

Chapitre VII

La maîtrise des prescriptions à

l'hôpital : mieux responsabiliser le corps

médical

PRÉSENTATION

La prescription médicale est l'acte par lequel un médecin²⁸² indique à son patient l'ensemble des recommandations qu'il lui semble utile de mettre en œuvre afin d'identifier les causes d'une pathologie ou d'y apporter un remède. L'article R. 4127-8 du code de la santé publique dispose que « dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles ». L'article 8 du code de déontologie médicale reprend ces dispositions.

Pas moins de 61 500 médecins²⁸³ exerçaient en 2015 au sein des établissements publics de santé et plus de 5 400 en établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC)²⁸⁴. Leur mode d'exercice est composite : si près de 43 000 médecins ont une activité hospitalière publique à temps plein (89 %) ou à temps partiel (11 %)²⁸⁵, une partie d'entre eux a un mode d'exercice mixte, libéral et hospitalier. De surcroît, plus de 35 000 internes²⁸⁶, non titulaires du diplôme de docteur en médecine, prescrivent sous la délégation d'un médecin.

La prescription à l'hôpital a un caractère à la fois central et complexe dans la prise en charge des patients. Central car elle intervient à chaque étape des différentes phases de soins, de l'admission à la sortie. Complexe car elle est, spécifiquement à l'hôpital, le résultat fréquent d'un processus partagé de prise de décision, au caractère de surcroît souvent pluridisciplinaire.

²⁸² Le code de la santé publique distingue trois catégories de prescripteurs au sein d'un établissement de santé : les prescripteurs sans limitation de la prescription (docteur en médecine de nationalité française ou ressortissant de l'Union Européenne, inscrit à l'ordre des médecins), les prescripteurs délégués exerçant leurs fonctions par délégation et sous la responsabilité directe d'un praticien qualifié (internes, résidents et faisant fonction d'interne) et les prescripteurs avec limitation de prescription. Il s'agit des professions médicales de chirurgien-dentiste et sage-femme.

²⁸³ Ce chiffre couvre une grande diversité de statuts : professeurs des universités-praticiens hospitaliers, maîtres de conférence des universités-praticiens hospitaliers, praticiens hospitaliers, assistants hospitaliers universitaires et chefs de clinique ; attachés, assistants et attachés spécialistes associés pour les praticiens à diplômes étrangers extra-communautaires.

²⁸⁴ Données issues de la base de données de la DREES (<http://drees.social-sante.gouv.fr/études-et-statistiques>).

²⁸⁵ Données issues du rapport d'activité du centre national de gestion, juillet 2015.

²⁸⁶ Données de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé relatives à 2014.

Le poids financier des prescriptions hospitalières est considérable. En 2014, elles se sont élevées à 24,7 Md€, soit près de la moitié du montant total des prescriptions médicales (53,3 Md€) et 14 % de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie²⁸⁷. Elles se caractérisent par un grand dynamisme : entre 2007 et 2014, elles ont augmenté de +47 % en euros courants et de +32 % en euros constants.

La Cour a cherché à mesurer l'impact financier des principales prescriptions hospitalières (médicaments, transports sanitaires, actes d'imagerie et de biologie) et à évaluer la portée des outils de régulation mis en œuvre à cet égard.

Bien qu'elles constituent un enjeu financier croissant, les prescriptions hospitalières apparaissent très mal suivies (I). Les dispositifs de régulation mis en place ne sont pas à la hauteur de la dynamique soutenue des dépenses (II). Une responsabilisation accrue des établissements, mais surtout des prescripteurs eux-mêmes, est indispensable à une maîtrise accrue (III).

I - Un enjeu croissant mais très imparfaitement suivi

Le montant des dépenses liées aux prescriptions hospitalières ne peut être appréhendé de manière directe. Il doit être approché à partir des données des différents sous-objectifs de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) relatifs d'une part aux activités hospitalières (« ONDAM hospitalier ») et d'autre part aux soins de ville. Il connaît une forte croissance.

A - Des dépenses considérables et particulièrement dynamiques

Les prescriptions des praticiens exerçant en établissement de santé sont susceptibles d'être effectuées soit au sein de ce dernier ou d'un autre établissement (14,1 Md€ en 2014), soit par un professionnel exerçant en ville (10,6 Md€).

²⁸⁷ Données issues des rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale, de la CNAMTS et de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

1 - Un enjeu financier majeur

Les dépenses de prescriptions réalisées au sein même de l'hôpital²⁸⁸ (« charges à caractère médical des établissements de santé ») se sont élevées à 14,1 Md€ en 2014. Elles ont représenté 23 % de l'ONDAM hospitalier public²⁸⁹ et près de 8 % de l'ONDAM total²⁹⁰. Elles sont composées pour près de moitié de dépenses de médicaments (47 % en 2014, y compris molécules onéreuses²⁹¹) et, pour le solde, de dispositifs médicaux (25 %), d'imagerie (14 %) et de biologie (14 %)²⁹².

Pour une part importante toutefois, les prescriptions faites dans le cadre d'une prise en charge hospitalière sont exécutées par des professionnels de santé libéraux ou des prestataires établis en ville (« prescriptions hospitalières exécutées en ville » - PHEV). Ces dépenses, qui sont imputées sur l'ONDAM « soins de ville », ont atteint près de 10,6 Md€ en 2014, soit pas moins de 16 % de ce dernier et 6 % de l'ONDAM total. Elles regroupent principalement des dépenses de médicaments (44 %), de transports sanitaires (15 %), des actes d'auxiliaires médicaux (10 %) et des indemnités journalières (12 %).

Prises ensemble, ces deux composantes constituent la dépense totale de prescriptions induite par les praticiens exerçant en établissements de santé. Atteignant 24,7 Md€ en 2014, elle représente près de 14 % de l'ONDAM total. Entre 2007 et 2014, elle a augmenté de +7,9 Md€, soit +47 % en euros courants et +32 % en euros constants. La part des prescriptions hospitalières dans la dépense totale de prescriptions médicales a ainsi fortement progressé, passant de 39 % en 2007 à 46 % en 2014²⁹³. Près de la moitié des dépenses de prescription a aujourd'hui une origine hospitalière.

²⁸⁸ Hors locations de matériel, charges de maintenance et de réparation.

²⁸⁹ Établissements publics de santé et établissements de santé privés d'intérêt collectif.

²⁹⁰ Pour 2014, l'ONDAM hospitalier constaté s'est élevé à 74,8 Md€ et l'ONDAM total à 178 Md€ (rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale - CCSS de septembre 2015).

²⁹¹ Dans le cadre de la tarification à l'activité, une liste de spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation a été définie.

²⁹² Données ATIH.

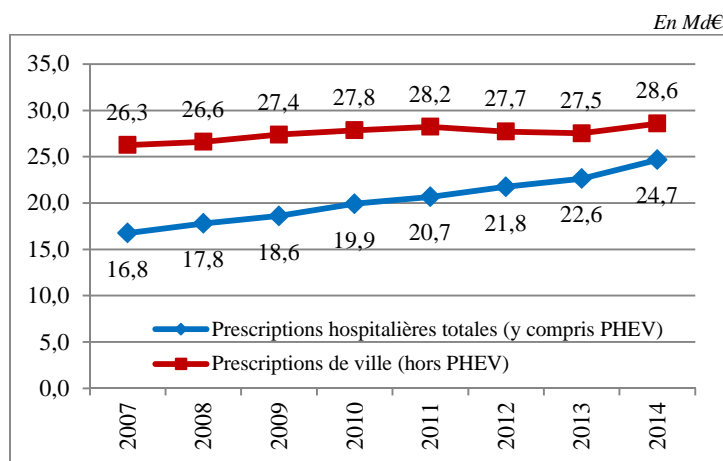
²⁹³ Prescriptions hospitalières entendues au sens de prescriptions dont l'auteur est un praticien exerçant en établissement de santé (incluant donc les dépenses de prescriptions supportées par le titre 2 des budgets des établissements de santé ainsi que les prescriptions hospitalières exécutées en ville - PHEV). Les prescriptions en ville s'entendent hors PHEV et honoraires médicaux et comprennent les dépenses de médicaments, de dispositifs médicaux, de biologie, de transports et d'indemnités journalières.

2 - Une dynamique de dépense plus sensible à l'hôpital qu'en ville

Les dépenses de l'assurance maladie respectivement liées à des prescriptions de ville²⁹⁴ et à des prescriptions à l'hôpital²⁹⁵ connaissent des rythmes de progression nettement différenciés (voir graphique ci-après). Entre 2007 et 2014, les dépenses liées à des prescriptions hospitalières ont progressé cinq fois plus vite que celles liées aux prescriptions de ville (+47 % contre +9 % en euros courants).

Si les nouveaux traitements contre l'hépatite C introduits en 2014 expliquent pour la période la plus récente une part importante de cette hausse (+5,7 % en euros constants au titre de la seule année 2014 à l'hôpital), sur la période immédiatement antérieure, soit entre 2007 et 2013, les prescriptions hospitalières ont progressé de +22 % en euros constants, tandis que les prescriptions en ville baissaient de -5,5 %.

Graphique n° 20 : évolution des dépenses de prescriptions à l'hôpital et en ville (2007-2014)



Source : Cour des comptes d'après les données de l'ATIH (hôpital) et de la CCSS (ville).

²⁹⁴ Prescriptions réalisées par des praticiens libéraux comprenant les dépenses de laboratoires, de transports de malades, de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux), d'indemnités journalières et hors prescriptions hospitalières exécutées en ville (source : commission des comptes de la sécurité sociale).

