RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé
Pays de la Loire

Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins
- IRAPS -
Séance du 16 janvier 2025

© ARS Pays de la Loire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

I. Suivi des fiches pertinence

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

Les produits de santé

Présentation des travaux en sous-commissions

1- Axe Produits de santé

Améliorer la juste prescription des Inhibiteurs de la Pompe à Protons

Docteur Elodie COSSET, Médecin Coordonnateur Régional APIMED-PL
Antoine VARNIER, chargé de projets « qualité et pertinence des soins » et coordinateur régional de l'accompagnement individuel des offreurs de soins – Assurance Maladie

© ARS Pays de la Loire

Contexte médical

- En 2020, la consommation d'IPP apparaît particulièrement forte en France (24,2 % des assurés) en regard de la prévalence estimée du RGO (8 %)
- Soit 16 millions de personnes sous IPP, notamment en initiation de traitement (8 millions) et dans des indications qui ne semblent pas relever des recommandations (pas de facteurs de risque pour 80 % des initiations de traitement en association avec les AINS).
- **1,5 millions de patients sous IPP durant plus de 6 mois consécutifs**
- **80% des patients sous IPP au long court ont plus de 7 lignes de traitement**

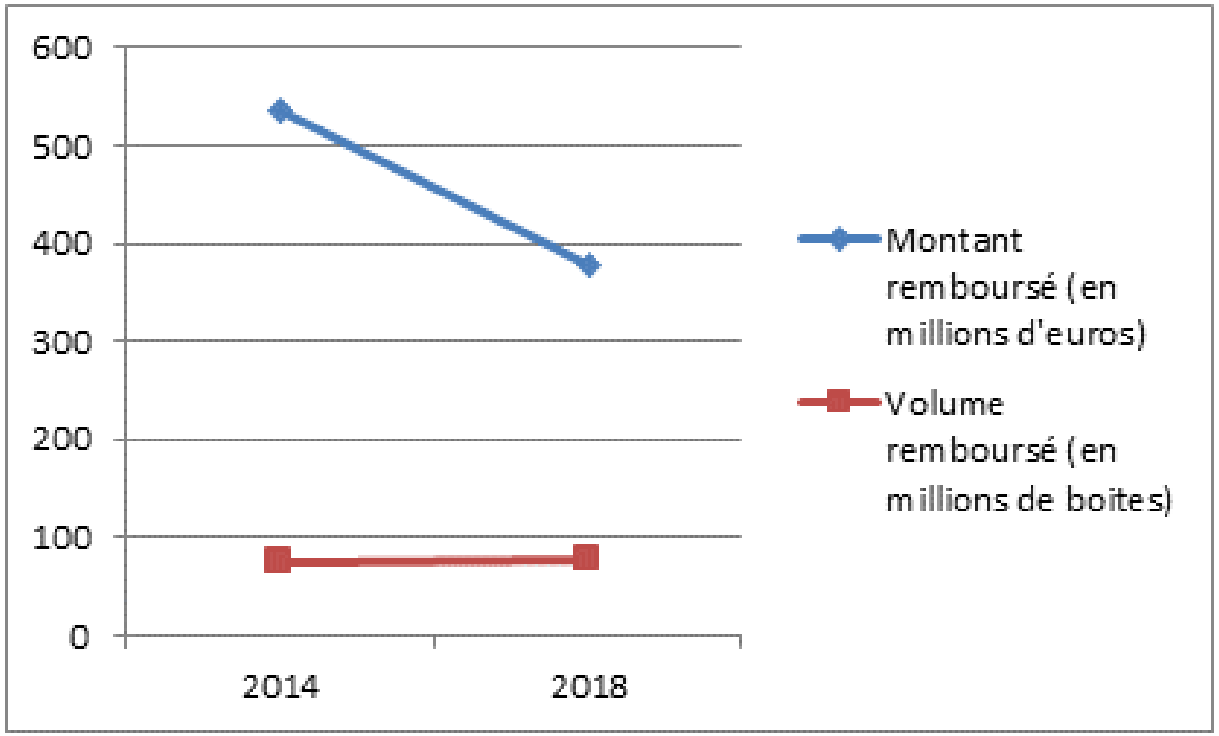
En région → **données similaires au national**

Quelles Incidences ? Surmédication, source de iatrogénie (polymédication) + Effets indésirables potentiellement graves

© ARS Pays de la Loire

Contexte économique = Effet prix

- Montant remboursé : 536 millions en 2014 contre 378 millions en 2018 mais 73 millions de boîtes prescrites en 2014 contre 78 millions en 2018



© ARS Pays de la Loire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

Améliorer la juste prescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

Groupe de travail

Notez Bien.

Prochaine réunion **Mars 2025**

Dr Elodie Cosset, Médecin Coordonnateur Régional APIMED-PL

Dr Fanny D'ACREMONT, Pharmacien Coordonnateur Omedit Pays de la Loire.

Dr Jérôme NGUYEN, Médecin généraliste, Département de Médecine Générale

Mr Antoine Varnier, Responsable d'unité CPAM 44, chargé de projet qualité, pertinence des soins

Dr Jean-Baptiste CAILLARD, Cardiologue - Vice-Président de l'IRAPS

Dr Alain GUILLEMINOT, URPS Pharmaciens

1 patient partenaire + 1 rhumatologue + 1 gastroentérologue

Dr Nelly BOUYNAT, Médecin conseil, DRSM Pays de la Loire

Dr Marion LASSALLE Médecin Animateur du groupe qualité APIMED-PL de Vallet

Diane DOITE, Chargée de projet URML

Actions identifiées

- **Action n°1** : Sensibiliser les patients aux risques liés à la consommation de médicaments inappropriés **FAIT** + actions en lien avec France assos Santé pour une sensibilisation des assurés autre que par courrier **en cours** + mise à jour de la brochure Deprescription IPP créée avec l'AM dans le cadre de l'étude DeprescrIPP DAM **FAIT**
- **Action n°2 :** Diffuser l'algorithme + Flyer patient + Indicateurs IPP régional produit par la CPAM à tous les médecins généralistes (profil) + courriers **FAIT**
- **Action n°3** : Communiquer auprès des médecins spécialistes (cardiologues, rhumatologues, gastro-entérologues) et des pharmaciens (via l'AM) sur les BP de prescription et l'algorithme **EN COURS (visites DAM)**
- **Action n°4** : Transmission d'un flyer à destination des PS des CPTS lors des soirées de sensibilisation à la iatrogénie ou deprescription + élaborer un kit sur la deprescription avec outils des actions n°1,2,3 + note explicative **EN COURS**
- **Action n°5** : Compléter la communication faite par l'AM en région (via l'affichage du kit sur les sites de APIMED, OMEDIT, URML, URPS et via les newsletters) **A VENIR**

Indicateur de résultat

Atteinte des cibles fixées dans le CAQES pour les établissements contractants : diminution du volume des dépenses remboursées en ville liées aux prescriptions hospitalières

Levier(s) d'actions

- Profils individuels à partir du SNDS pour les médecins spécialistes (cardiologues de ville, cardiologues hospitaliers, rhumatologues, gastro-entérologues) reprenant le volume d'IPP prescrits et l'acte/chirurgie associé(e) **: regarder l'évolution des résultats des profils pour voir si baisse du volume de patients avec IPP et donc influence +++ des actions**
- Action n°2 : promotion du site de l'OMEDIT + message sur le site PharmaPrat pour annoncer action des DAM sur la déprescription des IPP https://pharmaprat.fr/ **fait**

© ARS Pays de la Loire

Données de l'indicateur CAQES =

Evolution des dépenses remboursées en ville liées aux prescriptions d'IPP émanant de l'établissement de santé entre l'année n et l'année n-1

Les dépenses remboursées en ville liées aux prescription d'IPP ont évolué de -2,5% entre les années 2022 et 2023 pour ces établissements.

ANNEE	NB ETS	Indicateur
2022	7	100% (7/7)
2023	7	86% (6/7)

© ARS Pays de la Loire

Actions n°1

Sensibiliser les patients aux risques liés à la consommation de médicaments inappropriés

Action régionale en complément et à la suite de la communication nationale « Le bon traitement, c'est pas forcément un médicament »

- Un courrier papier ou mail a été envoyé aux assurés qui ont un traitement IPP et ayant consulté un cardio, gastro ou rhumato accompagné d'un **flyer patient** élaboré par les services com de la DRSM et de la CPAM 44 pour servir de support de réflexion et ainsi rendre le patient pro-actif sur son traitement quand il se rendra chez son MG ou son pharmacien

- Parution de bandeaux « promotionnels » sur le site « Le Bon Coin » permettant aux assurés qui le souhaitent d'être redirigés vers ameli.fr (https://www.ameli.fr/loire-atlantique/assure/sante/medicaments/medicaments-moins-consommer-prendre-soin-sante).
  Notre slogan est : « diminuer ou arrêter un traitement médicamenteux ? Parlez-en à votre médecin traitant ».

- Une réflexion est en cours avec France Asso Santé pour voir de quelle autre manière les assurés pourraient être sensibilisés (autre que par courrier traditionnel).

© ARS Pays de la Loire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

Flyer patient

Parlez-en à votre médecin traitant lors de votre prochain rendez-vous

De quoi devez-vous discuter avec votre médecin ?

- ☐ Des possibilités d'arrêt ou de diminution de ce médicament
- ☐ Des autres traitements possibles
- ☐ De ce que vous devez surveiller
- ☐ Des personnes avec qui faire le suivi

Vous êtes prêt à arrêter ce médicament en demandant à votre médecin

- ☐ De vous prescrire une demi-dose
- ☐ De prendre le médicament un jour sur deux (Lun | Mar | Mer)
- ☐ De prendre ce médicament ou un médicament alternatif à la demande (par exemple : cimétidine ou alginate)

Les questions que vous souhaitez poser à votre médecin

.....

.....

.....

Les inhibiteurs de la pompe à protons servent **à diminuer l'acidité** produite **dans l'estomac.**

4 à 8 semaines pour des brûlures d'estomac ou des reflux, **c'est le temps de guérison de votre œsophage.**

Pour plus de renseignements, parlez-en avec votre médecin traitant.

Les IPP, ce n'est pas pour l'éternité !

Avez-vous encore besoin de prendre votre médicament pour le reflux et les brûlures d'estomac ?

Conception : CPAM de Loire-Atlantique - Octobre 2024

Vous prenez un inhibiteur de la pompe à protons (IPP)

- ☐ Oméprazole (Mopral®, Zoltum®)
- ☐ Ésoméprazole (Inexium®)
- ☐ Lansoprazole (Lanzor®, Ogast®, Ogastoro®)
- ☐ Pantoprazole (Eupantol®, Inipepsia®, Inipomp®)
- ☐ Rabéprazole (Pariet®)

Vous prenez ce médicament :
depuis .....
parce que .....

Nantes Université — DMG Nantes — L'Assurance Maladie, Agir ensemble, protéger chacun

© ARS Pays de la Loire

Actions n°2

Sensibiliser les médecins généralistes à l'enjeu de la non prescription ou de la déprescription des IPP

- ❑ 2022-2023 : visites DAM auprès des généralistes responsables de 70% des prescriptions (répartis en 3 groupes : visites DAM seules ; visites DAM + courriers assurés + groupe témoins) + courriers aux assurés consommateurs

Résultats régionaux (sept 21-août 22 vs mars 23-fév 24)

- ✓ -1,6% en nombre de boîtes (CPAM)
- ✓ -12,5% en montant (CPAM)
- ✓ groupe « visites DAM seules : 8% des patients ont baissé d'au moins 50% leur consommation (DMG)
- ✓ groupe « visites DAM + courriers assurés : 15% des patients ont baissé d'au moins 50% leur consommation (DMG)

- ❑ Courriers mails envoyés aux MG des assurés concernés et ayant reçu le Flyer pour les informer de l'action

+ Envoi de la fiche BP OMEDIT Centre et algorithme canadien

© ARS Pays de la Loire

Actions n°2

Sensibiliser les médecins généralistes à l'enjeu de la non prescription ou de la déprescription des IPP

- ❑ Démarche des groupes qualité APIMED

INDICATEUR

Taux de patients (avec médecin traitant) de 18 ans et plus traités par IPP pendant plus de 6 mois =

$$\frac{\text{nombre de patients avec au moins 150 comprimés, gélules d'IPP sur une période de 180 jours précédant la dernière délivrance}}{\text{nombre de patients ayant eu au moins une délivrance d'IPP}}$$

RESULTAT DU GROUPE QUALITE COMPARE AU GROUPE TEMOIN

Evolution souhaitable ↘		Groupe témoin		Groupe de LES CLOUZEAUX		
		1er semestre 2024	Evolution	1er semestre 2024	Evolution	Résultat
	Indicateur	25,8%	-0,7 pts	27,0%	-0,6 pts	☹

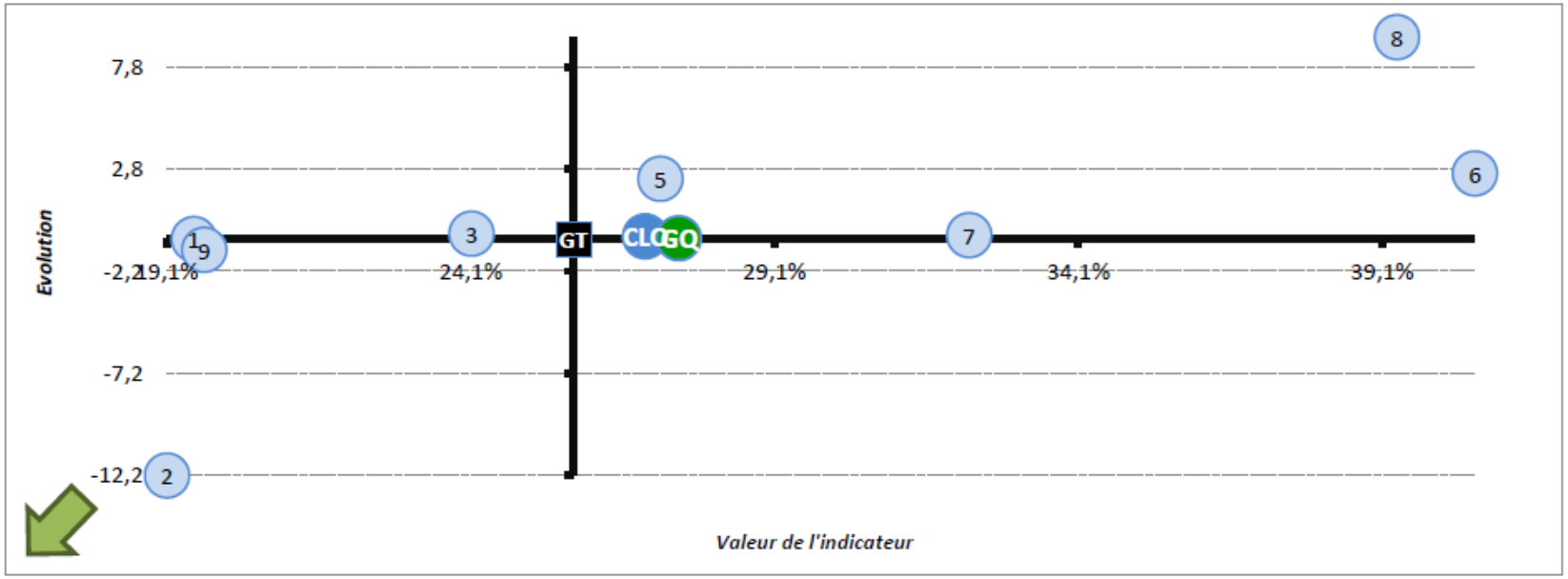
© ARS Pays de la Loire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

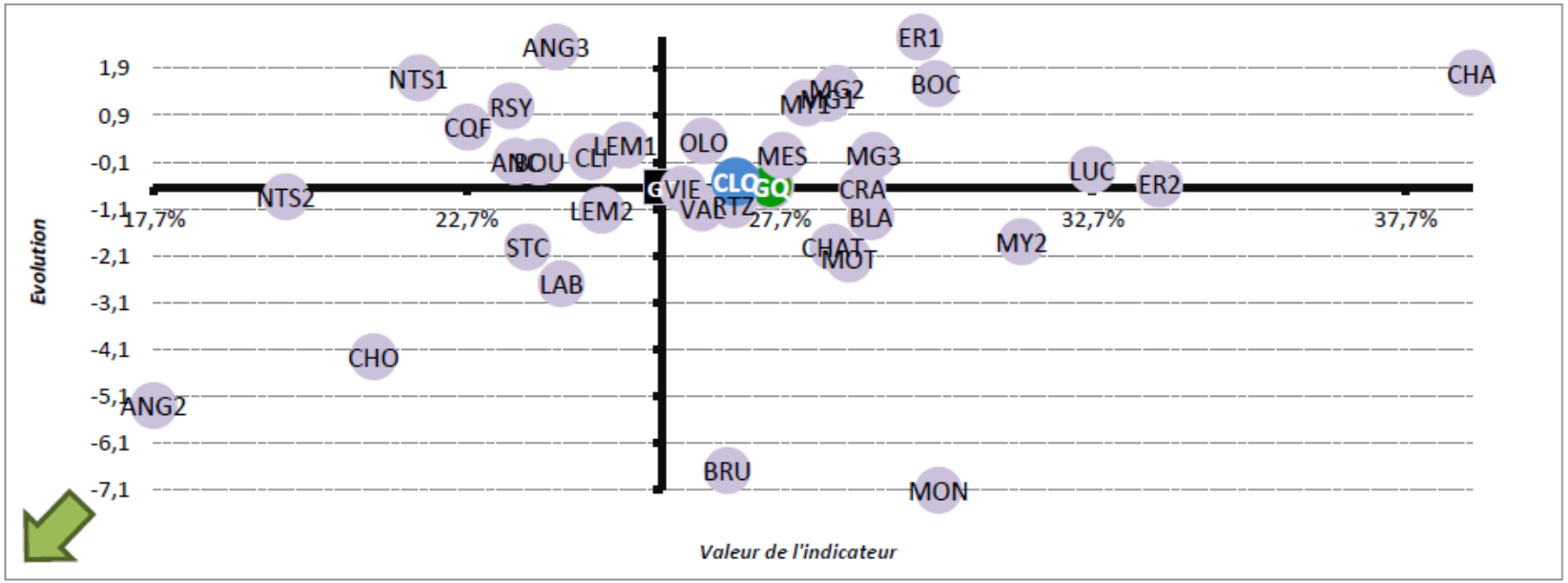
ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

Une démarche au service de la santé
GROUPES QUALITÉ

RESULTAT PAR MEDECIN DU GROUPE (VALEUR & EVOLUTION)



RESULTAT PAR GROUPE QUALITE (VALEUR & EVOLUTION)



Actions n°3

Communiquer auprès des médecins spécialistes (cardiologues, rhumatologues, gastro-entérologues) et des pharmaciens de la région sur les BP de prescription

- **Visites DAM auprès des spécialistes** (cardio, gastro et rhumato) en ville démarrées en novembre 2024 et en établissements démarrées début 2025
- **Visites DAM auprès des pharmaciens** démarrées en octobre 2024

Remise des documents : Fiche BP OMEDIT Centre (+ algorithme canadien) + flyer patient + profil individuel médecin construit avec la DRSM

MESSAGES des DAM :

- S'interroger sur la pertinence de l'initiation et lorsqu'elle est justifiée, noter la durée du traitement sur l'ordonnance
- S'interroger sur la pertinence du renouvellement de l'ordonnance : diminution (deprescription) ou arrêt

© ARS Pays de la Loire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

Observatoire des Médicaments Dispositifs médicaux Innovations Thérapeutiques

FICHE DE BONNE PRATIQUE & BON USAGE

Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)
S'assurer de la pertinence des prescriptions
Réduire la durée des traitements chroniques

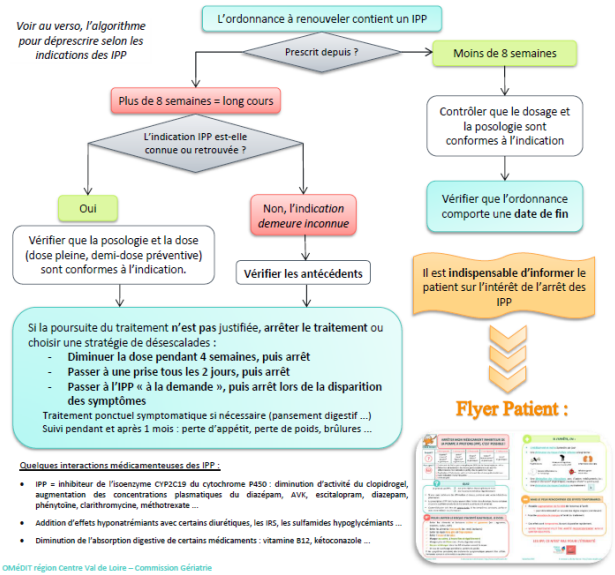
Commission Gériatrie
Mise à jour : Octobre 2022

Validation Comité stratégique : Juin 2018

- De nombreux patients continuent d'utiliser les antiulcéreux anti sécrétoires gastriques de la classe des IPP au-delà de la durée recommandée de traitement car ils les soulagent efficacement de leurs plaintes : pyrosis, régurgitation, douleur thoracique, toux, dyspnée ...
- Outre le coût économique d'une utilisation au long cours, il faut tenir compte des **effets indésirables (troubles neurologiques, digestifs, infectieux, métaboliques, nutritionnels...)** et des nombreuses **interactions médicamenteuses**.
- Avant tout, lors de l'initiation du traitement, prévoir et mentionner à l'écrit la durée maximale ou la date de fin de traitement. Par la suite, lors de l'identification d'une prescription inappropriée (indication non recommandée, durée excessive), envisager un arrêt de l'IPP
- Les patients sont souvent opposés à l'arrêt car un rebond d'acidité gastrique, source d'inconfort, est possible lors de l'arrêt. Informer le patient sur l'intérêt d'arrêter son IPP et du possible effet rebond secondaire à l'arrêt des IPP. Des fiches d'information-patient sur l'initiation ou l'arrêt d'un IPP, sont disponibles en libre accès sur www.omedit-centre.fr

Cette fiche vise à interroger sur le rapport bénéfice / risque de la poursuite de l'IPP en tenant compte de la iatrogénicité de la classe.

