

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES FINANCES  
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

CNAMTS

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

**Circulaire SG/DSS/DGOS/CNAMTS n° 2014-217 du 15 juillet 2014 relative à la priorité de gestion du risque pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de médicaments et LPP**

NOR : AFSZ1416732J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 16 mai 2014. – Visa CNP 2014-87.

*Résumé* : la circulaire porte sur la régulation des dépenses de médicaments et LPP résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville, et plus particulièrement sur le bilan de la contractualisation 2013 des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins pour les PHEV (CAQOS). Elle prévoit également les conditions de mise en œuvre de la contractualisation 2014.

*Mots clés* : gestion du risque – contrat pour l'amélioration de la qualité et l'organisation des soins (CAQS) – médicaments – prescription – établissement de santé – LPP.

*Références* :

Article L. 162-30-2 du code la sécurité sociale ;

Décret n° 2011-453 du 22 avril 2011 relatif à la régulation des dépenses de médicaments résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Arrêté du 14 décembre 2012 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Arrêté du 20 décembre 2013 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville.

*Annexes* :

Annexe 1. – Contrat type PHEV.

Annexe 1 bis. – Avenant.

Annexe 2. – Guide méthodologique.

Annexe 3. – Description des objectifs qualitatifs pour les médicaments.

*Le ministre des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales et de la santé et le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour mise en œuvre).*

#### SOMMAIRE

- I. – LE BILAN DE L'ANNÉE 2013.
- II. – LE DISPOSITIF POUR L'ANNÉE 2014.
- III. – ACTUALISATION DE LA DÉMARCHE DE CONTRACTUALISATION.
- IV. – ACCOMPAGNEMENT DES STRUCTURES.

V. — ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS EXERÇANT EN ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS LUCRATIFS.

VI. — POINT SUR LE RÉPERTOIRE PARTAGÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ (RPPS).

PRÉAMBULE

2014 est la quatrième année<sup>1</sup> de mise en place du dispositif des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQS) sur les prescriptions hospitalières de médicaments et LPP exécutées en ville (PHEV).

Cette instruction a pour objectif de définir la contractualisation et l'accompagnement pour l'année 2014. Elle vient en complément de l'instruction générale sur les thèmes de GDR, validée par le CNP du 7 février 2014 (Visa CNP 2014-17).

Les principales perspectives pour 2014 portent sur le développement des indicateurs de ciblage pour les principales classes médicamenteuses et LPP, l'enrichissement des thèmes d'accompagnement ainsi que sur l'évolution de la contractualisation pour favoriser le développement d'objectifs qualitatifs (précisions d'objectifs qualitatifs pour les médicaments en annexe 3). Par ailleurs, le développement du repérage des professionnels prescripteurs doit conduire à une réflexion sur une nouvelle forme d'accompagnement et de contractualisation.

I. – DES ÉLÉMENTS DE BILAN POUR L'ANNÉE 2013

**1. Sur le plan quantitatif**

Pour l'année 2013 :

101 établissements ont été ciblés ;

48 contrats ont été signés (soit 47,5 % par rapport aux établissements ciblés) ;

349 visites d'établissements dans le cadre des contrats ont été réalisées par les représentants de l'assurance maladie, sans compter les visites auprès des prescripteurs dans le cadre de la maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières exécutées en ville qui porte aussi sur d'autres thèmes (transports, IJ...).

**2. Sur le plan qualitatif**

Quatre éléments méritent d'être signalés :

Le Conseil d'État, par décision du 17 juillet 2013 a rejeté le recours de la Fédération hospitalière de France (FHF) contre le décret n° 2011-305 du 21 mars 2011 relatif à la régulation des dépenses de transports. Ce rejet devrait favoriser le développement de la contractualisation dans le champ des PHMEV.

Durant les années 2012 et 2013, une relation pédagogique a été favorisée dans les régions pour compenser le faible nombre de contrats signés, à travers des accords de méthodes auprès des établissements, sur des points de progrès partagés. Ces objectifs de progrès pourraient être désormais repris dans les contrats.

L'introduction de la rétrocession dans le périmètre des contrats a quelque peu bouleversé les données du profil et les résultats de la contractualisation.

Le taux national est un taux global d'évolution (médicament, y compris la rétrocession et LPP). Des établissements dont le taux de médicament seul est en dessous du seuil national peuvent voir leur taux passer au dessus de la barre des établissements éligibles à un contrat avec les données de la rétrocession. Le constat a été fait dans au moins 5 régions.

Une région a, de plus, signalé qu'il pouvait y avoir des erreurs dans l'affectation des prescriptions de rétrocession aux professionnels.

L'instruction 2012 avait préconisé de « gommer » dans la mesure du possible cet effet rétrocession lors de l'appréciation des résultats.

Le rebasage 2013 a introduit les ALD 31 et 32 et engendré un recalcul des données avec des difficultés lors de l'analyse des résultats. Cet évènement doit conduire à une réflexion sur une contractualisation en taux plutôt qu'en montant.

---

<sup>1</sup> Instruction n° 1 de GDR ARS PHMEV datée du 8 avril 2011, instruction n° 2 de GDR ARS PHMEV-LPP du 9 mars 2012, instruction n° 3 de GDR ARS PHMEV-LPP du 27 mars 2013.

Le manque de visibilité sur l'utilisation possible du RPPS n'a pas été un élément favorisant les contrats (au moins 5 régions), même si le taux d'officines équipées du logiciel sésame vitale version 1.4 Ad 4 (nécessaire pour saisir la double identification des professionnels et des établissements) a atteint un taux de 98 % en fin d'année 2013.

### 3. L'objectif d'économie de 2013

Pour rappel, le taux de l'année 2012 a été fixé à 6 % pour un périmètre portant sur les médicaments (y compris la rétrocession) et la LPP.

Les dépenses 2012 de PHMEV (prescriptions hospitalières médicamenteuses et LPP retentissant sur l'enveloppe de ville) ont évolué de + 5,9 % par rapport à 2011, soit - 0,1 % par rapport au taux national opposable et - 1,8 % par rapport au taux tendanciel estimé.

Le taux 2013 a été porté à 5 % avec un périmètre identique à celui de 2012.

L'objectif d'économie pour l'année 2013 a été fixé à 210 M€ (différence entre le taux opposable et le taux prévisionnel).

Les montants financiers (intéressement compris) évoluent de + 5,1 % sur l'année 2013 vs 2012 (soit + 0,1 % par rapport au taux national et - 2,3 % par rapport au taux prévisionnel).

## II. – LE DISPOSITIF POUR L'ANNÉE 2014

La LFSS pour 2014 n'a pas modifié le texte définissant la procédure de contractualisation pour les PHMEV.

L'année 2014 sera marquée par la stabilisation du dispositif, quant à :

- son périmètre (médicament y compris la rétrocession et LPP comme en 2013);
- le taux d'évolution national tel que prévu à l'article L. 162-30-2 CSS, qui comme pour 2013 a été fixé à 5 % par l'arrêté en date du 20 décembre 2013;
- le déroulement complet de l'action (sanction, reversement et intéressement);
- les établissements ciblés : « a, b et c » de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale – CSS, *confer* chapitre V sur les actions spécifiques auprès des prescripteurs libéraux.

Il est nécessaire d'adapter la démarche pour 2014 selon 4 axes :

1. Actualisation et enrichissement du profil;
2. Actualisation et enrichissement des outils mis à disposition;
3. Application des sanctions;
4. Organisation des remontées.

L'action de contractualisation devra être poursuivie sur la base de nouvelles améliorations :

- favoriser le développement des objectifs qualitatifs;
- développement d'indicateurs de ciblage par classes.

## III. – ACTUALISATION DE LA DÉMARCHE DE CONTRACTUALISATION

### 1. Les établissements à cibler en 2014

Les établissements déjà signataires (2012 ou 2013) d'un CAQS (3 ans) doivent être automatiquement engagés dans la version 2014.

La conclusion d'un avenant annuel est proposée et approuvée dans les mêmes formes que le contrat. L'absence d'approbation de l'avenant expose l'établissement aux mêmes pénalités que l'absence de conclusion du contrat.

Les établissements « nouveaux dans le dispositif », en fonction des données de ciblage (sur l'année 2013) comparant leur taux d'évolution des montants PHMEV-LPP par rapport au taux d'évolution national.

Les établissements pour lesquels les contrats arrivent à échéance pourront signer un nouveau contrat de 3 ans, dans lequel seront intégrés des objectifs qualitatifs.

Pour chacun des objectifs inscrits dans le nouveau contrat, il est demandé de fixer des taux intermédiaires et cibles.

## 2. Actualisation du contrat type (Confer en annexe 1)

Compte tenu de la stabilité du dispositif par rapport à la précédente instruction. Le contrat type et l'avenant type sont inchangés. Ce contrat type peut-être annexé au CPOM.

Concernant l'opposabilité du contrat :

Il n'est pas nécessaire que le contrat type fasse l'objet d'un arrêté. En effet, les instructions ainsi que ses annexes, sont publiées après validation du Comité national de pilotage (CNP) où sont représentés de droit, le directeur de l'UNCAM et les ministres concernés.

Les objectifs « qualitatifs » du contrat peuvent porter sur différents thèmes (*cf.* instructions précédentes) :

- objectifs portant sur certaines classes (*cf.* IV.3);
- prescriptions en DCI (*cf.* annexe 3);
- prescriptions dans le répertoire des génériques (*cf.* annexe 3);
- prescriptions dans la liste de référence des groupes biologiques similaires (*cf.* annexe3);
- amélioration de la double identification des ordonnances de l'établissement.

Pour 2014, il est important de les développer et de les adapter à chaque établissement. Une attention particulière doit être portée aux points 2, 3, 4. Il est aussi prévu de les prendre en compte lors du bilan du contrat (*cf.* point 6.3 ci après).

## 3. Les activités concernées

L'article L. 162-30-2 CSS et son décret d'application prévoit que le dispositif est applicable aux « établissements de santé », sans autre distinction.

L'instruction de 2011 a limité, dans un premier temps, les contrats aux établissements MCO. En effet, les activités de SSR et de psychiatrie regroupées avec des établissements MCO sont présentes dans le suivi PHEV, car les données figurent sous le même n° FINESS juridique.

Le périmètre des PHEV et LPP des établissements de psychiatrie et de SSR est plus délicat à cerner.

Au niveau national, il est donc préconisé de continuer sur le champ des activités de MCO. Les régions peuvent, cependant, élargir la contractualisation aux autres activités selon leurs propres possibilités.

Par ailleurs, il est important de rappeler que les fusions et restructurations ne sont pas prévisibles et ne modifient les données fournies par l'assurance maladie les rendant ainsi incomplètes ou instables. Il est donc préférable d'éviter la contractualisation avec les établissements concernés par ces changements.

## 4. Transmission des données nécessaires à la contractualisation en 2014

Les données de préciblage sur les 9 premiers mois de l'année ont été envoyées fin janvier. Elles comprennent le taux d'évolution PHMEV-LPP (y compris rétrocession), tel que décrit à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale et permettent une première démarche de préciblage.

Les données du ciblage définitif sur l'entièreté de l'année 2013 seront mises à disposition mi-mars 2014. Les données de ciblage étant complétées sur l'année entière, elles peuvent modifier celles de pré-ciblage.