²⁹⁵ Prescriptions réalisées par des praticiens hospitaliers et exécutées soit à l'hôpital soit en ville, comprenant les dépenses d'imagerie, de biologie, de médicaments (y compris molécules onéreuses), de dispositifs médicaux et les dépenses liées aux PHEV (données ATIH issues des comptes financiers des établissements et de retraitements comptables).

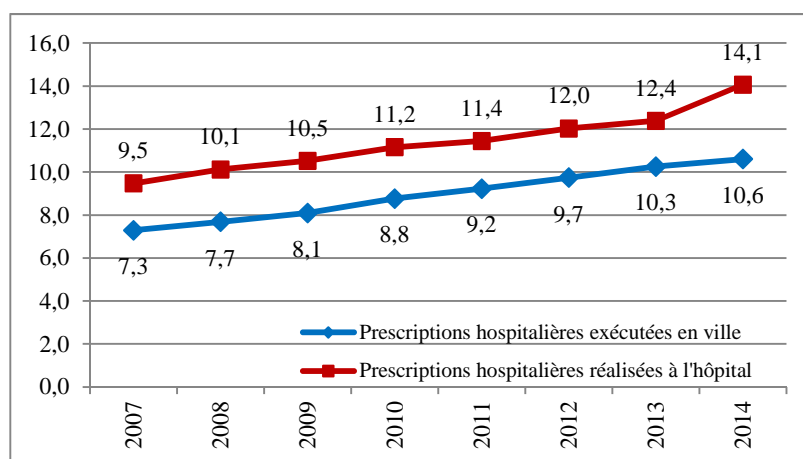
Cette forte augmentation des prescriptions hospitalières par comparaison avec celles de ville doit être analysée au regard des effectifs de prescripteurs. Ainsi, les 125 000 médecins libéraux²⁹⁶, qui représentent 63 % des effectifs médicaux²⁹⁷, ont été à l'origine de 53 % des dépenses liées à des prescriptions en 2014.

B - Une augmentation des dépenses de prescriptions hospitalières forte et de même ampleur, qu'elles soient exécutées à l'hôpital ou en ville

Que les prescriptions hospitalières soient réalisées à l'hôpital ou en ville, les dépenses qui leur sont liées connaissent des progressions élevées et comparables. Les prescriptions de médicaments jouent un rôle central dans leur niveau comme dans leur dynamisme.

Graphique n° 21 : évolution comparée des dépenses liées aux prescriptions hospitalières réalisées à l'hôpital et exécutées en ville (2007-2014)

En Md€



Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS.

²⁹⁶ Conseil national de l'ordre des médecins, DREES et observatoire national de la démographie des professions de santé.

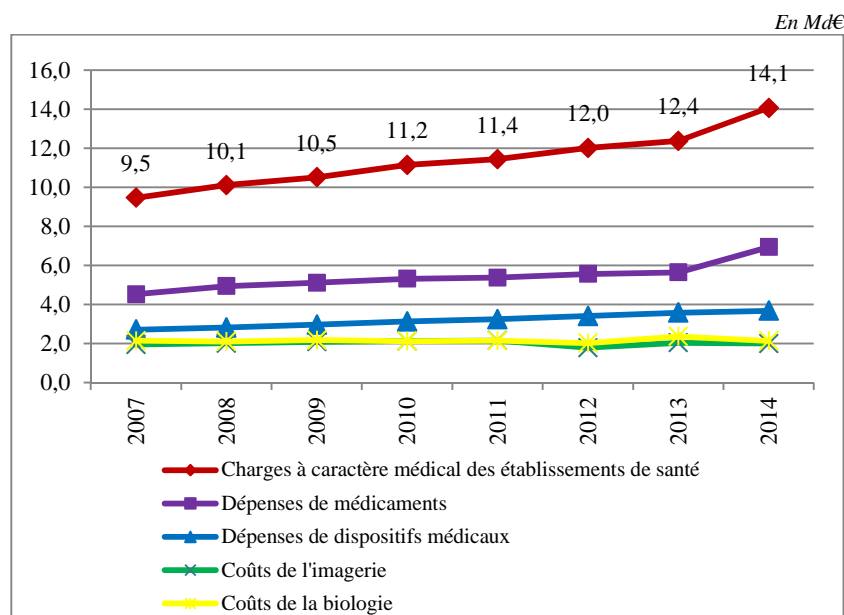
²⁹⁷ Hors profession de sages-femmes et chirurgiens-dentistes.

1 - Des dépenses à l'hôpital tirées par les médicaments et par les dispositifs médicaux

Entre 2007 et 2014, les dépenses liées aux prescriptions hospitalières réalisées à l'hôpital ont augmenté de +33 % en euros constants, dont +13 % pour la seule année 2014²⁹⁸ (voir graphique *infra*). De fait, la progression enregistrée en 2014, principalement liée aux coûts des nouveaux médicaments contre l'hépatite C, explique près de 40 % de la croissance intervenue depuis 2007.

Plusieurs facteurs se conjuguent pour pousser à la hausse les dépenses liées aux prescriptions hospitalières, selon cependant des dynamiques différentes d'une catégorie de dépenses à l'autre.

Graphique n° 22 : évolution des dépenses des établissements de santé liées aux prescriptions hospitalières réalisées à l'hôpital (2007-2014)



Source : Cour des comptes d'après les données de l'ATIH issues des comptes financiers des établissements de santé et de retraitements comptables.

²⁹⁸ Données ATIH.

Les dépenses de médicaments, soit près de 6,9 Md€ en 2014²⁹⁹, ont augmenté de +37 % en euros constants depuis 2007. Ce poste intègre les coûts des molécules onéreuses financées en sus des séjours par une dotation spécifique de l'assurance maladie (2,9 Md€ en 2014 contre 2,1 Md€ en 2007). La progression de ce poste (+23 % en euros constants³⁰⁰) ne rend toutefois compte que partiellement du dynamisme des dépenses de médicaments à l'hôpital.

Les dépenses relatives aux dispositifs médicaux ont pour leur part progressé de +22 % en euros constants depuis 2007, pour atteindre 3,7 Md€ en 2014³⁰¹.

En revanche, les données disponibles pour les dépenses d'imagerie et de biologie, à considérer cependant avec précaution (voir *infra*), font apparaître une stabilité des dépenses en euros courants au cours de cette même période (à 2 Md€ et 2,1 Md€ respectivement)³⁰².

Les dépenses liées aux prescriptions hospitalières réalisées à l'hôpital ont fortement augmenté dans toutes les catégories d'établissements, sauf exception.

En 2014, les 32 centres hospitaliers régionaux et universitaires (CHRU) concentraient près de la moitié (plus de 48 %) des dépenses³⁰³, qui ont augmenté de plus de 56 % depuis 2007. Les médicaments expliquent logiquement en grande partie cette évolution, dès lors que ces établissements concentrent des prises en charge très spécialisées et ont recours à des molécules innovantes, le plus souvent particulièrement onéreuses. Ce poste de dépenses (3,5 Md€ en 2014, soit 52 % des charges à caractère médical des CHU) a ainsi progressé de +44 % en euros constants entre 2007 et 2014, dont +18 % durant cette seule année.

Les centres hospitaliers (CH) ont également connu une forte progression de leurs dépenses liées à des prescriptions (+28 % en euros constants entre 2007 et 2014). Comme celles des CHRU, elles sont tirées par les dépenses de médicaments (+35 % en euros constants entre 2007 et 2014, dont +10 % en 2014).

²⁹⁹ Données de l'ATIH issues des comptes financiers des établissements de santé.

³⁰⁰ Données de la DGOS et de l'ATIH.

³⁰¹ Données de l'ATIH issues des comptes financiers des établissements de santé.

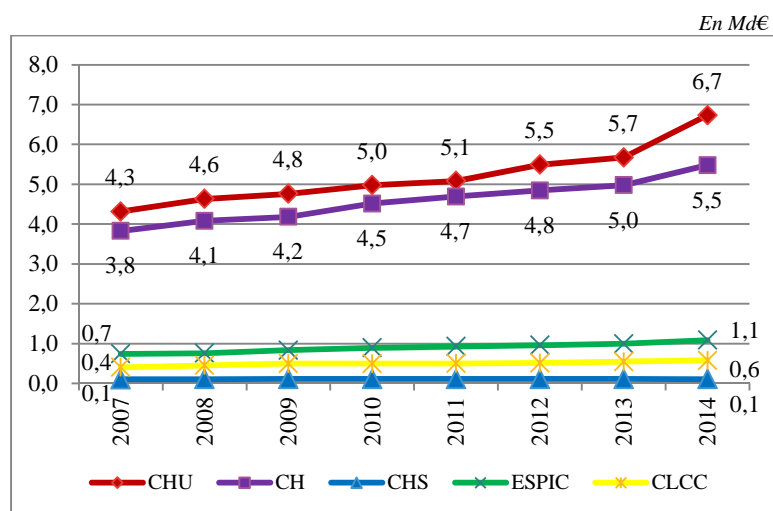
³⁰² Données ATIH issues de retraitements des comptes financiers des établissements de santé.

³⁰³ *Idem*

Il en va de même pour les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et les centres de lutte contre le cancer (CLCC), soit respectivement +31 % et +43 % en euros constants entre 2007 et 2014.

Les dépenses relatives aux prescriptions dans les établissements psychiatriques ont, quant à elles, augmenté en euros courants (+5 %), mais baissé en euros constants (-6 % entre 2007 et 2014). Les dépenses de médicaments y ont de fait baissé en euros courants (-4 %) et, plus encore, constants (-15 %).

Graphique n° 23 : évolution des dépenses hospitalières liées aux prescriptions hospitalières en fonction du type d'établissement (2007-2014)



Source : Cour des comptes d'après les données de l'ATIH issues des comptes financiers des établissements de santé et de retraitements comptables.

