



UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTÉ DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

ANNÉE : 2018

THÈSE 2018 TOU3 2056

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Obtenu après soutenance du
Mémoire du Diplôme d'Études Spécialisées de Pharmacie Hospitalière

présentée et soutenue publiquement le 5 octobre 2018 par

CORENTIN VERGNE

né le 19 juin 1990 à Toulouse (31)

**AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES PRESCRIPTIONS
HOSPITALIÈRES EXECUTÉES EN VILLE AU CHU DE TOULOUSE :
AUDIT DES PRATIQUES ET ACTIONS D'AMÉLIORATION**

Directeur de thèse : Dr Blandine Juillard-Condât

JURY

Président	Pr Florence Taboulet
1 ^{er} assesseur	Dr Blandine Juillard-Condât
2 ^{ème} assesseur	Dr Jean Grellet
3 ^{ème} assesseur	Dr Julien Jouglan
4 ^{ème} assesseur	Dr Monique Bonnefous
5 ^{ème} assesseur	Dr Michèle Alonso

**PERSONNEL ENSEIGNANT
de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de l'Université Paul Sabatier au 08 janvier 2018**

Professeurs Émérites

M. BENOIST H.	Immunologie
M. BERNADOU J	Chimie Thérapeutique
M. CAMPISTRON G.	Physiologie
M. CHAVANT L.	Mycologie
M. MOULIS C.	Pharmacognosie
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire
M. SIE P.	Hématologie

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires

Mme AYYOUB M.	Immunologie
M. CHATELUT E.	Pharmacologie
M. FAVRE G.	Biochimie
Mme GANDIA P.	Pharmacologie
M. PARINI A.	Physiologie
M. PASQUIER C. (Doyen)	Bactériologie - Virologie
Mme ROQUES C.	Bactériologie - Virologie
Mme ROUSSIN A.	Pharmacologie
Mme SALLERIN B.	Pharmacie Clinique
M. VALENTIN A.	Parasitologie

Universitaires

Mme BARRE A.	Biologie
Mme BAZIARD G.	Chimie pharmaceutique
Mme BENDERBOUS S.	Mathématiques – Biostat.
Mme BERNARDES-GÉNISSON V.	Chimie thérapeutique
Mme COUDERC B.	Biochimie
M. CUSSAC D. (Vice-Doyen)	Physiologie
Mme SIXOU S.	Biochimie
M. FABRE N.	Pharmacognosie
M. GAIRIN J-E.	Pharmacologie
Mme GIROD-FULLANA S.	Pharmacie Galénique
Mme MULLER-STAUMONT C.	Toxicologie - Sémiologie
Mme NEPVEU F.	Chimie analytique
M. SALLES B.	Toxicologie
M. SEGUI B.	Biologie Cellulaire
M. SOUCHARD J-P.	Chimie analytique
Mme TABOULET F.	Droit Pharmaceutique
M. VERHAEGHE P.	Chimie Thérapeutique

Maitres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires

M. CESTAC P.	Pharmacie Clinique
Mme DE MAS MANSAT V. (*)	Hématologie
Mme JUILLARD-CONDAT B.	Droit Pharmaceutique
M. PUISSET F.	Pharmacie Clinique
Mme ROUZAUD-LABORDE C.	Pharmacie Clinique
Mme SERONIE-VIVIEN S.	Biochimie
Mme THOMAS F. (*)	Pharmacologie

Universitaires

Mme ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme AUTHIER H.	Parasitologie
M. BERGE M. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme BON C.	Biophysique
M. BOUJILA J. (*)	Chimie analytique
Mme BOUTET E. (*)	Toxicologie - Sémiologie
M. BROUILLET F.	Pharmacie Galénique
Mme CABOU C.	Physiologie
Mme CAZALBOU S. (*)	Pharmacie Galénique
Mme CHAPUY-REGAUD S.	Bactériologie - Virologie
Mme COLACIOS-VIATGE C.	Immunologie
Mme COSTE A. (*)	Parasitologie
M. DELCOURT N.	Biochimie
Mme DERA EVE C.	Chimie Thérapeutique
Mme ECHINARD-DOUIN V.	Physiologie
Mme EL GARAH F.	Chimie Pharmaceutique
Mme EL HAGE S.	Chimie Pharmaceutique
Mme FALLONE F.	Toxicologie
Mme FERNANDEZ-VIDAL A.	Toxicologie
Mme HALOVA-LAJOIE B.	Chimie Pharmaceutique
Mme JOUANJUS E.	Pharmacologie
Mme LAJOIE-MAZENC I.	Biochimie
Mme LEFEVRE L.	Physiologie
Mme LE LAMER A-C.	Pharmacognosie
M. LEMARIE A.	Biochimie
M. MARTI G.	Pharmacognosie
Mme MIREY G. (*)	Toxicologie
Mme MONFERRAN S.	Biochimie
M. Olichon A.	Biochimie
Mme REYBIER-VUATTOUX K. (*)	Chimie Analytique
M. SAINTE-MARIE Y.	Physiologie
M. STIGLIANI J-L.	Chimie Pharmaceutique
M. SUDOR J. (*)	Chimie Analytique
Mme TERRISSE A-D.	Hématologie
Mme TOURRETTE-DIALO A.	Pharmacie Galénique
Mme VANSTEELANDT M.	Pharmacognosie
Mme WHITE-KONING M. (*)	Mathématiques

(*) Titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires

Mme COOL C.	Physiologie
M. MOUMENI A.	Biochimie
M. METSU D.	Pharmacologie
Mme PALUDETTO M.N.	Chimie thérapeutique
M. PAGES A.	Pharmacie Clinique
M. PERES M.	Immunologie
Mme SALABERT A.S	Biophysique

Remerciements

Au professeur Florence Taboulet

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et ainsi vous clôturez ces 10 années d'études à la faculté de pharmacie de Toulouse, depuis les cours de Droit pharmaceutique en première année, en passant ensuite par les cafés bioéthiques. Soyez assurée de ma profonde considération.

Au docteur Jean Grellet

En acceptant de juger mon travail, vous faites ainsi le lien entre mon début d'internat passé à Bordeaux dans la PUI de Pellegrin, et mes années d'études toulousaines, soyez assuré de mon profond respect.

Au docteur Julien Jouglen,

Je suis honoré que tu aies accepté de juger ce travail, sois assuré de mes remerciements les plus sincères.

Au docteur Monique Bonnefous,

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant d'être membre du jury. Je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Au docteur Michèle Alonso,

Vous avez spontanément accepté de juger ce travail, soyez assurée de mes remerciements les plus sincères.

Au docteur Blandine Juillard-Condat,

Ces six mois passés à la CoMÉDiMS sont passés trop vite. Travailler en votre compagnie fut un vrai plaisir, votre constante bonne humeur et positivité sont des exemples que je me dois de suivre. Un grand merci pour m'avoir proposé ce passionnant sujet et d'avoir dirigé cette thèse.

Table des matières

Liste des tableaux.....	1
Liste des figures.....	2
Liste des annexes.....	2
Liste des abréviations.....	3
Introduction.....	5
I. Généralités sur les PHEV.....	6
A. Définition.....	6
B. Aspects quantitatifs.....	7
1. Ensemble des PHEV.....	7
a) Évolution des montants.....	7
b) Taux de croissance.....	7
c) Décomposition.....	7
2. Spécificités des PHMEV.....	8
a) Taux de croissance.....	9
b) Décomposition.....	10
c) Génériques.....	11
3. Bases de données.....	11
a) Généralités.....	11
b) Medic'AM.....	13
c) Open Medic.....	13
d) Open PHMEV.....	14
C. Règles de prescription.....	15
1. Fond et forme.....	15
a) Mentions réglementaires obligatoires.....	15
b) Supports de prescription.....	18
α) Généralités.....	18
β) Modèles spécifiques obligatoires pour les médicaments.....	18
γ) Autres modèles spécifiques aux dispositifs médicaux.....	19
2. Identification.....	19

3.	Logiciels d'aide à la prescription	20
4.	Déploiement de la e-prescription	21
D.	Régulation des PHMEV	22
1.	Pourquoi réguler les PHMEV ?	22
a)	Un niveau élevé de dépenses.....	22
b)	Part croissante dans le PIB	24
c)	Un financement socialisé	26
α)	Part de la Sécurité sociale	26
β)	Part des organismes complémentaires et reste à charge des ménages	27
2.	Qui régule les PHMEV ?.....	27
a)	L'Assurance maladie	27
α)	Rôle des caisses nationales d'Assurance maladie.....	27
β)	Rôle des caisses primaires d'Assurance maladie	28
b)	Les agences régionales de santé	29
3.	Comment réguler les PHMEV ?	30
a)	Régulation de l'offre et de la demande.....	30
α)	Régulation de l'offre	30
β)	Régulation de la demande	32
b)	Régulation budgétaire et médicalisée.....	33
α)	Régulation budgétaire	33
β)	Régulation médicalisée	34
II.	Les PHEV de produits de santé au CHU de Toulouse.....	39
A.	Audit réalisé sur les PHEV de produits de santé	39
1.	Contexte	39
2.	Matériel et méthode	39
a)	Matériel	39
b)	Méthode	40
3.	Résultats	43
a)	Supports de prescription	43
b)	Résultats par critères.....	46
c)	Résultats par supports de prescription	47
d)	Résultats par pôles prescripteurs.....	49

e)	Résultats de l'audit sur la prescription de génériques et de biosimilaires	50
B.	Données de l'Assurance maladie sur les PHMEV du CHU de Toulouse	50
1.	Matériel et méthode	50
2.	Évolution des dépenses des PHEV au CHU Toulouse	50
3.	Répartition ATC	51
4.	Génériques	52
5.	Biosimilaires	54
III.	Discussion.....	56
A.	Discussion des résultats	56
1.	Données de l'audit.....	56
2.	Données de l'Assurance maladie	58
B.	Plan d'action pour améliorer nos PHEV	60
1.	Actions visant à faire progresser l'informatisation des prescriptions de sortie	60
2.	Actions de communication à destination des prescripteurs	61
3.	Actions visant à améliorer le format des ordonnances de sortie existantes.....	61
C.	Difficultés.....	64
1.	Difficultés liées aux systèmes d'information	64
2.	Difficultés liées aux produits	66
a)	Affranchissement du cadre de la politique du médicament intrahospitalière ..	66
b)	Statut de prescription hospitalière	67
c)	Situation de monopole	69
d)	Contournement des répertoires	70
3.	Difficultés liées aux acteurs.....	71
a)	Partage des rôles	71
b)	Intéressement/sanctions.....	73
	Conclusion	75
	Bibliographie.....	76
	Annexes	79

Liste des tableaux

Tableau 1 : Comparaison des bases de données existantes sur les PHEV.....	12
Tableau 2 : Mentions règlementaires obligatoires devant figurer sur les prescriptions.....	15
Tableau 3 : Évolution de l'ONDAM 2018 par sous-objectif.....	34
Tableau 4 : Taux cible d'évolution nationale des dépenses de PHEV de produits de santé de 2012 à 2017	34
Tableau 5 : Taux cibles pour le CHU de Toulouse des PHEV présentant les numéros RPPS et FINISS.....	36
Tableau 6 : Taux minimum de prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques de 2015 à 2017 (cibles nationales) et 2018 (cible régionale)	37
Tableau 7 : Critères analysés sur les ordonnances de l'audit	42
Tableau 8 : Nombre d'ordonnances recueillies dans l'audit, classées selon leur support de prescription	44
Tableau 9 : Répartition des prescriptions selon les critères audités	46
Tableau 10 : Répartition des prescriptions par supports de prescription selon les critères audités.....	47
Tableau 11 : Répartition des prescriptions par pôle prescripteur selon les critères audités ..	49
Tableau 12 : Évolution des postes de dépenses portant sur les PHEV au CHU de Toulouse (22)	50
Tableau 13 : Poids des principales classes thérapeutiques dans les PHEV (hors rétrocessions) au CHU de Toulouse en 2017 (22).....	51
Tableau 14 : Top 20 des molécules les plus prescrites dans les PHMEV du CHU de Toulouse en 2017 (22)	52
Tableau 15 : Part des génériques dans les PHMEV du CHU de Toulouse, années 2017 et 2016 (22)	52
Tableau 16 : Prescriptions des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques par classes thérapeutiques dans les PHMEV du CHU de Toulouse (22)	53
Tableau 17 : Prescriptions de biosimilaires dans les PHMEV du CHU de Toulouse en 2017 (22)	54
Tableau 18 : Détail des prescriptions de biosimilaires en 2017 dans les PHMEV du CHU de Toulouse (22).....	55
Tableau 19 : Analyse des données 2017 des PHMEV du CHU de Toulouse transmises par l'AM	65
Tableau 20 : Statut de prescription hospitalière du top 20 des PHMEV 2017 du CHU de Toulouse	68
Tableau 21 : Statut de monopole sur le top 20 des PHMEV 2017 du CHU de Toulouse	69
Tableau 22 : Dépenses 2017 des facteurs de croissance leucocytaires en intrahospitalier et en PHEV au CHU de Toulouse	71
Tableau 23 : Dépenses 2017 des spécialités à base de somatropine en intrahospitalier et en PHEV au CHU de Toulouse	71
Tableau 24 : Synthèse des résultats des indicateurs calculés d'optimisation et d'efficience des prescriptions (27).....	73

Liste des figures

Figure 1 : Évolution des montants remboursés des PHEV selon le type de prescripteur, de 2004 à 2016 (1).....	7
Figure 2 : Répartition des montants remboursés selon le type de prescripteur, en 2016 (1) ..	8
Figure 3 : Évolution des montants remboursés de PHMEV selon le type de prescripteur, de 2004 à 2016 (1).....	9
Figure 4 : Croissance annuelle des montants remboursés selon le type de prescripteur de 2004 à 2016 (1).....	9
Figure 5 : Répartition des montants remboursés des PHMEV selon la grande classe de médicaments, en 2016 (1).....	10
Figure 6 : Prescriptions de médicaments délivrés en ville : pour chaque grande classe de médicaments, montants remboursés selon le type de prescripteur en 2016 (1)	11
Figure 7 : Répartition des différents postes constituant la dépense courante de santé en France en 2017 (3).....	22
Figure 8 : Structure de la CSBM en 2017.....	23
Figure 9 : Dépenses de produits pharmaceutiques par habitant en 2015 (5).....	23
Figure 10 : Dépenses de santé en % du PIB en 2017 (5)	24
Figure 11 : Taux de croissance en valeur de la DCS et du PIB (3).....	24
Figure 12 : Taux de croissance de la CSBM en % (3)	25
Figure 13 : Supports de prescriptions identifiés lors de l'audit	45
Figure 14 : Origine des supports de prescriptions audités	56
Figure 15 : Taux de RPPS/FINESS dans les PHEV au CHU de Toulouse, résultats de l'audit, données Assurance maladie et cibles CAQES	57
Figure 16 : Évolution des dépenses de PHEV entre 2015 et 2016 au niveau national et au CHU de Toulouse	58
Figure 17 : Répartition des PHEV nationales et du CHU de Toulouse en 2016	59
Figure 18 : Comparaison des taux de prescription dans le répertoire des groupes génériques au niveau national et au CHU de Toulouse en 2016	59
Figure 19 : Répartition des prescriptions de PHMEV au CHU de Toulouse de 2015 à 2017 (22–24).....	60
Figure 20 : Pourcentage des génériques (en volume dans le marché) pharmaceutique total en 2016 (données OCDE)	70

Liste des annexes

Annexe 1 : liste des champs de la base Open Medic	
Annexe 2 : liste des champs de la base Open PHMEV	
Annexe 3 : Une Intranet sur le numéro RPPS et la signature des prescriptions de sortie	
Annexe 4 : Mémo Check-list ordonnances de sortie	
Annexe 5 : Mémo Bien s'identifier sur les ordonnances de sortie	
Annexe 6 : Plan d'action PHEV 2018	
Annexe 7 : Liste des indicateurs fixés au niveau national pour le volet obligatoire du CAQES	

Liste des abréviations

ALD	Affection de Longue Durée
AME	Aide Médicale d'État
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
APHP	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ASMR	Amélioration du Service Médical Rendu
ATC	Anatomique, Thérapeutique et Chimique
ATU	Autorisation Temporaire d'Utilisation
CAPES	Contrat d'Amélioration des Pratiques en Établissement de Santé
CAQES	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins
CAQOS	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Offre des Soins
CBUMPP	Contrat de Bon Usage des Médicaments, Produits et Prestations
CE	Certification Européenne
CEPS	Comité Économique des Produits de Santé
CERFA	Centre d'Enregistrement et de Révision des Formulaires Administratifs
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CIP	Code Identifiant de Présentation
CJUE	Cour de Justice de l'Union Européenne
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie
COG	Convention d'Objectifs et de Gestion
COMEDIMS	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance maladie
CSBM	Consommation de Soins et de Biens Médicaux
CSP	Code de la Santé Publique
CSS	Code de la Sécurité Sociale
DAF	Direction des Affaires Financières
DCI	Dénomination Commune Internationale
DCS	Dépense Courante de Santé
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DPI	Dossier Patient Informatisé
DQ	Direction Qualité
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DSIO	Direction des Systèmes d'Information et d'Organisation
EPO	Érythropoïétine
ES	Établissement de santé
ESPIC	Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
FINESS	Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
FIT	Fiche d'Information Thérapeutique
GDR	Gestion Du Risque
HAD	Hospitalisation à domicile

HAS	Haute Autorité de Santé
HGHS	Hors Groupe Homogène de Séjours
HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoire
LAP	Logiciel d'Aide à la Prescription
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LPP	Liste des Produits et Prestations
MCO	Médecin, Chirurgie, Obstétrique
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance maladie
OMEDIT	Observatoire des Médicaments, Dispositifs Médicaux et Innovations Thérapeutiques
PHEV	Prescription Hospitalière Exécutée en Ville
PHMEV	Prescription Hospitalière de Médicament Exécutée en Ville
PIB	Produit Intérieur Brut
PIH	Prescription Initiale Hospitalière
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
REIPO	Réseau d'enseignement et d'innovation en pharmacie d'officine
ROSP	Rémunération sur Objectif de Santé Publique
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
SMR	Service Médical Rendu
SNIIRAM	Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance maladie
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarifcation à l'Activité
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance maladie
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance maladie

Introduction

Les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) représentent une part importante des montants remboursés par l'Assurance maladie : 11,7 milliards d'euros en 2016. 58% de ces prescriptions correspondent à des prescriptions de médicaments délivrés en pharmacie de ville (5,2 milliards d'euros) ou de dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (1,6 milliards d'euros). Les prescriptions hospitalières de médicaments délivrées en ville (PHMEV) ont depuis 12 ans un taux de croissance annuel moyen de 8%, atténuant ainsi la décroissance des remboursements des médicaments délivrés en ville.

Les PHEV correspondent aux prescriptions réalisées par des prescripteurs habilités, travaillant en établissements de santé (hors activité libérale), rédigées en sortie d'hospitalisation, lors d'un passage aux urgences ou au cours d'une consultation externe. La délivrance des médicaments a lieu en ville et non à l'hôpital où ils ont été prescrits.

À compter du 1^{er} janvier 2018, un nouveau contrat signé entre le CHU de Toulouse, l'agence régionale de santé et l'Assurance maladie est entré en vigueur. Ce contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) comprend de nouvelles exigences relatives aux PHEV, notamment sur la forme : informatisation des prescriptions, présence du numéro RPPS du prescripteur et du numéro FINESS de l'établissement ; et sur le fond : prescriptions de médicaments dans le répertoire des groupes génériques et prescriptions de médicaments biosimilaires, et maîtrise des dépenses des PHEV. Notre établissement est aussi engagé dans une démarche de renforcement du lien ville-hôpital, et à ce titre nous sommes sensibles aux réclamations émanant de pharmaciens d'officine sur la qualité des prescriptions de sortie du CHU de Toulouse.

Pour répondre aux exigences de ce nouveau contrat, nous nous sommes demandé comment améliorer la qualité des prescriptions hospitalières du CHU de Toulouse exécutées en ville. Pour ce faire, nous avons réalisé un audit sur nos PHEV de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) issues du CHU de Toulouse, afin d'en avoir une vision globale et de nous permettre de récolter des données grâce auxquelles nous pourrions par la suite proposer des actions d'amélioration.

Quelques généralités sur les PHEV seront présentées dans une première partie : définition, aspect quantitatif, règles de prescription et modalités de régulation des dépenses de santé. Nous développerons dans un deuxième temps les données relatives aux PHEV de produits de santé au CHU de Toulouse. Nous aborderons dans une troisième partie les actions d'amélioration que nous avons pu mettre en place, ainsi que les difficultés rencontrées pour traiter cette problématique.

I. Généralités sur les PHEV

A. Définition

Les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) correspondent à toutes les prescriptions réalisées par des professionnels de santé exerçant en établissement de santé public et en établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC). Les prescriptions des établissements privés ne sont pas concernées car elles sont le reflet de l'activité libérale des prescripteurs (1). De la même manière, certains professionnels de santé exercent une activité libérale en établissement de santé public, leurs prescriptions ne sont donc pas comptabilisées dans les PHEV.

Les PHEV sont rédigées soit :

- en sortie d'hospitalisation,
- suite à un passage aux urgences
- ou lors d'une consultation externe hors activité libérale.

Il peut s'agir de prescriptions de :

- médicaments disponibles en officine, on parlera alors de PHMEV pour prescription hospitalière de médicament exécutée en ville
- dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP),
- actes de biologie médicale,
- transports de malade,
- actes d'auxiliaires médicaux,
- ou des arrêts de travail.

La délivrance des médicaments ou des dispositifs médicaux et la réalisation des actes prescrits s'effectue en ville et non dans l'établissement de santé à l'origine de la prescription.

La notion de PHEV est apparue dans l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2010¹. Cet article crée dans le Code de la sécurité sociale l'article L162-30-2 dans lequel il est prévu que l'État arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations, remboursées sur l'enveloppe de soins de ville, prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements de santé. L'arrêté du 12 octobre 2010 fixe ainsi le premier taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments, remboursées sur l'enveloppe soins de ville et prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé, à 6% pour l'année 2010.

¹ Loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010

B. Aspects quantitatifs

1. Ensemble des PHEV

a) Évolution des montants

La part des PHEV dans l'ensemble des prescriptions exécutées en ville est en constante augmentation : de 17% en 2004 jusqu'à atteindre 24% en 2017 à 11,7 Mds€ de montant remboursé (Figure 1).

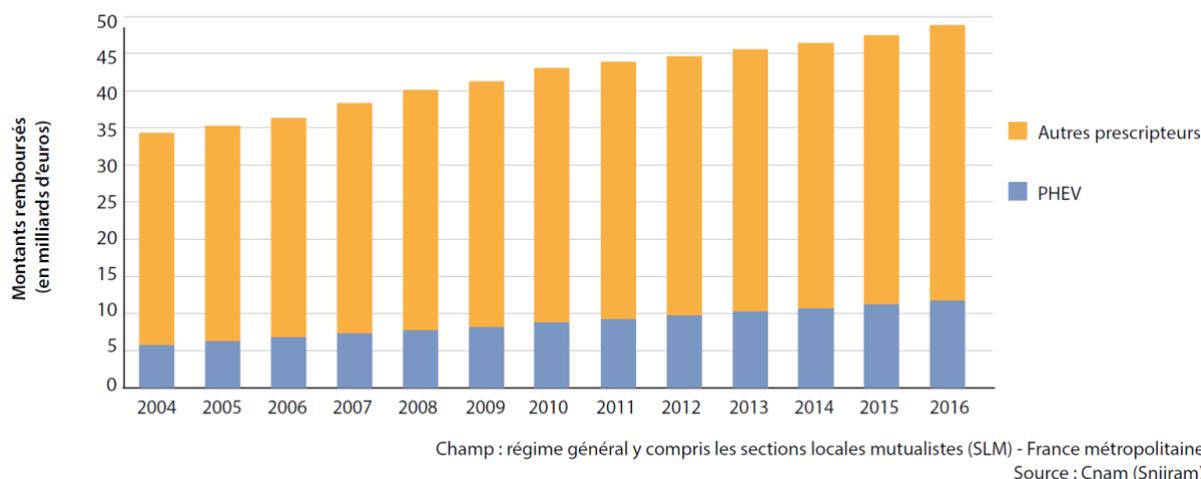


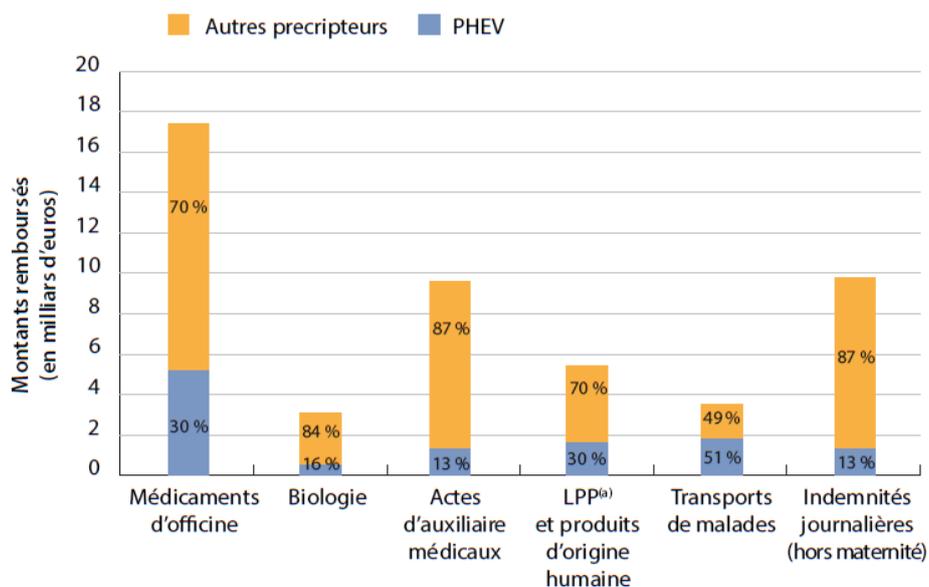
Figure 1 : Évolution des montants remboursés des PHEV selon le type de prescripteur, de 2004 à 2016 (1)

b) Taux de croissance

En comparant l'évolution des PHEV à celle des autres prescriptions réalisées en ville, on constate que l'augmentation des PHEV entre 2015 et 2016 y est plus importante (+5,3% pour les prescriptions hospitalières contre +2,2% pour les autres prescriptions). L'augmentation des passages aux urgences, des séjours en ambulatoire, des consultations externes et l'arrivée de médicaments innovants et coûteux pourraient expliquer cette différence (1).

c) Décomposition

Trois postes de dépense sont principalement concernés par les PHEV (Figure 2) : le transport des malades (51% du montant remboursé relève de prescriptions hospitalières), la prescription de dispositifs médicaux (30%) et les médicaments (30%).



	PHEV (en milliards d'euros)	Autres prescripteurs (en milliards d'euros)
Médicaments d'officine	5,244	12,218
Biologie	0,502	2,609
Actes d'auxiliaires médicaux	1,257	8,261
LPP ^(a) et produits d'origine humaine	1,619	3,756
Transports de malades	1,793	1,736
Indemnités journalières (hors maternité)	1,326	8,541

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

Note de lecture : parmi les prescriptions exécutées en ville, plus de 3 milliards concernent les actes de biologie médicale et 16 % de ce montant remboursé par l'Assurance Maladie relèvent de prescriptions hospitalières.

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

Figure 2 : Répartition des montants remboursés selon le type de prescripteur, en 2016 (1)

2. Spécificités des PHMEV

Les PHMEV représentent 5,2 Mds€ en 2016, soit 45% du montant remboursé des PHEV. Depuis 2015, les données des PHMEV ne comprennent plus la part des rétrocessions hospitalières (médicaments délivrés à des patients ambulatoires avec dérogation par des pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé autorisés) qui sont comptabilisées à part.

a) Taux de croissance

Les PHMEV évoluent à un rythme très soutenu : le taux de croissance annuel moyen est de 8% depuis 2004, contre -1% pour les prescripteurs hors hôpital. La part des PHMEV dans l'ensemble des prescriptions de médicaments passe ainsi de 14% en 2004 à 30% en 2016 (Figure 3).

