

Erythropoïétines et liste en sus

Réunion de concertation avec les
fédérations hospitalières, les
associations de patients, les
représentants de professionnels
de santé et le LEEM

18 décembre 2013

DGOS

Sous direction du pilotage de la performance de
acteurs de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation de l'offre de so

DSS

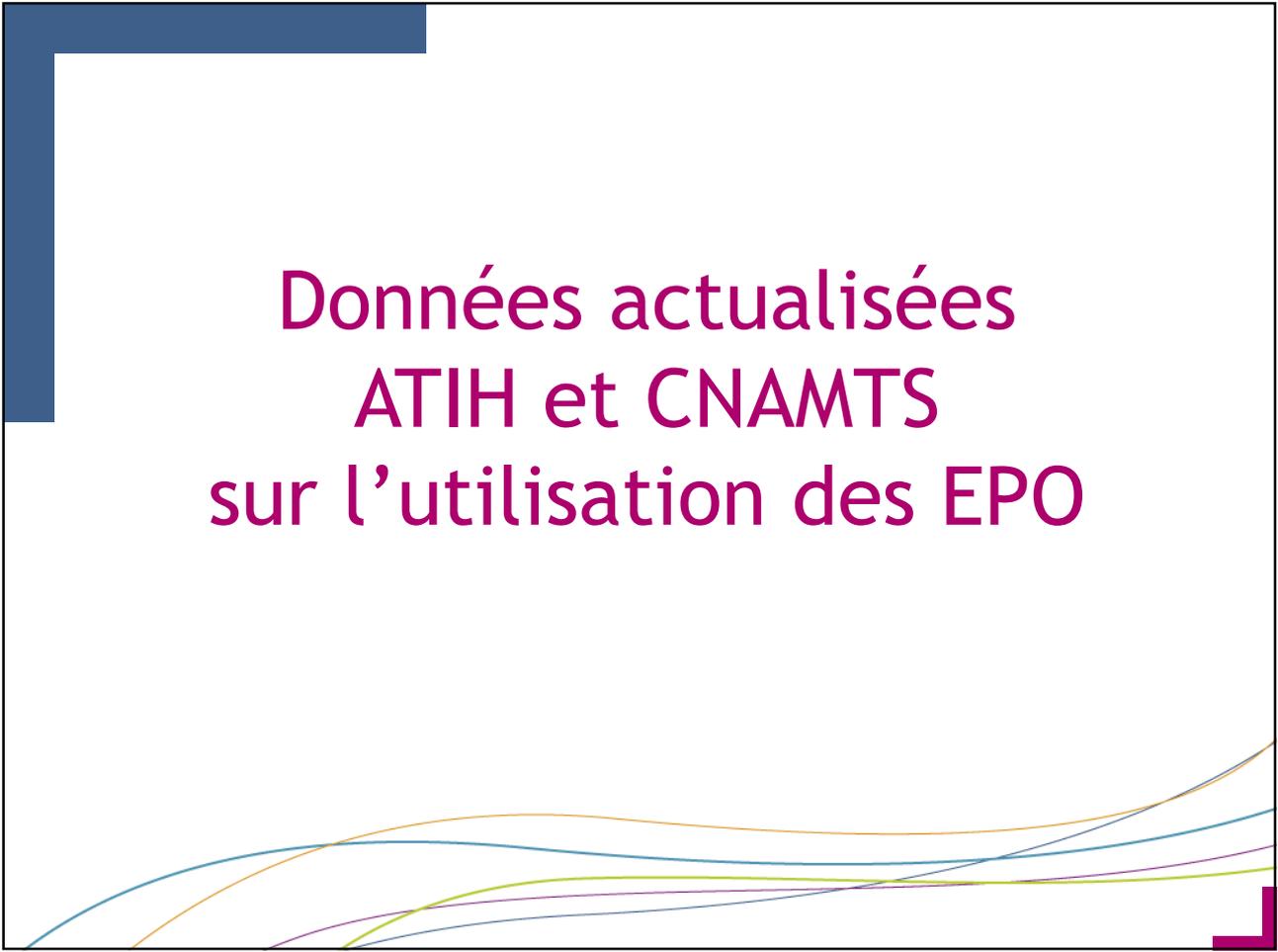
Sous-direction du financement du système de s