2 - Des dépenses exécutées en ville aussi dynamiques que celles réalisées à l'hôpital

Les dépenses liées aux prescriptions hospitalières exécutées en ville se sont élevées à près de 10,6 Md€ en 2014, soit 43 % de la dépense totale de prescriptions hospitalières. Elles ont augmenté de +30 % en euros constants (+45 % en euros courants) entre 2007 et 2014, à un rythme comparable à celui des prescriptions réalisées à l'hôpital.

Les différents postes de dépenses ont cependant connu des évolutions différenciées, comme le montre le tableau ci-après.

**Tableau n° 62 : évolution des dépenses d'assurance maladie relatives
aux prescriptions hospitalières exécutées en ville (2007-2014)**

En Md€

	2007	2014	Variation en euros constants	% du total
Médicaments	3,1	4,7	52 %	44 %
Biologie	0,3	0,4	35 %	4 %
Actes d'auxiliaires médicaux	0,6	1,1	79 %	10 %
Liste des prestations et produits d'origine humaine	0,9	1,4	57 %	13 %
Transports de malades	1,1	1,6	45 %	16 %
Indemnités journalières (hors maternité)	1,2	1,3	6 %	12 %
Total	7,3	10,6	45 %	100 %

Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS.

Les dépenses de médicaments représentent le premier poste de prescriptions hospitalières exécutées en ville (44 % en 2014) et se distinguent par leur forte progression (+52 % en euros constants entre 2007 et 2014). Sur cette période, la part des prescriptions hospitalières exécutées en ville est passée de 14 % à 18 % des dépenses totales de médicaments en ville et à l'hôpital³⁰⁴.

Les dépenses liées aux transports de patients prescrits par les praticiens hospitaliers ont représenté près de 1,6 Md€ en 2014, en hausse de +30 % en euros constants par rapport à 2007. S'agissant spécifiquement de ce poste, les prescriptions hospitalières (exécutées en ville) n'ont pas augmenté plus rapidement que les prescriptions de ville : en 2014 comme en 2007, les transports sanitaires prescrits à l'hôpital représentaient 49 % de la dépense totale de transports sanitaires³⁰⁵.

Les trois CHU les plus importants³⁰⁶ sont à l'origine de près de 20 % des dépenses liées à des prescriptions hospitalières exécutées en ville en 2014 (1,9 Md€). Les centres hospitaliers (CH), quant à eux, ont été à l'origine de 43 % de ces mêmes dépenses (4,9 Md€).

³⁰⁴ CNAMTS et commission des comptes de la sécurité sociale.

³⁰⁵ CNAMTS et commission des comptes de la sécurité sociale.

³⁰⁶ Assistance publique - Hôpitaux de Paris, Hospices civils de Lyon et Assistance publique- Hôpitaux de Marseille.

C - Une dynamique trop peu analysée

Bien que les dépenses d'assurance maladie liées aux prescriptions hospitalières soient particulièrement dynamiques, des incertitudes entourent leur montant et les causes de leur croissance rapide.

1 - Des prescriptions hospitalières imparfaitement connues et vraisemblablement sous-évaluées

Le suivi des prescriptions hospitalières comporte des faiblesses et ne procure que des données imparfaitement fiables.

Les données disponibles en matière de biologie et d'imagerie correspondent à des coûts moyens calculés et non, comme pour les autres prescriptions réalisées à l'hôpital, à des coûts réels. En effet, les coûts relatifs aux actes de biologie et d'imagerie ne sont pas individualisés au sein des groupes homogènes de séjour (GHS) sur lesquels repose la tarification à l'activité des établissements hospitaliers (T2A).

De ce fait, ils sont calculés par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) à partir de retraitements des données de la comptabilité analytique des établissements de santé.

Dans son rapport sur la sécurité sociale de 2013³⁰⁷, la Cour avait souligné que les coûts et la nature des actes de biologie médicale étaient très largement méconnus. Elle a fait le même constat en matière d'imagerie médicale³⁰⁸.

Selon l'ATIH, la comparaison dans le temps des chiffrages issus de ces retraitements est à interpréter avec prudence. D'une part, le périmètre des établissements ayant répondu aux demandes d'informations de l'ATIH fluctue chaque année³⁰⁹. Le périmètre des examens pris en

³⁰⁷ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre XIII : Les dépenses de biologie médicale, p. 365-392, La Documentation française, septembre 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

³⁰⁸ Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*, L'imagerie médicale, avril 2016, disponible sur www.ccomptes.fr.

³⁰⁹ L'ATIH centralise le recueil de ces données par la voie d'une enquête annuelle à laquelle l'ensemble des établissements ne sont pas tenus de répondre. Ainsi, le périmètre des établissements ayant répondu est passé de 1 417 structures en 2007 à 1 230 en 2014. En particulier, l'AP-HP n'a pas communiqué les éléments du retraitements comptable en 2012 et 2014.

compte a également un caractère évolutif³¹⁰. D'autre part, la méthodologie de recueil du retraitement comptable des données a elle-même évolué³¹¹.

Dès lors, les dépenses d'imagerie et de biologie sont recensées de manière imprécise et non comparable dans le temps. Leur quasi-stabilité en euros courants entre 2007 et 2014 (voir *supra*) doit ainsi être nécessairement appréciée avec prudence. Elle pourrait en réalité masquer une hausse, d'ampleur indéterminée.

Par ailleurs, au sein des dépenses de médicaments délivrés à l'hôpital, il s'avère difficile de distinguer les évolutions des dépenses respectivement liées aux médicaments courants et aux molécules onéreuses de la « liste en sus ». En effet, quoique indispensables à la maîtrise des dépenses de la « liste en sus », les radiations de certaines molécules de cette dernière, qui sont alors prises en charge dans le cadre de droit commun des GHS, introduisent des modifications de périmètres substantielles.

2 - L'incidence incertaine de la tarification à l'activité (T2A)

La réforme du financement des établissements de santé liée à l'introduction en 2004 de la T2A a répondu à deux finalités : dynamiser la gestion des établissements publics en substituant au financement par la voie d'une dotation globale instauré en 1983 des recettes issues de l'activité de soins effectuée et éliminer progressivement les disparités historiques de financement entre établissements, qu'ils soient publics ou privés, en faisant converger leurs tarifs en fonction du principe selon lequel à prestation identique, tarif identique.

³¹⁰ À titre d'illustration, les retraitements comptables opérés en 2009 conduisent à ne plus intégrer les dépenses d'anatomopathologie dans ces coûts. En sens inverse, les actes d'imagerie produits pour d'autres établissements sont inclus depuis 2014 dans le nombre d'actes remontés auprès de l'ATIH.

³¹¹ En particulier, à partir de 2014, les actes d'imagerie produits pour d'autres établissements sont inclus dans le nombre d'actes remontés auprès de l'ATIH.

La tarification à l'activité

La T2A est un système de financement des établissements de santé qui fait reposer leurs ressources sur l'activité qu'ils réalisent.

L'analyse des données fournies par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de classer le séjour hospitalier de chaque patient au sein d'un groupe homogène de malades (GHM). À chaque GHM est associé un tarif, le GHS, défini par l'ATIH sur la base d'une échelle nationale des coûts.

Le tarif versé à un établissement de santé pour un séjour donné est par nature composite : il est formé à titre principal du GHS, auquel viennent s'ajouter, le cas échéant, des suppléments journaliers (par exemple réanimation, soins intensifs ou surveillance continue), des suppléments pour actes de dialyse, radiothérapie ou prélèvements d'organes et des financements liés à la prescription de molécules onéreuses ou de dispositifs médicaux inscrits sur la « liste en sus ».

La mise en œuvre de la T2A, qui avait révélé de fréquentes situations de sous-activité ou d'efficience insuffisante, a poussé certains établissements à reconsidérer les organisations internes hospitalières et, dans une moindre mesure, les capacités hospitalières afin de gagner en productivité. Cependant, elle s'est aussi révélée un mode de rémunération inflationniste, incitant d'autres à la croissance de l'activité plutôt qu'à sa rationalisation³¹².

De fait, l'évolution des dépenses de prescriptions hospitalières tend à montrer que depuis 2007, la T2A n'a guère eu d'effet restrictif sur les dépenses médicales. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'expliquer ce constat.

Au sein d'un séjour hospitalier, l'essentiel des dépenses liées aux prescriptions hospitalières (imagerie, biologie, médicaments courants) est intégré dans le GHS de façon indistincte. Le nombre et la nature des prescriptions hospitalières sous-jacentes ne sont pas connus des praticiens.

³¹² Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, chapitre V : Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant, p. 185-216, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

En outre, la rémunération au titre d'un GHS est parfois conditionnée par un nombre minimal d'actes durant le séjour hospitalier du patient. Ainsi, pour que l'établissement puisse bénéficier d'un GHS d'hospitalisation de jour, les praticiens doivent justifier le recours à au moins trois types d'actes différents (par exemple, un acte de biologie associé à un acte d'imagerie et une consultation médicale). Dans le cadre des travaux menés en 2016 par la commission sur la réforme du financement de l'hôpital présidée par M. Olivier Véran, il est apparu que ces règles de facturation pouvaient favoriser la prescription d'actes inutiles³¹³.

