%	42,4%	52,0%	44,6%
	2019	23,2%	24,9%	20,3%	30,8%	8,3%	6,7%
	2020	17,3%	23,6%	11,3%	11,6%	0,0%	9,6%

Tableau 26 : Taux de traitements antibiotiques de plus de 7 jours non justifiés (NAT_10)

En moyenne, 17,3 % 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 avait été demandé comme élément de preuve pour 2019, et sa concordance avec le remplissage des rapports d'étape avait été contrôlée. Pour l'année 2020, aucun élément de preuve n'a été demandé.

Actions en lien au niveau régional : Elaboration d'un outil d'audit sur la justification des antibiothérapies de plus de 7 jours, proposé aux établissements pour répondre à l'indicateur NAT_10.

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 104 établissements concernés, 3 déclarent être non applicables.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD avec PUI
REG_33	2018	90,9% (100/110)	100% (58/58)	86,8% (33/38)	75% (9/12)	-	0% (0/2)
	2019	92,5% (98/106)	98,2% (55/56)	91,7% (33/36)	75% (9/12)	-	50% (1/2)
	2020	94,2% (98/104)	98,2% (54/55)	91,4% (32/35)	91,7% (11/12)	-	50% (1/2)
REG_34	2018	80,9% (89/110)	93,1% (54/58)	73,7% (28/38)	58,3% (7/12)	-	0% (0/2)
	2019	86,8% (92/106)	94,6% (53/56)	88,9% (32/36)	58,3% (7/12)	-	0% (0/2)
	2020	87,5% (91/104)	96,4% (53/55)	82,9% (29/35)	66,7% (8/12)	-	50% (1/2)

Tableau 27 : 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)

94 % (98) des établissements utilisent l'outil ConsoRes® pour la saisie des consommations en ATB (REG_33) et 88 % (91) des établissements pour la saisie des résistances bactériennes (REG_34).

Trois établissements n'ont pas atteint leur cible pour REG_33 et 11 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, 12 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 2019	2018	521	788	116	28	-	429
		2017	438	652	115	29	-	463
		Evolution	+18,88 %	+20,88 %	+1,12 %	-6 %		-7,4 %
	CAQES 2020	2019	202	274	116	27	-	270
		2018	208	281	112	31	-	429
		Evolution	-2,91 %	-2,6 %	+3,76 %	-13,31 %		-37,08 %
	CAQES 2021	2020	211	292	116	22	-	343
		2019	202	278	115	27	-	270
		Evolution	4,36 %	5,18 %	+0,58 %	-18,41 %		27,04 %

Tableau 28 : 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 **211 DDJ/1000 journées d'hospitalisation en 2020** (contre 202 DDJ/1000 JH en 2019), soit une évolution de + 4,36 % sur un an. Cette augmentation concerne principalement les établissements MCO et HAD, et peut s'expliquer en partie par la prise en charge des patients COVID.

Remarque : Une différence très importante a été 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 depuis 2019, 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 Pays de la Loire (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 2020, 92,7 % (102) 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% (57/58)	84,2% (32/38)	83,3% (10/12)	50% (1/2)	100% (6/6)
	2019	95,5% (107/112)	100% (56/56)	86,1% (31/36)	100% (12/12)	100% (2/2)	100% (6/6)
	2020	92,7% (102/110)	100% (55/55)	80% (28/35)	100% (12/12)	100% (2/2)	83,3% (5/6)

Tableau 29 : 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 à partir de 2019 pour exclure les médicaments dont le premier biosimilaire a été commercialisé au cours de l'année et le biosimilaire de l'Enoxaparine qui n'est pas encore accessible aux marchés hospitaliers.

Des différences importantes ont ainsi été notées entre les années 2018 et 2019 selon la prise en compte ou non du biosimilaire de l'Enoxaparine par l'établissement. Les chiffres 2018 sont donc peu comparables à ceux des années suivantes.