DGS

Sous-direction de la politique des produits de s

Ordre du jour

- ❑ **Données actualisées ATIH et CNAMTS sur l'utilisation des EPO**
- ❑ **Mesures d'accompagnement sur le bon usage des EPO et la qualité des soins**



Données actualisées ATIH et CNAMTS sur l'utilisation des EPO

Rappel sur le panorama global des dépenses d'EPO

- ❑ Dépense d'EPO majoritaire en ville (75% vs. 25% en ES)
- ❑ Dépense d'EPO majoritaire dans le secteur ex-OQN (62% vs. 38% ex-DG)

	Ville	Hôpital	
Montant (M€)	359	104,9	
		Ex-DG	Ex-OQN
		39,4	65,50

Méthodologie de radiation

(Recommandation du Conseil de l'hospitalisation du 18 novembre 2010)

Les recommandations de radiation de médicaments de la liste en sus se fondent sur :

- ❑ Sélection des **GHM qui en cumul représente 80%** des séjours concernés par la prescription du produit étudié (exclusion des GHM minoritaires du champ de l'étude)

- ❑ Appréciation de la **fréquence** de prescription au sein des GHM sélectionnés :
 - Si pourcentage de prescription > à 80% alors possible radiation
 - dans les autres cas, analyse du **coût moyen** de traitement des spécialités rapporté au tarif des GHS concernés : si < à 30% alors possible radiation

L'utilisation des EPO par type de prise en charge dans le secteur ex-DG

	<i>nbre de séances/ séjours</i>	<i>nbre de séances avec EPO</i>	<i>distribution des séjours avec EPO</i>	<i>% de séances/ séjours avec EPO</i>	<i>% coût moyen EPO /tarifs</i>
Séances					
Hémodialyse	1 526 534	1 026 730	93,4%	67,3%	7%
Forfaits d'entrainements	21 581	10 472	1,0%	48,5%	
Chimiothérapie	1 831 844	3 515	0,3%	0,19%	
Transfusions	156 764	619	0,1%	0,40%	
Autre séances	1 520 680	73	0,0%	0%	
Séjours hors HAD*	9 190 380	58 011	5,28%	0,60%	
TOTAL	14 247 783	1 099 420	100%	7,7%	

- ➔ Utilisation concentrée sur séances d'hémodialyse (93,4%)
 - ➔ Fréquence d'utilisation d'EPO dans les séances < 80 % mais
 - ➔ Coût moyen de la quantité d'EPO utilisée inférieur à 30%

L'utilisation des EPO par type de prise en charge dans le secteur ex-OQN

	<i>nbre de séances/ séjours</i>	<i>nbre de séances avec EPO</i>	<i>distribution des séjours avec EPO</i>	<i>% de séances/ séjours avec EPO</i>	<i>% coût moyen EPO /tarifs</i>
Séances					
Hémodialyse en centre et UDM	3 019 546	2 013 415	69,21%	66,7%	7%
Autodialyse	1 238 415	849 507	29,20%	68,6%	7%
Dialyse péritonéale	133 765	27 272	0,94%	20,4%	
Chimiothérapie	725 482	10 323	0,35%	1,4%	
Transfusions	16 222	39	0,00%	0,2%	
Séjours hors HAD	3 785 907	8 730	0,3%	0,2%	
Total	8 919 337	2 909 286	100%	32,6%	

➔ Utilisation concentrée sur séances d'hémodialyse en centre, en UDM et autodialyse (98,4%)

