



COMMISSION PARITAIRE LOCALE PHARMACIENS

19 juin 2023

CPAM Côte d'Or

27/06/2023

ORDRE DU JOUR

I. APPROBATION DU RELEVÉ DE DÉCISIONS DU 6 MARS 2023

**II. ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES
EN DIRECT ADRESSÉS À LA PROFESSION : CNO
CONDITIONS DE PRESCRIPTION DES INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCÉE**

**III. SUIVI DES DÉPENSES DE SANTÉ
SUIVI DES DÉPENSES
NOUVELLES MISSIONS DES PHARMACIENS**

IV. ACTIONS DE GESTION DU RISQUE ET ACCOMPAGNEMENT

**CAMPAGNE D'ACCOMPAGNEMENT DÉLÉGUÉS ASSURANCE MALADIE : CNO, ENTRETIEN MATERNITÉ, ...
LUTTE CONTRE LES TRAFICS DE MÉDICAMENTS**

V. NUMÉRIQUE EN SANTÉ

POINT D'ÉTAPE MON ESPACE SANTÉ

ENVOI DES ORDONNANCES VIA MON ESPACE SANTÉ PATIENTS AUX PHARMACIENS

CAMPAGNE DÉLÉGUÉS NUMÉRIQUES EN SANTÉ

VI. QUESTIONS DIVERSES

RAPPEL SUR LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DU REPATHA

RAPPEL SUR LA QUALITÉ DE LA SAISIE DES NUMÉROS DES PRESCRIPTEURS

Y A-T-IL DES INFORMATIONS SUR LA FUSION CARTE VITALE ET CARTE D'IDENTITÉ (PROTOCOLE , MATÉRIEL , INVESTISSEMENT INFORMATIQUE, PROGRAMME DE MISE EN PLACE) POUR LUTTER CONTRE LES FRAUDES

QUID DES DÉLIVRANCES PROTOCOLISÉES POUR LA DISPENSATION PAR LE PHARMACIEN DE CERTAINS TRAITEMENTS (Y A-T-IL DU NOUVEAU ?)

LA PRÉPARATION DE LA LOI SÉNATORIALE DE ALAIN MILON DU 27 MARS 2023 « PRESTATAIRES DE SANTÉ A DOMICILE » AVEC INSCRIPTION AU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE .

RESTITUTION DE L'AVANCE DE TÉLÉMISE À JOUR DES CARTES VITALE

VII. CALENDRIER 2023 : 6 NOVEMBRE 2023

I – APPROBATION DU RELEVÉ DE DÉCISIONS DU 6 MARS 2023

Approuvé à l'unanimité.

II – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

En direct adressés à la profession depuis la dernière CPL :

02/06/2023 • Quatre règles de bonne pratique

24/05/2023 • Contraception d'urgence et préservatifs

23/05/2023 • Solution stérile pour traitement de la sécheresse oculaire

23/05/2023 • Produits pour complémentation nutritionnelle orale (CNO) destinés aux adultes

14/03/2023 • Paiement incomplet ou manquant ? Gagnez du temps avec le nouveau formulaire en ligne

II – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Conditions de prescription des infirmiers en pratique avancée :

Les infirmiers en pratique avancée (IPA) sont habilités à prescrire les médicaments autorisés en accès direct au public, certains dispositifs médicaux et à renouveler ou adapter certaines prescriptions médicales.

Les IPA sont habilités à **prescrire**:

- les médicaments de la liste mentionnée à l'article R. 5121-202 du code de la santé publique (CSP), c'est à dire non soumis à prescription médicale obligatoire autorisés en accès direct (liste ANSM) ;
- les dispositifs médicaux suivants :
 - Aide à la déambulation : cannes, béquilles, déambulateur, embouts de canne.
 - Aide à la fonction respiratoire : débimètre de pointe.
 - Fauteuils roulants à propulsion manuelle de classe 1, à la location pour des durées inférieures à 3 mois.
 - Prothèse capillaire.
 - Prothèse mammaire externe.
 - Attelles et orthèses de série.
 - Chaussures thérapeutiques de type CHUT/ CHUP.
 - Matériel de maintien à domicile (lit médicalisé, lève-malade, chaise percée, dispositif de verticalisation).
 - Chaussettes et orthèses thérapeutiques anti-escarres.



II – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

L'IPA peut **renouveler**, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales dont la liste figure en annexe V de l'arrêté du 18 juillet 2018 modifié fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique :

- médicaments anticancéreux dont le renouvellement ou l'adaptation de la prescription doit faire l'objet d'une procédure écrite établie par le médecin;
- thymorégulateurs ;
- psychostimulants ;
- antipsychotiques atypiques ;
- neuroleptiques conventionnels ;
- antiépileptiques dans le traitement de troubles psychiatriques ;
- traitement de substitution aux opiacés.

