



---

**Master 2**  
**Pilotage des politiques et actions en**  
**santé publique**

Promotion : **2013-2014**

---

**Etat des lieux et étude de faisabilité sur la**  
**prescription de sortie d'hospitalisation en DCI<sup>1</sup>**  
**annotée du n°RPPS<sup>2</sup>.**  
**Opération d'information du patient hospitalisé**  
**sur le DP<sup>3</sup> ville – hôpital – ville.**  
**Propositions et perspectives.**

---

Gaël Tressens

24/06/2014

---

<sup>1</sup> Dénomination commune internationale

<sup>2</sup> Répertoire partagé des professionnels de santé

<sup>3</sup> Dossier Pharmaceutique

---

# Remerciements

---

Pour l'élaboration de cette production de connaissance, je tiens à remercier ma maitre de stage Mme BOURGOIS Dominique (PHISP) pour sa vision de la santé publique, pour m'avoir fait partager ses connaissances professionnelles, pour m'avoir montré que privilégier un thème lors d'une inspection était un bon compromis et pour m'avoir laissé de l'autonomie au cours de ce travail.

Je remercie également : Mme ALBOUY-BAUDRIN Dominique (MISP) pour avoir complété mes connaissances en gestion des risques liés aux soins et pour m'avoir montré ce que faisait concrètement l'ARS en termes de démocratie sanitaire ; Mme De CLERMONT-GALLERANDE Geneviève (MISP) pour ses réflexions sur le futur des ARS, sur le futur des Agences Nationales et pour avoir largement complété mes connaissances en certification des établissements de santé ; Mr CARRERAS Fernand (PHISP) pour m'avoir fait partager ses connaissances juridiques sur les officines, pour son approche populationnelle par les cartes et ses nombreux exemples concrets ; Mr PI Christian (PHISP) pour m'avoir fait partager ses connaissances sur une des politiques étudiée dans ce rapport, pour m'avoir communiqué des données internes à l'ARS afin de réaliser deux enquêtes par questionnaire ; Mme PI Sabine (PHISP) pour m'avoir fourni des éléments appuyant mes entretiens avec les professionnels de santé ; Mr DESCOINS Patrick (chargé du suivi de programme) pour m'avoir aidé à élaborer mes deux enquêtes par questionnaire et m'avoir fait comprendre qu'il ne fallait rien laisser au hasard ; Mme MARCHAL Catherine (Médecin AM) pour m'avoir montré ce qu'était la gestion du risque assurantiel et pour m'avoir communiqué des données internes à l'assurance maladie ; Mme GUEDES Eliette (gestionnaire administrative) pour m'avoir fait partager ses connaissances juridiques liées aux autorisations données par l'ARS, dans le secteur pharmaceutique en particulier.

Je tiens à remercier tous les agents du département sécurité des pratiques et des autres départements de l'ARS ayant contribué à cette production de connaissance, tous les pharmaciens de PUI et d'officine ayant répondu aux enquêtes et aux entretiens.

J'ajoute à ces remerciements ma réplique : « tout ce qui impressionne effraie alors qu'il n'y a aucune raison d'avoir PEUR ! » (G.T).

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 Le contexte.....	3
1.1 Le lieu de stage.....	3
1.2 Le référent du stagiaire et la logistique fournie .....	3
1.3 L'activité du lieu de stage .....	4
1.4 La naissance et la formulation de la commande.....	5
2 La méthode .....	5
3 Mise en place d'une politique d'augmentation de la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI et de l'annotation du n°RPPS sur celle-ci .....	7
3.1 Données de cadrage sur la DCI et le n°RPPS.....	7
3.1.1 Rappel bref de droit : loi, décret, arrêté, circulaire .....	7
3.1.2 Précision sur la DCI .....	7
3.1.3 Explications sur le n°RPPS .....	8
3.1.4 Les conséquences économiques attendues.....	10
3.2 Les acteurs liés à la prescription de sortie d'hospitalisation.....	12
3.2.1 Acteurs nationaux et régionaux liés à la prescription en DCI .....	12
3.2.2 Les acteurs à convaincre et les arguments à cet effet .....	13
3.3 Les outils, de management, produits pour aider la mise en œuvre de la politique de la DCI sur la prescription de sortie d'hospitalisation, annotée du n°RPPS.....	14
3.3.1 Le processus de l'hospitalisation à la sortie en ville.....	14
3.3.2 Conception d'un tableau de bord pour aider à piloter la mise en place de la prescription en DCI.....	18
3.3.3 Conception d'un tableau regroupant les risques de sortie du processus ....	20
3.4 Etat des lieux sur la prescription de sortie d'hospitalisation .....	21
3.4.1 Rencontre de personnes ressources en interne et conception de 2 questionnaires.....	21
3.4.2 La stratégie utilisée pour diffuser les deux questionnaires.....	22
3.4.3 Les logiciels d'aide à la prescription hospitalière .....	22
3.4.4 Les logiciels d'aide à la prescription ambulatoire.....	24
3.4.5 Les résultats des questionnaires et l'analyse des réponses .....	24
3.4.6 Les limites de l'enquête.....	36
3.5 Faisabilité de la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI et de la collecte du n°RPPS des médecins hospitaliers par l'AM.....	37

3.5.1	Rencontre programmée avec des personnes externes à l'ARS .....	37
3.5.2	Analyse des entretiens réalisés avec les pharmaciens de PUI .....	38
3.5.3	Analyse des entretiens réalisés avec les pharmaciens d'officines.....	39
4	Information du patient sur le dossier pharmaceutique Ville – Hôpital - Ville pour le rendre acteur de la sécurité de ses traitements médicamenteux.....	40
4.1	Données de cadrage sur le dossier pharmaceutique hôpital.....	40
4.1.1	Données générales sur le DP .....	40
4.1.2	Données de fonctionnement sur le DP.....	42
4.2	Etat des lieux des expérimentations du dossier pharmaceutique en Midi-Pyrénées.....	43
4.2.1	Répartition géographique des PUI équipées du DP hôpital.....	43
4.2.2	Observation des expérimentations du DP hôpital de quatre PUI.....	44
4.3	Outils, de management, produits pour mettre en place une politique d'information du patient sur le DP en établissement de santé.....	44
4.3.1	Le processus de l'hospitalisation à la sortie en Ville.....	44
4.3.2	Conception d'un tableau de bord pour piloter la mise en place de l'action d'information sur le DP en établissement de santé .....	47
4.3.3	Plaquette d'information sur le DP Ville - Hôpital - Ville à destination du patient hospitalisé .....	49
	Propositions et perspectives .....	51
	Bibliographie.....	59
	Liste des annexes.....	63

---

## Liste des sigles utilisés

---

AM : assurance maladie  
ARS : agence régionale de santé  
ASIP santé : agence des systèmes d'information partagés de santé  
ATIH : agence technique de l'information sur l'hospitalisation  
CAQOS : contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins  
CBUM : contrat de bon usage du médicament  
CH : centre hospitalier  
CHU : centre hospitalo-universitaire  
CISS : collectif inter-associatif sur la santé  
CNAMTS : caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés  
CNOP : conseil national de l'ordre des pharmaciens  
CPAM : caisse primaire de l'assurance maladie  
CPOM : contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens  
CPS : carte de professionnel de santé  
CRIH : centre régional d'information hospitalière  
DCI : dénomination commune internationale  
DIM : département d'information médicale  
DJIN : dispensation journalière individuelle nominative  
DOSA : direction de l'offre de santé et de l'autonomie  
DP : dossier pharmaceutique  
DRSM : direction régionale du service médical  
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
ES : établissement de santé  
ETP : équivalent temps plein  
FIR : fond d'intervention régional  
FSPF : fédération des syndicats pharmaceutiques de France  
GHS : groupe homogène de séjour  
GIP : groupement d'intérêt public  
HAS : haute autorité de santé  
IGAS : inspection générale des affaires sociales  
LAD : logiciel d'aide à la dispensation  
LAP : logiciel d'aide à la prescription  
LEEM : les entreprises du médicament

*Gael Tressens-*

LFSS : loi de financement de la sécurité sociale

LPPR : liste des produits et prestations remboursables

MCO : médecine chirurgie obstétrique

MIPHIH : midi picardie informatique hospitalière

MISP : médecin inspecteur de santé publique

OMEDIT : observatoire des médicaments des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques

OSIS : observatoire des systèmes d'information de santé

PHISP : pharmacien inspecteur de santé publique

PRS : projet régional de santé

RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé

SI : système d'information

SIH : système d'information hospitalier

SROS : schéma régional d'organisation des soins

UNPF : union nationale des pharmacies d'officine

URPS : union régionale des professionnels de santé

USPO : union des syndicats des pharmaciens d'officine

## Introduction

La maîtrise des dépenses publiques est plus que jamais une priorité du gouvernement. Dans le milieu de la santé, le déficit de la sécurité sociale a toute son attention et plus particulièrement la branche assurance maladie. Un des moyens de régulation employé par le gouvernement est le développement de la politique du médicament générique<sup>4</sup>. Ce médicament générique étant majoritairement moins cher que son médicament princeps<sup>5</sup>. L'octroi du droit de substitution d'un médicament princeps par un médicament générique date de 1998 (Sawaya A, 2012). La politique du médicament générique ayant des difficultés à progresser en France, un levier a été mobilisé. Il s'agit de la mesure « tiers payant contre générique » appliqué en officine. Elle consiste, en cas de refus d'une possible substitution de médicaments princeps par des médicaments génériques, d'obliger le patient à avancer les frais. De part ce fait les médicaments génériques ont connu un net taux de leur pénétration. Un deuxième levier a été mobilisé auprès des pharmaciens d'officine : la rémunération à la performance. Plus leur taux de substitution est élevé, plus la prime est conséquente, jusqu'à un plafond. On constate ainsi que beaucoup d'effort sur la politique du générique est réalisée en officine. Malgré ces deux leviers la consommation de génériques reste moins importante que dans d'autres pays européens comme l'a affirmé François Hollande (Gervais J-B, 2014). Précédemment nous avons vu que le gouvernement mobilise deux leviers du côté de la ville. La question se pose alors : A quelle autre possibilité pouvons nous penser pour promouvoir le médicament générique ? Il serait appréciable d'agir sur la prescription médicale à la source de sa conception par le médecin hospitalier. Cette fois ce serait un levier dirigé vers l'hôpital vu que beaucoup d'efforts sont déjà portés sur la ville. Le principe de ce levier ou politique du médicament générique serait que les médecins hospitaliers prescrivent leur ordonnance en dénomination commune internationale<sup>6</sup> (DCI) pour favoriser la délivrance en ville des génériques et en faciliter l'acceptation par le patient. Il sera porté un intérêt au n°RPPS du médecin hospitalier prescripteur. Ce numéro identifie le professionnel de santé à vie et doit apparaître sur les prescriptions médicales. Il permet à l'assurance maladie de remonter au médecin hospitalier

---

<sup>4</sup> Un médicament générique est l'équivalent d'un médicament original (ou "princeps") qui n'est plus protégé par des droits de propriété intellectuelle.

<sup>5</sup>Version d'origine d'un médicament.

<sup>6</sup> Nom scientifique international attribué par l'OMS à chaque préparation pharmaceutique.

prescripteur pour avoir des informations sur son volume de prescriptions et le type de médicaments prescrits (princeps, génériques...).

En officine, un outil informatique récent connaît un essor important (Gervais J-B, 2013). Cet outil qui fait partie à part entière du système d'information officinal se nomme le dossier pharmaceutique. Il nécessite la carte vitale et permet d'enregistrer le traitement délivré à une personne pendant 4 mois, par l'intermédiaire d'un organisme hébergeur de données de santé. Il permet ainsi au pharmacien de connaître les divers traitements de la personne et de prévenir les risques d'interactions médicamenteuses. Là encore c'est en ville que cet outil informatique est utilisé mais les établissements de santé commencent à s'y intéresser. Le dossier pharmaceutique lorsqu'il sera installé à l'hôpital permettra de faire le lien entre les traitements de ville et les traitements de l'hôpital. Un enjeu de sécurité dans le circuit du médicament se profile alors. Une règle à ne pas omettre est qu'il faut, à part force majeure, consulter la personne détentrice de la carte vitale pour voir son traitement ou ajouter un nouveau traitement au DP. Il serait donc nécessaire avant tout d'informer le patient hospitalisé de l'existence du dossier pharmaceutique hôpital (s'il a été installé au sein de l'établissement) et ainsi de le sensibiliser sur la sécurité thérapeutique que cet outil procure. Cette démarche aurait pour but d'amener le patient à être acteur en partie de la prise en charge de ses traitements.

Les deux problématiques en vue du renforcement de la politique du générique et d'une action d'information sur le dossier pharmaceutique hôpital sont les suivantes :

**Comment procéder pour que les prescriptions de sortie d'hospitalisation s'effectuent majoritairement en DCI et qu'elles soient annotées du n°RPPS ?**

**Comment informer le patient hospitalisé pour l'amener à vouloir sécuriser ses traitements par le dossier pharmaceutique hôpital ?**

Nous commencerons le mémoire par le contexte dans lequel s'est déroulé le stage, nous décrirons la méthode employée pour répondre à la mission de stage. Le corps du mémoire sera constitué de deux grandes parties, la première fera un état des lieux et une étude de faisabilité sur la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI, annotée du n°RPPS. La deuxième partie fera un état des lieux des expérimentations du dossier pharmaceutique hôpital et relatera d'une action d'information à destination du patient hospitalisé sur celui-ci pour le rendre acteur de la sécurité de ses traitements médicamenteux. Nous terminerons par des propositions et des perspectives envisagées sur ces deux actions ciblées vers les établissements de santé.



# **1 Le contexte**

## **1.1 Le lieu de stage**

Le stage est effectué à l'Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées, direction de la santé publique. Cette direction est composée de cinq départements. Le département où se déroule le stage se nomme sécurité des pratiques, il est sous la responsabilité d'un médecin de santé publique. Ce département se subdivise en deux pôles : le pôle « sécurité des patients, politique des produits de santé et biologie médicale (SPPPS) » et le pôle « coordination gestion du risque financier et relation assurance maladie ». La responsable du premier pôle est un pharmacien inspecteur. Il compte deux médecins inspecteurs de santé publique (MISP), cinq pharmaciens inspecteurs de santé publique (PHISP), un cadre référent chargé de suivi de programme, deux gestionnaires administratives, un médecin coordonnateur régional d'hémovigilance et une pharmacienne hospitalière responsable de l'observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT). Le responsable du deuxième pôle est un directeur de l'assurance maladie. Il est constitué d'un médecin de l'assurance maladie, d'un cadre référent, et d'une gestionnaire administrative. Ce département sécurité des pratiques rassemble ainsi deux pôles avec des représentants Etat et avec des représentants de l'assurance maladie. Il répond bien à la volonté de rassembler ces deux institutions, pour que ces agents travaillent ensemble, lors de la création des ARS en 2010 (Ministère des affaires sociale et de la santé, 2009).

## **1.2 Le référent du stagiaire et la logistique fournie**

La pharmacienne inspectrice responsable du premier pôle est la maitre de stage du stagiaire. Il est fourni au stagiaire un badge lui permettant l'accès à l'ARS, au self, à l'imprimante et au parking. Un bureau est mis en place avec un ordinateur où ont été installés les outils informatiques (Excel, Word, Power point, messagerie électronique) permettant la mise en place d'une logistique en vue des missions à accomplir. Une voiture de fonction est proposée au stagiaire en cas de besoin de déplacement.

### 1.3 L'activité du lieu de stage

Le pôle, où est effectué le stage, est composé de deux secteurs d'activités principaux :

- Le secteur « Sécurité des patients » qui englobe les missions liées à la gestion des risques en établissements de santé.
- Le secteur « politique des produits de santé et biologie médicale » qui regroupe toutes les activités liées à l'activité pharmaceutique ou biologique des établissements et des structures gérées par l'ARS.

Différentes missions y sont instruites. Des missions régaliennes qui concernent l'instruction des demandes d'autorisations d'activités des établissements et structures gérées par l'ARS ainsi que les missions d'inspection/contrôle de ces mêmes structures. Elles couvrent également l'accompagnement des établissements et structures en termes de qualité et de sécurité des pratiques, constitution de dossiers administratifs en vue d'analyse ou d'avis technique. Des missions d'ingénierie de projet qui englobent l'élaboration de projets de collaboration ou d'accompagnement des établissements sur lesquels l'ARS a autorité afin de les aider à mieux maîtriser les risques liés aux soins, à se fédérer ou à échanger leurs pratiques dans un souci d'amélioration des pratiques. Une mission de mise en œuvre d'un volet du projet régional de santé 2012-2017 (Bourgois D, 2014) et le suivi d'indicateurs du contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM) – ARS. Le schéma régional d'organisation des soins (SROS) du PRS<sup>7</sup> comporte des volets sur lesquels le Pôle SPPPS intervient en complément de la Direction de l'offre de soins et de l'autonomie (DOSA), notamment dans leur composante qualitative pharmaceutique. Le Pôle décline en propre le SROS-Biologie.

L'indicateur « % d'établissements certifiés avec réserves » est suivi en lien avec la cellule régionale d'appui à la performance de la DOSA.

Des enquêtes ponctuelles permettent également d'affiner le diagnostic de l'offre de soins afin d'améliorer la prise en charge des patients. Le pôle a une mission de formation, il accueille des stagiaires et participe aux formations des professionnels du secteur de la santé.

---

<sup>7</sup> Le PRS se décline en SROS qui se déclinent en programmes de santé publique.

## 1.4 La naissance et la formulation de la commande

La commande de stage a été décidée bien en amont du début du stage. Le maître de stage a fait des propositions, des pistes de travail en édictant des mots clés. Le stagiaire, étant pharmacien, a mobilisé ses connaissances et a proposé deux sujets de travail après réflexion préalable. Après accord du maître de stage, ces deux sujets ont été problématisés comme vu en introduction. Le stagiaire va ainsi mobiliser ses connaissances médicales professionnelles et ses connaissances administratives acquises à l'École des Hautes Études en Santé Publique en matière de pilotage de politiques et d'action en santé publique.

## 2 La méthode

La méthodologie du mode projet<sup>8</sup> est utilisée pour mener à bien les deux objectifs problématisés en introduction. Celle-ci va permettre de cadrer les opérations et de bien définir les axes d'actions grâce aux outils qu'elle permet de mobiliser. Elle structurera le travail en termes de temps et introduira une dynamique dans celui-ci. Les différents outils utilisés sont cités ci après et détaillés en annexe :

- Le diagramme de Gantt est nécessaire pour faire un travail ordonné et avoir une approche réaliste par rapport au facteur temps.
- *La fiche d'expression de besoin pour formuler celui-ci, étant repris dans le dossier d'étude d'opportunité elle ne sera pas développée.*
- Le dossier d'étude d'opportunité permet de se justifier, de se mettre en mode projet.
- L'organigramme du projet permet d'identifier l'ensemble des intervenants directs et indirects sur le projet et d'associer les compétences nécessaires au regard des objectifs du projet et de la démarche envisagée.
- *La note de cadrage reprenant les éléments antérieurs déjà explicités ne sera pas conçue pour ce projet.*
- *La lettre de mission n'a ici pas lieu d'être car les échanges avec le comité de pilotage sont fréquents.*
- L'évaluation de la somme des charges : les ressources humaines (ressources internes), les ressources matérielles (ressources interne, achats), autres charges

---

<sup>8</sup> Un projet est une suite d'opérations ou d'actions réalisées pour atteindre un résultat précis à une date donnée.

(frais de déplacement, frais de vie) permet d'avoir une approche budgétaire réaliste.

- L'analyse des risques, pour plus de pertinence, sera faite dans le corps du rapport. Il y sera analysé l'ensemble des risques pouvant modifier l'atteinte des résultats et les solutions alternatives pouvant les limiter.
- *Le plan de communication n'est pas nécessaire pour ce projet car le nombre d'acteurs est réduit.*
- Les tableaux de bords, étant incontournables, pour piloter les deux actions seront mis dans le corps du rapport.

Toutes ces étapes, ci-dessus, font parties *du cadrage du projet*.

Lors de la *conduite du projet* des comptes rendus de réunions (en annexe) pourront être formalisés pour synthétiser les informations reçues. Ici, la conduite du projet se composera d'un état des lieux complété d'une étude de faisabilité et il y aura émission de propositions.

La *clôture du projet* se fera par une évaluation de l'atteinte des objectifs du projet :

- Une fiche de bilan de projet sera renseignée (en annexe).

Une méthode mixte de recueil de données est utilisée. Elle permettra de confronter des données quantitatives à des données qualitatives. Tout d'abord des entretiens sont réalisés avec des personnes en interne (chargé de mission système d'information, concepteur de programme, médecin AM, PHISP, statisticien, médecin DIM, DRSM, pharmacien hospitalier OMEDIT) cela permet d'acquérir toutes les connaissances nécessaires sur les sujets étudiés (prescription de sortie d'hospitalisation, DP). Certains éléments des banques de données de l'AM ont pu être récupérés de part le médecin AM et la DRSM, ainsi que des banques de données internes à l'ARS ce qui a permis d'enrichir très largement les politiques étudiées. Deux questionnaires sont alors conçus pour faire un état des lieux des politiques d'intérêt en ES MCO et en officine.

Ces questionnaires sont complétés par des entretiens (pharmaciens principalement) et des observations externes en ES et en officine pour davantage approcher la notion de faisabilité. Une veille d'information sur l'actualité des thèmes retenus, tout au long du travail, est faite par le biais de deux sites : APM international et Hospimedia.

### **3 Mise en place d'une politique d'augmentation de la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI et de l'annotation du n°RPPS sur celle-ci**

#### **3.1 Données de cadrage sur la DCI et le n°RPPS**

##### **3.1.1 Rappel bref de droit : loi, décret, arrêté, circulaire**

Tout au long de ce travail, il est fait référence à des textes de loi. Il est alors important de rappeler quelques définitions :

- *La loi* : Règle écrite et générale élaborée par le Parlement (Assemblée nationale et Sénat) exécutoire en vertu de sa promulgation par le président de la République et par sa promulgation au Journal Officiel.
- *Un décret* : Acte administratif unilatéral pris par le président de la République ou le premier ministre et qui a une portée générale ou individuelle.
- *Un arrêté* : Acte administratif émanant d'un ministre en exécution d'un décret ou d'une loi.
- *Une circulaire* : Instruction écrite adressée par un supérieur hiérarchique à l'ensemble des agents qui lui sont subordonnés (Intescia, 2014).

##### **3.1.2 Précision sur la DCI**

La dénomination commune internationale (DCI) est une nomenclature précise et rigoureuse des médicaments. Elle a été conçue en 1953 par l'organisation mondiale de la santé (OMÉDIT centre, 2007). Elle permet l'identification des médicaments quelles que soient les appellations commerciales sous lesquelles ils sont vendus dans les différents pays. C'est un langage mondial commun à l'ensemble des professionnels de santé et des patients.

La prescription en DCI a des liens étroits avec le développement des médicaments génériques. Les médecins ont eu la possibilité de prescrire en DCI lors de la parution du décret n°2002-1216. Puis mi 2002, lors d'un accord conventionnel de l'assurance maladie avec les syndicats de médecins, ils ont été incités à prescrire en DCI.

### 3.1.3 Explications sur le n°RPPS

Lors de l'inscription d'un professionnel de santé à son ordre professionnel, il se voit attribuer un n°RPPS et une carte de professionnel de santé (CPS) où figure le numéro RPPS. Ce n°RPPS est attribué à vie au professionnel de santé. L'ordre professionnel régional s'occupe de rentrer les données concernant les professionnels dans le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) lors de l'inscription. Ces données remontent au niveau de l'ordre national. Les ordres concernés sont ceux des pharmaciens, médecins, sages femmes et dentistes.

Les services déconcentrés du ministère, ici les ARS peuvent consulter sur une plateforme du ministère le n° RPPS du professionnel de santé. Elles peuvent aussi ajouter des éléments lors d'un transfert, d'un regroupement ou d'une fermeture d'officine via la plateforme PHAR.

Auparavant les corps Etat saisissaient des informations sur leur répertoire de professionnels de santé, ainsi que les ordres professionnels et l'AM. Maintenant ce guichet unique représenté par l'ordre permet une unification des données et donc une meilleure fiabilité.

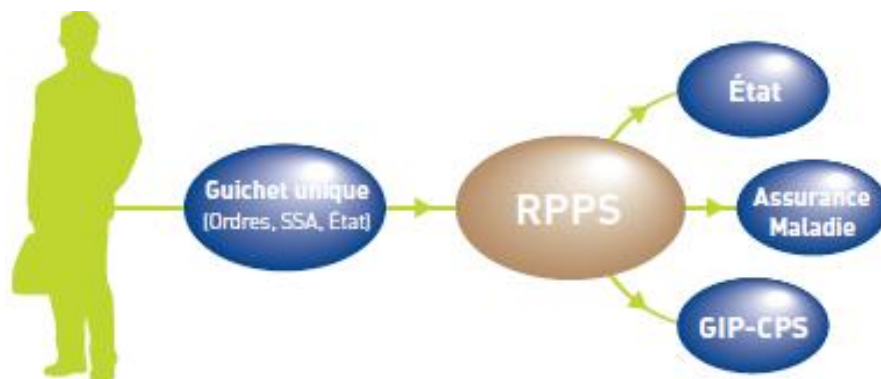


Figure n°1 : Illustration du guichet unique et des acteurs de la santé (GIP-CPS = ASIP santé).

Le numéro RPPS, sur les prescriptions, se présente sous la forme d'un code barre avec des chiffres en dessous. La circulaire DHOS/ES/2008/234 rend obligatoire et opposable aux ES la présence du numéro RPPS sur les prescriptions de sortie d'hospitalisation. Il faut aussi apposer le n°FINESS qui désigne l'identité de l'établissement. Pour les médecins libéraux il doit apparaître sur la prescription le numéro RPPS et pour identifier la structure le « numéro AM » établi par l'assurance maladie (Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, juillet 2008). De plus, lorsqu'il y a prescription de médicaments listés, sur l'ordonnance du médecin doit apparaître son

identifiant lorsqu'il existe c'est-à-dire son n°RPPS d'après l'article R5132-3 du code de la santé publique.

« Tout est alors présent pour que cette obligation d'apparition du n°RPPS sur la prescription de sortie d'hospitalisation soit effective »<sup>9</sup>. Il va falloir vérifier si les prescripteurs en établissement de santé font apparaître leur n°RPPS sur la prescription de sortie d'hospitalisation. Deuxièmement, pour être payé le pharmacien doit télétransmettre à l'AM le numéro FINESS de l'établissement ou le numéro AM lorsque c'est un libéral et non le n° RPPS. Un état des lieux doit être aussi fait à l'officine pour voir comment agir pour que les pharmaciens télétransmettent le n°RPPS à l'AM. Tout en sachant que 88 % des pharmacies sont équipées depuis janvier 2013 d'un logiciel 1.40 permettant la saisie du n°RPPS du prescripteur en complément du n° d'établissement et la CNAMTS met en place un suivi trimestriel de la montée en charge de l'utilisation du RPPS par les pharmacies et les hôpitaux (Ministère des affaires sociale et de la santé, février 2013).



Figure n°2: Illustration des données devant apparaître sur la prescription de sortie d'hospitalisation.

L'enregistrement du n°RPPS par les pharmaciens d'officine n'est pas obligatoire lorsqu'on se réfère au CSP. L'article R 5132-9-10 édicte les éléments que le pharmacien doit enregistrer pour les médicaments listés. Dans ces éléments l'identifiant du prescripteur n'apparaît pas. Ainsi rien n'incite le pharmacien à enregistrer le n°RPPS dans son logiciel. L'AM se sert du n°RPPS pour remonter au médecin prescripteur comme vu précédemment. Cela lui permet d'avoir une activité de contrôle sur celui-ci en termes de volume de prescription et de type de médicaments prescrit. Il est alors aisé de comprendre que de faire apparaître le n°RPPS sur les prescriptions de sortie d'hospitalisation connaisse une résistance de la part du corps des médecins hospitaliers.

