

IMPACT DES PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES SUR LES PRESCRIPTIONS DELIVREES EN VILLE

R. NICODEME - J.AMAR- L.
MARTINEZ - CHU.TOULOUSE 2006

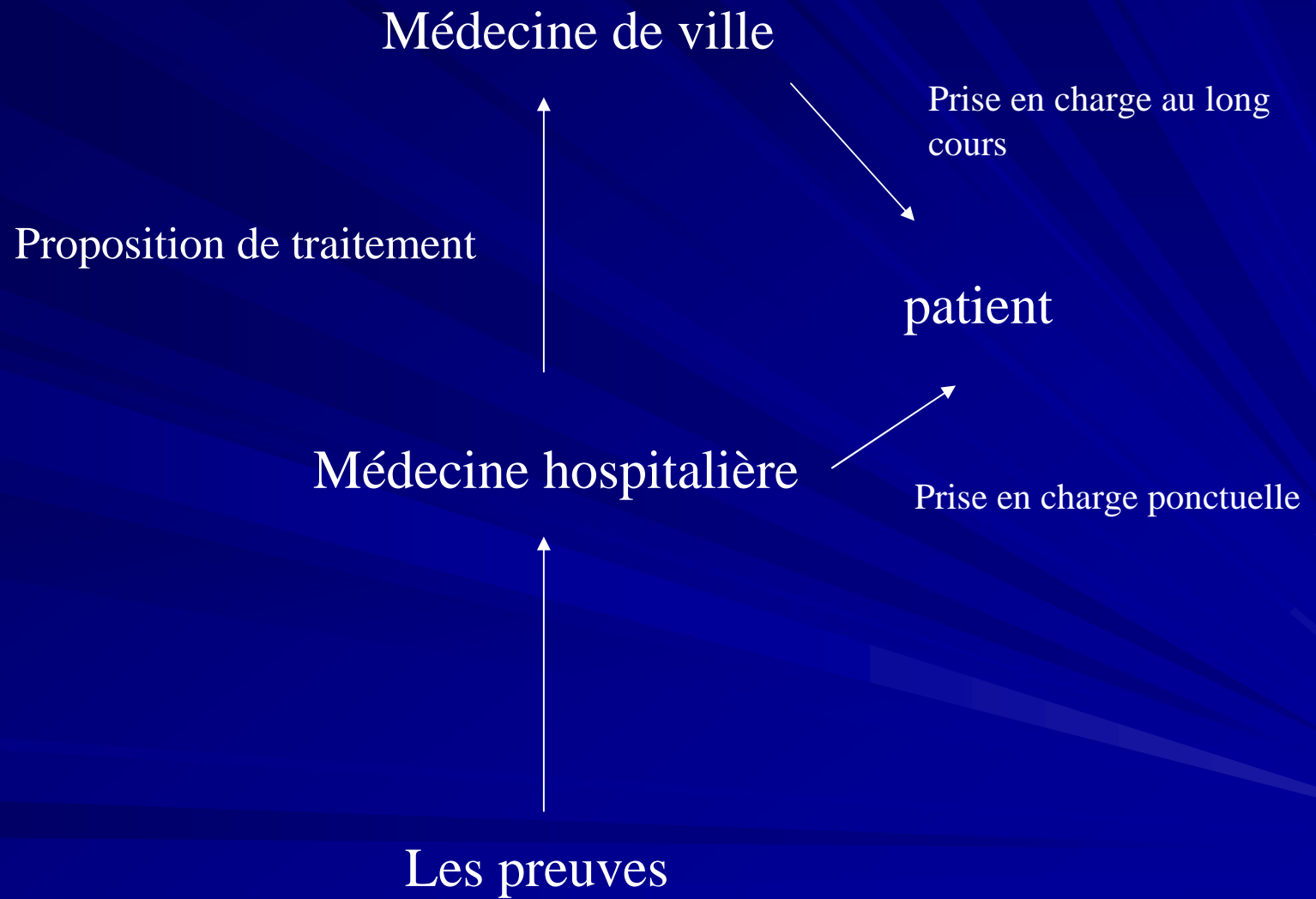
Objectifs de l'exposé

- Analyser les conditions de la coordination hospitalo-libérale
 - Etude Juurlink, D. N. et al. N Engl J Med 2004;351:543-551
- Analyser les études sur l'impact de la prescription hospitalière:
 - Étude AMBOS 1999-2000
 - Étude Sampièri-Gulian-Mossé
(Journal d'économie médicale 2002)
- Evoquer les aspects de la relation hospitalo-libérale afin de permettre aux firmes pharmaceutiques d'adapter leurs pratiques d'information en anticipant sur les évolutions du marché.

