



# Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) Réunions d'accompagnement

*Octobre 2018*

# Composition

**Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins**  
**CAQES**

=

**Volet OBLIGATOIRE = Contrat socle**  
*Bon usage médicaments, produits et prestations*

+

**Volets ADDITIONNELS**  
*Qualité et organisation des soins (transports, promotion  
pertinence des actes, prestations, prescriptions et  
amélioration des pratiques*

**Rapport d'Etape Annuel (REA)**

**COFIL**  
*Définition des objectifs, critères et modalités*

# Modalités d'évaluation

- Rapport d'Etape Annuel
  - Identique à tous les établissements
  - Précision du secteur concerné (MCO, SSR, PSY, dialyse, HAD)
- Une cible qualitative ou quantitative pour chaque critère
- Evaluation de l'ensemble des critères chaque année (score /105 avec % d'atteinte globale)

■ Pour chaque critère :

- Objectif jugé comme « **réalisé** » → maximum de points
- Objectif jugé comme « **partiellement réalisé** » → la moitié des points
- Objectif jugé comme « **non réalisé** » → aucun point
- Si établissement non concerné par un ou plusieurs critère(s) : pourcentage global recalculé

■ Pondération : 0 à 4 points

- Pour certains critères : éléments de preuve à fournir et/ou audits spécifiques à réaliser (*pas d'évaluation sur les résultats → synthèse régionale + accompagnement*)

# Cibles

- La cible pour l'année 2018 (pourcentage global) a été fixée par catégorie d'établissement à :
  - 65% pour les établissements MCO (activité principale)
  - 60% pour les établissements de Psychiatrie (activité principale)
  - 60% pour les établissements SSR (activité principale)
  - 50% pour les établissements HAD (activité principale)
  - 40% pour les établissements de Dialyse (activité principale)

La notion d'activité principale, qui définit la cible pour chaque établissement est revue chaque année. Celle-ci est calculée à partir du prorata d'activité pour chaque ES (Nombre de journées PMSI déclarées dans la SAE par type d'activité)

# Intéressement CAQES

- **Un intéressement en deux temps (instruction prévue en 2018) :**
  - concentrer une partie de l'intéressement sur quelques indicateurs clés
  - propose de mettre en place l'intéressement en deux étapes (premier temps en 2019 et deuxième temps en 2020) afin de ne pas remettre en cause les avancées déjà obtenues et les contrats déjà signés

# Modalités de calcul de l'intéressement

- Les modalités de calcul de l'intéressement permettront de :
  - concentrer une partie de l'intéressement sur des indicateurs ciblés
  - promouvoir des logiques de benchmark et d'évaluation sur les indicateurs clés
  - impulser de manière coordonnée les changements prioritaires sur l'ensemble des Ets.
  - laisser une marge de manœuvre aux régions
- Les modalités de conclusion et de définition des contrats ne changent pas
- Pas de sanctions sur les objectifs 2018 en 2019
- Intéressement : dotation du fonds d'intervention régional (FIR).

# Versement 2019 sur les objectifs de 2018

## 2/ Volet Pertinence :

Intéressement déclenché si atteinte de l'objectif fixé en thématique principale.  
Le calcul de l'intéressement est majoré ou minoré suivant les résultats des autres indicateurs.

## 3/ Volet Transport :

Intéressement déclenché si atteinte de l'objectif obligatoire et le cas échéant des objectifs facultatifs.  
Le calcul correspond à 30% maximum des économies réalisées.

## 1/ Volet obligatoire (produits de santé) :

Calcul de l'intéressement suivant les pondérations appliquées à chaque indicateur (national et régional)

## 4/ Volet Qualité :

Calcul de l'intéressement suivant l'atteinte des objectifs fixés

1 + 2 + 3 + 4  
=  
versement  
d'un seul  
intéressement



# Versement en 2020 sur les objectifs de 2019

50% du montant final de l'intéressement fonction des indicateurs ciblés (parmi les indicateurs nationaux obligatoires)

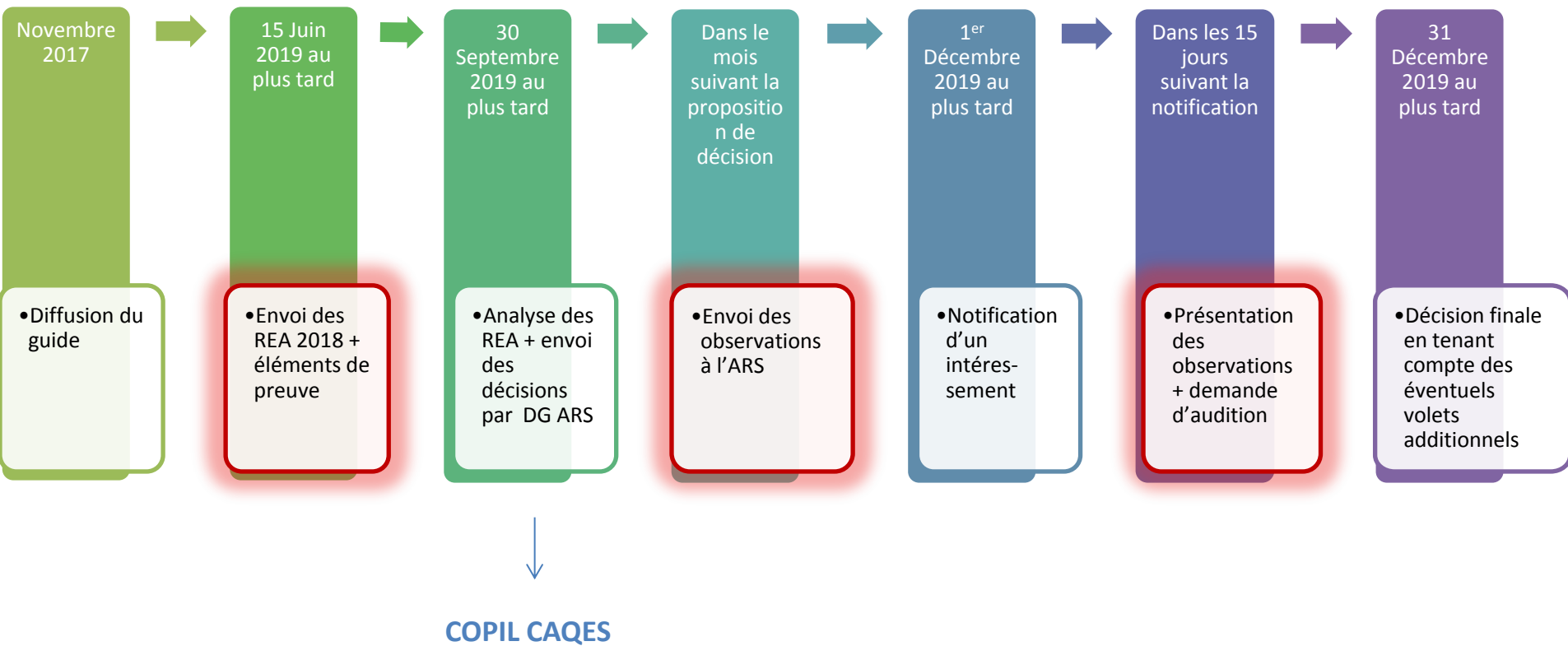
Calcul de l'intéressement suivant les pondérations appliquées à chaque indicateur

50% du montant final de l'intéressement fonction des autres indicateurs du contrat (nationaux obligatoires et régionaux)

Calcul de l'intéressement suivant les pondérations appliquées à chaque indicateur

1 + 2 =  
versement  
d'un seul  
intéressement

# Calendrier 2018



# Modalités d'envoi

- Avant le 15 Juin 2019
- Par voie postale avec **accusé de réception**
- Éléments à envoyer en **1 seule fois**:
  - **Fichier EXCEL** sous format numérique (clé USB, CD-Rom)
  - Tous les **éléments de preuve** sous format numérique (clé USB, CD-Rom) → numérotés et répertoriés dans un sommaire.
  - **Copie papier** de tous les onglets du fichier EXCEL

ARS Normandie  
A l'attention de Mme la Directrice Générale  
Pôle « Qualité-Performance »  
Espace Claude Monet  
2 Place Jean Nouzille  
CS 55035  
14050 Caen Cedex 4

# Guide de remplissage

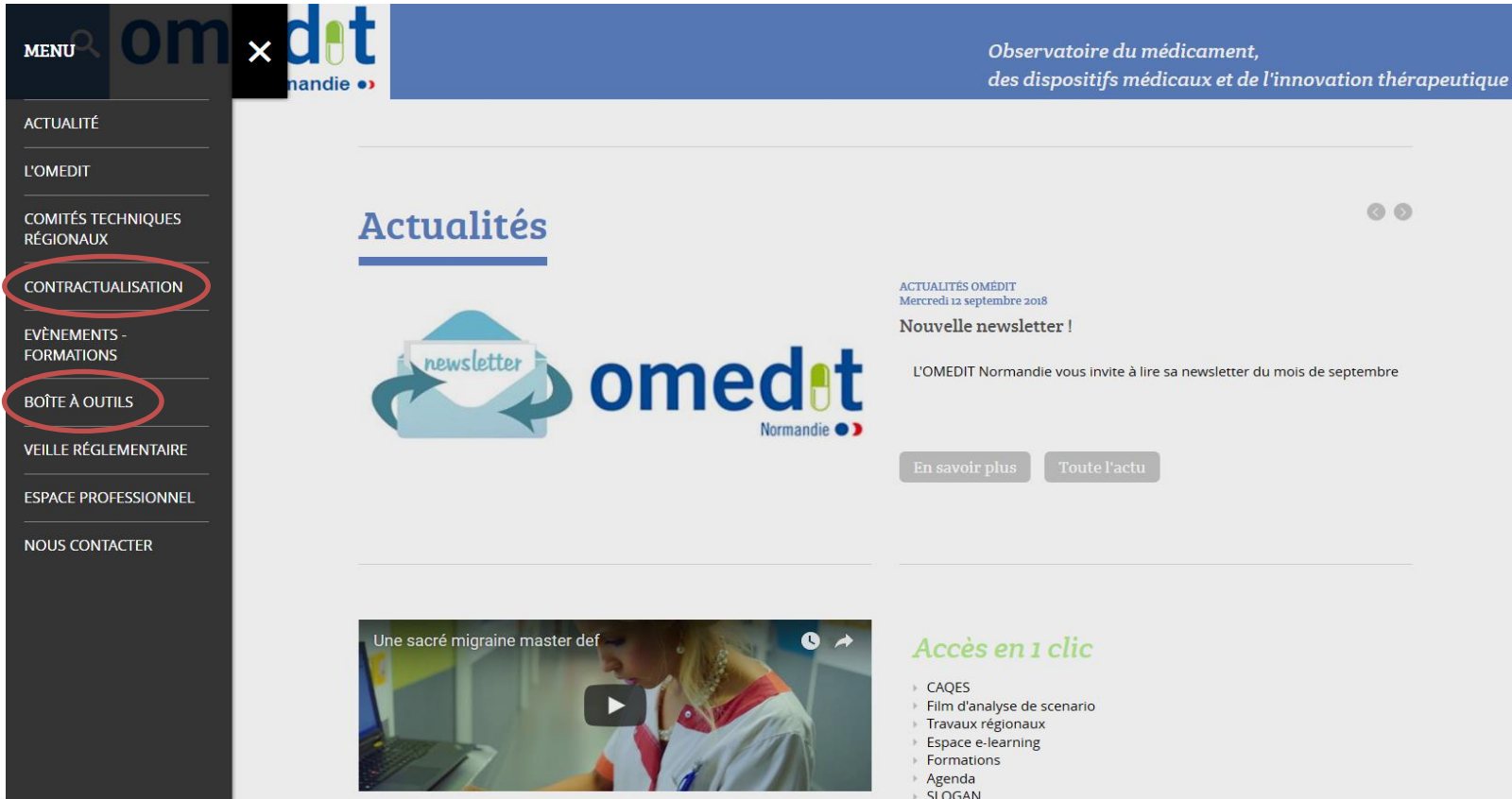
- Fichier protégé :
  - Ne pas insérer de lignes, colonnes
  - Ne pas modifier l'ordre des onglets
- Onglet présentation de l'établissement : à remplir en 1<sup>er</sup> !!!
- Onglet rapport d'étape
  - Autoévaluation : colonne **K** → réalisé, partiellement réalisé, non réalisé
  - Colonne **B** : structure concernée par le critère
  - Si établissement non concerné par un critère : cocher « non concerné » en colonne **K**

# Outils

- Site de l'OMÉDIT Normandie <http://www.omedit-normandie.fr/>

**Informations sur le CAQES :**  
textes, décrets, audits

**Boîte à outils :**  
fiches « never events », fiches de bon usage, etc...



The screenshot shows the website interface for omedit Normandie. On the left, a dark navigation menu lists several categories: ACTUALITÉ, L'OMÉDIT, COMITÉS TECHNIQUES RÉGIONAUX, CONTRACTUALISATION (circled in red), EVÈNEMENTS - FORMATIONS, BOÎTE À OUTILS (circled in red), VEILLE RÉGLEMENTAIRE, ESPACE PROFESSIONNEL, and NOUS CONTACTER. Red arrows point from the text on the left to these two items. The main content area features a 'Actualités' section with a 'newsletter' graphic and a 'Nouvelle newsletter !' announcement from Wednesday, September 12, 2018, inviting users to read the newsletter for the month of September. Below this are buttons for 'En savoir plus' and 'Toute l'actu'. At the bottom right, there is an 'Accès en 1 clic' section with links to CAQES, a scenario analysis film, regional work, e-learning space, training, agenda, and SLOGAN. The footer contains the omedit Normandie logo and the logo for 'l'Assurance Maladie NORMANDIE'.