Les pharmaciens dispensateurs sont habilités à honorer ces ordonnances en application de l'article R5132-6 du CSP.

III – SUIVI DES DÉPENSES DE SANTÉ

Période de remboursement du 01/01/2023 au 31/03/2023

Montants présentés en base de remboursement

Prestations		Régime général		MSA		RSI		AUTRES		TOTAL COTE-D'OR		Région (PCAP)	France (PCAP)
		Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP		
MEDICAMENT	Médicaments classiques	40 906 543	-8,2%	4 196 719	3,1%			1 879 422	3,0%	46 982 684	-6,9%	-8,4%	-13,5%
	Médicaments divers	19 674 372	16,9%	4 741	8,0%			212 022	-22,9%	19 891 135	16,3%	14,6%	12,9%
Total MEDICAMENT		60 580 915	-1,3%	4 201 460	3,1%			2 091 444	-0,4%	66 873 819	-1,0%	-2,9%	-7,0%
LPP	Appareils matériels de traitements	3 657 221	4,1%	288 427	6,3%			131 855	2,6%	4 077 503	4,2%	4,1%	5,0%
	Articles de pansements	1 360 421	6,7%	114 054	-6,2%			60 613	-3,0%	1 535 087	5,2%	6,5%	5,9%
	Autres frais LPP	43 715	36,5%	2 464	-32,1%			812	-19,2%	46 991	28,1%	7,5%	6,2%
	Orthèses	1 361 855	10,1%	82 127	3,3%			41 718	8,6%	1 485 700	9,7%	6,8%	5,9%
Total LPP		6 423 212	6,0%	487 072	2,3%			234 988	1,9%	7 145 282	5,6%	5,1%	5,4%
AUTRES	Autres rémunérations	240 650	-12,1%							240 650	-12,1%	-3,6%	-0,8%
	ROSP	664 456	NS							664 456	-100,0%	-100,0%	
Total AUTRES		905 106	230,6%							905 106	230,6%	172,9%	210,9%
TOTAL		67 909 234	0,3%	4 688 531	3,0%			2 326 442	-0,2%	74 924 208	0,5%	-1,4%	-5,2%

Période de remboursement du 01/01/2022 au 31/03/2022

Montants présentés en base de remboursement

Prestations		Régime général		MSA		RSI		AUTRES		TOTAL COTE-D'OR		Région (PCAP)	France (PCAP)
		Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP		
MEDICAMENT	Médicaments classiques	44 545 213	22,4%	4 070 839	16,1%			1 824 958	10,8%	50 441 010	21,4%	20,0%	25,2%
	Médicaments divers	16 828 002	25,6%	4 391	47,4%			275 134	20,4%	17 107 527	25,6%	18,7%	16,4%
Total MEDICAMENT		61 373 215	23,3%	4 075 230	16,1%			2 100 092	12,0%	67 548 537	22,4%	19,7%	22,9%
LPP	Appareils matériels de traitements	3 514 382	1,6%	271 370	-4,0%			128 622	-7,3%	3 914 375	0,9%	2,3%	3,4%
	Articles de pansements	1 274 582	-7,1%	121 603	10,1%			62 508	11,2%	1 458 693	-5,2%	-3,4%	-2,8%
	Autres frais LPP	32 037	-36,2%	3 631	32,2%			1 005	-25,9%	36 673	-32,4%	-8,9%	-7,1%
	Orthèses	1 236 904	2,7%	79 539	7,5%			38 424	5,2%	1 354 867	3,1%	2,5%	4,8%
Total LPP		6 057 906	-0,4%	476 143	1,3%			230 560	-1,0%	6 764 608	-0,3%	1,0%	2,2%
AUTRES	Autres rémunérations	273 790	7,9%							273 790	7,9%	3,7%	-0,4%
	ROSP											-100,0%	-91,7%
Total AUTRES		273 790	7,9%							273 790	7,9%	3,7%	-0,4%
TOTAL		67 704 911	20,6%	4 551 373	14,4%			2 330 652	10,5%	74 586 935	19,9%	17,4%	20,4%

IV – SUIVI DES DÉPENSES DE SANTÉ

Nouvelles missions du pharmacien

Mission réalisées par les officines de ville de BFC - cumul 12 derniers mois à fin avril 2023

	Accompagnements patients		Aide à la téléconsultation		TROD Angine			Kits dépistage cancer colorectal (depuis 06/22)		Entretiens femme enceinte (depuis 11/22)		Vaccinations*	
	Nb d'actes	Part d'officines	Nb d'actes	Part d'officines	Nb d'actes	% d'actes non prescrits	Part d'officines	Nb d'actes	Part d'officines	Nb d'actes	Part d'officines	Nb d'actes	Part d'officines
Côte-d'Or	635	30%	719	10%	431	71%	39%	5 288	92%	106	18%	92 329	99%

