

Réunion d'information

CAQES

Outil web

Actualités

21 et 24 janvier 2019



Plan

- 1. CAQES : contexte réglementaire et actualités**
- 2. Grille d'indicateurs : les évolutions depuis le CBU**
- 3. Documents & outils disponibles**
- 4. Outilweb**
- 5. Autres actualités**

Plan

- 1. CAQES : contexte réglementaire et actualités**
2. Grille d'indicateurs : les évolutions depuis le CBU
3. Documents & outils disponibles
4. Outilweb
5. Autres actualités

Nature du contrat :

1 volet obligatoire/volet socle

Produits de santé

Contrat à durée indéterminée

Tous les ES :

MCO, HAD, dialyse, USLD, SSR, santé mentale

Tout type de prise en charge :

Séances, hospitalisation complète, HDJ

Remplace les actuels :

- CBU
- Régulation liste en sus
- CAQOS (contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins)
PHEV

3 volets optionnels

Durée maximale de 5 ans

Ciblage des établissements par l'ARS et l'assurance maladie

Remplace les actuels :

- CAQOS transport
- Contrat Pertinence
- CAPES (contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé)

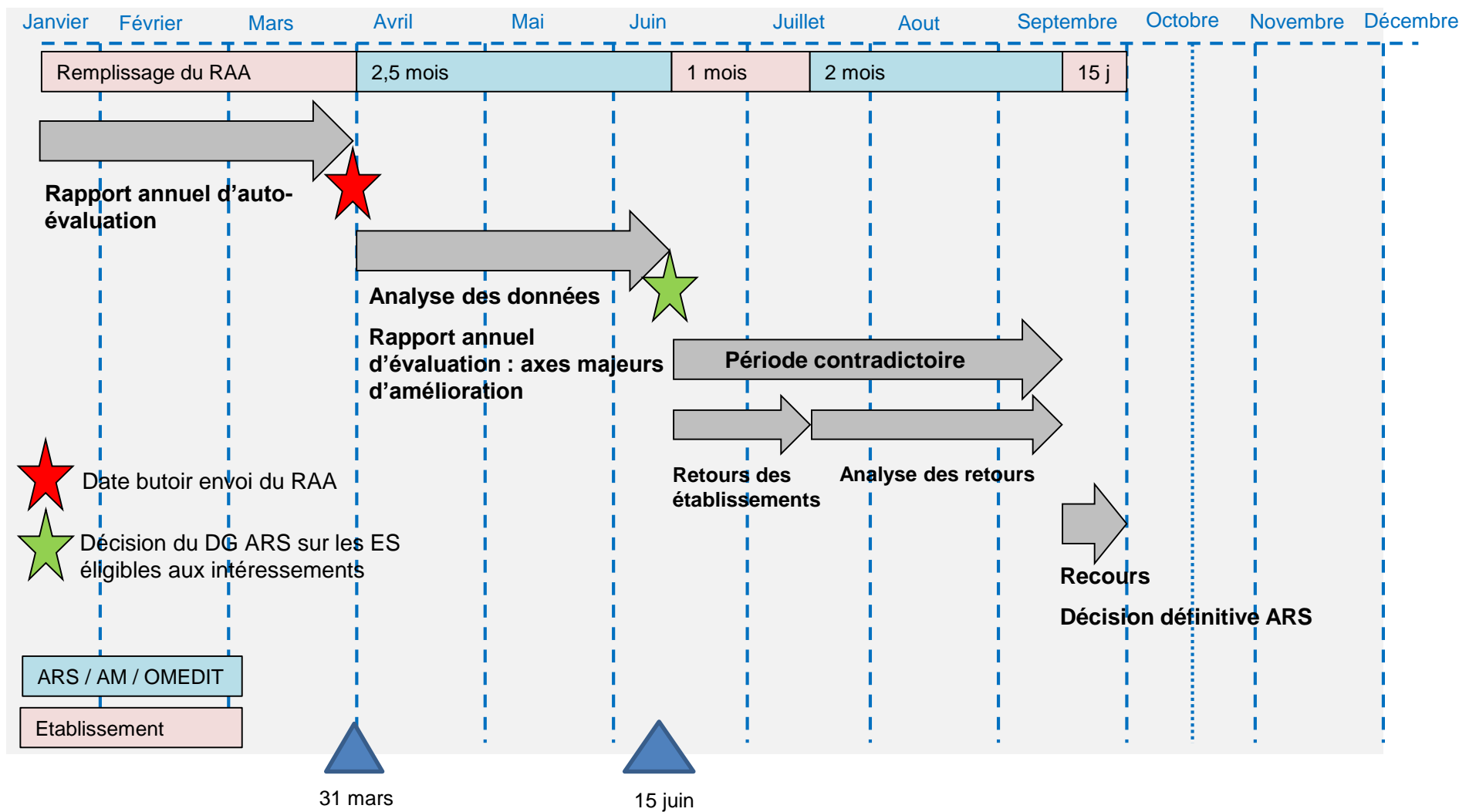
Cadre juridique du contrat

- Article 81 de la LFSS 2016 : simplification et fusion des divers contrats tripartites conclus entre les établissements, l'ARS et l'assurance maladie
- Décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
- Arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L.162-30-2 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 27 avril 2017 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L.162-30-3 du code de la sécurité sociale
- Instruction interministérielle N°DSS/A1/CNAMTS/2017/234 du 26 juillet 2017 relative à la mise en œuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

Le CAQES en pratique (1)

- **Abrogation des CBU au 31 décembre 2017**
- **Entrée en vigueur des CAQES le 1^{er} janvier 2018**
- **Restitution d'un rapport annuel d'auto-évaluation (RAA) (sur 1 ou + FINESS)**
- **Continuité entre le CBU et le CAQES / volet obligatoire**
- **Outil web pour les données 2018**
 - pour la restitution du RAA,
 - Pour la restitution du résultat de l'évaluation du RAA
- **PAS D'UTILISATION DE L'OUTIL WEB POUR LA PERIODE CONTRADICTOIRE**

Calendrier d'évaluation du CAQES



Le CAQES en pratique (2)

Un contrat « simplifié » avec un volet socle « produits de santé » intégrant :

- Des indicateurs nationaux
- Des indicateurs régionaux

Un périmètre d'établissements modifié et élargi/CBU :

- SSR, ESM, USLD
- dans la continuité du CBU pour les établissements MCO, HAD et dialyse

Un RAA inchangé avec recueil sur l'ensemble des indicateurs :

- Année 2018 (données 2017) « année blanche », pas de sanction, ni de période contradictoire
- Année 2019 (données 2018), pas de sanction

Pour 2018, un dispositif d'intéressement prévu

Accompagnement des établissements

Plan

1. CAQES : contexte réglementaire et actualités
- 2. Grille d'indicateurs : les évolutions depuis le CBU**
3. Documents & outils disponibles
4. Outil web
5. Autres actualités

CBU → CAQES : les évolutions

■ Architecture : 5 parties (avec indicateurs nationaux et régionaux)

I - Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations

- Aspects généraux
- PECM : Prescription - Dispensation des médicaments – Administration
- Traçabilité des DMI

II. Développement des **pratiques pluridisciplinaires et en réseau**

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

IV. Engagements relatifs aux **PHEV**

V. Engagements relatifs aux dépenses et au respect des référentiels pour les médicaments et dispositifs médicaux de la **liste en sus des GHS**

Le rapport annuel d'autoévaluation (RAA)

- **Des objectifs**
- **Des indicateurs qualitatifs**
- **Des indicateurs quantitatifs**
- **Le RAA est attendu renseigné dans sa totalité**
 - L'état des lieux est achevé
 - L'intéressement justifie que l'ensemble des indicateurs soit renseigné



INDICATEURS « AVEC INTÉRESSEMENT »

Indicateurs « avec intéressement » (1)

- Utilisation des logiciels d'aide à la prescription (I.2.1.1)
- Informatisation et traçabilité de la prise en charge thérapeutique (I.2.1.2)
- Utilisation volet médicamenteux de la lettre de liaison (II.2)
- Vigilance et bon usage des antibiotiques (II.5) - traitement de plus de 7 jours non justifiés
- Taux d'évolution des dépenses sur la liste en sus (médicaments) et Taux d'évolution des dépenses sur la liste en sus (DM)
- Taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les PHEV
- Possibilité de contrôles sur site

Indicateurs « avec intéressement » (2)

• Utilisation des logiciels d'aide à la prescription (I.2.1.1)

ACTION/MESURE

I.2.1.1 –

B) TAUX D'ÉQUIPEMENT EN LOGICIELS D'AIDE A LA PRESCRIPTION DONT LA VERSION OPERATIONNELLE DANS LE SERVICE EST CERTIFIEE (EN NOMBRE DE SERVICES EQUIPES) : NOMBRE DE LITS UTILISANT UN LAP CERTIFIE/NOMBRE TOTAL DE LITS DE L'ETABLISSEMENT ; NOMBRE D'US UTILISANT UN LAP CERTIFIE/NOMBRE TOTAL D'US DE L'ETABLISSEMENT

