



HAL
open science

Prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de médicaments et dispositifs médicaux au sein d'un hôpital privé : la réponse aux objectifs du CAQES sera-t-elle possible par la réalisation d'un état des lieux et la mise en œuvre d'actions ciblées ?

Pétula Vigne

► To cite this version:

Pétula Vigne. Prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de médicaments et dispositifs médicaux au sein d'un hôpital privé : la réponse aux objectifs du CAQES sera-t-elle possible par la réalisation d'un état des lieux et la mise en œuvre d'actions ciblées ?. Sciences pharmaceutiques. 2018. dumas-01891838

HAL Id: dumas-01891838

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01891838>

Submitted on 10 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

MÉMOIRE
DU DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES
DE PHARMACIE OPTION PHARMACIE
HOSPITALIÈRE - PRATIQUE ET RECHERCHE

Soutenu le 5 Octobre 2018

Par Madame Pétula VIGNE
Née le 27 Août 1991

Conformément aux dispositions de l'Arrêté du 04 Octobre 1988
tenant lieu de

THÈSE
LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

PRESCRIPTIONS HOSPITALIÈRES EXÉCUTÉES EN VILLE (PHEV)
DE MÉDICAMENTS ET DISPOSITIFS MÉDICAUX
AU SEIN D'UN HÔPITAL PRIVÉ :
LA RÉPONSE AUX OBJECTIFS DU CAQES SERA-T-ELLE POSSIBLE
PAR LA RÉALISATION D'UN ÉTAT DES LIEUX
ET LA MISE EN ŒUVRE D' ACTIONS CIBLÉES ?

JURY :

Président : M. le Pr RATHELOT Pascal

Membres : Mme. le Dr Sophie ROUBAUD
Mme. le Dr Véronique PELLISSIER
M. le Dr Patrick REGGIO
M. le Dr Pierre BERTAULT PERES

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

<i>Doyen :</i>	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Vice-Doyens :</i>	M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT
<i>Chargés de Mission :</i>	Mme Pascale BARBIER, M. David BERGE-LEFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, Mme Frédérique GRIMALDI
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Jacques REYNAUD, M. Pierre TIMON-DAVID, M. Patrice VANELLE
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Jean-Pierre REYNIER, M. Henri PORTUGAL
<i>Professeurs honoraires :</i>	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Aimé CREVAT, M. Bernard CRISTAU, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Florence GAUREL
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Aurélie BELENGUER
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Nathalie BESNARD

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC
GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETIQUE	M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE

M. Robert GILLI
Mme Odile RIMET-GASPARINI
Mme Pascale BARBIER
M. François DEVRED
Mme Manon CARRE
M. Gilles BREUZARD
Mme Alessandra PAGANO

GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE

M. Eric SEREE-PACHA
Mme Véronique REY-BOURGAREL

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Pascal PRINDERRE
M. Emmanuel CAUTURE
Mme Véronique ANDRIEU
Mme Marie-Pierre SAVELLI

NUTRITION ET DIETETIQUE

M. Léopold TCHIAKPE

A.H.U.

THERAPIE CELLULAIRE

M. Jérémy MAGALON

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

ANGLAIS

Mme Angélique GOODWIN

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe CHARPIOT

PROFESSEURS

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE

M. Philippe CHARPIOT

BIOLOGIE CELLULAIRE

M. Jean-Paul BORG

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
Mme Laurence CAMOIN-JAU
Mme Florence SABATIER-MALATERRE
Mme Nathalie BARDIN

MICROBIOLOGIE

M. Jean-Marc ROLAIN
M. Philippe COLSON

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET
ZOOLOGIE

Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	Mme Dominique JOURDHEUIL-RAHMANI M. Thierry AUGIER M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Aurélie LEROYER M. Romaric LACROIX Mme Sylvie COINTE
MICROBIOLOGIE	Mme Michèle LAGET M. Michel DE MEO Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DIENE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	M. Maxime LOYENS
----------------------------	------------------

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Philippe GALLICE
CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE – CHIMIE THERAPEUTIQUE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE	Mme Evelyne OLLIVIER

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTO GAMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL Mme Joëlle MOULIN-TRAFFORT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC M. Pierre REBOUILLON
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Sandrine FRANCO-ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE	M. Riad ELIAS Mme Valérie MAHIOU-LEDDET Mme Sok Siya BUN Mme Béatrice BAGHDIKIAN

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Anne-Marie PENET-LOREC
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Cyril PUJOL
DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE	M. Marc LAMBERT
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC	Mme Félicia FERRERA

A.H.U.

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	M. Mathieu CERINO
--	-------------------

ATER

CHIMIE ANALYTIQUE	M. Charles DESMARCHELIER
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Fanny MATHIAS

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	Mme Diane BRAGUER M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE GENERALE	M. Bruno LACARELLE
TOXICOLOGIE DE L'ENVIRONNEMENT	Mme Frédérique GRIMALDI

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET Mme Emmanuelle MANOS-SAMPOL
TOXICOCINETIQUE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Joseph CICCOLINI Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA
TOXICOLOGIE GENERALE ET PHARMACIE CLINIQUE	M. Pierre-Henri VILLARD Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU Mme Marie-Anne ESTEVE

A.H.U.

PHARMACIE CLINIQUE	M. Florian CORREARD
PHARMACOCINETIQUE	Mme Nadège NEANT

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire

Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie

Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché

Mme TONNEAU-PFUG, Pharmacien adjoint

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 22 février 2018

***«L'UNIVERSITÉ N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION,
NI IMPROBATION AUX OPINIONS ÉMISES DANS LES THÈSES.
CES OPINIONS DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES
COMME PROPRES À LEURS VALEURS.»***

Remerciements :

A Monsieur le Professeur RATHELOT,

Merci de me faire l'honneur d'accepter de présider mon jury ainsi que pour toutes ces années d'enseignements. J'ai un profond respect pour votre travail.

Merci.

A Monsieur le Docteur REGGIO,

Merci pour votre écoute, votre gentillesse et le temps accordé à ma thèse. Merci de me faire l'honneur de participer à ma thèse.

A Madame le Docteur PELLISSIER,

Merci d'avoir accepté de faire partie du jury, de m'avoir aidée, de vous être impliquée. La passion et la connaissance extrême de votre travail se ressentent et donnent envie d'apprendre et de se surpasser. Je vous exprime toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur BERTAULT PERES,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, j'ai été en stage avec vous, votre gentillesse et votre savoir ont fait de ce semestre une expérience positive pour moi. C'était donc évident pour moi de vous proposer d'être dans mon jury. Merci.

A Madame le Docteur ROUBAUD,

Alors là ce mot est dédié à la meilleure des chefs qui puisse exister. Je me souviens encore de quand je suis arrivée à la clinique... avec ma mamannnn (avec l'accent svp).

Immédiatement j'ai senti votre envie d'apprendre et de transmettre. Le courant est tout de suite passé entre nous. Pourtant je n'en étais qu'à mon premier choix, naïve et peu ou pas formée... Tout s'est déroulé à merveille. On a vécu des pleurs bien-sûr sinon je ne serais pas Pétula... des grèves de trains, etc... puis parlons boulot quand même... une thèse !!! petit à petit je suis revenue et puis on s'est liée l'une et l'autre. Vous avez fait preuve d'une extrême gentillesse avec moi ainsi que votre mari et famille. Outre ma chef, que je respecte je tenais à vous dire Sophie que vous êtes mon amie. Merci pour la personne que vous êtes et pour être cette pharmacienne que j'admire.

Je remercie également toute l'équipe de la pharmacie de Mougins pour leur aide, disponibilité et gentillesse durant mon année de travail.

Merci à mes chefs de la Polyclinique du Parc Rambot, qui ont été disponibles et m'ont laissée beaucoup de temps pour effectuer ma thèse à distance. Sans leur compréhension je n'aurais pas pu le faire.

Merci à Nathalie Loubet pour son investissement, sa gentillesse et sa disponibilité.

Je dédie cette thèse,

A ma maman,

Je voudrais te remercier tout d'abord, toi sans qui je n'aurais jamais pu faire tout cela. Mon pilier qui a su me porter jusqu'au bout, qui a été là pour le moindre problème, qui a tenu un rôle exemplaire et a su apaiser tous mes maux...

Sans toi le parcours devenait impossible et tu l'as vécu avec moi jusqu'au bout. Aujourd'hui c'est un peu ton jour à toi aussi. Tu es la meilleure et la plus belle à mes yeux et j'aime plus que tout cette complicité qui nous lie à jamais. Je t'aime maman pour l'éternité.

Mon chéri,

Je l'espère l'homme de ma vie, mais je n'ai aucun doute sur cela. Tu es dans ma vie depuis seulement deux ans et demi et pourtant tu as déjà fait tellement dans l'accompagnement de mes études... participation aux gardes, aux astreintes... aller-retour à Mougins pour ma thèse sur tes jours de repos. Ton respect sur mon parcours, ton soutien moral et ton investissement sur tous les sujets sont des preuves magnifiques à mes yeux et j'en suis consciente plus que jamais. Tu es mon compagnon de route et tu es merveilleux !

Je te remercie de faire partie de ma vie et de m'avoir supportée avec mes sautes d'humeurs. Nous deux, on est une Equipe. Je t'aime plus que tout. Et sache que je suis fière de toi, de nous et de notre amour.

Mes meilleures amies,

Ma Visou,

Ma binôme, celle avec qui j'ai partagé les mêmes études, avec qui je restais 24h sur 24h.

Nos heures à bosser mais aussi à aller à la salle de sport, nos fous rires, nos pleurs, le subway, sans oublier les TP avec nos délires à en plus finir. Si tu savais à quel point ça m'a marqué et lié à jamais à toi... même si l'on était déjà meilleure amie, cela est inoubliable et inégalable. Je t'aime si fort.

Ma Floriane,

Ma meilleure amie du collège et ma coloc à la fac, toi médecine, moi pharma. Dans un appart : deux petits lits l'un en face de l'autre pour une P1 et je précise sans télé...

Et pourtant tout s'est bien déroulé... une entente si parfaite que cela paraissait impossible. Tous nos fous rires... Nos heures de travail... la pause salle de bain... nos bagarres... mon réveil atroce... nos rêves en regardant le Kung fu... (un jour on en fera) et on l'a fait : self défense !!! L'appart qui explose deux jours avant mon concours. Bref tout ça c'est quelque chose de gravé en moi. Notre amitié est pour toujours, même si la vie fait qu'aujourd'hui on se voit moins... Je suis fière de ton parcours, de notre parcours. Je t'aime.

Ma Clem,

Ma meilleure amie depuis la maternelle, ma compagne durant tout mon parcours scolaire, ma voisine. On en a fait des aprêms chez toi et chez moi. On ne s'est jamais lâchée. Tu as choisi le droit, certes après le lycée nous avons été un peu séparées... mais toujours en contact, à rentrer tous les week-ends avec Visou à notre fief Châteaurenard pour continuer à se voir comme si de rien n'était... et on a continué à forger cette belle amitié de toujours. Tous tes messages, toujours là pour se soutenir et se faire une petite blague. Je suis fière de ton parcours et de ce que tu es devenue. Fière de notre amitié solide. Je t'aime tellement fort ma cocoteuhh.

Ma Lilou,

Finalement on se connaît depuis la primaire !!! Puis on a remis ça au lycée où là on s'est vraiment appréciée et notre amitié n'a fait que grandir. Il est vrai que l'on est plus pudique sur notre amitié mais sache que je t'aime très fort, notre quatuor est si précieux. Je suis fière de la maîtresse que tu es devenue.

Ma Sarah,

Ma meilleure amie du centre aéré, mon amie la plus différente de moi et pourtant si complémentaire toutes les deux. J'aime ton calme et ton apaisement. Tu as toujours été là, tu

es toujours venue me voir sur Marseille. Là, dans la difficulté et dans mes chagrins d'amour. On en a dépensé des sous en shopping ! Ma Sarah la pêche je suis fière de notre amitié qui perdue et de la femme que tu es devenue. Je t'aime.

Tatie Hélène,

Pas de liens de sang mais liens du cœur. Tu as fait plus que quelqu'un de ma famille et je t'aime très fort. Tu es La meilleure amie de maman et je suis heureuse que tu sois dans nos vies. Malheureusement nous avons partagé des malheurs. Sache que l'on n'a jamais vu quelqu'un d'aussi courageux et fort que toi. Merci pour la personne que tu es.

Oranne, Marine et Laurène,

Mes amies de fac avec qui j'ai vécu des énormes fous rires, de l'amitié, des partiels, des soirées et mes plus belles années fac en fait !!! Je vous aime toujours autant. Je suis si contente d'avoir pu croiser votre chemin et de partager encore tous ces moments d'amitié avec vous.

Ma Margaux,

Mon chanus, ma plus belle rencontre de l'internat comme je le dis à chaque fois. Je garde de très bons souvenirs : notre stage à la Timone, le sport, nos soirées, nos petits repas le soir, la corniche... mes crises d'hypocondrie, que tu as su apaiser... nos vacances en Corse... bref je t'aime très fort.

Mes Beaux-parents,

Merci pour tout votre soutien et votre bienveillance. De gros bisous je vous aime fort.

Mamie et Papi, mes deux anges,

Je sais que vous êtes heureux pour moi de là où vous êtes. La fierté dans vos yeux que j'ai toujours vue lorsque j'étais avec vous ! Aujourd'hui je voulais vous dire merci d'avoir eu confiance en moi et d'avoir été aussi bons et merveilleux. On ne peut pas rêver mieux comme grands parents. Je vous aime. On était quatre étoiles et on le restera.

Romuald,

Mon frère que je n'ai jamais eu, mon cousin mon meilleur ami...

Avec qui j'ai partagé les repas de famille, les après-midi de notre enfance jusqu'à notre adolescence, les soirées, les mêmes bandes d'amis...

Nos confidences si précieuses, je les garde comme des trésors , je ne veux jamais oublier...

Nous étions les deux compères, toujours ensemble et il suffisait de nous voir pour comprendre.

Tu as été là pour ma P1. Je me souviendrais toujours du jour où tu es venu en surprise.

Tu étais le cadeau du jour et c'était bien ça... tu étais mon cadeau tellement je t'aimais.

Malheureusement tu es parti et Dieu sait comme j'en ai souffert et j'en souffre toujours. Cette

année-là je ne t'ai pas trop vu, ma vie prenait un autre tournant... Nous n'avons pas assez

échangé. Mais tu m'as dit que tu étais fier de moi et je le sais. Aujourd'hui je suis fière de

pouvoir te dire que je te dédie cette thèse. Tu as contribué à m'apporter toute la force et

l'acharnement que j'ai pu mettre dans ces études. Je t'aime tant mon Balald.

SOMMAIRE :

Index des figures	1
Index des tableaux	4
Index des annexes	4
Liste des abréviations	5
Introduction	7

I. Plan triennal de maitrise de l'ONDAM 2015-2017 et objectifs 2018, place des PHEV au sein des différents contrats, objectifs et modalités du CAQES pour l'année 2018

1. Rappel de l'ONDAM et résultats des dépenses de santé 2015-2017	9
2. Objectifs du plan d'actions de transformation du système de santé 2018	12
3. Place des prescriptions hospitalières exécutées en ville PHEV au sein des différents contrats existants jusqu'en 2017 :	14
3.1. Le contrat de bon usage des médicaments (CBU)	14
3.2. Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS)	15
3.3. Plan triennal : définition	18
3.4. Nouveau contrat 2018 : Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES)	19
4. Les Prescriptions hospitalières exécutées en ville PHEV et leurs données nationales des remboursements au cours des dernières années	22

II. Diagnostic PHEV 2017 de l'hôpital privé Arnault Tzanck Mougins Sophia-Antipolis

1. Présentation des trois pôles de l'hôpital privé	33
2. Présentation de la PUI	34
3. Profil PHEV 2017 de l'hôpital privé	34
3.1. Rappel sur les données globales PHEV	35
3.2. Mise en place de l'audit de la conformité des ordonnances de sortie de médicaments	36
3.2.a. Réalisation de la grille d'audit :	36
3.2.b. Résultats et discussions :	38
3.3. Mise en place de l'audit d'évaluation des pratiques professionnelles en ordonnances de sortie ..	41
3.3.a. Audit des prescriptions de sortie	41
3.3.b. Réalisation de la grille d'audit	41
3.3.c. Résultats et discussions	42

3.4. Prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville, données réparties par classes thérapeutiques	44
3.4.a. Les antihypertenseurs et médicaments de cardiologie	44
3.4.b. Les antalgiques, vertiges, migraines	45
3.4.c. Les antiagrégants et antithrombotiques	46
3.4.d. Les anticoagulants oraux directs (AOD)	48
3.4.e. Les antiacides et antiulcéreux, dont les inhibiteurs de la pompe à proton (IPP).....	49
3.4.f. Les médicaments digestifs	49
3.4.g. Les psycholeptiques (anxiolytiques et hypnotiques).....	50
3.4.h. Les anti-infectieux	50
3.5. Comparaison PHEV de l'hôpital privé Arnault Tzanck Mougins Sophia-Antipolis aux résultats PHEV d'un établissement public de même envergure	51
3.6. Audit sur les prescriptions de sortie de biosimilaires :	54
3.6.a. Rappel sur les biosimilaires	54
3.6.b. Audit sur les ordonnances de sortie du Nivestim®	57
3.6.c. Audit sur les ordonnances de sortie du Retacrit®	60
3.6.d. Référencement au livret thérapeutique d'un nouveau biosimilaire de l'insuline Lantus® : l'Abasaglar® 100 UI/ml	62
3.7. Profil sur les prescriptions de la liste des produits et prestations	64
3.7.a. Audit sur les ordonnances de sortie de pansements	64
3.7.b. Résultats et discussions	66

III. Actions mises en place à l'hôpital privé Arnault Tzanck Mougins Sophia-Antipolis dans le cadre des PHEV

1. Actions ciblées visant les résultats de l'audit de la conformité des ordonnances de sortie	71
2. Actions ciblées visant les résultats de l'audit d'évaluation des pratiques professionnelles en ordonnances de sortie	72
2.1. Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur les IPP	72
2.1.a. Réalisation de la grille d'audit	72
2.1.b. Résultats et discussions	75
2.2. Actions ciblées concernant les anti-infectieux	78
3. Actions ciblées visant les biosimilaires	80
3.1. G-CSF : Le Nivestim®	80
3.2. Abasaglar® : évolution à la suite de son référencement	81
4. Actions ciblées visant les prescriptions de la liste des produits et prestations (PHEV LPP) ..	82
4.1. Travail sur le référencement des pompes actives face aux systèmes passifs pour perfusion (diffuseurs)	82

4.1.a. Etude de coût/bénéfice	83
4.1.b. Résultats et discussions	84
4.2. Mise en place d'ordonnances types de pansements en collaboration avec l'ARS	84
4.3. Diffusion de recommandations de la HAS et de «fiches mémo» de bonnes pratiques de l'assurance maladie aux prescripteurs	92
4.3.a. Recommandations de la HAS pour l'autosurveillance glycémique dans le diabète de type 2	92
4.3.b. Fiche mémo de bonnes pratiques : la dénutrition chez la personne âgée (>70 ans) et aide à la prescription des compléments nutritionnels oraux (CNO)	92
Discusion-conclusion	93
Bibliographie	95
Annexes	100
Serment de Galien	109

INDEX DES FIGURES :

Figure 1 : Prévisions PHEV 2016.....	9
Figure 2 : Tableau récapitulatif des mesures d'économies relatives à l'ONDAM 2017 (en M€)	11
Figure 3 : Montants et taux d'évolution de l'ONDAM 2017.....	12
Figure 4 : Evolution de l'ONDAM 2018 par sous-objectif	13
Figure 5 : Economies attendues en 2018 (en M€)	14
Figure 6 : Extrait du CBU parlant des PHEV, réalisé en 2016 par l'hôpital	15
Figure 7 : Grille d'analyse et de suivi des objectifs des établissements signataires d'un CAQOS.....	17
Figure 8 : Etablissements concernés par la signature d'un CAQOS	18
Figure 9 : Les 12 blocs concernant la gestion du risque, copilotés par les ARS et L'AM	18
Figure 10 : Indicateurs nationaux concernant les LAP.....	21
Figure 11 : Indicateurs nationaux concernant le numéro RPPS et FINESS	21
Figure 12 : Indicateurs nationaux concernant la promotion de prescription et la part d'achat des biosimilaires et des génériques	21
Figure 13 : Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire des génériques et biosimilaires.....	22
Figure 14 : Prescriptions exécutées en ville : pour chaque type de prescription, répartition des montants remboursés selon le type de prescripteur, en 2016.....	24
Figure 15 : Prescriptions exécutées en ville : pour chaque type de prescripteur, répartition des montants remboursés selon la nature de la prescription, en 2016	24
Figure 16 : Prescriptions de médicaments délivrées en ville : Croissance annuelle des montants remboursés selon le type de prescription, de 2004 à 2016.....	25
Figure 17 : Prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville : pour chaque type d'établissement, répartition des montants remboursés par grande classe de médicaments, en 2016.....	26
Figure 18 : Prescriptions hospitalières de médicaments délivrées en ville : principales surclasses de médicaments prescrites, en 2016	27
Figure 19 : Prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville : principales classes ATC prescrites, en 2016	28
Figure 20 : Prescriptions de médicaments délivrés en ville : pour 5 catégories de médicaments, ratios dans le répertoire et taux de génériques selon le type de prescripteur, en 2016	29
Figure 21 : Montants des dépenses PHEV 2016 PACA	30

Figure 22 : Evolution en montants remboursés des PHMEV entre 2015 et 2016 par classes thérapeutiques	30
Figure 23 : Poids des dépenses LPP 2016 en région PACA	31
Figure 24 : Evolution en montants remboursés de la LPP entre 2015 et 2016	31
Figure 25 : Grille d'audit sur la conformité des ordonnances de sortie	37
Figure 26 : Graphique représentant le pourcentage d'ordonnances informatisées, et leur répartition de rédaction à partir du LAP.....	38
Figure 27 : graphique représentant la répartition de la présence des numéros FINESS, RPPS et ADELI en fonction des établissements.....	38
Figure 28 : Répartition sur les 3 Pôles de la présence de la mention «médicament substituable sauf avis contraire» et de la prescription en DCI.....	40
Figure 29 : Déclinaisons des différentes possibilités lors de la réalisation d'une ordonnance de sortie sur HM	40
Figure 30 : Répartition des ordonnances selon les 3 Pôles	42
Figure 31 : Résultats de l'audit des ordonnances de sortie du 01/06/17 au 01/12/17 : taux de prescriptions dans le répertoire des groupes génériques, taux de médicaments génériquables, taux de médicaments non génériquables et taux de prescription en DCI.....	43
Figure 32 : Répartition des classes thérapeutiques en ordonnances de sortie tous pôles confondus	44
Figure 33 : Répartition des antihypertenseurs les plus prescrits en ordonnance de sortie à l'hôpital	45
Figure 34 : Répartition des antiagrégants et antithrombotiques au sein des ordonnances de sortie	46
Figure 35 : Prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques par classes thérapeutiques d'un établissement public de proximité.....	53
Figure 36 : Exigences réglementaires concernant l'élaboration d'un biosimilaire	54
Figure 37 : liste des médicaments biosimilaires de l'ANSM mis à jour le 24/08/18	56
Figure 38 : Grille d'audit sur les prescriptions de G-CSF en hospitalisation complète et analyses des prescriptions de sortie	58
Figure 39 : G-CSF prescrits sur HM en hospitalisation et substitutions réalisées	59
Figure 40 : G-CSF prescrits en ordonnances de sortie	59
Figure 41 : Grille d'audit des prescriptions d'EPO en hospitalisation complète et analyse des prescriptions de sortie	61
Figure 42 : Répartition des différentes plaies nécessitant des pansements	65

Figure 43 : Grille d'audit ordonnances de sortie de pansements	66
Figure 44 : Répartition des différents acteurs concernant le circuit des pansements	67
Figure 45 : Fiche d'EPP : pertinence de la prescription des inhibiteurs de la pompe à proton	73
Figure 46 : Conformité des prescriptions d'IPP.....	75
Figure 47 : Âge des patients et modalités d'instauration du traitement per os.....	75
Figure 48 : Répartition des différentes posologies	76
Figure 49 : Répartition des différentes indications hors AMM observées	76
Figure 50 : Rapport sur les consommations d'antibiotiques de l'établissement pour tous les services et UF concernés, sur la période T4 2017.....	78
Figure 51 : Evolution de la consommation d'antibiotiques par famille	79
Figure 52 : Fiche d'information sur les biosimilaires réalisée par la pharmacie à l'intention des patients	80
Figure 53 : Aspect de l'ordonnance type finale des pansements	90

INDEX DES TABLEAUX :

Tableau 1 : Coût total journalier d'un traitement par Lovenox® et Innohep® en préventif et curatif.....	47
Tableau 2 : Comparaison de la consommation des AOD sur l'année 2016 et 2017 pour l'hôpital....	48
Tableau 3 : Comparaison des classes thérapeutiques retrouvées en ordonnances de sortie pour les deux structures.....	52
Tableau 4 : Comparaison du taux de prescription dans le répertoire des groupes génériques de l'année 2017 pour les 7 premières molécules des deux établissements.....	53
Tableau 5 : Comparaison des prix des G-CSF en intra hospitalier avec ceux de ville.....	60
Tableau 6 : Comparaison des prix des différentes EPO en intra hospitalier avec ceux de ville....	62
Tableau 7 : Etude de coût sur la mise en place de l'Abasaglar® au livret thérapeutique de l'établissement.....	63
Tableau 8 : Actions ciblées et suivi pour l'encadrement des PHMEV et PHEV LPP dans le cadre du CAQES 2018.....	69
Tableau 9 : Récapitulatif sur les principales indications, posologies et des durées de traitement IPP (notamment sur le Pantoprazole seule molécule utilisée au livret).....	74
Tableau 10 : Référencement des différents pansements de l'hôpital et classement par types de plaies.....	85

ANNEXES :

Annexe 1 : Médicament générique, un traitement sûr et efficace.....	100
Annexe 2 : Répertoire des médicaments génériques.....	101
Annexe 3 : Les inhibiteurs de la pompe à proton chez l'adulte.....	104
Annexe 4 : G-CSF en cancérologie.....	105
Annexe 5 : Agents Stimulant l'Erythropoïèse (ASE) en cancérologie.....	105
Annexe 6 : Formulaire de prescription de perfusion à domicile (ville ou hôpital).....	106
Annexe 7 : L'autosurveillance glycémique dans le diabète de type 2 : une utilisation très ciblée.....	107
Annexe 8 : Dénutrition chez la personne âgée (> 70 ans) et aide à la prescription des Compléments Nutritionnels Oraux (CNO).....	108

LISTE DES ABREVIATIONS :

AINS : *Anti inflammatoire non stéroïdien*

AM : *Assurance maladie*

ANSM : *Agence nationale de sécurité du médicament*

AOD : *Anticoagulant oraux direct*

ARS : *Agence régionale de santé*

BMR : *Bactérie multirésistante*

CADES : *Caisse d'amortissement de la dette sociale*

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

CH : *Centre hospitalier*

CHR : *Centre hospitalier régional*

CLIN : *Comité de lutte contre les infections nosocomiales*

CONSORES : *La surveillance en réseau de la consommation d'antibiotiques et des résistances antibiotiques*

CTJ : *Coût de traitement journalier*

DCI : *Dénomination commune internationale*

DVI : *Dispositif veineux implantable*

EHPAD : *Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*

EMA : *European medicines agency*

EPO : *L'erythropoïétine*

EPP : *Evaluation des pratiques professionnelles*

ES : *Etablissements de santé*

ESPIC : *Etablissement de santé privé d'intérêt collectif*

FA : *Fibrillation auriculaire*

GDR PHEV : *Gestion du risque des prescriptions hospitalières exécutées en ville*

GHT : *Groupements hospitaliers de territoire*

HAD : *Hospitalisation à domicile*

HDJ : *Hospitalisation de jour*

IPP : *Inhibiteurs de la pompe à proton*

LAP : *Logiciel d'aide à la prescription*

LFSS : *Loi de financement de la sécurité sociale*

LPP : *Liste des produits et prestations*

MCO : *Médecine chirurgie obstétrique*

MICI : *Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin*

MTEV : *Maladie thromboembolique veineuse*

M€ : *Millions d'euros*

Md€ : *Milliards d'euros*

Norme ISO : *L'organisation internationale de normalisation*

OMEDIT : *Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique*

OMS : *Organisation mondiale de la santé*

ONDAM : *Objectif national des dépenses d'assurance maladie*

OPTIM Bloc : *Logiciel utilisé au bloc opératoire*

PHEV : *Prescriptions hospitalières exécutées en ville*

PHMEV : *Prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville*

RGO : *Reflux gastro-œsophagien*

SFC : *Société française de cardiologie*

SSR : *Soins de suite et de réadaptation*

UF : *Unité fonctionnelle*

URCC : *Unité de reconstitution centralisée des cytotoxiques*

USLD : *Unité de soins de longue durée*

Introduction :

Depuis sa mise en œuvre en 1997, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été systématiquement dépassé jusqu'en 2010. Depuis cette date, il est sous-exécuté, c'est-à-dire que les dépenses constatées sont inférieures à celles qui avaient été initialement prévues ⁽¹⁾.

Dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, il a été proposé de fixer l'ONDAM pour 2017 à 190,7 milliards d'euros, soit un taux de progression de 2,1 % par rapport à 2016. (2% en 2015) Cet objectif était ambitieux puisqu'il s'agissait de réaliser 4,1 milliards d'euros d'économie soit 0,6 milliard d'euros de plus qu'en 2016.

La construction de l'ONDAM 2017 s'est appuyé tout d'abord sur la continuité des actions lancées dans le cadre du plan triennal 2015-2017 ⁽²⁾.

Pour le maintenir, l'état et l'assurance maladie (AM) ont développé depuis 2006 une démarche de « maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie » qui a été élargi aux établissements hospitaliers, elle consiste à améliorer l'efficacité des soins dans le cadre des actes et des prescriptions pratiqués par les professionnels de santé ⁽³⁾.

En, 2010 dans le même état d'esprit, la loi de financement de la Sécurité Sociale avait mis en place un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de soin de ville, prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements de santé : prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville (PHMEV) ; elles représentent une part importante des remboursements des soins de ville ⁽⁴⁾.

En 2012, la liste des produits et prestations s'est rajoutée, on parle alors de PHEV LPP. Tous cela s'inscrit donc dans le plan régional de gestion des risques (PPRGDR) qui depuis 2016 est devenu plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins (PNGDRESS) établi par l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Il est piloté par les agences régionales de santé (ARS) qui le déclinent en programme pluriannuel régional de gestion des risques.

Ce PNGDRESS est défini pour une durée de 2 ans ⁽⁵⁾.

Les établissements sanitaires MCO depuis le décret du 24 Aout 2005 avaient l'obligation de signer le CBUM (contrat de bon usage du médicament) conclu pour une durée de trois à cinq ans.

Cependant, pour les établissements publics et ESPIC (qui ne respectaient pas les taux des dépenses de prescriptions médicales exécutées sur l'enveloppe des soins de ville ⁽⁶⁾, il a été défini dans Le décret n°2011-305 du 22 avril 2011 ⁽⁷⁾, un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) qu'ils devaient signer. La gestion du risque «prescriptions hospitalières exécutées en ville» (GDR-PHEV) de médicaments et des produits et prestations, fait donc partie des 10 programmes nationaux de gestion du risque déterminés dès juillet 2010 ⁽⁸⁾.

Jusqu'à présent tous les établissements MCO étaient signataires du CBU (contrat de bon usage) cité au-dessus, mais les CAQOS ne concernaient pas les établissements privés puisque les données PHEV fournies par l'AM concerne seulement le public.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 dans son article 81 instaure un nouveau contrat : **contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES)** qui est applicable à tous les établissements sanitaires à compter du 1er janvier 2018. Il vise à simplifier les dispositifs actuels de contractualisation avec les établissements de santé, il regroupe les obligations relatives à la qualité et l'efficience inclus dans les contrats antérieurs dont les PHEV ⁽⁹⁾.

L'hôpital privé Arnault Tzanck de Mougins Sophia Antipolis comme tous les autres établissements sanitaires privés ou publics ont dû remplir leur contrat (CAQES) en décembre 2017 pour une mise en œuvre en janvier 2018. Des indicateurs nationaux et régionaux ont été fournis afin que chaque structure propose leurs objectifs et plan d'actions.

Le but de ce travail est de voir comment un établissement privé, aujourd'hui, peut-il se préparer à répondre aux obligations relatives aux PHEV instaurées dans le CAQES.

Dans une première partie, un historique sera établi sur la place des PHEV dans les différents contrats existant jusqu'en 2017 ainsi que dans le CAQES 2018.

Dans une deuxième partie, l'objectif sera d'établir un profil PHEV avec l'aide de différents audits réalisés.

Pour terminer, après analyse des résultats, un plan d'action sera proposé dans un objectif de **pertinence** des prescriptions hospitalières exécutées en ville.

I. Plan triennal de maîtrise de l'ONDAM 2015-2017 et objectifs 2018, place des PHEV au sein des différents contrats, objectifs et modalités du CAQES pour l'année 2018.

