

Qualité et sécurité dans l'utilisation des produits de santé : exemple en France dans la région Languedoc-Roussillon

Patrick Hemery^{1,2,3}, D.Pharm.

¹ Au moment de la rédaction de cet article, Pharmacien gérant, Chef de service, Polyclinique Saint-Roch, Montpellier, France;

² Au moment de la rédaction de cet article, Professeur associé, Faculté de pharmacie, Département de pharmacie galénique et biomatériaux, Université de Montpellier 1, Montpellier, France;

³ Au moment de la rédaction de cet article, Président de l'instance chargée de la politique du médicament, section Fédération de L'Hospitalisation Privée, Agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon, Montpellier, France

Reçu le 16 janvier 2014; Accepté après révision le 25 septembre 2014

Résumé

Objectif : Mettre en place un programme pour améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse et des produits de santé des patients en établissements de santé dans la région du Languedoc-Roussillon, France.

Description de la problématique : Depuis 2005, la mise en œuvre des contrats de bon usage signés entre les agences régionales de santé, les caisses régionales d'assurance-maladie et les établissements ont pour but d'améliorer la qualité et de renforcer la sécurité d'utilisation des produits de santé dispensés aux patients lors de leur séjour hospitalier. La modification des contrats au fil des années a suivi l'évolution de la riche réglementation dans le domaine de la pharmacie hospitalière.

Discussion : Au-delà de la mise en œuvre des contrats de bon usage et des difficultés rencontrées sur le terrain faute de ressources pharmaceutiques suffisantes dans les établissements de santé, les contrôles effectués par les agences régionales de santé ont permis de relever les difficultés en question et d'en faire état auprès des directions d'établissements. Ceci a entraîné une réflexion sur la fonction pharmaceutique au sein des établissements de santé et a permis à certains d'augmenter les ressources en pharmaciens afin de développer une présence pharmaceutique plus proche du patient.

Conclusion : L'efficacité recherchée par les contrats de bon usage, 10 ans après leur application aux établissements de santé, est réellement présente aujourd'hui. On assiste à une meilleure maîtrise des coûts d'utilisation des produits de santé et une meilleure sécurité dans la prise en charge des patients, axe central de la profession de pharmacien.

Mots clés : Bon usage, contrat, France, médicaments, qualité, sécurité

Introduction et mise en contexte

En France, le décret n° 2005-1023 du 24 août 2005 a défini les modalités du contrat de bon usage des médicaments, des produits et des prestations. L'objectif principal était d'améliorer et de sécuriser le circuit des médicaments au sein des établissements de santé. Le contrat était conclu pour une durée de trois à cinq ans selon les régions, entre le directeur général de l'Agence régionale de l'hospitalisation, le médecin-conseil régional du régime général de l'assurance-maladie et le représentant légal de l'établissement après avoir obtenu l'avis conforme de la Commission Médicale d'Établissement^{1,2}.

Ce contrat de bon usage a été très vite perçu par les établissements comme un élément de contrôle des pratiques de la prise en charge médicamenteuse des patients, puisque chaque phase du circuit, la prescription, la dispensation et l'administration, faisait partie des critères que les établissements s'engageaient à respecter. Ce contrôle exercé par les tutelles sur tous les établissements concernés, c'est-à-dire ceux qui étaient soumis aux règles

de tarification à l'activité, portait essentiellement sur des éléments déclaratifs, mais également sur des éléments de preuve lors des contrôles sur le site et pouvait donner lieu, le cas échéant, à des sanctions financières infligées aux établissements ciblés.

En 2013, de nouveaux textes réglementaires sont venus renforcer les contrats de bon usage pour les cinq ans à venir, de 2014 à 2018. La philosophie des contrats ne change pas vraiment, mais l'architecture des critères d'évaluation a été bouleversée et demande un effort d'appropriation par les établissements de santé.

Description de la problématique et discussion

Chaque établissement, sur la base d'un état des lieux, souscrit à des engagements relatifs aux médicaments et/ou aux produits et prestations (tableau I). Il développe alors un plan d'actions pluriannuel portant sur la qualité, qui comporte *a minima* les points suivants :

- l'informatisation du circuit du médicament et des produits et prestations,
- le développement de la prescription et de la dispensation à délivrance nominative,
- la traçabilité de la prescription à l'administration pour les médicaments ou à l'utilisation pour les produits et prestations,
- le développement d'un système d'assurance de la qualité,
- et pour autant que l'établissement de santé soit concerné, la centralisation de la préparation et de la reconstitution des traitements anticancéreux placée sous la responsabilité d'un pharmacien.

