omedit PAYS DE LA LOIRE

Unité de Coordination Régionale

CAQES 2018-2022 :
Analyse des Rapports d'Etape 2022 (données de l'année 2021)
Février 2023

Le rapport d'étape 2022 s'inscrit dans le cadre du suivi pluriannuel du **Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES) 2018-2022**. En 2021 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 2022, sur les données 2021, 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 2021 sont en général comparés à ceux obtenus sur les années 2018 à 2020.

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	2021
Etablissements MCO et MCO autres	58	56	55	55
Etablissements SSR	38	36	35	34
Etablissements de santé mentale	12	12	12	11
Structures de dialyse	2	2	2	2
HAD autonomes	6	6	6	6
Total	116	112	110	108

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).
Pour l'année 2021, deux établissements concernés par le CAQES n'ont pas renseigné leur rapport d'étape annuel.

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 priorisés
NAT 9	Conciliation médicamenteuse - patients priorisés
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'Efficience 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)
	2021	100% (108/108)	100% (55/55)	100% (34/34)	100% (11/11)	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)
	2021	100% (108/108)	100% (55/55)	100% (34/34)	100% (11/11)	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 2021, la politique de management de la PECM existe et est intégrée aux orientations stratégiques de l'ensemble des établissements. 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

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".

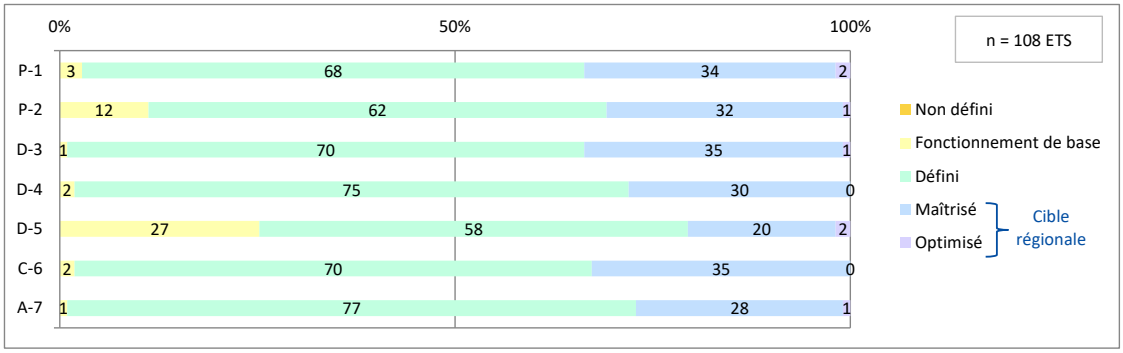

Figure 1 : Répartition des établissements selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM" (REG_3)

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.

NB : Depuis 2021, les visites de certification des établissements de santé pour la qualité des soins se font selon le nouveau référentiel publié en 2020.

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)	22,8% (13/57)	28,2% (11/39)	33,3% (4/12)	0% (0/2)	33,3% (2/6)
	2019	21,4% (24/112)	19,6% (11/56)	16,7% (6/36)	33,3% (4/12)	0% (0/2)	50% (3/6)
	2020	20% (22/110)	20% (11/55)	17,1% (6/35)	25% (3/12)	0% (0/2)	33,3% (2/6)
	2021	20,4% (22/108)	20% (11/55)	17,6% (6/34)	27,3% (3/11)	0% (0/2)	33,3% (2/6)
REG_5	**2018**	32,8% (38/116)	32,8% (19/58)	34,2% (13/38)	33,3% (4/12)	50% (1/2)	16,7% (1/6)
	2019	31,3% (35/112)	37,5% (21/56)	22,2% (8/36)	33,3% (4/12)	50% (1/2)	16,7% (1/6)
	2020	28,2% (31/110)	34,5% (19/55)	20% (7/35)	25% (3/12)	50% (1/2)	16,7% (1/6)
	2021	26,9% (29/108)	34,5% (19/55)	17,6% (6/34)	27,3% (3/11)	50% (1/2)	0% (0/6)

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

Suite à leur certification, 22 établissements (20,4 %) ont une réserve ou une obligation d'amélioration sur la thématique de Management de la PECM du patient. Parmi eux, 21 établissements (95,5 %) ont mis 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, 29 établissements (26,9 %) présentent au moins un écart (point sensible, non-conformité ou non-conformité majeure).

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)
	2021	83,3% (90/108)	92,7% (51/55)	64,7% (22/34)	90,9% (10/11)	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)
	2021	87% (94/108)	90,9% (50/55)	82,4% (28/34)	90,9% (10/11)	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)
	2021	69,8% (74/106)	74,5% (41/55)	68,8% (22/32)	45,5% (5/11)	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, 90 établissements (83,3 %) ont un plan de formation formalisé sur la PECM.
Des démarches d'EPP sur les médicaments sont en cours dans la majorité des établissements (87,0 %, 94/108). Sur les dispositifs médicaux, 69,8 % (74/106) des établissements ont une démarche d'EPP en cours.

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

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)	98,6% (73/74)	97,2% (35/36)
	2021	98,1% (106/108)	98,2% (54/55)	97,1% (33/34)	100% (11/11)	100% (2/2)	100% (6/6)	97,3% (73/75)	100% (37/37)
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)	40,5% (30/74)	61,1% (22/36)
	2021	48,1% (52/108)	60% (33/55)	29,4% (10/34)	18,2% (2/11)	100% (2/2)	83,3% (5/6)	46,7% (35/75)	56,8% (21/37)

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

Deux établissements n'ont déclaré aucun EI lié aux produits de santé et 56 établissements (51,9 %) aucun EIG lié aux produits de santé.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
% EIG analysés	2018	72,8%	73,4%	100,0%	45,5%	45,5%	45,5%
	2019	88,8%	95,7%	68,2%	75,0%	75,0%	75,0%
	2020	87,8%	83,7%	95,7%	100,0%	100,0%	100,0%
	2021	85,0%	80,6%	88,9%	100,0%	100,0%	90,0%
% ETS ayant analysé 100% de leur EIG	2018	73,2% (30/41)	66,7% (18/27)	100% (10/10)	50% (1/2)	NA (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)
	2021	84,6% (44/52)	84,8% (28/33)	80% (8/10)	100% (2/2)	100% (2/2)	80% (4/5)

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

85,0 % des EIG déclarés en interne dans les établissements en 2021 ont été analysés.
Parmi les 52 établissements ayant déclaré des EIG, 44 établissements (84,6 %) ont analysé l'ensemble de leurs EIG, 2 établissements (3,8 %) entre 50 et 75 % de leurs EIG, 2 établissements (3,8 %) entre 25 et 50 % de leurs EIG et 4 établissements (7,7 %) n'ont analysé aucun de leurs EIG.

