



# **l'Assurance Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

## **PERTINENCE ET QUALITE DES SOINS**

**12 MARS 2024**

# 15 OBJECTIFS COMMUNS DE PERTINENCE (1/3)

Champ	Assiette	Objectif
IJ	16 Md€	1. Accroître la pertinence des prescriptions d'arrêts de travail et <u>ralentir l'évolution de la dépense de 2% par an</u> en agissant auprès des 3 parties prenantes (employeurs, assurés, prescripteurs)
PRODUITS DE SANTE	0,4 Md€	2. Lutter contre l' <u>antibiorésistance</u> en diminuant la consommation d'antibiotiques <u>de 10% dès 2025 et de 25% à horizon 2027</u> et pour rejoindre la moyenne européenne
	7,7 Md€	3. Au vu du risque iatrogénique, diminuer le nombre de patients <u>polymédiqués</u> (6,7M de patients chez les + 65 ans), dans un double objectif de diminution globale de la polymédication et d'attention spécifique sur les hyper-polymédiqués (1,6M de patients) : <u>réduire de 20 % le nombre de patients polymédiqués</u>
	1,4 Md€	4. Augmenter la part de prescriptions médicales dans les ITR et les durées de traitement recommandées par la HAS pour viser <u>100% de prescriptions conformes (NR/ou ITR)</u> en utilisant les outils d'accompagnement renforcé à la prescription de l'assurance maladie. Accompagner prioritairement la conformité de la prescription des AGLP-1.
	1,1 Md€	5. Favoriser le développement des <u>biosimilaires</u> en primo prescriptions, et au moment du renouvellement, par les spécialistes libéraux. Cibler en particulier la pénétration des biosimilaires prescrits en ophtalmologie (traitement de la DMLA), ainsi qu'en gastroentérologie, rhumatologie et dermatologie (anti-TNF) : <u>atteindre 80 % de pénétration des biosimilaires</u>

## 15 OBJECTIFS COMMUNS DE PERTINENCE (2/3)

Champ	Assiette	Objectif
PRODUITS DE SANTE	0,3 Md€	6. Compte tenu des risques liés à la consommation d'opioïdes, limiter le recours aux <b>analgésiques de niveaux 2 à risque de dépendance</b> , en les classant en assimilés stupéfiants et <u>diminuer leur volume prescrit et délivré de 10 %</u>
	1,3 Md€	7. Renforcer la pertinence de la prescription et de la délivrance des <b>dispositifs médicaux dits « du quotidien »</b> , pour lesquels un gaspillage économique et écologique est établi (bandelettes glycémiques, compléments nutritionnels oraux et pansements post-chirurgie): ajuster les prescriptions en nombre et en type de CNO et pansements post chirurgie au plus près des besoins et <u>diminuer ainsi leur dépense de 5 % et faire respecter le seuil réglementaire de 200 bandelettes/an pour la totalité des patients</u>
	1,2 Md€	8. Favoriser en première intention du traitement l'apnée du sommeil l'usage des orthèses d'avancée mandibulaires, dans le cadre des recommandations scientifiques : augmentation des <u>initiations d'orthèses d'avancées mandibulaires (OAM) jusqu'à 30 % à terme</u> en s'appuyant notamment sur les dernières recommandations de la société française de pneumologie faisant l'objet d'une nouveau dispositif de DAP dématérialisée
	0,3 Md€	9. Recentrer les prescriptions d'IPP sur les indications recommandées par la HAS. Diminuer les prescriptions inutiles d'IPP dans les différentes classes d'âges, soit pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les enfants de moins de 2 ans hormis pour de rares indications* chez qui ils entraînent un risque d'infection</li> <li>- les adultes de moins de 65 ans sans facteur de risque lorsqu'ils sont par ailleurs traités par des AINS</li> <li>- les plus de 65 ans, au-delà de 8 semaines de traitement.</li> </ul> <p>L'objectifs visé est une <u>baisse de 20% de prescription d'IPP</u></p>

# 15 OBJECTIFS COMMUNS DE PERTINENCE (3/3)

Champ	Assiette	Objectif
PRESCRIPTIONS NON MÉDICAMENTEUSES	1,1 Md€	10. <u>Diminuer les actes d'imagerie redondants</u> et inutiles et améliorer la pertinence en renforçant les actions déjà engagées (lombalgie, radiographie de thorax, ASP, crâne) et en accompagnant la pertinence de la prescription sur la base des dernières recommandations HAS sur d'autres pathologies/actes (gonalgie, scapulalgie, cervicalgie)
	9,3 Md€	11. Accompagner la qualité des prescriptions des <b>actes infirmiers</b> (renseignement des informations nécessaires pour l'exécution de la prescription) et la validation systématique des BSI
	4,8 Md€	12. Au regard de l'impact environnemental des <b>transports sanitaires</b> et de la nécessaire recherche d'adéquation du mode de transport à l'état de santé du patient, renforcer la pertinence de la prescription de transports en <u>limitant le nombre de transports en ambulance et en généralisant la prescription de transports partagés lorsque l'état de santé du patient le permet.</u>
	5 Md€	13. Réduire drastiquement les remboursements d'examens <b>biologiques inutiles</b> <u>en diminuant d'au moins 90% le nombre (ou le tarif) de ces actes</u> dans le cadre d'une liste à définir entre les partenaires et qui contiendra a minima la vitamine D, la TSH, le groupe sanguin, la ferritinémie et la vitesse de sédimentation
AUTRE	/	14. Renforcer le juste recours à l' <b>ordonnance bizonne</b> pour les patients en ALD, laquelle distingue les soins liés à la pathologie chronique éligibles au remboursement à 100%
	52 Md€	15. Assurer le dépistage précoce des maladies cardio-vasculaires et associées chez les personnes à risque (diabète, MRC, BPCO, SCC, IC), ainsi que le dépistage précoce du cancer, pour favoriser l'entrée précoce dans le parcours de soins

# DES ENGAGEMENTS RÉCIPROQUES POUR RÉPONDRE À CES ENJEUX

De l'Assurance  
Maladie

- ① **Mise à disposition d'informations**  
Accessibilité des référentiels de bonne pratique, retours sur la pratique
- ② **Communication sur les enjeux de pertinence**  
Communications ciblées auprès des PS et des patients
- ③ **Mise à disposition d'outils efficaces**  
Outils numériques efficaces pour l'accompagnement de la prescription

Des médecins  
conventionnés

- ① **Des prescriptions aux meilleurs standards de pertinence**  
Respect des indications remboursables, des référentiels de bonnes pratiques lorsqu'ils existent, ...
- ② **Sobriété des prescriptions**  
Moins de sur stockage de médicaments (ex : paracetamol), moins d'actes inutiles
- ③ **Utilisation renforcée des outils numériques et qualité de la prescription**  
Prescriptions dématérialisées des arrêts de travail, déploiement de l'ordonnance numérique, vigilance sur les éléments réglementaires de la prescription etc

# ENGAGEMENTS COMMUNS À TOUTES LES THÉMATIQUES

## Assurance maladie

- **Informier :**
  - Partager avec l'ensemble des professionnels les **indications recommandées définies par la HAS** et le ministère et les **référentiels de bonne pratique**, et les informer des mises à jour
  - Informer les **assurés et les PS** sur les conditions de prise en charge et l'importance de la prévention et du juste soin / relancer des campagnes de communication grand public notamment le bon usage du médicament
- **Accompagner :**
  - Renforcement du **dispositif des groupes d'analyse de pratique**
  - Accompagner de manière ciblée les PS (libéraux et ES) présentant des écarts significatifs aux référentiels et aux pratiques, via des actions des **DAM et des PC**
  - Renforcer les **modes d'accompagnement attentionnés** dans les situations délicates, en permettant un recours spontané des médecins à l'Assurance Maladie
  - Saisir la HAS sur le cadre de **prescription en téléconsultation**
- **Outils :**
  - Mettre à disposition sur Amelipro des **outils de datavisualisation** permettant aux médecins d'avoir un retour d'information sur sa pratique
  - Développer des **téléservices adaptés** pour sécuriser l'authenticité des prescriptions
  - Soutenir le recours des médecins à des **outils numériques tiers** efficaces et reconnus par la profession
  - Simplifier les démarches administratives des médecins et coconstruire une doctrine en matière d'indus