I

Conditions de la Coordination hôpital-ville

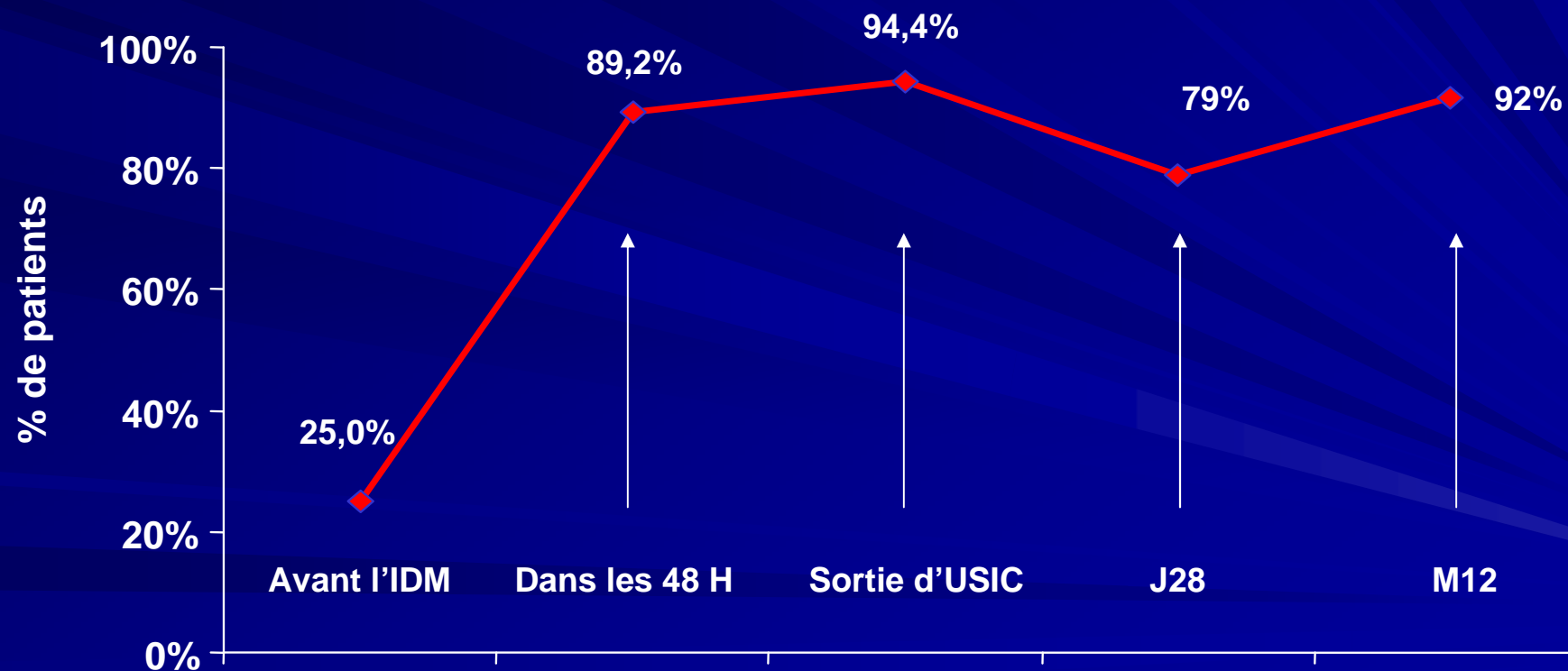
R. NICODEME - J.AMAR- L.
MARTINEZ - CHU.TOULOUSE 2006