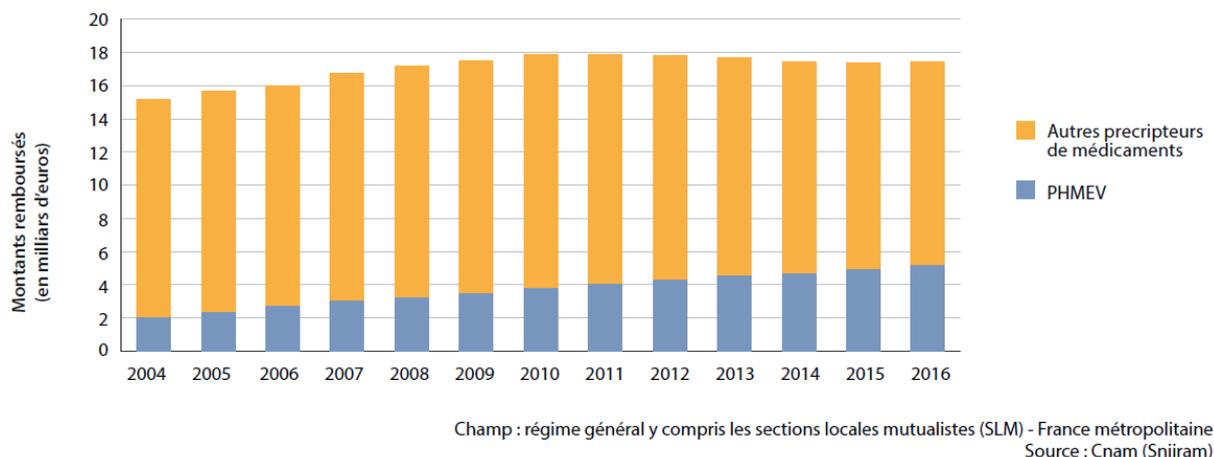


Figure 3 : Évolution des montants remboursés de PHMEV selon le type de prescripteur, de 2004 à 2016 (1)

Depuis 2010, la décroissance globale qui aurait pu être observée sur les dépenses de médicaments de ville est moindre du fait de l'évolution très dynamique des PHMEV (Figure 4).

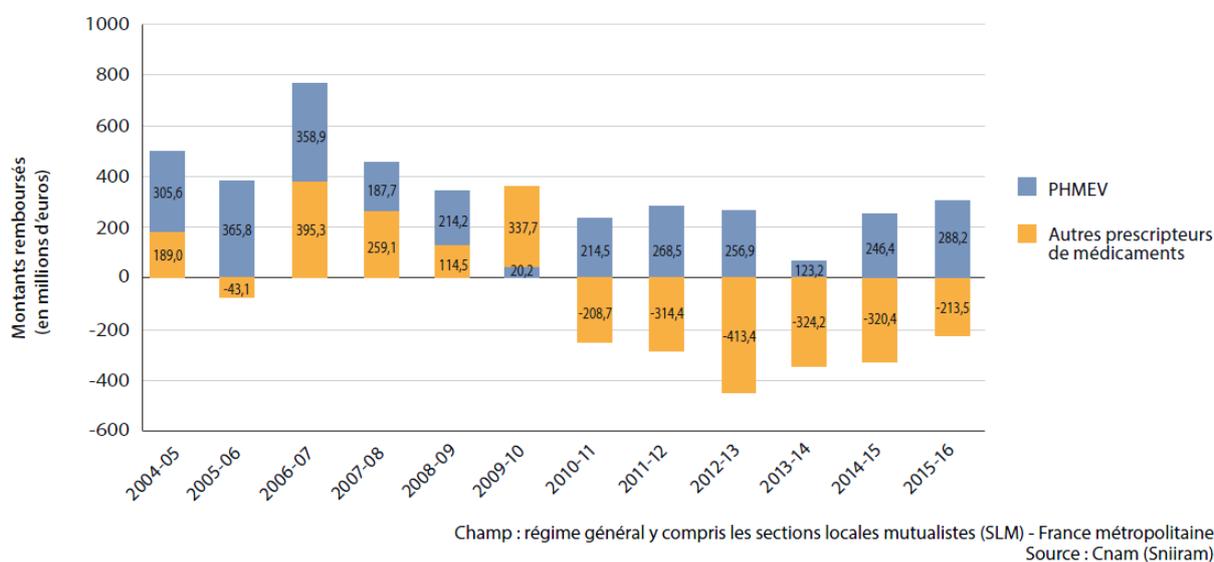
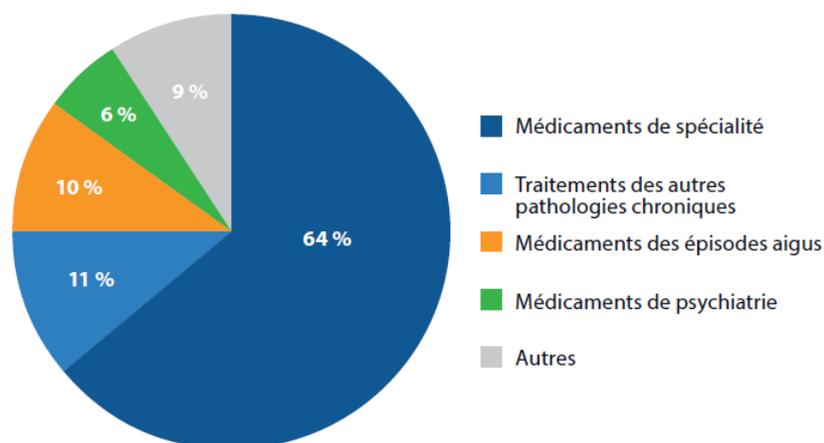


Figure 4 : Croissance annuelle des montants remboursés selon le type de prescripteur de 2004 à 2016 (1)

b) Décomposition

Les PHMEV sont essentiellement concentrés à 64% sur certaines classes de médicaments dits de spécialité (traitements du cancer, traitements du VIH, des hépatites, de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, antirhumatismaux spécifiques, sclérose en plaques et antiépileptiques), à différencier des médicaments liés à d'autres maladies chroniques, des médicaments des épisodes aigus et des médicaments de psychiatrie (Figure 5).

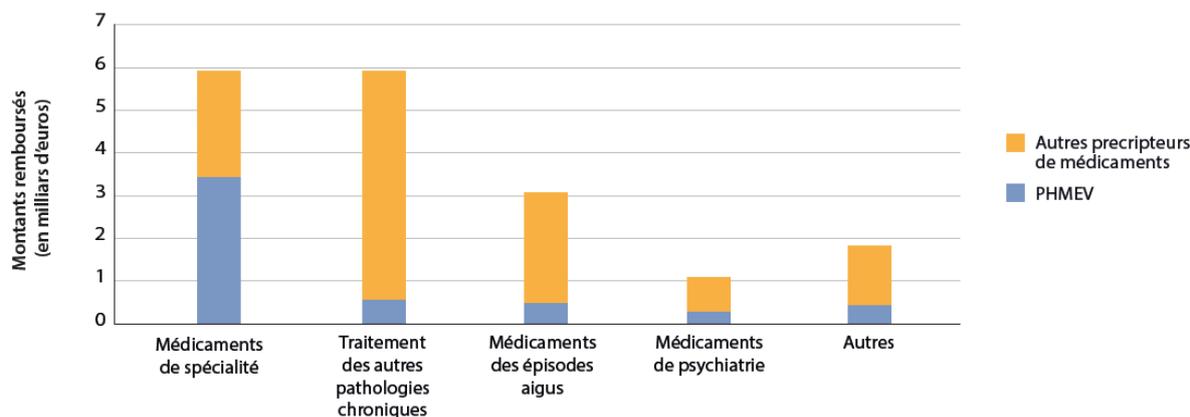


Champ : régime général y compris les sections locales mutualistes (SLM) - France entière
Source : Cnam (Sniiram)

Figure 5 : Répartition des montants remboursés des PHMEV selon la grande classe de médicaments, en 2016 (1)

Un médicament est dit de « spécialité » lorsque il sert à traiter une maladie chronique complexe et qu'il présente une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : nécessité de rajuster fréquemment la posologie et d'assurer une surveillance clinique ; nécessité d'un suivi du patient et de l'observance du médicament ; disponibilité et distribution limitée ou exclusive du médicament ; manipulation et administration spécialisées du médicament ; coût supérieur à 500\$ par mois par ordonnance (1). Ces traitements de spécialité, utilisés pour traiter des pathologies complexes, font l'objet d'innovations thérapeutiques nombreuses, sont par conséquent coûteux, et ont donc une croissance très dynamique. Ils représentent 3,4 Mds€ de montant remboursé en 2016 dans l'ensemble des PHMEV, et ont un taux de croissance annuel moyen entre 2012 et 2016 de +25,2%. À titre d'exemple, le taux de croissance annuel moyen entre 2012 et 2016 des anticancéreux a été de +10%, celui des antirhumatismaux de +11% et celui des médicaments luttant contre la sclérose en plaques de +15%.

La part des PHMEV dans l'ensemble des médicaments prescrits et délivrés en ville varie de 58% pour les médicaments de spécialité à 10% pour les médicaments liés à d'autres maladies chroniques (Figure 6).



(a) Pour plus de détails sur les grandes classes de médicaments utilisées ici, se reporter au Points de repère n°41 publié sur le site ameli.fr : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_41_Medicament_2011.pdf.

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

Figure 6 : Prescriptions de médicaments délivrés en ville : pour chaque grande classe de médicaments, montants remboursés selon le type de prescripteur en 2016 (1)

La moitié du montant remboursé des PHMEV se concentre sur 37 médicaments.

c) Génériques

Dans un autre registre, il est intéressant de comparer le taux de prescription dans le répertoire des groupes génériques pour les PHMEV (42,9% en 2016) à l'ensemble des autres prescripteurs (47,4% en 2016). La différence de presque 5 points entre les deux peut s'expliquer par le fait que les médicaments de spécialité, majoritaires au sein des PHMEV, ne permettent pas la prescription de génériques dans certaines surclasses (sclérose en plaques, EPO, hormones de croissance, produit de la DMLA) (1).

3. Bases de données

a) Généralités

Depuis quelques années, il est possible d'analyser l'évolution des consommations des PHEV grâce à plusieurs bases de données mises à disposition par l'Assurance maladie. Toutes ces données sont issues du système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram). À l'heure de l'*open data*, 3 bases de données récapitulées dans le Tableau 1 concernent actuellement les PHMEV :

- Medic'AM
- Open Medic
- Open PHMEV

Le médicament peut apparaître dans ces bases soit sous la forme de son code CIP, soit sous sa classification ATC.

Le code CIP (Code Identifiant de Présentation) est un code numérique à 7 ou 13 chiffres qui permet d'identifier une présentation (ou encore conditionnement) d'un médicament.

La classification ATC (anatomique, thérapeutique et chimique) est utilisée pour classer les médicaments. Elle repose sur cinq niveaux de classement qui correspondent aux organes (ou systèmes d'organes) cibles, et aux propriétés thérapeutiques, pharmacologiques et chimiques des différents produits. La forme générale du code d'une molécule est LCCLCC, où L représente une lettre et C un chiffre (exemple : A01AA01). Chaque lettre et chaque doublet de chiffres représente un niveau successif. Le premier niveau (première lettre) définit le groupe anatomique parmi 14 différents. Le deuxième niveau (deux premiers chiffres) donne le sous-groupe pharmacologique ou thérapeutique principal. Les troisième et quatrième niveaux (deuxième et troisième lettres) correspondent à des sous-groupes chimiques, pharmacologiques ou thérapeutiques. Le cinquième et dernier niveau (deux derniers chiffres) indique la substance chimique.

Le traitement des données dans ces bases a été opéré de manière à garantir la confidentialité des informations sur les bénéficiaires ainsi que sur les professionnels de santé. Notamment, certaines modalités ont été floutées (par les valeurs inconnues 9, 99, 999, etc..) lorsque le seuil critique de 10 bénéficiaires n'était pas respecté.

	Medic'AM	Open Medic	Open PHMEV
Périmètre de prescription	Médicaments remboursés par l'ensemble des régimes de l'Assurance maladie, France entière y compris DOM-TOM		Données issues de la base Open Medic, prescriptions des ES publics et des ESPIC
Périmètre temporel	Base annuelle de 2001 à 2014 Base mensuelle depuis 2015	Base annuelle depuis 2014	
Champs	Par code CIP Nombre de boîtes Montant remboursable Montant remboursé	Par classe ATC Voir annexe 1	Par classe ATC et par établissement Voir annexe 2
Commentaire	honoraires de dispensation au conditionnement perçus par les pharmaciens d'officine depuis le 1 ^{er} janvier 2015 non inclus		honoraires de dispensation intégrés

Tableau 1 : Comparaison des bases de données existantes sur les PHEV

b) Medic'AM

La base Medic'AM représente les médicaments remboursés par l'ensemble des régimes d'Assurance maladie pour la France entière, y compris les DOM-TOM. Les données sont présentées annuellement pour les années 2001 à 2014 et annuellement ou mensuellement depuis l'année 2015. Les fichiers présentent pour chaque code CIP de médicament :

- la base de remboursement ;
- le montant remboursé ;
- le dénombrement (nombre de boîtes remboursées).

Une ventilation selon le type de prescripteur (libéral ou salarié) est disponible :

- un onglet présente les dépenses annuelles liées aux "prescripteurs de ville" qui sont les prescripteurs exerçant à titre libéral (ce qui inclut les praticiens exerçant au sein d'une clinique) ;
- un onglet présente les dépenses annuelles liées aux prescriptions des médecins exerçant à titre salarié. Ces prescriptions émanent majoritairement de l'hôpital public.

La base de remboursement et le montant remboursé n'incluent pas les honoraires de dispensation au conditionnement perçus par les pharmaciens d'officine depuis le 1^{er} janvier 2015.

c) Open Medic

La base Open Medic est complémentaire de la base Medic'AM et permet une analyse plus fine. Elle est constituée d'un ensemble de bases annuelles, portant sur l'usage du médicament, délivré en pharmacie de ville de 2014 à 2017. Les données sur le médicament sont restituées au travers de la classification ATC. Deux jeux de données sont disponibles :

- Les premiers jeux de données permettent d'étudier les dépenses de médicaments (montants remboursés et remboursables) ainsi que le nombre de boîtes délivrées, en fonction d'éléments descriptifs sur les bénéficiaires (tranche d'âge, sexe, région de résidence) ou de l'information sur la spécialité du prescripteur (prescripteur de ville ou hospitalier), pour une année ;
- Les seconds jeux de données ont été constitués en complément des bases ci-dessus pour restituer le nombre de personnes ayant consommé des médicaments à différents niveaux de regroupement. Les indicateurs sur les montants et le nombre de boîtes sont également mis à disposition sur ces différents niveaux intermédiaires.

Les variables présentes dans cette base de données sont présentées dans l'annexe 1.

d) Open PHMEV

La base Open PHMEV a été créée à partir de la base Open Medic. C'est un zoom sur les prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville, avec une déclinaison par établissement prescripteur. Elle est constituée d'un ensemble de bases annuelles inter-régimes, portant sur les remboursements de médicaments prescrits par les établissements publics et ESPIC (établissements de santé privés d'intérêt collectif) et délivrés en officine de ville de 2014 à 2017. Les données sur le médicament sont restituées au travers de la classification ATC, comme sur la base Open Medic. La base complète PHMEV comprend l'hôpital prescripteur décrit par son numéro, sa catégorie juridique et par ses éléments de géolocalisation.

De manière complémentaire, les prescriptions hospitalières délivrées en ville sont restituées, à un niveau plus agrégé, au travers de la région d'implantation des établissements (région géographique pour l'APHP et la Croix Rouge, région gestionnaire pour les autres) et de leur catégorie juridique.

Au 28 septembre 2017, les bases de données Open PHMEV ont fait l'objet d'une mise à jour sur l'ensemble de l'historique. D'une part, les honoraires de dispensation ont été intégrés, et d'autre part, l'algorithme d'anonymisation a été optimisé afin de restituer l'intégralité des données tout en garantissant la confidentialité de l'information sur les patients.

Les variables présentes dans cette base de données sont présentées dans l'annexe 2.

C. Règles de prescription

1. Fond et forme

Les prescriptions hospitalières exécutées en ville sont rédigées selon les dispositions de droit commun. Les médicaments inscrits sur la liste des spécialités remboursables ne sont pris en charge par l'Assurance maladie que sur prescription de certains professionnels de santé² : médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pédicures podologues dans la limite de leur droit de prescription respectif.

a) Mentions réglementaires obligatoires

Les principales mentions réglementaires obligatoires devant figurer sur les ordonnances sont résumées dans le Tableau 2 ci-dessous reprenant les articles du Code de la santé publique ou du Code de la sécurité sociale s'y référant.

	Article	Mention réglementaire
Code de la santé publique	L5121-1-2	Mention de la dénomination commune
	L5125-23	Substitution des génériques
	L5125-23-2	Substitution des biosimilaires
	R4127-34	Clarté de la prescription
	R4127-76	Rédaction en français, identification et signature du prescripteur
	R5123-1	Mentions nécessaires pour une prise en charge par l'AM : posologie et durée
	R5123-2	Mentions nécessaires si durée de traitement supérieure à 1 mois
	R5132-3	Mentions nécessaires pour les médicaments sur liste I, II et stupéfiants
	R5125-55	Mentions nécessaires sur une prescription rédigée en dénomination commune
	R5125-54 R5121-95	Mention pour la non substitution Mentions spécifiques aux médicaments nécessitant une surveillance particulière
R5121-77	Médicaments soumis à prescription restreinte	
Code de la sécurité sociale	L162-5-15	Identification des médecins sur les prescriptions
	R162-20-5	Renvoi au R5123-2 CSP
	R162-20-4	Renvoi au R5123-1 CSP
	L162-4	Signalement sur l'ordonnance du caractère non remboursable si hors indications remboursables
	R162-1-7	Mention pour les préparations magistrales
	R163-1	« prescription à but thérapeutique en l'absence de spécialités équivalentes disponibles »

Tableau 2 : Mentions réglementaires obligatoires devant figurer sur les prescriptions

² Article R163-2 du CSS

Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution³.

Toute ordonnance établie par un médecin doit être rédigée lisiblement en langue française et datée, permettre l'identification du praticien dont elle émane et être signée par lui⁴.

La prescription d'une spécialité pharmaceutique mentionne ses principes actifs, désignés par leur dénomination commune internationale recommandée par l'Organisation mondiale de la santé ou, à défaut, leur dénomination dans la pharmacopée. En l'absence de telles dénominations, elle mentionne leur dénomination commune usuelle assortie d'une marque ou du nom du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ou de l'entreprise assurant l'exploitation du médicament. Elle peut également mentionner le nom de fantaisie de la spécialité⁵.

La prescription de médicaments renfermant une substance vénéneuse (listes I, II et de stupéfiants) est rédigée, après examen du malade, sur une ordonnance et mentionne⁶ :

- les nom et prénoms, la qualité, le titre ou la spécialité du prescripteur, son identifiant lorsqu'il existe, son adresse professionnelle précisant la mention « France », ses coordonnées téléphoniques précédées de l'indicatif national « +33 », son adresse électronique, sa signature, la date de rédaction de l'ordonnance,
- la dénomination du médicament ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune, la posologie, le mode d'emploi, la formule détaillée pour une préparation,
- la durée du traitement ou le nombre d'unités de conditionnement et si besoin le nombre de renouvellements,
- pour un médicament à prescription initiale hospitalière : la date à laquelle un nouveau diagnostic est effectué
- pour les médicaments à prescription restreinte, si l'AMM, l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ou l'autorisation d'importation le prévoit : des informations particulières (par exemple : date du nouveau diagnostic, date de réalisation des examens requis, information des risques liés à l'utilisation du produit...),
- le cas échéant la mention « non substituable », néanmoins le prescripteur peut exclure, pour des raisons particulières tenant au patient, la possibilité pour le pharmacien de délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique, par une mention expresse « Non substituable » portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite avant la dénomination de la spécialité prescrite⁷.

³ Article R4127-34 du CSP

⁴ Article R4127-76 du CSP

⁵ Article L5125-23 du CSP, Article L5121-1-2 du CSP, Article R5121-2 du CSP

⁶ Article R5132-3 du CSP

⁷ Article L5125-23 du CSP, Article R5125-54 du CSP

- les nom et prénoms, sexe, date de naissance du malade, si nécessaire sa taille et son poids (particulièrement utile en pédiatrie et en cancérologie).

Sans préjudice des règles applicables aux médicaments inscrits sur une liste de substances vénéneuses et aux stupéfiants, une prescription libellée en dénomination commune doit comporter au moins⁸ :

- 1) le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune,
- 2) le dosage en principe actif,
- 3) la voie d'administration et la forme pharmaceutique.

Toute ordonnance comportant une prescription de médicaments doit également, pour permettre la prise en charge de ces médicaments par un organisme d'Assurance maladie, indiquer pour chacun des médicaments prescrits⁹ :

- 1) la posologie,
- 2) soit la durée de traitement, soit, lorsque la prescription comporte la dénomination du médicament (nom de fantaisie ou dénomination commune assortie d'une marque ou d'un nom de fabricant) le nombre d'unités de conditionnement.

L'ordonnance comportant la prescription d'un médicament pour une durée de traitement supérieure à un mois indique, pour permettre la prise en charge de ce médicament, soit le nombre de renouvellements de l'exécution de la prescription par périodes maximales d'un mois ou de trois mois pour les médicaments présentés sous un conditionnement correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois, soit la durée totale de traitement, dans la limite de douze mois¹⁰.

La prescription hospitalière exécutée en ville indique notamment¹¹ :

- le nom, la qualité et, le cas échéant, la qualification, le titre ou la spécialité du prescripteur, son identifiant lorsqu'il existe, son adresse, ses coordonnées téléphoniques, son adresse électronique, sa signature,
- la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée,
- et le nom et l'adresse de l'établissement l'unité de soins ainsi que le numéro d'inscription de l'établissement, entité géographique, au fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).

Concernant le droit de prescription des internes, l'instruction DGOS/MSIOS n°2010-396 du 29 novembre 2010 précise : « il est rappelé que les internes non thésés ne sont pas habilités à signer les prescriptions exécutées en ville. Ils peuvent cependant les préparer. À cet effet, ils utilisent les ordonnanciers de leur professionnel de santé responsable qui doit valider et signer les ordonnances ainsi préparées. »

⁸ Article R5125-55 du CSP

⁹ Article R5123-1 du CSP, Article R162-20-4 du CSS

¹⁰ Article R5123-2 du CSP, Article R162-20-5 du CSS

¹¹ Article R5132-3 du CSP, Arrêté du 06.04.2011, Circ. Ministérielle DGS/DH du 08.04.1999, Article L162-5-15 du CSS

b) Supports de prescription

α) Généralités

Le professionnel habilité formule sur des ordonnances distinctes les prescriptions¹² :

- de médicaments,
- de produits et prestations inscrits sur la LPP,
- d'examens de laboratoire.

L'ordonnance d'un médecin est établie en double exemplaire¹³ :

- l'original est la propriété du malade,
- le duplicata est adressé aux caisses.

Les médecins s'engagent à n'utiliser que les imprimés et documents conformes aux modèles prévus par les lois et les règlements en vigueur.

Sauf lorsque la réglementation le prévoit spécifiquement, l'ordonnance « classique » peut être rédigée sur tout papier libre.

β) Modèles spécifiques obligatoires pour les médicaments

À l'ordonnance classique, s'ajoutent d'autres types d'ordonnances obligatoires :

- **Ordonnance sécurisée :**

Elle est le support obligatoire de prescription des stupéfiants et médicaments soumis en totalité ou en partie aux mêmes règles¹⁴. Ses spécifications techniques sont fixées par arrêté. L'ordonnance comporte, entre autres, un carré pré-imprimé destiné aux professionnels de santé pour leur permettre d'indiquer le nombre de spécialités médicales prescrites¹⁵.

- **Ordonnance de médicaments d'exception :**

La prescription de médicaments d'exception pour des indications prévues par la fiche d'information thérapeutique (FIT) est effectuée sur un imprimé spécifique en 4 volets appelé « ordonnance de médicaments, de produits ou de prestations d'exception ». Celui-ci est mis à la disposition des prescripteurs par les caisses d'Assurance maladie¹⁶. Cet imprimé doit être conforme au modèle fixé par arrêté ministériel. Le premier volet est conservé par l'assuré ; les volets 2 et 3 sont destinés à l'Assurance maladie (caisse et service médical) ; le volet 4 est conservé par le pharmacien. Cette ordonnance remplie par le prescripteur, atteste de la conformité de la prescription aux indications et aux conditions de prescription et d'utilisation fixées par la fiche d'information thérapeutique. Elle atteste également de la remise au patient, par le prescripteur, du volet patient de la FIT.

¹² Arrêté du 20.10.2016 (JO 23.10.2016), Convention nationale des médecins libéraux Article 68

¹³ Arrêté du 29.08.1983 (JO 31.08.1983), Arrêté du 20.10.2016 (JO 23.10.2016), Convention nationale des médecins libéraux

¹⁴ Article R5132-5 du CSP

¹⁵ Arrêté du 31.03.1999 (JO 01.04.1999) modifié par l'arrêté du 18.06.2009 (JO 26.06.2009)

¹⁶ Article R163-2 du CSS, Arrêté du 17.07.2012 (JO 28.07.2012)

- **Ordonnance bizonne :**

L'ordonnance correspondant au formulaire dit « ordonnance bizonne » défini par cet arrêté permet au médecin de prescrire séparément les médicaments en rapport avec l'affection de longue durée et les autres sur le même support¹⁷.

L'ordonnance doit être signée du prescripteur.

y) Autres modèles spécifiques aux dispositifs médicaux

Des modèles de prescription existent aussi pour :

- L'oxygénothérapie à long terme¹⁸ ;
- la prescription de perfusion à domicile (ville ou hôpital)¹⁹ ;
- l'insulinothérapie par pompe externe ;
- la nutrition entérale à domicile avec sonde nasogastrique ou naso-jéjunale ;
- la nutrition entérale à domicile avec gastrostomie ou jéjunostomie.

2. Identification

L'identification du prescripteur par son numéro du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et l'identification de l'établissement de santé dans lequel il exerce au moyen du numéro du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) doivent figurer sur les PHEV transmises aux organismes d'Assurance maladie en vue du remboursement. Le numéro FINESS utilisé par l'établissement est celui utilisé normalement dans ses échanges avec l'Assurance maladie, à savoir le FINESS géographique ou juridique selon les cas. Les modalités de marquage par codes-barres des numéros RPPS et FINESS sur les PHEV sont précisées dans l'instruction DGOS/MSIOS n° 2010-396 du 29 novembre 2010. La finalité de ces dispositions est de permettre une identification précise et fiable et une traçabilité des PHEV. Les remboursements des prescriptions exécutées en ville sont à la charge de l'établissement hospitalier en cas d'impossibilité pour l'Assurance maladie d'identifier le médecin hospitalier au moyen du couple numéro RPPS et numéro FINESS²⁰.

Quant aux activités libérales exercées en milieu hospitalier, le prescripteur doit utiliser un ordonnancier portant son identifiant RPPS et, pour identifier la structure d'activité, son numéro établi par l'Assurance maladie appelé « numéro AM », en lieu et place du numéro FINESS de l'établissement de santé²¹.

¹⁷ Arrêté du 17.07.2012 (JO 28.07.2012)

¹⁸ Arrêté du 23 février 2015 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour l'oxygénothérapie et ses forfaits associés visés au chapitre 1er du titre 1er de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

¹⁹ Arrêté du 12 avril 2016 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux de perfusion à domicile et prestations associées visées sur la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

²⁰ Article L162-5-16 du CSS, Circ. Ministérielle DHOS/E3/2008/ 234 du 16/07/2008, Lettre réseau LR-DDGOS-53/2008 du 09.07.2008

²¹ Instruction DGOS/MSIOS n°2010-396 du 29 novembre 2010 relative aux modalités de marquage des prescriptions hospitalières exécutées en ville avec les codes à barres

3. Logiciels d'aide à la prescription

Le logiciel d'aide à la prescription (LAP) est un logiciel dont au moins une des fonctions permet d'élaborer et d'éditer les prescriptions médicales. Il existe deux types de LAP : le LAP hospitalier, utilisé en établissement de santé permettant notamment d'identifier les médicaments référencés dans l'établissement et inscrits au livret thérapeutique, et le LAP de médecine ambulatoire. Le LAP a pour objectif de promouvoir des fonctionnalités susceptibles :

- d'améliorer la qualité de la prescription ;
- de faciliter le travail du prescripteur et de favoriser la conformité réglementaire des prescriptions ;
- de diminuer le coût du traitement à qualité égale.

Les LAP avaient depuis le 1^{er} janvier 2015 l'obligation d'être certifiés par la Haute Autorité de Santé (HAS)²². Aujourd'hui, 71 LAP hospitaliers sont certifiés par la HAS, leur liste est d'ailleurs consultable sur le site internet de la HAS, et 52 % des établissements de santé sont dotés d'un logiciel certifié HAS.

La certification des LAP n'est plus obligatoire depuis l'arrêt rendu par la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE) du 7 décembre 2017. En effet, la CJUE considère qu'un logiciel médical – même s'il n'agit pas dans ou sur le corps humain – est un dispositif médical (DM) et qu'à ce titre, au regard de la directive européenne sur les dispositifs médicaux, seul le marquage CE lui est imposable. Ainsi, l'obligation française de certification des LAP – inscrite dans la loi de sécurité du médicament après l'affaire Mediator – ne peut être exigée des éditeurs de logiciels. Cet arrêt de la CJUE a été suivi par le Conseil d'État dans sa décision du 12 juillet 2018.

Cette décision n'empêche tout de même pas les éditeurs de LAP, sur la base du volontariat, de faire certifier leurs logiciels par la HAS. En effet, la certification par la HAS apporte des garanties complémentaires à celles du marquage CE :

- contribution à l'amélioration des pratiques de prescription en garantissant la conformité à des exigences nationales minimales en terme de sécurité, de conformité et d'efficacité de la prescription,
- adossement à une base de données sur les médicaments agréée par la HAS,
- gage de neutralité de l'information par l'absence de toute information étrangère à la prescription et de publicité de toute nature.