OBJECTIF	Utilisation des logiciels d'aide à la prescription pour toutes les prescriptions de médicaments y compris pour celles effectuées dans le cadre des consultations mentionnées à l'article L.162-26 du CSS ou lors de la sortie de l'établissement de santé
TYPE DE STRUCTURE	MCO- SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	Toutes les US comprenant des lits et places d'hospitalisation complète ou partielle (HDJ inclus, chirurgie ambulatoire etc.). <i>NB. Précisions concernant cet intitulé : par « nb de lits » on entend « nb de lits et places »</i>
PRE-REQUIS	Disposer d'un listing des logiciels de prescription installés par service pour tout l'hôpital (cf liste des logiciels et versions certifiées LAP, HAS) précisant la version et sa certification.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Méthode de calcul : <ul style="list-style-type: none"> - Numérateur : nombre de lits et places pour lesquels la prescription de médicaments est réalisée avec un /des LAP certifié(s), - Dénominateur : nombre total de lits et places de l'établissement <ul style="list-style-type: none"> - Numérateur : nombre d'US informatisées à 100% avec un/des LAP(s) certifié(s) - Dénominateur : nombre total d'US de l'établissement
PONDERATION	1
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : Valeur en % ELEMENT DE PREUVE non
EVALUATION 2019	Trois cibles régionales selon la typologie (nombre de lits et places) : MCO : 70% SSR/ psy : 80% Dialyse : 50 % Valeur ≥ X % = 1 point Valeur < X % ou indicateur non renseigné = 0 point

Possibilité de contrôles sur site

Indicateurs « avec intéressement » (3)

• Informatisation et traçabilité de la prise en charge thérapeutique (I.2.1.2)

ACTION/MESURE

I.2.1.2 –

A) TRAÇABILITE DES MEDICAMENTS : NOMBRE DE LITS INFORMATISES DE LA PRESCRIPTION JUSQU'A LA TRAÇABILITE DE L'ADMINISTRATION/NOMBRE DE LITS TOTAL

OBJECTIF	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
TYPE DE STRUCTURE	MCO- HAD - SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	Tous les lits (hôpital de jour compris, chirurgie ambulatoire) Exclure les consultations externes <i>NB. Précisions concernant cet intitulé : par «nb de lits » on entend « nb de lits et places »</i>
PRE-REQUIS	Disposer d'un ou plusieurs logiciels interfacés permettant la prescription informatisée et la traçabilité de l'administration.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Numérateur : Nombre de lits pour lesquels les médicaments sont informatiquement prescrits et dont l'administration est tracée informatiquement. Dénominateur : Nombre total de lits et places.
PONDERATION	2 points
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	<u>REPONSE ATTENDUE</u> : Valeur en % <u>ELEMENT DE PREUVE</u> non
EVALUATION 2019	<u>MCO et HAD : Cible en 2019 = 90%</u> - Taux ≥ 90 % = 2 points - Taux compris entre [80% et 90 %] = 1 point - Taux < 80 % = 0 point

Indicateurs « avec intéressement » (4)

- Utilisation volet médicamenteux de la lettre de liaison (II.2)

ACTION/MESURE

II.2 - LA CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DURANT LE PARCOURS DE SOINS EST MISE EN ŒUVRE (GESTION DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX AUX POINTS DE TRANSITIONS).

- POURCENTAGE DE SERVICES DE L'ÉTABLISSEMENT QUI INTEGRENT DANS LEUR DOCUMENT DE SORTIE OU LETTRE DE LIAISON UN TABLEAU PRÉSENTANT LES TRAITEMENTS HABITUELS DU PATIENT, LES TRAITEMENTS À LA SORTIE ET LES COMMENTAIRES JUSTIFIANT LES MODIFICATIONS DES TRAITEMENTS
- POUR LES SERVICES UTILISANT UN "TABLEAU MÉDICAMENT PARCOURS": POURCENTAGE DE TABLEAUX INDIQUANT DANS LA COLONNE DÉDIÉE LES MOTIFS DE MODIFICATIONS DES TRAITEMENTS, POURCENTAGE DE TABLEAUX DANS LESQUELS LES MÉDICAMENTS SONT STRUCTURÉS PAR DOMAINE PATHOLOGIQUE



OBJECTIF	Mettre en œuvre la continuité de la prise en charge thérapeutique durant le parcours de soins
TYPE DE STRUCTURE	MCO - HAD - SSR - DIA - PSY
PERIMÈTRE D'ANALYSE	Tous les services
PRE-REQUIS	<p>Maîtriser le remplissage du volet médicamenteux de la lettre de liaison (document HAS) présentant les traitements habituels du patient, les traitements à la sortie et les commentaires justifiant les modifications des traitements. Cf. e-learning et formation présentielle OMEDIT IDF.</p> <p>https://www.has-sante.fr//portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/volet_medicamenteux_de_la_lettre_de_liaison_a_la_sortie.pdf</p> <p>http://www.omedit-idf.fr/nouveau-e-learning-volet-medicamenteux-de-la-lettre-de-liaison-de-la-has/</p>
MÉTHODOLOGIE DE RECUEIL	-
PONDERATION	2 points
ÉLÉMENT D'APPRECIATION 2019	<p><u>REPONSE ATTENDUE</u> : valeurs</p> <p><u>ÉLÉMENT DE PREUVE</u> <i>non obligatoire</i></p> <p>% de services de l'établissement ayant intégré le volet médicamenteux de la lettre de liaison dans leur document de sortie ou lettre de liaison :</p>

Continuité de la prise en charge – Document de sortie (item II.2)

Tableau Médicament Parcours (tableau 6 colonnes) → « Volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie »¹

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/volet_medicamenteux_de_la_lettre_de_liaison_a_la_sortie.pdf

VOLET MÉDICAMENTEUX DE LA LETTRE DE LIAISON À LA SORTIE

Séjour hospitalier : du / / au / /

<p>NOM (de naissance) : <input type="text"/></p> <p>NOM (marital) : <input type="text"/></p> <p>Prénom(s) : <input type="text"/></p> <p>Sexe : <input type="text"/></p> <p>Date de naissance : / / <input type="text"/></p> <p>IPP : <input type="text"/></p>	<p>Motif d'hospitalisation : <input type="text"/></p>	<p>Nom du médecin hospitalier : <input type="text"/></p> <p>Nom du service hospitalier : <input type="text"/></p> <p>Téléphone : <input type="text"/></p> <p>Nom du pharmacien hospitalier : <input type="text"/></p> <p>Téléphone pharmacie hospitalière : <input type="text"/></p>	<p>Médecin traitant : <input type="text"/></p> <p>Pharmacien d'officine : <input type="text"/></p> <p>IDE domicile : <input type="text"/></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Traitement médicamenteux pris avant hospitalisation ou bilan médicamenteux			Traitement médicamenteux à la sortie		Commentaires <small>(motif de changement entre bilan médicamenteux et traitement de sortie, cible thérapeutique et surveillance associée, durée de traitement calculée à partir de la date de rédaction du traitement de sortie)</small>
Nom/dosage/forme	Posologie	Devenir du traitement	Nom/dosage/forme	Posologie	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Date : Validation (nom, fonction, signature)

¹ HAS - Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé

Indicateurs « avec intéressement » (5)

- Vigilance et bon usage des antibiotiques (II.5) - traitement de plus de 7 jours non justifiés

ACTION/MESURE

II.5 - TAUX DE TRAITEMENTS DE PLUS DE 7 JOURS NON JUSTIFIES : - Nb DE TRAITEMENTS PAR ATB PRESCRITS POUR UNE DUREE DE PLUS DE 7 JOURS NON JUSTIFIES / NOMBRE TOTAL DE TRAITEMENTS PAR ATB PRESCRITS POUR UNE DUREE DE PLUS DE 7 JOURS

OBJECTIF	Vigilance et bon usage des antibiotiques (ATB)
TYPE DE STRUCTURE	MCO - HAD - SSR - DIA - PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	Prescriptions > 7 jours d'antibiotiques curatifs des patients en hospitalisation complète. Concerne tous les antibiotiques et pas uniquement les antibiotiques critiques
PRE-REQUIS	Nomination d'un référent antibiotique Connaître le(s) Guide(s)/ Référentiel(s) de bon usage pour identifier les durées recommandées pour les prescriptions auditées
METHODOLOGIE DE RECUEIL	La justification attendue est l'avis du référent antibiotique dans le dossier patient même s'il s'agit d'une indication reconnue pour un traitement de plus de 7 jours Méthode par Audit : Outils mis à disposition : méthodologie d'audit Cpias <i>L'audit pourra être réalisé tous les 2 ans</i>
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	REPONSE ATTENDUE : valeur en % Numérateur : Nombre de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours non justifiés par l'avis du référent antibiotique (tracé dans le dossier) Dénominateur : Nombre de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours Pour la méthodologie : étude rétrospective sur 30 dossiers patients minimum ayant reçu une antibiothérapie curative (tout antibiotique confondu) de plus de 7 jours ELEMENT DE PREUVE non (sous réserve d'un contrôle a posteriori)
EVALUATION 2019	Cible en 2018 : ≤ 30% - Taux cible atteint = 1 point -

Indicateurs « avec intéressement » (6)

- Arrêté du 27 avril 2017 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L.162-30-3 du code de la sécurité sociale
- Taux d'évolution des dépenses sur la liste en sus (médicaments) (4,1%) et taux d'évolution des dépenses sur la liste en sus (DM) (5,8%)
- Taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les PHEV (45,5%)



***INDICATEURS DONT LA FORMULATION
A ÉTÉ REVUE***

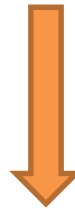
INDICATEURS REFORMULES (1)

I.1.6 - Réduire les risques associés à l'utilisation des produits de santé.