## Médecins conventionnés

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence**
  - Respecter les **ITR et les référentiels de la Haute Autorité de santé**. S'informer et se former à cette fin.
  - S'appuyer sur l'expertise spécifique des autres professionnels de santé
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
  - **Prescrire moins** à chaque fois que cela est possible, à pertinence et qualité des soins équivalente
- **Respecter les qualités techniques des prescriptions**
  - Bascule généralisée de **l'ordonnance numérique**
  - Utiliser les **outils d'accompagnement** à la prescription et l'ensemble des téléservices de l'assurance maladie
  - Accepter **l'accompagnement** des délégués d'assurance maladie et les entretiens avec les praticiens conseils
  - Accepter le principe du **contrôle** et de la récupération d'indus, dans le cadre contradictoire permis par la convention médicale

# FOCUS – ARRÊTS DE TRAVAIL – CONTEXTE

Assiette : 16 Md€

**Les référentiels « durée » d'arrêts de travail portent sur 67 motifs d'arrêts de travail** et ont été publiés entre mars 2010 et décembre 2017 après avoir été élaborés en s'appuyant sur une analyse des données de la littérature scientifique, en collaboration avec des sociétés savantes et validé par la HAS. Il s'agit de référentiels « indicatifs » pouvant servir de cadre d'échange avec le patient et adaptable aux spécificités éventuelles du patient (comorbidités, complications). La durée dite de « référence » est la durée à l'issue de laquelle la majorité des patients est capable de reprendre un travail.

- **Les dépenses d'IJ remboursées entre 2010 et 2022 ont connu une croissance moyenne annuelle de +3,8% pour les IJ maladie et AT-MP.** Les dépenses d'IJ maternité n'ont quasiment pas augmenté sur la période (+0,3%). **4,7% des téléconsultations** ont donné lieu à un arrêt maladie en 2022 et les arrêts indemnisés après une téléconsultation représentent 290 M€ d'indemnités versées.
- Pour tous les secteurs, **24 % des salariés ont eu un arrêt maladie indemnisé (AT-MP : 4 %)** et **chaque salarié a eu en moyenne 11 jours d'arrêt indemnisés (AT-MP : 3 jours).**
- Concernant les AAT dématérialisés, **une dynamique positive** (taux national cumulé de 66% à fin 2023 et une progression constante (4-5% par an)) mais des **saisies encore perfectibles (6% des arrêts transmis en ligne le sont sans motif renseigné).**
- **Des actions sont menées par l'Assurance Maladie :**
  - Des actions menées en entreprise concernant l'absentéisme atypique ;
  - Une formation en ligne dédiée aux médecins sur les arrêts de travail : « Arrêts de travail : prévenir, prescrire, accompagner ».

**→ Accroître la pertinence des prescriptions et ralentir l'évolution de la dépense de 2% par an**

# FOCUS – ARRÊTS DE TRAVAIL – PROPOSITIONS

## Assurance maladie

- **Informier :**
  - La **datavisualisation** de son profil de prescription
  - Permettre au médecin d'avoir accès à **l'historique des arrêts de travail** de son patient sur Amelipro
  - Etablir des référentiels conventionnels, concertés avec la profession sur les pathologies pour lesquelles ces derniers sont pertinents
- **Accompagner :**
  - Actions fortement renforcées à l'endroit des **entreprises et des employeurs** (contrôles)
  - Accompagnement lors de **l'installation** des jeunes médecins sur le thème des IJ (ex. **règle du week-end**)
- **Outiller :**
  - Compléter sur Amelipro **les motifs d'AAT** en incluant l'attente d'un examen complémentaire
  - Déploiement d'un **service « SOS IJ »** pour que les médecins puissent solliciter l'aide de l'AM sur des cas complexes (y.c. addictologie, invalidité, harcèlement au travail, etc.)
  - Contrôle de la mesure de la limitation à 3 jours des arrêts de travail prescrits en **téléconsultation** (hors MT)
  - Instruire la place du **télétravail** dans l'accompagnement des patients et l'organisation des postes de travail

## Médecins conventionnés

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence**
  - Respecter globalement (au niveau de sa patientèle) les **référentiels** de prescriptions sur les durées
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
  - Respecter un cadre conventionnel défini par les partenaires conventionnels sur les **MSO/MSAP** (sous-jacents statistiques de ciblage, process et modalités de recours, exceptions, etc.)
- **Respecter les qualités techniques des prescriptions**
  - Systématisation de **l'arrêt de travail en ligne** pour empêcher la fraude et l'usurpation d'identité sur la prescription d'IJ

➔ **Accroître la pertinence des prescriptions et ralentir l'évolution de la dépense de 2% par an**



# FOCUS – ANTIBIOTIQUES – CONTEXTE

Assiette : 0,4 Md€

En 2021, la France se situait encore au 5ème rang de consommation européenne d'antibiotique avec 21,5 Dose Définie Journalière (DDJ) par habitant. La moyenne européenne se situe à 16,4 DDJ, soit 31% de moins.

- Depuis 2012, **on observe une baisse tendancielle de la prescription d'antibiotiques**, accentuée par la crise Covid. On note une reprise plus importante chez les enfants de moins de 4 ans depuis 2021.
- L'analyse comparée de la prévalence d'au moins une prescription pédiatrique ambulatoire d'antibiotique parmi 11 pays de l'OCDE **fait en effet ressortir la France en avant dernière place** : sur 1 000 patients (enfants), 404 ont eu au moins une prescription d'antibiotique dans l'année en France contre 75 aux Pays Bas\*
- **L'Assurance Maladie a mis à disposition des outils TROD** pour diminuer le recours aux antibiotiques lorsque cela n'est pas nécessaire. Recommandés depuis une vingtaine d'années, ces tests sont dotés d'excellentes performances. Bien que livrés gratuitement, seuls 40% des médecins généralistes avaient commandé des TROD via ce dispositif (2017). En 2021, ce sont 1,2 millions de TROD angine qui ont été commandés, pour 9 millions d'angines. Les actions de pertinence et de qualité des soins pourraient s'appuyer sur ces outils.

→ Diminuer de 25 % en 2027 et de 10% dès 2025 le volume d'antibiotiques

# FOCUS – ANTIBIOTIQUES

## Assurance maladie

- **Informier :**
  - Mettre à disposition une **datavisualisation** de son profil de prescription
  - Partager avec l'ensemble des professionnels les **référentiels de bonne pratique publiés par la HAS en 2021** et les informer des mises à jour
  - Relancer une **campagne d'information grand public** à destination des assurés
- **Outiller :**
  - Soutenir financièrement des **outils numériques efficaces** pour l'accompagnement de la prescription comme Antibioclic
  - Promouvoir et mettre à disposition **l'ordonnance de non prescription**
  - **Restriction** de la prescription d'ATB en téléconsultation (saisine HAS en ce sens)

## Médecins conventionnés

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence**
  - **Respecter les recommandations de la HAS** pour chaque pathologie: molécule et durée de prescription : [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3278764/fr/choix-et-durees-d-antibiotherapie-preconisees-dans-les-infections-bacteriennes-courantes](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3278764/fr/choix-et-durees-d-antibiotherapie-preconisees-dans-les-infections-bacteriennes-courantes)
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
  - Utiliser les **TROD** angine et les **bandelettes urinaires** avant de prescrire des antibiotiques
  - A titre exceptionnel, à défaut de TROD ou BU disponibles, utiliser les **ordonnances conditionnelles**
  - Si besoin, **utiliser l'ordonnance de non prescription** quand la prescription d'antibiotique n'est pas utile
- **Respecter les qualités techniques des prescriptions**
  - Utiliser les **outils d'accompagnement** à la prescription d'antibiotiques comme Antibioclic

➔ Diminuer de 25 % en 2027 et de 10% dès 2025 le volume d'antibiotiques

# FOCUS – POLYMÉDICATION – CONTEXTE

Assiette : 7,7 Md€

**La polymédication chez la personne âgée est associée à un risque accru d'interactions médicamenteuses et d'effets néfastes sur la santé** (chutes, troubles rénaux, etc.).