Source : ERASME régional – RG seul

*Toutes vaccinations : grippe, covid, et autres vaccins depuis le 7/11/22

2022

Côte-d'Or	557	30%	599	9%	170		25%	710	60%	19	6%	113 859	99%
-----------	-----	-----	-----	----	-----	--	-----	-----	-----	----	----	---------	-----

2021

Côte-d'Or	413	35%	327	8%	32		8%					109 814	100%
-----------	-----	-----	-----	----	----	--	----	--	--	--	--	---------	------

IV – ACTION DE GESTION DU RISQUE ET ACCOMPAGNEMENT

Campagne des délégués de l'Assurance Maladie : (juin / juillet / août)

- Entretien femme enceinte
- Rappel sur les Compléments nutritionnels oraux
- Rappel sur l'accord préalable sur les médicaments hypolipémifiants
- Bandelettes d'autosurveillance glycémique (Ciblage national de 10 952 pharmacies ayant délivré à :
 - au moins 15 patients au-dessus du seuil réglementaire de 200 bandelettes
 - moins de 15 patients au-dessus du seuil réglementaire de 200 bandelettes mais présentant une délivrance max pour au moins 1 patient $\geq$ 1000 bandelettes"
- Formulaire en ligne de réclamation sur les paiements
- Rebond sur la sérialisation et sur ordonnance numérique

IV – ACTION DE GESTION DU RISQUE ET ACCOMPAGNEMENT

Lutte contre le trafic de médicaments :

Définition juridique

L'infraction dite de « *trafic de substances vénéneuses* » est définie à l'article L. 5432-1 du code de la santé publique pour les professions réglementées (professionnels de santé) et à l'article L. 5432-2 du même code pour toute autre personne.

Ainsi, sont passible de poursuites pour trafic de substances vénéneuses :

- la vente ou cession de médicaments, sans être pharmacien, même à des connaissances,
- les opérations de transport, détention, offre, cession et acquisition illicites de médicaments en vue de leur exportation.

Le trafic de substances vénéneuses concerne l'ensemble des médicaments soumis à prescription médicale (médicaments inscrits sur liste I ou II), à l'exception des médicaments classés comme stupéfiants. Pour ces derniers, l'infraction de trafic de stupéfiants est définie à l'article 222-37 du code pénal.

IV – ACTION DE GESTION DU RISQUE ET ACCOMPAGNEMENT

Lutte contre le trafic de médicaments :

Préconisations spécifiques aux situations d'utilisation de fausses ordonnances, notamment de médicament onéreux :

- Lorsque l'ordonnance facturée présente des non-respects réglementaires ou des incohérences manifestes (liste limitative des situations concernées en annexe 5) :
 - ⇒ indu au pharmacien, qui n'aurait pas dû délivrer sur présentation d'ordonnances non conformes,
 - ⇒ pénalité financière pour fraude à l'encontre de l'assuré⁸, pour usage de fausses ordonnances, ainsi qu'un signalement article 40, s'agissant de la participation à un trafic de médicament.
- Lorsque l'ordonnance ne présentait aucun non-respect réglementaire ni incohérence manifeste :
 - ⇒ lettre de mise en garde adressée au pharmacien,
 - ⇒ indu notifié à l'assuré⁴, avec pénalité financière pour fraude et signalement article 40.

V –NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Point d'étape Mon Espace Santé :

Nombre de DMP alimentés par mois - Etablissements MCO

Dpt	Nom de l'établissement	juin-22	juil-22	août-22	sept-22	oct-22	nov-22	déc-22	janv-23	févr-23	mars-23	avr-23	mai-23
21	CGFL						1	1	1	1	2		2
21	CH Haute Côte-d'Or												64
21	CH Semur	3 334			5 621							1 023	1 967
21	CHU Dijon	2 936	4 472	5 106	6 472	6 221	6 687	5 809	5 946	7 805	12 295	10 692	11 431
21	Clinique Benigne Joly							263	315	494	975	1 098	724
21	Hospices civils Beaune							1				204	881
21	HPDB	1 127	830	886	1 868	1 154	3	1 867	405	3 320	301	2 264	1 556

Nombre de DMP alimentés sur les 12 derniers mois

Les alimentations des laboratoires de biologie sont rattachées au site juridique. A noter qu'aucun site principal n'est implanté dans le T. de Belfort : les labos présents sont des sites géographiques de Bioallan, dont le site principal situé dans le Doubs alimente des DMP.

Finess géo	Nom de l'établissement	juin-22	juil-22	août-22	sept-22	oct-22	nov-22	déc-22	janv-23	févr-23	mars-23	avr-23	mai-23
210011219	BC-LAB	9 675	11 585	9 009	9 683	10 775	9 542	5 146	5 548	7 851	1 252		
210011391	BIO MED 21	11 719	12 601	12 528	14 813	14 961	13 602	8 285	13 215	12 745	15 224	12 354	12 554

VI –NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Point d'étape Mon Espace Santé :

L'ensemble des cabinets libéraux de radiologie de Côte-d'Or a déployé la version SEGUR de son système informatique en mai 2023.