Pour les médicaments et les DMS :

Nombre d'évènements indésirables liés aux médicaments ou aux DMS (année N) :

Nombre de RMM/CREX/Autres réalisés dans l'année (année N) :



Pour les médicaments et les DMS :

Nombre d'évènements indésirables (graves et non graves) liés aux médicaments ou aux DMS (année N) :

Nombre de RMM/CREX/Autres réalisés dans l'année (année N) :

INDICATEURS REFORMULES (2)

I.2.1.1 - Utilisation des logiciels d'aide à la prescription pour toutes les prescriptions de médicaments y compris pour celles effectuées dans le cadre des consultations mentionnées à l'article L. 162-26 du CSS ou lors de la sortie de l'établissement de santé.

Taux de prescriptions de sortie informatisées y compris consultations externes :

- Nombre de ~~lig~~és de prescriptions de sortie informatisées :
- Nombre total de prescriptions de sortie :
- Taux de prescription : %



Taux de prescriptions de sortie informatisées y compris consultations externes :

- Nombre de prescriptions de sortie informatisées :
- Nombre total de prescriptions de sortie :
- Taux de prescription : %

INDICATEURS REFORMULES (3)

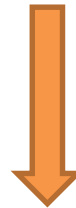
I.2.1.3 - Optimiser l'alimentation du dossier patient informatisé pour obtenir l'exhaustivité des données relatives à sa prise en charge.

L'interfaçage des différents logiciels de l'établissement permet la mise à disposition dans le dossier patient informatisé de l'ensemble des informations permettant :

- la prescription ,
- la dispensation (analyse des prescriptions et délivrance)
- et l'administration des produits de santé (notamment données biologiques, chimiothérapies anticancéreuses, nutrition parentérale) durant la totalité de l'hospitalisation du patient.

Oui Non

Si oui : description courte des interfaces fonctionnelles :



L'interfaçage des différents logiciels de l'établissement permet la mise à disposition dans le dossier patient informatisé de l'ensemble des informations permettant :

- la prescription ,
- la dispensation (analyse des prescriptions et délivrance)
- et l'administration des produits de santé (notamment données biologiques, chimiothérapies anticancéreuses, nutrition parentérale) durant la totalité de l'hospitalisation du patient.

Oui Non Partiellement

Logiciel de prescription :

Logiciel de dispensation :

Logiciel d'administration :

Si « partiellement » ou « non », transmission d'un justificatif.

INDICATEURS REFORMULES (4)

I.2.3.1 - Sécuriser la préparation des médicaments injectables.

La préparation centralisée des médicaments injectables par l'établissement est réalisée conformément aux bonnes pratiques de préparation, dans la PUI de l'établissement ou dans le cadre d'une convention de sous-traitance : Oui Non



La préparation centralisée des médicaments injectables par l'établissement est réalisée conformément aux bonnes pratiques de préparation, dans la PUI de l'établissement ou dans le cadre d'une convention de sous-traitance : Non concerné Concerné

INDICATEURS REFORMULES (5)

I.2.3.3 - Sécuriser l'administration des médicaments .

Les médicaments administrés par voie orale restent identifiables (nom ~~du~~ ~~médicament~~) jusqu'à leur administration (achat de médicaments en conditionnement unitaire, surconditionnement, reconditionnement, ré-étiquetage) Oui Non



Les médicaments administrés par voie orale restent identifiables jusqu'à leur administration (achat de médicaments en conditionnement unitaire, surconditionnement, reconditionnement, ré-étiquetage) Oui Non

INDICATEURS REFORMULES (6)

INDICATEUR
INTÉRESSEMENT

II.2 - Mettre en œuvre la continuité de la prise en charge thérapeutique durant le parcours de soins.

La continuité de la prise en charge médicamenteuse durant le parcours de soins est mise en œuvre (gestion des traitements médicamenteux aux points de transitions).

1) Le résultat de l'indicateur IPAQSS "Document de sortie" est supérieur ou égal à 80% (Données fournies par l'Omedit ou l'ARS): Oui Non



Item supprimé car l'indicateur « Document de sortie » (DOC) est remplacé par « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » (QLS), IQSS recueilli en 2019.

3) Pour les services utilisant un 'tableau médicament parcours',

- Pourcentage de tableaux indiquant dans la colonne dédiée les motifs de modifications des traitements :

%

- Pourcentage de tableaux dans lesquels les médicaments sont structurés par domaine pathologique :

%

~~- Pourcentage de tableaux pour lesquels une source impliquant le pharmacien d'officine ou le DP est mentionnée :~~

%

- Pourcentage de tableaux renseignant le nom du pharmacien d'officine :

%

Justificatif attendu en 2020 : audit et méthodologie

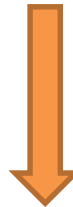
INDICATEURS REFORMULES (7)

INDICATEUR
INTÉRÊSSEMENT

II.5 - Vigilance et bon usage des antibiotiques (ATB)

Taux de traitements de plus de 7 jours non justifiés :

- Nombre de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours non justifiés :
- Nombre total de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours :
- Pourcentage : %



Taux de traitements de plus de 7 jours non justifiés :

- Nombre de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours non justifiés (par les recommandations en vigueur)
- Nombre total de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours :
- Pourcentage : 0 %

INDICATEURS REFORMULES (8)

III.1 - Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible

Taux de prescription des biosimilaires, pour les prescriptions INTRA-HOSPITALIERES. Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF

EPO :

- Nombre d'UCD de médicaments biosimilaires prescrites par les praticiens de l'établissement :
- Nombre d'UCD prescrites de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires :
- Taux de prescription :

 %

Taux de dispensation des biosimilaires, pour les prescriptions INTRA-HOSPITALIERES. Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF

EPO (Epoétine/EPREX) :

- Nombre d'UCD de médicaments biosimilaires dispensées :
- Nombre d'UCD dispensées de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires :
- Taux de dispensation

 0 %

INDICATEURS REFORMULES (9)

V.1 -Suivi des dépenses des médicaments et DMI de la liste en sus

Non concerné Concerné

Taux de prescriptions hors référentiels (RTU, AMM) pour les médicaments et produits et prestations de la liste en sus :

- Nombre d'initiation de traitement (patients) hors référentiel :

- Nombre d'initiation de traitement (patients) total :

- Taux de prescription : %



**Indicateur national : séparation
du recueil entre médicaments et
dispositifs médicaux
implantables.**

Non concerné Concerné

Taux de prescriptions hors référentiels (RTU, AMM) pour les médicaments de la liste en sus :

- Nombre de prescriptions hors référentiels de médicaments de la liste en sus :

- Nombre total de prescriptions de médicaments de la liste en sus :

- Taux de prescription : 0 %

Non concerné Concerné

Taux de prescriptions hors référentiels (LPPR) pour les produits et prestations de la liste en sus :

- Nombre d'implantations de DMI hors LPPR :

- Nombre total d'implantations de DMI :

- Taux d'implantations : 0 %



***INDICATEURS POUR LESQUELS UN
AUDIT EST REQUIS***

I.2.3 – Administration : Sécuriser l'administration des médicaments

I.2.3.3 - Les médicaments administrés par voie orale restent identifiables jusqu'à leur administration (achat de médicaments en conditionnement unitaire, surconditionnement, reconditionnement, ré-étiquetage)

I.2.3.4 - Les médicaments injectables reconstitués (unité de soins) restent identifiables (nom du patient et nom du médicament) jusqu'à leur administration (étiquetage)

II.1 - Mettre en œuvre la continuité de la prise en charge thérapeutique durant le parcours de soins

La continuité de la prise en charge médicamenteuse durant le parcours de soins est mise en œuvre (gestion des traitements médicamenteux apportés par le patient).

La mise en œuvre de la procédure relative à la gestion du traitement personnel du patient est évaluée.

II.5 - Vigilance et bon usage des antibiotiques (ATB)

INDICATEUR
INTÉRESSEMENT

Taux de traitements de plus de 7 jours non justifiés

$$= \frac{\text{Nb de trts ATB prescrits pour une durée de plus de 7 j non justifiés (par les reco)}}{\text{Nb total de trts ATB prescrits pour une durée de plus de 7 j}}$$

CPIAS ILE-DE-FRANCE

V.2 - Maîtriser les pratiques d'utilisation hors AMM-hors RTU des médicaments inscrits sur la liste en sus

En cas d'utilisation hors AMM hors RTU, l'établissement s'assure de la présence dans le dossier-patient d'une argumentation étayée par des revues à comité de lecture.

AUDIT annuel de dossiers médicaux : description détaillée de la méthodologie employée (nombre de dossiers étudiés et nombre de dossiers argumentés)

Rq : l'argumentation dans le dossier patient pourra renvoyer vers le thésaurus de votre établissement pour les situations hors AMM qui y sont intégrées

I.2.4.1 - Assurer la qualité de la traçabilité sanitaire et de la traçabilité de la conformité à la LPP.