Certains établissements concernés ont des critères à respecter relatifs à des dispositions spécifiques pour le traitement du cancer et des maladies rares ou orphelines, notamment :

- la traçabilité de la prescription et de l'administration des médicaments ou de l'utilisation des produits et des prestations figurant dans le dossier patient (avec le suivi des retours en cas d'arrêt du traitement);
- le suivi par la pharmacie hospitalière de la consommation individuelle par patient et par service des spécialités pharmaceutiques en unité commune de dispensation;
- l'élaboration en début d'année par la Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles, en relation étroite avec le gestionnaire de l'établissement,

d'une estimation de la consommation par spécialité pharmaceutique et par produit. Elle dresse en fin d'année un état de la consommation avec une analyse des écarts et des tendances assortie d'explications, le cas échéant;

- l'information des prescripteurs sur les recommandations établies par la Haute Autorité de Santé présentant une analyse médico-économique par classe de produits;
- une utilisation des produits conforme, dès la date de signature du contrat :
 1. soit dès l'autorisation de mise sur le marché pour les spécialités pharmaceutiques, soit selon les conditions de prise en charge prévues par la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pour les produits et prestations¹,
 2. soit conformément à un protocole thérapeutique temporaire établi par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, la Haute Autorité de Santé ou l'Institut National du Cancer¹,
 3. à défaut, et exceptionnellement en l'absence de solution de remplacement pour le patient, lorsque le prescripteur ne se conforme pas aux dispositions précédentes, il porte au dossier médical l'argumentation qui l'a conduit à la prescription en question, en faisant référence aux travaux des sociétés savantes ou aux publications des revues internationales comportant un comité de lecture¹.

Tableau I. La grille de Contrat de bon usage entre 2005 et 2013 comportait les critères suivants

| RAPPORT ÉTAPE 2013 | | | | |
|---|----------|---|--------|--------|
| Objectifs | N° item | Indicateurs | E 2013 | R 2013 |
| Données générales | | | | |
| | 1 | Nombre total de lits et de places de l'établissement | | |
| | 2 | Nombre de lits et de places du secteur Médecine-Chirurgie-Obstétrique de l'établissement | | |
| I - Engagements généraux communs à tous les établissements | | | | |
| I - 1 Développement de la prescription nominative et de la dispensation nominative | | | | |
| Objectif régional N° 1 : Taux cible / Support de prescription nominative individuelle complète signée avec traçabilité de l'administration: => Maintien de 100 % des lits installés au 31.12.13 | 3 | Nombre total de lits et de places bénéficiant d'un support comportant une prescription nominative individuelle complète signée ainsi que la traçabilité de l'administration | 100 % | |
| Objectif régional N° 1 : Taux cible / Analyse pharmaceutique => Maintien du taux minimal de 30 % des lits et places installés au 31.12.13 | 4 | Nombre total de lits et de places bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la totalité du traitement (prescription manuelle ou informatisée) | 30 % | |
| | 5 | Nombre de lits et de places du secteur Médecine-Chirurgie-Obstétrique bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la totalité du traitement (prescription manuelle ou informatisée) | 30 % | |
| Analyse pharmaceutique des prescriptions d'anti-infectieux: => 100 % des lits installés au 31.12.13 | 6 | Nombre total de lits et de places bénéficiant d'une analyse pharmaceutique des prescriptions d'anti-infectieux « protégés » (prescription manuelle ou informatisée) | 100 % | |
| Délivrance nominative | 7 | Nombre total de lits et de places bénéficiant d'une délivrance nominative de la totalité du traitement | 30 % | |

Tableau I. (continue)