Pour mémoire, l'envoi des données suivantes sera réalisé comme suit :

- fin juin envoi sur le 1<sup>er</sup> trimestre 2014 pour le suivi des dépenses ;
- fin septembre : envoi sur le 1<sup>er</sup> semestre 2014 pour le suivi des dépenses ;
- fin décembre : envoi sur les 9 premiers mois 2014 pour le suivi des dépenses et le pré ciblage des établissements pour 2015.

### Délai de mise à disposition des données CNAMTS

Il est important de signaler aux établissements de santé que les données sont produites dans les délais les plus brefs possibles. Le décalage de trois mois correspond à la disponibilité des données, auquel il faut ajouter le temps de traitement statistique et d'alimentation des profils. Ce délai au plus juste pose, par contre, le problème des factures liquidées dans un temps plus long.

### Sur la pertinence des données du profil

Il est nécessaire de rappeler que le mode de calcul des données portant sur la rétrocession. La rétrocession de PHMEV-LPP porte sur les prescriptions des professionnels de l'établissement, alors

que l'établissement connaît le montant global de rétrocession de la PUI. Cette différence devient importante quand la structure est centre de référence. Cette mise au point est indispensable pour éviter une remise en cause de l'ensemble des données fournies.

Les montants liés à la rétrocession peuvent aussi modifier la place d'un établissement par rapport au taux national, alors qu'actuellement il n'y a pas d'actions vis-à-vis des médicaments concernés.

Ainsi, il devient essentiel de vérifier que le montant de la rétrocession soit affecté au « bon » établissement. Il est donc conseillé de « gommer » les effets de la rétrocession lors de la contractualisation (dans le ciblage et lors de l'analyse de résultats), avec par exemple :

- des accords de méthode pour les établissements qui sont au-dessus du taux national de 5 % uniquement du fait de la rétrocession.
- à l'inverse, il faut adapter les versements si les évolutions des dépenses sont liées essentiellement à la baisse de la rétrocession.

Pour les établissements entrants dans l'expérimentation FIDES, les montants remboursés (1<sup>re</sup> page du profil) correspondent aux prescriptions de ville ainsi qu'aux actes et consultations externes. Selon la date d'entrée dans l'expérimentation, le taux d'évolution des dépenses peut apparaître élevé.

## 5. Utilisation des données

Plusieurs étapes sont individualisées :

- préparation, avec l'assurance maladie, des contacts pour la contractualisation avec les établissements de santé, dès la réception des données de préciblage ;
- utilisation des données de mars 2014 pour le ciblage, avec l'assurance maladie, et la finalisation des contrats. Communication de ces éléments aux établissements de santé lors des rencontres ARS/CPAM/ELSM de présentation du contrat ;
- des requêtes régionales peuvent être réalisées pour compléter l'analyse (file active, CIP, nom produits...) préalable au contrat.

Les fusions et restructurations d'établissements modifient le sens des données transmises :

Il existe par exemple chaque année une vingtaine de cas pour lesquels les FINESS géographiques changent de FINESS juridiques après fermeture d'un site. Tous les cas de figure liés aux restructurations ne sont pas prévisibles et il n'est donc pas possible de modéliser toutes les conséquences. Il a été jugé préférable de fournir les données disponibles telles qu'elles sont actuellement produites en prenant en comptes 2 éléments :

- préparer la contractualisation avec discernement et ne pas contractualiser avec des établissements qui vont fusionner ou qui ont fusionné ;
- le fichier qui sert pour le regroupement des FINESS (correspondance géographique juridique) sera mis à disposition pour permettre une meilleure compréhension des profils.

Des difficultés supplémentaires surviennent lors de la création de GCS, ou pour des ESPIC multi-sites avec une entité juridique centrale. Dans ces deux cas, les données fournies par l'assurance maladie sont incomplètes ou instables et il importe d'éviter la contractualisation dans de telles circonstances.

## 6. Les versements

### 6.1. Sanctions en cas de refus de contractualiser

Lorsque l'établissement sollicité pour conclure un CAQOS a refusé de le signer, l'ARS peut enjoindre l'établissement de verser à la CPAM concernée une fraction des dépenses de PHEV occasionnées pendant l'année écoulée par les prescriptions des médecins qui y exercent et remboursées sur l'enveloppe soins de ville, qui ne peut excéder 10 %.

De la même manière, en cas de refus de signature par l'établissement de santé d'un avenant modifiant les objectifs portés au contrat et notamment la réévaluation des taux d'évolution des dépenses de PHEV, le décret du 21 mars 2011 prévoit explicitement que l'« avenant annuel proposé et approuvé dans les mêmes formes que le contrat. L'absence d'approbation de l'avenant expose l'établissement aux mêmes pénalités que l'absence de conclusion du contrat ».

L'application de la sanction en cas de refus de contractualisation est une mesure qui doit être appréciée en opportunité par chaque DGARS pour chaque établissement en fonction notamment du constat d'une absence d'investissement de l'établissement de santé à modifier ses pratiques ou d'explications peu concluantes lors de la procédure contradictoire.

Il est à noter que l'application de la sanction nécessite au préalable un respect strict de la procédure contradictoire et des délais pour éviter tout risque de contentieux.

### 6.2. *Reversement: versement de l'établissement en cas de non-atteinte des objectifs du contrat*

Cette pénalité financière est applicable à compter de 2013 (évaluation faite sur les dépenses 2012) uniquement pour la 2<sup>e</sup> année des contrats (i.e. pour les établissements qui ont signé en 2011), afin d'encourager le dispositif et laisser une année d'accompagnement pédagogique.

Ainsi, après que l'établissement ait été en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de médicaments qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.

### 6.3. *Intéressement: versement de l'assurance maladie en cas d'atteinte des objectifs*

S'il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.

Lors du chiffrage du reversement ou de l'intéressement, doivent être pris en compte :

- les caractéristiques de la patientèle de l'établissement;
- le contexte local d'organisation des soins (ouverture/fermeture de services ; zone rurale/montagnarde/sous-dense...);
- l'influence de la rétrocession (cf. point 4);
- l'avis de l'établissement au titre des échanges contradictoire;
- et l'atteinte des objectifs qualitatifs.

Ainsi, il peut être choisi de lier l'intéressement ou le reversement au nombre de journées de l'établissement, pour apprécier son activité.

En tout état de cause, un établissement qui par la fermeture de services a une baisse conséquente et mécanique des dépenses induites par ses prescriptions doit voir l'intéressement qui pourrait lui être notifié, pondéré par l'effet de ces fermetures. Il en est de même s'il est constaté un transfert des prescriptions hospitalières vers le secteur libéral. À ce titre, les informations sur l'évolution des prescriptions de ville dans le département (ou la région pour un CHU) d'implantation de l'établissement devront être analysées. (cf. point IV.4).

L'intéressement ou le reversement est à l'appréciation de l'ARS. L'atteinte des objectifs qualitatifs doit être pris en compte lors de la décision du reversement ou non reversement (en attendant des modifications législatives en ce sens).

## 7. La période de référence pour le calcul des versements

Le taux d'évolution national est dorénavant publié en fin d'année pour porter sur l'année civile suivante. Toutefois, les données permettant le ciblage des établissements conduisent à une contractualisation à partir de fin mars, sans compter la période contradictoire d'un mois (article R.162-43-2 du code de la sécurité sociale).

### 7.1. *Calculs sur la première année du contrat*

Ainsi, la période de référence pour le calcul de l'intéressement se fera à partir de la date d'entrée en vigueur du contrat jusqu'au 31 décembre. Ce principe ne s'applique pas actuellement pour les reversements car, il n'y en a pas la 1<sup>re</sup> année du contrat.

### 7.2. *Calculs sur les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> années du contrat*

Pour les deux années suivantes du contrat, la période de référence se fera sur l'année entière, s'il n'y a pas signature d'un avenant. Dans le cas contraire, la période de référence est conforme au point précédent.

Pour mettre en adéquation les périodes, il est conseillé de rapprocher au plus la date de mise en œuvre de l'avenant avec la mise à disposition des données.

## 8. Exécution des paiements

Des instructions spécifiques ont été transmises aux agences régionales et aux caisses au 3<sup>e</sup> trimestre de cette année : pour l'année 2013, seuls l'intéressement et la pénalité en cas de refus de contractualisation peuvent faire l'objet de procédures comptables.

### 8.1. Pour les intéressements

Le système d'information des caisses permet d'implémenter le code prestation créé (CAP) et les numéros de comptes nécessaires à sa mise en œuvre. L'intéressement est liquidé manuellement par les caisses à réception de la notification ARS mentionnant le montant à régler. Les caisses procéderont au paiement des établissements de santé à partir de l'enveloppe soins de ville.

### 8.2. Pour les pénalités

Elles feront l'objet d'un traitement manuel par les caisses durant une période transitoire. La procédure la plus proche est celle des sanctions dans le cadre du contrôle T2A.

## 9. Suivi du dispositif

Une enquête questionnaire sera mise en routine par l'assurance maladie pour récupérer l'ensemble des éléments suscités selon un rythme régulier.

## IV. – ACCOMPAGNEMENT DES STRUCTURES

### 1. Présentation de la démarche

La procédure de présentation de la démarche de contractualisation (comme pour les transports et la liste en sus) par les ARS aux établissements peut être maintenue, en lien avec l'assurance maladie. Elle pourra être réalisée au 1<sup>er</sup> semestre 2014, notamment pour les nouveaux établissements, selon les mêmes modalités que celles préconisées dans l'instruction du 8 avril 2011.

### 2. Le ciblage des établissements

Le ciblage des établissements se fait à partir du taux global PHMEV-LPP, englobant les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste. L'effet de la rétrocession doit être apprécié lors du ciblage (*cf.* point III.4)

Cette 1<sup>re</sup> phase donne la liste des établissements éligibles au contrat. L'accompagnement portera préférentiellement sur les établissements signataires.

### 3. Choix des thèmes

Les acteurs, au vu des données sur les classes et les molécules, peuvent choisir des thèmes d'actions.

Pour faciliter le choix de ces thèmes, des indicateurs sont proposés sur certaines classes (NACO, EPO, anti-Tnf Alpha) (*cf.* annexe 2: le guide méthodologique). Les valeurs de ces nouveaux indicateurs par établissement devront être comparées aux chiffres régionaux. Les nouveaux indicateurs et leurs calculs par établissement seront intégrés dans les profils ultérieurs. L'élaboration d'indicateurs de ciblage se poursuivra en s'aidant des réflexions nationales et des travaux menés en région.

Le Guide méthodologique de mise en œuvre des actions l'accompagnement à l'hôpital pour les prescriptions hospitalières des médicaments exécutées en ville (PHMEV et LPP) est actualisé et joint en annexe.

Pour cette année, les thèmes suivants seront développés:

#### 3.1. Thèmes médicaments 2014

Anti-TNF Alpha en rhumatologie (diaporama, profils médical et économique, mémo coûts au 2<sup>e</sup> semestre 2014).

Nouveaux anticoagulants oraux (indicateurs, mémo, 1<sup>er</sup> trimestre 2014).