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

REG_10

En 2021, deux établissements se déclarent non applicables sur la politique de prévention des Never Events.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_10	2018	80,2% (85/106)	89,5% (51/57)	70,6% (24/34)	57,1% (4/7)	50% (1/2)	83,3% (5/6)
	2019	86,4% (95/110)	98,2% (55/56)	77,1% (27/35)	63,6% (7/11)	100% (2/2)	66,7% (4/6)
	2020	94,4% (102/108)	98,2% (54/55)	88,2% (30/34)	100% (11/11)	100% (2/2)	83,3% (5/6)
	2021	97,2% (103/106)	100% (55/55)	93,9% (31/33)	100% (10/10)	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 103 établissements (97,2 %). Seuls 3 établissements ne possèdent pas de procédure validée en 2021, contre 21 en 2018.

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), Escape game clé en mains "Never Events Enigma" (juin 2021), Boîte à outils sur les Never Events (https://www.omedit-paysdelaloire.fr/qualite-securite-et-vigilances/never-events/).

NB : La maîtrise du circuit des médicaments à risque est un critère impératif de la nouvelle version de la certification des établissements de santé.

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.

Indicateur	Annee	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_11	2018	97,4% (112/115)	96,6% (56/58)	100% (37/37)	91,7% (11/12)	100% (2/2)	100% (6/6)
	2019	100% (112/112)	100% (56/56)	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)
	2021	100% (108/108)	100% (55/55)	100% (34/34)	100% (11/11)	100% (2/2)	100% (6/6)
REG_12	2018	91,3% (105/115)	94,8% (55/58)	86,5% (32/37)	83,3% (10/12)	100% (2/2)	100% (6/6)
	2019	96,4% (107/111)	98,2% (55/56)	91,4% (32/35)	100% (12/12)	100% (2/2)	100% (6/6)
	2020	97,3% (107/110)	100% (55/55)	91,4% (32/35)	100% (12/12)	100% (2/2)	100% (6/6)
	2021	96,3% (104/108)	98,2% (54/55)	91,2% (31/34)	100% (11/11)	100% (2/2)	100% (6/6)
REG_13	2018	83,6% (97/116)	89,7% (52/58)	68,4% (26/38)	91,7% (11/12)	100% (2/2)	100% (6/6)
	2019	92,9% (104/112)	94,6% (53/56)	86,1% (31/36)	100% (12/12)	100% (2/2)	100% (6/6)
	2020	93,6% (103/110)	96,4% (53/55)	85,7% (30/35)	100% (12/12)	100% (2/2)	100% (6/6)
	2021	98,1% (106/108)	98,2% (54/55)	97,1% (33/34)	100% (11/11)	100% (2/2)	100% (6/6)
REG_14	2018	75,9% (88/116)	86,2% (50/58)	52,6% (20/38)	83,3% (10/12)	100% (2/2)	100% (6/6)
	2019	84,8% (95/112)	91,1% (51/56)	66,7% (24/36)	100% (12/12)	100% (2/2)	100% (6/6)
	2020	88,2% (97/110)	90,9% (50/55)	77,1% (27/35)	100% (12/12)	100% (2/2)	100% (6/6)
	2021	94,4% (102/108)	96,4% (53/55)	88,2% (30/34)	100% (11/11)	100% (2/2)	100% (6/6)

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

Les modalités de transport et de stockage des médicaments sont définies dans l'ensemble des établissements de la région et celles des dispositifs médicaux dans 104 établissements (96,3 %).
Concernant les modalités de gestion des retours, elles sont définies dans 106 établissements (98,1 %) pour les médicaments et dans 102 établissements (94,4 %) pour les DM.

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.
> Source : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_pec_medicamenteuse.pdf

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	84% (89/106)	74,1% (40/54)	92,1% (35/38)	100% (12/12)	100% (2/2)
		2019	86,4% (89/103)	75,5% (40/53)	97,2% (35/36)	100% (12/12)	100% (2/2)
		2020	85,1% (86/101)	75% (39/52)	94,3% (33/35)	100% (12/12)	100% (2/2)
		2021	86,9% (86/99)	76,9% (40/52)	97,1% (33/34)	100% (11/11)	100% (2/2)
	Taux de lits et places ciblés et réalisés en dispensation nominative	2018	99,8%	100,3%	98,8%	99,6%	100,0%
		2019	99,3%	99,4%	98,8%	100,0%	100,0%
		2020	99,5%	99,7%	97,7%	100,0%	100,0%
		2021	97,0%	95,9%	98,8%	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 99 établissements concernés, 86 établissements (86,9 %) réalisent de la dispensation nominative ciblée et 97,0 % des lits ciblés ont effectivement été réalisés en dispensation 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%
	2021	91,7%	91,5%	99,6%	97,4%	100,0%	67,1%
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%
	2021	92,8%	92,9%	95,1%	86,8%	100,0%	66,3%

*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)*

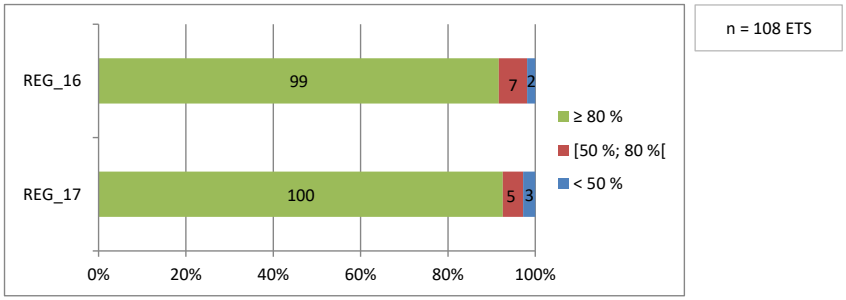

*Figure 2 : Répartition des établissements selon leur **taux de séjours** disposant de prescriptions médicamenteuses informatisées (REG_16) et de plans de soins informatisés (REG_17) en 2020*

La moyenne régionale des séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées est supérieure à l'objectif de 80 % (REG_16 : 91,7 %). De même, la moyenne régionale des séjours disposant d'un plan de soins informatisé est au-dessus de 80 % (REG_17 : 92,8 %). Deux établissements déclarent n'avoir aucun plan de soins informatisé.

Focus sur les structures d'HAD autonomes

HAD		HAD 1	HAD 2	HAD 3	HAD 4	HAD 5	HAD 6
REG_16	2018	7,5%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	24,7%
	2019	19,0%	100,0%	90,1%	100,0%	0,0%	85,3%
	2020	3,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	2021	17,3%	100,0%	100,0%	100,0%	9,3%	100,0%
REG_17	2018	1,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	24,7%
	2019	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	85,3%
	2020	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	2021	17,3%	100,0%	100,0%	100,0%	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)
	2021	95,7% (21958/22956)	96,6% (16817/17401)	100% (2655/2655)	90,7% (1532/1690)	100% (522/522)	62,8% (432/688)

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

Sur l'ensemble des lits de la région, 95,7 % sont informatisés de la prescription jusqu'à l'administration.
Sur les 108 établissements, 104 établissements ont plus de 80 % de leurs lits informatisés de la prescription à l'administration, deux établissements ont entre 50 et 80 % de leurs lits informatisés et deux établissements sont à moins de 50 %.