²² Article L161-38 du CSS, Article R161-76-10 à Article R 161-76-14 du CSS, Décret n° 2014-1359 du 14.11.2014 (JO 15.11.2014)

4. Déploiement de la e-prescription

La e-prescription vise à la dématérialisation des prescriptions et des délivrances des prestations en couvrant l'ensemble des prescriptions réalisées par les prescripteurs, qu'ils soient en exercice libéral ou hospitalier. Les prescriptions seront transcrites sous forme de données structurées au sein d'une base de données anonymisées nationale, ayant vocation à alimenter le dossier médical partagé afin que les patients et les professionnels de santé puissent y avoir accès.

L'Assurance maladie, dans son rapport pour améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses pour 2019, propose de généraliser la e-prescription de médicaments dès la fin de l'année 2019 après une phase d'expérimentation, avant de l'étendre dans les 3 années suivantes aux produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux), à la biologie, et aux actes réalisés par l'ensemble des auxiliaires médicaux (infirmiers et kinésithérapeutes).

Les bénéfices attendus de la e-prescription sont multiples et constituent des apports importants dans différents domaines en permettant de :

- simplifier et sécuriser le circuit de l'ordonnance, depuis la prescription jusqu'à la délivrance ou la réalisation de l'acte ;
- fluidifier et fiabiliser les échanges entre les médecins et les autres professionnels grâce à la dématérialisation et à la structuration des données des prescriptions, les prescripteurs ayant par exemple accès aux informations de la délivrance des médicaments qu'ils ont prescrits ;
- favoriser la coordination des soins grâce au partage des informations de prescription entre les professionnels de santé;
- fiabiliser les remboursements et réduire les risques de falsification.

Actuellement, la dématérialisation des prescriptions est limitée à une image scannée de l'ordonnance papier transmise par les pharmaciens (2).

D. Régulation des PHMEV

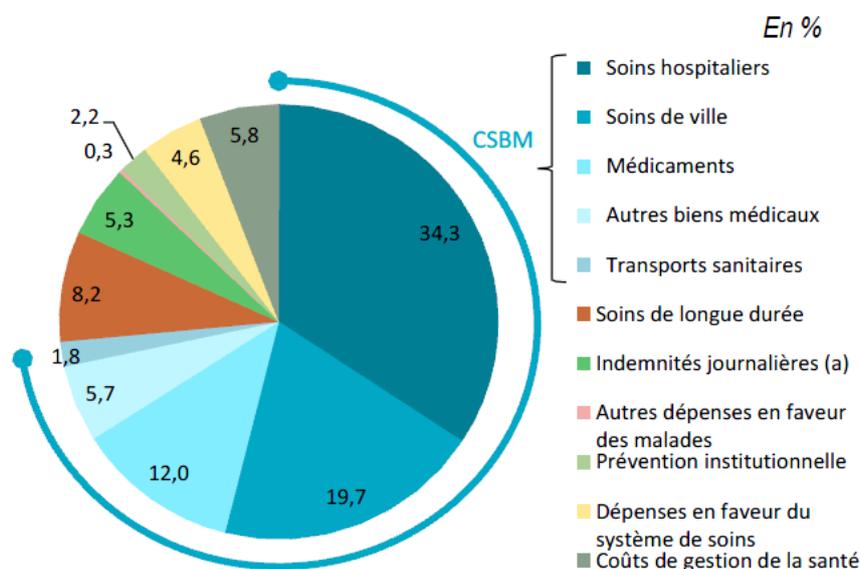
1. Pourquoi réguler les PHMEV ?

a) Un niveau élevé de dépenses

En 2017, la dépense courante de santé (DCS) en France s'est élevée à 271,1 milliards d'euros (Mds€) (3). La DCS d'un pays correspond à l'ensemble des sommes dépensées pour la fonction santé durant une année. La DCS comptabilise les dépenses courantes effectuées par tous les acteurs du système : la Sécurité sociale, l'État et les collectivités locales, les organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance) et les ménages.

La DCS est constituée (Figure 7) en 2017 à 73,5% de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), et à 26,5% des soins de longue durée à destination des personnes handicapées ou âgées en établissement ou à domicile ; des indemnités journalières versées par l'Assurance maladie aux assurés ; des dépenses de prévention institutionnelle, individuelle et collective ; des dépenses en faveur du système de soins ainsi que les subventions au système de soins et du coût de gestion du système de santé.

La CSBM représente la valeur totale des dépenses utilisées pour le traitement des malades. On trouve parmi ces dépenses les soins hospitaliers et ambulatoires, les remboursements de transports sanitaires, les biens médicaux (médicaments, dispositifs médicaux...), y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD) (4).



(a) Le champ retenu ici est constitué des indemnités journalières au titre de la maladie, de la maternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles pour l'ensemble des régimes de base (hors fonction publique).

Source > DREES, comptes de la santé.

Figure 7 : Répartition des différents postes constituant la dépense courante de santé en France en 2017 (3)

La CSBM est composée de cinq grands postes de dépenses (Figure 8) : les soins hospitaliers représentent la part la plus importante avec 92,8 Mds€ en 2017, suivis des soins de ville (53,4 Mds€), de la consommation des médicaments en ambulatoire (32,5 Mds€), de la consommation des autres biens médicaux (15,5 Mds€) et des transports sanitaires (4,9 Mds€) (3).

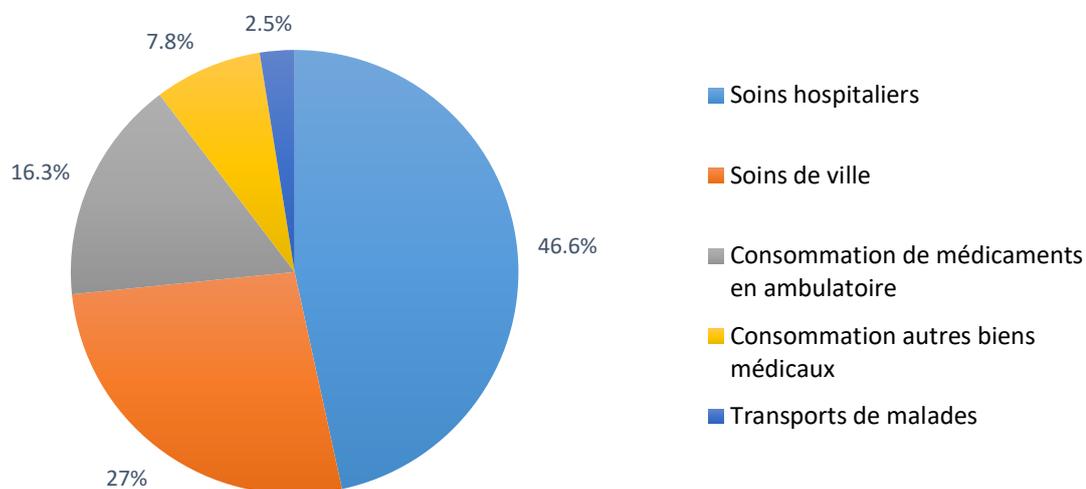


Figure 8 : Structure de la CSBM en 2017

La consommation française de médicaments se maintient à un niveau très élevé puisque les Français figurent toujours parmi les plus gros consommateurs mondiaux de médicaments (au 8^{ème} rang en 2015, derrière les États-Unis, la Suisse, le Japon, l'Allemagne, le Canada, l'Irlande et la Belgique). La dépense moyenne de produits pharmaceutiques par habitant était de 637\$US en 2015 (Figure 9) (5).

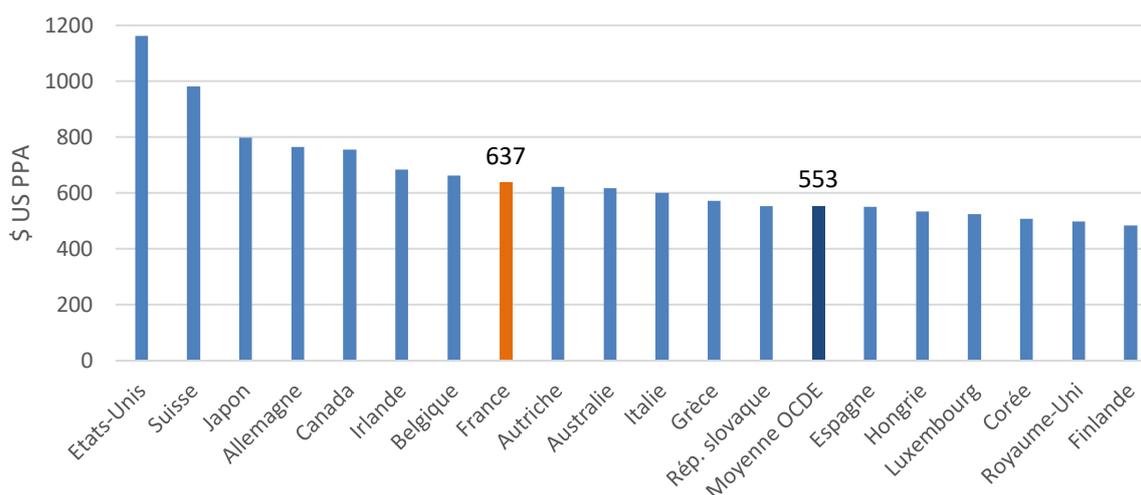


Figure 9 : Dépenses de produits pharmaceutiques par habitant en 2015 (5)

Nous avons vu également dans la partie I.B.2.a) que la part des PHMEV dans l'ensemble des prescriptions de médicaments était ainsi passée de 14% en 2004 à 30% en 2016.

b) Part croissante dans le PIB

La DCS en France correspond à 11,5% du PIB en 2017, plaçant ainsi notre pays parmi un groupe de 10 pays à haut revenu de l'OCDE incluant l'Allemagne, la Suède, le Japon ou le Canada y consacrant environ 11% de leur PIB, derrière les États-Unis (17,2%) et la Suisse (12,3%). La moyenne des pays de l'OCDE étant à 9% (Figure 10) (5).

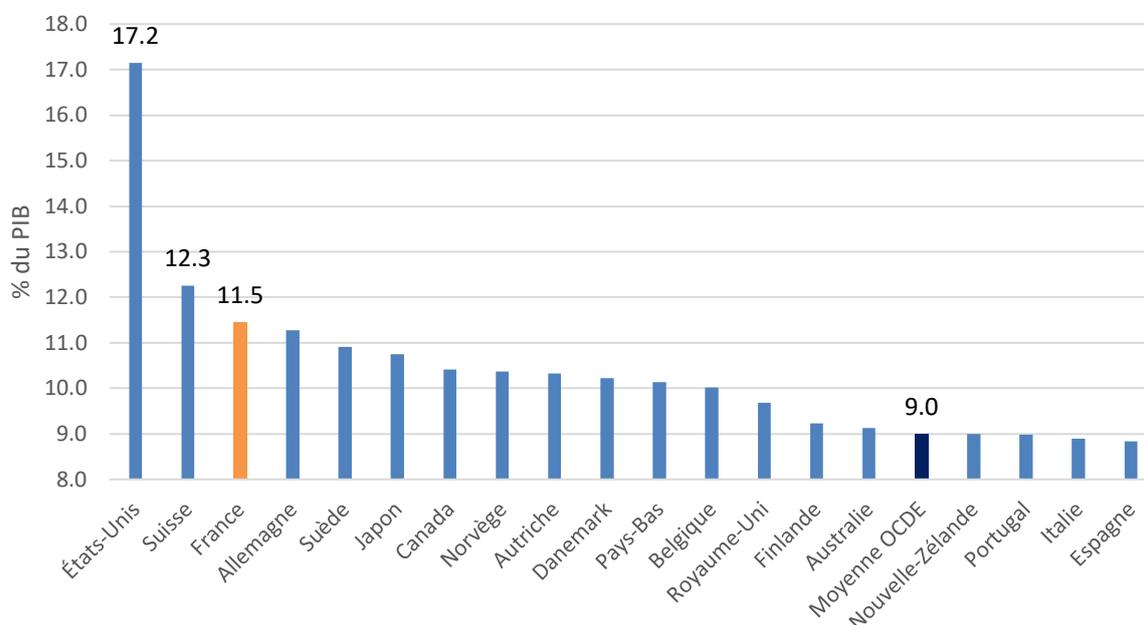
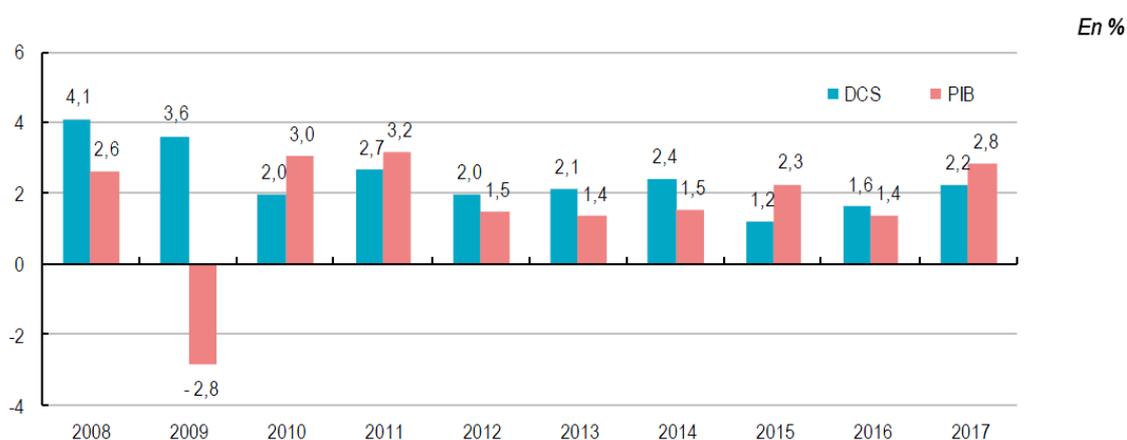


Figure 10 : Dépenses de santé en % du PIB en 2017 (5)

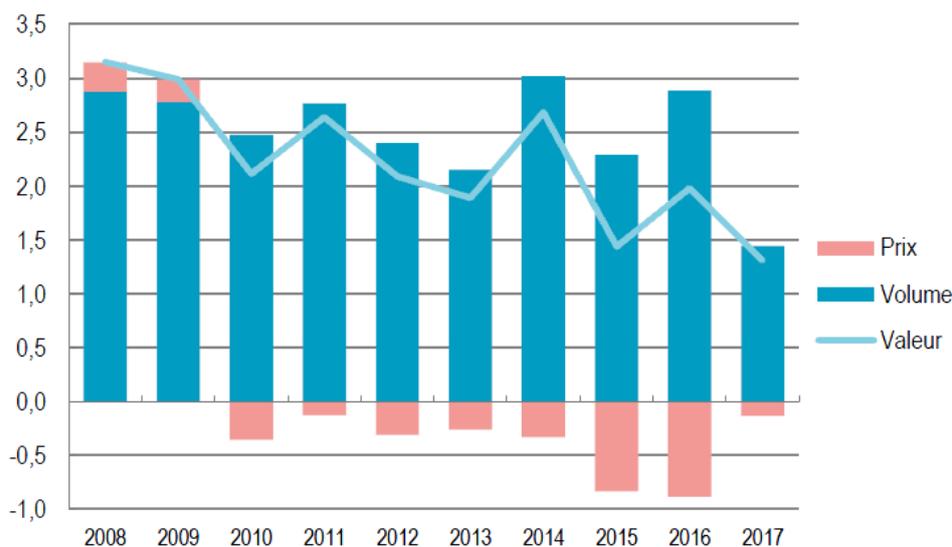
Les dépenses de santé par habitant dans les pays de l'OCDE ont continué d'augmenter en 2017, suivant la tendance des dernières années. Cela succède à une période de ralentissement brutal des dépenses entre 2009 et 2011, à la suite de la crise financière et économique mondiale. En moyenne, la croissance annuelle des dépenses de santé dans l'OCDE atteint 1,4 % depuis 2009, contre 3,6 % au cours des six années précédant 2009 (5). Le taux de croissance de la DCS en France s'élève à 2,2% en 2017 (Figure 11). La DCS progresse moins vite que le PIB en valeur (2,8 %), rompant ainsi avec la période 2012-2016 au cours de laquelle la DCS augmentait à un rythme plus élevé que celui du PIB (exception faite de l'année 2015) (3). La part de la DCS dans le PIB diminue donc légèrement (-0,1 point), à 11,8 % du PIB en 2017 (6).



Sources > DREES pour la DCS ; Insee pour le PIB.

Figure 11 : Taux de croissance en valeur de la DCS et du PIB (3)

L'évolution de la DCS est fortement liée à celle de la CSBM qui en représente les trois-quarts, à 199,3 Mds€, soit environ 2 977 € par habitant en 2017. Rapportée en part de PIB, la CSBM est stable depuis quelques années (8,7% en 2017, -0,1 point par rapport à 2016). Après avoir fortement progressé dans les années 2000, elle augmente de moins de 3% par an depuis 2009, et s'infléchit nettement en 2017 à +1,3% (après +2,0% en 2016), sa plus faible croissance depuis 10 ans, en raison du fort ralentissement des soins hospitaliers. Ce ralentissement provient d'une forte inflexion des volumes (+1,4 point en 2017 contre +2,9 points en 2016) qui fait plus que compenser les effets prix (-0,1 point en 2017 contre -0,9 point en 2016) (Figure 12).



Source > DREES, comptes de la santé.

Figure 12 : Taux de croissance de la CSBM en % (3)

En 2014, la CSBM augmente de 2,7 % (contre 1,9 % en 2013 et 1,4 % en 2015) du fait de l'introduction de nouveaux traitements innovants et onéreux contre le virus de l'hépatite C. En 2015, le ralentissement de la CSBM résulte à la fois de la baisse des prix des biens et services de santé (-0,8 %), et de la modération des volumes (+2,3 %, contre plus de 3,1 % un an plus tôt). Depuis 2010, les prix jouent à la baisse sur l'évolution de cet agrégat, plus particulièrement pour les médicaments et, dans une moindre mesure, à l'hôpital. Toutefois, alors que les prix avaient fortement réduit la dynamique globale en 2015 et en 2016, ce n'est plus le cas en 2017 : la baisse de prix sur les médicaments remboursables, moindre qu'en 2016, est en partie compensée par une hausse du prix des médecins consécutive aux revalorisations de leurs honoraires (3).

Nous avons vu également dans la [partie I.B.2.a\)](#) que les PHMEV ont un rythme de croissance très soutenu : le taux de croissance annuel moyen est de 8% depuis 2004, contre -1% pour les prescripteurs hors hôpital.

c) Un financement socialisé

Plusieurs acteurs interviennent dans le financement des dépenses de santé : la Sécurité sociale, l'État, les collectivités locales, les organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) et les ménages.

La part de chacun d'entre eux n'est cependant pas identique et ils n'interviennent pas non plus dans le même périmètre selon que l'on se place dans le cadre de la DCS ou dans celui de la CSBM : l'État est surtout financeur de la part de la DCS portant sur la prévention, la formation et la recherche médicale mais également dans la prise en charge des soins des plus précaires (via la Couverture Maladie Universelle Complémentaire – CMU-C – ou l'Aide Médicale d'État – AME) ; tandis que les autres financeurs interviennent majoritairement dans le cadre de la CSBM. Au sein de celle-ci, on distingue aussi la prise en charge du « gros risque », c'est-à-dire des risques les plus coûteux (hospitalisation, affection longue durée, etc.), par la Sécurité sociale et celle du « petit risque » (optique, dentaire, audioprothèses) par les organismes complémentaires. Quant aux ménages, leur part fluctue au gré de l'évolution du montant des « restes à charge » (7).

α) Part de la Sécurité sociale

Les financeurs publics, représentés par l'État et les collectivités territoriales, participent faiblement au financement de la CSBM (1,5% en 2017) (8).

La Sécurité sociale est le principal financeur de la CSBM : elle prend en charge 77,8% de ses dépenses en 2017 soit 155,1 Mds€ (57,3% de la DCS). Cela représente 25,9% des dépenses totales de la Sécurité sociale.

La part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM est répartie à la hausse depuis 2012, après avoir diminué de 2006 à 2011 sous l'effet de mesures d'économies mises en œuvre, comme l'instauration de franchises sur les médicaments ou la hausse du forfait journalier hospitalier.

La part relevant de la Sécurité sociale en 2017 est de :

- 91,6% pour les soins hospitaliers
- 65,1% pour les dépenses de soins de ville
- **72,7% pour la dépense de médicaments**
- 44,6% pour les autres biens médicaux
- 93,1% pour les transports de malades

La part de la Sécurité sociale dans la dépense de médicaments en ville s'élève à 72,7 % en 2017. Cette part augmente depuis 2008, en raison notamment de la déformation de la structure de consommation des médicaments : la part des médicaments remboursés à 100 % (parmi lesquels figurent les plus coûteux) dans les ventes totales augmente. En particulier, l'introduction des traitements contre l'hépatite C a fait augmenter le taux de prise en charge des médicaments par la Sécurité sociale en 2014 (3).

6) Part des organismes complémentaires et reste à charge des ménages

Les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance) ont versé en 2017 26,3 Mds€ de prestations en soins et biens médicaux, et participent ainsi à 13,2% du financement de la CSBM. Cette participation continue de baisser depuis son point le plus haut atteint en 2013 (13,7%), même si les prestations versées par les organismes complémentaires ont augmenté en 2016 de 1,5% (pas d'augmentation en 2017). Les organismes complémentaires sont surtout présents pour le financement de l'optique (74%), peu pris en charge par l'Assurance maladie, et dans les soins dentaires (41,3%). Ils prennent aussi en charge en 2017 12,6% de la dépense de médicaments (9). Le financement des organismes complémentaires se fait principalement par les cotisations des assurés, la plus grande partie de ces cotisations leur étant reversée sous forme de prestations.

Le reste à charge des ménages correspond au montant de la dépense de santé restant à payer par les ménages après intervention de l'Assurance maladie et des organismes complémentaires. Il est évalué pour l'année 2017 à 14,9 Mds€, soit 7,5% de la CSBM ou 223€ par habitant.

Le reste à charge des ménages en proportion de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) fluctue ces dernières années en fonction de plusieurs facteurs, notamment lorsque des mesures significatives de régulation de la dépense de santé portant sur les assurés ont été prises (participations forfaitaires en 2005, déremboursement de médicaments à partir de 2006, franchises en 2008...). Néanmoins, le reste à charge des ménages diminue d'année en année (10).

2. Qui régule les PHMEV ?

a) L'Assurance maladie

α) Rôle des caisses nationales d'Assurance maladie

Les caisses nationales d'Assurance maladie (caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés, régime social des indépendants, caisse centrale de la mutualité sociale agricole), regroupées dans l'union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNCAM) sont des acteurs majeurs dans la régulation du secteur ambulatoire : sur les soins effectués en cabinet de ville ou sur les consultations externes effectuées dans les établissements hospitaliers publics et privés. Elles sont notamment chargées d'établir des conventions avec les différents professionnels de santé (médecins, infirmiers, dentistes...) pour parvenir à des accords-cadres déterminant les obligations respectives des organismes d'Assurance maladie et des professionnels de santé exerçant en ville, ainsi que les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés, leur meilleure coordination ou pour promouvoir des actions de santé publique. Elles définissent aussi le champ des prestations soumises au remboursement et fixent le taux de prise en charge des soins.

Les caisses nationales d'Assurance maladie interviennent également dans la régulation des dépenses de santé grâce à des politiques de maîtrise médicalisée recherchant l'efficacité et l'utilité médicale des sommes consacrées à la santé afin de supprimer les gaspillages et d'obtenir une baisse des dépenses. Pour cela, les caisses nationales mettent en œuvre une politique de gestion du risque et disposent pour l'appliquer d'un réseau d'organismes locaux (les caisses primaires d'Assurance maladie pour le Régime général) capables de les mettre en œuvre en utilisant leur système d'information et en mobilisant leur personnel administratif et médical (11).

La gestion du risque est un ensemble d'actions visant à maîtriser ou infléchir la dynamique et la structure des dépenses de soins couvertes par l'Assurance maladie. Elle se définit autour de trois finalités : une recherche d'efficacité (optimiser les réponses du système de soins aux besoins de santé) ; un souci de prévention (inciter la population à recourir à la prévention et aux soins de façon pertinente) ; une finalité qualitative (amener les professionnels de santé et établissements à respecter les critères de qualité et de pertinence). Concrètement, cela passe par de nombreux programmes, divers et hétérogènes, d'accompagnement des professionnels de santé, de prévention, d'observation socio-économique pour avoir une meilleure connaissance du risque maladie, ou encore de contrôle et de lutte contre la fraude.

Cette notion est apparue dans le Code de la sécurité sociale en 1996, devenant l'un des objectifs des conventions d'objectifs et de gestion (COG) nouvellement créées. La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie en fait une compétence spécifique des caisses nationales d'Assurance maladie.

La loi du 21 juillet 2009 dite Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) prévoit un partage des responsabilités entre l'État et l'Assurance maladie en matière de gestion du risque qui repose sur le contrat pluriannuel État-UNCAM. Ce contrat détermine les objectifs de gestion du risque et les actions mises en œuvre pour les atteindre. Les objectifs sont ensuite déclinés en engagements par chaque régime d'Assurance maladie au travers des COG, et par l'État au travers de priorités nationales de gestion du risque.

Au niveau régional, la loi HPST confère une compétence de gestion du risque aux agences régionales de santé (ARS) et à une instance de concertation ARS-Assurance maladie, la Commission régionale de gestion du risque (12).

6) Rôle des caisses primaires d'Assurance maladie

L'Assurance maladie mène depuis les années 2000 une politique volontariste de régulation des soins en diffusant une information structurée à tous les professionnels de santé : des prescripteurs (médecins), en passant par les auxiliaires médicaux et les pharmaciens. Cette politique de conseil et d'information des professionnels de santé est menée conjointement par les médecins-conseils des services médicaux et par les délégués de l'Assurance maladie. Cette dernière fonction, créée en 2003, est occupée par des personnels non médicaux. Elle permet de faire le lien entre les services des caisses primaires d'Assurance maladie et les professionnels de santé pour apporter des réponses sur des problèmes administratifs

(facturation, remboursement) ou conventionnel, promouvoir les recommandations de l'Assurance maladie en matière de prescription et de bonnes pratiques, et renseigner les professionnels de santé sur leur pratiques en mettant à leur disposition des informations issues des bases de données de l'Assurance maladie. Ces interventions sont structurées dans un programme national permettant d'homogénéiser les messages diffusés. Les délégués de l'Assurance maladie avec les médecins-conseils essaient de faire évoluer les comportements des professionnels vers plus d'efficacité et une meilleure efficacité du système de soins de santé, en matière de prescription de médicaments, d'actes médicaux ou d'arrêts de travail. Ils sont aussi des vecteurs de diffusion des campagnes et des messages de santé publique (vaccinations, dépistages, etc.) en touchant directement les professionnels de santé (13). Par exemple, une application pour smartphone appelée « eMemo Génériques », disponible en téléchargement depuis juin 2017, a été développée par l'Assurance maladie pour accompagner les professionnels de santé dans la prescription de molécules appartenant au répertoire des groupes génériques.

b) Les agences régionales de santé

Les agences régionales de santé (ARS), au nombre de 17, sont des établissements publics de l'État à caractère administratif sous tutelle ministérielle directe mais disposant d'une part d'autonomie. Elles ont été créées par la loi HPST du 21 juillet 2009. Dans un souci de simplification et de clarification de l'organisation sanitaire régionale, elles remplacent sept organismes, dont les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), la direction régionale et les directions départementales de l'action sanitaire et sociale (Drass et Ddass), l'Union et les caisses régionales d'Assurance maladie (Urcam et Cram), et récupèrent leurs domaines d'activité en matière de prévention, de soins en ville et à l'hôpital, ainsi qu'en matière médico-sociale.

Leurs principales missions²³ sont le pilotage de la politique de santé publique et la régulation de l'offre de santé en région. Elles définissent et mettent en œuvre la politique de santé en région au plus près des besoins des populations et en tenant compte des spécificités de chaque région (14).

Le pilotage de la politique de santé publique en région comprend trois champs d'intervention :

- la veille et la sécurité sanitaires, ainsi que l'observation de la santé.
- la définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé.
- l'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet.

La régulation de l'offre de santé en région vise à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé. Elle porte sur les secteurs ambulatoire (médecine de ville), médico-social (aide et accompagnement des personnes âgées et handicapées) et hospitalier. Ainsi, les ARS coordonnent les activités et attribuent le budget de fonctionnement des

²³ Article L1431-1 du CSP

hôpitaux, cliniques, centres de soins ainsi que des structures pour personnes âgées, handicapées et dépendantes.

La régulation comporte une dimension territoriale (pour une meilleure répartition des médecins et de l'offre de soins sur le territoire) et une dimension économique (pour une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé).

La régulation est mise en place dans les différents domaines de responsabilité de l'agence, la loi mettant à la disposition du Directeur Général de l'ARS divers leviers, notamment :

- l'autorisation de la création des établissements et services de soins et médico-sociaux, le contrôle de leur fonctionnement et l'allocation de leurs ressources.
- la définition et la mise en œuvre, avec les organismes d'Assurance maladie et la caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA), des actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé en région.
- l'évaluation et la promotion de la qualité des formations des professionnels de santé (15).