| I - 2 Informatisation du circuit du médicament et du circuit des produits et prestations | | | | |
|--|-----------|---|------|--|
| Mise en œuvre opérationnelle | 8 | Déploiement sur un service test | oui | |
| | 9 | Nombre total de lits et de places bénéficiant d'une saisie informatisée systématique de la prescription complète des médicaments | 30 % | |
| | 10 | Nombre de lits et de places du secteur Médecine-Chirurgie-Obstétrique bénéficiant d'une saisie informatisée systématique de la prescription complète des médicaments | 30 % | |
| | 11 | Nombre total de lits et de places bénéficiant d'une administration informatisée | 30 % | |
| | 12 | Nombre de lits et de places du secteur Médecine-Chirurgie-Obstétrique bénéficiant d'une administration informatisée | 30 % | |
| Le circuit des produits et prestations est informatisé | 13 | Nombre de références (codes liste des produits et prestations) de dispositifs médicaux implantables bénéficiant d'une traçabilité informatisée de l'implantation / Nombre de références (codes liste des produits et prestations) de dispositifs médicaux implantables gérés par l'établissement. | | |
| I - 3 Respect des référentiels et management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse | | | | |
| Objectif régional N° 3 : Respect des référentiels nationaux (HAS, ANSM) et participation aux travaux et aux actions de l'Omédit : => Objectif item n° 15 : Au moins 1 auto-évaluation de la mise en œuvre de référentiels de BP en 2013 | 14 | Engagement à diffuser les référentiels nationaux de bonnes pratiques | oui | |
| | 15 | Nombre d'auto-évaluations du respect des référentiels de bonnes pratiques | 1 | |
| | 16 | Engagement à participer à la démarche d'harmonisation des pratiques et de promotion du bon usage mise en œuvre par l'Omédit. | oui | |
| Objectif régional N° 4 : Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse : => Objectif item n° 19 : Au moins 1 risque identifié à chaque étape en 2013 | 17 | Existence d'un système de signalement des événements iatrogènes graves liés aux soins | oui | |
| | 18 | Réalisation d'une cartographie des risques | oui | |
| | 19 | Réalisation d'un plan d'action de réduction des risques | oui | |
| Désignation et formation du responsable de la PECM => Objectif item n° 23: Le responsable du management de la Prise en charge médicamenteuse est formé en 2013 | 20 | Désignation du responsable du management de la prise en charge médicamenteuse | oui | |
| | 21 | Formation spécifique du responsable du management de la prise en charge médicamenteuse | oui | |
| Actions de formation | 22 | Nombre d'actions de formation / information sur la culture qualité / sécurité mises en œuvre par l'établissement | 2 | |
| II - Engagements spécifiques aux spécialités pharmaceutiques et aux produits et prestations mentionnés au premier alinéa de l'article L.162-22-7 | | | | |
| Prescription et dispensation nominative | 23 | Nombre d'unités communes de dispensation hors groupe homogène de séjour à prescription nominative / nombre total d'unités communes de dispensation hors groupe homogène de séjour délivrés | | |
| | 24 | Nombre d'unités communes de dispensation hors groupe homogène de séjour à délivrance nominative / nombre total d'unités communes de dispensation hors groupe homogène de séjour délivrés | | |
| Analyse annuelle des écarts | 25 | Engagement à alimenter mensuellement les fichiers médicament et dispositifs médicaux implantables sur e-PMSI | oui | |
| | 26 | Analyse annuelle des écarts, assortie des explications, entre l'état des consommations effectuées et prévues. | oui | |
| III - Engagements concernant la cancérologie (si concerné) | | | | |
| Existence d'une unité de préparation centralisée des médicaments cytotoxiques | 27 | Nombre de préparations d'anticancéreux réalisées en unité centralisée sous la responsabilité d'un pharmacien et conformément aux bonnes pratiques / nombre total de préparations d'anticancéreux | | |
| Prise en charge pluridisciplinaire et respect des référentiels de bonnes pratiques en cancérologie (Institut national du cancer) | 28 | Nombre de patients pris en charge dans le cadre d'un cancer colorectal et bénéficiant d'un traitement par chimiothérapie | | |
| | 29 | Nombre de patients pris en charge dans le cadre d'un cancer colorectal et bénéficiant d'un traitement par chimiothérapie <i>hors</i> autorisation de mise sur le marché <i>et hors</i> protocole thérapeutique temporaire | | |
| | 30 | Nombre de patients pris en charge dans le cadre d'un cancer colorectal et bénéficiant d'un traitement par chimiothérapie <i>hors</i> autorisation de mise sur le marché <i>et hors</i> protocole thérapeutique temporaire validé en réunion de concertation pluridisciplinaire | | |

BP = bonnes pratiques; E 2013 = Engagements 2013; HAS = Haute Autorité de Santé; ANSM = Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé; Omédit = Observatoire du médicament et de l'innovation thérapeutique; R 2013 = Résultats 2013