**Art. 10-1**  
**Amélioration et sécurisation de la prise en charge  
thérapeutique du patient et du circuit des produits et  
prestations**

**Critères 1 à 44**

**Critères 1 à 3** : Définition d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge thérapeutique des patients

- Fournir la **politique datée, validée et signée par la direction/CME**

- Politique existante
- Politique validée institutionnellement  
-> par ex : mentionné sur CR de CME, présence de la signature du Directeur et Président de CME sur le document
- Politique actualisée

# Art. 10-1 : Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations (critères 1 à 44)

MCO, SSR, PSY, Dialyse, HAD

/13 pts

**Critères 4 à 16** : Programme d'actions en matière de qualité, de sécurité et d'efficience de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des DMS

- Fournir le **programme d'actions + calendrier de mise en œuvre + indicateurs de suivi des actions + responsabilités associées actualisé annuellement** (la date d'actualisation doit être mentionnée sur le document) qui doit **décrire de manière explicite les actions mises en œuvre en 2018**

-> L'évaluation portera sur la présence ou non des actions :

- Sur le **bon usage des médicaments** et la **prévention de l'iatrogénie médicamenteuse**
- Sur le **bon usage des DM** et le circuit des DM
- Sur les **never events** (notamment liste ANSM)
- Sur **l'antibiothérapie**
- Sur **l'amélioration du référencement des médicaments et DM** (livret médicaments et DM,...)
- sur **l'informatisation du processus de la PECM**

Les actions doivent être issues :

- Des **analyses des évènements indésirables** des CREX ou des RMM
- Des **évaluations internes** (études de risque a priori, audits, EPP) et **externes** (certification, inspections, indicateurs nationaux, audits croisés ...) -> **Fournir la liste des audits, EPP mises en œuvres en 2018**

- Fournir le **bilan des actions** présenté a minima en CME/CfME en 2018
- Fournir les **éléments de communication auprès des professionnels de l'ES** réalisés en 2018

Chacun des critères doit être conforme pour **CHAQUE** secteur mentionné en colonne B



## Critère 17 : Désignation du responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

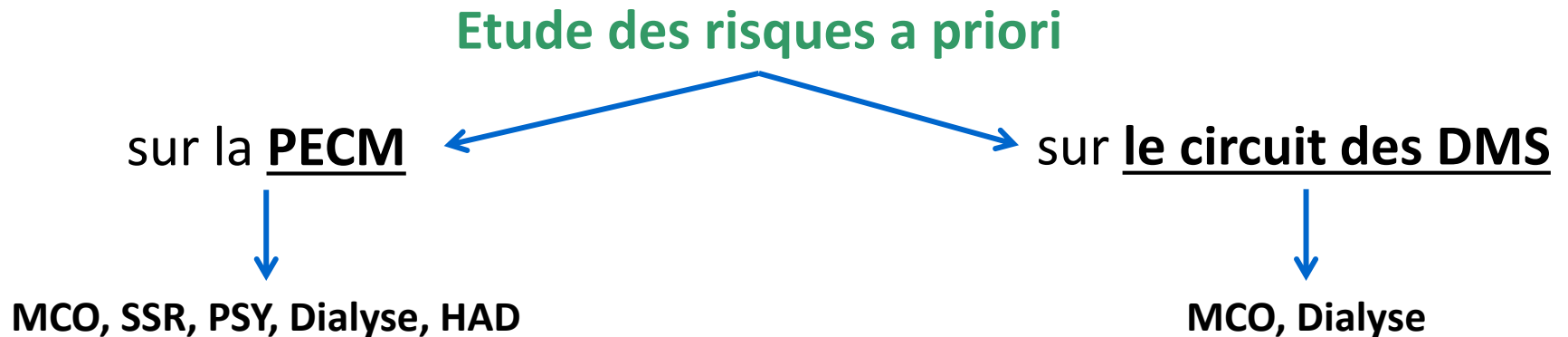
- Fournir la fiche de poste et le **nom du RSMQ identifié**
  - La fiche de poste doit décrire précisément les missions du RSMQ

## Critères 18 à 22 : Formation du personnel sur la qualité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique

- Fournir un **plan de formation** avec la **liste des formations mises en œuvre en 2018**
  - Formations spécifiques à la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse
    - **Chambre des erreurs**
    - **Never events**
    - **Médicaments et patients à risque**
- Décrire l'organisation mise en place dans l'ES pour la **formation des nouveaux arrivants**
- Les formations doivent concernées tous les pôles/services et tous les acteurs (fournir **liste d'émargement des formations**, nombre de participants avec profession et service, fournir le **ratio de professionnels formés**)

Formations  
non  
forcément  
validantes  
pour le DPC

Critères 23-24 : Conduite et mise en œuvre de l'étude des risques a priori



Avec date de mise en œuvre et date de réévaluation

 **Sur tous les secteurs d'activité**

## Critères 25 à 30 : Gestion des risques a posteriori

- Mesures mises en place pour favoriser la déclaration interne des EI
  - Chartre d'incitation ou d'engagement
  - Actions de sensibilisation
- Comptes rendus des CREX
  - Organisation mise en place pour la priorisation des événements, l'analyse des événements
  - Action d'amélioration et suivi de ces actions
  - Communication sur le retour d'expérience
- Nombre à fournir
  - EI signalés
  - IE ayant fait l'objet d'une analyse
  - IE ayant conduit à une action d'amélioration
  - Déclarations transmises au CRPV et déclarations de MV

# Art. 10-1 : Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations (critères 1 à 44)

/4 pts

**Critères 31 à 35** : Utilisation des logiciels d'aide à la prescription (LAP) 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

- **Critère 31 (N)** : MCO, SSR, PSY /0 pt
  - Nombre de lignes de prescription de sortie informatisées -> Estimer un taux si les nombres précis ne sont pas connus
- **Critère 32** : MCO, SSR, PSY, dialyse
  - Fournir le plan de déploiement + état d'avancement/calendrier de mise en œuvre.
- **Critère 33 (N)** : MCO, SSR, PSY, dialyse
  - Nombre de lits utilisant un LAP certifié + nom du ou des logiciel(s) et la version
- **Critère 34 (N)** : MCO, SSR, PSY, dialyse
  - Nombre d'unités de soins utilisant un LAP certifié -> Ne concerne que les unités prescriptrices
- **Critère 35** : MCO, SSR, PSY, dialyse
  - Nombre de lits et places informatisés

Vérifier la certification du LAP/LAD sur le **référentiel de la HAS** (ex : CHIMIO n'est pas certifié)

**Critères 36 à 38** : Identification obligatoire des prescriptions réalisées par ses professionnels par l'identifiant personnel du prescripteur autorisé à exercer (numéro du répertoire partagé des professionnels de santé -RPPS) auquel est joint l'identifiant FINESS de l'établissement en application de l'article R.161-45 du CSS

- **Critère 36 (N)** : Nombre d'ordonnances de sortie délivrées avec n°FINESS et RPPS -> Taux fourni par l'Assurance Maladie /0 pt
- **Critère 37** : Plan de déploiement des outils pour l'identification des prescriptions par le n°RPPS + état d'avancement + calendrier de mise en œuvre
- **Critère 38 (N)** : Nombre d'ordonnances intra-hospitalières avec n°RPPS /0 pt

# Rappel des consignes concernant l'identification du prescripteur par son numéro RPPS sur les ordonnances hospitalières

Obligatoire pour les prescripteurs salariés des établissements de s'identifier avec leur n° RPPS et le n° FINESS de l'établissement de santé

Le formulaire est divisé en plusieurs sections :

- En-tête :** Logo St-L. Centre Hospitalier de St-Laurent.
- Praticien 1 :** Pr. [nom] - Chef de Pôle Clinique Chirurgicale et Gynécologique. N°RPPS [code-barres]. Tél. 02 41 41 41 300.
- Praticien 2 :** Pr. [nom] - Clinique Obstétricale Médecine Fœtale. N°RPPS [code-barres] (marqué A). Tél. 02 41 41 41 300.
- Unité fonctionnelle :** N°FINESS [code-barres] (marqué B). 900000032.
- Prescripteurs :** Trois lignes pour les responsables d'Unités Fonctionnelles (ULF 1 et 2), chacune avec un N°RPPS (marqué C) et un numéro de téléphone.
- Signature :** Nom du Prescripteur : Dr [nom].
- Pied de page :** Pôle Femme-Mère-Enfant, 4, Rue Lavoisier, 49 300 LAUSSENIER.

• Médecin, dentiste ou sage-femme salarié(e) d'une structure de soins

Vous devez indiquer votre numéro RPPS **A** et le numéro d'identification de l'établissement (n°FINESS géographique) **B** sur la prescription.

1. Vous êtes déjà identifié avec votre code-barres sur la prescription **A**  
Vous datez, indiquez votre nom et signez **C**

2. Votre n°RPPS n'est pas imprimé.  
Appelez votre numéro sur la feuille de soins (étiquette code-barres) avec les informations «date», «nom» et «signature» **C**

• Médecin interne

1. Vous êtes un interne thésé.  
Vous datez, indiquez votre nom et signez. Vous apposez votre numéro RPPS (étiquette code-barres) si celui-ci n'est pas déjà imprimé.

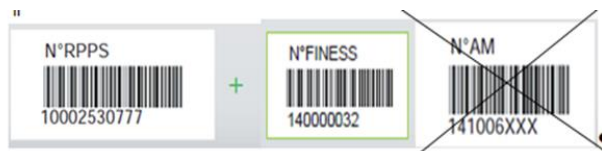
2. Vous êtes un interne non thésé.  
C'est à un médecin thésé de s'identifier sur la prescription (n°RPPS, nom et signature).  
À défaut, la prescription est réputée avoir été signée par le chef de service.  
Exception pour un interne non thésé ayant fait des remplacements, il a son numéro RPPS et doit s'en servir quand il effectue des prescriptions au sein de l'établissement.

• Objectif de saisie du RPPS sur les prescriptions des établissements de santé dans le cadre des CAQES (Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins) signés par les établissements.