Voir au verso, l'algorithme pour déprescrire selon les indications des IPP



Flyer Patient :

Quelques interactions médicamenteuses des IPP :

- IPP = inhibiteur de l'isoenzyme CYP2C19 du cytochrome P450 : diminution d'activité du clopidrogel, augmentation des concentrations plasmatiques du diazépam, AVK, escitalopram, diazepam, phénytoine, clarithromycine, méthotrexate ...
- Addition d'effets hyponatrémiants avec certains diurétiques, les IRS, les sulfamides hypoglycémiants ...
- Diminution de l'absorption digestive de certains médicaments : vitamine B12, kétoconazole ...

© ARS Pays de la Loire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé
Pays de la Loire

Voir au verso, l'algorithme pour déprescrire selon les indications des IPP

L'ordonnance à renouveler contient un IPP

Prescrit depuis ?

Moins de 8 semaines

Contrôler que le dosage et la posologie sont conformes à l'indication

Vérifier que l'ordonnance comporte une **date de fin**

Plus de 8 semaines = long cours

L'indication IPP est-elle connue ou retrouvée ?

Oui

Vérifier que la posologie et la dose (dose pleine, demi-dose préventive) sont conformes à l'indication.

Non, l'indication *demeure inconnue*

Vérifier les antécédents

Si la poursuite du traitement **n'est pas** justifiée, **arrêter le traitement** ou choisir une stratégie de désescalades :

- **Diminuer la dose pendant 4 semaines, puis arrêt**
- **Passer à une prise tous les 2 jours, puis arrêt**
- **Passer à l'IPP « à la demande », puis arrêt lors de la disparition des symptômes**

Traitement ponctuel symptomatique si nécessaire (pansement digestif ...)
Suivi pendant et après 1 mois : perte d'appétit, perte de poids, brûlures ...

Il est **indispensable d'informer** le patient sur l'intérêt de l'arrêt des IPP

Flyer Patient :

Quelques interactions médicamenteuses des IPP :

- IPP = inhibiteur de l'isoenzyme CYP2C19 du cytochrome P450 : diminution d'activité du clopidrogel, augmentation des concentrations plasmatiques du diazépam, AVK, escitalopram, diazepam, phénytoïne, clarithromycine, méthotrexate ...
- Addition d'effets hyponatrémiants avec certains diurétiques, les IRS, les sulfamides hypoglycémiants ...
- Diminution de l'absorption digestive de certains médicaments : vitamine B12, kétoconazole ...

OMéDIT région Centre Val de Loire – Commission Gériatrie
Disponible sur www.omedit-centre.fr

Page 1 sur 2

© ARS Pays de la Loire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

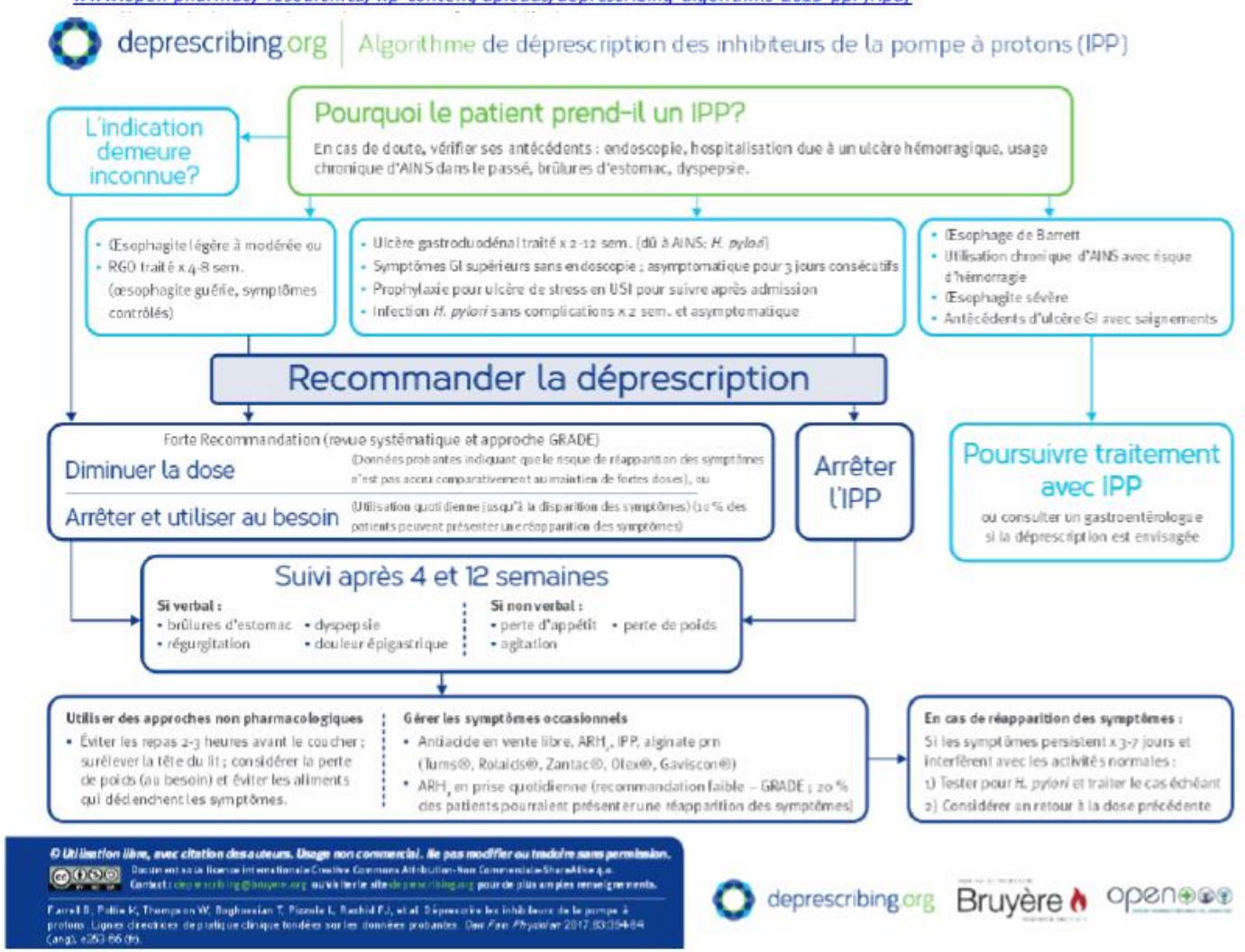
ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

Bibliographie :

- Boghossian TA, Rashid FJ, Thompson W, et al. Deprescribing versus continuation of chronic proton pump inhibitor use in adults. Cochrane Database Syst Rev 2017, issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD011969.pub2
- Jiang YX, Chen Y, Kong X, et al. Maintenance treatment of mild gastroesophageal reflux disease with proton pump inhibitors taken on-demand: a meta-analysis. Hepatogastroenterology 2013;60:1077–82. DOI: 10.5754/hge11461
- Reflux gastro-œsophagien chez un adulte. Premiers choix Prescrire. Rev Prescrire 2017;1-5.
- Ulcère gastrique ou duodénal. Premiers choix Prescrire. Rev Prescrire 2017;1-6.
- Farrell B, Pottie K, Thompson W, et al. Déprescrire les inhibiteurs de la pompe à protons. Lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes. Can Fam Physician 2017;63:e253-e265. Disponible sur: http://www.cfp.ca/content/63/5/e253
- Rapport d'évaluation des inhibiteurs de la pompe à protons (spécialités et génériques) – septembre 2020 - HAS

OMéDIT région Centre Val de Loire – Commission Gériatrie
Disponible sur www.omedit-centre.fr

www.open-pharmacy-research.ca/wp-content/uploads/deprescribing-algorithms-2015-ppi-fr.pdf



© ARS Pays de la Loire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

Profil 1 : ex d'un **cardiologue** interventionnel qui initie le traitement

Ces profils (que l'on peut remettre aux PS) servent surtout à orienter la pertinence du message du DAM :

Profil 1 : S'interroger sur la pertinence de l'initiation et lorsqu'elle est justifiée, **noter la durée du traitement** sur l'ordonnance

Informations sur la méthodologie de sélection des données et la construction des indicateurs

Population étudiée :

les patients vus par le cardiologue sur la période de juillet 2021 à juin 2023
- quel que soit le régime d'assurance maladie des patients (Régime général, MSA, ...)
- quel que soit leur lieu de résidence et leur affiliation

Indicateur sur la patientèle du cabinet :

- Nombre de patients vus sur la période de juillet 2021 à juin 2023 par le cardiologue
- Part des patients sous IPP entre juillet 2021 et juin 2023 quel que soit le prescripteur
- Part des patients initiés par le cardiologue :
  - Absence de délivrance d'IPP dans les 6 mois qui précèdent la 1ère délivrance d'IPP (quel que soit le prescripteur)
  - 1ère délivrance d'IPP sur la base d'une prescription du cardiologue
- Comparatif avec l'ensemble des cardiologues de la région

Indicateur sur l'analyse de la persistance du traitement :

- Evolution à 6 mois (T6) et à 12 mois (T12) du nombre de patients sous IPP initiés par le cardiologue à T0
- Comparatif avec l'ensemble des cardiologues de la région

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

© ARS Pays de la Loire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

Profil 1 : ex d'un **cardiologue** interventionnel qui initie le traitement : 18,1% de la patientèle du praticien

Ces profils (que l'on peut remettre aux PS) servent surtout à orienter la pertinence du message du DAM :

Profil 1 : **S'interroger sur la pertinence de l'initiation et lorsqu'elle est justifiée, noter la durée du traitement sur l'ordonnance**

Profil patientèle sous IPP

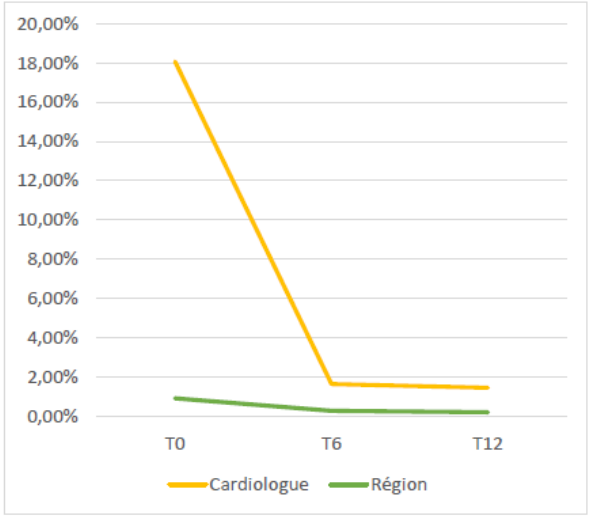
Numéro AM : (regroupe l'ensemble de l'activté libérale)

Sélection population étudiée : de juillet 2021 à juin 2023

Patientèle du cabinet

	Professionnel de santé	Professionnel de santé en %	Regional	Régional %
Patientèle du cabinet	1840		535932	
Patients sous IPP	1030	56,0%	259819	48,5%
Initiation du traitement IPP par le cardiologue	186	18,1%	2390	0,9%

Analyse à 6 mois et 12 mois de la persistance du traitement par IPP initié par le cardiologue



T0 = nombre de patients avec IPP initiés par le cardiologue au cours de la période / nombre de patients avec IPP dans la patientèle du cardiologue au cours de la période

T6 (T12) = nombre de patients toujours sous IPP 6 mois après (12 mois après pour T12) l'initiation par le cardiologue / nombre de patients avec IPP dans la patientèle du cardiologue au cours de la période

	T0		T6		T12	
	val	%	val	%	val	%
Cardiologue	186	18,1%	17	1,7%	15	1,5%
Région	2390	0,9%	728	0,3%	547	0,2%

© ARS Pays de la Loire

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

Profil 2 : Renouvellement de la prescription par le **cardiologue**

Profil 2 : S'interroger sur la pertinence du renouvellement de l'ordonnance : diminution (deprescription) ou arrêt

Profil patientèle sous IPP

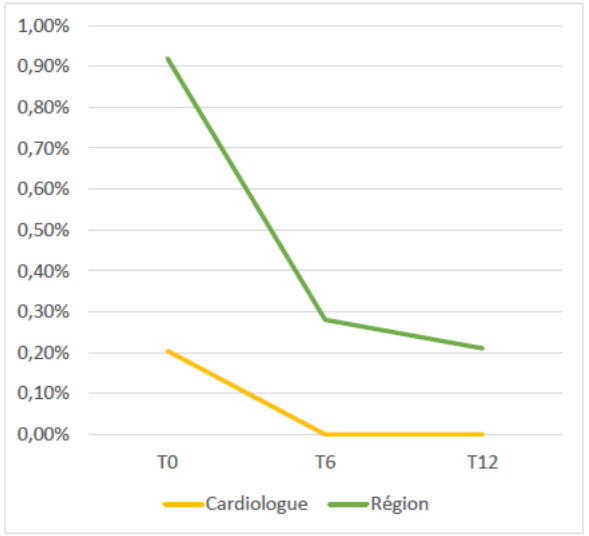
Numéro AM : (regroupe l'ensemble de l'activté libérale)

Sélection population étudiée : de juillet 2021 à juin 2023

Patientèle du cabinet

	Professionnel de santé	Professionnel de santé en %	Regional	Régional %
Patientèle du cabinet	3093		535932	
Patients sous IPP	1467	47,4%	259819	48,5%
Initiation du traitement IPP par le cardiologue	3	0,2%	2390	0,9%

Analyse à 6 mois et 12 mois de la persistance du traitement par IPP initié par le cardiologue



T0 = nombre de patients avec IPP initiés par le cardiologue au cours de la période / nombre de patients avec IPP dans la patientèle du cardiologue au cours de la période

T6 (T12) = nombre de patients toujours sous IPP 6 mois après (12 mois après pour T12) l'initiation par le cardiologue / nombre de patients avec IPP dans la patientèle du cardiologue au cours de la période

	T0		T6		T12	
	val	%	val	%	val	%
Cardiologue	3	0,2%	0	0,0%	0	0,0%
Région	2390	0,9%	728	0,3%	547	0,2%

© ARS Pays de la Loire

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Améliorer la juste prescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

A ce jour :

❑ **Visites DAM auprès des spécialistes** (cardio, gastro et rhumato) en ville et en établissements

14 RDV avec des cardiologues effectués sur la région.
→ Retour des PS : ne se sentent pas concernés car ne sont pas à l'initiation des prescriptions mais sont concernés par la deprescription (profil de cardiologues non interventionnels).

Les visites auprès des rhumatologues et gastroentérologues n'ont pas débuté.

❑ **Visites DAM auprès des pharmacies**

113 RDV effectués sur la région.
→ Retour des PS : bonne adhésion au message, favorables pour sensibiliser les assurés, le flyer pourra être utile pour aider à convaincre les assurés,

© ARS Pays de la Loire

Actions n°4

Elaborer un kit sur la deprescription à destination des PS des CPTS contenant les outils des actions n°1,2,3

- Le kit pourrait contenir les supports mis à disposition par l'AM auprès des médecins spécialistes, pharmaciens, MG avec une note explicative accompagnatrice (contenant quelques données sur la deprescription IPP + une présentation de la démarche en collaboration avec l'ARS, AM, URPS, URML, OMEDIT). Celui-ci pourrait aussi être distribué aux IPA en CPTS.

- Les soirées « clé en main » élaborées par la sous-commission PAPRAPS sur la iatrogénie médicamenteuse organisées en CPTS seront l'occasion de mettre à disposition ce kit aux PS présents. Un cas clinique étudié en soirée pourrait concerner les IPP.

Pour : pharmaciens, médecins, infirmiers ;
Objectifs : regards croisés entre les différents professionnels, faire avancer les pratiques, nouer des contacts, communiquer plus facilement entre professionnels
Format : 2h – 1 partie échange, présentation – 1 partie atelier sous forme de sous-groupes pluridisciplinaires et étude de cas cliniques

© ARS Pays de la Loire

Actions n°5

Compléter la communication faite par l'AM en région (via l'affichage du kit sur les sites de APIMED, OMEDIT, URML, URPS et via les newsletters)

- ❑ Mise en ligne du kit deprescription IPP sur le site internet de APIMED, de l'OMEDIT (une page est prévue), de l'URML, des URPS afin que les PS puissent s'approprier les outils.
- ❑ Lien avec l'interCPTS ?
- ❑ Présentation du kit lors des formations des animateurs APIMED ?