---

<sup>9</sup> Entretien PHISP

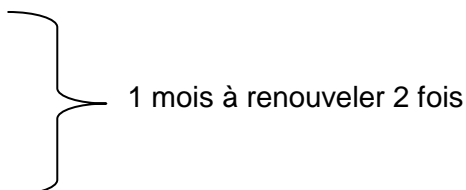
### 3.1.4 Les conséquences économiques attendues

Dans les paragraphes qui suivent, quelques chiffres et exemples pour illustrer l'importance du déploiement de la prescription en DCI et de l'annotation du n°RPPS sur les prescriptions de sortie d'hospitalisation :

- La CNAMTS a estimé en 2009 que 70% de la croissance des médicaments délivrés en officine provient des prescriptions hospitalières (Hémery P, 2013).
- Le marché de ville est plus que jamais structuré par les prescriptions hospitalières selon l'AM : en 2011 sur 327 millions d'euros d'augmentation de dépenses liées à l'hôpital, 217 millions d'euros sont liés aux prescriptions délivrées en pharmacie de ville (Tribault G, 2012). Ces 217 millions d'euros reflètent l'innovation thérapeutique dont bénéficient les patients. C'est-à-dire, les derniers médicaments à sortir de la réserve hospitalière sont très chers car ils sont dédiés à des pathologies lourdes faiblement représentées.
- Seulement 12,5% des prescriptions sont faites en DCI et les spécialistes en réalisent deux fois moins que les généralistes (Mutualité Française, 2013).
- « En agissant comme primo-prescripteur pour de nombreux traitements, notamment pour les pathologies lourdes ou de phases aiguës qui alimentent la croissance du marché, les médecins hospitaliers constituent un déterminant essentiel » (Daudigny Y, 2013).

Ci-dessous un exemple d'apport économique de la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI :

Une ordonnance de sortie prescrit par un médecin hospitalier :

- TAHOR® 20mg 1cp/j
  - CARDENSIEL® 10mg 1cp/j
  - AMAREL® 1mg 1cp/j
- 
- 1 mois à renouveler 2 fois

Le coût de cette ordonnance s'élève à : une boîte de 90 cp de TAHOR® (82,40 euros) + une boîte de 90 cp de CARDENSIEL® (17,83 euros) + une boîte de 90 cp d'AMAREL® (16,46 euros) = 116,69 euros.

Lors de la délivrance de ces médicaments en officine le pharmacien applique le tiers payant contre générique. C'est-à-dire que soit le patient accepte les génériques et le pharmacien fait l'avance des frais soit le patient les refuse et fait l'avance des frais.



Le coût nouveau de l'ordonnance s'élève à : une boîte de 90 de TAHOR® substituée par une boîte de 90 d'atorvastatine (49,54 euros) + une boîte de 90 de CARDENSIEL® substituée par bisoprolol (17,83 euros) + une boîte de 90 d'AMAREL substituée par glimipéride (11,94 euros) = 79,31 euros.

L'économie réalisé est de :  $116,69 - 79,31 = 37,38$  euros.

Lors du renouvellement du traitement la personne demande au médecin de rajouter « non substituable » à chaque ligne de son traitement, car elle veut le traitement que lui a prescrit le spécialiste. Ce cas de figure est présent dans toutes les officines ce qui rend la mesure tiers/payant contre générique se retrouve en échec. Il y a perte de l'économie réalisée au début et si l'on extrapole sur toute l'année :  $37,38 * 12 = 444$  euros/an pour une personne. Si la prescription avait été initialement réalisée en DCI ce cas de figure n'aurait pas eu lieu à condition que le médecin généraliste réalise les renouvellements en DCI.

La proportion des mentions « non substituable » est estimée à 5% des prescriptions selon l'assurance maladie, avec de grandes disparités en fonction des molécules et des territoires (Bietry G, 2014).

Ci-dessous **deux exemples d'apport économique de l'apparition du numéro RPPS sur la prescription de sortie d'hospitalisation** :

Le premier exemple, le médecin prescrit :

- CRESTOR® 20mg 1cp/j 1 mois

Le coût de cette ordonnance s'élève à 36,77 euros pour une boîte de 28cp. Le numéro RPPS permet à l'AM maladie de remonter au prescripteur pour l'inciter à prescrire davantage dans le répertoire des génériques. Si ce médecin prescripteur prescrit à 10 personnes dans le mois cette molécule, cela revient à 367,7 euros/mois et 4412,4 euros/an. Alors que si le médecin prescrit une molécule de même classe thérapeutique et d'efficacité équivalente :

- Pravastatine 20mg 1cp/j 1 mois

Le coût s'élève à 11,90 euros pour une boîte de pravastatine de 28 cp\* 10 personnes\*12 = 1428 euros. L'économie réalisée serait de  $4412,4 - 1428 = 2984$  euros/an/10 personnes.

Le deuxième exemple, le médecin prescrit :

- Tramadol 50mg 1 (matin) 0 (midi) 1 (soir) pour 15 jours

Le coût de cette ordonnance s'élève à 5,3 euros, c'est-à-dire une boîte de tramadol de 30 cp. Or ce médecin réalise un volume de prescription important de cette molécule de l'ordre de 40 prescriptions/mois. Le coût total par mois est de l'ordre de 212 euros/mois et 2544 euros/an. L'AM maladie remonte au prescripteur grâce à son numéro RPPS et peut lui demander de diviser par deux son volume de prescription :  $2544/2 = 1272$  euros d'économie. Sachant que l'AM possède des moyennes de volume de prescriptions par prescripteur dans ses banques de données, elle est ainsi à même de sélectionner les prescripteurs qui ont un volume de prescriptions plus important que la moyenne.

## 3.2 Les acteurs liés à la prescription de sortie d'hospitalisation

### 3.2.1 Acteurs nationaux et régionaux liés à la prescription en DCI

La prescription de sortie d'hospitalisation en DCI n'est pas liée qu'au médecin prescripteur mais aussi indirectement à une multitude d'acteurs nationaux. Ces acteurs nationaux peuvent être, de part leurs intérêts éthiques et/ou financiers, des partenaires ou des opposants à la réalisation de celle-ci.

Partenaires	Opposants
<ul style="list-style-type: none"><li>- L'académie de pharmacie</li><li>- L'assurance maladie</li><li>- La mutualité française</li><li>- Le ministère de la santé</li><li>- Les syndicats de titulaires d'officine (USPO, FSPF, UNPF)</li><li>- L'URPS pharmacien</li><li>- Le syndicat des industries fabricantes de génériques (le Gemme)</li><li>- L'ordre régional/national des pharmaciens</li><li>- Les Agences Régionales de Santé</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Les firmes pharmaceutiques fabricantes de princeps</li><li>- Le syndicat des industries fabricantes de princeps (le Leem)</li></ul>

Figure n°3 : tableau regroupant partenaires et opposants à la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI.

### 3.2.2 Les acteurs à convaincre et les arguments à cet effet

Les acteurs incontournables sont les prescripteurs hospitaliers. Même si certains d'entre eux réalisent déjà la prescription en DCI, il faut étendre ce mode de pratique à tous les prescripteurs. Pour ce faire, il reste à voir si les prescripteurs ont des logiciels d'aide à la prescription (LAP) hospitaliers qui permettent la prescription en DCI. Il s'agit alors d'agir sur les habitudes de prescriptions et donc sur le comportement. Les divers arguments pour la prescription en DCI sont édictés ci-après :

- **En 2015, la prescription en DCI sera obligatoire.**
- Ce mode de prescription permet de donner au pharmacien d'officine ce qu'il a en stock.
- Permet d'éviter les mentions « non substituable » à l'avenir des médecins généralistes.
- Permet de déconnecter le nom commercial de la prescription.
- Permet l'acceptation par le patient lors de la délivrance et évite tout conflit entre patient et pharmacien.
- Permet de faire progresser la pénétration des génériques (du répertoire notamment) et de faire des économies.
- Permet d'identifier la molécule et de part cela sa classe thérapeutique sachant que les pharmaciens sont formés au nom de la molécule et de la famille thérapeutique.
- Permet de reconnaître le traitement à l'étranger.
- Permet au patient de reconnaître les médicaments ayant le même principe actif.

Si l'on veut classer dans un tableau les acteurs liés à la prescription en DCI par rapport au pouvoir ou à l'intérêt que cette action comporte, cela se traduit par le tableau suivant :

		Intérêt	
		Bas	Elevé
Pouvoir	Bas	Minimum d'effort : le patient	A informer : le pharmacien d'officine
	Elevé	Préserver la satisfaction : le médecin prescripteur	Acteur clé : l'agence régionale de santé et l'assurance maladie

Figure n°4 : tableau mettant en évidence les acteurs lié à la prescription en DCI par rapport à deux variables qui sont le pouvoir et l'intérêt.

### 3.3 Les outils, de management, produits pour aider la mise en œuvre de la politique de la DCI sur la prescription de sortie d'hospitalisation, annotée du n°RPPS

#### 3.3.1 Le processus de l'hospitalisation à la sortie en ville

Au préalable tout au long de l'élaboration d'outils pour aider à mettre en œuvre la politique de prescription de sortie d'hospitalisation en DCI, il faut garder en tête ces quatre axes :

<u>Un axe stratégique</u> : mobiliser les ressources bibliographiques existantes, faire une veille documentaire.	<u>Un axe technique</u> : formaliser un processus, qu'es ce que je veux faire ? Ou je veux agir ?
<u>Un axe culturel</u> : produire du sens pour l'action voulu, rendre légitime l'action.	<u>Un axe structure</u> : piloter la politique, au sein de l'établissement, par un tableau de bord complété d'indicateurs financier, de résultat, de satisfaction, de processus.

Figure n°5 : tableau faisant état de quatre axes pour mener une politique dans un établissement.

Premièrement, le processus actuel d'un patient hospitalisé qui se retrouve avec une ordonnance de sortie va être décrit pour mieux comprendre et appréhender les modes d'interventions possibles :

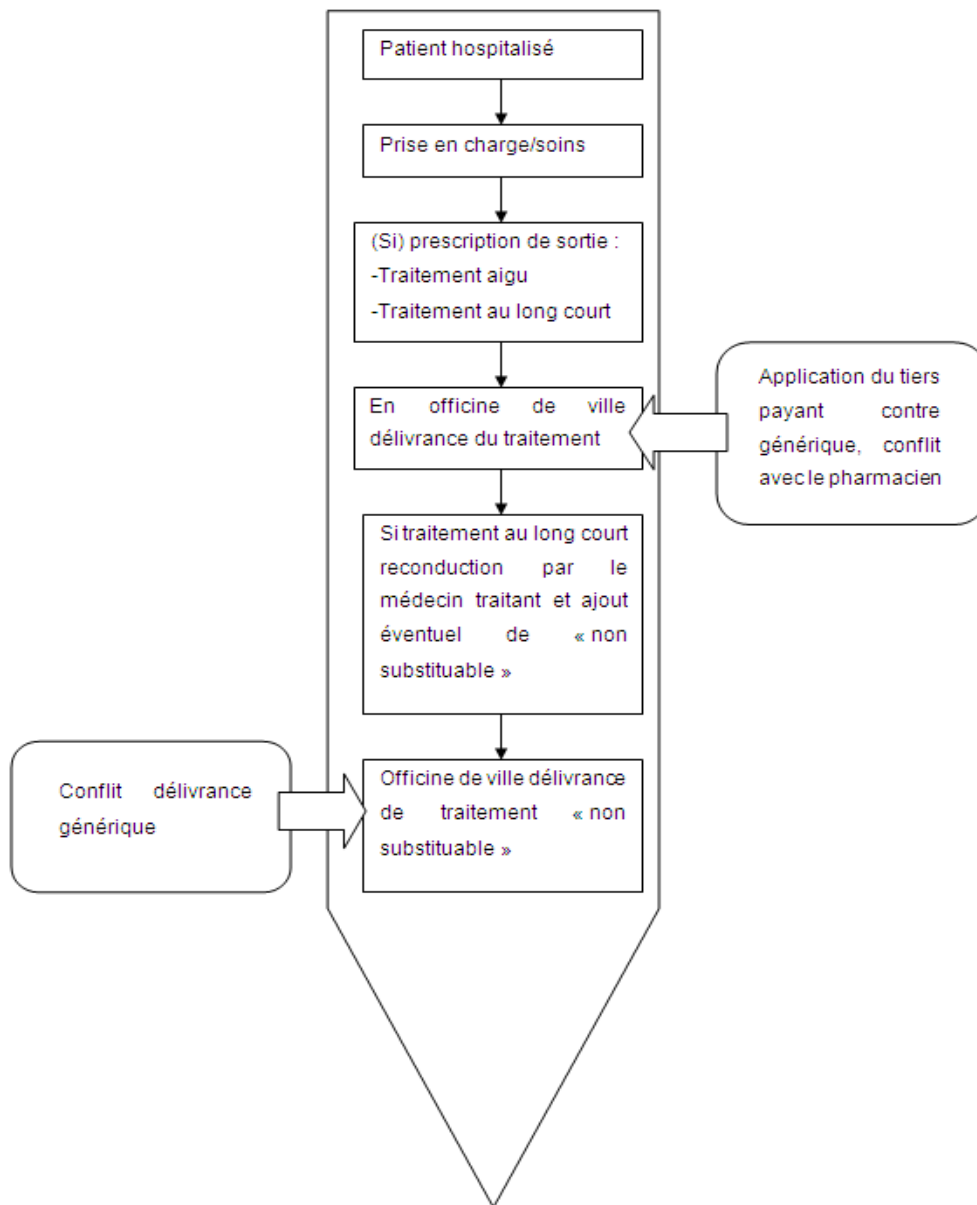


Figure n°6: processus hôpital-ville non impacté par la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI.

Il faut maintenant décrire le processus qui explicite le parcours d'un patient hospitalisé se retrouvant avec une ordonnance de sortie en DCI pour un traitement aigu ou pour l'instauration d'un traitement chronique :

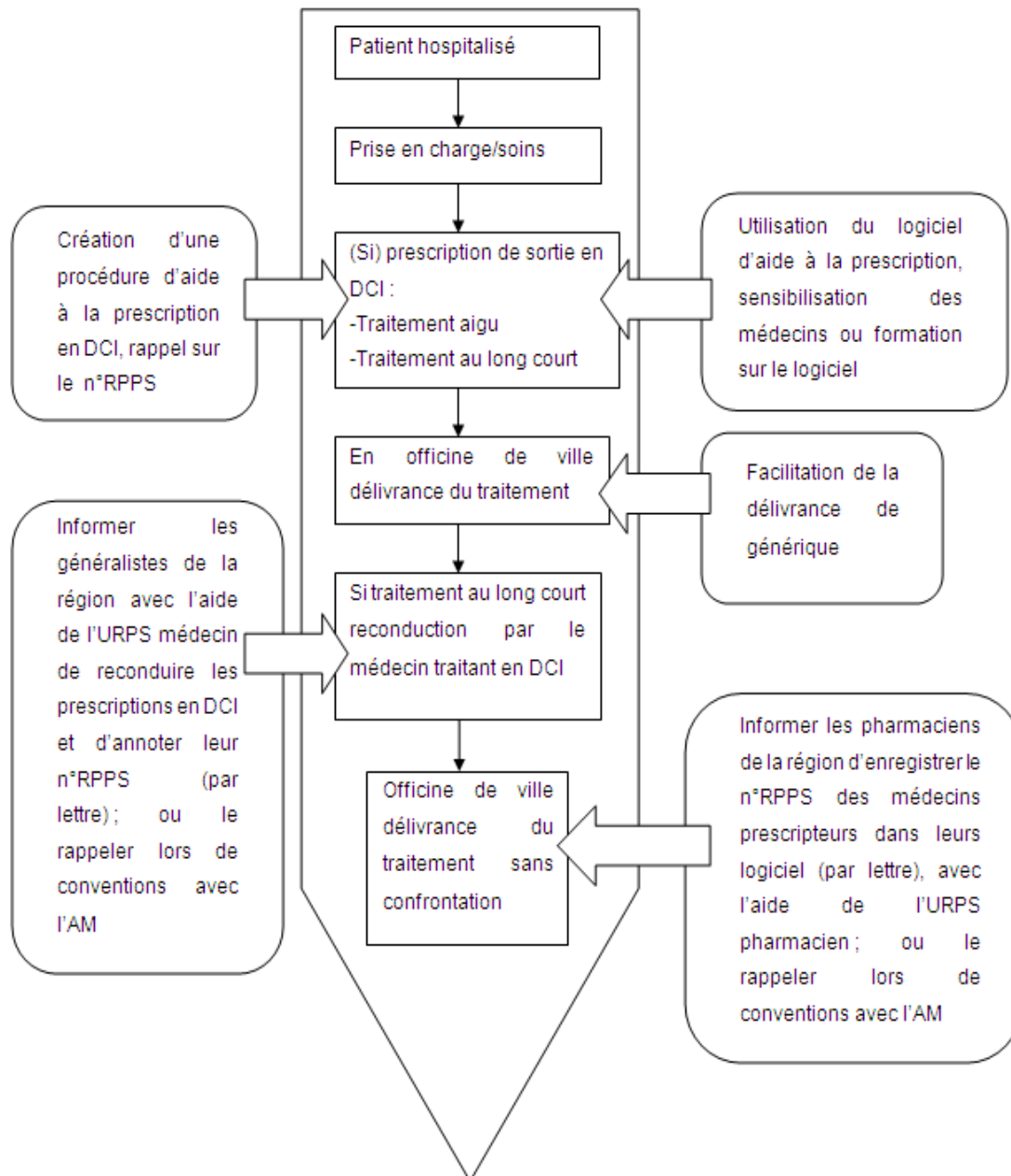


Figure n°7 : processus hôpital-ville impacté par la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI.

On voit lors de la création de ce processus qu'il y a deux outils à créer : une procédure sur la prescription en DCI, l'annotation du n°RPPS et un mail d'information sur ces deux sujets à faire en lien avec l'AM.

La procédure va permettre de cadrer la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI :

Procédure de cadrage de la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI
<p>1) <u>Situation idéale pour une prescription de sortie ou une consultation externe en DCI :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Traitement <b>aigu</b> ou <b>instauration</b> d'un traitement chronique.</li><li>- Tout médicament. <i>Précision : pour les médicaments à marge thérapeutique étroite (les antiépileptiques, les anti-arythmiques, les anticoagulants, les immunosuppresseurs, les médicaments de la thyroïde...), soit prescrire en DCI pour l'initiation du traitement soit au nom de spécialité ; rajouter « non substituable » pour rester toujours sur le même médicament et éviter le risque de modification de l'efficacité du à une biodisponibilité différente.</i></li><li>- Patient averti et coopérant.</li></ul> <p>2) <u>Comment prescrire en DCI ?</u></p> <p>Les mentions qui doivent obligatoirement figurer sur une prescription en DCI (art.R.5125-55/CSP) sont :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Principe actif désigné par sa dénomination commune internationale</li><li>- Dosage en principe actif</li><li>- Voie d'administration si nécessaire</li><li>- Forme pharmaceutique</li><li>- Posologie</li><li>- Durée du traitement</li></ul> <p>(Dans le respect des articles R.5132-21/CSP pour les listes I et II et R.5131-30/CSP pour les stupéfiants)</p> <p>3) <u>Exemple :</u></p> <p>Amoxicilline 500mg + Ac clavulanique 62,5mg (AUGMENTIN®) comprimé 2 cp 2 fois/jour pendant 5 jours</p> <p><i><u>N.B.</u> : le n°RPPS, identifiant le médecin prescripteur, doit apparaître sur la prescription.</i></p>

Figure n°8 : procédure établie pour les médecins réalisant des prescriptions de sortie d'hospitalisation.

La **lettre ou le mail élaboré avec l'URPS médecin** doit absolument contenir :

- Le rappel de faire apparaître le n°RPPS sur la prescription.
- Le fait de reconduire les prescriptions de sorties d'hospitalisation DCI en DCI.

La **lettre ou le mail élaboré (en annexe) avec l'AM à destination des pharmaciens d'officine** doit absolument contenir :

- L'information sur ce qu'est le n°RPPS (le n°FINESS, le n°AM aussi) et de bien l'enregistrer dans la fiche prescripteur du logiciel.
- Le n°ADELI est obsolète.

Remarque : la lettre comme moyen d'information est discutable en termes de faisabilité car si on fait un calcul pour les officines, avec un euro le timbre cela revient à plus de 1000 euros. Il est préférable de communiquer par mail avec les pharmaciens ou l'AM réalisera elle même l'information sur le n°RPPS.

### **3.3.2 Conception d'un tableau de bord pour aider à piloter la mise en place de la prescription en DCI**

Pour permettre de mettre en place la politique de prescription de sortie d'hospitalisation en DCI il faut pouvoir aider à lancer une dynamique et que celle-ci perdure dans le temps. Il faut alors constituer un tableau de bord équilibré (indicateurs financier, de processus, de satisfaction, de résultat) qui permettra le pilotage de l'action souhaitée au sein de l'établissement. Ce tableau de bord doit être juste considéré comme une aide pour instaurer une dynamique qui conduira le médecin hospitalier à réaliser plus de prescriptions de sortie avec le logiciel de prescription. **Une prescription de sortie en DCI ne peut se réaliser que par le logiciel de prescription car jugée trop compliquée de manière manuscrite.**



**Tableau de bord**

<p><b>Indicateur n°1 : « médecins formés pour prescrire avec le logiciel »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Objectif général servi</i> : Promotion des génériques</li> <li>- <i>Objectif spécifique</i> : Augmenter la prescription de sortie avec le logiciel</li> <li>- <i>Type d'indicateur</i> : indicateur de processus</li> <li>- <i>Texte de référence</i> : aucun car action innovante</li> <li>- <i>Critère</i> : observation des médecins sachant prescrire avec le logiciel</li> <li>- <i>Population</i> : médecins et internes</li> <li>- <i>Statistique</i> : % de médecins formés à prescrire avec le logiciel dans l'établissement</li> <li>- <i>Période de recueil et fréquence</i> : tous les 3 mois durant 1 an</li> <li>- <i>Niveau de performance attendu</i> : 100% de médecins formés</li> </ul>	<p><b>Indicateur n°2 : « prescription de sortie d'hospitalisation en DCI »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Objectif général servi</i> : Promotion des génériques</li> <li>- <i>Objectif spécifique</i> : Augmenter la prescription en DCI</li> <li>- <i>Type d'indicateur</i> : indicateur de résultat</li> <li>- <i>Texte de référence</i> : aucun car action innovante</li> <li>- <i>Critère</i> : surveillance du volume de prescription en DCI</li> <li>- <i>Population</i> : médecins et internes</li> <li>- <i>Statistique</i> : % de prescription de sortie d'hospitalisation en DCI</li> <li>- <i>Période de recueil et fréquence</i> : tous les 4 mois durant 1 an</li> <li>- <i>Niveau de performance attendu</i> : 50% de prescription en DCI d'ici 1 an</li> </ul>
<p><b>Indicateur n°3 : « médecin et interne satisfaits pour prescrire les ordonnances de sortie avec le logiciel »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Objectif général servi</i> : promotion des génériques</li> <li>- <i>Objectif spécifique</i> : Augmenter la prescription en DCI</li> <li>- <i>Type d'indicateur</i> : indicateur de ressource humaine</li> <li>- <i>Texte de référence</i> : aucun car action innovante</li> <li>- <i>Critère</i> : surveillance de la satisfaction des médecins et internes pour prescrire des ordonnances de sortie avec le logiciel</li> <li>- <i>Population</i> : médecin et interne</li> <li>- <i>Statistique</i> : % de médecins et internes satisfaits</li> <li>- <i>Période de recueil et fréquence</i> : tous les 4 mois durant 1 an</li> </ul>	<p><b>Indicateur n°4 : « coût de la formation des médecins, par les éditeurs de logiciel, pour prescrire les ordonnances de sortie avec le logiciel »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Objectif général servi</i> : promotion des génériques</li> <li>- <i>Objectif spécifique</i> : Augmenter la prescription en DCI</li> <li>- <i>Type d'indicateur</i> : indicateur financier</li> <li>- <i>Texte de référence</i> : aucun car action innovante</li> <li>- <i>Critère</i> : surveillance du coût global des formations</li> <li>- <i>Population</i> : médecin et interne</li> <li>- <i>Statistique</i> : coût d'une formation* par le nombre de formations prévues</li> <li>- <i>Période de recueil et fréquence</i> : tous les 3 mois durant 1 an</li> <li>- <i>Niveau de performance attendu</i> : selon possibilité financière de l'établissement (ex :</li> </ul>

- Niveau de performance attendu : 70% des médecins et internes	10 000 euros sur 1 an)
--	------------------------

Figure n°9 : tableau de bord pour piloter l'augmentation de la prescription de sortie réalisée avec le logiciel de prescription et de par ce fait augmenter la prescription en DCI.

### 3.3.3 Conception d'un tableau regroupant les risques de sortie du processus

Pour mener à bien une action au sein d'un établissement il est nécessaire d'appréhender les risques autour de celle-ci. Ces risques peuvent nuire au bon déroulement du projet il faut alors les prévenir ou diminuer leur influence. Ils peuvent soit être pensés a priori (avant le déroulement du projet, ici c'est le cas) soit a posteriori (après le déroulement du projet). Les risques autour du projet de la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI et de l'annotation de celle-ci par le n°RPPS sont regroupés dans le tableau ci-dessous :

Analyse des risques					
Projet : gestion du risque financier AM			Chef de projet : le stagiaire		Date : 10/03/2014
Risques possibles	Probabilité d'occurrence	Gravité	Impact sur le projet	Actions préventives	Actions curatives
Non consultation de la procédure pour prescrire en DCI ( <i>procédure qui rappelle aussi d'annoter le n°RPPS du prescripteur</i> ).	élevée	élevée	Faible mais si le patient avait un traitement antérieur en « non substituable » et se voit tout son traitement prescrit en DCI, cela peut entraîner un renoncement aux soins ou une consultation supplémentaire chez le généraliste.	Informers les médecins de lire la procédure.	Obligation de prendre connaissance de la procédure.
Refus de formation sur le logiciel par le médecin.	Faible	élevée	Perte d'une partie des médecins prescripteurs.	Informers à l'avance cette volonté d'augmenter les	Formation obligatoire sur le logiciel de prescription.

				prescriptions de sorties en DCI.	
Pas de partenariat avec les URPS et l'AM pour informer les professionnels libéraux sur la prescription en DCI et le n°RPPS.	Faible	élevée	Absence de lien ville-hôpital ; tous les efforts faits à l'hôpital perdus en ambulatoire. C'est-à-dire, les généralistes reconduisent les prescriptions en DCI au nom de spécialité et les pharmaciens n'enregistrent pas le n°RPPS des prescripteurs dans leur logiciel.	Bien argumenter auprès des URPS, de l'AM de l'importance de cette action de communication auprès des professionnels.	Contractualisation de l'ARS avec l'URPS médecin et l'AM.
Le logiciel de prescription ne permet pas d'éditer une ordonnance de sortie.	Faible	élevée	Projet non réalisable ou réalisation d'une prescription manuscrite.	Prévoir une mise à jour du logiciel ou mise en place d'un répertoire d'équivalences.	Mettre à jour le logiciel de prescription ou le répertoire d'équivalences .

Figure n°10 : tableau regroupant les risques autour du projet de la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI annotée du n°RPPS.

### 3.4 Etat des lieux sur la prescription de sortie d'hospitalisation

#### 3.4.1 Rencontre de personnes ressources en interne et conception de 2 questionnaires

Pour faire un état des lieux sur la prescription de sortie d'hospitalisation, plusieurs personnes ont été rencontrées en interne (chargé de mission système d'information, concepteur de programme, médecin AM, PHISP, statisticien, médecin DIM, DRSM, pharmacien hospitalier OMEDIT, éditeur de logiciel) qui ont permis de réaliser un questionnaire comprenant des questions sur la prescription de sortie en DCI et le numéro RPPS. Ce questionnaire a été mis sur une plateforme en ligne par le service statistique (questionnaire SOLEN) pour que les professionnels le remplissent directement. Cela

permet aussi un retraitement des données plus aisé. Ce questionnaire est adressé aux établissements MCO de la région Midi-Pyrénées qui sont au nombre de 51 (voir liste des ES MCO en annexe). Les interlocuteurs de ce questionnaire seront les pharmaciens des PUI et les directeurs d'établissement comme indiqué par le médecin DIM d'Albi : « le plus à même de vous répondre est le pharmacien de la PUI ».<sup>10</sup>

Un autre questionnaire est conçu à destination des officines toujours pour avoir les mêmes renseignements que ceux recherchés chez les ES MCO. Il est destiné à toutes les officines de Midi-Pyrénées qui sont au nombre 1069. Les interlocuteurs sont les pharmaciens titulaires/adjoints.

Ces deux enquêtes doivent permettre alors d'avoir une vue d'ensemble hôpital-ville.

### **3.4.2 La stratégie utilisée pour diffuser les deux questionnaires**

La stratégie de diffusion des questionnaires aux officines de Midi-Pyrénées a été de ne rien laisser au hasard. Les deux questionnaires ont été validés par le comité de pilotage puis vus et revus avec le concepteur de programme pour avoir des questions simples, bien formulées, qui s'enchaînent et sans biais.