1. Rappel de l'ONDAM et résultats des dépenses de santé 2015-2017 :

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015 avait fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 182,3 Milliards d'euros (Md€). Cet objectif a été abaissé à 181,9 Md€ dans la partie rectificative de la LFSS pour 2016. Les dépenses dans le champ de l'ONDAM se sont élevées à 181,8 Md€, soit un niveau plus faible d'environ 0,1 Md€ (10).

Les dépenses de soins de ville ont représenté 83,1 Md€ en 2015, en progression de 2,5%, soit 230 M€ de plus que le sous-objectif voté dans la partie rectificative de la LFSS pour 2016.

Les dépenses afférentes aux établissements de santé, se sont élevées à 76,4 Md€ en 2015 (+1,8 % par rapport à 2014), soit un montant inférieur de 0,2 Md€ à l'objectif rectifié en LFSS pour 2016 (11).

En 2016, la dépense globale s'élève à 185,2 Md€, soit le montant voté en LFSS 2016. Au total, la réalisation de l'ONDAM 2016 est donc conforme à ce qui a été voté pour 2016. Cette prévision actualisée est celle qui a été proposée pour le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Figure 1 : Prévisions PHEV 2016

Prévisions 2016, en milliards d'euros	Constat 2015	Base 2016 réactualisée (1)	Objectifs 2016 arrêtés	Prévisions (2)	Taux d'évolution (2/1)	Ecart à l'objectif arrêté
ONDAM TOTAL	181,8	181,8	185,2	185,2	1,8%	0,0
Soins de ville	83,1	83,1	84,3	84,6	1,8%	0,2
Établissements de santé	76,4	76,4	77,9	77,9	2,0%	0,0
Établissements et services médico-sociaux	17,7	17,7	18,2	18,0	1,6%	-0,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,7	8,7	8,9	8,8	1,2%	-0,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,1	9,1	9,3	9,2	2,0%	-0,1
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,0	3,0	3,1	3,1	0,1%	0,0
Autres prises en charge	1,6	1,6	1,7	1,6	2,8%	-0,1

Comme il a été rappelé dans l'introduction, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, l'ONDAM a été fixé à 190,7 Md€, soit un taux de progression de 2,1 % par rapport à 2016.

Afin d'aboutir à un objectif de dépenses en progression de 2,1 %, un montant global d'économies de 4,05 Md€ a été nécessaire pour la construction de l'ONDAM 2017.

Il s'est appuyé sur la continuité des actions lancées dans le cadre de ce plan triennal 2015-2017 et le plan d'économie, qui a structuré le déploiement de la stratégie nationale de santé, s'est articulé autour de quatre axes ⁽²⁾.

- Le premier axe visait le renforcement de l'efficience de la dépense hospitalière, qui passe notamment par des mutualisations (nouveaux groupements hospitaliers de territoire) et des économies sur les achats hospitaliers, où des marges très importantes demeurent. Cet axe aurait dû permettre de dégager **845 M€** en 2017.

- Le deuxième axe est le virage ambulatoire qui sera intensifié dans les établissements hospitaliers. Avec en premier lieu, l'accélération de la diffusion de la chirurgie ambulatoire, ainsi que le développement de l'hospitalisation à domicile, l'amélioration de la prise en charge en sortie d'établissement et l'optimisation du parcours pour certaines pathologies ou populations. Cela représenterait en 2017 un montant global de **640 M€**.

- Le troisième axe concerne les produits de santé, à hauteur de **1 430 M€** en 2017. Au-delà des mesures de maîtrise des prix des médicaments, un accent particulier sera mis sur le développement des médicaments génériques ainsi que sur l'arrivée des médicaments biosimilaires qui permettrait de dégager des marges d'économies.

- Le dernier axe vise à améliorer la pertinence du recours à notre système de soins : réduction des actes inutiles ou redondants (que ce soit en ville ou en établissements de santé). Maîtrise du volume de prescription des médicaments, et simplification des prises en charge de cotisations des professionnels de santé. Cet axe apporterait **1 135 M€** d'économies en 2017.

Figure 2 : Tableau récapitulatif des mesures d'économies relatives à l'ONDAM 2017 (en M€)

Efficacité de la dépense hospitalière	845
<u>Optimisation des dépenses des établissements*</u>	80
Optimisation des achats	505
Liste en sus	260
Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement	640
<u>Développement de la chirurgie ambulatoire*</u>	160
Réduction des inadéquations hospitalières	250
Rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'OGD	230
Produits de santé et promotion des génériques	1430
Baisse de prix des médicaments	500
<u>Promotion et développement des génériques*</u>	340
Tarifs des dispositifs médicaux	90
<u>Biosimilaires*</u>	30
Contribution du Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique	220
Remises	250
Pertinence et bon usage des soins	1135
Baisse des tarifs des professionnels libéraux	165
<u>Maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments et dispositifs médicaux*</u>	380
Maîtrise médicalisée hors médicament	320
Réforme des cotisations des professionnels de santé	270
TOTAL	4050

**En rouge : les points qui nous intéressent dans ce travail.*

Après la prise en compte des changements de périmètre décrits ci-dessus, les montants et les taux d'évolution de l'ONDAM 2017 ont pu être définis :

Figure 3 : Montants et taux d'évolution de l'ONDAM 2017

Montants en Md€	Base 2017	Taux d'évolution	Sous objectifs
ONDAM TOTAL	186,7	2,1%	190,7
Soins de ville	84,8	2,1%	86,6
Établissements de santé	77,7	2,0%	79,2

2. Objectifs du plan d'actions de transformation du système de santé 2018 :

Le rétablissement des comptes sociaux se poursuit en 2017, le déficit cumulé du régime général et du fonds de solidarité vieillesse s'élèvent à -5,2 Md€, contre -7,8 Md€ en 2016.

En 2018, les prévisions de recette et la mise en œuvre des mesures d'économie prévues par le gouvernement permettront de diminuer le déficit de 3 Md€.

L'objectif du gouvernement est d'atteindre l'équilibre de l'ensemble des comptes de la sécurité sociale pour 2020, conformément à l'engagement du Premier Ministre dans son discours de politique générale, de proscrire pour l'avenir de nouveaux déséquilibres et d'épurer la dette de la sécurité sociale d'ici 2024.

Depuis 2015, le montant total de la dette sociale régresse. Ce mouvement s'est encore accéléré en 2017.

Le désendettement devrait se poursuivre et s'accélérer au cours des prochaines années. D'ici 2022, la dette portée par la CADES (Caisse d'amortissement de la dette sociale) devrait se réduire à 35Md€ environ.

L'objectif de remboursement en 2024 devrait être ainsi respecté ⁽¹²⁾.

Ce redressement repose sur une progression maîtrisée de l'ONDAM en dépit d'une évolution tendancielle forte ⁽¹³⁾.

La dynamique des dépenses de soins en ville, a pu être contenue du fait notamment

des efforts de maîtrise médicalisée et d'une renégociation générale des prix des traitements contre l'hépatite C.

A l'hôpital, la progression des dépenses de la liste en sus a également été contenue.

Cependant les PHEV augmentent et entraîne donc une hausse de dépenses de ville.

Conformément aux engagements du Président de la République, l'ONDAM 2018, d'un montant de près de 200 milliards d'euros, progressera de 2,3 % par rapport à 2017, ce qui représente 4,4 Md€ de dépenses nouvelles prises en charge par la collectivité sur le champ de la maladie (12).

Figure 4 : Evolution de l'ONDAM 2018 par sous-objectif

	Niveau des dépenses par sous-objectifs Md €	Taux de progression	Pour mémoire : taux de progression voté en LFSS 2017
Soins de ville	88,9	2,4%	2,1%
Etablissements de santé	80,7	2,0%/ 2,2% avec FJH	2,0%
Etablissements et services médico-sociaux	20,5	2,6%	2,9%
Fonds d'intervention régionale	3,4	3,1%	2,1%
Autres prises en charge	1,8	4,3%	4,6%
Total	195,2	2,3%	2,1%

FJH : forfait journalier hospitalier

Différents axes vont structurer le prochain plan d'appui à la transformation de notre système de santé 2018-2022 qui étaient pour certains déjà présents dans le plan triennal 2015-2017, et notamment (12) :

- La structuration de l'offre de soins
- La pertinence et l'efficacité des produits de santé
- La pertinence et la qualité des actes

Figure 5 : Economies attendues en 2018 (en M€)

Structuration de l'offre de soins	1465
<i>Structurer des parcours de soins efficaces</i>	250
Améliorer la performance interne des établissements de santé et médico-sociaux	1215
<i>Optimisation des achats et autres dépenses</i>	575
<i>Liste en sus et autorisation temporaire d'utilisation</i>	390
<i>Rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'objectif global de dépense</i>	200
<i>Améliorer la performance interne des établissements médico-sociaux</i>	50
Pertinence et efficacité des produits de santé	1490
Baisse de prix des médicaments	480
Promotion et développement des génériques	340
Biosimilaires	40
Baisse des tarifs des dispositifs médicaux	100
Maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments et dispositifs médicaux	320
Remises	210
Pertinence et qualité des actes	335
Maîtrise médicalisée	110
Actions de pertinence et adaptations tarifaires des actes de biologie, imagerie et autres actes médicaux en ville et à l'hôpital	225

**En rouge : les points qui nous intéressent dans ce travail.*

3. Place des prescriptions hospitalières exécutées en ville PHEV au sein des différents contrats existants jusqu'en 2017 :

3.1. Le Contrat de bon usage des médicaments (CBU) :

Le CBU mis en œuvre depuis 2005 a évolué au fur et à mesure des années. Le dernier décret datant du 27 septembre 2013 ⁽¹⁵⁾, est une démarche contractuelle visant à ⁽¹⁶⁾ :

- Améliorer et sécuriser le circuit des produits de santé (médicaments et DMI) administrés à l'hôpital. En particulier leurs conditions de prescription et de gestion.
- Contrôler le financement des produits de santé «en sus» de la T2A. Le Taux de remboursement est compris entre 70 et 100 % selon niveau d'atteinte des objectifs. Si les taux n'étaient pas respectés, des sanctions pouvaient être appliquées ⁽¹⁷⁾.

Les PHEV n'étaient pas intégrés dans ce contrat, mais dans les derniers CBU sont apparus des items relatifs aux PHEV.

Figure 6 : Extrait du CBU parlant des PHEV réalisé en 2016 par l'hôpital

effectuées en 2016 avec une présentation des analyses de consommation et dépenses.	
[QSE29] Le plan d'action intègre t-il des actions en vue de mieux maîtriser les dépenses exécutées en ville ? Si "OUI", préciser la liste des actions proposées par l'établissement en vue de mieux maîtriser les dépenses exécutées en ville (champ "commentaire").	OUI [1]
[QSE29_comment] Le plan d'action intègre t-il des actions en vue de mieux maîtriser les dépenses exécutées en ville ? Si "OUI", préciser la liste des actions proposées par l'établissement en vue de mieux maîtriser les dépenses exécutées en ville (champ "commentaire"). (Commentaire)	Ordonnance de sortie en DCI. Utilisation des médicaments génériques et des biosimilaires, exemple avec le RETACRIT. Les médicaments sont enregistrés sur notre logiciel de prescription par nom de spécialité et le pharmacien a la possibilité de substituer un générique. Engagement des membres du COMEDIMS à inciter les praticiens à prescrire des biosimilaires.
[QSE30] Le plan d'action est-il évalué chaque année ? Si "OUI", indiquer la date de présentation du bilan annuel en CME ou à la sous commission en charge de la politique médicament (champ "commentaire" au format mm/aaaa).	OUI [1]
[QSE30_comment] Le plan d'action est-il évalué chaque année ? Si "OUI", indiquer la date de présentation du bilan annuel en CME ou à la sous commission en charge de la	Mars 2016 lors du COMEDIMS

3.2. Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) :

L'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 et l'article 72 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, prévoient un mécanisme de régulation des dépenses de médicaments et de certains dispositifs médicaux prescrits à l'hôpital et remboursés sur l'enveloppe des soins de ville. Il est fondé sur une fixation annuelle, par arrêté, d'un taux d'évolution national des dépenses ⁽⁷⁾.

Ce taux a été fixé pour 2016 ⁽¹⁸⁾ et 2017 à 4% ⁽¹⁹⁾.

Les ARS sont chargées de suivre, pour chaque établissement de santé, l'évolution des dépenses des prescriptions hospitalières exécutées en ville soumises à ce taux. Après le bilan annuel et en cas de non-respect du taux fixé, l'ARS pourra proposer à l'établissement de conclure, pour une durée de trois ans, un contrat d'amélioration de la qualité et de

l'organisation des soins (CAQOS) qui lui permettra de tendre vers le taux national ainsi que d'améliorer les pratiques hospitalières ⁽⁷⁾.

Le CAQOS est donc un contrat tripartite entre l'établissement de santé (ES), l'ARS et l'AM.

Les objectifs fixés par ce contrat étaient :

La réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments et de produits et prestations (LPP), la progression du taux de prescriptions de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques, la qualité et l'amélioration des pratiques hospitalières. Excluant la rétrocession, les médicaments de l'hépatite C et les prescriptions réalisées lors de l'activité libérale des praticiens hospitaliers (Les établissements privés n'étaient pas concernés).

L'établissement s'engage donc :

- A relayer auprès des médecins prescripteurs de médicament et LPP les actions de sensibilisation et d'information mises en œuvre par l'ARS et l'AM.
- Prescrire en dénomination commune internationale (DCI).
- Faire progresser le taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des génériques permettant de le rapprocher du taux prévisionnel (il était de 44% pour l'année 2017) ⁽¹⁹⁾.
- Promouvoir la prescription des médicaments biosimilaires.
- Faire mentionner systématiquement par les médecins prescripteurs leur numéro RPPS.
- Utiliser un numéro FINESS sur les prescriptions pour un suivi de meilleure qualité.
- Prendre toute mesure d'organisation interne visant à améliorer et à rendre plus efficaces les pratiques de prescription des médicaments et LPP.

Selon le niveau d'atteinte des objectifs fixés par le contrat, l'établissement pourra soit bénéficier d'un intéressement versé par l'assurance maladie d'une partie des économies générées, soit au contraire, être pénalisé d'une partie du montant des dépenses qui lui sont imputables ⁽²⁰⁾.

Une grille d'analyse et de suivi des objectifs était jointe en annexe du contrat et était complétée par l'établissement signataire ⁽²¹⁾.

Figure 7 : Grille d'analyse et de suivi des objectifs des établissements signataires d'un CAQOS.

GRILLE D'ANALYSE ET DE SUIVI DES OBJECTIFS			
Objectifs	Indicateursproposés	Echéances proposées	Etat d'avancement
Prescription dans le répertoire des groupes génériques	<ul style="list-style-type: none"> Taux de médicaments prescrits dans le répertoire. Utilisation de la mention «médicament substituable sauf mention contraire» sur l'ordonnance. Information régulière des prescripteurs de la possibilité de prescrire des médicaments inscrits au répertoire des génériques pour la prescription de sortie ou la consultation externe; le prescripteur n'est pas limité dans ce cas aux molécules présentes au sein de l'établissement. Diffusion par la CPAM de message d'incitation pour la prescription dans le répertoire des génériques. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques d'achats de produits de santé (projet ARMEN) visant au développement des génériques. 	Indiquer l'année et le trimestre de mise en œuvre	Planifié En cours Reporté (préciser pourquoi) Terminé Supprimé (préciser pourquoi)
Prescription de biosimilaires	<ul style="list-style-type: none"> Taux de prescription de biosimilaires au sein des classes concernées (EPO, G CSF). Informations des prescripteurs afin de remplacer les médicaments onéreux par des médicaments biosimilaires et dont l'efficacité est la même. Recommandation de pratiques relayée par la COMEDIMS. 	–	–
Analyse des dépenses de PHEV	<ul style="list-style-type: none"> Taux d'évolution des dépenses de PHEV prescrits par l'établissement sur la période de référence. Montant des dépenses prescrites et évolution. Montant des dépenses par classe thérapeutique, prescrits par l'établissement et comparé aux établissements de même catégorie et évolution. Définition d'un plan d'actions au sein de l'établissement. Organisation de rencontres entre l'établissement, l'assurance maladie et l'ARS. Constitution d'un groupe de travail dédié au sein de la commission du médicament de l'établissement. Utilisation des LAP, LAD pour les prescriptions de sortie et prescriptions en consultation externe. 	–	–
Mise en place du RPPS	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation d'un numéro FINESS validé et mis à jour sur le formulaire de prescription. Mise en œuvre effective de la double identification des prescriptions hospitalières sur l'ordonnance. Suivi de la qualité de saisie du numéro RPPS. 	–	–
Sensibilisation des prescripteurs	<ul style="list-style-type: none"> Diffusion des guides de bonne pratique et/ou recommandations auprès des prescripteurs/services/pôles concernés en fonction des classes thérapeutiques ou molécules ciblées dans l'analyse détaillée. Réunions d'information des prescripteurs conduites à l'initiative de la CME. Diffusion d'un tableau de suivi des dépenses de médicaments prescrits en médecine de ville et par classe thérapeutique. Diffusion d'un tableau de suivi du taux de prescription dans le répertoire par classe thérapeutique. 	–	–

Figure 8 : Etablissements concernés par la signature d'un CAQOS

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Établissements ciblés	180	147	99	49	19	62
Contrats CAQOS signés	28	68	43	23	3	42*
Taux de contractualisation	9%	7%	5%	2%	1%	66%
Sanctions pour refus de signature	0	0	0	0	0	0
Dispositifs alternatifs**	12	9	17	21	13	16
* dont 23 en PACA Source : enquête commune questionnaire CNAMTS/Ministère, mars 2017 ** contrats d'engagement, accords de méthode						

3.3. Plan triennal : définition

C'est un plan ambitieux qui vise une évolution structurelle du système de santé en 3 ans, alliant qualité des soins et maîtrise des dépenses de santé. Il permet une accélération du processus de maîtrise des dépenses.

Il est structuré autour de 4 grands objectifs partagés entre l'état et l'assurance maladie :

- Améliorer la qualité de l'offre hospitalière.
- Prendre le virage ambulatoire et mieux adapter les prises en charge en établissement.
- Améliorer la pertinence et le bon usage des soins.
- **Poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et l'adoption des génériques et biosimilaires.**

Le tout est décliné en 12 blocs copilotés par les ARS et l'assurance maladie au sein du comité régional de la gestion du risque (CRGDR), dont 4 en communs (22).

Figure 9 : Les 12 blocs concernant la gestion du risque, copilotés par les ARS et L'AM (5)



Nous nous intéresserons essentiellement à celui dédié aux médicaments prescrits à l'hôpital,

les prescriptions hospitalières exécutées en ville PHEV :

Les PHEV et PHEV LPP représentent un enjeu financier majeur. Deux tiers de la croissance des dépenses de produits de santé délivrés en officine de ville sont directement liés aux prescriptions hospitalières, entraînant ainsi une progression très rapide des dépenses (23).

3.4. Nouveau contrat 2018 : Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) :

Le CAQES, créé par l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, est un contrat tripartite liant l'ARS, l'organisme local d'assurance maladie et les établissements de santé (234).

Il vise à simplifier les dispositifs actuels de contractualisation avec les établissements de santé.

Ce contrat remplace, à partir du 1er janvier 2018, les contrats d'objectifs existants (cités précédemment) portant sur les produits de santé :

- Le contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations (CBU) + liste en sus.
 - Le contrat pour l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins sur les prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville, de la liste des produits et prestations (CAQOS PHEV LPP).
- } CONTRAT SOCLE
- CAQOS des dépenses de transport.
 - Le contrat de pertinence des soins.
 - Le contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé (CAPES).
- } CONTRAT ADDITIONNEL (facultatif)

L'établissement s'engage donc à toute une série d'obligations réglementaires :

- Respecter l'ensemble des obligations et mettre en œuvre les moyens nécessaires au respect des objectifs fixés dans chaque volet du contrat.
- Mettre en œuvre les plans d'actions figurant dans chaque volet du contrat et en assurer un suivi et une évaluation régulière (l'ARS à mis à disposition un tableau Excel afin d'y marquer les actions mise en place).
- Prendre connaissance du plan pluriannuel régional de gestion du risque et de l'efficacité du système de soins (PPRGDRESS) et du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration

de la pertinence des soins (PAPRAPS) et à en assurer la diffusion auprès des professionnels de l'établissement.

- Communiquer en interne sur le contenu du contrat, le plan d'actions défini, les résultats attendus et mettre en place un dispositif de suivi.
- Promouvoir les démarches collectives d'évaluation et d'amélioration de la pertinence des actes, prestations et prescriptions.
- Favoriser les échanges interprofessionnels et interdisciplinaires.
- S'assurer que les prescriptions réalisées par ses professionnels contiennent obligatoirement : le numéro RPPS auquel est joint l'identifiant FINESS de l'établissement.
- Communiquer à l'ARS et l'AM d'un rapport annuel d'évaluation du contrat ainsi que les éléments leur permettant d'apprécier l'atteinte des objectifs.
- Désigner un interlocuteur privilégié pour chaque volet concerné.
- Signaler à l'ARS et l'AM tout changement concernant le contrat ⁽²⁵⁾.

Le contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle sur la base des indicateurs et obligations fixés dans chaque volet. Elle donne lieu à un rapport d'évaluation.

L'établissement se dote d'un dispositif de suivi et d'audit interne lui permettant de s'assurer de l'application des engagements souscrits. Le tout permettra d'alimenter ce rapport annuel d'autoévaluation.

Cette évaluation (qui porte surtout sur le contrat socle) peut conduire à l'application de sanctions notamment financières.

Pour chacun des volets additionnels, il est prévu une obligation de résultat qui, si elle est respectée, peut conduire à un intéressement lorsqu'il est prévu par le volet.

Le contrat socle qui est obligatoire, s'applique à tous les établissements de santé (MCO dont HAD et dialyse, SSR, psychiatrie et USLD). Inspiré par l'ancien CBU, il permet de le recentrer sur les priorités affichées en matière de qualité et sécurité des soins et d'autre part, de le compléter avec de nouveaux objectifs d'efficience de la prescription (notamment relatifs aux **prescriptions hospitalières exécutées en ville** ou à la diffusion et à la promotion des génériques et biosimilaires) ⁽²⁵⁾.

Dans le cadre de ce travail nous nous sommes donc axés sur les indicateurs nationaux et régionaux en lien avec les PHEV objet de ce travail ⁽²⁶⁾.

Figure 10 : Indicateurs nationaux concernant les LAP

Art. 10: Obligations générales de l'établissement		
Art. 10-1 : amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations		
OBLIGATIONS	INDICATEURS	REPONSES
Utilisation des logiciels d'aide à la prescription pour toutes les prescriptions de médicaments y compris pour celles effectuées dans le cadre des consultations mentionnées à l'article L. 162-26 ou lors de la sortie de l'établissement de santé.	Q1a) Indiquez le nombre de prescriptions de sortie informatisées Q1b) Indiquez le nombre total de lignes de prescriptions de sortie Q1) Taux de prescriptions de sortie informatisées, y compris consultations externes :	
	Q2a) Indiquez le nombre de lits utilisant un LAP certifié Q2b) Indiquez le nombre total de lits de l'établissement Q2) Taux d'équipement en logiciels d'aide à la prescription dont la version opérationnelle dans le service est certifiée (en nombre de services équipés) : Q2c) Indiquez le nombre d'unités de soins utilisant un LAP certifié Q2d) Indiquez le nombre total d'unités de soins de l'établissement Q2prime) Taux d'équipement en logiciels d'aide à la prescription dont la version opérationnelle est certifiée (en nombre d'unités de soins) :	

Figure 11 : Indicateurs nationaux concernant le numéro RPPS et FINESS

OBLIGATIONS	INDICATEURS	REPONSES
Identification obligatoire des prescriptions réalisées par ses professionnels par l'identifiant personnel du prescripteur autorisé à exercer (numéro du répertoire partagé des professionnels de santé - RPPS) auquel est joint l'identifiant FINESS de l'établissement en application de l'article R.161-45 du CSS.	Q3a) Indiquez le nombre d'ordonnances de sortie délivrées précisant le numéro FINESS et RPPS Q3b) Indiquez le nombre total d'ordonnances de sortie Q3) Taux de prescriptions incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement sur les ordonnances de sortie : Q3c) Indiquez le nombre d'ordonnances intra-hospitalières précisant le numéro RPPS Q3d) Indiquez le nombre total d'ordonnances intra- hospitalières Q3prime) Taux de prescriptions incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement sur les ordonnances intra-hospitalières :	

Figure 12 : Indicateurs Nationaux concernant la promotion de prescription et la part d'achat des biosimilaires et des génériques

Art. 10: Obligations générales de l'établissement		
Art. 10-3: Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires		
OBLIGATIONS	INDICATEURS	REPONSES
Promouvoir la prescription de médicaments dans le répertoire générique	Q9a) Indiquez le nombre de boîtes (en excluant le paracétamol du calcul) dans le répertoire des génériques en PHEV Q9b) Indiquez le nombre total de boîtes prescrites en PHEV Q9) Taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les PHEV :	
Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible	Q10a) Indiquez le nombre d'UCD de médicaments biosimilaires prescrites par les praticiens de l'établissement Q10b) Indiquez le nombre d'UCD prescrites de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires, pour les prescriptions intra hospitalières <i>Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF</i> Q10) Taux de prescription des biosimilaires (pour les prescriptions intra hospitalières): Q10c) Indiquez le nombre d'UCD de médicaments biosimilaires prescrites par les praticiens de l'établissement Q10d) Indiquez le nombre d'UCD prescrites de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires, pour les PHEV <i>Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF</i> Q10prime) Taux de prescription des biosimilaires (pour les PHEV) :	

**Figure 13 : Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments
dans le répertoire des génériques et biosimilaires**

Art. 10: Obligations générales de l'établissement		
Art. 10-3: Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires		
OBLIGATIONS	INDICATEURS	REPONSES
Part d'achat de génériques et bio similaires	Q11a) Indiquez le nombre d'UCD délivrées appartenant au répertoire des génériques Q11b) Indiquez le nombre d'UCD totales délivrées aux services de l'établissement de santé Q11) Part d'achat de génériques : Q11c) Indiquez le nombre d'UCD délivrées de médicaments biosimilaires Q11d) Indiquez le nombre d'UCD de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires délivrées aux services de l'établissement de santé Q11prime) Part d'achat de biosimilaires :	

Nous remarquons donc que les PHEV deviennent une thématique majeure du CAQES. Ce contrat concernant tous les établissements au même titre, les PHEV deviennent un véritable enjeu, notamment dans les structures privées qui à terme devraient être impactés par les différents indicateurs.

4. Les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) et leurs données nationales des remboursements au cours des dernières années :

Les PHEV correspondent aux prescriptions établies par des médecins hospitaliers, rédigées en sortie d'hospitalisation (séjours en ambulatoire ou non), lors d'un passage aux urgences ou au cours d'une consultation externe.

L'instruction du 22 juillet 2016 relative à la priorité de gestion du risque pour les PHEV de médicaments et LPP, a eu pour mission d'informer les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie sur les actions nationales de gestion du risque PHEV. Elles sont déclinées en région pour l'ensemble des établissements, le but étant d'optimiser les actions de GDR PHEV (27).

Pour l'année 2017, l'arrêté du 30 décembre 2016 a fixé à 4% le taux d'évolution cible des dépenses de PHEV au niveau national pour l'année 2017 et a 44% le taux minimum de prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques. Les taux étant les mêmes pour l'année 2016.

L'instruction du 31 Août 2017 ⁽²¹⁾ rappelle donc les objectifs PHEV 2017, qui consistent à renforcer l'efficacité et la performance du système de soins, notamment par la maîtrise de la progression des dépenses et volumes des produits de santé avec :

- L'incitation à la prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques.
- L'incitation à la prescription de médicaments biosimilaires.
- La LPP (modèles d'ordonnance, pansements, orthèses d'avancée mandibulaire).
- Le développement d'objectifs ciblés sur la prescription en dénomination commune internationale (DCI) et le recours aux logiciels d'aide à la prescription.
- La généralisation de l'identification du prescripteur par le numéro RPPS et de l'établissement par le numéro FINESS.

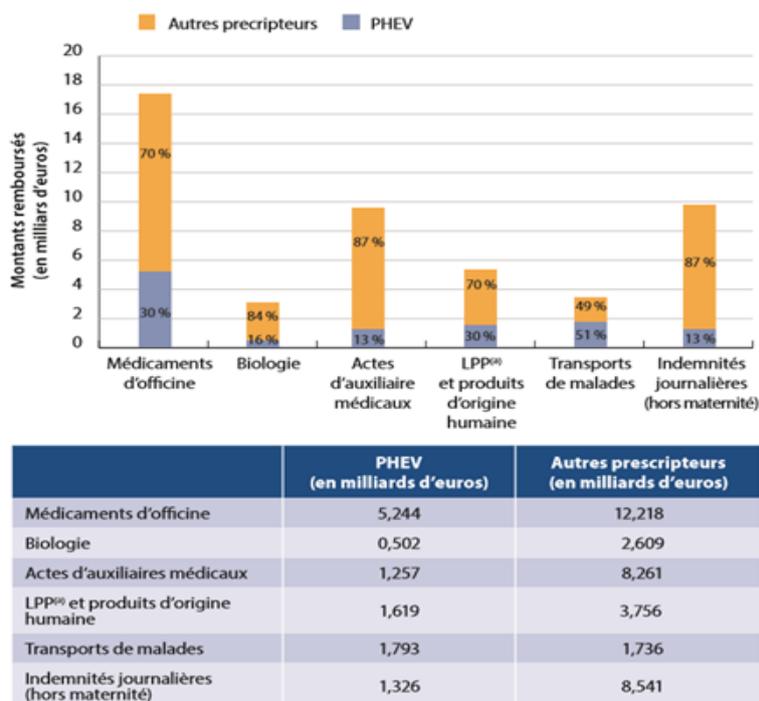
En 2016, avec 11,7Md€ remboursés par le régime général de l'AM, les PHEV représentent près du quart de l'ensemble des prescriptions de médicaments, d'actes d'auxiliaires médicaux, de biologie, de dispositifs médicaux et de transports de malades exécutées en ville ainsi que d'indemnités journalières. Cette part était de 17% en 2004 soit plus de 5Md€.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer la croissance des PHEV : une augmentation des séjours en ambulatoire, l'augmentation des passages aux urgences, un volume croissant des consultations externes, l'arrivée de médicaments innovants et coûteux entraînant par conséquent de fortes augmentations budgétaires sur les dépenses de ville.

Les données qui vont être déclinées par la suite concernent les établissements publics ou privés à but non lucratif (ESPIC) et s'entendent hors rétrocession hospitalière. 1/4 du montant des PHEV relève des établissements publics ; les données du privé étant inexploitable à ce jour. En effet, l'activité des médecins libéraux travaillant dans les établissements privés de santé est difficilement dissociable de leur activité de ville. Les résultats qui vont être présentés sont donc des données nationales concernant les établissements publics et ESPIC et seront utilisés plus tard comme comparatif avec les résultats trouvés dans nos audits ⁽²⁸⁾.

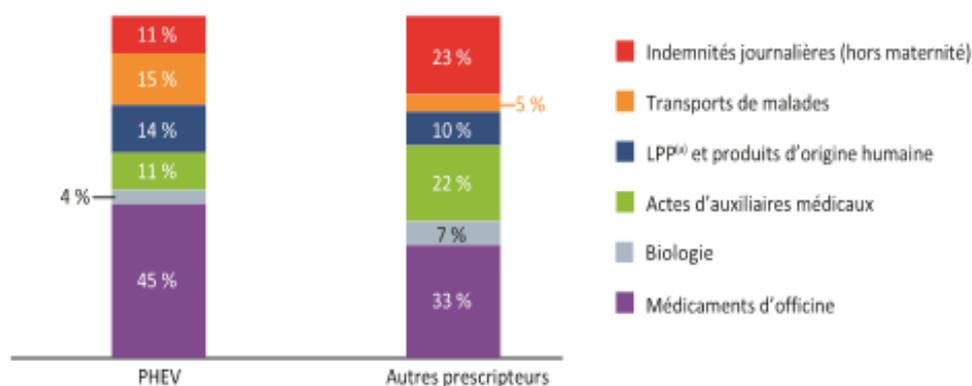
Ici, «autres prescripteurs» signifient les médecins libéraux, «PHEV» représentent les données des établissements de santé publics et ESPIC.

Figure 14 : Prescriptions exécutées en ville : pour chaque type de prescriptions, répartition des montants remboursés selon le type de prescripteur en 2016



Parmi les prescriptions exécutées en ville, 30% des montants remboursés correspondent à des PHEV médicaments et LPP soit 5,2Md€.