Anti-agrégant plaquettaire (indicateurs, mémo, 1<sup>er</sup> trimestre 2014).

EPO (indicateurs, fiche de bon usage et mémo coût, 2<sup>e</sup> trimestre 2014).

Hépatites virales C (indicateurs, mise à disposition d'outils, 3<sup>e</sup> trimestre 2014).

#### 3.2. Thèmes LPP 2014

Pansements actifs (indicateurs, diaporama, profil et une fiche BUTS).

Nutrition orale (indicateurs, diaporama, profil et mémo).

Modèles d'ordonnance (modèle d'ordonnance).

#### 4. Les profils

Afin de prendre en compte les demandes de données supplémentaires pour orienter les objectifs du contrat et d'affiner les actions à porter dans l'établissement, les profils ont été modifiés fin 2013 afin d'inclure :

- des données sur les boîtes de médicament, notamment, dans le répertoire... ;
- les prescriptions des praticiens libéraux dans le ressort du département de l'établissement visé, sauf pour les CLCC et les CHU pour lesquels le périmètre sera élargi à la région. Ce dernier indicateur permettra, notamment, de suivre le mouvement des dépenses (cf. point III 6.3).

Ces profils intégreront progressivement les indicateurs par classe au fur et à mesure de leur validation.

#### V. – ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS EXERÇANT EN ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS LUCRATIFS

La LFSS pour 2011 a élargi le champ d'intervention des CAQS aux établissements privés.

Les modalités de financement des établissements ex-DG et ex-OQN sont différentes, notamment, au niveau de la rémunération des praticiens.

Pour les mêmes raisons qu'en 2013, il est préconisé de ne pas contractualiser avec les établissements privés en 2014 dans le domaine des PHEV.

Les montants liés aux prescriptions hospitalières (y compris les médicaments avec initiation à l'hôpital) augmentent de près de 341,7 millions en 2013 (5,9 %), tandis que les montants de prescriptions initiées par les médecins libéraux de ville diminuent très faiblement (- 0,4 %).

Les mesures actuelles d'accompagnement et de contrôle des praticiens libéraux permettent, déjà, de réguler ces dépenses. Il est donc prévu de continuer pour cette année, au niveau de l'assurance maladie, l'accompagnement individuel des professionnels libéraux en ville.

Toutefois, cet accompagnement ciblera également les professionnels libéraux exerçant en établissement privé et, en fonction des données, ceux exerçant dans un même établissement.

Des accords de méthode peuvent, toutefois, être proposés aux établissements privés lucratifs.

Ainsi, les données repérées dans les établissements privés sont toujours incomplètes, peu stables et donc incompatibles avec la notion de sanction, au risque de mettre les contractants sous la menace de contentieux. La solution viendra du déploiement et de l'utilisation du RPPS.

Le dispositif PHMEV-LPP 2014 devrait favoriser le déploiement du RPPS et SPHEV (cf. point VI), mais aussi prendre en compte les enseignements de l'élargissement des contrats transports aux établissements privés lucratifs<sup>2</sup>.

#### VI. – POINT SUR LE RÉPERTOIRE PARTAGÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ (RPPS) : SUIVI DES PRESCRIPTIONS HOSPITALIÈRES EXÉCUTÉES EN VILLE (SPHEV)

##### 1. Identification des professionnels de santé prescripteurs

La mise en place du RPPS permettra l'identification des médecins, sages-femmes, chirurgiens dentistes, pharmaciens dont ceux exerçant comme salariés dans les établissements de santé et centres de santé. Ces populations sont identifiées, le déploiement au niveau des établissements doit être confirmé.

2. Montée en charge des officines : 98 % sont équipées des logiciels capables d'utiliser les numéros FINESS et RPPS (décembre 2013). Dans la nouvelle convention pharmacien signée en avril 2012, un point rappelle cette obligation.

3. Le formulaire pour double identification a été homologué en juillet par le ministère (prescripteur médecin et établissement).

① L'identification de l'établissement se fait soit sur le numéro géographique ou le juridique, sans que l'un ou l'autre soit imposé. (Pour mémoire, la circulaire ministérielle du 26 février 1999 précise que certaines prescriptions hospitalières exécutées en ville doivent être identifiées sous le numéro FINESS géographique).

<sup>2</sup> Pour rappel dans l'instruction ARS transport visa CNP 2012-79 du 9 mars 2012 :

« Dans l'attente, le déploiement de l'action de gestion du risque sur les transports dans ce secteur nécessitera une approche pédagogique notamment auprès des professionnels libéraux exerçant dans ces établissements. Ainsi, une démarche type « accords de méthode » peut-être développée de même que la proposition éventuelle de proposer des CAQCS ciblé sur ce sujet aux praticiens libéraux. Parallèlement, l'assurance maladie déploiera son dispositif d'accompagnement auprès de ces professionnels. »



4. Montée en charge de la double identification dans les établissements : ce point doit être vérifié par les ARS et peut faire l'objet d'un objectif qualitatif (cf. point 2).

Aujourd'hui, l'assurance maladie constate un volume d'ordonnances avec repérage des prescripteurs hospitaliers encore faible. Il faut donc continuer à inciter les établissements à réaliser la double saisie par le biais des objectifs qualitatifs du contrat.

Les données qui remonteront par le biais du RPPS permettront d'engager la réflexion sur une nouvelle forme de contractualisation.

Pour la ministre des affaires sociales  
et de la santé et par délégation :  
*Le directeur général de l'offre de soins,*  
J. DEBEAUPUIS

Pour le ministre des finances  
et des comptes publics et par délégation :  
*Le directeur de la sécurité sociale,*  
T. FATOME

*Le directeur de la Caisse nationale  
d'assurance maladie des travailleurs salariés,*  
F. VAN ROEKEGHEM

*Le secrétaire général adjoint  
des ministères chargés des affaires sociales,*  
P. RICORDEAU

ANNEXE 1

CONTRAT TYPE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE L'ORGANISATION DES SOINS  
RELATIF À LA RÉGULATION DES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS ET DE PRODUITS DE LA  
LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS RÉSULTANT DE PRESCRIPTIONS EFFECTUÉES EN  
ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET REMBOURSÉES SUR L'ENVELOPPE DES SOINS DE VILLE

**Entre les soussignés :**

**L'Agence régionale de santé (ARS) :**

.....  
(nom de l'organisme),

.....  
.....(adresse)

représentée par .....

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

.....  
(nom de l'organisme),

.....  
.....(adresse)

représentée par .....

**Et**

**L'établissement de santé :**

.....  
.....(nom de l'établissement de santé)

.....  
.....(adresse)

représentée par .....

Vu l'article L. 1435-4 du code de la santé publique;  
Vu l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale;  
Vu l'arrêté du 12 octobre 2010 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe soins de ville et prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé;  
Vu le décret n° 2011-453 du 22 avril 2011 relatif à la régulation des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe des soins de ville;  
Vu l'arrêté du 26 avril 2011 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe des soins de ville;  
Vu l'arrêté du 12 décembre 2011 fixant pour 2012 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe des soins de ville;  
Vu l'arrêté du 14 décembre 2012 fixant pour l'année 2013 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe des soins de ville,

Il a été convenu ce qui suit :

#### Article 1<sup>er</sup>

##### **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 et de la liste des produits et prestations 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.

La contractualisation concerne à partir de 2012 les dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et de produits et prestations (LPP) inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste. Les prescriptions concernées sont celles occasionnées par les médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé.

L'établissement est concerné parce que ces dépenses ont connu une progression supérieure au taux de 5 %, fixé par l'arrêté du 12 décembre 2011, non justifiée au regard de son activité et de sa patientèle. Ce périmètre concerne aussi la rétrocession et exclut l'activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein.

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 susmentionnées porté au contrat donne lieu à la fixation d'un taux cible d'évolution dans l'établissement sur ces mêmes dépenses. Cet objectif est fixé pour chacune des trois années du contrat 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 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'État.

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

#### Article 2

##### **Durée du contrat**

Le contrat signé entre vigueur le premier jour du mois suivant sa signature.

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

La période de référence du contrat correspond à l'année civile.

### 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 et LPP, 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 et LPP.

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

Les prescriptions de médicaments et LPP 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 médicaments et de produits inscrits sur la LPP 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 ses données d'activité en matière de prescription de médicament et produits inscrits à la LPP ;
- 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 et LPP prescrits par les médecins exerçant dans l'établissement de santé et remboursés en ville, pour chacune des trois années couvertes par le contrat est établie sur la base :

- de données de préciblage ou pré-bilan fournit en décembre sur les 9 premiers mois de l'année, afin de ménager une période d'échange et de préparation du bilan. Ces données sont à manier avec précaution, dans la mesure où elles représentent seulement les trois-quarts des données de l'année ;

- du bilan des dépenses de médicament et LPP 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 L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale.

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. Évaluation

À 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 L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale. 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'État.

## 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 et LPP 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 et LPP 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 et LPP 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 et LPP 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 et LPP 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 et LPP 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 8

**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 9

**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....., le.....

Pour l'agence régionale de santé :  
Pour l'organisme local d'assurance maladie concerné :  
Pour l'établissement de santé :

ANNEXE 1

AU CONTRAT-TYPE (1)

**Objectifs de l'établissement de santé** .....

Date de signature du contrat: .....

Date d'effet du contrat: .....

Les dépenses de médicament et LPP 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 ..... au .....

Montant des dépenses de référence: MTréf en €

Taux d'évolution de référence observé: Xréf %

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

**1. année 1: période du .....au .....: X1 %,**

Montant des dépenses correspondant au taux cible: MT1 en €

**2. année 2: période du .....au .....: X2 %**

Montant des dépenses correspondant au taux cible: MT2 en €

**3. année 3: période du .....au .....: X3 %**

Montant des dépenses correspondant au taux cible: MT3 en €

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 et LPP:

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

ANNEXE 2

À LA DÉCISION : NOTE MÉTHODOLOGIQUE

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

Pour l'année  $N$ , le taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP de l'établissement est calculé à partir du montant des dépenses de médicament et LPP de l'année  $N - 1$  rapporté au montant des dépenses de médicament et LPP 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 et LPP de l'année  $N$  est comparé au montant des dépenses de médicament et LPP attendu pour l'année  $N$  si le taux cible fixé au contrat était respecté (montant cible).

*N.B.* : 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  $M_{Tréf}$  = montant des dépenses observé de l'année  $N - 1$  ;

Soit  $M_{To}$  = montant des dépenses cible de l'année  $N$  ;

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

Soit  $D_o$  = montant du différentiel cible =  $M_{To} - M_{Tréf}$  ;

Soit  $D$  = montant du différentiel observé =  $M_T - M_{Tréf}$  ;

Soit dépassement  $DE = D - D_o$  :

– Si  $DE/D_o < 34 \%$ ,  $M = DE \times 30 \%$  ;

– Si  $DE/D_o \geq 34 \%$  et  $< 65 \%$ ,  $M = DE \times 50 \%$  ;

– Si  $DE/D_o \geq 65 \%$ ,  $M = DE \times 70 \%$ .