Ensuite, il a fallu récupérer tous les mails des officines et des PUI MCO de la région Midi-Pyrénées. Il a été rédigé un premier message d'information (voir annexe) qu'une enquête allait avoir lieu puis un second message (voir annexe) contenant le lien pour accéder au questionnaire SOLEN de l'enquête. Deux jours avant la fin de la fenêtre de réponse des officines et des PUI MCO il a été réalisé une extraction pour voir le nombre de répondants et la qualité des réponses. Un mail de relance a été ensuite envoyé aux personnes n'ayant pas répondu et après la date limite une extraction finale sur un fichier EXCEL a été réalisée.

Remarque : les deux questionnaires de type SOLEN ont été conçus par le service statistique de l'ARS.

### **3.4.3 Les logiciels d'aide à la prescription hospitalière**

La HAS a publié un **référentiel de certification pour les éditeurs hospitaliers de logiciel d'aide à la prescription<sup>11</sup> (LAP)**. Cette certification est rendue obligatoire par **l'article 32 de la loi du 29 décembre 2011**. Ainsi le référentiel n'est opposable qu'aux

---

<sup>10</sup> Entretien médecin DIM

<sup>11</sup> Définition d'un LAP : logiciel individualisé dont au moins une des fonctionnalités est une aide à l'édition des prescriptions médicales.

**éditeurs de logiciel. La prescription en dénomination commune internationale et l'apparition du n°RPPS du professionnel sont compris dans la certification.** Les éditeurs ont jusqu'au 1<sup>ier</sup> janvier 2015 pour se conformer au décret d'application de cette loi (Tribault G, juillet 2012). Il faudra aussi que le logiciel de prescription certifié soit interopérable avec les autres logiciels du SIH. Les logiciels certifiés doivent répondre à trois objectifs majeurs : contribuer à l'amélioration de la sécurité de la prescription médicamenteuse, faciliter le travail du prescripteur et diminuer le coût du traitement à qualité égale. Le référentiel entend favoriser : le développement de fonction permettant d'améliorer la qualité de prescription (prescription en DCI...), le développement de fonctions destinées à faciliter le travail du médecin comme la vue d'ensemble du traitement pris par un patient et le développement de fonction participant à l'optimisation des coûts (apparition du n°RPPS).

Des banques de données internes à l'ARS ont permis de faire un état des lieux des logiciels de prescriptions sur 102 établissements de santé de la région Midi-Pyrénées. Ces données sont regroupées dans un tableau en annexe mentionnant la raison sociale de l'établissement, son département, son statut, son activité, le nom du logiciel de prescription de médicaments et le nom de l'éditeur du logiciel.

On constate qu'il y a une **diversité de logiciel très importante entre établissements de santé**. Seuls quelques logiciels sont majoritaires :

- M-Crossway dans trois établissements publics
- OSIRIS dans vingt établissements publics et privés
- PSI dans quatre établissements publics
- DOPASOINS dans sept établissements privés
- Mediboard dans quatre établissements privés
- Cortexte dans quatre établissements publics et privés
- ERP sano dans quatre établissements publics et privés
- Emed dans quatre établissements privés
- Genois dans quatre établissements publics

On voit que ces logiciels sont présents autant du côté public que privé et qu'ils n'ont pas de localisation géographique précise.

Le rapport de l'IGAS de 2011 sur le circuit du médicament à l'hôpital met en évidence que **chaque évolution logicielle intervenant dans des systèmes de plus en plus complexes fait bouger l'architecture même du système, nécessitant de nombreuses journées de travail pour stabiliser une nouvelle version**. Cette notion est à prendre en compte à chaque volonté de modifier la version du logiciel.

### 3.4.4 Les logiciels d'aide à la prescription ambulatoire

Une première version du référentiel de certification des LAP ambulatoire a été diffusée en 2008 par la HAS pour les éditeurs de logiciel ambulatoire (Tribault G, juillet 2012). Les logiciels certifiés font partie des objectifs de santé publique dédiés aux médecins libéraux. Ci-dessous un exemple de LAP ambulatoire certifié :

- Almapro (éditeur : Alma)
- Crossway premium (éditeur : Cegedim)
- Médistory (éditeur : Prokov Editions)

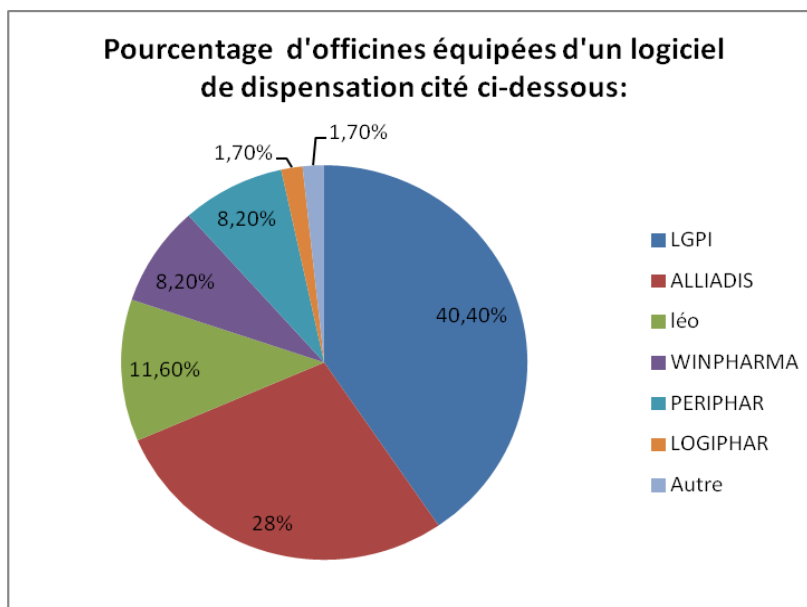
**Ces logiciels donnent la possibilité aux médecins prescripteurs de prescrire en DCI ou en nom de spécialité.**

### 3.4.5 Les résultats des questionnaires et l'analyse des réponses

#### a) *Résultats du questionnaire destiné aux officines et l'analyse des réponses*

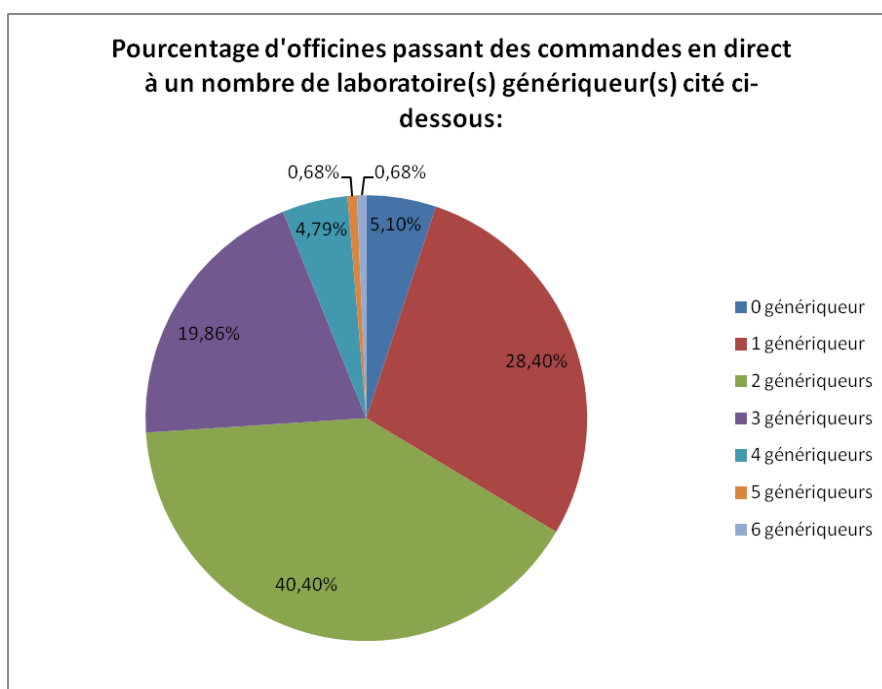
Il y a 1069 officines en Midi-Pyrénées. Or 13 pharmacies n'ont pas de mail donc l'ARS possède 1056 mails. Sur ces 1056 mails, 16 mails ne sont pas valables soit 1040 mails corrects. D'autres problèmes de compatibilités entre boîtes mail, communiqués par les pharmaciens, font chuter le nombre de mails à 1026. Lors du premier envoi du questionnaire, 160 pharmaciens ont répondu. Lors de la relance, 132 pharmaciens ont répondu au questionnaire. Il n'y a pas de différence significative entre le premier échantillon de réponses et le deuxième échantillon. **Le taux de participation est de 28,5 %**. C'est la première fois que les officines de Midi-Pyrénées sont sollicitées pour une enquête régionale depuis la création de l'ARS. Les pharmaciens d'officine ont une profession réglementée mais exercent une activité libérale donc ne sont pas sous la tutelle de l'ARS même s'ils peuvent être inspectés. Leur participation à l'enquête n'était donc pas obligatoire. Ainsi, le taux de réponse est jugé satisfaisant et représentatif.

- Les logiciels de dispensation en officine sont répartis comme suit :



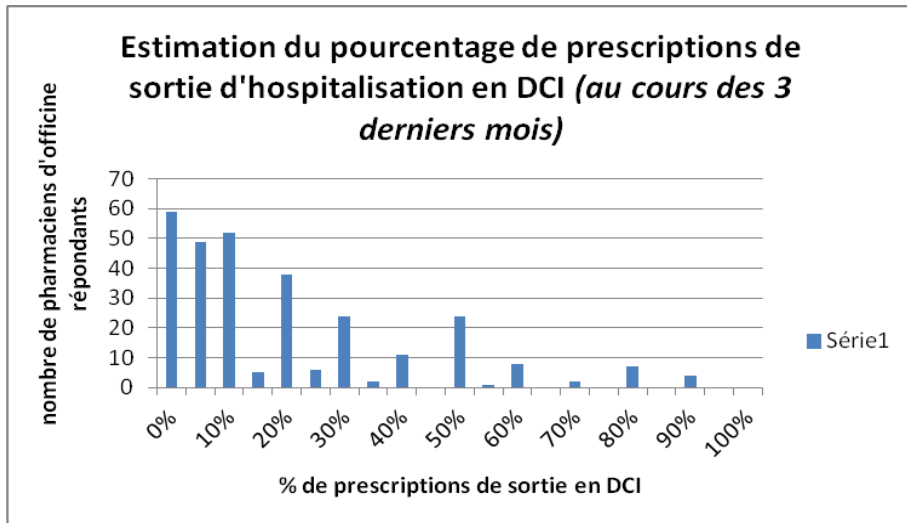
On peut observer que les **deux logiciels de dispensation majoritaires sont LGPI et ALLIADIS**. La diversité des logiciels de dispensation est moins importante que pour les logiciels de prescription en établissements de santé.

- Le nombre de laboratoire(s) générique(s) auxquels les officines passent des commandes :



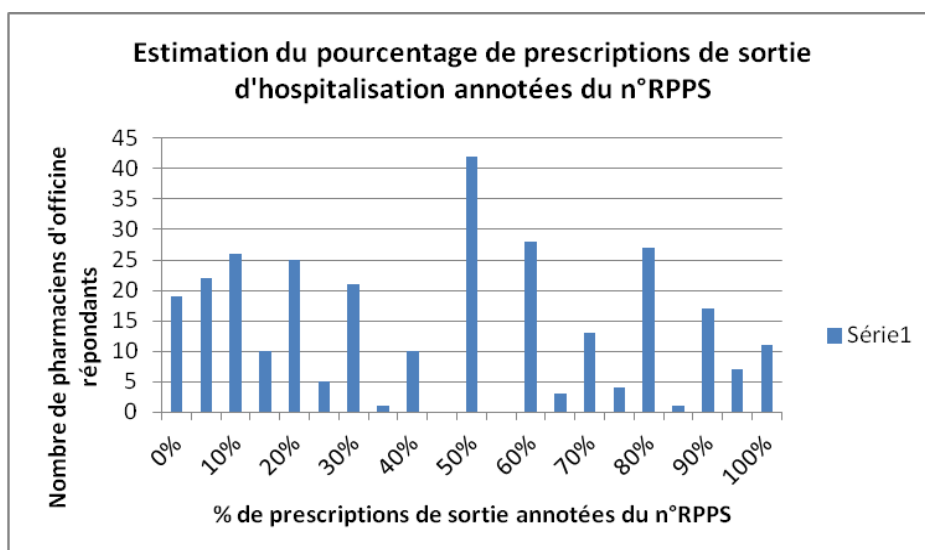
On constate que **les officines passent des commandes de médicaments génériques directement avec 1 ou 2 laboratoires génériqueurs**. Le reste des médicaments génériques étant commandés chez les grossistes répartiteurs.

- Estimation du pourcentage de prescriptions de sortie d'hospitalisation exhaustivement en DCI par les pharmaciens d'officine au cours des 3 derniers mois :



On peut observer qu'il y a bien présence de prescriptions de sortie d'hospitalisation en DCI. Mais on voit que la cassure se fait après 20%. **On en conclut que des prescriptions de sortie en DCI sont réalisées mais de manière minime.**

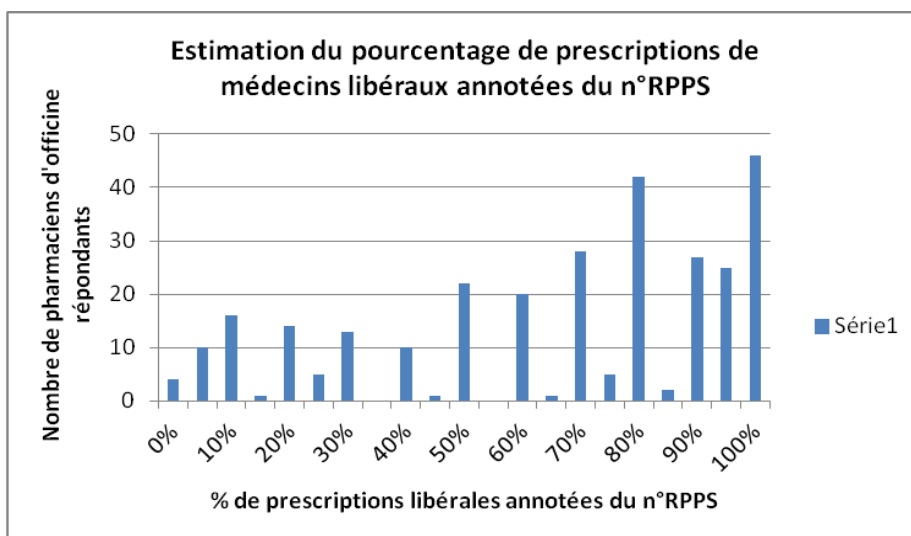
- Estimation de la présence du n°RPPS sur les prescriptions de sortie d'hospitalisation par les pharmaciens d'officine :





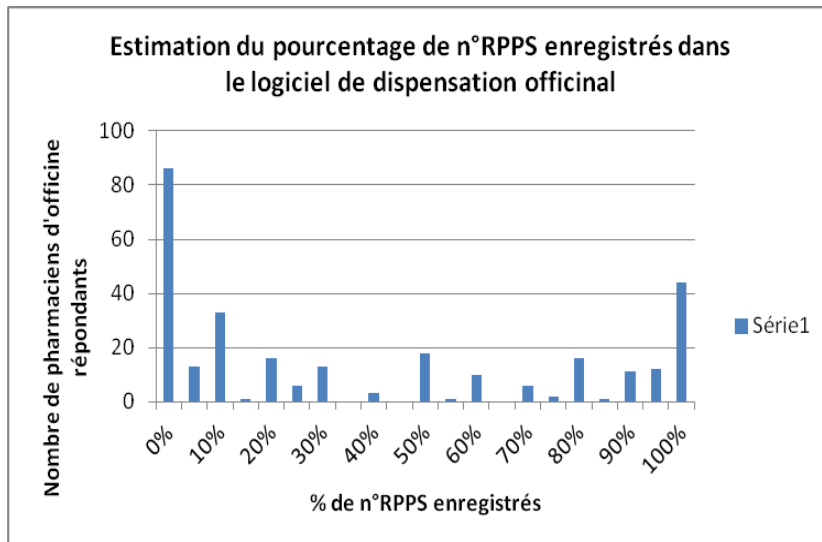
Il y a trois pics à 50%, 60% et 80% ce qui montre **que la politique du RPPS commence à bien être appliquée par les établissements de santé**. Une partie des réponses se situent en dessous de 30% ce qui confirme que le RPPS n'est pas encore toujours présent sur les prescriptions de sortie. Enfin, la diversité des réponses est certainement due à l'environnement, de l'officine, en établissements de santé qui appliquent ou pas ou partiellement la politique du RPPS. **En observant le graphique on peut ajouter qu'il y a une absence d'uniformité dans la politique du n°RPPS pour les prescriptions de sortie d'hospitalisation.**

- Estimation de la présence du n°RPPS sur les prescriptions de médecins libéraux par les pharmaciens d'officine :



On remarque que la majorité des répondants se situent au dessus de 50%. Il y a deux pics de répondants à 80% et à 100%. **On en conclut que la majorité des prescriptions provenant de médecins libéraux est annotée du n°RPPS.**

- Estimation du pourcentage de n°RPPS (signalé sur la prescription hospitalière ou libérale) que les pharmaciens d'officine enregistrent dans leur logiciel de dispensation :



On voit qu'il y a deux tendances. La majorité des réponses est inférieure à 10% ou supérieure 80%. **On en conclut que soit le pharmacien enregistre le n°RPPS dans son logiciel soit il ne le fait pas. Il y a une tendance plus marquée à ne pas réaliser cette action.**

- Eléments importants mis en évidence par les pharmaciens d'officine dans l'espace « commentaires libres » :
  - Les numéros reconnus pour le remboursement par l'assurance maladie sont le n°AM et le n°FINESS et non le n°RPPS.
  - Le n°RPPS apparaît plus sur les ordonnances informatiques.
  - Il y a peu de prescriptions de sortie manuscrites en DCI.
  - Les prescriptions de sortie d'hospitalisation en DCI contiennent généralement 1 ou 2 médicaments : paracétamol, oméprazole...
  - La saisie du n°RPPS prend du temps car il est impossible de le « biper ».
  - **Il est long de créer un médecin hospitalier dans les logiciels donc à la place de l'onglet prescripteur il est mis : nom de l'hôpital puis le n°FINESS.**

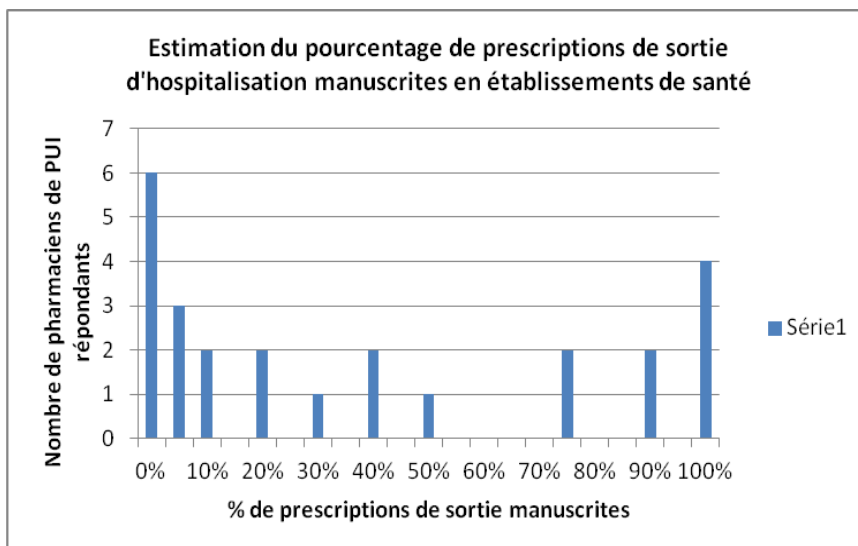
- Certaines ordonnances de sortie sont préimprimées avec le prescripteur non coché.
- Les internes réalisent des prescriptions de sortie d'hospitalisation : aucune identification du prescripteur.
- Les prescripteurs hospitaliers sont difficiles à joindre lors d'une absence d'informations sur la prescription.
- Les ordonnances de ville ne sont quasiment jamais en DCI.
- Il y a beaucoup de « non substituable » sur les prescriptions de ville.

*b) Résultats du questionnaire destiné aux PUI MCO et l'analyse des réponses*

Il y a 51 PUI MCO d'établissements de santé publics comme privés qui ont été mobilisées : 26 établissements publics et 25 établissements privés. Or une adresse mail d'un établissement public et une adresse mail d'un établissement privé étaient défectueuses : ce qui revient à 49 PUI MCO contactées. Lors de l'extraction des réponses, il y a 29 établissements de santé qui ont répondu à l'enquête. **Le taux de participation est alors de 59%**. Il n'a pas été effectué de relance car le premier taux de réponses étaient significatif, de plus la relance se serait effectuée pendant une période de vacances ce qui n'aurait pas été jugé pertinent. Les 59% d'établissements de santé répondants sont constitués à **41,4% d'établissements publics, 51,7% d'établissements privés** et 6,9% de non identifiés. Notre échantillon de répondants est alors constitué d'une part légèrement supérieure d'établissements de santé privés. Par comparaison avec l'enquête destinée aux officines, on voit un taux de réponse bien supérieur. Ceci s'explique : les établissements sont largement sollicités pour répondre aux enquêtes de l'ARS. De plus, ils peuvent être obligés de répondre car l'ARS se place ici en tant que tutelle.

- Estimation du pourcentage de prescriptions de sortie d'hospitalisation manuscrites en établissement de santé MCO :

Tout d'abord quatre établissements n'ont pas renseigné cette estimation.



On peut observer qu'en dessous de 20% et au dessus de 75% la majorité des réponses est contenue. Soit les prescriptions de sortie sont manuscrites soit elles sont informatiques. Avec **une tendance à être plus informatique**. Ce qui est favorable à la prescription en DCI car très difficile à réaliser de manière manuscrite. Là on voit encore la variabilité entre les établissements de santé, les pratiques ne sont pas uniformes. **Il faut garder à l'esprit que les prescriptions peuvent être informatiques, dites « tapuscrites », mais non réalisées avec le logiciel de prescription.**

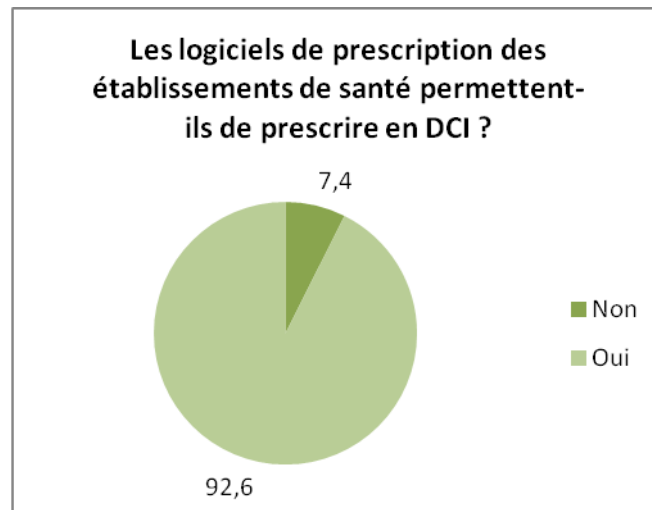
- Les logiciels de prescriptions en établissement de santé MCO sont répartis comme suit :

	Nom du logiciel de prescription	Nombre d'établissements de santé équipés	% d'établissements équipés d'un des logiciels ci-dessous
1	DISPORAO	1	3,4%
2	DOPASOINS	7	24,1%
3	CROSSWAY	3	10,3%
4	DIAMM	1	3,4%
5	MEDIPLUS	1	3,4%
6	DX CARE	1	3,4%
7	EMED	3	10,3%
8	MO Pharma	1	3,4%
9	EXPERT santé	1	3,4%
10	ORBIS	1	3,4%
11	MEDIBOARD	2	6,9%
12	GENOIS	2	6,9%
13	CROSSWAY + GENOIS	1	3,4%
14	Medical object	1	3,4%
15	Hellodoc	1	3,4%
16	Pas de logiciel	2	6,9%

La diversité de logiciel de prescription en établissement de santé MCO est très importante. **Il y a quatre logiciels majoritaires.** On peut alors comprendre la **difficulté de vouloir uniformiser les pratiques** sachant que tous les logiciels n'ont pas les mêmes fonctionnalités. Chaque établissement doit s'approprier les politiques du RPPS et de la prescription de sortie en DCI selon son logiciel. Les pratiques peuvent être alors différentes.

- Le logiciel de prescription des établissements MCO et la prescription en DCI :

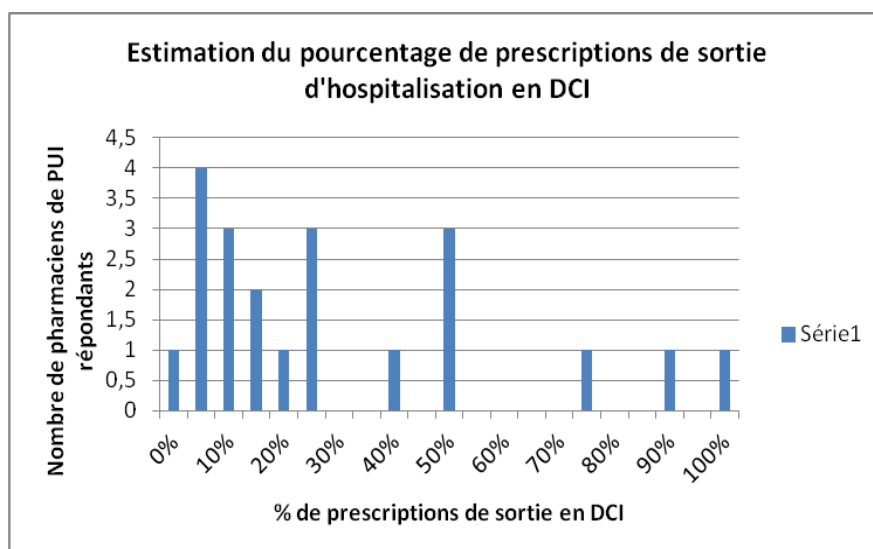
Tout d'abord il faut exclure deux établissements qui n'ont pas de logiciel de prescription.



**Les logiciels de prescription permettent la prescription en DCI mais nous avons vu de part les entretiens avec les pharmaciens que sa mise en place est complexe.** Les 7,40% de logiciels qui semblent ne pas pouvoir prescrire en DCI en fait le permettent. Ce pourcentage représente le logiciel CROSSWAY, il a été vu lors des entretiens et ses fonctionnalités aussi. **Ainsi, tous les logiciels de prescriptions d'établissements de santé MCO permettent d'établir une prescription en DCI mais nous verrons par la suite que cela dépend de différents facteurs qui rendent difficile sa réalisation.**

- Estimation du pourcentage de prescriptions de sortie d'hospitalisation en DCI dans les établissements de santé MCO :

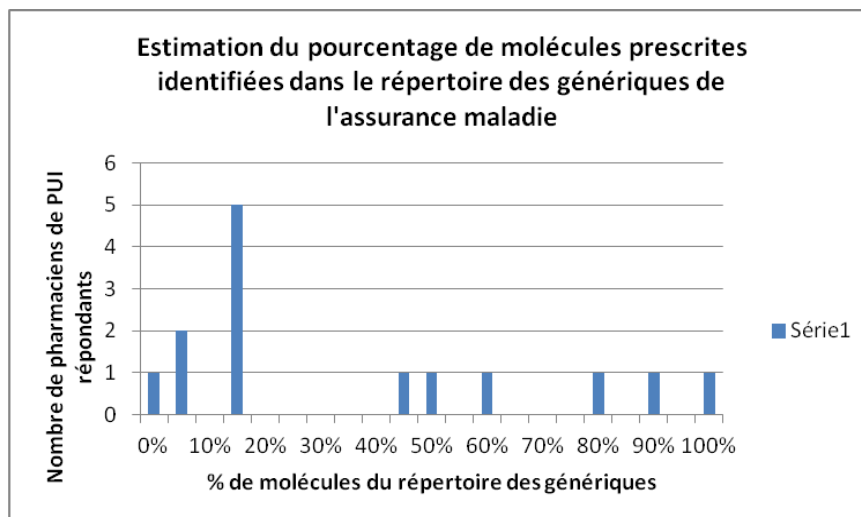
Tout d'abord huit établissements n'ont pas renseigné cette estimation.



La majorité des réponses se situent en dessous de 25%, ce qui est cohérent avec les estimations de pourcentages des pharmaciens d'officines. Les huit établissements n'ayant pas renseigné cette question s'explique par le fait que c'est une information qui nécessiterait une vue d'ensemble des prescriptions de sortie en ES, ce qui est compliqué actuellement pour un pharmacien de PUI. **On peut tirer les conclusions que la prescription de sortie en DCI existe mais que c'est une pratique minoritaire.**

- Estimation du pourcentage de molécules prescrites identifiées dans le répertoire des génériques de l'assurance maladie en établissement de santé MCO :

Tout d'abord quinze établissements n'ont pas renseigné cette estimation.