Figure 15 : Prescriptions exécutées en ville : pour chaque type de prescripteur, répartition des montants remboursés selon la nature de la prescription en 2016



(a) Dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP)

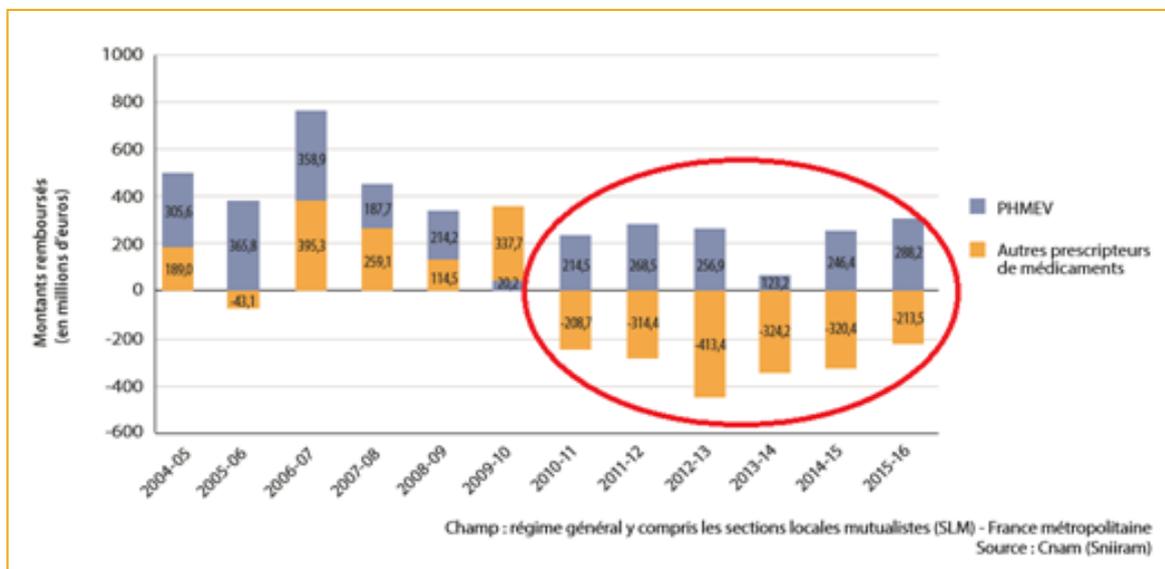
Note de lecture : les montants remboursés au titre des prescriptions hospitalières exécutées en ville se répartissent entre 45 % de pharmacie, 15 % de transport de malades, 4 % d'actes de biologie médicale, etc.

Champ : régime général y compris les sections locales mutualistes (SLM) - France métropolitaine
Source : Cnam (Sniiram)

Si on regarde la répartition des montants remboursés des prescriptions exécutées en ville selon la nature des prescriptions pour chaque type de prescripteur, 45% correspondent à des médicaments délivrés dans les officines pour les PHEV et 14% pour la LPP. Pour les autres prescripteurs 33% correspondent aux médicaments d'officines et 10% pour la LPP. La répartition des montants pour les PHEV est plus importante et marquée pour les prescriptions de médicaments ; pour les prescriptions réalisées en ville la répartition est moins accentuée.

Figure 16 : Prescriptions de médicaments délivrées en ville :

Croissance annuelle des montants remboursés selon le type de prescription de 2004 à 2016



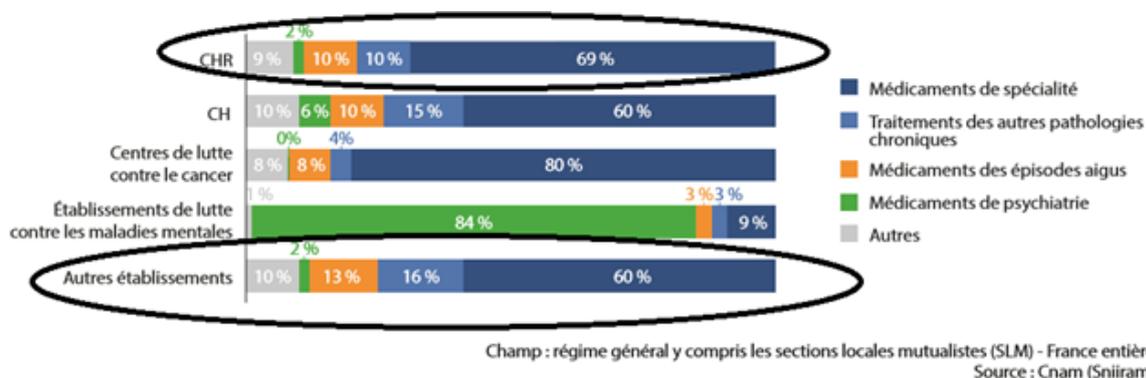
L'évolution des PHMEV entre l'année 2015 et 2016 est de 5,2%, tandis que l'évolution pour les autres prescripteurs est quasi stable de 0,2%.

Entre 2004 et 2016, le taux de croissance annuel moyen des PHMEV est de 8% alors qu'il est de -1% pour les autres prescripteurs.

À partir de 2010, les PHMEV modèrent la décroissance des dépenses de médicaments de ville.

Ce graphique démontre encore une fois que les médicaments délivrés en officine sont le premier poste des PHEV et ne cessent d'augmenter au cours des années.

Figure 17 : Prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville : pour chaque type d'établissement, répartition des montants remboursés par grande classe de médicaments en 2016



Concernant la classe de médicaments qui arrive en tête, on retrouve les médicaments de spécialités (cancers, hépatites, VIH, polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaques...). Pour le reste, selon le type d'établissement, les médicaments d'épisodes aigus, de psychiatrie, de pathologies chroniques se positionnent différemment.

Pour la classe des médicaments de spécialités, la part retrouvée dans les établissements public de type CHR est de 69%, et mise à part les centres de psychiatrie, ce résultat est similaire pour les autres établissements. C'est essentiellement le coût élevé, la chronicité des pathologies et l'augmentation du taux de malade contractant ce type de pathologies qui entraîne l'arrivée en première ligne de ces molécules.

Si on affine la recherche, la molécule qui arrive en première position est l'adalimumab (médicament antirhumatismal, notamment utilisé dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde) augmentant à un rythme très soutenu (+40% entre 2012 et 2016).

Dans les 37 premières molécules qui ressortent en 2016 dans les PHMEV nous retrouvons la Tinzaparine, l'Enoxaparine et les facteurs de croissances des différentes lignées : Pegfilgrastim, Filgrastim, Lenograstim, Darbepoetine alfa et Erythropoïétine. Ces différents produits ne contribuent que très peu à la croissance PHMEV. Ces molécules se retrouvent dans la liste car elles sont énormément prescrites. Le montant remboursé est donc élevé, mais l'évolution depuis 2012 diminue, sûrement dû au fait que ce sont des molécules biosimilarisées avec des coûts diminués.

Ce sont les traitements spécifiques de thérapie innovante comme cités précédemment qui entraîne à eux-seuls les trois quarts de l'évolution des PHMEV.

Figure 18 : Prescriptions hospitalières de médicaments délivrées en ville :
principales surclasses de médicaments prescrites en 2016

Surclasse de médicaments	Grande classe de médicaments	2016		2012-2016		
		Montants remboursés ^(a) (en milliers d'euros)	Répartition	Taux d'évolution	TCAM ^(b)	Contribution à la croissance des PHMEV
Traitement du cancer	Médicaments de spécialité	1 088 407	20,4 %	47,3 %	10,2 %	37,7 %
Traitements du VIH et des hépatites	Médicaments de spécialité	745 335	14,0 %	2,0 %	0,5 %	1,6 %
Antirhumatismaux spécifiques (polyarthrite rhumatoïde,...)	Médicaments de spécialité	447 377	8,4 %	50,8 %	10,8 %	16,2 %
Sclérose en plaques	Médicaments de spécialité	256 766	4,8 %	75,7 %	15,1 %	11,9 %
Immunosuppresseurs	Médicaments de spécialité	215 128	4,0 %	7,0 %	1,7 %	1,5 %
EPO (érythropoïétines)	Médicaments de spécialité	172 249	3,2 %	-15,7 %	-4,2 %	-3,5 %
Hormones de croissance	Médicaments de spécialité	143 204	2,7 %	14,1 %	3,4 %	1,9 %
Produits de la DMLA (dégénérescence maculaire liée à l'âge)	Médicaments de spécialité	140 305	2,6 %	52,3 %	11,1 %	5,2 %
....
Antipsychotiques	Médicaments de psychiatrie	251 002	4,7 %	1,0 %	0,2 %	0,3 %
....
Anti-infectieux	Médicaments des épisodes aigus	185 334	3,5 %	12,4 %	3,0 %	2,2 %
Antalgiques, vertiges, migraines	Médicaments des épisodes aigus	112 091	2,1 %	16,6 %	3,9 %	1,7 %
....
Antiagrégants, antithrombotiques	Traitements des autres pathologies chroniques	170 323	3,2 %	23,0 %	5,3 %	3,4 %
Anti-asthmatiques	Traitements des autres pathologies chroniques	133 676	2,5 %	23,7 %	5,5 %	2,8 %
Antidiabétiques	Traitements des autres pathologies chroniques	128 814	2,4 %	15,5 %	3,7 %	1,9 %
....
Hormones	Autres	111 846	2,1 %	38,5 %	8,5 %	3,3 %
....
Total		5 324 216	100,0 %	21,1 %	4,9 %	100,0 %

(a) Y compris les honoraires de dispensation

(b) TCAM : taux de croissance annuel moyen

Champ : régime général y compris les sections locales mutualistes (SLM) - France entière
Source : Cnam (Sniiram)

**Figure 19 : Prescriptions hospitalières de médicaments délivrées en ville :
principales classes ATC prescrites en 2016**

Classe ATC	Surclasse de médicaments	2016		2012-2016		
		Montants remboursés ^(a) (en milliers d'euros)	Répartition	Taux d'évolution	TCAM ^(b)	Contribution à la croissance des PHMEV
Adalimumab	Antirhumatismaux spécifiques (polyarthrite rhumatoïde,...)	220 038	4,1 %	40,4 %	8,8 %	6,8 %
Somatropine	Hormones de croissance	142 118	2,7 %	13,8 %	3,3 %	1,9 %
Imatinib	Traitement du cancer	133 147	2,5 %	4,9 %	1,2 %	0,7 %
Etanercept	Antirhumatismaux spécifiques (polyarthrite rhumatoïde,...)	102 362	1,9 %	-8,4 %	-2,2 %	-1,0 %
Pegfilgrastim	Traitement du cancer	99 765	1,9 %	-0,4 %	-0,1 %	-0,0 %
Darbepoetine alfa	EPO (érythropoïétines)	98 727	1,9 %	-5,2 %	-1,3 %	-0,6 %
Fingolimod	Scérose en plaques	96 018	1,8 %	311,9 %	42,5 %	7,8 %
Emtricitabine, tenofovir disoproxil et rilpivirine	Traitements du VIH et des hépatites	95 379	1,8 %	2648,5 %	129,0 %	9,9 %
Tenofovir disoproxil et emtricitabine	Traitements du VIH et des hépatites	94 298	1,8 %	-28,5 %	-8,0 %	-4,0 %
Tacrolimus	Immunosuppresseurs	91 686	1,7 %	15,4 %	3,6 %	1,3 %
Lamivudine, abacavir et dolutegravir	Traitements du VIH et des hépatites	78 617	1,5 %			8,5 %
Darunavir	Traitements du VIH et des hépatites	70 450	1,3 %	3,7 %	0,9 %	0,3 %
Ranibizumab	Produits de la DMLA (dégénérescence maculaire liée à l'âge)	70 093	1,3 %	-23,1 %	-6,3 %	-2,3 %
Aflibercept	Produits de la DMLA (dégénérescence maculaire liée à l'âge)	69 580	1,3 %			7,5 %
Emtricitabine, tenofovir disoproxil, elvitegravir et cobicistat	Traitements du VIH et des hépatites	69 118	1,3 %			7,4 %
Erythropoetine	EPO (érythropoïétines)	65 644	1,2 %	-32,1 %	-9,2 %	-3,3 %
Omalizumab	Anti-asthmatiques	65 474	1,2 %	61,8 %	12,8 %	2,7 %
Paliperidone	Antipsychotiques	63 600	1,2 %			6,8 %
Ruxolitinib	Traitement du cancer	60 114	1,1 %			6,5 %
Enoxaparine	Antiagrégants, Antithrombotiques	58 436	1,1 %	3,3 %	0,8 %	0,2 %
Enzalutamide	Traitement du cancer	57 666	1,1 %			6,2 %
Abiraterone	Traitement du cancer	57 154	1,1 %	163,9 %	27,5 %	3,8 %
Everolimus	Traitement du cancer	56 905	1,1 %	116,4 %	21,3 %	3,3 %
Raltegravir	Traitements du VIH et des hépatites	54 200	1,0 %	-26,3 %	-7,3 %	-2,1 %
Tinzaparine	Antiagrégants, Antithrombotiques	52 760	1,0 %	49,0 %	10,5 %	1,9 %
Paracetamol	Antalgiques, vertiges, migraines	49 763	0,9 %	43,1 %	9,4 %	1,6 %
Filgrastim	Traitement du cancer	48 630	0,9 %	53,7 %	11,3 %	1,8 %
Dimethyl fumarate	Sclérose en plaques	47 840	0,9 %			5,2 %
Dasatinib	Traitement du cancer	47 092	0,9 %	15,1 %	3,6 %	0,7 %
Golimumab	Antirhumatismaux spécifiques (polyarthrite rhumatoïde,...)	46 642	0,9 %	2761,8 %	131,3 %	4,8 %
Mycophenolique acide	Immunosuppresseurs	45 667	0,9 %	-26,9 %	-7,5 %	-1,8 %
Nilotinib	Traitement du cancer	45 618	0,9 %	43,6 %	9,5 %	1,5 %
Aripiprazole	Antipsychotiques	44 910	0,8 %	-2,9 %	-0,7 %	-0,1 %
Risperidone	Antipsychotiques	44 536	0,8 %	-53,8 %	-17,6 %	-5,6 %
Emtricitabine, tenofovir disoproxil et efavirenz	Traitements du VIH et des hépatites	43 446	0,8 %	-41,0 %	-12,4 %	-3,3 %
Lenograstim	Traitement du cancer	43 132	0,8 %	-19,2 %	-5,2 %	-1,1 %
Ustekinumab	Dermatologie	41 831	0,8 %	217,4 %	33,5 %	3,1 %

(a) Y compris les honoraires de dispensation

(b) TCAM : taux de croissance annuel moyen

Champ : régime général y compris les sections locales mutualistes (SLM) - France entière

Source : Cnam (Sniiram)

Figure 20 : Prescriptions de médicaments délivrées en ville : pour 5 catégories de médicaments, ratios dans le répertoire et taux de génériques selon le type de prescripteur en 2016

	Ratio dans le répertoire		Taux de génériques	
	PHMEV	Prescripteurs libéraux	PHMEV	Prescripteurs libéraux
Statines	76,2 %	77,9 %	92,5 %	93,4 %
Antidiabétiques (hors insuline)	70,6 %	71,9 %	90,5 %	90,1 %
Antihypertenseurs	85,2 %	85,8 %	88,7 %	86,7 %
Antidépresseurs	92,2 %	92,3 %	91,9 %	89,4 %
Antibiotiques	80,6 %	87,5 %	92,9 %	94,2 %

Champ : régime général y compris les sections locales mutualistes (SLM) - France entière
 Source : Cnam (Sniiram)

Rappel :

- Ratio dans le répertoire = part des médicaments du répertoire des groupes génériques de référence dans l'ensemble des médicaments
- Taux de génériques = part des médicaments génériques dans l'ensemble du répertoire conventionnel des groupes génériques de référence

Concernant la prescription de génériques, le taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les PHMEV est de 42,9% en 2016, ce taux est plus faible de 4 points que celui des prescripteurs libéraux de 47,4%. Cependant la prépondérance au sein des PHMEV, des médicaments de spécialité expliquent cette différence puisque ces médicaments sont non génériquables.

Après s'être axé sur 5 classes ordinaires de médicaments, comme les Statines, Antidiabétiques, Antihypertenseurs, Antidépresseurs, on observe des variabilités qui demeurent entre prescripteurs, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux.

Si nous nous intéresserons maintenant aux résultats PHEV de la région PACA, ils reflètent les résultats nationaux.

- Médicaments : résultats 2016 et comparaison 2015-2016 :

Figure 21 : Montants des dépenses PHEV 2016 PACA

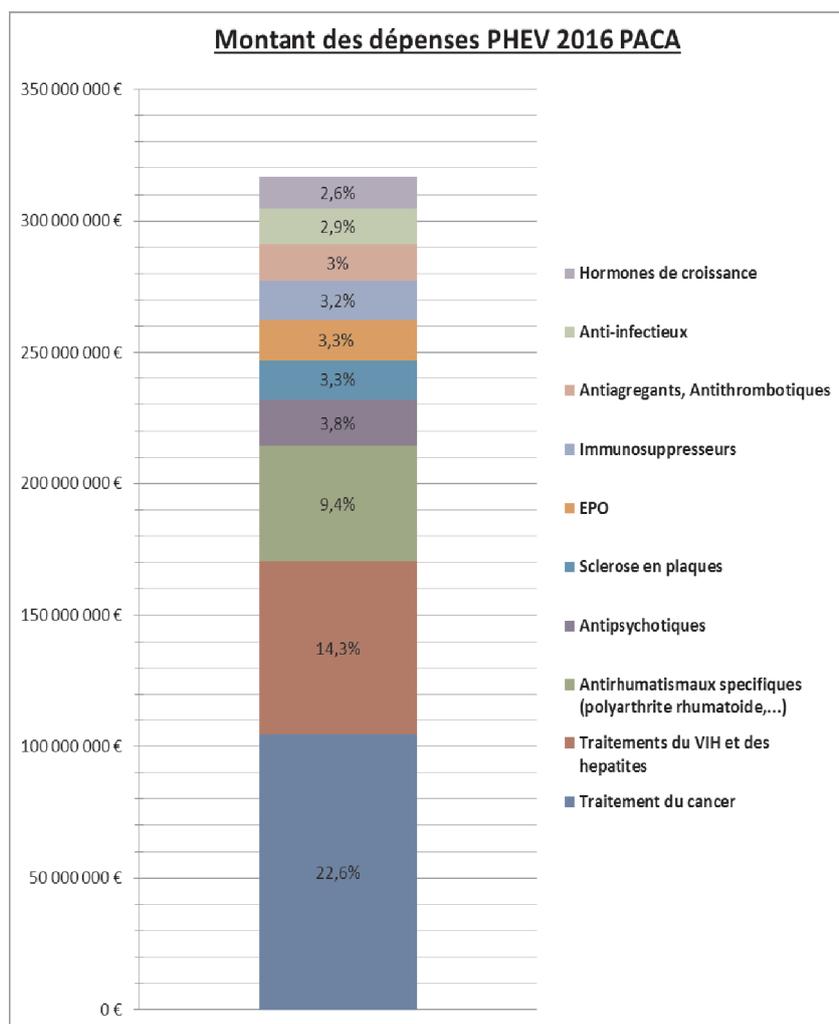


Figure 22 : Evolution en montants remboursés des PHMEV entre 2015 et 2016 par classes thérapeutiques

SURCLASSE	montants remboursés			Taux de répartition	
	Année 2016	Année 2015	Tx evol	Année 2016	Année 2015
Traitement du cancer	1 278 829 469	1 182 779 745	8,1%	22,0%	21,3%
Traitements du VIH et des hépatites	775 185 176	741 331 361	4,6%	13,3%	13,3%
Antirhumatismaux spécifiques (polyarthrite rhumatoïde,...)	502 795 280	474 957 646	5,9%	8,7%	8,5%
Sclérose en plaques	281 927 179	256 206 703	10,0%	4,9%	4,6%
Antipsychotiques	256 820 846	276 877 880	-7,2%	4,4%	5,0%
Immunosuppresseurs	238 742 123	215 983 890	10,5%	4,1%	3,9%
EPO	206 640 675	205 032 055	0,8%	3,6%	3,7%
Anti-infectieux	195 275 286	187 752 843	4,0%	3,4%	3,4%
Antiagrégants, Antithrombotiques	191 507 583	179 781 051	6,5%	3,3%	3,2%
Produits de la DMLA	164 118 693	151 398 884	8,4%	2,8%	2,7%
Hormones de croissance	159 737 963	155 367 525	2,8%	2,7%	2,8%
Anti-asthmatiques	146 757 400	140 960 644	4,1%	2,5%	2,5%
Antidiabétiques	139 548 706	137 308 681	1,6%	2,4%	2,5%
Hormones	122 259 525	115 123 504	6,2%	2,1%	2,1%
Epilepsie et parkinson	108 537 565	113 231 186	-4,1%	1,9%	2,0%
Antalgiques, vertiges, migraines	87 628 213	90 816 072	-3,5%	1,5%	1,6%
Produits de diagnostic	87 355 946	80 785 322	8,1%	1,5%	1,5%
Appareil digestif divers	78 692 662	77 520 141	1,5%	1,4%	1,4%
Aide à la procréation	74 314 461	71 418 287	4,1%	1,3%	1,3%

Les traitements en tête des PHMEV sont les traitements du cancer, traitement VIH et hépatites ainsi que les traitement spécifiques (Antirhumatismaux...). Nous retrouvons aussi, avec 3% du montant des dépenses, les antiagrégants plaquettaires et antithrombotiques (3,3% pour les résultats nationaux).

Si nous parlons en coût, les traitements du cancer ont augmenté de 10 408 168€ ; 2 286 266€ pour les traitements VIH et hépatites ainsi que 2 011 433€ pour les Antirhumatismaux spécifiques. Cela confirme ce qui a été dit au-dessus.

Les antiagrégants ont augmenté de 8% entre l'année 2015 et 2016 ce qui représente 1 051 119€.

Les EPO ont cependant diminué de -286 365€ depuis 2015, ceci est sûrement dû à la prescription de plus en plus fréquente de biosimilaire, qui fait donc baisser le coût des PHMEV.

- LPP : résultats 2016 et comparaison 2015-2016 :

Figure 23 : Poids des dépenses LPP 2016 en région PACA

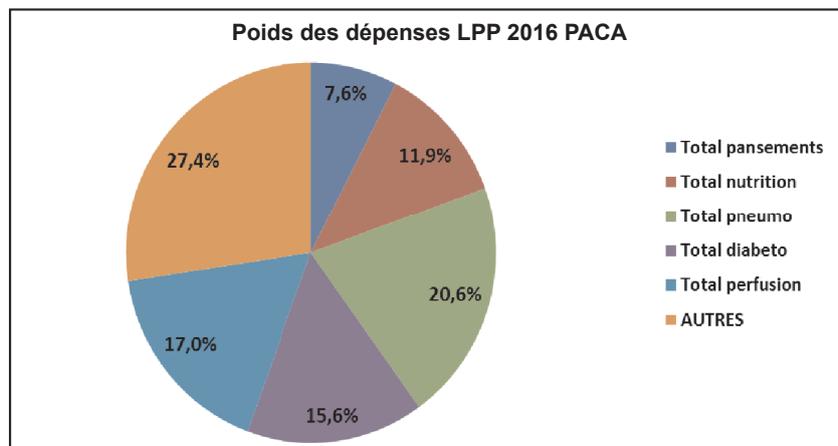


Figure 24 : Evolution en montants remboursés de la LPP entre 2015 et 2016

CLASSES LPP	montant remboursé			répartition	
	Année 2016	Année 2015	ix, exol	Année 2016	Année 2015
Dispositifs pour autotraitement du diabète (pompes, seringues, aiguilles)	260 415 214	248 556 259	4,8%	13,7%	14,0%
Traitements respiratoires, forfaits ventilation assistée et autres	187 917 882	183 060 888	2,6%	9,9%	10,3%
Pression positive continue pour apnée du sommeil	172 510 785	154 007 279	12,0%	9,1%	8,7%
Orthoprotheses	131 834 243	123 612 789	6,7%	6,9%	6,9%
Pansements et articles pour pansements	124 536 222	116 891 845	6,5%	6,5%	6,6%
Perfusion, systemes actifs, pompes implantées ou non	121 565 462	75 852 742	60,3%	6,4%	4,3%
Oxygénothérapie, prestation seule	119 823 187	117 623 126	1,9%	6,3%	6,6%
Nutrition entérale, poches et prestation	99 887 522	96 380 965	3,6%	5,2%	5,4%
Dispositifs pour autocontrôle du diabète	93 338 153	91 591 850	1,9%	4,9%	5,1%
Nutrition orale	82 686 208	74 685 527	10,7%	4,3%	4,2%
Orthèses	79 897 323	73 586 915	8,6%	4,2%	4,1%
Genito-urinaire, matériel pour incontinence et sondage vésical	56 575 477	50 560 281	11,9%	3,0%	2,8%
Perfusion, systemes passifs	56 481 352	85 922 270	-34,3%	3,0%	4,8%
Véhicules pour handicapés physiques	52 834 071	52 363 694	0,9%	2,8%	2,9%

Concernant les PHEV LPP, en 2016 le montant des dépenses s'élève à 1,9 Md€. Avec une croissance de +6,9 % de la dépense remboursée par rapport à 2015.

Trois classes sont à l'origine de 62 % de l'augmentation des dépenses PHEV LPP en 2016 au niveau national ⁽²¹⁾ :

- Perfusion, systèmes actifs, pompes implantées ou non (+46 M€) .
- Pression positive continue pour apnée du sommeil (+18,5 M€).
- Dispositifs pour auto traitement du diabète (pompes, seringues, aiguilles) (+12 M€).

En PACA on retrouve la même dynamique :

- Perfusion, systèmes actifs, pompes implantées ou non.
- Traitements respiratoires.
- Pression positive continue pour apnée du sommeil.

Nous remarquons aussi que les pansements constituent le 5ème poste de dépenses PHEV (124 M€) et l'évolution de ce poste de dépenses PHEV est de 6,5% en 2016 au niveau national.

Concernant les résultats sur la région PACA, en 2016 les dispositifs médicaux concernant la pneumologie arrivent en tête, suivi des dispositifs de perfusions, la diabétologie, la nutrition et les pansements en cinquième position ⁽²⁹⁾.

Le juste recours aux dispositifs médicaux remboursés constitue donc un enjeu majeur de pertinence et de qualité des soins. Une forte croissance des dépenses d'assurance maladie relatives à ces dispositifs et la très grande diversité de ce secteur, conduisent à développer des outils de régulation mieux adaptés et plus efficaces.

En 2016, 75 M€ d'économies ont été réalisées sur ce poste et 50 M€ étaient attendues en 2017.

Dans le PLFSS 2018, il est prévu de réguler les pratiques de promotion des dispositifs médicaux et de former certains professionnels afin de fournir une information claire, de qualité et facilement mobilisable.

II. Diagnostic PHEV 2017 de l'Hôpital Privé Arnault Tzanck Mougins Sophia-Antipolis :

1. Présentation des trois pôles de l'hôpital privé :

Trois sites de soins et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) :

- ***Le pôle médical «Plein ciel»***

Il comporte 144 lits et places :

- 59 lits de Médecine spécialisée (cardiologie, hépato-gastro-entérologie, diabétologie, pneumologie...) dont :
 - ➔ 12 lits de Soins intensifs Cardiologiques.
 - ➔ 6 lits de Surveillance Continue en Cardiologie.
- 45 lits de Médecine Polyvalente.
- 20 lits d'oncologie Médicale dont :
 - ➔ 6 lits identifiés en soins palliatifs.
- 20 places d'Hospitalisation à temps partiel.

- ***Le Pôle chirurgical de «L'Espérance»***

Il comporte 133 lits et places :

- 98 lits de chirurgie dont :
 - ➔ Une unité individualisée de 15 lits de Surveillance Continue.
- 35 places de chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire.

Plateau technique :

12 salles d'opération et 1 salle de surveillance post interventionnelle.

3 salles dédiées aux explorations et thérapeutiques endoscopiques.

- ***Le Pôle de soins de suite et de réadaptation «Saint-Basile»***

Il comporte 118 lits et places.

Plateau technique :

Salle de kinésithérapie, parcours de marche, salle de rééducation à l'effort, 2 salles d'épreuve d'effort...

2. Présentation de la PUI :

L'équipe de la PUI est constituée de trois pharmaciens, 1 interne, 13 préparateurs dont 1 cadre, 1 magasinier et 1 manutentionnaire.

Tous les services (excepté le bloc et les urgences) sont en dispensation nominative journalière pour le per os et en commande globale informatisée pour le reste des médicaments. Un circuit de dispensation nominatif est en place également pour les antibiotiques. Une machine à reconditionner les médicaments est utilisée pour assurer la traçabilité des péremptions et des lots des produits qui ne sont pas en conditionnement unitaire.

Le circuit du médicament est totalement informatisé. Les pharmaciens valident 100% des ordonnances sur le logiciel Hopital Manager (HM) y compris l'ambulatoire.

Présence d'une Unité de Reconstitution des Cytotoxiques (URCC) avec environ 80 préparations/jour, les prescriptions sont protocolisées sur le logiciel CHIMIO.

Une stérilisation est gérée par une cadre infirmière sous la responsabilité d'un pharmacien titulaire d'un diplôme d'université de stérilisation ; le logiciel utilisé est OPTIM STE.

La gestion de stock et la facturation des médicaments dérivés du sang (MDS) et molécules onéreuses est gérée par le logiciel SIGEMS.

La traçabilité des DMI est assurée par le logiciel OPTIM Bloc.

3. Profil PHEV 2017 de l'hôpital privé :

Dans cette partie, différents audits vont être réalisés.

Un audit est une «expertise professionnelle effectuée par un agent compétent et impartial aboutissant à un jugement par rapport à une norme sur les états financiers, le contrôle interne, l'organisation, la procédure, ou une opération quelconque d'une entité» ⁽³⁰⁾.

Ils vont être utilisés dans ce chapitre, pour obtenir un état des lieux, notamment le «profil de l'établissement».

Ils seront utilisés dans le troisième chapitre, comme outil d'amélioration continue.

4 principaux audits ont été réalisés dans cette partie :

- Audit des conformités des ordonnances de sortie de médicaments.
- Audit sur l'évaluation des pratiques professionnelles en ordonnances de sortie.
- Audit sur les prescriptions de sortie de biosimilaires.
- Audit sur les ordonnances de sortie de pansements.

Nous avons étudié à chaque fois, les dossiers patients et avons analysé l'ordonnance de sortie.

La grille d'audit est présentée pour chaque contrôle, suivie d'un paragraphe résultats et discussions, permettant d'argumenter ces résultats face à la position et aux activités de l'établissement.

3.1. Rappel sur les données globales PHEV :

Pour rappel, les PHEV représentent près de 25% des prescriptions délivrées en ville. Les PHMEV-LPP concernent des prescriptions de médicaments et dispositifs médicaux effectués par des médecins hospitaliers à l'issue de séjours hospitaliers, dans le cadre des consultations externes et des passages sans hospitalisation dans les services d'urgence. Elles sont délivrées par les pharmacies d'officine. De fait, ces prescriptions sont prises en charge par l'AM sur l'enveloppe des soins de ville.

Pour rappel : L'arrêté du 30 décembre 2016 a fixé à 4% le taux d'évolution cible des dépenses de PHEV au niveau national, pour l'année 2017 et à 44% le taux minimum de prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques ⁽²¹⁾.

Dans le volet PHEV du CAQES, les indicateurs nationaux demandent le taux d'évolution des dépenses de médicaments et de la LPP, prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soin ville :

Montant des dépenses remboursées de l'année évaluée/montant des dépenses remboursées de l'année précédant celle de l'évaluation (hors rétrocession et hépatite B) ⁽³¹⁾.

Cet indicateur ne peut actuellement pas être relevé dans les établissements privés. L'AM ne pouvant pas fournir les données de remboursement du régime général des prescriptions de sortie d'hospitalisation, les ordonnances de sortie des établissements privés étant difficilement traçables dû à la forte activité libérale des médecins exerçant dans le privé.

Depuis le CBU, les établissements devaient mentionner le numéro RPPS et FINESS pour les ordonnances établies sur les LAP. Cependant, pour les hôpitaux privés, il n'est pas possible de discerner si l'ordonnance délivrée sera en lien avec l'activité libérale ou hospitalière du médecin, lorsqu'elle n'est pas réalisée par un logiciel certifié.

Nous avons donc essayé d'établir un profil PHEV de l'établissement par la réalisation d'audits ordonnances de sortie. Cela fait office d'un état des lieux plus que d'une évaluation PHEV. En réalisant ce travail, nous n'avons pas de comparaison avec l'année précédente ni de comparaison avec des établissements privés de même envergure.

3.2. Mise en place de l'audit sur de la conformité des ordonnances de sortie de médicaments :

Le plan d'action du CAQES prévoit d'améliorer et sécuriser la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations. Nous avons donc pour obligation d'utiliser des logiciels d'aide à la prescription certifiés (LAP). Il est également demandé d'optimiser la prescription médicamenteuse avec comme objectifs : de développer la prescription en DCI et permettre l'identification du médecin avec son numéro RPPS et de l'établissement avec le numéro FINESS.

Tout cela contribue à la conformité de l'ordonnance de sortie et au fait qu'elle puisse être rattachée à l'établissement une fois la sortie du patient effectuée.

Nous avons donc réalisé un audit en Août 2017 sur 150 dossiers (50 dossiers par pôle tirés au sort) avec une répartition entre les différents médecins prescripteurs, qu'ils soient salariés ou libéraux.

3.2.a. Réalisation de la grille d'audit :

Il a été observé pour chaque ordonnance :

- Si elles étaient informatisées.
- Si oui, étaient-elles réalisées sur le logiciel HM (Hôpital Manager) de l'établissement.

(Les ordonnances présentes sur le logiciel HM sont réalisées afin d'être conformes : numéro RPPS, FINESS, Poids, Durée de traitement...)