- Le nombre de patients polymédiqués s'élève à **6,7 millions de patients chez les + 65 ans** ( $\geq 5$  molécules) et le nombre de patients **hyperpolymédiqués** à **1,6 million de patients** ( $> 10$  molécules délivrées 3 fois par an).
- En moyenne, les médecins traitants ont **45% de leur patientèle en polymédication**, pour 773 € de montants remboursés.
- On observe en France **une progression de la prévalence de la polymédication et une baisse de l'hyperpolymédication chez les patients âgés de 75 ans et plus** entre 2011 et 2019 (Epiphare 2021) : baisse de 5 points de l'hyperpolymédication et une hausse de 3 points de la polymédication.
- La Belgique a un niveau de polymédication/hyperpolymédication inférieure de près de 20% à la France :
  - Polymédication des plus de 65 ans : 34,2%
  - Hyperpolymédication des plus de 75 ans : 7,9%

**→ Diminuer de 20 % le nombre de patients polymédiqués dès 2027**

# FOCUS – POLYMEDICATION

## Assurance maladie

- **Informier :**
  - Étudier la possibilité d'informer le médecin sur ses patients polymédiqués
- **Accompagner :**
  - De manière ciblée les PS (libéraux et ES) via des actions des **DAM**
  - Prévoir **une consultation de déprescription des patients âgés hyper polymédiqués**
  - Travailler à l'articulation de cette consultation **avec les bilans de médication des pharmaciens**
- **Outils :**
  - Mise à disposition d'une « **boîte à outils de déprescription** » en ligne sur ameli.fr\* : Référencement des outils et liens utiles pour accompagner les médecins autour de 3 thématiques : i) Prévention du risque iatrogénique et prescription ii) Focus sur les classes médicamenteuses à risque iatrogénique iii) Outils patients pour optimiser leur accompagnement

\*<https://www.ameli.fr/hauts-de-seine/medecin/sante-prevention/medicaments/risque-iatrogenique-prevention-chez-la-personne-agee-de-65-ans-et-plus/prevention-du-risque-iatrogenique-l-essentiel>

## Médecins conventionnés

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence**
  - Respecter les **ITR** et limiter les durées de prescriptions aux **durées recommandées** : IPP, benzodiazépines (ex. pas plus de 4 ou 12 semaines selon les produits et sauf rare indications), etc.
  - **S'interroger sur la iatrogénie** engendrée à chaque ligne de prescription
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
  - Travailler à **la prescription du bilan de médication** pour les patients qui le nécessitent
  - Collaborer avec les pharmaciens à la suite des bilans de médication pour déprescrire certains médicaments dans le cadre d'une **consultation longue dédiée**
- **Respecter les qualités techniques des prescriptions**
  - S'engager dans le déploiement de **l'ordonnance numérique** et coopérer avec le pharmacien lorsqu'il identifie un risque iatrogène au moment de la dispensation
  - Utiliser les **outils d'aide à la prescription** (LAP, outils tiers référencés par l'assurance maladie, etc.)

→ Diminuer de 20 % le nombre de patients polymédiqués dès 2027

# FOCUS – PRESCRIPTIONS CONFORMES (NR/OU ITR) – CONTEXTE

Assiette : 1,4 Md€

L'objectif est d'informer les médecins sur les recommandations définies par la HAS et le ministère et les durées de traitement recommandées et donc accompagner les prescriptions médicales dans les ITR.

- Les prescriptions en dehors des Indications Thérapeutiques Remboursables (ITR\*) ou des durées de prescriptions de certains produits concerne 1/3 des patients à 50% des patients.
- L'assiette de dépenses des médicaments dont **la population cible ou les durées de prescription de la HAS sont largement dépassées** est estimée par l'Assurance Maladie à 1,4 Md€.
- Il a notamment été identifié un risque imminent de mésusage des **AGLP-1** pour les patients non-diabétiques souhaitant perdre du poids, en dehors des indications de la HAS (effet « réseaux sociaux »).
- Plus généralement, le développement de l'ambulatoire et la généralisation de l'innovation médicamenteuse en ville ont pour conséquence une forte distorsion prix/volume, propice à la fraude. **La sécurisation du circuit de dispensation en ville des molécules onéreuses devient donc prioritaire.**

→ Viser 100% de prescriptions conformes (NR/ou ITR) et l'atteindre sur quelques molécules prioritaires en utilisant les outils d'accompagnement renforcé à la prescription de l'assurance maladie

*\*Sous réserve des mises à jour des recommandations HAS*

# FOCUS – PRESCRIPTIONS CONFORMES (NR/OU ITR)

## Assurance maladie

- **Informier :**
  - Partager avec l'ensemble des professionnels les **référentiels de bonne pratique** et les informer des mises à jour
  - Informer sur les **indications recommandées définies par la HAS** et le ministère pour les molécules concernées par tous les médias de l'assurance maladie
  - Informer les **assurés et les PS** sur les conditions de prise en charge
- **Accompagner :**
  - Déploiement des nouveaux outils pour les professionnels, en démarrant avec le **dispositif de prescription renforcée sur les AGLP-1 sur Amelipro**.
- **Outiller :**
  - Soutenir les outils relayant des informations scientifiquement validées comme **EBM France**
  - Actualisation des molécules pour lesquelles une **ordonnance de médicament d'exception** est exigée
  - Généralisation de **l'ordonnance numérique** (Ségur vague 1)

## Médecins conventionnés

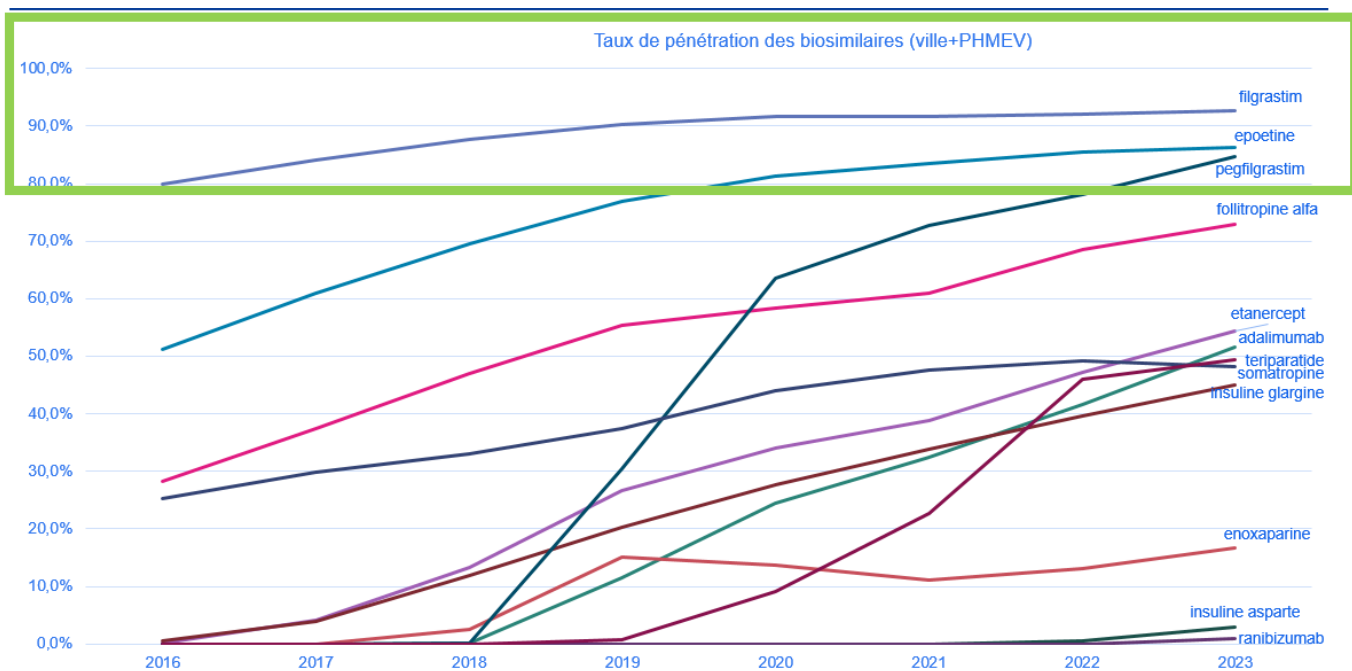
- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence**
  - Respecter les **ITR**
  - A défaut **utiliser le NR** en informant bien le patient
  - Utilisation des **ordonnances de médicament d'exception** pour la prescription de médicaments onéreux
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
  - Requestionner la pertinence d'une prescription hors indication remboursable
- **Respecter les qualités techniques des prescriptions**
  - S'engager dans le déploiement de **l'ordonnance numérique** et coopérer avec le pharmacien qui s'interrogerait sur le caractère remboursable d'une prescription
  - Utiliser les outils d'accompagnement à la prescription, en démarrant avec le dispositif de **prescription renforcée sur les AGLP-1**.