## Consignes concernant l'identification du prescripteur par son numéro RPPS sur les ordonnances hospitalières – SECTEUR PRIVE

Afin de **distinguer** les prescriptions « établissement » des prescriptions « cabinet médical » :

- Renseigner le n° RPPS et le FINESS uniquement dans les cas suivants :  
facturation pour le bénéficiaire d'une des prestations suivantes en lien avec la prescription :
  - GHS
  - Forfait ATU, Forfait SE, Forfait FFM, Forfait APE, Forfait AP2, Forfait API



- Si aucune prestation n'est facturée par l'établissement il s'agit d'une prescription liée uniquement à l'activité libérale d'un médecin qui doit donc comporter le n° RPPS (hors champ du CAQES) et le numéro AM





**Critères 39 à 42** : Informatisation et traçabilité de la prise en charge thérapeutique du patient jusqu'à l'administration du médicament et pour le circuit des produits et prestations mentionnés à l'article D. 165-1 du CSS, de la prescription jusqu'à la pose du dispositif médical

- **Critère 39 (N)** : MCO, SSR, PSY, dialyse
  - Nombre de lits informatisés de la prescription à la traçabilité de l'administration
  - Inclure les places d'hôpitaux de jour

## Art. 10-1 : Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations (critères 1 à 44)

### ■ Critère 40 (N) : Uniquement **MCO**

- Nombre de DMI dont l'implantation est informatiquement tracée
- Audit « Traçabilité des DMI » **OBLIGATOIRE** pour avoir au moins 1 point
  - Guide méthodologique et grille disponibles sur le site OMÉDIT Normandie
  - Résultats individuels non évalués → synthèse régionale anonymisée
  - **Date limite de début d'audit : 1er Décembre 2018**
  - Audit réalisé **en prospectif sur 1 mois** mais peut être prolongé si nécessaire pour atteindre 50 dossiers
  - Fichier Excel complété à envoyer à l'OMEDIT de Normandie : [omedit.normandie@chu-rouen.fr](mailto:omedit.normandie@chu-rouen.fr)

## Audit Traçabilité des DMI

- Etape 1 : **choix de 5 références de spécialités différentes** (ortho, gynéco, cardio,...), représentatives de l'activité de l'établissement
  - références les plus utilisées en quantités et/ou en dépenses
  - références intra et hors GHS
- Etape 2 : **Traçabilité quantitative**
  - Inventaire à J0
  - Inventaire à J30 (la période peut être prolongée pour atteindre 50 DMI implantés)

Calcul du taux de traçabilité quantitative						
	Nombre de DMI en stock inventorié à J0	Nombre de DMI reçus pendant la période de recueil	Nombre de DMI en stock inventoriés à J30	Nombre de DMI implantés entre J0 et J30	Nombre de DMI en échec de pose, rebours, périmés.. entre J0 et J30	Ecart (n DMI)
Référence 1						0
Référence 2						0
Référence 3						0
Référence 4						0
Référence 5						0
Total	0	0	0	0	0	
<b>Taux de traçabilité</b>						
#DIV/0!	%					

■ Etape 3 : **Audit qualité**

- Audit rétrospective sur **minimum 50 DMI implantés** sur la période entre les 2 inventaires
- 18 critères de conformités

Réf.	Num	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	I1	I2	I3	I4	I5	
	1																				0	0	0	0	0
	2																				0	0	0	0	0
	3																				0	0	0	0	0
	4																				0	0	0	0	0

■ Critère 41 : Uniquement **MCO**

- Audit « Etat des lieux sur la remise du document de traçabilité des DMI au patient » disponible sur le site OMÉDIT Normandie

**1 Fiche institutionnelle** (onglet hôpital)

+

En fonction des  
pratiques et de  
l'organisation de l'ES

**1 Fiche Service par service**

OU

**1 Fiche Opérateur par médecin**

- Pour les CHU de Caen et Rouen : à réaliser uniquement sur les **services de chirurgie**

- Critère 42 (N) : Uniquement **MCO**
  - Nombre d'unités de DMI stockées enregistrées selon la classification CLADIMED dans l'établissement /0 pt

## Critères 43 et 44 : Dispensation à délivrance nominative

- Organisation et plan de déploiement de la dispensation à délivrance nominative.
  - Dans le cas des ES sans PUI : jugé comme « réalisé » si délivrance par une officine
- Nombre de lits et places bénéficiant d'une dispensation nominative des médicaments

**Dispensation nominative** = les médicaments sont préparés par la PUI et délivrés aux unités de soins en doses unitaires, par patients et correspondent à l'administration pour une période déterminée

≠ délivrance globale  
≠ délivrance reglobalisée

## Art. 10-2: Développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau

Critères 45 à 62



## Critères 45 à 49 : Amélioration du parcours de soins

- Critères 45-46 : Uniquement **MCO**
  - Indicateurs QLS et QLS 13 = qualité de la lettre de liaison à la sortie
  - QLS = score global
  - QLS 13 = score pour critère 13 du QLS → Le critère est satisfait si on retrouve sur la lettre de liaison à la sortie, de façon lisible :
    - la liste des médicaments à l'entrée du patient ou la mention de l'absence de traitement à l'entrée ;
    - ET la liste des médicaments à la sortie du patient (dénomination commune, posologie, voie d'administration et durée de prescription, ou la mention de l'absence de traitement à la sortie).
  - Extraction réalisée par l'OMÉDIT à partir de QUALHAS

# DPA - MCO - 2018

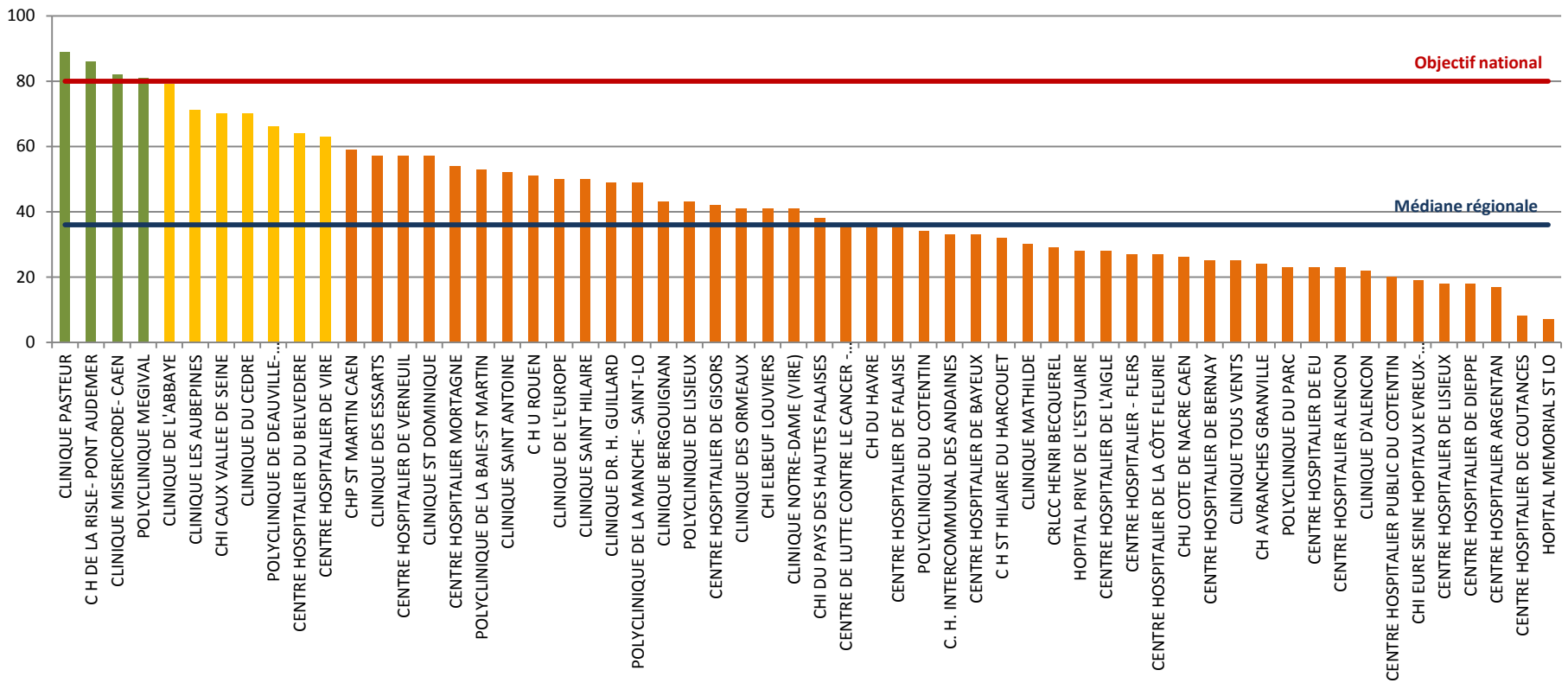
**Objectif de performance national : 80 %**

**2 indicateurs recueillis**

	Qualité de la lettre de liaison à la sortie (QLS)	Dépistage des troubles nutritionnels (DTN2)
Médiane régionale	<b>38%</b>	86%
Nombre ES > 80%	4	37
Nombre total d'ES concerné	58	58
% d'ES > 80%	<b>7%</b>	64%

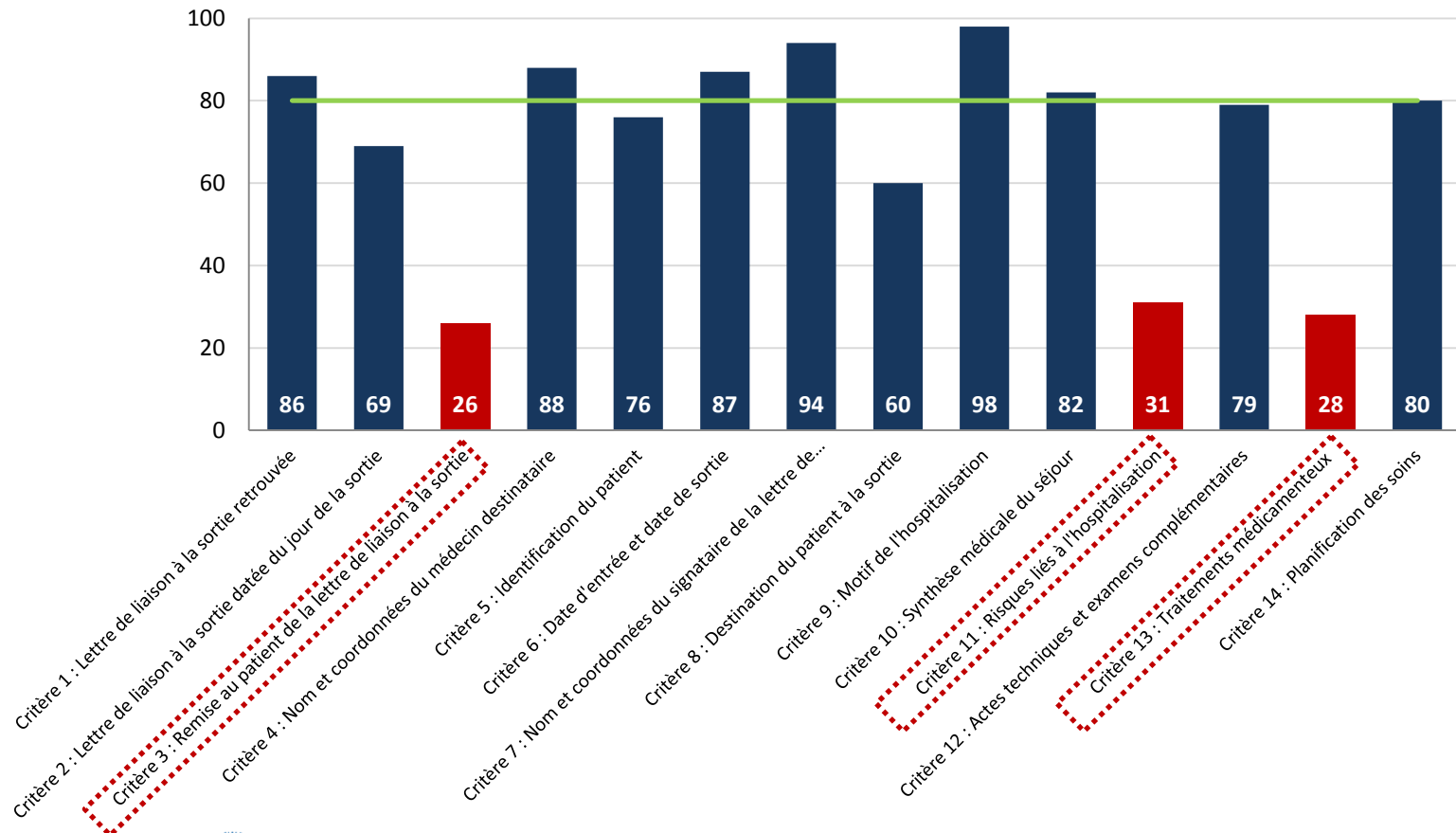
# DPA - MCO - 2018

## Focus indicateur QLS - établissements



# DPA - MCO - 2018

Focus indicateur QLS - critères composites



## ■ Critères 47 à 49 :

- Améliorer le **bon usage** et l'**observance des traitements médicamenteux** lors de prescriptions nécessitant une prise en charge et/ou une surveillance particulière

Dialyse



- **Description de l'organisation mise en place** pour assurer la transmission de l'information sur le bon usage et l'observance des traitements médicamenteux  
Ex : les cibles qui ont été priorisées, les entretiens patients, les outils mis à disposition...

MCO, SSR, PSY, HAD



- Fournir les **outils mis à disposition du patient ou de son entourage**  
- Fournir les **outils mis à disposition des professionnels de santé**  
Ex : fiche de conseil, fiche de bon usage...