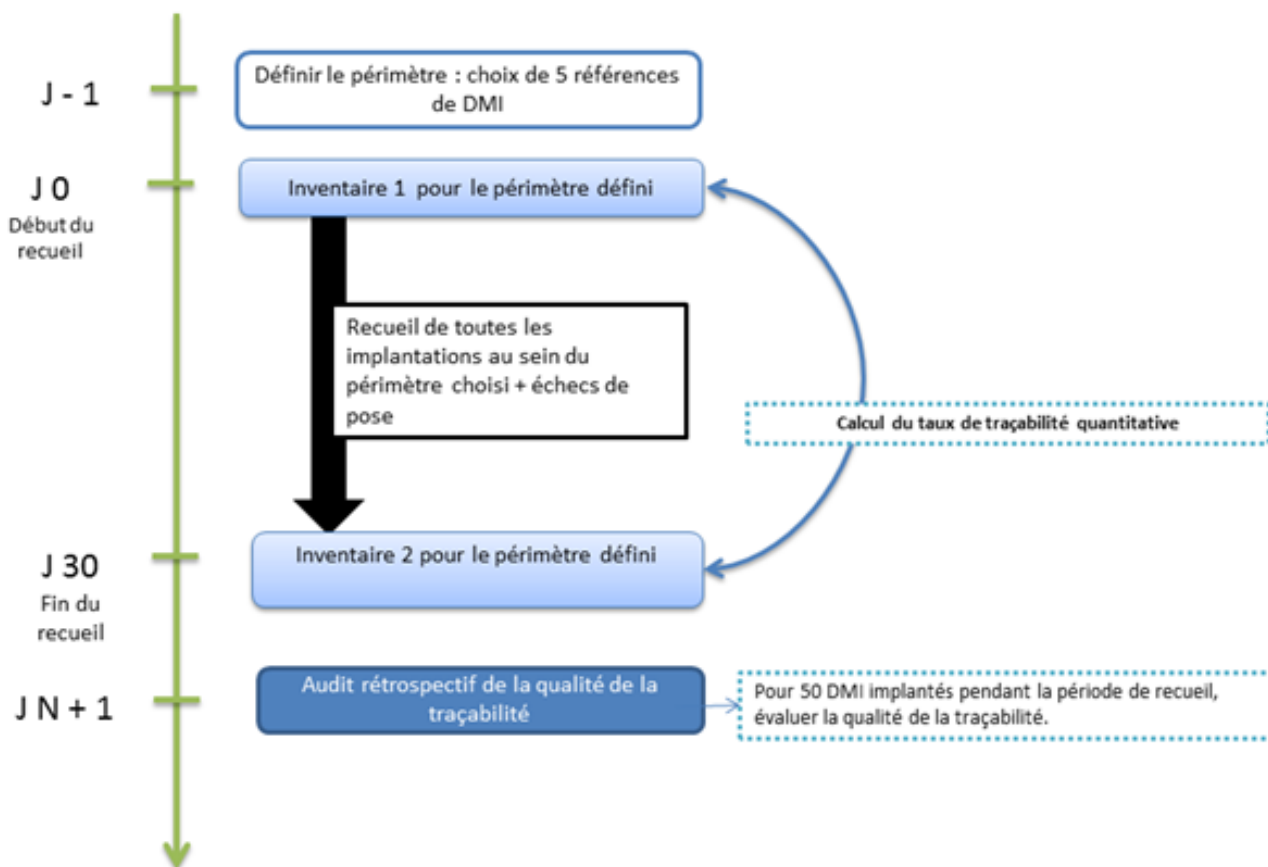
<http://www.omedit-idf.fr/juste-prescriptionbon-usage/dmi-de-la-liste-en-sus/>

Protocole (Plan) d'audit :

La démarche de l'audit de traçabilité comprend 3 étapes

1. La définition du périmètre de l'audit de traçabilité en choisissant 5 types de références ;
2. Evaluation quantitative de la traçabilité : calcul du taux de traçabilité quantitative sur l'ensemble des implantations d'une période donnée (avec inventaire en début et fin de période) ;
3. Evaluation de la conformité de la traçabilité, par audit rétrospectif.

SCHEMA GENERAL



Plan

1. CAQES : contexte réglementaire et actualités
2. Grille d'indicateurs : les évolutions depuis le CBU
- 3. Documents & outils disponibles**
4. Outilweb
5. Autres actualités

Documents & outils disponibles

EN COURS
D'ACTUALISATION

www.omedit-idf.fr

→ rubrique Contrats / CAQES

- Grille d'indicateurs CAQES
- Calendrier campagne
- Boîte à outils CAQES 2018 (aide au remplissage du RAA) :
 - FAQ 2017 ARS / Assurance Maladie (contractualisation)
 - Tutoriel d'utilisation de l'outilweb
 - Guide méthodologique CAQES
 - Check-List des éléments de preuve attendus
 - Liste des établissements non concernés par les objectifs quantitatifs PHEV (partie IV)
 - Méthodologies d'audit proposées
 - Suivi des utilisations Méd et DMI hors-GHS : Annexes hors AMM-hors RTU et hors LPP (items V.3 et V.4) !!! Version actualisée !!!
 - A venir méthodologie de calcul de l'intéressement

B) TAUX D'EQUIPEMENT EN LOGICIELS D'AIDE A LA PRESCRIPTION DONT LA VERSION OPERATIONNELLE DANS LE SERVICE EST CERTIFIEE (EN NOMBRE DE SERVICES EQUIPES) : NOMBRE DE LITS UTILISANT UN LAP CERTIFIEE/NOMBRE TOTAL DE LITS DE L'ETABLISSEMENT ; NOMBRE D'US UTILISANT UN LAP CERTIFIEE/NOMBRE TOTAL D'US DE L'ETABLISSEMENT

Guide méthodologique CAQES

Libellé de l'indicateur

Rappel des typologies
concernées par
l'indicateur

Précisions sur la méthode
de calcul de l'indicateur

Cibles et modalités
d'application du barème

OBJECTIF	Utilisation des logiciels d'aide à la prescription pour toutes les prescriptions de médicaments y compris pour celles effectuées dans le cadre des consultations mentionnées à l'article L.162-26 du CSS ou lors de la sortie de l'établissement de santé
TYPE DE STRUCTURE	MCO- SSR-DIA-PSY
PERIMETRE D'ANALYSE	Toutes les US comprenant des lits et places d'hospitalisation complète ou partielle (HDJ inclus, chirurgie ambulatoire etc.). <i>NB. Précisions concernant cet intitulé : par «nb de lits » on entend « nb de lits et places »</i>
<u>PRE-REQUIS</u>	Disposer d'un listing des logiciels de prescription installés par service pour tout l'hôpital (cf liste des logiciels et versions certifiées LAP, HAS) précisant la version et sa certification.
METHODOLOGIE DE RECUEIL	Méthode de calcul : <ul style="list-style-type: none"> - Numérateur : nombre de lits et places pour lesquels la prescription de médicaments est réalisée avec un /des LAP certifié(s), - Dénominateur : nombre total de lits et places de l'établissement <ul style="list-style-type: none"> - Numérateur : nombre d'US informatisées à 100% avec un/des LAP(s) certifié(s) - Dénominateur: nombre total d'US de l'établissement
PONDERATION	1
ELEMENT D'APPRECIATION 2019	<u>REPONSE ATTENDUE</u> : Valeur en % <u>ELEMENT DE PREUVE non</u>
EVALUATION 2019	Trois cibles régionales selon la typologie (nombre de lits et places) : MCO : 70% SSR/ psy : 80% Dialyse : 50 % Valeur ≥ X % = 1 point Valeur < X % ou indicateur non renseigné = 0 point

III.2 - Part d'achat de génériques et biosimilaires

- Mises en œuvre initialement avec le CBU en 2016
- 2 calculettes différentes : Génériques, Biosimilaires
- 4 entrées possibles pour chaque calculette : CIP7, CIP13, UCD7, UCD13
- Mises à jour annuelles (ANSM : répertoire des médicaments génériques, liste de référence des groupes biologiques similaires)
- Copier – coller de données extraites depuis un logiciel ou d'un fichier renseigné/modifié manuellement
- Calcul automatique des taux demandés
- Approximations réalisées (délivrées/prescrites)

Calculette Génériques :

<http://www.omedit-idf.fr/calculette-generiques-cages/>

Mise à jour Janvier 2019

Cliquez sur la calculette de votre choix



Pour utiliser la « Calculette Génériques – OMEDIT IdF » :

1 – **Requête des dispensations** : Choisir, en fonction de l'unité requêtable dans votre logiciel, l'unité que vous pourrez intégrer à la calculette : CIP 7, CIP 13, UCD 7 ou UCD 13 et exporter dans un fichier Excel la liste des UCD (ou CIP) délivrés (tous médicaments confondus) aux unités de soins de votre établissement sur la période souhaitée et les quantités dispensées.

2 – **Télécharger et ouvrir** le fichier Excel « Calculette Génériques » correspondant à l'unité choisie en cliquant sur l'un des 4 logos ci-contre.

3 – Si besoin, cliquer sur « Activer les modifications » (en haut, sous la barre d'outils)

4 – Dans votre requête des dispensations, copier toutes les cellules de la colonne correspondant à la liste des CIP ou UCD délivrés (selon l'unité que vous aurez choisie).