En contrepartie du respect des engagements souscrits par l'établissement de santé dans le contexte de la tarification à l'activité (T2A), les régimes obligatoires d'assurance-maladie garantissent à l'établissement le remboursement intégral de la part prise en charge des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale¹. En cas de non-respect par l'établissement de santé des engagements souscrits pour la période annuelle définie, le taux de remboursement de la part prise en charge pour l'année suivante peut être réduit et fixé entre 70 % et 100 %. La fixation de ce taux est dûment motivée par les tutelles². La *Circulaire* du 19 janvier 2006 est venue présenter toutes les modalités de mise en œuvre du contrat de bon usage dans les établissements de santé. Elle a également défini le rôle et la place des Agences régionales de l'hospitalisation et surtout la mise en place des Observatoires des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques³. Ils se sont vus confier deux grandes fonctions : une fonction d'observation, de suivi et d'analyse des pratiques de prescription des médicaments et des dispositifs médicaux; et une fonction d'expertise et d'appui aux Agences régionales de l'hospitalisation. Ils ont eu alors comme mission de définir des grilles d'évaluation du contrat de bon usage avec des critères quantitatifs et qualitatifs ainsi que des indicateurs de suivi et de résultats nécessaires à son évaluation périodique. Chaque établissement doit adresser un rapport d'étape annuel ainsi qu'un rapport final au terme du contrat, trois ou cinq ans selon les régions (trois ans en Languedoc-Roussillon) à l'Agence régionale de l'hospitalisation. Ce contrat est conforme à un contrat type, mais il conserve la particularité de demeurer régional.

La *Circulaire* du 18 juillet 2008 relative au dispositif d'observation et d'évaluation des pratiques de prescription des produits facturables en sus des prestations d'hospitalisation est venue préciser les modalités de contrôle des contrats de bon usage en élaborant un dispositif national d'observation et d'évaluation des pratiques de prescription. Ce dispositif cible des produits spécifiques à très forte valeur ajoutée comme, pour l'année 2008, le trastuzumab, le bevacizumab, la gemcitabine, l'infliximab, l'etanercept ou encore l'adalimumab. Cette circulaire a également imposé à chaque établissement de désigner un correspondant local pour assurer l'interface avec les observatoires des médicaments au niveau régional; dans notre région du Languedoc-Roussillon, ce sont les pharmaciens qui ont été unanimement désignés⁴.

Les dispositifs de contrôle du contrat de bon usage sont allés croissant d'année en année afin de maîtriser les dépenses en médicaments et en produits inscrits à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, et l'article 47 de la loi de financement de 2009 de la Sécurité Sociale a fixé à 10 % le taux prévisionnel de l'évolution des dépenses d'assurance-maladie pour l'ensemble des produits des listes en sus⁵. Par la suite, ce taux est passé à 8 % en 2010 puis à 3 % en 2011. L'objectif recherché est l'amélioration des pratiques de prescription pour obtenir une diminution significative des dépenses non justifiées. En cas de dépassement non justifié de ce taux par les établissements de santé, l'Agence régionale de santé conclut avec les autres parties signataires du contrat un plan d'action annuel visant à maîtriser l'évolution de ces dépenses.

L'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé est venu renforcer la place et le rôle du pharmacien hospitalier. Deux articles de cet arrêté (l'article 5 et 8) ont connu un retentissement très important dans l'organisation des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé et ont trouvé un écho dans la construction du nouveau contrat de bon usage de 2014. Ils ont été à l'origine de la demande de nommer dans chaque établissement de santé un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse⁶.

Dans notre région du Languedoc-Roussillon, les inspecteurs régionaux en pharmacie ont été unanimes pour dire que cette personne ne devait pas être le pharmacien de l'établissement; ils y voyaient un paradoxe de « juge et partie » et ils avaient raison. C'est pourquoi, pour occuper cette fonction, on a fait appel, suivant les établissements, à des directeurs des soins, à des responsables de l'assurance qualité ou à des directeurs adjoints. On a également imposé de réaliser une étude des risques encourus par les patients lors de la prise en charge médicamenteuse, qui couvre l'ensemble du circuit du médicament, de la prescription médicale à l'administration, en passant par la dispensation pharmaceutique et les conditions de stockage⁶.

Le décret du 27 septembre 2013 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations vient abroger les décrets de 2005 et 2008. Ce nouveau décret vient en premier lieu améliorer le pilotage national du dispositif en harmonisant les périodes d'évaluation qui sont désormais calculées en années civiles pour l'ensemble des régions de France et en fixant la durée totale du contrat à cinq ans pour tous les établissements de santé. Il améliore en second lieu l'articulation du contrat de bon usage avec le dispositif de régulation des dépenses de santé dans le contexte de la tarification à l'activité pour les spécialités pharmaceutiques et produits facturés, en sus des prestations d'hospitalisation. Enfin, il participe à l'harmonisation des contrats de bon usage avec les dispositions existantes concernant le circuit du médicament dans les établissements de santé, avec notamment l'intégration de l'arrêté du 6 avril 2011^{6,7}.