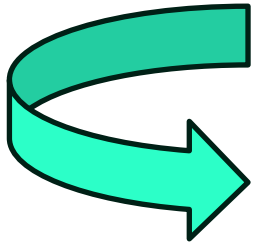
© ARS Pays de la Loire

Perspectives 2025

- Prochaine soirée sur la iatrogénie médicamenteuse et deprescription en mars 2025 à la CPTS Erdre et cens et Pays de Retz
- Poursuite des visites DAM auprès des pharmaciens, gastroentérologues, rhumatologues
- Mobilisation des usagers => Sensibilisation des assurés via France Asso Santé

© ARS Pays de la Loire

6 réunions du groupe de travail en 2024
Difficultés au départ puis atouts identifiés



Pluridisciplinarité

Transversalité (sous-commission iatrogénie)

Forte collaboration avec l'AM

© ARS Pays de la Loire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

Parcours

Présentation des travaux en sous-commissions

1- Axe Parcours

Pertinence du parcours des patients insuffisants cardiaques

Dr Jean-Baptiste CAILLARD, Cardiologue, Vice-président de l'IRAPS

© ARS Pays de la Loire

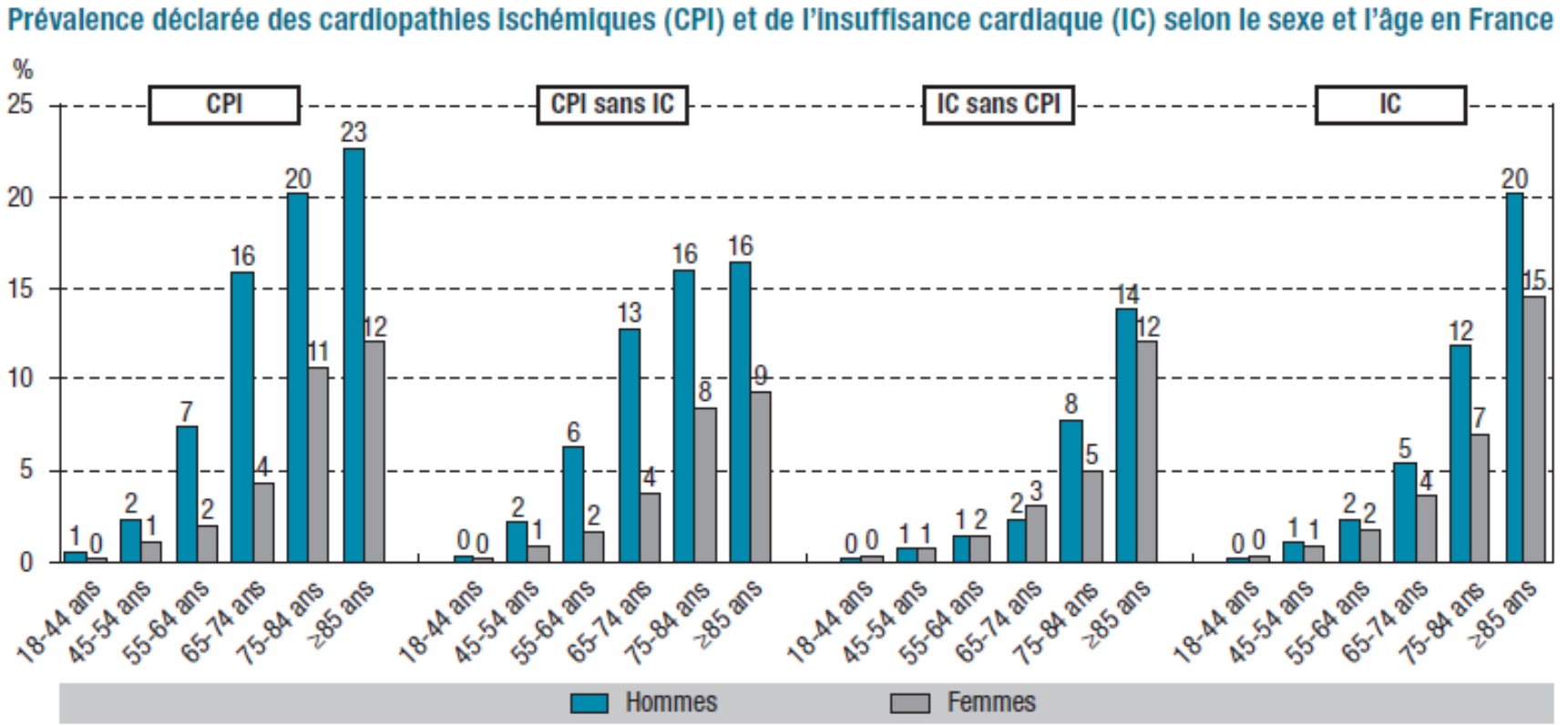
Contexte médical

© ARS Pays de la Loire

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE EN FRANCE : UNE PATHOLOGIE FRÉQUENTE

En France : prévalence estimée entre 2 à 3% (1,5 millions de patients, données DREES 2017)

Prévalence croissante avec l'âge ++

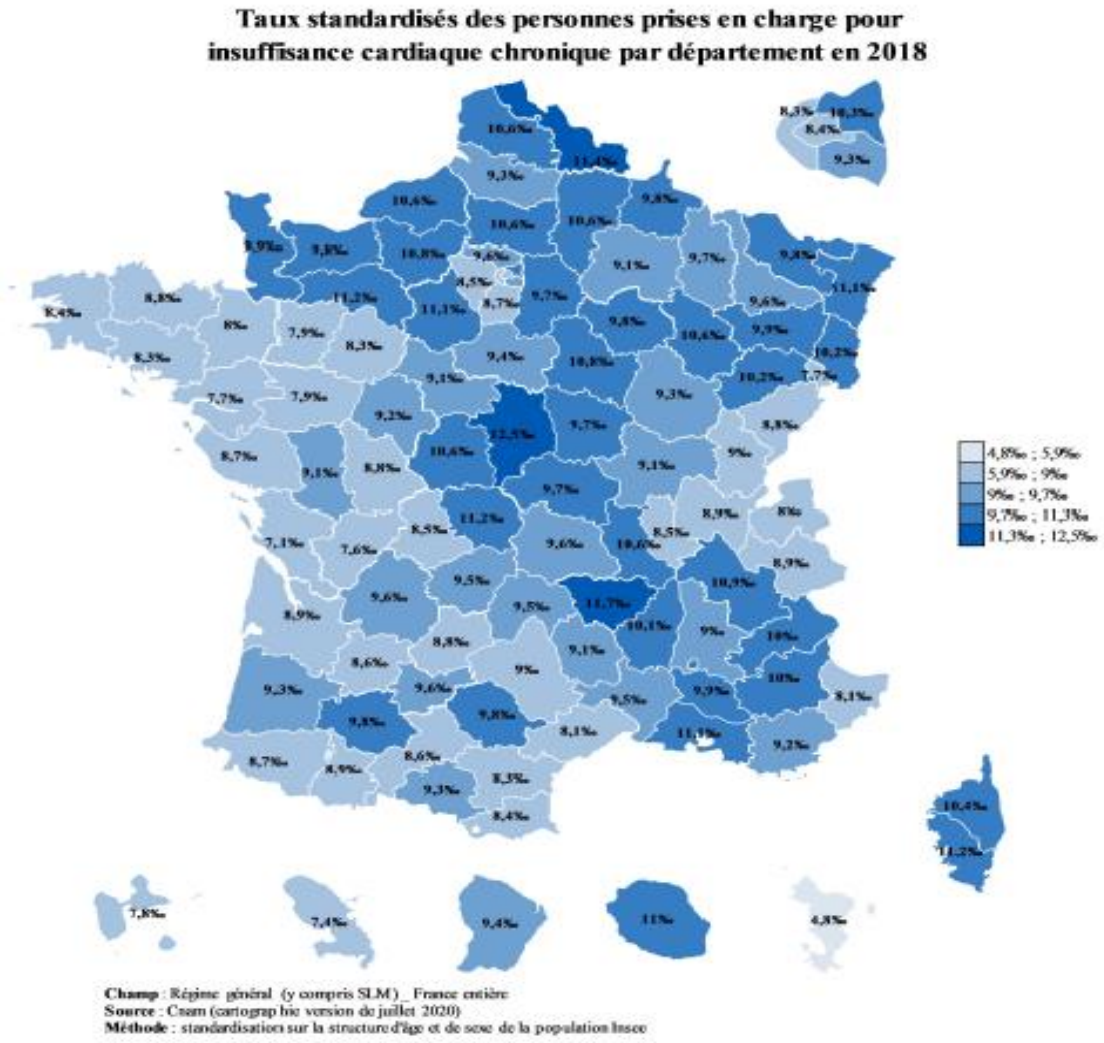


© ARS Pays de la Loire

BEH 2014

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE EN FRANCE : UNE PATHOLOGIE FRÉQUENTE

En France : prévalence loco-régionale hétérogène



Régions à forte prévalence :

Hauts-de-France

Grand-Est

Normandie

Centre-Val-de-Loire

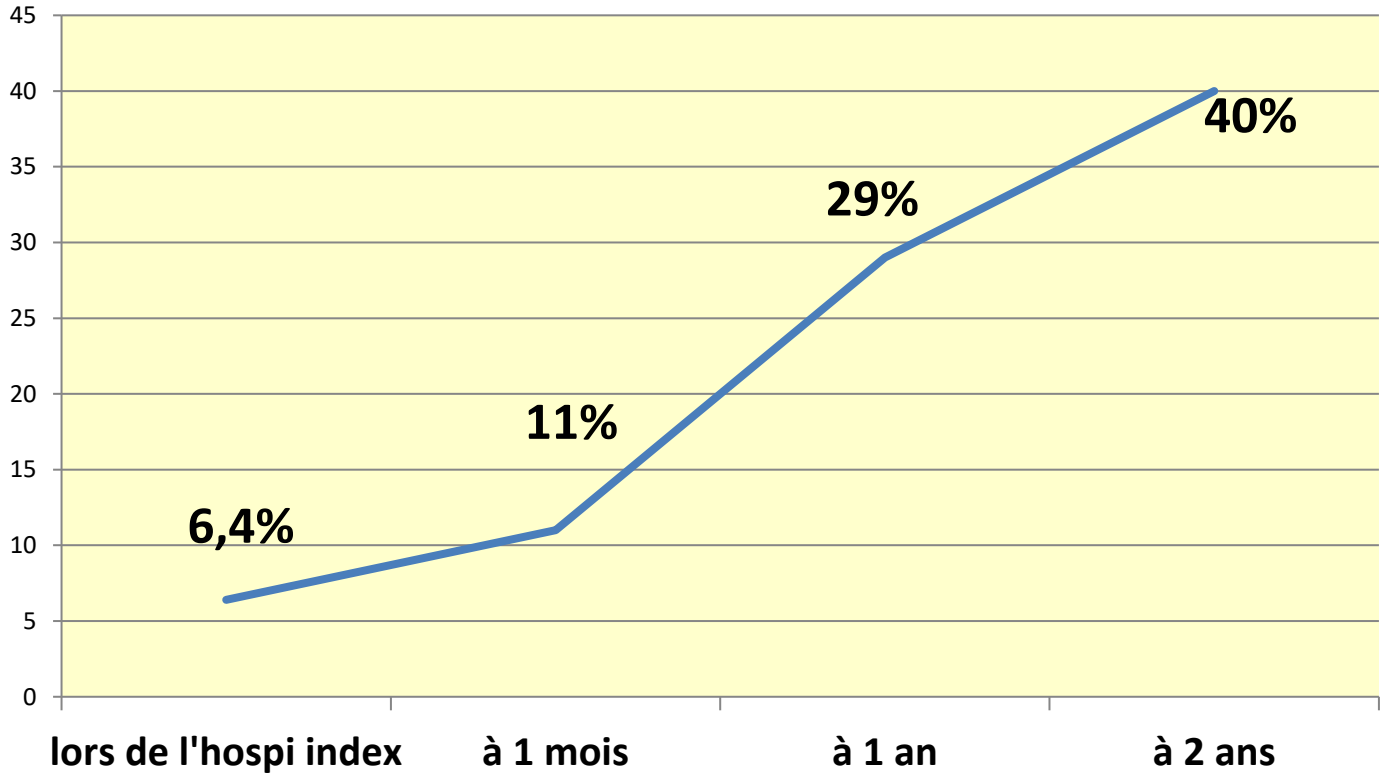
Corse

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Données CNAM 2020

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE EN FRANCE : UNE PATHOLOGIE SÉVÈRE

Etude française (CNAM* 2014), taux de mortalité au décours de l'hospitalisation index



Facteur pronostique notable de décès :
ré-hospitalisation à 1 mois

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

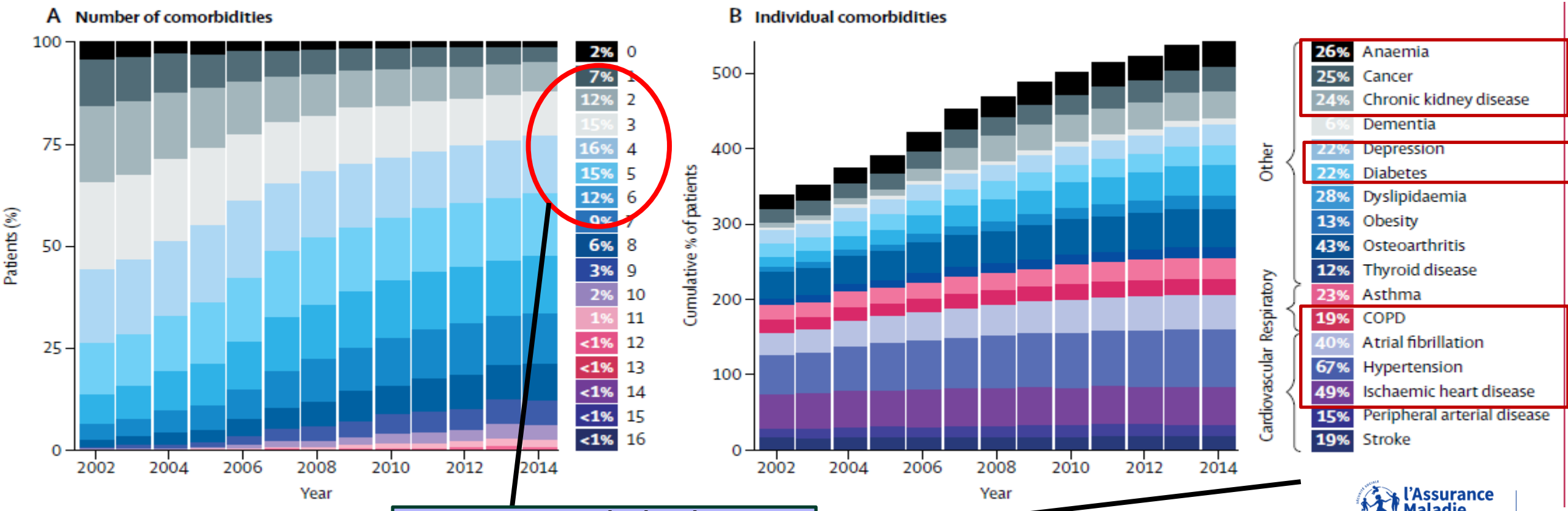
*Tuppin P, Arch Card Dis 2014

© ARS Pays de la Loire

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE EN FRANCE : UNE PATHOLOGIE SÉVÈRE

Evolution des comorbidités associées à l'IC entre 2002 et 2014 au sein d'une cohorte de 4 millions de patients britanniques

A : nombre de comorbidités
B : pourcentage cumulatif de patients atteints de comorbidités individualisées



IC associée à 2 à 6 comorbidités le plus souvent

Conrad N, Lancet 2018

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE EN FRANCE : UNE PATHOLOGIE FRÉQUENTE

L'incidence de l'insuffisance cardiaque chronique en Europe (comparable à la prévalence en France) est d'environ 3/1 000 personnes/année tous âges confondus ou d'environ 5/1 000 personnes/année pour les adultes. La prévalence de l'IC est comprise entre 1 et 2 % chez les adultes.

Chaque année, cette maladie est à l'origine de plus de 160 000 hospitalisations avec, après une hospitalisation pour décompensation aiguë d'insuffisance cardiaque, 25% de ré-hospitalisations à trois mois et 45% dans l'année.

Les données épidémiologiques issues de registres étrangers (comparables à la prévalence en France) concernant l'insuffisance cardiaque montrent des taux d'incidence annuels compris entre 2,2 et 4,6 cas pour 1 000 habitants.

Source HAS 2023

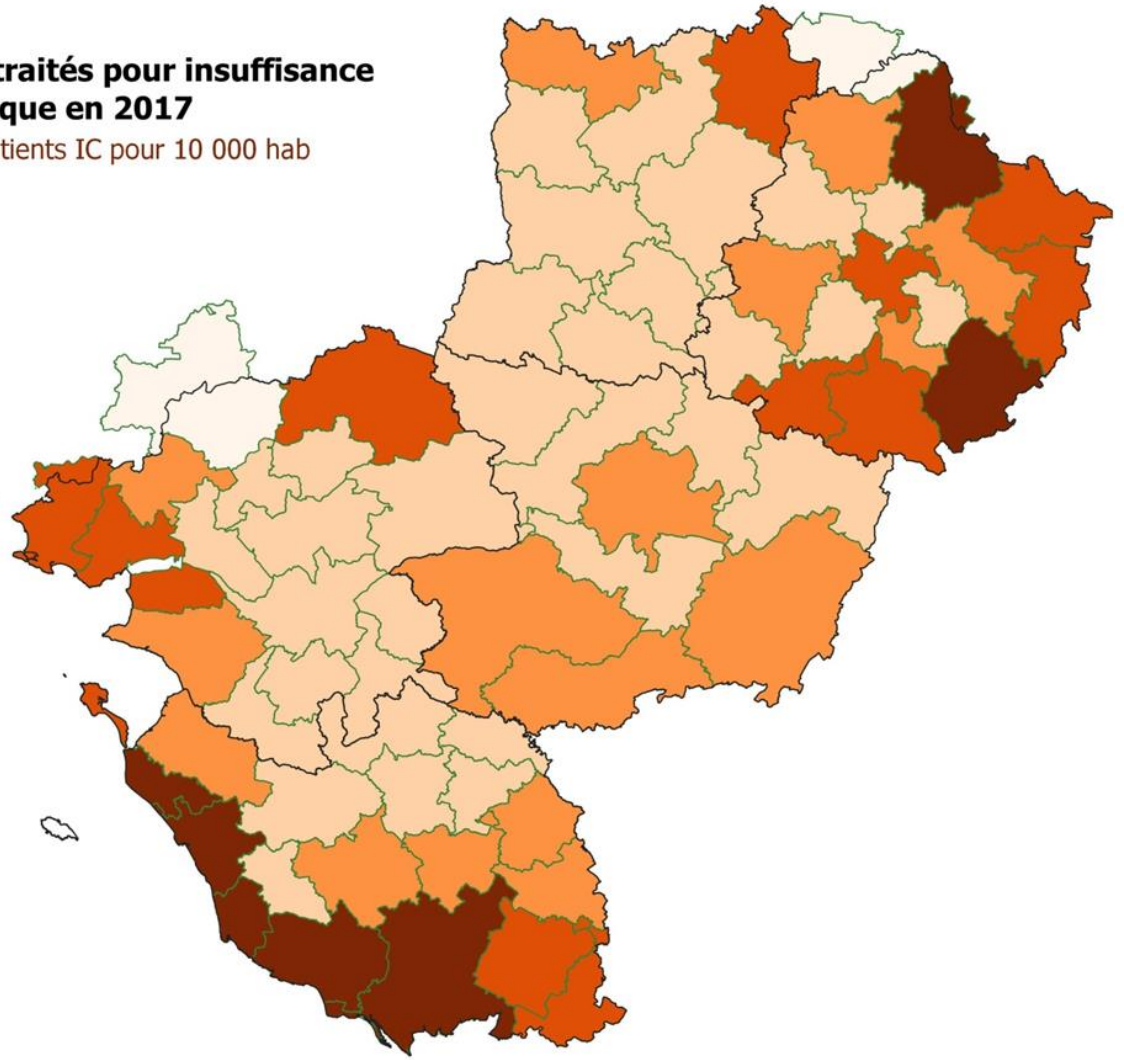
© ARS Pays de la Loire

BEH 2014

PAYS DE LA LOIRE : DES VARIATIONS TERRITORIALES

Taux de patients traités pour insuffisance cardiaque en 2017

Taux régional : 94 patients IC pour 10 000 hab



Source : SNDS - DCIR/PMSI

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Contexte économique

© ARS Pays de la Loire

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE EN FRANCE : UNE PATHOLOGIE COÛTEUSE

→ **Coût** de l'insuffisance cardiaque en 2018 = **2,4 milliards €** (2% des dépenses de santé) pour les 675 000 patients ciblés dans le SNDS

Année	Nombre de patients ciblés (méthode de la cartographie)	Dépense totale
2010	400 000	1,9 milliards €
2018	675 000	2,4 milliards €

→ **Décès** = environ **70 000 / an**

→ **Hospitalisations** = **165 000 à 170 000 / an**

Taux annuel moyen d'évolution des dépenses (2012 – 2018) estimé à 3,6%

Taux annuel moyen d'évolution de la population IC estimé (2012 – 2018) estimé à 2,6%

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

© ARS Pays de la Loire

Pertinence du parcours des patients insuffisants cardiaques (IC)

Groupe de travail

Dr Jean-Baptiste CAILLARD, Vice-Président de l'IRAPS

Dr Nathalie SARRAF, Médecin chef ELSM 85 et 49 CNAM

Dr Marion LASSALLE, APIMED

Dr Yves LEQUEUX, APIMED

Solène MASSON, Coordinatrice de projets de santé, CPTS Sud Loire Vignoble

Mélina JEGU, Coordinatrice de projets de santé, CPTS Sud Loire Vignoble

Dr Marc VIVIEN, Cardiologue hospitalier au CH Saint-Nazaire

Solène RICHARD, Coordinatrice de la CPTS de Pornic

Diane DOITE, Chargée de projet URML

Mr Olivier BUSSON, responsable de la cellule de coordination GDR – Assurance Maladie.