Ainsi, dès que le patient est identifié via son INS qualifié, le partage des comptes rendus entre les professionnels de santé et avec le patient est réalisé en échange numérique sécurisé.

INS qualifié : Identifiant national de Santé validé par une pièce d'identité

V –NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Envoi des ordonnances via mon Espace Santé patients aux pharmaciens : POSSIBLE DEPUIS LE 25 MAI

Rappel de la messagerie citoyenne : matricule *INS* du patient suivi de « @patient.mssante.fr ».

Pour recevoir et consulter les ordonnances partagées par les usagers via la messagerie de Mon espace santé, **les pharmacies doivent être équipées d'une boîte aux lettres MSSanté organisationnelle référencée dans l'annuaire santé géré par l'Agence du Numérique en Santé (ANS).**

Le patient :

- retrouve l'ordonnance dans la rubrique « documents », qu'elle ait été ajoutée par lui-même ou par un professionnel de santé, via l'application ou le site de Mon espace santé ;
- la transmet directement à la pharmacie de son choix, en la sélectionnant parmi celles proposées dans son historique, ou par recherche.

Le pharmacien :

- anticipe la préparation de la délivrance et la commande éventuelle de médicaments ou de dispositifs médicaux ;
- se prépare à la future généralisation de la e-prescription.

Cette nouvelle fonctionnalité répond à un besoin de communication plus fluide, centralisée et sécurisée, dans un
¹⁵ contexte d'accroissement des échanges de documents entre patients et pharmaciens.



VI –NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Mon espace santé - Usages possibles en fonction du statut du compte utilisateur



Un compte activé est un compte auquel la personne s'est connectée au moins une fois (avec vérification de la carte vitale à l'activation). Elle peut alors commencer à utiliser les fonctionnalités de Mon espace santé comme le profil médical ou l'ajout de document.

Toute personne qui ne s'est pas opposée à Mon espace santé se verra automatiquement créer un compte. Les utilisateurs en sont informés. Les comptes peuvent être alimentés par des documents ou recevoir des messages. Pour les consulter, l'utilisateur doit activer son compte.

	Envoi d'un message dans la messagerie sécurisée de Mon espace santé	Alimentation de Mon espace santé avec 1 document (via le DMP)
Le patient a activé Mon espace santé	✓ Le professionnel peut envoyer un message au patient - E Le patient reçoit une notification sur sa boîte mail personnelle enregistrée au moment de l'activation. ✓ Le patient peut y répondre	✓ L'espace santé du patient est alimenté - E Le patient reçoit une notification sur sa boîte mail personnelle enregistrée au moment de l'activation. ✓ Le patient peut consulter le document

V – NUMÉRIQUE EN SANTÉ

	Envoi d'un message dans la messagerie sécurisée de Mon espace santé	Alimentation de Mon espace santé avec 1 document (via le DMP)
Le patient n'a pas activé Mon espace santé mais son compte a été créé automatiquement	✓ Le professionnel peut envoyer un message au patient - E Le patient reçoit une notification sur sa boîte mail personnelle connue par l'assurance maladie (AM). - L'usager qui n'a pas d'adresse mail enregistrée auprès de l'AM reçoit un relevé d'activité de Mon espace santé tous les ans. - L'usager doit activer Mon espace santé pour consulter le message	✓ L'espace santé du patient est alimenté - E Le patient reçoit une notification sur sa boîte mail personnelle connue par l'assurance maladie (AM). - L'usager qui n'a pas d'adresse mail enregistrée auprès de l'AM reçoit un relevé d'activité de Mon espace santé tous les ans. - L'usager doit activer Mon espace santé pour consulter le document
L'usager s'est opposé à Mon espace santé	✗ Le message n'est pas envoyé et le professionnel reçoit un message d'erreur en réponse à son message. ✗ Le patient n'est pas notifié	✗ Après avoir tenté d'alimenter le DMP de l'usager, le professionnel reçoit un retour automatique d'erreur dans son logiciel indiquant que le DMP est fermé. ✗ Le patient n'est pas notifié

En cas de difficulté du patient pour activer « Mon espace santé », il peut contacter le **3422** qui l'aidera à toutes les étapes.