ATTENTION : Aucune cellule vide ne doit être présente dans votre colonne et copiée. Remplacer vos éventuelles cellules vides par 0 afin que la calculette puisse fonctionner.

5 – Dans le fichier « Calculette Génériques », coller (collage spécial en valeurs) les valeurs dans la colonne « Liste des codes UCD/CIP délivrés aux services » réservée à la saisie par l'établissement.

6 – Dans votre requête des dispensations, copier toutes les cellules de la colonne correspondant aux quantités délivrées.

ATTENTION : Aucune cellule vide ne doit être présente dans votre colonne et copiée. Remplacer vos éventuelles cellules vides par 0 afin que la calculette puisse fonctionner.

7 – Dans le fichier « Calculette Génériques », coller (collage spécial en valeurs) les valeurs dans la colonne « Nb ucd délivrés » réservée à la saisie par l'établissement.

8 – Vous obtenez alors directement le **taux de dispensation dans le répertoire des génériques** dans la « calculette » (sur la droite du fichier). Ces valeurs pourront être utilisées pour la saisie du rapport d'auto-évaluation 2018 du CAQES (item III.2)

Calcuette Biosimilaires :

<http://www.omedit-idf.fr/juste-prescriptionbon-usage/generiques-et-biosimilaires/calcuette-biosimilaires-caqes/>

Cliquez sur la calculette de votre choix



Pour utiliser la « Calcuette Biosimilaires – OMEDIT IdF » :

1 – **Requête des dispensations** : Choisir, en fonction de l'unité requêteable dans votre logiciel, l'unité que vous pourrez intégrer à la calculette : CIP 7, CIP 13, UCD 7 ou UCD 13 et exporter dans un fichier Excel la liste des UCD (ou CIP) délivrés (tous médicaments confondus) aux unités de soins de votre établissement sur la période souhaitée et les quantités dispensées.

2 – **Télécharger et ouvrir** le fichier Excel « Calcuette Biosimilaires » correspondant à l'unité choisie en cliquant sur l'un des 4 logos ci-contre.

3 – Si besoin, cliquer sur « Activer les modifications » (en haut, sous la barre d'outils)

4 – Dans votre requête des dispensations, copier toutes les cellules de la colonne correspondant à la liste des CIP ou UCD délivrés (selon l'unité que vous aurez choisie).

ATTENTION : Aucune cellule vide ne doit être présente dans votre colonne et copiée. Remplacer vos éventuelles cellules vides par 0 afin que la calculette puisse fonctionner.

5 – Dans le fichier « Calcuette Biosimilaires », coller (collage spécial en valeurs) les valeurs dans la colonne « Liste des codes UCD/CIP délivrés aux services » réservée à la saisie par l'établissement.

6 – Dans votre requête des dispensations, copier toutes les cellules de la colonne correspondant aux quantités délivrées.

ATTENTION : Aucune cellule vide ne doit être présente dans votre colonne et copiée. Remplacer vos éventuelles cellules vides par 0 afin que la calculette puisse fonctionner.

7 – Dans le fichier « Calcuette Biosimilaires », coller (collage spécial en valeurs) les valeurs dans la colonne « Nb ucd délivrés » réservée à la saisie par l'établissement.

8 – Vous obtenez alors directement le **taux de dispensation de biosimilaires** dans la « calculette » (sur la droite du fichier). Ces valeurs pourront être utilisées pour la saisie du rapport d'auto-évaluation 2017 du CAQES (item III.1 et III.2)

Bilan des utilisations hors AMM/hors RTU des médicaments inscrits sur la liste en sus des GHS (item V.3)

- **Annexes Excel :**

2 feuilles : http://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/2019/01/annexes1-2_medicaments_RAA2018vd-3.xlsx

- Médicaments hors GHS – CANCEROLOGIE
- Médicaments hors GHS – HORS CANCEROLOGIE

Bilan des utilisations hors LPP des DMI inscrits sur la liste en sus des GHS (item V.4)

- **Annexe Excel :** http://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/2019/01/annexes3_DMI_RAA2018-2.xlsx

Ce bilan mentionnera le suivi détaillé pour au moins **deux familles de DMI ciblées** par l'établissement.

A noter : le bilan devra intégrer les DMI faisant l'objet d'un suivi d'implantation **dans le cadre d'un registre national ou régional.**

A noter :

- **2^{ème} modalité de transmission = directement dans les annexes intégrées à l'outil web**
- **NE PAS UTILISER les annexes des années antérieures !!!!**

Plan

1. CAQES : contexte réglementaire et actualités
2. Grille d'indicateurs : les évolutions depuis le CBU
3. Documents & outils disponibles
- 4. Outilweb**
5. Autres actualités

<http://ars-iledefrance.fr/caques2018/>

- Lien internet vers l'outil web : communiqué par mail en même temps que le mot de passe (envoi à 4 personnes)
- Développé pour Internet Explorer mais compatibilité avec les autres navigateurs



n° FINESS du CAQES

Identifiant :

Mot de passe :

Connexion

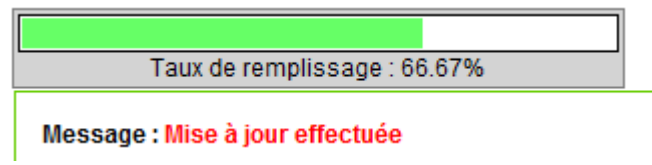
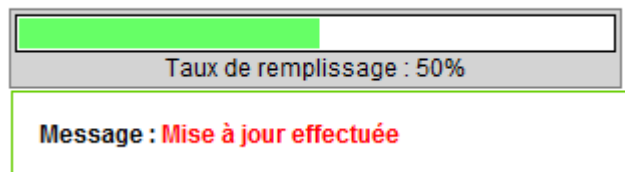
Votre mot de passe vous sera communiqué par mail

- 1. Connexion sur la session «Etablissement » = remplissage du RAA**
 - Connexion avec le FINESS (identifiant) et mot de passe transmis par mail par le secrétariat de l'OMEDIT IDF
- 2. Saisie du RAA**
 - Possibilité d'enregistrer en cours de saisie
 - Intégration des justificatifs
- 3. 1^{ère} validation du RAA depuis la session « Etablissement » par le référent CAQES**
Rubrique « Validation du RAA par le référent CAQES (période initiale) »
- 4. Connexion du représentant légal sur la session « Directeur » pour la validation définitive**
 - Connexion avec le FINESS (identifiant) et le **mot de passe renseigné dans la session établissement rubrique « Représentant légal de l' établissement » de la partie « Données administratives »**
- 5. Validation définitive du RAA depuis la session « Directeur »**
 - Rubrique « Validation du RAA – Période Initiale »

→ **Le RAA est alors définitivement validé et transmis à l'OMEDIT/ARS/Assurance Maladie**



- Pas d'enregistrement **automatique** des données !
- **Une page ne peut être enregistrée que si elle est entièrement complétée** (hors justificatifs)
- Les justificatifs doivent être envoyés sur le serveur **uniquement après enregistrement de la page en cours**
- **Une page enregistrée est sauvegardée** (possibilité de se déconnecter à tout moment et de modifications ultérieures d'une page enregistrée)



→ Vérifier que la jauge a atteint **100%** avant validation définitive du RAA

Jauge à 100% = seul moyen pour savoir si votre remplissage est complet

LES COMMENTAIRES



- ✓ Possibilité d'ouvrir dans un 2^{ème} onglet du navigateur internet la zone de commentaire pour la compléter au fur et à mesure du remplissage du RAA
- ✓ **Bien songer à enregistrer AVANT de fermer l'onglet !!!**

ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France

CAQES - Campagne
TESTMCO2 - TES1
Menu principal

Ouvrir
Ouvrir dans un nouvel onglet
Ouvrir dans une nouvelle fenêtre
Enregistrer la cible sous...
Imprimer la cible
Couper
Copier
Copier le raccourci
Coller
Tous les accélérateurs
Ajouter aux Favoris...
Envoyer à OneNote
Propriétés

Commentaire

Depuis le menu principal, sur « Commentaire » et avec le clic-droit de la souris, sélectionner « ouvrir dans un nouvel onglet »

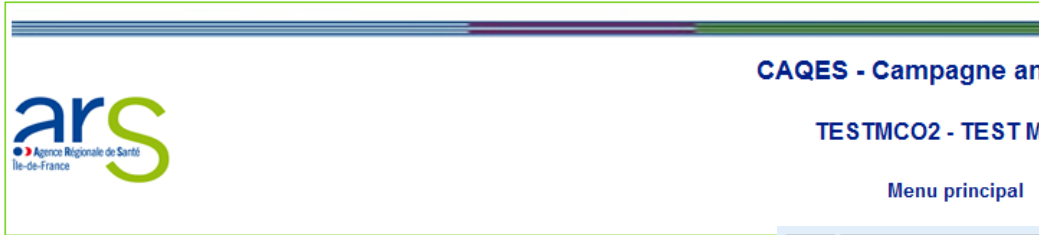
1

Données a
I. Améliorat
II. Dévelop
III. Engage
IV. Engage
V. Engage
listes ment
prestations
Edition du rapport d'étape - Période initiale
Liste des justificatifs envoyés au serveur

LES COMMENTAIRES

2

Onglet saisie du RAA



Onglet saisie de commentaires



Données administratives

- I. Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient
- II. Développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau
- III. Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire
- IV. Engagements relatifs aux médicaments et à la liste des produits et prestations
- V. Engagements spécifiques relatifs aux spécialités pharmaceutiques et aux listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 ou L. 162-23-6 du code de la santé publique

Commentaire

Edition du rapport d'étape - Période initiale



```
Question II.4 : test test test
Question III.2 : TEST TEST TEST
Question II.4 : test test test
Question III.2 : TEST TEST TEST
Question II.4 : test test test
Question III.2 : TEST TEST TEST
Question II.4 : test test test
Question III.2 : TEST TEST TEST
-----
Question II.4 : test test test
```

Enregistrer

Ne pas fermer l'onglet sans avoir enregistré au préalable !!!