Prochaine réunion **T1 2025**

Notez Bien.

Actions identifiées

- **Action n°1** : sensibiliser les CPTS à intégrer le parcours de la prise en charge IC :
  - par un partage d'expériences, d'expertise : Atelier réalisé lors de la journée régionale sur la pertinence des soins du 6 décembre 2024 + Soirée thématique sur le parcours IC réalisé par la CPTS Sud-Loire Vignoble réalisée le 17 septembre 2024 + Webinaire envisagé avec les intervenants à cette soirée, peut-être à adapter pour l'ensemble de la région ?
  - Création envisagée d'une page web hébergée sur KitMedical ou un autre site pour promouvoir un guide commun sur le parcours et les ressources en outils disponibles par l'URML et un groupe de travail dédié ? En cours
- **Action n° 2** : sensibiliser les cardiologues au 1er recours (renforcer le lien avec les CPTS)
  - développer/promouvoir les ESS : sensibilisation par les syndicats de cardiologues + Promotion des ESS prévue par l'AM en 2025
  - recenser localement les outils dont ils ont besoin : outil de télé-expertise commun, OPTIMEDOC ? Réflexion à avoir
- **Action n° 3 :** Améliorer la communication entre l'ensemble des acteurs

Indicateurs de résultat

Les 4 indicateurs CAQES 2022-2026 ont atteints la cible fixée pour les 19 établissements contractant

Parcours IC intégré dans la brique parcours des CPTS des 5 départements

Levier(s) d'actions pour la prochaine réunion

- **Groupe de travail URML/APIMED**
- **Données : Diagnostics territoriaux IC de l'AM**

© ARS Pays de la Loire

Pertinence du parcours des patients insuffisants cardiaques

9 réunions : 3 en 2023 ; 6 en 2024

↓

Organisation et animation d'un atelier – journée de la pertinence

↓

MAJ des actions et des leviers de la fiche
Initier un travail sur un document
« Points clés du parcours de soins IC »

Outils : Etude des diagnostics territoriaux IC élaborés par l'AM

© ARS Pays de la Loire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

Données de l'indicateur CAQES

ANNEE	NB ETS	Taux de réhospitalisation à 3 mois	Taux de prise en charge MG à 8 jours après sortie hospit	Taux de prise en charge cardiologue à 2 mois
2022 (S2)	19	11,1	33,4%	33,7%
2023	19	9,6	33,2%	36,2%

© ARS Pays de la Loire

Action n°1

Sensibiliser les CPTS à intégrer le parcours de la prise en charge IC :

➡ Par un partage d'expériences, d'expertise

- Atelier réalisé lors de la journée régionale sur la pertinence des soins du 6 décembre 2024

Echanges lors de l'atelier : Difficultés dans la mise à jour des connaissances des professionnels de santé concernant la prise en charge des insuffisants cardiaques (nouvelles recommandations pharmacologiques, biologiques, vaccinales …).

➡ Par l'élaboration d'un guide parcours à partager (= outil mis à disposition)

Création envisagée d'une page web hébergée sur KitMedical ou un autre site pour promouvoir un guide commun sur le parcours et les ressources en outils disponibles (par l'URML et un groupe de travail dédié)

© ARS Pays de la Loire

Pertinence du parcours des patients insuffisants cardiaques

Propositions d'axes d'amélioration lors de l'atelier IC (journée pertinence de 2023) ou dans les groupes qualité APIMED:

- Favoriser la connaissance des professionnels des nouvelles recommandations sur la prise en charge des patients présentant une insuffisance cardiaque , au repérage et aux bonnes pratiques.
- Favoriser la connaissance des professionnelles des ressources disponibles sur les territoires (ETP , sport santé , nouveaux dispositifs de prise en charge …).
- Favoriser la connaissance des professionnels des dispositifs de téléexpertise, téléconsultation assistée.
- Favoriser la communication à l'équipe traitante du courrier de sortie d'hospitalisation dans le DMP.
- Favoriser le développement d'outils de communication pour le partage d'information au sein de l'équipe traitante (globule …)
- Favoriser à l'accès en ville aux outils de télésurveillance
- Faciliter les hospitalisations directes
- Développer le bilan partagé de médication
- Développer des actions de prévention concernant les vaccinations , sport santé, conseils nutritionnels , repérage des fragilités

→ Propositions d'action : soirées de formation cpts (cf iatrogénie) CPTS Pays de Retz (2025) , annuaire territorial , site internet synthétisant les ressources (kitmédical insuffisance cardiaque ?) ….

© ARS Pays de la Loire

Action n°2

Sensibiliser les cardiologues au 1er recours (renforcer le lien avec les CPTS)

➡ Développer/promouvoir les ESS : à présenter, faire connaitre :

Le cahier des charges national sera validé en décembre et apportera un cadre au développement des ESS avec un financement pérenne par l'AM. Nécessité d'avoir une trame à adapter à chaque territoire et de sensibiliser au développement des ESS cardio dans les départements 53 et 85 où ceux-ci ne sont pas mis en place.

➡ Recenser localement les outils dont les cardiologues ont besoin

Outil de télé-expertise commun, OPTIMEDOC ? Réflexion à avoir

Echanges lors de l'atelier : Difficultés dans la connaissance des dispositifs existants : nouveaux dispositifs PIC 2 , cardio + , prado , où adresser pour une perfusion de fer …)

© ARS Pays de la Loire

Pertinence du parcours des patients insuffisants cardiaques

Action n°3

Améliorer la communication entre l'ensemble des acteurs

➡ 1er Echange avec l'AM/DRSM et présentation des actions et outils mis en place sur le parcours IC

Communication de la CPAM vers

- les libéraux (campagne d'échanges confraternels auprès des MG)
- les assurés (sensibilisation via des spots vidéos sur ameli.fr ; témoignages de patients https://www.ameli.fr/maine-et-loire/assure/sante/themes/insuffisance-cardiaque/insuffisance-cardiaque-4-bons-reflexes-mettre-au-coeur-de-votre-vie
- les établissements de santé (rencontres direction éts et AM ; PRADO ; Article 51 expérimentation réalisée en ville ; pgm éducation thérapeutique ; lien avec CPTS)
- les IDEL prenant en charge des patients IC ou à risque : campagne en cours d'élaboration avec le CHU de Nantes avec des messages adaptés aux IDEL

Il en ressort : Projet de « Prado en ville » en amont des hospitalisations + Concevoir une modalité d'intervention vers les libéraux à mi-chemin entre les Echanges confraternels très techniques et les messages DAM très généraux + Préciser les actions des DAM sur IC, partager les outils AM et les diffuser largement comme support des actions vers les PS (capitaliser et harmoniser les supports) + faire du lien avec les CPTS

© ARS Pays de la Loire

Pertinence du parcours des patients insuffisants cardiaques

Leviers

Mise en place d'une commission IC entre l'URML et les groupes qualité APIMED de la région pour travailler en complémentarité avec l'IRAPS.

⇨ Organisation d'un 1er groupe de travail sur la création d'un site internet : pas de réponse des cardiologues libéraux. Donc premier GT avec uniquement des médecins G pour recenser les ressources et établir un cahier des charges.

⇨ Organisation d'un 1er groupe de travail sur la télésurveillance : en attente de retour de la CPAM pour envoyer les premiers mails d'invitation.

© ARS Pays de la Loire

Leviers :

Supports de données : Diagnostics territoriaux IC (ODT) ou Outil de suivi territorial (ODS) élaborés par la DRSM

A l'échelle de la région, des départements, de quelques CPTS (à la demande) : CPTS Sud-Loire Vignoble

⇨ Nécessité de n'avoir que quelques indicateurs de résultats, robustes, simples à comprendre, possibles à mettre en place sur le terrain, reproductibles chaque année et sous un format synthétique.

Exemples d'indicateurs à retenir :

- Taux de patients ayant eu au moins une fois la délivrance de chacune des molécules suivantes (chapitre III. Indicateurs thérapeutiques) : Bétabloquants, IEC/ARA2, Sacub./Valsartan, ARM, Diurétiques autres (IC), Gliflozines
- Taux de ré-hospitalisation pour motif IC
- Taux de recours à un MG dans les 14 jours après l'hospitalisation
- Taux de recours à un cardiologue dans les 2 mois après l'hospitalisation
- Statistiques globales simplifiées sur la population

© ARS Pays de la Loire

Pertinence du parcours des patients insuffisants cardiaques

➢ Prochaine réunion :1er trimestre 2025

Suivi des travaux menés par l'URML et APIMED sur l'élaboration d'une page web pour promouvoir un guide commun sur le parcours IC et les ressources en outils disponibles + sur l'intégration des MG dans les dispositifs de télésurveillance (élaboration d'une charte, un guide pratique permettant aux MG de déclencher les systèmes des télésurveillance).

© ARS Pays de la Loire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

II. Journée de la pertinence des soins décembre 2025

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

Journée validée par le DG ARS
Date proposée : jeudi 4 décembre 2025
Lieu ?
Co-organisation avec l'assurance maladie ?

Cible : PS de santé de la région, libéraux, hospitaliers, professionnels paramédicaux, professionnels des EMS, représentants des usagers, présidents des IRAPS des autres régions, le réseau national des référents pertinence et qualité des autres ARS animé par la DGOS

Format proposé: matin conférences en plénière + après-midi panels d'ateliers thématiques au choix visant l'acculturation à la pertinence

Avez-vous déjà des idées ou suggestions ?

© ARS Pays de la Loire

Création d'un conseil scientifique (CS) :

- Définir les membres du CS
- Rôle : choix des thématiques, contacter les intervenants
- Proposer des dates pour les CS

Création d'un copil organisateur (CO) :

- Définir les membres du CO même hors membres IRAPS
- Rôle : organisation logistique, communication/diffusion, aide jour J

© ARS Pays de la Loire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

III. Impacts du vieillissement de la population sur le système de santé en Loire-Atlantique : état des lieux et mise en perspective - Pertinence du taux d'occupation des lits SMR

Dr Amélie TUGAYE, conseillère médicale, DT44, ARS

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé
Pays de la Loire

Les impacts du vieillissement de la population sur le système de santé en Loire-Atlantique : état des lieux et mise en perspective

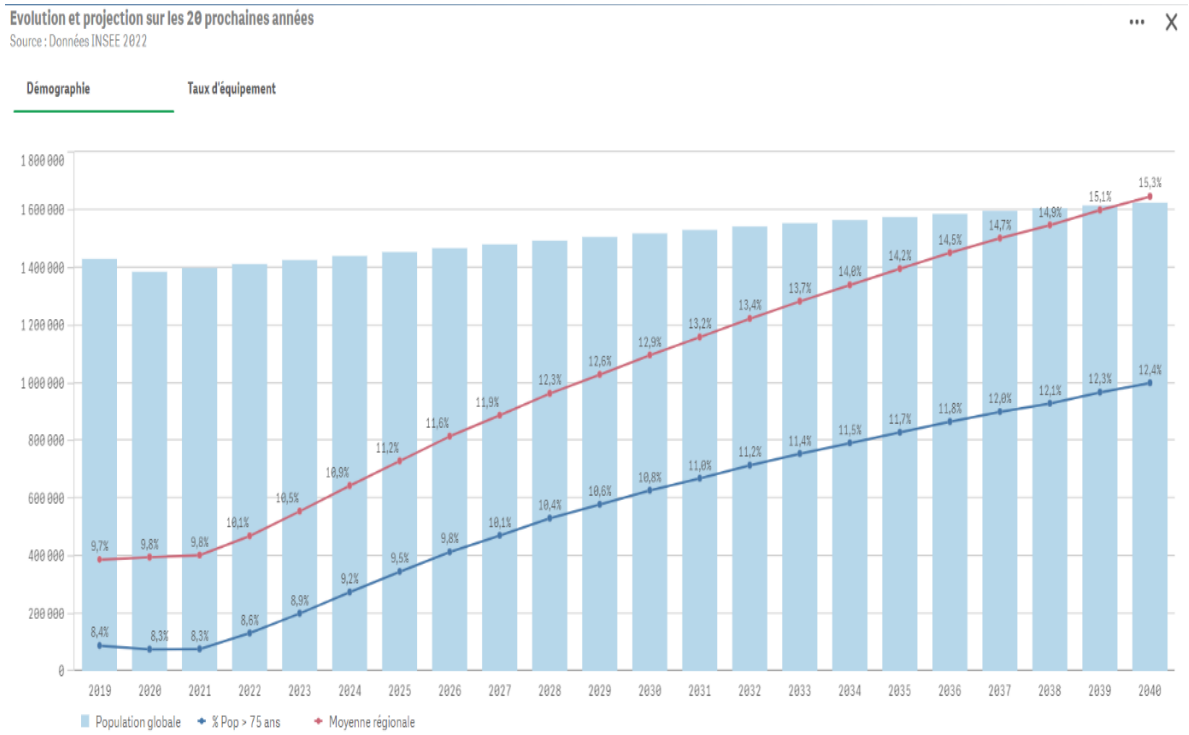
© ARS Pays de la Loire

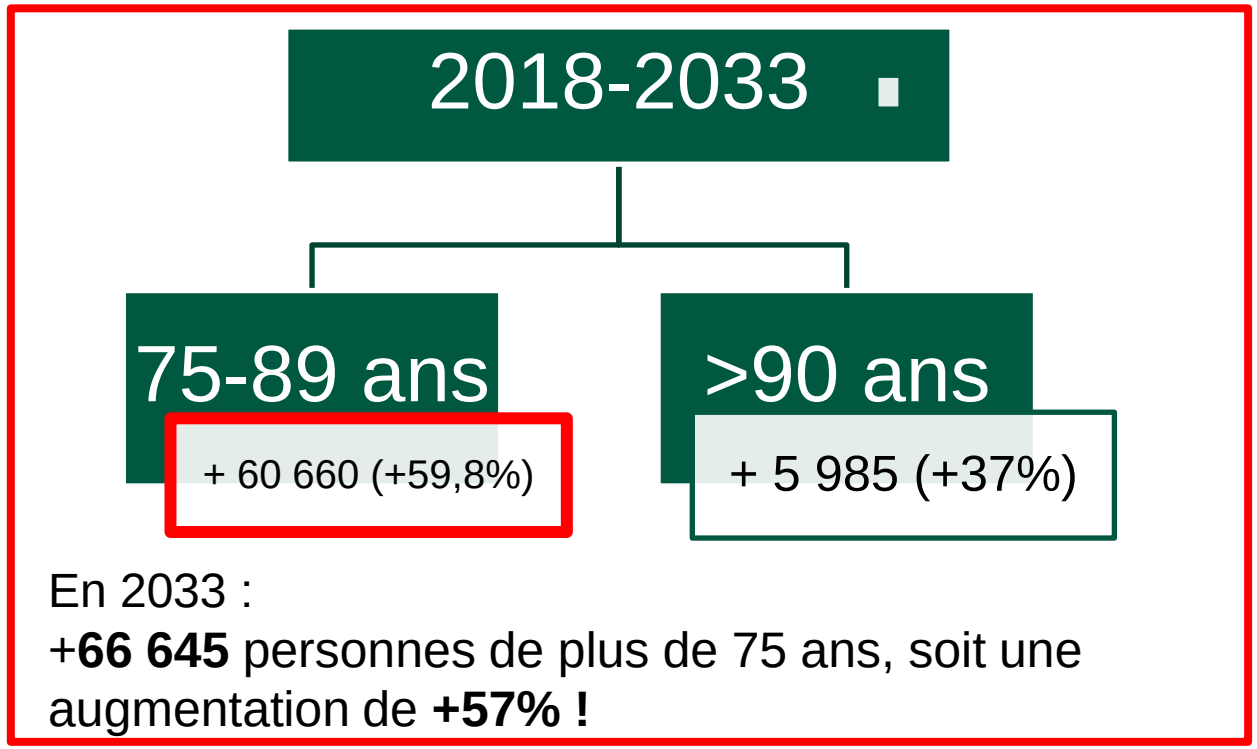
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

La population des plus de 75 ans va augmenter de 57% en 15 ans

Entre 2022 et 2023 :
+ 2,5% de PA > 65 ans
Soit +7043 personnes





En 2033 :
+**66 645** personnes de plus de 75 ans, soit une augmentation de **+57% !**