- Si le numéro FINESS, RPPS et ADELI figuraient sur la prescription.
- Si la Prescription était réalisée en DCI.
- Si la prescription mentionnait : «médicament substituable sauf avis contraire»

Figure 25 : Grille d'audit sur la conformité des ordonnances de sortie



CLINIQUES ARNAULT TZANCK MOUGINS

AUDIT : CONFORMITE DES ORDONNANCES DE SORTIE

Date de l'évaluation _____

Et abli ssement Espérance
 Plein Ciel
 Saint Basile

Dossier

Número de séjour

Année 2017 2018

Mbi s

<input type="checkbox"/> Janvi er	<input type="checkbox"/> Jui llet
<input type="checkbox"/> Févr ier	<input type="checkbox"/> Août
<input type="checkbox"/> Mår s	<input type="checkbox"/> Sept embre
<input type="checkbox"/> Avri l	<input type="checkbox"/> Oct obre
<input type="checkbox"/> Måi	<input type="checkbox"/> Novbr e
<input type="checkbox"/> Jui n	<input type="checkbox"/> Décemb re

Nom du médecin

L'ordonnance de sortie est-elle informatisée ? oui non

Si oui, est-elle rédigée à partir du logiciel Hospital Manat oui non

L'ordonnance de sortie contient-elle ?

Le n° FINESS de l'établissement	oui	non	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le n° RPPS du médecin prescripteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le n° ADELI du médecin prescripteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La mention "médicament substituable sauf mention contraire"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

La prescription est-elle rédigée en DCI ? oui non

L'ordonnance est-elle datée du jour de la sortie du patient oui non

Commentaires

M/C. Pa/MEDOC/Presc/ENR003 - version 1

Août 2017

3.2.b. Résultats et discussions :

Figure 26 : Graphique représentant le pourcentage d'ordonnances informatisées et leur répartition de rédaction à partir du LAP

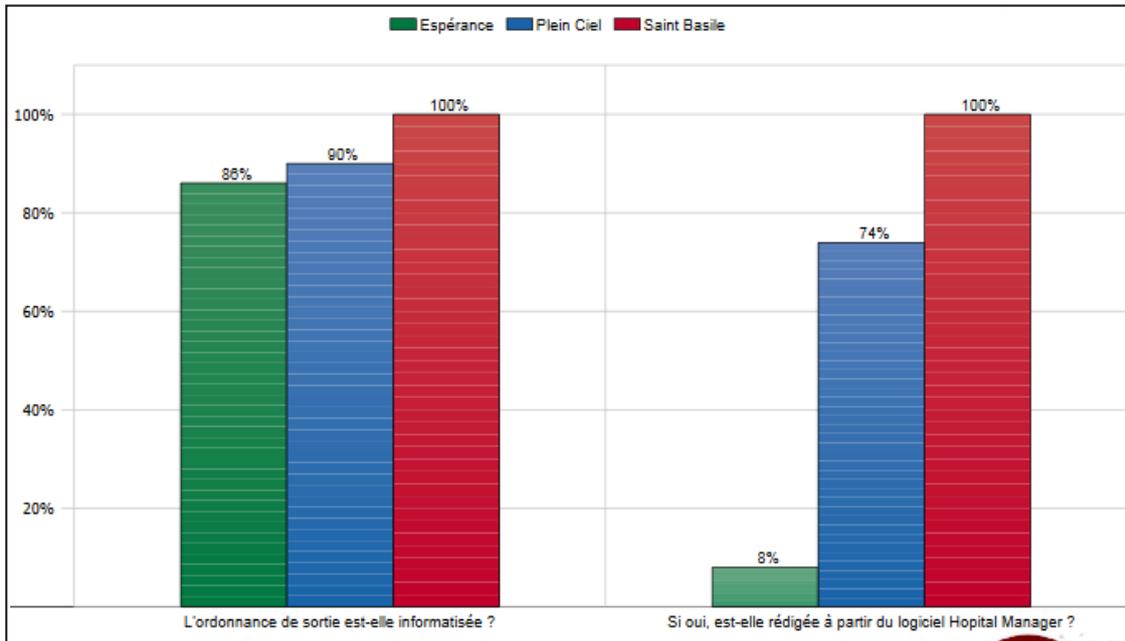
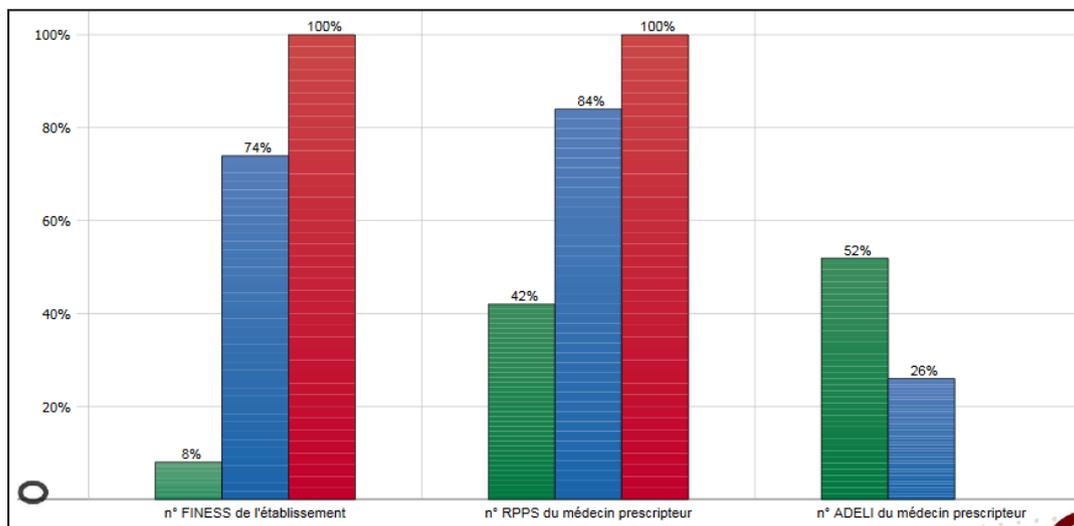


Figure 27 : Graphique représentant la répartition de la présence des numéro FINESS, RPPS et ADELI en fonctions des établissements



Nous remarquons qu'environ 90% ou plus des ordonnances sont informatisées, mais beaucoup moins le sont à partir de HM. C'est problématique car les ordonnances réalisées sur HM sont conformes et comportent tous les renseignements nécessaires, tandis que les ordonnances informatisées déjà préconçues par les médecins sont souvent mal renseignées (pas de numéro FINESS de l'établissement, pas d'adresse, pas de numéro RPPS...).

Ce sont ces ordonnances que nous retrouvons en grande majorité à l'Espérance avec seulement 8% de prescription à partir du LAP. Ce pôle de chirurgie contient beaucoup de prescripteurs différents : chirurgiens possédants une activité en cabinet, prescriptions d'anesthésistes...

Cette multitude d'acteurs entraîne une multiplicité de supports de prescriptions.

Sur le pôle Saint-Basile : les taux de présence de numéro RPPS et FINESS sont de 100%. Cela est dû au fait que seulement deux prescripteurs sont présents dans cet établissement, ce sont des médecins généralistes salariés et sont donc bien sensibilisés à la prescription sur HM.

Sur le pôle Plein Ciel : le taux de numéro FINESS retrouvé est de 74% et le taux de numéro RPPS est de 84%. Les ordonnances ne sont pas toujours réalisées sur HM, les médecins utilisent leurs supports de prescription personnel, avec des identifiants incomplets (FINESS souvent manquant), tandis-que le RPPS est plus régulièrement retrouvé, lors de la signature de l'ordonnance le médecin la tamponne avec le numéro RPPS.

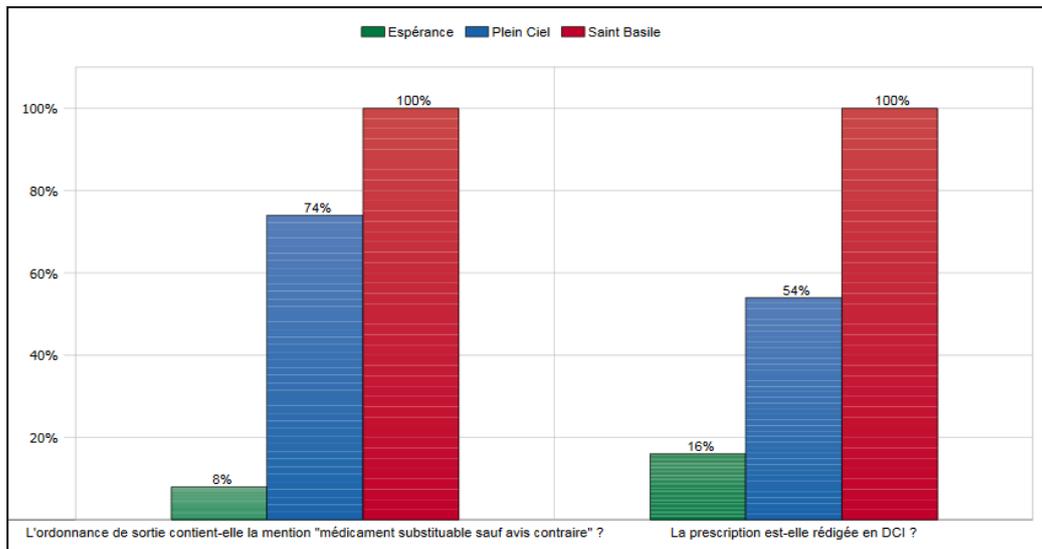
Sur le pôle Espérance : le taux du numéro FINESS est de 8% ce qui est corrélée avec le pourcentage de prescription sur HM qui est aussi de 8%. Les 92% restant correspondent aux ordonnances réalisées soit de manière manuscrite soit sur supports informatiques personnels ou toutes les informations ne figurent pas. Elles sont signées et tamponnées avec le numéro RPPS pour 42% des cas et avec un taux de 52% de numéro ADELI (ancien numéro RPPS).

En conclusion, la multitude de supports et de prescripteurs entraînent la réalisation d'ordonnances non complètes en informations et non traçables à l'extérieur lorsque le numéro FINESS ne figure pas sur l'ordonnance.

Il a aussi été observé que les ordonnances qui comportaient la mention «médicament substituable sauf avis contraire », correspondent à celles réalisées sur HM. Sur aucune autres ordonnance cette mention n'a été observée.

Pour terminer nous avons évalué le taux de prescription en DCI, qui est obligatoire lors de la réalisation d'une ordonnance.

Figure 28 : Répartition sur les 3 Pôles de la présence de la mention «médicament substituable sauf avis contraire» et de la prescription en DCI



Nous retrouvons un taux de 16% pour l’Espérance. La plupart des ordonnances étant réalisée par le médecin sans le logiciel HM, ces prescriptions de sorties sont en princeps et non en DCI.

Pour Plein Ciel, le taux est de 54% et de 100% pour Saint Basile. Le pourcentage de prescription en DCI de Plein ciel ne correspond pas à celui des ordonnances réalisées sur HM (74%) soit 20% en moins. cela s’explique par le fait qu’HM propose lors de la réalisation de l’ordonnance de sortie quatre possibilités :

Figure 29 : Déclinaisons des différentes possibilités lors de la réalisation d’une ordonnance de sortie sur HM

DOCUMENTS			
<input type="checkbox"/>	DOCUMENT	NOMBRE	IMPRIMANTE
<input type="checkbox"/>	Impression avec prescriptions arrêtées (Sortie)	Princeps avec prescriptions arrêtées	
<input checked="" type="checkbox"/>	Impression DCI + Spécialité (Sortie)	DCI + Princeps	
<input type="checkbox"/>	Impression DCI (Sortie)	DCI	0
<input type="checkbox"/>	Impression des prescriptions (Sortie)	Princeps	0

Deux possibilités de prescription ont été supprimées. Seules «DCI + Princeps» et «DCI» ont été maintenues.

3.3. Mise en place de l'audit d'évaluation des pratiques professionnelles en ordonnances de sortie :

3.3.a. Audit des prescriptions de sortie :

N'ayant pu récolter les données PHEV des années 2016 et 2017 de l'hôpital privée Arnault Tzanck Mougins Sophia-Antipolis par l'AM comme précisé ci-dessus ; il a été décidé de réaliser un audit afin d'établir un état des lieux et cibler les points forts et les points faibles des prescriptions de sortie exécutées en ville pour réaliser par la suite des actions d'amélioration.

Cet Audit est le plus important concernant notre travail.

Une analyse rétrospective a été réalisée sur 150 ordonnances de sorties contenues dans les dossiers patients, sur la période du 01/06/17 au 01/12/17 et répartie sur les trois pôles : Plein Ciel, Espérance et Saint-Basile.

3.3.b. Réalisation de la grille d'audit :

Cette grille a été réalisée pour donner suite aux indicateurs nationaux demandés dans le CAQES faisant référence à l'optimisation de la prescription médicamenteuse, ainsi que la prescription dans le répertoire des groupes génériques.

Ces indicateurs servent au suivi des objectifs relatifs à la priorité de gestion du risque pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville et LPP.

Nous avons donc relevé pour chaque ordonnance de sortie :

- Le nombre de lignes prescrites.
- Le nombre de lignes prescrites en DCI.
- Le nombre et l'identification des médicaments hors répertoire générique.
- Le nombre et l'identification des médicaments génériques ou génériquables.
- Les classes thérapeutiques retrouvées.
- Les produits et prestations de la LPP prescrits.

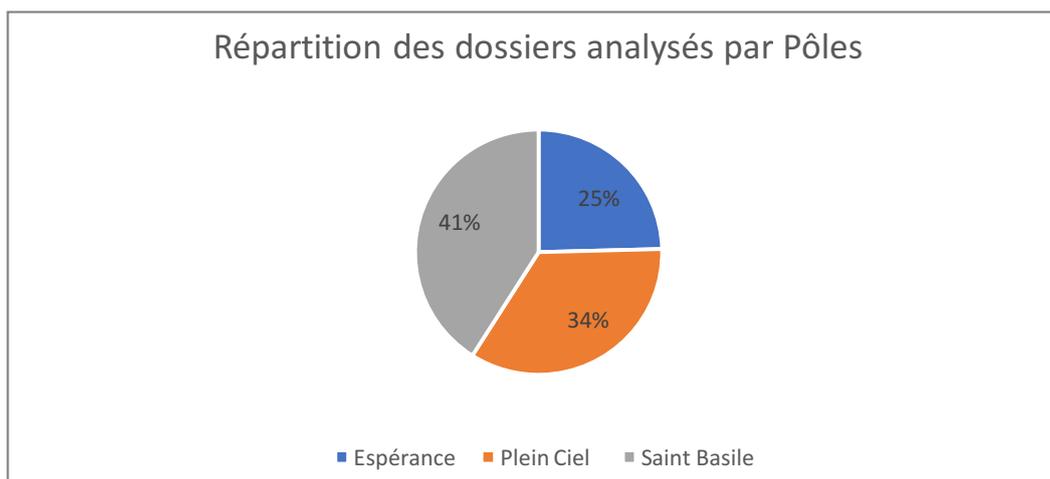
3.3.c. Résultats et discussions :

L'audit réalisé sur la période du 01/06/17 au 01/12/17 porte sur 50 dossiers patients pour chaque établissement soit 150 dossiers en tout.

Sur ces 150 dossiers, 81% soit 122 dossiers ont pu être exploités.

19% soit 28 dossiers ne possédaient aucune prescription de sortie. Cela s'explique soit par le décès de certains patients, soit par la non transmission des ordonnances de sortie des médecins non-salariés de l'hôpital. En effet, la grosse majorité des médecins prescripteurs de l'hôpital privé ont une activité en cabinet. Les ordonnances, notamment celles correspondant aux sorties de week-end, par exemple, ne sont pas réalisées dans l'établissement et ne sont pas transmises dans les dossiers patients, ni informatisées.

Figure 30 : Répartition des ordonnances selon les 3 Pôles

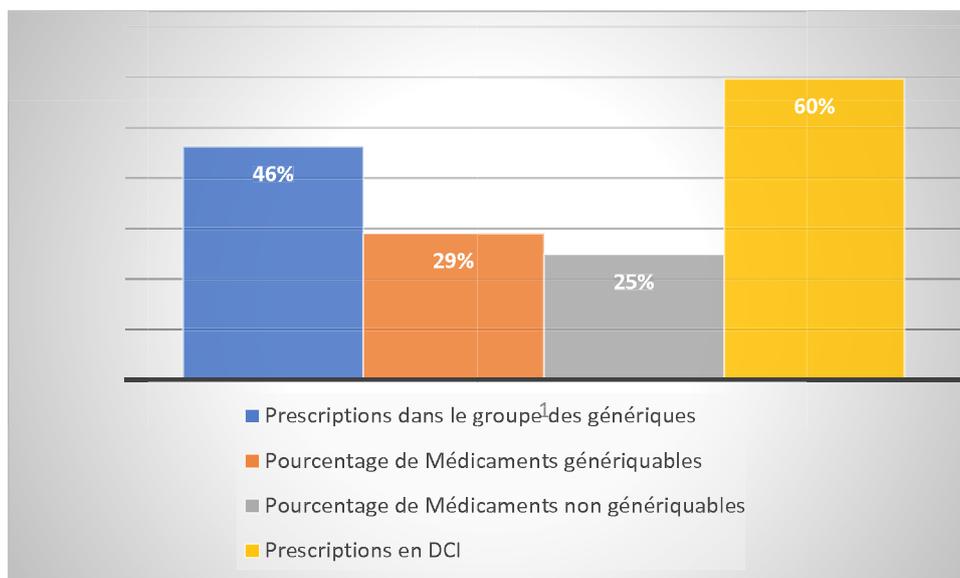


Plein Ciel et Saint Basile sont les deux pôles où nous retrouvons le plus d'ordonnances, 34% et 41% contre seulement 25% pour l'Espérance. L'Espérance, pôle de chirurgie, concentre le plus de médecins libéraux, entraînant une diversité d'ordonnances (réalisées sur leur outil de prescription privées) non transmises pour compléter les dossiers patients.

- 649 Lignes ont été prescrites, dont 361 à Saint Basile, 207 à Plein Ciel, 81 à l'Espérance. Seules les prescriptions de médicaments ont été prises en compte. Soit 5 lignes/ordonnance environ.
- 60% des Prescriptions sont en DCI (voir figure 31) ce résultat satisfaisant est permis grâce au logiciel HM qui assure la prescription en DCI. Ce pourcentage pourrait être

néanmoins meilleur, en effet l'Espérance récolte un pourcentage de 1% de prescriptions en DCI contre 71% et 63% pour Saint Basile et Plein Ciel. Il a été retrouvé de nombreuses ordonnances papiers ou des supports d'ordonnances propres à chaque médecin. Ceci entraînant des prescriptions en princeps.

**Figure 31 : Résultats de l'audit des ordonnances de sorties du 01/06/17 au 01/12/17 :
taux de prescriptions dans le répertoire des groupes génériques, taux de médicaments génériquables,
taux de médicaments non génériquables et taux de prescription en DCI**

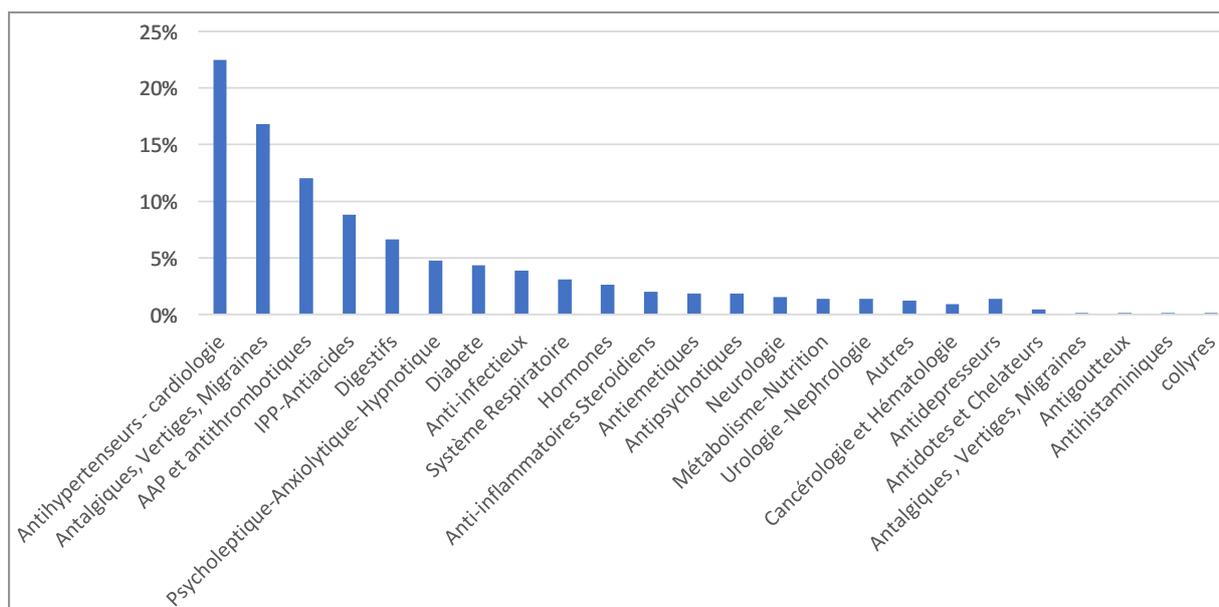


- 46% des médicaments prescrits appartiennent aux répertoires des groupes génériques. Le calcul a été réalisé en prenant comme dénominateur toutes les lignes donc même celles contenant des médicaments non génériquables. Si le calcul est fait à partir des lignes de médicaments génériques+ génériquables le pourcentage s'élève à 61,5%.
- 29% des médicaments prescrits étaient génériquables, c'est-à-dire qu'ils étaient prescrits en princeps alors qu'ils auraient dû l'être en DCI et donc automatiquement en génériques. Ce taux est principalement dû aux ordonnances de l'Espérance avec 74% de prescriptions en Princeps, le reste correspond aux ordonnances réalisées sur HM avec l'option «prescription en princeps».
- 25% des médicaments prescrits n'appartiennent pas aux répertoires des groupes génériques. Les médicaments principalement concernés sont ceux de la famille des anti-agrégants plaquettaires (Kardégic®), anticoagulants (Innohep®, Previscan®, Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®), La Lamaline®, les Insulines (Novorapid®...), le Diffu K®.

3.4. Prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville, données réparties par classes thérapeutiques :

Pour donner suite à l'audit réalisé sur les pratiques professionnelles, les médicaments ont été triés par classes thérapeutiques pour disposer d'une vision d'ensemble des prescriptions issues des ordonnances de sortie.

Figure 32 : Répartition des classes thérapeutiques en ordonnances de sortie tous pôles confondus



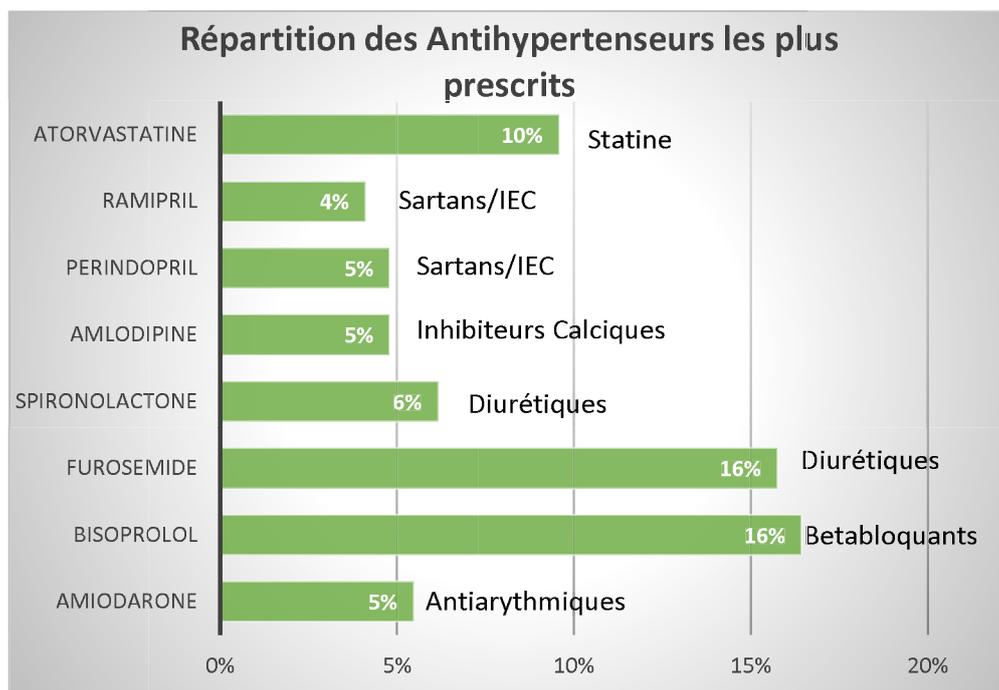
3.4.a. Les antihypertenseurs et médicaments de cardiologie :

La classe thérapeutique antihypertenseur-médicaments de cardiologie arrive en première ligne. Comme énoncé plus haut l'établissement dispose d'une activité importante de cardiologie avec comme activité principale l'électrophysiologie diagnostique.

Cela est en cohérence avec les résultats nationaux. Les 5 pathologies pour lesquelles les projections montrent la croissance d'effectifs les plus importants sont, les maladies cardio-neurovasculaires avec 4 520 000 millions de patients en 2015, ce qui représente 13,2 Md€ de dépenses (32).

L'effectif projeté pour 2020 est de 5 128 700 millions de patients soit plus de 600 000 patients supplémentaires. Cela s'explique par la population âgée contractant ce type de pathologie (33).

Figure 33 : Répartition des antihypertenseurs et médicaments de cardiologie, les plus prescrits en ordonnances de sortie à l'hôpital



Le plus prescrit est le Furosémide® (diurétique), le Bisoprolol® (béta-bloquant) et l'Atorvastatine® (statine).

Les antihypertenseurs et médicaments de cardiologie ne représentent pas en termes de coût une augmentation importante des PHEV car ces molécules sont pour un grand nombre génériques. Elles arrivent cependant en tête, en termes de pourcentage de prescription.

Dans l'audit, réalisé 31 molécules différentes correspondent à cette classe, seulement deux n'appartiennent pas au répertoire des groupes générique : l'Entresto® et la Digoxine®. Un taux de 72% de prescriptions dans le répertoire des génériques a été obtenu pour cette classe thérapeutique.

3.4.b. Les antalgiques, vertiges, migraines :

Cette classe thérapeutique correspond au niveau national à un montant de 112 091 000 € en 2016 avec un taux de croissance annuel moyen d'environ 4%, sa contribution à la croissance des PHMEV est de 1,7%.

Le Paracétamol est la molécule la plus prescrite, elle représente 65,5% de la classe thérapeutique Antalgiques, Vertiges, Migraines.

Le kétoprofène et la Lamaline® sont les deux autres molécules qui arrivent en tête après le Paracétamol. Nous pouvons expliquer cela par la grande majorité des ordonnances venant du pôle chirurgical Espérance, ou des prescriptions protocolisées sont paramétrées en «post chirurgie» entraînant la fréquence de ces prescriptions.

13,6% des prescriptions sont hors groupe générique, la prescription de Lamaline entraîne cette augmentation puisqu'elle n'est pas génériquable.

46% des prescriptions auraient pu être génériquées, ceci concerne principalement le pôle de chirurgie de l'Espérance, avec des ordonnances non réalisées sur les LAP et en princeps.

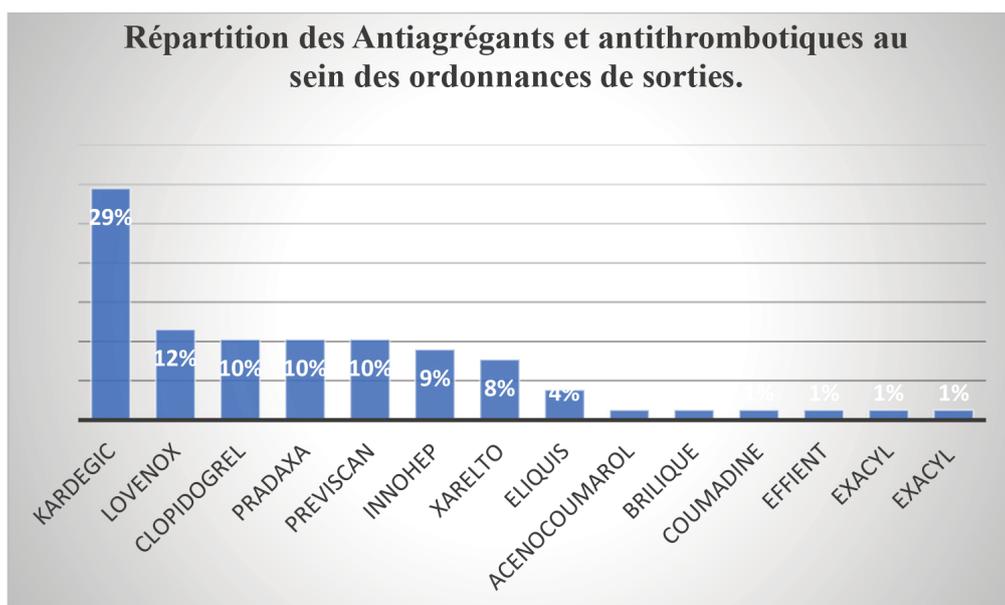
40% des ordonnances étaient en DCI. Cela reste faible pour la quantité de molécules de cette classe qui sont génériquées.

3.4.c. Les antiagrégants et antithrombotiques :

En troisième position, cette classe représente 12% des prescriptions de sortie. Au niveau national ils représentent un montant de 170 323 000€, avec un taux de croissance annuel moyen de 5,3% et participant à 3,4% de la croissance du montant des PHMEV.

Dans cette classe seul le Clopidogrel est génériquable.

Figure 34 : Répartition des antiagrégants et antithrombotiques au sein des ordonnances de sortie



On observe que le Kardégic® est la molécule qui arrive en tête avec 29%

Nous avons ensuite l'Enoxaparine (Lovenox®) et la Tinzaparine (Innohep®) qui représentent à elles deux 21% des prescriptions de sortie et sortent en quantité égale. Ceci s'explique par le choix de l'établissement en fonction des profils d'activité : chirurgie orthopédique, cardiologie, et oncologie. En cardiologie le choix du l'Enoxaparine s'explique par la demi-vie plus courte ce qui permet une réactivité plus importante si besoin d'arrêter le traitement en cas d'intervention. Pour la Tinzaparine, du fait de l'activité d'oncologie et d'orthopédie, avec injection unique et dosages adaptés, son référencement a été justifié en COMEDIMS.

De plus, si l'on regarde notre évolution sur l'année 2016-2017 ⁽³⁴⁾ celle-ci est similaire aux deux années, pour l'Enoxaparine et pour la Tinzaparine. Tandis qu'au niveau national la Tinzaparine a augmenté de 10% par rapport à l'Enoxaparine. Ceci s'explique sûrement par le fait que la Tinzaparine est moins chère en ville.

Tableau 1 : Coût total journalier d'un traitement par Lovenox® et Innohep® en préventif et curatif

TRAITEMENT PREVENTIF DE LA MTEV*			
MEDICAMENT	Conditionnement	Prix public TTC	CTJ
LOVENOX 2000UI	2 seringues	5,87	2,94
	6 seringues	18,06	3,01
LOVENOX 4000UI	2 seringues	11,98	5,99
	6 seringues	35,71	5,95
INNOHEP 2500UI	2 seringues	4,48	2,24
	6 seringues	13,7	2,28
INNOHEP 3500UI	2 seringues	6,75	3,38
	6 seringues	20,69	3,45
INNOHEP 4500UI	2 seringues	9,08	4,54
	6 seringues	27,64	4,61

*Prix d'une seringue/jour

TRAITEMENT CURATIF DE LA MTEV			
MEDICAMENT	Conditionnement	Prix public TTC	CTJ
LOVENOX 6000UI	2 seringues	13,85	13,85
	10 seringues	66,06	13,21
LOVENOX 8000UI	2 seringues	15,51	15,51
	10 seringues	73,53	14,71
LOVENOX 10000UI	10 seringues	90,84	18,17
INNOHEP 10000UI	2 seringues	20,48	10,24
	6 seringues	95,86	9,59
INNOHEP 14000UI	2 seringues	25,5	12,75
	6 seringues	118,44	11,84
INNOHEP 18000UI	2 seringues	30,62	15,31
	6 seringues	141,89	14,19

*Pour Lovenox® prix de deux seringues/jour, pour Innohep® prix d'une seringue/jour.

Nous remarquons que le CTJ de la Tinzaparine est moins cher que l'Enoxaparine, écart encore plus marqué quand il s'agit de traitement curatif : environ 3€ d'écart.

Si l'on rajoute le coût infirmier pour deux injections de la Tinzaparine à domicile, ceci augmente encore l'écart entre les deux et l'augmentation du coût PHMEV en ville.

Seulement 7,7% de ces molécules étaient prescrites en DCI et appartiennent au groupe des génériques. Ce faible pourcentage s'explique par le petit nombre de molécules de cette classe à être génériquées.