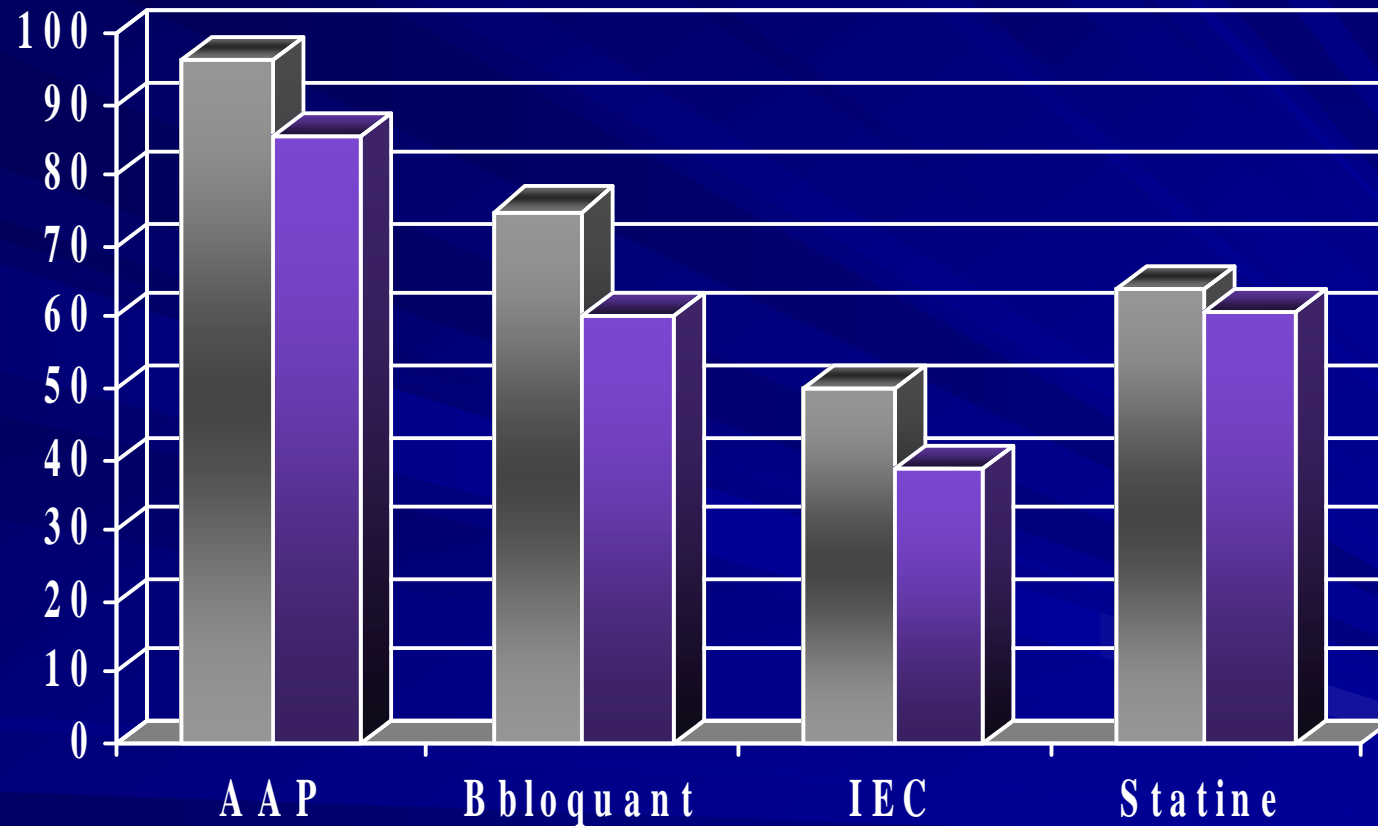
Cela fonctionne

R. NICODEME - J.AMAR- L.
MARTINEZ - CHU.TOULOUSE 2006

Patients sous antiagrégant plaquettaire/aspirine au cours du suivi (USIC 2000)