Pour les années suivantes :

Soit  $M_{Tréf}$  = montant des dépenses cible de l'année  $N$  ;

Soit  $M_{To}$  = montant des dépenses cible de l'année  $N + 1$  ;

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

Soit  $D_o$  = montant du différentiel cible =  $M_{To} - M_{Tréf}$  ;

Soit  $D$  = montant du différentiel observé =  $M - M_{Tréf}$  ;

Soit dépassement  $DE = D - D_o$  ;

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.



ANNEXE 1 *BIS*

AVENANT 1

CONTRAT TYPE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE L'ORGANISATION DES SOINS RELATIF À LA RÉGULATION DES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS ET DE PRODUITS DE LA LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS RÉSULTANT DE PRESCRIPTIONS EFFECTUÉES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET REMBOURSÉES SUR L'ENVELOPPE DES SOINS DE VILLE

Entre les soussignés du contrat signé le --/-- /---- :

**L'Agence régionale de santé (ARS) :**

.....  
(nom de l'organisme),  
.....  
.....(adresse)  
représentée par .....

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

.....  
(nom de l'organisme),  
.....  
.....(adresse)  
.....(adresse)

Et

**L'établissement de santé :** .....  
représentée par .....  
..... (nom de l'établissement de santé)  
.....(adresse)  
représentée par .....

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

Vu l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale;

Vu l'arrêté du 12 octobre 2010 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe soins de ville et prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé;

Vu le décret n° 2011-453 du 22 avril 2011 relatif à la régulation des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe des soins de ville;

Vu l'arrêté du 26 avril 2011 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe des soins de ville;

Vu l'arrêté du 12 décembre 2011 fixant pour 2012 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe des soins de ville;

Vu l'arrêté du 14 décembre 2012 fixant pour l'année 2013 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe des soins de ville,

Il a été convenu ce qui suit:

#### Article 1<sup>er</sup>

##### **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 et de la liste des produits et prestations 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.

La contractualisation concerne à partir de 2012 les dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et de produits et prestations (LPP) inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste. Les prescriptions concernées sont celles occasionnées par les médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé.

L'établissement est concerné parce que ces dépenses ont connu une progression supérieure au taux de 5 %, fixé par l'arrêté du 12 décembre 2011, non justifiée au regard de son activité et de sa patientèle. Ce périmètre concerne aussi la rétrocession et exclut l'activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein.

La période de référence du contrat correspond à l'année civile.

#### Article 2

##### **Fixation des taux (article 5.1 du contrat type)**

La détermination des objectifs de réduction des taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP prescrits par les médecins exerçant dans l'établissement de santé et remboursés en ville, pour chacune des trois années couvertes par le contrat est établie sur la base de données de pré ciblage ou pré bilan fourni en décembre sur les 9 premiers mois de l'année, afin de ménager une période d'échange et de préparation du bilan.

Ces données sont à manier avec précaution, dans la mesure où elles ne représentent que  $\frac{3}{4}$  des données de l'année.

ANNEXE 1

AU CONTRAT-TYPE (1)

**Objectifs de l'établissement de santé .....**

Date de signature du contrat: .....

Date d'effet du contrat: .....

Les dépenses de médicament et LPP 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 ..... au .....

Montant des dépenses de référence: MTréf en €

Taux d'évolution de référence observé: Xréf %

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

1. année 1: période du .....au .....: X1 %,

**Montant des dépenses correspondant au taux cible: MT1 en €**

2. année 2: période du .....au .....: X2 %

**Montant des dépenses correspondant au taux cible: MT2 en €**

3. année 3: période du .....au .....: X3 %

**Montant des dépenses correspondant au taux cible: MT3 en €**

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 et LPP:

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

ANNEXE 2

À LA DÉCISION : NOTE MÉTHODOLOGIQUE

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

Pour l'année  $N$ , le taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP de l'établissement est calculé à partir du montant des dépenses de médicament et LPP de l'année  $N - 1$  rapporté au montant des dépenses de médicament et LPP 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 et LPP de l'année  $N$  est comparé au montant des dépenses de médicament et LPP attendu pour l'année  $N$  si le taux cible fixé au contrat était respecté (montant cible).

*N.B.* : 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  $M_{Tréf}$  = montant des dépenses observé de l'année  $N - 1$  ;

Soit  $M_{To}$  = montant des dépenses cible de l'année  $N$  ;

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

Soit  $D_o$  = montant du différentiel cible =  $M_{To} - M_{Tréf}$  ;

Soit  $D$  = montant du différentiel observé =  $M_T - M_{Tréf}$  ;

Soit dépassement  $DE = D - D_o$  :

– Si  $DE/D_o < 34 \%$ ,  $M = DE \times 30 \%$  ;

– Si  $DE/D_o \geq 34 \%$  et  $< 65 \%$ ,  $M = DE \times 50 \%$  ;

– Si  $DE/D_o \geq 65 \%$ ,  $M = DE \times 70 \%$ .

Pour les années suivantes :

Soit  $M_{Tréf}$  = montant des dépenses cible de l'année  $N$  ;

Soit  $M_{To}$  = montant des dépenses cible de l'année  $N + 1$  ;

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

Soit  $D_o$  = montant du différentiel cible =  $M_{To} - M_{Tréf}$  ;

Soit  $D$  = montant du différentiel observé =  $M_T - M_{Tréf}$  ;

Soit dépassement  $DE = D - D_o$  ;

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.

## ANNEXE 2

### GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT À L'HÔPITAL POUR LES PRESCRIPTIONS HOSPITALIÈRES DE MÉDICAMENTS ET DES DISPOSITIFS MÉDICAUX DE LA LPP EXÉCUTÉES EN VILLE (PHMEV + PHEV LPP)

Les instructions GDR ARS PHMEV des 8 avril 2011, 9 mars 2012 et 27 mars 2013 adressées par la DGOS et la CNAMTS aux ARS comprenaient en annexe un guide méthodologique relatif aux actions d'accompagnement dans le cadre GDR ARS PHMEV. Il était destiné à préparer les actions d'accompagnement que doivent mener les ARS et l'assurance maladie auprès des établissements signataires pour les aider à atteindre les objectifs des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQS) prévus par le dispositif de régulation des PHMEV (article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale).

Ce nouveau guide a pour objectif d'apporter des réponses aux questions posées par les ARS et l'assurance maladie lors des campagnes précédentes et de présenter de nouveaux thèmes avec des indicateurs de ciblage pour 2014.

Il comprend une partie concernant les médicaments (volet 1), et une autre sur les prescriptions hospitalières des dispositifs médicaux de la LPP exécutées en ville (PHEV LPP) (volet n° 2).

Les actions similaires menées auprès des professionnels libéraux porteront préférentiellement sur ceux exerçant en établissements privés ex-OQN.

#### RAPPEL

##### **L'organisation et la coordination**

L'organisation hospitalière et l'exercice collectif de la pratique médicale à l'hôpital impliquent une organisation spécifique des actions d'accompagnement.

Ce dispositif d'intervention au sein des établissements signataires nécessite une coordination entre les ARS et les directeurs coordonnateurs régionaux de la gestion du risque. De plus, une coordination inter-régimes peut-être nécessaire afin de déterminer leur niveau d'intervention notamment au sein des établissements (principalement la MSA).

Les interventions au sein des établissements seront réalisées par l'assurance maladie. Des réunions préparatoires pourront être organisées entre l'ARS et l'assurance maladie pour analyser le profil des établissements en matière de PHEV, qui intègre les dispositifs médicaux de la LPP, définir les thèmes et postes prioritaires d'actions et partager la connaissance de la situation et l'environnement de chaque établissement. Il s'agira de préparer un plan d'intervention par établissement en cohérence avec les objectifs de réduction du taux d'évolution et d'amélioration des pratiques pour la prescription médicaments et des dispositifs médicaux de la LPP fixés par le contrat signé par chaque établissement. Les postes contribuant le plus à l'évolution des dépenses des PHEV seront identifiés pour chaque établissement.

Pour les établissements qui ont conclu des contrats sur plusieurs thèmes, les actions sur les médicaments et les dispositifs de la LPP doivent être articulées entre elles en termes de messages et de calendrier: CAQS PHMEV – LPP et transports, produits de santé de la liste en sus (CBUMPP et article 47 de la LFSS pour 2009), d'autant qu'elles impliquent les mêmes acteurs avec des procédures sensiblement identiques.

##### **Déroulement des actions**

###### Réunions régionales:

Dans la mesure du possible, l'ARS, en lien avec l'assurance maladie organise au cours des deux premiers mois de l'année une (des) réunion(s) régionale(s) ou départementales de présentation de la démarche de contractualisation auprès des acteurs régionaux ou départementaux concernés: directeurs d'établissements (CHU, CH, ESPIC, CLCC) et fédérations représentatives des établissements de santé et représentants des OMEDIT. Ces réunions présenteront également les modalités d'intervention de l'assurance maladie au sein des établissements.

###### Réunions au sein de l'établissement:

Actuellement à l'hôpital, l'activité des praticiens hospitaliers n'est pas individuellement identifiable malgré la montée en charge progressive du RPPS, les visites d'accompagnement se font de manière collective.

Au sein des établissements, l'assurance maladie, intervient à deux niveaux : d'une part, des réunions d'information et de suivi du contrat avec les directions d'établissements et leurs instances et, d'autre part, un accompagnement des prescripteurs lors de visites plus ciblées par service ou par pôle.

Le dispositif d'accompagnement comprend : des réunions périodiques avec le directeur de l'établissement et son président de CME associés à d'autres interlocuteurs en charge de la politique du médicament et des dispositifs médicaux de la LPP. La première réunion est destinée à présenter et faire partager le plan d'accompagnement de l'établissement sur les thèmes choisis et à déterminer en commun les modalités pratiques d'application : services concernés, calendrier et suivi.

Une réunion visant à expliquer la démarche et les enjeux au sein de la commission médicale d'établissement (CME).

Des visites d'accompagnement ciblées au sein des services hospitaliers les plus concernés par les classes thérapeutiques et les postes de la LPP les plus contributrices à la croissance des dépenses de PHEV.

Des visites auprès des internes.

Peuvent également être prévues des rencontres auprès d'autres acteurs intervenant dans l'établissement.

Le suivi du contrat signé et de l'avancement de l'intervention de l'assurance maladie dans les services se fera au cours des réunions périodiques avec le directeur d'établissement et le Président de CME, associés à d'autres interlocuteurs.

Pour aider les établissements signataires à atteindre les objectifs des contrats, des actions de sensibilisation des prescripteurs et la diffusion de règles, de référentiels et de procédures de prescription seront proposés par l'ARS et l'assurance maladie.

Ce guide présente les grandes lignes de l'accompagnement.

L'assurance maladie concentrera ses interventions sur les établissements signataires d'un contrat sur les PHEV. Par ailleurs, en dehors de ce dispositif, elle poursuit son programme de maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières exécutées en ville (MMPH) sur un champ d'établissements plus large.