3.4.d. Les anticoagulants oraux directs (AOD) :

Tableau 2 : Comparaison de la consommation des AOD sur l'année 2016 et 2017 pour l'hôpital et % d'évolution

Spécialités (tous dosages confondus)	Consommation 2016-2017 (Nombre de comprimé/an)		% d'évolution 2016-2017
	2016	2017	
ELIQUIS® (Apixaban)	2940	3800	29%
XARELTO® (Rivaroxaban)	2600	2100	-19%
PRADAXA® (Dabigatran)	2220	3200	44%

Le Pradaxa® est l'AOD le plus retrouvé en ordonnance de sortie, ceci est corrélé avec l'évolution de cette molécule qui est de 44% en intrahospitalier entre 2016 et 2017. Il est le seul, aujourd'hui, à posséder un antidote : l'idarucizumab (PRAXBIND®).

Le Xarelto® est retrouvé avec un pourcentage de 8% en ordonnance de sortie. Néanmoins, en intrahospitalier, on observe que l'évolution sur un an est négative -19%.

L'Eliquis® lui a augmenté de 29% en intrahospitalier et il est aussi retrouvé dans 4% des ordonnances de sortie. De plus, il est le seul possédant une faible élimination rénale, il est contre-indiqué pour un $cl < 15 \text{ml/min}$, tandis-que le Pradaxa® et le Xarelto® sont contre-indiqués pour une clairance $< 30 \text{ml/min}$ (35).

Si le Previscan® est contre-indiqué ou si l'INR n'atteint pas la cible souhaitée malgré une bonne observance, les AOD sont proposés par les cardiologues de l'établissement.

Nous avons aussi remarqué que tous les patients diagnostiqués et non traités auparavant par un anticoagulant sont initiés par des AOD et non du Previscan®.

Nous nous sommes donc déplacés pour rencontrer les deux cardiologues qui nous ont répondu essentiellement les mêmes choses : les patients déjà traités sous AVK le restent, ils sont mis sous AOD seulement si contre-indications. Toutes les initiations sont faites sous AOD, nous initions sous AVK seulement si contre-indications aux AOD ou si présence d'une insuffisance rénale sévère.

Pour rappel l'HAS recommandait toujours la prescription de Previscan® en première intention (36). Mais ceci est en train d'être réévalué.

D'après la société Française de cardiologie et la société Européenne, les AOD sont plus efficaces et sûrs que les AVK dans la fibrillation atriale non valvulaire. Ils sont donc recommandés en première intention (37).

3.4.e. Les antiacides et antiulcéreux, dont les inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) :

Avec une dépense nationale de 37 756 752 millions d'euros en 2016 et malgré une évolution négative de -6,2% soit une répartition de 0,6% des PHMEV 2016 ; les IPP sont la quatrième classe retrouvée dans les ordonnances de sortie en termes de quantité de prescription.

50% des prescriptions sont en DCI et en Princeps.

Le Pantoprazole est retrouvé à l'unanimité puisqu'il s'agit du seul IPP présent au livret thérapeutique de l'établissement.

Sachant que les prescriptions d'IPP sont régulièrement injustifiées et non réévaluées, il nous a semblé judicieux de réaliser une nouvelle évaluation des pratiques professionnelles (EPP) afin d'observer si celle réalisée en 2016 avec présentation des résultats en COMEDIMS, avait eu un impact. Les résultats seront présentés dans la troisième partie de ce mémoire.

3.4.f. Les médicaments digestifs :

Ils représentent une dépense nationale de 78 692 662 M€ en 2016 et une évolution de 1,5% par rapport à 2015.

La plupart des traitements post opératoires sont des traitements conditionnels (anti-pasmodique en si besoin).

Concernant les laxatifs, ils ressortent sur les prescriptions de soins de suite et concernent plus essentiellement une population plus âgée.

42% de ces molécules étaient prescrites en DCI.

Les molécules particulièrement coûteuses concernant cette spécialité sont essentiellement prises en charge en hôpital de jour dans le cadre des MICI (maladies inflammatoires chroniques de l'intestin) mais ne concernent que l'intra hospitalier et n'ont pas de répercussion sur la ville. Il s'agit principalement de l'infliximab® (biosimilarisé), présent au livret thérapeutique de l'établissement et de l'Entyvio® (non biosimilarisé).

3.4.g. Les psycholeptiques (anxiolytiques et hypnotiques) :

Avec une dépense de 16 653 182 M€, leur taux d'évolution est négatif, -9,3% entre 2015 et 2016.

4 principales molécules sont concernées : Bromazépam (Lexomil®), Alprazolam (Xanax®), Zolpidem (Stilnox®) et Zopiclone (Imovane®).

26% des molécules de cette classe ont été prescrites en princeps.

64,5% appartiennent aux taux du répertoire des génériques.

Dans notre établissement une EPP sur la politique du patient âgés a été faite.

Un des critères retenus est l'association de deux anxiolytiques chez le patient de plus de 65ans ainsi que la prescription de benzodiazépine à demi-vie longue.

Il apparaît comme indicateur de bon usage du médicament, et permet d'améliorer la prescription de ces molécules.

3.4.h. Les anti-infectieux :

Avec 195 275 286 M€ de dépense en 2016, ils arrivent en 8ème position, avec un taux d'évolution de 4% depuis 2015.

Retrouvés dans moins de 5% des prescriptions de sortie, nous observons essentiellement des traitements avec des durées déterminées, notamment les quinolones, céphalosporine per os, Pénicillines en lien avec les profils des chirurgies effectuées (orthopédie, urologie, cardiologie).

De la Mycostatine® et du Bactrim® sont retrouvés sur le pôle Plein ciel, qui se justifie par la population de patients cancéreux.

28% étaient prescrites en DCI et appartenaient au répertoire des groupes génériques.

57% étaient prescrites en nom de marque et auraient pu l'être en DCI, la plupart proviennent de prescriptions du pôle de l'Espérance.

L'établissement a rejoint le groupe CONSORES (observatoire du bon usage des antibiotiques). Un suivi des antibiotiques est plus pertinent, avec une visibilité sur les prescriptions nationales. Tous les trimestres un rapport est rendu et les résultats sont présentés au CLIN. De plus, l'établissement a déposé un projet dans le cadre de l'appel à projet 2018 de l'ARS «qualité et pertinence». Il concerne la stratégie de la maîtrise des prescriptions et des résistances aux antibiotiques dans un contexte ville-hôpital-établissements médico-sociaux.

3.5. Comparaison PHEV de l'hôpital privé Arnault Tzanck Mougins Sophia Antipolis aux résultats PHEV d'un établissement public de même envergure :

Afin de pouvoir nous comparer, les données PHEV anonymisées de plusieurs établissements publics de même envergure que l'hôpital privé Arnault Tzanck, nous ont été mises à disposition par l'OMEDIT. Selon la présentation des résultats fournis par l'AM, nous ne comparerons pas des montants de dépenses mais des taux de prescriptions ⁽³⁸⁾.

Nous remarquons que les mêmes classes thérapeutiques arrivent en tête de classement.

Tableau 3 : Comparaison des classes thérapeutiques retrouvées en ordonnances de sortie pour les deux structures

CH Public		Hôpital Privé Arnault Tzanck Mougins Sophia-Antipolis
Antalgiques, vertiges, migraines	V E R S U S	Antihypertenseurs-Cardiologie
Anti-infectieux		Antalgiques, Vertiges, Migraines
Dermatologie		AAP et Antithrombotiques
Antiacides et antiulcéreux		IPP-Antiacides
Appareil digestif divers		Digestifs
Anti-rhumatismaux		Psycholeptiques-Anxiolytiques-Hypnotiques
Vitamines et minéraux		Diabète
Ophthalmologie et otologie (hors DMLA)		Anti-infectieux
Antiagrégants, Antithrombotiques		Système respiratoire
Anti-hypertenseurs		Hormones
Hormones		Anti-inflammatoires Stéroïdiens
Contraceptifs		Antiémétiques
Autres aigüe (antianémiques, antihémorragiques,)		Neurologie
Antiallergiques dont rhinite		Métabolisme-Nutrition
Psychotropes		Urologie-Néphrologie
Produits de diagnostic		Cancérologie-Hématologie
Hypolipémiants		Antidépresseurs
Anti-asthmatiques		Antidotes et chélateurs
Urologie		Antigoutteux
Antidépresseurs		Antihistaminiques
Anti-inflammatoires		Collyres
Antidiabétiques	Autres...	

Les principales différences portent sur les différentes spécialités proposées par les deux établissements. Sur l'hôpital privé, il n'existe pas d'activité de rhumatologie et de dermatologie. Cela justifie l'absence de ces molécules dans nos ordonnances de sortie.

Les antiacides et antiulcéreux et les médicaments de digestifs se retrouvent dans le même classement pour les deux structures, 4 et 5ème position et dans le même ordre.

Les antihypertenseurs, les antalgiques, vertiges, migraines, les anti-infectieux, les AAP-anti-thrombotiques et hormones sont retrouvés dans les 10 premières molécules pour chaque établissement.

**Figure 35 : Prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques
par classes thérapeutiques d'un établissement public de proximité :**

PRESCRIPTION DES MEDICAMENTS APPARTENANT AU REPERTOIRE DES GROUPES GENERIQUES** PAR CLASSES THERAPEUTIQUES			
Classes thérapeutiques	Taux de prescription dans le répertoire des groupes génériques** année 2017	Taux d'évolution des prescriptions dans le répertoire des groupes génériques pour l'établissement année 2017 / année 2016	Taux d'évolution des prescriptions dans le répertoire des groupes génériques pour les établissements de votre catégorie année 2017 / année 2016
Antalgiques, vertiges, migraines	12,1 %	-1,6 %	-2,9 %
Anti-infectieux	70,6 %	-1,2 %	-0,8 %
Appareil digestif divers	45,2 %	-2,7 %	+1,4 %
Anti-hypertenseurs	86,8 %	-0,3 %	+1,1 %
Antiacides et antiulcéreux	87,7 %	-0,4 %	+0,4 %
Ophthalmologie et otologie (hors DMLA)	11,6 %	-4,1 %	-0,6 %
Psychotropes	69,6 %	-3,5 %	-2,6 %
Antiagrégants, Antithrombotiques	5,3 %	-9,1 %	-4,0 %
Dermatologie	25,4 %	+5,9 %	+3,8 %
Vitamines et minéraux	37,8 %	+1,8 %	+1,3 %
Hormones	76,6 %	-2,7 %	-0,3 %
Antipsychotiques	35,6 %	+10,7 %	+1,6 %
Anti-rhumatismaux	71,6 %	+0,9 %	+0,3 %
Solutés massifs	0,0 %	NC	NC
Antiglaucomeux	30,8 %	-5,2 %	-7,6 %
Antidépresseurs	93,3 %	-1,8 %	-0,7 %
Anti-asthmatiques	25,4 %	-10,7 %	+0,1 %
Autres aigü (antianémiques, antihémorragiques,...)	43,4 %	+17,4 %	+11,3 %
Antidiabétiques	51,6 %	-3,1 %	-3,6 %
Urologie	59,6 %	-3,2 %	-3,0 %
Contraceptifs	56,5 %	-6,1 %	+1,2 %
Antirhumatismaux spécifiques (polyarthrite rhumatoïde,...)	16,0 %	+2,5 %	-10,6 %

**Tableau 4 : Comparaison du taux de prescription dans le répertoire des groupes génériques de l'année 2017
pour les 7 premières molécules des deux établissements**

Classes Thérapeutiques	Taux de prescription dans le répertoire des groupes génériques année 2017	
	Hôpital privé ARNAULT TZANCK Mougins	CH Public
Antalgiques, Vertiges, Migraines	40%	12,1%
Anti-hypertenseurs	72%	86,8%
AAP-Antithrombotiques	7,7%	5,3%
IPP-Antiulcéreux	50%	87,7%
Digestifs	42%	45,2%
Anxiolytiques-Hypnotiques	64,5%	69,6%
Anti-infectieux	28%	70,6%

Concernant la prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques par classes thérapeutiques : nous retrouvons des pourcentages similaires pour les anti-hypertenseurs, les APP-antithrombotiques, les médicaments de digestifs et les anxiolytiques-hypnotiques. Les divergences des autres classes peuvent provenir de différents facteurs, comme la prescription en DCI ou non (en CH public les établissements prescrivent sur des LAP en DCI), mais aussi des différences de molécules comptabilisées dans les différentes classes, l'activité de l'établissement...

En conclusion, nous remarquons donc que les résultats retrouvés sont comparables à un établissement public similaire au notre. L'Etat des lieux est donc possible et favorable en faveur d'un profil PHEV.

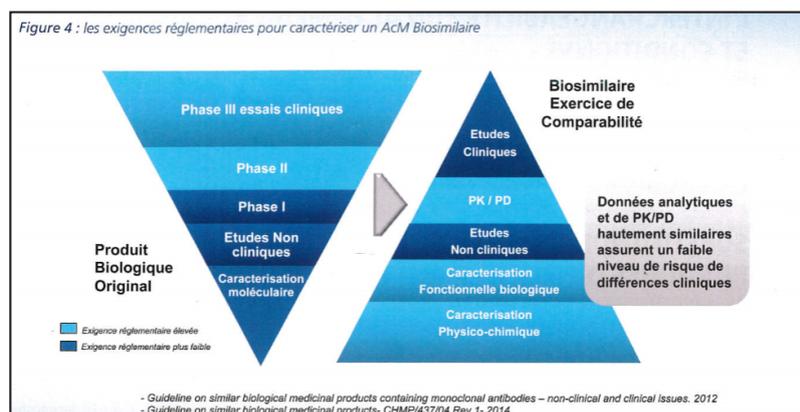
3.6. Audit sur les prescriptions de sortie de biosimilaires :

3.6.a. Rappel sur les biosimilaires :

Comme tous médicaments biologiques, un biosimilaire est produit à partir d'une cellule, d'un organisme vivant ou dérivé de ceux-ci. L'efficacité et les effets indésirables sont équivalents à ceux du médicament biologique de référence (39).

La complexité et l'unicité de la production d'un médicament biologique impliquent l'impossibilité pour différents laboratoires de réaliser une copie parfaite d'un point de vue moléculaire du médicament biologique de référence. De ce fait dès 2005, l'Agence Européenne du Médicament (EMA) a publié des recommandations très strictes pour le développement des biosimilaires. Il est donc demandé pour l'AMM du biosimilaire de réaliser des études de phase I (qualité), de phase II (études non cliniques in vitro et in vivo) et des études cliniques de phase III afin de démontrer son efficacité, sa tolérance et sa qualité pharmaceutique (40).

Figure 36 : Exigences réglementaires concernant l'élaboration d'un biosimilaire



Aujourd'hui le marché des biosimilaires est en constante évolution. L'instruction du 3 Août 2017 relate l'évolution du cadre législatif. Un médicament biosimilaire peut être prescrit à tout moment du traitement. La prescription s'accompagnera d'une information adaptée au patient mais n'induit aucune obligation d'obtention de son consentement. Aucune traçabilité spécifique supplémentaire est demandée (41).

Les objectifs de promouvoir les prescriptions de biosimilaires sont, de développer des molécules disponibles et assurer un approvisionnement satisfaisant du marché, en faisant jouer la concurrence au niveau des laboratoires pharmaceutiques ; ainsi que de réduire les dépenses (42).

De plus, en développant un accroissement rapide du taux de prescriptions des biosimilaires, l'enjeu financier sera d'autant plus important pour notre système de santé puisqu'il permettra de récolter des marges financières pour la prise en charge de thérapeutiques plus récentes (innovations thérapeutiques) (43).

Les objectifs à atteindre sont :

- Encourager la prescription systématique d'un médicament biosimilaire. Initiation dans 70% des cas du médicament biosimilaire plutôt qu'avec le médicament biologique de référence.
- Le changement de prescription d'un médicament biologique de référence par l'un de ses biosimilaires en continuité de traitement doit être encouragé.
- Lorsque deux stratégies thérapeutiques sont équivalentes : préférer la plus efficiente d'un point de vue médico-économique (notamment si biosimilarisable).
- Lors de la sortie d'un patient hospitalisé et de la poursuite de son traitement qui s'effectue en ville, la prescription de biosimilaire en ordonnances de sortie est à privilégier (70% de prescription de médicaments biosimilaires est l'objectif à atteindre) (41).

Pour pouvoir faciliter l'atteinte de ces objectifs, l'instruction du 19 février 2018 va permettre l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires, lorsqu'ils sont délivrés en ville. Ce dispositif s'applique à tous les établissements ayant signé un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) (44).

Cette rémunération porte sur des médicaments dont la prescription est au moins pour partie hospitalière mais exécutée en ville. Deux groupes de médicaments ont été retenus :

- des produits de la classe des anti-TNF alpha (groupe étanercept).
- l'insuline glargine (groupe insuline glargine).

L'objectif est, pour chaque établissement, de parvenir à une forte progression du taux de recours réalisé aux médicaments biosimilaires (en 2018) par rapport au taux de recours initial (2017) (45). Les établissements privés sont encore difficilement impactés par cette instruction puisqu'il est impossible actuellement, de différencier les ordonnances en extrahospitalier.

Figure 37 : Liste des médicaments biosimilaires de l'ANSM mis à jour le 24/08/18 (46)

Substance active	Médicament de référence	Médicament biosimilaire (liens vers site EMA)
Adalimumab	HUMIRA ↗	<ul style="list-style-type: none"> • AMGEVITA • CYLTEZO • IMRALDI • SOLYMBIC
Bevacizumab	AVASTIN ↗	<ul style="list-style-type: none"> • MVASI
Enoxaparine	LOVENOX ↗	<ul style="list-style-type: none"> • ENOXAPARINE BECAT • ENOXAPARINE CRUSIA • ENOXAPARINE SANOFI • INHIXA • THORINANE
Epoétéine	EPREX ↗	<ul style="list-style-type: none"> • ABSEAMED • BINOCRIT • EPOETINE ALFA HEXAL • RETACRIT • SILAPO
Etanercept	ENBREL ↗	<ul style="list-style-type: none"> • BENEPALI • ERELZI • LIFMIOR
Filgrastim	NEUPOGEN ↗	<ul style="list-style-type: none"> • ACCOFIL • FILGRASTIM HEXAL • GRASTOFIL • NIVESTIM • RATIOGRASTIM • TEVAGRASTIM • ZARZIO
Follitropine alfa	GONAL-f ↗	<ul style="list-style-type: none"> • BEMFOLA • OVALEAP
Infliximab	REMICADE ↗	<ul style="list-style-type: none"> • FLIXABI • INFLECTRA • REMSIMA • ZESSLY
Insuline Glargine	LANTUS 100 unités/ml ↗	<ul style="list-style-type: none"> • ABASAGLAR 100 unités/ml • LUSDUNA 100 unités/ml
Insuline Lispro	HUMALOG ↗	<ul style="list-style-type: none"> • INSULIN LISPRO SANOFI
Rituximab	MABTHERA - Les spécialités MABTHERA 1400mg et 1600mg, solution pour injection sous-cutanée n'ont pas de médicament biosimilaire associé ↗	<ul style="list-style-type: none"> • BLITZIMA • RITEMVIA • RITUZENA • RIXATHON • RIXIMYO • TRUXIMA
Somatropine	GENOTONORM ↗	<ul style="list-style-type: none"> • OMNITROPE
Teriparatide	FORSTEO ↗	<ul style="list-style-type: none"> • MOVYMIA • TERROSA
Trastuzumab	HERCEPTIN - La spécialité HERCEPTIN 600mg, solution injectable en flacon, pour injection sous-cutanée, n'a pas de médicament biologique similaire associé ↗	<ul style="list-style-type: none"> • HERZUMA • ONTRUZANT

Sur l'Hôpital les biosimilaires présents sont :

- Le NIVESTIM® : 30000 UI.
- Le RETACRIT® : 30000 UI.
- L'INFLIXIMAB®.
- Référencement de L'ABASAGLAR®.
- Référencement du TRUXIMA® (Mabthera®).

Nous avons décidé de nous positionner sur les biosimilaires ayant un impact en ordonnances de sortie et donc en ville, soit Nivestim®, Retacrit® et Abasaglar®.

3.6.b. Audit sur les ordonnances de sortie du Nivestim® :

Le NIVESTIM® est le biosimilaire du NEUPOGEN® (filgrastim).

Il est indiqué :

- Dans la réduction de la durée des neutropénies et de l'incidence des neutropénies fébriles chez les patients traités par une chimiothérapie cytotoxique ainsi que dans la réduction de la durée des neutropénies chez les patients recevant une thérapie myélosuppressive suivie d'une greffe de moelle osseuse et présentant un risque accru de neutropénie sévère prolongée.
- Dans la mobilisation des cellules souches progénitrices (CSP) dans le sang circulant.
- Pour augmenter le taux de neutrophiles et réduire l'incidence et la durée des épisodes infectieux chez les patients, enfants ou adultes, atteints de neutropénie sévère congénitale, cyclique ou idiopathique ($PNN \leq 0,5 \times 10^9/l$).
- Dans le traitement des neutropénies persistantes ($PNN \leq 1,0 \times 10^9/l$) chez les patients infectés par le VIH à un stade avancé ⁽⁴⁷⁾.

Il existe le Nivestim® 12 MUI/0,2 ml (particulièrement adapté à la population pédiatrique) et n'existe pas pour Neupogen →, 30 MUI/0,5 ml, 48 MUI/0,5 ml.

Il s'administre à la posologie de 0,5MUI (5microgrammes) / kg/jour au plus tôt 24h après la fin de la chimiothérapie et doit être poursuivie jusqu'à ce que le nadir attendu du

nombre de neutrophiles soit dépassé et que ce nombre soit revenu à une valeur normale (48).

L'audit concerne tous les patients ayant eu du Nivestim® ou autres facteurs de même visée thérapeutique sur le 2ème Semestre 2016 et 1er Semestre 2017, soit 49 dossiers en tout.

Leurs prescriptions de sorties ont ensuite été analysées afin d'y observer si le biosimilaire était bien prescrit lorsque la cure du facteur de croissance se poursuivait.

Plein ciel est le seul pôle qui intervient dans cet audit, le service du 1er étage comprend les patients hospitalisés sous chimiothérapie, susceptibles de recevoir ce type de traitement d'où le dosage élevé référencé à l'hôpital.

Figure 38 : Grille d'audit sur les prescriptions de G-CSF en hospitalisation complète et analyses des prescriptions de sortie



CLINIQUE ARNAULT TZANCK MOUGINS

AUDIT : Prescription de G-CSF en hospitalisation complète et analyse des prescriptions de sortie

Date de l'évaluation _____

Et abli ssement Espérance
 Plein Ciel
 Saint Basile

Numéro de séjour _____ Année <input type="checkbox"/> 2017 <input type="checkbox"/> 2018	Mois <input type="checkbox"/> Janvier <input type="checkbox"/> Juillet <input type="checkbox"/> Février <input type="checkbox"/> Août <input type="checkbox"/> Mars <input type="checkbox"/> Septembre <input type="checkbox"/> Avril <input type="checkbox"/> Octobre <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Novembre <input type="checkbox"/> Juin <input type="checkbox"/> Décembre	Nom du médecin <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
---	---	---

Produit prescrit sur Hopital Manager, en hospitalisat granocyte
 nivestim
 neutlasta
 autre Précisez :

Substitution oui
 non

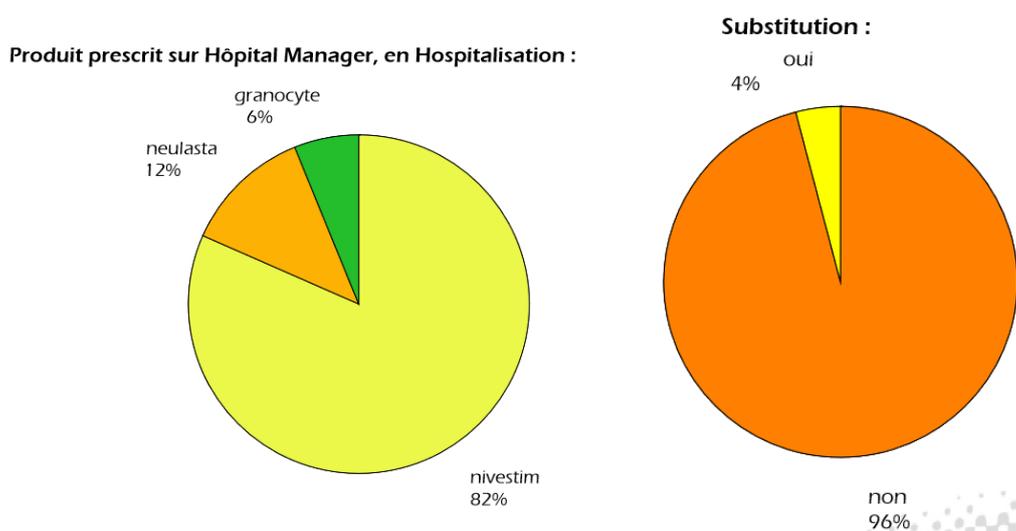
Produit prescrit sur ordonnance de sortie granocyte
 nivestim
 neutlasta
 autre Précisez :

Commentaires

M/C. Pa/MEDOC/Presc/ENR004 - version 1

Septembre

Figure 39 : G-CSF prescrits sur HM en hospitalisation et substitutions réalisées



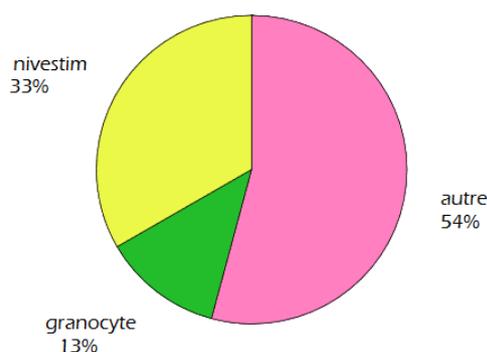
Nous remarquons que 82 % des prescriptions correspondent au NIVESTIM®, 12% au NEULASTA® (Pegfilgrastim) et 6% de GRANOCYTE® (Lenograstim).

La prescription de Nivestim® est donc retrouvée en proportion très satisfaisante. 96% des ordonnances de Nivestim® étaient initialement rédigées telles quelles, 4% des ordonnances ont bénéficié d'une demande de substitution par le pharmacien.

Les 12% de Neulasta® correspondent à des traitements en cours du patient (Forme pégylée du Filgrastim qui permet une seule administration au J2 de la chimiothérapie pour des cures J1-J21). Les 6% de Granocyte® correspondent à des ordonnances hors livret thérapeutique, elles ont donc bénéficié d'un appel du pharmacien au médecin afin de modifier la prescription par du Nivestim®.

Figure 40 : G-CSF prescrits en ordonnances de sortie

Produit prescrit sur l'ordonnance de sortie :



23 ordonnances de sortie sur les 49 dossiers, soit 47%, comportent une prescription de facteur de croissance. 70% de ces ordonnances comportent la prescription du biosimilaire. Ce pourcentage répond à l'objectif attendu dans l'instruction du 3 Août 2017 qui est de 70%.

Tableau 5 : Comparaison des prix des G-CSF en intra hospitalier avec ceux de ville

	Intra-hospitalier	Prix ville
Nivestim 30MUI (1seringue) <i>Biosimilaire de Neupogen</i>	4,00 €	34,90 €
Neupogen 30MUI (1seringue)	28,00 €	132,47 €
Granocyte 34 (1seringue)	34,00 €	134,80 €
Neulasta 6mg (1seringue)	590,00 €	1 258,00 €

}

97,60 €
d'écart

La substitution par Nivestim® en établissement de santé, qui sera prescrit en ordonnances de sortie par la suite et donc délivré en ville occasionne une économie non négligeable, environ 100 euros par seringue. Sachant qu'une cure est de minimum 5 jours, l'économie générée est de 500 euros par cure. L'avantage du Nivestim® est qu'il se délivre en conditionnement d'une seringue ce qui permet d'adapter la délivrance à la prescription.

3.6.c. Audit sur les ordonnances de sortie du Retacrit® :

Le retacrit® est le biosimilaire de l'Eporex® (Epoétine alpha).

Il est indiqué dans :

Le traitement de l'anémie symptomatique associée à l'insuffisance rénale chronique (IRC) chez l'adulte et l'enfant :

- Associée à l'insuffisance rénale chronique chez les enfants et les patients adultes hémodialysés et chez les patients adultes en dialyse péritonéale
- Traitement de l'anémie sévère d'origine rénale accompagnée de symptômes cliniques chez les patients adultes insuffisants rénaux non encore dialysés.
- Traitement de l'anémie et réduction des besoins transfusionnels chez les patients adultes recevant une chimiothérapie pour des tumeurs solides, un lymphome malin ou un myélome multiple, et à risque de transfusion tel qu'évalué par l'état général du patient.

- Retacrit® peut être utilisé pour augmenter la production de sang autologue des patients inclus dans un programme pré-transfusion.

- Retacrit® peut être utilisé pour réduire l'exposition aux transfusions de sang homologues chez les patients adultes, sans carence martiale, devant subir une intervention chirurgicale orthopédique majeure programmée et présentant un risque présumé important de complications transfusionnelles (49).

La posologie est :

- En phase de correction : 50 UI/kg 3 fois par semaine.
- En phase d'entretien : Un ajustement de dose est nécessaire pour maintenir les valeurs d'hémoglobine (Hb) au niveau souhaité : Hb comprise entre 10 et 12 g/dl (posologie comprise entre 75 et 300 UI/kg).

L'audit a été réalisé sur le deuxième semestre 2016 et le premier semestre 2017. Les ordonnances de sortie des patients ayant eu une EPO durant leur séjour ont été analysées afin de voir si lors d'une éventuelle poursuite du traitement en ville, le biosimilaire était prescrit ou non. Sachant que l'hôpital substitue automatiquement en intra hospitalier par le Retacrit®.

Figure 41 : Grille d'audit des prescriptions d'EPO en hospitalisation complète et analyse des prescriptions de sortie :



CLINIQUES ARNAULD TZANCK

ESPERANCE PLEIN CIEL SAINT BASILE

GIE Font de l'Orme JS

**PRESCRIPTIONS D'EPO EN HOSPITALISATION COMPLETE
ET ANALYSE DES PRESCRIPTIONS DE SORTIES**

Date de l'évaluation :

<small>Jour</small>		<small>Mois</small>	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 25
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 26
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 27
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 28
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 29
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 30
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 31
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 2017

Etablissement :

Plein Ciel

Espérance

Saint Basile

Numéro de séjour :

Mois du séjour :

Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin

Juillet

Août

Septembre

Octobre

Novembre

Décembre

Année du séjour :

2016

2017

2018

Nom du praticien :

Produit prescrit sur Hôpital Manager en hospitalisation :

Retacrit (biosimilaire) Aranesp Eprex Mircera Neorecomon Autres

Si autres :

Substitution pharmaceutique sur Hôpital Manager : Oui Non

Produit prescrit sur ordonnance de sortie :

Retacrit (biosimilaire) Aranesp Eprex Mircera Neorecomon Autres

Si autres :

Commentaires :

M/C/PA/Medec/Presc/ENR003 - Version 1
Octobre 2017

Seulement 8 dossiers pour le pôle Plein Ciel et 2 dossiers pour le pôle Espérance ont été retrouvés. Au vu du faible nombre de résultats renseignés, ils ont été exprimés en chiffres.

Aucune ordonnance de sortie n'a mentionné une EPO. La cure s'administrant le plus souvent en totalité durant l'hospitalisation.

De plus, ces produits sont surtout prescrits en ordonnances de sortie pour les patients sous chimiothérapie. Le Centre Azuréen de Cancérologie, avec lequel l'hôpital n'a pas de liens administratifs ; est le plus gros prescripteur d'anticancéreux par voie orale, de G-CSF et d'EPO. Les oncologues réalisent leurs ordonnances de leur cabinet et même si les patients viennent par la suite en HDJ, s'ils sont hospitalisés, il est rare que la prescription de sortie émane de l'établissement.

Nous avons donc observé les résultats en intra hospitalier. Seulement une ordonnance sur 10 était prescrite directement en Retacrit®, deux ordonnances d'Eporex® ont été substituées en Retacrit®. 5 ordonnances d'Aranesp® ont été retrouvées, seulement deux ont été changées par le médecin pour du Retacrit®. Les 5 autres correspondaient à des traitements de patients sous dialyse.

Tableau 6 : Comparaison des prix des différentes EPO en intra hospitalier avec ceux de ville

	Intra-hospitalier	Prix ville
Eporex® 30000UI 1/semaine	45,00 €	191,00 €
Retacrit® 30000UI 1/semaine	37,50 €	164,00 €
Aranesp® 150µg (darbepoetine alfa) 1/semaine	153,00 €	194,19 €

27,00 €
d'écart

La différence en termes de coût est moins importante que pour les G-CSF mais non négligeable, 27€/seringue.

3.6.d. Référencement au livret thérapeutique du biosimilaire de l'insuline Lantus® : l'Abasaglar® 100UI/ml :

Dans l'hôpital, la Lantus® et la Levemir® sont référencées.

La Lantus® s'administre une seule fois/jour tandis que la Levemir® s'administre deux fois par jour.

Il a été décidé de référencer l'Abasaglar® biosimilaire de la Lantus® qui la remplacerait totalement. Pour cela un rendez-vous a été pris avec les endocrinologues.

Nous leur avons présenté le produit avec les différentes études de biosimilarité (50).