Sur les 106 établissements, 98 établissements (92,5 %) ont répondu à l'indicateur.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD avec PUI
NAT_11	2018	15,0%	16,2%	8,0%	24,3%	-	51,8%
	2019	40,9%	50,8%	13,8%	10,9%	-	87,8%
	2020	59,0%	61,2%	29,8%	49,8%	-	99,8%

Tableau 30 : Taux d'UCD de médicaments biologiques délivrés étant des médicaments biosimilaires

Pour les médicaments appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires, 59 % des UCD délivrées aux services de soins sont des médicaments biosimilaires. Quatre établissements (3,8 %) sont à moins de 1 % d'UCD de médicaments biosimilaires délivrés. La progression entre 2019 et 2020 est importante : + 18 points.

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%
	2020	82,4%	96,3%	92,8%	84,5%

Tableau 31 : 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

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 106 établissements, 98 établissements (92,5 %) ont répondu à l'indicateur.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD sans PUI
NAT_12	2018	43,6%	42,7%	49,1%	48,3%	6,0%	42,5%
	2019	45,4%	44,9%	47,9%	57,8%	4,1%	45,2%
	2020	46,4%	45,8%	48,0%	56,0%	3,5%	45,1%

Tableau 32 : Taux d'UCD de médicaments délivrés appartenant au répertoire des génériques (NAT_12)

46,4 % 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

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

Les cibles de ces indicateurs sont définies par 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 110 établissements, 73 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 73 établissements concernés, 59 établissements (80,8 %) ont répondu à cet indicateur.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
NAT_13	2018	17,9%	18,7%	8,5%	29,5%	-	-
	2019	40,2%	48,4%	13,0%	5,8%	-	-
	2020	60,8%	64,5%	34,6%	36,3%	-	25,6%

Tableau 33 : 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, 61 % des UCD de médicaments biologiques prescrites sont des médicaments biosimilaires. L'objectif national de 70 % n'est pas encore atteint au niveau régional. Ce taux a néanmoins augmenté de + 43 points entre 2018 et 2020. 40 établissements de la région ont atteint l'objectif national et 7 établissements sont entre 50 % et 70 %.

Cependant, il est difficile de connaître le nombre d'UCD de médicaments prescrites pour de nombreux établissements. C'est pourquoi, plusieurs établissements ont calculé ce taux en fonction du nombre d'UCD de médicaments biologiques délivrées, 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%
	2020	81,4%	90,7%	91,3%	84,4%

Tableau 34 : 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

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, seuls les établissements MCO sont concernés par l'indicateur REG_38.

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

L'indicateur national NAT_14 porte sur 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 67 établissements concernés par l'indicateur NAT_14, 23 établissements (34,3 %) ont répondu à l'indicateur (14 établissements MCO, 2 établissements PSY et 7 établissements SSR).

Environ 48 % des boîtes de médicaments biologiques prescrites en PHEV sont des boîtes de médicaments biosimilaires.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
NAT_14	2018	54,2%	54,3%	25,5%	100,0%	-	-
	2019	42,5%	42,8%	19,6%	67,9%	-	-
	2020	47,5%	47,6%	27,8%	42,4%	-	-

Tableau 35 : Taux de prescriptions des biosimilaires pour les PHEV (NAT_14)

Sur les 37 établissements concernés par l'indicateur REG_38, seulement 7 établissements (20 %) ont répondu à l'indicateur. Dans ces 7 établissements, environ 43 % 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 seul établissement a atteint cet objectif. Les initiations de traitement en PHEV d'Etanercept et d'Insuline Glargine se font respectivement à 41,1 % et 67,3 % 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%
	2020	41,1%	67,3%	43,5%

Tableau 36 : 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 est défini par l'arrêté du 12 décembre 2018 et est fixé à 49 %.

Seuls les établissements MCO publics ou ESPIC sont concernés par cet indicateur, soit 35 établissements. Les données pour répondre à cet indicateur devaient être transmises par l'assurance maladie aux établissements concernés.