→ Viser 100% de prescriptions conformes (NR/ou ITR) et l'atteindre sur quelques molécules prioritaires en utilisant les outils d'accompagnement renforcé à la prescription de l'assurance maladie

# FOCUS – BIOSIMILAIRES – CONTEXTE

Assiette : 1,2 Md€

Les médicaments biosimilaires sont des médicaments sûrs et efficaces qui permettent de d'augmenter l'offre thérapeutique disponible tout en générant des économies pour l'Assurance maladie.



En France, la pénétration des biosimilaires s'est établie en 2022 à 29% (ville + PHEV). Malgré la présence de biosimilaires, certaines molécules de référence se maintiennent dans le top 15 en matière de montants remboursables.

**En ophtalmologie : arrivée des premiers biosimilaires des anti VEGF → Lucentis TOP 2 des spécialistes : montant remboursé 300M€ // 1,08% de pénétrations des génériques**

**En rhumato/gastro/dermatologie :**

→ Humira TOP 3 des spécialistes : montant remboursé 116M€ // 51,2% de pénétrations des génériques

→ ENBREL : montant remboursé 66M€ // 54,3% de pénétrations des génériques

→ Atteindre un taux de pénétration de 80% de biosimilaires

# FOCUS – BIOSIMILAIRES – PROPOSITIONS

## Assurance maladie

- **Informer :**
  - Partager avec l'ensemble des professionnels les **référentiels de bonne pratique et les avis de l'ANSM** et les informer des mises à jour
  - Informer les médecins des modalités d'application du **dispositif d'intéressement de l'avenant 9**
  - Informer les médecins des classes de biosimilaires dont l'ANSM estimera qu'elles sont éligibles à la **substitution en pharmacie**
- **Accompagner :**
  - Informer les **patients** sur les caractéristiques des biosimilaires pour faciliter l'action d'interchangeabilité et/ou de substitution des professionnels de santé
  - De manière renforcée auprès des **prescripteurs hospitaliers** pour la promotion des initiations de biosimilaires

## Médecins conventionnés

- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
  - **Au sein d'une même classe** privilégier les produits biosimilaires
    - Primo-prescrire à au moins 80% des biosimilaires
    - Modifier lors des renouvellements les prescriptions pour atteindre au global un taux de pénétration de biosimilaires de 80%
  - Porter une attention particulière à la prescription des biosimilaires pour le traitement de la **DMLA et sur les anti-TNF**

→ Atteindre un taux de pénétration de 80% de biosimilaires

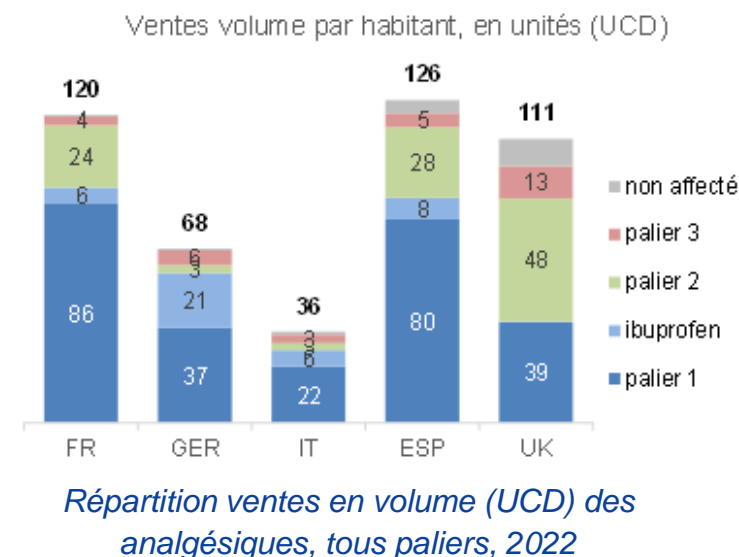


# FOCUS – OPIOÏDES – CONTEXTE

Assiette : 0,3 Md€

Limiter le recours aux paliers 2 et 3 lorsque est indiqué, ainsi que l'interrogation sur la pertinence du maintien de la prescription de palier 1 dès que possible.

- **La France est le 2<sup>e</sup> pays le plus consommateur d'analgésique tous paliers avec 120 unités par habitants en 2022** (36 pour l'Italie – 126 pour l'Espagne en unités/habitants). La France est championne de la consommation des paliers 1 (paracétamol et aspirine).
- **En dose définie journalière, la France se situe à la première place de l'exposition au paracétamol / aspirine.**
- **Utiles pour soulager les douleurs, tous les opioïdes antalgiques peuvent cependant induire une dépendance physique élevée et faire l'objet de troubles de l'usage** - avec des conséquences importantes pouvant aller jusqu'à la surdose, voire au décès par arrêt respiratoire. Certains pays comme les Etats-Unis ou l'Angleterre font d'ailleurs face à une crise sanitaire marquée par un nombre important de décès imputables à la consommation de ces médicaments.



→ Diminuer de 10 % les volumes d'analgésiques de palier 2 prescrits et délivrés

# FOCUS – OPIOÏDES – PROPOSITIONS

## Assurance maladie

- **Informer :**
  - Partager avec l'ensemble des professionnels les **référentiels de bonne pratique** et les informer des mises à jour et diffuser les études autour des risques liés à la **consommation d'opioïdes**
- **Accompagner :**
  - Création d'un **entretien par le pharmacien** dédié lors d'un renouvellement d'un médicament assimilé stupéfiant
  - De manière ciblée les PS (libéraux et ES) via des actions des **DAM**
- **Outiller :**
  - Classer les opioïdes de palier 2 en « **assimilés stupéfiants** »
  - Nouvelles règles en officine pour la délivrance du **paracétamol** afin d'éviter le gaspillage par une dispensation adaptée

## Médecins conventionnés

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence : /**
  - Respecter les **ITR** (ex. tramadol) en s'appuyant sur les LAP
  - **S'interroger sur la iatrogénie et le risque de dépendance** engendrée à chaque prescription
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
  - Juste prescription en **privilégiant le palier 1** dès que possible
  - Limiter les renouvellements si non nécessaires
  - Demander préalablement au patient s'il a des stocks de paracétamol avant prescription
- **Respecter les qualités techniques des prescriptions**
  - S'engager dans le déploiement de **l'ordonnance numérique** (pour éviter les trafics)
  - Utiliser lorsque cela est requis **l'ordonnance sécurisée** et **l'ordonnance de médicaments d'exception**