Syndrome coronaire aigu



- 2000-sortie après un SCA
- 2000- 6 mois après un SCA

USIC 2000
EUROASPIRE 2000-données françaises

R. NICODEME - J.AMAR- L.
MARTINEZ - CHU.TOULOUSE 2006

β bloqueur: contre indication chez l'insuffisant cardiaque



1996

Carvedilol Heart study N Engl J Med. 1996 May 23;334(21):1349-55



1999

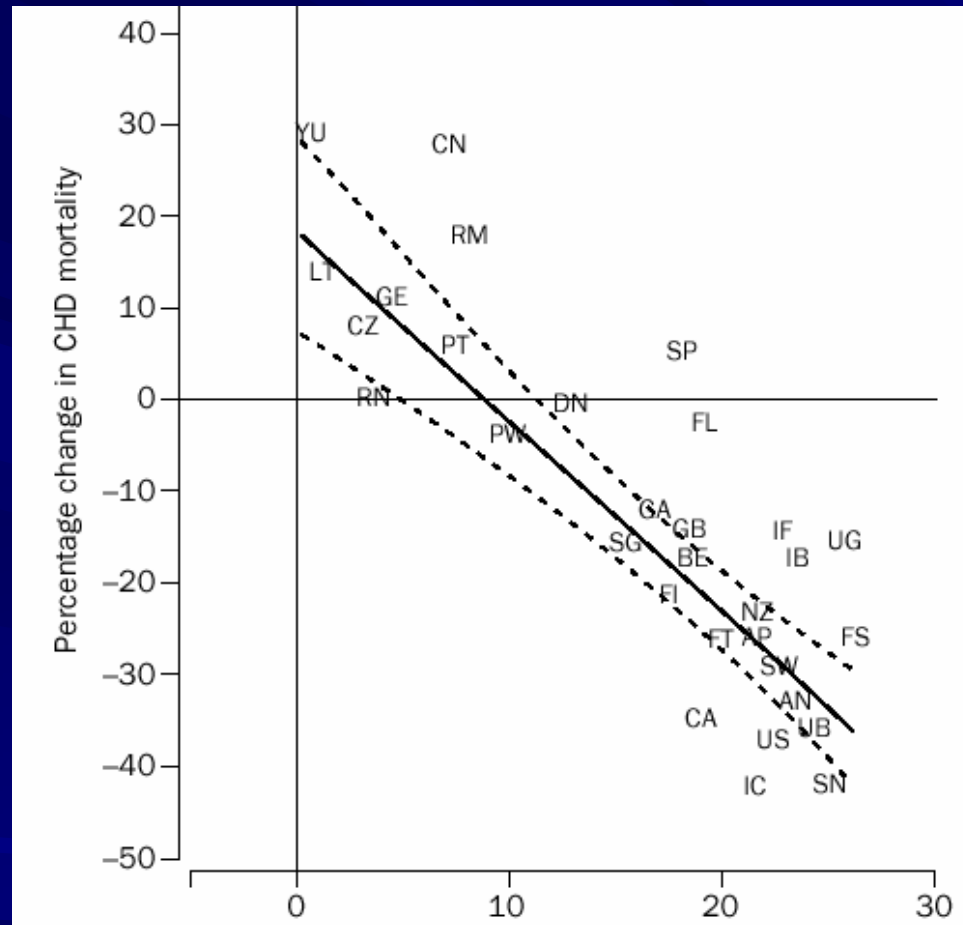
Etude d'observation Lancet. 23;360(9346):1631-9

β blockers	
Current treatment	414 (34%)
Initiation by PCP ^{†§}	25 (6%)
Initiation by cardiologist ^{‡§}	365 (80%)

C'est souhaitable

R. NICODEME - J.AMAR- L.
MARTINEZ - CHU.TOULOUSE 2006

Impact de l'utilisation des thérapeutiques recommandées



Les centres MONICA qui ont augmenté la prescription des classes thérapeutiques recommandées ont vu une baisse de la mortalité coronaire.

À l'opposé, les centres dans les pays de l'est qui n'ont pas amélioré la prescription de ces thérapeutiques ont vu une augmentation de la mortalité coronaire.

***Tunstall-Pedoe Estimation of contribution of change in coronary care to improving survival , event rates , and coronary heart disease mortality across the WHO MONICA Project populations : The lancet (2000) vol 355; 688-700.**

R. NICODEME - J.AMAR- L.
MARTINEZ - CHU.TOULOUSE 2006

Est ce toujours souhaitable?