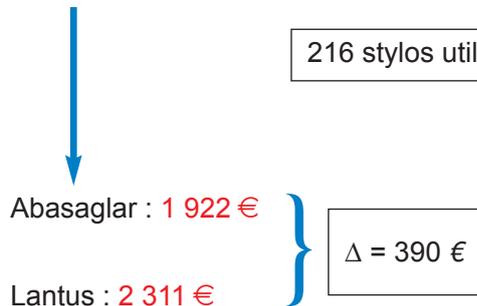
De plus une petite étude de coût a été réalisée afin de démontrer le «gain ville» pour une seringue d'Abasaglar® dispensée à la place de la Lantus®, puis nous avons multiplié par le nombre de seringues délivrées sur l'année 2017 (Nous avons considéré que les 216 stylos délivrés en intra hospitalier étaient retrouvés en ordonnances de sortie).

Tableau 7 : Etude de coût sur la mise en place de l'Abasaglar® au livret thérapeutique de l'établissement

Prix pour 1 stylo en ville :

- Abasaglar : **8,90 €**

- Lantus : **10,70 €**



Prix pour 1 stylo dans l'établissement :

- Abasaglar : **4,40 €**

- Lantus : **5 €**



Les Endocrinologues étaient réservés, ils ont donc préféré que seuls les patients du pôle Saint Basile allaient bénéficier d'une substitution automatique ainsi que le 1er étage du pôle Plein Ciel. Ces patients restent minimum une semaine permettant leur surveillance.

Sachant que les 3 pôles possèdent encore chacun leur livret thérapeutique, la pharmacienne a totalement substitué la Lantus® par Abasaglar® au pôle Saint-Basile.

Pour les pôles Plein ciel et Espérance les deux spécialités restent au livret et seuls les patients restant plusieurs jours bénéficient d'une substitution après appel du médecin.

En conclusion, l'Abasaglar® est de plus en plus substitué et prescrit. Le but étant que la Lantus® disparaisse du livret thérapeutique laissant totalement place à l'Abasaglar®.

3.7. Profil sur les prescriptions de la liste des produits et prestations :

Comme il l'a été précisé dans la partie I, la LPP représentent 1.9 Md€. Ce montant représente environ 38 % de l'ensemble des prescriptions exécutées en ville.

Sachant que dans l'audit réalisé sur l'évaluation des pratiques professionnelles, le résultat sur la LPP s'est avéré peu concluant. Quelques pansements, produits de nutrition... ont été retrouvés sur très peu d'ordonnances. Nous avons décidé de nous positionner sur un sujet en particulier qui fait l'objet d'un travail par l'ARS : la prescription de sortie des pansements.

Les pansements constituent le 5ème poste des dépenses PHEV. Ces prescriptions sont effectuées par des médecins hospitaliers à l'issue de séjours hospitaliers, dans le cadre des consultations externes et des passages sans hospitalisation dans les services d'urgence. Elles sont délivrées par les pharmacies d'officine. De fait, ces prescriptions sont prises en charge par l'AM sur l'enveloppe des soins de ville.

Une action de maîtrise médicalisée sur le thème «Aide à la prescription des pansements primaires dans le traitement des plaies chroniques» a été réalisée en 2016 et début 2017 auprès des médecins généralistes et des infirmières libérales ciblés (51).

Celle-ci pourra être déployée au sein des établissements de santé en 2017 après ciblage des prescripteurs et des établissements. Le mémo d'aide à la prescription des pansements primaires, principal outil validé par la HAS, sera également expliqué et remis au sein des établissements de santé (52).

3.7.a. Audit sur les ordonnances de sortie de pansements :

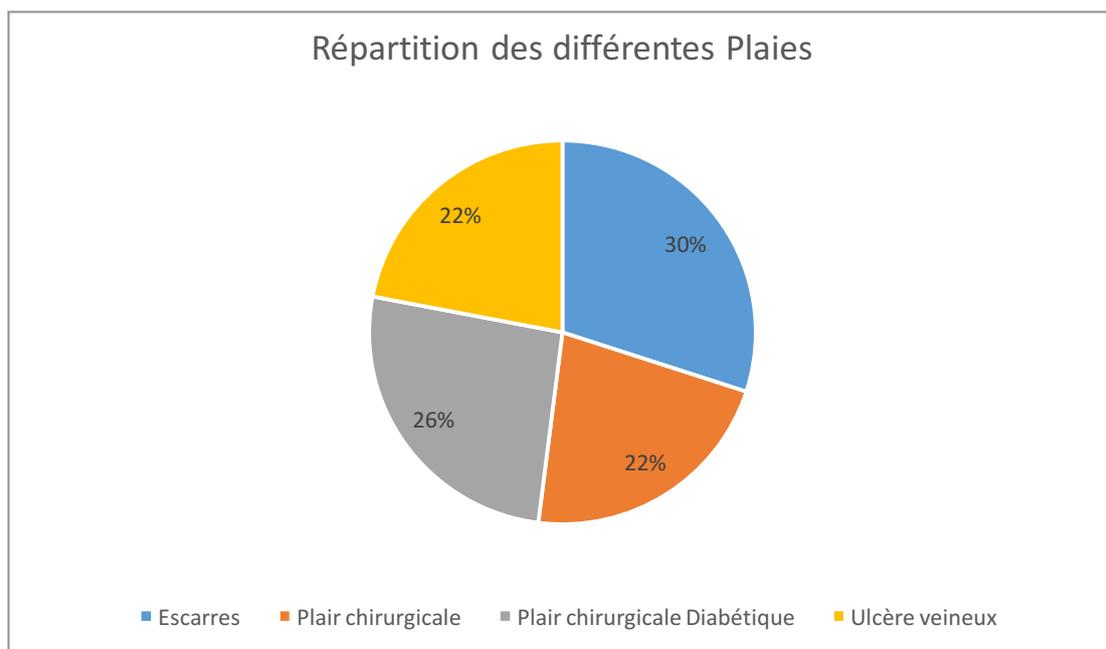
Dans l'établissement, pour chaque prise en charge d'une plaie ou d'une stomie, un protocole individuel de soins est réalisé par l'infirmière. Il permettra de caractériser le patient dans un onglet «fiche pansement». La requête a alors été réalisée à partir de cette fiche sur l'année du 01/01/16 au 31/12/16 (La référente pansement étant partie en 2017, nous avons donc préféré récolter les données sur l'année 2016 afin d'obtenir des informations plus détaillées).

Nous avons donc étudié 50 dossiers patients du pôle Saint-Basile (puisque la référente pansement réalisait la plupart de ces cas sur ce pôle) afin d'étudier les ordonnances de sortie

de pansements et d'établir un état des lieux sur ce sujet.

4 plaies principales ont été retenues : Escarre, Ulcère Veineux, Plaie Diabétique et Plaie chirurgicale :

Figure 42 : Répartition des différentes plaies nécessitant des pansements



Sur les 50 dossiers, seulement 30 ont révélé une ordonnance de sortie de pansements.

Une grille d'audit a été établie et pour chaque ordonnance nous avons étudié :

- La description de la plaie.
- Le nom du pansement primaire et ses détails (taille, épaisseur, quantité...).
- Le nom du pansement secondaire.
- Autres (compresse, sparadraps, bande...).

Figure 43 : Grille d'audit ordonnances de sortie de pansements

Audit de dossiers 2016 SSR / Pansements

Description Plaie
 Description de la plaie oui non
 Taille oui non
 Diamètre oui non
 Pt of ondeur oui non
 Localisation oui non

Commentaires

Nom pansement primaire

Pansement primaire
 Pansement primaire oui non
 Taille oui non
 Epaisseur oui non
 Quantité oui non
 Forme oui non
 Caractère stérile ou non oui non
 Caractère adhésif ou non oui non

Nom pansement secondaire

Pansement secondaire
 oui
 non

Commentaires

Autres
 Set oui non
 Compresses oui non
 Sparadraps oui non
 Bandes oui non

Autres

Commentaires

Durée et fréquence de renouvellement
 Durée oui non
 Fréquence de renouvellement oui non

Document de travail - Mars 2016

3.7.b. Résultats et discussions :

Sur les 30 ordonnances seulement 4 possédaient une description de la plaie dont seulement 3 ordonnances relataient la taille, le diamètre ou la profondeur. 8 ordonnances précisait la localisation de la plaie.

Sur les 30 ordonnances, 27 comportent la présence d'un pansement primaire. Seulement 33,2% étaient détaillées, notamment la quantité en nombre de boîtes et la taille. Le caractère adhésif, stérile, la forme et l'épaisseur étaient très peu renseignés (Le pourcentage étant non significatif).

17% des ordonnances ont révélé la présence d'un pansement secondaire sans indications particulière de taille, quantité, forme...

Aucune prescription de set de pansements n'a été retrouvée dans les ordonnances de sortie. Par ailleurs environ 37% des ordonnances révèlent la prescription de sparadraps, bandes, compresses...

Pour terminer, la durée et la fréquence de renouvellement ont été analysées dans l'audit. Seulement 10% des ordonnances renseignaient une durée et 7% une fréquence de renouvellement.

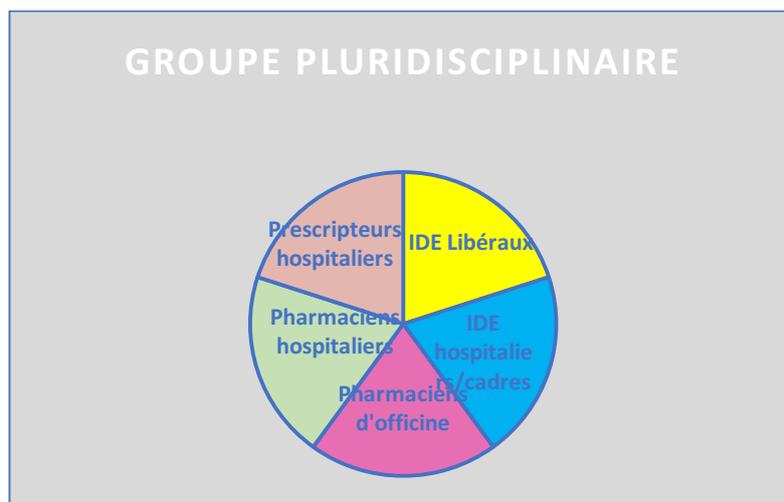
En conclusion, il s'avère que les ordonnances ne sont pas assez détaillées.

Des protocoles de soins destinés aux infirmières ont été retrouvés avec plus de détails sur la plaie mais ces informations ne sont pas toujours fournies aux officines de villes (car destinés aux infirmières libérales) qui n'ont souvent que l'ordonnance sans détails. Pour beaucoup d'ordonnances, seulement le nom de marque du pansement était retrouvé sans taille ni quantité.

De plus, la durée et la fréquence de renouvellement, précieux renseignements dans une ordonnance, sont très peu stipulées. Si ces renseignements étaient systématiques, des quantités adaptées seraient délivrées et les erreurs moins nombreuses. Si les fréquences de renouvellement étaient plus courtes, celles-ci entraîneraient des réévaluations de la plaie avec le matériel et les informations adéquates pour la suite du traitement.

Pour donner suite à ces résultats, il nous a semblé judicieux de réaliser un travail sur la conception d'ordonnances types de sortie. En effet, ce travail étant déjà en amorce par l'OMEDIT PACA, je me suis donc inspirée de ce travail.

Figure 44 : Répartition des différents acteurs concernant le circuit des pansements



Le but étant que les ordonnances soient traçables et conformes (RPPS, FINESS), qu'une description minimale de la plaie soit indiquée et que les pansements apparaissent par type de famille.

III. Actions mises en place à L'Hôpital privé Arnault Tzanck Mougins Sophia-Antipolis dans le cadre des PHEV :

Le plan d'action visant à sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient et à promouvoir le bon usage des produits de santé prévu dans l'engagement du CAQES permet d'intégrer des actions visant à mieux maîtriser les dépenses exécutées en ville.

Ainsi pour donner suite aux indicateurs nationaux obligatoires déclinés dans le CAQES et aux résultats obtenus lors des différents audits, des actions d'amélioration ciblées sont déclinées afin d'améliorer l'efficacité des prescriptions de sortie.

Pour les prescriptions de médicaments, les actions reposent :

- Sur des communications auprès des médecins avec des rappels de bonnes pratiques lors de COMEDIMS par exemple.
- La diffusion de recommandations de bons usages de l'HAS.
- De la réalisation de fiches mémo et fiches d'informations patient.

Une sensibilisation à l'utilisation des génériques et des biosimilaires a été effectuée. Des audits ont été réalisés sur les ordonnances de sortie afin d'évaluer leur conformité, d'établir un état des lieux de l'hôpital et cibler les points à améliorer.

Pour les prescriptions de la LPP, outre des actions d'informations et de règles de bon usage de certains dispositifs médicaux, un projet a été mené à l'hôpital afin d'établir une ordonnance type pour les plaies et pansements afin de clarifier la délivrance en ville ainsi que la prise en charge du patient en extrahospitalier.

Les différentes actions ciblées menées dans le cadre de PHMEV et PHEV LPP sont résumées dans le tableau 8 et seront détaillées dans cette dernière partie.

**Tableau 8: Actions ciblées et suivi pour l'encadrement des PHMEV et PHEV LPP
dans le cadre du CAQES 2018**

<u>PLAN D' ACTIONS</u>					<u>INDICATEUR DE SUIVI</u>
ACTION	TYPE D' ACTION	PILOTE	ECHEANCE	ETAT	
Actions ciblées sur le médicament					
Présentation en COMEDIMS des résultats de l' Audit : conformité des ordonnances de sortie (n°FINESS et RPPS, prescription en DCI sur des LAP)	Audit	- Pharmacien : P.Vigne - Pôle qualité	Décembre 2017	Terminée	Organiser le déploiement des LAP, la prescription informatisée et s'assurer de la conformité des ordonnances de sortie.
Proposition en CME et COMEDIMS, de fournir des tampons avec n°FINESS de l'Espérance aux médecins libéraux	Sensibilisation	Pharmaciens	Validé en CME, réalisée en Juin 2018 COMEDIMS prévu en Septembre 2018	Action pérennisée	Taux de prescriptions de sortie incluant le n°RPPS et FINESS
Présentation des résultats de l'audit réalisé sur l'évaluation des pratiques professionnelles en ordonnances de sortie	Audit	Pharmacien : S.Roubaud	COMEDIMS septembre 2018	Terminée	Taux d'évolution des dépenses de médicaments prescrits en établissement et remboursés sur l'enveloppe de soin de ville.
Evaluation de la pertinence des prescriptions d'IPP	EPP	Pharmacien : S.Roubaud	COMEDIMS septembre 2018	Terminée	Idem
Présentation des résultats de l'EPP sur les IPP aux prescripteurs et sensibilisation au bon usage des IPP	Sensibilisation	Pharmacien : S.Roubaud	COMEDIMS Septembre 2018	Action pérennisée	Idem
Présentation des résultats de l'EPP sur les benzodiazépines aux prescripteurs et sensibilisation au bon usage de ces molécules.	EPP	Pôle qualité	COMEDIMS septembre 2018	Terminée	Idem

Présentation et sensibilisation des prescripteurs en COMEDIMS à l'utilisation des génériques et biosimilaires	Sensibilisation	Pharmaciens : V.Pétula S.Roubaud	Décembre 2017	Terminée	Taux de prescription dans le répertoire des génériques et taux de prescription des biosimilaires en intrahospitalier et pour les PHEV
Présentation de l'Audit réalisé sur le Nivestim®	Audit	Pharmacien : V.Pétula	Décembre 2017	Terminée	Idem
Validation de la fiche d'information patient sur les biosimilaires	Information et sensibilisation	Pharmacien : V.Pétula	Décembre 2017	Terminée	Idem
Référencement au livret thérapeutique du biosimilaire de l'insuline glargine Lantus®, l'Abasaglar® 100 UI/ml	Information	Pharmaciens : V.Pétula S.Roubaud	Décembre 2017 Référencement en Janvier 2018	Terminée	Développer les actions favorisant la prescription d'insuline glargine biosimilaire en intrahospitalier et en ordonnances de sortie
Actions ciblées sur les produits et prestations de la LPP					
Travail sur le coût du référencement des pompes actives face aux systèmes passifs pour perfusion	Validation	Pharmacien : S.Roubaud	Décembre 2017	Terminée	Taux d'évolution des dépenses de produits et prestations prescrits en établissement et remboursés sur l'enveloppe de soin de ville.
Mise en place de protocoles types pour la prescription des ordonnances de sortie de pansements	Sensibilisation	- Pharmacien : V.Pétula - Infirmière référente pansement	En cours sur l'année 2018	Action pérennisée	Idem
Diffusion de recommandations de la HAS et de « fiches mémo » de bonnes pratiques de l'assurance maladie aux prescripteurs	Sensibilisation	Pharmaciens	Année 2018	Action pérennisée	Idem

1. Actions ciblées visant les résultats de l'audit de conformité des ordonnances de sortie :

Ces résultats ont été présentés en CME, suivi d'un COMEDIMS réalisé en Décembre 2017 pour présenter le CAQES aux médecins. Le but étant de leur préciser les principaux axes à suivre. Etaient présents, un médecin généraliste de Saint Basile, deux cadres de soins, un médecin gastroentérologue, un médecin anesthésiste (président du COMEDIMS), trois pharmaciens et moi-même.

Nous avons rappelé que les ordonnances devaient être réalisées sur un logiciel certifié garantissant des ordonnances complètes et conformes. Nous avons précisé qu'il était obligatoire de prescrire en DCI. Les PHEV ont été évoquées pour leur faire part du peu de données que présente L'AM concernant les établissements privés. Ce sujet faisant partie des indicateurs nationaux obligatoires et l'établissement s'étant engagé à fournir des résultats.

En ce qui concerne la possibilité de prescrire tout en princeps, une requête a été envoyée au service informatique pour que cette option soit supprimée, elle est effective depuis février 2018 ; dorénavant la prescription peut être réalisée en DCI+ Princeps ou en DCI uniquement.

Pour l'item numéro FINESS obligatoire, une discussion avec les chirurgiens et médecins libéraux a permis de connaître de façon précise leur méthode de prescriptions (patients relevant d'une prescription libérale et les patients bénéficiant d'une hospitalisation). Il en ressort que les prescriptions ne sont pas distinctes, le numéro FINESS n'est pas renseigné. Nous leur avons rappelé par mail qu'ils avaient à accès à distance au logiciel HM, pour y réaliser les ordonnances de sortie conformes.

En revanche, l'audit a montré que les médecins l'utilisaient très peu contrairement à leur outil libéral. Nous avons donc demandé lors d'un rendez-vous avec le directeur de l'hôpital la possibilité de fournir des tampons avec le numéro FINESS du pôle de l'Espérance. Celui-ci serait fourni à chaque secrétaire des différents cabinets, elles tamponneraient l'ordonnance de sortie d'un patient hospitalisé ou de passage en ambulatoire.

Cette requête est en cours de validation, et a été présentée en CME courant juin 2018 afin d'être validée. Par la suite, nous mettrons en place rapidement notre plan d'action. Cela devrait augmenter de manière significative la présence du numéro FINESS. Les ordonnances seront

tracées à l'extérieur, les PHEV pourront être suivies.

Deux fiches Mémo ont été présentées et mises à disposition des médecins, sur les génériques (53) et notamment sur le répertoire des groupes génériques (54). (Annexe 1 et 2)

2. Actions ciblées visant les résultats de l'audit d'évaluation des pratiques professionnelles en ordonnances de sortie :

2.1. Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur les IPP :

2.1.a. Réalisation de la grille d'audit :

Nous avons utilisé la même grille réalisée en 2016 en se basant sur les recommandations de l'HAS sur le bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons (55).

L'audit a été réalisé le 16/07/18, à partir du logiciel HM sur tous les patients hospitalisés ce jour et ayant une prescription d'IPP (Eupantol® au livret thérapeutique) sur le pôle Plein Ciel, Espérance et Saint-Basile. Nous avons retenu 10 patients sur chaque pôle, soit 30 au total.

- Les critères analysés étaient :
 - Si le traitement est habituel ou mis en place en hospitalisation.
 - Conformité de l'indication.
 - Si le patient était à risque ou non .
 - IPP prescrit.
 - Conformité de la posologie (pleine ou demi-dose).
 - Conformité de la voie d'administration (PO ou IV).
 - Traitements associés pouvant justifier ou non la mise sous IPP (corticoïdes, AAP, anticoagulant oraux et injectable).
 - Durée de traitement et réévaluation pendant le séjour.
 - Conclusion sur la conformité face aux recommandations de l'HAS.

Figure 45 : Fiche d'EPP : pertinence de la prescription des inhibiteurs de la pompe à proton



HOPITAL PRIVE ARNAULT TZANCK
MOUGINS – SOPHIA ANTIPOLIS

**EPP : Pertinence de la prescription
des Inhibiteurs de la Pompe à Protons**

Date de l'évaluation : IPP comme traitement habituel ? oui non NSP
 N° dossier : Intervention :
 Provenance du patient : Date de l'intervention :

Indication

- Traitement du reflux gastro-oesophagien (RGO) ou de l'oesophagite par RGO et récidive
- Prévention et traitement des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez les patients à risque
- Eradication d'*Helicobacter pylori*
- Traitement des ulcères gastroduodénaux
- Traitement d'entretien d'ulcère duodénal chez les patients non infectés par H. Pylori
- Traitement des hémorragies digestives hautes d'origine ulcéreuse
- Autre

Patient à risque (si prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS)

- Patient sous AINS de plus de 65 ans
- Patient ayant des antécédents d'ulcères gastroduodénal
- Patient traité par antiagrégant plaquettaire, anticoagulant ou corticoïde
- Patient non à risque

IPP prescrit

- Lansoprazole (Lanzor®, Ogast®, Ogastoro®) : 15mg /30mg
- Oméprazole (Mopral®, Zoltum®) : 10mg/20mg Esoméprazole (Inexium®) : 20mg/40mg
- Pantoprazole (Eupantol®, Inipomp®) : 10mg/20mg Rabéprazole (Pariet®) : 10mg/20mg

Posologie prescrite

- Plein dose 1/jour
- Demi-dose 2/jour
- Autre :
- Autre :

Date de prescription initiale : Durée du traitement :

Conclusion

Prescription conforme aux recommandations* : OUI NON

* - HAS. Bon usage du médicament : les inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte. Décembre 2009.
 - HAS. Commission de la Transparence : médicaments inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte : réévaluation. Janvier 2009.

Commentaires

.....

M/Eval/EPP/Pertinence de prescription des IPP ENR001 – version 2
Juillet 2018
1/1

Cinq molécules sont actuellement disponibles, dont trois sont **génériquées** :
 Ésoméprazole, Lansoprazole, Oméprazole, Pantoprazole et Rabéprazole.

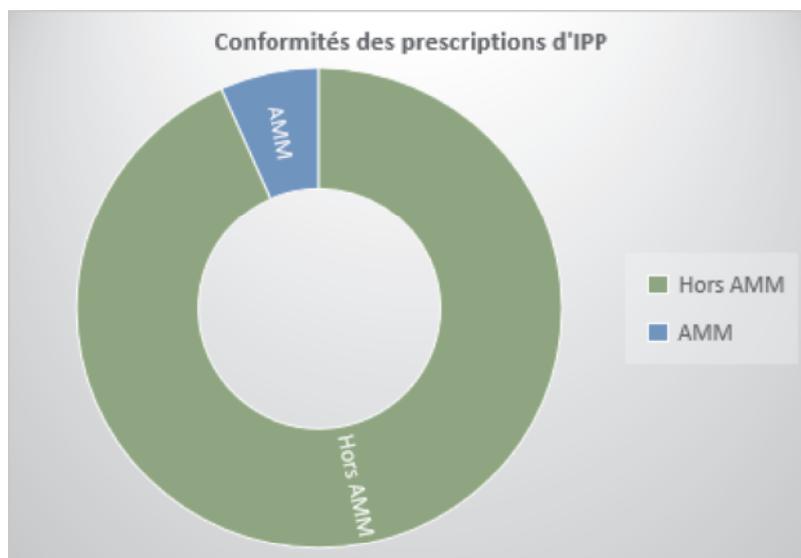
Le Pantoprazole étant le seul au livret thérapeutique, seul cet IPP est retrouvé dans l'audit (Eupantol® ; Inipomp® et génériques, demi-dose : 20 mg. Pleine dose : 40mg).

Tableau 9 : Récapitulatif sur les principales indications, posologies, et durée de traitement IPP
(notamment sur le Pantoprazole seule molécule utilisée au livret) (56)

INDICATIONS :	POSOLOGIE :	VOIE D'ADMINISTRATION :
Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien (RGO) sans œsophagite.	Demi-dose pendant 4 semaines, puis éventuellement traitement à la demande (à long terme).	Voie orale (voie IV si orale non possible)
Traitement de l'œsophagite du reflux par RGO (cicatrisation).	Pleine dose pendant 4 à 8 semaines. Demi-dose si œsophagite légère.	Voie orale (voie IV si orale non possible)
Traitement d'entretien et prévention des récurrences de l'œsophagite par RGO.	Demi-dose ou pleine dose au long cours. La dose minimale doit être recherchée. (Toujours pleine dose si récurrence).	Voie orale (voie IV si orale non possible)
Lésions gastroduodénales dues aux AINS : - Préventions des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez les sujets à risques. - Traitement des lésions dues aux AINS.	Demi-dose jusqu'à la fin du traitement par AINS. Le pantoprazole n'a pas d'indication. • Lansoprazole/oméprazole pleine dose pendant 4 à 8 semaines. • Esoméprazole demi-dose pendant 4 à 8 semaines	Voie orale (voie IV si orale non possible)
Ulcère gastrique et duodéal : - Eradication d' <i>Helicobacter Pylori</i> . - Ulcère sans infection à <i>Helicobacter Pylori</i> .	Pleine dose x2/jour pendant 7 jours+ antibiothérapie. Si ulcères compliqués et/ou associés à un AINS, corticoïde, APP, Anticoagulant : pleine dose durant 3 à 7 semaines. Pleine dose 4 à 8 semaines	Voie orale (voie IV si orale non possible)
Syndrome de Zollinger Ellison et autres situations hypersécrétoires pathologiques.		

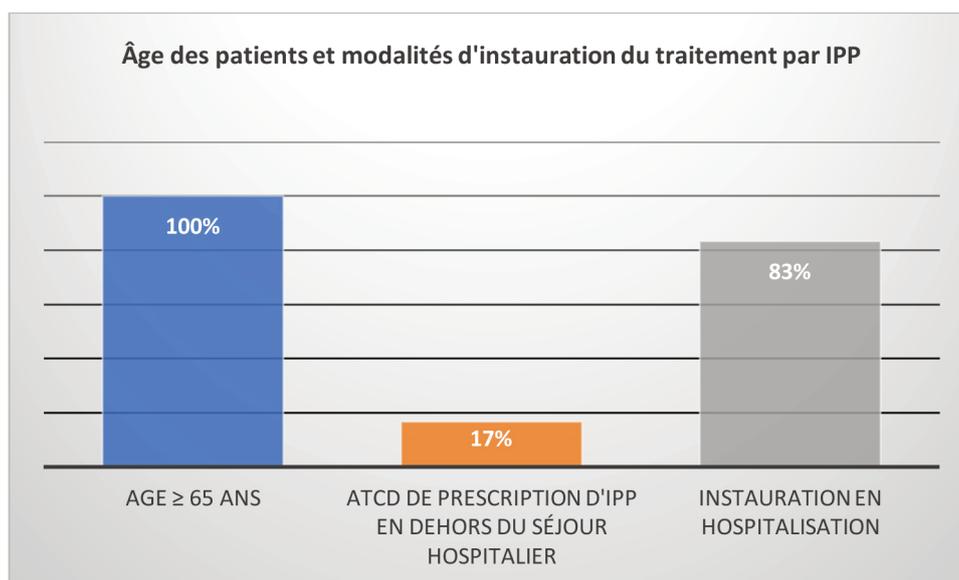
2.1.b. Résultats et discussions :

Figure 46 : Conformité des prescriptions d'IPP



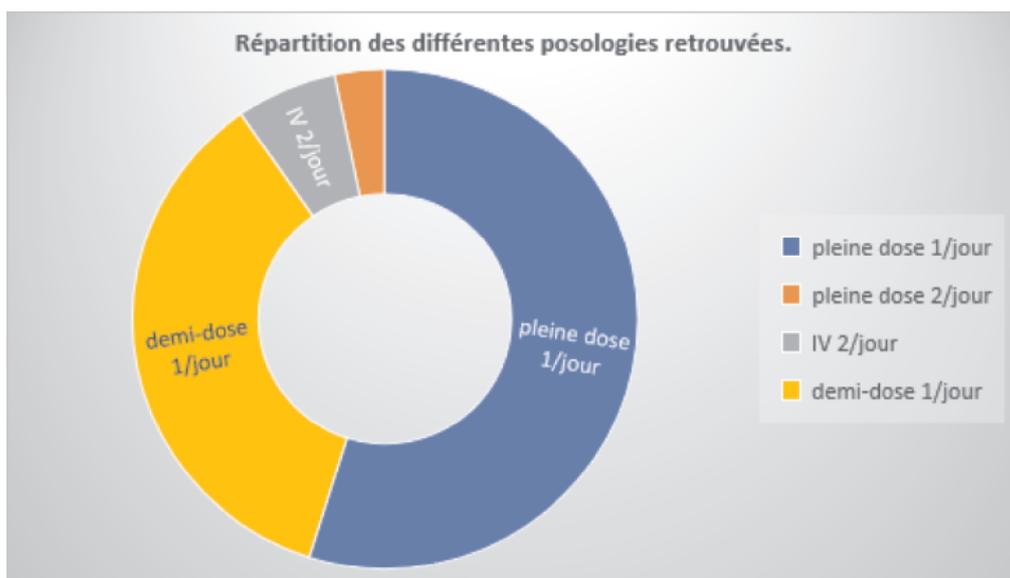
93% des ordonnances étaient hors AMM et seulement 2 étaient dans l'AMM :
Prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez les sujets à risques.

Figure 47 : Âge des patients et modalités d'instauration du traitement per os :



Les patients étaient tous âgés de plus de 65 ans. 17% des prescriptions stipulaient que le traitement par IPP était un traitement personnel du patient. 83% des ordonnances n'ayant aucun renseignement ; on considère donc que la mise en place a été effectuée à l'hôpital.

Figure 48 : Répartition des différentes posologies

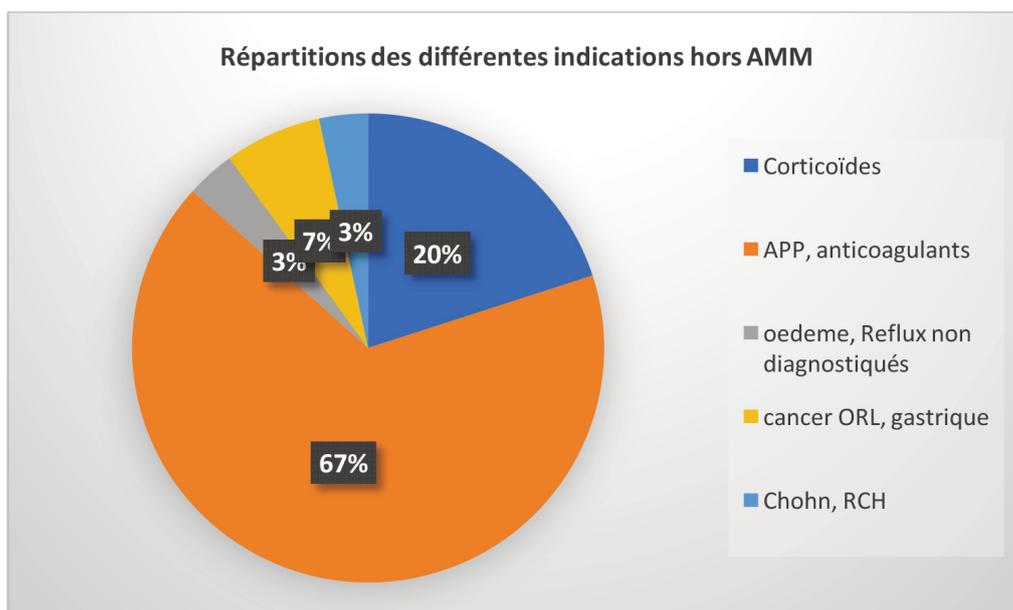


Les posologies des deux ordonnances ayant l'AMM étaient correctes, elles correspondaient à une demi-dose une seule fois par jour.

Le reste des posologies observées correspondent à des ordonnances hors AMM et la posologie la plus fréquente est 40mg de Pantoprazole/jour (pleine dose).

De l'IV a été retrouvé deux fois par jour, ainsi que du per os à 40 mg deux fois/jour sans justification ni notion d'antécédant d'ulcère.

Figure 49 : Répartition des différentes indications hors AMM observées



Nous remarquons que dans les indications hors AMM, celles revenant de manière très fréquentes sont : la prise d'anticoagulants et antiagrégants plaquettaires ainsi que celle de corticoïdes. La mise sous IPP est systématique lorsque les patients sont sous héparine, Kardegic®, plavix®, AOD...

Les notions de «remontées acides» et «d'œdèmes» ont été retrouvés dans certaines ordonnances. Des douleurs intenses chez des patients ayant la maladie de Crohn et la RCH ont justifié la prescription d'IPP.