→ Diminuer de 10 % les volumes d'analgésiques de palier 2 prescrits et délivrés

# FOCUS – IPP – CONTEXTE

Assiette : 0,3 Md€

- D'après la HAS, les IPP contribuent à la polymédication et donc au risque iatrogène. L'utilisation au long cours des IPP est restreinte à de rares indications.
  - La grande majorité des nourrissons ayant des régurgitations a un RGO non pathologique qui ne relève pas d'un traitement par IPP, selon les données cliniques. La prescription d'un IPP doit être réservée aux nourrissons âgés de plus de 1 mois et aux enfants ayant un RGO persistant et gênant, s'accompagnant de complications.
  - La co-prescription d'IPP et d'AINS en prévention n'a d'intérêt qu'en présence de facteurs de risque et n'est justifiée que dans quelques situations.
- 
- **16 millions de personnes** soit environ un quart de la population ont consommé des IPP en 2019 (dont près de 40% ont plus de 65 ans).
  - **Plus 50% des usages ne seraient pas justifiés** (fiche BUM HAS\*). Ces traitements sont souvent prescrits de manière trop systématique ou pour des durées trop longues, dont une utilisation importante et croissante des IPP chez les enfants, en particulier chez les plus jeunes
  - **Les IPP sont prescrits inutilement dans 80 % des cas** en prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez des patients non à risque de complications gastroduodénales (fiche BUM HAS).

→ **Diminuer de 20% de prescription chez l'adulte et limiter chez l'enfant les prescriptions aux seules indications recommandées par la HAS**

# FOCUS – IPP – PROPOSITIONS

## Assurance maladie

- **Informier :**
  - Informer les **assurés**, en particulier les parents de jeunes enfants, et l'ensemble des **professionnels de santé** sur les risques iatrogéniques
- **Accompagner :**
  - Création d'un **dispositif financier incitatif individuel** à destination des médecins, pour réduire les volumes d'IPP prescrits en rétribuant à chaque médecin prescripteur la baisse du nombre de ses prescriptions considérées comme inappropriées par les recommandations de la HAS

## Médecins conventionnés

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence :**
  - Respecter les **ITR et s'interroger sur la iatrogénie** engendrée à chaque ligne de prescription. Pour les **enfants de moins de 2 ans** : la prescription d'un IPP doit être réservée aux nourrissons âgés de plus de 1 mois et aux enfants ayant un RGO persistant et gênant, s'accompagnant de complications ou survenant sur un terrain particulier\*
  - Juste prescription en prescrivant uniquement dans les ITR et en ne systématisant pas les **coprescriptions IPP-AINS** chez les moins de 65 ans
  - **Limiter l'utilisation au long cours (au-delà de 8 semaines)** des IPP aux rares indications recommandées par la HAS et accompagner le cas échéant vers un second recours spécialisé
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
  - Limiter les renouvellements si non nécessaires et **déprescrire** dès que possible

→ **Diminuer de 20% de prescription chez l'adulte et limiter chez l'enfant les prescriptions aux seules indications recommandées par la HAS**

\*En cas d'ulcères gastro-duodénaux : formes idiopathiques ; échec de l'éradication d'*H. pylori* ; syndrome de Zollinger-Ellison ; traitement au long cours par AINS chez les patients à risque de complications digestives hautes.  
En cas de reflux : RGO avec une œsophagite de grade C ou D selon la classification endoscopique de Los Angeles ; œsophage de Barrett ; RGO non érosif documenté et répondant aux IPP.

## FOCUS – CNO BANDELETTES GLYCÉMIQUES ET PANSEMENTS POST CHIR - CONTEXTE

Assiette : 1,3 Md€

- **Le seuil réglementaire de bandelettes est fixé à 200 par an pour la totalité des patients.**
- **Le nombre de rations maximales recommandées par jour est de > 2 rations journalières en moyenne pour les CNO.** La HAS recommande, concernant la dénutrition, un traitement court pour la récupération d'un poids de forme.
- Concernant les CNO, en 2017, 1 138 394 patients avaient reçu au moins un CNO, dont 608 281 âgés de plus de 70 ans. Chez les patients les plus consommateurs, **une grande part d'entre eux ne respecte par le nombre maximale de rations recommandé par jour (> 2 rations journalières en moyenne).**
- En 2022, **le nombre de patients non insulino-dépendants qui consommait plus de 200 bandelettes\* s'élevaient à près de 280 000 patients**, pour une dépense induite pour l'Assurance maladie de ce mésusage s'élève à 31M€.

**→ Diminuer la dépense de CNO et pansements post chirurgie de 5 % et faire respecter le seuil réglementaire de 200 bandelettes/an pour la totalité des patients**

# FOCUS – CNO BANDELETTES GLYCÉMIQUES ET PANSEMENTS POST CHIR - PROPOSITIONS

## Assurance maladie

- **Accompagner :**
  - **Accompagner les prescripteurs hospitaliers** dans leur prescription de pansements post chirurgie (limitation à quelques jours pour éviter le gaspillage)
  - De manière ciblée les PS (libéraux et ES) via des **actions des DAM** pour les CNO
- **Outiller :**
  - **Mettre à disposition du pharmacien un compteur** pour qu'il fasse respecter la limite de 200 bandelettes par an et par patient

## Médecins conventionnés

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence :**
  - Respecter les **recommandations HAS**, en particulier sur les CNO et les bandelettes glycémiqes. Dans le cas le plus général, les pansements secs "simples" sont à privilégier en première intention
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
  - **Limiter les renouvellements si non nécessaires** conformément aux recommandations HAS

→ Diminuer la dépense de CNO et pansements post chirurgie de 5 % et faire respecter le seuil réglementaire de 200 bandelettes/an pour la totalité des patients

# FOCUS – OAM PPC – CONTEXTE

Assiette : 1,2 Md€

**La HAS rappelle que le choix du dispositif médical dépend de la sévérité des symptômes.**

**PPC – recommandée en première intention lorsque :**

- l'indice d'apnées-hypopnées (IAH) est supérieur à 30, et lorsque l'IAH est compris entre 15 et 30, en présence d'un sommeil de mauvaise qualité (au moins 10 micro-éveils par heure de sommeil)
- ou d'une maladie cardiovasculaire grave associée (hypertension artérielle résistante, fibrillation auriculaire récidivante, insuffisance ventriculaire gauche sévère ou maladie coronaire mal contrôlée, antécédent d'accident vasculaire cérébral).

**Dans toutes ces situations, l'OAM est une alternative en cas de refus ou d'intolérance à la PPC. OAM – recommandée en première intention lorsque l'IAH est compris entre 15 et 30 en l'absence de maladie cardiovasculaire grave associée. Dans ce cas, l'OAM est en effet plus efficiente que le dispositif de PPC.**

- On observe aujourd'hui **une très forte accélération de la dépense remboursée de PPC** (852 M€ en 2022 contre 755 M€ en 2019).