## VOLET N° 1 DU GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT À L'HÔPITAL POUR LES PRESCRIPTIONS HOSPITALIÈRES DE MÉDICAMENTS EXÉCUTÉES EN VILLE (PHMEV)

Plan :

1. Remboursement des PHMEV (données 2013 en annexe 1)
2. Actions génériques
3. Autres actions prévues par la CNAMTS dans le champ des PHMEV

### 1. Remboursement des PHMEV (données 2013 en annexe 1)

La croissance des PHMEV en 2013 reste soutenue : + 5,9 % (5.1 % en 2012) de la dépense remboursée. Au sein des postes de dépenses les plus importants, la croissance la plus remarquable en 2013 est représentée par la classe « traitement du cancer » (+ 16 % en 2013 pour + 2.9 % en 2012), qui s'explique notamment par la commercialisation de nouveaux traitements tels que Zytiga®, Zelboraf® et Xgeva®. Les croissances des traitements de la polyarthrite par anti-TNF alpha (+ 13 %) et de la DMLA (22 %) restent soutenues comme en 2012.

La décroissance la plus notable est la classe des EPO (érythropoïétines) (- 6 %) expliquée en partie par la baisse de prix (environ - 9 % à mi année 2012) d'Aranesp® représentant à lui seul 50 % des montants remboursés d'EPO.

Ces données peuvent notamment servir de référence pour identifier les établissements « gros prescripteurs » dont le montant de dépense et/ou l'évolution du montant de dépense d'une classe thérapeutique se situe(nt) nettement au-dessus des niveaux nationaux, sans justification pertinente liée à la patientèle ou à des modifications récentes d'organisation au niveau d'un service.

Cette approche permet de n'éliminer aucune classe de médicament du potentiel de réduction de la croissance des PHMEV, même s'il s'agit de traitement de pathologies lourdes et coûteuses et même si une argumentation médicale de rationalisation des prescriptions n'a pas encore été mise à disposition.

Ainsi, même si les documents d'accompagnement ne concernent pas encore toutes les classes thérapeutiques, il est tout à fait possible de contractualiser sur les classes les plus dynamiques. Il convient alors de laisser l'établissement faire son propre diagnostic et établir sa propre stratégie d'optimisation des prescriptions, en rappelant les référentiels à disposition (HAS, INCA, AFSSAPS...) pour ces classes thérapeutiques.

### 2. Actions génériques

L'action proposée a pour objectif de renouveler les visites initiées en 2012, destinée à sensibiliser les prescripteurs hospitaliers à l'intérêt de prescrire dans le répertoire des génériques.

L'action est prévue pour tous les hôpitaux lors des présentations en CME et ponctuellement dans certains services ciblés par les actions de maîtrise médicalisée en cas de « dérapage » des PHMEV d'une classe de médicaments.

Deux nouveaux outils seront mis à la disposition des DAM/PC en 2014 pour la visite dans un kit d'accompagnement « prescription des PHMEV dans le répertoire des génériques » destiné aux professionnels de santé :

- un diaporama de présentation aux prescripteurs hospitaliers ;
- un article publié par Adeline Gallini et al dans la revue française des affaires sociales : « Effets de la sélection de médicaments des centres hospitaliers universitaires sur les prescriptions en ville : une analyse sur neuf classes pharmacologiques », revue française des affaires sociales 3/2013 (n° 3), p. 42-67. ». Cet article montre l'influence des achats de médicaments par les CHU sur les quantités consommées en ambulatoire autour de ces centres, notamment pour certaines classes de la ROSP médecins, telles que les IPP, les statines et les sartans.

Le diaporama et l'article seront mis à disposition des caisses au 2<sup>e</sup> trimestre 2014.

Indicateur pressenti : taux de prescription dans le répertoire pour les classes anti HTA, antidépresseurs, statines et antibiotiques.

### 3. Autres actions prévues par la CNAMTS dans le champ des PHMEV

D'autres actions d'accompagnement prévues par la CNAMTS sont en cours d'élaboration.

Les thèmes sont choisis parmi les 10 premiers postes en dépenses remboursées de PHMEV, comme l'indique le tableau en annexe.

### 3.1. Prescription des anti-TNF alpha dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante

En 2013, les anti-TNF alpha représentent le 3<sup>e</sup> poste de dépenses PHMEV (6,7 % de la dépense PHMEV totale). Le montant des prescriptions PHMEV représente 57 % du montant des anti-TNF alpha remboursé par l'assurance maladie soit 413 M€.

Pour rappel, en 2012, le poste de remboursement des anti-TNF alpha atteignait 973,5 M€ tous secteurs (c'est à dire ville et hôpital) et toutes indications confondus, pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Ce montant global n'est pas disponible à ce jour sur 2013, les bases hôpital n'étant disponibles qu'au 2<sup>e</sup> trimestre de l'année  $N + 1$ .

Les indications rhumatologiques représentent la majorité des prescriptions des anti-TNF alpha. En effet, le traitement des maladies inflammatoires rhumatologiques notamment la polyarthrite (PR) et la spondylarthrite ankylosante (SA) représente 72 % des indications de prescriptions des anti-TNF alpha.

Cette action met l'accent sur le respect de l'AMM de ces produits, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (guides ALD 22 et 27, avis de la commission de la transparence...) et les avis de la société française de rhumatologie, notamment sur le positionnement en deuxième ligne de cette classe médicamenteuse lorsque la réponse à des traitements de fond classiques a été inadéquate.

Cinq médicaments sont remboursés en France en octobre 2013 :

MÉDICAMENTS	CONDITIONS DE PRESCRIPTION
ENBREL <sup>®</sup> Etanercept	Médicament soumis à prescription initiale hospitalière annuelle.
REMICADE <sup>®</sup> Infliximab	En réserve hospitalière
HUMIRA <sup>®</sup> Adalimumab	Médicament soumis à prescription initiale hospitalière annuelle.
CIMZIA <sup>®</sup> certolizumab pegol	Médicament soumis à prescription initiale hospitalière annuelle.
SIMPONI <sup>®</sup> golimumab	Médicament soumis à prescription initiale hospitalière annuelle

Ces médicaments inscrits sur la liste des spécialités remboursables en ville (sauf Remicade<sup>®</sup> réservé à l'usage hospitalier) et sur la liste en sus T2A, peuvent être administrés :

- soit lors d'une hospitalisation (le plus souvent en hospitalisation de jour) par perfusion IV (Remicade<sup>®</sup>) ou en sous-cutané pour les autres ;
- soit le plus souvent en ambulatoire en injection sous-cutanée uniquement (Enbrel<sup>®</sup>, Humira<sup>®</sup>, Cimzia<sup>®</sup>, Simponi<sup>®</sup>).

Indicateurs de ciblage des établissements : en rhumatologie, 3 indicateurs (sur les données de 2012) sont proposés pour cibler plus précisément cette classe thérapeutique par établissement.

Nombre de patients atteints de PR traités par anti-TNF alpha/nombre de patients total atteints de PR. (Indicateur n° 1).

Nombre de patients atteints de SA traités par anti-TNF alpha/nombre de patients total atteints de SA. (Indicateur n° 2).

Nombre de patients atteints de PR traités par anti-TNF alpha, non associé au méthotrexate oral ou injectable ou à un autre traitement de fond classique/nombre de patients atteints de PR traités par anti-TNF alpha. (Indicateur n° 3).

Les valeurs de ces indicateurs par établissement sont comparées aux chiffres nationaux et régionaux entre établissements de même catégorie (CHU, CH...).

Pour conduire la même réflexion sur les prescriptions liste en sus, le calcul des indicateurs porte également sur les prescriptions intra-hospitalières.

Ciblage des établissements :

Ceux ayant eu un contact avec au moins 50 patients atteints de PR ou SA (indicateurs 1 et 2).

Ceux ayant eu un contact avec au moins 15 patients atteints de PR sous anti-TNF alpha (indicateur 3).

Dont au moins un des indicateurs est supérieur à celui de la moyenne des établissements de sa catégorie.

Les outils mis à la disposition des PC pour la visite :

- un diaporama qui présente le contexte, la problématique, les données économiques, les données de consommations nationales et les constats :



- un profil « médical » établi pour chaque établissement de santé décrit les principales caractéristiques des patients souffrant de PR ou SA ;
- un profil économique établi pour chaque établissement de santé informe sur les dépenses représentées par les anti-TNF alpha dans la structure de soins ;
- deux « mémos » coût comparent les prix des différents Anti-TNF alpha utilisés en rhumatologie et les prix des traitements conventionnels dans la PR.

Il est prévu que les visites débutent au T1/T2 2014.

### 3.2. Nouveaux anticoagulants oraux (NACO)

Cette action est ciblée sur la nouvelle indication de ces produits : « prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'embolie systémique chez les patients adultes présentant une fibrillation atriale (FA) non valvulaire associée à un ou plusieurs facteurs de risque ».

Les produits concernés sont: Pradaxa® (dabigatran), Xarelto® (rivaroxaban) et Eliquis® (apixaban).

L'enjeu de cette action est double. Il est d'abord sanitaire. En effet, ces nouveaux produits ne sont pas dénués de risque, notamment hémorragique, et nécessitent une surveillance étroite chez certaines personnes (patients âgés, de faible poids, à risque hémorragique élevé, etc.). Toutefois, ils ne nécessitent pas de suivi biologique de routine comme les AVK. Ces derniers restent le traitement de référence chez les patients atteints de FA et présentant un haut risque thrombotique.

L'autre enjeu est d'ordre économique. Le coût de ces nouveaux produits est beaucoup plus élevé (75 €/mois) que celui des AVK (11 à 15 €/mois en tenant compte du suivi par INR). La dépense liée à ces produits en année pleine est estimée à environ 300 M€.

L'objectif de l'action est de promouvoir le bon usage de ces produits selon les recommandations de la HAS (Fiche de bon usage du médicament de juillet 2013 et avis de la commission de la transparence) et de l'ANSM.

En ville, les médecins généralistes (visites DAM) et les cardiologues (entretiens confraternels) ont été visités sur ce thème. Il est toutefois primordial de visiter également les praticiens hospitaliers dans la mesure où ces traitements sont également prescrits à l'hôpital ; les établissements représentent 33 % des prescriptions d'anticoagulants oraux et 17 % des premières prescriptions des nouveaux anti-coagulants oraux.

L'action repose :

- sur la présentation d'un mémo de bonne pratique sur « la place des nouveaux anticoagulants oraux dans la FA non valvulaire » (mémo validé par la HAS et remis aux MG et cardiologues libéraux ;
- sur la présentation d'une étude réalisée par la CNAMTS mettant en avant un certain nombre de situations à risque hémorragique majoré.

Indicateur pressenti : % prescriptions NACO/total prescriptions anticoagulants oraux.

### 3.3. Antiagrégants plaquettaires (AAP)

La CNAMTS mène en 2014 une action d'accompagnement auprès des cardiologues sur la place des AAP dans le traitement d'entretien de la maladie coronaire ; cette campagne est axée sur la durée limitée de traitement de la bithérapie après épisode aigu coronarien et représente un enjeu économique important.

À la suite de la publication conjointe par la HAS et l'ANSM en juin 2012 des recommandations intitulées « Bon usage des agents antiplaquettaires », la CNAMTS a élaboré le mémo intitulé « AAP et traitement d'entretien de la maladie coronaire » qui est disponible sur ameli :

Le patient ayant une coronaropathie aura comme traitement d'entretien à distance de l'épisode aigu (> 1 an) une monothérapie au long cours par aspirine à la posologie de 75 à 160 mg/j.