Sur les 35 établissements concernés, 12 établissements (34,3 %) ont répondu à l'indicateur avec les données M6 2020. 43,3 % 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)
	2020	43,3%	49%	16,7 % (2/12)

Tableau 37 : 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

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 est défini par l'**arrêté du 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 sont 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 68 établissements concernés, 21 établissements (30,9 %) 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 + 7,8 % entre 2019 et 2020. La cible nationale de + 3,2 % est donc largement dépassée en région.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY
NAT_16	2017-2018	6,9%	7,0%	-30,1%	3,1%
	2018-2019	2,5%	2,4%	-0,8%	5,9%
	2019-2020	7,8%	8,1%	-8,9%	6,2%

Tableau 38 : 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	191 356 305 €	+ 1,27 %	+ 4,1 %
	2019	226 200 194 €	+ 18,21 %	+ 3 %
	2020	268 664 673 €	+ 18,77 %	+ 3 %
Dépenses liées aux DM (NAT_18)	2018	110 028 516 €	+ 2,78 %	+ 5,8 %
	2019	117 049 504 €	+ 6,38 %	+ 3 %
	2020	112 949 230 €	- 3,50 %	+ 3 %

Tableau 39 : 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 2020, les deux plus importants postes de dépenses sont le Pembrolizumab (KEYTRUDA®) (46 053 335 €) et le Nivolumab (OPDIVO®) (35 463 148 €). Ils représentent 30,3 % de la dépense régionale totale, soit 81 516 483 €.

Le Pembrolizumab (KEYTRUDA®) (+22 111 722 €, soit + 92,36 %) et le Daratumumab (DARZALEX®) (+ 9 916 498 €, soit + 226,61 %) constituent les deux plus importants postes de progression des dépenses.

Produits	Dépenses accordées (en €)						
	2020	2019	Différence 1 an	Evolution 1 an	2018	Différence 2 ans	Evolution 2 ans
KEYTRUDA	46 053 335 €	23 941 613 €	22 111 722 €	92,36 %	11 875 809 €	34 177 525 €	287,79 %
OPDIVO	35 463 148 €	34 364 836 €	1 098 312 €	3,20 %	28 322 890 €	7 140 259 €	25,21 %
DARZALEX	14 292 453 €	4 375 955 €	9 916 498 €	226,61 %	-	-	-
SOLIRIS	13 084 350 €	12 176 063 €	908 287 €	7,46 %	10 827 452 €	2 256 897 €	20,84 %
BEVACIZUMAB	11 630 415 €	13 077 997 €	-1 447 582 €	-11,07 %	12 007 275 €	-376 860 €	-3,14 %
RITUXIMAB	11 249 680 €	13 202 034 €	-1 952 355 €	-14,79 %	13 668 266 €	-2 418 587 €	-17,69 %
TRASTUZUMAB	11 214 439 €	11 573 679 €	-359 240 €	-3,10 %	14 525 526 €	-3 311 088 €	-22,79 %
PERJETA	10 962 870 €	10 674 229 €	288 642 €	2,70 %	9 292 449 €	1 670 421 €	17,98 %
OCREVUS	6 823 768 €	1 467 778 €	5 355 990 €	364,90 %	-	-	-
INFLIXIMAB	6 468 361 €	7 737 798 €	-1 269 436 €	-16,41 %	8 128 122 €	-1 659 761 €	-20,42 %

Tableau 40 : 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 2020, les stimulateurs cardiaques (16 199 252 €), les prothèses de hanche (14 385 568 €) et les prothèses de genou (13 777 946 €) sont les trois plus importants postes de dépenses de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus. Ils représentent 39 % de la dépense régionale totale,

Les stimulateurs cardiaques (+ 812 224 €, soit + 5,28 %), les substituts osseux d'origine naturelle (+ 602 695 €, soit + 171 %) et les valves cardiaques (+ 499 691 €, soit + 3,81 %) représentent les trois plus importants postes de progression des dépenses.