Les très malades

R. NICODEME - J.AMAR- L.
MARTINEZ - CHU.TOULOUSE 2006

La spironolactone: un cas d'école

Une maladie grave

Insuffisance cardiaque systolique : 70% de mortalité à
5 ans

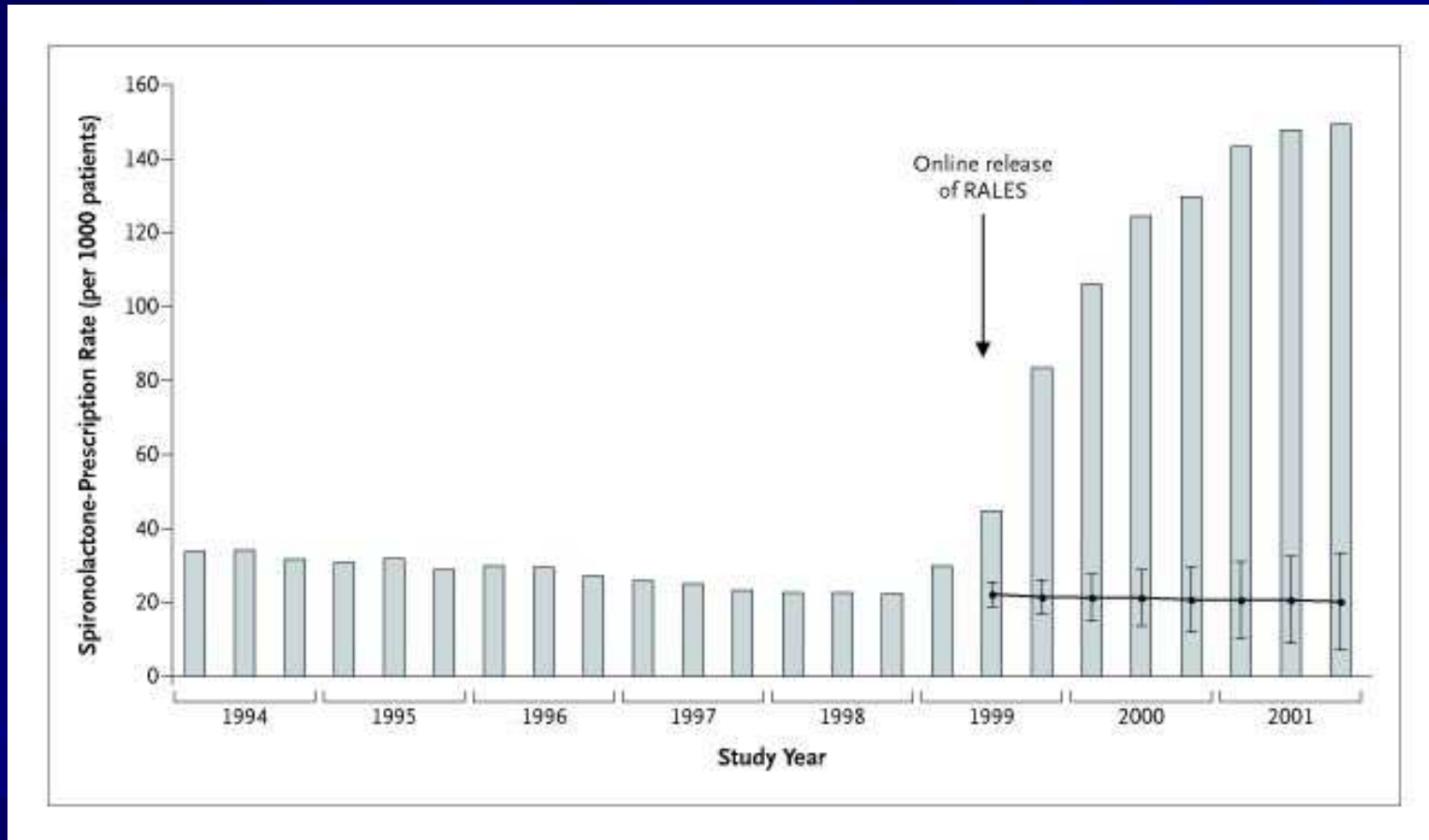
Un 'vieux' médicament peu coûteux:
la spironolactone

**Une étude d'intervention à fort niveau de preuve
reposant sur une hypothèse physiopathologique
étayée**

Etude RALES:

Un bénéfice indiscutable:
Une réduction de mortalité de 30%

Rate of Prescriptions for Spironolactone among Patients Recently Hospitalized for Heart Failure Who Were Receiving ACE Inhibitors