**→ Augmentation des initiations d'orthèses d'avancées mandibulaires (OAM) jusqu'à 30 % à terme en s'appuyant notamment sur les dernières recommandations de la société française de pneumologie**

# FOCUS – OAM PPC – PROPOSITIONS

## Assurance maladie

- **Accompagner :**
  - Renforcer les **contrôles des prestataires** du secteur de la PPC
  - Mise en place d'un **intéressement collectif** à l'initiation des OAM en rétribuant la hausse des initiations d'OAM à tous les médecins concernés par ces prescriptions
- **Outiller :**
  - Mise à disposition d'un outil d'accompagnement des prescriptions électroniques : la **DAP dématérialisée sur Amelipro**

## Médecins conventionnés

- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
  - Réévaluer le bienfondé des renouvellements de PPC notamment face à un patient non observant
  - Privilégier les initiations d'orthèses d'avancée mandibulaire à chaque fois que cela se justifie
- **Respecter les qualités techniques des prescriptions**
  - Utiliser les **outils d'accompagnement** à la prescription notamment la DAP dématérialisée

→ Augmentation des initiations d'orthèses d'avancées mandibulaires (OAM) jusqu'à 30 % à terme en s'appuyant notamment sur les dernières recommandations de la société française de pneumologie



# **FOCUS – ACTES INFIRMIERS – CONTEXTE**

**Assiette : 9,3 Md€**

- **Les prescriptions de soins infirmiers nécessitent une grande précisions quant aux actes demandés (pansements simples ou complexes, etc.).**
- **Les IDE libéraux qui exécutent les prescriptions de soins infirmiers doivent pouvoir justifier la réalisation de leurs actes (au risque d'être redevables d'indus).**
- **Les IDE libéraux peuvent ainsi être amenés à demander la réécriture des ordonnances (occasionnant du travail administratif supplémentaire pour le MG comme pour l'IDEL), de la perte de temps voire, dans le pire des cas, peuvent occasionner des retards de prise en charge.**

**→ Renforcer la pertinence et accompagner la qualité des prescriptions des actes infirmiers**

# FOCUS – ACTES INFIRMIERS - PROPOSITIONS

## Assurance maladie

- **Accompagner :**
  - Campagne de l'Assurance Maladie sur les **conventions d'écriture** en matière de prescription des soins infirmiers
- **Outils :**
  - Déployer et promouvoir des **outils numériques** de type « prescription IDEL » (URPS BFC) pour améliorer l'exécution des soins en adéquation avec la nécessité médicale et les règles de facturation de l'Assurance maladie
  - Expérimenter un **outil d'ordonnance type dans Amelipro** et en intégré logiciel, et via l'ordonnance numérique
  - Engager des travaux avec les infirmiers sur la **simplification de leur nomenclature**

## Médecins conventionnés

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence :**
  - Valider les **bilans de soins infirmiers (BSI) des patients** de sa patientèle médecin traitant
- **Respecter les qualités techniques des prescriptions**
  - Utiliser **les outils d'aide à la prescription des soins infirmiers** afin de respecter les conventions d'écriture nécessaire à la juste facturation des actes

→ Renforcer la pertinence et accompagner la qualité des prescriptions des actes infirmiers

# FOCUS – IMAGERIE – CONTEXTE

Assiette : 1,1 Md€

- On remarque **une forte dynamique des dépenses de radiologie** depuis 2022 due à une nette progression des volumes, au-delà du rattrapage des soins liés à la période COVID (215 M€ à fin 2023).
- **Certains actes CCAM** contribuent le plus à la croissance des montants remboursés en juin et juillet 2023 / 2022.

Acte CCAM par famille	Libellé	juin-22	juil-22	juin-23	juil-23	Evol PCAP juin	Evol PCAP juillet	Contrib à la croissance juin	Contrib à la croissance juillet
<b>TOTAL tous actes CCAM</b>		<b>175M€</b>	<b>146M€</b>	<b>193M€</b>	<b>155M€</b>	<b>10%</b>	<b>6%</b>		
<b>Radiographie osseuse des membres</b>		<b>28M€</b>	<b>23M€</b>	<b>32M€</b>	<b>25M€</b>	<b>11%</b>	<b>8%</b>	<b>18,0%</b>	<b>19,9%</b>
NFQK003	Radiographie du genou selon 3 ou 4 incidences	3M€	3M€	4M€	3M€	16%	11%	2,9%	3,1%
MAQK001	Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 3 ou 4 incidences	2M€	2M€	2M€	2M€	13%	8%	1,4%	1,4%
MDQK001	Radiographie de la main ou de doigt	2M€	1M€	2M€	1M€	13%	10%	1,2%	1,4%
NAQK023	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 3 incidences ou plus	2M€	1M€	2M€	1M€	8%	7%	0,8%	1,1%
YYYY163	Radiographie de l'hémisquelette ou du squelette complet chez l'adulte	1M€	1M€	1M€	1M€	32%	18%	1,2%	1,1%
<b>Radiographie du sein</b>		<b>19M€</b>	<b>15M€</b>	<b>22M€</b>	<b>17M€</b>	<b>16%</b>	<b>11%</b>	<b>16,4%</b>	<b>19,0%</b>
QEQK004	Mammographie de dépistage	8M€	7M€	11M€	8M€	25%	16%	11,8%	13,0%
QEQK001	Mammographie bilatérale	9M€	7M€	10M€	8M€	8%	7%	4,3%	5,8%
QEQK005	Mammographie unilatérale	1M€	0M€	1M€	0M€	7%	6%	0,2%	0,3%
<b>Chirurgie du rachis</b>		<b>0,1M€</b>	<b>0,2M€</b>	<b>0,1M€</b>	<b>1,4M€</b>	<b>41%</b>	<b>768%</b>	<b>0,1%</b>	<b>14,0%</b>
LHMH197	Spondyloplastie d'1 vertèbre par implant intracorporel par voie transcutanée, avec gui		0,1M€		1,0M€		890%		9,9%
LHMH391	Spondyloplastie de 2 vertèbres par implant intracorporel par voie transcutanée, avec g				0,4M€				4,0%
<b>IRM des os et des articulations du cou et du tronc</b>		<b>7M€</b>	<b>6M€</b>	<b>8M€</b>	<b>7M€</b>	<b>15%</b>	<b>11%</b>	<b>5,9%</b>	<b>8,2%</b>
LHQN001	Remnographie [IRM] d'un ou de deux segments de la colonne vertébrale et de son cont	6M€	6M€	7M€	6M€	15%	12%	5,4%	7,5%
<b>Autres scanographies</b>		<b>8M€</b>	<b>6M€</b>	<b>9M€</b>	<b>7M€</b>	<b>13%</b>	<b>8%</b>	<b>5,5%</b>	<b>5,8%</b>
ZZQH033	Scanographie de 3 territoires anatomiques ou plus, avec injection de produit de kontras	6M€	5M€	7M€	5M€	12%	7%	4,2%	4,1%
ECQH010	Scanographie des vaisseaux du thorax et/ou du coeur [Angioscanner thoracique]	0,4M€	0,4M€	0,5M€	0,4M€	20%	16%	0,5%	0,6%
<b>Échographie ostéoarticulaire et musculaire</b>		<b>9M€</b>	<b>8M€</b>	<b>11M€</b>	<b>9M€</b>	<b>13%</b>	<b>7%</b>	<b>6,6%</b>	<b>5,8%</b>
PBQM003	Échographie unilatérale ou bilatérale d'une articulation et de son appareil capsuloligam	4M€	3M€	4M€	3M€	17%	10%	3,5%	3,4%
PCQM001	Échographie de muscle et/ou de tendo	5M€	4M€	5M€	4M€	7%	2%	1,8%	0,9%
<b>IRM du membre inférieur</b>		<b>6M€</b>	<b>5M€</b>	<b>6M€</b>	<b>6M€</b>	<b>12%</b>	<b>9%</b>	<b>3,9%</b>	<b>5,3%</b>
NZQN001	Remnographie [IRM] unilatérale ou bilatérale de segment du membre inférieur, sans inj	6M€	5M€	6M€	5M€	13%	10%	3,9%	5,3%

➔ Diminuer les actes d'imagerie redondants et inutiles et améliorer la pertinence sur la base des dernières recommandations HAS

# FOCUS – IMAGERIE – PROPOSITIONS

## Assurance maladie

- **Informier :**
  - Des **référentiels et recommandations de bonne pratique**
  - Déploiement d'actions de communication grand public
- **Accompagner :**
  - Campagne de présentation aux médecins libéraux des référentiels
  - Travaux autour de la formation des professionnels de santé
- **Outiller :**
  - Elaboration avec les radiologues d'**un protocole cadre**
  - Mise en place d'un **dispositif incitatif** visant à renforcer le rôle du radiologue dans sa capacité à modifier la demande initiale d'imagerie selon les recommandations de bonne pratique
  - Mise en place en place d'un formulaire de **demande d'imagerie implémenté** sur le logiciel des demandeurs d'examens d'imagerie (en lien avec les travaux Ségur Numérique)
  - Mieux **identifier les demandeurs initiaux** et non l'effecteur de l'acte d'imagerie