Les conséquences défavorables de l'excès de prescription d'examens biologiques

L'idée selon laquelle réaliser un grand nombre d'examens de biologie serait soit bénéfique pour le patient, soit de nature à sécuriser sa prise en charge, a été démentie à plusieurs reprises dans la littérature scientifique depuis les années 1980. La multiplication des examens de biologie, notamment aux urgences, et les prescriptions inutiles peuvent avoir des conséquences défavorables à plusieurs titres :

- l'augmentation de résultats « faux positifs » : la détermination chez un sujet sain d'un paramètre biologique peut conduire à un résultat anormal (avec une probabilité pouvant aller jusqu'à 5 % de « faux positifs »). Dès lors, la détermination de paramètres plus nombreux chez ce même sujet sain conduira à une probabilité accrue de « faux positifs » induisant elle-même une investigation clinique plus poussée et de nouvelles prescriptions, alors même que le sujet n'est pas malade ;
- l'allongement du temps de passage aux urgences. La durée moyenne d'une consultation médicale aux urgences passe de 30 minutes à plus de 2 heures lorsqu'un acte de biologie est pratiqué³¹⁴ ;
- le différé de traitement des prélèvements liés à une réelle situation d'urgence au sein de laboratoires confrontés à un afflux massif d'examens inutiles ;

³¹³ Intervention du 29 janvier 2016 devant la commission : « Effets pervers de la T2A sur les pratiques médicales en neurologie ou comment changer le paradigme soignant », S. Crozier, D. Grabli, S. Demeret, F. Bolgert, A. Léger, C. Papeix, B. Rohaut, F. Salachas, K. Viala (neurologues au sein du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris).

³¹⁴ Saunders CE. *Time study of patient movement through the emergency department: sources of delay in relation to patient acuity*. *Ann Emerg Med*. 1987. pp 1244-8.

- en cas de prélèvements sanguins inutiles, le risque d'anémie dite de « spoliation sanguine » (observée en particulier dans les services de réanimation et de gériatrie), entraînant par la suite la consommation de produits sanguins labiles, dans le seul but de compenser ces prélèvements inutiles³¹⁵.

Enfin, la T2A peut inciter les acteurs hospitaliers à rechercher une plus forte activité en volume tout en réduisant la durée moyenne de séjour afin de dégager une marge nette la plus forte. Cette tendance inflationniste, analysée notamment par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)³¹⁶, n'est que très rarement freinée, tant les responsables de services sont incités à accroître le niveau d'activité du plateau technique dont ils ont la charge.

Dans son rapport d'étape, la commission sur la réforme du financement de l'hôpital a ainsi identifié des stratégies d'optimisation des recettes générées par le parcours de soins du patient par le mécanisme de la T2A. En particulier, certains actes qui pourraient être pratiqués dans le cadre de soins ambulatoires (acte technique réalisé dans le cadre d'une consultation externe par exemple) le sont dans le cadre d'un séjour hospitalier conventionnel.

En définitive, l'intégration de façon indistincte des prescriptions hospitalières dans les GHS et la recherche d'activité supplémentaire liée à la T2A pourraient rendre moins perceptibles par le prescripteur les conséquences financières de sa prescription. La T2A pourrait ainsi avoir, toutes choses égales par ailleurs, un effet au global moins régulateur qu'inflationniste sur les prescriptions. Cette dynamique pourrait, sans préjudice des conséquences par ailleurs des progrès médicaux sur les prescriptions, contribuer à expliquer pour une part le paradoxe apparent d'une vive progression des dépenses malgré la contrainte liée à la facturation par groupe homogène de séjours.

*

**

³¹⁵ J.-J. Lehota, C. Heuclinb, J. Neideckera, R. Cartierc, P. Ffrenchd, M.E. Reverdye, D. Revelf, M. Billardg, C. Lupog, B. Gonnarda, G. Kellera, G. Aulagnerg, O. Bastiena. Optimisation des prescriptions en réanimation. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. Volume 29, Issue 10, octobre 2010, pp. 682–686.

³¹⁶ Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères, Zeynep Or, Thomas Renaud, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, mars 2009.

Les dépenses d'assurance maladie liées aux prescriptions hospitalières, soit 24,7 Md€ en 2014, sont particulièrement dynamiques (+32 % en euros constants entre 2007 et 2014), sous l'effet notamment des dépenses de médicaments (+37 % sur la même période). Ces dépenses, connues de manière imprécise, sont financées aux établissements de santé, pour l'essentiel, de façon globalisée dans le cadre des GHS. Ce mécanisme a été impuissant à enrayer leur dynamisme, en l'absence de dispositifs de régulation efficace.

II - Des dispositifs de régulation en cours de rénovation, mais en prise insuffisante sur les prescriptions

Compte tenu du volume et de la dynamique des dépenses d'assurance maladie liées aux prescriptions hospitalières, les pouvoirs publics ont mis en place de nombreux dispositifs contractuels afin de les contenir. La dernière génération de contrats, tout récemment instaurée, a pour objet de les unifier. En l'état, elle laisse cependant subsister plusieurs faiblesses préjudiciables à une régulation efficiente.

A - Une action de maîtrise des prescriptions hospitalières qui peine à se structurer

La politique de régulation des prescriptions hospitalières repose sur la mise en œuvre d'un grand nombre d'outils contractuels. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a entendu remédier à cet éclatement en prévoyant le remplacement de la plupart d'entre eux par un nouveau type de contrat.

1 - Une inflation d'instruments contractuels sans effet visible sur la dépense

La politique de régulation des prescriptions hospitalières prend appui sur des contrats conclus entre les établissements et les agences régionales de santé (ARS) ou avec les ARS et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

Sept types de contrats distincts se sont sédimentés au fil du temps. Ainsi aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) mis en œuvre à compter de 1996³¹⁷, sont venus s'ajouter les contrats de bon usage du médicament, des produits et prestations (CBUMPP) en 2005, puis en 2009 les contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS portant sur les produits de santé ou les transports) et les contrats de performance (également en 2009), par la suite les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS) en 2011 et enfin, en 2015³¹⁸, les contrats d'amélioration des pratiques en établissements de santé (CAPES) et les contrats d'amélioration de la pertinence des soins (CAPS). En outre, les contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) peuvent également prévoir des dispositions visant à renforcer la maîtrise des prescriptions hospitalières. Par ailleurs, le plan ONDAM 2015-2017 a ajouté à cet édifice une strate complémentaire.

La pertinence des soins dans le plan ONDAM 2015-2017

Début 2015, le ministère chargé de la santé et l'assurance maladie ont lancé le plan ONDAM 2015-2017, qui vise à réaliser 10,6 Md€ d'économies sur cette même période. Il est construit autour de douze blocs de compétences dont la responsabilité est partagée entre les ARS et l'assurance maladie. L'un est consacré à la pertinence des actes à l'hôpital. Il comporte un objectif, limité, d'économies de 50 M€, attendu d'une réduction de 50 000 séjours réalisés autour de 33 actes prioritaires, principalement de chirurgie, définis au niveau national.

En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, les actions d'amélioration de la pertinence des soins décidées conjointement par l'État et par l'assurance maladie sont déclinées en des plans d'actions régionaux d'amélioration de la pertinence des soins établis par les ARS et en des contrats *sui generis* entre les établissements, les ARS et l'assurance maladie, qui comportent des objectifs quantitatifs et qualitatifs. Des mises sous accord préalable sont prévues³¹⁹ dans le cas où un grand nombre de prestations ou de prescriptions d'un établissement ne seraient pas conformes aux référentiels de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé ou en cas d'écart entre les pratiques de prestation ou de prescription dans un établissement et les moyennes régionales et nationale au titre d'une activité comparable³²⁰.

³¹⁷ Et en particulier leur annexe 3 « améliorer la qualité et la sécurité des soins »

³¹⁸ Décrets du 19 novembre 2015 relatifs à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé et au contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé.

³¹⁹ Décret du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé.

³²⁰ Un contrat tripartite sera alors signé entre l'ARS, l'assurance maladie et l'établissement pour réduire les écarts de pratiques.

Ces dispositifs contractuels ne se sont pas inscrits dans une vision d'ensemble. Leurs principes mêmes divergent, reflétant une hésitation prolongée sur le mode d'action à mettre en œuvre. Certains prévoient de lourdes sanctions financières pour les établissements (comme le CBUMPP), d'autres un intéressement (comme les CAQCS), d'autres encore utilisent ces deux instruments (comme les CAQOS).

En outre, ces dispositifs visent les prescriptions jugées particulièrement sensibles, mais laissent de côté une grande partie des dépenses. Ainsi, les CBUMPP et CAQOS couvrent uniquement les molécules onéreuses et les dispositifs médicaux de la « liste en sus » (4,6 Md€ de dépenses en 2014) et les prescriptions hospitalières exécutées en ville de médicaments et de transports (6,3 Md€), dont les professionnels libéraux de santé considèrent qu'elles amputent anormalement l'ONDAM relatif aux soins de ville. La majorité des dépenses liées à des prescriptions effectuées à l'hôpital n'est ainsi soumise à aucun dispositif contractuel de régulation.

Par ailleurs, la mise en œuvre de certains types de contrats apparaît dénuée de toute impulsion forte. Ainsi, seuls 52 établissements ont été incités à passer des CAQOS en 2014 (contre 181 en 2011) ; en leur sein, seuls 32 ont effectivement conclu un tel contrat. Au cours de la même période, les prestations exécutées en ville, que les CAQOS ont pour objet de réguler, ont pourtant augmenté de +45 %.

Tableau n° 63 : diffusion des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation de soins relatifs aux produits de santé (2011-2014)

	2011	2012	2013	2014
Établissements ciblés	181	140	101	52
Contrats signés	24	75	48	32
Taux de contractualisation	13 %	54 %	48 %	62 %

Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS.