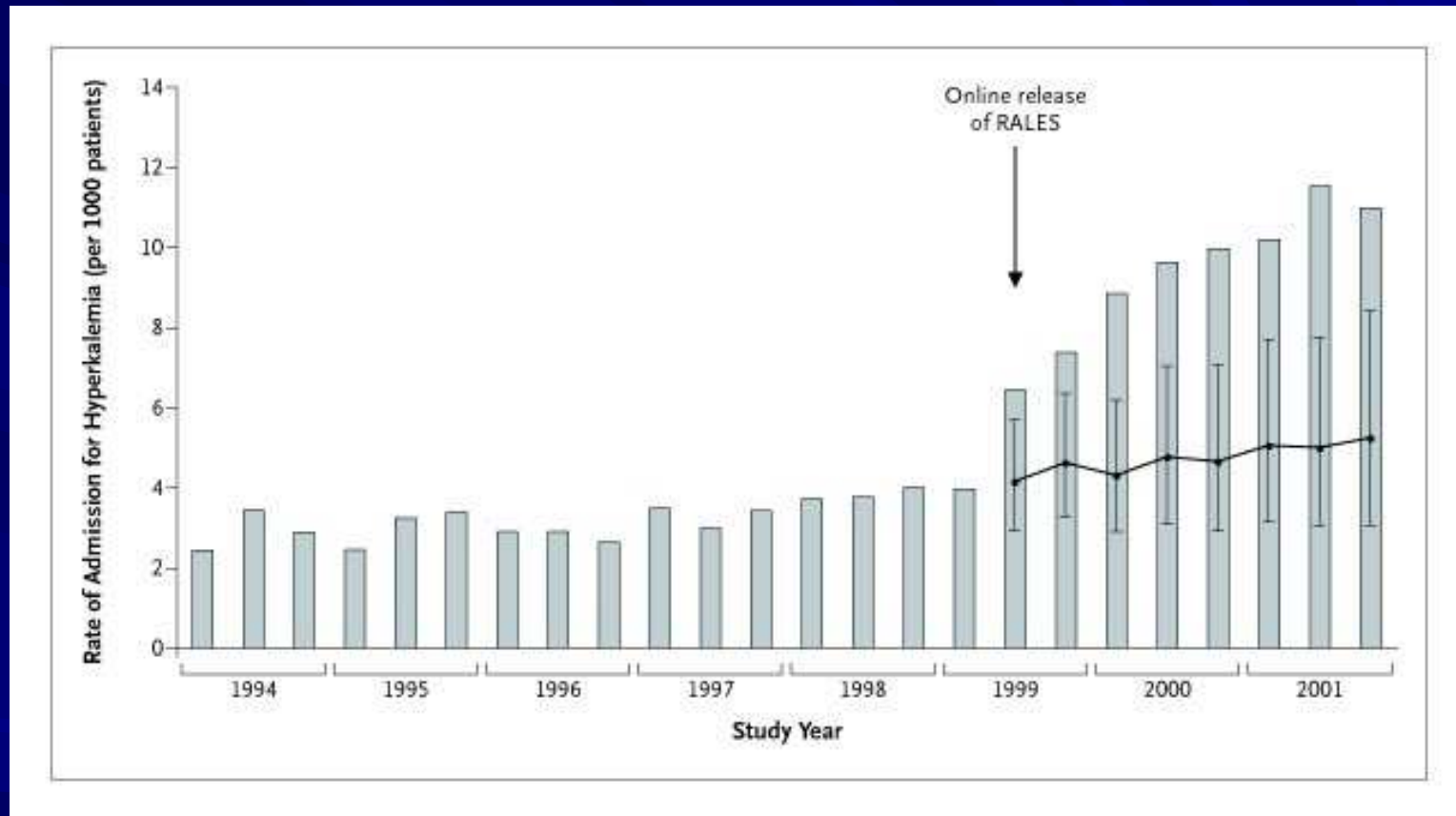
Juurlink, D. N. et al. N Engl J Med 2004;351:543-551

R. NICODEME - J.AMAR- L.
MARTINEZ - CHU.TOULOUSE 2006



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Rate of Hospital Admission for Hyperkalemia among Patients Recently Hospitalized for Heart Failure Who Were Receiving ACE Inhibitors



Juurlink, D. N. et al. N Engl J Med 2004;351:543-551

R. NICODEME - J.AMAR- L.
MARTINEZ - CHU.TOULOUSE 2006



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Les raisons de l'échec

- Les patients étaient plus graves
- La surveillance était moins rigoureuse
- Les conditions de prise avaient changé
- co-prescription de b bloquant

Pourquoi ces problèmes n'ont ils pas été surmontés?

- Les résultats des essais randomisés:
 - mal compris par le médecin hospitalier?
 - Mal expliqués au médecin praticien?
 - Lecture des essais
 - rapport de sortie
 - Fmc
 - Visite médicale
 - Mal expliqués au patient?
 - Éducation thérapeutique
 - inapplicables dans le monde réel?

Peut-on mieux faire?

Le hiatus

Des niveaux de preuve obtenus chez des patients sélectionnés diffusés par une médecine hospitalière qui fait peu de suivi auprès de médecins dont la mission est le suivi à long terme et destinés à des patients polypathologiques et polymédiqués

➤ Apprendre

➤ Nouveau niveau de preuve = formation spécifique

- Équipe hospitalière
- Praticien généraliste
- Patient
- Une filière de suivi

➤ Apprendre

➤ Hiérarchisation des soins et des niveaux de preuve

II

Impact de la prescription hospitalière

R. NICODEME - J.AMAR- L.
MARTINEZ - CHU.TOULOUSE 2006

1- Contexte de la prescription hôpital-ville

- 20% des prescriptions remboursées par l'assurance maladie sont d'origine hospitalière (2003). Ceci est dû, d'une part, à la «rétrocession hospitalière», d'autre part, aux prescriptions de sortie d'hospitalisation, lors des consultations programmées (23 millions /an) et non programmées (13 millions /an)
- Le coût des prescriptions par les médecins hospitaliers de médicaments délivrés en ville a progressé de 19% en 2003, soit trois fois plus que la moyenne des prescriptions globales de médicaments (6,4%) (source CNAMTS)
- L'hôpital débute généralement la prescription des nouveaux médicaments souvent onéreux. Les produits mis en vente depuis moins d'un an sont à l'origine de 32% de la croissance du marché.