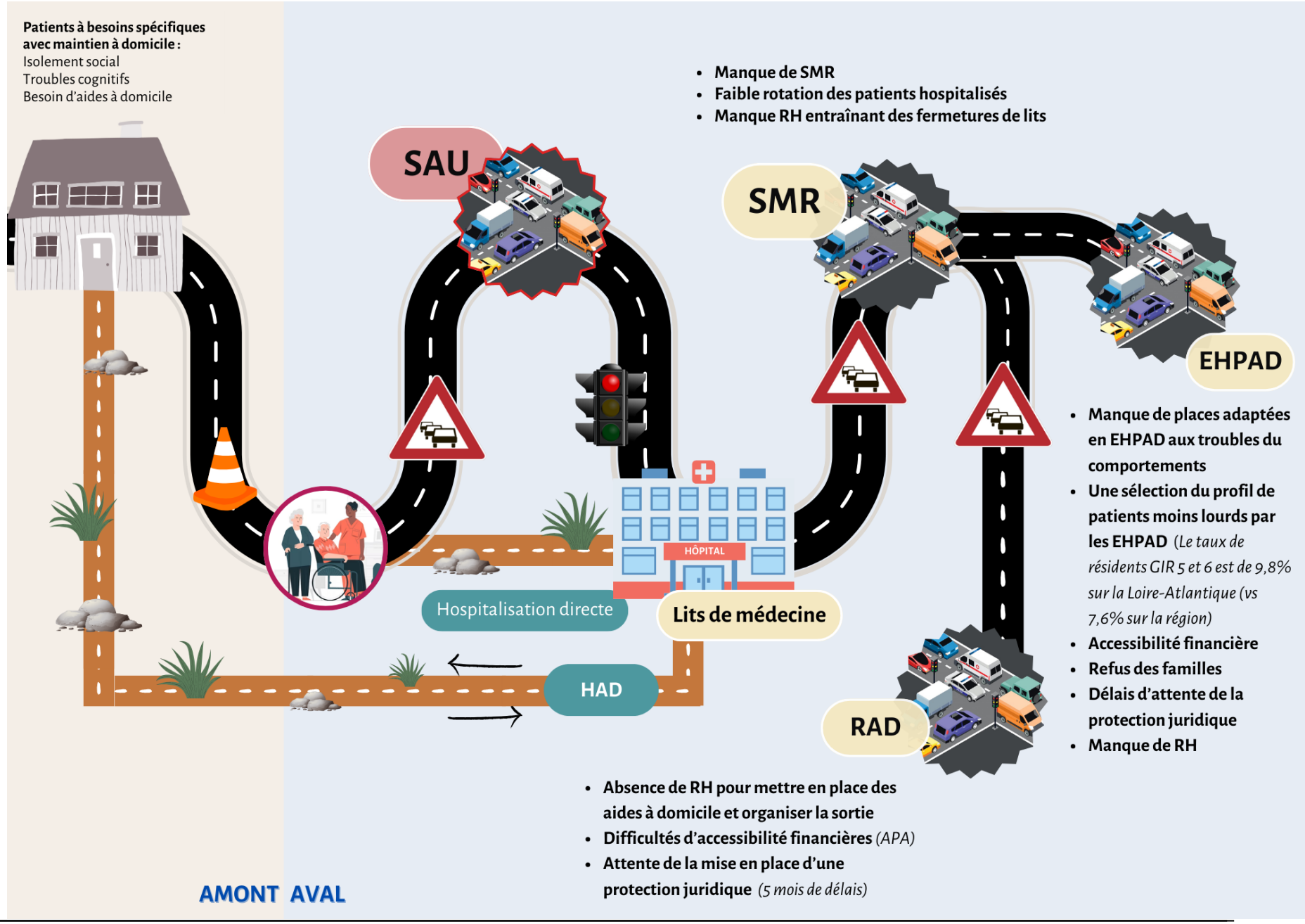
*+52% en PDL

© ARS Pays de la Loire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

L'engorgement de la filière gériatrique a des conséquences à tous les niveaux

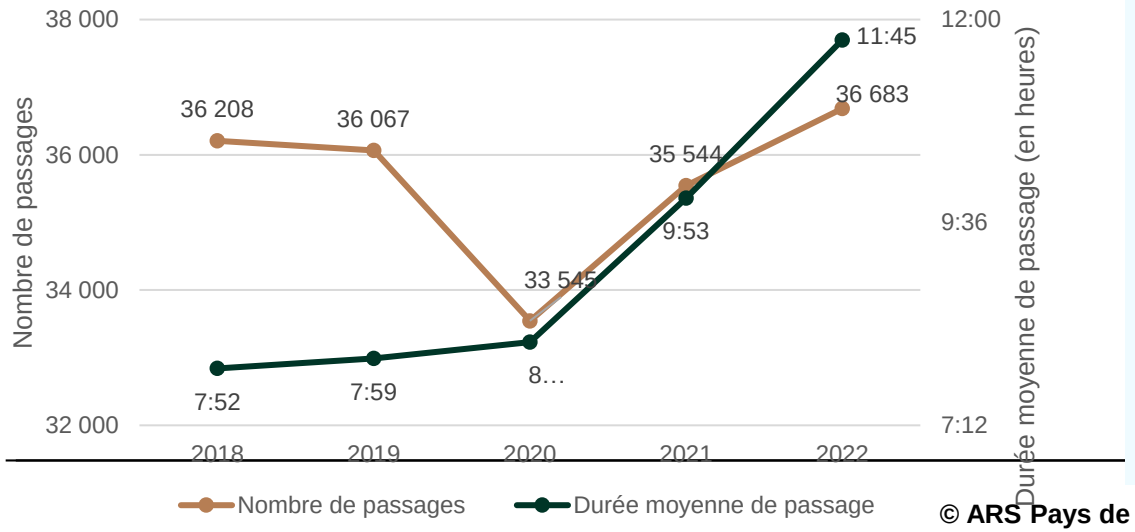


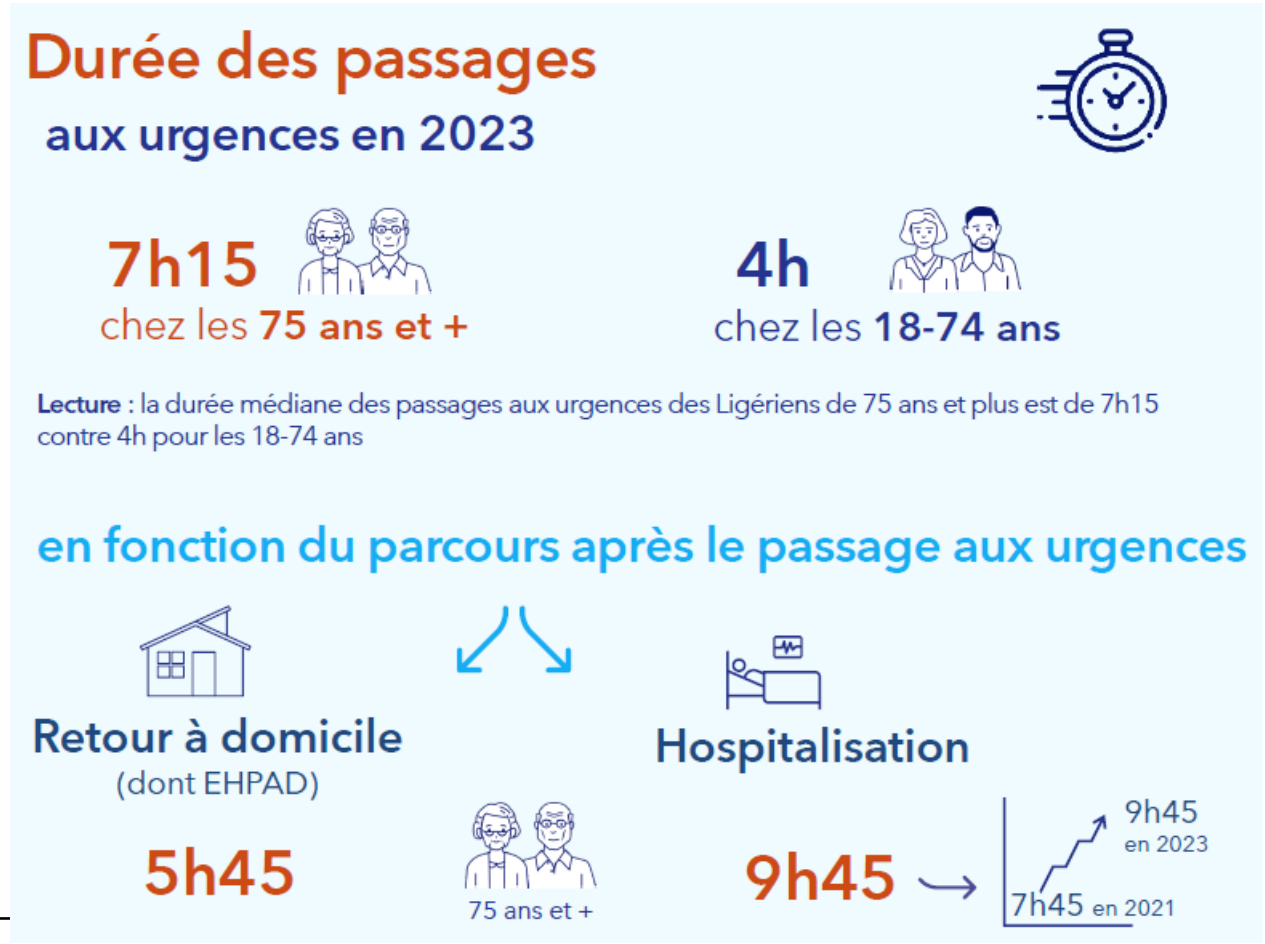
© ARS Pays de la Loire

La saturation des urgences est un problème d'aval (flux d'entrée stable)

+1,3% de passages aux urgences chez les plus de 75 ans
+49% de délai d'attente

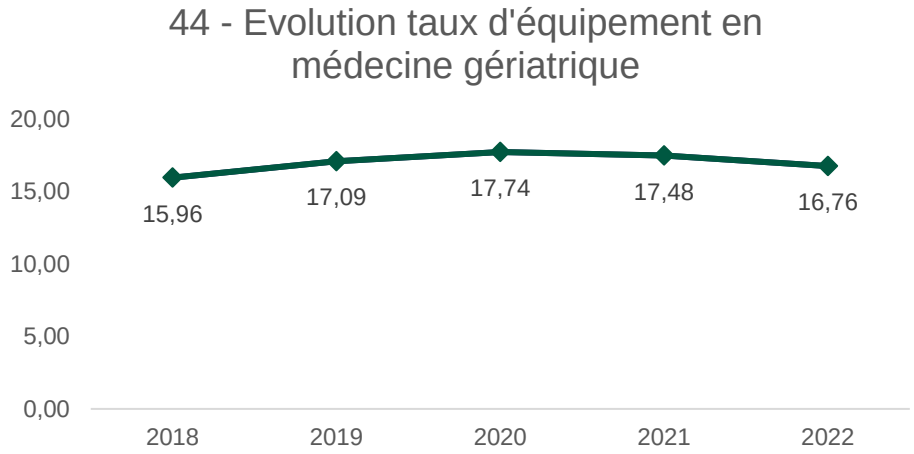
Nombre de passages et durée moyenne de passage aux urgences de Loire-Atlantique entre 2018 et 2022 pour les personnes de 75 ans et plus

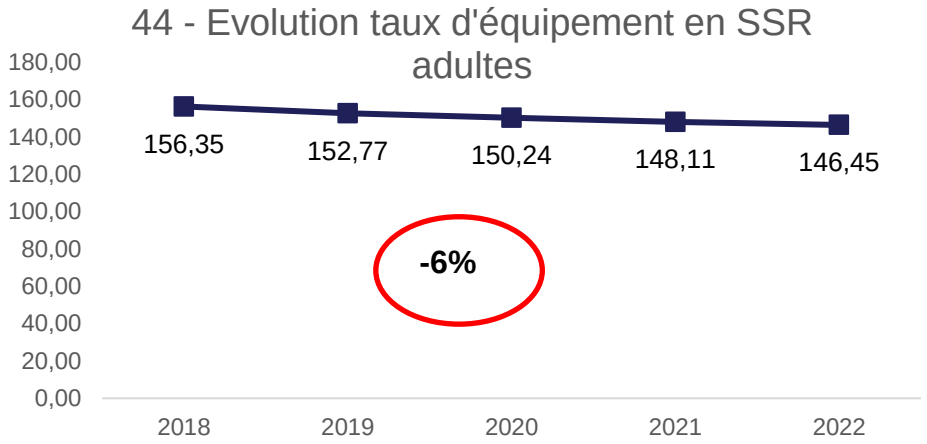


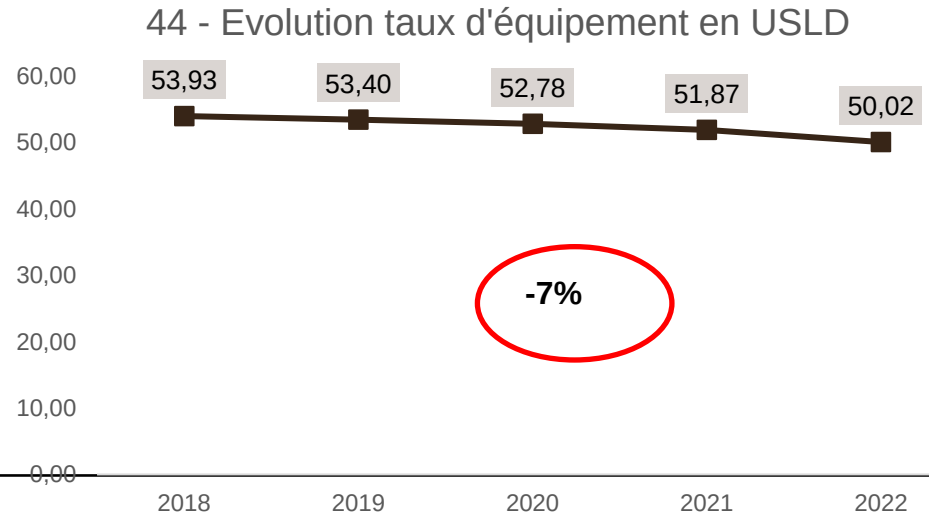


© ARS Pays de la Loire

Le taux d'équipement sanitaire diminue progressivement



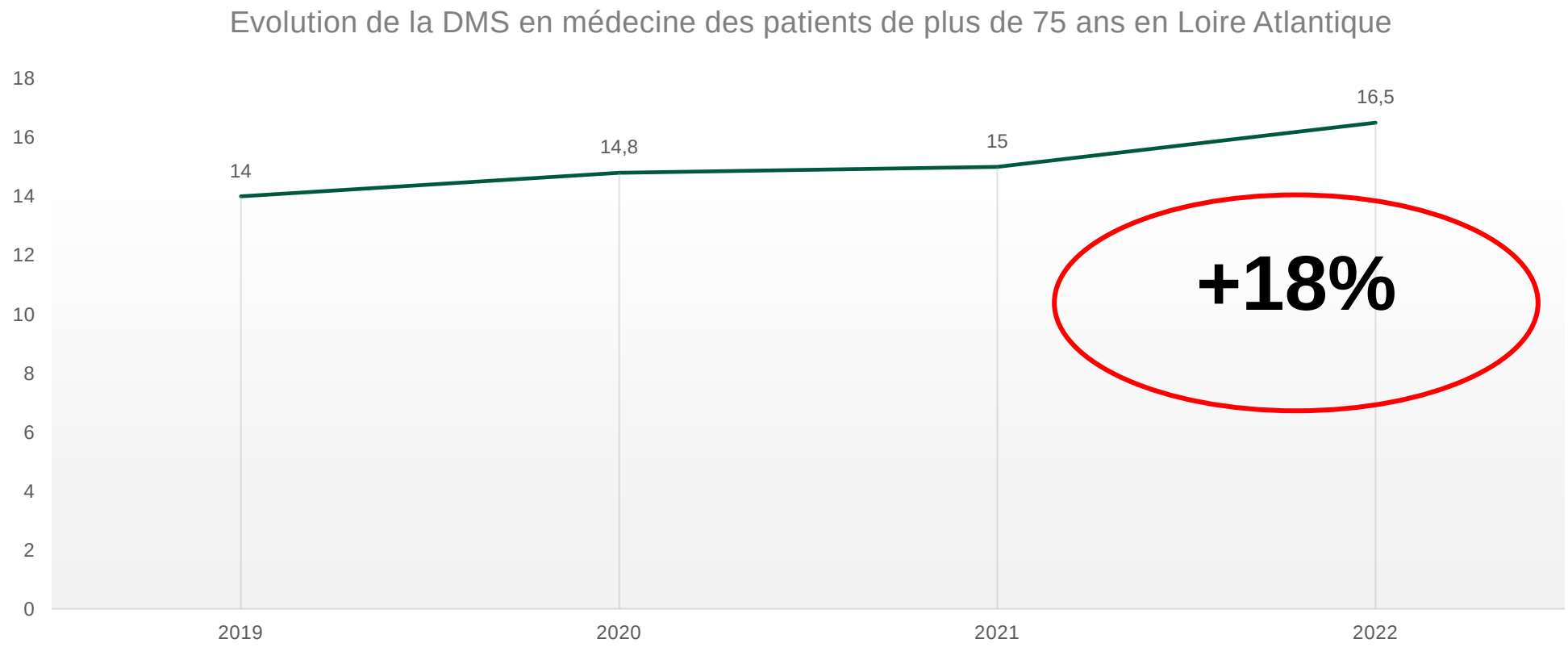




*calculé pour 10 000 personnes âgées de 75 ans ou plus

© ARS Pays de la Loire

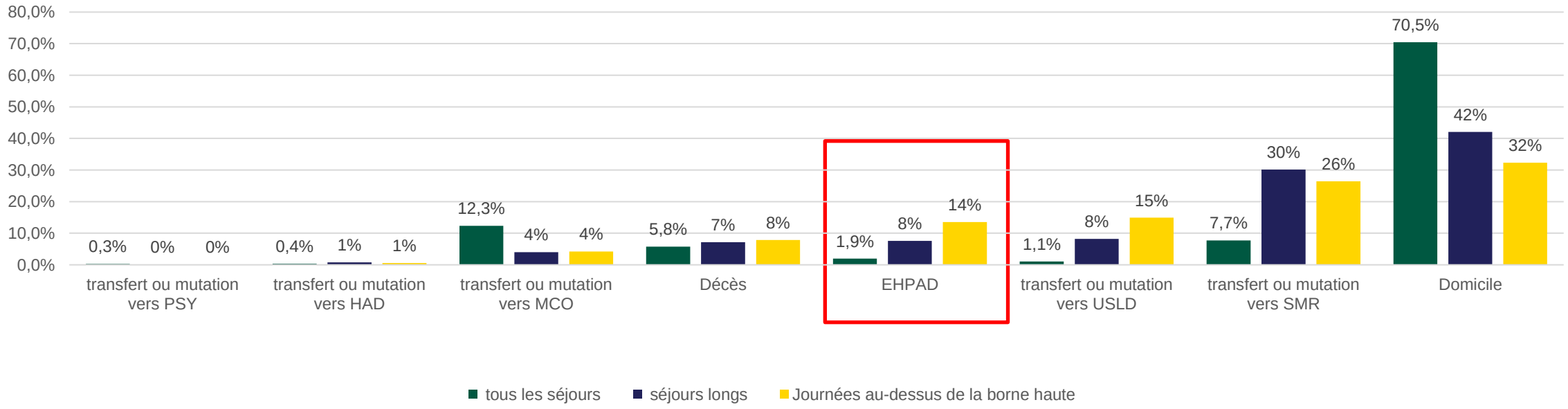
La Durée Moyenne de Séjour en médecine pour les patients de plus de 75 ans a augmenté de 18%



© ARS Pays de la Loire

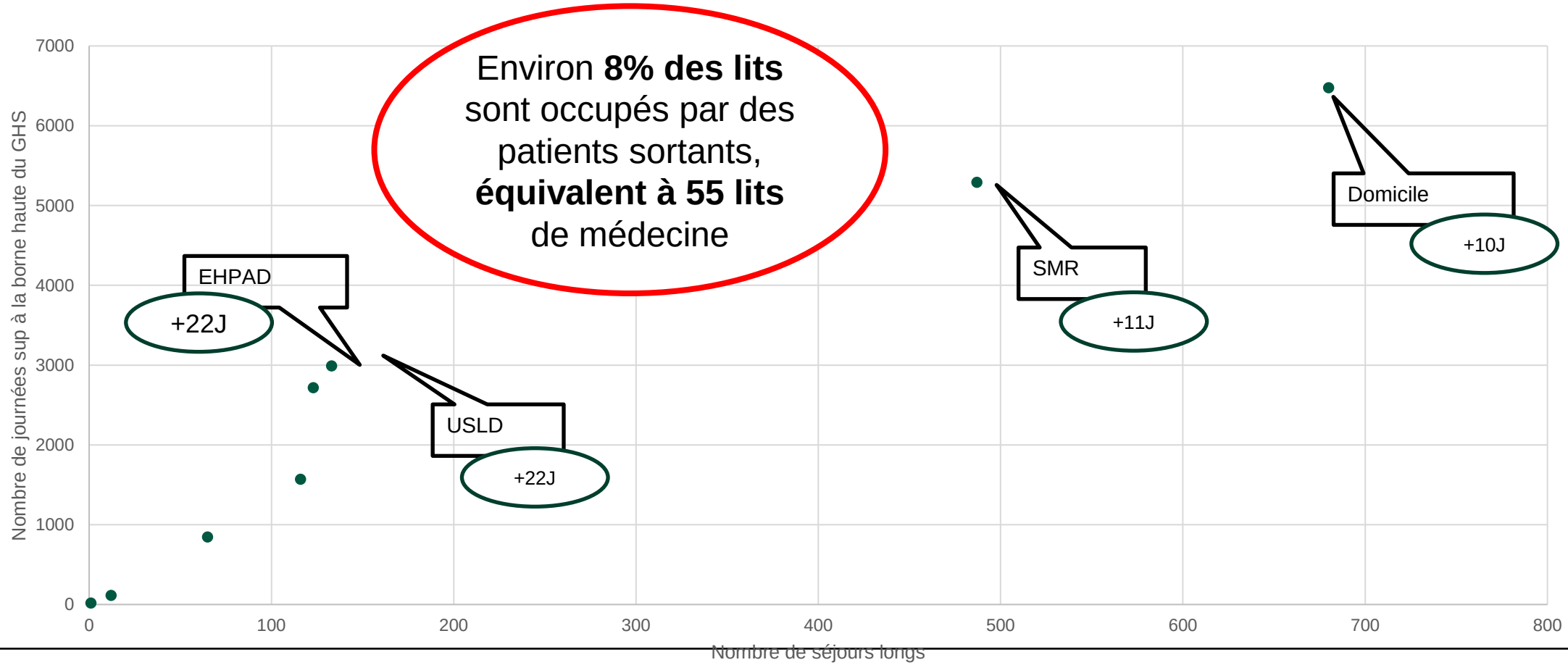
Les séjours avec sortie vers l'EHPAD représentent 2% des sorties mais 7,6% des « séjours longs »

Comparaison de la répartition du mode de sortie pour "tous les séjours", "les séjours long" et "le nombre de journées au dessus de la borne haute prévue par le GHS" en 2023 pour les plus de 75 ans hospitalisés en médecine



© ARS Pays de la Loire

Nombre de séjours longs en fonction du nombre de journées supérieures à la borne haute du GHS en médecine pour les patients de plus de 75 ans