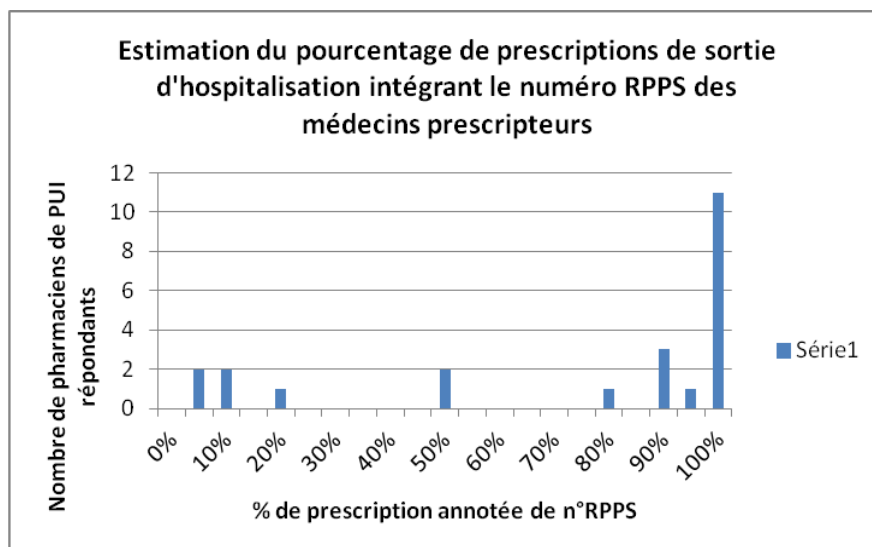


On observe avec le nombre de non répondants que cette problématique est compliquée à estimer pour un établissement de santé. **Un pic est observé à 15%** ce qui est cohérent car un établissement prescrit actuellement peu en DCI mais plus en nom de spécialité. Deuxièmement, un bon nombre de spécialités onéreuses prescrites en établissement MCO ne sont pas génériquées et ainsi pas encore au répertoire. Enfin, le médecin peut prescrire en DCI mais cette molécule peut être hors répertoire. **Tout ces facteurs font qu'en établissements de santé le nombre de molécules prescrites comprises dans le répertoire des génériques est faible.**



- Estimation du pourcentage de prescriptions de sortie d'hospitalisation intégrant le numéro RPPS des médecins prescripteurs des établissements MCO :

Tout d'abord six établissements n'ont pas renseigné cette estimation.



On constate un pic de réponses à 100% ce qui montre que **la politique du RPPS commence à être largement appliquée**. Cependant certains établissements de santé MCO ne l'appliquent peu ou qu'en partie. **Un rappel doit cependant être fait sur la circulaire qui oblige l'apparition du n°RPPS pour solliciter les derniers établissements non conformes.**

- Les commentaires sur une absence éventuelle du n°RPPS sur les prescriptions de sortie :
  - Présence de médecins attachés dont le diplôme n'est pas encore reconnu en Europe.
  - Utilisation par les médecins de vieux format d'ordonnance ou de vieux tampons.
  - **Les prescriptions de sages femmes et de dentistes n'ont pas de n°RPPS.**
  - Une méconnaissance de la réglementation des médecins.
  - **Le logiciel de prescription est mal paramétré.**
  - **Les prescriptions de sortie sont réalisées par les internes en médecine.**

Remarque : Les praticiens ne savent pas tous que le n°ADELI est obsolète.

- Éléments importants mis en évidence par les pharmaciens de PUI dans l'espace « commentaires libres » :
  - Certains logiciels de prescriptions ont des problèmes de maintenance et attendent d'être actualisés.
  - **La prescription en DCI est possible si la prescription de sortie est établie à partir du livret pharmaceutique (paramétrage spécifique). Pour une prescription de sortie le médecin peut prescrire hors livret.**
  - La prescription de sortie est saisie sur word en même temps que le courrier de sortie. **Le module d'extraction des prescriptions du logiciel DOPASOINS n'est pas disponible pour la prescription de sortie.**
  - **Les praticiens prescrivent en priorité des médicaments référencés sur le livret thérapeutique.**
  - **En clinique, les prescriptions de sortie sont effectuées au niveau des cabinets médicaux** ; elles sont informatisées à 70% (word (25%) ou un logiciel spécialisé (75%)) ou manuscrites à 30%.
  - **Les logiciels MEDIBOARD et CROSSWAY permettent d'éditer des ordonnances de sortie.** Le n°RPPS peut y être enregistré et il apparaît ainsi sur les ordonnances de sortie.

#### 3.4.6 Les limites de l'enquête

L'enquête par questionnaire se base sur du déclaratif ce qui laisse une marge de réponse pour les enquêtés. La méthode du questionnaire pour récupérer de l'information est très utilisée par l'ARS. Il est notamment demandé des estimations de pourcentage ce qui n'est en soi pas très précis mais permet de mettre en évidence les tendances, selon les professionnels de santé.

### **3.5 Faisabilité de la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI et de la collecte du n°RPPS des médecins hospitaliers par l'AM**

#### **3.5.1 Rencontre programmée avec des personnes externes à l'ARS**

La DRSM de part ses données AM a pu tracer les ES de santé et les officines en prenant comme critère le n°RPPS. Il faut rappeler que pour que l'AM reçoive le n°RPPS il faut d'une part que le n°RPPS soit annoté sur la prescription de sortie d'hospitalisation et que d'autre part l'officine l'enregistre dans son logiciel pour qu'il soit télétransmis. La DRSM s'est rendu compte que les numéros RPPS des prescripteurs hospitaliers d'un établissement de santé qui lui étaient télétransmis, sont de l'ordre de 1% donc non significatif.

La sélection des établissements à aller voir sur place a été réalisée avec le concours d'un médecin de l'assurance maladie du pôle GDR. Les établissements choisis sont les six plus « gros prescripteurs » en millions d'euros de la région Midi-Pyrénées. Ils sont classés du prescripteur le plus important au prescripteur le plus faible :

- Le CHU de Toulouse
- Le CH de Tarbes
- Le CH de Rodez
- Le CH de Montauban
- Le CH de Castres-Mazamet
- Le CH du Val d'Ariège (Foix)

Dans ces établissements, il a été décidé de contacter le pharmacien de la PUI pour qu'il nous aide à rencontrer un médecin hospitalier motivé pour réaliser un entretien et des observations (grille d'entretien en annexe). Le CHU de Toulouse ne fera finalement pas parti de l'enquête au vu de tous les pôles qu'il rassemble, cela étant considéré comme complexe pour les politiques étudiées.

La DRSM a permis de sélectionner par le % de transmission du n°RPPS de deux officines :

- Une pharmacie qui télétransmet à 86,5% le n°RPPS
- Une pharmacie qui a un taux de télétransmission du n°RPPS proche de 0%

Ici, un entretien sera réalisé avec le pharmacien titulaire sur la prescription en DCI, le n°RPPS et il y aura une observation des pratiques (grille d'entretien en annexe). En globalité, 82% des pharmacies de Midi-Pyrénées ont un taux de décompte avec RPPS renseigné inférieur à 1%. En contre partie 7% des pharmacies ont un taux de décompte avec RPPS renseigné supérieur à 10% selon les données interne à l'AM.

Au cours de deux inspections de deux pharmacies d'officine, un entretien a été réalisé sur la prescription en DCI et le n°RPPS avec le pharmacien d'officine. Ces deux entretiens supplémentaires complèteront les deux entretiens prévus initialement.

Les résumés de tous les entretiens seront mis en annexe.

### **3.5.2 Analyse des entretiens réalisés avec les pharmaciens de PUI**

Il est ressorti plusieurs éléments des entretiens réalisés avec les pharmaciens de PUI :

- Tous les services des CH ne sont pas encore informatisés en totalité.
- En interne, le médecin prescrit, le pharmacien dispense et l'infirmière administre.
- De part le logiciel de prescription, les pharmaciens de PUI peuvent éduquer les médecins prescripteurs sur des prescriptions efficaces.
- Le logiciel de prescription hospitalier permet de prescrire en DCI mais il faut le paramétrer pour cela dans la fiche du médicament. Un exemple : quand le pharmacien a le princeps et qu'il change de marché pour acquérir le générique, le logiciel de prescription est paramétré de la façon suivante : DCI (princeps). La correspondance permet aux infirmières de ne pas se tromper.
- Les médicaments chers en sus des GHS sont mis à jour tous les jours au niveau de leurs indications, leur paramétrage « couperait » leur actualisation.
- La réalisation d'une prescription informatique peut prendre 1h30 de plus par médecin s'il veut copier le même traitement que l'ordonnance d'entrée ajouté à celui de sortie.
- Le logiciel de prescription permet d'éditer des feuilles vierges pour rédiger la prescription de sortie de manière manuscrite ou d'éditer une prescription avec les médicaments d'hospitalisation importés de la prescription réalisée en interne.
- Les médicaments prescrits lors de la sortie peuvent faire partie du livret thérapeutique de l'hôpital ou être hors livret c'est selon le choix du médecin.
- La PUI contractualise avec le laboratoire de génériques ou de princeps, ce sera celui qui lui offre le meilleur prix.

- Lorsque le médecin prescrit, il tape le nom du médicament et le logiciel lui propose un médicament équivalent du livret thérapeutique de l'hôpital. Les CH ont alors un fort pouvoir marketing.
- Les logiciels de prescriptions sont mieux maîtrisés par les jeunes médecins.
- Il y a encore peu de prescription de sortie informatisée.
- La politique du n°RPPS est appliquée, de manière générale, en CH : les ordonnances sont pré-imprimées ou elles sont tamponnées avec le n°RPPS du médecin ou une étiquette est collée avec le n°RPPS du médecin ou l'ordonnance de sortie est tirée du logiciel de prescription avec le n°RPPS qui apparaît.
- La certification des LAP ne résoudra pas les problèmes de prescription en DCI ou du n°RPPS car elle n'est pas assez précise.

### **3.5.3 Analyse des entretiens réalisés avec les pharmaciens d'officines**

Il est ressorti plusieurs éléments des entretiens réalisés avec les pharmaciens d'officine :

- Les pharmaciens peuvent enregistrer le n°RPPS avec leur logiciel de dispensation. Mais ils ne l'enregistrent pas le plus souvent.
- Sur les prescriptions de sortie d'hospitalisation l'apparition du n°RPPS est très peu fréquente. Il a été rapporté que même le n°FINESS n'était parfois pas présent. Le pharmacien est alors obligé d'aller le chercher sur internet.
- La prescription de sortie d'hospitalisation en DCI reste marginale.
- Il a été constaté une confusion entre les différents numéros (RPPS, FINESS, AM, ADELI) chez les pharmaciens.
- Sur les ordonnances ALD, il n'y a apparition que du n°AM ou du n°FINESS.
- Les généralistes qui sont passés à l'informatique prescrivent en DCI. D'autres ont recouru souvent au « non substituable ».
- Le n°RPPS sur les prescriptions de médecins généralistes est très souvent présent.

Remarque : il a été constaté que pour prescrire en DCI les pharmaciens disaient que c'était très générationnel chez les médecins. Les jeunes maîtrisent mieux l'informatique.

*Cette production de connaissance est centrée sur les liens ville – hôpital, il paraît alors pertinent de traiter de l'outil informatique qu'est le dossier pharmaceutique avant de passer aux propositions et perspectives.*

## **4 Information du patient sur le dossier pharmaceutique Ville – Hôpital - Ville pour le rendre acteur de la sécurité de ses traitements médicamenteux**

### **4.1 Données de cadrage sur le dossier pharmaceutique hôpital**

#### **4.1.1 Données générales sur le DP**

**L'ordre des pharmaciens** a créé le dossier pharmaceutique pour permettre aux pharmaciens d'avoir la connaissance des traitements en cours (médicaments délivrés sur ou sans ordonnance depuis 4 mois) lors de la délivrance de médicaments. Le DP est utilisé, pour rappel, pour détecter des interactions médicamenteuses, des changements de dosage, de la iatrogénie, ou voir tout simplement le(s) traitement(s) médicamenteux du patient.

L'alimentation et la consultation du dossier pharmaceutique d'une personne ne peuvent être effectuées qu'après **son consentement**.

L'accès au dossier pharmaceutique est **sécurisé par la carte Vitale du patient et la CPS du pharmacien**.

Le déploiement a commencé par les officines de ville et est actuellement en cours dans les PUI des établissements de santé (Ordre national des pharmaciens, 2014).

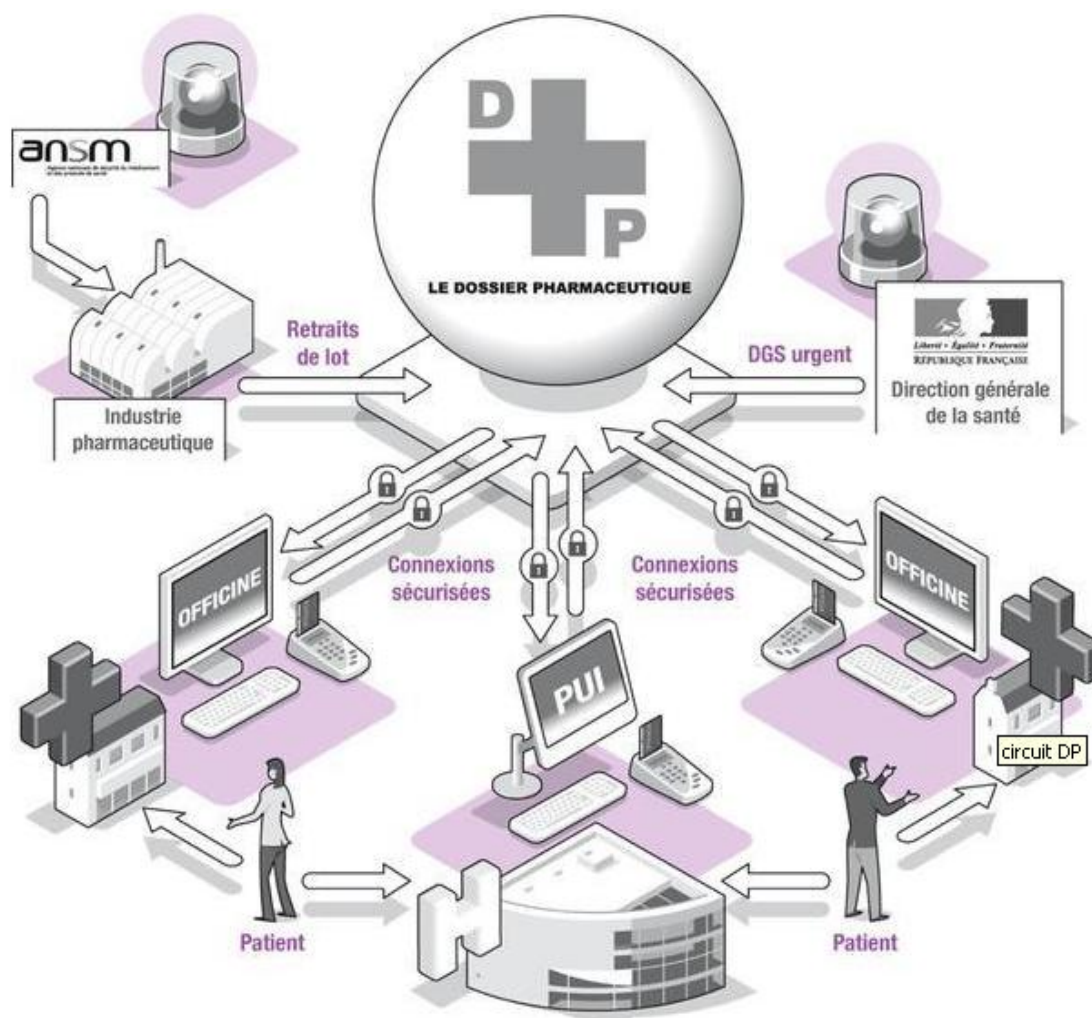


Figure n°11 : Illustration des liens que réalise le DP entre acteurs de santé publique.

Les médecins ont souhaité avoir accès au dossier pharmaceutique. Afin d'évaluer la pertinence de cet accès, la loi autorise une expérimentation de la consultation du dossier pharmaceutique par les médecins dans les établissements de santé. Cette consultation expérimentale est limitée **aux médecins anesthésistes-réanimateurs, aux médecins exerçant dans un service d'urgences, aux médecins exerçant dans les structures de médecine gériatrique.**

Les conditions de sélection sont exprimées dans un cahier des charges annexé au « décret n° 2013-31 du 9 janvier 2013 fixant les conditions de l'expérimentation relative à la consultation du dossier pharmaceutique par les médecins exerçant dans certains établissements de santé ».

Actuellement, seules 78 pharmacies à usage intérieur (PUI) sont équipées du DP soit 3% des PUI françaises (Mignot S, 2014).

Selon un sondage réalisé par le Ciss, **le dossier pharmaceutique est méconnu du grand public** (APM international, 2011). Le Ciss a fait réaliser un sondage auprès d'un échantillon de 1003 personnes représentatif de la population française de 18 ans et plus. **Seulement 18%** des 1003 personnes interrogées **ont déclaré avoir déjà entendu parler du DP**, même de nom. La notoriété du DP est légèrement supérieure chez les personnes de plus de 50 ans (27%).

#### 4.1.2 Données de fonctionnement sur le DP

Pour consulter le DP d'un patient il faut : la carte de professionnel de santé (CPS) qui est obligatoire pour accéder aux données de santé et la carte vitale du patient. La carte CPS permet de conserver la confidentialité des données d'e-santé. Il y a dessus : l'identité du professionnel, la profession, la spécialité, le cabinet ou l'établissement ainsi que le numéro RPPS du professionnel (Orliac P, 2013). La lecture concomitante de la carte vitale du patient et de la carte du professionnel de santé nécessite un lecteur bifente.



Figure n°12 : Illustration d'une carte de professionnel de santé et d'une carte vitale.



## 4.2 Etat des lieux des expérimentations du dossier pharmaceutique en Midi-Pyrénées

### 4.2.1 Répartition géographique des PUI équipées du DP hôpital

En Midi-Pyrénées se déroule 11 expérimentations sur le DP hôpital. Des données internes à l'ARS ont permis de savoir quels établissements participaient à l'expérimentation. Les établissements de santé ayant répondu à l'appel à candidature sur le DP hôpital sont :

- Le CH de Montauban dans le Tarn et Garonne (82)
- Le CH de Castre Mazamet dans le Tarn (81)
- Le CH de Lourdes, les hôpitaux de Lannemezan et le CH de Bagnières de Bigorre dans les Hautes-Pyrénées (65)
- Le CH de Saint Céré dans le Lot (46)
- Le CHU de Toulouse et la clinique Medipôle en Haute-Garonne (31)
- Le CSSR la clause de Saint-Jean Delnous en Aveyron (12)
- Le CH du pays d'Olmes à Lavelanet, le CH de Foix en Ariège (09)

On peut observer qu'il y a 9 établissements publics et deux établissements privés qui expérimentent le dossier pharmaceutique. La répartition de ces établissements expérimentateurs est illustrée par la carte ci-dessous.

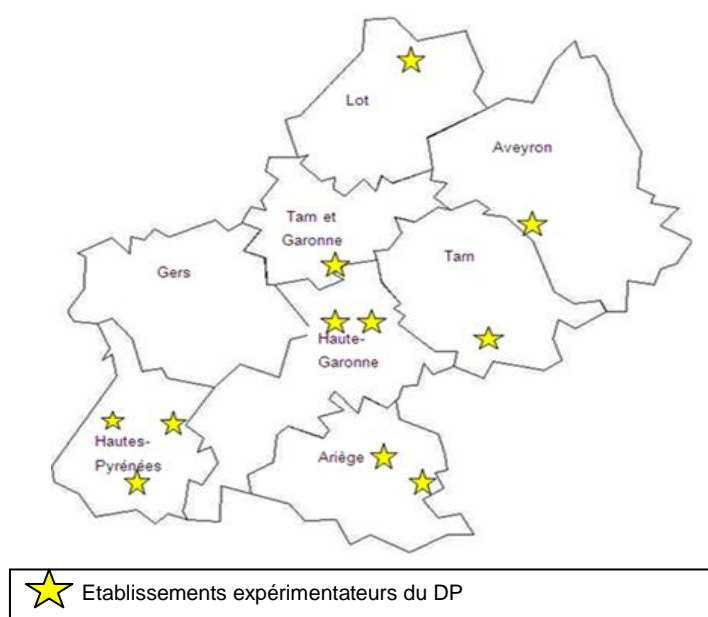


Figure n°13 : Répartition des PUI expérimentant le DP en Midi-Pyrénées.

#### **4.2.2 Observation des expérimentations du DP hôpital de quatre PUI**

Il est ressorti plusieurs éléments des entretiens réalisés avec les pharmaciens de PUI :

- Il coûte cher (acquisition de lecteurs bi-fente, personnel, informatique, logiciel, interopérabilité entre logiciel...). Le coût s'élève à 3000 euros/an pour un grand CH, 2000 euros/an pour un petit CH et 900 euros/an pour une petite clinique ou un EHPAD (CNOP, 2012).
- Ne permet pas de consulter la posologie.
- Il nécessite du temps d'ETP de préparateur et de pharmacien.
- Le temps de connexion pour y accéder est long.
- Il est impossible pour le moment de l'alimenter lors de rétrocession à l'hôpital.
- Il est en cours d'installation dans les services d'intérêt : urgence, anesthésie, gériatrie.
- Certains pharmaciens veulent profiter des subventions allouées dans le cadre **d'Hôpital Numérique** pour financer le DP.

#### **4.3 Outils, de management, produits pour mettre en place une politique d'information du patient sur le DP en établissement de santé.**

##### **4.3.1 Le processus de l'hospitalisation à la sortie en Ville.**

Comme réalisé pour la prescription en DCI, formalisons le processus de prise en charge d'un patient hospitalisé jusqu'à sa sortie en ambulatoire. Ici le patient se voit prescrire une prescription de sortie d'hospitalisation où le DP hôpital n'existe pas. Le processus se modélise comme suit :

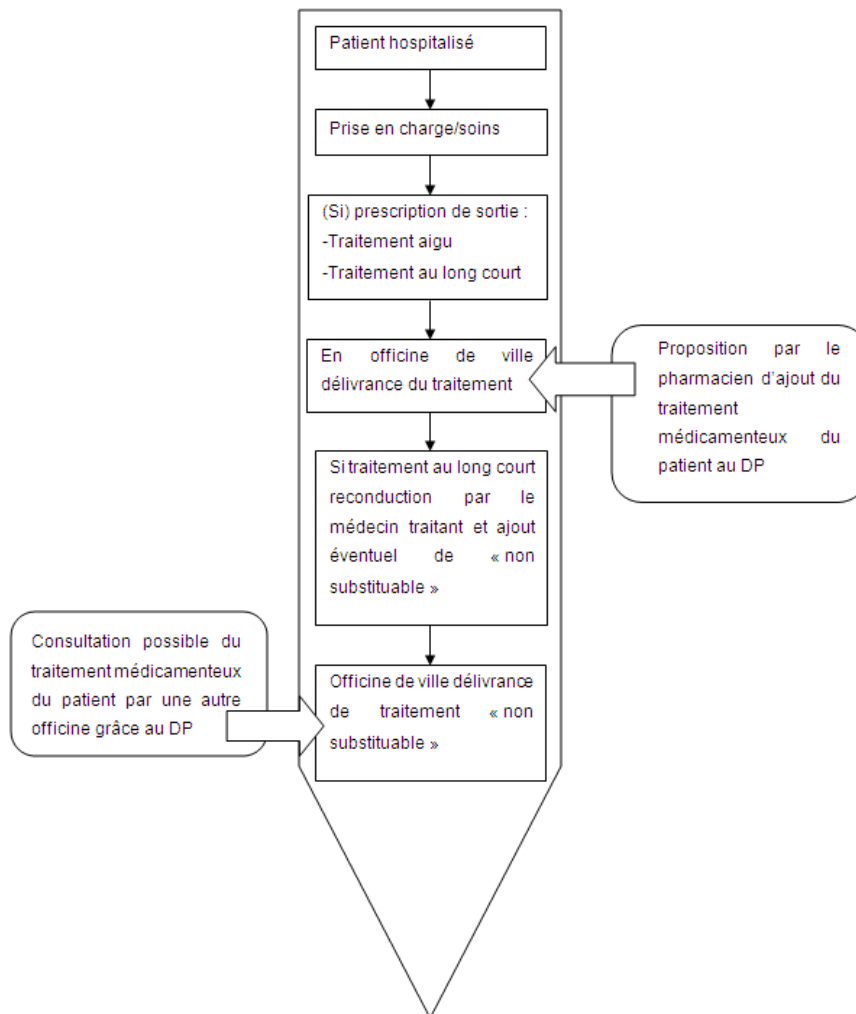


Figure n°14 : processus ville-hôpital non impacté par l'information sur le DP ville-hôpital-ville.

Maintenant, depuis l'extension du DP à l'hôpital les pharmaciens de PUI peuvent consulter celui-ci. Cet outil informatique permet donc de faire le **lien ville-hôpital**. On a pu voir en plus que même certains médecins (exerçant dans un service d'urgence, de gériatrie ou de réanimation) munis de leur carte CPS pourront le consulter. La consultation du DP du patient est souvent demandée lorsque le patient ne se souvient plus de son traitement, que le médecin veut éviter des interactions médicamenteuses si le patient a déjà un traitement... On constate que cet outil du SIH permet d'augmenter la sécurité thérapeutique des patients. Pour le moment le déploiement du DP hôpital est à l'état d'expérimentation mais dès maintenant il est intéressant de faire une action d'information des patients sur l'utilité du DP hôpital et du DP en général. Cette action d'information permettrait de **rendre acteur le patient de sa propre sécurité**

**thérapeutique.** L'action d'information du patient hospitalisé sur le DP s'effectuerait comme ci-dessous :

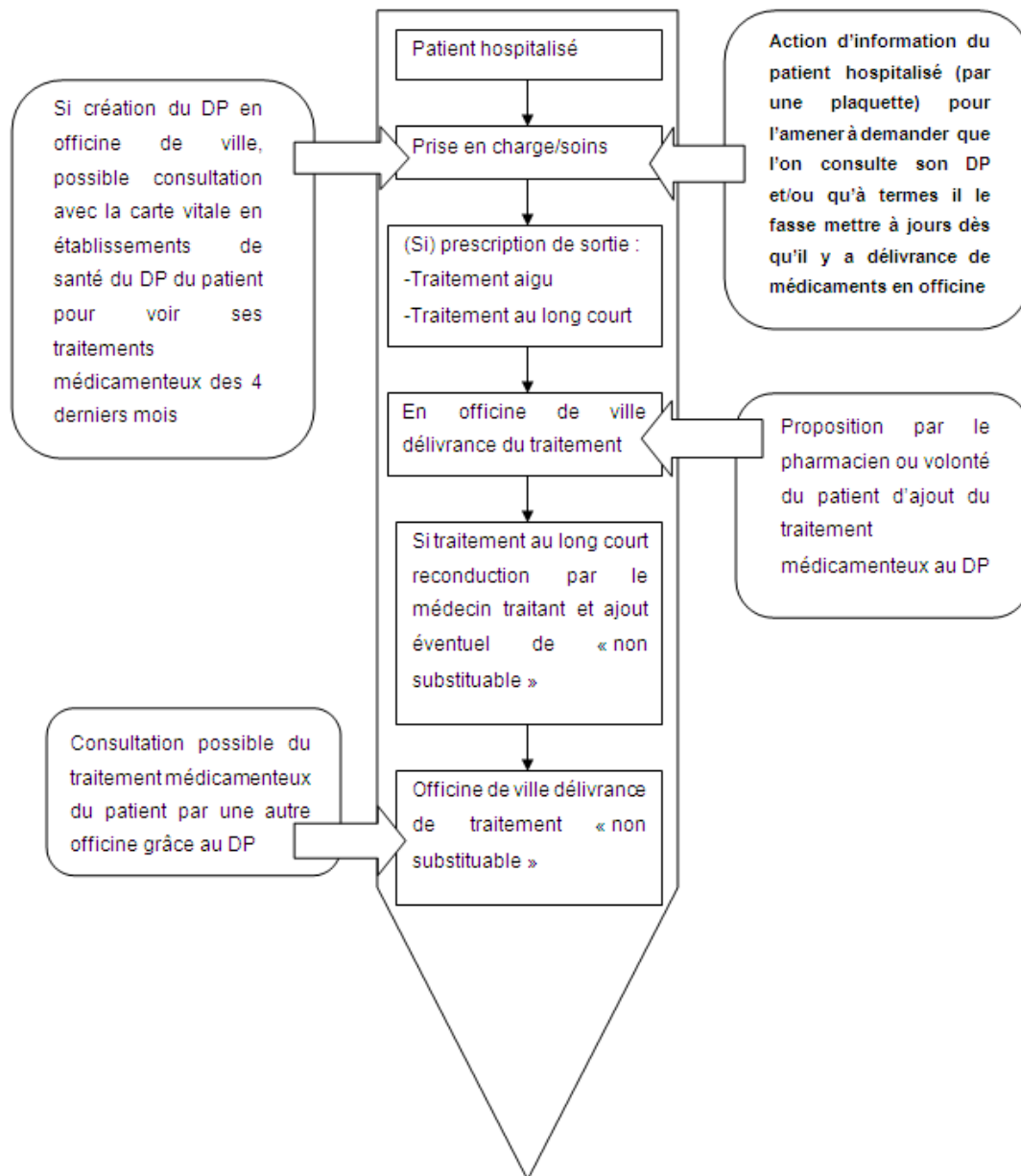


Figure n°15 : processus ville-hôpital impacté par l'information sur le DP ville-hôpital-ville.