S'agissant des dispositifs contractuels généralisés à l'ensemble des établissements (CPOM, CBUMPP), les sanctions prévues ne sont que rarement appliquées. Ainsi en 2014 dans le cadre du contrôle de l'application des CBUMPP, seuls neuf établissements ont été tenus de décliner un plan d'action visant à corriger des écarts constatés en matière de prescription de molécules onéreuses. Le ministère des affaires sociales

et de la santé³²¹ a lui-même relevé « un essoufflement de l'implication [des ARS] dans la régulation de la « liste en sus », alors même que l'évolution des dépenses de ces produits justifie de maintenir une mobilisation nationale dynamique ».

Enfin, les engagements font l'objet d'un suivi à la périodicité très variable : évaluation annuelle (CPOM, CBUMPP), pluriannuelle avec un point annuel (CAQOS) ou à la discrétion des ARS (CAQCS).

Alors même qu'entre 2007 et 2014, les dépenses de prescriptions hospitalières ont crû de façon importante, les outils contractuels de régulation se sont ainsi démultipliés sans la vision stratégique nécessaire à un renforcement de leur efficacité. Portant sur des champs partiels de dépenses, peu diffusés, rarement sanctionnés et insuffisamment évalués, ils n'ont pas atteint les objectifs qui en étaient attendus.

2 - Un nouveau dispositif qui ne remédie que partiellement aux faiblesses constatées

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article 81) a créé le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES).

Conclu entre le directeur général de l'ARS, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le directeur de chaque établissement de santé, il a pour objet d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions et de favoriser une maîtrise accrue des dépenses d'assurance maladie. Il comporte un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations et, le cas échéant, un ou plusieurs volets additionnels avec les établissements ne respectant pas un ou plusieurs référentiels de qualité, de sécurité des soins ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie.

Ce contrat est conclu pour une durée indéterminée. En cas de refus par un établissement de conclure ce contrat ou l'un de ses volets, le directeur général de l'ARS peut prononcer une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires de base d'assurance maladie par l'établissement de santé³²² concerné.

³²¹ Réponse à la question parlementaire n° 55 dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

³²² En cas de refus de conclure les volets relatifs aux produits de santé, le directeur général de l'ARS peut choisir, à la place de cette sanction, de réduire de 30 % la part de la « liste en sus » prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Ce nouveau dispositif doit unifier dans un seul cadre les cinq dispositifs contractuels visant spécifiquement la maîtrise des prescriptions hospitalières³²³ et harmoniser les modalités de suivi des engagements de maîtrise des prescriptions des établissements de santé.

Cependant, les textes définissant leurs modalités de mise en œuvre restent encore à paraître. En l'état actuel de leur préparation, les CAQES viseraient principalement les dépenses correspondant à des prescriptions hospitalières exécutées en ville. S'agissant de celles réalisées à l'hôpital, qui concentrent pourtant une part prépondérante des enjeux financiers d'une régulation accrue des prescriptions (14,1 Md€ sur 24,7 Md€ en 2014), ils ne couvriraient pas les actes de biologie et d'imagerie.

En outre, pas plus que les contrats qu'ils ont pour objet de remplacer, les CAQES ne comporteraient de modalités d'association de la communauté médicale à leur élaboration, à leur suivi et à leur évaluation. Or, à défaut de recueillir l'engagement du corps médical des établissements, notamment par l'intermédiaire des commissions médicales d'établissement (CME) et de leur président, les médecins hospitaliers, bien que les premiers concernés, demeurent peu impliqués par des engagements pris par les seules directions d'établissements.

En définitive, ce nouveau dispositif de régulation des prescriptions hospitalières par la voie contractuelle simplifie certes le paysage des dispositifs administratifs, mais risque de manquer son objectif d'une régulation plus efficiente et plus efficace de ces prescriptions et des dépenses d'assurance maladie qui leur sont liées.

B - Des dispositifs de régulation qui ne responsabilisent pas les prescripteurs

Les différents contrats ont pour caractéristique commune de porter l'effort de régulation au niveau de la direction de l'établissement de santé. Les médecins, dont le comportement de prescription est peu connu et peu suivi à l'échelle individuelle, ne sont pas ou que peu impliqués. Alors que l'identification du prescripteur constitue une obligation légale³²⁴ et le préalable de toute démarche de responsabilisation, les outils mis en place à ce titre n'ont produit que des effets modestes, tout particulièrement pour les prescriptions intra-hospitalières.

³²³ Contrats de bon usage du médicament, des produits et des prestations, d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (pour le double volet produits de santé et transports), d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, d'amélioration des pratiques en établissements de santé et d'amélioration de la pertinence des soins.

³²⁴ Article L. 162-5-15 du code de la santé publique introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

1 - Un suivi individuel des prescripteurs aujourd'hui défaillant

Comme pour les professionnels libéraux de santé, les prescriptions hospitalières exécutées en ville doivent être identifiées par prescripteur³²⁵. L'application de cette obligation repose sur l'attribution d'un numéro d'inscription au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) à chaque praticien hospitalier et la diffusion des cartes de professionnel de santé au sein des établissements de santé, aujourd'hui généralisées. Elle a vocation à s'exercer le plus souvent via les logiciels de prescription informatisée déployés dans les établissements, bien que la prescription au format papier n'ait pas complètement disparu, à défaut d'une informatisation généralisée des services hospitaliers³²⁶.

Toutefois, l'identification individuelle des prescripteurs hospitaliers est peu répandue. En 2015, l'assurance maladie a ainsi conduit une étude³²⁷ sur un échantillon de près de 11,6 millions de décomptes de dépenses correspondant à des prescriptions de médicaments, transports et arrêts de travail, émises par des prescripteurs hospitaliers. Il en est ressorti que le taux de prescriptions comportant le numéro d'inscription au RPPS était de 5,3 % pour les médicaments, 2,4 % pour les arrêts de travail et 0,3 % pour les transports. De fait, selon l'ARS Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes, le prescripteur n'est pas systématiquement identifié sur les prescriptions médicales de transport sous forme papier, ce qui limite les possibilités de suivi et d'action des établissements (dans le cadre de l'application des CAQOS).

S'agissant des prescriptions hospitalières réalisées à l'hôpital, les établissements interrogés par la Cour ont indiqué ne pas relier les prescriptions aux prescripteurs.

³²⁵ Plusieurs textes sont venus entre 2009 et 2010 décliner la méthode utilisée pour permettre cette identification. Elle se matérialise aujourd'hui par la saisie systématique du numéro RPPS sur les supports de prescription à l'aide de la carte de professionnelle de santé.

³²⁶ Voir le chapitre VIII du présent rapport : la modernisation des systèmes d'information hospitaliers : une contribution à l'efficacité du système de soins à renforcer.

³²⁷ Suivi des prescriptions hospitalières exécutées et délivrées en ville (CNAMTS, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, données extraites du SNIIRAM, avril 2015). Depuis cette étude et dans le cadre du plan ONDAM, la CNAMTS a renforcé son suivi du taux de prescriptions hospitalières comportant le numéro RPPS en mettant en place un indicateur mensuel.

Ainsi, les centres hospitaliers de Vichy, Perpignan, Mulhouse et Belfort-Montbéliard précisent que malgré une prescription largement informatisée (entre 80 % et 95 % pour ces établissements), aucune identification du prescripteur n'est réalisée. Malgré les possibilités techniques de mise en œuvre de requête par praticien, seul le comportement de prescription d'un service ou d'une unité fonctionnelle est analysé sous l'angle du contrôle de gestion interne.

Pour les centres hospitaliers du Mans ou de Bourges dont les prescriptions sont très largement informatisées, ces dernières sont identifiées par service ou par unité fonctionnelle. Une analyse plus poussée par prescripteur est possible sur un plan technique, pour les seules prescriptions de médicaments, mais nécessite des extractions informatiques spécifiques dans les logiciels de suivi des consommations pharmaceutiques ou dans le dossier patient informatisé. Il n'est cependant pas recouru à ces possibilités. Pour les prescriptions de biologie et d'imagerie réalisées au sein des établissements, aucune extraction n'est possible car elles sont effectuées en fonction non d'un prescripteur identifié, mais de son service ou de son unité fonctionnelle de rattachement.

La difficulté à produire une analyse individuelle par médecin du comportement de prescription procède ainsi de facteurs purement organisationnels, en particulier l'absence de saisie du numéro RPPS du prescripteur dans les logiciels de prescription. Aucun n'est insurmontable. Ces défaillances attestent en réalité de l'absence de priorité donnée au suivi de ces dépenses.

Il est vrai par ailleurs que les prescriptions réalisées par des internes, exerçant par délégation d'un praticien sénior, soulèvent également la question de l'imputation de cette activité. La validation par le praticien délégataire des prescriptions des internes (« séniorisation ») a en tout état de cause une incidence favorable sur la maîtrise des prescriptions.

La séniorisation des prescriptions : une incidence favorable sur leur pertinence

La séniorisation d'une prescription hospitalière consiste en ce qu'un praticien disposant de la plénitude d'exercice³²⁸ valide une proposition de prescription par un prescripteur délégué. Les enquêtes, en France comme à l'étranger, qui en ont analysé l'impact économique, ont toutes démontré son impact significatif sur les volumes de prescriptions hospitalières de médicaments, d'actes d'imagerie et d'actes de biologie, sous l'effet d'une meilleure adéquation des prescriptions aux besoins des patients.

À titre d'illustration, une étude publiée dans la Revue française de médecine d'urgence en 2011³²⁹ a analysé le nombre d'examens d'hémostase prescrits sur 3 ans au sein du service d'accueil d'urgences (SAU) de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP). Cette étude rétrospective a été menée avant et après l'instauration de la séniorisation des demandes de bilans d'hémostase, par une feuille de rappel des bonnes indications de prescription. Le nombre de passages aux urgences a également été colligé. Durant ces trois années, alors que le nombre de passages aux urgences a crû de 5 %, le nombre d'examens d'hémostase prescrits a baissé de 53 %. Le ratio du nombre d'examens d'hémostase sur le nombre de passages est passé de 0,43 à 0,19, ce qui correspond à une économie de 75 000 euros en année pleine pour ce seul type d'examen au sein du SAU de l'hôpital³³⁰. Rapportée aux 18,4 millions³³¹ de passages par an dans les SAU de France, la diminution de la prescription de bilans d'hémostase pourrait conduire à une économie de 16,6 M€ au plan national.