3. Comment réguler les PHMEV ?

α) Régulation de l'offre et de la demande

α) Régulation de l'offre

L'offre de santé est représentée par les producteurs de soins : professionnels de santé, établissements de santé, industriels, etc. Sa régulation fait intervenir plusieurs actions.

En matière de PHEV, deux offreurs sont concernés par les mesures de régulation :

- Les industriels :

Le prix des médicaments est fixé par le comité économique des produits de santé (CEPS), en général par négociation avec l'entreprise exploitant le médicament (à défaut, par décision du comité), sur la base notamment de l'amélioration du service médical rendu (ASMR), du prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente envisagés, de la population cible et des prix pratiqués à l'étranger, et le cas échéant de l'évaluation médico-économique²⁴. Les médicaments, pour être pris en charge par l'Assurance maladie en ville, doivent être inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux²⁵. La décision finale d'inscription au remboursement relève de la compétence des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité Sociale et est publiée au Journal officiel. Pour pouvoir être utilisés dans les établissements publics de santé, les médicaments doivent être inscrits sur la liste des spécialités agréées aux collectivités²⁶. De plus, les établissements publics de santé sont tenus de respecter les dispositions du Code des marchés publics pour l'achat des médicaments (appel d'offre).

²⁴ Article L162-16-4 du CSS

²⁵ Article L162-17 du CSS

²⁶ Article L5123-2 du CSP

- Les établissements de santé :

La politique de régulation des prescriptions hospitalières a été définie au cours des dix dernières années par des contrats conclus entre l'établissement de santé (ES) et les ARS, ou entre les ES, les ARS et les organismes locaux d'Assurance maladie. Il s'agit pour les autorités de moyens de contractualisation avec les établissements de santé. Se sont ainsi développés au cours de ces années les contrats de bon usage du médicament, des produits et prestations (CBUMPP) créés en 2005, puis les contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) portant sur les produits de santé ou les transports en 2009, les contrats de performance (CAQS) en 2011, et enfin en 2015 les contrats d'amélioration des pratiques en établissement de santé (CAPES) et les contrats d'amélioration de la pertinence des soins (CAPS).

Pour gagner en efficacité et en lisibilité, la LFSS pour 2016²⁷ a supprimé l'ensemble de ces contrats pour les remplacer au 1er janvier 2018 par un nouveau contrat simplifié, dit « contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins » (CAQES). Ce nouveau contrat est encadré par un décret²⁸ et deux arrêtés²⁹ et ³⁰ définissant le contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins ainsi que ses seuils de références. Le CAQES unifie désormais dans un cadre commun la démarche et la procédure de contractualisation entre les établissements de santé publics et privés ayant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), d'hospitalisation à domicile (HAD), de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de psychiatrie (1).

Plusieurs objectifs du CAQES signé par l'établissement de santé concernent les PHEV :

- Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations (article 10.1 du CAQES) ;
- Engagements relatifs aux prescriptions dans le répertoire générique et biosimilaires (article 10.3 du CAQES) ;
- Engagements relatifs aux médicaments et à la liste des produits et prestations prescrits en établissement de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville (article 10.4 du CAQES).

Ces objectifs généraux sont ensuite déclinés en plusieurs indicateurs, soit nationaux soit régionaux. Les indicateurs régionaux constituent un socle permettant d'harmoniser les cibles des établissements d'une même région et d'assurer ainsi une cohérence et une équité dans le niveau d'exigence attendu pour l'ensemble de ces établissements. Chaque indicateur, qu'il soit national ou régional, a ses modalités d'évaluation et de notation définies régionalement. Dans le cadre du CAQES, le non-respect des objectifs peut conduire à des sanctions financières.

²⁷ Article 81 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016

²⁸ Décret n° 2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

²⁹ 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

³⁰ Arrêté du 27 avril 2017 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale

6) Régulation de la demande

La régulation de la demande de soin met en œuvre des mesures agissant sur les patients, en reportant sur eux, par le biais du reste à charge, une partie des frais de santé. Cette mesure vise à les responsabiliser (principe du ticket modérateur) afin d'éviter des dépenses non nécessaires ou excessives.

Parmi ces mesures, on peut citer :

- les franchises médicales (part du tarif qui ne peut pas faire l'objet d'un remboursement et reste donc à la charge du patient) sur les médicaments (0,50€ par boîte), les actes paramédicaux (0,50€ par acte) ou les transports sanitaires (2€) ;
- les participations forfaitaires de 1€ sur les consultations de médecins ;
- les forfaits hospitaliers (20€ par jour en hôpital ou en clinique) ;
- le ticket modérateur : c'est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social une fois que l'Assurance maladie a remboursé sa part. Il existe depuis la création de la Sécurité sociale, et s'applique sur tous les frais de santé remboursables : consultation chez le médecin, analyse de biologie médicale, examen de radiologie, médicaments prescrits, etc.

Les dispositifs de franchise médicale et de ticket modérateur participent à la régulation des PHEV.

L'ensemble de ces mesures sont plafonnées à 50€ par patient et par an, et certains assurés en sont exonérés (les enfants et les jeunes de moins de 18 ans ; les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME)...). Malgré ceci, elles peuvent avoir des conséquences contradictoires en augmentant les taux de renoncement aux soins pour les personnes à faibles revenus, et générant à terme plus de dépenses, en raison d'une dégradation possible de l'état de santé des « non-recourants » et donc des frais plus élevés par la suite ; et en augmentant le risque « d'aléa moral » des personnes les mieux couvertes (celles qui disposent notamment d'une bonne couverture complémentaire prenant en charge tout ou partie des franchises) qui ne seront pas incitées à limiter leur consommation de soins, annihilant ainsi tout effet des politiques de modération (16).

La Haute Autorité de Santé favorise également le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Ces programmes sont avant tout destinés aux patients (ou leur entourage) souffrant de pathologies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, maladies respiratoires comme l'asthme...) ou de maladies rares. Ils visent à faire acquérir (ou maintenir) les compétences dont a besoin le patient pour mieux se soigner et mieux vivre son quotidien. Ainsi, les programmes d'ETP permettent de rendre les patients acteurs de leur propre prise en charge afin que, mieux informés, ils observent plus scrupuleusement les traitements et les règles de vie qu'ils doivent suivre. L'objectif est d'éviter les complications liées à une dégradation des conditions de santé, qui entraîneraient des soins supplémentaires ou plus lourds (par exemple, cécité ou amputation dans le cas des patients diabétiques), très coûteux pour l'Assurance maladie (17).

b) Régulation budgétaire et médicalisée

α) Régulation budgétaire

La régulation du système de santé et de ses dépenses est réalisée en France majoritairement par des décideurs publics comme le Parlement, le ministère en charge de la santé, les caisses nationales d'Assurance maladie obligatoires, les agences régionales de santé, puisque son financement provient en grande partie de cotisations sociales obligatoires, d'impôts et de taxes.

Ainsi, l'État, par le biais du ministère en charge de la santé, intervient dans le secteur hospitalier public et privé grâce à la planification sanitaire (organisation et répartition des soins sur le territoire) et au financement des infrastructures (dotations de financement) et des actes (tarification à l'activité).

De son côté, le Parlement vote chaque année la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) dans lequel est déterminé un objectif national des dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM). C'est un objectif des dépenses à ne pas dépasser dans le cadre de soins de ville, d'hospitalisation et de médico-social, même si les montants votés ne sont pas limitatifs. L'ONDAM est l'un des outils de transformation et d'adaptation de notre système de santé en se fixant des objectifs de consommation, toujours en augmentation d'une année à l'autre.

L'objectif national des dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM) a été créé en 1996 par les ordonnances Juppé. Fixé par le Parlement dans la LFSS votée chaque année, il intègre un objectif des dépenses à atteindre et à ne pas dépasser idéalement en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements publics et privés, ainsi que dans les centres médico-sociaux. L'ONDAM n'est pas limitatif, le remboursement des prestations s'effectuant tout au long de l'année même si les dépenses sont plus importantes que prévues : le remboursement à l'assuré ne cesserait pas si l'objectif des dépenses était dépassé. L'ONDAM n'est donc pas un budget proprement dit, mais plutôt un indicateur de maîtrise des dépenses de santé. Depuis que l'ONDAM existe, il a été systématiquement dépassé entre 1997 et 2010. Depuis lors, il est sous exécuté : les dépenses restent inférieures à celles votées par le Parlement.

Ainsi, la dernière LFSS³¹ a prévu que l'ONDAM de 2018, d'un montant de près de 200 Mds€, pourrait progresser de +2,3% par rapport à 2017 (Tableau 3). Ce montant représente 4,4 Mds€ de dépenses supplémentaires par rapport à celui de 2017 pris en charge par la collectivité sur le champ de la maladie. L'atteinte de l'ONDAM nécessite un effort important de maîtrise de l'évolution des dépenses (18).

³¹ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

	Dépenses prévisionnelles (Mds€)	Taux de progression dans l'ONDAM 2018
Soins de ville	88,9	2,4%
Établissements de santé	80,7	2,2%
Établissements et services médico-sociaux	20,5	2,6%
Fonds d'intervention régionale	3,4	3,1%
Autres prises en charge	1,8	4,3%
Total	195,2	2,3%

Tableau 3 : Évolution de l'ONDAM 2018 par sous-objectif

Les PHEV étant en forte progression et impactant significativement les dépenses de soins de ville (*voir paragraphe I.B.*), des mesures de régulation budgétaires spécifiques ont été mises en place. Ainsi, un arrêté fixe tous les ans un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la LPP relevant des PHEV.

Tous les ans, en fin d'année, paraît au Journal Officiel un arrêté fixant pour l'année à venir le taux prévisionnel d'évolution des dépenses des PHEV de produits de santé. En 2017, le taux prévisionnel d'évolution des dépenses des PHEV de produits de santé a été fixé à 4%³² et³³. Le Tableau 4 précise les taux cibles annuels d'évolution fixés depuis 2012.

	Taux cible d'évolution des dépenses des PHEV de produits de santé
2012	5%
2013	5%
2014	5%
2015	3,2%
2016	4%
2017	4%

Tableau 4 : Taux cible d'évolution nationale des dépenses de PHEV de produits de santé de 2012 à 2017

θ) Régulation médicalisée

Les mesures de régulation de l'offre ou de la demande de soins peuvent être perçues comme autoritaires ou contre-productives, aussi se voient-elles associées à d'autres mesures visant à changer le comportement des prescripteurs et des patients afin d'améliorer l'état de santé de la population et ainsi diminuer les coûts.

³² 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

³³ Arrêté du 27 avril 2017 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale

➤ **Mise à jour et diffusion des recommandations de bonnes pratiques**

Pour inciter les prescripteurs aux bonnes pratiques médicales, la Haute Autorité de Santé publie et met à jour régulièrement des recommandations et guides de bonne pratique. Cette agence, autorité publique indépendante créée en 2004, contribue ainsi à la régulation du système de santé par la qualité. Ses missions s'exercent dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique. Ses recommandations permettent aux médecins prescripteurs de s'appuyer sur des référentiels opposables pour faire évoluer leurs pratiques et leurs modes de prescription.

Des campagnes de diffusion de ces nouveaux référentiels sont ainsi menées régulièrement par les délégués de l'Assurance maladie et les médecins-conseils du service médical auprès des professionnels de santé directement dans leurs cabinets. Ces campagnes peuvent porter sur la bonne prescription des arrêts de travail en fonction des pathologies observées; sur la bonne prescription de certaines classes de médicaments (statines, antibiotiques...) afin de maximiser leur efficacité thérapeutique; sur la promotion des médicaments génériques et des biosimilaires, aussi efficaces que les médicaments princeps et surtout moins chers que ces derniers.

➤ **Conventions avec les professionnels de santé libéraux**

Il est à noter que ces conventions ne concernent pas les PHEV dans la mesure où elles sont ciblées sur l'activité libérale des professionnels de santé.

Afin d'inciter les prescripteurs aux bonnes pratiques en matière de prescription, d'organisation du cabinet médical ou de prise en charge des patients souffrant de pathologies chroniques (diabète, par exemple), une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) a été introduite dans la convention³⁴ organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie en 2011. L'atteinte des objectifs fixés au praticien est rémunérée tout en n'étant pas contraignante. L'adhésion à la ROSP est en effet facultative (17). Les indicateurs associés à cette ROSP³⁵ concernent notamment le suivi de pathologies chroniques, la prévention, l'efficacité des prescriptions (taux de prescription dans le répertoire des groupes génériques, taux de prescription de biosimilaires...).

Concernant la convention³⁶ organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie³⁷, elle prévoit également une rémunération sur objectifs, fondée notamment sur des objectifs en matière de substitution par des médicaments générique, de stabilité de délivrance de certains médicaments génériques, ou encore d'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques.

³⁴ Article L162-5 du CSS

³⁵ Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

³⁶ Article L162-16-1 du CSS

³⁷ Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie

➤ **Contractualisation avec les établissements de santé**

Plusieurs indicateurs du CAQES mentionnés ci-dessus relèvent d'une régulation médicalisée des PHEV : l'informatisation, la traçabilité des prescriptions, le recours aux génériques et biosimilaires, et enfin la mise en place d'actions d'amélioration de l'efficacité des prescriptions sur une classe thérapeutique.

Informatisation des prescriptions

Afin d'améliorer et sécuriser la prise en charge thérapeutique du patient et le circuit des produits et prestations (article 10.1 du CAQES), il est demandé aux établissements de développer l'utilisation des LAP pour toutes les prescriptions de médicaments, y compris pour celles effectuées dans le cadre des consultations externes ou lors de la sortie d'hospitalisation. L'établissement doit fournir le taux de prescriptions de sortie informatisées, et doit mettre un plan d'actions interne visant à faire progresser le nombre de prescriptions de sortie informatisées.

RPPS/FINESS

Toujours dans ce même objectif, l'établissement de santé doit veiller à ce que les prescriptions réalisées par ses professionnels de santé contiennent obligatoirement : l'identifiant personnel du prescripteur autorisé à exercer au moyen de son numéro RPPS auquel doit être joint l'identifiant FINESS de l'établissement. L'établissement de santé est évalué sur le taux de prescriptions incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement, taux dont l'objectif est fixé à 70% par l'ARS pour le CHU de Toulouse pour 2018 (Tableau 5) (19).

Année	Taux cible
2018	70%
2019	75%
2020	80%
2021	85%

Tableau 5 : Taux cibles pour le CHU de Toulouse des PHEV présentant les numéros RPPS et FINESS

Génériques³⁸ et biosimilaires³⁹

Le taux prévisionnel de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques a été fixé pour l'année 2017 à 44%⁴⁰ par l'arrêté du 30 décembre 2016, puis à 45,5%⁴¹ par l'arrêté du 27 avril 2017.

L'article 10.3 du CAQES fixe des objectifs afin de promouvoir la prescription de médicaments dans le répertoire des groupes génériques, ainsi que la prescription de médicaments biosimilaires. Ces médicaments, moins chers que les princeps, sont une importante source d'économie possible, à condition que leur pénétration soit élevée dans les prescriptions. L'établissement est évalué pour les PHMEV sur le taux de prescription dans le répertoire des génériques et le taux de prescription des biosimilaires.

L'ARS a fixé, dans le cadre du CAQES, le taux de prescription dans le répertoire des génériques à 42,5% pour 2018 pour le CHU de Toulouse (Tableau 6) (19).

Année	Taux minimum de prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques
2015	39 %
2016	44 %
2017	44 %
2018	42,5 %

Tableau 6 : Taux minimum de prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques de 2015 à 2017 (cibles nationales) et 2018 (cible régionale)

Concernant les biosimilaires, le taux cible régional est fixé à 50% en 2019, 60% en 2020 et 70% en 2021.

À noter qu'un dispositif spécifique⁴² a été mis en place début 2018 pour favoriser la prescription de médicaments biosimilaires dans les PHEV : ce dispositif prévoit une possibilité d'intéressement de l'établissement.

³⁸ Selon l'article L5121-1 du CSP on entend par spécialité générique d'une spécialité de référence, celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées

³⁹ Selon l'article L5121-1 du CSP on entend par médicament biologique similaire, tout médicament biologique de même composition qualitative et quantitative en substance active et de même forme pharmaceutique qu'un médicament biologique de référence mais qui ne remplit pas les conditions prévues au I du présent article pour être regardé comme une spécialité générique en raison de différences liées notamment à la variabilité de la matière première ou aux procédés de fabrication et nécessitant que soient produites des données précliniques et cliniques supplémentaires dans des conditions déterminées par voie réglementaire

⁴⁰ 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

⁴¹ Arrêté du 27 avril 2017 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale

⁴² 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 et Arrêté du 3 août 2018

L'établissement de santé étant souvent primo-prescripteur, ses prescriptions ont un réel impact financier sur l'enveloppe soins de ville où les médicaments sont délivrés (20). Pour faciliter la prescription dans le répertoire des groupes génériques, il est obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2015 de prescrire les médicaments en dénomination commune internationale (DCI), désignation recommandée par l'Organisation mondiale de la santé⁴³. La DCI correspond au nom du principe actif du médicament ou sa désignation dans la pharmacopée. Le patient, en étant moins attaché à un nom de spécialité, pourrait être plus à même d'accepter la substitution ou la délivrance d'un médicament générique par son pharmacien.

Maîtriser l'évolution des PHEV

L'article 10.4 du CAQES porte sur des engagements visant à maîtriser spécifiquement l'évolution des PHEV. L'établissement de santé doit mettre en œuvre l'ensemble des actions d'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en terme de prescription et d'organisation de ces prescriptions nécessaires pour assurer le respect du taux d'évolution des dépenses des PHEV de produits de santé. En Occitanie, un indicateur spécifique prévoit la mise en place d'un plan d'action permettant d'améliorer la qualité et l'efficacité des PHEV d'une classe de médicaments et d'une classe de DM.

Une régulation est aussi entreprise du côté des dispositifs médicaux en ciblant les prestataires et les supports de prescription. Les prestataires interviennent au sein des établissements de santé afin de proposer leur service dans les matériels proposés aux patients sortant d'hospitalisation, par exemple pour des perfusions à domicile, de l'oxygénothérapie à domicile, etc. Leur présence au sein des établissements n'étant pas tout le temps connue ou encadrée, il est demandé aux établissements de santé d'Occitanie de mettre en œuvre une charte pour réguler et encadrer l'intervention des prestataires de LPP au sein de l'établissement. Pour les supports de prescription, les établissements d'Occitanie doivent mettre en place des modèles de prescription pour les dispositifs médicaux relevant de la LPP en PHEV afin d'éviter les surprescriptions de dispositifs médicaux. Deux modèles nationaux de prescriptions viennent d'être mis à disposition : le premier concerne la prescription des actes et dispositifs de perfusion à domicile, le deuxième l'oxygénothérapie à domicile. D'autres modèles de prescription devraient être publiés prochainement, concernant les prescriptions de nutrition entérale à domicile ou l'insulinothérapie par pompe externe.

Un tableau récapitulatif des indicateurs du CAQES est disponible en annexe 7.

relatif à l'expérimentation pour l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires délivrés en ville

⁴³ Décret n° 2014-1359 du 14 novembre 2014 relatif à l'obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale et des logiciels d'aide à la dispensation prévue à l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale

II. Les PHEV de produits de santé au CHU de Toulouse

A. Audit réalisé sur les PHEV de produits de santé

1. Contexte

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) nous impose des actions sur les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) afin de maîtriser leur évolution. Plusieurs points sont ainsi concernés : incitation à augmenter le taux de prescription de médicaments dans le répertoire des génériques, ainsi que pour les médicaments biosimilaires. Des exigences concernant la qualité des PHEV sont également demandées : présence du numéro RPPS du prescripteur et du numéro FINESS de l'établissement.

Nous sommes aussi régulièrement sollicités par des pharmaciens d'officine et par les pharmaciens des rétrocessions sur nos PHEV, notamment sur la difficulté à joindre le prescripteur en l'absence de coordonnées du service sur les prescriptions, ainsi que sur des problèmes de non-conformités dans nos ordonnances (absence de signature du prescripteur par exemple).

Nous avons donc décidé au CHU de Toulouse d'organiser un audit sur nos PHEV de produits de santé afin :

- d'effectuer un état des lieux des PHEV du CHU de Toulouse : combien de supports de prescription sont utilisés, quelles sont les différences de pratiques entre les différents services, quels sont les aspects réglementaires sur lesquels nous pourrions progresser, quelle est notre position en terme de prescriptions de sortie dans le répertoire des génériques...
- de mettre en place des actions sur les PHEV de manière ciblée selon les résultats obtenus dans l'état des lieux afin d'améliorer leur qualité et progresser sur les exigences qui nous sont demandées par le CAQES.

2. Matériel et méthode

a) Matériel

Pour réaliser cet audit et avoir une vision la plus exacte possible des PHEV de notre établissement, nous avons décidé de les récupérer en ville, là où elles sont exécutées, dans les pharmacies d'officine et dans les rétrocessions de notre établissement, au lieu de récupérer les ordonnances à la source, c'est-à-dire directement dans le service ou via nos logiciels de prescription. En effet, récupérer les ordonnances à la source comportait de nombreuses difficultés : non exhaustivité des ordonnances avec possibilité de passer à côté de supports de prescriptions non connus et/ou peu utilisés, difficulté de récupérer les ordonnances de sortie des urgences ou faites aux consultations externes, ces services n'étant pas informatisés pour les prescriptions. Bien que les rétrocessions ne fassent plus partie des PHEV et ne soient plus comptabilisées dans l'enveloppe des soins de ville depuis 2015, les prescriptions de notre établissement arrivant aux rétrocessions sont l'exacte copie

des PHEV en terme de support de prescription ou d'habitudes de prescription. Il est donc intéressant de les associer dans notre audit pour augmenter ainsi la taille d'échantillon des ordonnances analysées et avoir un plus vaste aperçu des ordonnances produites dans nos services de soins.

Pour récupérer les ordonnances de notre établissement arrivant dans les officines de ville, nous avons sollicité l'aide des étudiants de pharmacie en 6^{ème} année qui effectuent un stage de 6 mois dans des officines au cours de leur dernière année d'étude. La durée de recueil des ordonnances a été fixée à 2 semaines pour pouvoir récupérer suffisamment d'ordonnances, et s'est déroulé pendant le mois de mars 2018. Pendant cette période de recueil, toutes les ordonnances de médicaments ou de dispositifs médicaux du CHU de Toulouse arrivant dans les officines où travaillaient les étudiants de 6^{ème} année étaient copiées et nous étaient renvoyées anonymisées pour analyse. En parallèle, nous avons aussi sollicité les pharmaciens d'officine membres du réseau d'enseignement et d'innovation en pharmacie d'officine (REIPO) de la région Occitanie pour qu'ils nous transmettent toutes les ordonnances du CHU de Toulouse arrivant dans leur officine. Du côté des rétrocessions, les ordonnances de l'établissement étaient copiées et mises de côté pour nous être adressées pour analyse, toujours sur une durée de recueil de 2 semaines en mars 2018.

Les ordonnances devaient toutes :

- provenir du CHU de Toulouse ;
- concerner des médicaments ou des dispositifs médicaux ;
- nous être envoyées avant toute modification ultérieure par le médecin ou le pharmacien, qu'elles soient conformes ou non conformes.

b) Méthode

Pour analyser ces ordonnances, nous avons établi une grille d'analyse de 30 critères (Tableau 7) à partir des mentions réglementaires obligatoires devant figurer sur les ordonnances et rappelées dans la partie *I.C.1.a) mentions réglementaires obligatoires* :

- identification de la structure : numéro FINESS et service
- identité du prescripteur : nom et prénom, numéro RPPS et spécialité
- date et durée de la prescription
- sexe, nom et prénom du patient, âge ou date de naissance, et si nécessaire taille et poids
- nom du médicament en dénomination commune internationale (+/- nom commercial), dosage et forme galénique
- posologie (dose et répartition dans la journée), voie d'administration
- signature manuscrite

Pour l'identification du prescripteur, nous avons déterminé quatre situations possibles :

- prescription par un interne du service ;
- prescription par un interne du service sous la responsabilité de son médecin senior, celui-ci étant clairement identifiable sur l'ordonnance ;
- prescription par un médecin senior ;
- pas d'identification du prescripteur possible.

Pour classer les ordonnances analysées, nous avons aussi renseigné pour chacune d'entre-elles le service auquel était rattaché le prescripteur pour pouvoir proposer des actions d'amélioration ciblées ultérieures, mais également le support de prescription grâce auquel le prescripteur avait rédigé l'ordonnance, et la provenance de l'ordonnance dans le cadre de l'audit : si on l'avait récupérée par le biais des rétrocessions ou par une pharmacie d'officine.

Pour les ordonnances comportant des dispositifs médicaux, nous avons noté si le nom du DM était bien renseigné, si sa référence était présente ainsi que sa taille lorsque cela était nécessaire (prescriptions de pansements par exemple).

Pour les médicaments, ont été comptabilisées dans les ordonnances analysées :

- nombre de lignes de traitement
- nombre de lignes de prescriptions dans le répertoire des groupes génériques
- nombre de lignes de prescriptions dans le répertoire des biosimilaires
- nombre de lignes de prescriptions de biosimilaires

Ces données doivent nous permettre de calculer pour les PHEV analysées le taux de prescription dans le répertoire des génériques et le taux de prescription des biosimilaires.