## Médecins conventionnés

- **Respecter le principe de sobriété**
  - Diminuer les actes radiologiques **redondants et inutiles** notamment par la modification de la prescription initiale par le radiologue
  - Renforcer la pertinence du type d'imagerie demandée en particulier sur la lombalgie, la radiographie de thorax, l'ASP, le crâne, la prise en charge des gonalgies, scapulalgies et cervicalgies
  - Améliorer le dialogue entre le médecin adresseur et le radiologue
- **Respecter les qualités techniques des demandes d'imagerie :**
  - Utiliser **MES** (consulter le DMP) pour éviter la redondance des actes

➔ **Diminuer les actes d'imagerie redondants et inutiles et améliorer la pertinence sur la base des dernières recommandations HAS**

# FOCUS – TRANSPORTS – CONTEXTE

Assiette : 4,8 Md€

- On compte près de 5 Md€ de dépenses de transports des malades, en augmentation de 7,5% en 2022.

<b>Frais de déplacement des malades (en M€)</b>	<b>4 800</b>
dont	
Frais de transport d'Ambulance	1 576
Frais de transport de VSL	767
Frais de transport de TAXI	2 185
Frais de transport de voiture personnelle	61
Indemnité de garde ambulancière	209

*Source statistiques mensuelles en dates de remboursement 2022*

- **Près de 1/3 des dépenses transports sont liées à des prescriptions réalisées par des libéraux** : dont 33% des dépenses d'ambulance. Dans le détail, **58% des montants remboursés** des transports prescrits par des libéraux correspondent à des prescriptions de généralistes.
- **Le transport représente 9 %**, soit 4,3M t équivalent CO2 (Source : *The Shift Project*, rapport « *Décarbonons la santé pour soigner durablement* », 2023), **des émissions de gaz à effet de serre du système de santé**

➔  **Limiter le nombre de transports en ambulance et systématiser la prescription de transports partagés**

# FOCUS – TRANSPORTS – PROPOSITIONS

## Assurance maladie

- **Informier :**
  - **Datavisualisation** de son profil de prescription
  - Transmission des **référentiels de prescriptions** de transports et de leurs mises à jour et sur les règles de prise en charge
- **Accompagner :**
  - Accompagnement ciblé des **prescripteurs hospitaliers** notamment dans le cadre de la **VAES** (visite annuelle es établissements de santé par les CPAM)
  - Campagne de présentation aux médecins libéraux des **nouvelles règles relatives aux transports partagés**
- **Outiller :**
  - **Textes réglementaires** en cours sur le transport partagé et négociations avec les acteurs du transports
  - Travaux sur **l'ergonomie du téléservice de prescription de transports** dans amelipro
  - **Cartographier** l'offre disponible

## Médecins conventionnés

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence**
  - Respecter le principe de la **prescription a priori** (pas de régulation a posteriori)
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
  - Respecter le règle de la prescription du transport le **moins onéreux** compatible avec l'état de santé du patient
  - Orienter les patients pouvant se déplacer sans assistance vers l'utilisation d'un **véhicule personnel** ou des **transports en commun**
  - Systématiser le **transport partagé** (sauf exception liée à l'état de santé du patient)
  - Ne prescrire une **ambulance** que dans les seuls cas où est nécessaire un brancardage, un transport en position allongée ou semi-assise, une surveillance particulière ou dans des conditions d'asepsie.
- **Respecter les qualités techniques des prescriptions**
  - Utiliser la **prescription dématérialisée** de transport via amelipro

➔  **Limiter le nombre de transports en ambulance et systématiser la prescription de transports partagés**

# FOCUS – BIOLOGIE – CONTEXTE

Assiette : 5,0 Md€

- La HAS rappelle que **le dosage de la vitamine D est préconisé dans 6 situations cliniques précises. En dehors de ces situations, il n’y a pas d’utilité prouvée à doser la vitamine D.**
- **L’obsolescence de la vitesse de sédimentation (VS) est reconnue** même s’il n’y a pas de recommandation HAS pour en limiter les indications de prescription. La VS dans la littérature scientifique est à restreindre à certaines situations rares telles que l’exclusion d’une maladie de Horton et la définition du stade d’une maladie de Hodgkin.
- Pour la HAS, **les triples dosages** et les  **doubles dosages** sont justifiés dans de **très rares** cas. Une nouvelle approche avec des **dosages en cascade** est recommandée par la HAS (2023).

**Des dosages de vitamine D remboursés qui voient une progression dynamique qui s’accélère depuis 2019**

- **Plus de 6,8 millions de dosages de vitamine D**, soit 42 M€ dans des laboratoires privés contre 3,9 M€ en 2015, dont **60% des prescripteurs sont des médecins généralistes.**
- **Une part de dosages réalisés en 2022 non conformes aux recommandations de la HAS élevée** : chez les patients âgés de 16 à 65 ans, seuls 9 % des dosages de vitamine D correspondent, *in fine*, à une indication recommandée par la HAS.

**Le montant remboursé de la vitesse de sédimentation (VS) est de 13,2 millions d’euros en 2022**

- Depuis dix ans, le nombre de tests de VS diminue tendanciellement, mais se situe à **un niveau qui reste élevé** avec 16,8 millions d’actes en 2022.

**En 2021, près de 30 millions de triples dosages** ont été réalisés chez des adultes, dont 77 % prescrits par des médecins généralistes.

**➔ Réduire drastiquement les remboursements d’examens biologiques inutiles en diminuant d’au moins 90% le nombre de ces actes**

# FOCUS – BIOLOGIE – PROPOSITIONS

## Assurance maladie

- **Accompagner** : les professionnels de santé et les patients sur les recommandations relatives à certains actes de biologie (**vitamine D, TSH, groupe sanguin, ferritinémie, vitesse de sédimentation**)

## Médecins conventionnés

- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
  - Éviter les actes inutiles dans les indications non recommandées par la HAS (Vit D, VS)
  - **Veiller à la non redondance** des prescriptions (consultations EMS)
- **Respecter les qualités techniques des prescriptions**
  - **Systématiser les ordonnances conditionnelles/ en cascade** pour toutes les indications qui s'y prêtent (TSH, NFS+/- ferritinémie...)

➔ Réduire drastiquement les remboursements d'examens biologiques inutiles en diminuant d'au moins 90% le nombre de ces actes



## ***FOCUS – RESPECT DE L'ORDONNANCIER BI ZONE – CONTEXTE***

- **Près de 12 millions de personnes sont bénéficiaires du dispositif des ALD-30. pris en charge par le régime général de l'Assurance Maladie en 2022.**
- **L'exonération du ticket modérateur ne s'applique qu'aux seuls soins liés à la pathologie éligible à l'ALD.** Les médecins traitants utilisent à cet effet un ordonnancier dit « bizonne » permettant de différencier les prescriptions relatives à la pathologie couverte par l'ALD (prescrites en « partie haute » de l'ordonnance) du reste des prescriptions. Le non-respect de cette distinction entraîne une dépense indue pour l'Assurance Maladie.