Parmi les 6 structures d'HAD autonomes, un établissement déclare n'avoir aucun lit informatisé de la prescription jusqu'à l'administration et un établissement est à 38,5 % 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 55 établissements MCO de la région, 39 établissements sont concernés par la pose de DMI.

Le taux de DMI implantés et **informatiquement tracés** est de 98,6 % (NAT_2).

Indicateur	Année	MCO concernés	Evolution
NAT_2	2018	95,7%	
	2019	96,9%	+1,26 %
	2020	98,8%	+1,94 %
	2021	98,6%	-0,22 %

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

En 2021, l'ensemble des établissements concernés 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 et 97,4 % (38/39) en 2019 et 2020.

Le taux de **DMI dont la traçabilité dans le dossier du patient est exhaustive** est de 97,9 % (REG_19). Ce taux était de 97,2 % en 2018, 97,6 % en 2019 et 99,8% en 2020. En 2021, trois établissements concernés n'ont pas répondu à cet indicateur.

Indicateur	Année	MCO concernés	Evolution
REG_19	2018	97,2%	
	2019	97,6%	0,36%
	2020	99,8%	2,27%
	2021	97,9%	-1,90%

*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 neutralisé pour l'année 2021 en raison de l'arrêt du recours à cette classification au profit de la nomenclature européenne des dispositifs médicaux.

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 %
	2021	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 %
	2021	99,8%	+7,66 %
REG_22	2018	54,6%	
	2019	62,1%	+13,65 %
	2020	79,3%	+27,8 %
	2021	89,2%	+12,45 %

*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 99,8 % des patients (REG_21). Le taux de patient dont l'administration des médicaments est tracée sur ce support unique est de 89,2 % (REG_22).

On constate une nette amélioration de ces deux indicateurs tout au long du contrat.

Cinq structures d'HAD autonomes ont déjà atteint l'objectif de 100 % sur l'indicateur REG_21 et trois sur l'indicateur REG_22.
Parmi les 3 autres structures d'HAD, 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 respectivement à 2,8 et 61,4 %.

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

1.5.1. Utilisation de LAP dont la version opérationnelle est certifié

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.
Il n'y a actuellement pas de LAP hospitaliers certifiés sur la base du référentiel de 2021.

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 50 établissements, soit 49,0 % des établissements. Ces données devaient être transmises par l'assurance maladie aux établissements concernés.
En moyenne, 94,7 % 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, de 90,2 % en 2019 pour 44 établissements et de 90,5 % en 2020 pour 46 établissements.
Certains établissements n'ont pas pu répondre car les données ne leur sont pas transmises par la CPAM.

Sur les 108 établissements concernés, le taux d'ordonnances intra-hospitalières incluant le numéro RPPS du prescripteur (NAT_8) a pu être déterminé par 66 établissements, soit 61,1 % des établissements.
En moyenne, 91,7 % 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	90,5%	79,1%	100,0%	92,4%		
	2021	94,7%	91,9%	95,8%	98,8%	-	-
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	89,6%	90,1%	92,9%	77,3%	100,0%	99,2%
	2021	91,7%	92,5%	94,4%	76,8%	100,0%	100,0%

*Tableau 17 : **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)

Ces indicateurs ont été neutralisés en 2021 en raison de l'absence de nouvelle campagne nationale de recueil.

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)
	2021	90,7% (98/108)	94,5% (52/55)	88,2% (30/34)	90,9% (10/11)	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 (90,7 %) met en œuvre une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique. Une nette amélioration durant le contrat est constatée sur cet indicateur (50,0 % en 2018 versus 90,7 % en 2021).

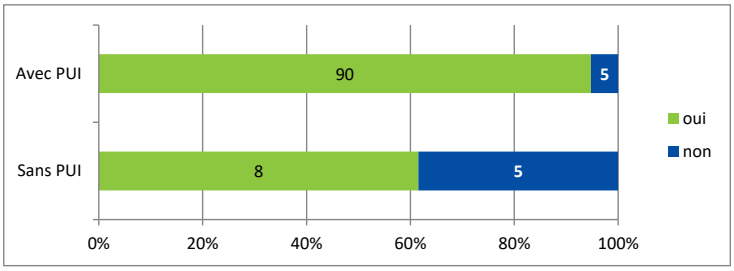

Figure 3 : Répartition des établissements selon la mise en œuvre ou non d'une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique - distinction entre les établissements avec PUI et ceux sans PUI

94,7 % (90/95) des établissements avec une PUI mettent en œuvre une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique. Ce taux est de 61,7 % (8/13) 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/caqes/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)
	2021	95,4% (103/108)	100% (55/55)	94,1% (32/34)	72,7% (8/11)	100% (2/2)	100% (6/6)	97,9% (93/95)	76,9% (10/13)

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

Parmi les 108 établissements, 103 établissements (95,4 %) 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 108 établissements, le taux des séjours bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 a pu être déterminé par 106 établissements.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
REG_30	2018	36,5%	36,6%	51,4%	40,2%	3,7%	75,5%
	2019	38,7%	36,1%	54,2%	56,9%	99,5%	64,6%
	2020	44,8%	42,6%	58,0%	54,3%	99,5%	60,4%
	2021	43,3%	40,5%	65,6%	83,7%	96,6%	59,8%

*Tableau 20 : **Taux de séjours** ayant bénéficié d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 (REG_30)*

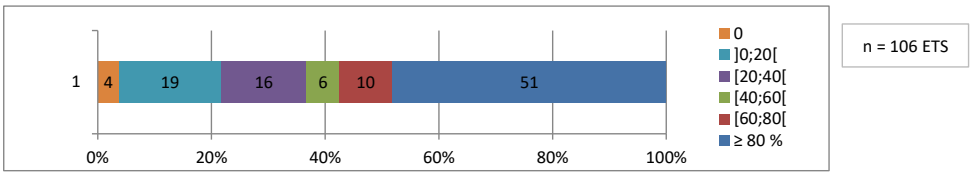

*Figure 4 : Répartition des établissements selon leur **taux de séjours** ayant bénéficié d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 (REG_30)*

Presque la moitié des séjours bénéficient d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 (43,3 %).
Parmi les 106 établissements ayant répondu, 4 établissements (3,8 %) ne font pas d'analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 et 19 établissements (17,9 %) analysent moins de 20 % de leurs séjours.

2.1.2.3. Analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 ciblée

REG_31

Parmi les 108 établissements, le taux des séjours bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 pour les patients priorisés a pu être déterminé par 106 établissements.