### Outils mis à disposition par l'OMÉDIT sur le site :

- Fiches never events
- Fiches de bon usage : chimiothérapies par voie orale  
anticoagulants/anti-agrégants  
douleur  
SEP  
méthylphénidate

**Critères 50 à 57** : Déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse

- **Critère 50 (N)** : MCO, SSR, PSY
  - **Plan de déploiement de CM** en lien avec la méthodologie de priorisation régionale

## ■ Grille de priorisation par service

Nom du service	Passage par les urgences (% séjours)	Durée de séjour supérieure à la moyenne (IP-DMS > 1) (% séjours)	Age > 75 ans ou âge < 15 ans (% séjours)	Comorbidités associées : GHM niveau 4 (sévérité maximale) (% séjours)	Pharmacie clinique déjà déployée en partie dans le service	Service informatisé	Critère libre établissement	SCORE	RANG
								0,00	1
								0,00	1
								0,00	1
								0,00	1

## ■ Grille de priorisation par patient

**CRITERES DE PRIORISATION PAR PATIENT  
(LISTE NON EXHAUSTIVE)**

Date : ...../...../..... Service : ..... Nom de patient : .....

- Activité de pharmacie clinique demandée par l'équipe médicale  
(Conciliation, entretien pharmaceutique, ETP ...)
- Age > 75 ans ou âge < 15 ans
- Insuffisant rénal
- Patient cirrhotique
- Patient diabétique
- Patient atteint d'un cancer
- Plus de 5 médicaments sur l'ordonnance « habituelle »
- Prescription d'anticoagulants oraux ou injectables
- Prescription d'immunosuppresseurs
- Prescription de Digoxine ou autres médicaments à risque
- Critère libre établissement :

.....

Nombre total de critères :

**omed**  
Normandie

**But** : Prévention des évènements indésirables médicamenteux et de leurs conséquences (HAS)

- Répond à un réel besoin de santé publique,
- En complément de la **conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé**.

## **Programmes**

- Patients sous anti-vitamine K (AVK)
- Patients asthmatiques sous corticoïdes inhalés
- Patients sous anticoagulants oraux d'action directe (AOD)
- Patients âgés polymédiqués avec le **BILAN de MÉDICAMENT PARTAGÉ**

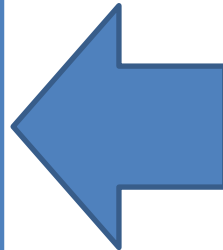


## PHARMACIE CLINIQUE

### En établissement

#### Conciliation Médicamenteuse

- A l'entrée
- En cours d'hospitalisation
- A la sortie



### En officine

#### Bilan de Médication Partagé

- Initial
- De suivi
- A chaque modification de traitement

## Pour QUI ?

« Un patient bien et justement informé est un patient plus observant. »

### **Bilan partagé de médication pour les patients**

**- Agés (65 ans et plus avec ALD ou de plus de 75 ans)**

**- Polymédiqués**

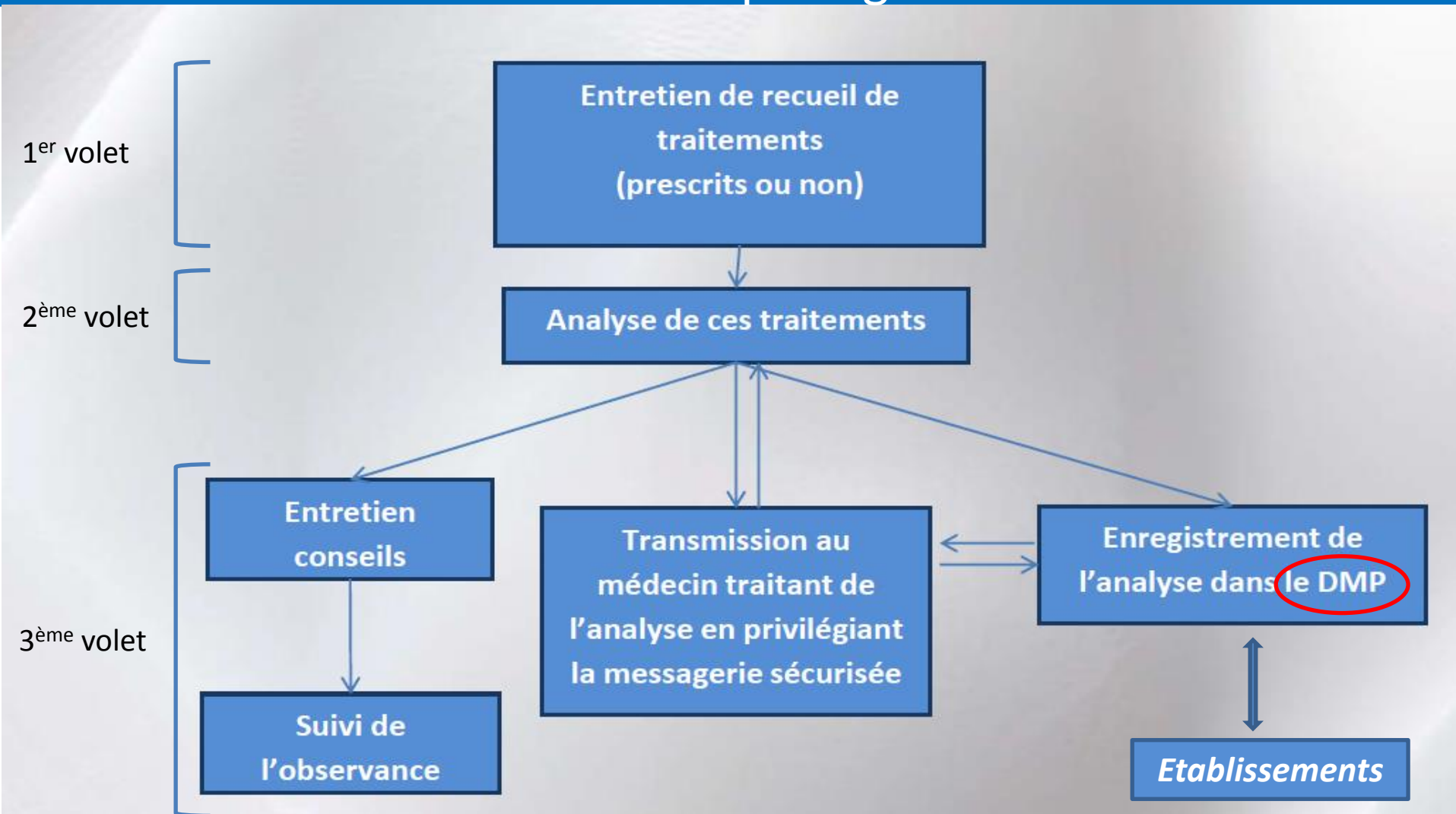
Au moins 5 lignes de médicaments (principes actifs) différents **prescrits remboursés ou non** => (3,9 M de patients pour le champ du remboursé/remboursable sur les 9 M des patients âgés)

**- Avec un traitement chronique**

Au moins 6 mois de traitement pour les 5 lignes de médicaments différents délivrés (remboursable ou non ou sous ATU, saisis par le pharmacien)

# Bilan de médication partagé en officine de ville

## Les modalités du bilan partagé de médication



## Actions 2018

- Présentation du Bilan de Médication Partagé et de la polymédication aux pharmaciens, par les pharmaciens-conseils et les délégués de l'assurance maladie,
- Tous les pharmaciens ont été rencontrés entre mars et juillet 2018 (~988 officines en Normandie),
- Mise à disposition des outils en ligne sur AMELI et inclusions des patients depuis le début de l'année 2018
- Présentation en CPL médecin et aux médecins lors de l'accompagnement.
- Diffusion de flyers et d'affiches (accompagnement et bilan de médication)
- Communication auprès des assurés,

# Accompagnement par les pharmacies d'officine

Dossier disponible sur [ameli.fr](https://www.ameli.fr)

## L'ACCOMPAGNEMENT PHARMACEUTIQUE

### UN PATIENT CHRONIQUE MIEUX PRIS EN CHARGE

L'accompagnement pharmaceutique favorise l'adhésion des patients aux traitements prescrits et renforce leur efficacité.



<https://www.ameli.fr/paris/pharmacien/exercice-professionnel/services-patients/accompagnement-patients-chroniques>

→ **Le dossier médical partagé (DMP) est le carnet de santé informatisé du patient : gratuit, confidentiel et non obligatoire.**

- Il permet le partage de documents que les professionnels de santé estiment utiles pour le suivi des soins du patient.
- **Il n'est pas exhaustif et ne se substitue pas au dossier professionnel.**
- Les patients peuvent également ajouter les informations utiles à leur suivi médical.
- Il est accessible, en un clic partout et pour tous :



**au patient** via le site [www.dmp.fr](http://www.dmp.fr) (effectif à partir du 12 septembre) et avec **son application mobile**



**à l'ensemble des professionnels de santé** (notion d'équipe de soins), en ville et à l'hôpital



en **tout point du territoire**



en **situation d'urgence**



Le DMP est intégré aux Logiciels des Professionnels de Santé (LPS), **ce qui permet un accès du PS en quelques clics au DMP du patient.** Un **accès WebPS** leur est également accessible si le PS ne dispose pas d'un LPS DMP-compatible

# MSS et DMP : Deux outils de coordination

- ➔ Les messageries santé sécurisées (MSS) permettent aux professionnels de santé d'échanger point à point des informations médicales en toute sécurité, conformément à la loi de santé en vigueur.

- Une mise en œuvre du DMP dorénavant confiée à la CNAM (précédemment tenue par l'ASIP Santé) et un plan d'action commun DCGDR/ARS/CPAM/GRADES
- Les évolutions majeures:
  - Création du DMP par le bénéficiaire du régime général sur le site unique : [www.dmp.fr](http://www.dmp.fr) depuis le 12 septembre 2018.
  - Création du DMP possible dans les accueils à partir du 1er octobre 2018 pour l'ensemble des ouvrants droits et ayants droits du RG et des RMP.
  - Alimentation du DMP en données de remboursement (données disponibles sur 24 mois)
- L'accompagnement prévu en 2018 :
  - Vers les établissements ciblés prioritairement en fonction de leur maturité à déployer le DMP. (alimentation)
    - Organisation d'une première rencontre par la CPAM avec chaque direction d'établissement support de GHT
    - Accompagnement de l'établissement par le GRADeS sur les aspects organisationnels et techniques autour du DMP
  - Vers les officines pour la création des DMP.
  - Création possible dans les accueils dès le 1er octobre 2018.



→ L'alimentation du DMP par les professionnels de santé de tous documents jugés utiles et pertinents pour le suivi des soins du patient :

Professionnels de santé	Type(s) de document attendu(s) en priorité
Médecin traitant	Volet de Synthèse Médical (VSM)
Spécialistes	Compte rendu de consultation
Spécialistes (cancérologie)	Dossier communicant de cancérologie (DDC)
Biologiste	Compte rendu d'examens
Radiologue	Compte rendu d'imagerie médicale
Etablissements de santé	Lettre de liaison de sortie
Pharmacien hospitalier	Bilan médicamenteux optimisé
Pharmacien d'officine	Bilan partagé de médication
Kinésithérapeute	Bilan d'examen
Infirmier	Dossier de Soins Infirmiers
Structures de soins	Type(s) de document attendu(s) en priorité
Etablissements de santé	CR d'hospitalisation (ou lettres de sorties), CRO CRA et CR de résultats de biologie, CR de consultation : au fil de l'eau et avec l'historique de ces documents pour le patient dans l'établissement.
EHPAD	Dossier de liaison d'urgence

# MSS: Etat d'avancement du déploiement

## Accompagnement CNAMTS des professionnels de santé libéraux et des EHPAD

Mars 2017

6,6% Taux moyen d'équipement à T0

24442 Nombre de PS équipés d'une BAL MSSanté à T0

65 792 PS ont ouvert une BAL depuis mars 2017. Cela représente une augmentation de 17,8 points



Juillet 2018

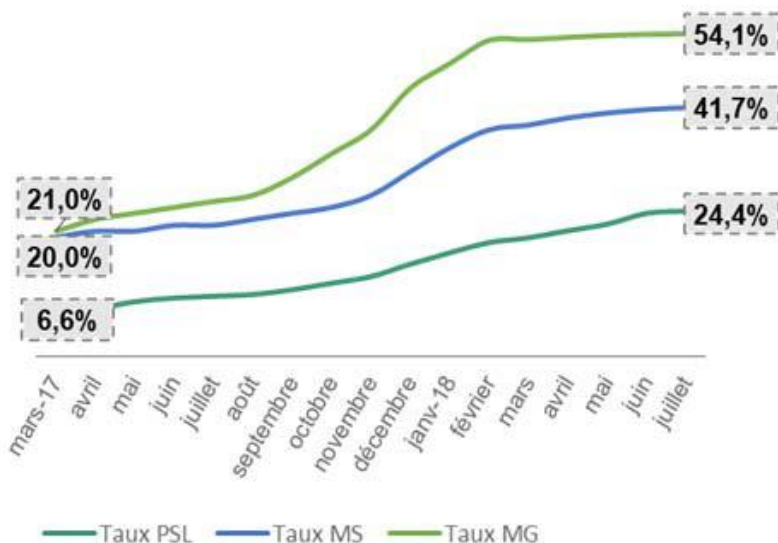
24,4% Taux moyen d'équipement aujourd'hui