L'arrêté du 18 novembre 2013 fixant le contrat type de bon usage des médicaments et des produits et prestations présente en annexe un modèle de contrat entre l'Agence régionale de santé, la caisse d'assurance-maladie et l'établissement de santé. Il reprend toutes les dispositions du décret du 27 septembre 2013 et impose également aux établissements de se doter d'un dispositif de suivi et d'audit interne des différents engagements souscrits de telle sorte que l'autoévaluation soit rendue à la fois simple et possible⁸.

Nous retrouvons tous les critères déjà évoqués dans l'ancien modèle du contrat de bon usage auxquels viennent s'ajouter d'autres champs d'application :

- le respect des référentiels de bonnes pratiques existants,
- l'organisation des pratiques pluridisciplinaires dans la prise en charge du cancer en s'appuyant sur des protocoles validés et actualisés,
- la participation des établissements concernés au réseau régional de cancérologie,

- la prescription d'un médicament désigné comme orphelin se fait sous le couvert et avec la validation d'un centre de référence.

L'arrêté du 18 novembre 2013 fixe le modèle de rapport d'étape annuel servant de base à l'évaluation du contrat de bon usage et s'installe dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins liés à l'utilisation des produits de santé. Il comporte trois grandes parties, une sur les critères d'évaluation liés aux indicateurs nationaux, une autre sur les critères d'évaluation sans indicateurs nationaux de suivi, puis une dernière sur les critères d'évaluation appuyés sur des indicateurs et des thèmes régionaux. Seule cette dernière partie dépend de la région. Cet arrêté fixe aussi le calendrier : les rapports seront remis avant le 1^{er} avril de l'année *n* pour toutes les données de l'année *n-1*⁹.

Enfin l'instruction du 10 décembre 2013 relative à la mise en œuvre du décret du 27 septembre 2013 est venue repréciser l'importance de l'homogénéisation des pratiques régionales concernant les contrats de bon usage et imposer une plus grande symbiose entre les contrats de bon usage et les outils de régulation des dépenses de santé, notamment en ce qui a trait aux produits remboursés en sus des prestations d'hospitalisation¹⁰.

On remarque d'emblée que ce nouveau contrat de bon usage comporte beaucoup plus de critères que les contrats de bon usage antérieurs (Annexe I). (Les lecteurs peuvent consulter l'Annexe I disponible en fichier supplémentaire qui se trouve sur la version en ligne.) Pour les critères liés aux indicateurs nationaux, nous trouvons, spécifiquement à la section « prise en charge médicamenteuse », le suivi de certains indicateurs, Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) de la Haute Autorité de Santé, à savoir :

- la tenue du dossier patient,
- les prescriptions médicamenteuses appropriées après un infarctus du myocarde,
- la concertation pluridisciplinaire en cancérologie,
- la tenue du dossier anesthésique.

Ensuite, nous avons des indicateurs concernant le bon usage des produits :

- un indicateur émanant du ministère des Affaires sociales et de la Santé, l'indicateur composite du bon usage des antibiotiques version 2 (ICATB2), mis en place dès 2013 dans les établissements de santé,
- des indicateurs de suivi qualitatif des indications de prescription des médicaments et des dispositifs médicaux hors GHS.
- Et enfin, pour une meilleure lisibilité pour

l'utilisation des dispositifs médicaux :

- la mise en place de la classification des dispositifs médicaux selon la nomenclature CLADIMED.

Pour les critères sans indicateurs nationaux de suivi, nous en retrouvons plusieurs issus de l'arrêté du 6 avril 2011, comme la réalisation d'une cartographie des risques sur la thématique de la prise en charge médicamenteuse ou encore l'informatisation des prescriptions médicamenteuses.

Pour ce qui est des critères régionaux, une grande partie est liée à l'analyse pharmaceutique et à la sécurisation des points de transition du parcours du patient :

- intégration des données de biologie dans le dossier patient informatisé,
- analyse pharmaceutique de la totalité du traitement du patient (niveau 1, 2 et 3 de la Société Française de Pharmacie Clinique),
- délivrance nominative de la totalité du traitement.