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	86,8%	88,5%	80,6%	40,9%	100,0%	79,2%
	2021	89,8%	89,4%	90,5%	88,1%	100,0%	81,0%

*Tableau 21 : **Taux de séjours** ayant bénéficié d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 parmi les séjours de patients priorisés (REG_31)*

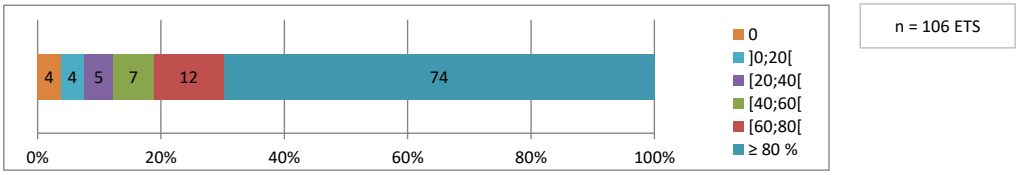

*Figure 5 : Répartition des établissements selon leur **taux de séjours priorisés** ayant bénéficié d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 (REG_31)*

Parmi les établissements répondants, 69,8 % (74) d'entre eux ont réalisé une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 sur plus de 80 % de leurs séjours priorisés. Quatre établissements n'ont analysé aucun de leurs séjours priorisés et quatre ont analysés moins de 20 % de leurs séjours priorisés.

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	60	40	66,7%
	2019	91	82	62	75,6%
	2020	90	88	70	79,5%
	2021	90	88	71	80,7%

*Tableau 22 : **Taux d'établissements ayant atteint leur cible** sur l'indicateur d'analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 pour les patients priorisés (REG_31)*

Sur les 88 établissements ayant défini une cible lors de la signature du CAQES et ayant déterminé un taux pour REG_31, 71 établissements (80,7 %) ont atteint leur objectif.

Actions en lien au niveau régional : Formation perfectionnement à analyse pharmaceutique, 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 2021, 71 établissements (65,7 %) ont entamé une démarche de mise en place de la conciliation médicamenteuse et concilié au moins un patient dans l'année. Ils étaient 43 établissements à avoir entamé cette démarche en 2018, 50 établissements en 2019 et 68 établissements en 2020.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	Dialyse	HAD
NAT_9	2018	44,0%	45,1%	25,8%	34,3%	0,0%	14,7%
	2019	50,7%	51,9%	39,8%	44,7%	13,0%	60,4%
	2020	63,0%	63,9%	50,8%	58,8%	29,6%	63,8%
	2021	64,8%	63,9%	76,9%	72,4%	28,3%	92,1%

*Tableau 23 : **Taux de patients** ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse parmi les patients priorisés (NAT_9)*

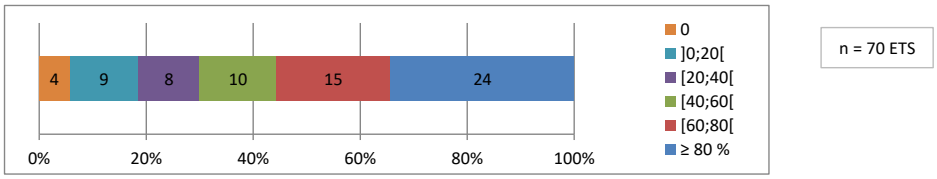

*Figure 6 : Répartition des établissements selon leur **taux de patients priorisés** ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse (NAT_9)*

Parmi les 70 établissements ayant priorisé des patients pour une conciliation médicamenteuse, 24 établissements (34,3 %) ont concilié plus de 80 % de leurs patients priorisés, 4 établissements (5,7 %) n'ont concilié aucun patient et 9 établissements (12,9 %) ont concilié moins de 20 % de leurs patients priorisés. Au total, 64,8 % des patients priorisés ont bénéficié d'une conciliation médicamenteuse.
***Remarque :** 17 établissements ont priorisé moins de 20 patients (5 MCO, 9 SSR, 2 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	83	54	35	64,8%
	2021	83	58	29	50,0%

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

En 2021, sur les 58 établissements ayant défini une cible lors de la signature des CAQES et un taux pour NAT_9, 29 établissements (50,0 %) 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 108 établissements, 5 établissements n'ont pas pu répondre à cet indicateur.

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	90,5%	78,8%	70,2%	90,5%	100,0%	99,7%
	2021	86,6%	67,6%	70,0%	88,9%	100,0%	100,0%

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

86,6 % des pharmaciens participant aux activités de pharmacie clinique sont formés, *a minima* , tous les 2 ans. Pour 16 établissements, aucun pharmacien participant aux activités de pharmacie clinique n'était formé en 2021.

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 107 établissements concernés, 14 établissements n'ont pas réalisé le recueil en 2021 de cet indicateur et 5 établissements n'ont pas eu de traitement antibiotique de plus de 7 jours sur l'année 2021.

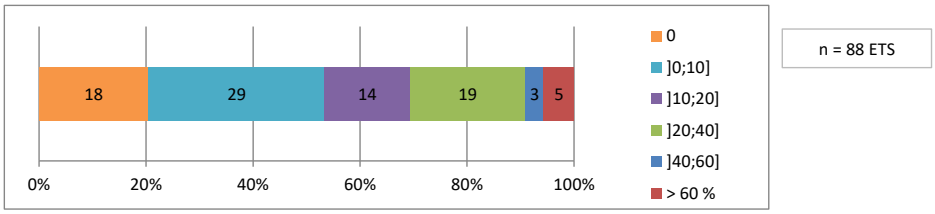

*Figure 7 : Répartition des établissements selon leur **taux de traitements antibiotiques de plus de 7 jours non justifiés** (NAT_10)*

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%
	2021	16,5%	18,2%	15,7%	17,9%	9,9%	4,4%

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

En moyenne, le taux d'antibiothérapies de plus de 7 jours non justifiées est de 16,5 % (la justification étant définie comme la mention de l'indication précise et du motif expliquant la durée allongée retrouvée dans le dossier patient).

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.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	HAD avec PUI
REG_33	2018	93,5% (100/107)	100% (58/58)	89,2% (33/37)	81,8% (9/11)	0% (0/1)
	2019	95,1% (98/103)	98,2% (55/56)	94,3% (33/35)	81,8% (9/11)	100% (1/1)
	2020	96,1% (98/102)	98,2% (54/55)	94,1% (32/34)	91,7% (11/12)	100% (1/1)
	2021	96% (96/100)	98,2% (54/55)	93,9% (31/33)	90,9% (10/11)	100% (1/1)
REG_34	2018	84,8% (89/105)	93,1% (54/58)	77,8% (28/36)	70% (7/10)	0% (0/1)
	2019	91,1% (92/101)	96,4% (53/55)	91,4% (32/35)	70% (7/10)	0% (0/1)
	2020	89,2% (91/102)	96,4% (53/55)	85,3% (29/34)	66,7% (8/12)	100% (1/1)
	2021	89% (89/100)	92,7% (51/55)	87,9% (29/33)	72,7% (8/11)	100% (1/1)

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)

96,0 % (96) des établissements utilisent l'outil ConsoRes® pour la saisie des consommations en ATB (REG_33) et 89,0 % (89) des établissements pour la saisie des résistances bactériennes (REG_34).
Quatre établissements n'ont pas atteint leur cible pour REG_33 et 11 établissements n'ont pas atteint leur cible pour REG_34.