1- Contexte de la prescription hôpital-ville

- Un tiers de la dépense en médicaments est réalisée par 11 classes thérapeutiques qui représentent 77% de la croissance du CA, notamment le traitement des maladies cardiovasculaires, des ulcères, des pathologies gastro-oesophagiennes, de l'asthme, des maladies sanguines, des maladies osseuses et certains vaccins.
- Par ailleurs, l'impact massif des prescriptions hospitalières sur les dépenses remboursées au titre des soins de ville va encore augmenter avec le changement de statut pour beaucoup de médicaments de réserve hospitalière (cf. décret rétrocession, déc. 2004)

2- Analyse de 2 études démontrant l'impact de la prescription hospitalière en ville

- Les prescriptions consommées en ville mais ordonnées par les médecins des hôpitaux sous dotation globale sont en forte augmentation au niveau national, surtout en ce qui concerne le médicament.
- Ceci va à l'encontre du système de régulation des dépenses de l'ONDAM*, puisque les dépenses de ville consécutives à la prescription de médecins d'hôpitaux publics **ne sont soumises à aucun mécanisme de régulation.**

Etude1:
« AMBOS :analyse des
prescriptions hospitalières
délivrées en ville »

Sagnes-Raffy Ch, Escudier
G, Jaume R, Tapie B.

Cette étude a été engagée en Midi-Pyrénées, dans le cadre de dotation incitative à la maîtrise des prescriptions hospitalières. Elle utilise une démarche partenariale (ARH*, CHU*, AM*) dans le but de construire une base de données dont le principal objectif est le recueil d'informations pertinentes et fiables sur les prescriptions hospitalières .

*ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation ,

*CHU : Centre Hospitalier Universitaire

*AM : Assurance Maladie

Matériel et Méthodes

Un comité de suivi réunissant l'ARH , l'URCAM*, la CPAM* de Haute-Garonne, et le CHU de Toulouse a mis au point un dispositif de rapprochement des données d'hospitalisation du CHU (données du PMSI : informations médicales et administratives) avec celles de l'Assurance Maladie (base SIAM: données sur les remboursements), sur une période de 11 mois (du 1^{er}/06/99 au 30/04/00), afin d'analyser les Prescriptions Hospitalières Délivrées en Ville=PHDV.

*URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie,

*CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Résultats

- Le montant total des PHDV s'élève à 31,7 Millions d'euros dont les 2/3 sont liés aux activités de consultation externe et d'urgence du CHU de Toulouse :
 - 20,2 Millions d'euros pour les PHDV non rattachées à une hospitalisation (consultations externes et urgences).
 - 11,5 Millions d'euros pour les PHDV rattachées à une hospitalisation (notamment les pathologies très spécifiques, peu fréquentes et lourdes, nécessitant un suivi par le CHU).
- Dans les 2 cas, la part la plus importante des PHDV est représentée par les médicaments.
- Le montant des PHDV diffère selon l'équipe médicale et selon la pathologie prise en charge.

Conclusions de l'étude AMBOS:

L'augmentation des PHDV est principalement due au développement ,à l'hôpital, des prestations de soins traditionnellement réalisées par la médecine de ville, (c'est à dire à la croissance du nombre de consultations externes et de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation) et non à un transfert d'activité que pourrait réaliser l'hôpital sur les soins de ville.

Etude 2

« Les prescriptions hospitalières de ville. Une pratique aux frontières »

JEM 2002, Vol 20,
n°1, 19-32 Sampiéri N, Gulian T,
Mossé P

Cette étude a été engagée par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, dans le cadre du financement d'une étude ministérielle par le biais des ARH, dans le but :

- d'estimer l'ampleur et la structure des prescriptions hospitalières réalisées en ville,

- d'analyser les motivations des décisions de prescriptions et leur cadre organisationnel.

Matériel et Méthodes

L'enquête est réalisée dans 2 services de CHU ; elle combine :

- des données qualitatives : recueillies grâce à 9 entretiens avec des prescripteurs et autres membres des services , (via un guide d'entretien sur l'organisation du service, les éléments pris en compte pour la prescription, les modalités de suivi du patient à sa sortie..), menés par 2 auteurs.

L'analyse des entretiens a donné lieu à une discussion collective, afin de comprendre les motivations des prescriptions.

- des données quantitatives : analyse de l'ensemble des types et contextes des prescriptions de sortie sur 6 mois : 1^{er} semestre 2001 (rythmes, consultation, hospitalisation.)