À la demande de la HAS, ont été indiquées au verso du mémo les situations particulières les plus fréquentes à savoir le sujet âgé, le patient avec néphropathie diabétique, le patient avec insuffisance rénale chronique et le cas de co-prescription clopidogrel/ inhibiteur de la pompe à protons (IPP).

Le sujet étant bien connu des cardiologues, le message est centré sur la coordination avec le médecin généraliste lors du passage de la bithérapie à la monothérapie sous aspirine.

En complément du mémo « AAP et traitement d'entretien de la maladie coronaire », un mémo coût AAP est disponible sur ameli.

Indicateur pressenti : % prescriptions Aspirine/total antiagrégants plaquettaires.

### 3.4. Erythropoïétines (EPO)

Toutes indications confondues, le poste de remboursement des EPO en ville atteint 334 M€ en 2013 pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

En 2013, les EPO représentent encore le 7<sup>e</sup> poste de dépenses PHMEV (3,8 % de la dépense PHMEV totale) malgré une décroissance de 6 % par rapport à 2012. Le montant des prescriptions PHMEV représente 70 % du montant des EPO remboursé en ville par l'assurance maladie soit 234 M€.

Le contexte de la réintégration des EPO dans les tarifs des GHS au 1<sup>er</sup> mars 2014 et le fort % de PHMEV des EPO sont des éléments supplémentaires pour réaliser en 2014 une campagne sur l'usage raisonné des EPO auprès des prescripteurs hospitaliers.

L'action portera sur le bon usage de l'EPO dans le traitement des anémies :

- chez le patient cancéreux traité par chimiothérapie ;
- chez le patient insuffisant rénal chronique.

Cette action se développe autour de deux axes :

1<sup>er</sup> axe : message de santé publique : usage raisonné de l'EPO. Rappeler aux prescripteurs les recommandations actuelles et leur remettre une fiche de bon usage chez le patient cancéreux, rédigée par l'Inca + l'ANSM + la CNAMTS et validée par la HAS, et une fiche de bon usage chez le patient insuffisant rénal chronique ;

2<sup>e</sup> axe : message économique : privilégier la prescription des produits les moins coûteux en ville (biosimilaires en initiation de traitement).

Les outils mis à la disposition des PC pour l'entretien :

- deux fiches de bon usage (cancérologie et néphrologie) ;
- un diaporama présentant contexte, constats, problématique, données économiques ;
- un profil « médical » établi pour chaque spécialité (néphrologue et cancérologue) et établissement de santé décrivant les principales caractéristiques des patients ;
- un profil économique établi pour chaque spécialité (néphrologue et cancérologue) et établissement de santé informant sur les dépenses représentées par les EPO dans la structure de soins ;
- deux « mémos » coût affichant les prix des différentes EPO utilisées en cancérologie et en néphrologie.

Calendrier : cette action se déroulera à compter de septembre 2014.

Indicateurs pressentis : 3 indicateurs.

- 1) % prescriptions EPO biosimilaires/total EPO.
- 2) % patients traités par EPO pour cancer/total patients suivis pour cancer.
- 3) % patients traités par EPO pour IRC/total patients suivis pour IRC.

### 3.5. Les antiviraux dans le traitement de l'hépatite C chronique

En 2013, le montant remboursé pour les traitements de l'hépatite C chronique a été de 140 M€ (source CNAMTS, champ régime général – France entière).

Jusqu'à 2011, le traitement de référence de l'hépatite C chronique était une bithérapie par interféron pégylé et ribavirine.

Ce traitement a été profondément modifié par la mise à disposition en 2012, en ville de 2 inhibiteurs de protéases du virus de l'hépatite C de génotype 1 (VHC) : le télaprevir (Incivo®) et le boceprevir (victrelis®). Ces 2 produits délivrés essentiellement en ville représentent 73,7 M€ en 2013.

D'autres traitements à action antivirale directe, vont être disponibles en ville dès 2014.

Le premier d'entre eux Solvadi® (sofosbuvir) est déjà pris en charge, au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation de cohorte (ATUc) depuis novembre 2013 (rétrocession hospitalière).

L'arrivée en ville de ces nouveaux traitements va certainement profondément modifier la stratégie thérapeutique et le coût global.

Le choix de la prescription antivirale est effectué systématiquement par le spécialiste hospitalier (hépato-gastroentérologue, infectiologue, interniste). Le rôle du prescripteur dans l'instauration, l'arrêt, l'éducation du patient et le suivi des traitements est primordial.

Dans ce contexte d'avancées diagnostiques et thérapeutiques majeures, la rédaction de nouvelles recommandations sur la prise en charge des hépatites virales a été confiée à l'ANS (Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales), elles sont attendues au cours du premier trimestre 2014. La CNAMTS souhaite mener fin 2014 une action de promotion du bon usage de ces produits.

## ANNEXE 1

## PHMEV/RÉPARTITION DES CLASSES ET ÉVOLUTION

Montant remboursé tous régimes, France entière (extrapolé)

Années 2012-2013

Classe thérapeutique	2012	2013	Croissance	Taux de croissance
Traitement du cancer	889 M€	1024 M€	135 M€	15%
Traitements du VIH et des hépatites	919 M€	945 M€	27 M€	3%
Polyarthrite rhumatoïde	365 M€	413 M€	48 M€	13%
Antipsychotiques	334 M€	346 M€	13 M€	4%
Anti-infectieux	260 M€	265 M€	5 M€	2%
Immunosuppresseurs	247 M€	252 M€	5 M€	2%
EPO	250 M€	234 M€	-16 M€	-6%
Sclérose en plaques	181 M€	225 M€	45 M€	25%
Antiagrégants, Antithrombotiques	188 M€	198 M€	11 M€	6%
Antidiabétiques	153 M€	162 M€	9 M€	6%
Anti-asthmatiques	152 M€	159 M€	7 M€	5%
Hormones de croissance	150 M€	155 M€	4 M€	3%
Antalgiques, vertiges, migraines	153 M€	147 M€	-6 M€	-4%
Produits de la DMLA	115 M€	140 M€	25 M€	22%
Epilepsie et parkinson	128 M€	134 M€	6 M€	5%
Anti-hypertenseurs	139 M€	133 M€	-6 M€	-4%
Hormones	101 M€	111 M€	10 M€	10%
Appareil digestif divers	89 M€	91 M€	3 M€	3%
Produits de diagnostic	82 M€	91 M€	9 M€	11%
Antidotes et chélateurs	78 M€	82 M€	5 M€	6%
Aide à la procréation	78 M€	81 M€	3 M€	4%
Antidépresseurs	80 M€	80 M€	0 M€	0%
Vaccins	71 M€	74 M€	3 M€	4%
Hypolipémiants	80 M€	73 M€	-7 M€	-8%
Autres aigü (antianémiques, antihémorragiques, ...)	50 M€	60 M€	10 M€	20%
Antiacides et antiulcéreux	74 M€	60 M€	-15 M€	-20%
Dermatologie	46 M€	54 M€	8 M€	18%
Contraceptifs	40 M€	41 M€	2 M€	4%
Psychotropes	36 M€	38 M€	2 M€	6%
Solutés massifs	32 M€	35 M€	3 M€	8%
Anesthésiques	31 M€	34 M€	2 M€	7%
Vitamines et minéraux	28 M€	30 M€	1 M€	5%
Toxicomanie et psychostimulants	37 M€	29 M€	-8 M€	-21%
Antiglaucomeux	24 M€	24 M€	0 M€	1%
Ophthalmologie et otologie (hors DMLA)	21 M€	24 M€	3 M€	12%
Anti-rhumatismaux	24 M€	23 M€	-1 M€	-3%
Alzheimer	26 M€	22 M€	-4 M€	-17%
Urologie	21 M€	22 M€	0 M€	1%
Anti-ostéoporotiques	18 M€	17 M€	-1 M€	-7%
Antiallergiques dont rhinite	10 M€	10 M€	0 M€	-1%
Antiarythmiques et stimulants cardiaques	8 M€	9 M€	1 M€	6%
Anti-inflammatoires	4 M€	5 M€	1 M€	18%
Autres (Nutrition, ...)	5 M€	5 M€	0 M€	6%
Antitussifs	1 M€	1 M€	0 M€	6%
Vasodilatateurs périphériques et centraux	1 M€	0 M€	0 M€	-48%
<b>prescriptions hospitalières délivrées en ville</b>	<b>5819,5 M€</b>	<b>6161,2 M€</b>	<b>341,7 M€</b>	<b>5,9%</b>

## VOLET N° 2 DU GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT À L'HÔPITAL POUR LES PRESCRIPTIONS HOSPITALIÈRES DES DISPOSITIFS MÉDICAUX DE LA LPP EXÉCUTÉES EN VILLE (PHEV LPP)

Sur l'année 2013, les prescriptions de dispositifs médicaux des médecins hospitaliers exécutées en ville représentent 34 % de l'ensemble des prescriptions exécutées en ville. Ainsi, ce montant s'élève à 1331 millions d'euros sur cette période. Il a augmenté de 9 % par rapport à l'année 2012.

Il s'agit des prescriptions effectuées par des médecins hospitaliers pour les malades non hospitalisés (prescriptions de sortie d'hôpital, de consultations externes et des services d'urgence) exécutées soit par les pharmacies d'officine, soit par les prestataires de service et distributeurs de matériels, soit par les ortho-prothésistes, les podio-orthésistes...

Bien que plusieurs facteurs conjoncturels (les transferts hôpital/ville, le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de patients traités et l'intensification de certains traitements) expliquent cette évolution, elle doit néanmoins rester soutenable financièrement pour la collectivité.

Il convient de plus de considérer l'impact de ces prescriptions sur les professionnels de santé libéraux, pour qui il s'agit de prescriptions de référence et d'initiation de traitement qu'ils hésiteront à modifier auprès de leurs patients.

Plan :

1. Méthode d'accompagnement des établissements de santé
2. Choix des thèmes d'accompagnement
3. Référentiels et autres messages de bonne pratique

### **1. Méthodes d'accompagnement des établissements de santé**

Les actions sur les produits de la LPP sont conduites en même temps que celles sur les médicaments.

Les outils d'accompagnement

La CNAMTS et les autres régimes d'assurance maladie ont déjà conduit des actions d'accompagnement à l'hôpital et en ville sur des catégories de prestations et de dispositifs médicaux de la LPP à l'aide de supports et d'outils présentant des messages de bonne pratique.

D'autres kits d'accompagnement des professionnels de santé sur les postes de la LPP constituant le moteur de la croissance des PHEV LPP seront diffusés par le niveau national au fur et à mesure de leur élaboration, afin de constituer une boîte à outil dans laquelle, à terme, le niveau régional pourra choisir son accompagnement selon le profil de l'établissement.

Les actions sont déployées au sein de réunions regroupant les prescripteurs hospitaliers, animées par des médecins conseils et des représentants de caisses primaires comprennent :

- l'exposé d'un diaporama explicatif du dispositif de contractualisation ;
- la présentation d'un profil personnalisé de l'établissement ;
- la mise à disposition de supports informatifs sur les principaux postes de la LPP.