NB : L'outil ConsoRes® va être remplacé en 2023 par un nouvel outil de suivi des consommations en antibiotiques et des résistances bactériennes.

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	HAD avec PUI
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 2020	2020	211	292	116	22	343
		2019	202	278	114	27	270
		Evolution	**+4,4 %**	**+4,94 %**	**+1,47 %**	**-18,41 %**	**+27,04 %**
	CAQES 2021	2021	213	267	167	23	331
		2020	222	272	182	23	343
		Evolution	**-4,02 %**	**-2,05 %**	**-8,25 %**	**-1,45 %**	**-3,5 %**

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 **213 DDJ/1000 journées d'hospitalisation en 2021** (contre 222 DDJ/1000 JH en 2020), soit une évolution de -4,02 % sur un an.

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 2021, 93,5 % (101) 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)
	2021	93,5% (101/108)	98,2% (54/55)	82,4% (28/34)	100% (11/11)	100% (2/2)	100% (6/6)

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 104 établissements, 97 établissements (93,3 %) 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	71,6%	74,5%	39,2%	49,8%	100,0%	99,8%
	2021	88,3%	88,5%	80,0%	96,8%	100,0%	99,1%

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

Pour les médicaments appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires, 88,3 % des UCD délivrées aux services de soins sont des médicaments biosimilaires. Quatre établissements (4,1 %) sont à moins de 1 % d'UCD de médicaments biosimilaires délivrées.

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%	84,6%
	2021	86,8%	93,6%	94,3%	91,7%

*Tableau 31 : **Taux d'UCD** de médicaments biologiques délivrées étant des médicaments biosimilaires (NAT_11) - taux spécifiques*

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 104 établissements, 96 établissements (92,3 %) 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%
	2021	46,2%	45,3%	49,8%	58,6%	3,3%	45,3%

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

46,2 % des UCD de médicaments délivrées aux services de soins appartiennent au répertoire des médicaments génériques.

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 108 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, 59 établissements (81,9 %) ont répondu à cet indicateur.

Indicateur	Année	Total	MCO	SSR	PSY	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%	34,9%	36,3%	-
	2021	89,8%	89,6%	95,2%	98,3%	35,6%

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, 89,8 % des UCD de médicaments biologiques prescrites sont des médicaments biosimilaires. L'objectif national de 70 % est atteint au niveau régional. 50 établissements de la région ont atteint l'objectif national et 3 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%	84,6%
	2021	85,4%	97,2%	94,6%	90,9%

Tableau 34 : Taux de prescriptions de biosimilaires pour les prescriptions intra-hospitalières (NAT_13) - taux spécifiques

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 66 établissements concernés par l'indicateur NAT_14, 15 établissements (22,7 %) ont répondu à l'indicateur (7 établissements MCO, 2 établissements PSY et 6 établissements SSR).
48,0 % 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%
	2020	47,5%	47,6%	29,1%	42,4%
	2021	48,0%	47,9%	56,0%	37,8%

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

Sur les 35 établissements concernés par l'indicateur REG_38, seulement 6 établissements (17,1 %) ont répondu à l'indicateur.
Dans ces 6 établissements, 45,0 % 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 40,7 % et 76,6 % 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%
	2021	40,7%	76,6%	45,0%

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, 7 établissements (20,0 %) ont répondu à l'indicateur avec les données M6 2021.
44,1 % 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 7 établissements ayant répondu à l'indicateur, un seul a 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)
	2021	44,1%	49%	14,3 % (1/7)

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 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 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, 13 établissements (19,1 %) 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 + 4,5 % entre 2020 et 2021. La cible nationale de + 3,2 % est donc 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%
	2020-2021	4,5%	4,8%	-54,1%	1,6%

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 et les structures de dialyse 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 HAD autonomes 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 %
	2021	315 044 616 €	+ 17,26 %	+ 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 €	- 3,5 %	+ 3 %
	2021	127 638 698 €	+ 13,01 %	+ 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 2021, les deux plus importants postes de dépenses sont le Pembrolizumab (KEYTRUDA®) (66 763 242 €) et le Nivolumab (OPDIVO®) (33 008 853 €). Ils représentent 31,7 % de la dépense régionale totale, soit 99 772 095 €.

Le Pembrolizumab (KEYTRUDA®) (+20 709 907 €, soit + 44,97 %) et le Daratumumab (DARZALEX®) (+ 14 095 171 €, soit + 98,62 %) constituent les deux plus importants postes de progression des dépenses.

Produits	Dépenses accordées (en €)						
	2021	2020	Différence 1 an	Evolution 1 an	2019	Différence 2 ans	Evolution 2 ans
KEYTRUDA	66 763 242 €	46 053 335 €	20 709 907 €	44,97 %	23 941 613 €	42 821 629 €	178,86 %
OPDIVO	33 008 853 €	35 463 148 €	-2 454 295 €	-6,92 %	34 364 836 €	-1 355 983 €	-3,95 %
DARZALEX	28 387 630 €	14 292 453 €	14 095 177 €	98,62 %	4 375 955 €	24 011 675 €	548,72 %
SOLIRIS	13 427 966 €	13 084 350 €	343 617 €	2,63 %	12 176 063 €	1 251 904 €	10,28 %
PERJETA	11 504 851 €	10 962 870 €	541 981 €	4,94 %	10 674 229 €	830 623 €	7,78 %
RITUXIMAB	10 891 546 €	11 249 680 €	-358 134 €	-3,18 %	13 202 034 €	-2 310 489 €	-17,50 %
KADCYLA	9 728 298 €	5 879 219 €	3 849 079 €	65,47 %	4 331 004 €	5 397 294 €	124,62 %
TRASTUZUMAB	9 544 303 €	11 214 439 €	-1 670 136 €	-14,89 %	11 573 679 €	-2 029 376 €	-17,53 %
OCREVUS	9 521 150 €	6 823 768 €	2 697 382 €	39,53 %	1 467 778 €	8 053 372 €	548,68 %
BEVACIZUMAB	9 145 754 €	11 630 415 €	-2 484 661 €	-21,36 %	13 077 997 €	-3 932 243 €	-30,07 %

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 2021, les stimulateurs cardiaques (17 429 409 €), les valves cardiaques (17 102 300 €) et les prothèses de genou (16 477 901 €) sont les trois plus importants postes de dépenses de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus. Ils représentent 40,0 % de la dépense régionale totale, soit 51 009 609 €.