³²⁸ Les trois conditions cumulatives d'exercice sont définies par l'article L.356 du code de la santé publique. Par exemple, pour un médecin, il s'agit d'être titulaire d'un doctorat en médecine, d'être de nationalité française ou ressortissant de l'un des États membres de l'Union européenne et d'être inscrit à l'ordre des médecins.

³²⁹ P. Bonnet, C. Devilliers, K. Saidi, P. Hausfater, P. Niclot, P. Ray, B. Riou. (2011). Impact de la séniorisation et du rappel des bonnes indications sur la prescription d'examens d'hémostase aux urgences pour adultes. Annales françaises de médecine d'urgence. Volume 1, pp 163-169.

³³⁰ Selon les données communiquées par l'AP-HP, le SAU de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière a enregistré près de 83 000 passages en 2011.

³³¹ DREES, Statistique d'activité des établissements (SAE) données 2014.

2 - L'absence de contrôles individuels de la pertinence des prescriptions

Les contrôles exercés à l'hôpital sur la pertinence de la prescription sont peu fréquents et ont systématiquement une dimension collective, qui porte la question des pratiques médicales au niveau global de l'établissement. C'est le cas des contrôles de l'utilisation des molécules onéreuses effectués par les ARS dans le cadre des CBUMPP, dont le nombre et la portée restent modestes³³² ou des contrôles externes de la tarification à l'activité (T2A).

En effet, tout établissement de santé dont l'activité est soumise à la tarification à l'activité peut être contrôlé au regard de la correcte mise en œuvre des mécanismes de la T2A et notamment de la pertinence du codage des pathologies prises en charge. Les praticiens conseils de l'assurance maladie effectuent ce contrôle en lien avec la direction de l'établissement et le médecin responsable en son sein du département de l'information médicale. Les prescripteurs ne sont que très exceptionnellement rencontrés lors de ces contrôles et seuls les établissements sont sanctionnés.

Par ailleurs, le service du contrôle médical anime ou participe à des campagnes d'informations. Ces visites sont nombreuses et parfois ciblées sur des comportements de prescriptions atypiques relevés au titre des prescriptions hospitalières exécutées en ville. Elles présentent une utilité reconnue par leurs destinataires, mais ont uniquement un but pédagogique.

L'action du contrôle médical dans les établissements de santé

Les médecins conseil du contrôle médical et les délégués de la CNAMTS conduisent régulièrement des actions de sensibilisation à la pertinence des prescriptions hospitalières exécutées en ville. Ces actions, indépendantes du suivi des CAQOS, sont notamment effectuées auprès des présidents de commission médicale d'établissement et des praticiens. En 2014, 11 676 visites ont été réalisées. Les établissements rencontrés par la Cour ont témoigné de la réalité et de l'intérêt de ces actions.

³³² À titre d'exemple pour l'année 2013, 1 316 établissements ont signé des CBUMPP, mais seuls 100 établissements ont fait l'objet d'un contrôle des ARS et 9 seulement se sont vus contraints d'élaborer un plan d'action visant à corriger les dysfonctionnements relevés (source : DGOS).

Les échanges se fondent sur des profils d'établissements établis par la CNAMTS, qui permettent de connaître la répartition des prescriptions exécutées en ville par montant remboursé pour l'établissement. Cette situation est comparée à la moyenne des dépenses réalisées par des établissements de taille comparable. Les profils indiquent notamment la répartition des prescriptions exécutées en ville par classe thérapeutique et les prescriptions réalisées en libéral par les praticiens de l'établissement.

Pour 2015, les actions mises en œuvre ont porté en priorité sur la prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques, la prescription en dénomination commune internationale³³³, le recours aux médicaments biosimilaires permettant de diminuer les dépenses relatives à des prescriptions de spécialités et le développement des objectifs qualitatifs, dont la bonne identification du prescripteur sur les ordonnances.

Depuis 2015, les établissements sont également sélectionnés en fonction du volume et du montant de leurs prescriptions exécutées en ville. Ces nouvelles modalités doivent permettre à l'assurance maladie de convenir d'engagements avec des établissements qui ne font pas apparaître de progression particulièrement élevée, mais qui ont une forte activité de prescription.

Tant les contrôles que les dispositifs contractuels restent ainsi essentiellement ciblés sur le comportement de prescription à l'échelle de l'établissement. Le suivi de l'activité de prescription à l'échelon du prescripteur individuel apparaît aujourd'hui négligé.

III - Mieux responsabiliser les prescripteurs hospitaliers

Le poids croissant des dépenses d'assurance maladie liées aux prescriptions hospitalières doit désormais conduire à mettre en place des actions plus déterminées dans un cadre contractuel rénové. Il importe ainsi non seulement de mieux accompagner les médecins dans leurs pratiques, mais aussi de mieux suivre et analyser leur comportement individuel de prescription.

³³³ Élaborée par l'Organisation mondiale de santé, elle permet d'identifier le médicament par le nom de sa substance active en lieu et place de sa marque commerciale. Une même molécule peut en effet être distribuée sous différents noms par un même laboratoire.

A - Favoriser la juste prescription

La médecine hospitalière est par définition pluridisciplinaire. Les cliniciens ont la responsabilité vis-à-vis des patients d'établir un diagnostic, de préconiser un traitement et d'organiser la mise en œuvre des soins sur la base entre autres d'avis de praticiens spécialistes et de l'ensemble des responsables médico-techniques (imagerie, biologie, bloc opératoire, endoscopie, etc.). La gestion de cette complexité, accentuée par les avancées du progrès médical, rend nécessaire la mise en place de dispositifs d'appui aux prescripteurs, une adaptation des recommandations de bonnes pratiques au contexte hospitalier et une meilleure prise en compte des objectifs de maîtrise des prescriptions dans le fonctionnement courant de l'hôpital.

1 - Généraliser les logiciels d'aide à la prescription

La prescription à l'hôpital fait intervenir de nombreux outils qui visent à conjuguer plusieurs logiques : la pluridisciplinarité de l'acte de prescription, sa dimension médico-économique et la gestion des risques liés à la prise en charge des patients. Les logiciels d'aide à la prescription³³⁴ constituent des outils centraux dans ce processus.

La loi de renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé du 29 décembre 2011 a rendu obligatoire la certification des logiciels d'aide à la prescription à compter du 1^{er} janvier 2015. Applicable aux logiciels de prescription à usage hospitalier, elle doit permettre d'améliorer la sécurité des pratiques en diminuant les risques iatrogènes, d'accroître l'efficacité de la prescription et de diminuer le coût du traitement à qualité égale.

L'ensemble des établissements et des prescripteurs interrogés par la Cour reconnaissent que ces dispositifs sont de nature à améliorer notamment la maîtrise des prescriptions hospitalières, en apportant au médecin la bonne information au bon moment. Le praticien dispose en effet, au moment même de son acte de prescription, de l'ensemble des informations lui permettant de faire le choix le plus opportun sur le plan médical en fonction de l'état de l'art et le plus pertinent sur le plan économique, en évitant les redondances d'actes.

³³⁴ Le secteur industriel de l'informatique hospitalière présente une forte diversité : 288 entreprises sont inscrites au répertoire des éditeurs de logiciels et des intégrateurs du monde de la santé (RELIMS) et ont déclaré 806 logiciels disponibles sur le marché français, touchant à l'ensemble de l'activité hospitalière, dont l'aide à la prescription. Le nombre d'entreprises a progressé de 7 % par rapport à 2015 et celui des logiciels de 5 % (source : Atlas des SIH 2016).

Cependant, seuls 59 logiciels seraient certifiés à terme, ce qui ne couvrirait que 70 % des lits d'hospitalisation de court séjour³³⁵. Une couverture complète est en effet conditionnée par l'achèvement du déploiement, aujourd'hui encore en cours, de l'informatisation des dossiers patient et de la prescription. Comme l'analyse la Cour dans le cadre du présent rapport³³⁶, ce déploiement est appelé à s'accélérer dans le cadre du programme « Hôpital numérique ». Le recours systématique à la prescription électronique devra impérativement prendre en compte la nécessité de renforcer la traçabilité des prescriptions, qu'elles soient exécutées en ville ou à l'hôpital.

2 - Adapter les recommandations de bonnes pratiques à la pratique hospitalière

L'individualisation du suivi des prescriptions a pour objet d'identifier des comportements individuels atypiques au regard de référentiels validés et partagés par l'ensemble de la communauté médicale. C'est tout l'enjeu des recommandations de bonnes pratiques que de constituer un ensemble homogène adapté à l'exercice de la médecine hospitalière.

Pourtant, la plupart des recommandations de bonnes pratiques est orientée vers une pathologie dans une spécialité médicale donnée. Cette situation a pour effet une relative inadaptation à la médecine hospitalière, très souvent pluridisciplinaire. Les établissements sont dès lors contraints de pallier ce défaut par la réécriture de recommandations de bonnes pratiques sous la forme de protocoles internes. Cette tâche, bien que pédagogique pour les équipes, est consommatrice en temps médical et soignant.

De plus, les recommandations de bonnes pratiques doivent être facilement accessibles aux praticiens, au moment même de l'acte de prescription, dans un format adapté et récent, ce qui n'est aujourd'hui que très partiellement le cas. Afin de mieux répondre à cette exigence, la Haute Autorité de santé œuvre à l'adaptation de son offre documentaire.