### **2. Choix des thèmes d'accompagnement**

Le choix des postes des dispositifs médicaux de la LPP devant faire l'objet d'actions d'accompagnement dans un établissement tiendra compte des données de remboursement et des évolutions des PHEV au niveau national, régional et de l'établissement mais également des remboursements des mêmes dispositifs médicaux prescrits en ville.

#### *2.1. La répartition par grandes classes des dispositifs médicaux de la LPP des PHEV au niveau national*

Les prescriptions hospitalières exécutées en ville portant sur la LPP, pour les établissements anciennement sous dotation globale, représentent 1,33 milliard d'euros de dépenses pour l'assurance maladie (régime général, hors SLM) en 2013.

Seront proposées en priorité des actions visant les classes de dispositifs médicaux qui :

- représentent des postes de remboursement parmi les plus importants ;
- pour lesquels une possibilité d'optimisation des pratiques est envisageable ;
- ou dont les évolutions sont significativement différentes de celles observées sur l'ensemble des prescriptions délivrées en ville sans que des facteurs explicatifs évidents puissent être identifiés.

Le choix par les ARS (1 ou 2 postes au choix de l'ARS par exemple) pourra par exemple être effectué en fonction de l'importance au niveau local des problématiques identifiées au niveau national.

Par ailleurs, le profil de l'établissement (commun avec celui pour les médicaments) dresse un état des lieux des PHEV LPP par postes de la LPP. Cela permet de favoriser le choix d'une ou deux classes par établissement, ainsi que les indicateurs qui figuraient dans l'instruction du 9 mars 2012.

Tableau 1

**Prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV)  
LPP remboursées en 2013, par grands postes de la classification médico-technique**

LPP (horstitre III)	Prescriptions hospitalières	% des Prescriptions Hospitalières	Ensemble des prescriptions	Part des Prescriptions Hospitalières dans l'ensemble des prescriptions
<b>Total</b>	<b>1 331,0 M€</b>	<b>100%</b>	<b>3 948,6 M€</b>	<b>34%</b>
Dispositifs pour autotraitement du diabète (pompes, seringue)	175,7 M€	13,2%	266,6 M€	66%
Traitements respiratoires, autres prestations <sup>a</sup>	147,5 M€	11,1%	262,6 M€	56%
Pression positive continue pour apnée du sommeil <sup>b</sup>	116,9 M€	8,8%	312,9 M€	37%
Oxygénothérapie, prestation seule	95,1 M€	7,1%	218,4 M€	44%
Pansements	88,0 M€	6,6%	400,2 M€	22%
Orthoprothèse (3545)	79,5 M€	6,0%	125,9 M€	63%
Nutrition entérale, poches et prestation	78,7 M€	5,9%	108,4 M€	73%
Dispositifs pour autocontrôle du diabète	75,5 M€	5,7%	383,7 M€	20%
Perfusion, systèmes actifs, pompes implantées ou non	63,5 M€	4,8%	81,0 M€	78%
Perfusion, systèmes passifs	63,3 M€	4,8%	105,3 M€	60%
Nutrition orale	57,0 M€	4,3%	228,5 M€	25%
Fauteuils roulants, location et achat*	42,8 M€	3,2%	136,0 M€	31%
Génito-urinaire, matériel pour incontinence et sondage vésical	39,4 M€	3,0%	199,1 M€	20%
Orthèses (petit appareillage 3521)	29,3 M€	2,2%	215,2 M€	14%
Lits médicaux	25,6 M€	1,9%	189,9 M€	13%
Podo-orthèses (Chaussures orthopédiques)*	18,6 M€	1,4%	57,4 M€	32%
Orthèses de série	22,5 M€	1,7%	79,7 M€	28%
Dispositifs d'aide à la vie dont béquilles, déambulateurs	21,7 M€	1,6%	103,8 M€	21%
Dispositifs pour stomies digestives	19,7 M€	1,5%	80,4 M€	24%
Matériel anti-escarres, matelas et coussins	14,1 M€	1,1%	70,1 M€	20%
Audioprothèses*	6,1 M€	0,5%	33,7 M€	18%
Appareil générateur d'aérosol (3518)	11,1 M€	0,8%	40,3 M€	28%
Optique, verres et montures*	7,7 M€	0,6%	105,7 M€	7%
Dispositifs de contention, bandes	6,3 M€	0,5%	21,2 M€	30%
Sphère ORL	4,1 M€	0,3%	11,3 M€	36%
Dispositifs injectables viscoélastiques	3,9 M€	0,3%	30,2 M€	13%
Traitement externe de la douleur	3,7 M€	0,3%	6,8 M€	54%
Prothèses oculaires et faciales*	1,8 M€	0,1%	4,6 M€	39%
Postiches*	0,8 M€	0,1%	1,6 M€	54%
Ophthalmologie, divers	2,4 M€	0,2%	14,0 M€	17%
Autres véhicules pour personnes handicapées (poussettes, triporteur)	2,1 M€	0,2%	8,4 M€	25%
Génito-urinaire, implants, dont grains d'iode, électrostimulateurs	2,0 M€	0,1%	20,9 M€	9%
Dispositifs contraceptifs	1,8 M€	0,1%	13,6 M€	13%
Dispositifs de maintien, protection et immobilisation	1,1 M€	0,1%	2,8 M€	40%
Respiratoire : chambres d'inhalation, stimulateurs, implants et accessoires	0,8 M€	0,1%	5,0 M€	16%
Dispositifs pour autotraitement et autocontrôle autres que pompe à insuline	0,4 M€	0,0%	0,8 M€	49%
Optique, lentilles et aides visuelles	0,4 M€	0,0%	2,6 M€	14%
Dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DAOM)	0,1 M€	0,0%	0,0 M€	446%

Source : ONAMTS, France entière, Régime général hors SLM, \* estimations des montants annuels

<sup>a</sup> induit une partie des champs Sphères ORL (7,7M€), traitement externe de la douleur (1,3M€) et oxygénothérapie (2,6M€) du classement de 2012

Source Cnamts/données LPP non redressées, champ RG hors SLM, France entière

Tableau 2

**Évolution des montants remboursés en 2013 au titre de la prescription hospitalière exécutée en, ville LPP**

LPP (hors titre III)	Prescriptions Hospitalières		Ensemble des prescriptions		Part de l'évolution PHEV dans l'ensemble des prescriptions
	Croissance en montant brut	Evolution en %	Croissance en montant brut	Evolution en %	
<b>Total général</b>	<b>100,1 M€</b>	<b>8,1%</b>	<b>325,4 M€</b>	<b>9,0%</b>	<b>31%</b>
Dispositifs pour autotraitement du diabète (pompes, seringues, aiguilles)	19,1 M€	12,2%	25,5 M€	10,6%	75%
Orthoprothèse (3545)	10,4 M€	15,1%	13,5 M€	12,0%	77%
Traitements respiratoires, autres prestations <sup>a</sup>	9,1 M€	6,6%	18,9 M€	7,8%	48%
Nutrition entérale, poches et prestation	6,9 M€	9,6%	7,2 M€	7,2%	96%
Pression positive continue pour apnée du sommeil <sup>b</sup>	6,9 M€	6,3%	22,9 M€	7,9%	30%
Perfusion, systèmes passifs	6,8 M€	12,0%	12,7 M€	13,7%	54%
Nutrition orale	6,5 M€	12,9%	18,7 M€	8,9%	35%
Perfusion, systèmes actifs, pompes implantées ou non	5,9 M€	10,2%	6,4 M€	8,6%	91%
Dispositifs pour autocontrôle du diabète	5,0 M€	7,2%	14,8 M€	4,0%	34%
Orthèses (petit appareillage 3521)	4,1 M€	16,0%	22,9 M€	11,9%	18%
Génito-urinaire, matériel pour incontinence et sondage vésical	3,5 M€	9,6%	13,2 M€	7,1%	26%
Oxygénothérapie, prestation seule	3,2 M€	3,4%	9,7 M€	4,7%	32%
Podo-orthèses (Chaussures orthopédiques)*	2,6 M€	15,9%	6,0 M€	11,6%	43%
Dispositifs d'aide à la vie dont béquilles, déambulateurs	2,3 M€	12,0%	13,7 M€	15,2%	17%
Lits médicaux	2,3 M€	9,9%	19,0 M€	11,1%	12%
Orthèses de série	2,0 M€	9,8%	8,9 M€	12,6%	23%
Dispositifs de contention, bandes	1,7 M€	37,2%	3,7 M€	21,3%	46%
Optique, verres et montures*	1,1 M€	15,9%	10,1 M€	10,6%	10%
Audioprothèses*	1,0 M€	19,0%	5,9 M€	21,4%	16%
Dispositifs pour stomies digestives	0,9 M€	4,9%	3,8 M€	5,0%	24%
Appareil générateur d'aérosol (3518)	0,9 M€	8,5%	2,9 M€	7,7%	30%
Matériel anti-escarres, matelas et coussins	0,9 M€	6,5%	5,3 M€	8,2%	16%
Ophthalmologie, divers	0,8 M€	48,4%	3,9 M€	38,2%	20%
Dispositifs injectables viscoélastiques	0,7 M€	23,2%	3,6 M€	13,5%	20%
Fauteuils roulants, location et achat*	0,7 M€	1,7%	5,8 M€	4,5%	12%
Dispositifs contraceptifs	0,5 M€	38,0%	4,0 M€	41,8%	12%
Autres véhicules pour personnes handicapées (poussettes, triocycles)	0,4 M€	21,2%	1,3 M€	18,4%	28%
Traitement externe de la douleur	0,4 M€	10,9%	0,7 M€	11,8%	50%
Prothèses oculaires et faciales	0,3 M€	19,4%	0,7 M€	17,6%	42%
Sphère ORL	0,3 M€	7,5%	1,5 M€	15,6%	19%
Postiches*	0,1 M€	13,6%	0,2 M€	13,9%	53%
Respiratoire : chambres d'inhalation, stimulateurs, implants et autres	0,04 M€	4,9%	-0,05 M€	-0,9%	-83%
Dispositifs pour autotraitement et autocontrôle autres que pour diabète	0,02 M€	6,5%	0,1 M€	9,8%	33%
Optique, lentilles et aides visuelles	0,01 M€	3,4%	0,4 M€	17,3%	3%
Dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM)	-0,01 M€	-11,5%	0,01 M€	42,5%	-195%
Génito-urinaire, implants, dont grains d'iode, électrostimulation	-0,3 M€	-14,0%	1,2 M€	5,9%	-27%
Dispositifs de maintien, protection et immobilisation	-0,5 M€	-30,7%	-0,6 M€	-17,0%	86%
Pansements	-6,2 M€	-6,6%	36,7 M€	10,1%	-17%

Source : CNAMTS, France entière, Régime général hors SLM,\* estimations des montants annuels

<sup>a</sup> inclut une partie des champs Sphères ORL, traitement externe de la douleur et oxygénothérapie du sommeil de 2012

<sup>b</sup> inclut des nouveaux codes en 2013 (PPC, apnée du sommeil, téléobservé +3,8M€)

Source Cnamts /données LPP non redressées, champ RG hors SLM, France entière



2.2. *Actions d'accompagnement de la CNAMTS à l'hôpital : la CNAMTS va progressivement développer des actions d'accompagnement en établissement en élaborant de nouveaux programmes sur des thèmes concernant les principales catégories de la LPP prescrites à l'hôpital et exécutées en ville*

2.2.1. Compléments nutritionnels oraux (CNO)

Les produits pour complémentation nutritionnelle orale destinés aux adultes (CNO) étaient inscrits sur la LPP et leur prise en charge, avant 2010, était limitée à quelques pathologies (sida, cancer...). En 2010, une modification de la nomenclature a étendu leurs indications à tous patients dénutris. Ainsi, la prise en charge des CNO destinés aux adultes est assurée chez des malades dont la fonction intestinale est normale et qui sont dénutris selon les critères de dénutrition repris dans la LPP.