Les valves cardiaques (+ 3 490 738 €, soit + 25,65 %), les prothèses de genou (+ 2 699 955 €, soit + 19,60 %) et les prothèses de hanche (+ 1 815 632 €, soit + 12,62 %) représentent les trois plus importants postes de progression des dépenses.

Produits	Dépenses accordées (en €)						
	2021	2020	Différence 1 an	Evolution 1 an	2019	Différence 2 ans	Evolution 2 ans
STIMULATEUR CARDIAQUE	17 429 409 €	16 199 252 €	1 230 157 €	7,59 %	15 387 028 €	2 042 381 €	13,27 %
VALVE CARDIAQUE	17 102 300 €	13 611 562 €	3 490 738 €	25,65 %	13 111 871 €	3 990 429 €	30,43 %
PROTHESE GENOU	16 477 901 €	13 777 946 €	2 699 955 €	19,60 %	15 978 982 €	498 919 €	3,12 %
PROTHESE HANCHE	16 201 200 €	14 385 568 €	1 815 632 €	12,62 %	15 498 642 €	702 558 €	4,53 %
ENDOPROTHESE (STENT) CORONAIRE	8 062 738 €	8 566 571 €	-503 833 €	-5,88 %	9 282 789 €	-1 220 052 €	-13,14 %
DISPOSITIFS DE STIMULATION MEDULLAIRE	6 522 009 €	7 089 891 €	-567 882 €	-8,01 %	7 673 938 €	-1 151 928 €	-15,01 %
ENDOPROTHESE (STENT) PERIPHERIQUE	5 515 964 €	4 839 164 €	676 800 €	13,99 %	4 926 928 €	589 036 €	11,96 %
OSTEOSYNTHESE DU RACHIS	4 547 448 €	3 656 694 €	890 754 €	24,36 %	3 676 558 €	870 890 €	23,69 %
FIXATION LIGAMENTAIRE	3 792 000 €	3 762 221 €	29 779 €	0,79 %	4 332 136 €	-540 136 €	-12,47 %
ENDOPROTHESE (STENT) AORTIQUE	3 215 971 €	3 119 189 €	96 782 €	3,10 %	2 687 564 €	528 407 €	19,66 %

Tableau 41 : 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 et HAD sont concernés par l'indicateur REG_39. Sur les 50 établissements avec des dépenses de médicaments de la liste en sus en 2021, 48 déclarent analyser et justifier l'évolution de leurs dépenses lorsque celle-ci est atypique (96,0 %).

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 (97,1 %).

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 et ESPIC	Privés
NAT_19	**2018**	7,53%	10,16%	3,35%
	2019	8,96%	9,43%	4,89%
	2020	9,95%	10,03%	9,75%
	2021	9,81%	10,07%	7,74%

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

Parmi les 55 établissements MCO, 30 établissements sont concernés par des initiations de traitement d'un médicament de la liste en sus.
En 2021, le taux de prescriptions de médicaments hors référentiel est de 9,8 %.

NAT_19	Taux de prescriptions de médicaments hors référentiel
ETS supports de GHT	10,4 % (2021/19422)
ETS dédiés à la prise en charge du cancer	8,9 % (351/3946)
ETS publics > 300 lits	11,1 % (133/1198)
ETS privés > 300 lits	0 % (0/161)
ETS publics 100 - 300 lits	8 % (81/1018)
ETS privés 100 - 300 lits	4,2 % (45/1067)
ETS publics < 100 lits	17,6 % (3/17)
ETS privés < 100 lits	0 % (0/8)
Total	**9,81 % (2634/26837)**

Tableau 43 : Répartition des établissements selon leur taux de prescriptions hors référentiel et leur catégorie d'établissements en 2021

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 47 établissements MCO avec des dépenses de la liste en sus en 2021, 41 établissements (87,2 %) 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)
	2021	87,2 % (41/47)

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	3 769 907 €	1 462 148 €	1 382 919 €	924 840 €
		2019	3 128 072 €	1 385 673 €	1 145 035 €	597 365 €
		Evolution	**20,52 %**	**5,52 %**	**20,78 %**	**+54,82 %**
	CAQES 2021	2021	4 108 521 €	1 536 818 €	1 648 846 €	922 856 €
		2020	3 962 813 €	1 602 943 €	1 435 029 €	924 840 €
		Evolution	**3,68 %**	**-4,13 %**	**14,9 %**	**-0,21 %**

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

D'après les données fournies par les 68 établissements ayant répondu à cet indicateur, le taux d'évolution des dépenses de médicaments onéreux et coûteux est de + 3,68 % entre 2020 et 2021.

Conclusion

Points forts régionaux en 2021

Management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et sécurisation du circuit des produits de santé :

- Existence d'une politique de management de la PECM (100,0 %) et de prévention des "Never Events" (97,2 %)
- Informatisation des prescriptions médicamenteuses (91,7 %), des plans de soins (92,8 %) et de la prescription jusqu'à l'administration (95,7 % des lits)

Déploiement de la pharmacie clinique :

- Existence d'une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique (90,7 %)
- Analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 (89,0% des patients priorisés, soit 43,3 % des patients hospitalisés)
- Conciliation médicamenteuse (64,8 % des patients priorisés)

Maîtrise des dépenses de santé :

- Recours aux médicaments biosimilaires en intra-hospitalier (88,3 % des UCD de médicaments biologiques délivrées sont des médicaments biosimilaires)

Améliorations notables entre 2018 et 2021

Sensibilisation aux risques liés aux Never Events :

- Augmentation du taux d'ETS ayant une procédure de prévention des Never Events (de 76,3 % à 97,2 %)

Traçabilité des dispositifs médicaux implantables (DMI) :

- Augmentation du taux d'ETS ayant une procédure détaillant le processus de traçabilité sanitaire des DMI (de 87,8 % à 100,0 %)

Support de prescription médicamenteuse en HAD :

- Augmentation du taux de séjours disposant de prescriptions informatisées (de 29,2 % à 67,1 %) et de plans de soins informatisés (de 21,8 % à 66,3 %)
- Augmentation du taux de patients avec un support unique de prescription (de 57,3 % à 99,8 %) et pour lesquels l'admistration est tracée sur ce support (de 54,6 % à 89,2 %)

Déploiement de la pharmacie clinique :

- Augmentation du taux d'ETS ayant défini une stratégie de pharmacie clinique (de 50,0 % à 90,7 %)
- Augmentation du nombre d'ETS ayant déployé une activité de conciliation médicamenteuse (de 43 à 71 ETS)

Justification des antibiothérapies de plus de 7 jours :

- Diminution du taux d'antibiothérapies de plus de 7 jours non justifiées dans le dossier patient (de 31,4 % à 15,8 %)

Recours aux médicaments biosimilaires en intra-hospitalier :

- Augmentation du taux de recours global (de 15,0 % à 88,3 %) et des taux spécifiques, notamment celui de l'insuline glargine (de 32,7 % à 91,7 %) et celui du Trastuzumab (de 18,1 % à 93,6 %)

Axes d'amélioration régionaux en 2021

Culture sécurité et déclaration des évènements indésirables (EI) associés aux soins impliquant un produit de santé :

- 2 ETS (1,9 %) déclarent n'avoir eu aucun EI lié aux produits de santé et 56 ETS (51,9 %) aucun EI grave (EIG)

Poursuite du déploiement de la conciliation médicamenteuse :

- 50 % des ETS ayant déployé une activité de conciliation médicamenteuse n'atteignent pas leurs objectifs en termes de nombre de patients priorisés et conciliés

Promotion de la vigilance et du bon usage des antibiotiques :

- 15,8 % des antibiothérapies de plus de 7 jours ne sont pas justifiées dans le dossier patient

Maîtrise des dépenses de santé :

- Taux de prescription des biosimilaires en initiation, pour les PHEV (45,0 %)
- Augmentation importante des dépenses liées aux médicaments de la liste en sus (+ 17,3 % entre 2020 et 2021, soit + 64,6 % entre 2018 et 2021) et aux dispositifs médicaux de la liste en sus (+ 13,0 % entre 2020 et 2021, soit + 16,0 % entre 2018 et 2021)

Etat des lieux des indicateurs régionaux du CAQES 2022 - 2026 sur les produits de santé

REG_1 - Pharmacie clinique :

- *REG_1.1 : Mise en œuvre d'une stratégie de pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la prise en charge médicamenteuse* → En 2021, **90,7 % (98/108)** des ETS ont mis en oeuvre une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique (REG_28).
- *REG_1.2 : Taux de séjours de patients priorisés ayant bénéficié d'une expertise pharmaceutique clinique des prescriptions* → En 2021, **89,0 % (432 175/485 571)** des séjours de patients priorisés ont bénéficié d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 (REG_31), ce qui représente 39,2 % des séjours d'hospitalisation complète.
- *REG_1.3 : Nombre de patients conciliés (entrée et/ou sortie) sur l'année* → En 2021, **64,8 % (26 087/40 285)** des patient priorisés ont bénéficié d'une conciliation médicamenteuse (NAT_9). 65,7 % (71/108) des ETS ont une activité de conciliation médicamenteuse. A compter de 2022, l'indicateur sera exprimé en nombre de patients conciliés au lieu d'un taux de patients priorisés conciliés.
- *REG_1.4 : Nombre de patients ayant bénéficié d'un entretien pharmaceutique sur l'année* → Non évalué sur le CAQES 2018-2022.
- *REG_1.5 : Nombre de plans pharmaceutiques personnalisés réalisés sur l'année* → Non évalué sur le CAQES 2018-2022.

REG_2 - Dispositifs médicaux implantables et stériles :

- *REG_2.1 : Mise en œuvre d'un système de management de la qualité du circuit des dispositifs médicaux stériles* → Non évalué sur le CAQES 2018-2022.
- *REG_2.2 : Mise en œuvre d'actions de bon usage sur les dispositifs médicaux (DM) (recommandations de bonnes pratiques, informations de bon usage, évaluation des pratiques professionelles - EPP…)* → En 2021, **68,5 % (74/108)** des ETS ont une démarche d'EPP en cours sur les DM (REG_8). A compter de 2022, l'indicateur englobera toute action de bon usage des DM et pas uniquements les EPP.
- *REG_2.3 : La traçabilité sanitaire des dispositifs médicaux implantables (DMI) est effectuée sur un ou des logiciel(s) informatique(s) dédié(s) interopérable avec le système d'information hospitalier* → Non évalué sur le CAQES 2018-2022.
- *REG_2.4 : Taux de dispositifs médicaux implantés sur l'année N pour lesquels l'ensemble des informations de traçabilité sanitaire sont conservées au sein de l'établissement* → En 2021, **99,3 % (511 222/514 852)** des DMI implantés sont informatiquement tracés (NAT_2). A compter de 2022, la traçabilité sanitaire des DMI intègrera l'IUD (identifiant unique des dispositifs médicaux) pour les DM concernés.
- *REG_2.5 : Taux de patients avec pose d'un DMI pour lesquels l'ensemble des informations de traçabilité sanitaire sont disponibles dans le dossier patient et la lettre de liaison* → En 2021, le taux de DMI implantés avec une traçabilité exhaustive dans le dossier du patient est de **97,9 %** (REG_19). A compter de 2022, cette traçabilité devra aussi être transmise dans la lettre de liaison.

REG_3 - Prescriptions hors référentiels :

- *REG_3.1 : L'établissement présente en CME le suivi de la répartition des prescriptions (AMM, hors référentiel…) des médicaments coûteux/innovants* → En 2021, 87,2 % (41/47) des établissements concernés présentaient 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.
- *REG_3.2 : Transmission des argumentaires des prescriptions hors AMM des médicaments coûteux/innovants à la demande de l'OMEDIT)* → Non évalué sur le CAQES 2018-2022.

REG_4 - Pertinence et justification des traitements antibiotiques :

- *REG_4.1 : Mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles (tous les 2 ans) avec définition d'un plan d'actions, ciblée sur les infections urinaires* → Non évalué sur le CAQES 2018-2022.

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".

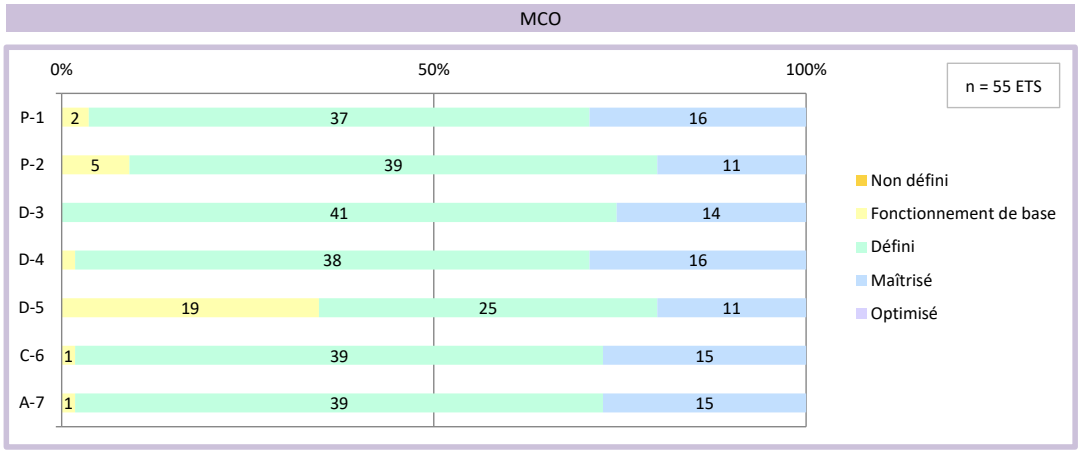

Figure 8 : Répartition des établissements MCO selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM"