	Critères analysés	Réponses possibles
Support de prescription	Support large de prescription	Orbis® Manuscrite Autre
	Type d'ordonnance	Autre Autre – Imagerie Autre – Ophtalmo Autre – Allergo pneumo enfants Autre – Urgences Ordonnance d'exception Manuscrite Manuscrite de site Ordonnance sécurisée Nadis® Sined® Formulaire de perfusion à domicile Orbis® palier 1 type Orbis® palier 1 bizona Orbis® palier 2 Orbis® palier 2 palier 1
Établissement	Site géographique	Purpan

		Rangueil Larrey CHU autre
	Service	Nom du service auquel est rattachée la prescription
	Pôle	Nom du pôle dont dépend le service
	Numéro FINESS	Oui/non
Identification prescripteur	Nom/Prénom	Interne non séniorisé Interne séniorisé Senior Pas d'identification possible
	Spécialité	Oui/non
	Numéro RPPS	Oui/non
	Coordonnées du service	Oui/non
Informations sur le patient	Nom/Prénom	Oui/non
	Sexe	Oui/non
	Age ou date de naissance	Oui/non
	Taille	Oui/non
	Poids	Oui/non
Prescription	Date	Oui/non
	Durée	Oui/non
	Signature manuscrite	Oui/non
	Origine	Officines Rétrocessions
Médicaments	Identification du médicament	DCI DCI + nom de spécialité Nom de spécialité Préparation magistrale ou hospitalière
	Dosage	Oui/non
	Forme galénique	Oui/non
	Dose	Oui/non
	Répartition dans la journée	Oui/non
	Voie d'administration	Oui/non
	Nombre de lignes de traitement	
	Nombre de lignes de traitement dans le répertoire des génériques	
	Nombre de lignes de traitement dans le répertoire des biosimilaires	
	Nombre de lignes de prescription de biosimilaires	
Dispositifs médicaux	Nom du DM	Oui/non
	Référence	Oui/non
	Taille (si pertinent)	Oui/non

Tableau 7 : Critères analysés sur les ordonnances de l'audit

3. Résultats

Durant la durée de l'audit de deux semaines en mars 2018, 25 pharmacies d'officine (environ 6% des pharmacies de Haute-Garonne) nous ont envoyé les ordonnances émanant du CHU de Toulouse qui leur étaient présentées. Au total, nous avons pu analyser 412 ordonnances venant des pharmacies d'officine, et 543 récupérées auprès des rétrocessions de Rangueil et de Purpan, pour un total de 955 ordonnances représentant 2011 lignes de médicaments prescrits. Sur les 955 ordonnances analysées, 85 concernaient des dispositifs médicaux.

a) Supports de prescription

Au total, nous avons identifié 16 supports de prescriptions différents utilisés sur le CHU de Toulouse pour les PHEV (Tableau 8), que l'on peut regrouper en trois grandes catégories (**Error! Reference source not found.**) :

- les prescriptions émanant du logiciel d'aide à la prescription (LAP) principal présent majoritairement dans les services de l'établissement : Orbis[®],
- les prescriptions manuscrites,
- les autres prescriptions, ne provenant pas d'Orbis[®] et n'étant pas manuscrites

Dans le logiciel Orbis[®], six supports de prescription peuvent être utilisés pour rédiger des PHEV :

- ordonnance pour les médicaments d'exception sur un formulaire CERFA national (21) directement depuis Orbis[®]
- ordonnance pour les prescriptions de perfusion à domicile, avec un nouveau formulaire national, également disponible depuis Orbis[®]
- ordonnance standard rédigée depuis le dossier patient en texte libre
- ordonnance bizonne rédigée depuis le dossier patient en texte libre
- ordonnance bizonne rédigée depuis le module de prescription interfacé avec une base de données de médicaments
- ordonnance rédigée depuis le module de prescription interfacé avec une base de données de médicaments, puis enregistrée dans le dossier patient sous le format d'une ordonnance bizonne

Parmi les supports de prescription manuscrits, nous avons regroupé les :

- ordonnances manuscrites avec l'identification de l'établissement (logo et numéro FINESS avec son code-barres) pré-imprimée en haut à gauche du support
- ordonnances sécurisées avec l'identification de l'établissement par son numéro FINESS et l'identification du prescripteur par son numéro RPPS, pré-imprimées sur papier sécurisée
- ordonnances manuscrites vierges de toute identification pré-renseignée

Enfin, il nous reste toutes les autres ordonnances, qui peuvent être regroupées soit par logiciel de prescription autre qu'Orbis®, soit par service de soin utilisant un modèle de prescription en texte libre propre au service :

- ordonnances créées à partir du logiciel Nadis®, utilisé principalement pour la prescription des antirétroviraux dans le service des maladies infectieuses ou en gynécologie
- ordonnances créées à partir du logiciel Sined®, utilisé par les services de dialyse de l'établissement
- ordonnances utilisés dans les services d'ophtalmologie à partir du logiciel Sophtalmo®
- ordonnances venant des services des urgences
- ordonnances venant du service de pneumo-allergologie pédiatrique
- ordonnances émanant des services d'imagerie
- autres ordonnances

Catégorie de prescription	Support de prescription	Nombre d'ordonnances
Orbis® 536 prescriptions	Ordonnance d'exception	16
	Perfusion à domicile	15
	Ordonnance standard texte libre	160
	Ordonnance bizona texte libre	333
	Ordonnance bizona module de prescription	7
	Ordonnance bizona module de prescription enregistrée dans le DPI	5
Ordonnances manuscrites 86 prescriptions	De site	67
	Sécurisée	6
	Autre ordonnance manuscrite	13
Autres prescriptions 333 prescriptions	Nadis	167
	Sined	19
	Sophtalmo	60
	Urgences	24
	Pédiatrie	12
	Imagerie	8
	Autres	43
	TOTAL	955

Tableau 8 : Nombre d'ordonnances recueillies dans l'audit, classées selon leur support de prescription

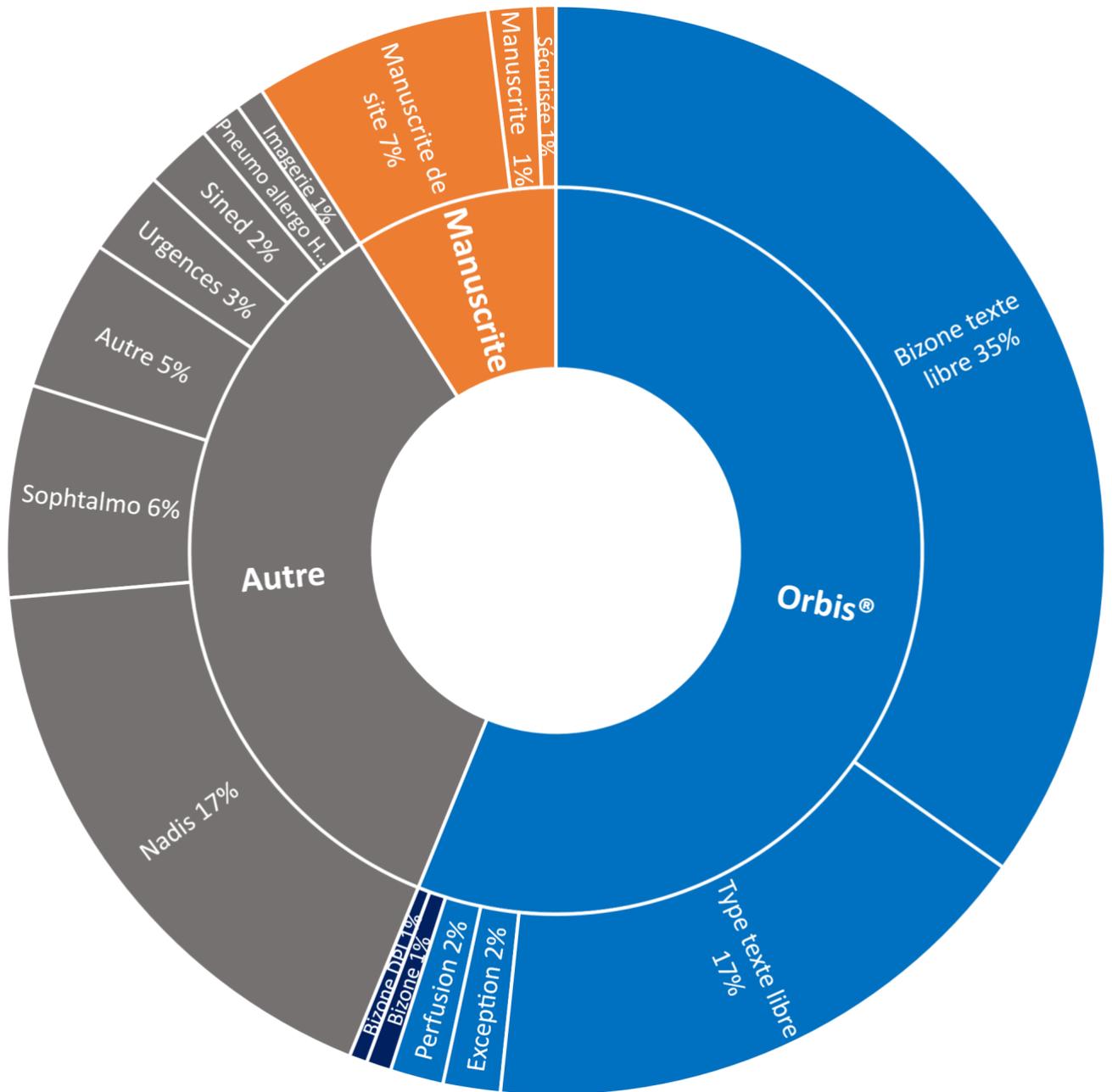


Figure 13 : Supports de prescriptions identifiés lors de l'audit

b) Résultats par critères

Les résultats de l'audit par critère, tous supports confondus, sont présentés dans le Tableau 9 ci-dessous.

Critères audités	% des prescriptions ayant le critère audité
Signature	92%
FINESS	95%
RPPS	79%
Interne	
Interne	10%
Interne séniorisé	6%
Senior	79%
Prescripteur identifiable	95%
Spécialité du prescripteur	47%
Identification du patient	
Identification du patient	99%
Sexe	85%
âge ou date de naissance	81%
Poids	23%
Taille	5%
Coordonnées du service	
Coordonnées du service	45%
Date de la prescription	99%
Durée de la prescription	95%
Prescription en DCI	
Prescription en DCI	15%
<i>uniquement en DCI</i>	6%
<i>en DCI et en nom de spécialité</i>	9%
Nom de spécialité	81%
Préparation magistrale ou hospitalière	4%
Dosage du médicament prescrit	
Dosage du médicament prescrit	72%
Forme galénique	60%
Dose	95%
Répartition dans la journée	90%
Voie d'administration	23%
Nom du DM	
Nom du DM	100%
Référence du DM	92%
Taille du DM si pertinent	97%

Tableau 9 : Répartition des prescriptions selon les critères audités

c) Résultats par supports de prescription

Support large de prescription	Support de prescription	TOTAL	Signature	FINES	RPPS	Interne	Interne + senior	Senior	Identification du prescripteur	Spécialité	Coordonnées du service	Identification du patient	Sexe	Âge	Poids	Taille
Autre	Autre	43	95%	53%	37%	2%	0%	84%	86%	19%	60%	77%	49%	42%	14%	2%
Autre	Autre - Imagerie	8	25%	100%	100%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	38%	0%
Autre	Softalmo	60	100%	100%	100%	32%	0%	53%	85%	60%	92%	98%	83%	8%	0%	0%
Autre	Autre - Pneumo allergo HE	12	100%	100%	0%	0%	0%	92%	92%	83%	0%	100%	8%	100%	17%	0%
Autre	Autre - Urgences	24	96%	96%	8%	42%	13%	21%	75%	4%	100%	100%	79%	83%	0%	0%
Autre	NADIS	167	100%	99%	96%	4%	0%	96%	100%	10%	95%	100%	96%	96%	58%	0%
Autre	SINED	19	84%	100%	89%	11%	11%	79%	100%	5%	89%	100%	100%	100%	53%	53%
Manuscrite	Manuscrite	13	100%	15%	77%	0%	0%	100%	100%	38%	46%	100%	38%	38%	0%	0%
Manuscrite	Manuscrite de site	67	100%	90%	34%	9%	3%	70%	82%	61%	37%	99%	54%	22%	15%	0%
Manuscrite	Sécurisée	6	100%	100%	100%	0%	17%	83%	100%	33%	83%	100%	67%	17%	0%	0%
Orbis	Exception	16	94%	94%	81%	13%	0%	88%	100%	6%	6%	100%	13%	100%	0%	0%
Orbis	Orbis bizona texte libre	333	93%	100%	93%	1%	10%	86%	98%	89%	9%	100%	98%	98%	14%	9%
Orbis	Orbis type texte libre	160	76%	100%	67%	30%	9%	60%	99%	6%	46%	99%	90%	89%	24%	4%
Orbis	Orbis bizona	7	100%	100%	86%	14%	0%	86%	100%	86%	0%	100%	100%	100%	29%	14%
Orbis	Orbis bizona DPI	5	100%	100%	100%	0%	0%	100%	100%	80%	0%	100%	100%	100%	60%	20%
Orbis	Formulaire de perfusion	15	100%	93%	87%	7%	0%	93%	100%	13%	0%	100%	0%	100%	20%	0%
	Total général	955	92%	95%	79%	10%	6%	79%	95%	47%	45%	99%	85%	81%	23%	5%

Tableau 10a : Répartition des prescriptions par supports de prescription selon les critères audités

Support large de prescription	Support de prescription	TOTAL	Date	Durée	Mention de la DCI	que DCI	DCI + spécialité	Nom de spécialité	Préparation	Dosage	Forme galénique	Dose	Répartition dans la journée	Voie d'administration	Nom du DM	Référence du DM	Taille du DM
Autre	Autre	43	100%	74%	14%	8%	6%	86%	0%	56%	44%	89%	89%	28%	100%	36%	22%
Autre	Autre - Imagerie	8	100%	100%	13%	0%	13%	88%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Autre	Softalmo	60	100%	97%	37%	2%	35%	23%	40%	82%	83%	100%	100%	85%	100%	0%	100%
Autre	Autre - Pneumo allergo HE	12	100%	100%	8%	8%	0%	92%	0%	67%	58%	100%	100%	8%	100%	100%	100%
Autre	Autre - Urgences	24	100%	100%	46%	38%	8%	50%	4%	83%	46%	92%	92%	8%	100%	0%	67%
Autre	NADIS	167	100%	100%	2%	2%	1%	98%	0%	99%	100%	100%	100%	4%	100%	100%	100%
Autre	SINED	19	100%	95%	84%	5%	79%	16%	0%	100%	100%	100%	95%	100%	100%	100%	100%
Manuscrite	Manuscrite	13	92%	100%	8%	8%	0%	92%	0%	77%	54%	100%	77%	8%	100%	100%	100%
Manuscrite	Manuscrite de site	67	94%	85%	17%	15%	2%	83%	0%	58%	42%	87%	88%	5%	100%	8%	45%
Manuscrite	Sécurisée	6	100%	100%	0%	0%	0%	100%	0%	100%	83%	100%	100%	33%	0%	0%	0%
Orbis	Exception	16	100%	81%	6%	6%	0%	94%	0%	100%	81%	69%	69%	31%	100%	100%	100%
Orbis	Orbis bizona texte libre	333	100%	98%	12%	5%	7%	86%	2%	65%	42%	96%	92%	10%	100%	9%	70%
Orbis	Orbis type texte libre	160	100%	93%	10%	8%	2%	89%	1%	38%	33%	90%	70%	11%	100%	4%	25%
Orbis	Orbis bizona	7	100%	100%	100%	0%	100%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Orbis	Orbis bizona DPI	5	100%	100%	80%	0%	80%	20%	0%	100%	100%	100%	60%	100%	100%	100%	100%
Orbis	Formulaire de perfusion	15	100%	93%	7%	0%	7%	93%	0%	87%	80%	100%	93%	100%	100%	100%	100%
	Total général	955	99%	95%	15%	6%	9%	81%	4%	72%	60%	95%	90%	23%	100%	92%	97%

Tableau 10b : Répartition des prescriptions par supports de prescription selon les critères audités

d) Résultats par pôles prescripteurs

Pôle	TOTAL	Signature	FINSS	RPPS	Interne	Interne + senior	Senior	Identification du prescripteur	Spécialité	Coordonnées	DCI	Dosage	Forme galénique	Dose	Répartition dans la journée	Voie d'administration	Nom du DM	Référence du DM	Taille du DM
ADMINISTRATION GENERALE	1	100%	100%	100%	0%	100%	0%	100%	100%	0%	0%	100%	0%	100%	100%	0%	100%	100%	100%
ANESTHESIE REANIMATION	5	100%	100%	20%	60%	0%	40%	100%	40%	20%	40%	100%	40%	100%	60%	20%	100%	100%	100%
BIOLOGIE	1	100%	100%	100%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	0%	0%	100%	100%	100%
CEPHALIQUE	71	97%	100%	93%	31%	1%	55%	87%	55%	92%	34%	75%	77%	100%	100%	75%	100%	0%	100%
CARDIOVASCULAIRE ET METABOLIQUE	76	76%	93%	83%	4%	18%	76%	99%	72%	24%	4%	65%	46%	92%	89%	10%	100%	13%	70%
DIGESTIF	50	96%	96%	94%	4%	6%	90%	100%	76%	30%	35%	51%	65%	96%	94%	8%	100%	67%	100%
ENFANTS	112	100%	98%	78%	12%	1%	84%	96%	55%	13%	2%	36%	27%	86%	71%	14%	100%	0%	50%
FEMME MERE COUPLE	51	71%	94%	73%	12%	6%	80%	98%	14%	33%	17%	74%	67%	95%	93%	29%	100%	0%	14%
GERIATRIE	7	100%	100%	100%	0%	0%	100%	100%	71%	29%	0%	83%	50%	100%	71%	14%	100%	100%	100%
I3LM	209	95%	98%	93%	5%	5%	89%	99%	26%	79%	6%	90%	85%	99%	98%	8%	100%	36%	42%
IMAGERIE	9	33%	100%	100%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	11%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%
IUC ONCOPOLE	2	100%	50%	100%	0%	0%	100%	100%	100%	50%	0%	50%	0%	100%	50%	0%	100%	100%	100%
<i>Pôle inconnu</i>	65	97%	95%	38%	12%	0%	65%	77%	34%	9%	23%	67%	46%	89%	85%	30%	86%	0%	14%
NEURO SCIENCES	101	93%	93%	92%	5%	7%	88%	100%	70%	22%	5%	73%	42%	100%	88%	8%	100%	0%	100%
PSYCHIATRIE	5	100%	100%	60%	0%	0%	100%	100%	80%	0%	40%	100%	60%	100%	100%	40%	100%	100%	100%
RECHERCHE	2	100%	100%	100%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%
SOINS DE SUITE ET READAPTATION	5	100%	100%	100%	0%	0%	100%	100%	40%	80%	0%	100%	100%	80%	80%	0%	100%	100%	100%
URGENCES	34	97%	85%	9%	35%	9%	29%	74%	18%	94%	41%	75%	56%	94%	94%	9%	100%	9%	45%
URO NEPHRO UTO DIAL CHIR PLASTIQUE	42	88%	98%	88%	10%	5%	86%	100%	29%	67%	48%	90%	69%	98%	88%	50%	100%	100%	100%
VOIES RESPIRATOIRES	107	93%	92%	68%	10%	10%	78%	98%	50%	24%	14%	61%	43%	91%	89%	14%	100%	0%	50%
Total général	955	92%	95%	79%	10%	6%	79%	95%	47%	45%	14%	72%	60%	95%	90%	23%	100%	92%	97%

Tableau 11 : Répartition des prescriptions par pôle prescripteur selon les critères audités

e) Résultats de l'audit sur la prescription de génériques et de biosimilaires

Concernant les prescriptions de médicaments sur les ordonnances auditées, nous avons eu :

- 2011 lignes de médicament prescrites ;
- 785 lignes de prescription dans le répertoire des génériques ;
Soit 39% de prescription de génériques.
- 18 lignes de prescription dans le répertoire des biosimilaires ;
- 1 ligne de prescription de biosimilaires ;
Soit 6% de prescription de biosimilaires.

B. Données de l'Assurance maladie sur les PHMEV du CHU de Toulouse

1. Matériel et méthode

L'Assurance maladie a accès à toutes les données de remboursement aux assurés sociaux, via sa base du Sniiram. Les données nous concernant sont identifiables grâce au numéro FINESS de notre établissement figurant sur les ordonnances rédigées par nos prescripteurs. Les données de notre établissement nous sont communiquées par l'Assurance maladie afin que nous puissions avoir une vision sur les PHEV que génère notre établissement.

2. Évolution des dépenses des PHEV au CHU Toulouse

Les données des PHEV du CHU de Toulouse nous sont transmises chaque année par l'Assurance maladie, et peuvent aussi être calculées pour les médicaments et LPP grâce aux bases de données Open PHMEV et Open LPP mises à disposition. L'évolution sur les 3 dernières années des différents postes de dépenses constituant les PHEV au CHU de Toulouse sont présentés dans le Tableau 12.

Les PHEV issues du CHU de Toulouse	2015	2016	2017	Évolution 2015/2014	Évolution 2016/2015	Évolution 2017/2016
Pharmacie de ville (hors rétrocession et hépatite C)	109 990 813 €	120 422 101 €	128 957 972 €	-0,30%	9,00%	7,10%
Pharmacie (rétrocession)	58 611 079 €	51 281 940 €	49 474 778 €	-6,00%	-13,30%	-3,50%
LPP	29 902 271 €	31 299 255 €	33 718 834 €	7,70%	3,40%	7,70%
Indemnités journalières (hors maternité)	14 109 701 €	14 798 084 €	15 626 830 €	0,40%	4,90%	4,70%
Auxiliaires médicaux	20 513 652 €	21 411 768 €	22 634 937 €	6,70%	7,50%	5,70%
Biologie et prélèvements	13 569 715 €	7 922 070 €	8 021 265 €	3,10%	5,10%	1,30%
Total (hors rétrocession)	188 089 355 €	195 856 382 €	208 963 175 €	1,90%	7,40%	6,60%
Total PHMEV - LPP (hors rétrocession)	139 893 084 €	151 721 355 €	162 676 806 €	1,30%	7,80%	7,20%
Total Médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques	12 392 936 €	10 521 146 €	15 356 080 €	-8,30%	-5,70%	-13,80%

Tableau 12 : Évolution des postes de dépenses portant sur les PHEV au CHU de Toulouse (22)

Les PHMEV-LPP représentent au CHU de Toulouse 74,4% des PHEV en 2015, 77,5% en 2016 et 77,8% en 2017. Ce sont les postes d'évolution parmi les PHEV les plus dynamiques.

3. Répartition ATC

Les principales classes thérapeutiques des PHMEV du CHU de Toulouse pour l'année 2017 sont présentées dans le Tableau 13. Les 20 molécules les plus prescrites dans les PHMEV du CHU de Toulouse sont présentées dans le Tableau 14.

Classes thérapeutiques	Répartition des montants remboursés par classe thérapeutique année 2017	Montant remboursé année 2017	Taux d'évolution année 2017 / année 2016	Evolution en montant année 2017 / année 2016	Taux d'évolution des établissements de votre catégorie année 2017 / année 2016
Traitement du cancer	14,5 %	18 184 541 €	+24,1 %	3 530 068 €	+12,3 %
Traitements du VIH et des hépatites	14,5 %	18 141 137 €	-3,4 %	-646 214 €	-2,1 %
Antirhumatismaux spécifiques (polyarthrite rhumatoïde,...)	10,9 %	13 671 384 €	+3,1 %	411 757 €	+3,7 %
Immunosuppresseurs	10,1 %	12 664 780 €	+22,6 %	2 334 067 €	+20,7 %
Hormones de croissance	9,0 %	11 304 908 €	+3,0 %	326 290 €	+2,1 %
Scièreose en plaques	4,6 %	5 769 952 €	-0,5 %	-30 507 €	+3,0 %
Anti-infectieux	4,4 %	5 498 782 €	-2,2 %	-123 800 €	-0,9 %
Hormones	3,4 %	4 253 645 €	+5,5 %	221 820 €	+5,9 %
Anti-asthmatiques	2,6 %	3 204 991 €	+10,3 %	299 493 €	+4,8 %
Dermatologie	2,5 %	3 097 633 €	+19,4 %	502 325 €	+18,5 %
EPO	2,1 %	2 689 524 €	+5,8 %	146 931 €	+1,3 %
Antidiabétiques	2,1 %	2 640 460 €	+4,2 %	106 010 €	+4,0 %
Produits de la DMLA	2,1 %	2 630 865 €	+6,6 %	163 573 €	+8,8 %
Antiagrégants, Antithrombotiques	2,1 %	2 630 650 €	+10,3 %	245 525 €	+6,5 %
Aide à la procréation	1,9 %	2 361 043 €	-3,5 %	-84 443 €	-0,0 %
Epilepsie et parkinson	1,7 %	2 184 054 €	-6,8 %	-158 328 €	-2,5 %
Anti-hypertenseurs	1,1 %	1 411 883 €	+38,4 %	392 081 €	+5,4 %
Appareil digestif divers	1,0 %	1 301 308 €	+8,2 %	98 243 €	+3,7 %
Alzheimer	0,9 %	1 113 838 €	+22,9 %	207 348 €	+15,3 %
Antidotes et chélateurs	0,9 %	1 085 401 €	+13,4 %	128 310 €	+0,4 %
Produits de diagnostic	0,8 %	973 736 €	+9,3 %	82 517 €	+6,3 %
Antalgiques, vertiges, migraines	0,7 %	920 394 €	+4,6 %	40 361 €	-2,2 %
Antitussifs et autres produits de l'appareil respiratoire	0,7 %	900 315 €	-0,3 %	-2 359 €	-0,7 %
Autres aigü (antianémiques, antihémorragiques,...)	0,7 %	870 837 €	+15,2 %	115 153 €	+9,3 %
Antipsychotiques	0,5 %	612 334 €	-11,8 %	-81 723 €	-4,5 %
Ophthalmologie et otologie (hors DMLA)	0,5 %	603 308 €	+23,8 %	116 020 €	+14,9 %
Hypolipémiants	0,4 %	517 134 €	-6,8 %	-37 817 €	-6,0 %

Tableau 13 : Poids des principales classes thérapeutiques dans les PHEV (hors rétrocessions) au CHU de Toulouse en 2017 (22)

Classe thérapeutiques concernée	Molécules	Répartition des montants remboursés par molécule année 2017	Montant remboursé année 2017	Taux d'évolution année 2017 / année 2016
Hormones de croissance	SOMATROPINE	9,0 %	11 295 550 €	+2,9 %
Antirhumatismaux spécifiques (polyarthrite rhumatoïde,...)	ADALIMUMAB	5,3 %	6 702 497 €	+3,9 %
Immunosuppresseurs	TACROLIMUS	4,0 %	4 994 526 €	+7,0 %
Traitements du VIH et des hépatites	LAMIVUDINE, ABACAVIR ET DOLUTEGRAVIR	3,5 %	4 360 836 €	+44,1 %
Antirhumatismaux spécifiques (polyarthrite rhumatoïde,...)	ETANERCEPT	2,2 %	2 802 177 €	-11,3 %
Dermatologie	USTEKINUMAB	2,2 %	2 760 691 €	+22,2 %
Anti-asthmatiques	OMALIZUMAB	1,8 %	2 282 332 €	+12,9 %
Hormones	LANREOTIDE	1,7 %	2 134 818 €	+12,5 %
Immunosuppresseurs	MYCOPHENOLIQUE ACIDE	1,6 %	2 047 645 €	-1,0 %
Traitements du VIH et des hépatites	EMTRICITABINE, TENOFOVIR DISOPROXIL ET RILPIVIRINE	1,6 %	2 014 873 €	-4,0 %
Immunosuppresseurs	EVEROLIMUS	1,6 %	1 962 693 €	+19,5 %
EPO	DARBEPOETINE ALFA	1,6 %	1 957 369 €	+10,8 %
Scièreose en plaques	FINGOLIMOD	1,5 %	1 924 346 €	+8,0 %
Traitement du cancer	IMATINIB	1,5 %	1 855 479 €	-24,2 %
Immunosuppresseurs	SECUKINUMAB	1,4 %	1 724 918 €	+271,2 %
Traitements du VIH et des hépatites	TENOFOVIR DISOPROXIL ET EMTRICITABINE	1,3 %	1 651 085 €	-27,7 %
Traitement du cancer	IBRUTINIB	1,2 %	1 488 141 €	NC
Antirhumatismaux spécifiques (polyarthrite rhumatoïde,...)	GOLIMUMAB	1,2 %	1 460 575 €	+12,3 %
Traitement du cancer	PEGFILGRASTIM	1,2 %	1 455 892 €	+13,1 %
Produits de la DMLA	RANIBIZUMAB	1,0 %	1 319 521 €	-3,6 %

Tableau 14 : Top 20 des molécules les plus prescrites dans les PHMEV du CHU de Toulouse en 2017 (22)

4. Génériques

Le répertoire des groupes génériques de l'ANSM recense l'ensemble des médicaments génériques, ainsi que les princeps auxquels ils peuvent être substitués. La substitution d'un médicament princeps par son générique peut se faire par le pharmacien de ville.

Le taux de prescription au CHU de Toulouse dans le répertoire des groupes génériques est de 41,3% pour l'année 2017, en légère baisse par rapport à 2016 (Tableau 15). Parmi les prescriptions de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques, 76,7% font l'objet en 2017 d'une délivrance du médicament générique (74,7% en 2016).

	Prescriptions de votre établissement		Prescriptions des établissements de votre catégorie	
	année 2017	année 2016	année 2017	année 2016
Nombre de boîtes remboursées de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques (princeps + génériques)	1 237 242	1 223 756	21 644 975	21 628 785
Nombre de boîtes génériques remboursées	949 439	913 632	16 695 769	16 174 128
Nombre de boîtes remboursées hors du répertoire des groupes génériques	1 760 198	1 712 025	30 660 441	30 091 293
Part des prescriptions des médicaments remboursés appartenant au répertoire des groupes génériques parmi l'ensemble des prescriptions PHMEV remboursées (en %)	41,3 %	41,7 %	41,4 %	41,8 %

Tableau 15 : Part des génériques dans les PHMEV du CHU de Toulouse, années 2017 et 2016 (22)

Le Tableau 16 présente le taux de prescription dans le répertoire des génériques des PHMEV du CHU de Toulouse par classes thérapeutiques.

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	13,2 %	-5,7 %	-3,0 %
Anti-infectieux	74,3 %	+0,5 %	-1,0 %
Appareil digestif divers	43,6 %	+4,7 %	+0,1 %
Hormones	73,3 %	-0,1 %	-0,4 %
Anti-hypertenseurs	83,1 %	+2,2 %	+0,9 %
Ophthalmologie et otologie (hors DMLA)	13,0 %	+12,7 %	+2,4 %
Antiagrégants, Antithrombotiques	4,0 %	-4,8 %	-5,1 %
Epilepsie et parkinson	66,7 %	-0,3 %	-0,2 %
Vitamines et minéraux	33,1 %	-0,3 %	-1,0 %
Dermatologie	33,2 %	+0,7 %	+3,6 %
Anesthésiques	96,0 %	+0,3 %	-0,2 %
Immunosuppresseurs	24,1 %	-7,5 %	-3,5 %
Antiacides et antiulcéreux	88,2 %	+0,7 %	+0,2 %
Antidiabétiques	25,6 %	-6,5 %	-3,5 %
Solutés massifs	0,0 %	NC	NC
Anti-asthmatiques	28,6 %	+1,0 %	-1,6 %
Autres aigü (antianémiques, antihémorragiques,...)	47,7 %	+16,6 %	+9,3 %
Psychotropes	56,7 %	-7,4 %	-2,8 %
Anti-rhumatismaux	76,6 %	-0,7 %	+0,6 %
Antirhumatismaux spécifiques (polyarthrite rhumatoïde,...)	6,6 %	-15,1 %	-12,6 %
Antiallergiques dont rhinite	75,5 %	-0,3 %	+0,4 %
Antidépresseurs	82,7 %	-1,5 %	-0,8 %
Contraceptifs	55,4 %	-1,1 %	+0,4 %
Traitement du cancer	20,6 %	+2,2 %	-1,1 %
Traitements du VIH et des hépatites	28,4 %	-6,9 %	-5,4 %
Antiglaucomeux	25,7 %	-9,3 %	-9,6 %
Hormones de croissance	0,0 %	NC	NC
Hypolipémiants	85,0 %	-1,4 %	-1,7 %
Antipsychotiques	52,8 %	+3,0 %	+1,8 %
Produits de diagnostic	44,5 %	+27,4 %	+7,4 %
Aide à la procréation	2,9 %	-19,3 %	+19,0 %
Urologie	41,0 %	-4,7 %	-1,7 %
Antidotes et chélateurs	3,6 %	-19,8 %	+3,1 %
EPO	0,0 %	NC	NC
Toxicomanie et psychostimulants	35,9 %	+2,4 %	+4,0 %
Anti-inflammatoires	87,6 %	-1,9 %	-1,4 %
Vaccins	0,0 %	NC	NC
Alzheimer	32,9 %	-23,9 %	-11,1 %
Antiarythmiques et stimulants cardiaques	61,7 %	+2,0 %	+1,8 %
Sclérose en plaques	0,0 %	NC	NC
Anti-ostéoporotiques	74,5 %	-0,4 %	-4,4 %
Produits de la DMLA	0,0 %	NC	NC
Antitussifs et autres produits de l'appareil respiratoire	24,4 %	+9,9 %	-7,1 %
Vasodilatateurs périphériques et centraux	87,3 %	-5,0 %	-0,9 %
Autres (Nutrition,...)	0,2 %	-81,8 %	-62,5 %

Tableau 16 : Prescriptions des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques par classes thérapeutiques dans les PHMEV du CHU de Toulouse (22)

5. Biosimilaires

La prescription de biosimilaires dans les PHMEV du CHU de Toulouse est de 22,5% pour l'année 2017 (Tableau 17).