90 234 Nombre de PS équipés d'une BAL MSSanté aujourd'hui

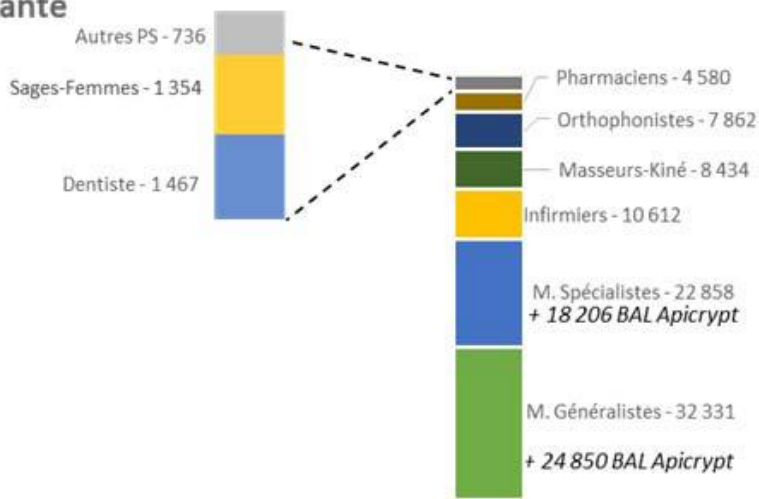
36,9% Taux moyen d'équipement avec intégration des BAL apicrypt

47 393 Nombre de PS équipés d'une BAL Apicrypt

### Evolution du taux d'équipement des PSL



### Répartition nationale des catégories de PSL équipés en BAL MSSanté

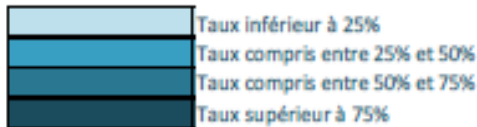


# MSS: Cartographie Etablissements et PSL

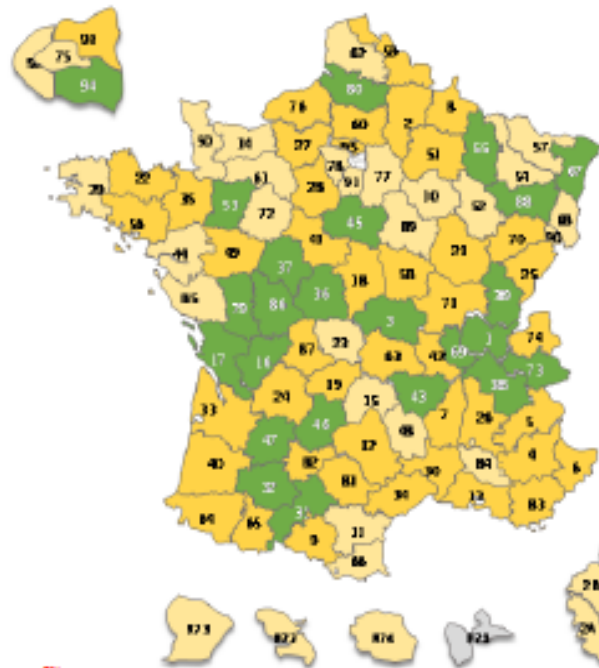


## Cartographie du taux d'établissements MSSanté compatibles et du taux de PSL équipés en BAL MSSanté

Taux d'établissements de santé MSSanté compatibles – JUIN 2018



Taux d'établissements de PSL équipés en BAL MSSanté – JUILLET 2018



- **Critères 51 et 52 (N) :** MCO, SSR, PSY
  - Nombre de patients priorités en 2018 bénéficiant d'une **CM d'entrée**
  - Nombre de patients priorités en 2018 bénéficiant d'une **CM de sortie**
- **Critère 53 :** MCO, SSR, PSY
  - Nombre d'**actions de sensibilisation à la CM** des professionnels de l'ES et des professionnels de ville et des usagers et/ou **descriptions des actions** ± fournir les supports utilisés
- **Critère 54 :** MCO, SSR, PSY, dialyse, HAD
  - Décrire l'organisation et le plan de déploiement de **l'analyse pharmaceutique du traitement complet**
    - Les outils d'aide à l'AP mis a disposition des pharmaciens, l'accès des pharmaciens aux données cliniques et biologiques
- **Critère 55 :** MCO, SSR, PSY, dialyse
  - Nombre de **lits et places bénéficiant d'une AP complète** du patient au moyen d'un LAD
- **Critère 56 :** MCO, SSR, PSY
  - Nombre de **lits et places médico-sociaux et USS-DSS bénéficiant d'une AP complète** du patient au moyen d'un LAD

**Analyse  
pharmaceutique  
de niveau 2 (SFPC)**

- Critère 57 : MCO, SSR, PSY, dialyse
  - **Fournir l'audit** « Etat des lieux sur la priorisation des activités de pharmacie clinique »

Ou

- **100% d'analyse pharmaceutique** sur l'ensemble des lits et places

## ■ Audit « Etat des lieux sur la priorisation des activités de pharmacie clinique »

### Audit sur la priorisation de l'analyse pharmaceutique

Cet audit permet de répondre à l'indicateur n°57 du CAQES « Priorisation de l'analyse pharmaceutique sur des médicaments / populations à risque si l'analyse pharmaceutique ne se fait pas sur la totalité des prescriptions.

Sont considérés dans cet indicateur les lits et places bénéficiant d'une analyse pharmaceutique complète avec accès au dossier du patient et au dossier biologique du patient. La prescription comprend la totalité du traitement du patient. Cet indicateur exclut les lits et places faisant l'objet d'une analyse partielle des prescriptions pour certains médicaments. L'analyse pharmaceutique comporte deux étapes : l'analyse réglementaire, l'analyse pharmaco-thérapeutique.

Nom de l'établissement : .....

Nom du pharmacien qui complète l'enquête : .....

1) Réalisez-vous l'analyse pharmaceutique complète sur l'ensemble des prescriptions de l'ensemble des lits et places avec accès au dossier patient et biologique ?

Oui  Non => Si oui arrêter de compléter l'audit

2) Lorsque l'analyse pharmaceutique de l'ensemble des prescriptions avec accès au dossier biologique du patient ne se fait pas sur l'ensemble des lits et places, l'analyse pharmaceutique est-elle priorisée ?

Oui  Non

• Si non, Pourquoi ?

3) si oui, l'analyse pharmaceutique est priorisée :

a) par services / pôle ?  Oui  Non

• Si oui : décrire les services / pôles

b) Par couple(s) médicament(s)/ patient(s) à risque  Oui  Non

• Si oui : décrire les couples choisis

c) Par médicament(s) à risque  Oui  Non

• Si oui : décrire les médicaments

d) Par patient(s) à risque

• Si oui : décrire les patients

Cet audit est à transmettre comme élément de preuve avec le rapport d'étape annuel du CAQES

Pour toute question merci de contacter l'OMEDIT : [omedit.normandie@chu-rouen.fr](mailto:omedit.normandie@chu-rouen.fr)

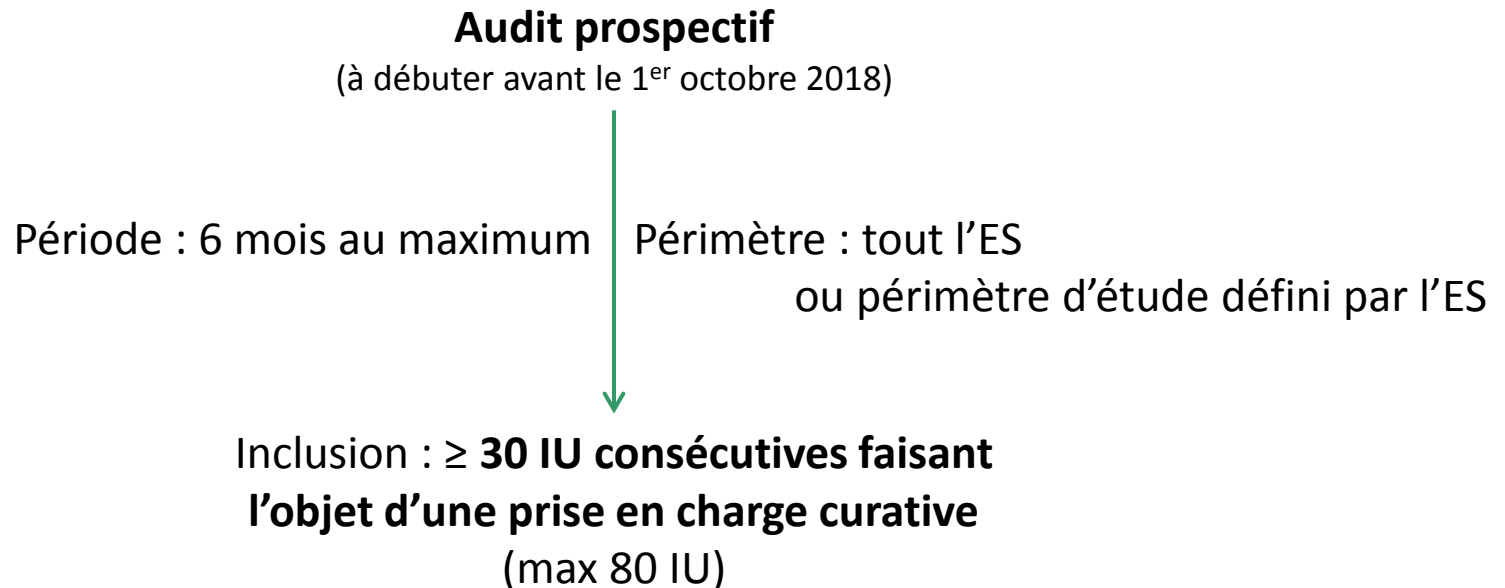
## Critères 58 et 59 (N) : Bon usage des antibiotiques

- MCO, SSR, PSY, dialyse
  - **Audit « URI-ES »** ou **« Antibiotiques critiques »** si l'objectif de 30 dossiers sur 6 mois en prospectif de l'audit URI-ES ne peut être atteint.
  
- HAD
  - **Audit « Etat des lieux des prescriptions d'antibiotiques en HAD »**

Les audits doivent être réalisés **a minima tous les 3 ans**  
+ mise en place d'**actions correctives** entre 2 évaluations

Le recueil d'information se basera sur les dossiers médicaux et infirmiers  
→ seules les **informations tracées** seront recueillies.

### ■ Audit « URI-ES »



Si sur une période de 6 mois, le nombre total d'épisodes ne peut être atteint





## ■ Audit « Antibiotiques critiques »

### Audit prospectif

(à débiter avant le 1<sup>er</sup> octobre 2018)

Choix de 1, 2 ou 3  
antibiotiques  
critiques

Période : 6 mois au maximum

Inclusion : **30 premières prescriptions  
comportant le(s) antibiotiques choisi(s)**

Liste des antibiotiques faisant  
partie des antibiotiques  
générateurs de résistances  
bactériennes (rapport ANSM) :

- **Amoxicilline-acide clavulanique**  
(Augmentin®)

- **Céphalosporines** : en particulier  
les céphalosporines administrées  
par voie orale, les C3G dont la  
ceftriaxone en particulier, les C4G  
et la catégorie "autres générations"

- **Fluoroquinolones**

- **Témocilline** (Negaban®)

- Audit « Etat des lieux antibiotiques en HAD »

**Audit prospectif**

(de septembre à décembre 2018)

Période : 3 mois

Inclusion : **toutes les prescriptions d'antibiotiques en cours** (sauf collyre et pommade antibiotique)  
Minimum **30 prescriptions**

**Critère 60 (N)** : Améliorer la description de la décision thérapeutique prise en RCP de cancérologie

- **Fournir l'audit** « Evaluation de la description de décision thérapeutique de chimiothérapie dans les fiches RCP »
- Cet audit concerne :
  - tous les établissements autorisés pour le traitement des cancers par chimiothérapie
  - tous les établissements associés à un site autorisé pour le traitement des cancers par chimiothérapie et ayant une autorisation de chirurgie pour au moins une spécialité d'organe.