#### 4.3.2 Conception d'un tableau de bord pour piloter la mise en place de l'action d'information sur le DP en établissement de santé

Pour permettre de mettre en place la politique d'information sur le DP pharmaceutique il faut pouvoir lancer une dynamique et que celle-ci perdure dans le temps. Il faut alors constituer un tableau de bord équilibré (indicateurs financier, de processus, de satisfaction, de résultat) qui permettra le pilotage de l'action souhaitée au sein de l'établissement. Ce tableau de bord sera renseigné par l'établissement pour s'assurer du bon déroulement de ces actions d'informations et pour qu'elles puissent durer dans le temps. Le pharmacien de PUI pourrait être le pilote de cette action d'information.

Tableau de bord	
<p><u>Indicateur n°1</u> : « <b>patients hospitalisés ayant eu son DP consulté</b> »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Objectif général servi</i> : améliorer la sécurité thérapeutique du patient</li> <li>- <i>Objectif spécifique</i> : avoir une connaissance prouvée du traitement médicamenteux du patient (4 derniers mois)</li> <li>- <i>Type d'indicateur</i> : indicateur de résultat</li> <li>- <i>Texte de référence</i> : aucun car innovation</li> <li>- <i>Critère retenu</i> : surveillance de l'utilisation du DP</li> <li>- <i>Population</i> : patients hospitalisés</li> <li>- <i>Statistique</i> : % de patients hospitalisés ayant eu son DP consulté</li> <li>- <i>Période de recueil et fréquence</i> : tous les 3 mois durant 1 an (durée choisie de manière arbitraire)</li> <li>- <i>Niveau de performance attendu</i> : 50% de patients hospitalisés ayant eu son DP consulté</li> </ul>	<p><u>Indicateur n°2</u> : « <b>patients hospitalisés s'étant vu remettre la plaquette d'information sur le DP</b> »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Objectif général servi</i> : améliorer la sécurité thérapeutique du patient</li> <li>- <i>Objectif spécifique</i> : avoir une connaissance prouvée du traitement médicamenteux du patient (4 derniers mois)</li> <li>- <i>Type d'indicateur</i> : indicateur de processus</li> <li>- <i>Texte de référence</i> : aucun car innovation</li> <li>- <i>Critère retenu</i> : surveillance de la distribution de plaquette d'information sur le DP</li> <li>- <i>Population</i> : patients hospitalisés</li> <li>- <i>Statistique</i> : % de patients hospitalisés s'étant vu remettre la plaquette d'information sur le DP</li> <li>- <i>Période de recueil et fréquence</i> : tous les 2 mois durant 1 an (durée choisie de manière arbitraire)</li> <li>- <i>Niveau de performance attendu</i> : 50% de patients hospitalisés ayant été informés</li> </ul>

<p><b>Indicateur n°3 : « pharmaciens pilotes, de cette action d'information aux patients, satisfaits »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Objectif général servi</i> : améliorer la sécurité thérapeutique du patient</li> <li>- <i>Objectif spécifique</i> : avoir une connaissance prouvée du traitement médicamenteux du patient (4 derniers mois)</li> <li>- <i>Type d'indicateur</i> : indicateur de ressource humaine</li> <li>- <i>Texte de référence</i> : aucun car innovation</li> <li>- <i>Critère retenu</i> : surveillance de la satisfaction des pharmaciens informateurs</li> <li>- <i>Population</i> : les pharmaciens de PUI</li> <li>- <i>Statistique</i> : % de pharmacien de la PUI satisfait de cette action d'information</li> <li>- <i>Période de recueil et fréquence</i> : tous les 4 mois durant 1 an</li> <li>- <i>Niveau de performance attendu</i> : 90 % de pharmaciens de la PUI satisfaits de cette action d'information</li> </ul>	<p><b>Indicateur n°4 : « coût total des plaquettes d'information »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Objectif général servi</i> : améliorer la sécurité thérapeutique du patient</li> <li>- <i>Objectif spécifique</i> : avoir une connaissance prouvée du traitement médicamenteux du patient (4 derniers mois)</li> <li>- <i>Type d'indicateur</i> : indicateur financier</li> <li>- <i>Texte de référence</i> : aucun car innovation</li> <li>- <i>Critère retenu</i> : surveillance des coûts de production des plaquettes</li> <li>- <i>Population</i> : les pharmaciens de PUI</li> <li>- <i>Statistique</i> : coût d'une plaquette*le nombre commandé de plaquette</li> <li>- <i>Période de recueil et fréquence</i> : tous les 4 mois durant 1 an</li> <li>- <i>Niveau de performance attendu</i> : selon possibilité financière de l'établissement (ex : 2000 euros sur 1 an)</li> </ul>

Figure n°16 : tableau de bord pour piloter l'action d'information sur le DP ville-hôpital-ville à l'intérieur d'un établissement de santé.

#### 4.3.3 Plaquette d'information sur le DP Ville - Hôpital - Ville à destination du patient hospitalisé

La plaquette d'information doit être la plus claire, simple et captivante possible. Elle doit contenir les informations essentielles sur le DP permettant au patient de connaître au mieux cet outil. Le but de cette action d'information est d'amener d'une part le patient à vouloir créer son DP puis à savoir qu'il peut le consulter, s'il y a eu création, grâce à sa carte vitale dans des moments où ça lui semble nécessaire. Il sera ainsi acteur de sa sécurité thérapeutique. Cette plaquette permettra au grand public de mieux connaître le DP outil peu connu d'après le Ciss.

##### Le patient hospitalisé



*Cette plaquette vous est remise, lors de votre hospitalisation, pour vous informer sur le DP et pour que vous pensiez à faire mobiliser cet outil autant que nécessaire.*



##### AGENCE REGIONALE DE SANTE MIDI- PYRENEES

10 rue du Raisin  
31000  
Toulouse

Téléphone : 05 34 30 24 00

Site internet :  
[www.ars.midipyrenees.sante.fr](http://www.ars.midipyrenees.sante.fr)



##### Le Dossier Pharmaceutique un lien de continuité Ville - Hôpital - Ville

*Le DP recense, pour chaque bénéficiaire de l'Assurance maladie qui le souhaite, tous les médicaments dispensés ou conseillés par le pharmacien au cours des quatre derniers mois*



**Votre sécurité  
thérapeutique est  
notre priorité**

## Utilité du DP ville - hôpital - ville et droit des patients



*A l'hôpital lors d'une hospitalisation il arrive de ne plus se souvenir de ses traitements ou de leurs dosages*

### Utilité du DP

Cet outil permet d'éviter le risque d'interaction entre médicaments, le risque de traitement redondant. Il agit contre la « iatrogénie médicamenteuse ». C'est-à-dire qu'il permet de déceler certains effets indésirables imputés aux médicaments.

Pour l'ouverture du DP **il faut la carte vitale**. Cette ouverture est gratuite. On peut ouvrir son DP dans n'importe quelle pharmacie de ville équipée en le demandant au pharmacien ou au préparateur.

### Le patient acteur de sa santé

Le DP hôpital vous permet « de communiquer » votre traitement au soignant pour avoir une connaissance exacte des médicaments pris les quatre derniers mois.



*Le DP hôpital permet la communication patient-soignant*

### Le patient et ses droits

Vous pouvez :

- Demander que certains médicaments ne soient pas inscrits dans votre DP.
- Refuser son accès à un pharmacien, simplement, en le lui disant.
- Demander une copie de votre DP dans n'importe quelle pharmacie : cela peut être utile pour informer un nouveau médecin de vos traitements en cours.
- Fermer à tout moment votre DP.

*Seuls les pharmaciens et leurs préparateurs peuvent consulter votre DP. Ces pharmaciens sont ceux qui exercent dans **une pharmacie de ville ou dans une pharmacie à usage intérieur** en établissement de santé.*

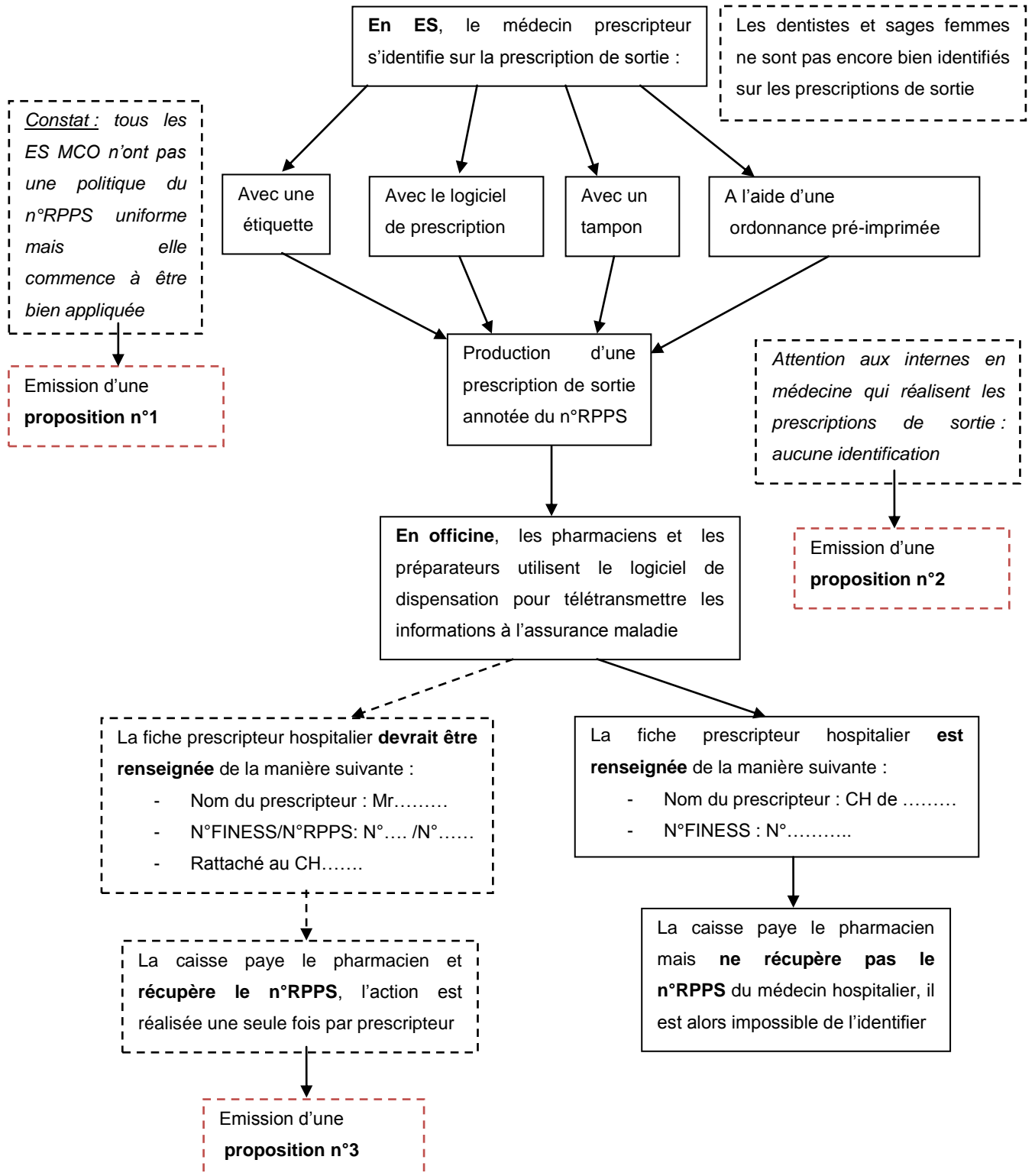
Figure n° 17 : plaquette d'information sur le DP ville – hôpital – ville.



# Propositions et perspectives

## 1. Propositions

### a) Sur la politique du n°RPPS

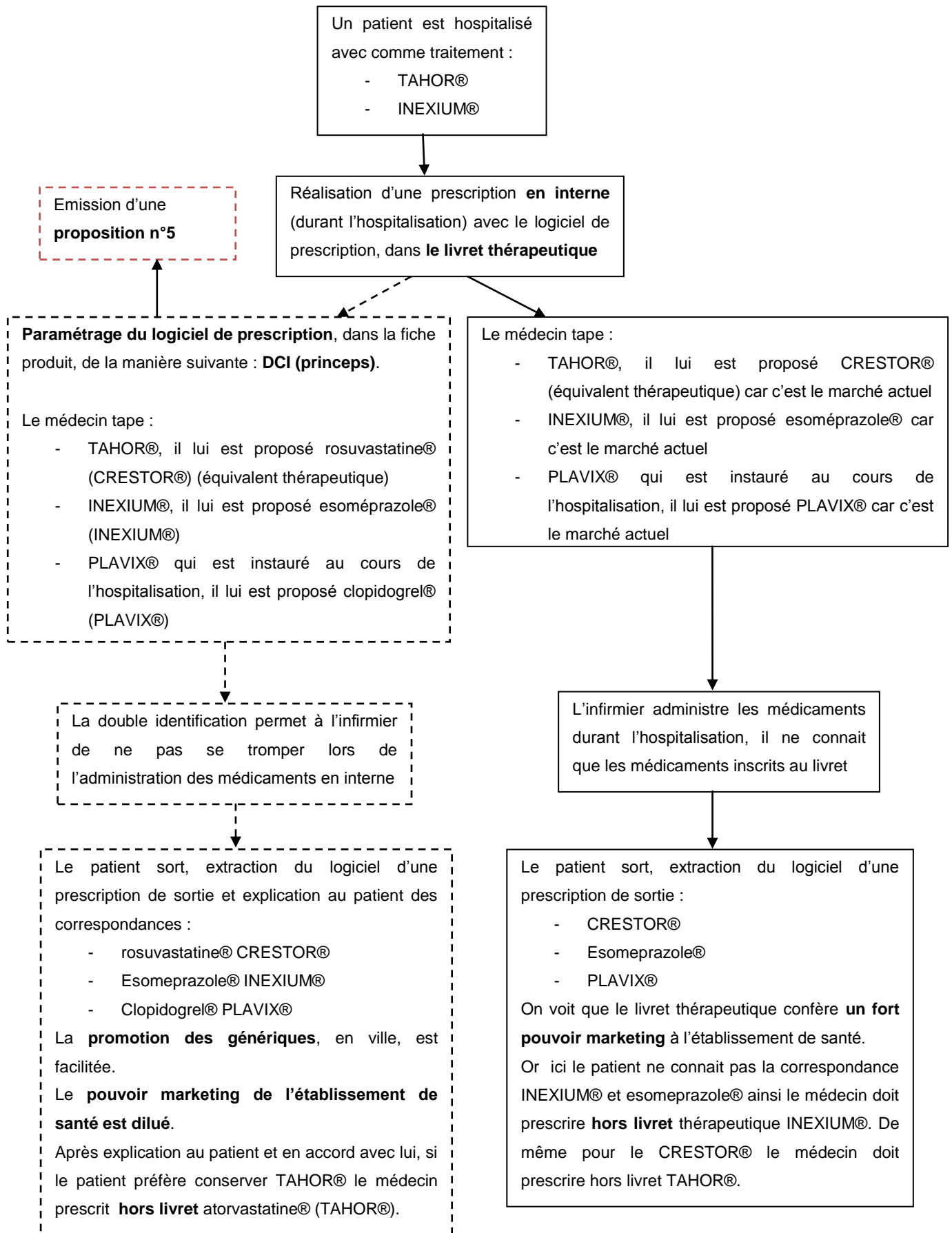


- **Proposition n°1** : La circulaire DHOS/ES/2008/234 rend obligatoire et opposable aux ES la présence du n°RPPS sur les prescriptions de sortie. **L'ARS** doit de par **son pôle gestion du risque** le rappeler par l'intermédiaire des **CAQOS** qu'elle signe avec certains établissements de santé. L'objectif de ce contrat est double : maîtriser l'évolution des dépenses et améliorer les pratiques.
- **Proposition n°2** : Lors de la réalisation d'une prescription de sortie, un interne en médecine devrait pouvoir s'identifier. Ce serait à **l'ordre des médecins de permettre** cette action, car pour mémoire l'identification du prescripteur sur les prescriptions de sortie est une **obligation réglementaire**.
- **Proposition n°3** : Lors d'un prochain **conventionnement** avec les syndicats de pharmaciens d'officine **l'Assurance Maladie** doit **inciter** les pharmaciens à instaurer une politique de création des praticiens hospitaliers dans leur logiciel et de part ce fait y enregistrer le n°RPPS. Elle pourra alors avoir un regard sur les prescripteurs hospitaliers.

#### b) Sur la politique de la prescription en DCI

Quelques **pré-requis** doivent être établis avant de décrire celle-ci schématiquement :

- Il faut que l'établissement de santé soit informatisé et qu'il possède un logiciel de prescription.
- Il est jugé trop fastidieux pour les médecins de réaliser une prescription de sortie en DCI de manière manuscrite.
- Tous les logiciels de prescriptions ne permettent pas encore de réaliser des prescriptions de sortie ———>Emission d'une **proposition n°4**.
- Il y a une diversité de logiciel de prescription entre établissements de santé importante.
- Actuellement, la prescription hospitalière en DCI est réalisée mais de manière minime.
- En clinique, la prescription de sortie est réalisée avec un logiciel de prescription ambulatoire et non le logiciel de prescription interne.
- Les jeunes médecins hospitaliers s'approprient de plus en plus le logiciel de prescription.



- **Proposition n°4 :** Tous les logiciels doivent pouvoir permettre au prescripteur d'extraire les médicaments prescrits en interne pour un patient et d'éditer une prescription de sortie. La **HAS** doit dans son **référentiel de certification** sur les LAP, opposable aux éditeurs de logiciel, le faire stipuler. A fortiori, **l'établissement de santé** peut en faire la demande à **l'éditeur du logiciel de prescription** pour la prochaine mise à jour annuelle.
  
- **Proposition n°5 :** Le paramétrage des médicaments du livret thérapeutique de la façon suivante **DCI (princeps)** permet la promotion des médicaments génériques en ville. De cette façon l'infirmière ne se trompe pas lors de l'administration en interne de médicaments. Attention, les médicaments chers en sus GHS ne doivent pas être paramétrés car leurs données sont actualisées tous les jours. **L'ARS** de par son **pôle gestion du risque** peut, par l'intermédiaire des **CAQOS**, inciter les établissements à paramétrer les médicaments de son livret thérapeutique.
  
- **Proposition n°5 bis :** **L'ARS** de par son **pôle gestion du risque** peut, par l'intermédiaire des **CAQOS**, inciter les **établissements de santé** à **contractualiser** avec les **laboratoires génériqueurs** pour les médicaments princeps substituables de leur livret thérapeutique.

#### c) Le dossier pharmaceutique hôpital

Il a été jugé pertinent d'établir une proposition sur le dossier pharmaceutique hôpital. En attente d'une opérabilité constatée, dans les services d'intérêt (gériatrie, anesthésie, urgence), on peut émettre la proposition suivante :

- **Proposition n°6 :** une action d'information du patient hospitalisé dans les services d'intérêt (gériatrie, anesthésie, urgence) peut être effectuée, par l'intermédiaire de la plaquette conçue dans cette production de connaissance, pour le rendre acteur de sa sécurité thérapeutique. Le **pilote** de cette action sera un **pharmacien de la PUI**. **L'OMEDIT** dont une des fonctions est d'être une **structure d'accompagnement** peut inciter les pharmaciens de PUI à la mettre en œuvre.

## 2. Perspectives

- Sur le **pharmacien clinicien** : Le pharmacien clinicien a comme attribution entre autre de valider, avec le médecin hospitalier, les ordonnances de sortie. Cette fonction apparait utopique pour bon nombre de pharmaciens hospitaliers. Cependant, des **pharmaciens précurseurs** ont trouvé des **alternatives**. Les services d'intérêts (gériatrie, infectiologie, oncologie...) se voient attribuer un **préparateur référent**. Le service contacte le préparateur référent si deux conditions sont réunies :

a) **Instauration d'un nouveau traitement**

b) **Patient jugé non observant**

Alors le préparateur et son pharmacien référent déclenchent un **entretien thérapeutique** avant la sortie du patient. Le pharmacien transmet par **MEDIMAIL (messagerie sécurisée)** des informations sur l'entretien effectué au médecin traitant et à l'officine fréquentée par le patient.

- Sur le **dossier pharmaceutique hôpital** : Le DP est, pour le moment, en cours d'installation dans les services d'intérêt (urgence, anesthésie, gériatrie). Ce DP est pour le moment **jugé incomplet** car non alimentable en rétrocession, il faut du temps pour y accéder, il nécessite un % d'ETP et il coute cher. Certains pharmaciens veulent utiliser **Hôpital Numérique** (voir entretien avec chargé de mission en SI en annexe) pour financer en partie leur DP.
- Sur le **travail administratif du pharmacien de PUI** : Le pharmacien de PUI constate de plus en plus qu'il s'éloigne de son cœur de métier. Il ne se retrouve plus dans le métier qu'il exerce, il a l'impression de réaliser une **fonction hybride**. Le **travail administratif prend de l'ampleur au détriment du service public destiné au patient** : ici la sécurisation du circuit du médicament. Ils citent comme exemples de travail administratif : les enquêtes SOLEN, les CAQOS, le CBUM, les données à fournir à l'ATIH.

Entre pharmacien clinicien, pharmacien logisticien, pharmacien dispensateur et pharmacien administratif, on peut se poser la question : **quelle est l'identité actuelle du pharmacien de PUI ?**

### 3. Conclusion

Après avoir établi les propositions et perspectives de cet état des lieux et de cette étude de faisabilité sur la prescription de sortie en DCI annotée du n°RPPS et sur l'action d'information du patient hospitalisé sur le DP, quels sont les leviers du Département Sécurité des Pratiques de l'ARS pour réellement **concrétiser** ces propositions?

Si l'on énumère les principaux leviers de l'ARS, on trouve :

- Des leviers financiers
- Des contrats
- L'accompagnement d'établissements de santé
- L'inspection/contrôle
- Des actions d'informations et de communications

Ainsi, pour que le système du n°RPPS fonctionne le pôle GDR du Département Sécurité des Pratiques doit **continuer à travailler en lien étroit avec** les agents de la DRSM et des CPAM pour que lors du prochain avenant à la convention pharmaceutique avec les syndicats de pharmaciens d'officine, la création de praticiens hospitaliers dans leur logiciel de dispensation et l'enregistrement de leurs n°RPPS soient respectés.

De même, le pôle GDR doit **informer** la DRSM que les établissements de santé font de plus en plus apparaître le couple n°RPPS/n°FINESS sur les prescriptions de sortie. Mais il reste des disparités ce qui implique que tous les acteurs partenaires continuent à le rappeler aux établissements.

La non identification des internes sur les prescriptions de sortie est un sujet sensible qui perdure et **ne relève pas** du Département Sécurité des Pratiques.

Comme vu précédemment, la prescription de sortie en DCI est très complexe. Tout d'abord il faut que l'établissement de santé possède un SI, ici un logiciel de prescription. Le Département Sécurité des Pratiques de part son CBUMPP incite à l'informatisation du circuit du médicament. Les logiciels hospitaliers sont très nombreux et n'ont pas tous les mêmes fonctionnalités. La HAS l'a bien compris et a établi un référentiel de certification opposable aux éditeurs de logiciel. Le Département Sécurité des Pratiques est en lien avec la HAS sur le thème de la certification des établissements. Elle pourrait ainsi **l'informer** qu'il serait important d'incorporer dans leur référentiel que tous les logiciels de

prescription puissent permettre d'extraire le traitement prescrit en interne au patient pour réaliser une prescription de sortie.

Le pôle GDR du Département Sécurité des Pratiques en concertation avec la DRSM doit préconiser de faire apparaître dans les **Contrats** d'Amélioration de la Qualité et de l'Organisation des Soins, le paramétrage des médicaments du livret thérapeutique de la manière suivante : DCI (princeps). Les médicaments hors GHS ne sont pas compris par ce paramétrage.

**A aucun moment ne sont évoqués les éditeurs de logiciel car l'ARS n'a aucun moyen d'action sur eux.**

Le DP en PUI est actuellement consultable mais non alimentable. La plupart des DP sont créés en officine de ville sans qu'il y est eu le consentement du patient au vu du nombre de DP créé et au vue de la faible connaissance de l'existence du DP par le grand public. Une action d'information du patient hospitalisé sur le DP est alors légitime. Le Département Sécurité des Pratiques travaille en lien avec l'OMEDIT comme **structure d'accompagnement** qui pourrait proposer à certains pharmaciens de PUI volontaires cette action d'information. Les établissements sélectionneraient les services d'intérêts, chiffreraient le coût pour en apprécier la faisabilité avant de lancer cette action. Un retour d'expérience serait transmis par les établissements expérimentateurs à l'ARS.

On observe que les moyens d'agir que peut mettre en place l'ARS sont des **actions intermédiaires** dans les problématiques ville-hôpital ciblées sur la prescription en DCI et le développement du DP à l'hôpital. En effet, elle **ne peut pas conduire le changement à elle seule.**

---

## Bibliographie

---

### **Articles et revues :**

APM international, « le dossier pharmaceutique méconnu du grand public, selon un sondage réalisé pour le Ciss », <www.apmnews.com>, novembre 2011

Bietry G, « génériques : Frédéric van Rookeghem envisage des sanctions financières en cas d'abus sur la mention « non substituable », <APM international>, 2014

Gervais J-B, « François Hollande vante le parcours de soins pour réduire la dépense publique », <Hospimédia>, janvier 2014

Gervais J-B, « 663 établissements de santé veulent expérimenter le dossier pharmaceutique », <Hospimédia>, décembre 2013

Hémery P, « le sénateur Yves Daudigny propose d'orienter la prescription de médicament générique dès l'hôpital », <Hospimédia>, octobre 2013

Mignot S, « le dossier pharmaceutique plaît aux hospitaliers mais progresse lentement », <hospimédia>, janvier 2014

Mutualité Française, « encore 1 milliard d'économie possible ? », <celtipharm.com>, octobre 2013

Tribault G, « les prescriptions hospitalières délivrées en ville progressent de 217 millions d'euros », <Hospimédia>, décembre 2012

Tribault G, « la certification des logiciels d'aide à la prescription est rendu obligatoire », <Hospimédia>, juillet 2012



### **Documentation Professionnelle :**

Bourgois D, « rapport d'activité 2013 du pôle sécurité des patients, politique des produits de santé et biologie médicale », <[www.ars.midipyrenees.sante.fr](http://www.ars.midipyrenees.sante.fr)>, janvier 2014

CNOP, « dossier pharmaceutique convention d'établissement », <[www.ordre.pharmacien.fr](http://www.ordre.pharmacien.fr)>, avril 2012

OMÉDIT centre, « la prescription en DCI », <[www.omedit-centre.fr](http://www.omedit-centre.fr)>, décembre 2007

Ordre national des pharmaciens, « Le dossier pharmaceutique », <[www.ordre.pharmacien.fr](http://www.ordre.pharmacien.fr)>, février 2014

### **Ressources et Rapport officiel :**

Inspection générale des affaires sociales (Cubaynes M, Noury D, Dahan M, Falip E), *le circuit du médicament à l'hôpital*, Paris, éditeur privé, mai 2011, 111 p.