Classe	Substance active	Médicament de référence	Biosimilaire	% de Biosimilaire	
				Vos prescriptions	Les établissements public et ESPIC de la Région Occitanie
EPO	Epoetine	Eprex [®]	Binocrit [®] , Retacrit [®]	51,5%	56,0%
Anti TNF	Etanercept	Enbrel [®]	Benepali [®]	1,7%	4,3%
Insuline	Insuline Glargine	Lantus [®]	Abasaglar [®]	7,5%	6,3%
G-CSF	Filgrastim	Neupogen [®]	Zarzio [®] , Nivestim [®] , Accofil [®] , Tevagrastim [®] , Ratiograstim [®]	52,8%	77,8%
			Follitropine alpha		
	Somatropine	Genotonorm [®]	Omnitrope [®]	16,4%	27,4%
	Adalimumab	Humira [®]	Amgevita [®] , Solymbic [®]	NC	0,0%
	Enoxaparine	Lovenox [®]	Inhixa [®] , Thorinane [®]	NC	0,0%
	Teriparatide	Forstéo [®]	Movymia [®] , Terrosa [®]	NC	0,0%
Total de biosimilaires *				22,5%	37,7%

Tableau 17 : Prescriptions de biosimilaires dans les PHMEV du CHU de Toulouse en 2017 (22)

Il faut noter que les biosimilaires de l'Humira[®] (adalimumab), du Lovenox[®] (enoxaparine) et du Forstéo[®] (teriparatide) ne sont pas commercialisés pour le moment. Ils ne sont donc pas encore pris en compte dans le calcul des taux de prescriptions de biosimilaires de l'établissement.

Le Tableau 18 présente le détail des prescriptions de biosimilaires dans les PHMEV du CHU de Toulouse pour l'année 2017.

	Montants N (euros)	Montants N-1 (euros)	Evolution (%)	Volumes N (boîtes)	Evolution (%)	Patients N	Patients N-1	Evolution (%)	Initiation * Patients N	Initiation * Patients N-1
B03XA01 - ERYTHROPOIETINE										
EPREX REF	171 319	118 594	44,5	677	39,9	68	73	-6,8	42	43
BINOCRIT BIO	62 893	65 312	-3,7	333	-4,6	87	93	-6,5	72	81
RETACRIT BIO	70 714	67 873	4,2	385	7,2	36	50	-28,0	20	14
L04AB01 - ETANERCEPT										
ENBREL REF	2 596 548	2 952 224	-12,0	3 370	-11,1	546	610	-10,5	68	106
ENBREL N C	171 808	196 781	-12,7	489	-6,9	72	70	2,9	16	16
BENEPALI BIO	37 702	2 714	1 289,0	57	1 325,0	15	2	650,0	11	1
A10AE04 - INSULINE GLARGINE										
LANTUS REF	535 650	599 382	-10,6	10 325	-10,1	3 356	3 701	-9,3	942	989
ABASAGLAR BIO	35 342	9 135	286,9	832	283,4	285	104	174,0	155	68
L03AA02 - FILGRASTIM										
ZARZIO BIO	371 082	277 967	33,5	2 042	43,3	304	198	53,5	180	128
NIVESTIM BIO	32 818	7 294	350,0	396	350,0	30	12	150,0	18	5
NEUPOGEN REF	224 632	163 063	37,8	2 232	41,9	112	51	119,6	59	24
ACCOFIL BIO	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0
TEVAGRASTIM BIO	4 908	5 247	-6,5	55	0,0	6	5	20,0	3	3
G03GA05 - FOLLITROPINE ALFA										
GONAL F REF	733 838	772 193	-5,0	2 839	0,6	700	713	-1,8	442	431
BEMFOLA BIO	226 986	247 675	-8,4	2 460	-8,2	182	190	-4,2	92	112
GONAL F N C	6 235	1 559	300,0	16	300,0	10	1	900,0	5	1
OVALEAP BIO	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0
H01AC01 - SOMATROPINE										
GENOTONORM REF	3 507 182	3 579 500	-2,0	9 755	-3,9	484	500	-3,2	98	98
OMNITROPE BIO	900 042	746 509	20,6	1 918	24,5	136	118	15,3	45	40
H05AA02 - TERIPARATIDE										
FORSTEO	171 806	238 321	-27,9	628	-28,2	136	165	-17,6	0	0
MOVYMYA	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0
TERROSA	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0
L04AB04 - ADALIMUMAB										
HUMIRA REF	6 729 468	6 442 283	4,5	8 411	11,1	1 140	1 042	9,4	292	271
SOLYMBIC	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0
AMGEVITA	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0
B01AB05 - ENOXAPARINE										
LOVENOX	1 039 745	994 153	4,6	40 205	7,4	9 264	8 923	3,8	0	0
INHIXA	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0
THORINANE	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0

Légende :

BIO
REF
Non concerné

Tableau 18 : Détail des prescriptions de biosimilaires en 2017 dans les PHMEV du CHU de Toulouse (22)

III. Discussion

A. Discussion des résultats

1. Données de l'audit

Nous avons pu récupérer et analyser 955 prescriptions hospitalières du CHU de Toulouse exécutées en ville grâce à la participation de 25 officines. Sur ces 955 prescriptions, nous avons identifié plus de 16 supports de prescriptions, certains supports de prescription nous étant inconnus lors de la mise en œuvre de l'audit. Malgré cela, notre échantillon d'ordonnances analysées reste faible au vu de la quantité de prescriptions réalisées chaque jour dans un établissement de la taille du CHU de Toulouse. Même si nous avons approché plus de 150 pharmacies d'officine pour participer à notre audit, seules 25 ont répondu, elles ne représentent que 6% des officines du département. Nous sommes donc sûrement passés à côté de prescriptions anormales que nous n'avons pas pu analyser et par la suite corriger.

Nous avons aussi un biais dans les prescriptions recueillies avec un problème de représentativité, puisque 55% d'entre-elles proviennent des rétrocessions du CHU et concernent donc un profil particulier de médicaments et donc de services prescripteurs (Figure 14). De plus, seules 86 des ordonnances recueillies concernaient des dispositifs médicaux, alors que la prescription de DM concerne une part importante de nos PHEV.

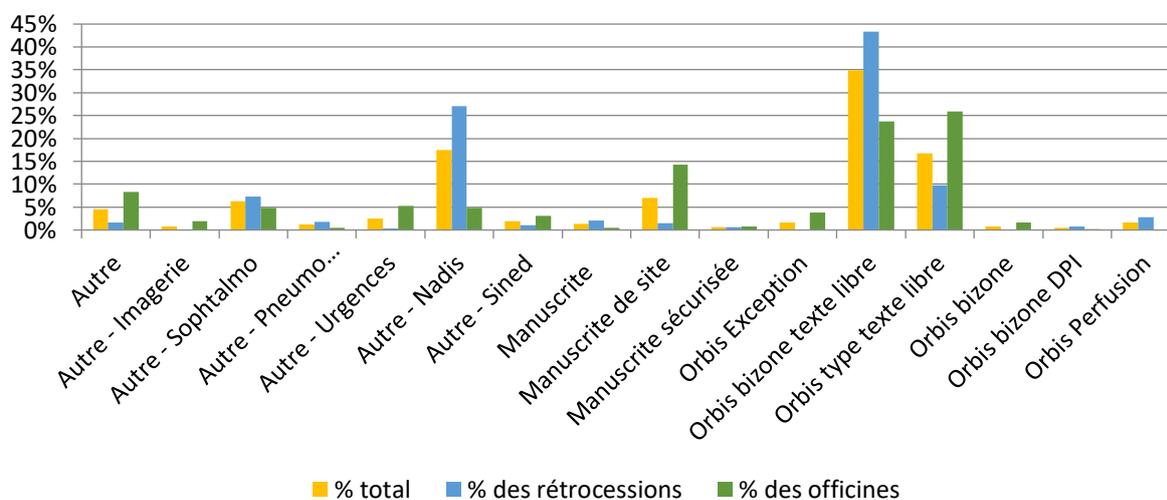


Figure 14 : Origine des supports de prescriptions audités

Concernant les critères audités sur les prescriptions, même s'ils sont issus du Code de la santé publique et du Code de la sécurité sociale, leur non-respect n'a pas le même impact :

- le poids et la taille du patient ne sont pas des mentions obligatoires au sens strict même si ces données sont très utiles pour valider des ordonnances en pédiatrie ou cancérologie par exemple ;

- les conséquences sanitaires pour le patient sont très variables :
 - le numéro FINESS et le numéro RPPS sont des informations obligatoires pour identifier la structure et le prescripteur pour permettre la prise en charge du produit prescrit ;
 - la voie d'administration n'a pas le même impact s'il s'agit d'une ordonnance comprenant un seul médicament à prendre par voie orale que lorsqu'il s'agit d'une ordonnance d'une dizaine de médicaments avec des voies d'administration différentes (orale, intraveineuse ...).

Les chiffres que nous avons pu extraire de notre audit concernant nos PHEV (taux de prescription de génériques et de biosimilaires, taux de prescriptions avec les numéros RPPS et FINESS) ne sont pas exhaustifs, contrairement aux données de l'Assurance maladie. En effet, notre échantillon d'ordonnances auditées n'a concerné qu'un nombre restreint de prescriptions sur une courte période dans l'année, alors que l'Assurance maladie récupère des données sur toutes les ordonnances qui lui sont soumises pour remboursement. Malgré tout, nous avons des critères d'analyse plus fins (présence des coordonnées des services, prescription en DCI...), non fournis par l'Assurance maladie, nous permettant de collecter les données nécessaires à la construction d'un plan d'action d'amélioration pour nos PHEV.

Nous avons également très peu de données de la littérature concernant les prescriptions hospitalières exécutées en ville. En effet, cette problématique n'est prise en compte par les établissements de santé que depuis quelques années, et ne représentaient pas encore une priorité face à d'autres projets pharmaceutiques (développement de la conciliation médicamenteuse, sécurisation de la prise en charge médicamenteuse au sein de l'établissement, amélioration du lien ville-hôpital...). Les données auxquelles nous pouvons nous comparer sont les données communiquées par l'Assurance maladie, ou les cibles du CAQES (Figure 15).

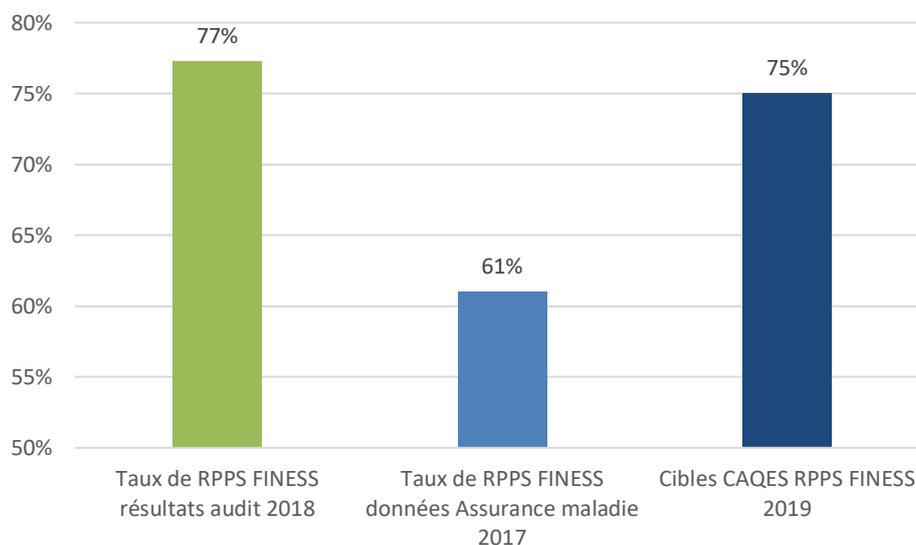


Figure 15 : Taux de RPPS/FINESS dans les PHEV au CHU de Toulouse, résultats de l'audit, données Assurance maladie et cibles CAQES

2. Données de l'Assurance maladie

Les données de l'Assurance maladie, bien qu'exhaustives sur les montants remboursés aux assurés sociaux, ne sont pas exemptes de discordances, de par le mode de calcul des montants remboursés intégrant ou non les honoraires de dispensation des pharmaciens d'officine, entre les données que l'on peut extraire des bases Open Medic ou Open PHMEV, et les données qui nous sont communiquées : profil établissement PHMEV et LPP d'une part et l'outil de travail Tab-PHEV.

D'autre part, les données de l'Assurance maladie concernant les numéros RPPS des prescripteurs ne sont pas fiables à 100% : on a ainsi calculé que 34% des numéros RPPS rattachés à notre CHU par l'Assurance maladie sur des prescriptions de biosimilaires concernait des prescripteurs inconnus dans nos services.

L'évolution des dépenses de PHEV du CHU de Toulouse (+7,4% en 2016) est supérieure à celle observée au niveau national (+5,3%), cette dernière étant elle-même supérieure à la cible nationale dévolution fixée à +4% pour l'année 2016 par rapport à 2015 (Figure 16).

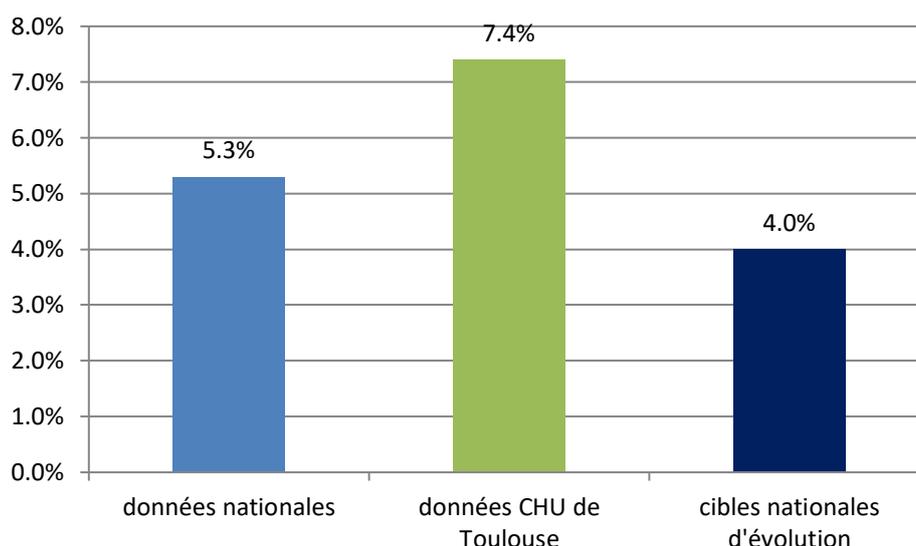


Figure 16 : Évolution des dépenses de PHEV entre 2015 et 2016 au niveau national et au CHU de Toulouse

Concernant la répartition des PHEV de notre établissement (hors rétrocession) par rapport aux PHEV nationales (Figure 17), nous faisons en 2016 presque 9% de plus sur les dépenses de pharmacie de ville (hors rétrocession).

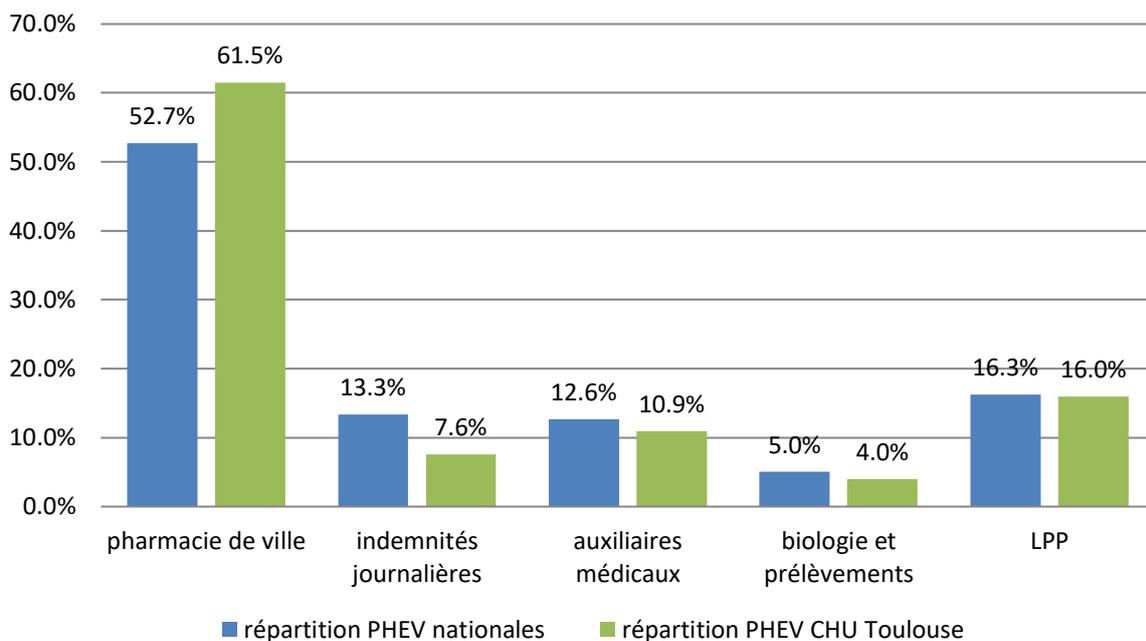


Figure 17 : Répartition des PHEV nationales et du CHU de Toulouse en 2016

Le taux de prescription dans le répertoire des génériques des PHMEV au niveau national était de 42,9% en 2016 (1), de 41,7% au CHU de Toulouse (23), tandis que les cibles nationales fixées par arrêté⁴⁴ étaient de 44% (Figure 18).

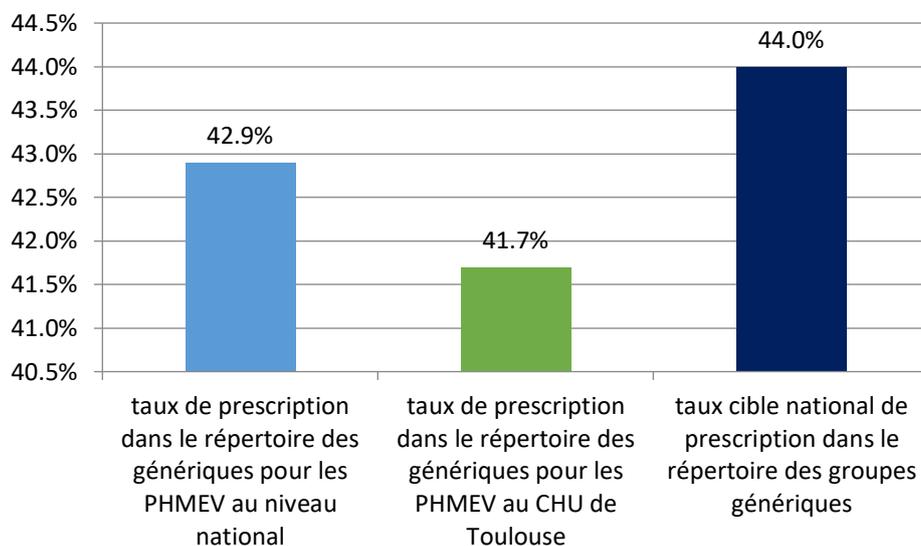


Figure 18 : Comparaison des taux de prescription dans le répertoire des groupes génériques au niveau national et au CHU de Toulouse en 2016

⁴⁴ 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

On remarque toutefois une plus grande pénétration des génériques par rapport au médicament princeps au sein des prescriptions de PHMEV du CHU de Toulouse depuis 2015 (Figure 19).

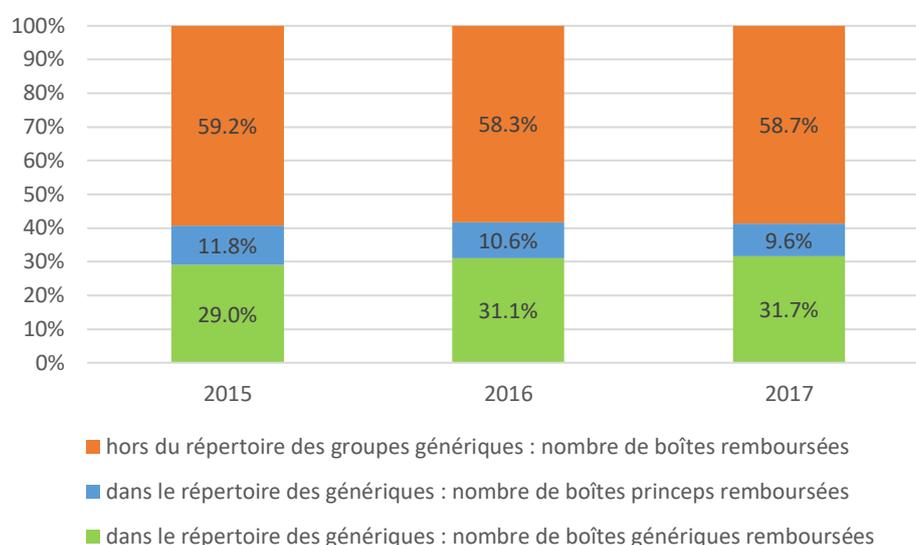


Figure 19 : Répartition des prescriptions de PHMEV au CHU de Toulouse de 2015 à 2017 (22–24)

Concernant le taux de prescription de médicaments biosimilaires, il est de 22,5% pour notre établissement en 2017. Les cibles du CAQES pour 2019, 2020 et 2021 sont respectivement de 50%, 60% et 70%.

B. Plan d'action pour améliorer nos PHEV

Nous ne présenterons dans ce paragraphe que le plan d'action (disponible en annexe 6) directement en rapport avec les résultats de l'audit, et par conséquent destiné à améliorer la conformité règlementaire des PHMEV ainsi que l'identification des services prescripteurs. D'autres plans d'actions ont été mis en place dans l'établissement, notamment pour favoriser la prescription des biosimilaires dans les PHEV.

1. Actions visant à faire progresser l'informatisation des prescriptions de sortie

En lien entre la direction des systèmes d'information et d'organisation (DSIO) et la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (CoMÉDiMS) de l'établissement, une action est engagée pour déployer le logiciel d'aide à la prescription principal (Orbis®) dans les services des urgences, sur les sites du Purpan et de Rangueil du CHU de Toulouse. Ce déploiement doit permettre d'utiliser le module de prescription des médicaments dans les ordonnances de sortie pour les patients passant aux urgences, et ainsi augmenter le taux de prescriptions informatisées dans ces services. Un important travail est en cours afin de réaliser cette action : formation des personnels des urgences au logiciel de prescription, adaptation des supports existant à des prescriptions informatisées, création de protocoles de prescription.

Il est aussi prévu, pour 2021, d'informatiser les ordonnances issues des consultations externes de l'établissement. Un déploiement du LAP Orbis® sur ces consultations sera entrepris, comme il se fait actuellement dans les services des urgences.

Afin de pouvoir suivre sur l'établissement l'évolution par semestre du taux de prescriptions de sortie informatisées, une requête a été créée dans le logiciel Orbis®. Cet indicateur pourra faire l'objet d'une diffusion aux services concernés pour montrer l'évolution de l'informatisation de leurs prescriptions de sortie.

Enfin, une action de mise à jour des e-learning de formation à destination des prescripteurs (médecins et internes) est engagée, portant notamment sur la prescription de sortie et l'utilisation des modules de prescriptions adaptés et informatisés.

2. Actions de communication à destination des prescripteurs

Plusieurs actions de communication à destination des prescripteurs ont été réalisées. Un message (appelé « Une intranet ») apparaissant sur la page d'accueil du site intranet de l'établissement a été publié au mois de septembre 2018. Ce message (annexe 3) porte sur les prescriptions de sorties et un zoom est fait sur l'identification du prescripteur par son numéro RPPS et l'obligation de signer les prescriptions. Deux mémos ont été créés et sont joints à cette Une intranet :

- **Mémo 1** : *Bien s'identifier sur les ordonnances de sortie* (annexe 4)
- **Mémo 2** : *Check-list des mentions obligatoires qui doivent figurer sur les prescriptions de sortie* (annexe 5)

Dans un deuxième temps, après la diffusion de cette Une intranet et des mémos associés, nous avons envoyé aux responsables des différents pôles cliniques de l'établissement un courriel leur présentant l'audit que nous avons réalisé sur les PHEV de l'établissement avec les résultats de leur pôle, en ciblant un à deux points particuliers à surveiller en fonction de leurs résultats pour améliorer la qualité des ordonnances de sortie.

3. Actions visant à améliorer le format des ordonnances de sortie existantes

Afin d'améliorer le format des ordonnances de sortie du CHU de Toulouse, nous avons travaillé sur les supports de prescription.

Pour les ordonnances standards rédigées depuis le dossier patient en texte libre issues d'Orbis® :

- Insister pour que les internes sélectionnent leur senior responsable dans les ordonnances de sortie qu'ils rédigent afin de pouvoir faire figurer sur les prescriptions leur numéro RPPS, et faire figurer cette exigence dans les supports de formation ;

- Prévoir un cadre « Signature du prescripteur » afin de diminuer le taux de prescriptions non signées ;
- Rapatrier la spécialité du prescripteur automatiquement ;
- Intégrer la mention « génériques souhaités, sauf mention contraire » ;
- Travailler avec la coordination médico-administrative et la DSIO afin d'intégrer les coordonnées des services sur les ordonnances.

Pour les ordonnances bizonnes rédigées depuis le dossier patient en texte libre à partir d'Orbis® :

- Travailler avec la coordination médico-administrative et la DSIO afin d'intégrer les coordonnées des services sur les ordonnances ;
- Intégrer la mention « génériques souhaités, sauf mention contraire » ;
- Intégrer un cadre « Signature du prescripteur » ;
- Faire apparaître le nom de l'interne sur l'ordonnance lorsqu'il prépare les ordonnances de sortie.

Pour les ordonnances bizonnes rédigées depuis le module de prescription interfacé avec une base de données de médicaments à partir d'Orbis® :

- Simplifier la prescription des médicaments non disponibles au livret de l'établissement : codage automatique de l'unité et de la voie d'administration rapatriées automatiquement depuis la base de données du médicament Vidal® ;
- Améliorer le phrasé des horaires d'administration pour correspondre aux horaires de prises plus flexibles en ville et non à ceux pré-renseignés des services de soins ;
- Améliorer la mention de la voie d'administration ;
- Rajouter des fréquences manquantes : une fois tous les 3 mois ou une fois par an par exemple ;
- Enregistrer automatiquement dans le dossier patient informatisé (DPI) des prescriptions de sortie
- Importer les coordonnées des services pour les faire apparaître sur les ordonnances de sortie ;
- Faire valider et signer par leur médecin senior responsable les ordonnances de sortie préparées par les internes.

Pour les formulaires de médicaments d'exception accessibles directement depuis Orbis :

- Mentionner systématiquement le numéro RPPS ;
- Rapatrier la spécialité du prescripteur automatiquement.

Concernant les ordonnances issues du logiciel Nadis®, en lien avec la DSIO et le référent Nadis® au sein de l'établissement, nous avons ciblé les actions correctrices suivantes :

- Ajouter le RPPS du senior lorsque l'interne prescrit ;
- Ajouter automatiquement la DCI ;
- Ajouter la spécialité du prescripteur ;
- Intégrer la mention « génériques souhaités, sauf mention contraire ».

Concernant les ordonnances issues du logiciel Sophtalmo®, en lien avec la DSIO et le référent Sophtalmo® au sein de l'établissement, nous avons ciblé les actions correctrices suivantes :

- Supprimer le profil générique (INTERNE M) sur Sophtalmo® ne permettant pas l'identification nominative du prescripteur sur certaines prescriptions
- Ajouter la spécialité du prescripteur ;
- Importer la date de naissance ou l'âge du patient ;
- Ajouter automatiquement la DCI.

Concernant les ordonnances issues du logiciel Sined®, en lien avec la DSIO et le référent Sined® au sein de l'établissement, nous avons ciblé les actions correctrices suivantes :

- Ajouter la spécialité du prescripteur ;
- Ajouter le RPPS du senior lorsque l'interne prescrit ;
- Intégrer la mention « génériques souhaités, sauf mention contraire ».