- Audit « Evaluation de la description de décision thérapeutique de chimiothérapie dans les fiches RCP »

### Audit rétrospectif

(de septembre à décembre 2018)

Période :  
RCP ayant eu lieu entre le  
1er juillet 2018 et le 31  
décembre 2018



Inclusion aléatoire : **30 fiches RCP** de patients adultes atteints de cancer, pris en charge dans l'ES, et ayant eu **au moins 1 cure de chimiothérapie**.

Dossiers répartis entre les différentes spécialités d'organe autorisées dans l'ES

+ Pour les ES disposant de RCP de recours : **5 fiches par RCP de recours avec chimiothérapie** (sarcome, dermato, hémato, méta os...)

#### Inclusion :

- Tous patients adultes atteints de cancer (même ceux en récidives et/ou ayant déjà eu un autre cancer).
- Patients adultes en cours de traitement de chimiothérapie anticancéreuse (ayant déjà reçu au moins 1 cure de traitement).
- Patients pris en charge au sein de l'ES

#### Exclusions :

- Patient pris en charge en dehors de la région.
- Patient avec une décision thérapeutique de RCP sans chimiothérapie.
- Patient dont la chimiothérapie n'a pas été administrée (décision validée en RCP mais non appliquée) quel que soit le motif

## Critère 61 : Participation aux enquêtes relatives aux produits de santé (ATIH)

- Pas d'élément de preuve demandé
- La vérification sera effectuée sur la plateforme ATIH e-med

Exemple : En 2017, enquête achat et consommation des médicaments à l'hôpital : 71 ES répondants / 159

## Critère 62 : Contribution aux travaux de l'OMÉDIT

- Validations par l'OMÉDIT en fonction de la contribution aux travaux de l'OMÉDIT et de la participation aux groupes de travail en 2018

# Objectifs d'efficacité (chap. 10.3 à 10.5)

## Les actions du plan ONDAM 2018-2022 sur les produits de santé

➤ Le plan ONDAM 2018-2022 d'appui à la transformation du système de santé s'inscrit pleinement dans la **Stratégie de transformation du système de santé**, en posant les bases des transformations à **initier dès 2018** pour renforcer l'efficacité du système et garantir la soutenabilité des dépenses de santé (5 grands chantiers : qualité de soins et pertinence des actes, modes de financement, numérique, ressources humaines et formation, organisation territoriale).

➤ Une forte priorité donnée aux actions en faveur de la pertinence et l'efficacité des produits de santé :

- Renforcer l'efficacité économique de la dépense
- Assurer la pertinence du panier de soins et sa gestion dynamique
- Assurer la cohérence et continuité des prescriptions à l'hôpital, en ESMS et en ville
- Agir pour une structure de prescription plus responsable (ville, ES, ESMS)
- Mieux connaître l'usage des produits en vie réelle pour mieux accompagner les professionnels
- Renforcer les interactions entre professionnels de santé et patients

➤ Des indicateurs suivis au niveau national

Des indicateurs suivis au niveau national (et régional)

Baisses de prix sur la liste en sus

300 M€

Baisses de prix sur les produits de santé en ville

810 M€

Evolution des dépenses de produits de santé en PHEV

4%

Taux de pénétration des biosimilaires – anti TNF

65%

Taux de pénétration des biosimilaires – Insuline

30%

Part de marché des génériques dans le répertoire

+1,5 pt

Cibles 2018

# Indicateurs nationaux faisant l'objet d'un suivi sur la durée du plan

Thématiques	Sélection d'indicateurs	Cible 2018	Cible 2022
Prévention	Prévalence du tabagisme	27%	< 20%
Structuration de l'offre de soins	Gains achats (PHARE)	310M€	-
	Taux de chirurgie ambulatoire	60,5%	70%
	Taux de médecine ambulatoire programmée	Indicateur de suivi	
	Durée moyenne de séjour	Indicateur de suivi	
Pertinence et efficacité des produits de santé	Baisses de prix sur la liste en sus	300M€	Cible normandie : MO = 4,4% et DMI = 4,1% (/Nat : 4,1% et 5,8%)
	Baisses de prix sur les produits de santé en ville	810M€	-
	Evolution des dépenses de produits de santé en PHEV	4 %	Cible normandie : 3,8%
	Taux de pénétration des biosimilaires*	-	80%
Pertinence et qualité des actes	Part de marché des génériques dans le répertoire	+1,5 pts / an	
	Diminution des actes non pertinents	-	-20% 120M €
Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports	Taux de dématérialisation des prescription d'IJ	40%	>60%
	Taux d'évolution des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville	2,2 %	-
Indicateur global de suivi de MM		735 M€	-
Contrôle et lutte contre la fraude	Economies liées à la MSO-MSAP IJ	7,8M €	39M €

\* Pour les biosimilaires sur le marché depuis 3 ans



## Art. 10-3: Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires

Critères 63 à 70

## Critère 63 : Promouvoir la prescription de médicaments dans le répertoire générique

- Taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les PHEV
  - Indicateur transmis par l'Assurance Maladie
  - Nombre de boîtes en excluant le paracétamol dans le répertoire des génériques en PHEV / Nombre total de boîtes prescrites en PHEV

**Critères 64 à 68** : Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible

- Critère 64 et 65 (N): /0 pt

**Taux de prescription des biosimilaires**

Pour les prescriptions  
intra-hospitalières

Fournir le nombre d'UCD de médicaments biosimilaires prescrites

Pour les PHEV

Indicateur fourni par l'Assurance Maladie

Taux calculé séparément pour les EPO, anti-TNF $\alpha$ , insuline glargine, G-CSF : nb de boîtes de médicaments biosimilaires prescrites par les praticiens de l'établissement / nb de boîtes prescrites de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques biosimilaires pour les PHEV

■ Critère 66 à 68 :

- Décrire l'organisation mise en œuvre afin de sensibiliser les professionnels de santé hospitaliers et d'informer les patients aux médicaments biosimilaires
- Décrire la stratégie commune à l'ensemble des prescripteurs favorisant le recours aux biosimilaires
  - Intéressement 20% (voire 30% dans le cadre de l'expérimentation Article 51)
- Décrire la stratégie achat mise en place pour favoriser la concurrence

# LES BIOSIMILAIRES EN FRANCE – DONNÉES 2018

## Rappel objectifs poursuivis dans le cadre du plan 2018-2022 :

Développer la prescription de biosimilaires au sein de la liste de référence des groupes biologiques similaires (Prescription d'un médicament pour lequel il existe un biosimilaire plutôt qu'un médicament pour lequel il n'existe pas de biosimilaire)

### Taux de pénétration du marché des BioR/BioS, pour chaque classe de BioS de plus de 3 ans

2020 (ou 3 ans après commercialisation)

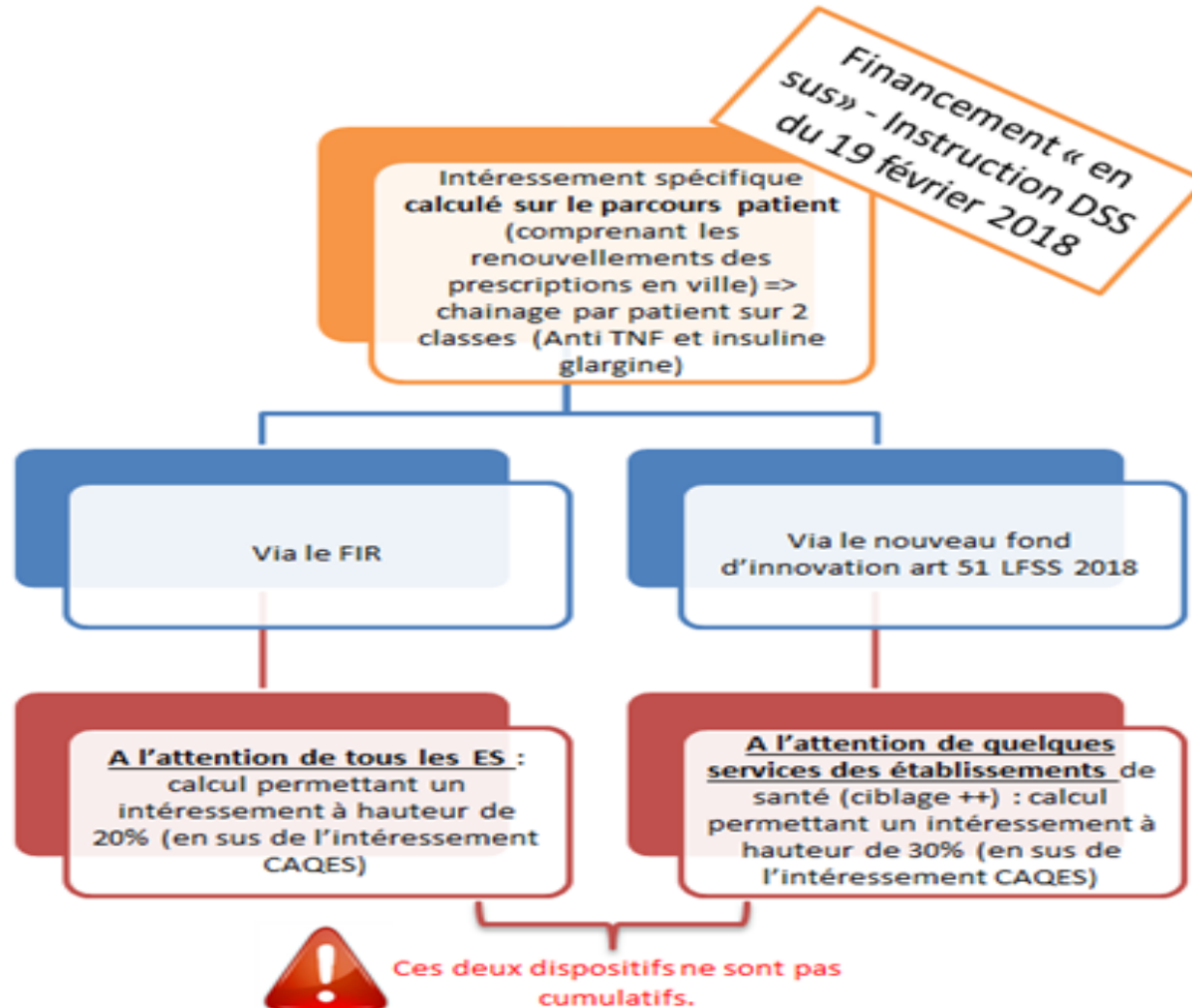
80 %

Les principales classes concernées	Perte de brevet récentes ou à venir	Dépenses remboursées annuelles de la classe - Avril 2018	Spécialités	2017	Cible 2018	T1 2018
<b>Anti-TNF</b>	Rémicade, Enbrel, Humira,	279 M€	Rhumatologues, dermatologues, gastro	Rémicade : 38,8% Enbrel : 4,4%	Rémicade : 65% Enbrel : 30%	Rémicade : 54,7% Enbrel : 9,5%
<b>Anti-cancéreux</b>	Vectibix, Erbitux, Avastin, Mabthera, Herceptin	M€	Cancérologues	Mabthera : 4,1%	-	Mabthera : 40,9%
<b>Insuline</b>	Lantus	96 M€	Diabétologues + généralistes	4,6 %	30 %	9,7 %
<b>G-CSF</b>	Neulasta,	100 M€	Hématologue	-	-	-
<b>DMLA</b>	Lucentis (2022)	238 M€	Ophthalmologues	-	-	-

# UNE SOURCE D'EFFICIENCE IMPORTANTE ET PLUSIEURS MESURES DÉJÀ MISES EN PLACE

- L'évolution du marché des médicaments biologiques de référence est estimée à plus de 2,4 Md€ d'ici 2020 ...
- ... mais la pénétration des biosimilaires reste faible : < 10% pour les médicaments récemment arrivés (contre > 80% dans certains pays nordiques)
- Enjeu d'efficience à pouvoir permettre la bonne appropriation de ces médicaments par les professionnels de santé et les patients
- Des actions récentes :
  - LFSS 2017 : possibilité d'interchangeabilité à tout moment du traitement
  - ROSP MG : incitation à la prescription d'abasaglar (insuline)
  - Instruction 2017 : précise les bonnes conditions d'utilisation des biosimilaires
  - Plan d'action des ARS pour 2018
  - Instruction 2018 – intéressement spécifique de la prescription : 20%
  - Expérimentation article 51 – intéressement augmenté à 30% pour les établissements qui impliquent directement les services

# LES DEUX SCHÉMAS INCITATIFS SONT NON CUMULATIFS : INSTRUCTION 2018 ET MESURE D'INCITATION EXPÉRIMENTALE



# Art. 10-3 : Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires (critères 63 à 70)

MCO, SSR

- Disponible sur le site de l'OMÉDIT :
- Fiche HAS pour les professionnels de santé
- Fiche OMÉDIT Val de Loire pour les patients



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

BON USAGE DU MÉDICAMENT

## les médicaments biosimilaires

**QU'EST-CE QU'UN MÉDICAMENT BIOSIMILAIRE ?**

issu du vivant (par exemple une protéine)      cliniquement équivalent, comparable à un médicament biologique de référence qui a déjà une AMM\* et dont le brevet est tombé dans le domaine public

« Bio|similaire »

**L'ESSENTIEL**

- Un médicament biosimilaire est un médicament qui, comme tout médicament biologique, est produit à partir d'une

## LES AVANTAGES

Les BIOSIMILAIRES permettent d'élargir l'offre de biomédicaments disponibles en proposant des médicaments à un prix plus bas que celui des médicaments de référence afin de réduire les dépenses de santé et ainsi d'en favoriser l'accès.