Plan

1. CAQES : contexte réglementaire et actualités
2. Grille d'indicateurs : les évolutions depuis le CBU
3. Documents & outils disponibles
4. Outilweb
- 5. Autres actualités**

CAQES

Cadre juridique du contrat

- Article 81 de la LFSS 2016 : simplification et fusion des divers contrats tripartites conclus entre les établissements, l'ARS et l'assurance maladie
- Décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
- Arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L.162-30-2 du code de la sécurité sociale
- Instruction interministérielle N°DSS/A1/CNAMTS/2017/234 du 26 juillet 2017 relative à la mise en œuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
- Arrêté du 12 décembre 2018 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L.162-30-3 du code de la sécurité sociale

ACTUALISATION

Référentiels de pertinence, qualité, sécurité des soins (1)

- PHEV : taux global = 3,3 % ;
taux MED = 3,2 % ;
taux LPP = 3,6 %
- Liste en sus :
médicaments : 3%
DMI :3%
- Prescription dans le répertoire : 49%

Référentiels de pertinence, qualité, sécurité des soins (2)

I. – Mesure du risque médicamenteux :

Taux de séjour disposant de prescriptions informatisées (D3.1)	
Définition	Indicateur présenté sous la forme d'un taux qui mesure le nombre de séjours qui comportent a minima une prescription de médicaments informatisée par rapport au nombre de séjours total (valeur cible : 50 % des séjours)
Classe de performance	Sans objet
Valeur de référence	Résultat publié sur le site internet de l'Observatoire des Systèmes d'Information de Santé (http://osis.atih.sante.fr/)
Valeur à atteindre (*)	Strictement supérieur à 10 %

(*) Les établissements « Non répondant » correspondent aux établissements qui n'ont pas répondu à leur obligation de recueil. Ces établissements sont réputés ne pas avoir atteint la valeur requise.

II. – Mesure du risque de rupture de parcours de soins :

Document de sortie (DOC) en SSR	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la qualité du document de sortie produit le jour de la sortie du patient
Classe de performance	Ne sont pas pris en compte les classes définies par rapport à l'objectif de performance.
Valeur de référence	Résultat publié par le ministère chargé de la santé et la Haute autorité de santé sur le site internet Scope Santé (www.Scopesante.fr)
Valeur à atteindre (*)	Taux de conformité supérieur à 25 % (soit au moins 1 dossier sur 4 conforme)

Qualité de la lettre de liaison à la sortie (QLS) en MCO (hors chirurgie ambulatoire)	
Définition	Cet indicateur évalue la qualité de la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation, qui est un élément clé de la continuité des soins. Elle doit être adressée au médecin de ville ou à la structure de transfert, et remise au patient le jour de sa sortie.
Classe de performance	Ne sont pas pris en compte les classes définies par rapport à l'objectif de performance.
Valeur de référence	Résultat publié par le ministère chargé de la santé et la Haute autorité de santé sur le site internet Scope Santé (www.Scopesante.fr)
Valeur à atteindre (*)	Taux de conformité supérieur à 20% (soit au moins 1 dossier sur 5 conforme)

(*) 10 % des établissements ont des résultats inférieurs à la valeur fixée. Les établissements n'ayant pas rempli leur obligation de recueil – dits « Non répondant » – sont réputés ne pas avoir atteint la valeur requise.



LES et financement à l'indication : nouvelles modalités de recueil et de transmission des données

<http://www.omedit-idf.fr/financement-a-lindication-nouvelles-modalites-de-recueil-de-transmission-donnees-2018/>

- Depuis **2018**, de **nouvelles modalités** de recueil et de transmission des données relatives aux **médicaments inscrits sur la liste en sus** sont mises en oeuvre.
- Un **code associé à chaque indication** (cf. [référentiel « liste en sus »](#)) doit être remonté dans le cadre du PMSI (FICHCOMP/RSFH).
- Le codage de ces nouvelles informations est facilité par le recours aux logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation.
- La [note d'information ministérielle du 16 février 2018](#), la [note explicative du référentiel liste en sus de juillet 2018](#) ainsi que la [notice technique ATIH du 30 novembre 2018](#) précisent les **modalités pratiques** de mise en œuvre de ce nouveau dispositif.

Calendrier de mise en œuvre

MCO

- **A compter du 1^{er} mars 2019** : le code correspondant à l'indication dans laquelle le médicament est prescrit **doit être renseigné** pour que la facturation soit **valorisée** lorsque l'indication est inscrite sur la liste en sus.

HAD

- À partir du **1^{er} mars 2019**, un code indication **devra être renseigné** pour que la facture **soit valorisée**.
- **A compter du 1^{er} décembre 2019** : le code correspondant à l'indication dans laquelle le médicament est prescrit **doit être renseigné** pour que la facturation soit **valorisée** lorsque l'indication est inscrite sur la liste en sus.

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3498/notice_technique_atih_ndeg_2-790-2019_nouveautes_pmsi_2019.pdf

→ Codage indication prévu également pour les **médicaments sous ATU** et en « **post-ATU** » → calendrier et modalités à venir.

IMMUNOGLOBULINES HUMAINES NORMALES

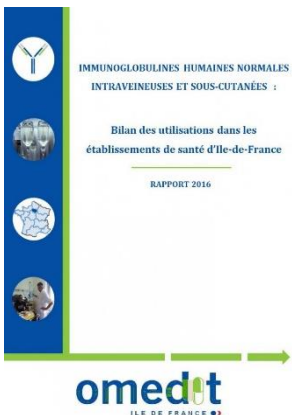
<http://www.omedit-idf.fr/nouvelles-recommandations-anism-sur-les-immunoglobulines-humaines-normales-coordonnees-et-modalites-de-demande-davis-aupres-des-filieres-centres-de-referance-maladies-rares/>

<http://www.omedit-idf.fr/hierarchisation-utilisations-immunoglobulines-humaines-normales-nouvelles-recommandations-anism/>

<http://www.omedit-idf.fr/difficultes-dapprovisionnement-en-medicaments-derives-du-sang-actions-mises-en-oeuvre-et-alternatives-disponibles/>

- De nouvelles mesures ont été mises en place par l'ANSM en lien avec la DGOS afin d'encadrer les prescriptions des IGHN et de réserver leur utilisation aux situations jugées prioritaires et pertinentes ([circulaire ministérielle du 31/05/2018](#)).
- Afin de faciliter la mise en place de ces recommandations, un tableau synthétique, regroupant les [coordonnées et modalités de demande d'avis auprès des réseaux de centres de référence](#) a été réalisé par l'OMEDIT IDF en collaboration avec le groupe d'experts IGHN d'Ile-de-France
- Intégration de ces informations dans l'ordonnance de Juste Prescription (cf diapo).
- Rapport sur l'utilisation des IGHN en région IDF : Rapport 2018 sur données 2017 en cours de finalisation.

Lien vers le dernier rapport diffusé : <http://www.omedit-idf.fr/utilisation-immunoglobulines-humaines-normales-etablissements-de-sante-dile-de-france-rapport-2016/>





ATIH - ENQUÊTE ACHAT ET CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS À L'HÔPITAL

<https://www.atih.sante.fr/les-enquetes-medicaments>

ATIH - Enquête 2019 sur données 2018

Calendrier prévisionnel :

- Démarrage le 1^{er} février 2019
- Enquête sur 2 mois → 31 mars 2019
- Outils identiques
- Afin d'améliorer la fiabilité des résultats, les établissements sont invités à participer à l'édition 2019.

VOLET MÉDICAMENTEUX DE LA LETTRE DE LIAISON

- ***E-LEARNING***
- ***Formations sur site***

<http://www.omedit-idf.fr/nouveau-e-learning-volet-medicamenteux-de-la-lettre-de-liaison-de-la-has/>

<http://www.omedit-idf.fr/qualite-securite/parcours-du-patient/formations-proposees-aux-etablissements-de-sante-par-lomedit-ile-de-france/>

- La sortie d'hôpital est le moment le plus à risque d'erreurs médicamenteuses.
- Assurer une **transmission** des informations essentielles à la poursuite de la prise en charge médicamenteuse est donc un **enjeu majeur de sécurité**.
- Dans cette perspective, la HAS recommande, depuis mars 2018, que le **volet médicamenteux de la lettre de liaison** soit structuré sous la forme **d'un tableau** confrontant le traitement **avant l'admission avec le traitement à la sortie** et explicitant les **modifications** effectuées (ajout, arrêt...) ainsi que leurs motifs.
- L'OMEDIT IDF, met à disposition des établissements un **e-learning en accès libre et gratuit**. Son objectif est de permettre aux médecins et pharmaciens d'acquérir les compétences utiles pour remplir et transmettre ce tableau





FORMATIONS CONCILIATION DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

<http://www.omedit-idf.fr/formations-conciliation/>

Formations conciliation

- <http://www.omedit-idf.fr/formations-conciliation/>

Cette formation se déroule en **2 phases** :

1. **e-learning (FormaConcil, SFPC)**
2. **Formation présentielle** : 1 journée. La formation présentielle est animé par des professionnels de santé (médecins et pharmaciens) d'Ile-de-France, formés à la conciliation médicamenteuse.

- **Nouvelles dates à venir en 2019**

Date	Horaire	Salles	Formateurs
23 janvier 2019	9 h 00 – 18 h 00	HOUEL - VAUQUELIN	Dominique Bonnet Vanessa Bloch Robert Farinotti
19 février 2019	9 h 00 – 18 h 00	HOUEL- VAUQUELIN	Dominique Bonnet Vanida Brunie Elisabeth Flipon Robert Farinotti
26 mars 2019	9 h 00 – 18 h 00	LOTUS - KOLA	Audrey Thomas Yvonnick Bézie Elisabeth Flipon
3 avril 2019	9 h 00 – 18 h 00	HOUEL- VAUQUELIN	Vanessa Bloch Yvonnick Bézie Robert Farinotti
15 mai 2019	9 h 00 – 18 h 00	LOTUS - KOLA	Vanida Brunie Olivier Bourdon Robert Farinotti
11 juin 2019	9 h 00 – 18 h 00	LOTUS - KOLA	Audrey Thomas Olivier Bourdon Robert Farinotti



Rubrique « Juste Prescription » - OMEDIT IDF

**Informations sur le bon usage et le financement
des médicaments**

Rubrique « Juste Prescription » (JP) - OMEDIT IDF

- **Informations actualisées** sur le **bon usage** et la **prise en charge** financière des médicaments innovants et onéreux à l'hôpital
- Périmètre : hors-GHS, certaines ATUc, post-ATU, certains médicaments orphelins, certains médicaments coûteux
- **4 documents types en accès libre**
- **Contenu réévalué régulièrement** : club utilisateurs, enquête auprès des utilisateurs, statistiques de consultation
- **Mise à jour régulière : veille réglementaire** (sources opposables) **et scientifique quotidienne**
- Circuit formalisé de rédaction/relecture/mise en ligne

Ordonnances

Ordo. types intégrant les **indications autorisées** (AMM, ATU, RTU) ainsi que leur **statut de prise en charge** (liste en sus, intra-GHS, dispositif post-ATU ou ATU)

Justificatif

Indications AMM, RTU, ex-PTT, ATU.
Dates d'octroi/extension d'AMM, avis de la CT, arrêtés d'inscription (agrément aux collectivités, liste en sus), **études cliniques pertinentes**.
Certaines indications hors-AMM peuvent figurer sur ce document (PNDS, Cochrane).

Recommandations pratiques

Conditions de prescription, **posologies, modalités d'administration, mises en garde, précautions d'emploi, interactions médicamenteuses, contraception, fertilité, grossesse/allaitement**.

Veille

Actualités scientifiques, réglementaires et actualités sur les risques de iatrogénie (changement de RCP, alertes émanant des agences françaises (ANSM) et européennes (EMA) ainsi que du CRAT)

Difficultés d'accès aux contenus du site de l'OMEDIT IDF (en cours de résolution)

- Dans l'attente de la résolution de ce problème, nous vous conseillons pour toute recherche de contenu :
 - D'utiliser le moteur de recherche principal (y compris pour les contenus de la base Juste Prescription (JP))
 - De sélectionner le contenu souhaité parmi ceux proposés dans le menu déroulant (*ne pas utiliser la loupe*)

Exemple de recherche d'une spécialité sur la base Juste Prescription (JP) :

Pour rechercher la spécialité « Opdivo »

1/ Taper les mots clés de la recherche dans le moteur de recherche principal

Ex : opdivo

The screenshot shows the omedit website search bar. The search bar contains the text 'opdivo'. A dropdown menu is open, displaying search results for 'OPDIVO'. The first result is 'RTU accordée le 30/07/2018 pour l'indication suivante: "Traitement adjuvant des patients adultes'. Below this, there are sections for 'Le dispositif post-ATU en pratique, quelques exemples !', 'Eclairage sur le financement des médicaments : post-ATU, liste en sus', and 'Financement post-ATU (nivolumab/pembrolizumab)'. A red circle highlights the search bar, and a red arrow points to the dropdown menu. A red text box to the right says 'Ne pas utiliser la loupe pour la recherche'.

2/ Sélectionner le contenu souhaité à partir du menu déroulant

3/ La page JP dédiée à Opdivo est alors consultable.

The screenshot shows the omedit website page for OPDIVO (Nivolumab). The page title is 'OPDIVO Nivolumab'. The status is 'AMM'. The page contains information about the RTU (Référé Urgent) for OPDIVO, including the date of the decision (30/07/2018) and the indication: 'Traitement adjuvant des patients adultes atteints d'un mélanome de stade III après résection complète'. There is also a section for 'Modification des recommandations posologiques (EPAR du 06/05/2018)'. A red text box at the top of the page says 'MCA: Définition post le plan en charge du patient atteint de mélanome de stade III métastatique ou de stade II'.



MDS

+

Prescripteur		Patient	
Nom :	Nom :	Nom :	Nom :
N° RPPS :	Prénom :	Prénom :	Prénom :
Hôpital :	Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance :
Service :	NIP/NDA :	NIP/NDA :	NIP/NDA :
UA :	Téléphone :	Poids (Kg) :	Clairance créatinine :

Tension d'approvisionnement en immunoglobulines humaines normales (IGHN)- actualisation des recommandations ANSM :
Dans une logique d'épargne des IGHN, il convient d'appliquer ces recommandations.

P Prioritaire		<i>Nécessité d'un avis en réunion de concertation pluridisciplinaire</i>
UV <i>A réserver aux Urgences Vitales ^{ou} fonctionnelles ^{ou} en cas d'échec des alternatives thérapeutiques</i>		<i>Nécessité d'un avis du réseau de centres de références en cas d'initiation de traitement ^{ou} de réévaluation (Tableau CRMR IDF)</i>
NP Non Prioritaire		<i>Nécessité d'un avis de la filière FILNEMUS</i>
<i>Précision des critères cliniques ^{ou} biologiques justifiant l'utilisation des IGHN dans l'indication AMM concernée</i>		<i>Nécessité d'un avis spécialisé. Voir liste proposée par le groupe d'experts Juste Prescription IDF</i>

INDICATIONS AMM PRISES EN CHARGE EN SUS DES GHS

Priorité	INDICATIONS AMM PRISES EN CHARGE EN SUS DES GHS
P	<input type="checkbox"/> Déficits immunitaires primitifs avec altération de la production d'anticorps
UV	<input type="checkbox"/> <u>Hypogammaglobulinémie</u> et infections bactériennes récurrentes chez les patients atteints de leucémie lymphoïde chronique , après échec d'une antibiothérapie prophylactique ¹
	<input type="checkbox"/> dosage pondéral des IgG <4g/L et infections à répétition entraînant une hospitalisation
	<input type="checkbox"/> <u>Hypogammaglobulinémie</u> et infections bactériennes récurrentes chez les patients atteints de myélome multiple en phase de plateau n'ayant pas répondu au vaccin antipneumococcique ¹
<input type="checkbox"/> dosage pondéral des IgG <4g/L et infections à répétition entraînant une hospitalisation	
UV	<input type="checkbox"/> <u>Hypogammaglobulinémie</u> chez les patients ayant bénéficié d'une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques ²
<input type="checkbox"/> dosage pondéral des IgG <4g/L et infections à répétition entraînant une hospitalisation	
Indication caduque : Infection congénitale par le VIH avec des infections bactériennes récurrentes	
P	Syndrome de Guillain Barré
	<input type="checkbox"/> chez l'enfant
	<input type="checkbox"/> chez l'adulte si contre-indication ou impossibilité de recourir à des échanges plasmatiques dans les 6 heures
P	<input type="checkbox"/> Maladie de Kawasaki
P	<input type="checkbox"/> <u>Thrombocytopénie</u> immune primaire (= purpura thrombopénique idiopathique), chez les patients présentant un risque hémorragique important ou avant une intervention chirurgicale pour corriger le taux de plaquettes.
	A réserver aux formes sévères ³ chez : <input type="checkbox"/> l'adulte avec un score de Khellaf >8 et toujours en association avec les corticoïdes <input type="checkbox"/> l'enfant avec un score de Buchanan >3 ou un taux de plaquettes < 10 G/L



DEMANDE D'AVIS EN CAS D'INITIATION ET/OU REEVALUATION DE TRAITEMENT PAR IMMUNOGLOBULINES HUMAINES NORMALES
Coordonnées et modalités de demande d'avis auprès des filières/centres de référence maladies rares

Contexte : Dans le contexte de fortes tensions d'approvisionnement en immunoglobulines humaines normales (IGHN), de nouvelles mesures ont été mises en place par l'ANSM en lien avec la DGOS afin d'encadrer les prescriptions des IGHN et de réserver leur utilisation aux situations jugées prioritaires et pertinentes ([circulaire ministérielle du 31/05/2018](#)). Cette circulaire prévoit notamment, que toute initiation et/ou réévaluation de traitement par IGHN dans certaines indications, s'effectue après avis d'un réseau de centres de référence ou après avis spécialisé.