³³⁵ Selon les données de la Haute Autorité de santé.

³³⁶ Voir le chapitre VIII du présent rapport : la modernisation des systèmes d'information hospitaliers : une contribution à l'efficacité du système de soins à renforcer.

Si la mise d'outils à la disposition des praticiens peut permettre d'améliorer la qualité de la prescription, plusieurs expériences ont montré que cela reste insuffisant. En effet, la dynamique de juste prescription semble d'autant mieux s'opérer au sein d'un établissement qu'elle est partagée par l'ensemble de l'institution.

L'exemple de l'hôpital Saint-Joseph et Saint-Luc à Lyon

L'hôpital Saint-Joseph et Saint-Luc à Lyon (établissement de santé privé d'intérêt collectif) a engagé en 2014, dans le cadre de son contrat de retour à l'équilibre financier, une politique de juste prescription en matière de biologie médicale. Cette démarche s'est appuyée au départ sur des travaux de thèse³³⁷ ayant permis d'identifier les prescriptions non conformes aux recommandations de bonnes pratiques et donnant lieu à des atypies ou à des incohérences de prescription. Elle s'étend aussi à l'identification de prescriptions inadéquates, associant plusieurs dosages de façon incohérente dans la même prescription. Les travaux ainsi menés ont permis de confirmer la proportion élevée d'examens de biologie non justifiés par l'état clinique du patient. En particulier, la recherche de certains paramètres biochimiques n'est pas toujours justifiée. Ainsi, en matière de bilan de coagulation, les prescriptions n'étaient justifiées que dans moins de la moitié des cas.

Compte tenu de ces résultats, l'établissement a mené un plan d'actions en collaboration avec les cliniciens, le laboratoire de biologie et le service informatique (formation des soignants, diffusion d'algorithmes de décision à destination des internes, optimisation de l'outil informatique et renforcement du lien clinicien-biologiste-gestionnaire). En outre, une commission pluridisciplinaire de la juste prescription a été mise en place au sein de l'établissement. Entre 2014 et 2015, le laboratoire de l'hôpital a pu absorber, à ressources identiques, une croissance de son activité de 8 % et une augmentation des prix de 2 % par an (du fait notamment de l'évolution des coûts en réactifs).

³³⁷ Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en pharmacie, mémoire du DES de biologie médicale, S. Zaepfel, février 2015.

3 - Intégrer la maîtrise des prescriptions dans le fonctionnement courant de l'hôpital

Certains hôpitaux ont intégré à leur politique d'établissement l'objectif d'aider les praticiens à « prescrire juste ». Ces expériences montrent qu'il constitue pour l'ensemble des acteurs hospitaliers le creuset d'une dynamique interne favorable.

La réflexion relative à la juste prescription s'est ainsi structurée pour la première fois en 2005 à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), en lien direct avec la réforme de la T2A et la création des CBUMPP. L'établissement a alors mis en place un comité de juste prescription, ainsi qu'un portail internet visant à diffuser des référentiels³³⁸ établis au sein de l'institution.

Deux exemples des démarches engagées par l'AP-HP pour favoriser la juste prescription

Une équipe d'urgentistes³³⁹ a montré que la mise en place de procédures visant à améliorer la pertinence des demandes d'examens biologiques aide à diminuer à la fois les coûts liés à des examens inutiles et le temps de passage aux urgences. Les baisses en volume constatées sur une période de 11 mois sont significatives : -33 % pour le dosage de la troponine, -47 % pour le dosage de la myoglobine ou -53 % pour le dosage des D-Dimères. Par ailleurs, le temps de passage aux urgences a été réduit.

³³⁸ Les sources d'informations prises en compte pour l'élaboration des documents disponibles sur le site sont principalement les autorisations de mise sur le marché et leurs résumés des caractéristiques du produit, les avis des commissions de la transparence, les recommandations et les alertes sanitaires de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et de l'*European agency for the evaluation of medicinal products* (EMA), les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), les conférences de consensus, les recommandations des sociétés savantes, les informations figurant sur le site ORPHANET notamment pour les réseaux de prise en charge des maladies rares, les bases de données bibliographiques, principalement MEDLINE et les référentiels de bon usage nationaux (RBU) et leurs mises à jour.

³³⁹ C. Zanker, A. Bezeaud, M.-C. Guimont, M.-H. Denninger, N. Breaud, S. Beaune, L. Lavagna, P. Juvin. Évaluer la juste prescription des examens biologiques dans un service d'urgence. (2007). *Journal Européen des Urgences* Vol. 20, pp. 14-15.

Une équipe spécialisée en hématologie³⁴⁰ a montré pour sa part qu'une organisation pluridisciplinaire, reposant sur une ordonnance validée en concertation entre le clinicien, l'hématobiologiste et le pharmacien, permettait de réduire de 52 % la consommation de danaparoïde sodique.

D'autres établissements ont développé des approches similaires, comme le centre hospitalier d'Annecy-Genevois ou celui de Vichy. Des groupes de travail spécifiques à la question de la juste prescription se sont constitués. Les analyses biologiques onéreuses y ont ainsi donné lieu, entre autres exemples, à de premiers travaux visant à améliorer la pertinence des prescriptions.

Les démarches réussies en matière de juste prescription se sont toutes appuyées sur un groupe de travail interne, spécialement consacré à cette question. La loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, patients, santé et territoires » a confié à la commission médicale d'établissement (CME) et au directeur la responsabilité d'organiser l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. C'est dans ce cadre que la constitution au sein des établissements de santé d'un groupe de travail en charge de la juste prescription devrait être systématiquement prévue.

Au-delà des travaux internes sur la juste prescription, des évolutions des modalités de financement de certaines dépenses peuvent être nécessaires à une implication effective des établissements dans la maîtrise des dépenses.

La nécessaire implication des établissements hospitaliers dans la régulation des dépenses de transports sanitaires

Les établissements sanitaires constituent l'essentiel des points de départ ou de destination des trajets et concentrent une part prépondérante des prescriptions de transports sanitaires.

Les CAQOS constituent le principal levier de la régulation de ces dépenses par l'assurance maladie. Cependant, devant leurs faiblesses (voir *supra*), la CNAMTS a souhaité accompagner ces contrats d'actions de sensibilisation renforcées auprès des prescripteurs, de projets de simplification ainsi que de modifications des processus de prescription, de commande des transports et de régulation en direction des patients.

³⁴⁰ E. Verdy, I. Debrix, A. Benomar, A. Becker, A. Flahault. Impact d'une organisation pluridisciplinaire pour la « juste prescription » du danaparoïde sodique en cas de suspicion de thrombopénie immuno-allergique à l'héparine, La Presse Médicale, Vol. 36, pp. 786-793, 2007.

Les établissements sanitaires prennent en charge sur leurs budgets uniquement leurs transports internes, les transports de patients à l'extérieur des établissements étant à la charge de l'assurance maladie. Comme l'a recommandé la Cour³⁴¹, il conviendrait de transférer sur leur budget la dépense de transports qu'ils initient afin de mettre sous contrainte d'enveloppe la prescription, l'organisation et la gestion de cette dépense en termes de commande publique.

À cet égard, les expérimentations de plateformes de transport intégrées au sein des établissements avec le soutien de l'assurance maladie ont fait apparaître une meilleure adéquation entre la demande de transport par l'établissement et la prise en charge des patients.

Dans la dynamique des groupements hospitaliers de territoire et la constitution de parcours de soins inter-établissements, les dépenses de transports sanitaires vont continuer à croître. Le développement de l'activité ambulatoire concourra également à cette croissance. Dès lors, comme l'a recommandé la Cour³⁴², un système d'enveloppe financière permettrait de rendre plus efficaces, dans l'intérêt des patients, les prescriptions de transports sanitaires.

B - Mettre en place un suivi individualisé des prescripteurs hospitaliers

À l'hôpital, encore aujourd'hui, l'auteur d'une prescription hospitalière reste souvent anonyme. Cette situation n'est pas de nature à responsabiliser les praticiens, ni à faciliter leurs échanges mutuels ou avec d'autres professionnels de santé.

1 - Individualiser le suivi des prescripteurs

Si l'identification individuelle des prescripteurs est généralisée en ville, elle reste très lacunaire à l'hôpital (voir *supra*). Pourtant, comme indiqué, sous réserve d'une informatisation à poursuivre dans les

³⁴¹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XI : les transports de patients à la charge de l'assurance maladie, p. 309-338, septembre 2012, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

³⁴² *Idem*.

établissements, aucun obstacle technique n'est de nature à empêcher le suivi individuel des prescriptions à l'hôpital.

Cette identification permettrait d'accroître le niveau de connaissance par les établissements, les ARS et les caisses d'assurance maladie des atypies de prescriptions et des écarts par rapport aux recommandations de bonnes pratiques de façon beaucoup plus précise. Le caractère collectif des actuels contrôles au titre de la T2A, qui s'avèrent responsabilisants pour les seuls établissements, sans engager réellement les prescripteurs, pourrait ainsi être atténué par une approche plus fine. Les engagements contractualisés entre les établissements et leurs autorités de tutelle pourraient être mieux ciblés et les actions entreprises suivies le cas échéant à l'échelon individuel.

Cependant, la réussite de l'individualisation du suivi gagnerait à s'inscrire au premier chef d'abord dans le cadre du contrôle de gestion interne des établissements, par le biais de leurs départements de l'information médicale et des CME. Ces dernières devraient plus complètement assurer leur responsabilité devant des comportements individuels atypiques et engager un dialogue entre le prescripteur concerné et ses pairs, de manière à l'aider à modifier durablement sa pratique. La mise en place systématique d'un comité de juste prescription comme instance collégiale, émanation de la CME, permettrait en ce sens de formaliser et de diffuser les procédures internes nécessaires à une pertinence accrue des prescriptions.