V –NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Un parcours en 3 étapes :



1

L'**usager cherche** parmi ses documents présents dans son profil Mon espace santé l'**ordonnance à partager** à une pharmacie



2

Il **sélectionne un destinataire** parmi la liste de ses contacts disponibles, les pharmacies proposées (présentes dans son HR¹) ou effectue une recherche de pharmacie²



3

Il **rédige un message** pour accompagner son ordonnance (message prérempli mais modifiable par l'utilisateur)

Prérequis Usager

- ✓ Avoir activé son profil Mon espace santé

Prérequis Officine

- ✓ Être équipé d'une Boîte aux lettres (BAL) MSSanté de type Organisationnelle

¹ Historique de remboursements

² Il ne doit pas y avoir de communication proactive vers les usagers sur cette possibilité de recherche

V – NUMÉRIQUE EN SANTÉ



Fonctionnalité permettant à l'utilisateur d'envoyer un document (ordonnance ou autre) à toute pharmacie équipée en BAL MSSanté organisationnelle, même vers les pharmacies n'ayant pas initié de conversation avec lui.



Même si le patient partage son ordonnance à l'officine via Mon espace santé, il devra tout de même apporter la version papier de l'ordonnance lors de sa venue à l'officine pour la délivrance.



Généralisée le 15 mai 2023 sur Mon espace santé en version web
Également disponible sur l'application Mon espace santé depuis le 22 mai.

V –NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Envoi des ordonnances via mon Espace Santé patients aux pharmaciens :

Sur 166 officines, 149 disposent d'une MSS dont 41 d'une MSS organisationnelle.

Pour installer une MSS organisationnelle, il convient de contacter son éditeur de logiciel.

ÉTAT D'AVANCEMENT DES PRÉSÉRIES ORDONNANCE NUMÉRIQUE

06 Juin
2023

- 39 logiciels ont été autorisés « ordonnance numérique » (30 logiciels médecins, 8 logiciels pharmaciens et 1 logiciel moteur)
- Plus de 3 Millions d'ordonnances numériques créées durant les préséries et le déploiement (depuis le 01/01/2022)

Parmi eux, 24 logiciels sont autorisés au CNDA et sont en phase de préparation pour les préséries :

						Acteur.fr Aatlantide	AlmaPro Association Alma	Axi Santé Compugroup	DESMOS JUXTA
DrSanté Calimaps	éO EIG Santé	Follow Health Follow	FISImed FISI	LifeLine ICP Conseil	MEDILINK ICT	Med'OC A.D.SION	MLM Cegedim Santé	Ordoclic Ordoclik	OPHTIX NG OPHTEL
OX Mediboard OpenXtrem	PharmaVitale CEPI	Reflex System Reflex santé AP	Shaman Ouvrez La Boite	Smart Rx Smart Rx	Softin MagicMED	SOMELOG EPOS	VisioPharm VisioPharm	Winpharma Eversys	XMed A10 Technologie

Avec 10 logiciels en phase de présérie :

HelloDoc Imagine Editions	LEO CERP Rouen	MédiClick Cegedim Santé	Médimust Cegedim Santé	Médi Pratik Pratilog	MédiStory Prokov Editions	MSI 2000 Actipharm	Pharmaland LSI	Tamm OpenXtrem	Easy-care Calimed
------------------------------	-------------------	----------------------------	---------------------------	-------------------------	------------------------------	-----------------------	-------------------	-------------------	----------------------

Et 5 logiciels ont terminé les phases de préséries, autorisés à déployer

Altyse ARDC	Crossway Cegedim Santé	Doctolib Doctolib	LGPI Equasens	Weda Weda SAS
----------------	---------------------------	----------------------	------------------	------------------

VI –NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Campagne des Délégués Numériques en Santé :

- Contenu de la campagne : l'ordonnance numérique, la MSS, le DMP.
- Pour les pharmacies qui n'ont pas encore bénéficié de cette campagne, elles peuvent contacter le service : eservices.cpam-cote-or@assurance-maladie.fr

LA SÉRIALISATION

Présentation de la mesure :

- Le dispositif de sérialisation vise à lutter contre l'introduction de médicaments falsifiés dans l'Union européenne (directive 2011/62/UE du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2011).
- Un plan d'action conduit par le ministère a vocation à permettre la mise en conformité de la France avec les obligations prévues au niveau européen pour la sérialisation des médicaments.
- Un numéro d'identification unique est attribué à chaque boîte de médicament par le fabricant, lisible en clair sur la boîte et encodé dans un code barre appelé « data matrix ». Ce numéro permet un suivi tout au long de la chaîne de distribution jusqu'à l'officine. Le pharmacien doit scanner le « data matrix » présent sur la boîte pour vérifier l'authenticité des informations inscrites sur le produit et désactive ainsi l'identifiant unique qui ne peut plus être attribué à une autre boîte, en vertu de l'article 25 du règlement délégué 2016/161 de la Commission européenne du 2 octobre 2015.
- La désactivation préalable de l'identifiant unique sur chaque boîte délivrée concernée est prévue aux articles R. 5121-138-1 et R. 5121-138-3 du code de la santé publique et rappelée dans l'arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments en officines.