Les BIOSIMILAIRES encouragent les laboratoires pharmaceutiques à faire de la recherche et à développer des innovations. Cela permet également de stimuler la compétition entre ces laboratoires pharmaceutiques et de les rendre plus performants.

Au vu de ces éléments ainsi que de la sécurité et l'efficacité des BIOSIMILAIRES, ce serait dommage de s'en priver !

Références bibliographiques :  
- ANSM : "Etat des lieux sur les médicaments biosimilaires, Mai 2016" sur <http://ansm.sante.fr>  
- APHNews : "Les biosimilaires en 15 questions" Avril 2014 sur

## BIOSIMILAIRES : VRAI OU FAUX ?

Les biosimilaires sont des génériques

**FAUX !** Leurs modes de fabrication sont différents. Les génériques sont issus de la chimie tandis que les biosimilaires sont eux fabriqués à partir d'organismes vivants.

On les appelle biosimilaires car ils sont produits comme les produits "bio" par l'agriculture biologique

**FAUX !** Les biosimilaires sont des médicaments dits biologiques (comme les biomédicaments) car ils sont produits grâce à des organismes vivants comme les levures par exemple.

Je n'ai aucun risque à prendre un biosimilaire plutôt que son biomédicament de référence

**VRAI !** L'efficacité des biosimilaires ainsi que leur sécurité sont démontrées et similaires au médicament de référence, donc aucun risque. Vous serez traité de la même manière qu'avec le médicament de référence et avec le même résultat.



Votre médecin vous a prescrit :  
..... /  
Ce médicament est un BIOSIMILAIRE.


**MAIS QU'EST-CE QUE C'EST ?**



# Biosimilaires

« Outil de promotion du bon usage et d'identification des gains potentiels »

## Suivi des médicaments biosimilaires

Domaine	Molécule	Type de médicament	Noms commerciaux	Indications	Schémas posologiques	Laboratoire titulaire AMM	Laboratoire exploitant
Rhumatologie Hépato-gastro entérologie 	Infliximab	Molécule de référence	REMICADE®		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PR :</b> Dose initiale de 3 mg/kg administrée par perfusion IV suivie de perfusions de 3 mg/kg aux semaines 2 et 6 après la dose initiale, puis perfusion de 3mg/kg toutes les 8 semaines</li> </ul>	JANSSEN BIOLOGICS BV	MSD FRANCE
		Médicaments biosimilaires	Remsima®	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polyarthrite rhumatoïde (PR)</li> <li>• Spondylarthrite ankylosante (SA)</li> <li>• Rhumatisme psoriasique (RP)</li> <li>• Psoriasis (P)</li> <li>• Maladie de Crohn (MC)</li> <li>• Rectocolite hémorragique (RH)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SA, RP, P, MC, RH :</b> Dose initiale de 5 mg/kg administrée par perfusion IV, suivie d'une perfusion de 5 mg/kg aux semaines 2 et 6 après la dose initiale, puis perfusions de 5mg/kg toutes les 8 semaines</li> </ul>	CELLTRION HEALTHCARE HUNGARY KFT	BIOGARAN
			Infectra®	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie de Takayasu (RTU Remicade du 30/09/2014)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Maladie de Takayasu :</b> Dose initiale de 3-5 mg/kg administrée par perfusion IV, suivie d'une perfusion de 3-5 mg/kg aux semaines 2 et 6 après la dose initiale, puis perfusions de 3-5mg/kg toutes les 8 semaines</li> </ul>	HOSPIRA UK LTD	HOSPIRA FRANCE
			Flixabi®			SAMSUNG BIOEPIUS UK LIMITED	BIOGEN FRANCE
	Etanercept	Molécule de référence	ENBREL®		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PR, RP, SA, SAS :</b> Dose de 50 mg 1 fois par semaine (min 12 semaines de traitement)</li> </ul>	PFIZER LTD	PFIZER
		Médicaments biosimilaires	Benepali®	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polyarthrite rhumatoïde (PR)</li> <li>• Rhumatisme psoriasique (RP)</li> <li>• Spondylarthrite ankylosante (SA)</li> <li>• Spondylarthrite axiale non radiographique sévère (SAS)</li> <li>• Psoriasis en plaques (P)</li> <li>• Arthrite juvénile chronique (AJC)</li> <li>• Oligoarthritis juvénile (OJ)</li> <li>• Arthrite psoriasique juvénile (APJ)</li> <li>• Arthrite avec enthesite (AE)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>P :</b> Dose de 50 mg 1 fois par semaine (max 24 semaines de traitement)</li> </ul>	SAMSUNG BIOEPIUS UK LIMITED	BIOGEN FRANCE
			Erelzi®		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>AJC, OJ, APJ, AE :</b> Dose 0,8mg/kg 1 fois par semaine (dose maximale de 50mg par administration)(min 16 semaines de traitement)</li> </ul>	SANDOZ	SANDOZ
			Lifmior®			PFIZER	PFIZER

Mis à jour en continu sur le site OMÉDIT :

<http://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/biosimilaires/biosimilaires,2469,2814.html>

# Mise à disposition des données Assurance Maladie

- Profil national ES PHMEV-LPP
  - Etablissements concernées : Etablissements sanitaires, publics ou ESPIC (ex-PSPH), anciennement sous dotation globale
  - Envoyés en septembre/octobre pour les données à M6 (semestriel)
  - Envoyés en mars/avril pour les données à M12 (annuel)
- Outil régional PHMEV
  - Etablissements concernés : Etablissements sanitaires, publics ou ESPIC et privés
  - Envoyé semestriellement en M+2 et couvrant une année glissante complète
- Profil national Biosimilaires
  - Etablissements concernés : Etablissements sanitaires, publics ou ESPIC (ex-PSPH), anciennement sous dotation globale
  - Envoyés en septembre/octobre pour les données à M6 (semestriel)
  - Envoyés en mars/avril pour les données à M12 (annuel)

# Profil national PHMEV

## PROFIL ETABLISSEMENT PHMEV ET LPP

Période de référence : 1er semestre 2018

Les prescriptions issues de votre établissement	Montants remboursés 1er semestre 2018	Montants remboursés pour les établissements de votre catégorie 1er semestre 2018	Evolution 1er semestre 2018 / 1er semestre 2017	Evolution des établissements de votre catégorie 1er semestre 2018 / 1er semestre 2017
Pharmacie de ville (hors rétrocession)*	3 368 436 €	1 301 280 447 €	+14,4 %	+8,2 %
Pharmacie (rétrocession)	1 036 171 €	560 996 909 €	-21,4 %	-5,9 %
LPP	1 881 378 €	571 028 839 €	+5,1 %	+6,5 %
Produits d'origine humaine	0 €	478 €	NC	-96,1 %
Indemnités journalières (hors maternité)	1 936 923 €	439 972 544 €	+7,0 %	+2,2 %
Auxiliaires médicaux	1 094 082 €	402 324 881 €	-0,0 %	+4,3 %
Biologie et prélèvements	484 997 €	158 817 642 €	+2,0 %	+2,6 %
<b>Total (hors rétrocession)</b>	<b>8 765 815 €</b>	<b>2 873 424 831 €</b>	<b>+8,0 %</b>	<b>+6,0 %</b>
<b>Total PHMEV - LPP (hors rétrocession)</b>	<b>5 249 814 €</b>	<b>1 872 309 285 €</b>	<b>+10,8 %</b>	<b>+7,7 %</b>
<b>Part des prescriptions des médicaments remboursés appartenant au répertoire des groupes génériques*</b>	<b>522 533 €</b>	<b>178 603 597 €</b>	<b>-10,6 %</b>	<b>-14,1 %</b>



**Profil Etablissement** avec comparaison aux établissements de même catégorie

	Montants remboursés au 1er semestre 2018	Taux d'évolution par rapport à N-1
Pharmacie de "ville"	140 994 846	9,1%
Rétrocession	60 113 050	-11,1%
LPP	56 318 604	6,1%
IJ	42 396 727	5,0%
Auxiliaires Médicaux	37 445 915	6,9%
Biologie	14 871 365	10,6%
<b>Total PHMEV - LPP (hors rétrocession)</b>	<b>197 313 451</b>	<b>8,2%</b>
<b>Médicaments remboursés appartenant au répertoire des groupes génériques</b>	<b>20 540 990</b>	<b>-11,4%</b>

**Données régionales agrégées**  
(non disponibles dans le profil)



# Profil national PHMEV – focus génériques

## PROFIL ETABLISSEMENT PHMEV ET LPP

Période de référence : 1er semestre 2018

PRESCRIPTIONS DES MEDICAMENTS APPARTENANT AU REPERTOIRE DES GROUPES GENERIQUES\*  
(EN NOMBRE DE BOÎTES)



**Profil Etablissement** avec comparaison  
aux établissements de même catégorie

	Prescriptions de votre établissement		Prescriptions des établissements de votre catégorie	
	année 2017	année 2016	année 2017	année 2016
Nombre de boîtes remboursées de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques (princeps + génériques)	181 856	180 631	50 513 265	50 474 920
Nombre de boîtes génériques remboursées	148 712	143 261	41 781 835	40 694 563
Nombre de boîtes remboursées hors du répertoire des groupes génériques	223 569	221 493	69 123 597	68 312 536
Part des prescriptions des médicaments remboursés appartenant au répertoire des groupes génériques parmi l'ensemble des prescriptions PHMEV remboursées (en %)	44,9 %	44,9 %	42,2 %	42,5 %

**Données régionales agrégées**  
(non disponibles dans le profil)



	S1 2018	S1 2017
Nombre de boîtes dans le répertoire des génériques	2 810 065	2 726 395
Nombre de boîtes génériques remboursées	2 329 971	2 218 448
Nombre de boîtes remboursées hors répertoire	3 629 698	3 497 249
Part des prescriptions des médicaments remboursés appartenant au répertoire des groupes génériques parmi l'ensemble des prescriptions PHMEV remboursées (en %)	43,6%	43,8%

# Profil national Biosimilaires

PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES EXECUTEES EN VILLE  
BIOSIMILAIRES FIGURANT SUR LA LISTE DE REFERENCE ANSM\*

## PERIMETRE DU PROFIL

- PERIODE DE REFERENCE : Année 2017

- CHAMP DES PROFILS :  
- TOUS REGIMES FRANCE ENTIERE EN DATE DE REMBOURSEMENT  
- ETABLISSEMENTS EX DG

## REPARTITION DE VOS PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES EXECUTEES EN VILLE, PAR DCI FIGURANT SUR LA LISTE DE REFERENCE ANSM\*

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE	SUBSTANCE ACTIVE  (DCI)	Votre établissement ( )		Etablissement de votre catégorie	
		Taux de prescription des médicaments biosimilaires (en nb de boîtes) figurants sur la liste de référence ANSM**  2017 - (Evol 2017/2016)	Taux d'initiation de traitement avec un médicament biosimilaire dans le groupe de référence (en nb de patients)**  2017 - (Evol 2017/2016)	Taux de prescription des médicaments biosimilaires (en nb de boîtes) figurants sur la liste de référence ANSM**  2017 - (Evol 2017/2016)	Taux d'initiation de traitement avec un médicament biosimilaire dans le groupe de référence (en nb de patients)**  2017 - (Evol 2017/2016)
EPO	Epoetine				
Anti TNF alpha	Etanercept				
Facteur de croissance	Filgrastim				
Gonadotrophine	Follitropine Alfa				
Insuline	Insuline Glargine				
Hormone de croissance	Somatropine				
<b>TOTAL</b>					

\* Dénomination Commune Internationale (DCI) de la liste ANSM en date du 19/09/2017 pour laquelle au moins un médicament biosimilaire est commercialisé au 30 juin 2017.