Conclusion

En conclusion, nous nous apercevons que ce nouveau contrat balaie l'ensemble du circuit des médicaments et des dispositifs médicaux au sein des établissements de santé. Placé entre le prescripteur et le patient, le pharmacien est au centre de ce dispositif. Tous les aspects qualitatifs des différents critères reposent également sur le pharmacien par le truchement de la personne responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Aujourd'hui, dans les établissements spécialisés en chirurgie ou en cancérologie, les effets de ce nouveau contrat entraînent un contrôle permanent de l'utilisation des produits de santé. Cela nécessite inéluctablement que les établissements de santé prévoient des ressources pharmaceutiques supplémentaires pour assurer avec efficacité cette mission et répondre favorablement aux critères définis par les tutelles.

Annexe

Cet article comporte une annexe. Elle est disponible sur le site Pharmactuel (www.pharmactuel.com).

Financement

Aucun financement en relation avec le présent article n'a été déclaré par l'auteur.

Conflits d'intérêts

L'auteur a rempli et soumis le formulaire de l'ICMJE pour la divulgation de conflits d'intérêts potentiels. L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec le présent article.

Références

1. Décret n° 2005-1023 du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, Journal Officiel de la République Française du 26 août 2005. [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000631121> (site visité le 5 janvier 2014).
2. Décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, Journal Officiel de la République Française du 4 novembre 2008. [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019720616> (site visité le 5 janvier 2014).
3. Circulaire N°DHOS/E2/DSS/1C/2006/30 du 19 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale du ministère de la santé et des solidarités. [en ligne] www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/06_30t.pdf (site visité le 5 janvier 2014).
4. Circulaire N°DHOS/E2/AFSSAPS/HAS/INCA/2008/240 du 18 juillet 2008 relative au dispositif d'observation et d'évaluation des pratiques de prescription des produits facturables en sus des prestations d'hospitalisation, ciblés au niveau national. [en ligne] www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08.../ste_20080008_0100_0144.pdf (site visité le 5 janvier 2014).
5. Arrêté du 18 février 2009 pris pour l'application de l'article L. 162-22-7-2 du Code de la sécurité Sociale [en ligne] <http://legimobile.fr/fr/lr/texte/arrete/2009/2/SJSS0828100A/20090228/> (site visité le 5 janvier 2014).
6. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, Journal Officiel de la République Française du 16 avril 2011. [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023865866&dateTexte=&categorieLien=id> (site visité le 5 janvier 2014).
7. Décret n° 2013-870 du 27 septembre 2013 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, Journal Officiel de la République Française du 29 septembre 2013. [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027996735&dateTexte=&categorieLien=id> (site visité le 5 janvier 2014).
8. Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le contrat type de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, Journal Officiel de la République Française du 22 novembre 2013. [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028220981&dateTexte&categorieLien=id> (site visité le 5 janvier 2014).
9. Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le modèle de rapport d'étape annuel servant de base à l'évaluation du contrat de bon usage mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, Journal Officiel de la République Française du 22 novembre 2013. [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028220967&dateTexte=&categorieLien=id> (site visité le 5 janvier 2014).
10. Instruction N°DGOS/PF2/DSS/2013/404 du 10 décembre 2013 relative à la mise en œuvre du décret du 27 septembre 2013 relatif au contrat de bon usage des médicaments et produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale. [en ligne] www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/14.../ste_20140001_0000_0051.pdf (site visité le 5 janvier 2014).

Abstract

Objective: To implement a program for improving the quality and safety of medication and health-care product management for patients in health-care facilities in the Languedoc-Roussillon region of France.

Description of problem: Since their implementation in 2005, the proper-use contracts signed between the regional health authorities, regional health insurance funds, and health-care facilities have sought to improve the quality and enhance the safety of the use of health-care products for patients during their hospital stay. Changes to these contracts over the years have followed the changes to the extensive hospital pharmacy legislation.

Discussion: Beyond the implementation of proper-use contracts and the problems encountered in the field due to the lack of adequate pharmaceutical resources in health-care facilities, the regional health authorities' inspections have identified issues, which have then been brought to the attention of the facilities' management. This has prompted a discussion of pharmaceutical function in health-care facilities and has led in some instances to an increase in pharmacist manpower and the development of a pharmaceutical presence closer to the patient.

Conclusion: The efficiency sought through proper-use contracts is very much a reality today, 10 years after they were instituted in health-care facilities. We are witnessing better cost control in the use of health-care products and safer patient management, a main focus of the pharmacist profession.

Key words: Contract, France, medications, proper use, quality, safety