Produits	Dépenses accordées (en €)						
	2020	2019	Différence 1 an	Evolution 1 an	2018	Différence 2 ans	Evolution 2 ans
STIMULATEUR CARDIAQUE	16 199 252 €	15 387 028 €	812 224 €	5,28 %	15 003 446 €	1 195 806 €	7,97 %
PROTHESE HANCHE	14 385 568 €	15 498 642 €	-1 113 073 €	-7,18 %	15 858 711 €	-1 473 143 €	-9,29 %
PROTHESE GENOU	13 777 946 €	15 978 982 €	-2 201 036 €	-13,77 %	16 819 569 €	-3 041 623 €	-18,08 %
VALVE CARDIAQUE	13 611 562 €	13 111 871 €	499 691 €	3,81 %	10 877 420 €	2 734 142 €	25,14 %
ENDOPROTHESE (STENT) CORONAIRE	8 566 571 €	9 282 789 €	-716 218 €	-7,72 %	9 106 935 €	-540 364 €	-5,93 %
GENERATEUR ET ELECTRODE STIMULATION MEDULLAIRE	7 089 891 €	7 673 938 €	-584 047 €	-7,61 %	5 675 418 €	1 414 474 €	24,92 %
ENDOPROTHESE (STENT) PERIPHERIQUE	4 839 164 €	4 926 928 €	-87 764 €	-1,78 %	4 528 250 €	310 914 €	6,87 %
FIXATION LIGAMENTAIRE	3 762 221 €	4 332 136 €	-569 915 €	-13,16 %	4 133 152 €	-370 931 €	-8,97 %
OSTEOSYNTHESE DU RACHIS	3 656 694 €	3 676 558 €	-19 865 €	-0,54 %	3 829 130 €	-172 437 €	-4,50 %
ENDOPROTHESE (STENT) AORTIQUE	3 119 189 €	2 687 564 €	431 625 €	16,06 %	2 267 978 €	851 211 €	37,53 %

Tableau 41 : Top 10 des produits et prestations inscrits sur la liste en sus, par montant de dépenses (Données e-PMSE analysées par l'OMEDIT)

Actions en lien au niveau régional : Elaboration d'une synthèse régionale sur les dépenses de la liste en sus en médicaments et DM en région Pays de la Loire (M6, M9 et M12), élaboration d'une synthèse nominative annuelle sur les dépenses de la liste en sus pour chaque établissement de la région.

REG_39 / REG_40

Les établissements MCO, HAD et dialyse sont concernés par l'indicateur REG_39. Sur les 47 établissements avec des dépenses de médicaments de la liste en sus en 2020, 45 déclarent analyser et justifier l'évolution de leurs dépenses lorsque celle-ci est atypique et 2 établissements se déclarent non applicables.

Seuls les établissements MCO sont concernés par l'indicateur REG_40. Sur les 35 établissements avec des dépenses de DM de la liste en sus en 2020, 34 déclarent analyser et justifier l'évolution de leurs dépenses lorsque celle-ci est atypique et un établissement se déclare non applicable.

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.

Indicateur	Année	Total	Publics/ESPICs	Privés
NAT_19	2018	7,53%	10,16%	3,35%
	2019	8,96%	9,43%	4,89%
	2020	9,99%	9,82%	11,08%

Tableau 42 : Taux de prescriptions de médicaments hors référentiel (NAT_19)

Parmi les 55 établissements MCO, 45 établissements ont répondu à l'indicateur NAT_19. En 2020, le taux de prescriptions de médicaments hors référentiel est d'environ 10 %.

NAT_19	Taux de prescriptions de médicaments hors référentiel
Total	9,99 % (2593/25968)
ETS supports de GHT	2,3 % (1/44)
ETS Publics > 300 lits	9,8 % (128/1305)
ETS Privés > 300 lits	0,6 % (1/156)
ETS Publics 100 - 300 lits	7,2 % (70/968)
ETS Privés 100 - 300 lits	3,1 % (32/1029)
ETS Publics < 100 lits	2,9 % (1/35)
ETS Privés < 100 lits	0 % (0/69)
ETS dédiés à la prise en charge du cancer	13 % (565/4350)

Tableau 43 : Répartition des établissements selon leur taux de prescriptions hors référentiel et leur catégorie d'établissements en 2020

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 48 établissements MCO avec des dépenses de la liste en sus en 2020, 40 établissements (83,3 %) 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	75,6% (34/45)
	2019	81,2% (39/48)
	2020	83,3% (40/48)

Tableau 44 : Taux d'établissements MCO 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.