\*\* + Toujéo® pour l'Insuline Glargine

# Outil régional PHMEV

Lisez-moi REGION 28 01/01/17 au 31/12/17 (Evolution par rapport à la période du 01/01/16 au 31/12/16)	Montants remboursés			Volumes délivrés (en boîtes ou unités)			Données par patient			Economies potentielles estimées (par substitution génériques)		
	Montant N en euros	Montant N-1 en euros	Evolution	En nombre N	En nombre N-1	Evolution	Nombre de patients différents N	Nombre de patients différents N-1	Evolution	N	N-1	Evolution
<b>Prescriptions Pharmacie de ville (hors rétrocession)</b>	258 364 572	248 190 389	4,1%	13 226 119	13 000 979	1,7%	1 005 422	996 029	0,9%	10 079 159	9 608 923	4,9%
<b>Prescriptions LPP</b>	123 316 769	115 206 422	7,0%	6 679 705	6 463 173	3,4%	458 952	442 231	3,8%	<p>Double-cliquer sur une ligne du tableau récapitulatif pour afficher le tableau thématique de niveau 1</p> <p>Double-cliquer sur une case de la zone "économies potentielles" pour afficher le tableau des principales molécules concernées (niveau 2).</p>		
<b>Rétrocession hospitalière</b>	148 484 513	129 993 821	14,2%				13 436	10 277	30,7%			
<b>Total prescriptions</b>	530 165 854	493 390 632	7,5%									

# Référents des caisses

- L'envoi des profils est réalisé par les caisses de rattachement des établissements
- Référents CAQES CPAM :

CPAM	NOM	Mail
Calvados	Malika Aissani-Delaunay	malika.aissani-delaunay@assurance-maladie.fr
Eure	Gwenaëlle Empis Solenn Morfoisse	solen.morfoisse@assurance-maladie.fr
Manche	Julie Mezel Claire Pivain	sies.cpam-st-lo@assurance-maladie.fr
Orne	Nadège Decaen	nadege.decaen@assurance-maladie.fr
Le Havre	Caroline Durand	caroline.durand@assurance-maladie.fr
Rouen	Virginie Illien	virginie.illien@assurance-maladie.fr

# Accompagnement assurance maladie

- En fonction de vos résultats disponibles dans les profils et outils en matière de prescriptions de biosimilaires ou de génériques

## Profil « PHMEV-Biosimilaire »

Cible : taux de pénétration à 80% à 2022

## PROFIL ETABLISSEMENT PHMEV ET LPP

Cibles réglementaires nationales CAQES / **génériques** à 45,5% arrêté du 27/04/2017 - JO du 30/04/2017

- L'assurance maladie peut vous proposer un accompagnement des prescripteurs (intervention en CME, en réunion de staff et ou auprès de praticiens)



## Critères 69-70 (N) : Part d'achat de génériques et biosimilaires

■ Nombre d'UCD de génériques délivrées

Nombre d'UCD totales délivrées aux services

■ Nombre d'UCD de biosimilaires délivrées

Nombre d'UCD de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires totales délivrées aux services

**Art. 10-4: Engagements relatifs aux médicaments et aux produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville**

**Critères 71 à 73**

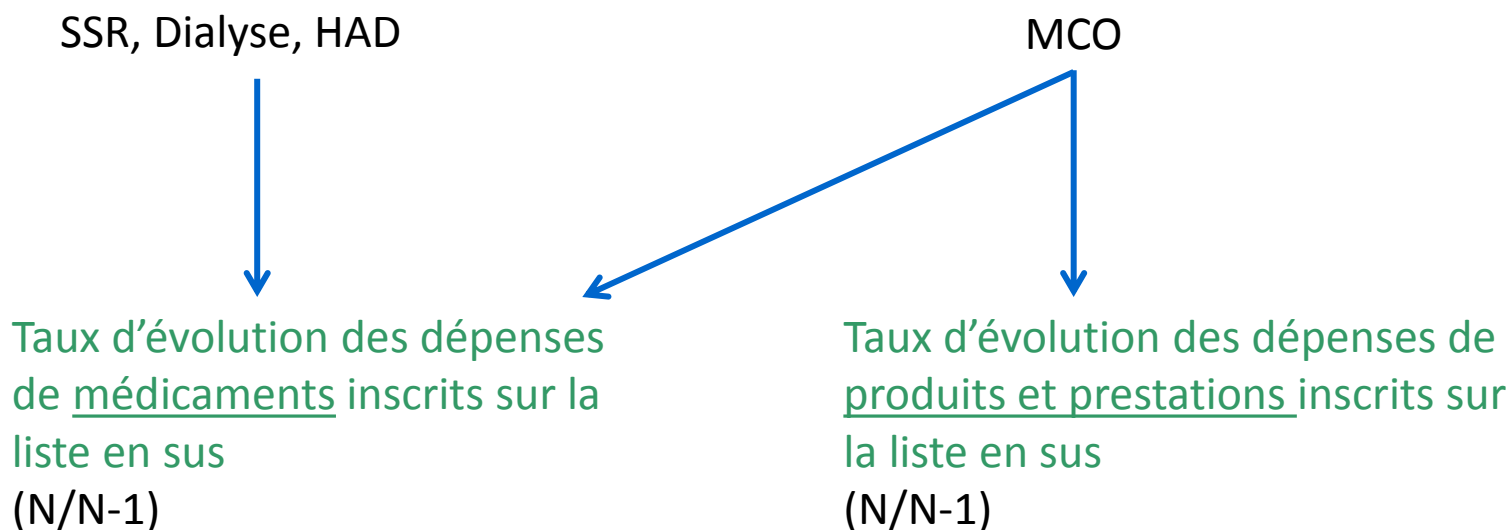
**Critères 71 à 73 :** Mettre en œuvre l'ensemble des actions d'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation de ces prescriptions nécessaires pour assurer le respect du taux d'évolution des dépenses des PHEV de produits de santé

- **Critère 71 (N):** /0 pt
  - Taux d'évolution des dépenses liées aux PHEV
  - Fourni par l'Assurance Maladie
  
- **Critère 72 :**
  - Plan d'actions pour favoriser la pertinence des PHEV
    - Définir les modalités de mise en œuvre : calendrier, critères de suivi, responsabilités associées
  
- **Critère 73 :**
  - Plan de déploiement de la prescription de sortie en DCI et de spécialités inscrites dans le répertoire des génériques
    - État d'avancement + calendrier de mise en œuvre

**Art. 10.5 : Engagements spécifiques relatifs aux spécialités pharmaceutiques et aux produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation inscrits sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et respect des référentiels nationaux de bon usage des médicaments et des produits et prestations**

**Critères 74 à 79**

## Critères 74-75 (N) : Suivi des dépenses des médicaments et DM de la liste en sus



## Critères 76-77 : Utilisation conforme aux indications AMM / RTU ou à défaut et par exception argumentation dans le dossier médical

- Critère 76 (N): Taux de prescription hors référentiel (RTU, AMM) pour les médicaments de la liste en sus :

Nombre d'UCD ou d'unités hors référentiel

Ou

Nombre de patients ayant bénéficié d'une initiation de traitement par médicaments facturés en sus des GHS hors référentiel

- Critère 77 :

Fournir le fichier de suivi exhaustif

(disponible sur le site de l'OMéDIT <http://www.omedit-normandie.fr/contractualisation/cages/cages,2547,2928.html>)

Ou

Faire l'audit « Etat des lieux de l'utilisation des immunoglobulines humaines normales dans les établissements de santé »

- Audit « Etat des lieux de l'utilisation des immunoglobulines humaines normales dans les établissements de santé »
  - Nombre de patients traités par immunoglobulines humaines normales sur la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2018
  - Hors rétrocession
  - Chaque patient ne doit être compté qu'une fois sauf changement de traitement
  - Pour les indications hors référentiel → détailler la situation clinique + références bibliographiques si existantes.

## Critères 78-79 : Utilisation conforme aux conditions de prise en charge prévues par la liste LPPR ou à défaut et par exception argumentation dans le dossier médical

- Critère 78 (N):
  - Taux de prescriptions hors référentiels pour les produits et prestations de la liste en sus
  
- Critère 79 :
  - Audit non fourni → critère jugé comme « réalisé » si l'établissement à prévu une évaluation des pratiques et pertinence de l'utilisation des DM hors GHS et la traçabilité de l'argumentation pour le hors référentiel



# Art. 10.6 : Evaluation

Critère 80

## Critère 80 : Evaluation de l'évolution des prescriptions et de leur pertinence

- Fournir le suivi semestriel de l'analyse des prescriptions et de leur évolution qui doit être présenté à la CME/CfME ou COMEDIMS
- En intra-hospitalier : envoi de l'argumentaire si :
  - le taux d'évolution « liste en sus » de l'ES > cibles nationaux
  - le taux d'évolution « génériques , biosimilaires » < taux cibles nationaux
- Concernant les prescriptions de sortie : envoi de l'argumentaire si :
  - Les taux d'évolution « PHEV » > cibles nationaux
  - le taux d'évolution « génériques , biosimilaires » < taux cibles nationaux

➤ Adressé par mail à l'OMédIT, au Directeur de CPAM et DG ARS

# Objectifs opérationnels spécifiques

## HAD

- Cocher « Non concerné » pour les établissements non concernés (sinon pourcentage global biaisé)
- **Les HAD autonomes avec et sans PUI ainsi que les établissements ayant une activité d'HAD** cochent la case correspondante à l'atteinte de l'objectif : « Réalisé » ou « Partiellement réalisé » ou « Non réalisé ».

# Art. 10-1 : Amélioration et sécurisation PET

Critères 81 à 87

## Critères 81-82 : Déploiement de l'informatisation

### ■ Critère 81 :

- Contribution à la réflexion régionales sur l'informatisation

Ou

Mise en œuvre d'une solution technique adaptée

### ■ Critère 82 : /0 pt

- Nombre de places informatisées de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration

### Critères 83-84 : Sécurisation de la prise en charge thérapeutique en HAD

- Fournir les procédures concernant l'organisation et la sécurisation du circuit du médicament dans lesquelles sont formalisés les processus :
  - Approvisionnement en dehors des heures d'ouverture de la PUI/officine
  - Préparation des piluliers
  - Transport
  - Administration
  - Gestion des traitements personnels
  - Sécurisations du stockage des médicaments au domicile
  - Conduite à tenir en cas de retrait de lot
  - Retour/élimination des traitements non utilisés et gestion des déchets au domicile
  - Traçabilité de la surveillance du patient à domicile
  - Préparation et administration des injectables
  - Analyse pharmaceutique sur l'exhaustivité des traitements
  
- Réalisation d'un audit de dossier sur la traçabilité de l'évaluation régulière de l'autonomie du patient et/ou de son entourage pour participer à la prise des médicaments.
  - **Audit non fourni par l'OMÉDIT**

## Critère 85 : Déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse

- Mise en œuvre des dispositions nécessaires pour garantir la qualité de l'analyse pharmaceutique et la réévaluation de l'ensemble des prescriptions
  - Fournir la procédure/convention avec les pharmaciens officinaux permettant notamment d'effectuer l'analyse sur l'ensemble des traitements.

## Critères 86-87 : Traçabilité de l'administration, de la surveillance et de la réévaluation des traitements

- Réalisation d'un audit de dossier du patient sur la traçabilité de l'administration ou du motif de la non administration (y compris pour les médicaments en auto-gestion)
  - Audit non fourni par l'OMÉDIT
- Audit de dossier du patient sur la surveillance et les réévaluations des opiacés forts



# Art. 10-2 : Développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau

Critères 88 à 90

## Critères 88 à 90 : Chimiothérapies anticancéreuses injectables

- Fournir les conventions nécessaire à la prise en charge de patients sous chimiothérapies anticancéreuses injectables :
  - Convention avec l'établissement ayant une autorisation dans le traitement des cancers par chimio
  - Convention avec une PUI disposant d'une URCC
  - Convention avec le transporteur
  
- Fournir les protocoles et procédures relatifs à la prise en charge de patients sous chimio. Ces documents doivent être accessibles à tous les acteurs de la prise en charge :
  - Protocoles de chimio, surveillance, OK chimio
  - Conduite à tenir en cas de complication
  - Transport, stockage
  - Elimination des déchets
  
- Nombre d'IDE formés à l'administration des chimio injectables + date + lieu de formation