Nous remarquons donc que les indications d'IPP ne sont pas réellement connues et prises en compte par les médecins. La mise sous certaines molécules ou la présence de douleurs gastriques entraînent la prescription d'IPP. Un mésusage est clairement observé.

Après avoir contacté deux médecins prescripteurs, il nous a été mentionné que ces ordonnances d'IPP n'étaient pas réévaluées. Les IPP présentent des effets indésirables non négligeables, notamment, à long terme l'apparition d'insuffisance rénale (57).

De plus, dans le sens inverse, le pharmacien ne connaît pas les différentes recommandations des diverses spécialités. Certains médecins nous ont affirmés tenir compte de certaines recommandations, notamment :

- De la société française de cardiologie (SFC), la prescription d'IPP peut être réalisée pour les patients qui subissent une ablation de FA. Des risques de fistules œsophagiques dans 30 % des cas sont possibles. Néanmoins, la prescription est de 30 jours éventuellement 2 mois (58).

Les résultats seront présentés en COMEDIMS en septembre 2018, avec rappel des principales indications. Il y sera rappelé qu'aucune indication ne justifie la mise sous IPP avec des anticoagulants, APP ou corticoïdes et que la réévaluation et/ou l'arrêt de la prescription doit être impérativement réalisée avant de reconduire la prescription en ordonnance de sortie. Trop d'IPP sont continués en ville à la suite d'une prescription hospitalière sans indications avérées (55).

Pour terminer, les dossiers étaient très peu renseignés dans HM, il est donc difficile pour le pharmacien de savoir si la prescription était justifiée et s'il y avait des antécédents.

Une fiche Mémo sera remise aux médecins en COMEDIMS (59). (Annexe 3)

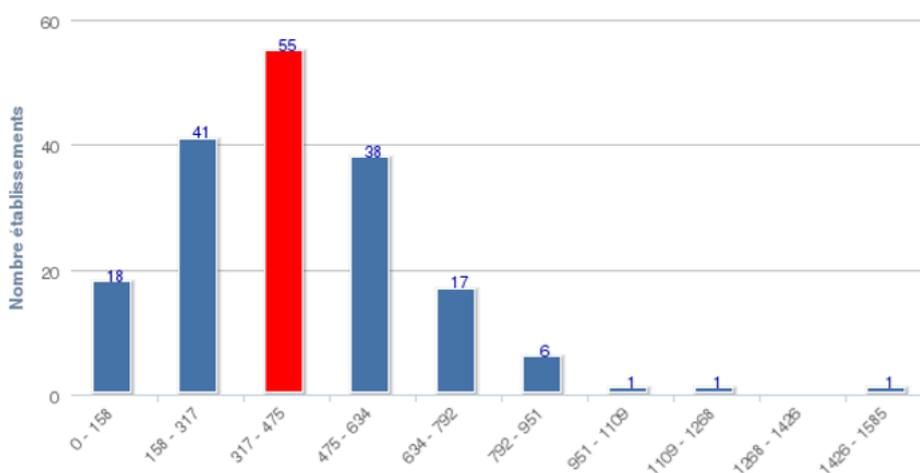
2.2. Actions ciblées concernant les anti-infectieux :

Pour donner suite aux résultats CONSOIRES, l'établissement a réalisé un rapport sur le dernier trimestre 2017, pour tous les services et UF concernés. Les résultats sont de 341 DDJ/1000JH contre 309 au T3. Cette différence peut être due à la période, le T4 correspondant au début de la période hivernale avec des pathologies différentes qu'en plein été.

Figure 50 : Rapport sur les consommations d'antibiotiques de l'établissement pour tous les services et UF concernés, sur la période T4 2017



Répartition des établissements selon la consommation totale des antibiotiques (DDJ/1000JH)



Au regard des résultats, la consommation d'antibiotiques de l'établissement s'inscrit dans la moyenne des établissements de même type.

Figure 51 : Evolution de la consommation d'antibiotiques par famille

Evolution de votre consommation d'antibiotiques par familles

Famille	2017 - T3 (DDJ/1000 JH)	2017 - T4 (DDJ/1000 JH)	Evolution (%)
Pénicillines	141,09	154,42	9,45 %
C 1G	10,01	10,88	8,69 %
C 2G	23,04	21,94	-4,77 %
C 3G	23,83	26,43	10,91 %
Carbapénèmes	2,05	1,77	-13,66 %
Glycopeptides	5,36	6,14	14,55 %
Aminosides	13,18	16,62	26,10 %
Quinolones	55,36	68,77	24,22 %
Macrolides et Lincosamides	5,89	7,29	23,77 %
Imidazolés	19,86	12,05	-39,33 %
Sulfamides	4,70	10,68	127,23 %
Autres	4,79	3,73	-22,13 %

Nous remarquons une augmentation des pénicillines, glycopeptides, aminosides, quinolones, macrolides et sulfamides.

Cependant nous observons une diminution des carbapénèmes. La surveillance des Carbapénèmes rentre dans les critères des objectifs d'amélioration du CAQES.

L'OMS reconnaît l'antibiorésistance comme «l'un des risques majeurs de santé publique pour les années à venir».

Dans le cadre de la pertinence, qualité et sécurité des soins, l'établissement compte déployer des stratégies :

- La mise en place d'un antibiogramme structuré et l'association d'un formulaire spécifique à la prescription d'antibiotique. Ce formulaire complété générera une alerte pour la réévaluation antibiotique au sein du dossier patient informatisé entre la 24ème heure et la 72ème heure ainsi qu'à 7 jours.

- Acquérir le logiciel AntibioGARDE, afin de posséder un guide thérapeutique en infectiologie ainsi qu'un référentiel local évolutif.

- Il a été demandé la création de trois requêtes spécifiques à SoftWay, éditeur du dossier patient Hopital Manager. Tout cela permettra d'analyser des données complexes sur des cohortes de patients afin d'ajuster au mieux la prise en charge et l'échange entre professionnel de santé.

Il a été rajouté dans le livret d'accueil de l'établissement une phrase informant le patient qu'un biosimilaire était susceptible de leur être prescrit.

Une fiche mémo de la HAS sur les G-CSF sera présentée ⁽⁶⁰⁾ (annexe 4) , ainsi qu'une fiche mémo sur les agents stimulant de l'érythropoïèse en cancérologie ⁽⁶²⁾. (annexe 5)

3.2. Abasaglar® : évolution à la suite de son référencement :

À la suite du référencement de l'Abasaglar® et de sa présentation en CME et COMEDIMS, un audit post référencement a été réalisé. Nous avons réalisé une requête sur HM, afin d'obtenir tous les patients ayant eu de l'Abasaglar® en intrahospitalier depuis son référencement. Seulement 25 ordonnances de sortie ont pu être exploitées.

17 ordonnances de sortie ont révélé une prescription d'Abasaglar® (68%).

Les 8 dossiers restant ne révélant pas d'Abasaglar® correspondent :

- À des patients décédés.
- À l'absence d'ordonnances de sortie.
- Prescription de Lantus® retrouvée tandis que l'Abasaglar® était prescrit en intrahospitalier.
- Deux ordonnances comportant de la Levemir®, l'Abasaglar® ayant été retiré lors de l'hospitalisation au profit de celle-ci.

On en conclut donc, que depuis son référencement, l'Abasaglar® est retrouvé en ordonnances de sortie. Cependant la proportion de patient concerné reste faible. Cela est dû à la présence concomitante de la Lantus® au livret thérapeutique, seuls les patients du SSR Saint Basile et du deuxième étage de Plein Ciel bénéficient de l'Abasaglar® en substitution.

L'établissement ne peut pas continuer à garder les deux insulines glargine au livret.

La Pharmacienne reprendra contact avec les endocrinologues afin de les informer de la substitution totale de la Lantus® par l'Abasaglar®.

Cette information et la sensibilisation à la prescription des biosimilaires sera présentée au prochain COMEDIMS en septembre 2018.

4. Actions ciblées visant les prescriptions de produits et prestations (PHEV LPP) :

4.1. Travail sur le référencement des pompes actives face aux systèmes passifs pour perfusion (diffuseurs) :

La dernière nomenclature de la perfusion à domicile admet au remboursement les perfusions réalisées par voie veineuse (avec abord central ou périphérique), sous cutanée ou péri nerveuse ⁽⁶³⁾.

Un arrêté du 12 avril 2016, publié au Journal officiel du 16 avril 2016, a modifié en profondeur les modalités de prise en charge de la perfusion à domicile depuis le 1er mai 2016 ⁽⁶⁴⁾.

La nomenclature propose 5 types de forfaits, déclinés selon le mode d'administration :

- Les forfaits d'installation.
- Les forfaits de suivi.
- Les forfaits de consommables et d'accessoires.
- Les forfaits d'entretien inter cure.
- Un forfait de consommables et d'accessoires pour la transfusion de produits sanguins labiles.

L'arrêté décrit également les dispositifs à fournir pour une exécution des perfusions conformes aux recommandations de l'HAS. La tarification des forfaits de consommables et d'accessoires tient compte des listes décrites dans l'arrêté ⁽⁶⁵⁾.

Les objectifs étant d'avoir une logique de forfaitisation hebdomadaire et ses conséquences en matière de tarification et de prise en charge.

La nouvelle nomenclature de la perfusion à domicile admet au remboursement les perfusions par voie VEINEUSE (d'une durée supérieure à 30 mn pour les diffuseurs ou 60 mn pour les systèmes actifs) selon 3 modes d'administration :

- GRAVITE (GRAV).
- DIFFUSEUR (DIFF).
- SYSTEME ACTIF(SA) ELECTRIQUE (ELEC).

Remarque : Une perfusion sur plusieurs jours sans changement de consommables ne peut compter que pour une seule perfusion.

Dans l'établissement, dans le service d'hospitalisation de jour pour les chimiothérapies, les diffuseurs sont utilisés lors de l'administration en IV d'un cytotoxique. Certains médecins ont demandé à passer sous Pompe électrique RYTMIC.

Ceci a donc demandé une étude coûts/bénéfices de la part de la pharmacie.

4.1.a. Etude de coût/bénéfice :

Choix du diffuseur :

Coût de la prise en charge :

PERFADOM 8 (F8) code 1179165 = forfait de suivi par diffuseur = 47,50 € TTC

Forfait consommables (F10) = code 1116934 une perfusion par semaine = 37,05 € TTC

F8 + F 10 = 84,55 € TTC

Avantages :

- Léger, petite taille, technique de remplissage facile.
- En cas de problème, dans quasi-totalité des cas, elle ne se vide pas.

Inconvénients :

- Débit peut varier en fonction de la température. Volume distribué (variabilité 5%).
- Traçabilité visuelle (graduation).

Choix de la pompe RYTMIC :

Coût de la prise en charge :

Forfait d'installation (F3) code 1183570 = 180 € TTC

Forfait de suivi hebdomadaire (F7) code 1178556 = 110 € TTC

Forfait consommables (F10) = code 1116934,
soit une perfusion par semaine = 37,05 € TTC

F8 + F 10 = 327,05 € TTC

Avantages :

- Très précise.
- Traçabilité parfaite.
- Facilité pour le remplissage des poches (moins de risques musculo squelettiques).

Inconvénients :

- Plus lourde et un peu plus encombrante.
- Traçabilité de l'entretien.
- En cas de problème, elle déclenche une alarme sonore / Stress patient.
- Risque d'extravasation : elle continue à fonctionner si le DVI est bouché.

4.1.b. Résultats et discussions :

En 2017 : 1317 diffuseurs sont installés sur le Pôle Plein Ciel en hôpital de jour.

Soit la facturation suivante : **84,55 X1317 = 111 352 €/an.**

Si nous basculons sur les pompes Rytmic : **327,05 X1317 = 430 724 €/an.**

Un différentiel de **319 372 € TTC** par année d'activité dans nos établissements en facturation par les caisses d'assurances maladie.

La validation du choix du matériel a été décidé au COMEDIMS de décembre 2017.

Le choix du diffuseur reste prioritaire. L'augmentation du coût générée par la pompe Rytmic n'est pas justifiée par rapport à la qualité de la prise en charge des patients par diffuseur. Cette décision entraîne donc une économie avec une répercussion en ville.

Pour rappel l'hôpital privé Arnault Tzanck utilise une ordonnance type Perfadom pour la prescription des pompes ou système passifs ⁽⁶⁶⁾. (*annexe 6*)

4.2. Mise en place d'ordonnances types de pansements en collaboration avec l'ARS :

Ce travail porte sur l'harmonisation des pratiques de manière précise concernant les ordonnances de sortie de pansements.

À la suite des résultats de l'audit, il en ressort que les ordonnances ne sont pas conformes, mal détaillées, prescrites en nom de marque, souvent renouvelables et ne faisant pas l'objet de réévaluation. En général les médecins, (mis à part certains spécialisés dans les plaies) ne s'y connaissent que très peu en termes de prescriptions de pansements pour plaies chroniques et aiguës. Il est donc nécessaire d'harmoniser ce sujet et de créer une aide à la prescription ⁽⁶⁷⁾.

Nous avons décidé tout d'abord de faire un état des lieux des pansements présents à la pharmacie, ainsi que les tailles disponibles ⁽⁶⁸⁾.

Nous avons réévalué avec la référente pansement, lesquels étaient utilisés pour quels types de plaies et dans quelles indications, le type de pansement et sa famille ⁽⁶⁹⁾.

Tableau 10 : Référencement des différents pansements de l'hôpital et classement par types de plaies (70)

<u>Nom de marque</u>	<u>Famille :</u>	<u>Plaie :</u>	<u>Type de Pansements :</u>	<u>Types de Plaie :</u>
<u>ACTISORB AG</u> 10,5x10,5 boîte de 48	Charbon + Argent	Plaie malodorante, <u>infectée</u> , utilisé seulement pour les odeurs	Primaire Secondaire ou tertiaire	Chronique
<u>ALGOSTERIL</u> <u>ALGINATE</u> -Mèche : 30cm boîte de 16 -Pansement : 10x10 boîte de 16	Alginat de CA	Plaie hémorragique ou très exsudative <u>infectée</u> <u>ou non</u>	Primaire	Chronique et Aigue
URGOSORB (NC)	Alginat de CA	Plaie hémorragique ou très exsudative <u>infectée</u> <u>ou non</u>	Primaire	
RELEASE AG	Alginat +AG	Plaie hémorragique, <u>infectée</u> , très exsudative	Primaire	Aigue
AQUACEL : -Aquacel extra : pansement 12,5x12,5 boîte de 16 - mèches : 2,5x40cm boîte de 16	Hydrofibre	Plaie très exsudative ou fibrineuse <u>non infectées</u>	Primaire	Chronique et Aigue
AQUACEL AG : - Pansement : 10x12cm boîte 16 -Mèche : 2,5x40cm boîte de 16	Hydrofibre + AG	Plaie très exsudative ou fibrineuse <u>Infectée</u>	Primaire	Chronique et Aigue
AQUACEL FOAM ADHESIF : 12,5x12,5 boîte 16	Hydrocellulaire	Plaie modérément exsudative	Primaire ou secondaire d'une Plaie très exsudative d'un Aquacel par exemple.	Chronique et Aigue

AQUACEL FOAM NON ADHESIF : 12,5x12,5 boîte 16	Idem	Idem peau perilésionnelle à problème	Idem	Chronique et Aigue
AQUACEL FOAM SACRUM ADHESIF : boîte 10	Idem	Plaie modérément exsudative	Idem	Chronique et Aigue
ALLEVYN ADHESIVE - <u>Pansement 12,5X12,5</u> <u>boîte de 100</u>	Hydrocellulaire	Plaie modérément exsudative	Primaire et secondaire	Chronique et Aigue
MEPILEX BORDER (NC)	Hydrocellulaire	Plaie modérément exsudative, extra-mince	Primaire et secondaire	
URGOTUL BORDER SILICONE (NC)	Hydrocellulaire	Pour post op	Primaire ou secondaire	Chronique
CICAPLAIE 7,5x5 boîte 100	Pansement sec		Primaire ou secondaire	Chronique et Aigue
DUODERM - 12,5x12,5 extra mince - 6x11 extra mince - 10x10 boîte de 10	Hydrocolloïde	Utilisé sur les plaies désépidermées, petites zones à déterger, il est utilisé aussi dans la prévention des escarres pour répartir la compression. <u>PAS SUR PLAIE INFECTEE</u>	Primaire et peut être secondaire	Chronique
EUROVIT Pansement américain Stérile et non stérile 15x20 boîte de 10	Pansement absorbant	Gros, épais Relargue beaucoup	Secondaire ou Tertiaire Renforcement pansements	Chronique et Aigue
HYDROGEL		Détersion plaie fibrineuse ou nécrose sèche	Primaire	Chronique
IALUSET	Acide hyaluronique	Favorise la granulation pour plaie non infectée, sans nécrose	Primaire	Chronique et Aigue

JELONET -Pansement gras 10x10 boîte 100	Tulle gras	Plaie non exsudative en phase finale d'épidermisation, maintien du milieu humide	Primaire	Chronique et Aigue
JELONET PLUS 10x10 boîte de 100	Interface	Pour plaie et ou dermabrasion, protège quand fin d'épidermisation	Primaire	Chronique et Aigue
PRONTOSAN sol 350ml non remboursé		Nettoie, détruit le biofilm, à utiliser avant infection de la plaie	Primaire	Chronique
Mèches iodo formé 1, 2, 5 cm		Plaie cavitaire, souvent chirurgicale	Primaire	Aigue
Mèche de gaze simple		Post op	Primaire	Aigue
Optiskin	Adhésif			Aigue
Steristrip			Primaire	Aigue
TEGADERM	Film semi perméable	Prévention d'escarre au même titre que les hydrocolloïdes	Primaire ou secondaire	Chronique et Aigue
TENSOPLAST		Post chirurgie, garrot	Secondaire ou tertiaire	Aigue
URGODERM	Sparadrap	Possède également un fort pouvoir adhésif pour une fixation optimale.	Tertiaire	Chronique et Aigue

Afin d'avoir ces informations, nous avons extrait du logiciel Sigems® tous les pansements utilisés par la pharmacie, leurs tailles et conditionnements. Nous les avons classés et nous nous sommes aidés des «gammes de pansements à disposition» et du «guide d'utilisation des pansements selon l'aspect de la plaie et son niveau d'exsudat» déjà réalisés en 2013 sur le logiciel Bluemedi®.

Nous avons utilisé la liste des pansements remboursés par l'AM (71) (72).

- Pansements hydrocolloïdes.
- Pansements à base de charbon actif.
- Pansements vaselinés.
- Pansements hydrofibres.
- Pansements hydrogel.
- Pansements à alginate de calcium.

Autres Produits :

- Compresses stériles de coton hydrophile.
- Compresses stériles de gaze hydrophile/compresses fibres stériles de gaze hydrophile.
- Sparadrap.
- Compresses non tissées stériles.
- Système de maintien des pansements : jersey tubulaire de maintien des pansements, pochette de suture adhésive stérile, sparadrap élastique et non élastique.
- Compresses stériles absorbantes/compresses absorbantes.

Au départ, notre volonté était de créer des ordonnances types prédéfinies, comme il a pu être réalisé pour les pompes (66).

Le médecin aurait récupéré les informations sur la plaie grâce à la fiche pansement réalisé par les infirmiers.

Le reste aurait été choisi par menus déroulants :

- Choix de la plaie (aigue, chronique : ulcère, escarre, plaie diabétique...) (73).

- Choix du pansement primaire par «famille de pansement» (entre parenthèse le nom de marque). Ceci laisse le choix au médecin de préciser non substituable s'il souhaite spécifiquement une marque de pansement.

- Type charbon+ argent (ex : ACTISORB AG)
- Type Alginate de Ca (ex : Algostérial alginate, urgosorb)
- Pansement Type hydrofibre (ex : Aquacel extra)
- Mèches Hydrofibre (ex : Aquacel mèche)
- Pansement Types Hydrofibre + AG (ex : Aquacel Ag)
- Mèches types hydrofibre+AG (ex : Aquacel mèche Ag)
- Type hydrocellulaire adhésif (ex : AQUACEL FOAM Adhésif 12,5x12,5)
- Type hydrocellulaire sacrum (aquacel foam sacrum)
- Type hydrocellulaire non adhésif
(ex : AQUACEL FOAM non Adhésif 12,5x12,5)

- Choix de la taille du pansement :

- Pansement 10,5X10,5cm
- Pansements 10X10cm
- Mèches 30cm
- Pansement 12,5x12,5
- Mèches 2,5x40cm
- Pansements 10x12cm
- Mèche : 2,5x40cm
- Pansement 12,5X12,5cm

- Autres dispositifs :

- Sparadraps et ou bandes
- Compresses
- Set pansements
- Serum physiologique
- Antalgique (xylocaïne, emla...)
- Antiseptiques : betadine scrub, etdermique, Chlorexidine scrub et dermique
- Eau oxygénée
- Dakin

Les quantités des produits, la fréquence de renouvellement du pansement, la durée de l'ordonnance et son caractère de renouvellement ou non, sont à préciser par le médecin.

Sachant que dans l'établissement, les ordonnances de pansement ne vont pas au-delà de 14 jours pour qu'une réévaluation soit faite le plus tôt possible.

Figure 53 : Aspect de l'ordonnance type finale pansement

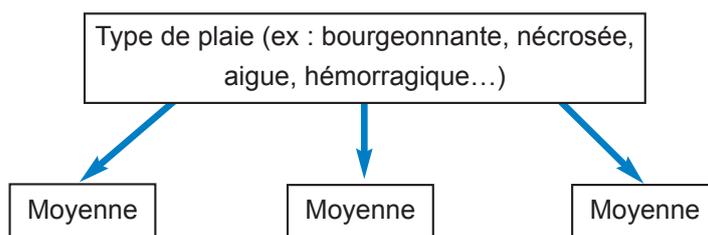
<p>Etablissement :</p> <p>N° FINESS :</p> <p>Spécialité + N° RPPS :</p> <p>Tél. :</p> <p>Fax :</p>	<p>Né(e) le :</p> <p>Poids :</p> <p>Kg :</p> <p>Mougins, le</p>
<p>ORDONNANCES DE PANSEMENTS POUR PLAIE CHRONIQUES : ESCARRES, ULCERES VEINEUX ET ARTERIEL.</p> <p>Recommandation HAS : Les pansements primaires (au contact direct de la plaie, en dehors de ceux au charbon actif) ne sont pas destinés à être associés entre eux sur une même plaie. Respecter les durées d'application pour une bonne évolution de la plaie, le confort du patient et une réduction du coût. Changement du pansement primaire à saturation ou en cas de décollement.</p>	
<p>Soin de plaie de type : <i>(description de la plaie)</i></p> <p>Localisation :</p> <p>Dimensions de la plaie :</p>	
<p><u>Pansement primaire :</u></p> 	
<p><u>Pansement secondaire :</u></p> <p>..... taille (Lxl) : x</p>	
<p>Autres Produits /Accessoires :</p> <p>Bandes/ bas de contention</p> <p>Sparadraps et/ou bandes</p> <p>Compresse</p> <p>Set pansements,</p> <p>Vaseline,</p> <p>Corticoïde</p> <p>Sérum phy</p> <p>Antalgique (xylocaine, EmlaR...)</p> <p>Antiseptique</p>	<p style="border: 1px dashed black; border-radius: 10px; padding: 10px;"> Ordonnance pour : Pansement à changer : </p> <p style="border: 1px dashed black; border-radius: 10px; padding: 10px; text-align: center;"> <i>Signature et tampon obligatoire</i> </p>

Néanmoins, ayant participé aux réunions à la suite du projet mené par l'ARS OMEDIT PACA sur les ordonnances de sortie de pansements, il en résulte une dynamique différente.

En effet, la diversité des produits, tailles, formes et plaies, empêche l'uniformisation de l'ordonnance.

A la suite de cette réunion en Juin 2018, il en ressort qu'un THESAURUS de différents protocoles doit être récolté (par les différents travaux déjà réalisés dans certains établissements).

Le choix de l'ordonnance se ferait donc par un arbre décisionnel :



Lorsque le médecin cochera la plaie et sa taille, un protocole préétabli apparaîtra sous forme d'ordonnance avec les pansements adaptés.

Les pansements primaires et secondaires seront prescrits en nom générique, le code LPP ⁽⁷⁴⁾ sera précisé (le code LPP faisant référence à une classe et une surface). La dimension sera également précisée ainsi que les autres produits et accessoires nécessaires au type de plaie choisie. La quantité des produits prescrits, la durée et le renouvellement de l'ordonnance seront à mentionner par le médecin.

Si des produits particuliers ou une marque de pansement sont préférés et veulent être prescrits contrairement aux propositions du protocole, le médecin pourra modifier ou ajouter la mention «non substituable».

Ce travail n'est pas encore abouti. Nous allons travailler sur notre THESAURUS en attendant la finalité du projet de l'ARS, afin de réaliser un travail complet.

L'aboutissement de ce projet, débouchera sur des ordonnances conformes, détaillées, avec des produits faisant partis de la liste LPP. Elles permettront d'aider des médecins et chirurgiens non spécialisés. Les plus expérimentés sur le sujet pourront rajouter et modifier la prescription.

Dans le COMEDIMS de septembre 2018, la fiche mémo de la HAS sur les pansements ⁽⁷⁵⁾, sera remise aux médecins afin de les sensibiliser en attendant que ce travail soit terminé.

4.3. Diffusion de recommandations de la HAS et de «fiches mémo» de bonnes pratiques de l'Assurance Maladie aux prescripteurs :

4.3.a. Recommandations de la HAS pour l'autosurveillance glycémique dans le diabète de type 2 :

Ce document mémo rappelle que le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) permet d'évaluer l'équilibre glycémique et l'autosurveillance glycémique ne doit être réalisée que dans certaines situations pouvant nécessiter une modification de traitement (patients sous insuline ou insulinothérapie prévue, traitements sous insulinosécréteurs, pathologie ou traitement intercurrent perturbant l'atteinte de l'objectif thérapeutique).

L'autosurveillance glycémique (ASG) s'inscrit dans une démarche d'éducation du patient et de sa famille.

Le prescripteur d'un système d'ASG (composé d'un lecteur de glycémie et des réactifs associés) doit préciser l'unité de mesure, le nombre d'autosurveillances à réaliser par jour ou par semaine et les rythmes).

L'arrêté ministériel du 25 février 2011 indique que la limite de prise en charge des bandelettes d'autosurveillance glycémique par l'AM est fixée à 200/an sauf pour les patients sous insulinothérapie en cours ou prévue à court ou moyen terme ⁽⁷⁶⁾. (Annexe 7)

4.3.b. Fiche mémo de bonnes pratiques : la dénutrition chez la personne âgée (>70 ans) et aide à la prescription des compléments nutritionnels oraux (CNO) :

Ces produits sont beaucoup prescrits à l'hôpital et ont souvent été retrouvés en ordonnances de sortie dans l'audit évaluation des pratiques professionnelles. Ceci s'explique particulièrement par la présence d'un SSR et d'un EHPAD.

Cette fiche mémo explique d'abord l'évaluation du statut nutritionnel, en repérant les situations à risques de dénutrition et ensuite la prise en charge qui en découle.

En premier lieu on conseille des apports pour enrichir l'alimentation habituelle, une réévaluation est faite à 15 jours et si échec les CNO sont introduits. Chez une personne présentant une dénutrition sévère les CNO sont prescrits tout de suite.

La HAS recommande de prescrire des CNO permettant d'atteindre un apport alimentaire supplémentaire de 400 kcal/jour, cela nécessite le plus souvent 2 unités par jour.

La prescription se fait d'abord sur 1 mois, puis après réévaluation, pourra être represcrit 3 mois ⁽⁷⁷⁾. (Annexe 8)

Conclusion :

Ce travail, effectué sur les PHEV en établissement privé, a permis de réaliser l'enjeu financier de ce sujet ainsi que les difficultés rencontrées pour répondre aux attentes des ARS afin de les rendre plus efficaces. Le circuit des médicaments et des dispositifs médicaux en intra hospitalier étant maîtrisé, ce sujet a permis une meilleure visibilité sur la répercussion de cette organisation en ville.

A l'heure actuelle, dans les établissements privés, seul un état des lieux est possible. Les établissements se préparent mais ne peuvent pas appréhender correctement ce sujet par défaut de visibilité et le manque de données nécessaires, normalement fournies par l'AM, comme il l'est fait dans le public.

Les résultats qui ont permis l'élaboration du profil de l'hôpital Arnault Tzanck de Mougins Sophia-Antipolis, ont été obtenus par la réalisation d'audits internes. Ils se sont avérés être la solution la plus pertinente pour répondre aux attentes du CAQES et permettent de préparer des actions ciblées.

Des difficultés ont été rencontrées. Les extractions des données récupérées sur nos logiciels sont brutes et n'ont pas pu être exploitées avec précision. Nos supports informatiques ne nous permettent pas un état des lieux complet et précis.

Les résultats de cette étude sont déclinés en quantité ou en pourcentage de répartition et non en coût. Or, les résultats PHEV comprennent aussi la répartition en coût. Les résultats reflètent les molécules les plus prescrites mais ne tiennent pas compte des molécules peu prescrites. De plus, une étude PHEV s'accompagne obligatoirement d'une comparaison de l'année N et N-1, ce n'est pas le cas dans notre étude, l'état des lieux étant déjà lourd pour une seule année.

La comparaison avec un établissement de même envergure n'a pu être réalisée qu'avec une structure publique et non privée.

Dans le CAQES, le taux de génériques est demandé en code UCD (nombre de boîtes dispensées) ce qui actuellement n'est pas réalisable. La constitution du code UCD ne peut pas distinguer les génériques des princeps. Pour être exhaustif, il nous faut les données de l'AM comme dans le public.

Il est important de rappeler le rôle du pharmacien hospitalier dans les choix de référencements au livret thérapeutique de médicaments et dispositifs médicaux, ainsi que l'analyse de la conciliation pharmaceutique. Il doit fournir les outils nécessaires pour une amélioration des PHEV. Il faut rappeler qu'une structure privée doit gérer ses marchés et prendre en compte la répercussion des coûts générés en ville.

Le CAQES aujourd'hui demande aux pharmaciens d'intervenir auprès des médecins afin de les sensibiliser aux dépenses liées au PHEV. Ils les responsabilisent sur le bon usage des médicaments, aux prescriptions en DCI et à l'utilisation des génériques et des biosimilaires au fur et à mesure de leur arrivée sur le marché.

Cet accent mis sur les PHEV fait du pharmacien hospitalier un acteur incontournable de la coopération ville-hôpital. Il montre comme d'autres items du CAQES (conciliation, surveillance sur le bon usage des antibiotiques...) les responsabilités du pharmacien, ses missions de santé et de médico-économie. C'est un travail qui demande une communication et une collaboration entre le personnel soignant (médecins, infirmières, pôle qualité, bureau des entrées, le département d'information médicale...) en intra hospitalier mais aussi un lien extrahospitalier avec la ville.

Le lien ville hôpital se renforce. L'établissement Arnault Tzanck de Mougins, s'est donc renseigné auprès de l'URPS (association de pharmaciens) possédant une plateforme et des liens avec tout un réseau soignant, pour que le lien ville hôpital se consolide le plus simplement possible. Ceci permettrait une prise en charge optimale du patient avec une efficience pérenne.

Références bibliographiques :

1. Qu'est-ce que l'Ondam ? - La régulation du système de santé. [Internet]. 2016 [cité 18 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/regulation-systeme-sante/qu-est-ce-que-ondam.html>
2. Sécurité Sociale. ONDAM et dépenses de santé: PLFSS 2017. [Internet]. 2017 [cité 12 juill 2018]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_7-2.pdf
3. Assurance Maladie. La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé. [Internet]. 2017 [cité 12 juill 2018]. Disponible sur: http://www.smamform.fr/pdf/Fiche_Smamform_20.pdf
4. LOI n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010.
5. Sécurité Sociale. PLAN NATIONAL DE GESTION DU RISQUE ET D'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOINS 2016 – 2017. [Internet]. 2016 [cité 18 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/pngdress-15122017publication.pdf>
6. Annexe_1_Dispositif_de_regulation_des_Transports_sanitaires_-_CAQOS.pdf [Internet]. [cité 19 nov 2017]. Disponible sur: http://www.fhpmco.fr/wp-content/dragon/Annexe_1_Dispositif_de_regulation_des_Transports_sanitaires_-_CAQOS.PDF
7. 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 remboursées sur l'enveloppe des soins de ville. 2011-453 avr 22, 2011.
8. ars-idf-prs-programme-GDR-synthese.pdf [Internet]. [cité 19 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.sante-iledefrance.fr/PRS/2013-2017/ars-idf-prs-programme-GDR-synthese.pdf>
9. Legifrance. Arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/4/27/AFSS1712943A/jo/texte>
10. Sécurité Sociale. ONDAM et dépenses de santé: PLFSS 2015. [Internet]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/plfss2015_annexe7.pdf
11. Sécurité Sociale. ONDAM et dépenses de santé: PLFSS 2016. [Internet]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_7.pdf
12. Opus Line note d'actualité. PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE (PLFSS) POUR 2018 [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.opusline.fr/wp-content/uploads/2017/10/20171011_OpusLine_Note-dactu_PLFSS-2018.pdf
13. DICOM_Lisa.C. La stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 23 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
14. Lancement de la stratégie de transformation du système de santé [Internet]. [cité 16 août 2018]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/lancement-de-la-strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante>
15. Décret 27 septembre CBU.