LA SÉRIALISATION

Au 2 janvier 2023, 92 % des pharmacies (19 109 pharmacies sur 20 773) étaient connectées au dispositif de sérialisation à l'officine et 78,6 % décommissionnaient effectivement les médicaments, selon les derniers chiffres publiés par l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Les officines qui ne sont pas dans la démarche doivent se lancer activement dans la sérialisation, c'est-à-dire :

- engager les démarches de souscription auprès du CNOP ou d'enregistrement en direct sur le site de France MVO ;
- se connecter effectivement au répertoire de vérification des médicaments ;
- désactiver les identifiants uniques des médicaments.

Pour information : l'inscription auprès de France MVO et la connexion au NMVS sont très simples et que le décommissionnement est transparent au quotidien, lors des délivrances de médicaments.

A noter : bien que payante, la souscription auprès du CNOP ne nécessite aucune ressource technique ou informatique et peut donc s'avérer intéressante pour les pharmaciens qui souhaitent opter pour une solution simplifiée.

Dans tous les cas, l'officine doit se rapprocher de son éditeur de logiciel pour tout accompagnement technique.

VI - QUESTIONS DIVERSES

Rappel sur les conditions de prise en charge du REPATHA ou PRALUENT depuis le 15 décembre 2020 :

Demande d'accord préalable, EVOLOCUMAB - CLASSE DES ANTI-PCSK9

- articles L.315-2, R.315-14, R.315-15, R.315-16, R.163-2 3ème alinéa et R.165-1 dernier alinéa du code de la sécurité sociale -

NOTICE

Le remboursement de l'evolocumab est soumis à l'accord du service du contrôle médical fonctionnant auprès des organismes d'assurance maladie.

IMPORTANT

**LE MEDECIN PRESCRIPTEUR DOIT EFFECTUER CETTE DEMANDE DE MANIÈRE DÉMATÉRIALISÉE SUR
"AMELI PRO" VIA LE SERVICE "ACCORD PRÉALABLE MÉDICAMENT"**

► Dans quelle situation cette demande d'accord préalable doit-elle être établie ?

Le médecin prescripteur doit établir la demande d'accord préalable pour chaque prescription d'evolocumab, c'est-à-dire en cas d'instauration ou de renouvellement du traitement.

Elle est réalisée sur le présent formulaire **uniquement** si le médecin prescripteur n'a pas la possibilité d'effectuer cette demande d'accord préalable de manière dématérialisée sur son compte professionnel de santé sécurisé de l'assurance maladie via le service "Accord Préalable Médicament", c'est-à-dire si son équipement ne le permet pas.

Les conditions d'accord ou de refus de prise en charge sont définies par l'arrêté de prise en charge de l'evolocumab qui fixe les indications thérapeutiques remboursables. La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la stratégie thérapeutique du médicament concerné, reprise dans la fiche d'information thérapeutique publiée au Journal Officiel (JO). Pour l'évolocumab, les indications thérapeutiques remboursables ont un périmètre plus restreint que les indications thérapeutiques de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).

VI - QUESTIONS DIVERSES

Les conditions de prescriptions restreintes d'évolocumab définies par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) sont également vérifiées dans cette demande d'accord préalable. La prescription initiale et annuelle est réservée aux spécialités en cardiologie, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ou de médecine interne. Le renouvellement infra-annuel n'est pas restreint.

L'accord ou le refus du contrôle médical placé près des organismes d'assurance maladie vaut pour la durée de cette prescription. En cas de refus de prise en charge, le prescripteur est tenu d'apposer la mention "non remboursable" sur les prescriptions du médicament ayant fait l'objet de la demande.

Lors d'un renouvellement de traitement, le médecin prescripteur ayant accès au télé-service, a la possibilité de vérifier l'accord d'instauration de traitement reçu par le patient et de le renouveler le cas échéant. S'il n'a pas la possibilité d'effectuer le renouvellement de manière dématérialisée, il est tenu de compléter les champs correspondant sur le présent formulaire.

Le prescripteur doit, lors de toute demande d'accord préalable de mise sous traitement d'évolocumab :

- Compléter les champs correspondant à l'instauration ou au renouvellement de traitement de ce formulaire selon le cas, sans oublier d'indiquer le numéro d'immatriculation de l'assuré(e), le nom de son centre de paiement ou de sa section mutualiste (se reporter à l'attestation papier de la carte vitale).

VI - QUESTIONS DIVERSES

- Envoyer immédiatement, à l'adresse dédiée à votre région, les volets 1 et 2 de la présente demande au Médecin Conseil placé auprès de la :
 - ⇒ Caisse d'assurance maladie pour les assuré(e)s relevant du régime général ou d'un régime particulier ou spécial de sécurité sociale.
 - ⇒ Caisse de mutualité sociale agricole pour les exploitants et les salarié(s) agricoles.

L'organisme d'assurance maladie prend en charge le traitement en cas d'accord et sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.

MODALITÉS DE RÉPONSE DE L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE :
L'ASSURANCE MALADIE DISPOSE DE 15 JOURS, À COMPTER DE LA RÉCEPTION PAR LE SERVICE MÉDICAL DE LA DEMANDE DUMENT COMPLÉTÉE POUR ENVOYER UNE ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE OU VOUS NOTIFIER UN REFUS
EN CAS D'ACCORD, LE VOLET 3 DU PRÉSENT FORMULAIRE TIENT LIEU D'ORDONNANCE DE MÉDICAMENT D'EXCEPTION A PRÉSENTER AU PHARMACIEN AVEC L'ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE.

Vous êtes informés que la décision résultera pour partie d'un algorithme appliqué aux données que vous nous communiquez, dans le respect des indications thérapeutiques remboursables.

VI - QUESTIONS DIVERSES

1/ Extrait du relevé de conclusions de la CPL du 1^{er} mars 2021

Deux arrêtés du 8 décembre sont parus au Journal Officiel du 10 décembre 2020

Le médecin utilise le téléservice de prescription : l'accord du service médical est transmis directement via le téléservice, il est mentionné sur l'ordonnance remise à l'assuré.

Le médecin n'utilise pas le téléservice : la CPAM notifie la décision d'accord ou de refus de prise en charge.

En cas d'absence d'attestation de prise en charge, le pharmacien peut délivrer le médicament mais l'assuré devra avancer les frais. En cas de notification de refus le médicament ne sera pas remboursé à l'assuré.

L'assuré présente donc soit la prescription issue du logiciel du médecin soit le volet 2 de l'imprimé papier.

M. VARIOT demande si tous les accords seront notifiés. M. PEROT indique qu'il transmet toutes les décisions aux services administratifs qu'ils soient positifs ou négatifs. Mme MACNIAK confirme que tous les accords ou refus sont notifiés aux assurés.

M. VARIOT rappelle que ces médicaments sont onéreux (environ 400 €), les assurés ne pourront donc pas avancer l'argent. Il est donc préférable de différer la délivrance jusqu'à réception de l'avis de l'Assurance Maladie.

2/ Diaporama de la CPL diffusé à l'ensemble de la profession le 7 avril 2021 (diapos 10/11/12)

3/ Message CNAM de rappel à toute la profession le 24/08/2021

VI - QUESTIONS DIVERSES

4/ Extrait du relevé de conclusions de la CPL du 22 juin 2022:

➤ Médicaments anti-PCSK9 soumis à DAP

Mme MONTANDON rappelle que deux arrêtés publiés au Journal officiel du 8 décembre 2020 ont renforcé les dispositifs actuels encadrant la prise en charge des **médicaments anti-PCSK9**, en subordonnant, pour les prescriptions établies à compter du **15 décembre 2020**, la prise en charge de ces spécialités à **l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie**.

En effet, ces spécialités ont des indications remboursables restreintes, des conditions de prescription particulières, des coûts élevés ainsi que des risques prévisibles de mésusage.

Ce dispositif de demande d'accord préalable (DAP) concerne deux médicaments de 3e intention prescrits dans l'hypercholestérolémie et les dyslipidémies mixtes et destinés à traiter l'excès de cholestérol dans le sang :

- [evolocumab \(Repatha®\)](#) ;
- [alirocumab \(Praluent®\)](#).

Le pharmacien doit, pour délivrer en tiers-payant, constater l'accord :

- sur la version imprimée de la prescription issue du téléservice et qui mentionne l'avis favorable de prise en charge ;
- ou sur l'attestation de prise en charge fournie par le patient avec le volet 3 du formulaire DAP.

À noter : Le médicament prescrit à l'assuré peut toujours être délivré, mais **en ne pratiquant le tiers payant que si l'accord de l'Assurance Maladie pour la prescription est constaté**. Sinon, l'assuré devra en avancer les frais. En cas de notification de refus, le médicament ne sera pas remboursé à l'assuré.

Document communiqué par l'Assurance Maladie

5/ Diaporama de la CPL diffusé à l'ensemble de la profession le 10 octobre 2022 (diapo 24)

VI - QUESTIONS DIVERSES

Rappel sur la qualité de la saisie des numéros des prescripteurs :

Les actions de l'Assurance Maladie en direction des prescripteurs notamment s'appuient largement sur les données de délivrance / facturation transmises par les pharmaciens.

La vigilance des pharmaciens sur la qualité de la saisie des numéros des prescripteurs présente sur les prescriptions est importante pour la qualité des données exploitées.

VI - QUESTIONS DIVERSES

Y a-t-il des informations sur la fusion carte vitale et carte d'identité (protocole , matériel , investissement informatique, programme de mise en place) pour lutter contre les fraudes ?

