

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 31 juillet 2023 modifiant l'arrêté du 8 décembre 2020 relatif à la procédure d'accord préalable pour bénéficier de la prise en charge de la spécialité REPATHA® (évolocumab)

NOR : SPRS2314045A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-17, L. 315-2 et R. 315-14 à R. 315-16 ;

Vu l'arrêté du 8 décembre 2020 relatif à la procédure d'accord préalable pour bénéficier de la prise en charge de la spécialité REPATHA® (évolocumab), publié au *Journal officiel* de la République française du 10 décembre 2020 ;

Vu les avis de la commission de la transparence du 8 décembre 2021 relatif à la réévaluation de la spécialité REPATHA® et du 6 avril 2022 relatif à l'extension d'indication de la spécialité REPATHA®, communiqués à la société AMGEN FRANCE en application de l'article R. 163-16 du code de la sécurité sociale et consultables sur le site de la Haute Autorité de santé ;

Vu l'arrêté du 7 avril 2023 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, relatif à une modification des conditions d'inscription de REPATHA® sur cette liste (modifié par l'arrêté du 12 juin 2023) et publié au *Journal officiel* de la République française du 18 avril 2023 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 20 juillet 2023 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 13 juillet 2023 ;

Vu la lettre d'intention du 24 mai 2023 adressée à l'entreprise concernée en application de l'article R. 163-13 du code de la sécurité sociale et les observations en réponse de cette société en date du 1^{er} juin 2023 ;

Considérant qu'en accord avec les avis susmentionnés de la commission de la transparence du 8 décembre 2021 et du 6 avril 2022 – que les ministres compétents ont décidé de suivre – l'arrêté susvisé du 7 avril 2023 modifié par l'arrêté du 12 juin 2023 a étendu la prise en charge des diverses présentations de REPATHA®, au titre de la liste des spécialités remboursables, aux indications thérapeutiques suivantes :

En cas de contre-indication ou d'intolérance aux statines et/ou l'ézétimibe chez :

- les patients adultes présentant une hypercholestérolémie familiale hétérozygote, insuffisamment contrôlée par un traitement optimisé et nécessitant un traitement par LDL-aphérèse ;

- les patients adultes présentant une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse établie par un antécédent d'IDM, d'AVC non hémorragique et/ou d'AOMI symptomatique (prévention secondaire), et non contrôlés (LDL-c $\geq$ 0,7 g/L) ;

En association à un traitement hypolipémiant optimisé ou seul en cas de contre-indication ou d'intolérance avérée à la fois aux statines et à l'ézétimibe :

- chez les enfants et adolescents à partir de 10 ans présentant une hypercholestérolémie familiale hétérozygote (HFHe), insuffisamment contrôlée (LDL-c $>$ 1,30 g/L) par un traitement oral maximal toléré, en complément d'un régime alimentaire :

- en association à un traitement hypolipémiant optimisé ;

- ou en monothérapie en cas de contre-indication ou d'intolérance avérée à la fois aux statines et à l'ézétimibe ;

- chez les enfants et adolescents à partir de 10 ans, présentant une hypercholestérolémie familiale homozygote (HFHo) en association avec d'autres thérapies hypolipémiantes ;

Considérant que les indications précitées de la spécialité REPATHA® – dont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) réserve la prescription initiale aux spécialistes en cardiologie, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques, neurologie, médecine vasculaire ou médecine interne – relèvent pour leur prise en charge, en application de l'article R. 163-2 (3^e alinéa) du code de la sécurité sociale et de l'arrêté susvisé du 26 juillet 2022, du régime du « médicament d'exception » et de la fiche d'information thérapeutique correspondante, en raison du caractère particulièrement coûteux de ce médicament et de l'existence d'indications thérapeutiques précises plus restreintes que celles résultant de l'AMM ;

Considérant qu'en application des articles L. 315-2 (II) et R. 315-14 à R. 315-16 du code de la sécurité sociale, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, mentionné au dernier alinéa du II dudit

article L. 315-2, peut subordonner le bénéfice d'une prestation à l'accord préalable du service du contrôle médical lorsque, notamment, sa nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical, notamment lorsqu'il existe un risque, prévisible ou avéré, de non-respect des indications ouvrant droit à la prise en charge ou de mésusage, ou lorsque la prestation, à titre unitaire ou compte-tenu de son volume global, a de manière prévisible ou constatée un caractère particulièrement coûteux pour l'assurance maladie ;