© ARS Pays de la Loire

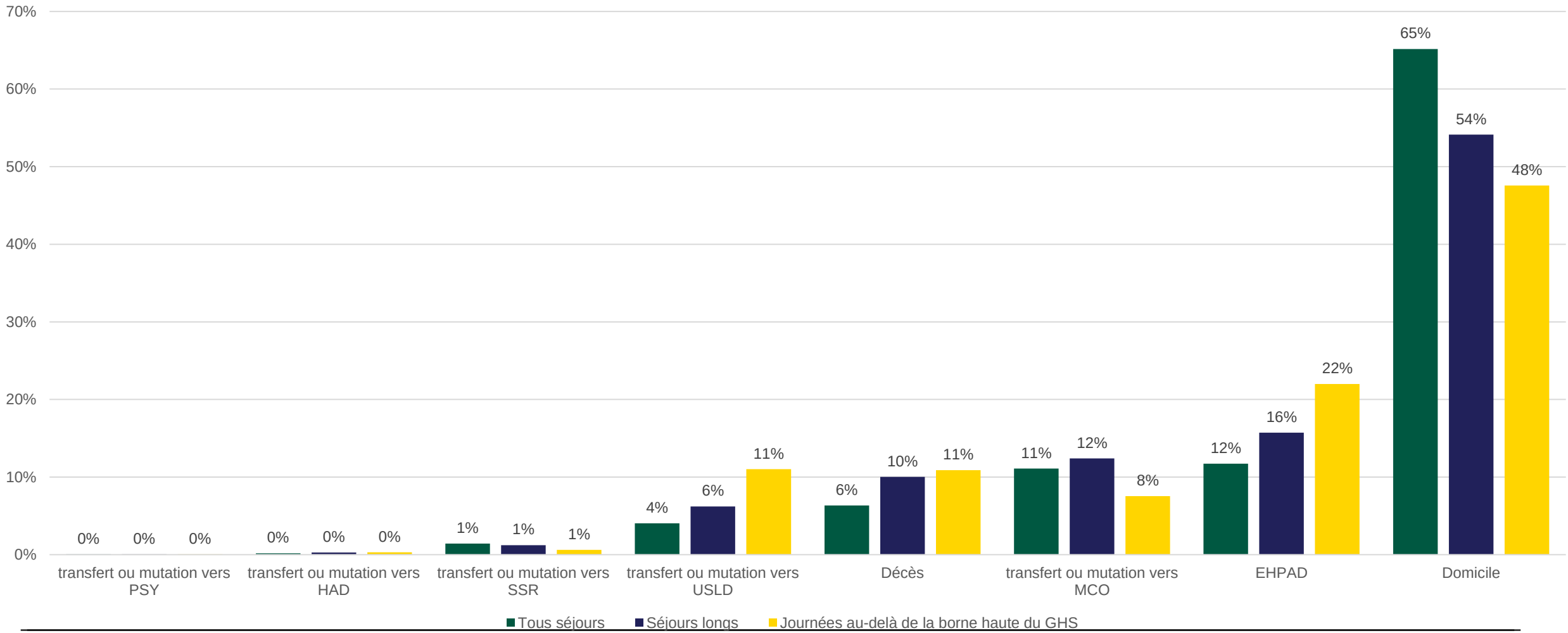
Le manque de capacité de SMR est multifactoriel

- ✓ **Manque de lits structurel** en Loire Atlantique
- ✓ Fermeture de lit par **manque de personnel**
- ✓ **Manque de rotation des patients** qui ne trouvent pas de solution d'aval

Environ **27% des lits de SMR** sont occupés par des patients sortants (73 773 journées)
Soit **l'équivalent de 202 lits**

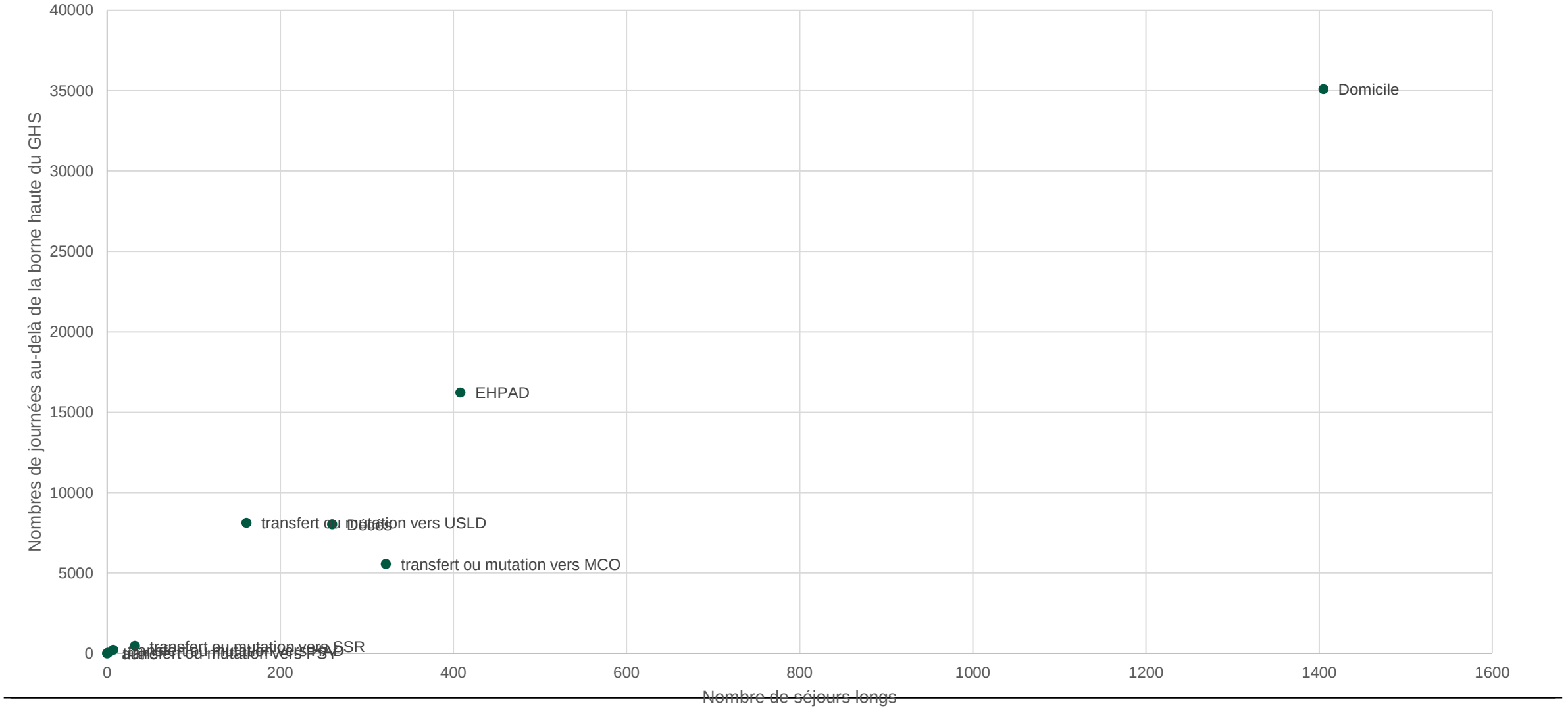
© ARS Pays de la Loire

Comparaison de la répartition du mode de sortie pour "tous les séjours", "les séjours long" et "le nombre de journées au dessus de la borne haute prévue par le GHS" en 2023 pour les plus de 75 ans hospitalisés en SMR



© ARS Pays de la Loire

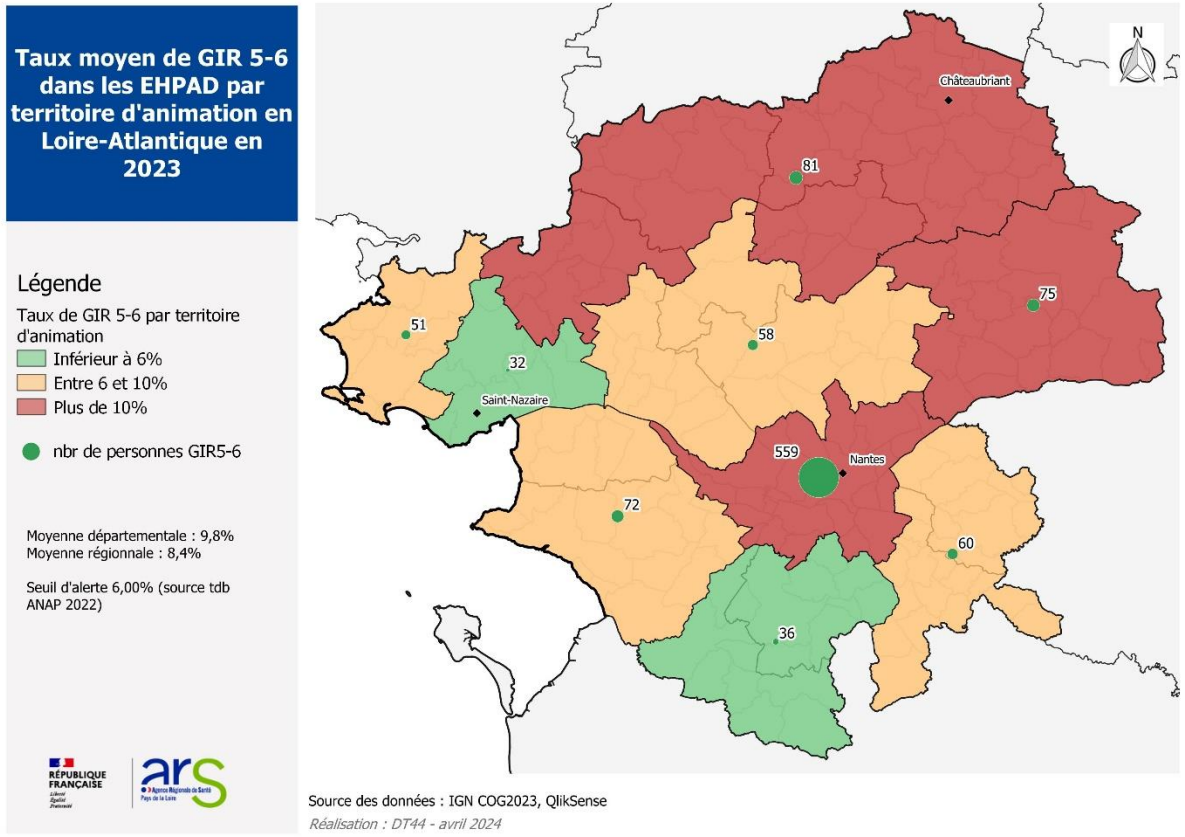
Nombre de séjours longs en fonction du nombre de journées supérieures à la borne haute du GHS en SMR pour les patients de plus de 75 ans en 2023



© ARS Pays de la Loire

Les freins à l'entrée en EHPAD sont multiples

- Manque de places adaptées aux patients souffrants de troubles cognitifs avec troubles du comportement,
- Difficultés de prise en charge des patients/résidents GIR 1 et 2
  - Taux de résidents GIR 5 et 6 trop élevé => manque de logement intermédiaire type résidence autonomie
- Manque de ressources humaines
- Difficultés d'accessibilité financière : délai d'attente de la mise en place de l'aide sociale
- Attente de la mise en place de la protection juridique
- Refus des familles sans recours pour les établissements
- Absence de médecin traitant



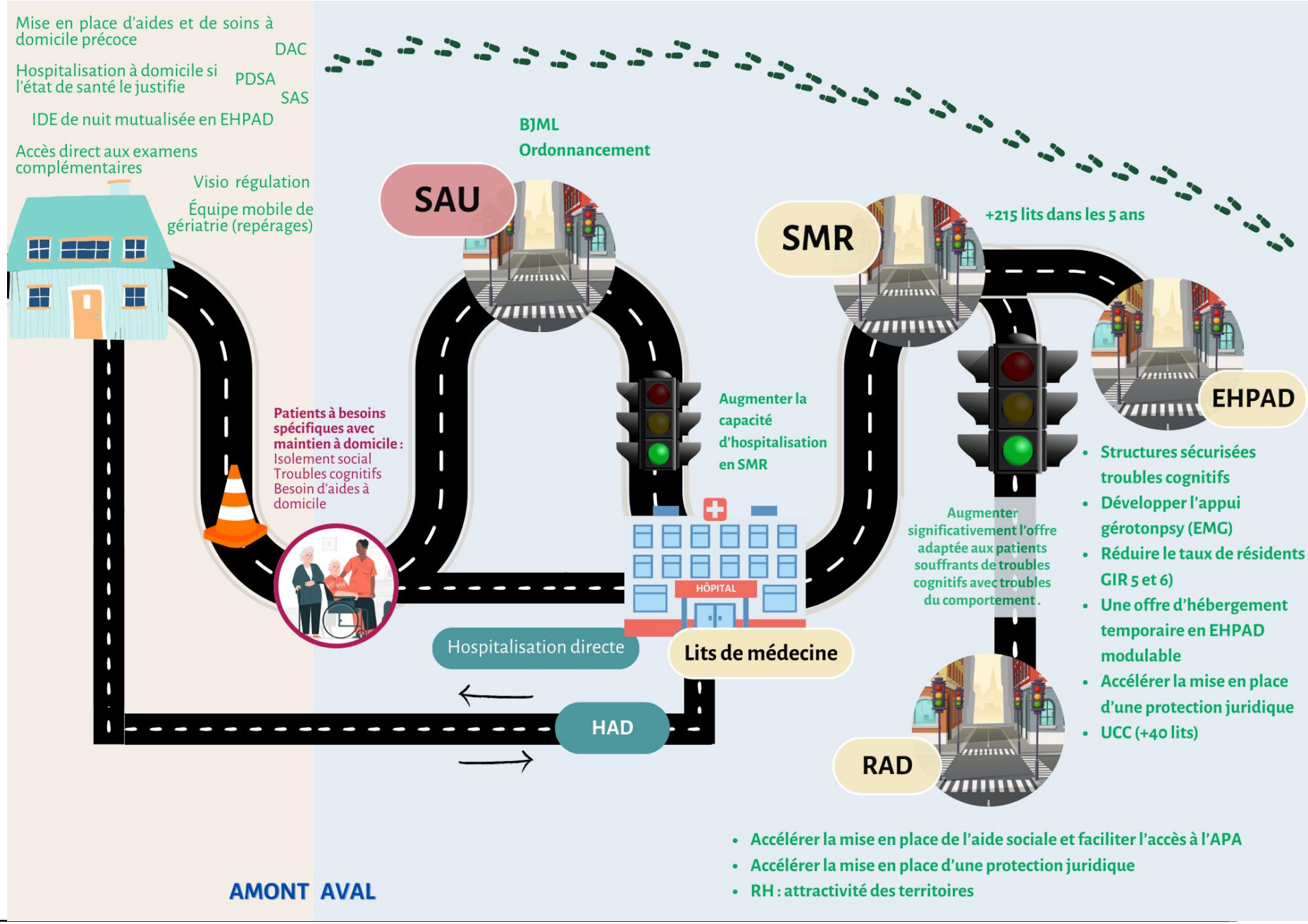
L'enjeu n'est pas l'augmentation quantitative de l'offre d'EHPAD mais sa transformation qualitative pour que l'offre réponde à la demande.

© ARS Pays de la Loire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

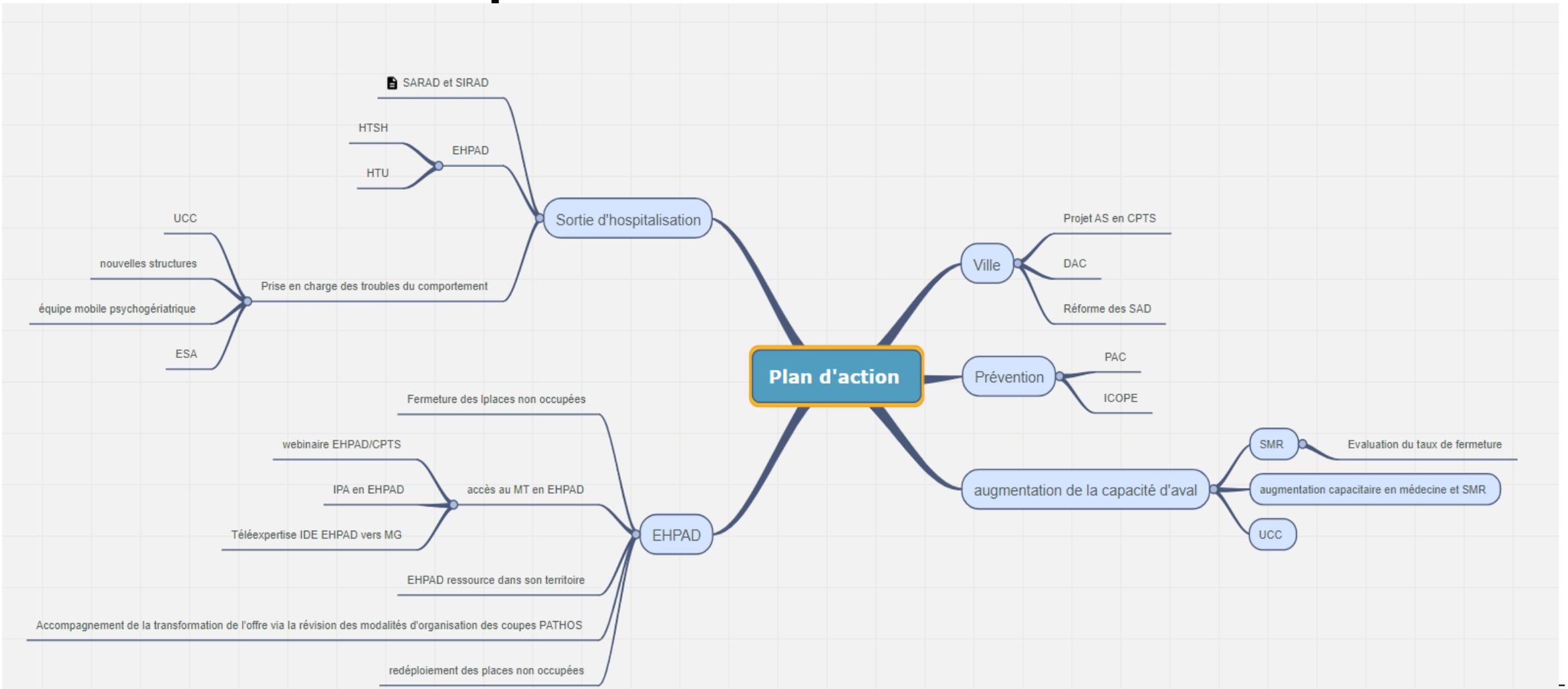
Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

Les solutions pour désengorger la filière sont multiples et concernent la société dans son ensemble



© ARS Pays de la Loire

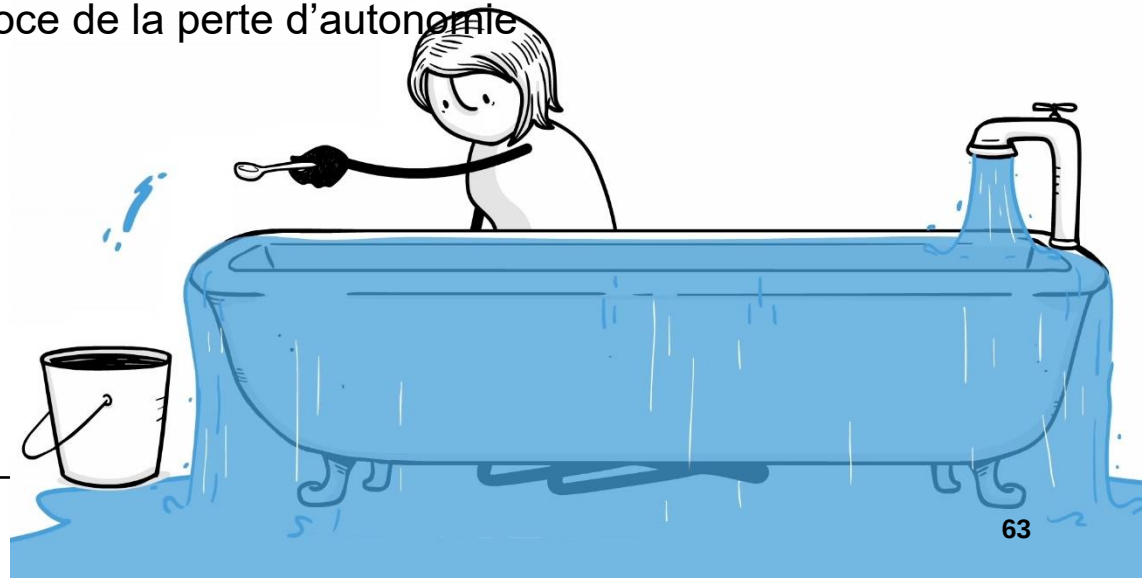
L'ARS a défini un plan d'action sur plusieurs axes



© ARS Pays de la Loire

A retenir

- **L’accroissement de la population âgée va être massif** dans les années à venir (+57% / +**66 645** personnes de plus de 75 ans),
- **Le manque d’anticipation (repérage et prise en charge) de la perte d’autonomie se reporte sur le secteur sanitaire qui n’est pas calibré pour assumer ce rôle,**
- Il faut agir à tous les niveaux :
  - Prévention : Améliorer le repérage et la prise en charge précoce de la perte d’autonomie
  - Curatif : Fluidifier la filière



© ARS Pays de la Loire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

IV. Campagne nationale de sensibilisation Assurance Maladie d'envergure pour favoriser un juste recours aux médicaments

Dr Anne de Saunière, Pharmacien conseil, DRSM Pays de la Loire

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

« LE BON TRAITEMENT, CE N'EST PAS FORCEMENT UN MÉDICAMENT »

16 janvier 2025

01

PANORAMA GLOBAL DES DÉPENSES ET VOLUMES REMBOURSÉS EN 2023

02

BON USAGE ET PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS

03

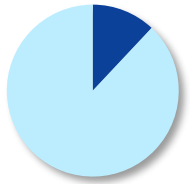
UNE CAMPAGNE POUR SENSIBILISER LE GRAND PUBLIC ET ACCOMPAGNER LES MÉDECINS

CHIFFRES-CLÉS DU MÉDICAMENT EN FRANCE : PANORAMA GLOBAL

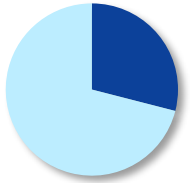
l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

MÉDICAMENTS : PLUS DE 25,5 MILLIARDS € REMBOURSÉS EN 2023

En 2023, **25,5 Mds€ de médicaments ont été remboursés par l'Assurance Maladie**, (qu'ils soient délivrés en officine de ville, sur la liste en sus, via la rétrocession hospitalière ou en accès précoce – données nettes de remise et clause de sauvegarde.)