Objectif : Ce travail a été réalisé par l'OMEDIT IDF en collaboration avec le groupe d'experts IGHN d'Ile-de-France présidé par le Pr Luc Mouthon. L'objectif est de fournir aux établissements de santé **franciliens** un tableau synthétique regroupant les coordonnées et modalités de demande d'avis auprès des réseaux de centres de référence.

Source des données : Données issues notamment de l'[arrêté du 25 novembre 2017 portant labellisation des réseaux des centres de référence prenant en charge les maladies rares](#) et du site *Orphanet* puis soumises à la validation des filières/centres de référence concernés :

- Fond rose :* données complétées et validées par les filières/centres concernés.
 - Fond jaune :* données en cours de validation par les filières/centres concernés.
 - Fond Blanc :* données en attente de validation par les filières/centres concernés
- Ces données seront mises à jour régulièrement.

Indication	Nécessité avis CRMER en cas de:	Destinataires de la demande d'expertise										Formalisation de la décision par le centre de référence		Commentaires
		Filière maladie rare/ Nom CRMER	Nom de l'établissement de santé/site (établissements franciliens + centre coordonnateur)	Label	Nom du responsable	Service	Adulte (A) ou pédiatrie (P)	Téléphone	Fax	Mail	Coordonnées pour la transmission de la demande d'expertises	Éléments constitutifs de la demande	Délais, voie de transmission pour les installations et les réévaluations de traitement	

Nécessité d'un avis auprès du réseau de centres de référence

Neurologie

Encéphalites auto-immunes	Installation de traitement et réévaluation trimestrielle après 2 cures réalisées à un mois d'intervalle	Brain-Team - maladies rares à expression motrice ou cognitive de SNC	Hôpital de Bicêtre	Centre de référence (coordonnateur)	Kumaran Deiva	Service de neuropédiatrie	AP	01 45 21 31 32 01 45 21 37 17	14521312	kumaran.deiva@aphp.fr	kumaran.deiva@aphp.fr	CRH, IRM, résultats du dosage des anticorps, évolution clinique	Dans la semaine des réception du dossier, réponse et suivi par mail sécurisée
		Centre de référence des maladies inflammatoires rares du cerveau et de la moëlle	Hôpital Necker enfants malades	Centre de compétence	Isabelle Desguerres	Service de neurologie pédiatrique	P	01 44 49 41 42	01 42 19 26 93				
			Hôpital Robert Debré	Centre de compétence	Florence Renaldo	neurologie pédiatrique et maladies métaboliques	P	01 40 03 57 07 01 40 03 36 84	01 40 03 47 74				
			Hôpital Armand-Trousseau	Centre de compétence	Diane Doummar	Service de neuropédiatrie - unité de neuropédiatrie et pathologie du développement	P	01 44 73 85 75 01 44 73 61 41		secretariat.neurobillette@aphp.fr			
Syndromes neurologiques paranéoplasiques	Installation de traitement et réévaluation trimestrielle après 2 cures réalisées à un mois d'intervalle	Brain-Team - maladies rares à expression motrice ou cognitive de SNC	CHU de Lyon HCL	Centre de référence (coordonnateur)	Jérôme Honorat	Service de neurooncologie	A	04 72 35 78 06 04 72 35 58 42	04 72 35 76 33	geraldine.picard@chu-lyon.fr	jerome.honorat@chu-lyon.fr et geraldine.picard@chu-lyon.fr	Fiche de demande d'avis (en cours de création) précisant: - le tableau clinique détaillé (trouble neurologique, cancer s'il y en a un), - les résultats immunologiques et le laboratoire ayant réalisé les tests, - les résultats d'IRM, PL, PET scan, scanTAP, EEG, - les traitements mis en oeuvre et leurs dates	Fiche de FCP, transmission par mail dans les 7 jours
		Centre de référence des syndromes neurologiques paranéoplasiques et encéphalites auto-immunes	Hôpital Pitavé Sapétière (APHF)	Centre de compétence	Dimitri Psimaras	Service de neurologie 2 (Mazarin) - Unité de neurooncologie	A	01 42 16 04 35 01 42 16 03 85	01 42 16 03 75	dimitri.psimaras@aphp.fr	Cf document algorithme de prise en charge des encéphalites auto-immunes (lien vers document)	Fiche d'inclusion clinique (lien vers document)	
Syndromes neurologiques paranéoplasiques	Installation de traitement et réévaluation trimestrielle après 2 cures réalisées à un mois d'intervalle	Brain-Team - maladies rares à expression motrice ou cognitive de SNC	CHU de Lyon HCL	Centre de référence (coordonnateur)	Jérôme Honorat	Service de neurooncologie	A	04 72 35 78 06 04 72 35 58 42	04 72 35 76 33	geraldine.picard@chu-lyon.fr	jerome.honorat@chu-lyon.fr et geraldine.picard@chu-lyon.fr	Fiche de demande d'avis (en cours de création) précisant: - le tableau clinique détaillé (trouble neurologique, cancer s'il y en a un), - les résultats immunologiques et le laboratoire ayant réalisé les tests, - les résultats d'IRM, PL, PET scan, scanTAP, EEG, - les traitements mis en oeuvre et leurs dates	Fiche de FCP, transmission par mail dans les 7 jours
		Centre de référence des syndromes neurologiques paranéoplasiques et encéphalites auto-immunes	Hôpital Pitavé Sapétière (APHF)	Centre de compétence	Dimitri Psimaras	Service de neurologie 2 (Mazarin) - Unité de neurooncologie	A	01 42 16 04 35 01 42 16 03 85	01 42 16 03 75	dimitri.psimaras@aphp.fr	dimitri.psimaras@aphp.fr	Fiche d'inclusion clinique (lien vers document)	

***PRISE EN CHARGE DES SPÉCIALITÉS
IMPORTÉES DANS UN CONTEXTE DE
TENSIONS D'APPROVISIONNEMENT DE LA
SPÉCIALITÉ ÉQUIVALENTE***

Prise en charge des spécialités importées dans un contexte de tensions d'approvisionnement de la spécialité équivalente

- [Note d'information ministérielle du 12 décembre 2018](#)
- Evolution des modalités de prise en charge :
 - **Liste des spécialités importées prises en charge à titre exceptionnel et transitoire en sus** des GHS, lorsque la spécialité habituellement disponible en France dispose d'au moins une indication thérapeutique inscrite sur la « liste en sus », ainsi que, pour chacune des spécialités importées son **tarif de responsabilité**. La liste rappelle également les **seules indications thérapeutiques prises en charge** pour ces spécialités.
 - Modalités de facturation : à partir du **01/01/2019**, la déclaration des consommations s'effectuera sur **FICHCOMP** (et non plus sur FICHCOMP-ATU).
 - **Modalités de codage** : **introduction dans le référentiel liste en sus** (mis en ligne sur le site du ministère, **code identique** à celui qui a été attribué à la spécialité faisant l'objet de tensions d'approvisionnement) et précision de la **date de fin de prise en charge** en sus pour chacune des spécialités concernées.



Médicaments hors-GHS : changements de prix en janvier 2019

Médicaments hors-GHS : changements de prix en janvier 2019

- 21 DCI concernées

<http://www.omedit-idf.fr/medicaments-ghs-changements-de-prix-prevus-debut-dannee-2019/>

	Date entrée en vigueur	Ancien tarif de responsabilité TTC	Nouveau tarif de responsabilité TTC	% variation	JO
Baisse de prix					
ALIMTA Pemetrexed	01/01/2019	100 mg : 176,17 € 500 mg : 838,04 €	100 mg : 151,51 € 500 mg : 720,71 €	-14,0%	20/12/2018
BUSILVEX Busulfan	01/01/2019	264,18 €	176, 12	-33,3%	12/06/2018
BUSULFAN Accord Busulfan	01/01/2019	264,18 €	176, 12 €	-33,3%	08/11/2018
BUSULFAN Fresenius kabi	01/01/2019	264,18 €	176, 12 €	-33,3%	31/05/2018
CAELYX Doxorubicine liposomale pegylée	01/01/2019	20 mg : 377,63 € 50 mg : 944,43 €	20 mg : 320,98 € 50 mg : 802,76 €	-15,0%	05/12/2018
CEREZYME Imiglucerase	01/01/2019	1 439,14 €	1 302,42 €	-9,5%	01/01/2019
CLOTTAFAC Fibrinogene humain	01/01/2019	748,39	692,26	-7,5%	20/12/2018
COSENTYX Sécukinumab	02/01/2019	519,69 €	467,72 €	-10,0%	20/12/2018
ENTYVIO Vedolizumab	01/01/2019	1 561,11 €	1 365,97 €	-12,5%	15/11/2018

Merci de votre attention !

www.omedit-idf.fr

Contact OMEDIT : secretariat.omedit-idf.sap@aphp.fr

Tel secrétariat : 01.40.27.50.01

Newsletter (depuis la page d'accueil du site de l'OMEDIT) :

NEWSLETTER

Inscrivez-vous à notre newsletter pour recevoir toutes les actualités et être informé des événements à venir

Votre e-mail

OK