Ministère des affaires sociales et de la santé, « la loi instaurant les agences régionales de santé est promulguée », <[sante.gouv.fr](http://sante.gouv.fr)>, juillet 2009

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, « circulaire n°DHOS/E3/2008/234 », <[Legifrance.gouv.fr](http://Legifrance.gouv.fr)>, juillet 2008

Ministère des affaires sociales et de la santé, « circulaire n°DSS/MCGR/CNAMTS/2013/119 relative aux priorités de gestion du risque », <[Legifrance.gouv.fr](http://Legifrance.gouv.fr)>, février 2013

Sawaya A, « les médicaments génériques des médicaments à part entière », <[ansm.sante.fr](http://ansm.sante.fr)>, décembre 2012

### **Site web :**

Assurance maladie, « dispositifs contractuels », <[amelie.fr](http://amelie.fr)>, février 2014

Intescia, « dictionnaire juridique », <droit.pratique.fr>, 2014

MAIF, « L'appel à projet », <www.maif.fr>, 2013

**Thèse :**

Orliac P, *la pharmacie d'officine à l'ère de la dématérialisation*, Toulouse, éditeur privé, décembre 2013, 246 p.

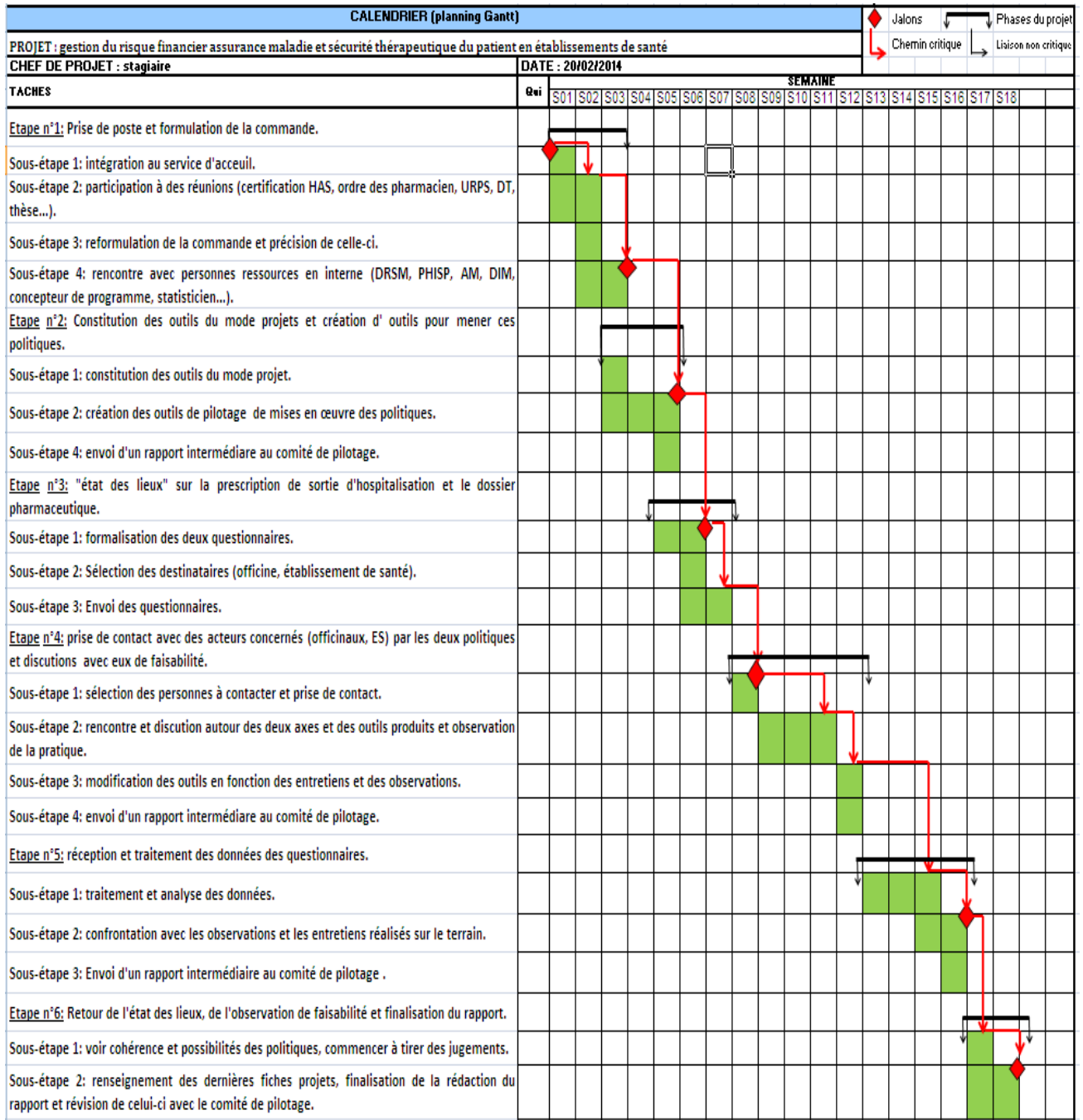
---

## Liste des annexes

---

1. Le diagramme de Gantt du projet.
2. Le dossier d'étude d'opportunité du projet.
3. L'organigramme du projet.
4. L'évaluation de la somme des charges du projet.
5. Un exemple de compte rendu de réunion lié au projet.
6. La fiche de bilan de projet.
7. Le résumé d'un entretien avec un PHISP de l'ARS.
8. Le résumé d'un entretien avec un médecin DIM d'Albi.
9. Le résumé d'un entretien avec un pharmacien d'officine du Gers (1).
10. Le résumé d'un entretien avec un pharmacien d'officine du Gers (2).
11. Le résumé d'un entretien avec un pharmacien d'officine de Haute Garonne (1).
12. Le résumé d'un entretien avec un pharmacien d'officine de Haute Garonne (2).
13. Le résumé d'un entretien avec un pharmacien gérante de la PUI du CH de Rodez.
14. Le résumé d'un entretien avec deux pharmaciens de la PUI du CH de Foix.
15. Le résumé d'un entretien avec deux pharmaciens de la PUI du CH de Tarbes.
16. Le résumé d'un entretien avec un pharmacien gérant de la PUI du CH de Montauban.
17. Le résumé d'un entretien avec un pharmacien gérant de la PUI du CH de Castre.
18. Le résumé d'un entretien avec un chargé de mission en SI de l'ARS.
19. Le résumé d'un entretien avec un membre de la direction du GIP MIPIH.
20. La grille d'entretien destinée aux pharmaciens d'officines.
21. La grille d'entretien destinée aux pharmaciens de PUI d'ES MCO.
22. La grille d'entretien destinée au GIP MIPIH.
23. Tableau contenant l'état des lieux des logiciels de prescription hospitaliers.
24. Liste des 51 établissements MCO de la région Midi-Pyrénées.
25. Les Mails et le questionnaire destinés aux officines.
26. Les Mails et le questionnaire destinés aux PUI d'ES MCO.
27. Le mail final d'informations aux officines.
28. Un exemple de CAQOS destiné au CH de Rodez.

# 1) Le diagramme de Gantt du projet :



## 2) Le dossier d'étude d'opportunité du projet :

<b>Dossier d'étude d'opportunité</b>	
<b>Projet :</b> Augmentation de la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI et information du patient hospitalisé sur le DP hôpital	Date : 24/02/2014
<b>Rédacteur :</b> Le stagiaire	
<b>Contexte/rappel de l'existant :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acteurs en présence : acteurs institutionnels (AM, Etat), professionnels de santé (pharmacien, médecin, infirmier)</li> <li>- Contexte légal, règlementaire, juridique : pour consulter le dossier pharmaceutique du patient il faut avoir son accord ; la prescription en DCI sera obligatoire en 2015 (prévue dans le PLFSS 2013) ; obligation d'identification du prescripteur par son n°RPPS</li> <li>- Fonctionnement observé, défaillance ou risque : déploiement du dossier pharmaceutique hôpital est en cours dans quelques PUI ; les prescriptions de sortie d'hospitalisation en DCI ne sont que marginales</li> <li>- Risque et opportunité liés au contexte : risque que les médecins ne s'approprient pas le logiciel pour prescrire en DCI, la prescription en DCI offrirait notamment une progression de la pénétration des génériques ; le déploiement du dossier pharmaceutique hôpital permet de mener une action de communication sur son utilité aux patients</li> </ul>	
<b>Description de l'objet du projet :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guider et inciter les médecins hospitaliers prescripteurs à prescrire en DCI avec l'aide du logiciel de prescription. Pour cela conception d'un tableau de bord, d'un tableau de gestion des risques et d'une procédure pour aider et cadrer la prescription en DCI</li> <li>- Mise en place d'une organisation dans l'établissement pour informer le patient sur l'utilité du dossier pharmaceutique. Pour cela mise en place d'un tableau de bord et d'une plaquette d'information sur le dossier pharmaceutique hôpital</li> <li>- L'ARS possède des leviers pour faire adopter ces mesures : des contrats (CBUM, CAQS), des leviers financiers, une structure d'accompagnement (l'OMEDIT), ses missions régaliennes d'inspection/contrôle, ses actions de communications et d'informations</li> </ul>	
<b>Objectifs poursuivis et résultats attendus :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- But à atteindre : influence de l'ARS sur l'adoption par les médecins prescripteurs du logiciel de prescription pour prescrire en DCI ; que le patient devienne acteur de sa sécurité thérapeutique</li> <li>- Résultats attendus : augmentation des prescriptions de sortie d'hospitalisation en DCI annotée du n°RPPS ; augmentation du nombre de patients informés sur le dossier pharmaceutique et de par ce fait augmentation du nombre de consultations du dossier pharmaceutique</li> <li>- Faisabilité globale : en termes de qualité (au mieux), en termes de coût (le salaire du stagiaire plus quelques déplacements en véhicule), de délai (normalement réalisable sur 4 mois)</li> <li>- Indicateurs quantitatifs : « % d'augmentation de la prescription en DCI », « % de patients informés sur le DP »</li> </ul>	
<b>Acteurs/partenaires :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acteurs : institutionnels (stagiaire, PHISP, AM, DT, informaticien), professionnels de santé (pharmacien, médecin)</li> <li>- Partenaires potentiels : Ordre des pharmaciens, le Gemme, les URPS, mutualité française, ministère de la santé, syndicats de pharmacien</li> </ul>	

**Chiffrage :**

- Estimation des charges : salaire du stagiaire, déplacement en véhicule, outils bureautiques
- Coûts des solutions et option permettant d'atteindre les objectifs poursuivis : impression procédures et plaquettes d'informations, % d'ETP mobilisé, formation médecin sur la prescription en DCI (utilisation logiciel, suivi de la procédure...)
- Calcul du retour sur investissement à partir des gains espérés : les actions d'informations sur le DP vont permettre moins d'accidents iatrogéniques et ainsi moins de recours aux soins ; la prescription en DCI va faciliter la délivrance de génériques et va permettre à l'assurance maladie de réaliser des économies, celles-ci pourront être reversées en partie aux établissements

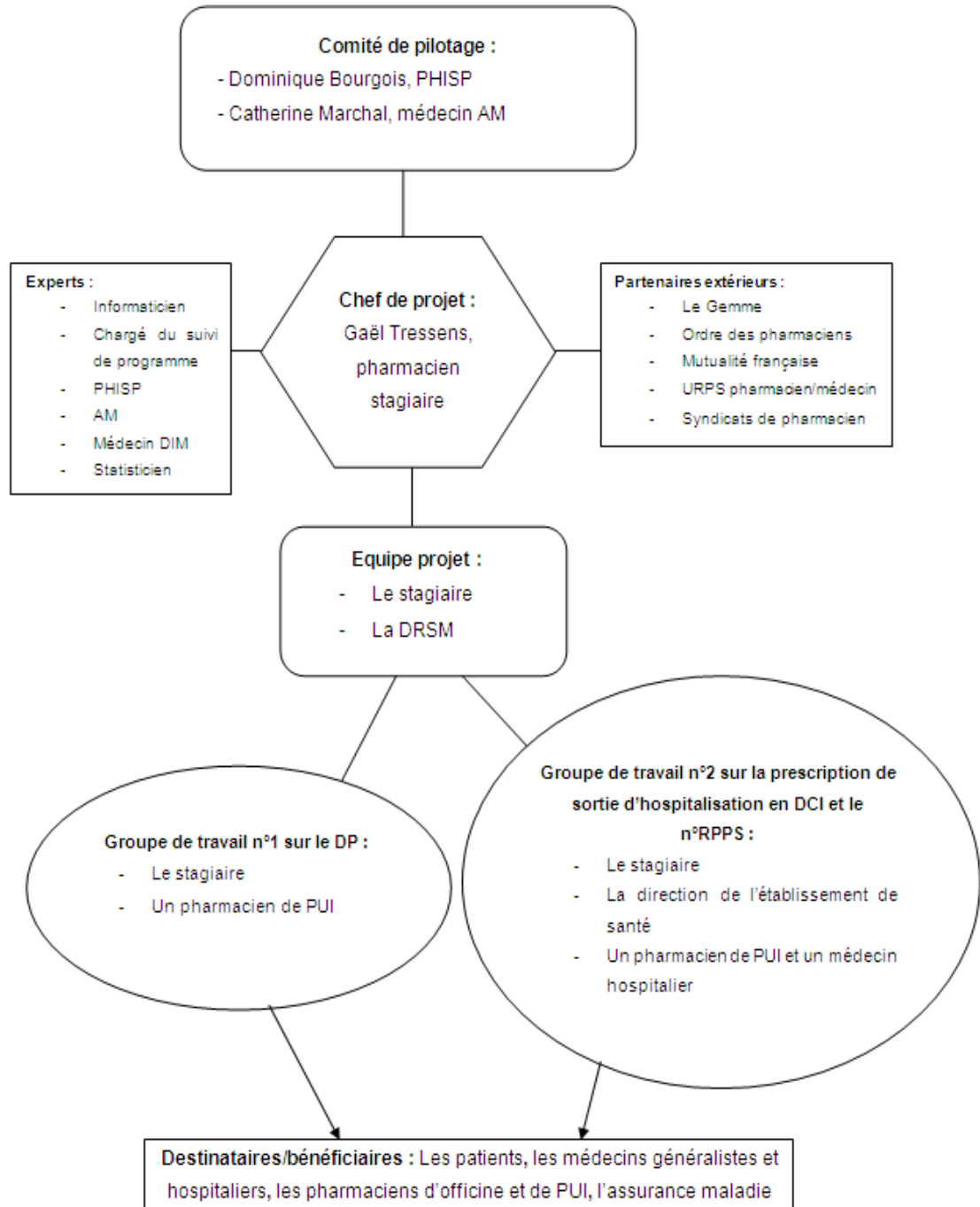
**Calendrier prévisionnel :**

*Voir diagramme de Gantt*

**En synthèse :**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- <u>Avantages</u> : L'action d'information sur le DP va permettre une sécurisation thérapeutique du patient et permettre de prévenir les accidents iatrogéniques évitables ; la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI permet de faciliter la dispensation de générique et de se déconnecter du nom commercial</li><li>- <u>Opportunités</u> : Le DP est en pleine expérimentation dans plusieurs PUI, c'est le moment pour faire une action d'information auprès des patients ; la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI est un levier encore peu voire pas mobilisé pour faciliter la délivrance de générique, de plus la prescription en DCI va être obligatoire en 2015 ainsi c'est important de l'amorcer dès maintenant à l'hôpital</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- <u>Inconvénients</u> : Pour l'opération d'information sur le DP il n'y a pas d'inconvénients perceptibles pour le moment ; Pour la prescription en DCI, les firmes pharmaceutiques peuvent jouer le rôle de frein du fait du détachement du nom commercial</li><li>- <u>Risques</u> : Faible intérêt de la personne pilote dans l'établissement pour mener des actions d'informations, auprès des patients sur le DP ; Les médecins prescripteurs ne s'approprient pas l'outil informatique pour la prescription en DCI ou ne portent aucun intérêt à la prescription en DCI</li></ul> |
|---|--|

### 3) L'organigramme du projet :



4) L'évaluation de la somme des charges du projet :

Evaluation des charges							
PROJET : Gestion du risque financier assurance maladie et sécurité thérapeutique du patient en établissement de santé				Chef de projet : Le stagiaire		Date : 24/02/2014	
Charges relatives à :	Ressources humaines			Ressources matérielles		Autres charges	TOTAL / TÂCHE
	Internes		Externes	Internes	Achats de matériel		
	Nombre Jours / Homme	Coûts *	Sous-traitance				
L'emploi d'un stagiaire	95	2 043 €	0	0	0	0	2042,5
Ressources internes (papeterie, impressions...)	0	0	0	30	0	0	30
Frais de déplacements	0	0	0	0	0	155,16	155,16
Frais de vie	0	0	0	0	0	0	0
Impression plaquettes, impression procédures	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL / TYPE DE CHARGE</b>	0	2042,5	0	30	0	155,16	2227,66
coût personne ressource	<i>*Nombre Jours / Hommes X Coût de la personne ressource ou estimation</i>						
	22 €						



5) Un exemple de compte rendu de réunion lié au projet :

<b>Compte rendu de réunion</b>		
Projet : gestion du risque	Chef de projet : Le stagiaire	Date de réunion : 17/04/14
Participants : stagiaire, DRSM, comité de pilotage	Destinataire du compte rendu : le comité de pilotage	
Rappel de l'ordre du jour : prescription en DCI et n°RPPS		
Résumé des points traités – décisions prises, actions à entreprendre, dates d'échéance : Poursuivre démarche d'enquête et produire un document synthétique.		
Prochaine réunion : Lors de la soutenance	Objectifs : Présenter le travail fini	

6) La fiche de bilan de projet :

<b>Fiche de bilan de projet</b>		
Projet : gestion du risque	Chef de projet : le stagiaire	Date : 01/06/14
Equipe projet : le stagiaire et la DRSM		
Rappel des objectifs/indicateurs d'atteinte des objectifs : réalisation de deux enquêtes par questionnaire, réalisation de 5 entretiens en PUI et 4 entretiens en officine, compilation des informations, propositions et perspectives		
Résultats : projet mené à bien		
Ecart/observation : pas d'écart		
Evaluation globale : les réponses aux problématiques ont pu être construites, bon déroulement du projet dans son ensemble		
Retour d'expérience : à venir		
Points positifs : avancement dans les politiques de santé publique	Points d'amélioration : RAS	
Archivage des éléments du projet : à voir		

7) Le résumé d'un entretien avec un PHISP de l'ARS sur le n°RPPS, durée 1h30, le 25 février 2014 :

Lors de l'inscription d'un professionnel à son ordre professionnel respectif, il se voit attribué un numéro RPPS et une carte CPS. Le n°RPPS est attribué à vie au professionnel de santé. L'ASIP est l'organisme gestionnaire des cartes CPS. C'est l'ordre professionnel régional qui rentre des données concernant le professionnel dans le RPPS. Ces données remontent au niveau national de l'ordre. Les services déconcentrés du ministère, ici les ARS peuvent consulter sur une plateforme du ministère le n° d'un professionnel de santé. L'ARS peut ajouter des éléments lors d'un transfert, regroupement ou fermeture d'officine. L'ordre professionnel se retrouve le guichet principal du professionnel de santé. L'assurance maladie a droit de consultation du RPPS. Le n° ADELI n'est plus censé exister. Auparavant les corps d'état saisissaient des informations sur leur répertoire de professionnels de santé, ainsi que l'ordre professionnel et l'AM. Ce guichet unique permet une simplification administrative et une unification des données, donc une meilleure fiabilité. L'opérabilité du RPPS date depuis le début janvier 2010.

La présence du n°RPPS sur les prescriptions de sortie d'hospitalisation se présente sous la forme d'un code barre. Une circulaire rend obligatoire et opposable aux ES la présence de ce numéro sur les prescriptions.

Tout est présent pour que cette **obligation d'apparition du n°RPPS sur la prescription de sortie d'hospitalisation** apparaisse. Il faut **voir si les prescripteurs en établissement de santé font apparaitre leur n°RPPS**, cela permettrait au patient et au pharmacien de remonter au prescripteur. On pourra voir de même si le médecin prescrit en DCI ou prescrit trop. Le deuxième point **c'est que pour être payé le pharmacien doit rentrer le numéro FINESS qui permet d'identifier la structure où exerce le professionnel et non le n°RPPS**. Ainsi les logiciels officinaux sont conçus pour télétransmettre avec comme info le n°FINESS.

Des **leviers possibles** pour influencer sur les comportements :

- Rappeler aux établissements que l'indentification du prescripteur, sur les prescriptions de sorties d'hospitalisation par son numéro RPPS est obligatoire.
- Informer les concepteurs de logiciels de la possibilité de rajouter le n°RPPS et en informer par la suite les pharmaciens d'officine

- 8) Le résumé d'un entretien avec un médecin DIM d'Albi sur la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI et le n°RPPS, durée 30 min, le 6 mars 2014:

Pour voir s'il y a des prescriptions de sortie d'hospitalisation en DCI dans un établissement le **plus à même de vous répondre est le pharmacien de la PUI** car il maîtrise bien les logiciels de prescription. Vu la grande diversité des logiciels de prescription entre les établissements il faut voir avec chaque établissement s'il est possible de prescrire en DCI. A **Albi la pharmacienne dit que c'est possible** sauf que ce n'est pas évident à faire. Exemple de l'AUGMENTIN® qui lorsqu'il est prescrit en DCI devient amoxicilline plus acide clavulanique. Alors il peut y avoir confusion pour le patient. La pharmacienne de la PUI d'Albi ajoute **qu'il y a apparition du n°RPPS sur leur prescription de sortie imprimée**. La DRH est aussi au courant pour savoir s'ils mettent le n°RPPS. A Albi **on a un tampon pour les prescriptions manuscrites qui nous permet de rajouter le numéro RPPS**. Pour la prescription en DCI l'ensemble des acteurs n'est pas encore prêt. La prescription en DCI n'est pas évidente à réaliser avec le logiciel. La politique du RPPS dépend beaucoup si l'établissement l'a mis en place ou non.

*Note : on constate que l'exemple donné sur la faisabilité de prescrire en DCI n'est pas un frein à la prescription en DCI. Il y a mise en évidence de la difficulté des médecins à s'approprier l'outil informatique pour prescrire en DCI. Dans le CH d'Albi la politique du n°RPPS est appliquée.*

9) Résumé d'un entretien avec un pharmacien d'officine du Gers sur la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI et le n°RPPS, durée 10 min, le 20 mars 2014 :

Le n°RPPS des médecins d'établissements de santé apparait de temps à autre. Nous n'avons pas eu de prescription de sortie d'hospitalisation intégralement en DCI. Le n°RPPS des médecins libéraux apparait très peu. Le logiciel de dispensation que l'on utilise est le logiciel Léo. Il permet d'enregistrer le n°RPPS mais nous le faisons pas car c'est le n°AM et le n°FINESS avec lesquels nous sommes payés. Certains généralistes jouent le jeu de la DCI, d'autre non. Par exemple, un généraliste vient de changer de logiciel de prescription et prescrit tout en DCI.

*Note : il est possible d'enregistrer le n°RPPS à l'officine pour qu'il soit télétransmis. On voit une apparition de n°RPPS en établissement de santé non uniforme. Il y a confusion entre les différents numéros sur les prescriptions.*

10) Résumé d'un entretien avec un pharmacien d'officine du Gers' sur la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI et le n°RPPS, durée de 10 min, le 20 mars 2014 :

Il y a bien apparition du n°RPPS sur les prescriptions de sortie d'hospitalisation. Il nous est déjà arrivé d'avoir des prescriptions de sortie d'hospitalisation entièrement en DCI mais c'est très rare. Il y a apparition du n°RPPS sur les prescriptions de médecins généralistes sur les prescriptions classiques mais pas sur les ALD. Le nom de notre logiciel est LGPI. Nous enregistrons le n°FINESS ou le n°AM mais pas le n°RPPS mais nous pouvons le faire. Les généralistes jouent le jeu de la prescription en DCI.

*Note : il est possible d'enregistrer le n°RPPS à l'officine pour qu'il soit télétransmis. On voit une apparition de n°RPPS en établissement de santé non uniforme. Il y a confusion entre les différents numéros sur les prescriptions. Sur les ordonnances ALD il n'y a que le n°AM ou le n°FINESS. La prescription de sortie en DCI reste marginale. Les généralistes prescrivent plusieurs lignes de prescription en DCI.*

11) Résumé d'un entretien avec un pharmacien d'officine, **qui transmet le plus de n°RPPS selon l'AM**, de la Haute Garonne sur la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI et le n°RPPS, durée 15 min, le 1 avril 2014 :

L'apparition du n°RPPS sur les prescriptions de sortie d'hospitalisation n'est pas fréquent, il n'y a souvent aucune information. Les prescriptions de sortie exhaustivement en DCI sont très rares. Oui il y a apparition du n°RPPS sur les prescriptions de médecins libéraux, en plus en ce moment ils renouvellent leur ordonnancier qui est aux normes. Nous avons beaucoup de médecins libéraux dans le quartier. Les généralistes prescrivent peu de lignes en DCI et utilisent beaucoup le « non substituable ». Notre logiciel de dispensation est Léo. Oui, on enregistre le n°RPPS des médecins prescripteurs, lorsqu'il n'est pas présent on va le chercher sur internet. On a une personne qui est dédiée en partie à ça. On a beaucoup de médecins libéraux dans le quartier.

*Note : il est possible d'enregistrer le n°RPPS à l'officine pour qu'il soit télétransmis. On voit une apparition de n°RPPS en établissement de santé non uniforme. Souvent peu d'information sur la prescription de sortie d'hospitalisation. Il y a confusion entre les différents numéros sur les prescriptions. Sur les ordonnances ALD il n'y a que le n°AM ou le n°FINISS. La prescription de sortie en DCI reste marginale. Les généralistes prescrivent plusieurs lignes de prescription en DCI pour certains et d'autres ont recours au « non substituable ». Le n°RPPS sur les prescriptions des médecins libéraux est la plupart du temps présent.*

12) Résumé d'un entretien avec un pharmacien d'officine, **qui transmet le moins de n°RPPS selon l'AM**, de la Haute Garonne' sur la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI et le n°RPPS, durée 15 min, le 2 avril 2014 :

Le plus souvent il n'y a aucune information sur les prescriptions de sortie d'hospitalisation. Les prescriptions de sortie d'hospitalisation exhaustivement en DCI commencent à augmenter. Le n°RPPS est présent sur les prescriptions de médecins libéraux. Nos médecins généralistes se sont mis à l'informatique et prescrivent en DCI. Les jeunes médecins réalisent des prescriptions avec très peu de lignes de médicaments. Le nom de notre logiciel est LGPI. Non nous n'enregistrons pas le n°RPPS juste le n°AM ou le n°FINESS.

*Note : il est possible d'enregistrer le n°RPPS à l'officine pour qu'il soit télétransmis. Les pharmaciens ne l'enregistrent pas le plus souvent. On voit une apparition de n°RPPS en établissement de santé non uniforme. Souvent peu d'information sur la prescription de sortie d'hospitalisation. Il y a confusion entre les différents numéros sur les prescriptions. Sur les ordonnances ALD il n'y a que le n°AM ou le n°FINESS. La prescription de sortie en DCI reste marginale. Les généralistes prescrivent plusieurs lignes de prescription en DCI pour certains (ceux qui font des prescriptions informatisées) et d'autres ont recourt au « non substituable ». Le n°RPPS sur les prescriptions des médecins libéraux est la plupart du temps présent.*

13) Résumé d'un entretien avec un pharmacien gérant de la PUI du CH de Rodez sur la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI, le n°RPPS et DP hôpital, durée 30 min le 15 avril 2014 :

Notre logiciel de prescription est DX care. Nous avons débuté l'informatisation des services en 2009. Il nous manque plus que le service de pédiatrie. Notre logiciel de prescription permet de prescrire en DCI mais il faut le paramétrer pour chaque médicament pour cela. Lorsqu' on a le princeps et que l'on change de marché pour acquérir le générique on paramètre le logiciel de prescription pour que le générique apparaisse et que le princeps soit entre parenthèse. Cela permet aux infirmières de ne pas se tromper. Ce logiciel n'est pas très facile d'utilisation. Nous avons une équipe de déploiement en lien avec les prescriptions de sortie : un informaticien et deux infirmiers. En néphrologie 30% des prescriptions sont informatisées. Le n°RPPS est présent sur les prescriptions de sortie. Il faudrait que l'éditeur du logiciel permette de prescrire facilement en DCI. On manque de personnel donc on ne peut pas paramétrer tout le logiciel.

On a eu une réunion de concertation sur le DP hôpital. Actuellement, on n'a que peu de lecteur bi-fente CPS/carte vitale. Le DP coute cher, ne permet pas au médecin de voir la posologie et nécessite du temps d'ETP. De plus, **ce n'est pas au pharmacien d'aller chercher la carte vitale dans les services. Quand au pharmacien clinicien qui va valider l'ordonnance de sortie avec le médecin, c'est une utopie.**

*Note : Le logiciel de prescription permet de prescrire en DCI mais il faut le paramétrer pour chaque médicament pour cela. Lorsque la PUI a le princeps et qu'elle change de marché pour acquérir le générique, elle paramètre le logiciel de prescription pour que le générique apparaisse et que le princeps soit entre parenthèse. Cela permet aux infirmières de ne pas se tromper. Le logiciel n'est pas facile d'utilisation. Le RPPS est présent sur les prescriptions de sortie.*

*Note : Le DP coute cher, ne permet pas au médecin de voir la posologie et nécessite du temps d'ETP.*

14) Résumé d'un entretien avec deux pharmaciens de la PUI du CH de Foix sur la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI, le n°RPPS et DP hôpital, durée 1h30 le 23 avril 2014 :

Il y a 60% de nos services qui sont informatisés. Notre logiciel de prescription est Crossway. Il permet d'éditer des feuilles vierges pour ensuite rédiger la prescription de manière manuscrite ou d'éditer des feuilles avec les médicaments importés provenant de sa base de données. Le médecin lors de sa prescription de sortie fait ce qu'il veut, il peut la rédiger manuscrite ou avec le logiciel, il peut prescrire des médicaments hors livret... Nous avons paramétré toutes les lignes de médicaments que nous possédons de la manière suivante : princeps (DCI). Cela permet lorsque l'on change de marché, aux infirmières de ne pas se tromper lors de la délivrance en interne. La prescription par l'informatique est plutôt générationnelle, les jeunes s'approprient mieux le logiciel. Pour les ordonnances informatiques le n°RPPS et le n°FINESS apparaissent. Pour celles manuscrites chaque médecin a son tampon pour faire apparaître ces deux données. Le logiciel de prescription est plutôt intuitif. En prescription interne, le médecin prescrit le pharmacien dispense et l'infirmière administre. Nous avons installé un lecteur bi-fente pour le dossier pharmaceutique aux urgences. L'accès est long pour l'utiliser ce qui peut refroidir les urgentistes. Une des limites de l'outil c'est que la posologie n'apparaît pas. Ce qui est dommage c'est qu'on ne puisse pas l'alimenter. Lors de la rétrocession de médicaments j'aimerais pouvoir l'alimenter mais je ne peux pas. Pour en revenir à l'informatisation des services c'est un vrai plus car cet outil nous permet d'éduquer les médecins. Le principe du pharmacien clinicien nous intéresse mais pour le moment on manque de moyen. Pour rappel les internes n'ont pas le droit de rédiger une prescription de sortie car ils ne sont pas inscrits à l'ordre.

Pour finir nous voudrions faire remonter un message, l'ARS nous demande trop de travail administratif entre les enquêtes, le CBUM...on a plus le temps de faire notre cœur de métier.

*Note :* Tous les services ne sont pas informatisés. Le logiciel de prescription est Crossway. Il permet d'éditer des feuilles vierges pour ensuite rédiger la prescription de sortie de manière manuscrite ou d'éditer des feuilles avec les médicaments importés provenant de sa base de données. Les lignes de prescriptions peuvent être paramétrées en DCI. La politique du n°RPPS est appliquée. L'informatisation des prescriptions est un vrai plus pour éduquer les médecins sur des prescriptions efficaces. Les internes n'ont pas le droit de rédiger une prescription de sortie.

*Note :* le DP est installé aux urgences. Le temps d'accès aux DP est long, la posologie n'apparaît pas, il n'est pas alimentable lors de la rétrocession de médicaments.



15) Résumé d'un entretien avec deux pharmaciens de la PUI du CH de Tarbes sur la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI, le n°RPPS et DP hôpital, durée 2h le 24 avril 2014:

Nous avons deux logiciels de prescriptions : génois et crossway qui ne sont pas encore tout à fait interopérables. Pour le moment ça ne fonctionne pas bien. Sur génois le n°adélie apparait encore alors que sur crossway le n°RPPS est bien présent. On paramètre nos lignes de médicaments du logiciel en fonction des marchés : DCI (princeps). Il y a encore beaucoup de prescriptions manuscrites. Tous les services sont informatisés sauf l'hémodialyse et la réanimation. Vu les problèmes d'interopérabilité que l'on rencontre avec les logiciels de prescription, on laisse de côté le DP pour le moment. Le principe de pharmacien clinicien ne peut que se réaliser dans les CHU, les CH n'ont pas assez de moyens. L'ARS nous demande trop de travail administratif comme le CBUM et les enquêtes. On a l'impression que les agents de l'ARS sont trop loin de la réalité.

*Note : Ici deux logiciels de prescription : génois et crossway. N°RPPS présent sur les ordonnances informatiques de crossway. Les Lignes de prescription sont paramétrables en DCI. Les vieux médicaments n'apparaissent qu'en DCI.*

*Note : L'installation du DP n'est pas d'actualité.*

16) Résumé d'un entretien avec un pharmacien gérant de la PUI du CH de Montauban sur la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI, le n°RPPS et le DP hôpital, durée 1h30 le 28 avril 2014 :

Notre logiciel de prescription est crossway. Nous avons 520 lits sur 850 lits d'informatisés. On a un livret où il y a toutes nos molécules que l'on sélectionne selon le marché. Alors quand le médecin prescrit en interne il tape le nom du médicament par exemple une statine atorvastatine or nous avons TAHOR® ou un équivalent dans le livret et c'est celui-ci qui ressort. On se rend compte que l'informatique favorise le monopole des médicaments du livret de l'hôpital. L'hôpital se retrouve avec un fort pouvoir marketing. Selon les marchés il arrive que l'on repasse au princeps. Pour les ordonnances de sortie le médecin clique sur ordonnance de sortie et les médicaments prescrits en interne sont importés pour constituer cette ordonnance de sortie. La prescription informatique, s'il faut rajouter le traitement d'entrée, peut prendre jusqu'à 1h30 de plus au médecin s'il veut remettre les mêmes médicaments que l'ordonnance d'entrée ajoutés à ceux obtenus pendant l'hospitalisation. Les prescriptions manuscrites sont alors plus fréquentes. Les médicaments chers hors GHS sont mis à jour tous les jours au niveau des indications...leurs paramétrages couperaient leurs actualisations. Sur les ordonnances manuscrites le n°RPPS est ajouté à l'aide d'une étiquette, sur les ordonnances informatiques le couple RPPS/FINESS apparaît. Il faudrait jouer sur les marchés pour favoriser le générique. Par exemple l'assurance maladie nous reverserait un pourcentage des économies réalisées si nous contractualisons avec plus de labo génériqueurs. Les jeunes utilisent de plus en plus l'informatique. La certification des LAP ne résout pas les problèmes car par exemple sur la prescription en DCI c'est très généraliste. L'installation du DP est en cours, nous n'avons plus de moyens donc peut être par le biais d'hôpital numérique. Les urgences seront équipées en premier. Je veux alimenter la carte vitale lors d'une rétrocession, on va essayer de trouver une alternative. Pour le rôle du pharmacien clinicien on va essayer de trouver des alternatives et on va commencer par le court séjour gériatrique. Il s'agirait d'avoir un préparateur référent. Voilà une possibilité avec les moyens que l'on a. Il serait bien que l'ARS vienne nous voir un peu plus. Il faudrait un décloisonnement des décisions.

*Note : Le logiciel de prescription est Crossway. Tous les services ne sont pas encore informatisés. Tous les médicaments sont reliés par l'informatique à un médicament équivalent qu'il soit en DCI ou en nom de spécialité. L'informatique favorise le monopole des médicaments du livret de l'hôpital. Le médecin peut importer les médicaments prescrits en interne pour constituer son ordonnance de sortie. La prescription de sortie complétée par les mêmes médicaments que le traitement d'entrée peut être longue. Les prescriptions manuscrites sont alors plus nombreuses. La politique du RPPS est appliquée. La certification des LAP ne résout pas le problème de la prescription en DCI.*

*Note : L'installation du DP est en cours aux urgences et une alternative est recherchée pour*

*l'alimenter en rétrocession. Nous comptons sur hôpital numérique pour nous aider en termes de moyens.*

17) Résumé d'un entretien avec un pharmacien gérant de la PUI du CH de Castres-Mazamet sur la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI, le n°RPPS et le DP hôpital, durée 1h30 le 29 avril 2014 :

Notre logiciel de prescription est Disporao version 6. Il y a 212 lits MCO d'informatisés sur 370 où l'on réalise la DJIN. On peut modifier le fichier produit pour faire apparaître la DCI et le nom de spécialité entre parenthèse. Le patient a souvent un traitement d'entrée, il acquiert un traitement pendant et les deux fusionnent pour faire le traitement de sortie. La politique du n°RPPS est appliquée : les services ont des ordonnances pré-imprimées, ou on peut le rentrer dans le logiciel, ou les médecins le marquent avec leur tampon. Le DP est en cours de discussion pour l'installer en gériatrie, aux urgences ou en anesthésie. Certains médecins notamment en gériatrie prescrivent avec le logiciel pour les ordonnances de sortie sinon elles sont majoritairement manuscrites. Pour le rôle de pharmacien clinicien nous avons trouvé une alternative : 2 préparateurs référents par service seraient sollicités par celui-ci s'il possède 2 conditions : il faut qu'il y ait instauration d'un nouveau traitement et que le patient soit détecté non observant. Ces deux conditions déclencheraient une consultation pharmaceutique avec un pharmacien. Le pharmacien transmettrait par medimail des informations sur la consultation au médecin traitant et à l'officine fréquentée par le patient. Avec toutes ces demandes administratives CBUM, CAQOS... je passe 80% de mon temps à faire autre chose que mon métier.

Note : *Le logiciel de prescription est Disporao. La prescription en DCI est possible. Il faut garder en tête que le patient a souvent un traitement d'entrée, un traitement pendant et un traitement de sortie. La politique du n°RPPS est appliquée.*

Note : *Le DP est en cours de discussion.*

18) Résumé d'un entretien avec un chargé de mission en SI de l'ARS sur **Hôpital Numérique et les éditeurs de logiciels**, durée 1h le 14 mai 2014 :

Il y a eu 3 plans d'informatisation dans les hôpitaux en 2007, 2012 et 2014. Ils se sont rendu compte en 2012 que cela n'engendrait pas une réelle utilisation des SI. Hôpital numérique se décline en 4 axes : gouvernance, compétence, offre et financement. Ces axes sont fixés pour **pousser à l'usage des SI** et ceci sera suivi par une grille d'indicateurs. **Les financements doivent être équitables entre MCO, SSR, HAD et Psy et entre public et privé.** Les établissements doivent avoir trois pré-requis pour postuler à hôpital numérique. Ils doivent fixer une date et les résultats qu'ils veulent atteindre. **Alors l'ARS leur verse 20% du montant au début du contrat et 80% après atteinte des résultats.** Il y a **266 éditeurs de logiciels répertoriés en France**. On peut consulter leurs informations sur la plateforme OSIS. Ils réalisent des mises à jour régulières de leurs logiciels et vivent surtout grâce à la maintenance de ceux-ci. De plus ils sont diversifiés et ne s'occupent pas que de la santé. Certains éditeurs sont rachetés par d'autres. Il y a **plusieurs éditeurs localisés en Midi-Pyrénées (Toulouse)** : **GIP MIPIH** qui s'occupe des ES publics (ex CRIH), **MEDIWARE** qui s'occupe du Dossier Patient, Web santé, **LINAGORA**, **MHCOM**, **YES**, **TELEMIS**.

Le GIP MIPIH diffuse des logiciels de prescription de partenaires : **CORTEXTE** (éditeur capcir) et **OSIRIS** (éditeur evolucare technologie) ; s'occupe de **MEDIMAIL** (messagerie sécurisée), d'héberger des données de santé, de l'interopérabilité des logiciels...

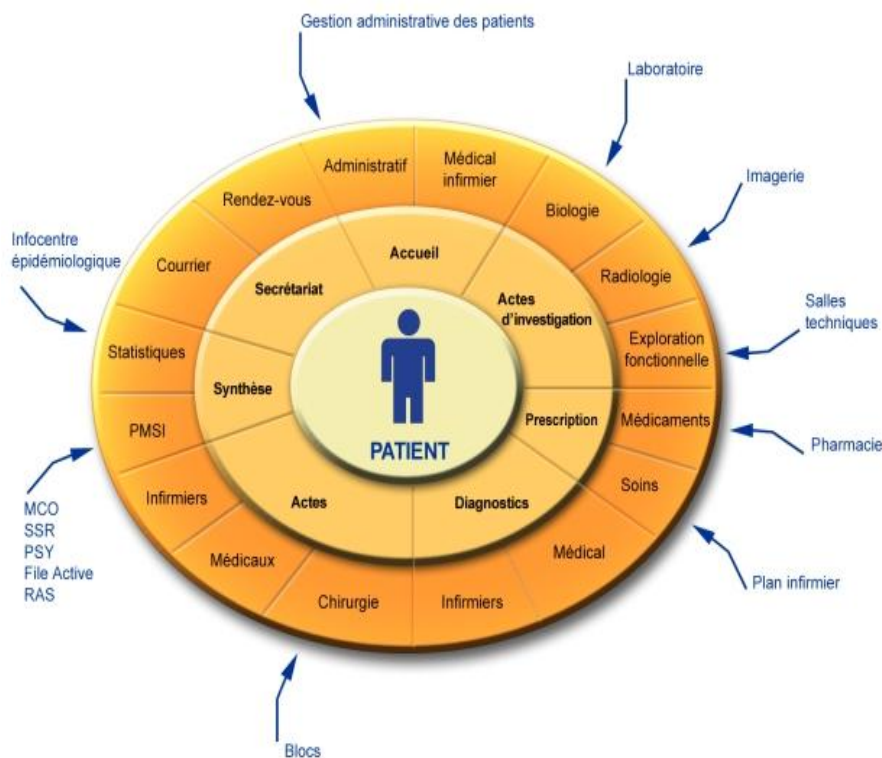


Figure18 : ci-dessus « concept d'interopérabilité » de l'éditeur de logiciels capcir.

19) Le résumé d'un entretien avec un membre de la direction du GIP MIPIH sur les **logiciels hospitaliers**, durée 1h le 28 mai 2014 :

Nous sommes un groupement d'intérêt public. Il y a en tout 500 personnes. Nous avons un volet service (audit, formation, hébergement de données de santé) et un volet édition. Les logiciels hospitaliers que nous produisons sont des logiciels comptables, de gestion de patients, de gestion RH, de gestion économique et financière, de gestion T2A, de gestion du dossier patient. Nous mettons en place des connecteurs entre logiciels pour qu'ils communiquent entre eux. Nous n'avons pas de certification de logiciel à proprement parler. Nous effectuons **une mise à jour logicielle majeure une fois par an**. Lors d'un changement d'une version majeure d'un logiciel, on constate que c'est très compliqué. **Lorsqu'un établissement de santé nous demande un paramétrage on étudie leur demande, on ne réalise pas systématiquement leur demande, on le fait dans une version future.** Il y a une grosse équipe de suivi qui s'occupe de la maintenance et de l'évolution des logiciels. Pour héberger les données de santé nous avons un appui médical effectué par un médecin. Nous avons une concurrence importante entre les éditeurs de logiciels et nous avons beaucoup de directives ministérielles. Les hôpitaux souffrent de changement d'éditeurs car leur SI est bouleversé. Notre service de messagerie sécurisée MEDIMAIL prend de l'ampleur auprès des professionnels de santé.

20) La grille d'entretien destinée aux pharmaciens d'officine :

**Grille d'entretien officine :**

1. Prescription de sortie d'hospitalisation.

- Y a-t-il apparition du n°RPPS sur les prescriptions de sortie d'hospitalisation ?
- Avez-vous déjà vu des prescriptions de sortie d'hospitalisation rédigées exhaustivement en DCI ?

2. Prescription de médecins libéraux.

- Y a-t-il apparition du n°RPPS sur les prescriptions de médecins libéraux ?
- Les médecins libéraux du secteur prescrivent-ils au moins une ligne en DCI ?

3. Logiciel de dispensation.

- Quel est le nom de votre logiciel ?
- Enregistrez-vous le n°RPPS des médecins prescripteurs ?
- Si non, quel en est la raison ?

21) La grille d'entretien destinée aux pharmaciens de PUI MCO :

### **Grille d'entretien pharmacie à usage intérieur**

1. Logiciel de prescription.

- Vos services sont-ils tous informatisés ?
- Quel est le nom de votre logiciel de prescription ?
- Votre logiciel de prescription permet-il de prescrire en DCI ?
- Est-il facile d'utilisation ?

2. Prescription de sortie d'hospitalisation.

- La politique du n°RPPS est elle appliquée dans votre établissement ?
- Les prescripteurs utilisent-ils le logiciel pour réaliser les prescriptions de sortie ?

3. Dossier pharmaceutique.

- Etes-vous équipé du DP Hôpital ?
- Si non comptez-vous vous en équiper ?
- Comment vous organisez-vous avec le Dossier Pharmaceutique ?
- Le DP hôpital actuel permet-il d'ajouter des traitements administrés à l'hôpital ou on ne peut que consulter le traitement de ville ?

4. La pharmacie clinique.

- Que pensez-vous de la validation pharmaceutique avec le médecin prescripteur des ordonnances de sortie ?

## 22) La grille d'entretien destinée au GIP MIPIH :

### **Grille d'entretien GIP MIPIH (éditeur de logiciel)**

#### Présentation GIP MIPIH :

- Tout d'abord pouvez-vous me présenter les fonctions du GIP MIPIH ?
- De quels logiciels hospitaliers vous occupez-vous ?

#### Logiciels hospitaliers :

- Pour les mises à jour logicielles c'est l'établissement qui vous contacte ou vous effectuez des mises à jour de vous-même tous les ans par exemple ?
- Est-il difficile de mettre à jour un logiciel hospitalier ?
- Les logiciels sont-ils en perpétuelle évolution ?
- Si un établissement de santé vous demande un paramétrage particulier d'un logiciel, vous le réalisez ?
- Avez-vous un service de maintenance de logiciel ?
- A l'heure actuelle est-il compliqué d'installer un nouveau logiciel au sein d'un ES public (interopérabilité) ?
- Avez-vous un appui médical pour concevoir les logiciels ?
- Lors de l'installation d'un nouveau logiciel vous vous occupez de former les professionnels ?

#### Echange avec d'autres acteurs de la santé publique :

- Avez-vous des directives ministérielles à respecter ?
- Devez-vous, pour certains logiciels, vous conformer à un référentiel de certification ?

#### Viabilité économique :

- J'ai pu constater sur la plateforme OSIS qu'il y avait 266 éditeurs de logiciels répertoriés, de part se fait la concurrence est-elle importante ?

#### Autre fonction :

- J'ai pu constater que vous aviez comme service la messagerie sécurisé MEDIMAIL, est elle beaucoup utilisée par les professionnels de santé ?



23) Tableau contenant l'état des lieux des logiciels de prescription hospitalier :

	Raison social (département)	Statut	Activité	Logiciel de prescription de médicaments	
				Nom de l'éditeur	Nom du logiciel
1	CH saint louis (09)	CH	SSR	Berger Levrault	Dispen
2	CH du pays d'Olmes (09)	CH	MCO, SSR	Autre	Autre
3	CH intercom val d'Ariège (09)	CH	MCO, SSR, HAD	McKesson France	M-Crossway
4	CH Ariège couserans (09)	CH	MCO, SSR, PSY	Autre	Autre
5	CH de Millau (12)	CH	MCO, SSR, PSY, USLD	Agfa Healthcare	Orbis
6	CH de saint Afrique (12)	CH	MCO, SSR, USLD	Micro 6	DIAMM
7	CH de Rodez (12)	CH	MCO, PSY, SSR, USLD	Medasys	Dxcare
8	CH de Villefranche de rouergue (12)	CH	MCO, SSR, USLD	Syndicat inter- hospitalier de Bretagne	Sillage dossier pateient
9	CH pierre delpech Decazeville (12)	CH	MCO, SSR, USLD	Non renseigné	Non renseigné
10	CH saint geniez d'Olt (12)	CH	SSR, USLD	Non informatisé	Non informatisé
11	CH espalions laurent d'olt (12)	CH	SSR, USLD	Axigate	Axigate
12	Centre SSR la clause (12)	PSPH	SSR	Evolucare technologie	OSIRIS
13	CSSR les tilleuls à Ceignac (12)	Privé	SSR	Evolucare tecnologie	OSIRIS
14	CH sainte marie (12)	PSPH	PSY	GIP sym@ris	Cariatides
15	CH vallon salle la source (12)	CH	SSR	Solware life	PSI
16	Clinique de quint fonsegrives (31)	Privé	SSR	Evolucare technologie	OSIRIS
17	Sante relais domicile (31)	Non PSPH	HAD	Autre	Autre
18	Les hôpitaux de luchon (31)	CH	SSR	Non informatisé	Non informatisé

19	Clinique saint Nicolas (31)	Privé	MCO	WEB100T	DOPASOINS
20	Clinique Saint jean languedoc (31)	Privé	MCO	OpenXTREM	Mediboard
21	Clinique de montberon (31)	Privé	PSY	Evolucare technologie	OSIRIS
22	Clinique sarrusteinturiers (31)	Privé	MCO	WEB100T	DOPASOINS
23	Clinique du château de Seysses (31)	Privé	PSY	Capcir	CORTEXTE
24	Clinique médipôle garonne (31)	Privé	MCO, SSR	WEB100T	DOPASOINS
25	Clinique du cabirol (31)	Privé	SSR	Autre	Autre
26	Clinique pasteur (31)	Privé	MCO, HAD	WEB100T	DOPASOINS
27	Polyclinique du parc (31)	Privé	MCO	OpenXtrem	Mediboard
28	Clinique du château de vernhes (31)	Privé	SSR	MEDIALOG	SURGICA SIH
29	Clinique ambroise pare (31)	Privé	MCO	Web100T	DOPASOINS
30	Clinique de beaupuy (31)	Privé	PSY	Autre	Autre
31	CH comminges Pyrénées (31)	CH	MCO, SSR, HAD, USLD	Non informatisé	Non informatisé
32	CH G marchand (31)	CH	PSY	CAPCIR	CORTEXTE
33	Clinique des cedres (31)	Privé	MCO, PSY, SSR	Medialogis	Medialogis
34	Hôpital joseph ducuing (31)	PSPH	MCO, SSR	Computer engineering	PHARMA
35	Centre pierre hanzel (31)	Non PSPH	SSR	2CSI	ERP Sano
36	Clinique d'aufrery (31)	Privé	PSY	EVOLUCARE technologie	OSIRIS
37	Clinique soins de suite de montvert (31)	Privé	SSR	Evolucare technologie	OSIRIS
38	CHU de Toulouse (31)	CHU	MCO, PSY, SSR, HAD,	Agfa Healthcare	Orbis

			USLD		
39	Centre paul dottin (31)	PSPH	SSR	2CSI	ERP Sano
40	Centre post cure route nouvelle (31)	PSPH	PSY	Non informatisé	Non informatisé
41	Clinique d'occitanie (31)	Privé	MCO	Expertiz santé	Expertiz santé
42	Clinique de largadelle (31)	Privé	MCO, SSR	Softway Medical	Hopital Manager
43	Clinique de verdaich (31)	Privé	SSR	Autre	Autre
44	Institut claudius regaud (31)	CLCC	MCO	Autre	Autre
45	Centre de santé mentale MGEN toulouse (31)	PSPH	PSY	Non informatisé	Non informatisé
46	CRF les grands cèdres (31)	Privé	SSR	OpenXtrem	Mediboard
47	CH de muret (31)	CH	SSR, USLD	EVOLUCARE technologie	OSIRIS
48	Clinique des pyrénées (31)	Privé	MCO, SSR	Autre	Autre
49	SSR domaine de la cadene	Privé	SSR	EVOLUCARE technologie	OSIRIS
50	Clinique saint orens (31)	Privé	SSR	Autre	Autre
51	Pouponnière andré bousquairol (31)	Privé	SSR	Evolucare technologie	OSIRIS
52	Mais repos convalescence sainte marie (31)	Privé	SSR	OpenXtrem	Medboard
53	SAS clinique saint exupéry (31)	Privé	MCO	WEB100T	DOPASOINS
54	Centre gériatrique des minimes (31)	Privé	SSR, USLD	Softway Médical	HOPITAL MANAGER
55	Ets publics de santé de Lomagne (32)	CH	MCO, SSR, USLD	Solware Life	PSI
56	Polyclinique de Gascogne (32)	Privé	MCO	CS3i	Emed
57	CH d'Auch (32)	CH	MCO, SSR, USLD	Autre	Autre

58	CH du gers (32)	CH	PSY	CAPCIR	CORTEXTE
59	CH de gimont (32)	CH	SSR, USLD	EVOLUCARE technologie	OSIRIS
60	CH de lombes samatan (32)	CH	SSR, USLD	EVOLUCARE technologie	OSIRIS
61	CH de mauvezin (32)	CH	SSR	Solware Life	PSI
62	CH de nogaro (32)	CH	SSR, USLD	EVOLUCARE technologie	OSIRIS
63	Centre pédiatrique saint jacques MPR (32)	Non PSPH	SSR	Autre	Autre
64	CRF saint-blancart (32)	Privé	SSR	Micro 6	DIAMM
65	HAD notre dame (46)	Privé	HAD	Non informatisé	Non informatisé
66	CH figeac (46)	CH	MCO	Syndicat interhospitalier de Bretagne	SILLAGE dossier patient
67	CH saint céré (46)	CH	MCO, SSR, USLD	EVOLUCARE technologie	OSIRIS
68	Union mutualiste la roseraie (46)	PSPH	SSR	2CSI	ERP Sano
69	CSSR notre dame (46)	PSPH	SSR	Autre	Autre
70	CH gourdon (46)	CH	MCO, SSR, HAD	Syndicat interhospitalier de Bretagne	Genois
71	CH cahors (46)	CH	MCO, SSR, HAD, USLD	Autre	Autre
72	CH gramat (46)	CH	MCO	EVOLUCARE technologie	OSIRIS
73	CH spécialisé Leyme (46)	PSPH	PSY	CAPCIR	CORTEXTE
74	Clinique le relais caillac (46)	Privé	SSR	EVOLUCARE technologie	OSIRIS
75	Clinique font redonde (46)	Privé	MCO, HAD	SIGEMS	SIH SIGEMS
76	HAD bigorre (65)	Privé	HAD	Non informatisé	Non informatisé
77	CH lourdes (65)	CH	MCO, SSR, USLD	Syndicat interhospitalier de Bretagne	Genois
78	CH bagneres de bigorre (65)	CH	MCO, SSR, USLD	Computer engineering	PHARMA

79	Hopital le montaignu (65)	CH	SSR, USLD	2CSI	ERP sano
80	Mais enf dietetique thermale capverne (65)	Privé	SSR	EVOLUCARE technologie	OSIRIS
81	Centre médical l'Arbizon (65)	PSPH	SSR	CHU Grenoble	Cristal-Net
82	Clinique maladies mentales lampres	Privé	PSY	SIGEMS	SIH SGEMS
83	CH bigorre	CH	MCO, SSR, USLD	Syndicat interhospitalier de Bretagne	GENOIS
84	Clinique refuge protestant (81)	Non PSPH	SSR	EVOLUCARE technologie	OSRIS
85	CRF albi union mutualiste tarnaise (81)	PSPH	SSR	Calystene	SIS calystene
86	CH albi (81)	CH	MCO, SSR, HAD, USLD	MEDIWARE	MO-patient
87	CH gaillac (81)	CH	MCO, SSR	Autre	Autre
88	Hôpital du pays d'autan (81)	CH	MCO, HAD, USLD, SSR	Autre	Autre
89	CH de graulhet (81)	CH	SSR	Solware Life	PSI
90	CH de Lavour (81)	CH	MCO, SSR, PSY, USLD	MEDIWARE	MO-patient
91	Centre médical château de cahuzac (81)	Privé	SSR	EVOLUCARE technologie	OSIRIS
92	HAD France albi lavour (81)	Privé	HAD	Non informatisé	Non informatisé
93	Clinique toulouse lautrec (81)	Privé	MCO, SSR	CS3I	Emed
94	CH montauban (81)	CH	MCO, PSY, SSR, USLD, HAD	Mckesson France	M-CrossWay
95	Clinique du pont de chaume (82)	Privé	MCO	Web100t	DOPASOINS
96	Clinique du docteur cave (82)	Privé	MCO	CS3I	Emed
97	CH de negrepelisse (82)	CH	SSR	EVOLUCARE technologie	OSIRIS
98	MRC château de	Privé	SSR	QSP SYSTEMS	EPIONE

	longues aygues (82)				
99	CRF cardiaques beaumont de lomagne (82)	Privé	SSR	Autre	Autre
100	SSR clinique la pinede (82)	Privé	SSR	CS3I	Emed
101	CH intercommunal castelsarrasin- moissac (82)	CH	MCO, SSR, HAD	Mckesson France	M-Crossway
102	CH de caussade (82)	CH	USLD	Non informatisé	Non informatisé

24) Liste des 51 établissements MCO de la région Midi-Pyrénées destinataires de l'enquête par questionnaire :

	A	B	C	D
	Dpt	finess juridique	nom ES	nbre de lits
1				
2	9	90781774	CHIVA	> 300
3		90781816	CHAC	> 300
4		90780107	CH Pays d'Olmes	< 300
5	12	120780044	CH Rodez	> 300
6		120780069	CH Villefranche de Rgue	> 300
7		120780085	CH Decazeville	< 300
8		120004528	CH Millau	< 300
9		120004619	CH St Afrique	< 300
10	31	310780671	CH Comminges Pyrénées	< 300
11		310781406	CHU Toulouse	> 800
12		310780085	Clin St Nicolas	< 300
13		310780101	Clin St Jean Languedoc	< 300
14		310780135	Clin Sarrus Teinturiers	< 300
15		310780150	Clin Medipole	< 300
16		310780259	Clin Pasteur	> 300
17		310780283	Nvelle Clin l'Union	> 300
18		310780309	Polyclin du Parc	< 300
19		310780366	Clin Monié	< 300
20		310780382	Clin Ambroise Paré	< 300
21		310781000	Clin des Cèdres	> 300
22		310781067	Hop Joseph Ducuing	< 300
23		310781505	Clin d'Occitanie	< 300
24		310781695	Polyclin de la Lèze	< 300
25		310782016	Clin St Exupéry	< 300
26		310782347	ICR	< 300
27	310786389	Clin des Pyrénées	< 300	
28	32	320780117	CH Auch	> 300
29		320780133	CH Condom	< 300
30		320780067	Polyclin Gascogne	< 300
31	46	460780083	CH Figeac	< 300
32		460780091	CH Saint Céré	< 300
33		22/01/2014	CH Gourdon	< 300
34		460780216	CH Cahors	> 300
35	460780067	Clin Font Redonde	< 300	
36	65	650780158	CH Lourdes	< 300
37		650780166	CH Bagnère de Bigorre	< 300
38		650780174	CH Lannemezan	> 300
39		650783160	CH de Tarbes Bigorre	> 300
40	650780679	Polyclin de l'Ormeau	< 300	
41	81	810000224	Clin Claude Bernard	< 300
42		810000331	CH Albi	> 300
43		810000349	CH Gaillac	< 300
44		810000380	CHIC Castres Mazamet	> 300
45		810000455	CH Lavaur	> 300
46		810101170	Clin Toulouse Lautrec	< 300
47			Hop. de Graulhet	< 300
48	810101444	Polyclin du Sidobre	< 300	
49	82	820000016	CH Montauban	> 300
50		820000040	Clin Croix St Michel	< 300
51		820000057	Clin Pont de Chaume	< 300
52		820000065	Clin Docteur Cave	< 300
53		820004950	CH Moissac	< 300

25) Les Mails et le questionnaire destinés aux officines de Midi-Pyrénées :

**Premier message d'information aux officines :**

Objet : enquête de l'Agence Régionale de Santé sur la prescription en DCI et les médicaments génériques.