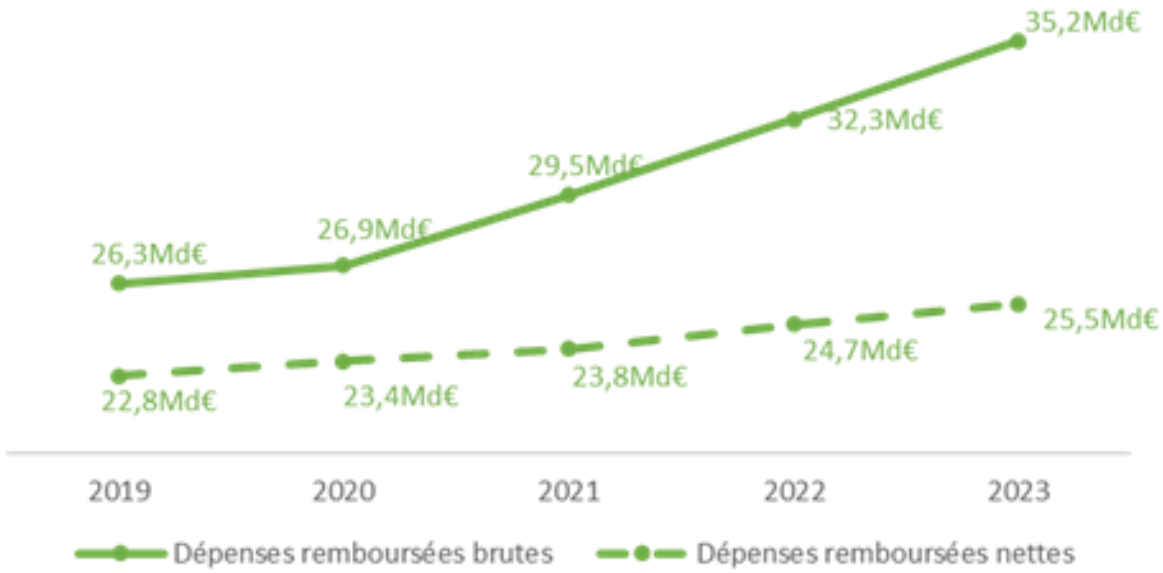
12% des dépenses totales
sur le champ de l'ONDAM



29% des dépenses de soins de ville

- **Un redémarrage de la croissance depuis 2021** avec un taux de croissance annuel de +3,4% entre 2021 et 2023 pour les dépenses après déduction des remises et de la clause de sauvegarde.

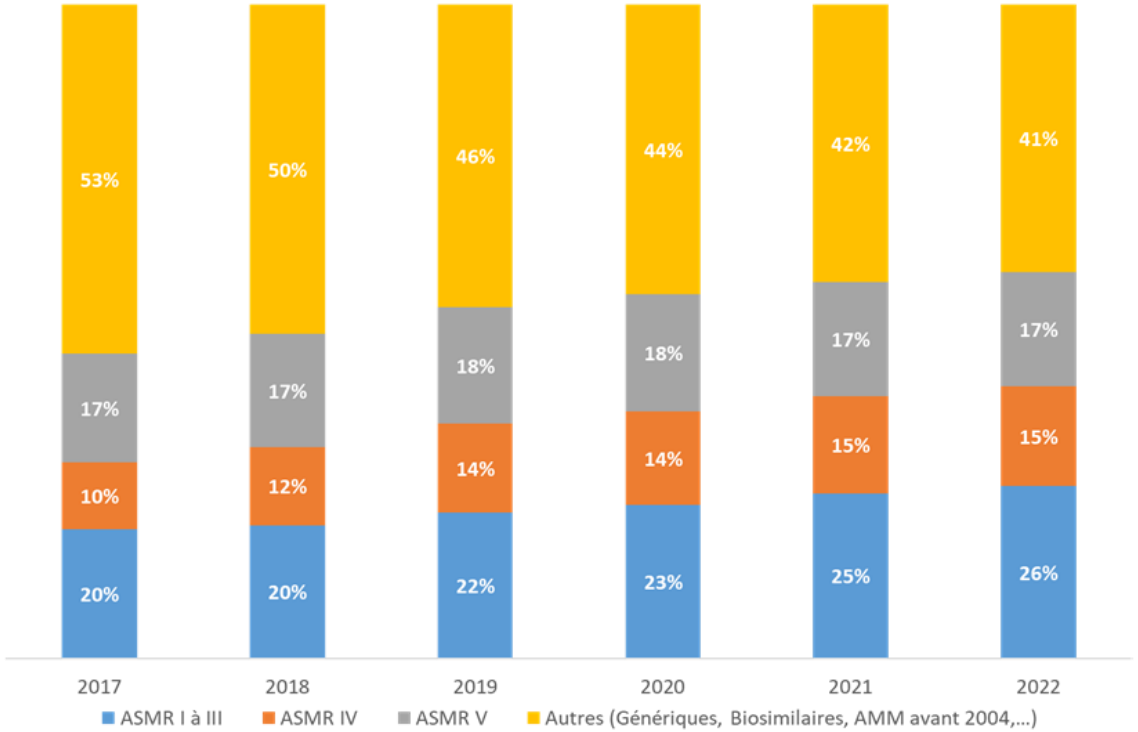
Evolution des dépenses remboursées brutes et nettes de remises et de la clause de sauvegarde



Source : SNDS, CEPS, CCSS. Champ : dépenses de médicaments (hors homéopathie depuis 2021), tous régimes, date de remboursement, France entière. Remises brutes (avant déduction des avoirs sur remises). Montants des remises et de la clause de sauvegarde provisoires pour 2023.

UNE DYNAMIQUE PORTÉE PAR LE COÛT DE L'INNOVATION ET DES MÉDICAMENTS RÉCENTS

Décomposition des montants remboursés selon le niveau d'ASMR



Evolution des dépenses remboursables depuis 2020 est largement **portée par le coût de l'innovation et des médicaments plus onéreux**

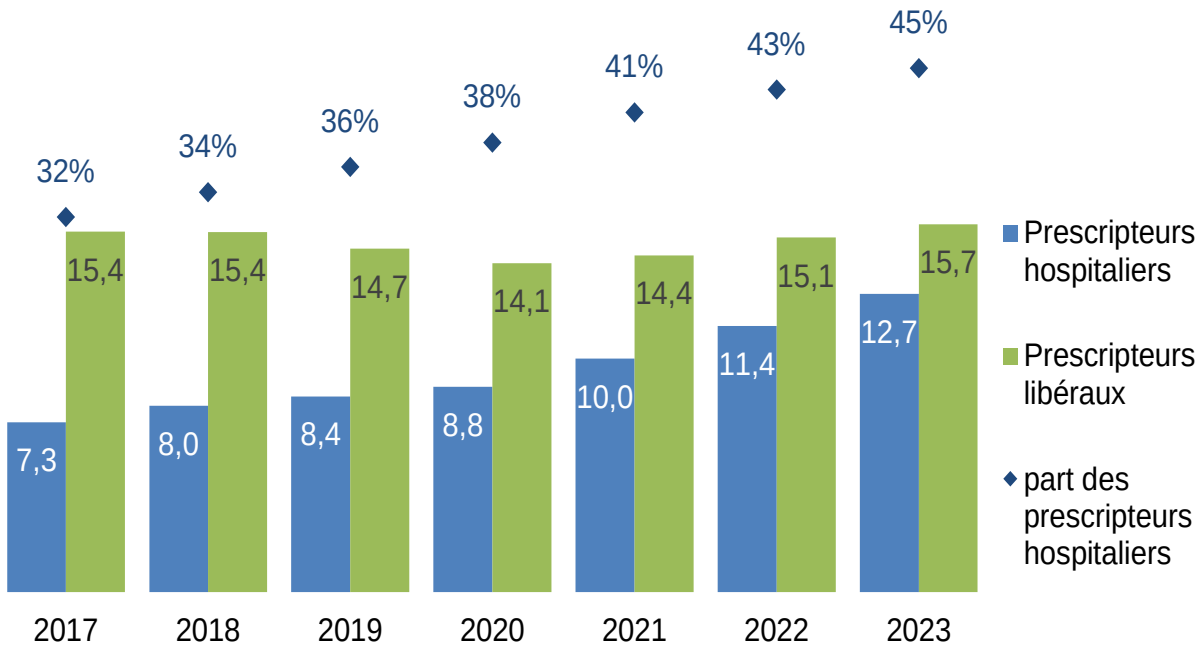
La part des dépenses portant sur les médicaments anciens et génériques / biosimilaires se réduit au profit des médicaments innovants

Source : Medic'AM, Retroced'AM, Scan Santé, HAS ; Données en date de liquidation, nettes (avec déduction des remises produits), niveau d'ASMR le plus élevé attribué par la HAS pour chaque produit

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

DES PRESCRIPTIONS RÉPARTIES ENTRE MÉDECINS LIBÉRAUX ET HOSPITALIERS

Répartition des dépenses remboursables en officine selon le prescripteur (libéral, hospitalier), en Mds €



45% des dépenses liées à des prescriptions de médecins exerçant à l'hôpital, une proportion qui ne cesse d'augmenter (+12 pts entre 2017 et 2023).

Source : Medic'AM. Champ : médicaments remboursés en officine, tous régimes, France entière. Hors remises et honoraires de dispensation, y compris marges de distribution réglementées

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

BON USAGE ET PERTINENCE

DES PRESCRIPTIONS

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

LE JUSTE RECOURS AUX MÉDICAMENTS ET LA LUTTE CONTRE LE MÉSUSAGE, UN SUJET PRIORITAIRE

- **Un sujet majeur de santé publique :** pour que le bon médicament, au bon moment, profite à tous ceux qui en ont besoin, selon les recommandations, les prescriptions du médecin, les indications du pharmacien (question de l'accès amplifié par le contexte des pénuries).

- **Un sujet de bonne gestion des ressources et de soutenabilité de notre système de santé :** pour financer au mieux les dépenses nouvelles et l'innovation, pour lutter contre les dépenses inutiles en lien avec le mésusage.

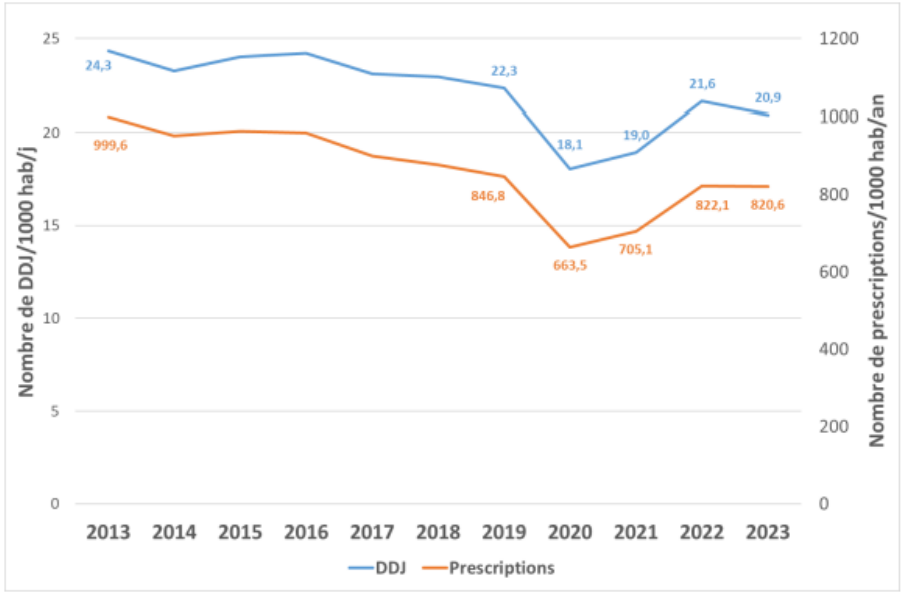
- **Un sujet de développement durable :** pollution, 50% des émissions carbone du système de santé sont dues aux médicaments et aux dispositifs médicaux (shift project) , antibioresistance

Sécurité sociale
l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

FOCUS ANTIBIOTIQUES

- La France reste l'un des pays les plus consommateurs d'antibiotiques en Europe (5ème rang en 2022).
- 26,8 millions de patients ont eu au moins 1 prescription d'antibiotique en 2023 (environ 40% de la population française)
- 90% délivrés par les officines de ville
- Evolution de la consommation 2023/2022 : baisse de 3,3% en DDJ et 0,2% en prescriptions, mais reste élevée par rapport à l'objectif cible de la stratégie nationale (moins de 650 prescriptions pour 1 000 habitants par an)
- Les pays de la Loire sont la région ou la consommation est la plus faible (de 17,7% et 19,6% inferieure à la moyenne nationale en 2023 respectivement en DDJ et en prescription).
- Une dynamique « une seule santé »

Figure 1. Évolution des consommations et des prescriptions d'antibiotiques, France 2013-2023



DANS LA CONVENTION MÉDICALE
DES OBJECTIFS-CLÉS D'USAGE RAISONNÉ DES MEDICAMENTS

- **Lutter contre l'antibiorésistance** en diminuant la prescription d'antibiotiques de 10% dès 2025 ;
  - Rejoindre à terme la moyenne européenne = diminuer le volume d'antibiotiques prescrits en 2027 et de 10% dès 2025 (Convention médicale)
  - Nouveaux outils mis à disposition : Profils, rappels des recommandations, promotion des TROD

- **La polymédication**
  - Diminuer respectivement de 4 et 2 molécules, le traitement chronique des patients hyperpolymédiqués (>10) et des patients polymédiqués (>5) de 65 ans et plus ;
  - Rappel des recommandations, campagne polymédication (boîte à outils),…

- **Les analgésiques**
  - Limiter le recours aux analgésiques de niveau 2 à risque de dépendance
  - Produit à risque de dépendance, détournement et abus (11 M de consommants de palier 2)
  - Révision des conditions de prescriptions et de délivrances (tramadol et codéine)

- **Les IPP**
  - Recentrer les prescriptions d'IPP sur les indications recommandées par la HAS
  - 16 millions de consommants, environ 50% en dehors des recommandations
  - Dispositif d'intéressement à la déprescription

Sécurité sociale
l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

UNE VASTE CAMPAGNE D'INFORMATION ET DE SENSIBILISATION POUR INCITER À UN USAGE RAISONNÉ DES MÉDICAMENTS

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

UNE ÉTUDE MENÉE POUR MIEUX COMPRENDRE LES PERCEPTIONS ET ATTENTES DES PATIENTS ET DES MÉDECINS

Le recours aux médicaments reste une habitude très ancrée chez les Français :

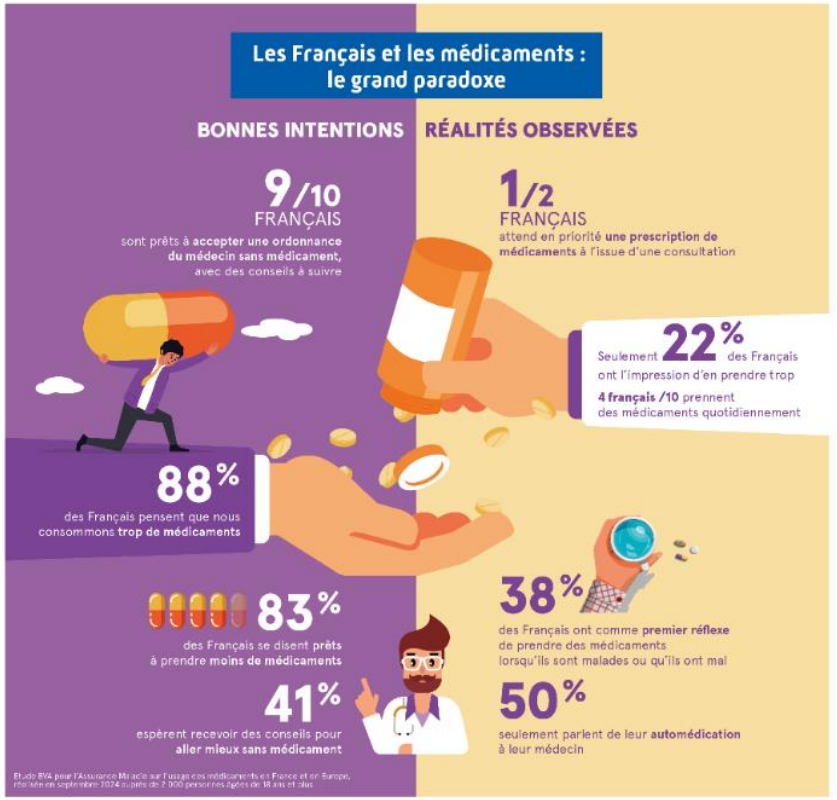
- **1 Français interrogé sur 2** attend en priorité une prescription de médicaments à l'issue d'une consultation.

Pourtant, une très bonne acceptation du sujet et une volonté de changement

- **Près de 9 Français sur 10**, parmi les répondants, déclarent qu'ils seraient satisfaits d'une consultation sans prescription, avec une explication des motifs.
- Large consensus en Europe
- Selon le panel interrogé en France, être rassurés quant au fait de ne pas avoir besoin de médicaments ou recevoir des conseils pour aller mieux, les inciterait davantage à prendre moins de médicaments.