La dénutrition est fréquente chez la personne âgée et risque de progresser avec le vieillissement de la population, ce d'autant plus, qu'un nombre croissant de sujets âgés font le choix de rester le plus longtemps possible à domicile. Le poste des CNO devrait donc être amené à poursuivre sa croissance, d'autant plus que la prise en charge et la prévention de la nutrition font partie des objectifs de santé publique du 3<sup>e</sup> PNNS 2011-2015.

L'enjeu, à la fois économique (228,5 M€ en 2013, dont 25 % en prescription hospitalière) et de santé publique car l'opportunité du traitement est discutable chez certains patients alors que d'autres ne sont pas pris en charge. L'amélioration de la qualité de la prescription semble nécessaire.

Dans ce contexte, le respect des recommandations en matière de bonne utilisation de la nutrition orale chez les patients dénutris, en termes de hiérarchisation des traitements, et des modalités de suivi et de renouvellement des nutriments, apparaissent fondamentales pour maîtriser ce poste dont l'évolution en 2013 approche 13 % (PHEV).

La délivrance des CNO est quasi exclusivement assurée par les pharmaciens d'officine (97 %). Les prestataires de services et distributeurs de matériel médical délivrent très peu ces produits (< 3 %).

Cette action a pour objectif d'améliorer la qualité du diagnostic de dénutrition et de limiter la prescription initiale à 1 mois et prévoir une réévaluation au 15<sup>e</sup> jour (comme le prévoit la LPP).

Les supports des visites seront préparés par la Cnamts au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2014

Calendrier: cette action devrait se dérouler sur le deuxième semestre 2014.

**Indicateur proposé :** coût moyen des nutriments pour supplémentation orale remboursés au titre de la PHEV par patient âgé de 60 ans et plus.

2.2.2. Modèles d'ordonnance

L'article 56 de la convention des médecins prévoit la mise à disposition de modèles d'ordonnance élaborés avec les professionnels dans le champ de la LPP. Actuellement des modèles d'ordonnance sont mis à disposition des médecins par les prestataires eux-mêmes. Cette pratique ne peut être cautionnée par l'assurance maladie, en raison des dispositions des articles L. 162-2 et L 162-2-1 du code de la sécurité sociale et de l'article R. 4127- 8 du code de la santé publique et de son caractère inflationniste.

La Cnamts a réalisé avec les partenaires conventionnels, trois modèles d'ordonnance focalisés sur les prestations nécessaires à :

- l'insulinothérapie par pompe externe;
- la nutrition entérale à domicile avec sonde nasogastrique ou nasojejunale;
- la nutrition entérale à domicile avec gastrostomie ou jéjunostomie.

Ces prestations de la LPP ont été choisies en raison de la complexité de la nomenclature, de la diffusion aux prescripteurs de modèles d'ordonnance établis par les prestataires eux-mêmes et du montant des dépenses associées à ces prestations.

À titre d'exemple, les dispositifs pour autotraitement du diabète représentent le 1<sup>er</sup> poste en montant remboursé des PHEV (175,7 M€ en 2013 et 66 % de l'ensemble des prescriptions exécutées en ville).

L'objectif de cette action est de faire connaître ces modèles d'ordonnance et de les mettre à disposition des prescripteurs hospitaliers. À cette occasion, les conditions médico-administratives de la LPP seront rappelées.

Calendrier: modèles d'ordonnance disponibles mi-2014

### 2.2.3. Pansement

Les pansements constituent le 5<sup>e</sup> poste des PHEV (88 M€) et l'évolution des PHEV en 2013 est négative (- 6,6 %).

Deux actions sont en cours de réalisation par la Cnamts.

PRADO plaies chroniques

Un programme de retour à domicile pour le traitement des plaies chroniques (escarre, ulcère veineux, plaie du pied du diabétique) est à l'étude et sera initié début 2015. Il prévoit notamment la rédaction de mémos d'aide à la prescription et des modèles d'ordonnance à destination des professionnels de proximité pour optimiser les prescriptions.

Mise à disposition de support de campagne (diaporama et fiche de bon usage des technologies de santé HAS, avril 2011)

L'objectif est de promouvoir les bonnes pratiques en adaptant d'une part la prescription en fonction de la plaie et de son stade d'évolution (selon recommandations HAS – 2008) et en assurant d'autre part que le suivi du patient est mis en place (réévaluation régulière de la plaie, pas de changement prématuré du pansement).

Calendrier: juin 2014

**Indicateur proposé**: nombre moyen de pansements remboursés au titre des PHEV rapporté au nombre de patients concernés par ces prescriptions.

## 3. Référentiels et autres messages de bonne pratique

### 3.1. Référentiels LPP

La liste des produits et prestations (LPP).

Avis et synthèse des avis de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) (consultables sur le site de la HAS).

Fiches de bon usage des technologies de santé HAS (consultables sur le site de la HAS).

Recommandations de bonne pratique HAS/AFSSAPS.

Guide illustré des prothèses de haute technologie technique (consultable sur [ameli.fr](http://ameli.fr)).

Références juridiques des produits de santé (consultable sur [ameli.fr](http://ameli.fr)).

Guide ALD et liste des actes et prestations de la HAS (consultables sur le site de la HAS).

### 3.2. Messages d'amélioration de l'efficacité de la prescription des prestations et dispositifs médicaux de la LPP

Plusieurs pistes d'amélioration de l'usage des prestations et dispositifs médicaux de la LPP en termes d'efficacité et de sécurité, mais aussi de maîtrise des coûts peuvent être suivies:

- respect des indications et des conditions de prises en charge définies par la LPP;
- respect des recommandations professionnelles de la HAS.

Prescription des prestations d'oxygénothérapie et de traitement par pression positive continue

L'oxygénothérapie est devenue le 4<sup>e</sup> poste des PHEV-LPP. Compte tenu des enjeux de santé publique et économique de ce poste de la LPP, les indications de la LPP doivent être respectées, plus particulièrement, le choix entre l'oxygénothérapie à long terme par poste fixe et l'oxygénothérapie à long terme par oxygène liquide doit répondre au besoin des patients. À la suite de l'avis CNEDiMTS, un projet de nouvelle nomenclature est en cours et sera très prochainement examiné au CEPS.

Pour le traitement par pression positive continue (PPC), les conditions dans lesquelles le diagnostic est établi et le respect des indications de prise en charge sont également des éléments importants en termes de gestion du risque.

**Indicateurs proposés**: proportion de forfaits OLT liquide (y compris les forfaits associés) au sein de l'ensemble des forfaits OLT et nombre de forfaits remboursés pour PPC rapporté à la population générale

### Prescription des orthoprothèses

Pour aider les prescripteurs à respecter les référentiels médico-administratifs existant sur les orthoprothèses, un guide illustré des prothèses de haute technologie technique, outil d'aide à la décision conforme à la LPP, est mis à leur disposition. Chaque fiche comporte une illustration (repro-

duite avec l'accord des différents fabricants), la référence commerciale (marque et référence), les données techniques du fabricant (poids maximum de l'utilisateur, compatibilités, délai de garantie, etc.), la référence et l'intitulé repris à la LPP, le tarif de prise en charge et le référentiel médico-administratif existant reprenant ces nouvelles données techniques et réglementaires sous forme de fiches, disponibles en téléchargement sur [ameli.fr](http://ameli.fr)<sup>1</sup>. Ce guide sera actualisé en mars 2014.

Prescription de l'autosurveillance glycémique (ASG) : les modifications récentes des conditions de prise en charge des bandelettes glycémiques bandelettes chez les patients diabétiques en dehors des patients traités par insuline ou envisagés à court et moyen terme, avec l'arrêté du 25 février 2011 paru au *JO* du 27 février 2011 limitant la prise en charge à 200 bandelettes. Les établissements ont été destinataires d'un courrier d'information adressé par les ELSM en avri-mai 2011.

Deux courriers, l'un destiné aux patients sur le renouvellement des lecteurs de glycémie, l'autre destiné aux médecins sur la mesure 200 bandelettes, seront envoyés au 2<sup>e</sup> trimestre 2014.

La fiche bon usage des technologies de santé de la HAS, avril 2011, sur l'autosurveillance glycémique dans le diabète de type 2, reprend les indications et les objectifs de l'ASG chez le patient diabétique du type 2. En 2012, la CNAMTS a élaboré un mémo validé par la HAS « autosurveillance glycémique – diabète de type 2 » et un livret patient « l'autosurveillance glycémique si j'ai un traitement sans insuline »

#### Indicateur proposé

Nombre de patients diabétiques sans insuline (au moins 3 délivrances d'antidiabétique sur 1 an mais aucun remboursement d'insuline) et plus de 200 bandelettes ASG remboursées sur la période rapporté au nombre de patients diabétiques sans insuline avec remboursement de bandelettes d'ASG.

---

<sup>1</sup> <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/codage/liste-des-produits-et-prestations-lpp/appareillage-de-haute-technologie.php>

## ANNEXE 3

### LISTE D'OBJECTIFS QUALITATIFS POUR LES MÉDICAMENTS

Des objectifs qualitatifs concernant les médicaments peuvent être déclinés dans les contrats déclinée de la façon suivante pour les dimensions DCI, répertoire et biosimilaires:

1. Prescription en DCI

Prescription en DCI/l'ensemble des prescriptions (requête LAP-H si informatisé)

2. Prescription dans le répertoire des génériques

#### **Antibiotiques**

Prescription (en nombre de boîtes) d'antibiotiques dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antibiotiques prescrits (en nombre de boîtes).

#### **Inhibiteurs de la pompe à protons**

Prescription (en nombre de boîtes) des IPP dans le répertoire des génériques/l'ensemble des IPP prescrits (en nombre de boîtes).

#### **Statines**

Prescription (en nombre de boîtes) des statines dans le répertoire des génériques/l'ensemble des statines prescrites (en nombre de boîtes).

#### **Antihypertenseurs**

Prescription (en nombre de boîtes) des antihypertenseurs dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antihypertenseurs prescrits (en nombre de boîtes).

#### **Antidépresseurs**

Prescription (en nombre de boîtes) des antidépresseurs dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antidépresseurs prescrits (en nombre de boîtes).

IEC Prescription (en nombre de boîtes) d'IEC/l'ensemble des IEC + Sartans prescrits (en nombre de boîtes).

#### **Aspirine**

Nombre de patients traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients traités par antiagrégants plaquettaires.

3. Prescription dans la liste de référence des groupes biologiques similaires

#### **Erythropoïétines**

Prescription (en nombre de boîtes) des EPO dans la liste de réf des groupes biologiques similaires/l'ensemble des EPO prescrits (en nombre de boîtes).