2 - Favoriser la substitution d'actes plus pertinents

Depuis 1999, le législateur a autorisé de façon très progressive et différenciée les radiologues et biologistes à substituer d'autres actes à tout ou partie du contenu d'une prescription médicale réalisée par un clinicien. Cette capacité de substitution, peu mise en œuvre, constitue elle aussi un moyen d'accroître l'implication des professionnels médicaux par une pluridisciplinarité accrue.

En effet, en matière d'imagerie, le radiologue dispose d'une réelle compétence pour pouvoir contrôler l'opportunité et la nature de l'examen, prendre en compte la pathologie du patient, les ressources techniques dont il dispose et la balance des risques et des bénéfices à en attendre. Les prescriptions d'imagerie, rédigées dans la plupart des cas par unités fonctionnelles, ne lui permettent cependant pas d'identifier rapidement le clinicien prescripteur et ainsi de rediscuter des indications d'un acte d'imagerie.

En matière de biologie médicale, l'évolution scientifique rapide de l'ensemble des domaines de cette discipline ne permet pas au seul clinicien d'avoir une maîtrise satisfaisante de l'ensemble des choix possibles au regard de l'objectif recherché³⁴³. Aussi le biologiste médical a-t-il la possibilité, lorsqu'il l'estime approprié, de réaliser des examens autres que ceux figurant sur la prescription, ou de ne pas réaliser tous les examens qui y figurent³⁴⁴. Les modifications sont proposées au prescripteur. Si ce dernier les refuse, les examens sont réalisés conformément à la prescription. Une connaissance précise du prescripteur est ainsi indispensable.

C - Utiliser plus efficacement le levier contractuel

La politique nationale de régulation des prescriptions hospitalières a montré de nombreuses limites. Les prescriptions hospitalières ne sont pas suffisamment maîtrisées et le dispositif de régulation manque de lisibilité pour les prescripteurs. Les nouveaux contrats visent à apporter une approche plus cohérente en intégrant la notion de pertinence. Cependant, les enseignements des précédents dispositifs montrent que l'atteinte effective des objectifs attendus passe par des pénalisations dissuasives et systématiques de nature à favoriser une mobilisation effective des communautés hospitalières.

³⁴³ Constat dressé dans le rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale modifiant l'article L. 6211-8 du code de la santé publique.

³⁴⁴ Ordonnance précitée.

1 - Engager non seulement l'établissement, mais aussi sa communauté médicale

Les nouveaux contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) visent à rendre plus lisible la politique de maîtrise des prescriptions hospitalières. Cependant, ils ne comportent pas d'engagement formel de la communauté médicale.

La commission médicale d'établissement, du fait même de ses missions, pourrait constituer un lieu privilégié de discussion, de diffusion et de suivi des engagements contractuels formalisés par les établissements. De fait, l'implication *ab initio* du corps médical est une condition indispensable à une maîtrise accrue des prescriptions hospitalières. L'engagement formel des présidents de CME devrait ainsi être rendu systématique, en les rendant cosignataires avec les directeurs des nouveaux contrats.

Par ailleurs, les mutualisations en cours entre établissements publics de santé, en application de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, devraient inciter à placer cette contractualisation à un niveau inter-établissements chaque fois que cela est pertinent. Ainsi, dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT), les projets médicaux de territoire devraient constituer le support d'une politique médicale de juste prescription, qui viendrait décliner les actions de maîtrise des prescriptions contractualisées avec les autorités de tutelle. La mutualisation prévue des départements de l'information médicale dans le cadre des GHT devrait faciliter la mise en œuvre d'une telle approche.

2 - Élargir et rendre plus contraignants les mécanismes de régulation

Le périmètre de la politique de maîtrise des prescriptions hospitalières devrait être étendu aux prescriptions réalisées à l'hôpital, qui représentent une part majoritaire des dépenses d'assurance maladie liées à des prescriptions hospitalières.

Ces dépenses seront en effet conduites, au cours des années à venir, à encore progresser, en particulier sous le double mouvement de sorties importantes de médicaments de la « liste en sus », cause d'aggravation des charges directes des hôpitaux, et d'intégration à cette même liste de nouveaux médicaments très coûteux, facteur d'alourdissement de celles de l'assurance maladie. La situation actuelle, consistant à faire porter les contrats quasi-exclusivement sur les seules dépenses exécutées en ville à la charge directe de l'assurance maladie, apparaît inadaptée à ces enjeux.

En tout état de cause, l'absence de respect de ses engagements par un établissement devrait être sanctionnée systématiquement sous la forme d'une minoration tarifaire. Eu égard au poids grandissant des prescriptions hospitalières dans l'ONDAM hospitalier, le coefficient prudentiel³⁴⁵ prévu à l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale, qui a aujourd'hui un caractère homogène pour l'ensemble des établissements, pourrait être différencié à cet effet. Les tarifs seraient alors modulés en fonction des données relatives aux dépenses liées aux prescriptions hospitalières réalisées à l'hôpital et en ville.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le mécanisme de régulation des prescriptions hospitalières est aujourd'hui en cours de redéfinition. Jusque-là constitué d'un nombre croissant de contrats obéissant à des logiques hétérogènes, il est appelé à s'unifier dans le cadre d'un seul dispositif contractuel venant remplacer la plupart de ceux en vigueur.

Cette nouvelle approche vise à donner plus de lisibilité et d'efficacité à l'action publique. Cependant, en l'état, elle ne remédie que partiellement aux faiblesses des contrats existants. En particulier, il n'est pas prévu que le nouveau contrat comporte des modalités à même d'impliquer activement et directement dans sa mise en œuvre les prescripteurs eux-mêmes. Par ailleurs, il devrait viser principalement les prescriptions hospitalières exécutées en ville et omettre une partie de celles réalisées à l'hôpital.

Or, les dépenses relatives aux prescriptions hospitalières réalisées à l'hôpital représentent une part prépondérante des dépenses d'assurance maladie liées à des prescriptions hospitalières (14,1 Md€ sur 24,7 Md€ en 2014).

L'engagement contractualisé de la communauté médicale de favoriser une juste prescription apparaît comme une condition sine qua non pour la mise en œuvre d'une maîtrise des prescriptions par la qualité et la sécurité des soins. L'élaboration et la diffusion de référentiels de bonnes pratiques adaptés à l'exercice hospitalier constituent à cet égard une nécessité.

³⁴⁵ Le coefficient prudentiel vise à garantir le respect de l'ONDAM voté par le Parlement, par un mécanisme de mise en réserve qui complète le gel prudentiel de certaines dotations (MIGAC, FIR). Mis en place en 2013 pour le secteur « médecine, chirurgie, obstétrique », le montant en réserve équivaut à l'application d'un effet minorant de -0,5 % sur l'ensemble des tarifs (chiffre 2016).

Cette action n'aura cependant son plein effet que si elle est accompagnée d'un suivi individuel des prescripteurs et d'une analyse de leurs comportements de prescription. Il est profondément anormal à cet égard de constater que l'utilisation effective du numéro d'inscription au RPPS reste l'exception, alors que tous les médecins hospitaliers y sont identifiés depuis plusieurs années et que cette utilisation revêt un caractère obligatoire.

Si la mobilisation à réussir est ainsi impérativement celle du corps médical, à la fois collectivement et individuellement, bien plus que celle des équipes administratives des établissements comme cela a été jusqu'à maintenant essentiellement le cas, elle n'aura d'impact dans la durée que si un mécanisme effectif et automatique de pénalisation tarifaire de l'établissement vient sanctionner l'absence d'atteinte des objectifs fixés.

La Cour rappelle les recommandations sectorielles relatives à la pertinence des prescriptions d'actes de biologie médicale et d'imagerie médicale qu'elle a émises dans le cadre de précédentes communications³⁴⁶ :

- au sein des établissements hospitaliers, définir un objectif de réduction de 10 à 15 % du volume d'actes de biologie médicale à champ constant, dans le cadre de la mise en œuvre de la prescription informatiquement connectée entre professionnels et d'actions de maîtrise de la prescription ;

- mettre en œuvre, sur la base de référentiels et d'études médico-économiques élaborés par la Haute Autorité de santé, des actions de gestion du risque coordonnées entre le ministère chargé de la santé, les ARS et les caisses d'assurance maladie portant sur l'ensemble des techniques d'imagerie médicale.

³⁴⁶ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre XIII : Les dépenses de biologie médicale, p. 365-392, septembre 2013, La Documentation française, et *Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*, L'imagerie médicale, avril 2016, disponibles sur www.ccomptes.fr.

Elle formule en outre les recommandations suivantes :

- 27. améliorer le suivi annuel des dépenses d'imagerie et de biologie dans les établissements de santé par la mise en place d'une enquête spécifique pilotée par l'ATIH ;*
 - 28. conditionner à l'identification individuelle des prescripteurs l'exécution des prescriptions émises en établissement et effectuées en ville comme réalisées à l'hôpital ;*
 - 29. élaborer et diffuser des référentiels de bonnes pratiques adaptés à l'exercice hospitalier ;*
 - 30. inclure dans les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins l'ensemble des prescriptions médicales, exécutées en ville comme réalisées à l'hôpital et en rendre co-signataire avec le directeur de l'établissement, le président de la commission médicale d'établissement ;*
 - 31. mettre en œuvre un dispositif de minoration tarifaire se déclenchant automatiquement en cas de non-respect des objectifs contractuels de maîtrise des prescriptions.*
-