Et du côté des médecins

- **Une majorité de médecins généralistes** témoigne ressentir une forme de pression de la part de la part de leurs patients pour la prescription de médicaments (32% des médecins la ressentent « souvent », et 50% « parfois »).
- **Des réactions favorables dans 7 cas sur 10** lorsqu'ils proposent à leurs patients de changer ou d'arrêter certains de leurs médicaments habituels



Sécurité sociale
l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

LE DOUBLE OBJECTIF DE LA COMMUNICATION

Changement de comportement

Opérer une prise de conscience sur la surconsommation de médicaments en France

Casser l'idée reçue qu'« une bonne consultation passe forcément par une prescription de médicaments »

&

Travail pédagogique

Valoriser le rôle de conseil du médecin et favoriser le dialogue entre le patient et le professionnel de santé (médecin et pharmacien)

Encourager une consommation raisonnée, grâce à une meilleure information des patients, la valorisation de solutions non médicamenteuses et une incitation à faire le point régulièrement sur ses traitements en cours (déprescription)

Sécurité sociale
l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

L'ENJEU DE LA CAMPAGNE

Encourager, sans culpabiliser, le dialogue médecins-patients, pour permettre un usage raisonné des médicaments (et donc de la prescription), afin de « mieux soigner, avec moins de médicaments ».

https://www.assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/campagnes-communication/campagne-de-sensibilisation-la-sobriete-medicamenteuse

Outils de la campagne grand public

Spot TV & VOL

Vidéo pédagogique

Outils vers les professionnels de santé

Boite à outils sur ameli.fr

Vidéo expert

Publirédactionnels

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

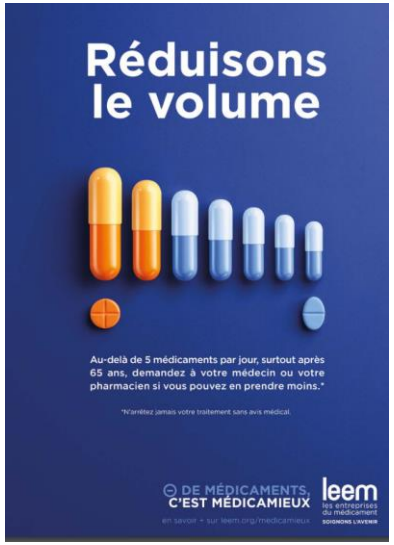
CONCLUSION

Senza titolo (Farmacia) (*Untitled [Pharmacy]*), 1942 c.
Scatola con materiali vari, 35,5 x 30,6 x 11,1 cm
Collezione Peggy Guggenheim, Venezia 76.2553 PG 128

L’oeuvre de Cornell présente apparemment une armoire à pharmacie Chacun a sa représentation du médicament…

l’Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

2025 : TOUS LES ACTEURS ALIGNÉS POUR UN USAGE RAISONNÉ DES MEDICAMENTS



MERCI DE VOTRE ATTENTION
PLACE AUX QUESTIONS

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

V. Proposition de travail sur la pertinence des prescriptions des benzodiazépines et des opioïdes

Antoine VARNIER, Responsable d'unité CPAM 44 chargé de projet qualité, pertinence des soins

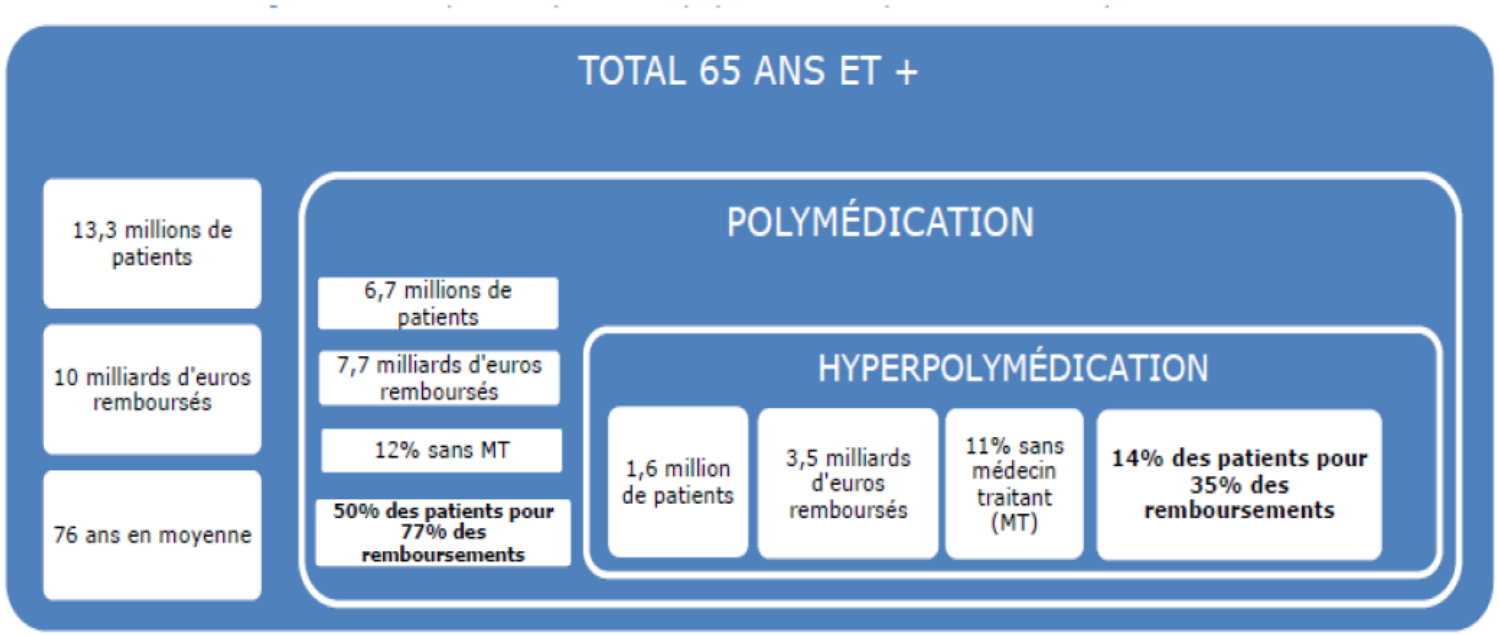
La polymédication

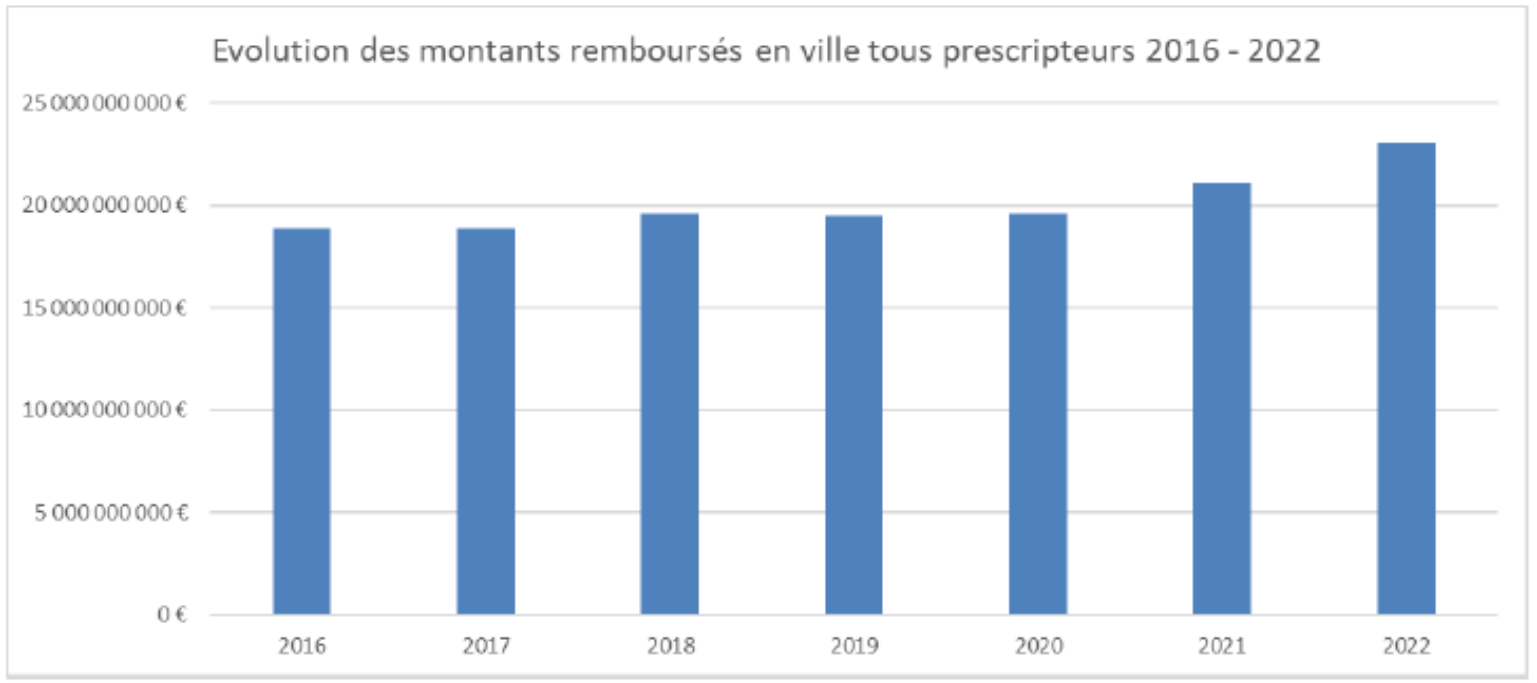
Elle représente 45% de la patientèle >65 ans des généralistes avec 81 boites / an (min : 1, max :177) et 773€ remboursés (min : 29€, max :1311€). C'est 34% en Belgique par exemple.

Entre 2011 et 2019, elle est en augmentation de 3 pts (44,9% à 47,8%).
Sur la même période, on observe une baisse de l'hyperpolymédication chez les >75ans de 5 pts (30,5% à 25,9%).
Elle est de 8% en Belgique par exemple.

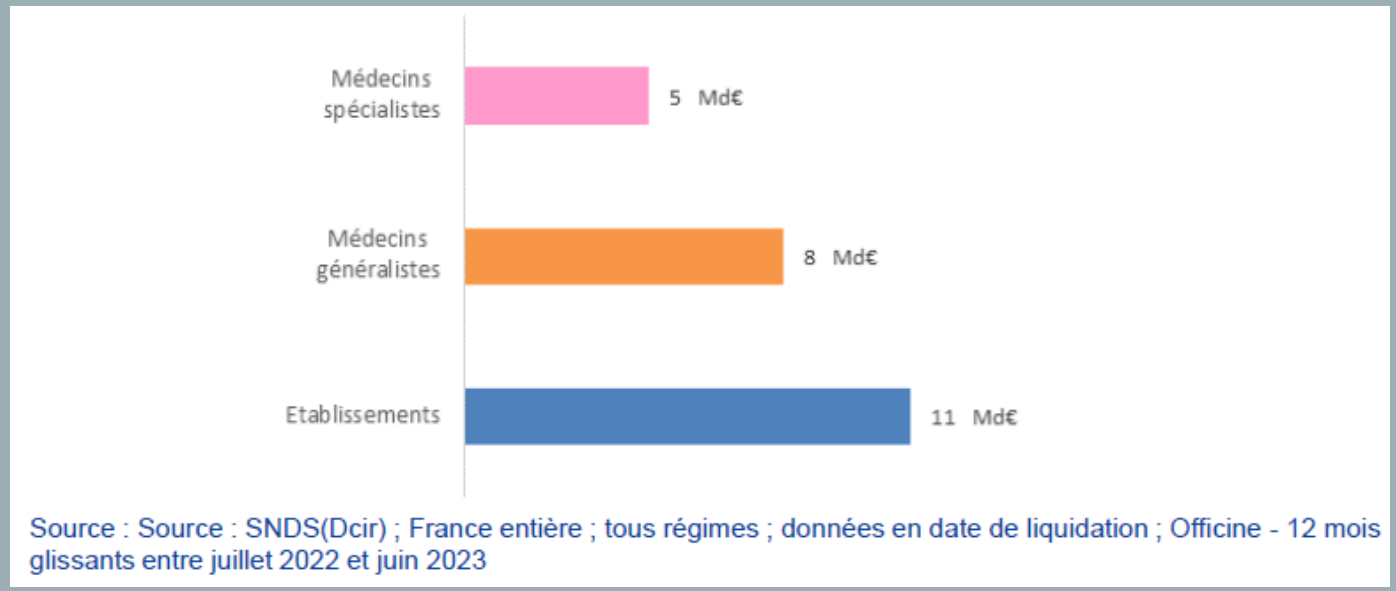
- **La polymédication chez la personnes âgée est associée à un risque accru d'interactions médicamenteuses et d'effets néfastes sur la santé (chutes, troubles rénaux,…)**

- **Un nombre toujours élevé de personnes âgées polymédiquées en France :**
  - 6,7 millions de patients de 65 ans et plus sont **polymédiqués** (≥ 5 molécules) et
  - 1,6 millions de patients sont **hyperpolymédiqués** (plus de 10 molécules délivrées trois fois par an)





Source : Médicam 2022



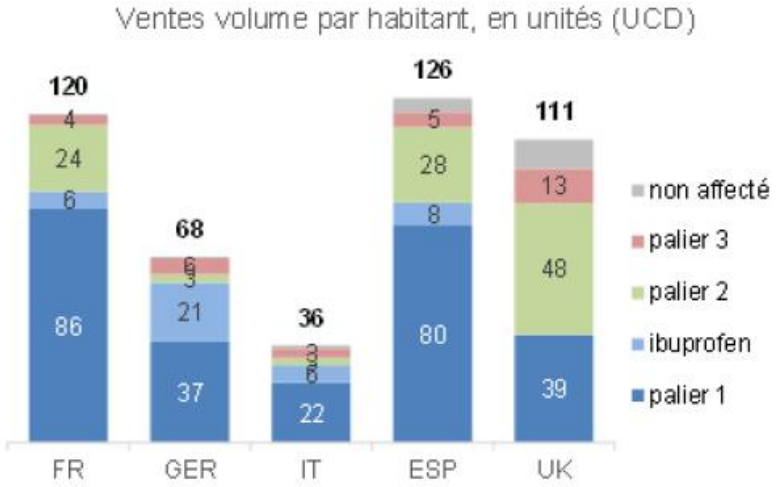
Source : Source : SNDS(Dcir) ; France entière ; tous régimes ; données en date de liquidation ; Officine - 12 mois glissants entre juillet 2022 et juin 2023

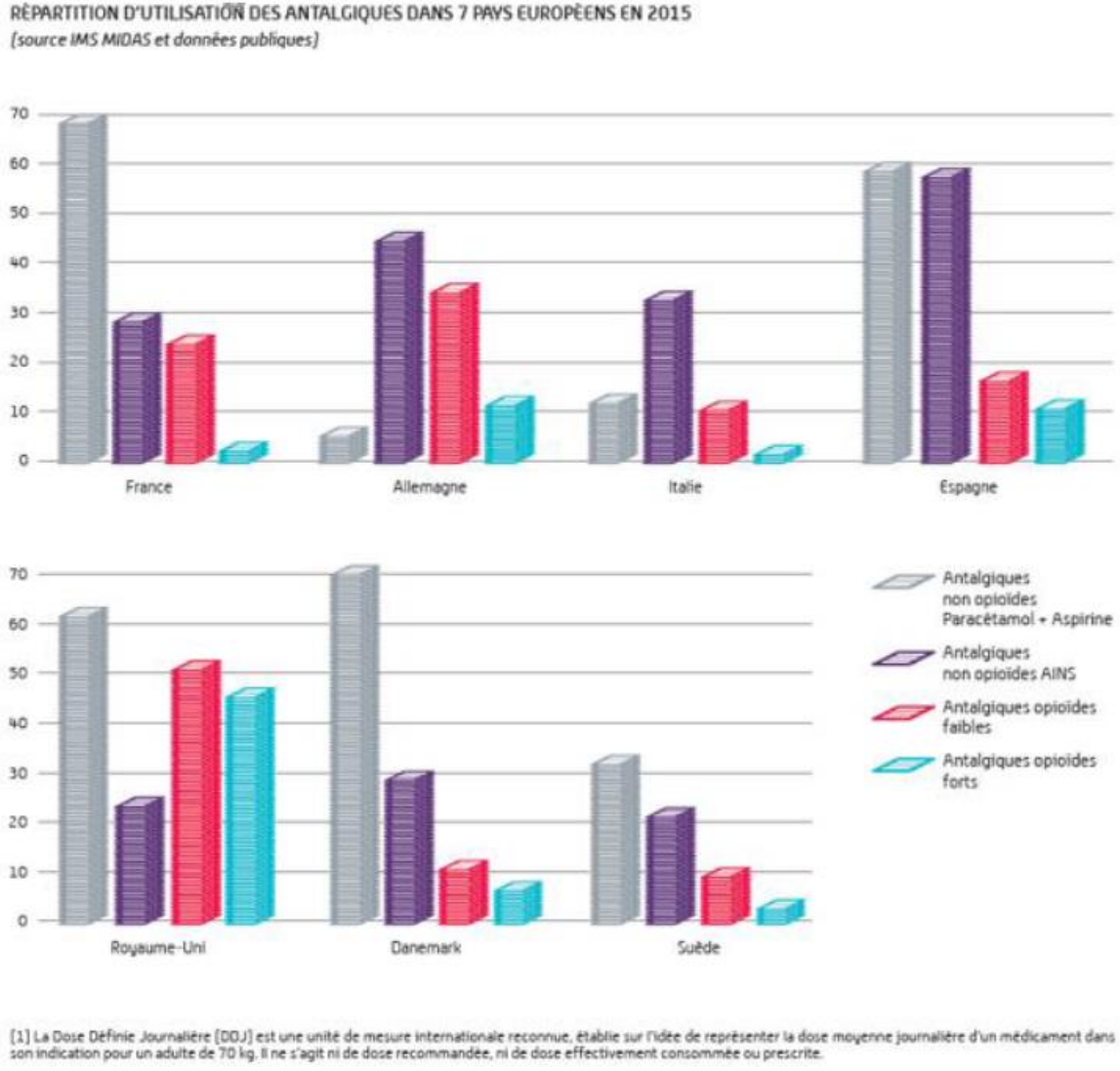
Analgésiques – Opioïdes (PARACETAMOL, ASPIRINE, IBUPROFENE, CODEINE, TRAMADOL, OPIUM, MORPHINE, OXYCODONE, FENTANYL, BUPRENORPHINE, HYDROMORPHONE)

- Les volumes de vente des analgésiques sont les plus élevés en Europe (tous paliers, tous dosages), derrière l'Espagne.

- En dose définie journalière, la France se situe à la première place de l'exposition au paracétamol/aspirine.

Répartition ventes en volume (UCD) des analgésiques, tous paliers, 2022





[1] La Dose Définie Journalière (DDJ) est une unité de mesure internationale reconnue, établie sur l'idée de représenter la dose moyenne journalière d'un médicament dans son indication pour un adulte de 70 kg. Il ne s'agit ni de dose recommandée, ni de dose effectivement consommée ou prescrite.

Benzodiazépines

En France, en 2023, 7,7 millions ont consommé des anxiolytiques (+0,5% par rapport à 2022) dont 58% dépassent 12 semaines de prescription et 2,5 millions ont consommé des hypnotiques dont 67% dépassent les 4 semaines de prescription.

Evolution des prescriptions d'antalgiques opioïdes de palier 3 entre 2014 et 2023 : +24,7%,
des hospitalisations liées au surdosage : + 45,2%,
des décès liés au surdosage : +68,8%

La prescription des benzodiazépines ne doit pas être banalisée
- elles sont efficaces sur une courte période
- elles ne traitent pas les causes de l'anxiété
- elles sont responsables de nombreux effets indésirables aux conséquences parfois graves
- elles peuvent être cause de dépendance

Leur utilisation doit respecter
- la dose minimum utile,
- la durée minimale d'utilisation et dans tous les cas **une prescription maximale de 4/12 semaines** selon les BZP,
- l'information du patient sur leur intérêt, leurs risques, leurs modalités d'utilisation et d'arrêt,
- l'anticipation, dès la 1ère prescription, de la réévaluation de la situation du patient et des modalités d'arrêt (cf **arbre de déprescription des BZP de la HAS**)

La diminution progressive et régulière de cette consommation a été stoppée par la crise sanitaire
- entre mars 2020 et avril 2021 (GIS EPIPHARE) +3,4 millions de délivrances d'anxiolytiques et +1,4 million de délivrances d'hypnotiques par rapport à l'attendu
- Les benzodiazépines participent aussi à la polymédication

Montant remboursé 2022 100 M€

La deprescription

L'Assurance Maladie a mené une étude auprès d'un échantillon représentatif de 2000 personnes en France et auprès de 1000 dans 5 pays européens. Les résultats sont intéressants :

- 1 français sur 2 attend une prescription de médicaments à l'issue d'une consultation
- 4 français sur 10 prennent des médicaments quotidiennement
- 20% des consultations n'aboutissent pas à une prescription de médicaments (c'est entre 33% et 50% chez nos voisins)
- 82% des médecins interrogés déclarent ressentir une forme de pression de la part de leurs patients pour la prescription de médicaments (32% la ressentent « souvent » et 50% « parfois »)

➔ Prendre des médicaments semble donc être un réflexe pour les français lorsqu'ils sont malades. Toutefois, ils sont 90% à déclarer qu'ils seraient en accord avec les explications de leurs médecins en cas de non prescription.