Pour les ordonnances manuscrites rédigées sur papier sécurisé :

- Vérifier avec l'atelier d'édition de l'établissement, qui coordonne l'approvisionnement des services en ordonnances sécurisées, qu'elles comportent bien le numéro FINESS de l'établissement, le numéro RPPS du prescripteur et les coordonnées du service ;
- Ajouter la spécialité du prescripteur ;
- Intégrer la mention « génériques souhaités, sauf mention contraire ».

Pour les ordonnances manuscrites rédigées sur papier non sécurisé :

- Vérifier avec l'atelier d'édition de l'établissement, qui coordonne l'approvisionnement des services en ordonnances sécurisées, qu'elles comportent bien le numéro FINESS de l'établissement ;
- Mettre en place une procédure permettant aux secrétariats médicaux d'éditer des planches d'étiquettes comportant le RPPS du prescripteur sous forme de code-barres, procédé actuellement utilisé dans d'autres établissements de notre région de taille comparable.

Pour les ordonnances de dispositifs médicaux, le modèle de prescription de perfusion à domicile est intégré et disponible en prescription dans Orbis®, les autres formulaires seront intégrés au fur et à mesure de leur parution.

C. Difficultés

Parmi les difficultés rencontrées par les établissements de santé pour réguler les PHEV, nous avons identifié 3 catégories :

- les difficultés liées au système d'information ;
- les difficultés liées aux produits ;
- les difficultés liées aux acteurs.

1. Difficultés liées aux systèmes d'information

Traditionnellement, le suivi de l'utilisation des produits de santé à l'hôpital se fait à partir des données de délivrance issues de la pharmacie à usage intérieur. Or pour les PHEV, les prescriptions étant par définition délivrées en ville, elles ne sont pas visibles par la PUI. Un établissement de santé ne peut avoir une visibilité exhaustive sur ses PHEV que par deux moyens :

- l'informatisation complète des PHEV, associée à la mise en place de requêtes exhaustives ;
- les données de remboursement issues de l'Assurance maladie, dont nous avons vu dans le chapitre I.B.3. qu'elles étaient disponibles dans plusieurs bases de données complémentaires, mais avec un délai de production ne permettant pas des analyses en temps réel.

Dans le deuxième cas cité ci-dessus peut se poser la question de la qualité des données collectées.

Tout d'abord, concernant le taux de prescriptions ayant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement : en effet, l'affectation des PHEV à un établissement de santé identifié par son FINESS, et à un prescripteur identifié par son RPPS repose sur la saisie de ces informations par le pharmacien d'officine. Pour inciter les pharmaciens d'officine à transmettre ces informations, une rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) a été créée en 2016. Cette contribution est perçue par le pharmacien d'officine en fonction des numéros RPPS des prescripteurs hospitaliers communiqués à l'Assurance maladie⁴⁵. Les données de l'Assurance maladie dépendent donc de la qualité des informations collectées par le pharmacien d'officine et transmises ensuite. Or la collecte de ces informations peut être complexe, notamment dans les cas suivants :

- prescripteurs ayant à la fois une activité hospitalière et libérale ;
- prescripteurs dont l'activité a changé dans le temps : changement de l'établissement de santé de rattachement, passage d'une activité hospitalière à une activité libérale... Certaines informations déjà saisies peuvent en effet être proposées par défaut au pharmacien d'officine.

⁴⁵ Arrêté du 24 juin 2016 portant approbation des avenants 8 et 9 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance maladie

Lorsque nous avons demandé à l'Assurance maladie le détail des numéros RPPS pour les classes médicamenteuses de biosimilaires de nos PHMEV en 2017, nous avons constaté que 34% des prescripteurs rattachés à ces numéros RPPS ne travaillaient pas dans notre établissement, ou n'y travaillaient plus (Tableau 19).

Famille de PHMEV	Molécule	Nombre de prescripteurs identifiés CHU par l'AM	Parmi les RPPS transmis, prescripteur inconnu au CHU	% d'erreur d'ES
Antidiabétiques	Insuline Glargine	527	190	36%
Antirhumatismaux spécifiques (polyarthrite rhumatoïde,...)	Etanercept	158	52	33%
EPO	Darbepoetine Alfa	241	72	30%
	Erythropoietine	95	40	42%
	Methoxy Polyethylene Glycol-Epoetine Beta	44	9	20%
Traitement du cancer	Filgrastim	106	35	33%
	Lenograstim	130	41	32%
	TOTAL	1301	439	34%

Tableau 19 : Analyse des données 2017 des PHMEV du CHU de Toulouse transmises par l'AM

Enfin, les données détaillées relatives aux PHEV mises à disposition par l'Assurance maladie, et présentées dans le *chapitre II.B.* peuvent présenter des incohérences entre elles, notamment du fait de différence de périmètres ou de modalités de valorisation (notamment intégration ou non des honoraires de dispensation).

2. Difficultés liées aux produits

La régulation des PHEV est également rendue difficile par le profil des produits concernés :

- soumis à une politique du médicament différente de celle en vigueur dans l'établissement (référencement, prix) ;
- prépondérance de médicaments à prescription hospitalière (initiale ou non) ;
- majorité de médicaments en situation de monopole.

a) Affranchissement du cadre de la politique du médicament intrahospitalière

Dans les établissements publics de santé, le référencement des médicaments et l'achat qui en découle, suivent des règles bien spécifiques, dans la mesure où :

- le référencement relève de la politique de la Commission médicale d'établissement (CME) : c'est en effet une sous-commission de la CME (au CHU de Toulouse, la CoMÉDiMS) qui est chargée de définir la liste des médicaments dont l'utilisation est recommandée dans l'établissement⁴⁶, appelée livret thérapeutique de l'établissement ;
- l'achat relève des dispositions du Code des marchés publics, qui prévoit un principe de mise en concurrence des fournisseurs sauf en cas de situation de monopole justifiée. Pour les médicaments disponibles en ville, le prix qui résulte de cette procédure d'achat est généralement inférieur (voire très inférieur) ou égal au prix ville (25).

Dans le contexte des PHEV, les prescripteurs n'ont pas l'obligation de respecter le périmètre du livret de l'établissement : ils ont la possibilité de prescrire toutes les spécialités disponibles en ville. Ainsi, la somatropine, 1^{ère} molécule en termes de dépenses de PHMEV au CHU de Toulouse en 2017 (plus de 11 millions d'euros), n'est pas référencée en intra hospitalier.

Ensuite, les prix résultant de la politique intrahospitalière du médicament décrite ci-dessus, sont différents de ceux fixés en ville ; cette hétérogénéité peut conduire à des situations qui s'avèrent néfastes pour l'optimisation de l'efficacité des PHEV.

Ainsi, la mise en concurrence des différentes spécialités à base d'épétine alfa dans le cadre d'un marché national a conduit à retenir au CHU de Toulouse la spécialité de référence, sur des critères de qualité et de coût. Or il est vraisemblable que le référencement intra hospitalier a un impact sur les taux de pénétration des génériques / biosimilaires PHEV de l'établissement (2) dans le sens où :

⁴⁶ Article R6111-10 du CSP

- le référencement intra hospitalier d'un générique / biosimilaire favorise la prescription du biosimilaire dans les PHEV, dans la mesure où :
 - la spécialité (nom, présentation) est connue des prescripteurs ;
 - pour des traitements chroniques initiés à l'hôpital, le prescripteur peut souhaiter assurer une continuité du traitement en ville.
- le référencement intrahospitalier d'une spécialité de référence est défavorable à la prescription du biosimilaire / générique dans les PHEV, pour les mêmes raisons.

Notons que, à contrario, la mise en concurrence des différentes spécialités à base de filgrastim a conduit à référencer au CHU de Toulouse la spécialité biosimilaire.

Ces hypothèses ne sont pas fortement confirmées par les taux de pénétration des biosimilaires dans les PHMEV du CHU de Toulouse pour ces deux molécules. Malgré un référencement hospitalier différent dans les deux cas (une spécialité de référence pour l'épœtine alfa et une spécialité biosimilaire pour le filgrastim), les taux de pénétration des biosimilaires dans les PHEV pour ces deux molécules sont très proches : respectivement 51,5% et 52,8%.

b) Statut de prescription hospitalière

Pour certains médicaments, la prescription est réservée aux médecins exerçant en établissements de santé publics ou privés, le renouvellement de la prescription de ces médicaments pouvant se faire selon les cas par le médecin hospitalier ou par le médecin de ville. On parle alors respectivement de médicaments à prescription hospitalière (PH), ou à prescription initiale hospitalière (PIH). Le classement de certains médicaments avec une PIH est justifié par la nécessité d'effectuer dans des établissements disposant de moyens adaptés le diagnostic des maladies pour le traitement desquelles le médicament est habituellement utilisé⁴⁷.

Les 20 premières molécules des PHMEV du CHU de Toulouse en termes de dépenses, correspondant toutes à des médicaments de spécialité, représentent 45% du montant des PHMEV de notre établissement (Tableau 20). Sur ces 20 molécules, 19 sont à prescription initiale hospitalière (PIH) : la première prescription se fait par un prescripteur hospitalier, tandis que les renouvellements peuvent être réalisés par un médecin de ville. La prescription de sortie d'hospitalisation est une étape clé dans le parcours de santé car cette prescription sera vraisemblablement renouvelée plusieurs fois par la suite par le médecin traitant. Le médecin hospitalier peut prescrire, par commodité, le médicament référencé au livret de l'établissement, qui n'est pas forcément le générique ou le biosimilaire, tandis que le médecin de ville peut renouveler la prescription par le médicament princeps si un générique est prescrit, ou de référence dans le cas d'un biosimilaire.

⁴⁷ Article R5121-87 du CSP

Top	Molécule	Classe thérapeutique	Montant remboursé 2017	Répartition des montants remboursés 2017	PIH
1	Somatropine	Hormone de croissance	11 295 550 €	8,8%	oui
2	Adalimumab	Antirhumatismaux spécifiques	6 702 497 €	5,2%	oui
3	Tacrolimus	Immunosuppresseurs	4 994 526 €	3,9%	oui
4	Lamivudine, Abacavir et Dolutégravir	Traitement du VIH et des hépatites	4 360 836 €	3,4%	
5	Etanercept	Antirhumatismaux spécifiques	2 802 177 €	2,2%	oui
6	Ustekinumab	Dermatologie	2 760 691 €	2,1%	oui
7	Omalizumab	Anti-asthmatique	2 282 332 €	1,8%	oui
8	Lanreotide	Hormones	2 134 818 €	1,7%	oui
9	Acide mycophénolique	Immunosuppresseurs	2 047 645 €	1,6%	oui
10	Emtricitabine, Tenofovir disoproxil et Rilpivirine	Traitement du VIH et des hépatites	2 014 873 €	1,6%	oui
11	Everolimus	Immunosuppresseurs	1 962 693 €	1,5%	oui
12	Darbepoetine alfa	EPO	1 957 369 €	1,5%	oui
13	Fingolimod	Sclérose en plaques	1 924 346 €	1,5%	oui
14	Imatinib	Traitement du cancer	1 855 479 €	1,4%	oui
15	Secukinumab	Immunosuppresseurs	1 724 918 €	1,3%	oui
16	Tenofovir disoproxil et emtricitabine	Traitement du VIH et des hépatites	1 651 085 €	1,3%	oui
17	Ibrutinib	Traitement du cancer	1 488 141 €	1,2%	oui
18	Golimumab	Antirhumatismaux spécifiques	1 460 575 €	1,1%	oui
19	Pegfilgrastim	Traitement du cancer	1 455 892 €	1,1%	oui
20	Ranibizumab	Produits de la DMLA	1 319 521 €	1,0%	oui
Total Top 20 PHMEV CHU Toulouse 2017			58 195 964 €	45,1%	
TOTAL PHMEV 2017 CHU Toulouse			128 957 972 €		

Tableau 20 : Statut de prescription hospitalière du top 20 des PHMEV 2017 du CHU de Toulouse

c) Situation de monopole

Sur les 20 premières molécules des PHMEV du CHU de Toulouse en termes de dépenses, 13 sont en situation de monopole (Tableau 21), c'est-à-dire qu'il n'existe pas de médicaments génériques ou de biosimilaires pouvant favoriser une baisse des prix grâce à la concurrence générée.

Top	Molécule	Classe thérapeutique	Montant remboursé 2017	Répartition des montants remboursés 2017	Monopole/ Biosimilaire
1	Somatropine	Hormone de croissance	11 295 550 €	8,8%	biosimilaire
2	Adalimumab	Antirhumatismaux spécifiques	6 702 497 €	5,2%	oui
3	Tacrolimus	Immunosuppresseurs	4 994 526 €	3,9%	non
4	Lamivudine, Abacavir et Dolutégravir	Traitement du VIH et des hépatites	4 360 836 €	3,4%	oui
5	Etanercept	Antirhumatismaux spécifiques	2 802 177 €	2,2%	biosimilaire
6	Ustekinumab	Dermatologie	2 760 691 €	2,1%	oui
7	Omalizumab	Anti-asthmatique	2 282 332 €	1,8%	oui
8	Lanreotide	Hormones	2 134 818 €	1,7%	oui
9	Acide mycophénolique	Immunosuppresseurs	2 047 645 €	1,6%	non
10	Emtricitabine, Tenofovir disoproxil et Rilpivirine	Traitement du VIH et des hépatites	2 014 873 €	1,6%	oui
11	Everolimus	Immunosuppresseurs	1 962 693 €	1,5%	non
12	Darbepoetine alfa	EPO	1 957 369 €	1,5%	oui
13	Fingolimod	Sclérose en plaques	1 924 346 €	1,5%	oui
14	Imatinib	Traitement du cancer	1 855 479 €	1,4%	non
15	Secukinumab	Immunosuppresseurs	1 724 918 €	1,3%	oui
16	Tenofovir disoproxil et emtricitabine	Traitement du VIH et des hépatites	1 651 085 €	1,3%	non
17	Ibrutinib	Traitement du cancer	1 488 141 €	1,2%	oui
18	Golimumab	Antirhumatismaux spécifiques	1 460 575 €	1,1%	oui
19	Pegfilgrastim	Traitement du cancer	1 455 892 €	1,1%	oui
20	Ranibizumab	Produits de la DMLA	1 319 521 €	1,0%	oui

Tableau 21 : Statut de monopole sur le top 20 des PHMEV 2017 du CHU de Toulouse

Or la diffusion des médicaments génériques et biosimilaires est un levier majeur de régulation des dépenses de médicaments, qui permet dégager des marges financières pour rembourser les nouveaux médicaments arrivant sur le marché. La France est le deuxième pays, derrière les États-Unis, à avoir la plus forte distribution de médicaments innovants, en revanche, elle accuse un retard significatif de prescription des médicaments génériques et biosimilaires par rapport à ses pays voisins (Figure 20). La poursuite des actions en faveur de la diffusion des médicaments génériques avec un taux de substitution fixé à 90% pour les pharmaciens d'officine, et les actions d'incitation à la prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques et des médicaments biosimilaires doivent permettre selon l'Assurance maladie, de dégager une économie de 160 millions d'euros en 2019 (2).

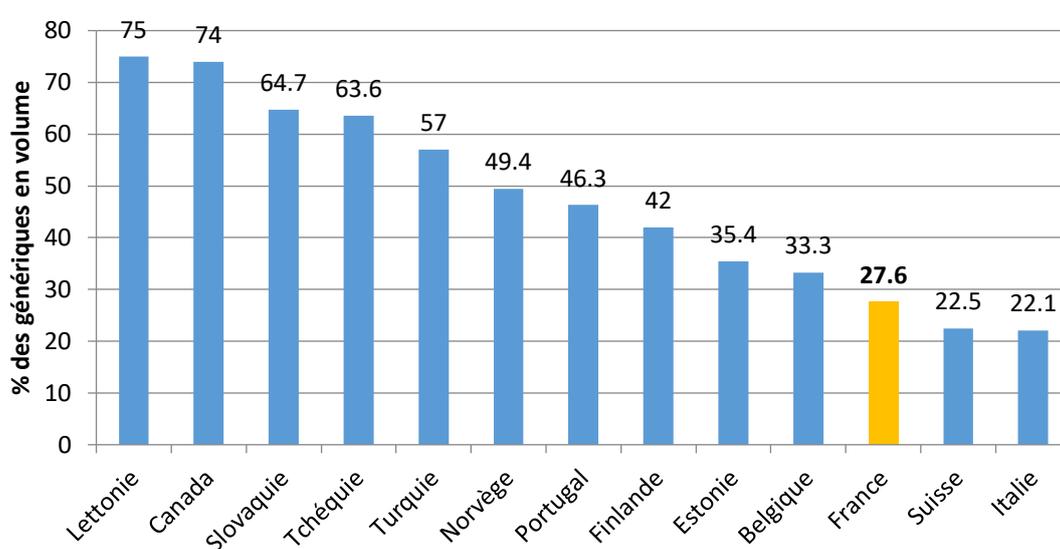


Figure 20 : Pourcentage des génériques (en volume dans le marché) pharmaceutique total en 2016 (données OCDE)

d) Contournement des répertoires

Si ce point a été largement développé dans la littérature à propos des médicaments génériques (26), il concerne aussi largement des médicaments biosimilaires. Certains groupes de médicaments biosimilaires sont concurrencés par des molécules appartenant à la même classe thérapeutique mais ne disposant pas de médicaments biosimilaires.

Nous pouvons citer deux exemples qui concernent les PHMEV du CHU de Toulouse :

- Facteur de croissance leucocytaires : seul le filgrastim (spécialité de référence : Neupogen®) dispose à ce jour de biosimilaires. Le lenograstim (Granocyte®) ne dispose pas de biosimilaires. Le pegfilgrastim (Neulasta®), commercialisé ultérieurement, a permis de diminuer la fréquence des injections. Le Tableau 22 met en évidence la part importante des prescriptions de Granocyte® et de Neulasta®, qui permettent de contourner le groupe biosimilaire, à la fois en intrahospitalier et dans les PHMEV ;

Facteurs de croissance leucocytaires	Prescriptions intrahospitalières	Prescriptions hospitalières exécutées en ville
Neupogen® et biosimilaires	0,015 M€	0,5 M€
Granocyte®	0,08 M€	0,7 M€
Neulasta®	0,08 M€	1 M€

Tableau 22 : Dépenses 2017 des facteurs de croissance leucocytaires en intrahospitalier et en PHEV au CHU de Toulouse

- Somatropine : il existe sur le marché 7 spécialités à base de somatropine dont les indications sont très proches. Parmi ces 7 spécialités, une seule a le statut de biosimilaire. La répartition des PHMEV au CHU de Toulouse met en évidence la prépondérance de prescription des spécialités hors répertoire (Tableau 23).

Spécialités à base de somatropine	Prescriptions hospitalières exécutées en ville
Genotonorm® et biosimilaires	4,4 M€
Norditropine®, Nutropinaq Saizen®, Umatrope®, Zomacton®	6,9 M€

Tableau 23 : Dépenses 2017 des spécialités à base de somatropine en intrahospitalier et en PHEV au CHU de Toulouse

3. Difficultés liées aux acteurs

a) Partage des rôles

Entre l'Assurance maladie et les établissements de santé (ES), deux acteurs sont amenés à intervenir auprès des professionnels de santé : les délégués de l'Assurance maladie et les médecins-conseils. Le délégué de l'Assurance maladie développe la coopération professionnelle utile à la maîtrise du système de soins, en vue de soigner mieux en dépensant mieux, tandis que le médecin-conseil accompagne les professionnels de santé sur les actions de prévention, sur le contrôle contentieux, ou encore sur l'organisation du système de soins. Il sensibilise les prescripteurs aux référentiels de bonnes pratiques médicales, au respect des conditions de prise en charge et aux dispositifs conventionnels et peut intervenir auprès de ceux qui ne respectent pas la réglementation. Le délégué assure la promotion des recommandations de l'Assurance maladie. En complément de l'action des médecins-conseils, il contribue à l'évolution des comportements en matière de prescriptions de médicaments par exemple. Leurs missions concernant leur intervention auprès des professionnels de santé exerçant en établissement de santé semblent assez similaires, et leurs interventions sur place dans les ES est peu cadrée ou régulée.

Parmi les autres acteurs identifiés pour accompagner les établissements de santé, notamment dans le cadre des objectifs fixés par le CAQES, figurent les Observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT).

Enfin dans chaque établissement de santé, la thématique des PHEV fait intervenir plusieurs acteurs également : en premier lieu les prescripteurs, mais aussi la Commission du médicament et des dispositifs médicaux (CoMÉDiMS) qui coordonne le CAQES et les actions à mettre en œuvre dans le cadre de celui-ci pour les PHEV, la PUI qui fait le lien avec les pôles prescripteurs, la direction des affaires financières (DAF), la direction de la qualité (DQ), la direction des systèmes d'information et d'organisation (DSIO) pour tout ce qui a notamment trait aux logiciels de prescription, la direction de la communication, la coordination médico-administrative et la direction des achats impliquée dans les appels d'offre portant sur les génériques et les biosimilaires. Il n'est pas évident, au vu de la multiplicité des acteurs impliqués dans cette thématique, de proposer des actions d'amélioration qui soient validées et mises en œuvre rapidement.

Les pharmaciens, qu'ils soient hospitaliers ou exerçant en ville, n'ont pas la même vision sur les PHMEV. Le pharmacien hospitalier, puisqu'intégré dans l'établissement, est susceptible d'être impliqué, dans le cadre du CAQES, aux actions de régulation des PHEV, alors qu'il n'a pas la responsabilité de dispenser les médicaments concernés. C'est en effet le pharmacien d'officine qui a la responsabilité de la dispensation, et par conséquent de l'analyse pharmaceutique. En outre, il dispose souvent d'une information moins riche que le pharmacien hospitalier (notamment dans le cas des ordonnances de sortie d'hospitalisation), et a un contact moins direct avec le prescripteur.

Enfin, si l'établissement de santé, par sa politique de référencement et d'achat, est susceptible d'avoir un impact sur les prix hospitaliers, il n'a en revanche aucune action sur les prix des produits de santé en ville. En effet, concernant la fixation du prix des médicaments ou des dispositifs médicaux à usage individuel pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire, c'est le comité économique des produits de santé (CEPS) qui s'en charge. Le CEPS est un organisme interministériel placé sous l'autorité conjointe des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie. De par sa mission de fixation du prix des médicaments et des dispositifs médicaux, le CEPS participe activement à la politique économique des produits de santé, au suivi des dépenses et à la régulation financière du marché. L'établissement de santé n'a aucun pouvoir à ce niveau-là.

b) Intéressement/sanctions

Nous avons cité dans le paragraphe I.D.3.a)α) les différentes modalités de régulation de l'offre de soins. Concernant les prescripteurs, nous avons vu qu'un médecin prescripteur exerçant en libéral peut percevoir des rémunérations sur objectif de santé publique (ROSP) en contrepartie du respect d'objectifs liés notamment à l'efficacité de ses prescriptions, alors que le médecin prescripteur en établissement de santé ne dispose pas d'incitations mais expose en revanche son établissement à des sanctions si collectivement, les objectifs du CAQES ne sont pas respectés. En plus de l'absence d'incitations, le médecin prescripteur exerçant en établissement de santé est solidaire des prescriptions des autres médecins de l'établissement, puisque les prescriptions sont regardées dans leur ensemble à l'échelle de l'établissement pour calculer les indicateurs du CAQES, et décider d'éventuelles sanctions lorsque ces indicateurs ne sont pas respectés (prescriptions de génériques ou de biosimilaires par exemple).

Les incitations financières telles que les ROSP représentent un levier de changement pour améliorer les pratiques des médecins libéraux. C'est ainsi que les indicateurs de prescription dans le répertoire des génériques relatifs aux statines et aux antihypertenseurs ont progressé en 2017 (respectivement +0,5 et +2,0 points). Ces constats sont à pondérer en fonction de l'évolution du périmètre du répertoire entre ces deux dates. En revanche, l'indicateur relatif aux autres traitements prescrits dans le répertoire générique baisse de 0,5 point par rapport à 2016 (Tableau 24).

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Evolution en points déc. 2016 - déc. 2017
Prescription dans le répertoire des génériques ou biosimilaires	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 97 %	90,3 %	90,7 %	0,4
	Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 92 %	86,5 %	88,5 %	2,0
	Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 94 %	47,1 %	42,3 %	-4,8
	Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 86 %	78,9 %	78,5 %	-0,4
	Indice global de prescription dans le reste du Répertoire	≥ 55 %	47,1 %	46,6 %	-0,5
	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	≥ 20 %	0,2 %	2,8 %	2,6
Efficience des prescriptions	Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	≥ 94 %	87,2 %	87,9 %	0,7
	Part des patients MT diabétiques traités par Metformine	≥ 93 %	80,6 %	81,4 %	0,8
	Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	≥ 99 %	86,7 %	88,3 %	1,6

Tableau 24 : Synthèse des résultats des indicateurs calculés d'optimisation et d'efficacité des prescriptions (27)

On peut noter l'arrivée en 2018, à titre expérimental⁴⁸, d'un dispositif incitatif permettant de valoriser les efforts des établissements de santé qui augmentent le taux de recours à certains médicaments biosimilaires, dans leurs PHEV. Les molécules concernées sont l'etanercept et l'insuline glargine, et deux mécanismes d'intéressement, basés sur le taux de prescription de biosimilaires dans les PHEV de l'établissement, sont proposés :

- un intéressement global de l'établissement, à hauteur de 20% de l'écart entre le prix du médicament de référence et son biosimilaire en ville ;
- un intéressement direct des services prescripteurs, à hauteur de 30% de l'écart entre le prix du médicament de référence et son biosimilaire en ville.

L'objectif est vraisemblablement d'inciter les établissements à intéresser directement les prescripteurs afin de faire progresser l'efficacité de leurs prescriptions. Néanmoins, ce dispositif soulève des questionnements dans les établissements de santé :

- fréquemment dans des situations budgétaires déficitaires, les directions des établissements de santé ne sont pas toujours disposées à jouer le jeu de l'intéressement des prescripteurs, surtout pour des dépenses qui ne pèsent pas sur le budget de l'établissement ;
- il pose la question de l'équité de traitement des prescripteurs, et ouvre la possibilité de rapports de force entre prescripteurs et directions. En effet, certains prescripteurs ont largement intégré les biosimilaires à leurs pratiques de prescription depuis longtemps, sans pour autant avoir bénéficié d'incitations ; et d'autres ne prescrivent que la spécialité de référence tant qu'ils n'ont pas obtenu l'intéressement attendu ;
- enfin, l'évolution des pratiques médicales sur les groupes biosimilaires les plus anciens (érythropoïétine, facteur de croissance leucocytaire) montre que le taux de pénétration des biosimilaires augmente avec l'accumulation de preuves de similarité « en vie réelle » ; et que par conséquent, ce dispositif est susceptible d'accélérer « artificiellement » le recours aux biosimilaires, alors même que les autorités sanitaires n'ont pas souhaité finaliser le droit de substitution systématique, laissant sur les prescripteurs la responsabilité des échanges de prescription.

⁴⁸ Article 51 de la LFSS pour 2018 relatif aux expérimentations pour l'innovation dans le système de santé

Conclusion

Malgré les limites de notre audit, nous avons quand même pu récupérer et analyser 955 PHEV de produits de santé de notre établissement. Cette analyse fine et précise grâce à plus de 30 critères retenus nous a permis de réaliser un état des lieux des PHEV de produits de santé produites par notre établissement, et de construire, proposer et commencer à mettre en place un plan d'action global pour améliorer leur qualité et répondre aux nouvelles exigences du CAQES.

Ce plan d'action pour amélioration la qualité de nos PHEV se développe sur 3 axes :

- le premier visant à faire progresser l'informatisation des prescriptions de sortie via un déploiement du LAP de l'établissement dans les services des urgences ;
- le deuxième via une action de communication à destination des prescripteurs ;
- le troisième ciblé sur les supports de prescription pour améliorer le format des ordonnances produites.

Le même audit que nous avons réalisé en mars 2018 pourra être reproduit un an après, afin de se rendre compte des améliorations effectivement réalisées et de repérer d'éventuelles autres non-conformités pour pouvoir les corriger.

Même si l'avenir est à la e-prescription et à la dématérialisation, les exigences règlementaires de prescription resteront les mêmes, et nos actions entreprises pour améliorer la qualité de nos PHEV seront forcément utiles lorsque nous passerons à une version entièrement numérique des ordonnances.

L'hôpital reste un lieu d'innovation, il est donc normal que nos prescriptions contiennent des médicaments innovants et par conséquent onéreux, mais indispensables à la prise en charge optimale des patients. Maîtriser l'évolution des PHMEV, c'est participer à la pérennité de notre système de protection sociale ; cette régulation, encore jeune aujourd'hui, s'appuie majoritairement sur la prescription dans le répertoire des génériques et le recours au biosimilaires. Mais l'enjeu des PHMEV, point de rencontre entre une prescription hospitalière et une dispensation ambulatoire, est aussi celui de la coordination ville hôpital, et plus largement, de l'optimisation du parcours de soin, qui nécessite la mise en place d'outils de tarification et de régulation innovants.