Le recueil a donc associé 2 types de support : le dossier du patient et les ordonnances de sortie.

Résultats

- La quasi totalité des patients ont bénéficiés d'une prescription de sortie de la part d'un praticien hospitalier.
- Les motivations du prescripteurs pour orienter la prescription vers la ville ou l'hôpital prennent en compte :
 - *l'état du patient* : la chronicité de la maladie.
 - *les caractéristiques personnelles du patient* : son lieu de résidence, sa préférence, son confort physique ou moral
 - *les représentations des efficacités relatives de l'hôpital et de la ville* : pour des examens très spécifiques et pour une question de fiabilité, le prescripteur dirigera prioritairement le patient vers le secteur public .Pour une question de délais, il privilégiera la ville...

Ceci conduit à une grande diversité des pratiques pour laquelle le statut du médecin est déterminant dans le choix entre la ville et l'hôpital : le médecin vacataire aura plutôt tendance à orienter vers la ville, le praticien hospitalier vers l'hôpital.

Conclusions de l'étude de l'AP de MARSEILLE:

- Les motivations des prescripteurs visent toujours l'efficacité de la prise en charge et le confort du malade .
- Ce sont les représentations intuitives des efficacités relatives de la ville ou de l'hôpital qui guident la décision médical ; ces représentations sont fortement liées au statut du médecin prescripteur, à sa place dans la filière de soins qui lui donne une capacité à être plus ou moins maître de son environnement.

III

Aspects de la relation hospitalo-libérale

R. NICODEME - J.AMAR- L.
MARTINEZ - CHU.TOULOUSE 2006

Influence des génériques

- Leur prescription a augmentée de 38% en 2003. Le taux de pénétration des génériques est évalué à 51,8% des unités vendues dans le marché des médicaments généricables.
- Une liste de 38 molécules pour lesquels il est recommandé aux pharmaciens d'exercer prioritairement leur droit de substitution a été publiée par les syndicats professionnels en décembre 2004.

Influence des génériques

- L'accréditation 2ème version recommande que la sortie du patient soit planifiée et coordonnée en liaison avec les professionnels de santé en aval (référence 41). Cette recommandation amène les établissements de soins à mettre en œuvre une coordination hospitalo-libérale afin d'évaluer la qualité de la relation et de définir des actions d'amélioration communes.
- Parmi ces actions, le bon usage des antibiotiques et la facilitation de la prescription des génériques ont été mis à l'ordre du jour en raison du refus de la substitution par les patients après la prescription du produit princeps par l'hôpital. Un accord cadre national a été signé le 26 janvier 2006 sur le bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé. Deux autres accords-cadres sont prévus en 2006 pour la prescription en DCI et pour le bon usage des statines en prévention primaire.

Exemple de coordination hospitalo-libérale pour le bon usage des médicaments

La Mission régionale de santé de la région Centre a mis en place un programme de gestion de risques commun aux secteurs ambulatoire et hospitalier.

- Partenaires: ARH, URCAM, CRAM, Comité régional du médicament, CME, Directions des établissements, syndicats de médecins, CNOP,..
- en liaison avec la Conférence régionale de Santé.
- Objectifs 2006:
 - Établir un état des lieux des prescriptions hospitalières en ville
 - Informer les prescripteurs hospitaliers du contraint de l'ONDAM
 - Élaborer les actions en lien avec le comité régional du médicament
 - Communiquer sur les accords du bon usage du médicament
 - S'appuyer sur la politique contractuelle de l'ARH-Centre

Prescriptions hospitalières réalisées en ville

(Etude CHU Nancy, Kolher-Herengt & coll.)

- Étude transversale auprès de 136 patients, 50% ayant quitté le CHU avec une prescription médicamenteuse (30,40€ moyenne)

- Les services les plus prescripteurs sont :
 - Dermatologie (42%)
 - Ophtalmologie (24%)
 - Orthopédie (17%)

- Le coût des prescriptions semble plus important en hospitalisation qu'en consultation ou en secteur ambulatoire.

CONCLUSION GENERALE

Les hôpitaux ont augmenté leur activité ambulatoire :

- Chirurgie ambulatoire .
- Hospitalisation médicale de jour.

Une partie des traitements faits au cours des hospitalisations traditionnelle se fait actuellement en ville sous la responsabilité du médecin hospitalier.

Les médecins hospitaliers doivent prendre conscience de leur influence dans ces dépenses pour lesquelles ils n'ont aucune information.

La coordination avec les soins de ville passera par le DMP.