Madame, Monsieur,

Le département « Sécurité des Pratiques » sous la responsabilité du Dr Elleboode de l'Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées vous informe que vous allez recevoir un message électronique destiné à une enquête sur la prescription en DCI, les médicaments génériques et le n°RPPS. Ce questionnaire doit être renseigné par un pharmacien de l'officine.

Vous recevrez un lien le vendredi 28 mars 2014 qui vous dirigera sur un questionnaire en ligne. Celui-ci est composé de **six questions**. La fenêtre de réponse sera ouverte entre le 28 mars et le 3 avril. La totalité des officines de Midi-Pyrénées est intégrée à cette enquête. Il découlera de ce diagnostic régional, un plan d'actions visant à faciliter la prescription et la dispensation de médicaments génériques.

Bien cordialement,

P/O Dr Dominique Bourgois,

Gael Tressens, Dr en pharmacie en stage au sein du département sécurité des pratiques de l'ARS Midi-Pyrénées.

**Second message contenant le lien de l'enquête :**

Objet : lien pour répondre à l'enquête de l'ARS sur la prescription en DCI et les médicaments génériques.

Madame, Monsieur,

Comme annoncé par mail du ----- veuillez trouver ci-joint le lien : ----- pour accéder aux **six questions** de l'enquête portant sur la prescription en DCI, les médicaments



génériques et le n°RPPS.

Lorsqu'il vous est demandé un pourcentage, c'est de l'ordre de l'estimation. De plus s'il y a une question où vous ne savez pas répondre vous pouvez passer à la suivante. La fenêtre de réponse est établie du 28 mars au 3 avril. Nous vous rappelons que la totalité des officines de Midi-Pyrénées est intégrée à cette enquête. Il découlera de ce diagnostic régional, un plan d'actions visant à faciliter la prescription et la dispensation de médicaments génériques.

Bien cordialement,

P/O Dr Dominique Bourgois,

Gael Tressens, Dr en pharmacie en stage au sein du département sécurité des pratiques de l'ARS Midi-Pyrénées.

### Le questionnaire :

#### **Etat des lieux : logiciels de dispensation et renseignements sur la prescription de sortie d'hospitalisation**

Adresse mail de l'officine : -----

N°RPPS du répondant : -----

1) \_\_\_\_\_ **Nom du logiciel de dispensation que vous utilisez (*préciser si possible la version*) :**

Réponse : ----- (ex : LGPI, WINPHARMA, ALLIADIS,...)

2) \_\_\_\_\_ **Nombre de laboratoire(s) génériqueur(s) auxquels vous passez des commandes en direct ?**

Réponse : -----

**Estimation du pourcentage de prescriptions de sortie d'hospitalisation rédigées exhaustivement en dénomination commune internationale (DCI) au cours des 3 derniers mois :**

3) \_\_\_\_\_

Réponse : ----- (0 à 100)

**A quel pourcentage estimez-vous que le n°RPPS (identifiant le médecin prescripteur) est indiqué sur les prescriptions de sortie d'hospitalisation ?**

4) \_\_\_\_\_

Réponse : ----- (0 à 100)

**A quel pourcentage estimez-vous que le n°RPPS apparait sur les prescriptions de médecins libéraux ?**

5) \_\_\_\_\_

Réponse : ----- (0 à 100)

**Estimation du pourcentage de n°RPPS (signalé sur la prescription hospitalière ou libérale) que vous enregistrez dans votre logiciel de dispensation :**

6) \_\_\_\_\_

Réponse : ----- (0 à 100)

**Commentaire(s) libre(s) :**

-----

26) Les Mails et le questionnaire destinés aux PUI MCO de Midi-Pyrénées :

**Premier message d'information aux PUI MCO :**

Objet : enquête de l'Agence Régionale de Santé sur la prescription de sortie d'hospitalisation.

Madame, Monsieur,

Le département « Sécurité des Pratiques » sous la responsabilité du Dr Elleboode de l'ARS vous informe que vous allez recevoir un mail destiné à une enquête sur la prescription de sortie d'hospitalisation.

Vous recevrez le vendredi 28 mars un lien qui vous dirigera directement sur un questionnaire en ligne de **sept questions**. La fenêtre de réponse sera établie du 28 mars au 10 avril. La totalité des PUI MCO de Midi-Pyrénées est sollicitée dans le cadre de cette enquête.

Bien cordialement,

P/O Dr Dominique Bourgois,

Gael Tressens, Dr en pharmacie en stage au sein du département sécurité des pratiques de l'ARS Midi-Pyrénées.

**Second message contenant le lien de l'enquête :**

Objet : lien pour répondre à l'enquête de l'ARS sur la prescription de sortie d'hospitalisation.

Madame, Monsieur,

Comme annoncé par mail du ----- veuillez trouver ci-joint le lien : ----- pour accéder aux **sept questions** de l'enquête portant sur la prescription de sortie

d'hospitalisation.

Lorsqu'il vous est demandé un pourcentage, c'est de l'ordre de l'estimation. De plus s'il y a une question où vous ne savez pas répondre vous pouvez passer à la suivante. La fenêtre de réponse est établie du 28 mars au 10 avril. Nous vous rappelons que la totalité des PUI MCO de Midi-Pyrénées est sollicitée dans le cadre de cette enquête.

Bien cordialement,

P/O Dr Dominique Bourgois,

Gael Tressens, Dr en pharmacie en stage au sein du département sécurité des pratiques de l'ARS Midi-Pyrénées.

### **Le questionnaire :**

#### **Etat des lieux : logiciels de prescription de médicaments et renseignements sur la prescription de sortie d'hospitalisation.**

**Nom de votre établissement :** -----

**Ville :** -----

**Département :** -----

**N° FINESS :** -----

1) \_\_\_\_\_ **Estimation du pourcentage de prescriptions de sortie d'hospitalisation manuscrites dans votre établissement :**

Réponse : ----- (0 à 100)

2) \_\_\_\_\_ **Nom de votre logiciel de prescription :**

Réponse : ----- (ex : OSIRIS, DOPASOINS,...)

3) \_\_\_\_\_ **Ce logiciel de prescription de médicaments permet-il de prescrire en dénomination commune internationale (DCI) ?**

- a. Oui
- b. Non

4) \_\_\_\_\_ **Estimation du pourcentage de prescriptions de sortie d'hospitalisation en DCI dans votre établissement :**

Réponse : ----- (0 à 100)

5) \_\_\_\_\_ **Estimation du pourcentage de molécules prescrites identifiées dans le répertoire des génériques de l'assurance maladie :**

Réponse : ----- (0 à 100)

6) \_\_\_\_\_ **Estimation du pourcentage de prescriptions de sortie d'hospitalisation intégrant le numéro RPPS des médecins prescripteurs de votre établissement :**

Réponse : ----- (0 à 100)

7) \_\_\_\_\_ **Si le n°RPPS n'est pas présent : pourquoi ?**

Justification : -----

**Commentaire(s) libre(s) :**

-----

27) Le mail final d'informations aux officines :

Objet : informations importantes de l'Agence Régionale de Santé.

Suite à une enquête réalisée sur les officines de Midi-Pyrénées, des informations concernant les prescriptions médicales sont nécessaires. **Tout d'abord le département sécurité des pratiques, sous la responsabilité du Dr Elleboode, remercie les pharmaciens ayant participé à l'enquête.**

Le n°ADELI est obsolète.

Le n°RPPS identifie le prescripteur. Dans moins de 10% des officines il n'est pas encore possible de l'enregistrer dans la fiche prescripteur. Il est fortement conseillé de l'enregistrer car celui-ci permet, notamment pour les prescriptions hospitalières, à l'assurance maladie de remonter au prescripteur hospitalier pour contrôler s'il prescrit lorsque c'est possible dans le répertoire des génériques.

Le n°AM ou autrement appelé n° « Assurance Maladie » présent sur les prescriptions de médecins libéraux, saisi lors de la tarification, permet d'être remboursé par l'assurance maladie. Sur les prescriptions de médecins libéraux il doit apparaître le couple n°AM/n°RPPS.

Le n°FINESS présent sur les prescriptions hospitalières, saisi lors de la tarification, permet d'être remboursé par l'assurance maladie. Sur les prescriptions de sortie d'hospitalisation il doit apparaître le couple n°FINESS/n°RPPS.

L'ARS va mettre en place des actions pour augmenter l'apparition du couple n°FINESS/n°RPPS sur les prescriptions de sortie d'hospitalisation. De plus, d'autres actions vont viser à augmenter les prescriptions de sortie d'hospitalisation en DCI. Ces actions, tournées vers les établissements de santé, s'inscrivent dans la politique de promotion du médicament générique en ville.

Bien cordialement,

P/O Dr Dominique Bourgois,

Gael Tressens, Dr en pharmacie en stage au sein du département sécurité des pratiques de l'ARS Midi-Pyrénées.

28) Un exemple de CAQOS destiné au CH de Rodez :

**CONTRAT D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE L'ORGANISATION DES SOINS  
PORTANT SUR LES MEDICAMENTS ET PRODUITS DE LA LPP REMBOURSES SUR  
L'ENVELOPPE SOINS DE VILLE ET PRESCRITS PAR LES PROFESSIONNELS DE  
SANTE EXERÇANT AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE**

**Entre les soussignés :**

**- L'Agence Régionale de Santé (ARS) :**

Midi-Pyrénées,  
10 Chemin du Raisin -31050 Toulouse  
représentée par Mme \*\*, Directrice

**- La Caisse d'Assurance Maladie** mentionnée aux articles L. 174-2 et suivants du code de la sécurité sociale

CPAM de l'Aveyron,  
Av Bamberg -12000 Rodez  
représentée par Mme \*\*, Directrice

**Et**

**L'établissement de santé :**

CH Rodez  
Avenue de l'Hôpital  
12027 Rodez Cedex 9  
Représenté par Mr \*\*, Directeur

Vu l'article L. 1435-4 du code de la santé publique

Vu l'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale

Vu l'article 45 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010

Vu le décret relatif à la régulation des dépenses de transports et de médicaments occasionnées par des prescriptions des établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe soins de ville

Vu l'arrêté du 23 décembre 2013 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments remboursées sur l'enveloppe soins de ville et prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé.

**Il a été convenu ce qui suit :**

**Article 1 : Objet du contrat**

Les parties au présent contrat conviennent des dispositions suivantes portant sur les modalités d'engagement et les objectifs de réalisation relatifs à la réduction du taux d'évolution des dépenses de médicament de l'établissement prises en charge par l'assurance maladie sur l'enveloppe de soins de ville et à l'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation.

Tous les médecins sont tenus dans leurs actes et prescriptions, d'observer la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Dans cette optique, l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicament porté au contrat donne lieu à la fixation d'un taux cible d'évolution des dépenses de médicament, pour chacune des trois années, par l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie et l'établissement de santé, en tenant compte du niveau initial d'évolution de ses dépenses de prescriptions hospitalières de médicament remboursées en ville, des caractéristiques sanitaires de sa patientèle et des conditions locales de l'organisation des soins.

Le taux cible annuel d'évolution des dépenses de médicament fixé à l'établissement de santé peut-être révisé chaque année par avenant au contrat pour tenir compte du taux national d'évolution arrêté par l'Etat.

L'avenant au contrat est proposé et approuvé dans les mêmes formes que le contrat.

**Article 2 : Durée du contrat.**

Le contrat est signé au plus tard au cours des six premiers mois de l'année civile et entre vigueur le premier jour du mois suivant sa signature et au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet.

Il est conclu pour une durée de 3 ans à compter de sa date d'entrée en vigueur.



### **Article 3 : Engagements de l'établissement**

L'établissement contractant s'engage :

- à relayer auprès des médecins prescripteurs exerçant au sein de l'établissement et des services concernés par les prescriptions de médicament, les actions de sensibilisation et d'information mises en œuvre par l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, afin d'atteindre le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicament fixé au présent contrat.
- à faire mentionner par les médecins prescripteurs leur numéro du répertoire partagé des professionnels de santé sur le formulaire de prescription.
- à améliorer son organisation interne pour améliorer les pratiques de prescription des médicaments.

Une liste d'indicateurs permettant de définir les objectifs de progrès est jointe en annexe 1 au présent contrat.

Les prescriptions de médicament prises en compte pour l'élaboration et le suivi des indicateurs définis dans le présent contrat sont celles qui sont réalisées par les médecins exerçant leur activité au sein de l'établissement et prises en charge par l'assurance maladie sur l'enveloppe de soins de ville.

### **Article 4 : Engagements de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie**

#### **4.1 Mise à disposition des données nécessaires au suivi du taux d'évolution des dépenses**

L'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie s'engage à fournir à l'établissement de santé, deux fois par an, les données nécessaires au suivi de l'application du présent contrat.

Chaque année, avant le 1<sup>er</sup> avril, l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie établit un bilan des prescriptions de médicament de l'établissement ayant occasionné des remboursements en ville l'année précédente et le transmet à l'établissement.

## 4.2 Suivi et accompagnement de l'établissement de santé

L'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie s'engage à :

- Informer l'établissement de santé sur ses engagements et le fonctionnement du contrat
- Mettre en œuvre des actions de sensibilisation
- Mettre en place des réunions d'information avec les praticiens hospitaliers, les responsables de pôles
- Communiquer à l'établissement de santé son profil d'activité en matière de prescription de médicament ;
- Mettre à sa disposition un interlocuteur privilégié pour l'accompagner dans sa démarche et le suivi de ses objectifs.

## **Article 5 : Modalités de fixation des taux d'évolution annuels et d'évaluation des objectifs portés au contrat**

### *5.1 Fixation des taux*

La détermination des objectifs de réduction des taux d'évolution des dépenses de médicament prescrits par les médecins exerçant dans l'établissement de santé et remboursées en ville, pour chacune des trois années couvertes par le contrat est établie sur la base :

- du bilan des dépenses de médicament prescrites de l'année civile précédente transmis par l'agence régionale avant le 1<sup>er</sup> avril de l'année de conclusion du contrat
- des caractéristiques de l'établissement en termes d'activité et de l'organisation des soins de son territoire.

Les taux annuels cibles portés au contrat visent à rapprocher les taux d'évolution de l'établissement du taux annuel fixé par arrêté des ministres prévu à l'article 47 de la loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Pour la première année du contrat, le montant des dépenses constituant l'objectif à atteindre est calculé en appliquant le taux cible fixé au contrat pour l'année considérée au montant des dépenses constatées l'année précédente.

Pour les deux années suivantes, le montant des dépenses constituant l'objectif à atteindre est calculé en appliquant le taux cible fixé au contrat pour les années considérées au montant des dépenses constituant l'objectif à atteindre de l'année précédente.

## *5.2 Evaluation*

A chaque date anniversaire d'entrée en vigueur du présent contrat, l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie évalue le niveau d'atteinte des objectifs fixés. L'évaluation s'établit en référence au montant des dépenses de l'année civile précédente et à leur évolution annuelle.

Les taux annuels cibles portés au contrat sont révisés chaque année au vu de l'évaluation annuelle et du taux mentionné à l'article 47 de la loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010. Ils donnent lieu à actualisation dans le cadre de l'avenant annuel au contrat pour tenir compte, le cas échéant, de la variation du taux arrêté annuellement par l'Etat.

### **Article 6 : Modalités de mise en œuvre du mécanisme de pénalités ou d'intéressement**

*En fonction du niveau d'atteinte de l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicament pour l'année considérée, l'établissement peut être enjoint à reverser à l'organisme local d'assurance maladie une partie du montant des dépenses de médicament qui lui sont imputables sous forme de pénalités ou bénéficier d'un intéressement par versement de l'organisme local d'assurance maladie d'une partie des économies qu'il aura générées.*

#### *6-1 Pénalités versées à l'assurance maladie*

Lorsque le montant des dépenses de médicament de l'établissement constaté pour l'année précédant la date anniversaire du contrat est supérieur au montant cible pour l'année considérée, l'agence régionale de santé peut enjoindre l'établissement de santé à reverser à l'organisme local d'assurance maladie un montant « M » correspondant à une fraction du dépassement « DE » entre le montant constaté pour l'année considérée et le montant cible. Cette fraction est égale à :

- 30%, si DE est inférieur à 34% du différentiel entre le montant cible et le montant de l'année précédente.

- 50% si DE est compris entre 34 et 64% du différentiel entre le montant cible et le montant de l'année précédente.
- 70% si DE est supérieur à 64% du différentiel entre le montant cible et le montant de l'année précédente.

#### *6-2 Intéressement versé à l'établissement*

Lorsque le montant des dépenses de médicament de l'établissement constaté pour l'année précédant la date anniversaire du contrat est inférieur au montant correspondant à l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicament pour l'année considérée, l'agence régionale de santé peut enjoindre l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une contrepartie financière sur 30% des économies réalisées et imputables au différentiel entre le montant des dépenses de médicament correspondant à l'objectif à atteindre fixé au présent contrat et le montant des dépenses constatées pour l'année considérée.

#### Article 7 : Modalités de révision

Le contrat peut faire l'objet d'ajustements en fonction des résultats des évaluations annuelles par voie d'avenant au présent contrat.

Chacune des parties peut demander, en accord avec ses partenaires, une révision du présent accord par voie d'avenant.

#### **Article 9 : Résiliation**

Chacune des parties peut résilier son engagement à tout moment et notamment en cas de :

- non-respect des engagements de l'accord du fait d'une des parties,
- modifications substantielles législatives, réglementaires ou modifications des référentiels.

La partie signataire notifie sa décision de résilier le présent contrat par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires de l'accord. Elle prend effet à l'échéance d'un préavis de 2 mois.

En cas de résiliation et de révision de l'accord, toutes les mesures seront prises en temps utile pour que les actions en cours soient menées à leur terme.

#### **Article 10 : Voies de recours**

En cas de contestation des versements, les parties peuvent saisir le tribunal administratif dans le ressort duquel l'autorité qui a pris la décision attaquée a légalement son siège, par lettre recommandée dans le délai de 2 mois à compter de la réception de la notification de la décision contestée et si le contentieux porte sur le montant de la créance ou du recouvrement, le tribunal des affaires de sécurité sociale.

**Fait à Rodez, le 1<sup>er</sup> juillet 2014.**

**Pour l'Agence Régionale de Santé**

**Pour l'Organisme Local d'Assurance Maladie concerné,**

**Pour l'établissement de santé**

## ANNEXE 1

### AU CONTRAT- TYPE

#### **Objectifs de l'établissement de santé : CH RODEZ**

Date de signature du contrat : 1<sup>er</sup> juillet 2014

Date d'effet du contrat : 1<sup>er</sup> juillet 2014

Les dépenses de médicament ont été évaluées à partir des prescriptions hospitalières constatées pour le régime général (et tous régimes dès disponibilité des données) prises en charge sur l'enveloppe des soins de ville des médecins exerçant leur activité dans l'établissement sur une période annuelle : du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 décembre 2013.

Montant des dépenses de référence : 10 649 294 €

Taux d'évolution de référence observé : 8.8%

Taux cibles d'évolution des dépenses de médicament fixé à l'établissement

1. année 1 : période du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 31 décembre 2014 : 5%,  
**Montant des dépenses correspondant au taux cible : 11 181 758 €**
2. année 2 : période du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 31 décembre 2015 : 5%  
**Montant des dépenses correspondant au taux cible : 11 740 845 €**
3. année 3 : période du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 31 décembre 2016 : 5%  
**Montant des dépenses correspondant au taux cible : 12 327 887 €**

Ces taux prennent en compte :

- Le taux d'évolution de référence observé
- Les caractéristiques de la patientèle de l'établissement
- Le contexte local d'organisation des soins (ouverture/fermeture de services ; zone rurale/montagnarde/sous-dense...)

Indicateurs des pratiques hospitalières en matière de prescriptions de médicament :

- Taux d'évolution des montants remboursés pour les médicaments prescrits par l'établissement comparé au taux prévisionnel national d'évolution des dépenses de médicament remboursées.
- Montant brut des dépenses prescrites par l'établissement.
- Structure des médicaments prescrits (montants prescrits et évolutions).
- Montant moyen prescrit par patient et par classes

ANNEXE 2  
A LA DECISION : NOTE METHODOLOGIQUE

**1. Mode de calcul du taux d'évolution des dépenses de médicament fixé à l'établissement**

Pour l'année N, le taux d'évolution des dépenses de médicament de l'établissement est calculé à partir du montant des dépenses de médicament de l'année N-1 rapporté au montant des dépenses de médicament de l'année N-2.

L'objectif d'évolution des dépenses fixé à l'établissement doit permettre de rapprocher le taux observé du taux prévisionnel d'évolution national fixé par arrêté ministériel en tenant compte du contexte et de l'environnement.

Les taux d'évolution cibles fixés pour la période du contrat doivent être atteignables au regard des moyens d'action pouvant être mis en œuvre par l'établissement compte tenu du diagnostic initial.

**2. Détermination du montant du versement de la pénalité ou de l'intéressement**

A la date anniversaire de la souscription au contrat, le montant des dépenses de médicament de l'année N est comparé au montant des dépenses de médicament attendu pour l'année N si le taux cible fixé au contrat était respecté (montant cible).

NB : Il convient de noter que les données transmises concernent dans un premier temps le seul régime général et seront complétées dès disponibilité des données par celles de la MSA, du RSI et le cas échéant de tous les autres régimes.

*a- Mécanisme de versement des pénalités*

Si l'établissement n'a pas atteint son objectif, le montant du reversement M est calculé de la façon suivante :

Pour la première année :

Soit  $MT_{réf}$  = montant des dépenses observé de l'année N-1

Soit  $MT_o$  = montant des dépenses cible de l'année N

Soit  $MT$  = montant des dépenses observé de l'année N

Soit  $Do$  = montant du différentiel cible =  $MT_o - MT_{réf}$  ;



Soit  $D$  = montant du différentiel observé =  $MT1 - MTréf$  ;

Soit dépassement  $DE = D - Do$

- Si  $DE/Do < 34\%$ ,  $M = D \times 30\%$

- Si  $DE/Do \geq 34\%$  et  $< 65\%$ ,  $M = D \times 50\%$

- Si  $DE/Do \geq 65\%$ ,  $M = D \times 70\%$

Pour les années suivantes :

Soit  $MTréf$  = montant des dépenses cible de l'année  $N$

Soit  $MTo$  = montant des dépenses cible de l'année  $N + 1$

Soit  $MT$  = montant des dépenses observé de l'année  $N + 1$

Soit  $Do$  = montant du différentiel cible =  $MTo - MTréf$  ;

Soit  $D$  = montant du différentiel observé =  $MT1 - MTréf$  ;

Soit dépassement  $DE = D - Do$

Idem pour la troisième année

#### *b- Mécanisme d'intéressement*

Si l'établissement a dépassé son objectif, le montant de l'intéressement  $I$  est calculé de la façon suivante :

Soit  $E$  le montant d'économies = Montant des dépenses cible de l'année  $N$  - Montant des dépenses observé de l'année  $N$  ;

$$I = E \times 30\%$$

Lorsque le résultat est conforme à l'objectif fixé, il n'y a ni pénalités, ni intéressement.

Tressens	Gaël	24/06/14
<b>Master 2</b> <b>Pilotage des politiques et actions en santé publique</b>		
<b>Etat des lieux et étude de faisabilité sur la prescription de sortie d'hospitalisation en DCI  annotée du n°RPPS. Opération d'information du patient hospitalisé sur le DP  ville – hôpital – ville.</b> <b>Propositions et perspectives.</b>		
<b>Promotion 2013-2014</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Le déficit actuel est de rendre perceptible les relations ville-hôpital. Ici, un support formel qui passe de l'hôpital à la ville est étudié : la prescription de sortie d'hospitalisation. Dans le cadre de la gestion du risque financier par l'assurance maladie, un enjeu majeur est d'identifier le prescripteur sur les ordonnances de sortie pour pouvoir avoir un regard sur ses prescriptions. Cela permettrait aussi aux officines de ville de pouvoir joindre le prescripteur si besoin. L'identifiant du prescripteur se nomme le numéro RPPS, c'est un identifiant qu'il possède à vie. Nous constaterons que pour que le système du RPPS fonctionne il faut que le médecin hospitalier s'identifie sur l'ordonnance et que l'officine l'enregistre dans son logiciel de dispensation pour le transmettre à l'assurance maladie. On trouvera dans les propositions les points critiques de ce processus et les solutions pour y remédier.</p> <p>La gestion du risque impose que les médecins hospitaliers prescrivent davantage Dénomination Commune Internationale pour faciliter la délivrance de médicaments génériques en ville. Nous verrons que ce changement de mode de prescription ne peut se faire sans l'utilisation du logiciel de prescription hospitalier et à quel point cette pratique est complexe. C'est pour cela qu'un bon compromis sera établi dans les propositions.</p> <p>Un outil informatique qu'est le Dossier Pharmaceutique a fait ses preuves en officine de ville. Cet outil permet d'enregistrer, en officine, sur la carte vitale le traitement du patient durant 4 mois. Cela permet une sécurité thérapeutique supplémentaire pour le patient. Le DP commence son déploiement en PUI. On a pu voir que la mise en place d'un autre système d'information à l'hôpital est compliqué car cela demande beaucoup de temps de l'intégrer au système déjà présent et qu'actuellement ses fonctionnalités à l'hôpital sont limitées. De plus, son coût doit être pris en compte. Il nous a alors paru judicieux, quand les équipes soignantes se seront appropriées cet outil, de proposer une action d'information sur celui-ci pour rendre le patient acteur de sa sécurité thérapeutique. On perçoit ainsi que <i>« de très bonnes idées sont dépendantes de la technique ! »</i></p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Relations ville-hôpital ; prescription de sortie d'hospitalisation ; gestion du risque financier ; numéro RPPS ; officine ; PUI ; dénomination commune internationale ; médicament générique ; logiciel de prescription hospitalier ; logiciel de dispensation officinal ; dossier pharmaceutique ; sécurité thérapeutique ; patient acteur</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires :  ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		