Bibliographie

1. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Point de Repère n°49 : Panorama des prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville en 2016. 2018 févr.
2. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Rapport Charges et produits pour l'année 2019.
3. DREES. Les dépenses de santé en 2017 : Résultats des comptes de la santé [Internet]. 2018 sept [cité 19 sept 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018>
4. Vie publique. Qu'appelle-t-on la dépense courante de santé ? [Internet]. 2016 [cité 4 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/risque-sante/depenses-sante/qu-appelle-t-on-depense-courante-sante.html>
5. OCDE. Panorama de la santé 2017 [Internet]. Éditions OCDE; 2017 [cité 4 mars 2018]. 226 p. (Panorama de la santé). Disponible sur: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017_health_glance-2017-fr
6. Quelle est la part de la richesse nationale consacrée à la santé ? [Internet]. 2016 [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/risque-sante/depenses-sante/quelle-est-part-richeesse-nationale-consacree-sante.html>
7. Qui finance les dépenses de santé ? [Internet]. 2016 [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/risque-sante/depenses-sante/qui-finance-depenses-sante.html>
8. Quelle est la part des financeurs publics dans le financement des dépenses de santé ? [Internet]. 2016 [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/risque-sante/depenses-sante/quelle-est-part-financeurs-publics-financement-depenses-sante.html>
9. Quelle est la participation des organismes complémentaires au financement de la consommation de soins et biens médicaux ? [Internet]. 2016 [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/risque-sante/depenses-sante/quelle-est-participation-organismes-complementaires-au-financement-consommation-soins-biens-medicaux.html>
10. Quel est le « reste à charge » des ménages ? [Internet]. 2016 [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/risque-sante/depenses-sante/quel-est-reste-charge-menages.html>
11. Quel est le rôle des caisses nationales d'assurance maladie dans la régulation du système de soins ? [Internet]. 2016 [cité 11 mars 2018]. Disponible sur:

<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/regulation-systeme-sante/quel-est-role-caisses-nationales-assurance-maladie-regulation-du-systeme-soins.html>

12. Qu'est-ce que la gestion du risque maladie ? [Internet]. 2016 [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/regulation-systeme-sante/qu-est-ce-que-gestion-du-risque-maladie.html>
13. Quel est le rôle des caisses primaires d'assurance maladie dans la régulation du système de soins ? [Internet]. 2016 [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/regulation-systeme-sante/quel-est-role-caisses-primaires-assurance-maladie-regulation-du-systeme-soins.html>
14. Quel est le rôle des agences régionales de santé dans la régulation du système de soins ? [Internet]. 2016 [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/regulation-systeme-sante/quel-est-role-agences-regionales-sante-regulation-du-systeme-soins.html>
15. Agence Régionale de Santé. Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé ? [Internet]. [cité 26 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>
16. Comment réguler la demande de soins ? [Internet]. 2016 [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/regulation-systeme-sante/comment-reguler-demande-sante.html>
17. Comment inciter les patients aux bonnes pratiques ? [Internet]. 2016 [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/regulation-systeme-sante/comment-inciter-patients-aux-bonnes-pratiques.html>
18. Qu'est-ce que l'Ondam ? [Internet]. 2016 [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/regulation-systeme-sante/qu-est-ce-que-ondam.html>
19. ARS Occitanie. Courrier de l'ARS du 29/12/2017 fixant les cibles 2018 du CAQES pour le CHU de Toulouse. 2017.
20. Gallini A, Legal R, Taboulet F. The influence of drug use in university hospitals on the pharmaceutical consumption in their surrounding communities. *Br J Clin Pharmacol*. avr 2013;75(4):1142-8.
21. Ordonnance CERFA de médicaments, de produits ou de prestations d'exception [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/formualires/204/s3326.pdf>
22. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Profil établissement PHMEV et LPP CHU Toulouse 2017.

23. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Profil établissement PHMEV et LPP CHU Toulouse 2016.
24. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Profil établissement PHMEV et LPP CHU Toulouse 2015.
25. Juillard-Condat B, Legal R, Thao-Khamsing W. Les facteurs de variabilité du prix du médicament dans les établissements de santé : une approche empirique. 32^e Journées des économistes de la Santé française (JESF), Lyon – 2 et 3 décembre 2010. In.
26. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Point de Repère n°12 : Comparaisons européennes sur huit classes de médicaments.
27. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique 2018 [Internet]. 2018 avr. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CNAM_-_Dossier_de_presse_Rosp_2017_-_25_Avril_2018.pdf

Annexe 1 : liste des champs de la base Open Medic

Variable	Libellé
Médicament	
ATC1	Groupe Principal Anatomique
ATC2	Sous-Groupe Thérapeutique
ATC3	Sous-Groupe Pharmacologique
ATC4	Sous-Groupe Chimique
ATC5	Sous-Groupe Substance Chimique
CIP13	Code Identification Spécialité Pharmaceutique
TOP_GEN	Top Générique
GEN_NUM	Groupe Générique
Bénéficiaire	
AGE	Age au moment des soins
SEXE	Sexe
BEN_REG	Région de Résidence du Bénéficiaire
Prescripteur	
PSP_SPE	Spécialité du prescripteur
Indicateurs	
REM	Montant Remboursé
BSE	Base de Remboursement
BOITES	Nombre de boîtes délivrées
NBC	Nombre de consommateurs (disponible uniquement dans les bases type NB_)

Annexe 2 : liste des champs de la base Open PHMEV

Variable	Libellé
Médicament	
ATC1	Groupe Principal Anatomique
L_ATC1	Libellé ATC1
ATC2	Sous-Groupe Thérapeutique
L_ATC2	Libellé ATC2
ATC3	Sous-Groupe Pharmacologique
L_ATC3	Libellé ATC3
ATC4	Sous-Groupe Chimique
L_ATC4	Libellé ATC4
ATC5	Sous-Groupe Substance Chimique
L_ATC5	Libellé ATC5
CIP13	
L_CIP13	Libellé CIP13
TOP_GEN	Top Générique/Biosimilaire/Princeps/Référent
GEN_NUM	Groupe Générique
Bénéficiaire	
AGE	Tranche d'Age
SEXE	Sexe
Établissement Prescripteur	
categorie_jur	Catégorie d'Établissement
code_postal	
region_etb	Région d'implantation de l'établissement l'AP-HP et la Croix Rouge; Région d'implantation de l'établissement gestionnaire sinon
etb_rgt	n° Finess géographique pour l'AP-HP et la Croix Rouge; n° Finess juridique sinon
nom_etb	
raison_sociale_etb	
nom_ville	
nom_voie	
numero_voie	
top_etb_age	Top établissement selon disponibilité Tranche d'Age: 0 non; 1 oui
top_etb_sexe	Top établissement selon disponibilité Sexe: 0 non; 1 oui
Indicateurs	
BOITES	Nombre de boites
REM	Montant Remboursé
BSE	Montant Remboursable

Ordonnances de sortie : RPPS et signature obligatoires !

On entend par ordonnance de sortie :

- les prescriptions de sortie d'hospitalisation
- les prescriptions réalisées lors des consultations externes
- les prescriptions réalisées à l'occasion d'un passage aux urgences.

Aucune ordonnance de sortie ne doit quitter l'établissement sans le n°RPPS du prescripteur senior et sans signature manuscrite !

- en 2017, les données de l'Assurance maladie montrent 40 % des ordonnances de sorties issues du CHU ne mentionnaient pas le numéro RPPS du prescripteur.
 - L'instruction DGOS/MSIOS n°2010-396 du 29 novembre 2010 précise : « il est rappelé que les internes non thésés ne sont pas habilités à signer les prescriptions exécutées en ville. Ils peuvent cependant les préparer. À cet effet, ils utilisent les ordonnanciers de leur professionnel de santé responsable qui doit valider et signer les ordonnances ainsi préparées. »
- à aujourd'hui, la mention « validée électroniquement par... » dans Orbis ne vaut pas signature.

L'amélioration de la qualité des ordonnances de sortie constitue l'un des objectifs du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) signé entre chaque établissement de santé, l'agence régionale de santé (ARS) et l'Assurance maladie (AM).

En 2019, 75% des ordonnances de sortie devront mentionner le FINESS et le RPPS. Le non-respect des cibles fixées exposera l'établissement à des sanctions financières.

Mémo 1 : Comment bien m'identifier sur les différents supports de prescription avec mon RPPS

Mémo 2 : Check liste des mentions obligatoires qui doivent figurer sur les prescriptions de sortie

Mentions obligatoires sur toutes les prescriptions hospitalières délivrées en ville :

- ordonnance de sortie d'hospitalisation
- ordonnance de sortie des urgences
- ordonnance suite à une consultation

- Identification de la structure : Numéro FINESS et service**
- Identité du prescripteur : Nom et Prénom, n° R.P.P.S, spécialité**
- Date et durée de la prescription**
- Sexe, nom et prénom du patient, âge ou date de naissance, si nécessaire poids et taille (pédiatrie, oncologie...)**
- Nom du médicament en Dénomination Commune Internationale (± nom commercial), dosage et forme galénique**
- Posologie (dose, répartition dans la journée), voie d'administration**
- Signature manuscrite**

La rédaction d'une ordonnance dans Orbis® permet de répondre à la majorité des exigences règlementaires et en assure la traçabilité conforme. À défaut, le double de l'ordonnance de sortie doit être obligatoirement retrouvé dans le dossier du patient.

Droit de prescription des internes

L'instruction DGOS/MSIOS n°2010-396 du 29 novembre 2010 précise : « il est rappelé que les internes non thésés ne sont pas habilités à signer les prescriptions exécutées en ville. Ils peuvent cependant les préparer. À cet effet, ils utilisent les ordonnanciers de leur professionnel de santé responsable qui doit valider et signer les ordonnances ainsi préparées. »

Les internes doivent dans ce cas obligatoirement :

- indiquer le nom du médecin senior responsable et son n° RPPS sur les prescriptions,
- préciser leur identité (nom prénom) ainsi que leur fonction (interne des hôpitaux),
- faire précéder leur signature de la mention P/O (pour ordre).

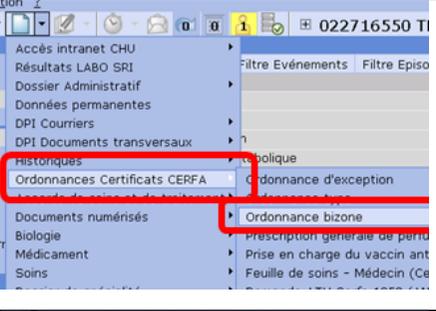
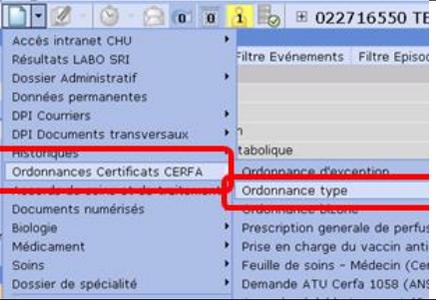
Signature manuscrite sur les ordonnances

La signature ou validation électronique dans nos logiciels d'aide à la prescription n'est pas sécurisée et ne peut pas être certifiée à l'heure actuelle pour les prescriptions exécutées en ville. En conséquence et en attendant une mise à jour des modules de prescription, toutes les ordonnances doivent être signées de façon manuscrite par les prescripteurs.

FINESS et RPPS sous forme de code-barres

Selon l'arrêté du 10 août 2010, le n°FINESS et le n°RPPS doivent figurer sur les ordonnances sous forme de code-barres pour faciliter leur lecture et retransmission par les pharmaciens d'officine pour l'Assurance maladie. Par défaut, un n°FINESS ou n°RPPS sous forme de chiffre peut être toléré temporairement en attendant une évolution de nos supports de prescription.

L'identification du prescripteur est l'une des mentions réglementaires obligatoire devant être présente sur les ordonnances. Ce document vous décrit les étapes nécessaires pour bien s'identifier en tant que prescripteur selon le support de prescription utilisé.

Support de prescription	Prescripteurs seniors	Internes
Ordonnance bizona ORBIS 	<p>Mon nom et mon numéro RPPS sont automatiquement rapatriés sur l'ordonnance.</p> <p>J'appose ma signature manuscrite sur l'ordonnance.</p>	<p>Je coche la case « validation du document par délégation ».</p> <p>Je sélectionne le médecin senior responsable dans le menu déroulant en haut de l'ordonnance, afin que son RPPS figure sur l'ordonnance.</p> <p>Je m'identifie (nom, prénom, fonction) dans la dernière ligne de l'ordonnance.</p> <p>Je « signe » informatiquement et j'accepte l'impression automatique de l'ordonnance.</p> <p>J'appose ma signature manuscrite précédée de la mention P/O avant de la remettre au patient.</p>
Ordonnance type ORBIS 	<p>J'entoure mon nom dans la colonne de gauche.</p> <p>J'écris en toutes lettres le nom du médicament, la posologie, la durée.</p> <p>J'indique le nombre total de médicaments prescrits dans le carré en bas à droite.</p> <p>J'appose ma signature manuscrite sur l'ordonnance.</p>	<p>Je sélectionne le médecin senior responsable dans le champ en bas à droite, afin que son RPPS figure sur l'ordonnance.</p> <p>Je m'identifie dans un des deux autres champs en bas de l'ordonnance, au milieu ou à gauche (nom, prénom et fonction).</p> <p>J'enregistre, j'imprime et j'appose ma signature manuscrite précédée de la mention P/O sur l'ordonnance de sortie avant de la remettre au patient.</p>
Ordonnance sécurisée 	<p>Pour les prescriptions de stupéfiants, j'utilise le modèle d'ordonnances sécurisées de mon service.</p> <p>J'écris en toutes lettres le nom du médicament, la posologie, la durée. J'indique le nombre total de médicaments prescrits dans le carré en bas à droite.</p> <p>Je m'identifie en bas de l'ordonnance en indiquant ma fonction, et j'appose ma signature manuscrite précédée de la mention P/O.</p> <p>J'entoure le nom de mon médecin senior responsable dans la colonne de gauche.</p>	<p>Je m'assure que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - j'ai indiqué mon nom, prénom, et ma fonction - le numéro RPPS d'un senior figure sur l'ordonnance, si possible sous forme de code-barres : masque de l'ordonnance, étiquette, ou tampon - j'ai apposé ma signature manuscrite sur l'ordonnance, précédée de la mention P/O si je suis un interne
Autres supports		

Annexe 6 : Plan d'action PHEV 2018

CHU Toulouse		PLAN D'ACTION PHEV					
Phase	Axe	Etape	Responsable	Échéance	Suivi		
I. Etat des lieux préalable	I.1 Audit interne	Audit ordonnances PHEV recueillies aux rétrocessions + dans les officines de la région : recueil de données qualitatives et quantitatives	COMEDIMS	mars-18	Audit réalisé le 19/03 au 30/03 Résultats présentés en COMEDIMS le 30/04 Résultats diffusés aux participants en mai 2018		
	I.2 Données AM	Taux de PHEV mentionnant le FINESS et le RPPS	AM	juin-18	Données S1 2017 : 60,1% au CHU (68,5% en Occitanie) Données 2017 année complète : 61,1% au CHU (69,5% en Occitanie) Cible 2018 : 70% (courrier ARS 29/12/2017); 75% en 2019 ; 80% en 2020 ; 85% en 2021		
II. Actions d'amélioration	II.1 Informatisation	Quelle priorisation du déploiement d'Orbis pour les prescriptions exécutées en ville : consultations, sorties, urgences ? Déploiement aux urgences : adaptation des supports, formation, protocoles...	DSIO / COMEDIMS	CSI DP 16/03/2018	Décision : Déploiement d'Orbis aux Urgences (2018) avec utilisation d'Orbis Me pour les prescriptions de sortie de médicaments en cours		
		Consultations et sorties d'hospitalisation : révision des e-learning (+ communication)	DSIO / COMEDIMS	oct-18	Début des travaux sur les e-learning de formation pour novembre 2018 le 4/07 Contenu à mettre au point les 2 premières semaines de juillet Réalisation des supports par l'équipe de déploiement		
		Création de la requête de suivi semestriel du taux de prescriptions de sorties informatisées	DSIO / COMEDIMS	janv-18	Requête disponible		
		Suivi et diffusion d'un indicateur semestriel	COMEDIMS	sept-18	à mettre en place sur S2 2018		
		Note d'information, Une intranet (points clés PHEV)	COMEDIMS	juil-18	Envoi validation instances 07/08/2018 + diffusion Une en septembre		
	II.2 Communication	Mail chefs de service + résultats audit par pôle - Mail référents LAP : résultats par logiciel	COMEDIMS	juil-18	Préparé 08/08/2018 - A diffuser après envoi de la Une		
		CME : Présentation résultats d'audit + plan d'action - Coordination médico administrative : à définir	COMEDIMS	sept-18	Demande d'intervention CME octobre ou novembre - mail CME fait		
		Lettre d'information associé au bulletin de salaire	COMEDIMS	nov-18	voir faisabilité avec la Direction de la Communication - mail 07/08/2018		
		II.3 Optimisation du format des ordonnances de sortie	ORBIS ordo type	o Sur la palier 1 Type : l'interne doit aller sélectionner son senior en bas à droite et s'identifier à gauche -> voir faisabilité que tous les champs renvoient le RPPS, pas seulement celui en bas à droite) o prévoir un cadre "Signature du prescripteur" o rapatrier la spécialité du prescripteur o intégrer la mention "génériques souhaités, sauf mention contraire" o Coordonnées du service : actuellement en tête courte ne mentionnant pas les coordonnées du service -> voir avec la coordination médico administrative et la DSIO : soit utilisation de l'en tête longue, soit compléter le mode opératoire utilisé par les secrétariats médicaux pour l'en tête courte en indiquant les champs obligatoires + mise en conformité	DSIO / COMEDIMS / CMA		Ticket fait KIMWEB 1806199761 pour les 4 premiers points
				o Coordonnées des services : voir la faisabilité d'une importation des coordonnées des services o Intégrer la mention "génériques souhaités, sauf mention contraire" o Intégrer un cadre de signature o Faire apparaître le nom de l'interne sur l'ordonnance	COMEDIMS / DSIO		DEPROJ n°193
	ORBISMe		o Simplification pour la prescription des médicaments hors livret : unité et voie d'administration rapatriées du Vidal o Horaires à améliorer (SOIR 22H ou MATIN 8H) -> proposition : supprimer l'heure exacte, passer en moment par défaut sur les PHEV pour améliorer le phrasé ? o Voie d'administration : « à prendre par voie... » adapté par voie orale mais pas pour les autres voies -> proposition évolution = « voie... » suivi du nom de la voie o Fréquence manquante : une fois tous les 3 mois ou une fois par an pas possible actuellement o Enregistrement automatique dans le DPI des prescriptions de sortie rédigée dans OrbisMe (et pas importée dans une bizonne)	DSIO COMEDIMS / DSIO COMEDIMS / DSIO	mars-18	Effectif depuis mars 2018 o Groupe de travail CHU le 16/05 (ISLM) o Demandes présentées lors de la Webex du 06/06 attente CR réunion AGFA	
			o Coordonnées des services : actuellement en cas d'impression directe à partir d'OrbisMe, seul le code UA est mentionné -> voir la faisabilité d'une importation des coordonnées des services	COMEDIMS / DSIO		Acquisition du module DMS en discussion Ticket KIMWEB 1807202982	
			o Fonctionnalité de seniorisation des ordonnances de sortie préparées par des internes	COMEDIMS / DSIO		DEPROJ n°141	
	ORBIS Exception		o mention systématique RPPS o voir si ajout spécialité possible	COMEDIMS / DSIO		Ticket KIMWEB 1808218330	
	NADIS		o Ajout du RPPS du senior quand l'interne prescrit o Ajouter la DCI o Ajouter la spécialité du prescripteur o Intégrer la mention "génériques souhaités, sauf mention contraire"	COMEDIMS / référent NADIS	juin-18	Mail COMEDIMS 08/08	
	SOFTALMO		o Profil générique (INTERNE M) ne permettant pas l'identification nominative du prescripteur sur certaines prescriptions o ajouter la spécialité du prescripteur et la date de naissance o encourager à l'ajout de la DCI	COMEDIMS / référent SOFTALMO	juin-18	Mail COMEDIMS 08/08 (I Stach / C Revello)	
	SINED		o Ajouter la spécialité du prescripteur o Quelques prescriptions d'interne non seniorisées sans RPPS o Mention génériques souhaités	COMEDIMS / référent SINED	juin-18	Mail COMEDIMS 08/08 (I Stach / C Revello)	
	Papier sécurisées		Consignes à appliquer : - présence FINESS, RPPS, coordonnées service - ajout spécialité du prescripteur - mention "génériques souhaités"	COMEDIMS / atelier d'édition	juin-18	Mail COMEDIMS 08/08	
	Papier non sécurisées		Tous les modèles comportent le numéro FINESS de l'établissement sous forme de code barre Voir faisabilité avec l'atelier d'édition + coordination médico administrative d'étiquettes comportant le RPPS sous forme de code barre	COMEDIMS / atelier d'édition	août-18	Transmission instruction du 29 novembre 2010 : ordonnances pré imprimées ou étiquettes ? Mail 08/08	
	DM		Intégrer les modèles de prescription LPP	COMEDIMS / DSIO	nov-18	Fait pour la perfusion, à voir pour les autres modèles	
	III. Suivi		Données AM	Taux de PHEV mentionnant le FINESS et le RPPS	AM	oct-18	Suivi semestriel 2018

Non inclus dans le cadre de ce plan d'action : informatisation des prescriptions de stupéfiants du fait de l'obligation d'utiliser le support papier sécurisé

Annexe 7 : Liste des indicateurs fixés au niveau national pour le volet obligatoire du CAQES

GRILLE DES CIBLES - CAQES OCCITANIE							
Indicateur régional/national	N° item	Objectifs	Indicateur	Source des données	Cible régionale 2019	Cible régionale 2020	Cible régionale 2021
Indicateur national	I.1	Informatisation des prescriptions, y compris de sortie	Taux de prescriptions de sortie informatisées y compris consultations externes : Nombre de lignes de prescriptions de sortie informatisées / Nombre total de prescriptions de sortie.	ES	MCO, SSR, PSY : Fournir un numérateur en nombre de prescription de sortie informatisée	MCO, SSR, PSY : Fournir un numérateur en nombre de prescription de sortie informatisée	MCO, SSR, PSY : Fournir un numérateur en nombre de prescription de sortie informatisée
Indicateur régional	I.2		Le plan d'actions interne de l'établissement prévoit des actions visant à faire progresser le nombre de prescriptions de sortie informatisées y compris consultations externes	ES			
Indicateur national	I.8	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. (Art. 10.1)	Taux de prescriptions incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement : Nombre d'ordonnances de sortie délivrées précisant le numéro FINESS et RPPS / Nombre total d'ordonnances de sortie	AM	ES Publics et ESPIC (hors EHAD, SLD et Dialyse) Cible minimale : 75% ET ≥ à l'état des lieux	ES Publics et ESPIC (hors EHAD, SLD et Dialyse) Cible minimale : 80% ET ≥ à N-1	ES Publics et ESPIC (hors EHAD, SLD et Dialyse) Cible minimale : 85% ET ≥ à N-1
				ES			
Indicateur national	III.1	Promouvoir la prescription de médicaments dans le répertoire générique (Art 10.3)	Taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les PHEV : Nombre de boîtes (en excluant le paracétamol du calcul) dans le répertoire des génériques en PHEV / nombre total de boîtes prescrites en PHEV Taux national = taux visé à l'article L. 162-30-3 du Code de la sécurité sociale	AM	Taux ≥ au taux national défini chaque année	Taux ≥ au taux national défini chaque année	Taux ≥ au taux national défini chaque année
Indicateur national	III.3	Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires	Taux de prescription des biosimilaires : Nombre de boîtes de médicaments biosimilaires prescrites par les praticiens de l'établissement / Nombre de boîtes prescrites de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires, pour les PHEV Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF	AM	Taux ≥ 50% Si taux 2017 ≥ à la cible régionale, la cible 2019 doit être ≥ au taux 2017	Taux ≥ 60% Si taux 2017 ≥ à la cible régionale, la cible 2020 doit être ≥ au taux 2017	Taux ≥ 70% Si taux 2017 ≥ à la cible régionale, la cible 2021 doit être ≥ au taux 2017
					Cible libre mais devant permettre d'atteindre le taux global	Cible libre mais devant permettre d'atteindre le taux global	Cible libre mais devant permettre d'atteindre le taux global

GRILLE DES CIBLES - CAQES OCCITANIE

Indicateur régional/national	N° item	Objectifs	Indicateur	Source des données	Cible régionale 2019	Cible régionale 2020	Cible régionale 2021
Indicateur national	IV.1	Mettre en œuvre l'ensemble des actions d'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation de ces prescriptions nécessaires pour assurer le respect du taux d'évolution des dépenses des PHEV de produits de santé (Art 10.4)	Taux d'évolution des dépenses de médicaments et produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soin de ville : (Montant des dépenses remboursées de l'année évaluée / montant des dépenses remboursées de l'année précédant celle de l'évaluation) - 1 Hors rétrocession et hépatite C	AM	Taux d'évolution dans la limite du taux régional défini par le ministère et CNAM	Taux d'évolution dans la limite du taux régional défini par le ministère et CNAM	Taux d'évolution dans la limite du taux régional défini par le ministère et CNAM
Indicateur régional	IV.2	Maîtriser l'évolution des PHEV	Suivi du taux d'évolution d'une classe de médicament en PHEV et mise en place d'un plan d'action visant à améliorer la qualité et l'efficacité des prescriptions de cette classe	ES/AM	Mettre en place un plan d'actions et suivre l'évolution des dépenses de la classe choisie	Mettre en place un plan d'actions et suivre l'évolution des dépenses de la classe choisie	Mettre en place un plan d'actions et suivre l'évolution des dépenses de la classe choisie
Indicateur régional	IV.3		Suivi du taux d'évolution d'une classe de DM en PHEV et mise en place d'un plan d'action visant à améliorer la qualité et l'efficacité des prescriptions de cette classe	ES/AM			
Indicateur régional	IV.4		Mettre en œuvre une "charte" régulant l'intervention des prestataires de LPP au sein de l'établissement	ES	Cible libre	Mise en œuvre d'une charte selon le modèle régional	Mise en œuvre d'une charte selon le modèle régional
Indicateur régional	IV.5		Mettre en place des modèles de prescription LPP en PHEV	ES	Intégration des modèles de prescription LPP	Intégration des modèles de prescription LPP	Intégration des modèles de prescription LPP

AUTEUR : Corentin Vergne

TITRE : Amélioration de la qualité des prescriptions hospitalières exécutées en ville au CHU de Toulouse : audit des pratiques et actions d'amélioration.

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Blandine Juillard-Condat

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 5 octobre 2018

RÉSUMÉ :

La régulation des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) passe par une contractualisation entre l'établissement de santé (ES), l'agence régionale de santé et l'Assurance maladie au sein du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES). Elle implique notamment d'augmenter l'informatisation des prescriptions, de veiller à une bonne identification du prescripteur (n°RPPS) et de l'ES (n°FINESS) pour un meilleur suivi, et de favoriser la prescription de médicaments génériques et biosimilaires. Nous avons réalisé un audit sur nos PHEV de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) en analysant 955 ordonnances grâce à 30 critères : signature (92% des ordonnances analysées ont ce critère), RPPS/FINESS (77%), coordonnées du service (45%), prescription en dénomination commune (15%), prescription dans le répertoire des groupes génériques (39%), etc. Nous avons également analysés ces résultats par supports de prescription (16 supports différents identifiés grâce à l'audit) et par pôles prescripteurs. Ces données nous ont permis d'identifier des actions d'amélioration de la qualité de nos PHEV de produits de santé produites au CHU de Toulouse. Ces actions incluent la progression vers l'informatisation des prescriptions de sortie, la sensibilisation des prescripteurs et l'amélioration du format des ordonnances de sortie existantes.

TITLE: Improvement of the quality of hospital prescriptions performed in town at Toulouse University Hospital: audit of practices and improvement actions.

SUMMARY: The regulation of hospital prescriptions performed in town (HPPT) requires a contractual relationship between the health facility, the regional health agency and the Health Insurance in the contract for improving the quality and the efficiency of care. It involves, in particular, increasing the computerization of prescriptions, ensuring proper identification of the prescriber (RPPS) and of the health institution (FINESS) for better monitoring, and promoting the prescription of generic and biosimilar drugs. We conducted an audit on our HPPTs of health products (drugs and medical devices) by analyzing 955 prescriptions according to 30 criteria: signature (92% of the orders analyzed had this criterion), RPPS/FINESS (77%), service telephone number and address (45%), prescription in international non-proprietary names (15%), prescription in generic drugs directory (39%), etc. We also analyzed these results by prescription supports (16 different supports identified through the audit) and by poles prescribers. These data enabled us to carry out actions to improve the quality of our HPPTs for health products produced at the University Hospital of Toulouse. These actions include the promotion of computerization of exit prescriptions, for the sensitization of prescribers and the improvement of the format of existing exit orders.

MOTS-CLEFS : PHEV, CAQES, PHMEV, Qualité

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE

Diplôme d'Études Spécialisées de Pharmacie Hospitalière

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

Université Paul Sabatier – Toulouse III – Faculté des Sciences Pharmaceutiques
35 chemin des Maraîchers
31062 Toulouse CEDEX