**➔ Renforcer le respect de l'ordonnance bizonne [Près de 12 millions de personnes sont bénéficiaires du dispositif des ALD30 ]**

# FOCUS – RESPECT DE L'ORDONNANCIER BI ZONE – PROPOSITIONS

## Assurance maladie

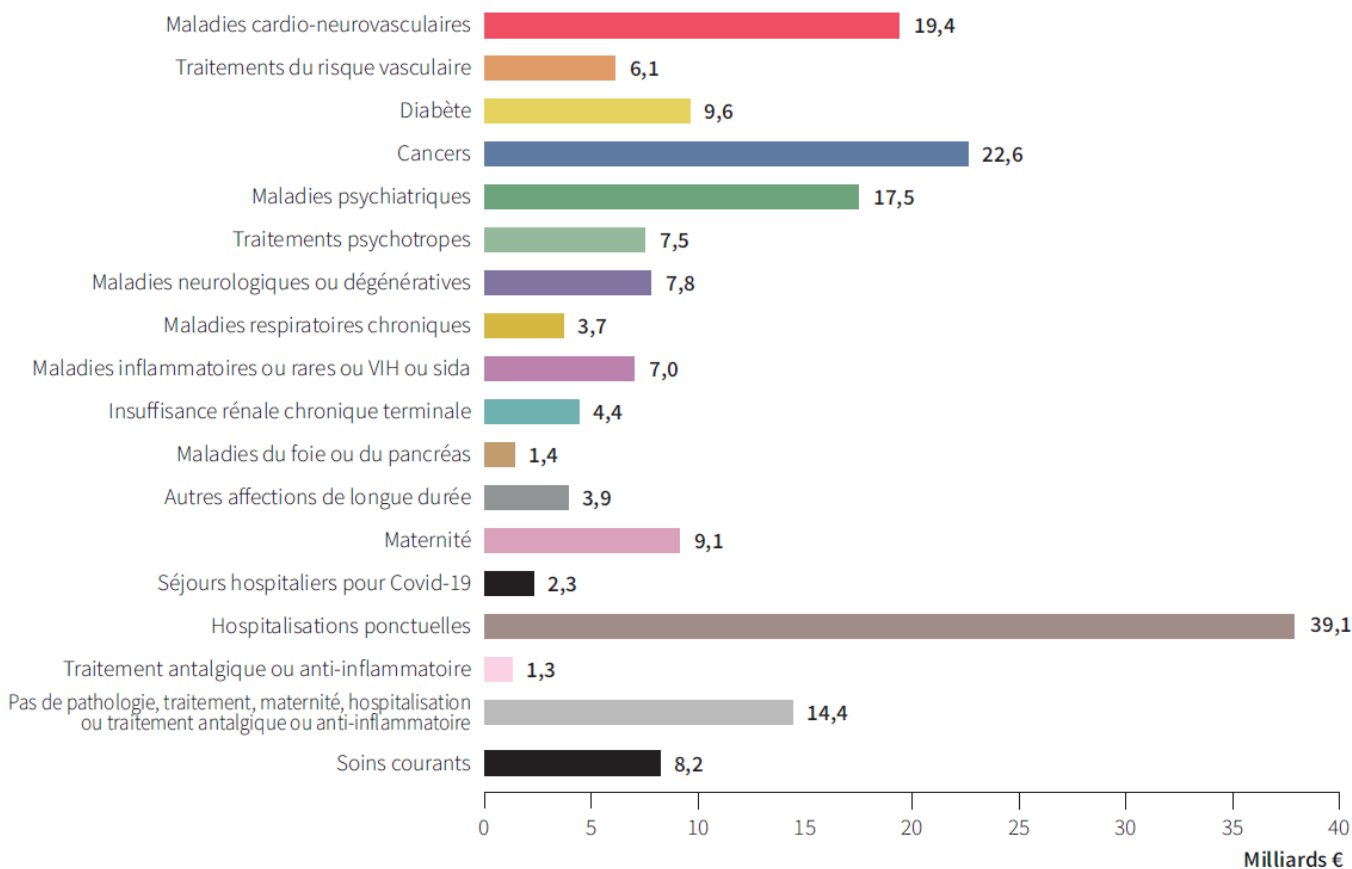
- **Informier** : Mise à disposition des médecins prescripteurs de référentiels robustes pour chaque ALD, mis à jour régulièrement
- **Accompagner** les prescripteurs et les pharmaciens pour les sensibiliser à la nécessité de respecter la bizonne, notamment en partageant une information adaptée dès l'installation
- **Outils** : intégrer les référentiels aux logiciels métier comme outil d'aide à la prescription (LAP) et travailler sur une solution de contrôle à la délivrance avec les pharmaciens

## Médecins conventionnés

- **Respecter le principe de l'ordonnance bizonne en distinguant les prescriptions relevant de l'ALD ou pas**
- **Actualiser sa liste de patients en ALD** sur Amelipro

➔ **Renforcer le respect de l'ordonnance bizonne [Près de 12 millions de personnes sont bénéficiaires du dispositif des ALD30 ]**

# FOCUS – DÉPISTAGE ET PARCOURS DE SOIN – CONTEXTE



Note de lecture : répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées en 2021 par catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins (185 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes). Champ : tous régimes - France entière — Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Dépenses totales selon la pathologie du patient (en M€)

**68,7**  
millions de  
personnes prises  
en charge

**185**  
milliards d'euros  
remboursés  
+10,9% par rapport  
à 2020

**35 %**  
de la population prise en  
charge pour pathologie et/ou  
traitement chronique

Pour une dépense moyenne  
de **4 680 euros**

MALADIES CARDIO-NEUROVASCULAIRES

**19,4 Mds €**  
[ + 8,6 % par rapport à 2020 ]

DIABÈTE  
**9,6 Mds €**  
[ + 7,0 % ]

HOSPITALISATIONS POUR PRISE  
EN CHARGE DU COVID-19  
**2,3 Mds €**  
[ + 45,3 % ]

CANCERS

**22,6 Mds €**  
[ + 11,5 % ]

MALADIES PSYCHIATRIQUES  
**17,5 Mds €**  
[ + 7,5 % ]

HOSPITALISATIONS PONCTUELLES  
**39,1 Mds €**  
[ + 14,3 % ]

**Diabète : 28%** des nouveaux malades diagnostiqués le sont au stade des complications (90000/320000)

**Insuffisance cardiaque : 41%** des patients diagnostiqués avec une IC l'ont été au décours d'une hospitalisation pour complication aiguë.

Rapport C&P 2023

➔ Assurer le dépistage des maladies cardio-vasculaires et associées chez les personnes à risque (diabète, MRC, BPCO, SCC, IC) pour favoriser l'entrée précoce dans le parcours de soins et favoriser le dépistage organisé des cancers (Sein, Colo-rectal, Col de l'Utérus)

# FOCUS – MALADIES CHRONIQUES – PROPOSITIONS

## Assurance maladie

- **Informer** : outils de diagnostic territoriaux (ODT) , diffusion des référentiels de bonne pratique, tableau de bord forfait médecin traitant, liste de la patientèle éligible aux dépistages organisés des cancers
- **Accompagner** :
  - Profil MG patients à risque d'insuffisance cardiaque : retours sur la pratique (à partir d'avril 2024)
  - Campagne de promotion du dépistage du diabète (T4 2024)
  - Campagne de promotion du dépistage de la MRC (Début 2025)
  - Campagne de communication IC / EPON - axe prévention (T4 2024)
- **Outils** : profils personnalisés sous format papier ou datavisualisation, espace MCVA ameli (mémos digitalisés, questionnaires de scores de risque tels que diabète, niveau d'activité physique,...), espace médecin traitant pour les adhérents Sophia MCVA, généralisation de la télésurveillance

## Médecins conventionnés

- **Contribuer au dépistage organisé des cancers (Sein, Colo-rectal et Col de l'Utérus)**
- **Prescrire les dépistages et faire entrer les patients atteints de maladies cardio- vasculaires et associées dans un parcours de soins et de suivi adapté en fonction des dépistages réalisés et des niveaux de risque identifiés** (*respect des bonnes pratiques, recommandations HAS, référentiels...*)
- **Utiliser les outils et informations mis à disposition notamment outils de diagnostic territorial et informations sur patients**

➔ **Assurer le dépistage des maladies cardio-vasculaires et associées chez les personnes à risque (diabète, MRC, BPCO, SCC, IC) pour favoriser l'entrée précoce dans le parcours de soins et favoriser le dépistage organisé des cancers (Sein, Colo-rectal, Col de l'Utérus)**