Indicateur	Année de	Année	Total	MCO +	SSR	HAD
REG_42	CAQES 2018	2018	4 206 616 €	1 997 787 €	1 295 933 €	912 895 €
		2017	3 698 837 €	1 587 852 €	1 108 014 €	1 002 972 €
		Evolution	+13,73 %	+25,82 %	+16,96 %	-8,98 %
	CAQES 2019	2019	3 060 716 €	1 318 455 €	1 144 896 €	597 365 €
		2018	3 756 587 €	2 012 296 €	1 292 098 €	452 193 €
		Evolution	-18,52 %	-34,48 %	-11,39 %	+32,1 %
	CAQES 2020	2020	3 764 439 €	1 456 680 €	1 382 919 €	924 840 €
		2019	3 030 230 €	1 352 362 €	1 080 504 €	597 365 €
		Evolution	24,23 %	7,71 %	27,99 %	+54,82 %

Tableau 45 : Taux d'évolution des dépenses de médicaments onéreux (SSR) et coûteux hors liste (HAD)

D'après les données fournies par les 70 établissements ayant répondu à cet indicateur, le taux d'évolution des dépenses de médicaments onéreux et coûteux est de + 24 % entre 2019 et 2020.

Conclusion

Points forts régionaux en 2018-2020

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

- Indicateurs Hôpital Numérique "Prescription de médicaments informatisée" et "Plan de soins informatisé" > 90 % (respectivement 92,7 % et 91,7%)
- Informatisation de la prescription jusqu'à l'administration (94,3 % des lits)

Dynamique de déploiement de la pharmacie clinique

- Rédaction d'une stratégie de pharmacie clinique pour 88,2 % des établissements de la région
- Analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 pour 89,5% des patients priorités
- Conciliation médicamenteuse pour 63 % des patients priorités

Recours aux médicaments biosimilaires en intra-hospitalier : Trastuzumab, Rituximab, Insuline glargine et Infliximab

Améliorations notables entre 2018 et 2020

Sensibilisation à l'identification des risques liés aux Never Events

- Augmentation du taux d'ETS ayant une procédure de prévention des Never Events (de 76,3 % à 92,7 %)

Dynamique de déploiement de la pharmacie clinique

- Augmentation du taux d'ETS ayant une stratégie de pharmacie clinique (de 50,0 % à 88,2 %)
- Développement de la conciliation médicamenteuse (62 % des ETS ont entamé une démarche en 2020, vs 37 % en 2018)

Recours aux médicaments biosimilaires en intra-hospitalier

- Recours aux biosimilaires de l'insuline glargine : 86 % en 2020 vs 33 % en 2018
- Recours aux biosimilaires du Trastuzumab : 96 % en 2020 vs 18 % en 2018

Poursuite de la sécurisation du circuit des produits de santé dans les structures d'HAD

- 92,7 % des patients bénéficient d'un support unique de prescription en 2020 vs 57,3 % en 2018

Axes d'amélioration régionaux

Poursuite du déploiement de la conciliation médicamenteuse

- 42 ETS (38,1 %) ne réalisaient pas de conciliation médicamenteuse en 2020

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

- 38,3 % d'équivalents lits informatisés de la prescription jusqu'à l'administration

Promotion de la vigilance et du bon usage des antibiotiques

- Justification des traitements antibiotiques : 17 % des antibiothérapies de plus de 7 jours ne sont pas justifiées dans le dossier patient

Impacts possibles de la crise sanitaire

La crise sanitaire de 2020 ne semble pas avoir eu un impact majeur sur les résultats des établissements aux indicateurs du CAQES en région Pays de la Loire.

La dynamique de déploiement de la pharmacie clinique, initiée les années précédentes, s'est poursuivie sur l'année 2020.

Les différences observées sur certains indicateurs peuvent néanmoins s'expliquer tout ou en partie par le contexte sanitaire de l'année 2020, à savoir :

- une diminution de l'analyse collective des **événements indésirables graves** en lien avec des produits de santé ;
- une diminution du nombre de **pharmaciens formés à la pharmacie clinique** au cours des 2 dernières années ;
- une diminution des dépenses de **dispositifs médicaux de la liste en sus**, notamment des prothèses de genoux et de hanche ;
- une augmentation des **consommations en antibiotiques** en MCO et en HAD ;
- une moindre réponse des établissements aux indicateurs pour lesquels un **audit** était demandé (REG_19 sur la traçabilité sanitaire des DMI et NAT_10 sur les antibiothérapies de plus de 7 jours) ;
- une diminution du nombre d'établissements ayant participé à des **travaux régionaux pilotés par l'OMEDIT**.