➔ Fréquence d'utilisation d'EPO dans les séances < 80 % mais

➔ Coût moyen de la quantité d'EPO utilisée inférieur à 30%

Conclusion : respect des critères de radiation de la liste en sus

➤ Sur les 2 secteurs :

- L'utilisation de l'EPO est très concentrée sur
hémodialyse
- Le coût de l'EPO est inférieur à 30% des tarifs des
prestations

➔ *Au vu des critères de la recommandation, la
radiation est envisageable.*

Méthodologie de réintégration dans les tarifs de prestation

➤ **Dans l'hypothèse d'une radiation de l'EPO au 1er mars
2014**

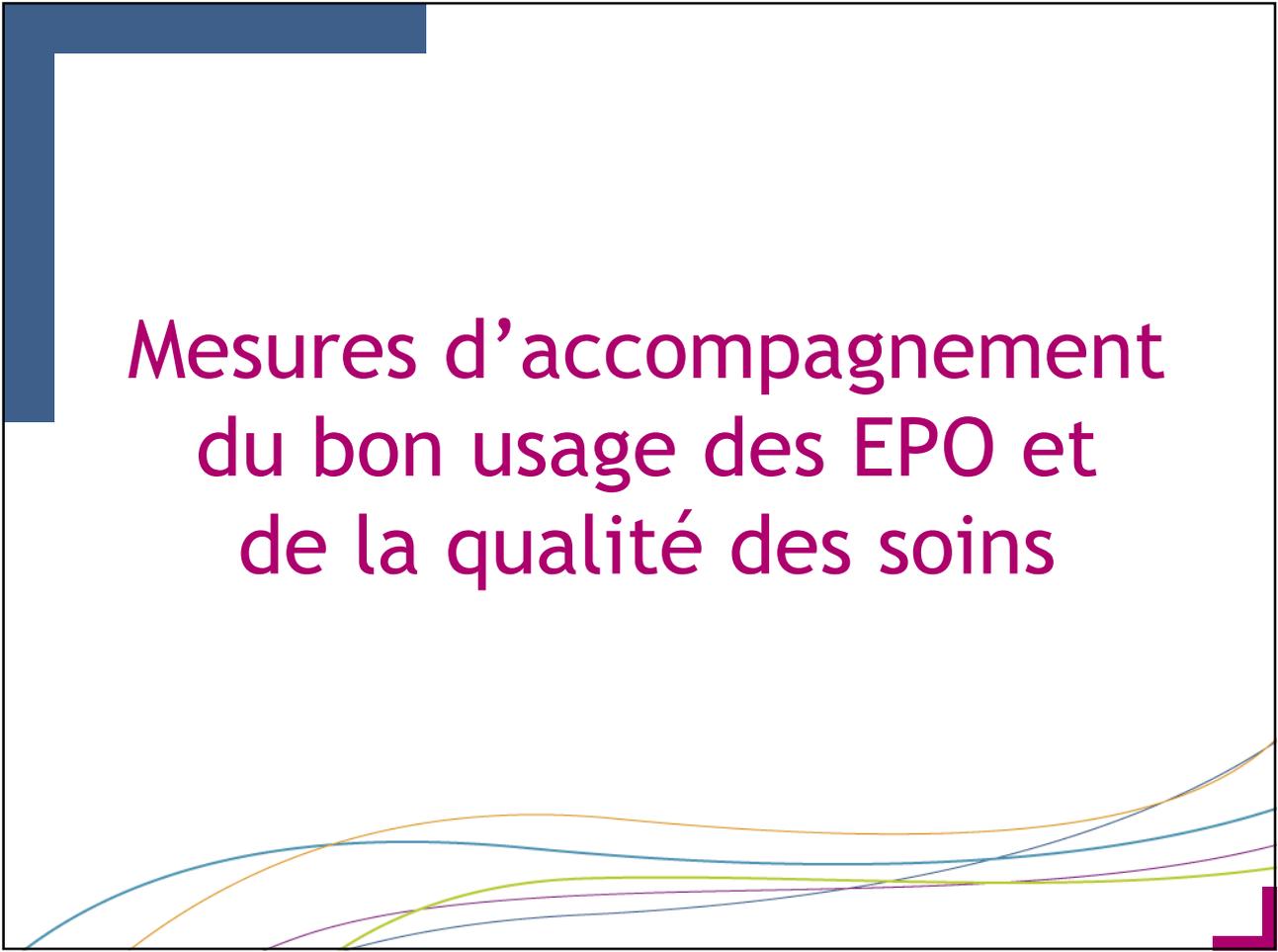
➔ Réintégration au sein de l'ensemble des tarifs des
GHS et des forfaits D correspondants, sur la base des
dépenses attendues par catégorie de prestation et en
tenant compte de la baisse de prix d'octobre 2013.