Considérant qu'il ressort des éléments précédents que la situation de la spécialité REPATHA®, y compris s'agissant des extensions d'indications rappelées, correspond à plusieurs des critères prévus par l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale (indications remboursables restreintes, condition de prescription initiale par certains spécialistes, risques de non-respect d'indications remboursables limitées, risques prévisibles de mésusage – notamment identifiés par l'avis susvisé de la commission du 8 décembre 2021 - chez des populations de patients non éligibles à cette prise en charge, coût unitaire et global élevé pour l'assurance maladie, a fortiori au regard de la prise en charge des extensions d'indications considérées) ;

Considérant que, dans un objectif d'efficience des dépenses d'assurance maladie, il convient en conséquence, sur le fondement des articles L. 315-2 (II) et R. 315-14 à R. 315-16 du code de la sécurité sociale, de subordonner également la prise en charge, au titre de la liste des spécialités remboursables, des extensions d'indications susvisées de REPATHA®, sous ses diverses présentations, à l'accord préalable du service du contrôle médical dans les conditions définies par l'arrêté susvisé du 8 décembre 2020 modifié qui prévoit notamment, au deuxième alinéa de son article premier, que la demande d'accord préalable est applicable à toutes les indications thérapeutiques du médicament concerné susceptibles d'ouvrir droit à une prise en charge par l'assurance maladie au titre de la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Les annexes 2 et 3 à l'arrêté du 8 décembre 2020 susvisé sont respectivement remplacées par les annexes au présent arrêté.

Art. 2. – Le présent arrêté prend effet à compter du quatrième jour suivant la date de sa publication au *Journal officiel* de la République française.

Art. 3. – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié, ainsi que ses annexes, au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 31 juillet 2023.

*Le ministre de la santé
et de la prévention,*

Pour le ministre et par délégation :

*La sous-directrice de la politique
des produits de santé et de la qualité
des pratiques et des soins,*
H. MONASSE

*La sous-directrice
du financement
du système de soins,*
C. DELPECH

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*
Pour le ministre et par délégation :

*La sous-directrice
du financement
du système de soins,*
C. DELPECH

ANNEXES

ANNEXE 2

FORMULAIRE DAP REPATHA® (ÉVOLOCUMAB)

**Demande d'accord préalable,
EVOLOCUMAB - CLASSE DES ANTI-PCSK9**

(articles L.315-2, R.315-14 à R.315-16, R.163-2 et R.165-1 du code de la sécurité sociale,
arrêté du 8 décembre 2020 modifié relatif à la procédure d'accord préalable)

NOTICE

Le remboursement de l'evolocumab est soumis à l'accord du service du contrôle médical fonctionnant auprès des organismes d'assurance maladie.

IMPORTANT

LE MEDECIN PRESCRIPTEUR DOIT EFFECTUER CETTE DEMANDE DE MANIÈRE DÉMATÉRIALISÉE SUR
"AMELI PRO" VIA LE SERVICE "ACCORD PRÉALABLE MÉDICAMENT"

► Dans quelle situation cette demande d'accord préalable doit-elle être établie ?

Le médecin prescripteur doit établir la demande d'accord préalable pour chaque prescription d'evolocumab, c'est-à-dire en cas d'instauration ou de renouvellement du traitement.

Elle est réalisée sur le présent formulaire **uniquement** si le médecin prescripteur n'a pas la possibilité d'effectuer cette demande d'accord préalable de manière dématérialisée sur son compte professionnel de santé sécurisé de l'assurance maladie via le service "Accord Préalable Médicament", c'est-à-dire si son équipement ne le permet pas.

Les conditions d'accord ou de refus de prise en charge sont définies par l'arrêté de prise en charge de l'evolocumab qui fixe les indications thérapeutiques remboursables. La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la stratégie thérapeutique du médicament concerné, reprise dans la fiche d'information thérapeutique publiée au Journal Officiel (JO). Pour l'evolocumab, les indications thérapeutiques remboursables ont un périmètre plus restreint que les indications thérapeutiques de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).

Les conditions de prescriptions restreintes d'evolocumab définies par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) sont également vérifiées dans cette demande d'accord préalable. La prescription initiale et annuelle est réservée aux spécialités en cardiologie, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques, neurologie, médecine vasculaire ou de médecine interne. Le renouvellement infra-annuel n'est pas restreint.

L'accord ou le refus du contrôle médical placé près des organismes d'assurance maladie vaut pour la durée de cette prescription. En cas de refus de prise en charge, le prescripteur est tenu d'apposer la mention "non remboursable" sur les prescriptions du médicament ayant fait l'objet de la demande.

Lors d'un renouvellement de traitement, le médecin prescripteur ayant accès au télé-service, a la possibilité de vérifier l'accord d'instauration de traitement reçu par le patient et de le renouveler le cas échéant. S'il n'a pas la possibilité d'effectuer le renouvellement de manière dématérialisée, il est tenu de compléter les champs correspondant sur le présent formulaire.

Le prescripteur doit, lors de toute demande d'accord préalable de mise sous traitement d'evolocumab :

- Compléter les champs correspondant à l'instauration ou au renouvellement de traitement de ce formulaire selon le cas, sans oublier d'indiquer le numéro d'immatriculation de l'assuré(e), le nom de son centre de paiement ou de sa section mutualiste (se reporter à l'attestation papier de la carte vitale).
- Envoyer immédiatement, à l'adresse dédiée à votre région, les volets 1 et 2 de la présente demande au Médecin Conseil placé auprès de la :
 - ⇒ Caisse d'assurance maladie pour les assuré(e)s relevant du régime général ou d'un régime particulier ou spécial de sécurité sociale.
 - ⇒ Caisse de mutualité sociale agricole pour les exploitants et les salarié(s) agricoles.

L'organisme d'assurance maladie prend en charge le traitement en cas d'accord et sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.

MODALITÉS DE RÉPONSE DE L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE :

L'ASSURANCE MALADIE DISPOSE DE **15 JOURS**, À COMPTER DE LA **RÉCEPTION** PAR LE SERVICE MÉDICAL DE LA DEMANDE DUMENT COMPLÉTÉE POUR ENVOYER UNE ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE OU VOUS NOTIFIER UN REFUS

EN CAS D'ACCORD, LE VOLET 3 DU PRÉSENT FORMULAIRE TIENT LIEU D'ORDONNANCE DE MÉDICAMENT
D'EXCEPTION À PRÉSENTER AU PHARMACIEN AVEC L'ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE.

Vous êtes informés que la décision résultera pour partie d'un algorithme appliqué aux données que vous nous communiquez, dans le respect des indications thérapeutiques remboursables.

Demande d'accord préalable, EVOLOCUMAB - CLASSE DES ANTI-PCSK9

(articles L.315-2, R.315-14 à R.315-16, R.163-2 et R.165-1 du code de la sécurité sociale, arrêté du 8 décembre 2020 modifié relatif à la procédure d'accord préalable)

Volet 1 à adresser
au contrôle médical,
sous enveloppe, à l'attention
de "M. le Médecin-conseil"

Personne bénéficiaire de la prescription et assuré(e)

Personne bénéficiaire de la prescription (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

Assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

Adresse de l'assuré(e)

Médicament prescrit

☐ Repatha 140 mg®

☐ Autre, préciser.....

Posologie

Dose injectée : ☐ 140 mg

☐ 420 mg (3 x 140 mg)

☐ Autre, préciser.....

Rythme d'injection : ☐ 1 fois toutes les 2 semaines

☐ 1 fois par mois

☐ Autre, préciser.....

Durée du traitement :

Conditions et type de prescription

Conditions de prise en charge du médicament : soins en rapport avec une ALD : OUI ☐ NON ☐

Type de prescription : ☐ Instauration du traitement ☐ Renouvellement (dans ce cas aller directement à la partie renouvellement)

Instauration du traitement

■ Pathologies (plusieurs choix possibles):

☐ Hypercholestérolémie familiale homozygote ☐ Hypercholestérolémie familiale hétérozygote

☐ Maladie cardiovasculaire athéroscléreuse établie par un antécédent d'infarctus du myocarde, d'AVC non hémorragique et/ou d'AOMI symptomatique

■ Traitements hypolipémiants médicamenteux en cours (plusieurs choix possibles) :

☐ Atorvastatine ☐ Fluvastatine ☐ Pravastatine ☐ Rosuvastatine ☐ Simvastatine ☐ Ezétimibe

■ La statine est-elle prescrite à dose maximale tolérée ? ☐ OUI ☐ NON

■ Le patient présente-t-il une intolérance avérée ou une contre-indication absolue ? Statines ☐ OUI ☐ NON Ezétimibe ☐ OUI ☐ NON

■ Le patient est-il éligible à une prise en charge par LDL-aphérèse ? ☐ OUI ☐ NON

■ Le taux de LDL-cholestérol du patient est-il contrôlé par les traitements hypolipémiants ? ☐ OUI ☐ NON

Préciser le dernier taux connu de LDL-cholestérol g/L ou mmol/L

Evolocumab est-il prescrit en association aux traitements hypolipémiants médicamenteux en cours ? ☐ OUI ☐ NON

Renouvellement du traitement

Le traitement a-t-il été instauré par un spécialiste autorisé ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, date de la prescription du spécialiste :

Précisez le numéro de la DAP ayant reçu un avis favorable à la prise en charge et/ou le nom du spécialiste ayant prescrit le traitement :

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Nom et prénom

Raison sociale

Adresse

Identifiant

N° structure

(AME, FINESS ou SIRET)

Je soussigné(e), Docteur atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions de prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé.