Sources

(1) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_pec_medicamenteuse.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/ipaqs-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 œuvre opérationnelle
- D-4 : Disponibilité des ressources
- D-5 : Effectivité de la mise en œuvre
- 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".

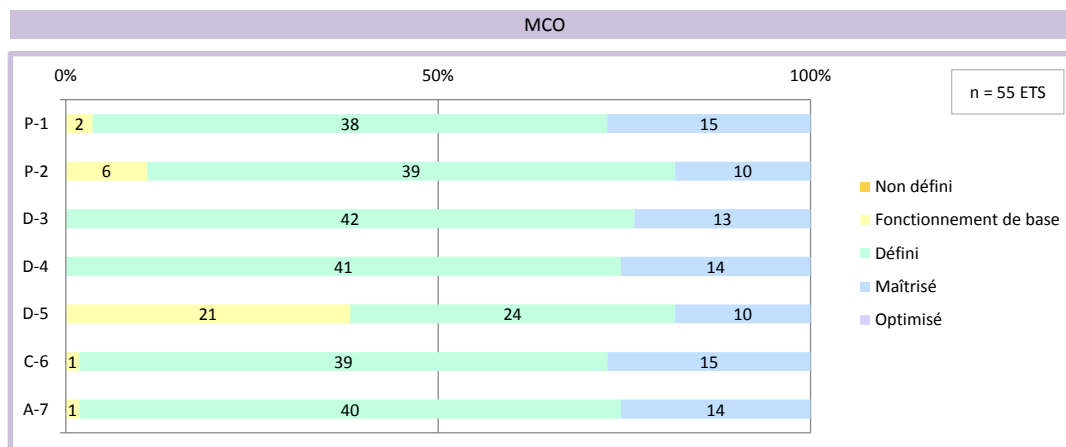


Figure 8 : Répartition des établissements MCO selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM"

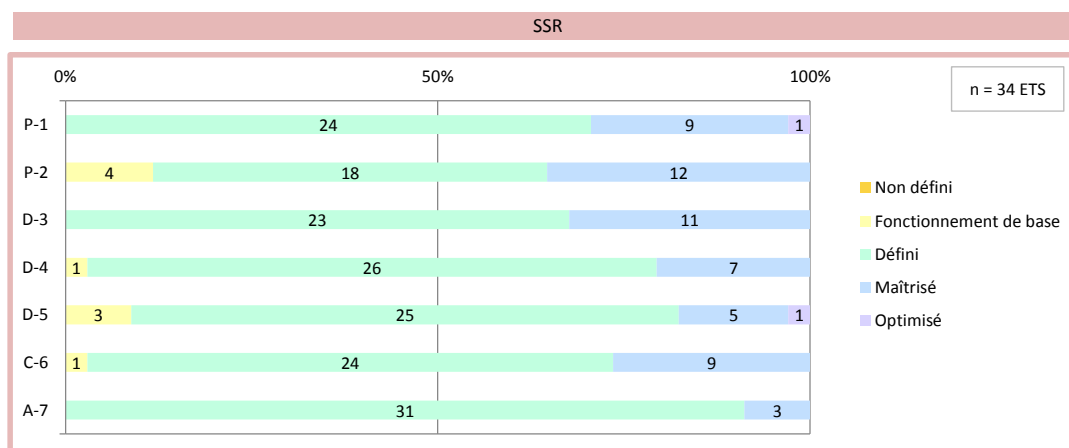


Figure 9 : Répartition des établissements SSR selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM"