L'utilisation des EPO en HAD

- **Consommation observées sur l'année 2012 :**
 - Sur le secteur ex-DG: 1,58 M€
 - Sur le secteur ex-OQN : 1,27M €

- **Dans l'hypothèse d'une radiation de l'EPO au 1er mars 2014**
 - Travaux en cours d'expertise avec l'ATIH pour une éventuelle réintégration dans le modèle HAD (éventuellement par pondération du GHPC)

 - Sinon, accompagnement en AC



Mesures d'accompagnement du bon usage des EPO et de la qualité des soins

Les mesures d'accompagnement

- Mettre en place un suivi de l'utilisation
- Garantir le bon usage
- Elaborer des actions de communication
- Prévenir le risque du « contournement » de l'utilisation en ville

Les mesures d'accompagnement

- Mettre en place un suivi de l'utilisation**
- Garantir le bon usage
- Elaborer des actions de communication
- Prévenir le risque du « contournement » de l'utilisation en ville

Mettre en place un suivi de l'utilisation des EPO (1/2)

➤ Créer un comité de suivi des EPO dès mars 2014

❑ Composition :

- DGOS/DSS/DGS
- Associations de patients
- Fédérations hospitalières/OMEDIT/Professionnels de santé
- LEEM
- CNAMTS/ATIH
- HAS/ANSM

❑ Lieu d'échange et de partage de l'information sur les modalités de prise en charge des patients

❑ Suivi et réunion trimestriels

Mettre en place un suivi de l'utilisation des EPO (2/2)

- **Créer un comité de suivi des EPO dès mars 2014**
 - ❑ **Suivi quantitatif** des consommations d'EPO et des produits sanguins labiles
 - ↳ *Objectif*: identifier d'éventuelles dérives de pratiques
 - ❑ **Suivi qualitatif**
 - ↳ *Objectif*: avoir une visibilité des évolutions de pratique
 - **National** par l'ANSM, l'EFS et registre REIN: remontées PV et pratiques, suivi de l'hémoglobinémie (patients dialysés)
 - **Régional** par ARS/OMEDIT via circulaire « régulation/produit traceur »
 - ❑ **Retour des acteurs** sur les pratiques

Les mesures d'accompagnement

- Mettre en place un suivi de l'utilisation
- Garantir le bon usage**
- Elaborer des actions de communication
- Prévenir le risque du « contournement » de l'utilisation en ville

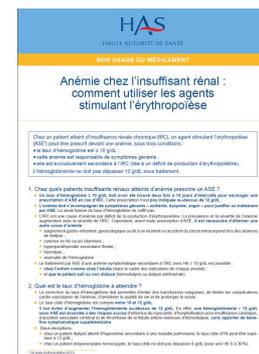
Garantir le bon usage (1/4)

- **Maintenir l'engagement des établissements de santé à contractualiser sur le bon usage du médicament via le CBU**
- Le CBU est un des outils d'une politique globale d'amélioration de la qualité des soins
 - ↳ Engager et accompagner les ES dans une démarche de progrès qui participe à l'amélioration de la qualité des soins.
 - ↳ Garantir la prescription à bon escient des produits de santé
- 2 types d'engagement
 - ❖ à caractère général pour l'ensemble des produits de santé
 - Amélioration du circuit des produits de santé
 - Développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau.
 - ❖ à caractère spécifique pour les produits de santé
 - Encadrement du bon usage