- Une proposition visant à lancer une mission de préfiguration commune aux Ministères des Comptes publics, de la Santé et de l'Intérieur d'ici début juillet pour travailler « à la mise en œuvre technique et juridique ».
- Cette proposition ne remet pas en cause le déploiement de l'appli carte Vitale.

LES RECOMMANDATIONS DE LA CNIL EN CAS DE FUSION DE LA CARTE VITALE AVEC LA CARTE D'IDENTITÉ

La Cnil a formulé les recommandations suivantes :

- **s'assurer** que le **NIR** (numéro de sécurité sociale) soit **inscrit** dans un **compartiment cloisonné** au sein de la puce électronique des nouvelles « cartes d'identité électroniques » et non pas écrit sur la carte, même avec un QR code. Ce numéro ne serait lisible que par les outils et acteurs de la sphère médicale et médico-sociale ;
- mettre en œuvre des mesures de sécurité particulières afin de garantir que le NIR ne soit pas communiqué à d'autres acteurs ;
- prévoir l'application du **secret professionnel** à toute personne accédant au NIR sur la carte d'identité, notamment au moment de la création du titre ;
- la carte Vitale n'étant pas obligatoire, la loi devra prévoir la possibilité pour l'assuré de **s'opposer** à l'**inscription** de son **numéro de sécurité sociale** sur son titre d'identité, et des alternatives à l'utilisation de la carte d'identité devront être maintenues.

VI - QUESTIONS DIVERSES

Quid des délivrances protocolisées pour la dispensation par le pharmacien de certains traitements (y a-t-il du nouveau ?)

Depuis 2020, les **pharmacies coordonnées sous forme de MSP** peuvent utiliser les protocoles angine, cystite, allergie saisonnière et varicelle. Depuis le 11 juillet 2022, dans le cadre des mesures Braun prises à l'été 2022, les CPTS peuvent être porteurs du cadre de ces protocoles.

En Côte-d'Or, la CPTS Sud Côte-d'Or a mis en place le protocole cystite. Une centaine de femmes en a bénéficié en six mois.

Deux arrêtés portant sur des protocoles de coopération entre professionnels de santé ont été publiés au Journal officiel le 14 mars 2023. Ils ouvrent les protocoles “odynophagie” et “pollakiurie et brûlures mictionnelles” aux pharmaciens faisant partie d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS).

Les deux protocoles publiés sont les suivants :

« Prise en charge par le pharmacien d'officine ou l'infirmier des patients de 6 à 45 ans se présentant pour odynophagie (douleur de gorge ressentie ou augmentée lors de la déglutition) dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné ou d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) » ;

« Prise en charge par le pharmacien d'officine ou l'infirmier diplômé d'État de la pollakiurie et des brûlures mictionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné ou d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ».

Concernant la rémunération des protocoles de coopération SNP Pollakiurie et odynophagie, la CNAM confirme, après échange avec le Ministère, que le modèle économique des anciens protocoles va être reconduit pour les deux nouveaux protocoles et l'arrêté est en cours de rédaction à la DSS.

VI - QUESTIONS DIVERSES

La fosfomycine trométamol® et le pivmecillinam® peuvent ainsi être dispensés dans le traitement de la pollakiurie et les brûlures mictionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans.

La prise en charge de l'odynophagie (douleur pharyngée ou œsophagienne) chez les patients de 6 à 45 ans, et sous réserve de réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (TROD), peut s'effectuer avec les molécules suivantes :

amoxicilline® ;

céfuroxime-axétil® ;

céfodoxime-proxétil® ;

azithromycine® ;

clarithromycine® ;

josamycine®.

VI - QUESTIONS DIVERSES

Préparation de la loi sénatoriale de ALAIN MILON du 27 mars 2023 « Prestataires de Santé A Domicile » avec inscription au Code de la santé publique:

Ce projet de loi vise à faire reconnaître les prestataires de matériel médical un rôle de coordination, de prévention d'éducation pour la santé , de formation et de suivi de traitement.

Sont ciblées les activités d'assistance respiratoire, de perfusion, de nutrition, d'insulinothérapie, d'hospitalisation à domicile, d'hémodialyse à domicile ou de dialyse péritonéale, de chimiothérapie et d'accompagnement aux soins palliatifs.

Ce projet est combattu par l'ensemble des professionnels de santé qui s'opposent à l'inscription des fournisseurs, au code de la santé publique (IDEL, médecins, pharmaciens notamment).

Nous n'avons pas d'information sur la date de son passage au sénat et à l'assemblée nationale.

VI - QUESTIONS DIVERSES

Restitution de l'avance de télémise à jour des cartes Vitale :

Pratique de la CPAM de la Côte d'Or : nous récupérons l'avance uniquement en cas de cession totale de l'officine.

VII – DATE DE LA PROCHAINE COMMISSION

Lundi 6 novembre 2023

12h30/13h