16. OMEDIT Pays de la Loire [Internet]. [cité 4 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.omedit-paysdelaloire.fr/fr/contractualisation/caques>
17. Ministère des affaires sociales et de la santé. CBU instruction 10 décembre 2013 [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.cpias.fr/nosobase/Reglementation/2013/Instruction/10122013.pdf>
18. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES Arrêté du 18 décembre 2015 fixant pour 2016 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses mentionné au I de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale et le taux prévisionnel de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques prévu au II du même article.
19. Arrêté du 30 décembre 2016 fixant pour 2017 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses mentionné au I de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale et le taux prévisionnel de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques prévu au II du même article NOR.
20. Décision du 7 juillet 2015 fixant le modèle de contrat type et d'avenant annuel au contrat type pour l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins relatif à la régulation des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations effectuées en établissement de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville, mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale.
21. Instruction no DSS/MCGR/DGOS/PF2/CNAMTS/DHOSPI/2017/262 du 31 août 2017 relative à la priorité de gestion du risque pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de médicaments et LPP.
22. ARS PACA et Assurance Maladie. présentation du plan triennal de maîtrise de l'ONDAM CSOS PACA [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.paca.ars.sante.fr/index.php/system/files/2017-07/presentation_du_plan_triennal_CSOS.pdf
23. ARS PACA. Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins 2016-2019. [Internet]. Disponible sur: https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAPRAPAS_PACA_2016_Valide%20CRGDR_0.pdf
24. LOI n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 - Article 81. 2015-1702 déc 21, 2015.
25. Instructions et circulaires récentes | Legifrance [Internet]. [cité 12 juill 2018]. Disponible sur: <http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=42461>
26. ARS PACA. Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) de la région PACA.
27. Assurance Maladie. INSTRUCTION N° DSS/DGOS/CNAMTS/2016/245 du 22 juill et 2016 relative à la priorité de gestion du risque pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de médicaments et LPP [Internet]. [cité 28 sept 2017]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/10/cir_41350.pdf
28. Caisse d'Assurance Maladie. Point de repère sur les prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville en 2016 et les évolutions depuis 2004. [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_49_-_Les_PHMEV_en_2016.pdf

29. Rapport analyses PHEV PACA 2014 2015 2016.pdf.
30. Wikipédia. Définition d'un Audit. In: Wikipédia [Internet]. 2018 [cité 22 sept 2018]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Audit&oldid=151692826>
31. http://www.acophra.fr/wp-content/uploads/2017/11/Acophra_CAQES_20171123-Dr-D.SUCHOVSKY.pdf.
32. Assurance Maladie C de presse. Cartographie des dépenses et des pathologies. 2017.
33. ameli.fr - Rapports Charges et produits pour les années 2018 et 2019 [Internet]. [cité 22 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2018-et-2019/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2019.php>
34. Données IQVIA de l'hôpital privé ARNAULT Tzanck mougins Sophia-Antipolis.
35. HAS. Fibrillation auriculaire non valvulaire. Quelle place pour les anticoagulants oraux non antivitamin K : apixaban (Eliquis®), dabigatran (Pradaxa®) et rivaroxaban (Xarelto®). 2013.
36. HAS. BON USAGE DU MÉDICAMENT: Fibrillation auriculaire non valvulaire Quelle place pour les anticoagulants oraux ? [Internet]. 2015 [cité 4 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/bum_naco_maj_janv2017.pdf
37. AOD plus efficaces que les AVK dans la FA non valvulaire [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.cardio-online.fr/Actualites/Depeches/AOD-plus-efficaces-surs-qu-AVK-dans-fibrillation-atriale-non-valvulaire-sous-aspirine-concomitante>
38. Assurance Maladie. PROFIL ETABLISSEMENT PHMEV ET LPP REPARTITION DES PRESCRIPTIONS EXECUTEES EN VILLE (Y COMPRIS LA RETROCESSION) Période de référence : année 2017 N°06078098 CH PIERRE NOUVEAU. 2017.
39. HAS. Les médicaments biosimilaires. 2017.
40. Le Moniteur des Pharmacies P biosimilaires. Les médicaments biosimilaires : quelles informations pour leur bon usage ?
41. Instruction n° DGOS/PF2/DSS/1C/DGS/PP2/CNAMTS/2017/244 du 3 août 2017 relative aux médicaments biologiques, à leurs similaires ou « biosimilaires », et à l'interchangeabilité en cours des traitements.
42. Extraits-du-Rapport-Biosimilaires-2015-Fr.pdf [Internet]. [cité 10 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.smart-pharma.com/uploads/files/Extraits-du-Rapport-Biosimilaires-2015-Fr.pdf>
43. Morgane Beck, Bruno Michel, Marie-Christine Rybarczyk-Vigouret, Dominique Levêque,, Christelle Sordet, Jean Sibilia, Michel Velten. Les médicaments biosimilaires: quels enjeux pour les professionnels de santé? [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-10/Article_biosimilaires_MT.pdf
44. CIRCULAIRE N° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018.
45. INSTRUCTION N° DSS/1C/DGOS/PF2/2018/42 du 19 février 2018 relative à l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires, lorsqu'ils sont délivrés en ville.

46. Les médicaments biosimilaires - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 8 juill 2018]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/Activites/Medicaments-biosimilaires/Les-medicaments-biosimilaires/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Activites/Medicaments-biosimilaires/Les-medicaments-biosimilaires/(offset)/0)
47. nivestim_ct_20110216.pdf [Internet]. [cité 10 déc 2017]. Disponible sur: http://www.pfizer.fr/sites/default/files/content_types/nivestim_ct_20110216.pdf
48. WC500093661.pdf [Internet]. [cité 10 févr 2018]. Disponible sur: http://www.ema.europa.eu/docs/fr_FR/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001142/WC500093661.pdf
49. HAS. Commission de la transparence: Rétacrit [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-14357_RETACRIT_QD_INS_Avis2_CT14357.pdf
50. HAS. Commission de la transparence : Abasaglar [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2569216/fr/abasaglar
51. plaies-chroniques-prise-en-charge_assurance-maladie.pdf [Internet]. [cité 29 nov 2017]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5122/document/plaies-chroniques-prise-en-charge_assurance-maladie.pdf
52. memo-pansement-primaire-plaie-chronique_assurance-maladie.pdf [Internet]. [cité 29 nov 2017]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/24523/document/memo-pansement-primaire-plaie-chronique_assurance-maladie.pdf
53. Assurance Maladie. Médicaments génériques un traitement sûr et efficace.
54. Assurance Maladie. Répertoire des médicaments génériques. 2016.
55. Inhibiteurs de la pompe à proton, fiche de bon usage HAS.
56. Haute Autorité de Santé - PANTOPRAZOLE ARROW GENERIQUES [Internet]. [cité 2 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2858358/fr/pantoprazole-arrow-generiques
57. Morschel CF, Mafra D, Eduardo JCC. The relationship between proton pump inhibitors and renal disease. J Bras Nefrol Orgao Of Soc Bras E Lat-Am Nefrol. 10 juill 2018;
58. Netgen. Complications œsogastriques de la thermoablation dans le cadre de la fibrillation auriculaire [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 22 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-527/Complications-oesogastriques-de-la-thermoablation-dans-le-cadre-de-la-fibrillation-auriculaire>
59. Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) [Internet]. [cité 15 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/medicaments-produits-sante/inhibiteurs-pompe-protons-ipp>
60. HAS. Fiche de bon usage du médicament de la HAS : les médicaments biosimilaires. [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-11/bum_medicaments_biosimilaires_v1.pdf
61. Facteurs de croissance (G-CSF) [Internet]. [cité 15 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/medicaments-produits-sante/facteurs-croissance-g-csf>

62. Agents stimulant l'érythropoïèse en cancérologie [Internet]. [cité 23 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/medicaments-produits-sante/agents-stimulant-erythropoiese-cancerologie>
63. Perfusion à domicile [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/professionnel-de-la-lpp/exercice-professionnel/prescription-prise-charge/perfusion-domicile>
64. Assurance Maladie. Circulaire sur la nomenclature des perfusions à domicile 12/2016. [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3894/document/circulaire-nomenclature-perfusion-domicile_assurance-maladie.pdf
65. Assurance Maladie. LPP : nouvelle nomenclature des perfusions à domicile.
66. Formulaire de prescription de perfusion à domicile (Ville ou hôpital) utilisé à l'hôpital privé Arnault Tzanck Mougins Sophia Antipolis.
67. Euro-Pharmat.com - Fiches de bon Usage [Internet]. [cité 28 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.euro-pharmat.com/abord-chirurgical/2709-drainage-actif>
68. pansements_synthese_rapport.pdf [Internet]. [cité 28 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/pansements_synthese_rapport.pdf
69. Recommandations - e-Pansement [Internet]. [cité 28 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.e-pansement.fr/recommandations>
70. BU Pansement pour region vdef.pdf [Internet]. [cité 28 mars 2018]. Disponible sur: <http://omedit.e-santepaca.fr/sites/omedit.e-santepaca.fr/files/u4/BU%20Pansement%20pour%20region%20vd%C3%A9f.pdf>
71. Assurance Maladie. Liste des Produits et Prestations remboursables-Version du 16 Août 2018. [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/alpes-maritimes/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/nomenclatures-codage/liste-produits-prestations-lpp>
72. Arrêté du 7 mars 2016 portant modification des modalités d'inscription de certains pansements inscrits au titre Ier de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale | Legifrance [Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/3/7/AFSS1606617A/jo>
73. Assurance Maladie. Plaies chroniques prise en charge en ville. 2015.
74. Europharmat. Europharmat, guide de la LPPr pour les nuls. 2016.
75. HAS. Les pansements, indications et utilisations recommandées. 2011.
76. Haute Autorité de Santé - L'autosurveillance glycémique dans le diabète de type 2 - Avril 2011 - Fiche BUTS [Internet]. [cité 15 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1438006/fr/l-autosurveillance-glycemique-dans-le-diabete-de-type-2-avril-2011-fiche-buts
77. Assurance Maladie. Dénutrition chez la personne âgée (>70 ans) et aide à la prescription des Compléments Nutritionnels Oraux (CNO). :2.

MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE

Un traitement sûr et efficace

Lorsqu'il vous propose un traitement, votre médecin fait le choix du traitement qui correspond à vos besoins médicaux et à votre situation personnelle. Il prescrit alors en Dénomination Commune Internationale (DCI*), c'est-à-dire le vrai nom scientifique du médicament, commun dans tous les pays. Votre pharmacien vous délivrera le médicament correspondant efficace et sûr qui peut être un médicament générique car :

1 - IL RÉPOND AUX MÊMES EXIGENCES QUE TOUT AUTRE MÉDICAMENT

- Le médicament générique répond aux mêmes exigences d'efficacité, de qualité et de sécurité que le médicament d'origine (appelé « princeps »). C'est pour ces raisons qu'il peut être commercialisé en France.



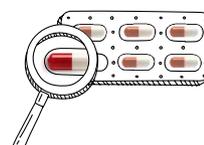
2 - IL EST AUTORISÉ SUR LA BASE DE SA QUALITÉ ET DE SON EFFICACITÉ



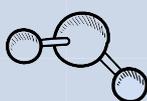
- Un médicament est autorisé comme « générique » à partir du moment où il contient la même quantité du même principe actif que le médicament d'origine et qu'il se comporte de la même façon dans l'organisme : c'est la garantie qu'il est aussi efficace et aussi sûr.

3 - IL EST CONTRÔLÉ TOUT AU LONG DE SA FABRICATION

- Chaque étape de la chaîne de fabrication du médicament est contrôlée par les autorités de santé françaises et européennes.
- En France comme à l'étranger, elles inspectent ainsi régulièrement la qualité de fabrication des matières premières et des médicaments (génériques ou princeps) selon les standards européens de fabrication.



4 - IL SOIGNE DE NOMBREUSES MALADIES, Y COMPRIS LES PLUS GRAVES



- Prescrit à l'hôpital et en ville, par votre médecin généraliste ou votre spécialiste, le médicament générique soigne de nombreuses maladies, y compris le cancer.

5 - IL EST ÉCONOMIQUE ET CIVIQUE

- Le médicament générique contribue à financer l'accès de tous aux innovations thérapeutiques, tout en garantissant la qualité des soins.
- Utiliser des médicaments génériques est un acte individuel pour un bénéfice collectif.

7

milliards d'euros économisés en France en 5 ans.

* La prescription en DCI est obligatoire pour tous les médecins, en ville et à l'hôpital, depuis le 1^{er} janvier 2015.



POURQUOI PRESCRIRE DANS LE RÉPERTOIRE des médicaments génériques ?

En tant que primo-prescripteur, votre rôle est déterminant dans le parcours de soins du patient à son retour en ville :

Prescrire en dénomination commune internationale (DCI), c'est utiliser le vrai nom du médicament commun entre tous les professionnels de santé et dans tous les pays. Faire le choix de la molécule, c'est faciliter :

- la suite du traitement par vos confrères généralistes et spécialistes de ville ;
- la reconnaissance de ce traitement par le patient et, de ce fait, favoriser l'observance.

La prescription en DCI est devenue obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2015 pour tous les médecins, en ville comme à l'hôpital.

Prescrire dans le répertoire des médicaments génériques, c'est permettre au pharmacien de ville de pouvoir :

- substituer au médicament d'origine un médicament générique qui possède le même principe actif au même dosage, et la même forme pharmaceutique ;
- pouvoir proposer un médicament générique présenté sous la forme la mieux adaptée : plus facile à avaler, avec un goût différent, sans excipient à effet notoire, etc.

Les médicaments génériques, c'est économique et civique : **7 milliards d'économies ont été réalisées en 5 ans**, contribuant à garantir un accès aux soins et aux innovations pour tous. Pour poursuivre en ce sens, l'impact de la prescription hospitalière sur les économies de santé potentielles doit être pris en compte : **32,3%* des dépenses de soins en ville sont liées à des prescriptions hospitalières.**

*Source Médic'AM : 6,4 milliards d'euros de montants remboursés en 2015 en PHMEV sur un total de 19,7 milliards remboursés en 2015 en ville (par prescripteurs hospitaliers + prescripteurs libéraux), soit 32,3% de prescriptions médicales hospitalières exécutées en ville (tous régimes de l'assurance maladie confondus - France entière y compris DOM TOM).

Ce mémo liste dans **5 classes thérapeutiques les molécules remboursées**, en indiquant si elles sont ou non inscrites au répertoire des médicaments génériques : hypolipémiants, antidiabétiques oraux, antidépresseurs, antihypertenseurs et antibiotiques. Pour ces deux dernières classes, la liste des molécules est non exhaustive du fait de leur très grand nombre.

Ce mémo liste également les **classes thérapeutiques les plus remboursées issues de prescriptions hospitalières** délivrées en ville (PHMEV) ; n'y figurent que les molécules inscrites au répertoire des médicaments génériques.

Le répertoire des médicaments génériques facilite la pratique des médecins et des pharmaciens.

L'inscription d'un médicament générique au sein de ce répertoire garantit le fait qu'il peut se substituer au médicament princeps du groupe. Les excipients à effet notoire utilisés sont toujours mentionnés afin de permettre au pharmacien d'en tenir compte lors de la substitution, aussi bien pour le médicament princeps que le médicament générique.



Retrouvez l'intégralité des médicaments substituables sur la Base de Données Publique des Médicaments ainsi que ce mémo en téléchargement sur :

medicaments.gouv.fr

ou en flashant ce QR code.



La classe des INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS a été retirée car toutes les molécules sont génériques.

HYPOLIPÉMIANTS

Classe	Molécule	Spécialité de référence	Répertoire ⁽¹⁾
Statines seules	Atorvastatine	TAHOR®	Répertoire
	Fluvastatine	LESCOL®/FRACTAL®	Répertoire
	Pravastatine	ELISOR®/VASTEN®	Répertoire
	Rosuvastatine	CRESTOR®	Hors répertoire
	Simvastatine	ZOCOR®/LODALES®	Répertoire
Statines en association	Atorvastatine + amlodipine	CADUET®	Hors répertoire*
	Atorvastatine + ézétimibe	LIPTRUZET®	Hors répertoire
	Pravastatine + acide acétylsalicylique	PRAVADUAL®	Hors répertoire
	Simvastatine + ézétimibe	INEGY®	Hors répertoire
Fibrates	Bézafibrate	BEFIZAL®	Hors répertoire
	Ciprofibrate	LIPANOR®	Répertoire
	Fénofibrate	LIPANTHYL®	Répertoire
	Gemfibrozil	LIPUR®	Hors répertoire
Autres	Ezétimibe	EZETROL®	Hors répertoire

* Inscrit au répertoire des groupes génériques mais pas de générique commercialisé.

ANTIDIABÉTIQUES ORAUX

Classe	Molécule	Spécialité de référence	Répertoire ⁽¹⁾
Inhibiteurs de l'alpha glucosidase	Acarbose	GLUCOR®	Répertoire
	Miglitol	DIATABOL®	Hors répertoire
Sulfamides	Glibenclamide	HEMI-DAONIL®/DAONIL®	Répertoire
	Gliclazide	DIAMICRON®	Répertoire
	Glimépiride	AMAREL®	Répertoire
	Glipizide	GLIBENESE®/MINIDIAB®	Répertoire*
Biguanides	Metformine	GLUCOPHAGE®	Répertoire**
Glinides	Répaglinide	NOVONORM®	Répertoire
Gliptines ou inhibiteurs de la DPP-4	Saxagliptine	ONGLYZA®	Hors répertoire
	Sitagliptine	JANUVIA®/XELEVIA®	Hors répertoire
	Vildagliptine	GALVUS®	Hors répertoire
Associations	Metformine et saxagliptine	KOMBOGLYZE®	Hors répertoire
	Metformine et sitagliptine	JANUMET®/VELMETIA®	Hors répertoire
	Metformine et vildagliptine	EUCREAS®	Hors répertoire

* Sauf OZIDIA®. ** Sauf STAGID®.

ANTIDÉPRESSEURS

Classe	Molécule	Spécialité de référence	Répertoire ⁽¹⁾
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine - ISRS	Citalopram	SEROPRAM®	Répertoire
	Escitalopram	SEROPLEX®	Répertoire
	Fluoxétine	PROZAC®	Répertoire
	Fluvoxamine	FLOXYFRAL®	Répertoire
	Paroxétine	DEROXAT®	Répertoire*
	Sertraline	ZOLOFT®	Répertoire
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline - IRSN	Duloxétine	CYMBALTA®	Répertoire
	Milnacipran	IXEL®	Répertoire
	Venlafaxine	EFFEXOR®	Répertoire
Imipraminiques	Amitriptyline	LAROXYL®/ELAVIL®	Hors répertoire
	Amoxapine	DEFANYL®	Hors répertoire
	Clomipramine	ANAFRANIL®	Répertoire
	Dosulépine	PROTHIADEN®	Hors répertoire
	Doxépine	QUITAXON®	Hors répertoire
	Imipramine	TOFRANIL®	Hors répertoire
	Maprotiline	LUDIOMIL®	Hors répertoire
	Trimipramine	SURMONTIL®	Hors répertoire
IMAO	Iproniazide	MARSILID®	Hors répertoire
	Moclobémide	MOCLAMINE®	Hors répertoire
Autres antidépresseurs	Agomélatine	VALDOXAN®	Hors répertoire
	Miansérine	ATHYMIL®**	Répertoire
	Mirtazapine	NORSET®	Répertoire
	Tianeptine	STABLON®	Répertoire

* Sauf DIVARIUS®. ** Référence radiée.

ANTIHYPERTENSEURS⁽²⁾

Classe	Molécule	Spécialité de référence	Répertoire ⁽¹⁾
Diurétiques	Eplérénone	INSpra®	Répertoire
	Furosémide	LASILIX®	Répertoire
	Hydrochlorothiazide	ESIDREX®	Hors répertoire
	Hydrochlorothiazide et amiloride	MODURETIC®	Répertoire
	Indapamide	FLUDEX®	Répertoire
	Spironolactone	ALDACTONE®	Répertoire
	Spironolactone et altizide	ALDACTAZINE®	Répertoire
	Antagonistes calciques	Amlodipine	AMLOR®
Diltiazem		MONOTILDIEM®	Répertoire
Féلودipine		FLODIL®	Répertoire
Isradipine		ICAZ®	Hors répertoire
Lercanidipine		LERCAN®/ZANIDIP®	Répertoire
Manidipine		IPERTEN®	Répertoire
Nicardipine		LOXEN®	Hors répertoire
Nifédipine		ADALATE®/CHRONADALATE®	Répertoire
Vérapamil		ISOPTINE®	Répertoire
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion - IEC		Captopril	LOPRIL®
	Enalapril	RENITEC®	Répertoire
	Lisinopril	PRINIVIL®/ZESTRIL®	Répertoire
	Périndopril	COVERSYL®	Répertoire
	Ramipril	TRIAEC®	Répertoire
	Trandolapril	ODRIK®	Répertoire



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

BON USAGE DU MÉDICAMENT

Les inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte

La HAS a réévalué l'utilisation chez l'adulte des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) à partir d'une analyse critique de la littérature et des études cliniques les plus récentes.

- **Cinq molécules** sont actuellement disponibles, dont trois sont **généralisées**.
 - Ésoméprazole (Inexium®). *Demi-dose : 20 mg. Pleine dose : 40 mg.*
 - Lansoprazole (Lanzor®, Ogast®, Ogastoro® et génériques). *Demi-dose : 15 mg. Pleine dose : 30 mg.*
 - Oméprazole (Mopral®, Zoltum®, génériques). *Demi-dose : 10 mg. Pleine dose : 20 mg.*
 - Pantoprazole (Eupantol®, Inipomp® et génériques). *Demi-dose : 20 mg. Pleine dose : 40 mg.*
 - Rabéprazole (Pariet®). *Demi-dose : 10 mg. Pleine dose : 20 mg.*
- **Les IPP ont trois indications principales**¹ :
 - traitement du reflux gastro-œsophagien (RGO) et de l'œsophagite par RGO ;
 - prévention et traitement des lésions gastroduodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque ;
 - éradication d'*Helicobacter pylori* et traitement des ulcères gastroduodénaux.

Le libellé exact des indications et la posologie diffèrent selon les produits.

L'ESSENTIEL

Pas de différence d'efficacité et de tolérance entre les IPP

- **La réévaluation de la HAS n'a pas démontré de différence d'efficacité cliniquement pertinente entre les IPP. Elle n'a pas mis en évidence de différence entre les IPP pour la survenue d'effets indésirables.**
- Rien ne permettant de recommander un IPP plutôt qu'un autre dans une indication donnée et les coûts de traitement étant différents, la prescription doit toujours observer la plus stricte économie compatible avec la qualité des soins.

⚠ De nombreuses prescriptions injustifiées

- Un nombre important de prescriptions d'IPP sont faites dans des situations cliniques hors AMM. En l'état actuel des connaissances, ces prescriptions sont **injustifiées**, notamment dans :
 - **la dyspepsie fonctionnelle** (sauf si un RGO est associé) ;
 - **la prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS utilisés dans le cadre d'affections aiguës chez des patients non à risque** (moins de 65 ans, sans antécédent ulcéreux et n'étant traités ni par antiagrégant plaquettaire, ni par anticoagulant, ni par corticoïde).

1. Tous les IPP sont aussi indiqués dans le syndrome de Zollinger-Ellison, maladie grave et rare qui n'est pas évoquée dans ce document.

Annexe 4 :



Juin 2017

G-CSF EN CANCEROLOGIE

Coût de l'administration de G-CSF en réduction de la durée des neutropénies et de l'incidence des neutropénies fébriles chez les patients traités par chimiothérapie cytotoxique

Pour la Métropole

Molécule	RCP La première injection doit avoir lieu au plus tôt 24-72h après la fin de l'administration du cycle de chimiothérapie	Produits disponibles	Coût selon la durée (en jours) d'administration du G-CSF***				
			Posologie retenue par injection pour un adulte de 60kg*	7 jours	12 jours	14 jours	
Filgrastim	<ul style="list-style-type: none"> 0,5 MUI (5µg)/kg/jour L'administration quotidienne de filgrastim doit se poursuivre jusqu'à ce que le NADIR du nombre de neutrophile soit atteint et dépassé et que le nombre de neutrophiles soit retourné à un niveau stable et compatible avec l'arrêt du traitement 	biosimilaires de NEUPOGEN®	ZARZIO®**	514 €	875 €	1 028 €	
			ACCOFIL®	517 €	887 €	1 034 €	
		NEUPOGEN®	TEVAGRASTIM®/ RATIOGRASTIM® NIVESTIM®	30 MUI	536 €	919 €	1 072 €
			NEUPOGEN®	603 €	1 034 €	1 207 €	
Lénograstim	<ul style="list-style-type: none"> 19 MUI (150µg)/m²/jour L'administration quotidienne de lénograstim doit être poursuivie jusqu'à ce que le nadir attendu soit dépassé et que le nombre de neutrophiles soit retourné à un niveau stable et compatible avec l'arrêt du traitement 	GRANOCYTE®	34 MUI	686 €	1 177 €	1 373 €	
Pegfilgrastim	<ul style="list-style-type: none"> 6 mg quel que soit le poids du patient L'administration unique se fait avec 1 seringue de pegfilgrastim pour chaque cycle de chimiothérapie 	NEULASTA®	6 mg	980 €			

Honoraire de dispensation inclus

*Pour un adulte de 60kg (posologie filgrastim) ou pour un adulte ayant une surface corporelle comprise entre 0,7 et 1,8m² (posologie lénograstim)

**Conditionnement en boîte de 1. Les coûts infirmiers ne sont pas compatibles

***Un conditionnement en boîte de 5 est commercialisé. Les coûts par cycle sont calculés sur la base des plus grands conditionnements commercialisés

****Les coûts sont calculés à partir des prix publics toutes taxes comprises

SÉCURITÉ - SUIVI GÉOPHARMACIE - RCP07

La santé progresse **avec vous**



Annexe 5 :



Janvier 2016

BON USAGE DES MÉDICAMENTS Agents Stimulant l'Erythropoïèse (ASE) en cancérologie

i après avis HAS^[1]

Depuis 2007, de nouvelles données ont documenté des effets secondaires majeurs des érythropoïétines (EPO), en particulier **d'événements vasculaires thrombotiques et de potentielle stimulation de la croissance tumorale des patients atteints de cancer, avec un impact sur la survie des patients**. Ces informations ont notamment conduit l'Agence européenne du médicament (EMA) et les autorités compétentes dont l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM, ex Afssaps) à réexaminer la sécurité d'emploi des spécialités concernées^[2]

À la suite de la réévaluation du rapport bénéfice/risque de l'ensemble des EPO dans les indications oncologiques, le résumé des caractéristiques du produit (RCP) de chacune des spécialités a été modifié. À été introduite **une mise en garde sur leur utilisation dans le traitement de l'anémie des patients cancéreux afin de rappeler les risques et les précautions d'emploi qu'il convient de respecter**.

Sur la base de ces informations réglementaires et compte tenu de l'utilisation encore fréquente et hétérogène des EPO dans le champ de la cancérologie, cette fiche a pour objectif de rappeler de manière synthétique les **principes communs aux EPO sur leur bon usage en cancérologie**. L'interprétation de cette fiche est évidemment soumise à la situation particulière de chaque patient, notamment au regard de ses comorbidités et antécédents, et appréciée par l'équipe soignante^[3].



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

BON USAGE DES TECHNOLOGIES DE SANTÉ

L'autosurveillance glycémique dans le diabète de type 2 : une utilisation très ciblée

Le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) reste l'élément central permettant d'apprécier l'équilibre glycémique chez le diabétique.

L'autosurveillance glycémique (ASG) ne remplace pas la mesure de l'HbA1c, mais peut la compléter. Elle ne doit être employée que si elle est susceptible d'entraîner une modification de la thérapeutique.

L'autosurveillance glycémique doit être réservée à certains diabétiques de type 2, dans certaines situations

- Patients insulinotraités.
- Patients chez qui une insulinothérapie est envisagée à court ou moyen terme.
- Patients traités par insulinosécréteurs (sulfamides ou glinides, seuls ou associés à d'autres médicaments antidiabétiques), **lorsque des hypoglycémies sont soupçonnées.**
- Patients chez qui l'objectif thérapeutique n'est pas atteint, notamment en raison d'une maladie ou d'un traitement intercurrent.

L'autosurveillance glycémique ne doit être ni systématique ni passive

- Les mesures doivent être susceptibles d'entraîner **des conséquences thérapeutiques.**
- L'ASG doit s'inscrire dans **une démarche d'éducation du patient** et de son entourage, le cas échéant. Lors de la prescription du dispositif d'ASG, il est indispensable d'expliquer les enjeux au patient et d'organiser avec lui cette autosurveillance : fréquence, fixation des horaires, objectifs glycémiques, modifications du traitement à effectuer par le patient ou le médecin en fonction des résultats.
- Dans tous les cas, le patient doit avoir **une alimentation et une activité physique adaptées.**

Des dosages en laboratoire sont toujours nécessaires

- **Le dosage tous les trois mois de l'hémoglobine glyquée (HbA1c)** dans le plasma veineux reflète l'équilibre moyen des glycémies. Dans le diabète de type 2, **un taux d'HbA1c $\leq 7\%$** est un objectif raisonnable pour de nombreux malades. Cependant, cet objectif peut être adapté, dans un sens ou dans l'autre, selon le contexte clinique (âge du patient, ancienneté du diabète, comorbidités...).
- **Le dosage tous les six mois de la glycémie** dans le plasma veineux, en laboratoire, peut être envisagé pour contrôler la qualité de la mesure des glycémies capillaires.

Mars
2015

Dénutrition chez la personne âgée (> 70 ans) et aide à la prescription des Compléments Nutritionnels Oraux (CNO)

après avis de la HAS^[1]

DÉPISTER une dénutrition chez la personne âgée

Évaluer le statut nutritionnel

Peser régulièrement le patient, au minimum 1 fois par an ou à chaque consultation en présence d'une situation à risque. Une personne est dénutrie si :

- perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ;
- ou IMC ≤ 21 ;
- ou MNA $\leq 17/30$;
- ou albuminémie < 35 g/L*.

Repérer les situations à risque de dénutrition :

Situations à risque de dénutrition plus spécifiques à la personne âgée (> 70 ans) :

Situations psycho socio-environnementales (deuil, isolement,...), toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique, traitement médicamenteux au long cours, troubles bucco-dentaires, régimes restrictifs, syndromes démentiels et autres troubles neurologiques, état dépressif, troubles de la déglutition, dépendance pour les actes de la vie quotidienne et troubles psychiatriques.

Situations à risque de dénutrition sans lien avec l'âge :

Cancers, défaillances d'organe chroniques et sévères, pathologies à l'origine de maldigestion et/ou de malabsorption, alcoolisme chronique, pathologies infectieuses et/ou inflammatoires chroniques, etc.

Estimer les apports alimentaires spontanés

Questionner simplement la personne âgée ou l'aidant. Repérer un apport alimentaire *diminué* (supérieur à la moitié de l'apport habituel) ou *fortement diminué* (inférieur à la moitié de l'apport habituel).

PRENDRE EN CHARGE la personne âgée dénutrie

Délivrer des conseils nutritionnels

Plusieurs mesures sont recommandées pour augmenter les apports alimentaires :

- Respecter les règles du Programme National Nutrition Santé (PNNS) pour les personnes âgées :
 - viandes, poissons ou œufs : 2 fois par jour ;
 - lait et produits laitiers : 3 à 4 par jour ;
 - pain, autres aliments céréaliers, pommes de terre ou légumes secs : à chaque repas ;
 - fruits et légumes : au moins 5 portions par jour.
 - eau (ou autres boissons : jus de fruits, tisanes, etc.) : 1 à 1,5 litre par jour sans attendre la sensation de soif.
- Augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée.
- Éviter une période de jeûne nocturne trop longue (> 12 h).

- Privilégier des produits riches en énergie et/ou en protéines et adaptés aux goûts du patient.
- Organiser une aide au repas (technique et/ou humaine) et favoriser un environnement agréable.

Enrichir l'alimentation

L'alimentation enrichie a pour objectif d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume.

Elle consiste à enrichir l'alimentation traditionnelle avec différents produits, tels que : de la poudre de lait entier ou du lait concentré entier (3 cuillères à soupe = ~8 g de protéines), du fromage râpé (20 g = ~5 g de protéines), des œufs (1 jaune = ~3 g de protéines), de la crème fraîche épaisse (1 cuillère à soupe = ~80 calories), du beurre fondu ou de l'huile (1 cuillère à soupe = ~75-90 calories), ou des poudres de protéines industrielles (1 cuillère à soupe = ~5 g de protéines).

Réévaluation à 15 jours si apports diminués et à 1 semaine si apports fortement diminués (mesure du poids, statut nutritionnel, évolution des pathologies sous jacentes, estimation des apports alimentaires spontanés, albuminémie sauf si initialement normale et au plus une fois par mois) et si échec : CNO.

*Interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué avec le dosage de la protéine C-réactive.
CNO : Complémentation Nutritionnelle Orale. IMC : Indice de Masse Corporelle. MNA : Mini Nutritional Assessment.

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- ❖ D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- ❖ D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- ❖ De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*
- ❖ En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque.