



## Annexe 2

# Bilan Evolution dépenses Liste en SUS 2020



*Année 2020*

**Bilan de l'évolution des dépenses accordées  
sur les établissements MCO  
de la région Centre-Val de Loire**

# SOMMAIRE

**ANALYSE GLOBALE DES DEPENSES ACCORDEES EN REGION CENTRE**

**ANALYSE DETAILLEE DES DEPENSES ACCORDEES PAR ETABLISSEMENT**

**ANNEXES**

**ANNEXE 1** : Tableaux détaillés des dépenses accordées pour l'ensemble des Établissements de la région Centre

# ANALYSE GLOBALE DES DÉPENSES EN RÉGION CENTRE

DONNÉES du PMSI sur les DÉPENSES ACCORDÉES année 2020

## État des lieux des dépenses année 2020

L'analyse a été faite à partir des données du PMSI :

<i>Établissement public</i>	année 2020	année 2019
médicaments	1.V.2.VMED - B	1.V.2.VMED - B
dispositifs médicaux	1.V.3.VDMI - B	1.V.2.VDMI - B
HAD - médicaments	1.V.2.VMED - B	1.V.2.VMED - B

<i>Établissement privé</i>	année 2020	année 2019
médicaments	1.V.1.CP - A (PH8 + EMI)	1.V.1.CP - A (PH8 + EMI)
dispositifs médicaux	1.V.1.CP - A (PII + PME + ETI)	1.V.1.CP - A (PII + PME + ETI)
HAD - médicaments	1.V.1.CP - RSFB (PH8 + EMI)	1.V.1.CP - RSFB (PH8 + EMI)

## Médicaments (MED) et dispositifs médicaux implantables (DMI)

Tout établissement confondu à fin décembre 2020

**+4,3%** rapporté aux 12 mois 2019

Par type d'établissement

Augmentation de **+6,3%** du taux d'évolution pour les **êts publics** dont **+7,2%** sur **êts publics régionaux**, **+6,8%** sur **êts publics de référence** et **-7,2%** sur **êts publics de proximité**, **+5,4%** sur les **HAD publiques**

Diminution de **-2,8%** du taux d'évolution pour les **êts privés**, de **+133,5%** pour les **HAD privées** (données à 11 mois 2019 pour certaines HAD privées)

Données PMSI dépenses ANNEE 2020					
MDCT +DMI Région Centre	Données régionales				
	Dépenses accordées réelles décembre 2019	Evolution valeur décembre 2019/2018	Dépenses accordées réelles décembre 2020	Dépenses accordées réelles décembre 2019	Evolution valeur décembre 2020/2019
Ets publics Régionaux	81 720 148 €	7,4%	87 605 611 €	81 720 148 €	7,2%
Ets publics de Référence	46 933 338 €	8,3%	50 112 692 €	46 933 338 €	6,8%
Ets publics de Proximité	7 262 036 €	17,5%	6 739 923 €	7 262 036 €	-7,2%
HAD publique	904 918 €	-2,9%	953 894 €	904 918 €	5,4%
<b>Ets publics</b>	<b>136 820 441 €</b>	<b>8,1%</b>	<b>145 412 120 €</b>	<b>136 820 441 €</b>	<b>6,3%</b>
<b>Ets Privés</b>	<b>63 277 118 €</b>	<b>6,8%</b>	<b>61 524 480 €</b>	<b>63 277 118 €</b>	<b>-2,8%</b>
<b>HAD privés</b>	<b>1 328 557 €</b>	<b>41,3%</b>	<b>3 102 013 €</b>	<b>1 328 557 €</b>	<b>133,5%</b>
<b>Région</b>	<b>201 426 116 €</b>	<b>7,9%</b>	<b>210 038 612 €</b>	<b>201 426 115 €</b>	<b>4,3%</b>

## Médicaments (MED) → Absence de taux cible régional en 2020

Tout établissement confondu à fin décembre 2020

+11,1% rapporté aux 12 mois 2019

Par type d'établissement

Augmentation de +11,5% du taux d'évolution pour les **êts publics** dont +12,6% sur les **êts publics régionaux**, +12,5% sur les **êts publics de référence** et -4,9% sur les **êts publics de proximité**, +5,4% sur les **HAD publiques**  
Augmentation de +4,6% du taux d'évolution pour les **êts privés**, de +133,5 % pour les **HAD privées** (données 11 mois 2019 pour certaines HAD privées)

### MEDICAMENTS FACTURES EN SUS DES GHS évolution des dépenses

Décembre 2020	Données régionales				
MDCTS Région Centre	Dépenses accordées réelles décembre 2019	Evolution valeur décembre 2019/2018	Dépenses accordées réelles décembre 2020	Dépenses accordées réelles décembre 2019	Evolution valeur décembre 2020/2019
Ets publics Régionaux	57 577 294 €	8,8%	64 848 113 €	57 577 294 €	12,6%
Ets publics de Référence	34 635 196 €	11,6%	38 974 000 €	34 635 196 €	12,5%
Ets publics de Proximité	5 968 143 €	21,9%	5 673 908 €	5 968 143 €	-4,9%
HAD publique	904 918 €	-2,9%	953 894 €	904 918 €	5,4%
Ets publics	99 085 552 €	10,4%	110 449 915 €	99 085 552 €	11,5%
Ets Privés	31 610 432 €	15,6%	33 062 767 €	31 610 432 €	4,6%
HAD privés	1 328 557 €	41,3%	3 102 013 €	1 328 557 €	133,5%
Région	132 024 541 €	11,8%	146 614 695 €	132 024 541 €	11,1%

## Dispositifs médicaux implantables (DMI) → Absence de taux cible régional en 2020

Tout établissement confondu à fin décembre 2020

-8,6% rapporté aux 12 mois 2019

Par type d'établissement

Diminution de -7,3% du taux d'évolution pour les **êts publics** dont -5,7% pour les **êts publics régionaux**, -9,4% pour les **êts publics de référence** et -17,6% pour les **êts publics de proximité**  
Diminution de -10,1% du taux d'évolution pour les **êts privés**

### DISPOSITIFS MEDICAUX FACTURES EN SUS DES GHS évolution des dépenses

Décembre 2020	Données régionales				
DMI Région Centre	Dépenses accordées réelles décembre 2019	Evolution valeur décembre 2019/2018	Dépenses accordées réelles décembre 2020	Dépenses accordées réelles décembre 2019	Evolution valeur décembre 2020/2019
Ets publics Régionaux	24 142 854 €	4,1%	22 757 498 €	24 142 854 €	-5,7%
Ets publics de Référence	12 298 141 €	0,0%	11 138 692 €	12 298 141 €	-9,4%
Ets publics de Proximité	1 293 892 €	0,7%	1 066 015 €	1 293 892 €	-17,6%
Ets publics	37 734 888 €	2,6%	34 962 205 €	37 734 888 €	-7,3%
Ets Privés	31 666 686 €	-0,7%	28 461 713 €	31 666 686 €	-10,1%
Région	69 401 574 €	1,1%	63 423 917 €	69 401 574 €	-8,6%

# Annexe

## **ANALYSE DÉTAILLÉE DES DÉPENSES PAR ÉTABLISSEMENT**

Le tableau en annexe 1 donne le détail des dépenses accordées par établissement (poids dans la région, dépenses globales, dépenses médicaments, dépenses DMI)

## Évolution globale des dépenses accordées médicaments + DMI

Evolution globale des dépenses accordées médicaments + dispositifs médicaux implantables						
DEPENSES GLOBALES MEDICAMENTS + DMI données issues du PMSI	Code Omédit	PART / DÉPENSES RÉGION 2020 (12 mois)	MEDTS + DMI 2020 12 mois REEL	MEDTS + DMI 2019 12 mois REEL	MEDTS + DMI Évolution en % 12 mois 2020 REEL/ 12 mois 2019 REEL	Écart en valeur 12 mois 2020 /12 mois 2019 REEL
13 établissements représentant 89% des dépenses des produits facturés en sus des CHS (91% en MED et 83% en DMI)	41	26,2%	54 997 811 €	52 677 980 €	4,4%	2 319 831 €
	19	15,5%	32 607 800 €	30 988 821 €	5,2%	1 618 978 €
	91	7,8%	16 425 326 €	14 607 128 €	12,4%	1 818 198 €
	40	4,7%	9 891 811 €	8 419 565 €	17,5%	1 472 246 €
	42	3,7%	7 820 454 €	7 156 463 €	9,3%	663 991 €
	43	6,3%	13 130 255 €	12 639 669 €	3,9%	490 586 €
	50	3,7%	7 840 477 €	7 063 951 €	11,0%	776 525 €
	2	4,0%	8 450 987 €	8 122 155 €	4,0%	328 832 €
	8	3,2%	6 701 373 €	6 419 582 €	4,4%	281 792 €
	62	3,3%	7 014 927 €	6 608 204 €	6,2%	406 723 €
	60	4,9%	10 280 559 €	13 075 934 €	-21,4%	-2 795 375 €
	21	3,6%	7 655 649 €	6 867 062 €	11,5%	788 587 €
13	2,0%	4 117 813 €	4 175 904 €	-1,4%	-58 091 €	
12 établissements représentant 8% des dépenses des produits facturés en sus des CHS (4% en MED et 16% en DMI)	22	1,7%	3 671 014 €	3 551 407 €	3,4%	119 607 €
	47	0,5%	960 853 €	1 108 588 €	-13,3%	-147 735 €
	35	1,1%	2 314 304 €	2 308 523 €	0,3%	5 781 €
	73	1,4%	2 964 842 €	3 114 299 €	-4,8%	-149 457 €
	28	0,4%	796 541 €	893 483 €	-10,8%	-96 942 €
	12	0,5%	1 055 133 €	1 136 319 €	-7,1%	-81 187 €
	71	0,1%	291 842 €	678 368 €	-57,0%	-386 526 €
	48	0,9%	1 789 280 €	1 397 854 €	28,0%	391 425 €
	59	0,4%	834 688 €	968 475 €	-13,8%	-133 787 €
	61	0,4%	937 894 €	1 230 318 €	-23,8%	-292 424 €
	81	0,1%	253 013 €	317 198 €	-20,2%	-64 185 €
66	0,2%	410 611 €	476 214 €	-13,8%	-65 603 €	
28 établissements représentant 3% des dépenses des produits facturés en sus des CHS (4,4% en MED et 0,7% en DMI)	10	0,11%	239 815 €	238 039 €	0,7%	1 776 €
	57	0,41%	854 078 €	673 519 €	26,8%	180 559 €
	65	0,38%	802 731 €	1 207 848 €	-33,5%	-405 118 €
	3	0,29%	604 990 €	692 165 €	-12,6%	-87 175 €
	119	0,00%	0 €	0 €		0 €
	121	0,00%	0 €	0 €		0 €
	120	0,00%	0 €	0 €		0 €
	114	0,00%	0 €	0 €		0 €
	74	0,03%	57 327 €	59 102 €	-3,0%	-1 775 €
	31	0,09%	184 597 €	266 312 €	-30,7%	-81 715 €
	118	0,00%	0 €	0 €		0 €
	5	0,00%	6 397 €	4 784 €	33,7%	1 613 €
	109	0,00%	0 €	0 €		0 €
	17	0,00%	0 €	45 120 €	-100,0%	-45 120 €
	79	0,00%	1 143 €	2 285 €	-50,0%	-1 143 €
	132	0,00%	0 €	0 €		0 €
	133	0,00%	0 €	0 €		0 €
	110	0,17%	356 816 €	382 096 €	-6,6%	-25 280 €
	111	0,10%	210 929 €	63 042 €	234,6%	147 887 €
	112	0,16%	333 481 €	147 269 €	126,4%	186 212 €
	126	0,33%	700 178 €	457 685 €	53,0%	242 493 €
	127	0,14%	285 674 €	147 836 €	93,2%	137 838 €
	128	0,00%	0 €	3 198 €	-100,0%	-3 198 €
	130	0,45%	953 894 €	902 976 €	5,6%	50 918 €
131	0,00%	0 €	1 942 €	-100,0%	-1 942 €	
129	0,58%	1 214 935 €	127 430 €	853,4%	1 087 505 €	
117	0,00%	0 €	0 €		0 €	
115	0,00%	0 €	0 €		0 €	
<b>Total</b>		<b>100%</b>	<b>210 038 612 €</b>	<b>201 426 116 €</b>	<b>4,3%</b>	<b>8 612 497 €</b>

## Évolution globale des dépenses accordées Médicaments

Evolution globale des dépenses accordées médicaments						
DEPENSES MEDICAMENTS données issues du PMSI	Code Omédit	PART / DÉPENSES RÉGION 2020 (12 mois)	MEDTS 2020 12 mois REEL	MEDTS 2019 12 mois REEL	MEDTS Évolution en % 12 mois 2020 REEL/ 12 mois 2019 REEL	Écart en valeur 12 mois 2020/ 12 mois 2019 REEL
13 établissements représentant 91,5% en MEDICAMENTS facturés en sus des CHS	41	24,7%	36 272 869 €	33 747 335 €	7,5%	2 525 534 €
	19	19,5%	28 575 244 €	25 375 381 €	12,6%	3 199 863 €
	91	9,5%	13 860 637 €	11 849 220 €	17,0%	2 011 418 €
	40	4,8%	6 966 488 €	5 530 367 €	26,0%	1 436 121 €
	42	4,4%	6 383 041 €	5 482 513 €	16,4%	900 528 €
	43	6,5%	9 523 679 €	8 690 547 €	9,6%	833 132 €
	50	4,5%	6 618 742 €	5 664 723 €	16,8%	954 019 €
	2	4,5%	6 630 151 €	5 890 399 €	12,6%	739 751 €
	8	4,1%	5 993 375 €	5 657 927 €	5,9%	335 449 €
	62	3,5%	5 165 444 €	4 592 299 €	12,5%	573 145 €
	60	0,2%	356 373 €	1 936 426 €	-81,6%	-1 580 053 €
	21	3,0%	4 347 604 €	3 168 521 €	37,2%	1 179 083 €
	13	2,4%	3 477 266 €	3 383 443 €	2,8%	93 822 €
12 établissements représentant 4% des dépenses de MEDICAMENTS facturés en sus des CHS	22	0,2%	328 775 €	289 762 €	13,5%	39 013 €
	47	0,0%	63 662 €	57 774 €	10,2%	5 889 €
	35	0,9%	1 346 477 €	1 120 967 €	20,1%	225 510 €
	73	0,5%	752 386 €	825 205 €	-8,8%	-72 819 €
	28	0,0%	740 €	3 881 €	-80,9%	-3 141 €
	12	0,1%	114 387 €	116 579 €	-1,9%	-2 192 €
	71	0,1%	107 541 €	439 083 €	-75,5%	-331 542 €
	48	1,2%	1 789 280 €	1 397 854 €	28,0%	391 425 €
	59	0,6%	834 688 €	968 475 €	-13,8%	-133 787 €
	61	0,5%	698 271 €	867 229 €	-19,5%	-168 957 €
	81	0,0%	0 €	572 €	-100,0%	-572 €
66	0,0%	11 292 €	2 389 €	372,7%	8 903 €	
28 établissements représentant 4,4% des dépenses de MEDICAMENTS facturés en sus des CHS	10	0,2%	239 815 €	238 039 €	0,7%	1 776 €
	57	0,4%	653 618 €	479 550 €	36,3%	174 068 €
	65	0,4%	576 811 €	944 839 €	-39,0%	-368 028 €
	3	0,4%	604 990 €	692 165 €	-12,6%	-87 175 €
	119	0,0%				0 €
	121	0,0%				0 €
	120	0,0%				0 €
	114	0,0%				0 €
	74	0,0%	57 327 €	59 102 €	-3,0%	-1 775 €
	31	0,1%	184 597 €	266 312 €	-30,7%	-81 715 €
	118	0,0%				0 €
	5	0,0%	5 704 €	4 784 €	19,2%	920 €
	109	0,0%	0 €	0 €		0 €
	17	0,0%	16 371 €	45 120 €	-63,7%	-28 748 €
	79	0,0%	1 143 €	2 285 €	-50,0%	-1 143 €
	132	0,0%				0 €
	133	0,0%				0 €
	110	0,2%	356 816 €	382 096 €	-6,6%	-25 280 €
	111	0,1%	210 929 €	63 042 €	234,6%	147 887 €
	112	0,2%	333 481 €	147 269 €	126,4%	186 212 €
	126	0,5%	700 178 €	457 685 €	53,0%	242 493 €
	127	0,2%	285 674 €	147 836 €	93,2%	137 838 €
	128	0,0%	0 €	3 198 €	-100,0%	-3 198 €
130	0,7%	953 894 €	902 976 €	5,6%	50 918 €	
131	0,0%	0 €	1 942 €	-100,0%	-1 942 €	
129	0,8%	1 214 935 €	127 430 €	853,4%	1 087 505 €	
117	0,0%				0 €	
115	0,0%				0 €	
<b>Total</b>		<b>100%</b>	<b>146 614 695 €</b>	<b>132 024 541 €</b>	<b>11,1%</b>	<b>14 590 154 €</b>



## Évolution globale des dépenses accordées DMI

Evolution globale des dépenses accordées Dispositifs médicaux						
DEPENSES DMI données issues du PMSI	Code Omédit	PART / DÉPENSES RÉGION 2020 (12 mois)	DMI 2020 12 mois REEL	DMI 2019 12 mois REEL	DMI Évolution en % 12 mois 2020 REEL/ 12 mois 2019 REEL	Écart en valeur 12 mois 2020/ 12 mois 2019 REEL
13 établissements représentant 83,2% des dépenses DMI facturés en sus des GHS	41	29,5%	18 724 942 €	18 930 645 €	-1,1%	-205 703 €
	19	6,4%	4 032 556 €	5 613 440 €	-28,2%	-1 580 885 €
	91	4,0%	2 564 689 €	2 757 908 €	-7,0%	-193 220 €
	40	4,6%	2 925 322 €	2 889 198 €	1,3%	36 124 €
	42	2,3%	1 437 413 €	1 673 950 €	-14,1%	-236 537 €
	43	5,7%	3 606 576 €	3 949 123 €	-8,7%	-342 547 €
	50	1,9%	1 221 735 €	1 399 229 €	-12,7%	-177 494 €
	2	2,9%	1 820 836 €	2 231 756 €	-18,4%	-410 919 €
	8	1,1%	707 998 €	761 655 €	-7,0%	-53 657 €
	62	2,9%	1 849 484 €	2 015 906 €	-8,3%	-166 422 €
	60	15,6%	9 924 186 €	11 139 509 €	-10,9%	-1 215 322 €
	21	5,2%	3 308 045 €	3 698 541 €	-10,6%	-390 496 €
	13	1,0%	640 547 €	792 461 €	-19,2%	-151 914 €
12 établissements représentant 16,1% des dépenses de DMI facturés en sus des GHS	22	5,3%	3 342 239 €	3 261 645 €	2,5%	80 594 €
	47	1,4%	897 191 €	1 050 814 €	-14,6%	-153 623 €
	35	1,5%	967 828 €	1 187 556 €	-18,5%	-219 729 €
	73	3,5%	2 212 456 €	2 289 093 €	-3,3%	-76 637 €
	28	1,3%	795 801 €	889 602 €	-10,5%	-93 802 €
	12	1,5%	940 746 €	1 019 741 €	-7,7%	-78 994 €
	71	0,3%	184 301 €	239 285 €	-23,0%	-54 984 €
	48	0,0%	0 €	0 €		0 €
	59	0,0%	0 €	0 €		0 €
	61	0,4%	239 623 €	363 089 €	-34,0%	-123 466 €
	81	0,4%	253 013 €	316 626 €	-20,1%	-63 613 €
66	0,6%	399 320 €	473 825 €	-15,7%	-74 505 €	
28 établissements représentant 0,7% des dépenses de DMI facturés en sus des GHS	10	0,0%	0 €	0 €		0 €
	57	0,3%	200 460 €	193 969 €	3,3%	6 491 €
	65	0,4%	225 919 €	263 009 €	-14,1%	-37 090 €
	3	0,0%	0 €	0 €		0 €
	119	0,0%				0 €
	121	0,0%				0 €
	120	0,0%				0 €
	114	0,0%				0 €
	74	0,0%	0 €	0 €		0 €
	31	0,0%	0 €	0 €		0 €
	118	0,0%				0 €
	5	0,0%	693 €	0 €		0 €
	109	0,0%	0 €	0 €		0 €
	17	0,0%	0 €	0 €		0 €
	79	0,0%	0 €	0 €		0 €
	132	0,0%	0 €	0 €		0 €
	133	0,0%	0 €	0 €		0 €
	110	0,0%	0 €	0 €		0 €
	111	0,0%	0 €	0 €		0 €
	112	0,0%	0 €	0 €		0 €
	126	0,0%	0 €	0 €		0 €
	127	0,0%	0 €	0 €		0 €
	128	0,0%	0 €	0 €		0 €
	130	0,0%	0 €	0 €		0 €
	131	0,0%	0 €	0 €		0 €
	129	0,0%	0 €	0 €		0 €
	117	0,0%	0 €	0 €		0 €
	115	0,0%	0 €	0 €		0 €
<b>Total</b>		<b>100,0%</b>	<b>63 423 917 €</b>	<b>69 401 574 €</b>	<b>-8,6%</b>	<b>-5 977 657 €</b>



## Annexe 3

# Suivi des prescriptions hors AMM hors RTU

## Liste en Sus



## Analyse médico-économique des pratiques d'utilisation des médicaments de la liste en sus

RESOMEDIT - Année 2019

### Focus sur la région Centre-Val de Loire

#### Table des matières

<b>1. Objectifs</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Source et traitement des données</b> .....	<b>2</b>
<b>3. Résultats</b> .....	<b>3</b>
<b>3.1 Données globales</b> .....	<b>3</b>
<b>3.2 Données détaillées par classes ATC</b> .....	<b>7</b>
<b>3.2.1 Données globales toutes indications confondues (AMM et autres)</b> .....	<b>8</b>
<b>3.2.2 Données code indication I999999 (hors AMM)</b> .....	<b>9</b>
<b>3.3 Données détaillées par DCI</b> .....	<b>11</b>
<b>3.4 Données par type de cancer</b> .....	<b>16</b>
<b>3.4.1 Cancer bronchique non à petites cellules</b> .....	<b>18</b>
<b>3.4.2 Cancer du sein</b> .....	<b>19</b>
<b>3.4.3 Mélanome</b> .....	<b>26</b>
<b>3.4.4 Myélome multiple</b> .....	<b>27</b>
<b>4. Conclusion - perspectives</b> .....	<b>28</b>

# 1. Objectifs

Conformément à leurs missions d'expertise médico-économique, de suivi et d'analyse des prescriptions, dispensations et utilisations des médicaments observées au niveau régional, les OMÉDITs dans le cadre de leur réseau « RESOMEDIT » ont formalisé une méthodologie d'analyse des pratiques d'utilisation des médicaments de la liste en sus.

Ce travail vise à :

- identifier la part des situations hors référentiel, pour les principales familles thérapeutiques
- évaluer la disparité des pratiques par une observation des disparités régionales

La période d'analyse présentée dans ce bilan concerne l'année 2019, année de mise en œuvre du dispositif de codage dans le PMSI des indications des médicaments de la liste en sus (indications LES). La qualité de l'analyse présentée dans ce document est elle-même dépendante de la qualité de codage des indications réalisé par les établissements de santé.

# 2. Source et traitement des données

Source des données : e-PMSI MCO et HAD – Données OMÉDIT hors AMM

Données étudiées : nombre d'UCD valorisées, dépenses accordées (avec déclinaison par classe ATC niveaux 1 et 2, Dénomination Commune Internationale (DCI) et codes indications LES)

*Remarque : les données relatives aux nombres de séjours et de patients, non disponibles sur e-PMSI, n'ont pas pu être analysées.*

Traitement des données : OMÉDIT de chaque région

Analyse des données nationales : OMÉDIT Bourgogne Franche-Comté, OMÉDIT Centre val-de-Loire, OMÉDIT Hauts-de-France, OMÉDIT Nouvelle-Aquitaine Guadeloupe, OMÉDIT Occitanie

### 3. Résultats

#### 3.1 Données globales

En 2019, le total des dépenses accordées en médicaments hors GHS s'est élevé, pour l'ensemble des établissements de santé MCO et HAD de la France métropolitaine et DOM, à **3 982 904 552 €** (5 495 502 UCD).

Ces données sont cohérentes avec celles retrouvées dans ScanSanté (3 983 232 501 €), bien que légèrement inférieures.

Selon ces mêmes données ScanSanté, le taux d'évolution des dépenses de médicaments hors GHS s'est élevé entre 2018 et 2019, à + 14,6 %, contre un taux cible fixé par arrêté<sup>1</sup> de 3,2 %.

La répartition des dépenses de médicaments hors GHS selon les régions est présentée dans la figure 1.

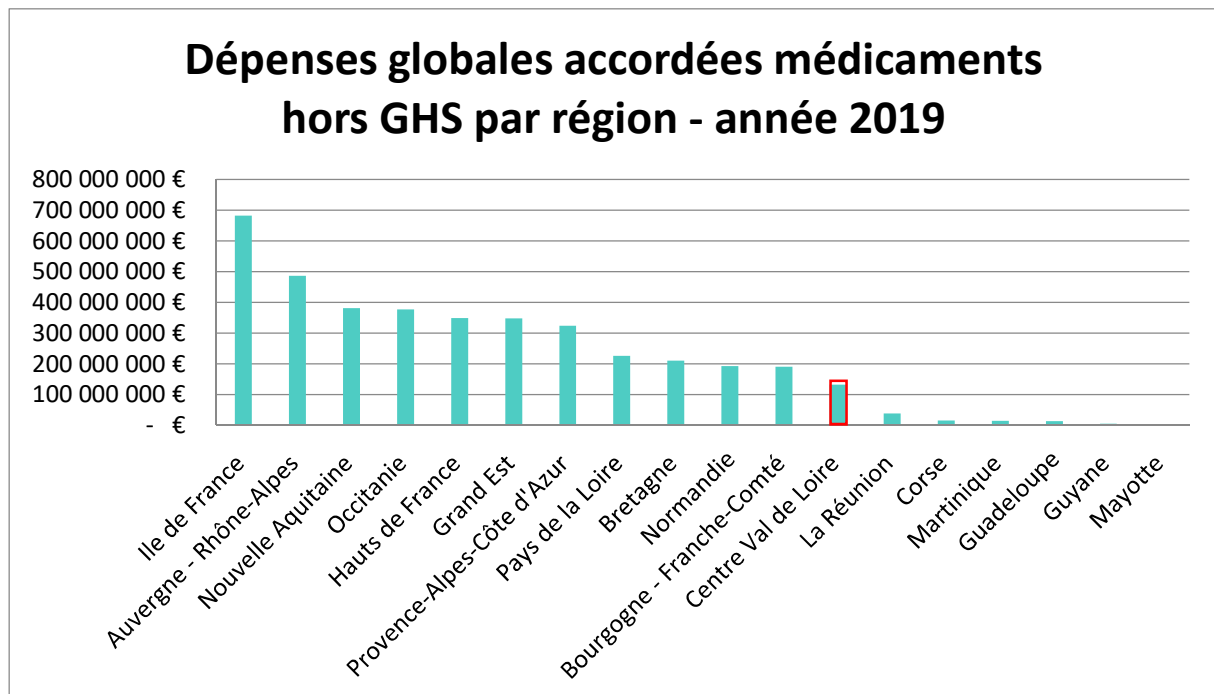


Figure 1. Répartition par région des dépenses accordées globales en médicaments hors GHS (toutes indications confondues) – année 2019

Le détail entre les différentes catégories d'indication est le suivant pour la France entière :

- Code indication AMM liste en sus : 3 150 674 035 €, soit **79,1 %** du total des dépenses
- Code indication RTU : 4 330 306 €, soit **0,1 %**
- Code indication Essais cliniques\* (I999998) : 3 566 681 €, soit **0,1 %**
- Code indication hors AMM, hors RTU, hors essais cliniques (I999999) : 743 891 324 €, soit **18,7 %**
- Financements dérogatoires\*\* : 16 207 031 euros, soit **0,4 %**
- Autres codages\*\*\* : 61 511 363 euros, soit **1,5 %**

<sup>1</sup> Arrêté du 12 décembre 2018 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale – JO du 22/12/2018

*\* La catégorie « essais cliniques I999998 » correspond aux médicaments de la liste en sus ayant fait l'objet d'un arrêté pris en application de l'article L. 1121-16-1 du code de la santé publique :*

*- Arrêté du 20 août 2019 pris en application de l'article L. 1121-16-1 du code de la santé publique et portant prise en charge à titre dérogatoire du médicament ROACTEMRA® (tocilizumab) faisant l'objet de la recherche « Metogia : méthotrexate versus tocilizumab pour le traitement de l'artérite à cellules géantes : étude multicentrique, randomisée, contrôlée »*

*- Arrêté du 2 octobre 2018 pris en application de l'article L. 1121-16-1 du code de la santé publique et portant prise en charge à titre dérogatoire du médicament VELCADE® (bortézomib) faisant l'objet de la recherche « IntReALL HR 2010 - Etude internationale pour le traitement des leucémies aiguës lymphoblastiques de l'enfant à haut risque » ;*

*- Arrêté du 25 mai 2018 pris en application de l'article L. 1121-16-1 du code de la santé publique et portant prise en charge à titre dérogatoire des médicaments MABTHERA® (rituximab), faisant l'objet de la recherche « Etude PROLONG : prolongation de la réponse thérapeutique par une faible dose de rituximab en traitement d'entretien dans le "purpura thrombopénique immunologique" (PTI) : étude randomisée, contrôlée versus placebo ».*

*\*\* La catégorie « financements dérogatoires » correspond aux médicaments dont la prise en charge en sus des GHS est actée par note d'information nationale.*

*Les médicaments et indications concernés pour 2019 sont :*

- *SPINRAZA® dans l'indication : « traitement de l'amyotrophie spinale 5q de type III »*
- *KEYTRUDA® dans les indications :*
  - *En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un carcinome urothélial localement avancé ou métastatique ayant reçu une chimiothérapie antérieure à base de sels de platine*
  - *En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un lymphome de Hodgkin classique (LHc) en rechute ou réfractaire après échec d'une greffe de cellules souches (GCS) autologue et d'un traitement par brentuximab vedotin (BV), ou inéligibles à une greffe et après échec d'un traitement par BV.*

*\*\*\* La catégorie « autres codages » correspond aux situations suivantes ne devant pas faire l'objet d'une prise en charge en sus des GHS :*

- *Code indication non renseigné (combinaison UCD/sans code indication)*
- *Code indication ne correspondant pas au médicament (combinaison UCD/indication incohérent)*
- *Code indication d'AMM intra-GHS (combinaison UCD/indication non inscrite sur liste en sus)*
- *Code indication correspondant à une RTU terminée*
- *Code indication I999998 déclaré pour un médicament non éligible*

La répartition des catégories d'indications par région est détaillée dans la figure 2.

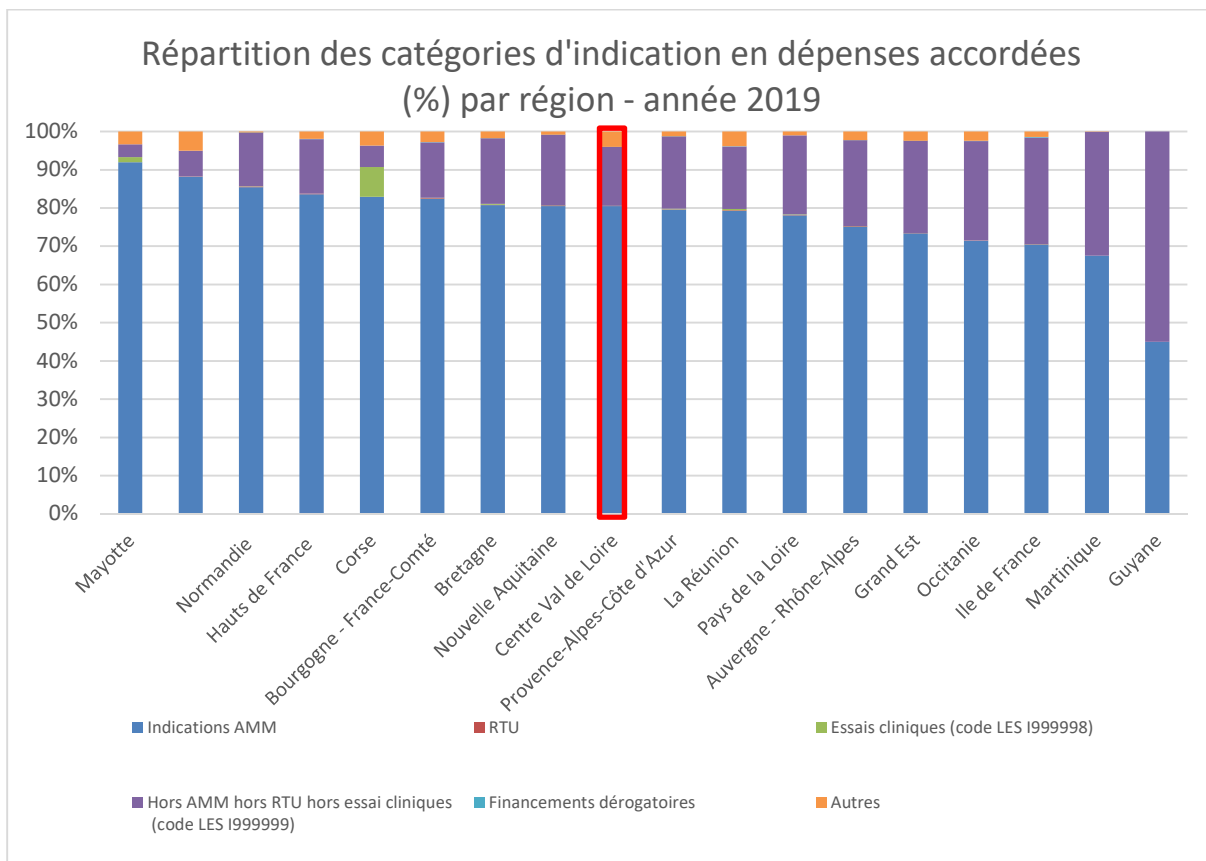


Figure 2. Répartition des catégories d'indication par région (en dépenses accordées) – année 2019

Les données comparatives par région font état, concernant le taux de codage I999999, d'une variabilité importante allant de 2,7 % (Mayotte) à 38 % (Guyane).

Les données détaillées par région sont présentées dans le tableau 1 (coloris gradué selon l'importance des dépenses en médicaments hors GHS globales par région).

**Tableau 1. Taux de codage I999999 (en dépenses accordées) par région**

Résultat taux I999999 global année 2019	Région	Nombre total d'ES distincts concernés par les médicaments hors GHS en 2019	Déclinaison : CHU/CLCC/autres MCO/HAD
< 5%	Mayotte	1	1 autre MCO
	Corse	9	8 autres MCO 1 HAD
	Guadeloupe	8	1 CHU 0 CLCC 6 autres MCO 3 HAD (dont 2 rattachées et 1 autonome)
≥ 5% et < 10%	-	-	-
≥ 10% et < 15%	Normandie	57	2 CHU 2 CLCC 52 MCO 14 HAD (dont 13 rattachées et 1 autonome)

	Centre Val-de-Loire	45	2 CHU-CHR 38 MCO 7 HAD (dont 2 rattachées et 5 autonomes)
	Bourgogne Franche-Comté	45	2 CHU 1 CLCC 39 autres MCO 6 HAD (dont 3 rattachées et 3 autonomes)
	Hauts-de-France	111	2 CHU 1 CLCC 87 autres MCO 21 HAD (dont 10 rattachées et 11 autonomes)
≥ 15% et < 20%	Bretagne	46	2 CHU 1 CLCC 38 autres MCO 10 HAD (dont 5 rattachées et 5 autonomes)
	Nouvelle-Aquitaine	94	3 CHU 1 CLCC 81 autres MCO 22 HAD (dont 13 rattachées et 9 autonomes)
	PACA	80	2 CHU 2 CLCC 73 autres MCO 23 HAD (dont 20 rattachées et 3 autonomes)
	Pays de la Loire	52	2 CHU 2 CLCC 42 autres MCO 10 HAD (dont 4 rattachées et 6 autonomes)
	Réunion	10	1 CHU 7 autres MCO 2 HAD
	Auvergne Rhône-Alpes	100	4 CHU 3 CLCC 50 + 37 = 87 autres MCO 25 HAS (dont 19 rattachées et 6 autonomes)
≥ 20% et < 25%	Grand Est	107	3 CHU 3 CLCC 91 autres MCO 20 HAD (dont 10 rattachées et 10 autonomes)
	Île-de-France	150	1 CHU 2 CLCC 145 autres MCO 6 HAD (dont 4 rattachées et 2 autonomes)
	Occitanie	96	3 CHU 2 CLCC 84 autres MCO 19 HAD (dont 12 rattachées et 7 autonomes)
> 25 %	Martinique	2	1 CHU 1 autre MCO
	Guyane	3	3 autres MCO

Légende couleur : dépenses globales en médicaments hors GHS

0 à 99 millions	100 à 250 millions	251 à 450 millions	> 450 millions
-----------------	--------------------	--------------------	----------------

Le taux important du codage I999999 dans certaines régions ainsi que la disparité des résultats peuvent s'expliquer par le retard d'intégration des codes indications dans les systèmes informatiques, ce qui a engendré une utilisation par défaut du codage I999999.



Les données de la région Centre-Val de Loire montrent un assez faible taux de codage LES I999999 (15% en région vs 19% au niveau national), plaçant notre région (territoires ultra-marins exceptés) parmi celles à plus faible taux de codage LES I999999.

Ces résultats traduisent un taux maîtrisé, traduisant les efforts d'encadrement des prescriptions des médicaments inscrits sur la liste en sus menés dans les établissements de santé depuis 2009.

### 3.2 Données détaillées par classes ATC

La répartition des dépenses globales de médicaments hors GHS par classe ATC de niveau 2, toutes indications confondues, figure dans le tableau 2.

**Tableau 2.** Répartition des dépenses de médicaments hors GHS accordées par classe ATC 2 toutes indications confondues et indications I999999 - France entière (par ordre décroissant de dépenses) – année 2019

Classe ATC 2	Dépenses accordées (€)	Dépenses accordées (%)	Taux de codage I999999
L01. Antinéoplasiques	2 615 893 148 €	65,9%	66,6%
L04. Immunosuppresseurs	637 370 915 €	16,1%	8,5%
J06. Sérums immunisants et immunoglobulines	272 065 134 €	6,9%	14,4%
A16. Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	171 969 976 €	4,3%	2,1%
B02. Antihémorragiques	112 543 264 €	2,8%	4,2%
J02. Antimycotiques (usage systémique)	68 829 105 €	1,7%	2,7%
M09. Autres médicaments des troubles du système musculo-squelettique	59 930 068 €	1,5%	0,4%
B01. Antithrombotiques	8 947 454 €	0,2%	0,6%
V10. Radiopharmaceutiques thérapeutiques	6 468 961 €	0,2%	0,2%
L03. Immunostimulants	5 910 323 €	0,1%	0,1%
A07. Antidiarrhéiques, anti-inflammatoires et anti-infectieux intestinaux	4 599 322 €	0,1%	< 0,1%
B06. Autres médicaments en hématologie	2 897 904 €	0,1%	0,1%
A10. Médicaments du diabète	1 458 977 €	< 0,1%	< 0,1%
J04. Anti-mycobactéries	663 351 €	< 0,1%	< 0,1%
V03. Tous les autres produits thérapeutiques	158 724 €	< 0,1%	< 0,1%
H01. Hormones hypophysaires, hypothalamiques, hormones de l'anté-hypophyse, analogues	12 178 €	< 0,1%	0%
S01. Ophtalmologiques	3 592 €	< 0,1%	0%
V04. Agents diagnostiques	0 €	-	-
<b>Total</b>	<b>3 963 902 396 €</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Les trois premières classes ATC (antinéoplasiques, immunosuppresseurs et sérums immunisants et immunoglobulines) concentrent :

- 90% des dépenses totales de médicaments hors GHS
- Et 90 % des dépenses codées I999999

C'est pourquoi un focus particulier est réalisé sur ces trois classes.

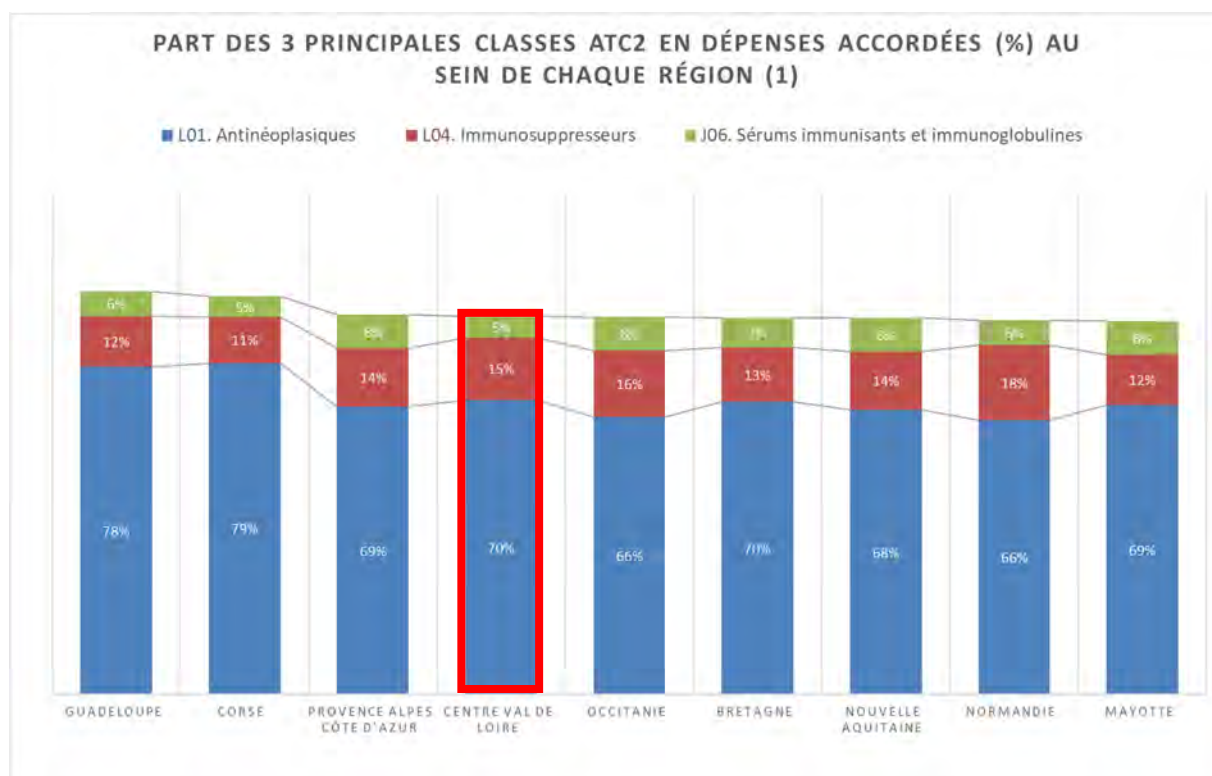
### 3.2.1 Données globales toutes indications confondues (AMM et autres)

Le palmarès des dépenses se concentre sur trois familles de médicaments, qui représentent à elles seules près de 90 % des dépenses totales de médicaments hors GHS, toutes indications confondues :

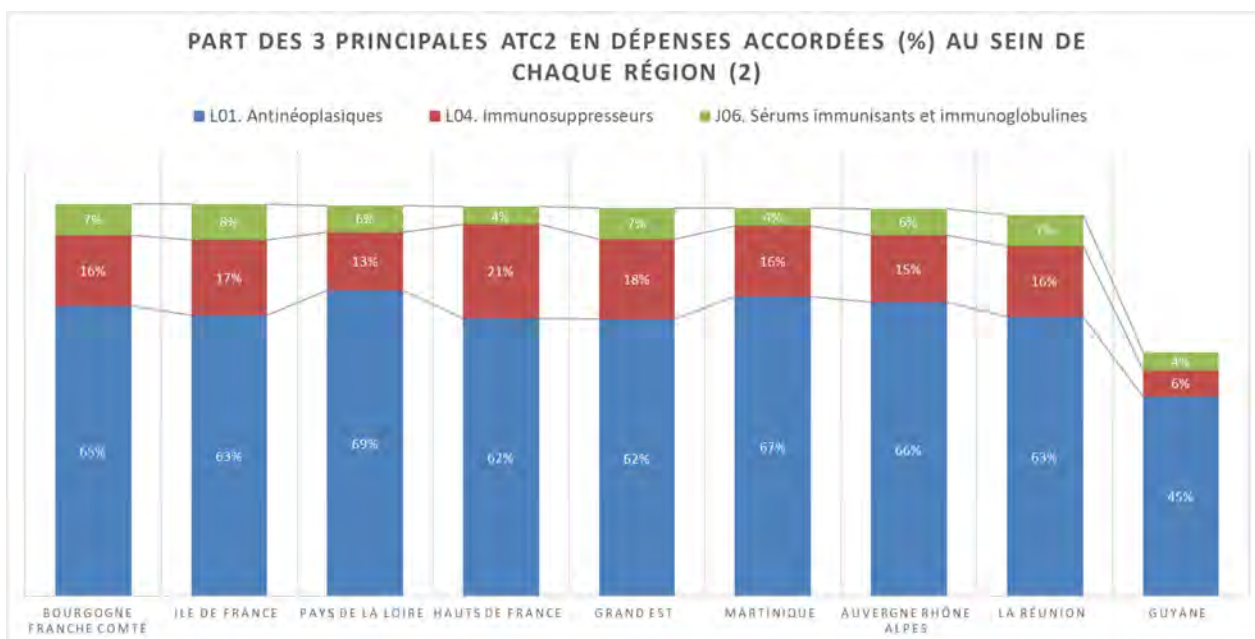
- les antinéoplasiques (classe ATC L01) : **66 %** des dépenses totales de médicaments hors GHS, soit 2 615 893 148 €  
*A noter que cette part de dépenses de 66% varie selon les régions de 45 % (Guyane) à 79% (Corse).*
- les immunosuppresseurs (classe ATC L04) : **16 %**, soit 637 370 915 €  
*Cette part de dépenses varie selon les régions de 6% (Guyane) à 21% (Hauts-de-France)*
- les sérums immunisants-immunoglobulines (classe ATC J06) : **7 %**, soit 272 065 134 €  
*Cette part de dépenses varie selon les régions de 4% (Guyane) à 8% (Nouvelle-Aquitaine).*

La répartition des dépenses accordées pour les trois premières classes ATC 2 par région est représentée ci-dessous (figures 3a et 3b).

**Attention à l'interprétation des données** : un pourcentage supérieur observé dans une région pour une classe ATC donnée ne signifie pas forcément une atypie en termes de surconsommation sur cette classe.



*Figure 3a : Part des antinéoplasiques, immunosuppresseurs et sérums immunisants/immunoglobulines en dépenses accordées (toutes indications confondues, par région (1/2))*



*Figure 3b : Part des antinéoplasiques, immunosuppresseurs et sérums immunisants/immunoglobulines en dépenses accordées (toutes indications confondues, par région (2/2))*

Les données de notre région correspondent à la moyenne nationale. En Centre-Val de Loire, 90% (89% en France entière) des dépenses de la liste en sus reposent sur les 3 classes ATC L01, L04 et J06.

La classe ATC L01 (les antinéoplasiques) représente 70% des dépenses de la liste en sus en région (66% France entière).

La classe ATC L04 (les immunosuppresseurs) représente 15% des dépenses de la liste en sus en région (16% France entière)

La classe ATC J06 (les sérums immunisants et immunoglobulines) représente 5% des dépenses de la liste en sus en région (7% France entière).

### 3.2.2 Données code indication I999999 (hors AMM)

Les dépenses nationales codées en I999999 (hors AMM, hors RTU, hors essais cliniques) s'élèvent à 743 891 324 €.

Les trois classes médicamenteuses précédemment citées représentent également près de 90% des dépenses totales codées en I999999 (tableau 3), à savoir

- les antinéoplasiques (L01), avec des dépenses I999999 à hauteur de 495 242 575 €, soit **67 %** de ces dépenses  
*A noter que cette part de dépenses varie selon les régions de 47 % (Guadeloupe) à 81% (Corse).*
- les sérums immunisants-immunoglobulines (J06) : 106 877 528 €, soit **14 %** de ces dépenses  
*Cette part de dépenses varie selon les régions de 4% (Mayotte) à 33% (Guadeloupe).*

- les immunosuppresseurs (L04) : 63 050 733 €, soit 8 % de ces dépenses  
*Cette part de dépenses varie selon les régions de 3% (Corse et Martinique) à 13% (Guadeloupe).*

Tableau 3. Répartition des dépenses en médicaments hors GHS accordées par classe ATC 2 pour le code indication I999999 en France – année 2019

Classe ATC en I999999	Dépenses accordées en I999999 par classe ATC France entière	Part de la Classe ATC en I999999 en Dépenses Accordées France entière
L01. Antinéoplasiques	495 242 575 €	66,6%
J06. Sérums immunisants et immunoglobulines	106 877 528 €	14,4%
L04. Immunosuppresseurs	63 050 733 €	8,5%
B02. Antihémorragiques	31 314 973 €	4,2%
J02. Antimycotiques (usage systémique)	20 266 828 €	2,7%
A16. Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	15 526 178 €	2,1%
B01. Antithrombotiques	4 542 826 €	0,6%
M09. Autres médicaments des troubles du système musculo-squelettique	2 675 863 €	0,4%
V10. Radiopharmaceutiques thérapeutiques	1 496 854 €	0,2%
B06. Autres médicaments en hématologie	830 436 €	0,1%
L03. Immunostimulants	800 279 €	0,1%
A07. Antidiarrhéiques, anti-inflammatoires et anti-infectieux intestinaux	359 488 €	< 0,1%
A10. Médicaments du diabète	262 087 €	< 0,1%
J04. Anti-mycobactéries	121 456 €	< 0,1%
V03. Tous les autres produits thérapeutiques	34 092 €	< 0,1%

La répartition des dépenses I999999 selon la classe ATC 2 par région est représentée ci-dessous (figures 4a et 4b).

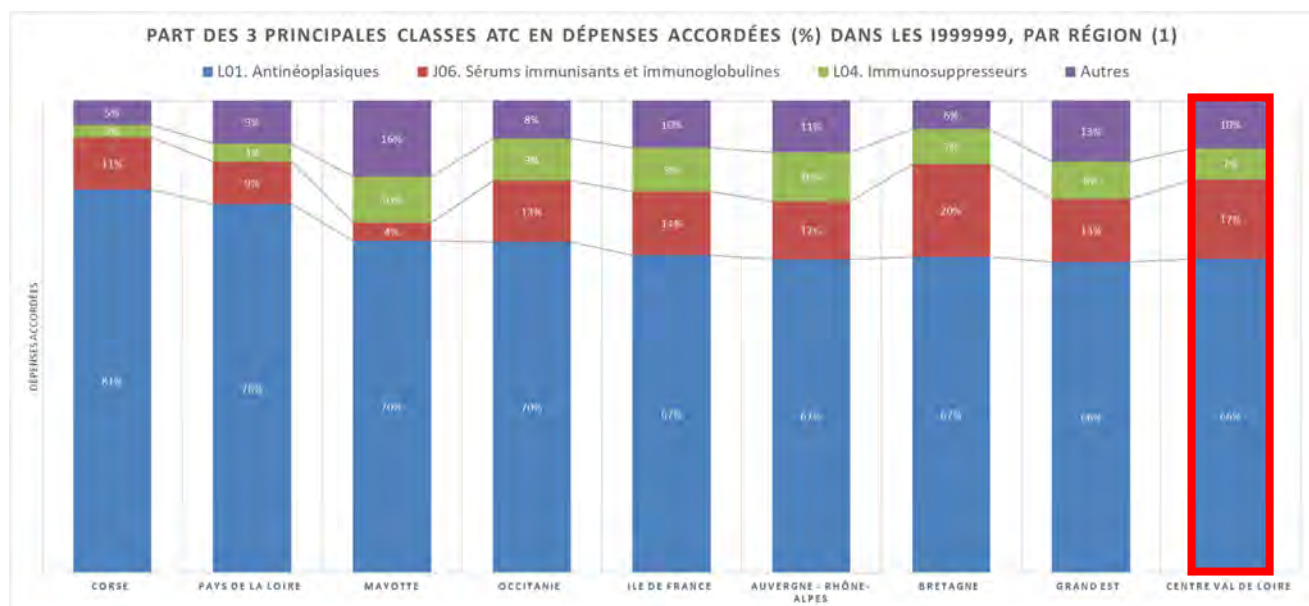


Figure 4a. Répartition des dépenses I999999 accordées selon la classe ATC 2 par région (1/2)

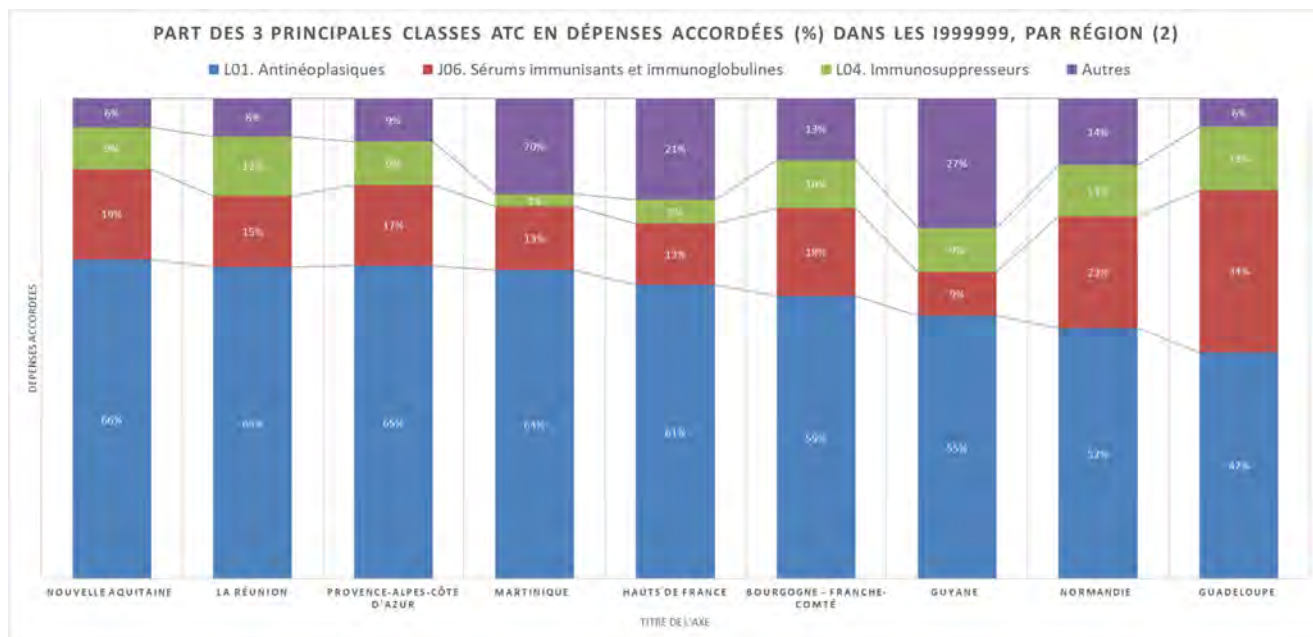


Figure 4b. Répartition des dépenses 1999999 accordées selon la classe ATC 2 par région (2/2)

Pour le code indication liste en sus 1999999, les données de la région Centre-Val de Loire illustrent les dépenses en France entière, avec une proportion légèrement supérieure pour la classe ATC J06 et légèrement inférieure pour la classe ATC L04, dont vous trouverez le détail ci-dessous :

66% des dépenses 1999999 sont accordées pour la classe L01 (les antinéoplasiques) en région (66% en France entière).

7% des dépenses 1999999 sont accordées pour la classe L04 (les immunosuppresseurs) en région (8,5% en France entière).

17% des dépenses 1999999 sont accordées pour la classe J06 (les sérums immunisants et immunoglobulines) en région (14% en France entière).

10% des dépenses 1999999 sont accordées pour le reste en région (10,5% en France entière).

### 3.3 Données détaillées par DCI

Les 20 premières DCI les plus codées en 1999999, toutes classes ATC confondues, sont regroupées dans le tableau 4. A noter que les 10 premières représentent 80% des dépenses hors AMM, hors RTU, hors essais cliniques.

Tableau 4. Répartition par DCI des dépenses accordées en médicaments hors GHS pour le code indication 1999999 en France – année 2019

Rang	DCI	Dépenses 1999999 (€)	Dépenses 1999999 (%) France entière
1	J06BA02 IMMUNOGLOBULINES HUMAINES POLYVALENTES, POUR ADM INTRAVASCULAIRE	94 618 291 €	16,0%
2	L01XC02 RITUXIMAB	79 051 996 €	13,3%
3	L01XC07 BEVACIZUMAB	68 319 125 €	11,5%
4	L01XC17 NIVOLUMAB	48 538 908 €	8,2%
5	L01XC18 PEMBROLIZUMAB	40 797 395 €	6,9%
6	L01XC03 TRASTUZUMAB	39 521 093 €	6,7%
7	L01XC13 PERTUZUMAB	33 837 601 €	5,7%

8	L01XC24 DARATUMUMAB	27 117 883 €	4,6%
9	L04AA25 ECULIZUMAB	24 056 295 €	4,1%
10	L01XC12 BRENTUXIMAB VEDOTIN	20 418 675 €	3,4%
11	L01XX32 BORTEZOMIB	19 406 743 €	3,3%
12	L01BA04 PEMETREXED	18 887 089 €	3,2%
13	L04AB02 INFLIXIMAB	18 369 735 €	3,1%
14	L01XC06 CETUXIMAB	10 382 743 €	1,8%
15	B02BB01 FIBRINOGENE HUMAIN	10 186 382 €	1,7%
16	L01BC07 AZACITIDINE	9 080 775 €	1,5%
17	J02AX04 CASPOFUNGIN	7 465 374 €	1,3%
18	B02BD08 EPTACOG ALFA (ACTIVE)	6 462 887 €	1,1%
19	A16AB07 ALGLUCOSIDASE ALFA	5 559 717 €	0,9%
20	B02BD02 FACTEUR VIII DE COAGULATION	3 506 087 €	0,6%
21	M09AX07 NUSINERSEN	2 753 391 €	0,5%
22	L01XX AXICABTAGENE CILOLEUCEL	1 701 374 €	0,3%
23	L01XX27 ARSENIC TRIOXYDE	1 667 870 €	0,3%
24	J02AC03 VORICONAZOLE	911 167 €	0,2%

La DCI J06BA02 IMMUNOGLOBULINES HUMAINES POLYVALENTES, POUR ADM INTRAVASCULAIRE regroupe l'ensemble des spécialités d'immunoglobulines humaines polyvalentes IV.

Cette classe fait l'objet d'un suivi rapproché, en lien avec la problématique de tensions d'approvisionnement et la hiérarchisation des indications de l'ANSM.

Par ailleurs, un focus spécifique est réalisé sur la classe ATC L01 (antinéoplasiques) qui, pour rappel, concentre en dépenses 66,6 % des indications I999999 totales.

La répartition par région des dépenses I999999 des cinq premières DCI de la classe ATC L01 (rituximab, bevacizumab, trastuzumab, pembrolizumab et nivolumab) est représentée dans les figures 5a et 5b.

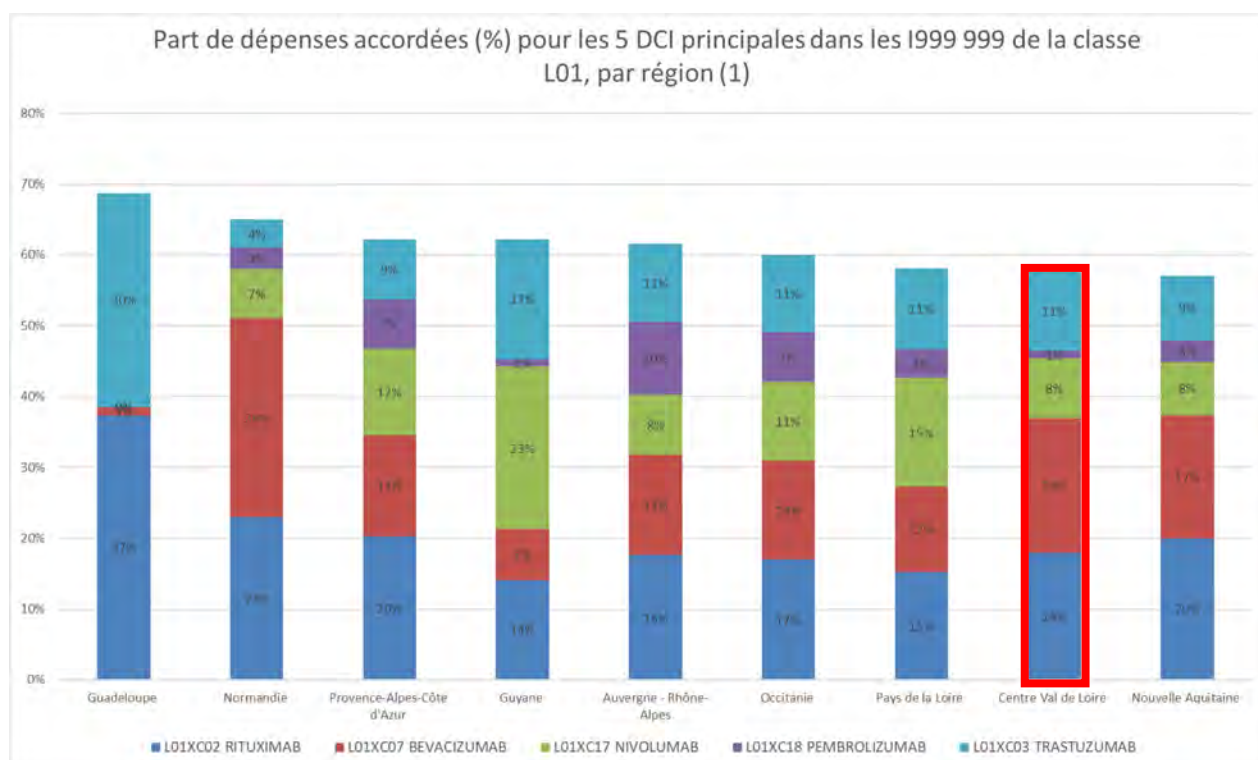


Figure 5a. Répartition par région des dépenses 1999999 accordées pour les cinq molécules les plus onéreuses de la classe ATC L01 (1/2)

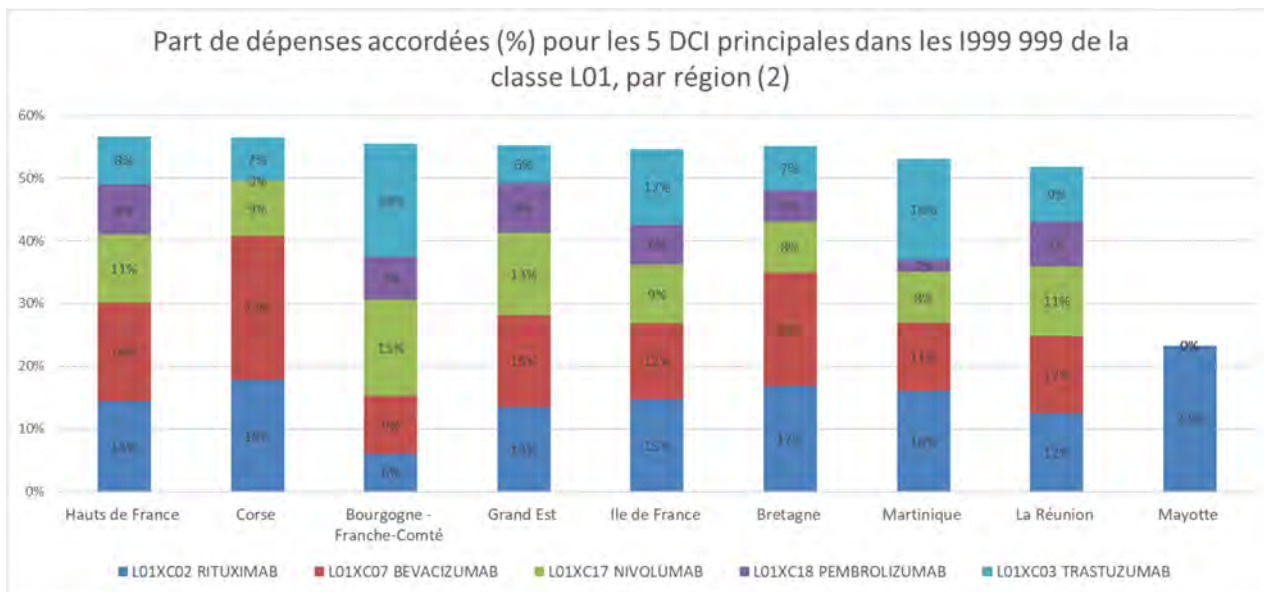
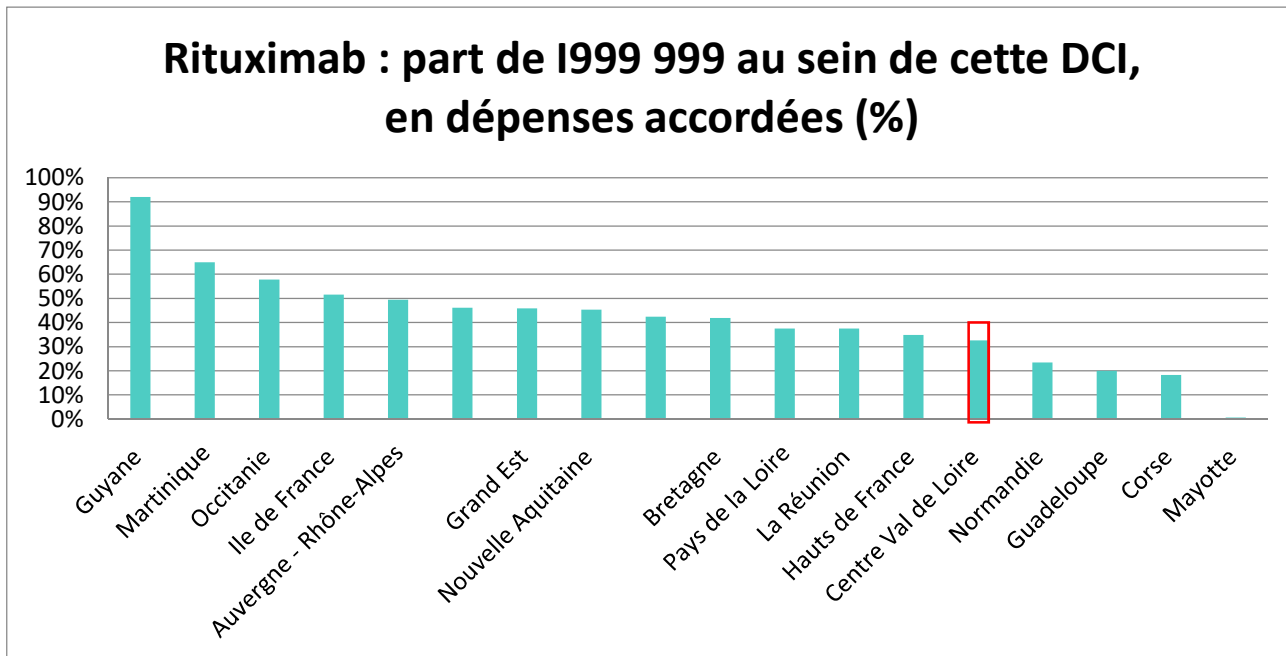


Figure 5b. Répartition par région des dépenses 1999999 accordées pour les cinq molécules les plus onéreuses de la classe ATC L01 (2/2)

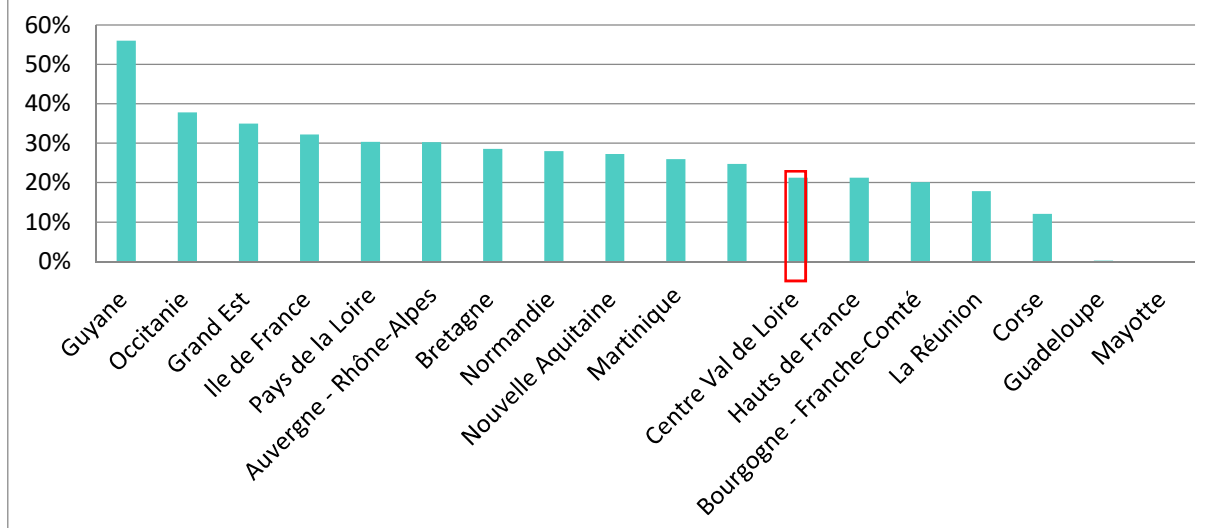
Le taux de prescription en 1999999 par région des molécules rituximab, bevacizumab, trastuzumab, pembrolizumab et nivolumab, est représenté ci-dessous (figures 6a à 6e).



Graphique 6a. Proportion de codage en 1999999 du rituximab par région

La plupart des régions a un taux de prescription du rituximab codé en 1999999 compris entre 40 et 50 % (médiane à 42 %). Ce taux intègre toutes les pathologies pour lesquelles le rituximab est utilisé, y compris celles non cancéreuses.

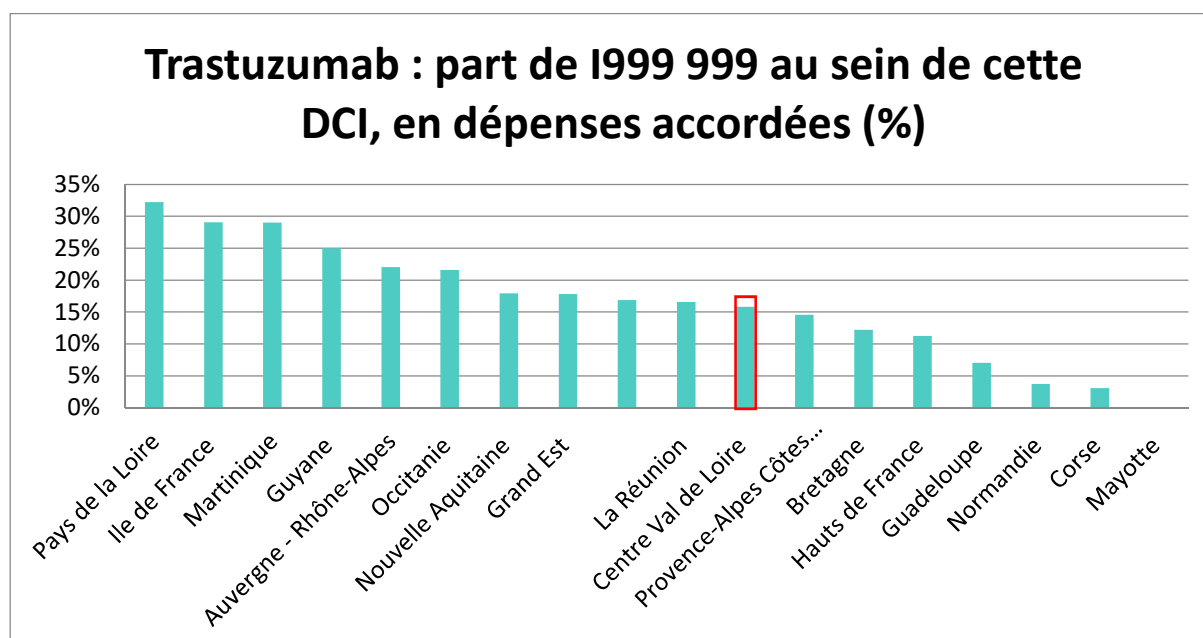
## Bevacizumab : part de I999 999 au sein de cette DCI, en dépenses accordées (%)



Graphique 6b. Proportion de codage en I999999 du bevacizumab par région

La plupart des régions a un taux de prescription du bevacizumab codé en I999999 compris entre 20 et 30 % (médiane à 27 %).

## Trastuzumab : part de I999 999 au sein de cette DCI, en dépenses accordées (%)

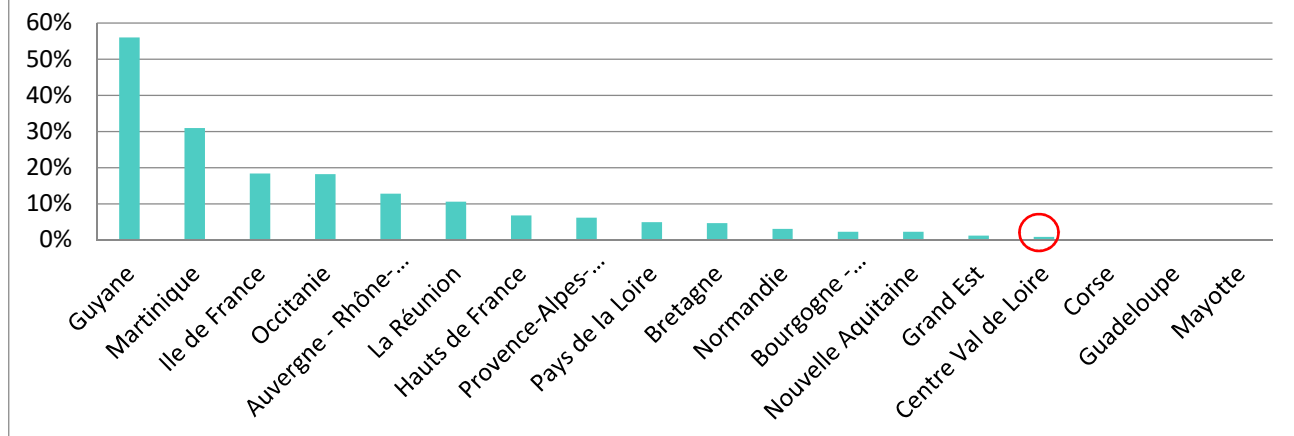


Graphique 6c. Proportion de codage en I999999 du trastuzumab par région

La plupart des régions a un taux de prescription du trastuzumab codé en I999999 compris entre 15 et 25 % (médiane à 17 %).



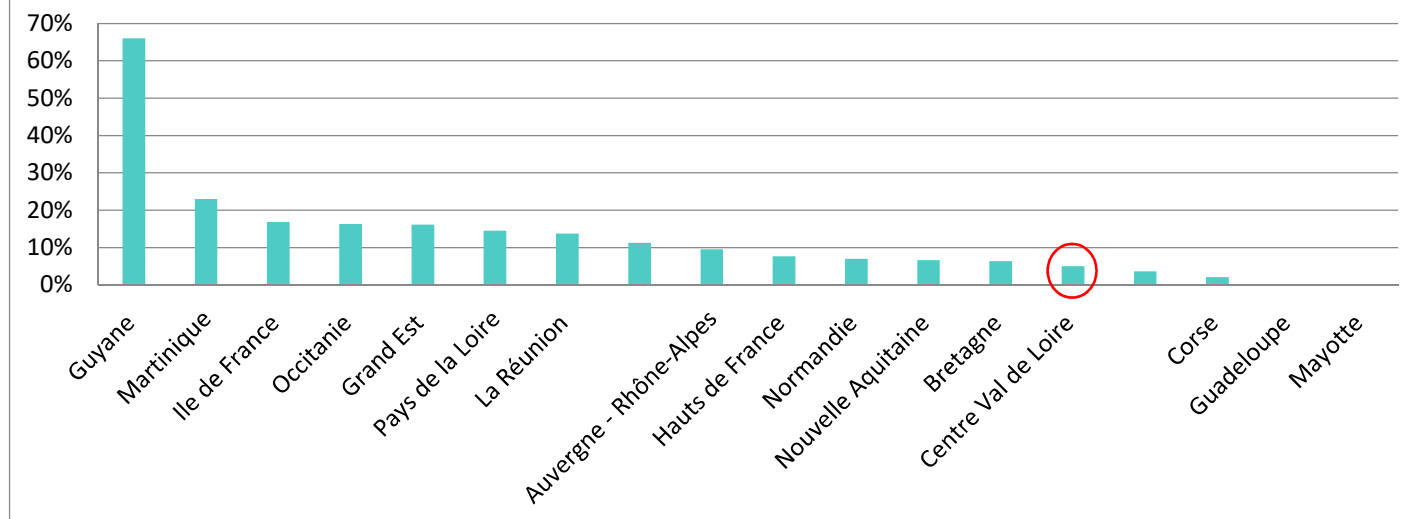
## Pembrolizumab : part de 1999 999 au sein de cette DCI, en dépenses accordées (%)



Graphique 6d. Proportion de codage en 1999999 du pembrolizumab par région

La plupart des régions a un taux de prescription du pembrolizumab codé en 1999999 compris entre 5 et 15 % (médiane à 6 %).

## Nivolumab : part de 1999 999 au sein de cette DCI, en dépenses accordées (%)



Graphique 6e. Proportion de codage en 1999999 du nivolumab par région

La plupart des régions a un taux de prescription du nivolumab codé en 1999999 compris entre 5 et 15 % (médiane à 9 %).

Pour les 5 molécules présentées ci-dessus, le taux de prescriptions avec codage LES I999999 en région Centre-Val de Loire reste bien en deçà de la moyenne française :

Rituximab : médiane du taux France entière = 42% ; taux Centre-Val de Loire = 33%

Bevacizumab : médiane du taux France entière = 27% ; taux Centre-Val de Loire = 21%

Trastuzumab : médiane du taux France entière = 17% ; taux Centre-Val de Loire = 16%

Pembrolizumab : médiane du taux France entière = 6% ; taux Centre-Val de Loire = 1%

Nivolumab : médiane du taux France entière = 9% ; taux Centre-Val de Loire = 5%

### 3.4 Données par type de cancer

La répartition par type de cancer des dépenses de médicaments hors GHS de la classe ATC L01 dans le cadre des indications d'AMM prises en charge en sus des GHS est représentée ci-dessous (figure 7).

Les résultats traduisent l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste en sus et non l'épidémiologie des cancers par région.

Deux types de cancers représentent plus de la moitié des dépenses totales : cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) et cancer du sein.

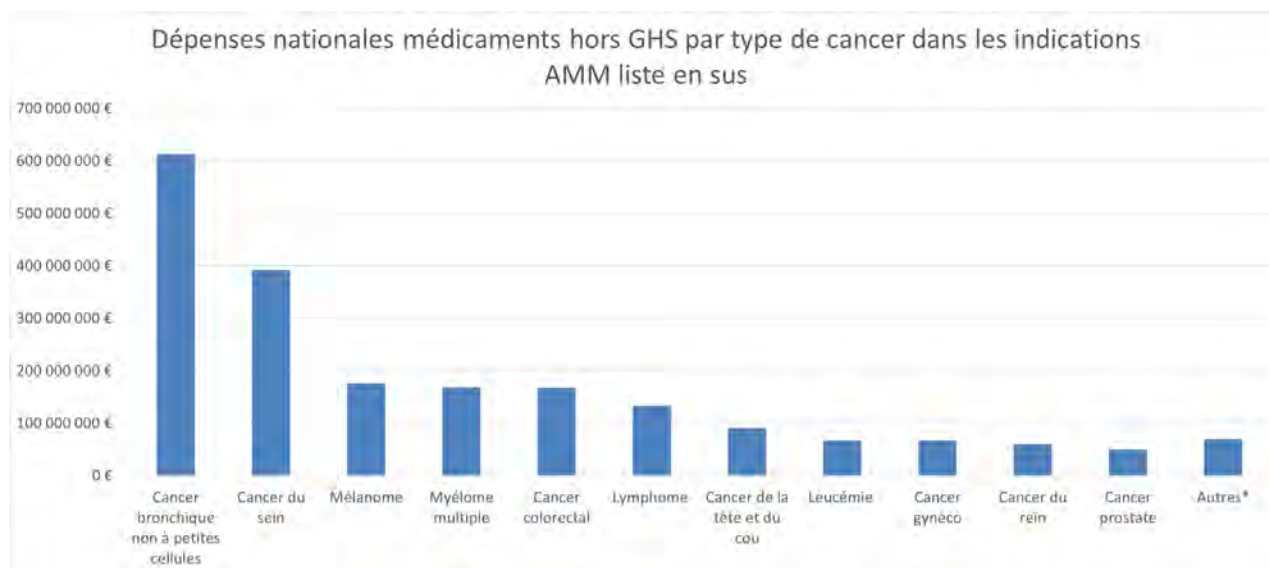


Figure 7. Répartition par cancer des dépenses accordées en médicaments hors GHS de la classe ATC L01 pour les indications d'AMM inscrites sur la liste en sus

\*La classe « autres » regroupe les tumeurs suivantes : tumeur neuroendocrine intestinale, cancer gastrique, mésothéliome, carcinome de Merkel, cancer urothélial, sarcome, greffe de cellules souches hématopoïétiques, et autres cancers rares.

La répartition des dépenses de médicaments hors GHS dans les indications d'AMM inscrites sur la liste en sus dans le traitement du CBNPC, du cancer du sein, du cancer colorectal, du lymphome, du myélome multiple et du mélanome sont représentés aux figures 8a et 8b.

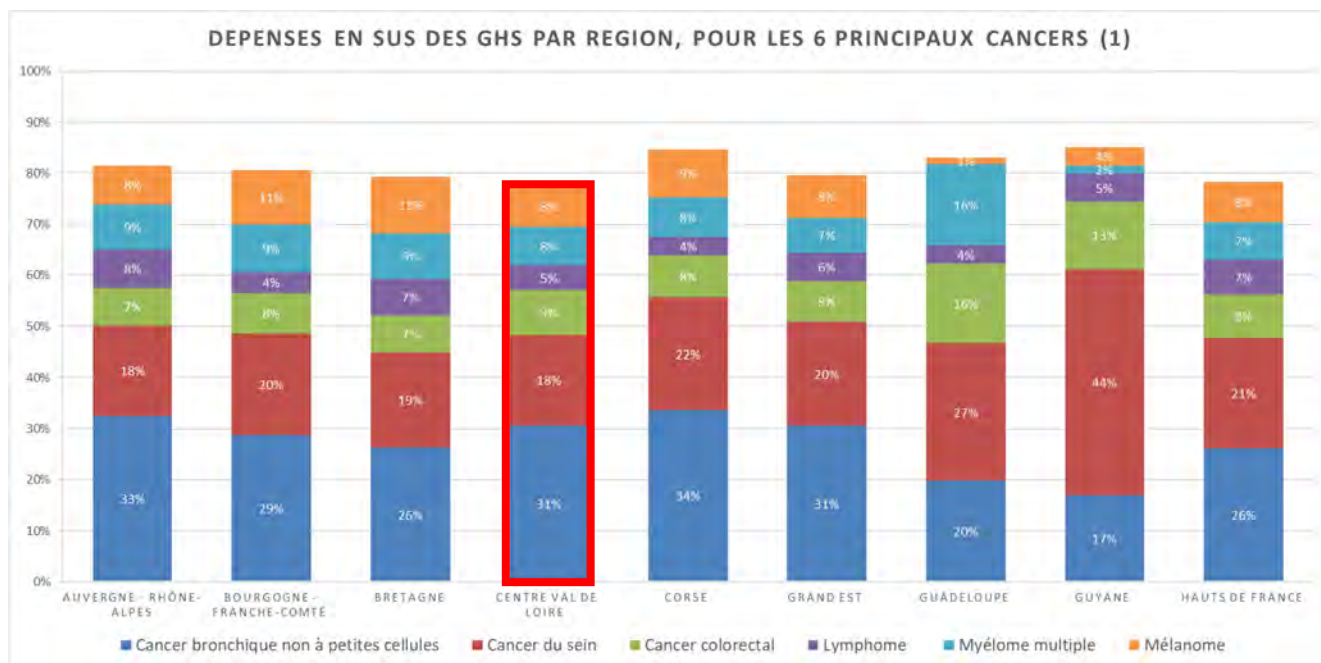


Figure 8a. Répartition par région des dépenses en médicaments hors GHS dans les indications d'AMM inscrites sur la liste en sus dans le traitement de six cancers (1/2)

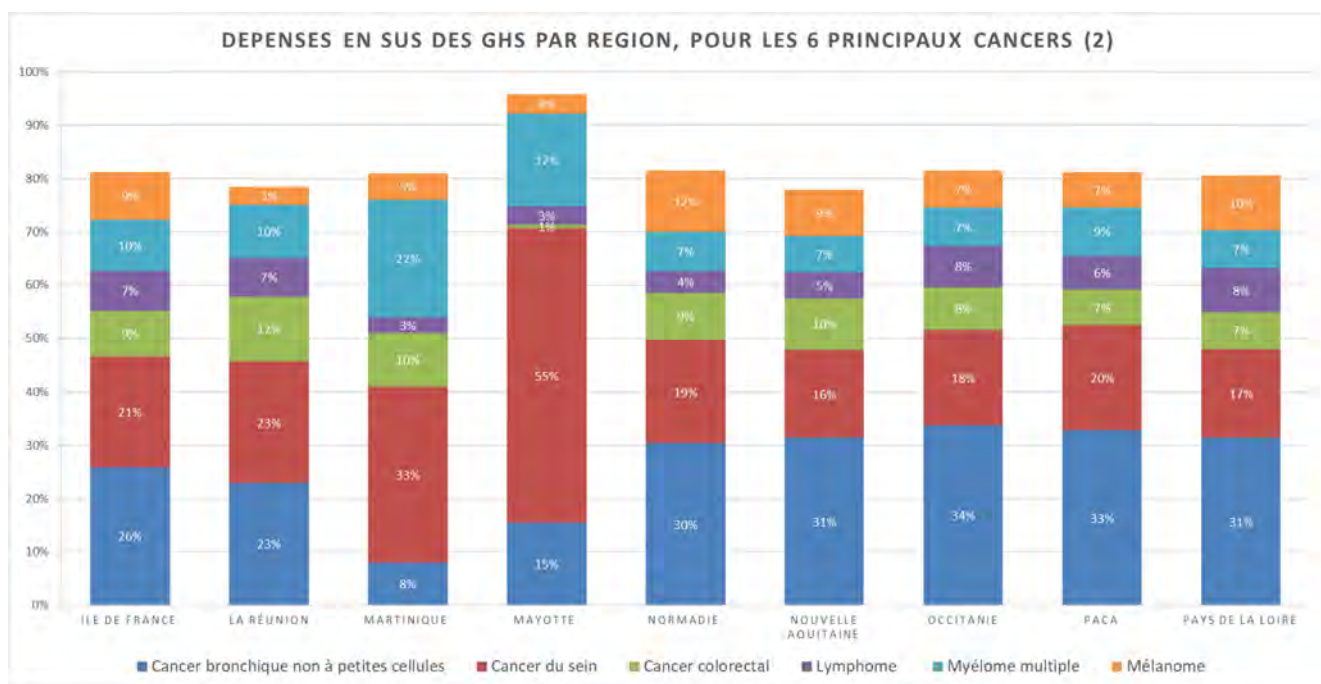


Figure 8b. Répartition par région des dépenses en médicaments hors GHS dans les indications d'AMM inscrites sur la liste en sus dans le traitement de six cancers (2/2)

Les données de la région Centre-Val de Loire ne présentent pas d'atypies de répartition des dépenses pour les six principaux cancers en comparant aux autres régions.

Pour les quatre types de cancers présentés ci-après, les dépenses accordées restent faibles, en accord avec la proportion de population de notre région par rapport avec la population française.

### 3.4.1 Cancer bronchique non à petites cellules

Il s'agit du cancer dont les dépenses en médicaments hors GHS pour les indications d'AMM inscrites sur la liste en sus sont les plus importantes, soit un montant total de **612 209 359 €**.

La répartition de ces dépenses par région est détaillée à la figure 9.

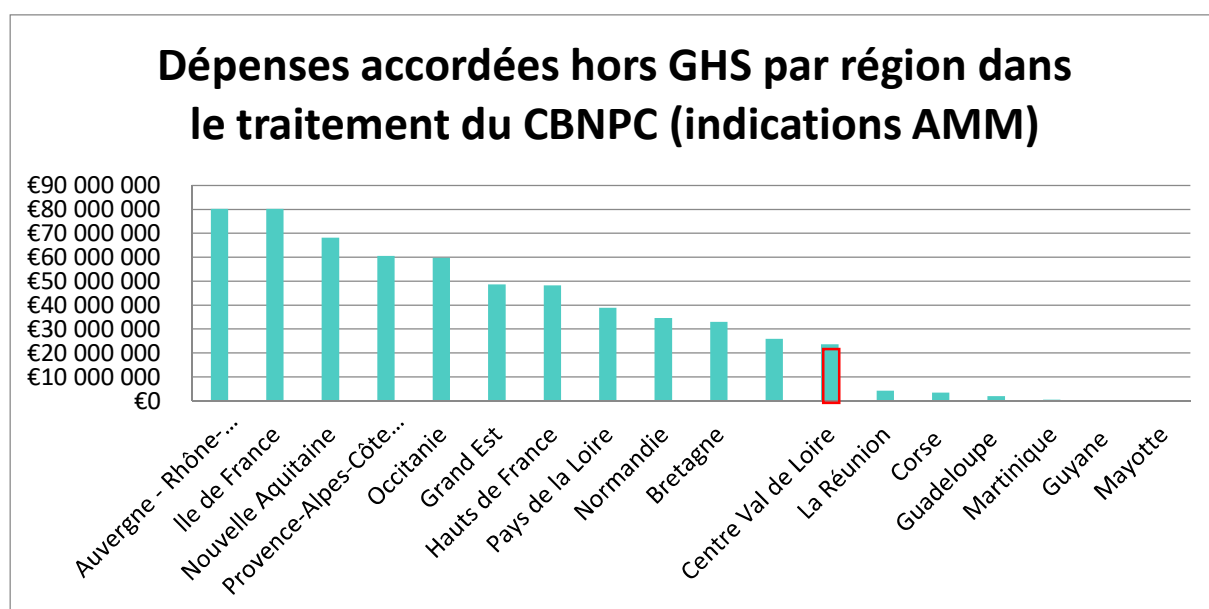


Figure 9. Répartition par région des dépenses accordées en médicaments hors GHS dans les indications d'AMM inscrites sur la liste en sus dans le traitement du CBNPC

Parmi les cinq médicaments de la liste en sus indiqué dans le traitement du CBNPC (nivolumab, pembrolizumab, atezolizumab, bevacizumab et pemetrexed), le pembrolizumab représente près de la moitié (49%) des dépenses, suivi par le nivolumab (35 %) et le pemetrexed (9%).

La répartition des dépenses par molécule dans la prise en charge du CBNPC est représentée ci-dessous (figure 10).

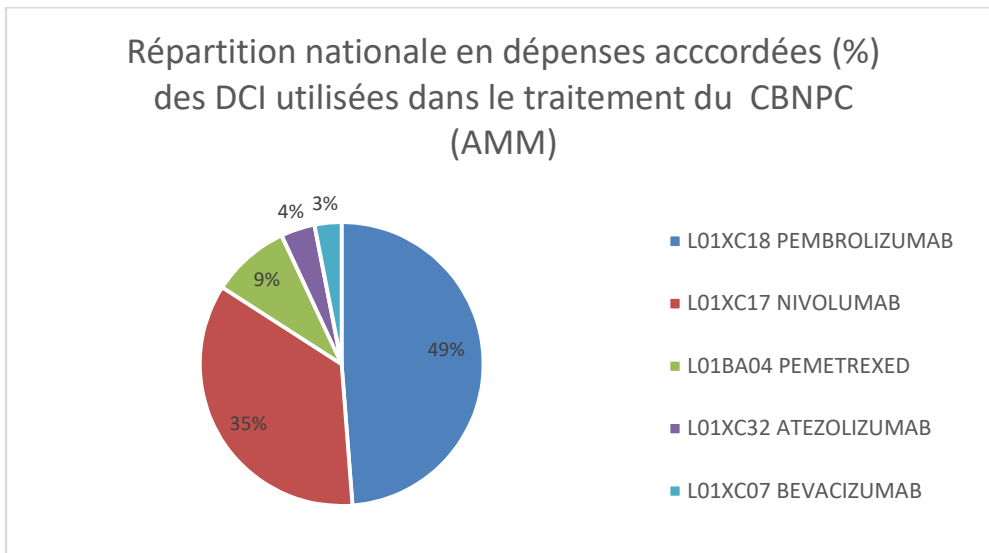


Figure 10. Répartition des dépenses dans la prise en charge du CBNPC

### 3.4.2 Cancer du sein

Il s'agit du deuxième cancer en termes de dépenses en médicaments hors GHS pour les indications d'AMM inscrites sur la liste en sus, soit un montant total de **367 704 821 €**.

La répartition de ces dépenses par région est détaillée à la figure 11.

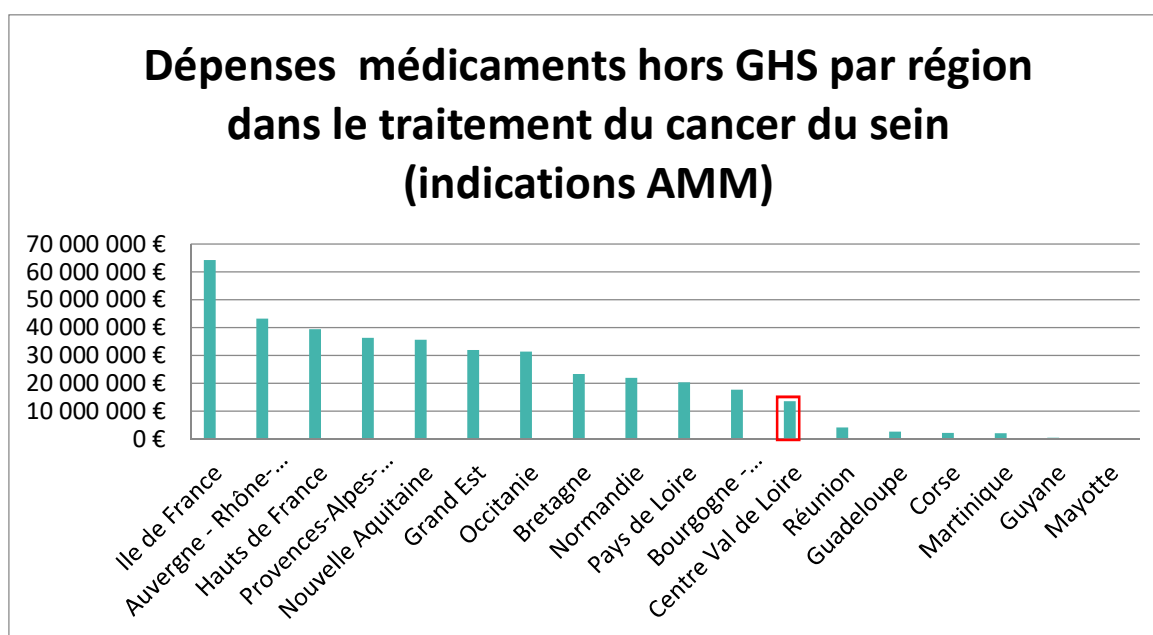


Figure 11. Répartition par région des dépenses accordées en médicaments hors GHS dans les indications d'AMM inscrites sur la liste en sus dans le traitement du cancer du sein

Parmi les six médicaments de la liste en sus indiqués dans le traitement du cancer du sein (trastuzumab, pertuzumab, trastuzumab emtansine, eribuline, doxorubicine et bevacizumab), le trastuzumab représente 45 % des dépenses, suivi par le pertuzumab (31 %) et le trastuzumab emtansine (16%).

La répartition des dépenses par molécule dans la prise en charge du cancer du sein est représentée ci-dessous (figure 12).

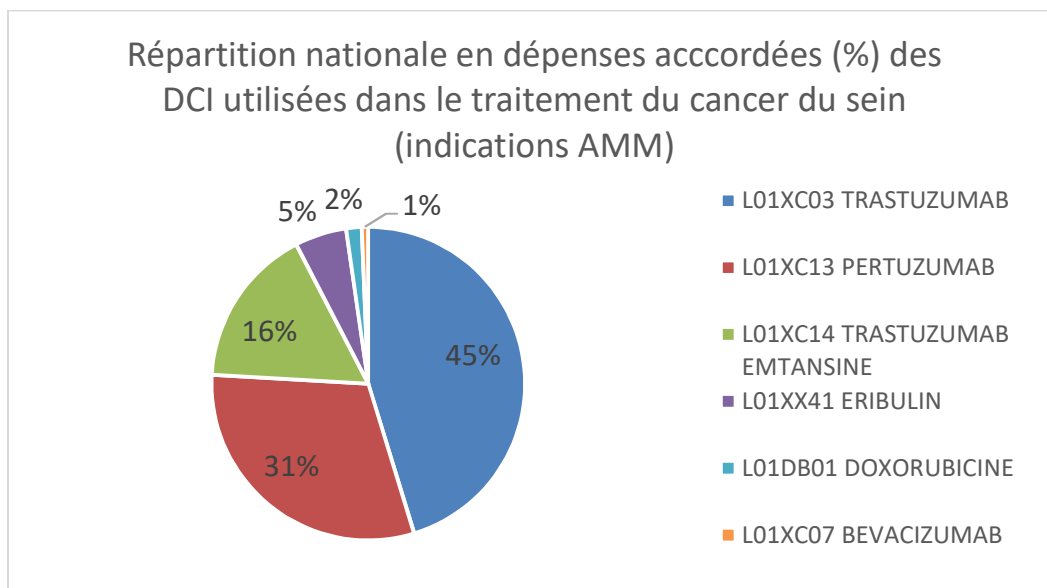


Figure 12. Répartition des dépenses dans la prise en charge du cancer du sein

#### 3.4.2.1 Pertinence de l'utilisation de la voie sous-cutanée du trastuzumab dans le cancer du sein.

Le trastuzumab, en accord aux données présentées ci-dessus, est un traitement standard dans la prise en charge du cancer du sein. L'arrivée en 2019 de formes biosimilaires a permis une forte baisse des coûts liés à ces dépenses. En parallèle, une forme sous-cutanée a fait son apparition, permettant notamment aux patients un meilleur confort et une meilleure tolérance mais aussi un contournement de l'arrivée des biosimilaires par voie intraveineuse.

Nous avons étudié au niveau régional la pertinence de cette prise en charge : la question d'une administration par voie sous-cutanée se pose notamment quand d'autres traitements sont déjà administrés par voie intraveineuse, notamment au regard du prix supérieur de la forme sous-cutanée comparée aux biosimilaires par voie intraveineuse.

Les données ont été recueillies à parti du PMSI en croisant les codes indications, les codes diagnostics et les codes UCD déclarés.

	En k€				En kmg			
	2018	2019	2018-2019	2019-2020*	2018	2019	2018-2019	2019-2020*
<b>Biosimilaires IV</b>	470	2869	+510%	13%	228	1479	+546%	+7%
Données nationales**			+700%				+787%	
<b>Princeps IV</b>	3662	282	-92%	-84%	1317	123	-91%	-85%
Données nationales**			-85%				-82%	
<b>Princeps SC</b>	4941	4494	-9%	-10%	2121	2058	-3%	-9%
Données nationales**			-7%				-1%	
<b>TOTAL TRASTUZUMAB</b>	9074	7646	-16%	-4%	3668	3660	0%	-5%
Données nationales**			-13%				+5,7%	

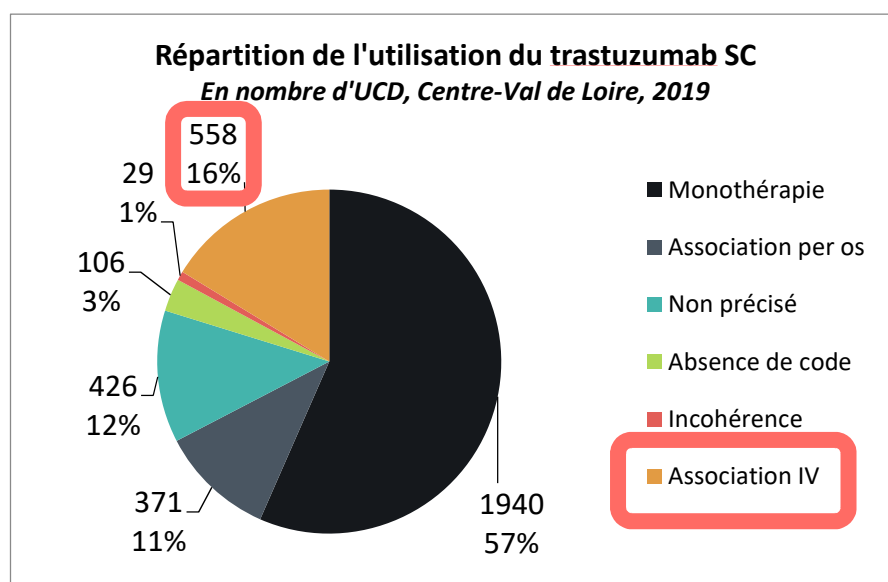
\*Les projections 2019-2020 sont estimées d'après les données arrêtées fin septembre 2020  
 \*\* Données issues de 7 régions, représentant 46% de la population en France métropolitaine

Ce tableau présente l'évolution de consommation en dépenses (k€) et en volume (kmg) entre 2018 et 2019, et en projection en 2020 sur la base des données arrêtées fin septembre 2020.

On note une forte progression des dépenses de biosimilaires et une diminution importante des dépenses du médicament de référence (princeps) pour la voie intraveineuse. On observe également une légère diminution des dépenses et consommations du médicament de référence par voie sous-cutanée, qui représente toujours en 2020 55% des prescriptions.

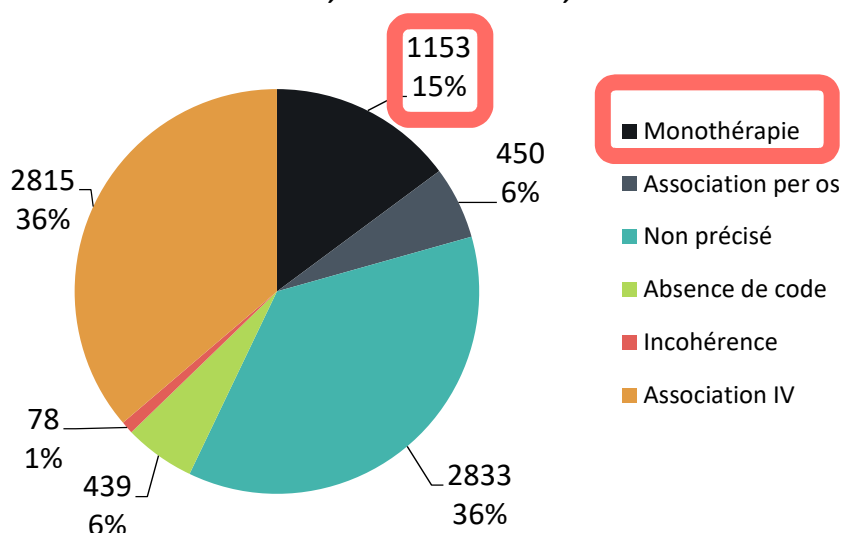
Ces tendances correspondent aux tendances nationales (basées sur 7 régions), et sont conformes aux tendances de consommations en quantité, indiquant une forte progression du taux de pénétration du biosimilaire pour la voie intraveineuse (15% en 2018, 92% en 2019, 99% en 2020).

Ce taux de pénétration a un impact très net sur les dépenses avec une diminution plus importante en région que sur la France : -16% (contre -13% au niveau national), malgré une consommation en quantité identique sur les deux années.



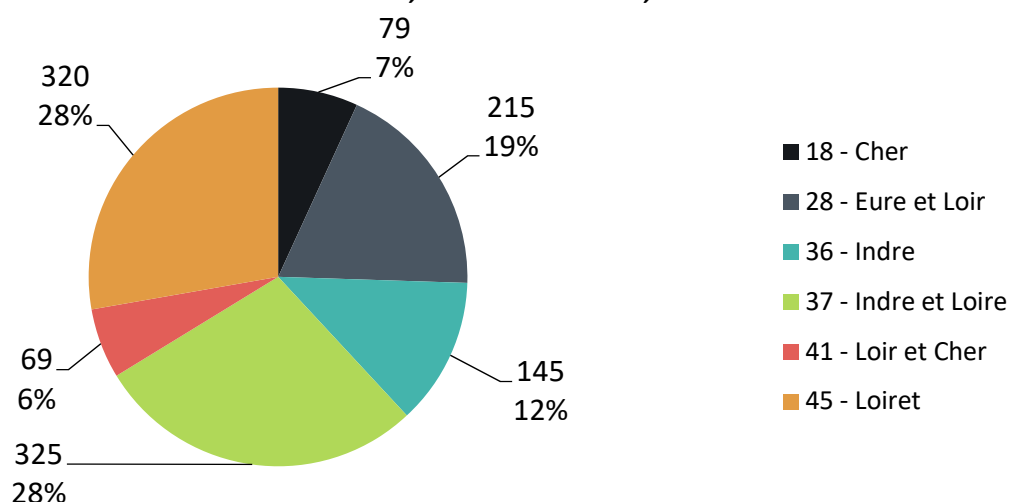
On observe que dans 16% des situations d'utilisation du trastuzumab par voie sous-cutanée, ce dernier est utilisé en association à des chimiothérapies par voie IV. Il existe donc potentiellement 16% de situations où la voie sous-cutanée pourrait être réinterrogée.

**Répartition de l'utilisation du trastuzumab IV**  
*En nombre d'UCD, Centre-Val de Loire, 2019*



A l'inverse, dans 15% des utilisations du trastuzumab par voie intraveineuse, ce dernier est utilisé en monothérapie. Dans ces cas, la voie sous-cutanée pourrait-être envisagée.

**Répartition départementale de l'utilisation du trastuzumab IV en monothérapie**  
*En nombre d'UCD, Centre-Val de Loire, 2019*



Trois départements, l'Indre et Loire, le Loiret et l'Eure et Loir totalisent 75% des situations où le passage à la voie sous-cutanée pourrait-être revu.

Ces données sont à interpréter avec précautions pour plusieurs raisons : les données sont exprimées en UCD, et selon la posologie, cela peut au final représenter un nombre assez limité de patientes.

Certaines situations ne sont pas prises en compte : par exemple, une patiente hospitalisée pour une autre pathologie que son cancer qui reçoit du trastuzumab par voie intraveineuse n'aura pas d'intérêt à recevoir la forme sous-cutanée.

Certaines situations sont aussi liées à des choix des patientes refusant une voie ou un protocole.

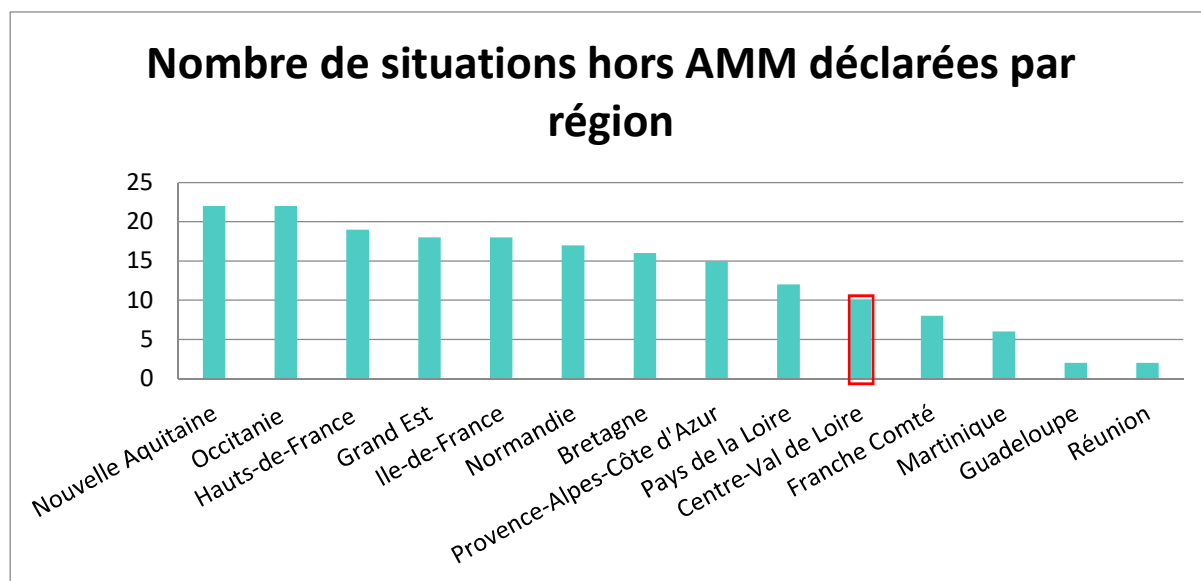


### 3.4.2.2 Analyse qualitative des prescriptions hors AMM hors référentiel dans le cancer du sein

En 2019, à partir des éléments déclarés par les établissements de santé de chaque région, 52 situations hors AMM ont été identifiées dans la prise en charge du cancer du sein.

Pour chacune de ces situations ont été précisées les régions ayant rencontré et déclaré cette situation. Au total 187 occurrences ont été dénombrées (de nombreuses situations étant rencontrées dans plusieurs régions).

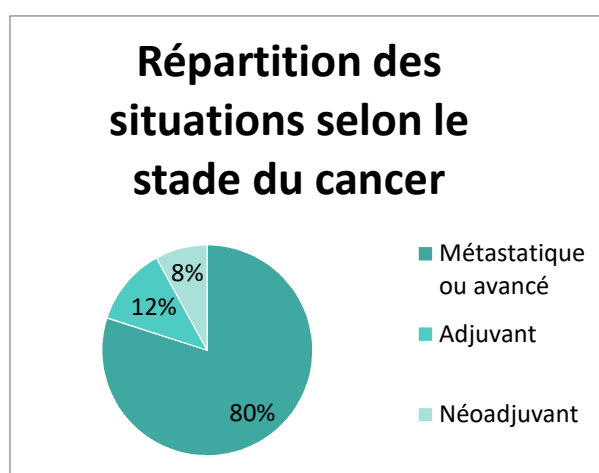
La moyenne du nombre de situations hors AMM dans la prise en charge du cancer du sein par région est de 13.



**Un travail de recueil national des situations codées en I999999 a été mené. Grâce aux déclarations des établissements lors de l'initiation d'un traitement hors AMM hors référentiel, les OMÉDIT ont pu recenser les situations rencontrées en région. 52 situations ont été recensées sur le territoire national, dont 10 sont retrouvées en Centre-Val de Loire.**

La répartition des prescriptions hors AMM détaillée par stade est la suivante et concerne essentiellement le traitement du cancer du sein à un stade métastatique ou avancé :

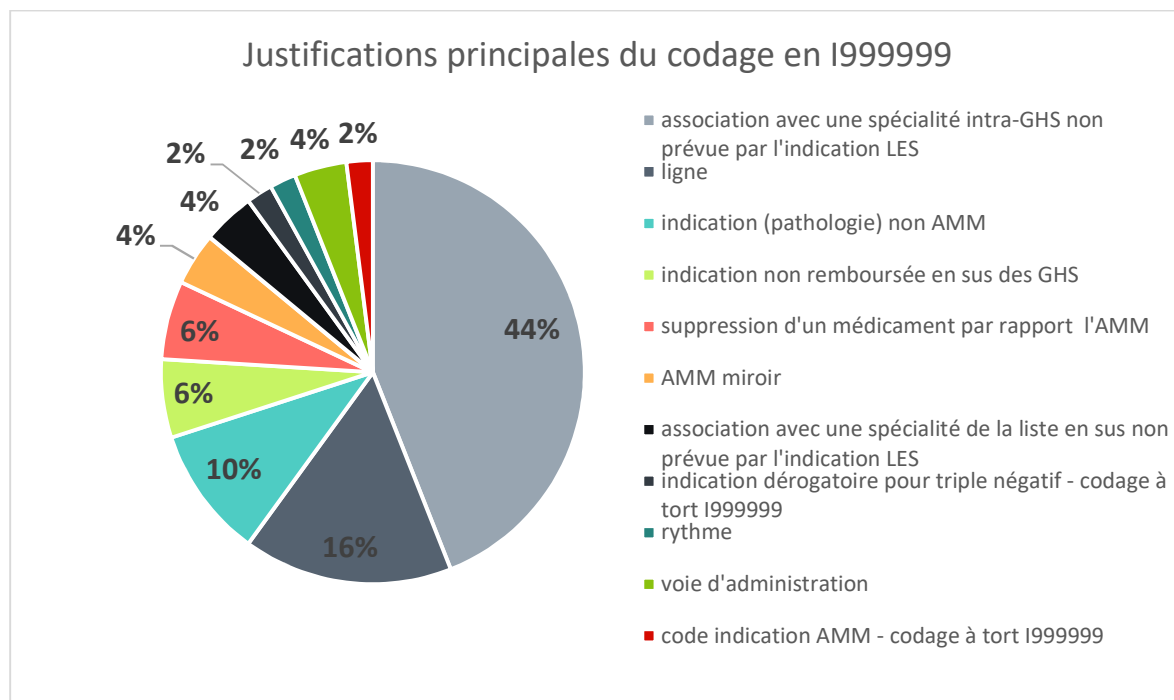
- 42 situations sont rencontrées au stade métastatique ou avancé (soit 81% des situations)
- 6 situations au stade adjuvant (soit 12%)
- 4 situations au stade néoadjuvant (soit 8%)



Un travail important de standardisation des raisons du codage en I999999 a été mené par le RESOMEDIT afin de classer chacune des situations rencontrées dans le cancer du sein.

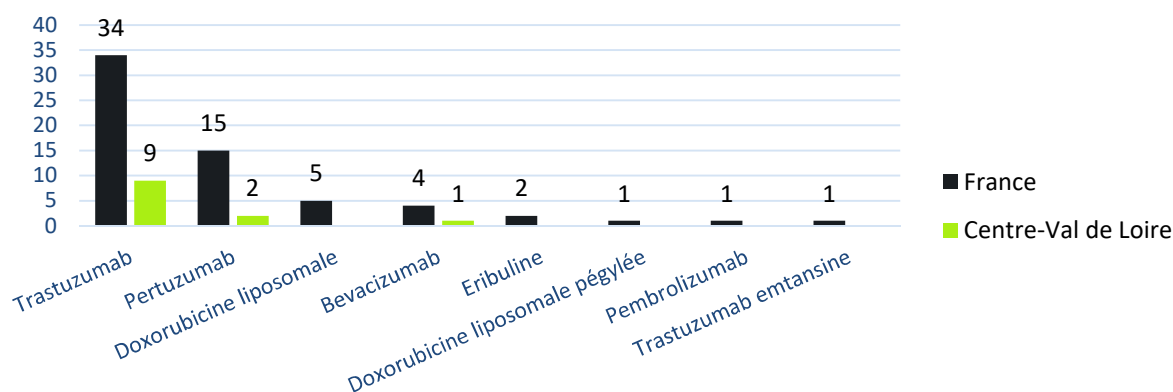
Les principales raisons du codage en I999999 identifiées sont les suivantes :

- Association avec une spécialité intra-GHS non prévue par l'indication LES – *raison principale*
- Association avec une spécialité de la liste en sus non prévue par l'indication LES
- Ligne de traitement
- Indication (pathologie) non AMM
- Suppression d'un médicament par rapport l'AMM
- AMM miroir
- Indication non remboursée en sus des GHS
- indication dérogatoire pour triple négatif - codage à tort I999999
- Rythme d'administration
- Voie d'administration
- Code indication AMM - codage à tort I999999



**Ce graphique présente les principales raisons du codage en I999999. On observe que dans presque un cas sur deux, ce codage est réalisé car le traitement utilisé ne dispose pas de code LES pour une utilisation pourtant dans l'indication AMM, on parle pour ces situations d'AMM « miroir ».**

## Détail des médicaments hors GHS identifiés dans les protocoles Hors AMM et nombre d'occurrence



Le graphique ci-dessus résume les molécules hors GHS identifiées dans les prescriptions hors AMM hors référentiel. On note qu'une grande majorité des protocoles concerne deux molécules (trastuzumab et pertuzumab), autant en région Centre-Val de Loire qu'en France entière.

Le tableau ci-dessous détaille les 10 situations que l'on rencontre en région Centre-Val de Loire, ainsi que le nombre de régions dans lesquelles ces situations sont également rencontrées. A une exception près, toutes les situations décrites en Centre-Val de Loire ici se retrouvent dans au moins deux autres régions, souvent plus.

Protocole	Libellé précis de l'indication (attribué par OMEDI)	Stade du cancer	Argumentaire Etablissement/Publication	Raison principale Hors AMM	Détail (si nécessaire) de la raison hors AMM	Nb de régions ayant eu la situation
TRASTUZUMAB IV + vinorelbine	Cancer du sein métastatique ou avancé - association Trastuzumab IV et vinorelbine, quelle que soit la ligne de traitement	Métastatique ou avancé	Trastuzumab : sein métastatique et en première ligne de traitement et al JCO 2011;29:264-71 (étude HERNATA) Suzuki and al 2003 * K.Esfahani et al, The trastuzumab and vinorelbine combination: an alternative to taxane-based chemotherapy for early-stage and metastatic breast cancer. J Clin Oncol. 2014;32:304-11	association avec une spécialité intra-GHS non prévue par l'indication LES	Herceptin n'est pas indiqué en association avec Navelbine	10
BEVACIZUMAB + paclitaxel	Cancer du sein métastatique ou avancé triple négatif : traitement par Bevacizumab et paclitaxel	Métastatique ou avancé	SEIN TRIPLE NEGATIVE: remboursement dérogatoire Cancer du sein métastatique en première ligne en association au paclitaxel. ASMR V (Avis CT du 13/04/2016) Radié de la liste en sus à compter du 1er septembre 2016	indication dérogatoire pour triple négatif	Indication dérogatoire pour triple négatif	9
PERTUZUMAB + TRASTUZUMAB IV + paclitaxel	Cancer du sein métastatique ou avancé - association Pertuzumab et Trastuzumab IV et paclitaxel en 1ère ligne	Métastatique ou avancé	"Essai PERUSE : Etude internationale de phase III multicentrique à un seul bras de ttt en ouvert évaluant l'efficacité / tolérance du Pertuzumab en association avec Trastuzumab et Taxane chez les patientes atteintes de K sein M+ HER2+ en 1ère Ligne. (ASCO 2014 Abstr548) *Dang C et al. Phase II Study of Paclitaxel Given Once per Week Along With Trastuzumab and Pertuzumab in Patients With Human Epidermal Growth Factor Receptor 2-Positive Breast Cancer. J Clin Oncol. 2014;32:304-11	association avec une spécialité intra-GHS non prévue par l'indication LES	Perjeta est indiqué en association au trastuzumab et au Docétaxel pas au paclitaxel	8
TRASTUZUMAB IV + Lapatinib	Cancer du sein métastatique ou avancé - association Trastuzumab IV et Lapatinib, quelle que soit la ligne de traitement	Métastatique ou avancé	"En association au trastuzumab chez les patients ayant une maladie métastatique avec des récepteurs hormonaux négatifs, en progression après un (des) traitement(s) antérieur(s) par trastuzumab en association à une chimiothérapie" X. Pivot, V. Semiglazov, B. Zurawski, R. Allerton, A. Fabi, E. Ciruelos, R. Parikh, M. DeSimo, S. Santillana, R. Swaby. CEREBEL (EGF11438): An open label randomized phase III study comparing the incidence of CNS metastases in patients with HER2-positive metastatic breast cancer. ASCO 2014	AMM miroir	AMM "miroir" "En association au trastuzumab chez les patients ayant une maladie métastatique avec des récepteurs hormonaux négatifs, en progression après un (des) traitement(s) antérieur(s) par trastuzumab en association à une chimiothérapie"	6
TRASTUZUMAB SC + capecitabine	Cancer du sein métastatique ou avancé - association Trastuzumab SC et capecitabine, quelle que soit la ligne de traitement	Métastatique ou avancé	clinique	association avec une spécialité intra-GHS non prévue par l'indication LES	Herceptin n'est pas indiqué en association avec Xeloda	6
TRASTUZUMAB SC + hormonothérapie	Cancer du sein métastatique ou avancé : traitement par Trastuzumab SC et hormonothérapie	Métastatique ou avancé	* Kaufman B et al. Trastuzumab plus anastrozole versus anastrozole alone for the treatment of postmenopausal women with human epidermal growth factor receptor 2-positive, hormone receptor-positive metastatic breast cancer: results from the TBCRC 006 trial. J Clin Oncol. 2014;32:304-11	association avec une spécialité intra-GHS non prévue par l'indication LES	HERCEPTIN est indiqué dans le cancer du sein métastatique HER2 positif : en association à un inhibiteur de l'aromatase, chez les patientes	6
TRASTUZUMAB SC + gemcitabine	Cancer du sein métastatique ou avancé - association Trastuzumab SC et gemcitabine	Métastatique ou avancé	trastuzumab souscutané : Sein méta Gemzar+ Herceptine KONECNY Oncology 2004;18 suppl12:32-36	association avec une spécialité intra-GHS non prévue par l'indication LES	Herceptin n'est pas indiqué en association avec la Gemcitabine	4
TRASTUZUMAB IV + 5FU	Cancer du sein métastatique ou avancé - association Trastuzumab IV et 5FU	Métastatique ou avancé	clinique	association avec une spécialité intra-GHS non prévue par l'indication LES	Herceptin n'est pas indiqué en association avec 5FU	3
TRASTUZUMAB IV + docetaxel + cyclophosphamide	Cancer du sein traitement en adjuvant - association Trastuzumab IV et docétaxel et cyclophosphamide	Adjuvant	Jones SE. et al. Adjuvant docetaxel and cyclophosphamide plus trastuzumab in patients with HER2-amplified early stage breast cancer: a single-group, open-label, phase 2 study. Lancet Oncol. 2013 Oct;14(11):1121-8	association avec une spécialité intra-GHS non prévue par l'indication LES	HERCEPTIN est iniqué en adjuvant en association à une chimiothérapie adjuvante associant le docétaxel et le carboplatine et non le cyclophosphamide	3
TRASTUZUMAB SC + fulvestrant	Cancer du sein métastatique ou avancé : traitement par Trastuzumab SC et fulvestrant	Métastatique ou avancé	Essai de phase 2	association avec une spécialité intra-GHS non prévue par l'indication LES	HERCEPTIN est indiqué dans le cancer du sein métastatique HER2 positif : en association à un inhibiteur de l'aromatase, chez les patientes ménopausées ayant des récepteurs hormonaux positifs, non traitées précédemment par trastuzumab.	1

### 3.4.3 Mélanome

Il s'agit du troisième cancer en termes de dépenses de médicaments hors GHS pour les indications d'AMM inscrites sur la liste en sus, soit un montant total de **175 256 051 €**.

La répartition de ces dépenses par région est détaillée à la figure 13.

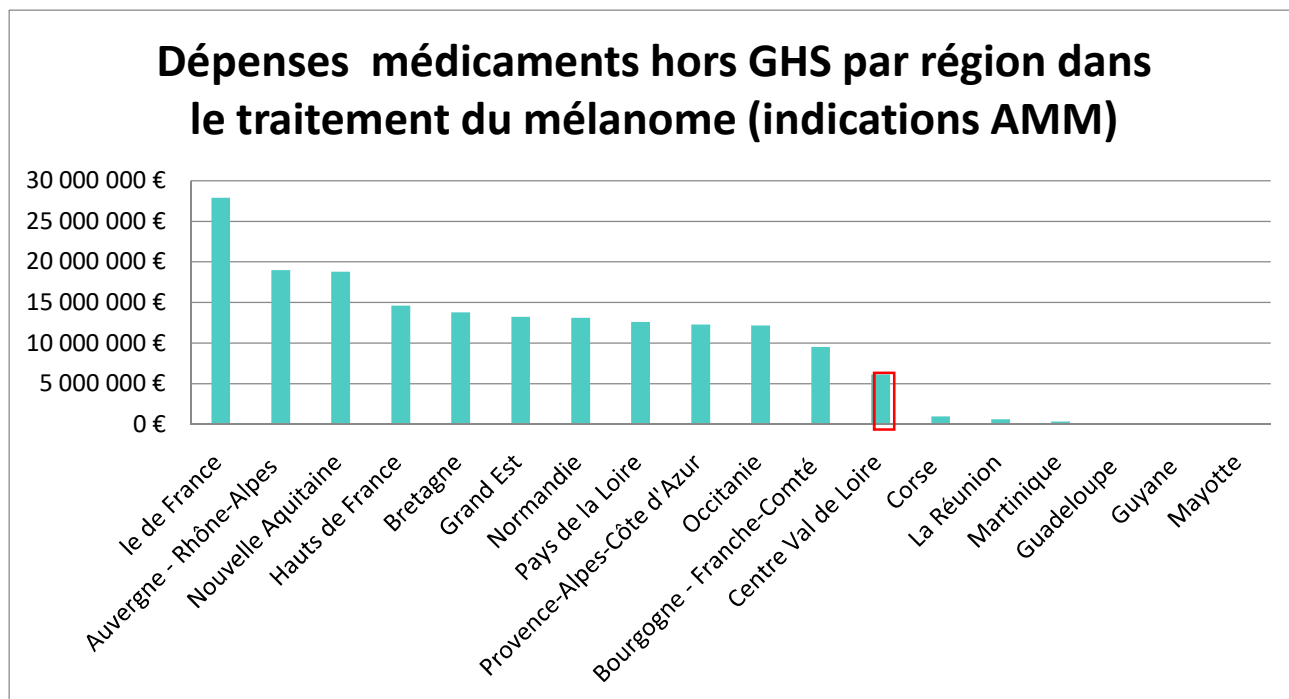


Figure 13. Répartition par région des dépenses accordées en médicaments hors GHS dans les indications d'AMM inscrites sur la liste en sus dans le traitement du mélanome

Parmi les trois médicaments de la liste en sus indiqués dans le traitement du mélanome (pembrolizumab, nivolumab et ipilimumab), le nivolumab représente 51 % des dépenses, suivi par le pembrolizumab (44 %) et l'ipilimumab (5%).

La répartition des dépenses par molécule dans la prise en charge du cancer du sein est représentée ci-dessous (figure 14).

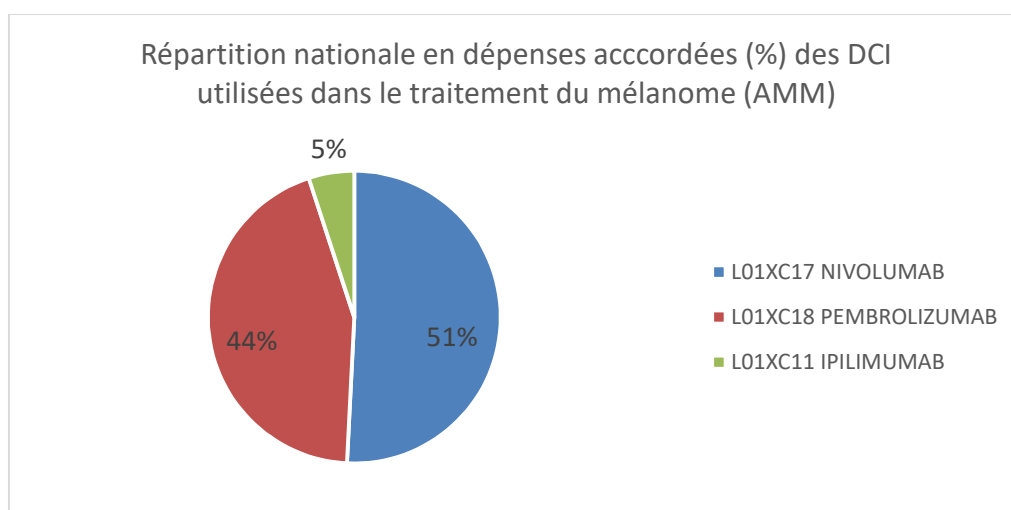


Figure 14. Répartition des dépenses dans la prise en charge du mélanome

### 3.4.4 Myélome multiple

Il s'agit du quatrième cancer en termes de dépenses de médicaments hors GHS pour les indications d'AMM inscrites sur la liste en sus, soit un montant total de **168 280 199 €**.

La répartition de ces dépenses par région est détaillée à la figure 15.

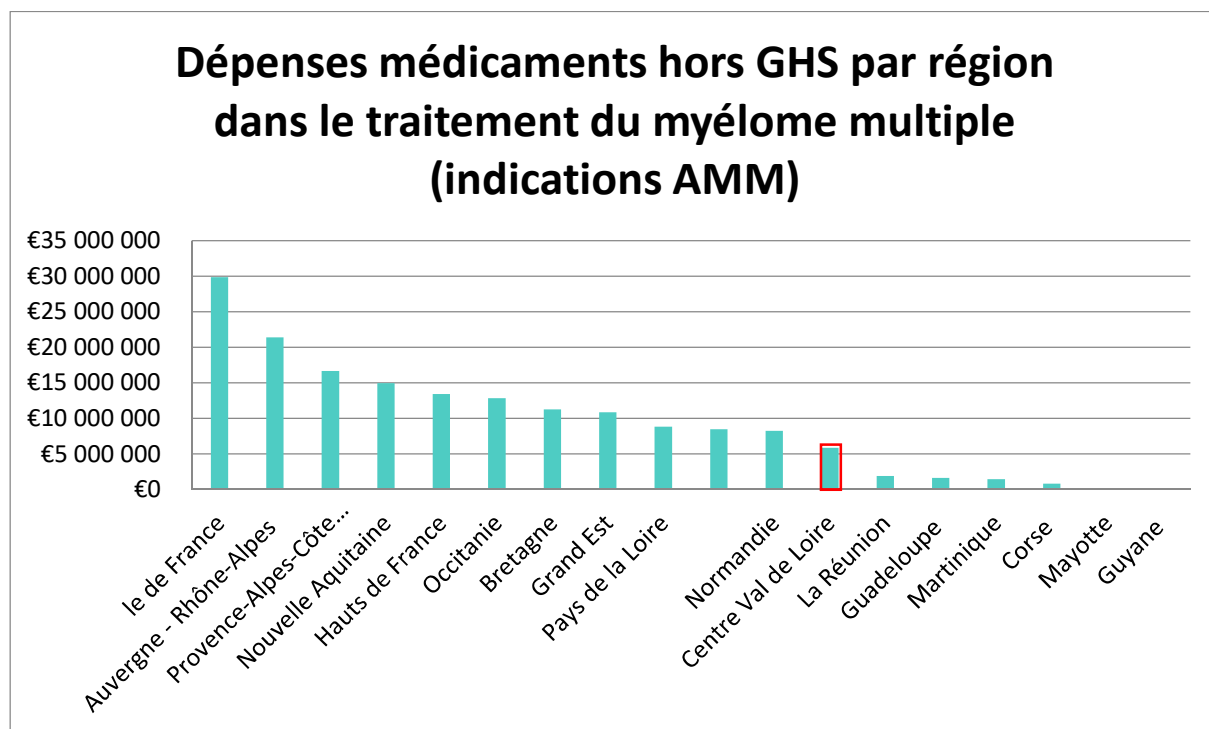


Figure 15. Répartition par région des dépenses accordées en médicaments hors GHS dans les indications d'AMM inscrites sur la liste en sus dans le traitement du myélome

Parmi les trois médicaments de la liste en sus indiqués dans le traitement du myélome (daratumumab, carfilzomib et bortézomib), le daratumumab représente 43 % des dépenses, suivi par le carfilzomib (32 %) et le bortézomib (25%).

A noter que deux médicaments (bendamustine et doxorubicine liposomale), parmi leurs inscriptions sur la liste en sus, n'en présentent aucune dans le traitement du myélome multiple.

La répartition des dépenses par molécule dans la prise en charge du myélome est représentée ci-dessous (figure 16).

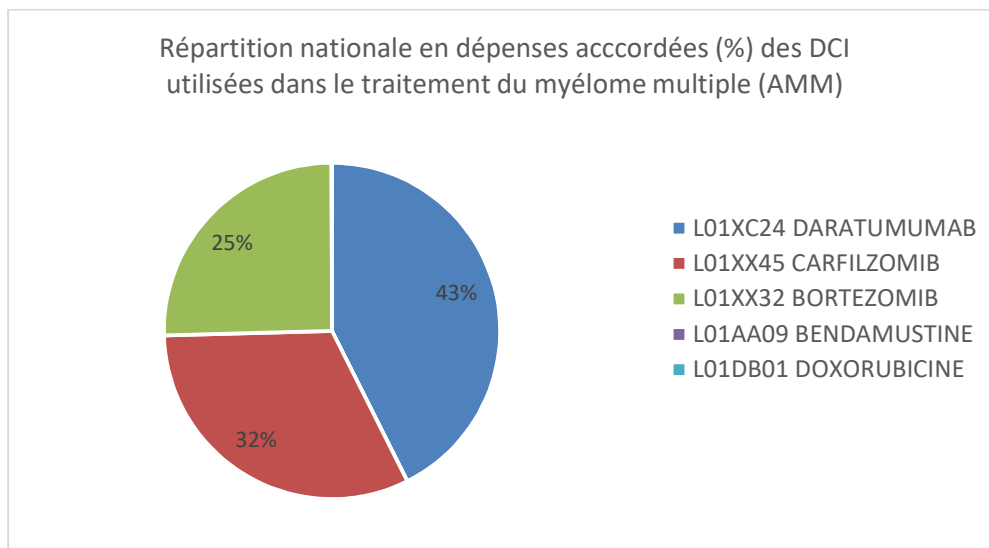


Figure 16. Répartition des dépenses dans la prise en charge du myélome

#### 4. Conclusion - perspectives

Les OMEDITs sont engagés depuis longtemps dans l'analyse des prescriptions, la prise en compte et l'encadrement des justifications des prescriptions hors AMM.

Cet important travail repose sur des éléments qualitatifs transmis par les établissements tels que contractuellement attendus dans le CBUM puis le CAQES.

Dans un premier temps, ces données vont nous permettre d'approcher la prise en charge globale du cancer du sein, quel que soit le mode de financement des médicaments, et ce en lien avec l'expérimentation en cours dans cinq régions.

Le suivi et l'analyse des pratiques de prescription des médicaments de la liste en sus, avec notamment l'approfondissement des situations hors AMM, s'inscrivent dans l'intérêt :

- d'une vision partagée des pratiques alimentant des échanges entre pairs de différentes régions, dans un objectif d'égalité d'accès aux traitements ;
- d'une réflexion sur la pertinence des prises en charge au meilleur coût, à stratégie égale, en positionnant les choix thérapeutiques les plus justes pour le bénéfice du patient ;
- d'une détermination des axes de travaux régionaux, inter-régionaux et d'optimisation des prises en charge médicamenteuses ;
- d'une efficience des pratiques où la réflexion conjugue choix thérapeutique et mode de financement.

Dépassant le simple recueil quantitatif, cette analyse orientée principalement sur les situations 1999999 (hors AMM hors RTU), sera enrichie par l'analyse qualitative de ces situations recensées par les OMÉDITs auprès des établissements concernés.

Les OMEDITs en lien avec les professionnels assurent ce rôle d'analyse médico-économique et de bon usage dans le parcours.



## Annexe 4

# Bilan EPP IPP dans 47 établissements

## « LES IPP chez le sujet âgé : convaincre pour agir ! »

*Bilan de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur la pertinence des prescriptions d'IPP chez le sujet âgé, en région Centre-Val de Loire*

IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons

Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des sociétés savantes, nationales et internationales. (*Décret n°2015-1511 du 19/11/2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé*).

Le bon usage des produits de santé est un enjeu de pertinence car dans ce domaine aussi, il est nécessaire d'identifier et de travailler sur des marges d'optimisation individuelles et collectives pour assurer le juste soin.

La stratégie nationale de santé 2018-2022 incite à l'amélioration de la pertinence des prescriptions, dans son 3<sup>ème</sup> axe (« Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge au bénéfice de la population »). Cette politique nationale est déclinée en région dans un des objectifs opérationnels du futur PRS : « Réduire la iatrogénie médicamenteuse évitable en réduisant le recours à certains médicaments d'au moins 10 % dans les 5 prochaines années »

Les Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP) ont montré leur efficacité et sont très largement prescrits en France. Cette classe thérapeutique fait partie des plus grosses consommations de médicaments en ville, après les analgésiques, psycholeptiques et antibactériens à usage systémique.

Ils bénéficient d'une bonne tolérance à court terme. Mais à long terme, ils peuvent provoquer de multiples effets indésirables graves et mal connus, surtout pour la personne âgée. Cette prise d'IPP contribue à une polymédication responsable d'iatrogénie.

**La diminution de l'iatrogénie médicamenteuse due à la prescription d'IPP est une des priorités pour la région Centre-Val de Loire.**

Au cours de la Journée plénière de l'OMÉDIT CVdL, le 17 novembre 2016, il a été rappelé les risques iatrogènes de la prescription au long cours des IPP chez le sujet âgé.

Il convient donc :

- d'initier un traitement par IPP uniquement en cas d'indication formelle,
- de respecter les durées de prescription,
- de réévaluer régulièrement l'indication d'un traitement au long cours,
- en cas de nécessité d'un traitement au long cours, de privilégier la posologie la plus faible possible,
- d'être vigilant chez les sujets traités par IPP au risque fracturaire, infectieux et carenciel,
- d'informer le patient du risque de pharmacodépendance.



## Éléments du diagnostic régional:

En 2015, d'après la source Erasme national v1, la région Centre fait partie des régions les plus consommatrices d'IPP.

En moyenne, près de 15% des patients de la région Centre-Val de Loire sont traités par IPP, mais ce pourcentage est beaucoup plus élevé dans certains départements :

DEPARTEMENT	Période cumulée de janvier à décembre 2015				
	Montant prescrit	Montant moyen prescrit par patient traité non standardisé	Montant moyen prescrit par patient traité standardisé	Pourcentage de patients sous IPP non standardisé	Pourcentage de patients sous IPP standardisé
Cher	2 637 892 €	42,8 €	39,6 €	16,1%	14,7%
Eure-et-Loir	3 220 496 €	37,2 €	36,9 €	16,1%	16,1%
Indre	2 433 693 €	47,1 €	44,0 €	19,5%	17,6%
Indre-et-Loire	4 265 596 €	35,4 €	34,9 €	13,7%	13,5%
Loir-et-Cher	2 381 850 €	36,8 €	34,9 €	16,4%	15,4%
Loiret	4 779 818 €	36,8 €	36,0 €	14,9%	14,8%
<b>Total région</b>	<b>19 719 346 €</b>	<b>38,3 €</b>	<b>37,0 €</b>	<b>15,4%</b>	<b>14,9%</b>

En 2016, le coût moyen de ces IPP pour 1000 habitants, est de 9 753€ en région Centre-Val de Loire, soit 8% de plus que la moyenne France entière qui a un coût moyen de 9 031€/1000 habitants, avec de grandes variabilités entre départements :

Coût moyen pour 1000 habitants							
18-Cher	28-Eure-et-	36-Indre	37-Indre-et-	41-Loir-et-	45-Loiret	Centre	France
10 983	9 616	13 245	8 883	9 280	9 105	9 753	9 031

Ces prescriptions sont portées par la ville dans 92 % des cas, mais ces médicaments sont aussi disponibles en automédication.

En raison de leur bonne tolérance, ces prescriptions sont banalisées.

De nombreuses publications font état de prescriptions non conformes aux recommandations dans 25 % à 70 % des cas selon les études, le plus souvent en termes de doses et d'indication (dans 44 % des cas) ou de durée de traitement (12 % des cas).

De nombreux renouvellements de prescriptions sont faits sans identification de l'indication.

Il semble donc raisonnable de limiter la prescription d'IPP aux indications reconnues avec une durée de traitement la plus courte possible.

**Afin de promouvoir le bon usage des IPP, l'OMÉDIT Centre-Val de Loire (CVdL) propose un « kit IPP » aux professionnels de santé, porté par la commission « Gériatrie-Gérontologie » et validé par les experts régionaux (Annexe 1).**

Disponible, en libre accès, sur le site de l'OMÉDIT Centre-Val de Loire, ce kit se compose : d'1 fiche de bon usage et de bonnes pratiques « IPP per os chez la personne âgée », de 2 fiches à destination des patients validées par les patients, d'1 diaporama d'information sur les effets indésirables des IPP et d'1 grille d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) (en 2 versions : une spécifique aux établissements médico-sociaux (très longs séjours) et une spécifique aux établissements sanitaires (courts à moyens séjours)).

Dans le cadre du CAQUES, l'ensemble des établissements de la région CVdL a été invité à participer, en 2019, à l'EPP régionale sur la pertinence des prescriptions d'IPP chez les sujets âgés de plus de 75 ans (ou > 65 ans avec comorbidités associées).

### L'EPP en région Centre-Val de Loire :

L'audit a été essentiellement réalisé entre les mois de juin et décembre 2019.

La cellule de coordination de l'OMÉDIT CVdL a coordonné cette EPP régionale et analysé les résultats.

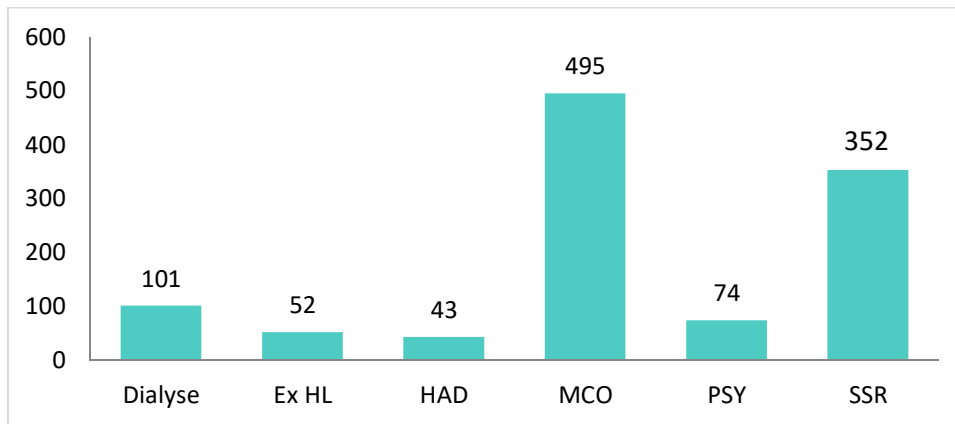
### Les prescriptions d'IPP ont été évaluées dans les dossiers de **1117 patients** au sein de **47 établissements**

AIRBP	CH Chatillon sur Indre	Clinique Saint François
ATIRRO45	CH de Buzançais	Clos Saint Victor
Beaurouvre	CH de Luynes	Hémodialyse Archette
CDGI36	CH La Chatre	HPEL
Centre Bel-Air	CH Lour Picou	Institut de diabétologie et de nutrition
Centre Bois Gibert	CH Nogent le Rotrou	Institut Médical de Sologne
CH George Sand	Ch Saint Aignan	La cigogne
Centre l'Adapt Loiret	CH Saint Amand	Le parc de Gasville
Centre la Boisière	Clinique de Chailles	LNA HAD 45
Centre le Calme	Clinique de la Borde	LNA HAD Val de Loire
Centre Les Sablons	Clinique de l'Archette	CH Montrichard
Centre Louis Sevestre	Clinique de Vontes	NCT+
Centre Médical Therae	Clinique la Confluence	Orelliance
Centre Néphrologie chateauroux	Clinique médicale du Centre	Polyclinique de Blois
CH Blois	Clinique Ronsard	PSLV
CH Chateautoux - Le Blanc	Clinique Saint Cœur	

L'analyse des dossiers à l'aide des grilles d'EPP, a permis d'obtenir des informations sur la présence (ou non) des éléments suivants : l'indication, la posologie, la durée de prescription, et des indices de réévaluation ou réadaptation de traitement.

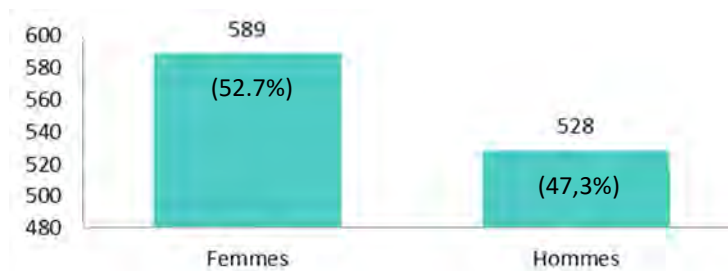
Les résultats sont exprimés en nombre de dossiers évalués. Le nombre total de dossiers pour chaque item peut varier (ne sont pris en compte que les items complétés par les établissements).

**Etablissements** (en nombre de dossiers évalués)

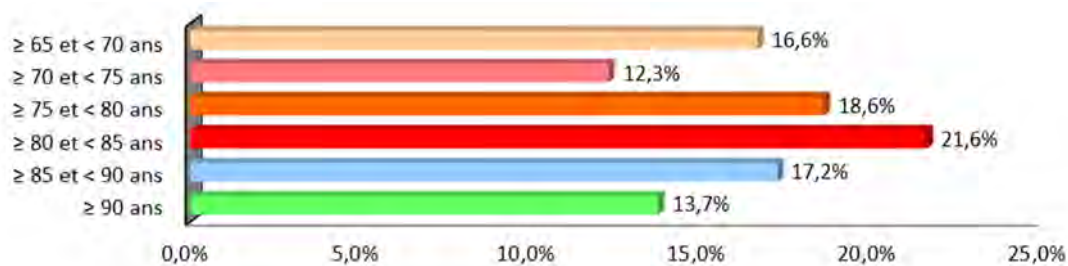


**Population**

Sexe :

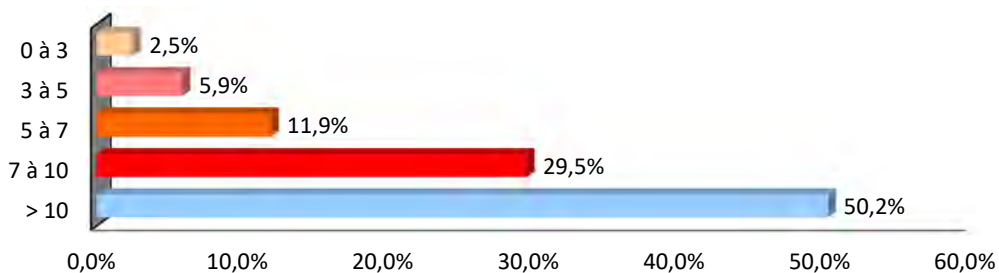


Age : 52,5 % des patients avaient plus 80 ans

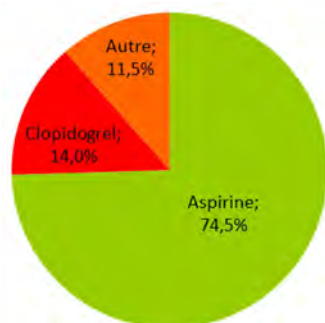


**Traitements**

Nombre de lignes de traitement par patient :



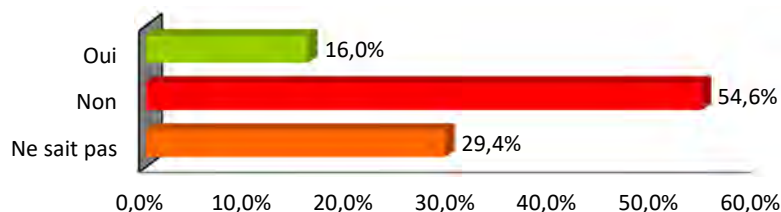
*Patients sous antiagrégants plaquettaires* : **42,8%** patients sous antiagrégants plaquettaires (477/1115)



*Co-prescriptions* :

- AINS : **4,1%** des patients prenaient des AINS
- Corticoïdes : **10,2%** des patients prenaient des corticoïdes
- Citalopram : **4.1%** des patients prenaient du citalopram

*Antécédents d'ulcères ou d'œsophagites* :



## LA PRESCRIPTION D'IPP EN ELLE-MEME :

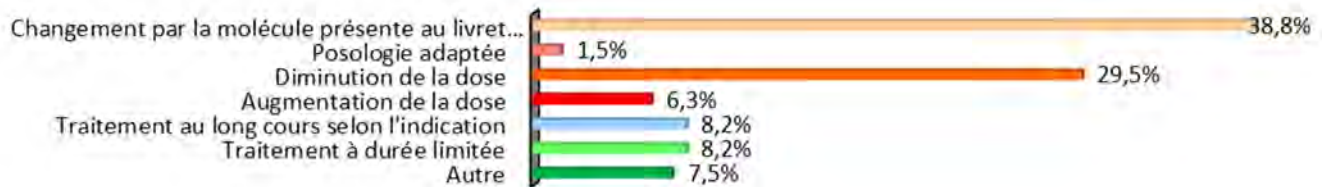
L'indication des IPP est retrouvée dans **58,3%** (n=650) des dossiers des 1117 patients.

Indications	% de patients	Indications IPP
Prévention des saignements digestifs au cours d'un traitement par antiagrégant ou anticoagulant	50,4%	Non
Autre	12,7%	Non
Traitement symptomatique du RGO sans œsophagite	8,3%	Oui
Prévention des récurrences d'œsophagite par RGO ou par ulcère gastroduodénal	7,9%	Oui au long cours
Prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS	6,2%	Oui
Prévention de l'ulcère de stress en cours d'hospitalisation	5,7%	Non
Traitement de l'ulcère gastrique ou duodénal évolutif SANS infection à Helicobacter pylori	4,5%	Oui
Cicatrisation de l'œsophagite par RGO ou par ulcère gastroduodénal	2,2%	Oui
Dyspepsie fonctionnelle en l'absence de RGO associé	1,5%	Non
Manifestations extradiigestives isolées sans RGO documenté (toux chronique sans étiologie, asthme)	0,5%	Non
Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison	0,2%	Oui
Traitement de l'ulcère gastrique ou duodénal avec infection à H. pylori	0,0%	Oui
<b>Taux de prescriptions inappropriées</b>		<b>70,8%</b>

Dans la grande majorité des prescriptions d'IPP analysées dans cette étude, les indications retrouvées ne sont pas recommandées par les sociétés savantes ou la Haute Autorité de Santé (HAS).

Lors que les informations étaient disponibles :

- La durée de prescription n'était pas définie dans **81,9%** (584/713) des cas.
- Il y avait un arrêt de traitement dans **8,1%** (86/1059) des cas.
- Il y avait le maintien du traitement car traitement conforme dans **33,1%** (238/718) des cas.
- Dans **20%** (190/948) des cas, il y avait maintien du traitement avec modification de la prescription :



**Seuls 20% des patients ont reçu une information sur le maintien ou l'arrêt de l'IPP.**

### Les démarches et plan d'actions envisagées :

A la suite de toute évaluation des pratiques professionnelles mettant en évidence des non conformités, un plan d'action est arrêté en collaboration avec la direction et l'équipe médicale (COMEDIMS, CME...), précisant délais de mise en œuvre et responsable du suivi de chacune des actions.

Dans la poursuite de cette EPP, différentes actions ont été proposées par les établissements :

- Présentation des résultats en COMEDIMS et CME
- Mieux tracer indications, durée, posologie des initiations de traitement dans le dossier médical
- Mémos d'alerte dans le logiciel Pharma (Interventions pharmaceutiques)
- Mettre en place une conciliation médicamenteuse à l'admission en EHPAD
- Profils personnalisés patients/prescripteurs
- Relais des messages aux médecins traitants via les IDE
- Réunions de concertation avec gastroentérologues
- Sensibilisation du secteur ambulatoire

### Conclusion

Cette EPP régionale nous conforte dans la nécessité d'une révision régulière des prescriptions d'IPP des personnes âgées permet de limiter les risques de iatrogénie évitable

- en respectant les indications et pour des durées de prescription les plus courtes possibles
- en s'appuyant sur l'actualisation des recommandations
- en s'interrogeant sur le maintien ou l'arrêt d'une prescription
- en adaptant les doses à l'évolution de la fonction rénale ou hépatique

Les outils et vecteurs de diffusion de l'Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMÉDIT) et de l'Assurance maladie sont à mobiliser à destination des professionnels de santé et des patients :

- fiches pratiques présentant les recommandations de bonnes pratiques,
- évaluation des pratiques professionnelles (EPP),
- formation,
- commissions paritaires conventionnelles (régionales et départementales) : enrichir l'analyse des consommations par des échanges sur les bonnes pratiques et les recommandations,
- accompagnement individuels (échanges confraternels, visites délégués de l'Assurance maladie).

Un plan d'action régional de réduction des renouvellements de prescriptions des IPP pour 5 ans est en cours. Il associera les patients et professionnels de santé, en ville (notamment via les groupes qualité et les campagnes de l'Assurance maladie), dans le secteur médico-social ou au décours d'une hospitalisation.