Date Signature

AVIS DU MEDECIN CONSEIL

☐ Accord ☐ Refus

Motif

Date

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données.
En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.

Réf. 731 CNAM Février 2023

Demande d'accord préalable, EVOLOCUMAB - CLASSE DES ANTI-PCSK9

(articles L.315-2, R.315-14 à R.315-16, R.163-2 et R.165-1 du code de la sécurité sociale,
arrêté du 8 décembre 2020 modifié relatif à la procédure d'accord préalable)

Volet 2 (administratif) à adresser
au contrôle médical,
sous enveloppe, à l'attention
de "M. le Médecin-conseil"

Personne bénéficiaire de la prescription et assuré(e)

Personne bénéficiaire de la prescription (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

nom et n° du centre de paiement ou de la section
mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de
l'organisme conventionné (pour les non salariés)

Assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

Adresse de l'assuré(e)

Médicament prescrit

☐ Repatha 140 mg ®

☐ Autre, préciser.....

Posologie

Dose injectée : ☐ 140 mg

☐ 420 mg (3 x 140 mg)

☐ Autre, préciser.....

Rythme d'injection : ☐ 1 fois toutes les 2 semaines

☐ 1 fois par mois

☐ Autre, préciser.....

Durée du traitement :

Conditions et type de prescription

Conditions de prise en charge du médicament : soins en rapport avec une ALD : OUI ☐ NON ☐

Type de prescription : ☐ Instauration du traitement ☐ Renouvellement (dans ce cas aller directement à la partie renouvellement)

Renouvellement du traitement

Le traitement a-t-il été instauré par un spécialiste autorisé ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, date de la prescription du spécialiste :

Précisez le numéro de la DAP ayant reçu un avis favorable à la prise en charge et/ou le nom du spécialiste ayant
prescrit le traitement :

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Nom et prénom

Raison sociale

Adresse

Identifiant

N° structure

(AME, FINESSE ou SIRET)

Je soussigné(e), Docteur atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux
conditions de prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé.

Date Signature

AVIS DU MEDECIN CONSEIL

☐ Accord ☐ Refus Motif

Date

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification
aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données.
En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.

Réf. 731 CNAM Février 2023

Demande d'accord préalable, EVOLOCUMAB - CLASSE DES ANTI-PCSK9

(articles L.315-2, R.315-14 à R.315-16, R.163-2 et R.165-1 du code de la sécurité sociale,
arrêté du 8 décembre 2020 modifié relatif à la procédure d'accord préalable)

Volet 3 à conserver par le patient
(à présenter au pharmacien
si accord de la caisse)

Personne bénéficiaire de la prescription et assuré(e)

Personne bénéficiaire de la prescription (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

nom et n° du centre de paiement ou de la section
mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de
l'organisme conventionné (pour les non salariés)

Assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

Adresse de l'assuré(e)

Médicament prescrit

☐ Repatha 140 mg ®

☐ Autre, préciser.....

Posologie

Dose injectée : ☐ 140 mg

☐ 420 mg (3 x 140 mg)

☐ Autre, préciser.....

Rythme d'injection : ☐ 1 fois toutes les 2 semaines

☐ 1 fois par mois

☐ Autre, préciser.....

Durée du traitement :

Conditions et type de prescription

Conditions de prise en charge du médicament : soins en rapport avec une ALD : OUI ☐ NON ☐

Type de prescription : ☐ Instauration du traitement ☐ Renouvellement (dans ce cas aller directement à la partie renouvellement)

Renouvellement du traitement

Le traitement a-t-il été instauré par un spécialiste autorisé ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, date de la prescription du spécialiste :

Précisez le numéro de la DAP ayant reçu un avis favorable à la prise en charge et/ou le nom du spécialiste ayant prescrit le traitement :

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Nom et prénom

Raison sociale

Adresse

Identifiant

N° structure

(AME, FINESS ou SIRET)

Je soussigné(e), Docteur atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions de prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé.

Date Signature

MODALITÉS DE RÉPONSE DE L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE : VOIR NOTICE AU VERSO

Important : En l'absence de l'attestation de prise en charge de votre organisme d'assurance maladie, le médicament peut être délivré mais vous devrez en avancer les frais. Si votre organisme d'assurance maladie vous notifie un refus de prise en charge, vous ne serez pas remboursé.

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données.
En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.

Réf. 731 CNAM Février 2023

ANNEXE 3

LOGIGRAMME DECISIONNEL DAP REPATHA® (ÉVOLOCUMAB)