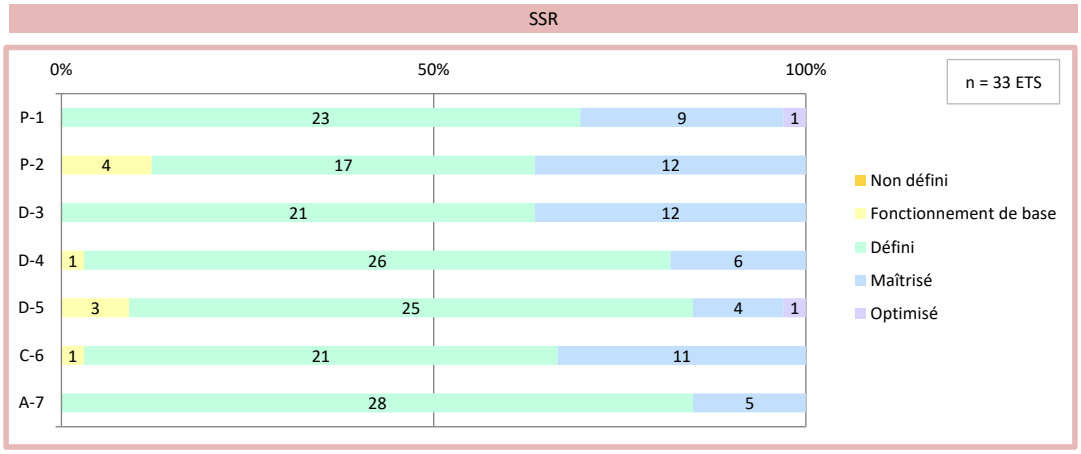

Figure 9 : Répartition des établissements SSR selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM"

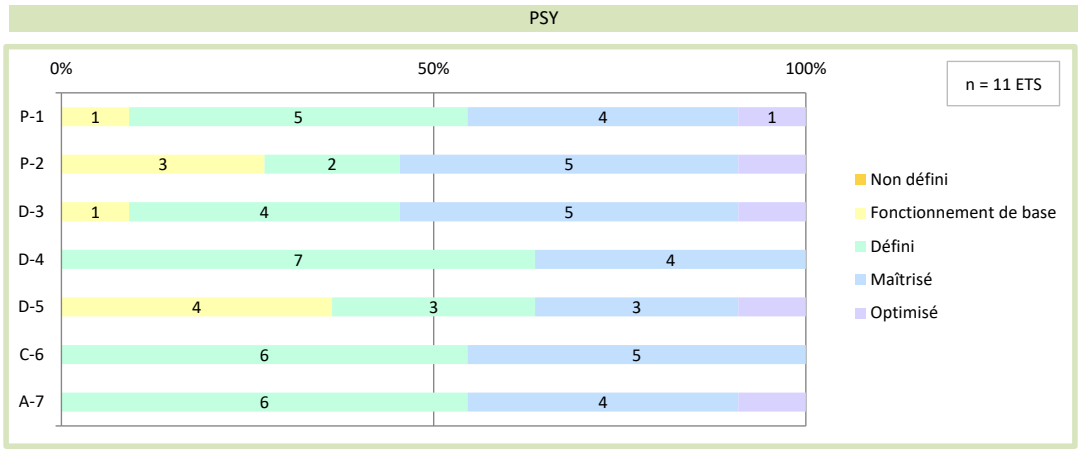

Figure 10 : Répartition des établissements PSY selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM"

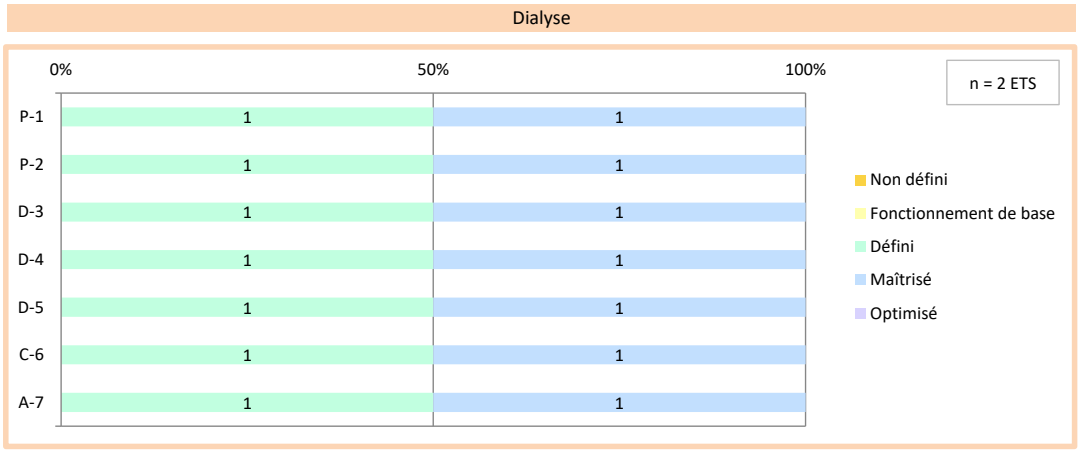

Figure 11 : Répartition des structures de dialyse selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM"

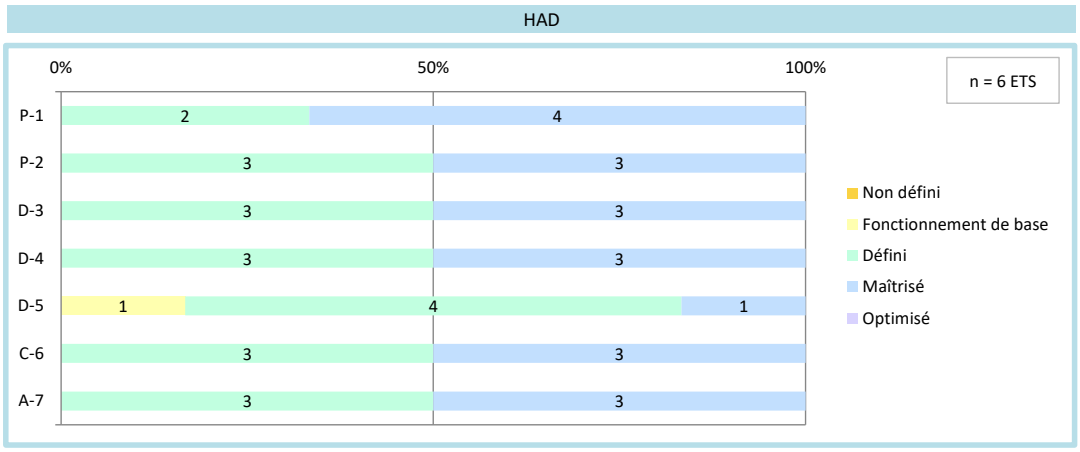

Figure 12 : Répartition des structures d'HAD autonomes selon les résultats de la certification V2014 sur la thématique "Management de la PECM"