Garantir le bon usage (2/4)

➤ Fiche de bon usage HAS sur l'EPO dans l'insuffisance rénale chronique (juin 2013)

- Chez quels patients atteints IRC doit-on prescrire de l'EPO?
- Quel est le taux d'hémoglobine à atteindre?
- Comment atteindre et maintenir ce taux cible?
- Comment éviter une carence martiale?
- Quelle voie d'administration choisir?
- Comment assurer le suivi de traitement



Chez un patient atteint d'insuffisance rénale chronique (IRC), un agent stimulant l'érythropoïèse (ASE*) peut être prescrit devant une anémie, sous trois conditions :

- le taux d'hémoglobine est ≤ 10 g/dL ;
- cette anémie est responsable de symptômes gênants ;
- elle est exclusivement secondaire à l'IRC (liée à un déficit de production d'érythropoïétine).

L'hémoglobinémie ne doit pas dépasser 12 g/dL sous traitement.

Garantir le bon usage (3/4)

➤ Evaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale en France par la HAS

- ❑ Note de cadrage septembre 2010



- ❑ Recommandation en juin 2012 sur le volet : **Analyse des possibilités de développement de la transplantation rénale en France**

Les recommandations s'articulent autour de quatre thématiques :

- ✓ les prélèvements sur donneurs décédés (3 recommandations);
- ✓ les prélèvements sur donneurs vivants (6 recommandations);
- ✓ l'accès à la transplantation (3 recommandations);
- ✓ le suivi des transplantés (1 recommandation)



- ❑ **2nd volet sur la prise en charge de l'IRCT par épuration extra-rénale: attendu T1 2014**

Garantir le bon usage (4/4)

➤ Autres mesures

- ❑ Améliorer la **connaissance des patients** sur leur pathologie et les aider à **communiquer** avec les professionnels de santé
 - ✓ Production d'outils de portée nationale (autorités sanitaires, société savante, LEEM)
- ❑ **Sensibiliser** les professionnels de santé **aux recommandations** par la diffusion de l'information sur le bon usage via notamment les OMEDIT, le CoPil national sur l'IRC, les sociétés savantes et les CME
- ❑ Définir, si besoin, d'**autres outils** nécessaires en lien avec le comité de suivi

Les mesures d'accompagnement

- Mettre en place un suivi de l'utilisation
- Garantir le bon usage
- Elaborer des actions de communication**
- Prévenir le risque du « contournement » de l'utilisation en ville

Elaborer des actions de communication

- ❑ Information sur la radiation des EPO lors de la **réunion campagne** tarifaire avec les ARS et les fédérations
- ❑ **Circulaire** aux ARS sur les EPO
- ❑ Communication **via les ARS en lien avec les OMEDIT** vers les établissements et les professionnels de santé
- ❑ **Site médicament.gouv** et site du Ministère pour communiquer et diffuser les documents auprès des professionnels et des associations de patients

Les mesures d'accompagnement

- Mettre en place un suivi de l'utilisation
- Garantir le bon usage
- Elaborer des actions de communication
- Prévenir le risque du « contournement » de l'utilisation en ville**

Prévenir le risque de « contournement » d'utilisation en ville

- ❑ Analyse attentive de l'évolution de la consommation en ville
- ❑ **Suivre et analyser** les possibles évolutions **par le dispositif PHEV** (prescriptions hospitalières exécutées en ville: fixation d'un taux annuel et contractualisation avec l'ES si dépassement)
- ❑ Mettre en place des **contrôles** par l'**Assurance maladie**
- ❑ Utiliser le levier des **orientations nationales de contrôle (ONC)** dans le champ de la dialyse via des inspections ciblées des ARS