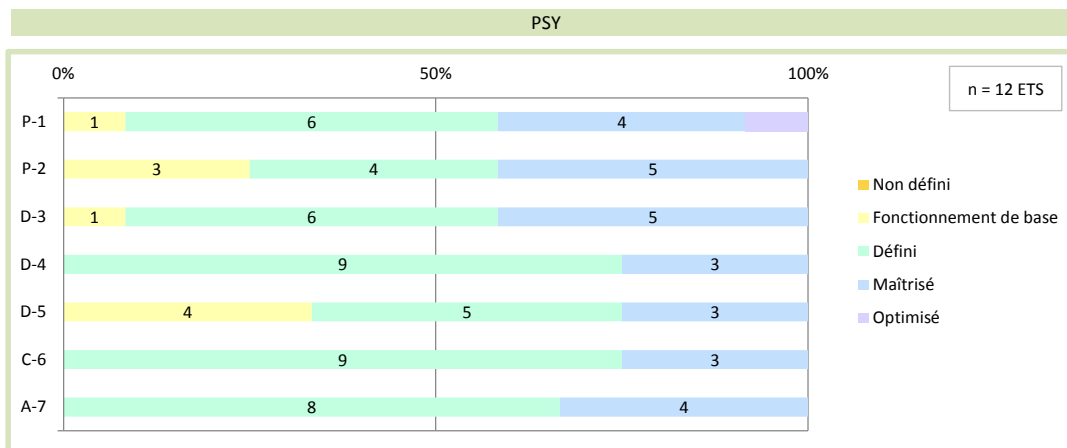


Figure 10 : Répartition des établissements PSY selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM"

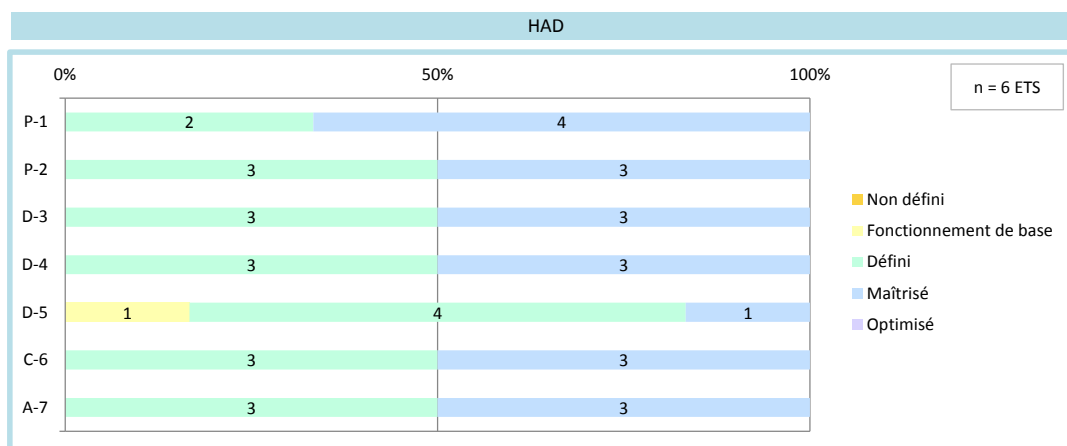


Figure 11 : Répartition des structures d'HAD autonomes selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM"

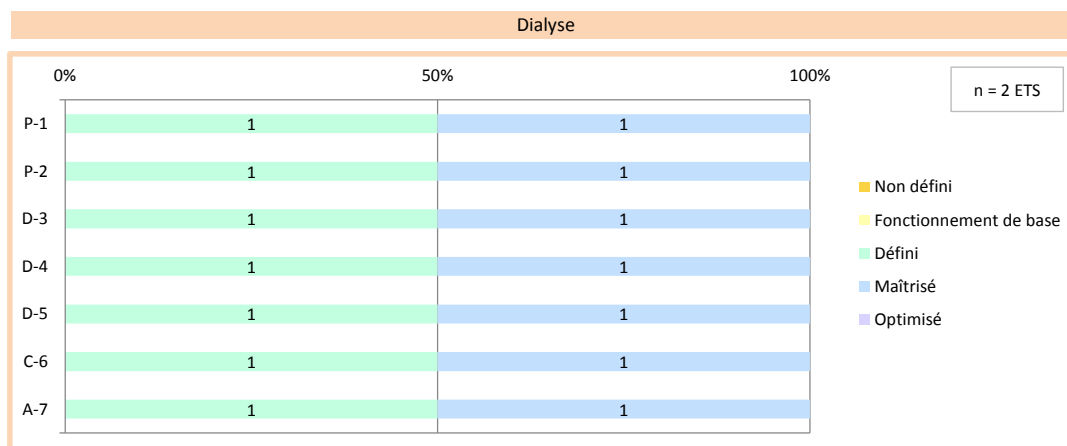


Figure 12 : Répartition des structures de dialyse selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM"