



HAL
open science

Lits intégrés de soins palliatifs et soins de suite et réadaptation: évaluation des coûts médicamenteux au Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port

Marion Mascherin

► **To cite this version:**

Marion Mascherin. Lits intégrés de soins palliatifs et soins de suite et réadaptation: évaluation des coûts médicamenteux au Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port. Sciences pharmaceutiques. 2008. hal-01732297

HAL Id: hal-01732297

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732297v1>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ - NANCY 1

2008

FACULTE DE PHARMACIE

**LITS INTEGRES DE SOINS PALLIATIFS ET SOINS DE
SUITE ET READAPTATION**

**EVALUATION DES COUTS MEDICAMENTEUX AU CENTRE HOSPITALIER
DE SAINT NICOLAS DE PORT**

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Le 17 Décembre 2008

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par **Marion MASCHERIN**
née le 14 Septembre 1982 à Nancy (54)

Membres du Jury

Président : Mr François BONNEAUX, Maître de Conférences, Praticien Hospitalier
Faculté de Pharmacie de Nancy.

Juges : Mme Florence PERREIN, Neurologue, Praticien Hospitalier, Chef de Service
USSR Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port.

Mr Pierre WOURMS, Pharmacien, Praticien Hospitalier, Chef de Service
Pharmacie Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port.

UNIVERSITE Henri Poincaré - Nancy 1
FACULTE DE PHARMACIE

DOYEN

Chantal FINANCE

Vice-Doyen

Francine PAULUS

Président du Conseil de la Pédagogie

Pierre LABRUDE

Responsable de la Commission de la Recherche

Jean-Claude BLOCK

Directeur des Etudes

Gérald CATAU

Responsable de la Commission des Relations Internationales

Janine SCHWARTZBROD

Responsable de la Communication

Francine KEDZIEREWICZ

Responsable de la Commission Hygiène Sécurité

Laurent DIEZ

Responsable de la filière Officine :

Gérald CATAU

Responsables de la filière Industrie :

Isabelle LARTAUD

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable du CEPH :

(Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier)

Jean-Michel SIMON

Doyen Honoraire : Claude VIGNERON

Professeur Emérite : Gérard SIEST

Professeurs Honoraires

Roger BONALY

Thérèse GIRARD

Maurice HOFFMAN

Michel JACQUE

Lucien LALLOZ

Pierre LECTARD

Vincent LOPPINET

Marcel MIRJOLET

François MORTIER

Maurice PIERFITTE

Louis SCHWARTZBROD

Maîtres de Conférences Honoraires

Marie-Claude FUZELLIER

Marie-Andrée IMBS

Marie-Hélène LIVERTOUX

Jean-Louis MONAL

Marie-France POCHON

Anne ROVEL

Maria WELLMAN-ROUSSEAU

Assistante Honoraire

Madame BERTHE

ENSEIGNANTS

PROFESSEURS

Alain ASTIER (en disponibilité)	Pharmacie clinique
Jeffrey ATKINSON	Pharmacologie
Gilles AULAGNER	Pharmacie clinique
Alain BAGREL	Biochimie
Jean-Claude BLOCK	Santé publique
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	Pharmacologie cardiovasculaire
Chantal FINANCE	Virologie, Immunologie
Pascale FRIANT-MICHEL	Mathématiques, Physique, Audioprothèse
Marie-Madeleine GALTEAU	Biochimie clinique
Christophe GANTZER	Microbiologie environnementale
Max HENRY	Botanique, Mycologie
Jean-Yves JOUZEAU	Bioanalyse du médicament
Pierre LABRUDE	Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile
Dominique LAURAIN-MATTAR	Pharmacognosie
Isabelle LARTAUD	Pharmacologie
Pierre LEROY	Chimie physique générale
Philippe MAINCENT	Pharmacie galénique
Alain MARSURA	Chimie thérapeutique
Jean-Louis MERLIN	Biologie cellulaire oncologique
Alain NICOLAS	Chimie analytique
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN	Biochimie, Biologie moléculaire
Janine SCHWARTZBROD	Bactériologie, Parasitologie
Jean-Michel SIMON	Economie de la santé, Législation pharmaceutique
Claude VIGNERON	Hématologie, Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Monique ALBERT	Bactériologie, Virologie
Sandrine BANAS	Parasitologie
Mariette BEAUD	Biologie cellulaire
Emmanuelle BENOIT	Communication et Santé
Michel BOISBRUN	Chimie thérapeutique
Catherine BOITEUX	Biophysique, Audioprothèse
François BONNEAUX	Chimie thérapeutique
Cédric BOURA	Physiologie
Gérald CATAU	Pharmacologie
Jean-Claude CHEVIN	Chimie générale et minérale
Igor CLAROT	Chimie analytique
Jocelyne COLLOMB	Parasitologie, Organisation animale
Joël COULON	Biochimie
Sébastien DADE	Bio-informatique
Bernard DANGIEN	Botanique, Mycologie
Dominique DECOLIN	Chimie analytique
Béatrice DEMORE	Pharmacie clinique
Joël DUCOURNEAU	Biophysique, Audioprothèse, Acoustique
Florence DUMARCAY	Chimie thérapeutique

François DUPUIS.....	Pharmacologie
Raphaël DUVAL.....	Microbiologie clinique
Béatrice FAIVRE.....	Hématologie
Luc FERRARI.....	Toxicologie
Stéphane GIBAUD.....	Pharmacie clinique
Françoise HINZELIN.....	Mycologie, Botanique
Thierry HUMBERT.....	Chimie organique
Frédéric JORAND.....	Santé et Environnement
Francine KEDZIEREWICZ.....	Pharmacie galénique
Alexandrine LAMBERT.....	Informatique, Biostatistiques
Brigitte LEININGER-MULLER.....	Biochimie
Stéphanie MARCHAND.....	Chimie physique
Faten MEHRI-SOUSSI.....	Hématologie biologique
Patrick MENU.....	Physiologie
Christophe MERLIN.....	Microbiologie environnementale et moléculaire
Blandine MOREAU.....	Pharmacognosie
Dominique NOTTER.....	Biologie cellulaire
Francine PAULUS.....	Informatique
Christine PERDICAKIS.....	Chimie organique
Caroline PERRIN-SARRADO.....	Pharmacologie
Virginie PICHON.....	Biophysique
Anne SAPIN.....	Pharmacie galénique
Marie-Paule SAUDER.....	Mycologie, Botanique
Nathalie THILLY.....	Santé publique
Gabriel TROCKLE.....	Pharmacologie
Mohamed ZAIYOU.....	Biochimie et Biologie moléculaire
Colette ZINUTTI.....	Pharmacie galénique

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER..... Sémiologie

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD..... Anglais

ASSISTANT

Annie PAVIS..... Bactériologie

SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITE (SCD)

Anne-Pascale PARRET..... Directeur
Frédérique FERON..... Responsable de la section Pharmacie-
Odontologie

SERMENT DES APOTHICAIRES



Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D' honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION,
NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES
THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES
COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

REMERCIEMENTS

Au Président du Jury,

Monsieur François BONNEAUX,

Maître de Conférences à la Faculté de Pharmacie de Nancy,
Laboratoire de Chimie thérapeutique,

Vous avez accepté sans hésitation la présidence de cette thèse et j'en suis très honorée.

Je vous remercie pour votre disponibilité et pour la confiance que vous m'accordez.

Merci pour vos conseils et vos relectures lors de l'écriture de cette thèse.

A mes Directeurs de thèse et Juges,

Madame Florence PERREIN,

Docteur en médecine, Neurologue, Praticien hospitalier,
Chef de service USSR au Centre hospitalier de S^t Nicolas de Port,

Durant mon externat au Centre hospitalier de St Nicolas de Port, vous m'avez accueillie au sein de votre service et m'avez proposé une étude que j'ai pu approfondir pour en faire mon travail de thèse, je vous en suis très reconnaissante.

Merci pour la liberté et la confiance que vous m'avez accordées pour mener à bien cette étude dans votre service.

Vous me faites l'honneur de votre présence dans mon jury de thèse, soyez-en remercié.

Monsieur Pierre WOURMS,

Docteur en Pharmacie, Praticien hospitalier,
Chef de service Pharmacie au Centre hospitalier de S^t Nicolas de Port,

Vous avez été mon tuteur lors de mon externat au Centre hospitalier de St Nicolas de Port et m'avez accompagnée et conseillée avec gentillesse.

A chacun de mes passages à la pharmacie, vous m'avez très bien accueillie et c'était pour moi un plaisir de travailler avec vous.

J'apprécie la confiance que vous me témoignez pour mon travail.

Vous avez toujours trouvé le temps de répondre à mes questions et de faire le lien avec les autres membres du jury pour m'aider dans mon travail de thèse.

Je vous adresse mes plus sincères remerciements.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

Je dédie cette thèse

A ma famille,

A mes parents,

Vous m'avez toujours fait confiance et laissée libre dans le choix de mes études. Vous m'avez donné tout l'amour et les moyens nécessaires pour participer au mieux à ma réussite, et je vous en remercie infiniment. Merci pour l'accompagnement et l'éducation que vous m'avez donnés. J'en suis extrêmement fière aujourd'hui. C'est avec une grande émotion que je vous dédie ce travail.

Maman, merci pour ton amour, ta disponibilité malgré ton travail et tous tes petits gestes du quotidien qui m'ont accompagnée et aidée tout au long de mes études. Tu as toujours été présente et tu l'es encore, toujours à l'écoute mais jamais à juger mes choix. Tu savais quoi faire ou dire dans les moments de doute. Je n'en serais pas là aujourd'hui sans toi.

Papa, merci pour les valeurs que tu m'as enseignées. J'ai toujours admiré ton intelligence et ta culture, et ta curiosité et ton envie d'apprendre. Et merci pour le pain frais chaque matin, et les croissants les jours d'examen !

A ma sœur,

Audrey, un lien unique entre nous, un lien dont je suis fière et qui me rend si heureuse, et un lien qui me rend aussi plus forte dans les moments durs, comme mon arrivée au collège, le concours de première année, et l'ENSIC. Tu as toujours été de bons conseils pour moi, et tu m'as toujours encouragée avec tes mots « doux » (que nous seules comprenons !). Ces deux dernières années, tu as toujours bien veillé à laisser quelques madeleines chez toi pour mes révisions ! Merci pour tout grande sœur, je t'aime très fort.

A ma grand-mère Irène,

Je suis très heureuse de pouvoir partager ce grand moment avec toi, et te remercie pour ta compréhension et ton intérêt durant toutes ces années d'étude. J'ai toujours pris bien soin de mon ordinateur en pensant à toi, il m'a beaucoup servi ces deux dernières années notamment, et pour mon travail de thèse également.

A la mémoire de mes grands-parents Renée, Pierre et Serge,

J'aurais aimé partager ce moment avec vous.

Pierre tu nous as quittés lorsque je débutais mes études de pharmacie, aujourd'hui j'ai terminé, j'espère que tu es fière de moi. J'aurais tant aimé que tu sois là avec nous.

A mes amis,

A Caroline, Cécile, Christophe et Mathieu,

Merci pour votre amitié de longue date et pour tous les bons moments partagés avec vous. Et cette fois ça y est, j'ai fini mes études, michto bien !

Caroline, nous avons commencé nos études ensemble à la maternelle, que de chemin parcouru depuis, mais jamais le lien ne s'est rompu, et c'est toujours un plaisir de te retrouver, toujours la même.

A Noémie,

Ta personnalité et tes valeurs morales m'ont beaucoup influencée, c'est en partie grâce à toi et ta famille que j'ai su garder les pieds sur terre durant mes études, et je t'en suis extrêmement reconnaissante. Merci de toujours avoir cru en moi, tes paroles m'aidaient à aller de l'avant.

A Marion,

Durant ces deux premières années de fac passées ensemble, j'ai pu découvrir une amie sincère. Merci d'avoir toujours cru en moi, et de m'avoir encouragée pendant cette période charnière qu'est le concours de 1^{ère} année. Tu ne m'as pas suivi en pharmacie, mais je suis tellement fière de ta réussite en médecine !

A Anne-Laure et Marion,

Anne-Laure et « M Pi » : la meilleure rencontre de mes années d'études en pharmacie. Je dois quand même vous remercier pour vos cours sans lesquels je ne m'en serais jamais sortie ! Mais ceci n'est qu'un détail comparé aux excellents moments que je passe toujours avec vous, et à la complicité qui nous unit. Marion que d'heures passées au téléphone avec toi ou avant de s'endormir ! Anne-Laure : granules et huiles essentielles pour chaque problème, notamment le stress, merci ! Et toujours accompagnée d'Arnaud et de sa bonne humeur ! Je vous adresse un grand merci pour votre soutien et vos encouragements durant mes deux années à l'ENSIC, et durant ce travail de thèse.

A Régis,

Rég' merci pour tous ces bons moments passés ensemble à la fac, je pense notamment aux midis chez toi à regarder les dessins animés en mangeant un sandwich du P'tit Miam, ou à notre séjour à Rome. Et un grand merci pour ton humour inimitable. Sinon je ne pense pas avoir oublié de points de ponctuation dans ma thèse ! Signée « double M ».

A Ophélie,

Notre premier stage en industrie ensemble, merci pour ton rire communicatif, Yeah Baby !

A Laurie, Marie, Pauline, Sandry, Pierre et Youcef,

Ces deux dernières années auraient été trop dures sans vous. La complicité et l'entraide ont été les clefs de la réussite, merci. Et que de sacrés souvenirs ensemble ! PharmaPlus forever !

Laurie, la gentillesse et la douceur incarnée, merci pour ton soutien à l'ENSIC. Nos prédictions et autres calculs de moyenne en PFE n'auront finalement servi à rien : on l'a eu et on l'a pas volé !

A Maud,

C'était un plaisir de venir en stage et partager ta joie de vivre et ta bonne humeur chaque jour. Que de conversations et surtout de sacrés délires et aventures à Rotadisk ! Et un grand merci pour avoir facilité mon intégration à Evreux.

Une pensée à la mémoire de Cachou,

Durant toutes ces nuits à réviser en première année tu étais à mes côtés ; et même si tu dormais comme toujours, cela m'apportait un réconfort et m'apaisait.

Merci à toute l'équipe de la Pharmacie

Du Centre hospitalier de S^t Nicolas de Port,

Armelle, Virginie et Alain, merci pour votre accueil chaleureux et votre bonne humeur au quotidien. C'était un plaisir de travailler avec vous et je n'oublierai pas ces 6 mois passés à vos côtés ... à parler déjà de cette fameuse thèse !

Merci à Messieurs les Docteurs MOREAU Alexandre et VANNSON Benoit,

Du Centre hospitalier de S^t Nicolas de Port,

Un grand merci pour votre participation à cette thèse. Ce travail n'aurait pu aboutir sans vous.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	13
---------------------------	-----------

PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DU CONTEXTE.....	15
--	-----------

CHAPITRE 1 : LES SOINS PALLIATIFS	16
--	-----------

1. DEFINITION DES SOINS PALLIATIFS.....	16
---	----

2. LES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE EN SOINS PALLIATIFS.....	17
---	----

<i>2.1. Prise en charge en institution</i>	<i>17</i>
--	-----------

<i>2.1.1. Les unités de soins palliatifs.....</i>	<i>17</i>
---	-----------

<i>2.1.2. Les lits identifiés en soins palliatifs.....</i>	<i>17</i>
--	-----------

<i>2.1.3. Les équipes mobiles de soins palliatifs</i>	<i>18</i>
---	-----------

<i>2.2. Prise en charge à domicile ou dans le lieu de vie habituel.....</i>	<i>19</i>
---	-----------

<i>2.2.1. Les équipes à domicile</i>	<i>19</i>
--	-----------

<i>2.2.2. Les services d'hospitalisation à domicile</i>	<i>19</i>
---	-----------

<i>2.3. Les réseaux de soins palliatifs.....</i>	<i>19</i>
--	-----------

3. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES LITS IDENTIFIES DE SOINS PALLIATIFS	21
---	----

<i>3.1. Population concernée par les LISP.....</i>	<i>21</i>
--	-----------

<i>3.2. Caractéristiques de la structure d'accueil des LISP</i>	<i>21</i>
---	-----------

<i>3.3. Le projet de service</i>	<i>22</i>
--	-----------

<i>3.4. Composition et compétences de l'équipe</i>	<i>23</i>
--	-----------

<i>3.4.1. Le personnel soignant</i>	<i>23</i>
---	-----------

<i>3.4.2. Le(s) référent(s) en soins palliatifs.....</i>	<i>24</i>
--	-----------

<i>3.4.2.1. Rôle.....</i>	<i>24</i>
---------------------------	-----------

<i>3.4.2.2. Formation.....</i>	<i>25</i>
--------------------------------	-----------

3.5. L'organisation	25
3.5.1. Organisation du service	25
3.5.2. Organisation auprès du patient.....	26
3.6. Indicateurs de suivi et d'évaluation.....	26

CHAPITRE 2 : LES SOINS DE SUITE ET READAPTATION FONCTIONNELLE28

1. L'ACTIVITE DE SSR.....	28
1.1. Les missions	28
1.2. Un secteur clé.....	28
2. REGLEMENTATION DE L'ACTIVITE SSR.....	29
3. CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT	30

CHAPITRE 3 : SOINS DE SUITE ET READAPTATION ET MODE DE FINANCEMENT31

1. L'HOPITAL ET SES REFORMES.....	30
1.1. Statuts des centres hospitaliers	31
1.2. Les réformes hospitalières.....	31
1.3. La tarification à l'activité.....	33
1.3.1. Contexte et objectifs	33
1.3.2. Champs d'application et mise en œuvre	34
1.3.3. Principes de base	35

2. LES MODALITES D'ALLOCATION DE RESSOURCES FINANCIERES POUR LES SERVICES SSR	38
2.1. Avant la mise en place de la T2A dans le secteur public	38
2.2. La T2A SSR	38
2.2.1. Le modèle T2A SSR cible	39
2.2.2. Le modèle T2A SSR transitoire	40
3. RISQUES ET EFFETS INDESIRABLES DU NOUVEAU MODE DE FINANCEMENT DES HOPITAUX.....	42
3.1. Une transition délicate	42
3.2. Des risques prévisibles.....	43
4. LE CONTRAT DE BON USAGE DES MEDICAMENTS.....	44

DEUXIEME PARTIE : ETUDE AU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT NICOLAS DE PORT46

1. PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE.....	47
<i>1.1. Le Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port.....</i>	47
<i>1.2. Le service de Soins de Suite et Réadaptation fonctionnelle</i>	48
<i>1.2.1. Structure.....</i>	48
<i>1.2.2. Organisation et fonctionnement.....</i>	48
1.2.2.1. Le personnel médical.....	48
1.2.2.2. Le personnel paramédical.....	49
1.2.2.3. Le fonctionnement médical du secteur.....	49
<i>1.2.3. Admission en soins palliatifs.....</i>	50
<i>1.3. Le service de la pharmacie.....</i>	50
<i>1.3.1. Organisation du service.....</i>	50
<i>1.3.2. La dispensation des médicaments pour le service SSR.....</i>	51
1.3.2.1. La prescription.....	51
1.3.2.2. L'analyse pharmaceutique.....	51
1.3.2.3. La dispensation.....	51
1.3.2.4. Le contrôle.....	51
1.3.2.5. Modifications de prescription en cours de semaine.....	52
2. OBJECTIFS DE L'ETUDE	53
3. MATERIEL ET METHODE.....	55
<i>3.1. Données temporelles.....</i>	55
<i>3.2. Les patients</i>	55
<i>3.3. Les recueils de l'indice Karnofsky.....</i>	57
3.3.1. L'indice Karnofsky.....	57
3.3.2. Méthode de recueil.....	58

3.4. Les recueils des coûts médicamenteux	60
3.4.1. <i>Le logiciel MedXper® et la prescription nominative informatisée.....</i>	60
3.4.2. <i>Méthodes de recueil</i>	61
3.4.2.1. <i>Coût médicamenteux journalier à un indice Karnofsky déterminé.....</i>	61
3.4.2.2. <i>Coût médicamenteux le jour du décès</i>	62
3.4.3. <i>Réajustements des coûts</i>	62
3.4.3.1. <i>Les médicaments à la demande.....</i>	62
3.4.3.2. <i>Les multidoses</i>	62
3.4.3.3. <i>Les injectables.....</i>	64
3.4.3.4. <i>Les pansements</i>	64
3.4.3.5. <i>Les seringues d'insuline.....</i>	64
4. RESULTATS ET ANALYSE	66
4.1. Comparaison du coût médicamenteux journalier d'un patient en SSR avec un patient en LISP, à indice Karnofsky égal.....	66
4.1.1. <i>Les patients inclus dans l'étude</i>	66
4.1.1.1. <i>Effectifs.....</i>	66
4.1.1.2. <i>Données temporelles</i>	68
4.1.2. <i>Les résultats.....</i>	70
4.1.2.1. <i>Patients SSR IK 20.....</i>	71
4.1.2.2. <i>Patients SSR IK 30.....</i>	72
4.1.2.3. <i>Patients LISP IK 20.....</i>	73
4.1.2.4. <i>Patients LISP IK 30.....</i>	75
4.1.2.5. <i>Comparaison</i>	77
4.2. LISP : évolution du coût médicamenteux selon l'état général du patient.....	79
4.2.1. <i>Comparaison du coût médicamenteux journalier selon les indices Karnofsky .</i>	79
4.2.1.1. <i>Les patients inclus dans l'étude</i>	79
4.2.1.2. <i>Les résultats</i>	82
4.2.2. <i>Comparaison du coût médicamenteux journalier à indice Karnofsky 10 avec le coût médicamenteux le jour du décès.....</i>	84
4.2.2.1. <i>Les patients inclus dans l'étude</i>	84
4.2.2.2. <i>Les résultats</i>	84

CONCLUSION GENERALE.....87

BIBLIOGRAPHIE89

ANNEXES.....97

LISTE DES ABREVIATIONS

CBUS	Contrat de Bon Usage
CSP	Code de la Santé Publique
ETP	Equivalent Temps Plein
IK	Indice Karnofsky
LISP	Lits Identifiés en Soins Palliatifs
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation
SSR	Soins de Suite et Réadaptation fonctionnelle
T2A	Tarifification A l'Activité
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
USSR	Unité de Soins de Suite et Réadaptation fonctionnelle

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Principe d'allocation des ressources financières aux établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier avant la T2A	36
Figure 2 : Principe d'allocation des ressources financières aux établissements de santé avec la T2A	37
Figure 3 : Plan du Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port	47
Figure 4 : Indice Karnofsky.....	57
Figure 5 : Performans Status (indice OMS)	58
Figure 6 : Illustration d'un exemple de réajustement nécessaire à effectuer sur le calcul opéré par MedXper® concernant le coût cumulé comprenant un médicament multidoses.....	63
Figure 7 : Liste alphabétique des patients en SSR inclus dans l'étude « Comparaison du coût médicamenteux journalier d'un patient en SSR avec un patient en LISP, à indice Karnofsky égal »	66
Figure 8 : Liste alphabétique des patients en LISP inclus dans l'étude « Comparaison du coût médicamenteux journalier d'un patient en SSR avec un patient en LISP, à indice Karnofsky égal »	67
Figure 9 : Effectifs des échantillons de l'étude « Comparaison du coût médicamenteux journalier d'un patient en SSR avec un patient en LISP, à indice Karnofsky égal ».....	68
Figure 10 : Moyennes du nombre de jours inclus dans l'étude pour le calcul du coût médicamenteux journalier d'un patient en SSR et d'un patient en LISP, à indice Karnofsky 20 et 30.....	69
Figure 11 : Patients SSR IK 20 : coûts médicamenteux journaliers	71
Figure 12 : Patients SSR IK 30 : coûts médicamenteux journaliers	72
Figure 13 : Patients LISP IK 20 : coûts médicamenteux journaliers	73
Figure 14 : Patients LISP IK 20 : coûts médicamenteux journaliers, hors patients 11 et 45 ..	74
Figure 15 : Patients LISP IK 30 : coûts médicamenteux journaliers	75
Figure 16 : Patients LISP IK 30 : coûts médicamenteux journaliers, hors patient 32.....	76
Figure 17 : Comparaison du coût médicamenteux journalier d'un patient en SSR avec un patient en LISP, à indice Karnofsky égal.....	77

Figure 18 : Effectifs des échantillons de l'étude « LISP : comparaison du coût médicamenteux journalier selon les indices Karnofsky »	80
Figure 19 : Moyennes du nombre de jours inclus dans l'étude pour le calcul du coût médicamenteux journalier d'un patient en LISP, à indice Karnofsky 10, 20 et 30	81
Figure 20 : Patients LISP IK 10 : coûts médicamenteux journaliers	82
Figure 21 : Comparaison du coût médicamenteux journalier d'un patient en LISP, selon les indices Karnofsky.....	83
Figure 22 : Différence entre le coût médicamenteux journalier d'un patient en LISP IK 10 et le coût médicamenteux le jour de son décès	84
Figure 23 : Nombre de médicaments et pansements différents administrés le jour du décès. 85	

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Méthode de calcul pour le coût médicamenteux journalier à un indice Karnofsky déterminé.....	61
Tableau 2 : Nombre de jours inclus dans l'étude (minimum, moyen, maximum) pour le calcul du coût médicamenteux journalier d'un patient en SSR et d'un patient en LISP, à indice Karnofsky 20 et 30	69
Tableau 3 : Patients SSR IK 20 : paramètres caractéristiques de position et de dispersion ...	71
Tableau 4 : Patients SSR IK 30 : paramètres caractéristiques de position et de dispersion ...	72
Tableau 5 : Patients LISP IK 20 : paramètres caractéristiques de position et de dispersion ..	74
Tableau 6 : Patients LISP IK 30 : paramètres caractéristiques de position et de dispersion ..	76
Tableau 7 : Nombre de jours inclus dans l'étude (minimum, moyen, maximum) pour le calcul du coût médicamenteux journalier d'un patient en LISP, à indice Karnofsky 10, 20 et 30....	81
Tableau 8 : Patients LISP IK 10 : paramètres caractéristiques de position et de dispersion ..	82

LISTE DES ANNEXES

- Annexe A** Questionnaire de l'enquête ministérielle SSR
- Annexe B** Liste des médicaments coûteux - enquête nationale SSR 2007
- Annexe C** Liste complémentaire des médicaments coûteux – enquête nationale SSR 2007
- Annexe D** Support de recueil des indices Karnofsky pour la période du 14 novembre 2005 au 05 février 2006
Exemple pour la semaine du 21 au 27 novembre 2005
- Annexe E** Support de recueil des indices Karnofsky pour la période du 21 mars 2006 au 18 septembre 2007
- Annexe F** Liste des spécialités gratuites ou dont le prix n'est pas rentré dans la base de données de MedXper® (marché du 01/06/04 au 01/06/06 et marché du 01/06/06 au 01/06/08)
- Annexe G** Livret du médicament du Centre hospitalier de St Nicolas de Port : unités de mesure des médicaments multidoses

INTRODUCTION

En France, l'hôpital public occupe une place centrale dans l'offre de soins. Au fil du temps, ses missions et ses fonctions se sont étendues, alors même que son fonctionnement est soumis à des contraintes économiques et réglementaires de plus en plus fortes. Confronté au défi « de soigner le mieux possible tout le monde, à tout moment et au meilleur coût », l'hôpital public traverse aujourd'hui une véritable crise. Plusieurs tendances lourdes se dégagent, qui vont peser sur l'hôpital public en ce début de XXIème siècle : économie de moyens et transparence des coûts dans le cadre d'une politique de régulation des dépenses des santé, adaptation de l'offre de soins au vieillissement démographique, accélération du progrès médical, amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, renforcement des droits des usagers, accroissement du pilotage régional.

Dans ce contexte, le plan Hôpital 2007, en œuvre depuis 2004, apporte des réponses fortes mais partielles aux difficultés de l'hôpital public. En effet, la réforme de son financement par la tarification à l'activité qu'il introduit est source de plus d'équité et de transparence dans le financement des établissements de santé, mais elle ne permettra pas de répondre aux besoins structurels croissants de financement de l'hôpital public, liés notamment aux coûts du vieillissement démographique, du progrès médical et de la sécurité sanitaire.

Le Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port, hôpital public de petite taille situé en Meurthe-et-Moselle, n'échappe pas à cette crise. Répondant à une volonté croissante tant de la part du corps médical que des instances sanitaires, son activité de prise en charge palliative est en fort développement depuis quelques années. D'énormes progrès ont ainsi été réalisés au sein de l'hôpital : formations spécifiques, soutien du patient, de sa famille et de l'équipe soignante par des psychologues, recherche et élaboration de protocoles de soins, mise à disposition de nouvelles molécules, afin de soulager au mieux les souffrances des patients. Mais ces nouvelles thérapeutiques s'accompagnent de répercussions budgétaires non négligeables.

Un Comité nationale de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement propose plusieurs mesures pour améliorer la prise en charge des personnes en fin de vie au sein des hôpitaux locaux, notamment une incitation financière et une valorisation des soins palliatifs. Dans ce cadre, la mission T2A mène des études de coûts ; l'examen de cet indicateur sera un préalable indispensable à l'adaptation et la régulation des dépenses de santé concernant la prise en charge palliative.

A partir de ce constat, nous avons voulu étudier le poids budgétaire de la composante « médicaments », concernant la prise en charge palliative au Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port, c'est-à-dire l'impact du budget des médicaments au niveau service de soins de suite et de réadaptation de l'hôpital qui accueille des lits identifiés de soins palliatifs.

La première partie de cette thèse est consacrée à une bibliographie présentant le contexte de l'étude. Nous essayerons de répondre aux questions suivantes : qu'est-ce que les soins palliatifs et les lits identifiés de soins palliatifs ? Qu'est-ce que les soins de suite et de réadaptation ? Comment sont financés les services de soins de suite et de réadaptation actuellement ? Que prévoit la réforme du financement des hôpitaux ?

La seconde partie sera consacrée à l'étude menée dans le service de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle du Centre hospitalier de Saint Nicolas de Port. Cette étude consiste en la comparaison des coûts médicamenteux d'un patient en soins de suite et réadaptation avec un patient en lits identifiés de soins palliatifs ayant le même profil de dépendance ; profil établi grâce à l'indice Karnofsky.

Nous essayerons dans un premier temps de démontrer qu'une prise en charge médicamenteuse en soins palliatifs est plus onéreuse qu'en soins de suite et réadaptation, à profil de dépendance identique. Puis nous vérifierons cette hypothèse selon l'état général du malade en soins palliatifs : comment varie le coût médicamenteux d'un patient en soins palliatifs avec son état général ? Observe-t-on une baisse du coût médicamenteux selon l'état d'avancement de la maladie ? Et qu'en est-il pour le coût médicamenteux le jour du décès ?

PREMIERE PARTIE

PRESENTATION DU CONTEXTE

CHAPITRE 1

LES SOINS PALLIATIFS

1. DEFINITION DES SOINS PALLIATIFS

Il existe de nombreuses définitions « officielles » des soins palliatifs : définition de la loi française du 9 juin 1999 [1], définition de l'Organisation Mondiale de la Santé [2], etc. Actuellement, c'est la charte des soins palliatifs et de l'accompagnement définie par la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, qui fait référence [3].

Cette charte inscrit les soins palliatifs comme des soins actifs et continus, délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Les traitements en soins palliatifs ont pour but de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, et ils prennent en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle du patient. Une des différences avec les soins curatifs, où la guérison est possible, est notamment le soutien psychologique en rapport avec la souffrance de mourir et non celle d'être malade.

Ainsi, dans la délivrance des soins palliatifs et de l'accompagnement aux malades, l'objectif est l'amélioration de la qualité de vie du patient, par une prise en charge pluridisciplinaire. De plus, les soins palliatifs s'adressent au malade en tant que personne, mais aussi à sa famille et à ses proches. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font également partie de la démarche palliative.

En ce qui concernent les conceptions éthiques, les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant, et la mort comme un processus naturel. Lors de la dispensation des soins palliatifs, on évite les investigations et les traitements déraisonnables, communément appelés acharnement thérapeutique, on se refuse à provoquer intentionnellement la mort [4].

2. LES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE EN SOINS PALLIATIFS

Selon le souhait du patient [5] et la capacité de l'entourage, la prise en charge en soins palliatifs peut s'effectuer en institution ou au domicile et lieu de vie habituel (maison de retraite, long séjour) [3].

2.1. Prise en charge en institution

En France, il existe trois types de structures de soins palliatifs pour accueillir les patients en institution.

2.1.1. Les unités de soins palliatifs

Les unités de soins palliatifs sont des structures d'hospitalisation spécialisées qui ont une activité spécifique et totalement dédiée à la pratique des soins palliatifs. Ce type de structure est composé d'environ 10 lits au minimum, accueillant pour une durée temporaire ou permanente les patients en soins palliatifs. Le recours à l'unité de soins palliatifs concerne les situations les plus complexes et/ou les plus difficiles de fin de vie.

Chaque région doit comporter, au moins, une unité de soins palliatifs, en centre hospitalier universitaire ou en établissement autorisé ayant une activité en cancérologie [6] [7].

2.1.2. Les lits identifiés en soins palliatifs

Les Lits Identifiés en Soins Palliatifs (LISP) sont officiellement appelés : « Prise en charge identifiée de malades en soins palliatifs hors unité de soins palliatifs ». On parle aussi de « Lits intégrés ou dédiés aux soins palliatifs ».

Les LISP sont des lits situés en dehors des unités de soins palliatifs. Ils se trouvent au sein d'un service d'hospitalisation confronté à des fins de vie ou des décès fréquents, mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs. Ils peuvent ainsi être

identifiés dans un service de courte durée, de soins de suite et de réadaptation, ou éventuellement de soins de longue durée, de façon à optimiser la réponse à une demande d'activité en soins palliatifs importante.

L'identification de lits de soins palliatifs permet :

- une reconnaissance de la pratique des soins palliatifs dans un service et/ou un établissement de santé,
- une meilleure lisibilité interne et externe des activités au sein d'un service et/ou d'un établissement de santé,
- dans la mesure où des moyens supplémentaires sont nécessaires, l'accès à une dotation adaptée.

Les LISP sont un lien entre le domicile et les structures d'hospitalisation. Ils assurent en effet la continuité de la prise en charge en soins palliatifs pour les personnes le nécessitant, en :

- recevant ces personnes habituellement suivies dans le service et/ou l'établissement de santé,
- accueillant ces personnes en institution lorsque la prise en charge est devenue trop lourde (Il peut s'agir alors d'un accueil temporaire),
- répondant à des demandes extérieures au service et/ou à l'établissement : cas complexes (au domicile ou dans d'autres structures) ou activité de proximité. Dans ce dernier cas, on évite ou on raccourcit ainsi le passage systématique dans différents services (ex : service des urgences) [6] [7].

2.1.3. Les équipes mobiles de soins palliatifs

L'équipe mobile de soins palliatifs est une équipe interdisciplinaire et pluriprofessionnelle dont les membres se déplacent auprès des soignants, à la demande des professionnels d'un établissement de santé. Ils ne pratiquent pas d'actes de soins en principe. Ils ont une activité transversale au sein de l'établissement de santé, par leur aide et leur soutien psychologique, par une écoute, et par un accompagnement actif (conseils sur les pratiques, réflexions éthiques, formation et éventuellement enseignement), pour les soignants qui prennent en charge des patients en fin de vie [6] [7].

2.2. Prise en charge à domicile ou dans le lieu de vie habituel

Deux types de dispositifs permettent cette prise en charge : les équipes à domicile ou les services d'hospitalisation à domicile.

Le maintien à domicile ne peut se réaliser qu'en accord avec la personne malade et ses proches et uniquement si le dispositif est en capacité d'assurer seul et/ou avec ses partenaires tous les aspects du soin et de l'accompagnement à domicile requis par l'état de santé de la personne.

2.2.1. Les équipes à domicile

L'équipe à domicile comprend des professionnels de santé, exerçant à titre libéral ou salariés des centres de santé, intervenant auprès d'un patient désirant rester à domicile. L'équipe est notamment composée du médecin généraliste du malade, prescripteur, et de personnel infirmier. Cette équipe est choisie par le patient.

Afin de faciliter et de développer la prise en charge des soins palliatifs à domicile, un dispositif de rémunération des professionnels de santé libéraux pratiquant cette activité est prévu par la loi n°99-477 du 9 juin 1999 [1]. D'autre part, lorsque l'accès à un réseau de soins palliatifs est possible, les membres de l'équipe pourront y adhérer de façon à pouvoir bénéficier des personnes et structures ressources (sanitaires et sociales) de ce réseau [6].

2.2.2. Les services d'hospitalisation à domicile

A la différence des équipes à domicile, les services d'hospitalisation à domicile dépendent d'une structure hospitalière. Ils travaillent en collaboration avec les professionnels de santé libéraux du patient, afin de maintenir ou de permettre un retour à domicile pour les patients en fin de vie qui le désirent [6] [7] [8].

2.3. Les réseaux de soins palliatifs

Les réseaux de soins palliatifs permettent le respect du désir des patients en ce qui concerne le choix du lieu de soin, tout en optimisant les conditions de prise en charge.

Ainsi, le réseau de soins palliatifs va coordonner l'ensemble des structures sanitaires et sociales (hospitalisation à domicile, équipe mobile de soins palliatifs, unité de soins palliatifs, etc) afin de maintenir le lien entre tous les professionnels qui prennent en charge le patient. Ce lien va assurer au patient une meilleure orientation de ses soins, va favoriser la coordination et la continuité des soins (domicile-hôpital et inversement) qui lui sont dispensés et va promouvoir des soins de proximité et de qualité. De plus, concernant les acteurs de la prise en charge palliative, le réseau propose un soutien et un accompagnement aux équipes à domicile pour les situations difficiles ou complexes, et propose des possibilités de formation.

Il faut bien comprendre que l'équipe de coordination ne se substitue ni à l'équipe à domicile, ni à l'équipe interne d'une structure de soins palliatifs. Elle n'a pas pour mission d'effectuer des soins, ni de prescrire. Elle accompagne la démarche de soin dans une dynamique de partenariat et de complémentarité entre tous les acteurs de soins et d'accompagnement [6].

3. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES LITS IDENTIFIES DE SOINS PALLIATIFS

3.1. Population concernée par les LISP

Les lits identifiés de soins palliatifs permettent d'apporter une réponse adaptée en terme de prise en charge, à des patients qui relèvent de soins palliatifs, ainsi qu'à leurs proches.

La structure à laquelle appartiennent les LISP accueille :

- Des patients provenant d'un autre établissement (hôpital, établissements sanitaires ou médico-sociaux),
- Des patients soignés à leur domicile,
- Des patients suivis dans le service concerné,
- Des patients provenant d'autres services de l'établissement.

La décision d'accueillir un patient dans un LISP s'effectue avec l'avis conjoint de la personne malade ou de ses proches, du médecin prenant en charge habituellement le patient, et du médecin « référent » du service.

L'admission doit s'appuyer sur une évaluation globale médico-psychosociale du patient. Elle donnera ensuite lieu à un projet de soins individualisé, évolutif, inscrit dans le dossier médical.

La décision de sortie du patient est prise sur les mêmes bases [5] [6].

3.2. Caractéristiques de la structure d'accueil des LISP

La structure d'accueil des LISP est choisie parce qu'elle a une activité importante en soins palliatifs et un projet élaboré [6]. Un service de court séjour, un service de soins de suite et de réadaptation (SSR), ou éventuellement un service de soins de longue durée peuvent ainsi recevoir des LISP, mais cette structure est bien distincte des unités de soins palliatifs.

La structure à laquelle appartiennent les LISP doit être dotée d'une capacité suffisante permettant l'accueil de personnes venant d'autres services ou du domicile. L'organisation du service quant à elle, doit permettre d'assurer la qualité et la continuité des soins.

Les locaux doivent être adaptés à la pratique correcte des soins palliatifs et de l'accompagnement pour :

- les personnes malades : chambres individuelles avec sanitaires privés (toilettes et point d'eau au minimum) ; chambres de taille suffisante pour accueillir au moins une personne de la famille à temps plein,
- les familles et les proches : lieux de repos et d'accueil (pièce avec réfrigérateur, table et chaises et chauffe-plats), lit d'appoint disponible dans la chambre du patient,
- les équipes soignantes et les bénévoles d'accompagnement (bureaux, salle de réunion).

Le service disposant de ces lits, doit, en sus, comprendre une salle de bain avec baignoire adaptée et/ou chariot douche.

L'établissement doit disposer d'un funérarium ou passer convention avec une structure extérieure. Tout doit être mis en place afin que les volontés du patient soient respectées.

En l'absence de patients requérant des soins palliatifs, ces lits sont utilisés conformément à leur autorisation initiale d'équipement de soins.

Les services dans lesquels sont identifiés ces lits fonctionnent en lien avec l'équipe mobile de soins palliatifs quand elle existe dans l'établissement, ou par convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs d'un autre établissement, ou par convention avec un réseau de santé quand il existe. Ces lits peuvent servir de base aux équipes mobiles ou aux réseaux pour l'hospitalisation des patients [6] [9].

3.3. Le projet de service

L'identification des lits à un service ne peut être effective que si certaines exigences sont satisfaites, notamment un projet de service.

Le projet de service et/ou d'établissement est élaboré en lien avec des équipes référentes.

Il inclut :

- une formation spécifique des personnels,
- une réflexion préalable de l'équipe,
- un soutien de l'équipe,
- un personnel en adéquation au plan qualitatif et quantitatif à cette mission,
- un médecin, cadre infirmier ou infirmier référent en soins palliatifs dans le service,
- des réunions régulières de synthèse pluridisciplinaires,
- une procédure d'intervention d'une équipe de bénévoles d'accompagnement [7].

Une fois le projet de service validé par les représentants de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, celle-ci identifie les LISP [6] [9].

3.4. Composition et compétences de l'équipe

Pour assurer la continuité et la qualité des soins, un nombre de soignants suffisant doit être présent dans le service, ainsi que l'identification de « référents » qui coordonnent la démarche palliative :

- un référent médecin, formé aux soins palliatifs,
- un référent infirmier ou cadre de santé, formé aux soins palliatifs [5] [6].

3.4.1. Le personnel soignant

Les services accueillants les LISP bénéficient d'un ratio de personnel majoré. En effet, afin de mettre en œuvre les activités spécifiques liées à l'accompagnement de fin de vie en plus des activités générales de toute unité de soins, un renfort de personnel est nécessaire. Pour cela, le ratio d'infirmiers ou d'aides soignants est augmenté de 0,30 équivalent temps plein par rapport au lit standard.

Le service d'accueil des LISP doit également disposer d'un accès défini et formalisé à des personnes ressources : équipe mobile de soins palliatifs, psychologue, diététicien, kinésithérapeute, assistante sociale, bénévoles, réseau de santé, représentants des cultes [5].

L'ensemble des personnels du service doit bénéficier d'une formation continue aux soins palliatifs. Il doit connaître la démarche palliative et sa mise en œuvre telle que décrite dans le Guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements [9].

3.4.2. Le(s) référent(s) en soins palliatifs

Les référents souhaitables sont le binôme infirmière et médecin.

3.4.2.1. Rôle

Le référent a un rôle particulier en matière de coordination. Il est le correspondant de l'équipe mobile de soins palliatifs, de l'unité de soins palliatifs, du réseau de soins palliatifs et des bénévoles d'accompagnement, ainsi que des équipes support : équipe diététique, consultation douleur, etc...

De plus, il est chargé :

- des entretiens de concertation décisionnelle en équipe,
- des formations concernant les annonces ou explications pour les patients, en lien étroit avec les autres médecins intervenant dans la prise en charge du patient (médecin généraliste, oncologue, autre spécialiste...),
- de la communication avec la famille et les proches,
- de l'organisation des hospitalisations de repli en LISP ou en unité de soins palliatifs (lorsque la prise en charge n'apparaît plus adaptée respectivement à domicile ou en LISP), ou d'une hospitalisation de répit (quand les professionnels éprouvent le besoin de « faire une pause »).

Pour assumer son rôle, le référent doit avoir une capacité d'écoute et d'analyse des situations, et il doit être capable d'initier et motiver son équipe sur les différentes activités interdisciplinaires de la démarche palliative.

De plus, le référent doit développer certaines autres compétences. Ainsi, il doit être le promoteur de procédures de soins avec ses collègues, susciter un travail de réflexion sur des situations dans le service (cas cliniques ou éthiques), et être capable de se positionner face à l'équipe médicale [5].

3.4.2.2. Formation

Le référent en soins palliatifs doit obligatoirement avoir suivi une formation sur l'accompagnement de fin de vie, qui peut être complétée par des formations plus spécifiques (diplôme inter-universitaire soins palliatifs, diplôme inter-universitaire douleur, diplôme d'études spécialisées complémentaires, médecine de la douleur et médecine palliative, apprentissage de techniques de type relaxation, formation sur la communication, ...). De plus, il doit avoir une expérience professionnelle dans le domaine des soins palliatifs [5] [9].

3.5. L'organisation

3.5.1. Organisation du service

Les établissements de santé accueillant des LISP doivent partager les moyens et les ressources. Ainsi, ils ont vocation à participer à un réseau de santé de soins palliatifs, de cancérologie ou de gérontologie. De plus, l'organisation du service doit permettre, pour le patient ou pour ses proches, et s'ils en expriment le besoin :

- l'intervention d'un psychologue,
- l'intervention d'un assistant du service social,
- l'intervention de bénévoles d'accompagnement.

Enfin, les visites aux patients doivent être libres, sans horaires prédéfinis, et des échanges entre membres de l'équipe, proches et bénévoles d'accompagnement doivent être possibles [7].

Pour assurer la qualité de la prise en charge et de l'adaptation des soins au patient et à ses proches, le service doit coordonner les différentes équipes interdisciplinaires. Dans cet optique, il doit réserver, pour ces équipes, du temps consacré aux échanges d'informations et aux synthèses cliniques (réunions quotidiennes). De même, le soutien pour les équipes (groupe de parole et/ou d'analyse des pratiques, réunions d'analyse de cas, ...) doit être régulier.

Le service doit disposer d'un accès facile et permanent aux médicaments de base utilisés en soins palliatifs [5] [9].

3.5.2. Organisation auprès du patient

L'état de santé du patient fera l'objet d'évaluations régulières et de réajustement de la prise en charge si nécessaire.

L'équipe repère :

- les douleurs aiguës ou chroniques,
- la souffrance psychique et les états de souffrance nécessitant le recours à un psychologue,
- les problèmes nécessitant le recours à une assistante sociale,
- les demandes nécessitant le recours à un maître du culte,
- les demandes nécessitant l'intervention et le soutien des bénévoles.

L'équipe favorise le maintien de l'autonomie et le confort du patient avec le kinésithérapeute et l'ergothérapeute [5].

3.6. Indicateurs de suivi et d'évaluation

Le service suit l'activité des LISP sous la forme d'une statistique d'activité :

- nombre de LISP,
- pourcentage de séjours dans le service dont le motif d'admission est le soin palliatif,
- nombre de réunions pluridisciplinaires (synthèse, analyse de cas, analyse des pratiques, groupe de parole...) consacrées aux soins palliatifs,
- pourcentage d'infirmiers et d'aides soignants formés aux soins palliatifs, au sein du service.

L'activité peut également être évaluée qualitativement :

- la réflexion sur les soins palliatifs est inscrite au projet d'établissement ainsi qu'au projet de service,
- il existe un référent médecin dans l'établissement ; il existe un référent infirmier dans l'établissement,
- existence d'une traçabilité des réunions d'équipe pluridisciplinaires,
- la réflexion sur les bénéfices et les risques des examens complémentaires et des soins est effectuée en relation avec le patient,

- une transmission écrite apparaît après chaque intervention du personnel formé auprès des patients en lits dédiés,
- le personnel formé du service se réunit régulièrement (jour, heure, fréquence),
- le plan de formation prévoit la formation continue du personnel du service aux soins palliatifs,
- il existe des procédures de soins validées,
- les locaux sont adaptés à l'accueil des malades en soins palliatifs [5] [9].

CHAPITRE 2

LES SOINS DE SUITE ET READAPTATION

FONCTIONNELLE

1. L'ACTIVITE DE SSR

1.1. Les missions

L'indication principale de ce type de service est une suite de soins après hospitalisation dans un service de soins aigus (en médecine ou en chirurgie) pour une consolidation et un suivi thérapeutique.

Le service SSR assure une mission de prévention ou réduction des conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité. De plus, il doit promouvoir la réadaptation et la réinsertion pluridimensionnelle et polyvalente du patient, en liaison avec les intervenants du domicile. Enfin, il assure l'évaluation et l'orientation ultérieure (retour à domicile ou institutionnalisation) lorsque celle-ci n'a pu être définie dans le service de court séjour.

La plupart des services de SSR assurent une prise en charge palliative, mais certains ont une activité spécifique dans ce domaine avec des moyens renforcés (lits identifiés).

Concernant la durée du séjour, celle-ci n'est pas « prédéfinie ». C'est le médecin responsable du service qui fixe la durée de la prise en charge en fonction de la pathologie, et tous les mois, la prolongation du séjour est soumise à l'accord du médecin conseil [10].

1.2. Un secteur clé

Les services de SSR sont un secteur clé de l'offre de soins. En effet, le vieillissement de la population, la fréquence croissante des maladies chroniques et du handicap font évoluer les besoins de soins vers ce type de structure.

Il s'ajoute à cela la tendance à la diminution de la durée moyenne de séjour en service de court séjour. On peut d'ailleurs rappeler à cet effet que les services de SSR n'ont pas pour mission de « désengorger » les services de court séjour par rapport aux attentes de placement.

D'autre part, c'est un secteur qui a développé :

- un mode de prise en charge innovant avec une prise en charge globale du patient,
- un savoir faire dans l'articulation sanitaire / médico-social / social / hospitalisation / ambulatoire,

et qui est donc reconnu dans le système de soins.

Mais le secteur SSR est très hétérogène par ses activités. Il est donc peu lisible pour les professionnels comme pour les patients [10].

2. REGLEMENTATION DE L'ACTIVITE SSR

Les activités de SSR sont soumises à la réglementation :

- Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation,
- Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement.

Les missions que le service SSR doit être en mesure d'assurer y sont clairement définies :

- soins médicaux, curatifs et palliatifs,
- rééducation et réadaptation,
- actions de prévention et d'éducation thérapeutique,
- préparation et accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

L'autorisation accordée permet de traiter les affections suivantes :

- affections de l'appareil locomoteur,
- affections du système nerveux,
- affections cardiovasculaires,
- affections respiratoires,
- affections du système digestif, métabolique et endocrinien,

- affections onco-hématologiques,
- affections des brûlés,
- affections liées aux conduites addictives,
- affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

L'exercice de l'activité de SSR ne peut être isolé. Il est donc nécessaire de développer des coopérations pour la coordination de la prise en charge et du suivi du patient, ainsi que pour la préparation et l'accompagnement à sa réinsertion [10] [11].

3. CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT

Afin de mener à bien ses missions, un service de SSR dispose :

- D'une équipe pluridisciplinaire : médecins, personnel soignant, personnel de rééducation, et personnel médico-technique pour viser toutes les compétences nécessaires (médicales, paramédicales, psychologiques, sociales et éducatives),
- Des éléments de locaux et de plateau technique : espaces de rééducation, plateaux techniques spécialisés (cuisine éducative, assistance robotisée de la marche, etc), en cohérence avec les orientations médicales de la structure autorisée [10] [11].

CHAPITRE 3

SOINS DE SUITE ET READAPTATION

ET

MODE DE FINANCEMENT

1. L'HOPITAL ET SES REFORMES

1.1. Statuts des centres hospitaliers

En France, le système hospitalier se compose d'établissements de santé publics et privés. Le Code de la santé publique distingue :

- les établissements publics de santé ou hôpitaux publics, qui sont des établissements publics, rattachés à une collectivité territoriale,
- les hôpitaux privés à but lucratif qui sont des sociétés commerciales. Les médecins y exercent à titre libéral,
- les hôpitaux privés à but non lucratif ou privés participant au service public hospitalier, qui sont des associations loi 1901, des établissements gérés par des mutuelles et organismes de sécurité sociale ou des fondations.

Dans le cas d'établissements privés, on parle souvent de clinique [12].

1.2. Les réformes hospitalières

Dans le but de réduire notamment l'augmentation des dépenses de santé qui ne cesse de croître depuis plusieurs décennies, une série de mesures ont été annoncées en France courant 2002 : c'est le plan Hôpital 2007. On retrouve parmi ces mesures la mise en place de :

- la « Nouvelle gouvernance » hospitalière,
- la tarification à l'activité (T2A) [13].

Les axes de ces réformes hospitalières visent à donner plus de facilités aux professionnels pour la réalisation de leurs projets, à réformer les modes de financement des établissements publics et privés et à leur offrir de nouvelles possibilités de développement [14].

➤ La nouvelle gouvernance hospitalière

La nouvelle gouvernance hospitalière vise à :

- améliorer la concertation direction/médecins et accorder davantage de confiance à leur capacité de décision en ce qui concerne la stratégie de l'établissement :

Cet objectif est réalisé grâce à la création d'un « conseil exécutif ». Situé entre le conseil d'administration, l'équipe de direction et la Commission Médicale d'Etablissement, il permet d'associer davantage les médecins aux prises de décisions et à la gestion de l'établissement. Il est composé du binôme directeur/président de la Commission Médicale d'Etablissement qui sont membres de droit, et de membres de la direction et de la Commission Médicale d'Etablissement, et de médecins.

- créer des « pôles d'activité » :

Jusque là, l'activité de soins s'organisait autour des services, eux-mêmes définis par un ou plusieurs organes (ex : cardiologie pour le cœur), ou bien par une ou plusieurs fonctions (ex : gastro-entérologie pour le système digestif). La nouvelle gouvernance réunit les services par cohérence de pathologies, avec pour objectif à la fois de faciliter le séjour ou le parcours du patient dans l'hôpital, en lui évitant de passer de services en services, de mutualiser les moyens mis en œuvre, et d'associer les personnels soignants à la gestion des établissements publics de santé.

Ces mesures visent le développement de la souplesse et de l'autonomie de fonctionnement des établissements, et le développement de la responsabilité médico-économique des services [15].

➤ La tarification à l'activité

La T2A est une réforme du mode de financement des établissements de santé français, mise en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2004. Elle vise à médicaliser le financement en équilibrant l'allocation des ressources financières et en responsabilisant les acteurs de santé [16] [17].

La T2A représente une rupture radicale avec les principes et méthodes de gestion budgétaire et financière des établissements de santé en vigueur depuis une vingtaine d'années.

1.3. La tarification à l'activité

1.3.1. Contexte et objectifs

La réforme de la T2A est une nécessité car le système actuel de financement des hôpitaux est inadapté et inefficace.

En effet, jusqu'en 2004, deux grands systèmes de financement par l'Assurance maladie avaient cours [17] :

- Pour les établissements publics et privés participant au service public hospitalier : le système de la dotation globale :

La loi du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale, instaure dans son article 4, un forfait journalier supporté par les personnes admises dans des établissements hospitaliers ou médico-sociaux et qui prévoit la mise en place de la dotation globale de financement [18]. L'enveloppe de la dotation globale est annuelle et limitative, calculée et reconduite selon l'historique et le taux de croissance des dépenses hospitalières globales.

- Pour les établissements privés à but lucratif : un système de tarification à la journée et de forfaits lié aux actes réalisés :

Ce type d'établissement facturait directement à l'Assurance maladie des actes, pour rémunération des professionnels de santé libéraux, et des forfaits de prestations, pour rémunération de la structure hospitalière. Les forfaits de prestations étaient encadrés par un objectif quantifié national assurant une régulation de type prix/volumes [13].

Ces deux systèmes généraient des effets pervers :

- La dotation globale, en ne liant que très faiblement le budget à l'activité réalisée, conduisait soit à la constitution de rentes de situation, soit à un manque de

financement pour les structures les plus actives. En effet, quelle soit leur activité, leur évolution, leur dynamisme ou leur inertie, la dotation globale des hôpitaux restait inchangée ou presque. Ce mécanisme de financement pénalisait les établissements les plus dynamiques, les plus innovants, les plus engagés dans la recherche de l'excellence. De plus, elle encourageait l'inertie et la perte de technicité des hôpitaux : à budget inchangé, il est plus facile de gérer un établissement de moins en moins technique et donc de moins en moins dépensier.

- Les forfaits de prestations variaient d'une région à une autre au vu des négociations menées entre l'assurance maladie et les professionnels.

Les deux systèmes généraient donc des inégalités de ressources entre les établissements de santé. Ils n'étaient ni comparables, ni compatibles et freinaient en conséquence les coopérations nécessaires entre les hôpitaux publics et privés [13] [16].

L'allocation de ressources aux établissements de soins a donc changée en une tarification à l'activité.

Les bénéfices attendus sont de plusieurs ordres :

- Une plus grande médicalisation du financement,
- Une responsabilisation des acteurs et une incitation à s'adapter,
- Une équité de traitement entre les secteurs publics et privés,
- Le développement des outils de pilotage médico-économiques (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés [16].

1.3.2. Champs d'application et mise en œuvre

➤ Afin de donner à chacun le temps de s'adapter, la montée en charge de ce nouveau modèle de financement se fait de façon progressive avec une application complète en 2012 [16], sachant que la mise en œuvre a débuté en 2004 pour les établissements antérieurement financés par dotation globale, et en 2005 pour ceux financés antérieurement par objectif quantifié national [17].

➤ Concernant le champ d'application de la réforme, il est limité pour le moment à tous les établissements publics et privés titulaires d'autorisations de médecine, chirurgie ou obstétrique [13].

Les services de SSR et la psychiatrie sont actuellement soumis à expérimentation.

En effet, depuis le 1er janvier 2007, le Ministère de la Santé réalise une enquête nationale auprès de l'ensemble des établissements ayant une activité de SSR, afin d'élaborer un nouveau modèle de financement des activités de SSR, fondé sur leurs activités et établi en fonction des informations recueillies (annexe A). La spécificité en soins de suite et de réadaptation est la très forte dispersion des établissements dans leurs activités. Des études et enquêtes concernant le Programme de médicalisation des systèmes d'information-SSR et les produits de santé sont donc au programme [13] [19] [20].

1.3.3. Principes de base

Le nouveau mode de financement qu'est la T2A fonde l'allocation des ressources à la fois sur la nature et sur le volume des activités hospitalières.

➤ Avant la T2A :

Jusqu'en 2004, le budget des hôpitaux public était constitué pour les trois-quarts environ de la dotation globale, et ce quelque soit le volume, la nature et l'évolution de leurs activités. Les ressources allouées aux établissements étaient reconduites par rapport aux budgets de l'année précédente, donc l'évolution de l'activité n'était pas prise en compte. L'autorisation de dépenses conditionne les recettes attendues, qui encadrent les moyens, qui permettent la réalisation d'un certain niveau d'activité, ce niveau n'ayant aucune influence sur l'autorisation de dépenses de l'année suivante.

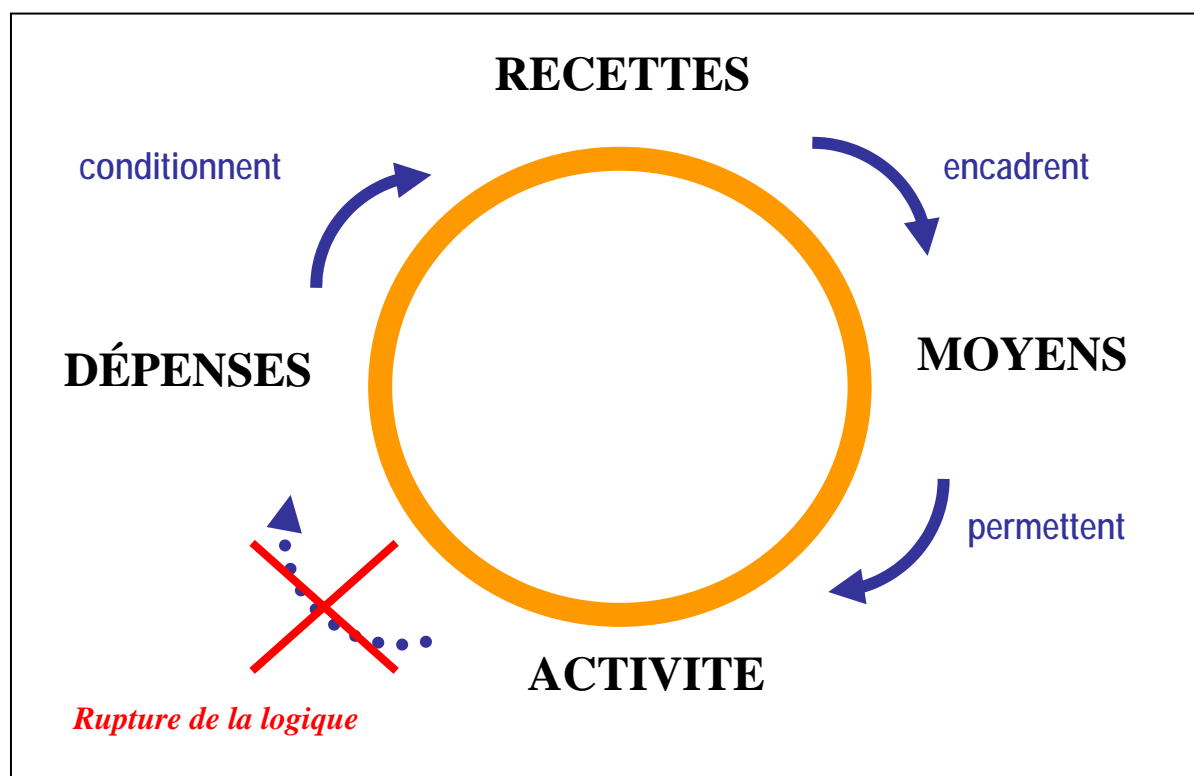


Figure 1 : Principe d'allocation des ressources financières aux établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier avant la T2A [17]

➤ Avec la T2A :

La T2A consiste désormais à financer les hôpitaux sur la base de leur activité réelle. A chaque acte, chaque pratique, chaque type de soin, correspond un tarif : le financement public des hôpitaux dépend maintenant du nombre d'actes pratiqués et du tarif de ces derniers. Afin d'évoluer vers ces principes, les ressources sont calculées à partir d'une estimation d'activités et de recettes. Le niveau d'activités génère des recettes qui autorisent l'engagement de dépenses transformées en moyens, qui permettent la réalisation d'un certain niveau d'activités, qui génère les recettes etc.

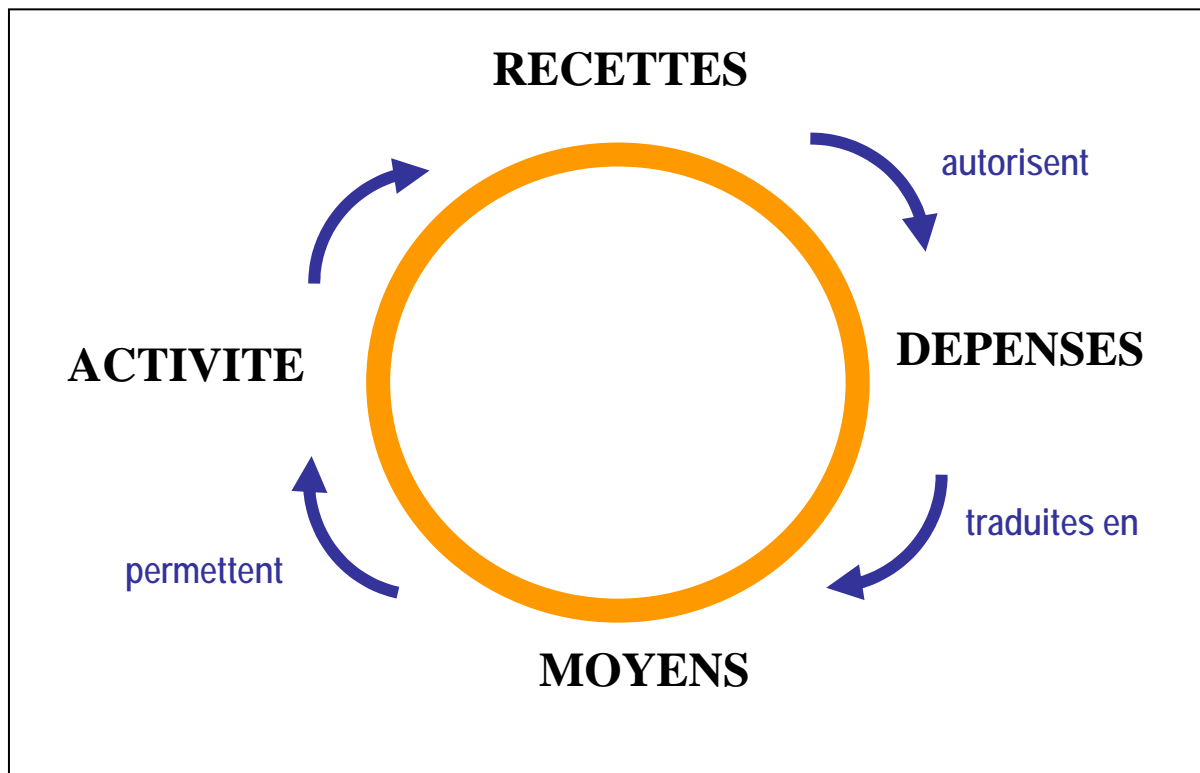


Figure 2 : Principe d'allocation des ressources financières aux établissements de santé avec la T2A [17]

Les principes de base de la réforme sont donc :

- l'harmonisation des modes de financement et la convergence inter-sectorielle,
- un équilibrage des financements en fonction de l'activité produite,
- une meilleure utilisation des ressources [12] [16] [17].

2. LES MODALITES D'ALLOCATION DE RESSOURCES FINANCIERES POUR LES SERVICES SSR

2.1. Avant la mise en place de la T2A dans le secteur public

Avant la réforme de la T2A en 2004, les établissements publics étaient sous dotation globale, versée à chaque établissement. La dotation globale a été instaurée par la loi du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale [18].

La dotation globale, comme expliquée précédemment (cf Première partie, Chapitre 3, § 1.3.1 page 33 et § 1.3.3 page 35), est une enveloppe globale que reçoit l'hôpital tous les ans, calculée et reconduite selon l'historique et le taux de croissance des dépenses hospitalières globales. Si ce budget global était insuffisant, une des solutions était de diminuer l'activité de l'établissement, ce qui ne favorisait pas les hôpitaux les plus dynamiques. La dotation globale ne lie en effet que très peu le budget d'exploitation de l'hôpital à l'activité réalisée ; elle rémunère plus la structure que son activité.

2.2. La T2A SSR

La réforme de la T2A entre progressivement en vigueur, avec une période transitoire qui s'étale de 2004 à 2012. Elle s'est vue être appliquée en premier lieu à tous les établissements publics et privés titulaires d'autorisations de médecine-chirurgie-obstétrique, les mécanismes antérieurs de financement étant maintenus pour les activités de SSR notamment.

Mais depuis 2007, le Ministère de la Santé étudie un modèle de financement à l'activité pour le champ du SSR (cf Première partie, Chapitre 3, § 1.3.2 page 34). Le démarrage de la montée en charge progressive de cette « T2A SSR » est prévu en 2009 [11] [21].

Le modèle « stabilisé » qui sera appliqué en 2012 est le modèle T2A SSR cible. Avant cette date, la montée en charge progressive de la T2A pour les services SSR s'effectuera à partir d'un modèle transitoire en 2009 [11] [21].

2.2.1. Le modèle T2A SSR cible

On distingue quatre modalités d'allocation de ressources financières pour les services SSR [11] [21] :

- Compartiment « Activité » :

Le financement est directement lié à l'activité.

Une étude nationale de coûts vise depuis novembre 2007 à mesurer le coût des séjours, avec une méthodologie commune de recueil des données.

- Compartiment « Médicaments Onéreux » :

C'est un financement des médicaments onéreux en sus des tarifs, avec engagement sur le contrat de bon usage (cf Première partie, Chapitre 3, § 4 page 44).

En effet, l'existence de médicaments onéreux a poussé le Ministère de la Santé à flexibiliser la règle du financement à l'activité afin d'assurer l'égalité d'accès aux soins les plus innovants (les inscriptions en sus des spécialités pharmaceutiques ne sont d'ailleurs pas définitives). Mais si cette politique d'égal accès aux soins innovants est une avancée indéniable, l'apparition continuelle de nouveaux produits sur le marché et la généralisation de leur usage amène les Agences Régionales d'Hospitalisation et le Ministère à restreindre l'extension des listes de médicaments onéreux.

Pour les services de SSR, cette liste des médicaments onéreux reprend le contenu de la liste médecine-chirurgie-obstétrique avec quelques ajouts spécifiques au SSR.

- Compartiment « MIGAC » :

Les établissements possédant un service de SSR peuvent bénéficier de financements supplémentaires du fait de la prise en charge de Missions d'Intérêt Général (MIG) :

- ✓ Équipes pluridisciplinaires, équipes mobiles et de liaison,
- ✓ Consultations et soins externes,
- ✓ Prises en charge spécifiques (mission de scolarité, prise en charge psychosocio-éducative, ...),
- ✓ Éducation thérapeutique,
- ✓ Activités de réinsertion après la sortie,
- ✓ Coordination avec les structures médico-sociales

Enfin, en sus des financements MIG, une dotation pour l'Aide à la Contractualisation (AC) est mise à la disposition des Agences Régionales d'Hospitalisation afin d'accompagner les contrats d'objectifs et de moyens que doivent signer avec elles les établissements de santé.

- Compartiment « Plateaux techniques spécialisés » :

Il comprend l'intégration de plateaux techniques très spécialisés, qui sont nécessaires dans certains établissements selon l'orientation du service SSR.

2.2.2. Le modèle T2A SSR transitoire

- Le modèle transitoire comporte bien entendu le compartiment « Activité », mais dont les ressources sont modulées par un indicateur de valorisation de l'activité.

Cet indicateur se construit selon plusieurs variables [22] :

- ✓ Groupe de morbidité dominante,
- ✓ Classe d'âge,
- ✓ Nombre d'activités de rééducation réadaptation,
- ✓ Type de finalité principale (Réadaptation fonctionnelle ou autre),
- ✓ Type d'hospitalisation (complète, partielle, séances).

- Le modèle est dès cette première étape complété par les trois autres compartiments qui sont en cours d'étude : compartiment « Médicaments », compartiment « MIGAC » et compartiment « Plateaux techniques ». Ceux-ci seraient basés sur des enquêtes portant sur les

mêmes compartiments médecine-chirurgie-obstétrique, avec des compléments nécessaires pour le champ SSR [11] [21].

A ce sujet, concernant les médicaments onéreux, la circulaire n°DHOS/F1/2007/292 du 17 juillet 2007 prévoit la réalisation d'une enquête relative à la consommation de médicaments coûteux dans tous les établissements bénéficiant d'une autorisation en soins de suite et de réadaptation. Les médicaments enquêtés étaient :

- ✓ d'une part ceux de la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation,
- ✓ d'autre part une liste complémentaire constituée à partir des résultats de la même enquête mais effectuée l'année précédente (2006),
- ✓ enfin tout autre médicament dispensé aux patients et dont le coût journalier dépasse 100 euros [23].

On a ainsi élaboré une liste, complémentaire à la liste initiale, de médicaments onéreux suite aux déclarations faites par les établissements SSR (annexes B et C) [24].

3. RISQUES ET EFFETS INDESIRABLES DU NOUVEAU MODE DE FINANCEMENT DES HOPITAUX

Le passage d'un financement dual Public/Privé à un système unique de Tarification à l'Activité n'est pas sans poser certaines difficultés et sans présenter des risques prévisibles.

3.1. Une transition délicate

Pour chacun des deux secteurs publics et privés le passage à la T2A s'avère délicat. Les pratiques sont appelées à changer, les modes de fonctionnement sont perturbés et les acteurs sont parfois troublés de voir les modalités de financement se transformer aussi radicalement :

- Pour le secteur antérieurement sous dotation globale :

On passe d'un paiement sous forme d'enveloppe annuelle à un paiement principalement basé sur des relevés d'activités,

- Pour le secteur antérieurement sous objectif quantifié national :

On applique une grille tarifaire basée non plus sur des tarifs négociés avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation mais sur des tarifs nationaux.

Afin « d'amortir » le changement, des modalités de transition ont été définies pour chaque secteur :

- Pour le secteur antérieurement sous dotation globale :

On maintient jusqu'en 2012 une partie du financement sous forme de dotation dite Dotation Annuelle Complémentaire. Cette dotation diminuera d'année en année pour disparaître totalement en 2012,

- Pour le secteur antérieurement sous objectif quantifié national :

On modifie les tarifs à l'aide d'un coefficient d'amortissement propre à chaque établissement et permettant de lisser l'impact du passage entre recettes valorisées par l'ancien

système et recettes attendues en mode T2A. Le coefficient diminuera d'année en année jusqu'à devenir nul en 2012 [12] [16].

3.2. Des risques prévisibles

Si le système T2A présente des avantages indéniables, il n'en demeure pas moins que certains désagréments sont d'ores et déjà connus du Ministère de la santé et des Agences Régionales de l'Hospitalisation.

Ainsi, la réduction des durées de séjour avec en conséquence des sorties précoces vers le domicile ou le développement des prises en charge en aval de type SSR et hospitalisation à domicile sont à prévoir. De même, la segmentation des séjours, la sélection des patients (pour écarter les cas les plus lourds) sont annoncés comme des effets pervers potentiels.

Une politique de contrôle externe a donc été mise en place [12]. Et dans cette logique de contrôle du financement, le Contrat de Bon Usage (CBUS) des médicaments et produits de prestation en fait parti et constitue une innovation de la T2A.

4. LE CONTRAT DE BON USAGE DES MEDICAMENTS

Le CBUS des médicaments et produits de prestation a pour objectifs d'améliorer et de sécuriser, au sein d'un établissement de santé, leurs circuits, et de garantir leur bon usage.

L'origine du CBUS provient du système de financement des médicaments onéreux (cf Première partie, Chapitre 3, § 2.2.1 page 37). En effet, celui-ci implique que les établissements de santé respectent les règles de bonne pratique quant à l'usage de ces produits onéreux, de par leur impact financier pour l'assurance maladie. C'est pour cette raison qu'ont été créés, par décret du 24 août 2005 [25], les Contrats de Bon Usage des médicaments et produits de prestation.

Le but est donc de garantir la pertinence des prescriptions médicamenteuses et des dispositifs médicaux spécialisés dans les établissements de santé, et ainsi promouvoir une politique qualité et sécurité des soins.

Le CBUS est conclu pour une durée de trois à cinq ans, entre le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et le représentant légal de l'établissement.

En contrepartie du respect des engagements souscrits par l'établissement de santé, un taux de remboursement de 100% par l'assurance maladie est garanti à l'établissement pour les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations fixés par l'Etat. Lorsque l'établissement adhérent au CBUS ne respecte pas les clauses de ce contrat, le remboursement peut être réduit dans la limite de 30%. Les établissements qui n'ont pas adhéré au CBUS bénéficient d'un remboursement à hauteur de 70% de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

Le CBUS est contrôlé par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Dans le cas de manquements manifestes des engagements par l'établissement, le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation peut procéder à la résiliation du contrat avant son terme, ou peut engager des pénalités envers l'établissement.

Un observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques est ainsi mis en place au sein de chaque Agence Régionale de l'Hospitalisation, pour suivre et gérer l'ensemble des CBUS de la région [25] [26] [27] [28].

DEUXIEME PARTIE

**ETUDE AU CENTRE
HOSPITALIER DE SAINT
NICOLAS DE PORT**

1. PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE

1.1. *Le Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port*

Le Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port, en Meurthe-et-Moselle, est une structure d'environ 400 lits comportant plusieurs services :

- Psychiatrie : 90 lits et places,
- USSR : 50 lits,
- Unité de Soins de Longue Durée (USLD) : 90 lits,
- SSIAD : 50 places,
- Maisons de retraite : 154 lits.

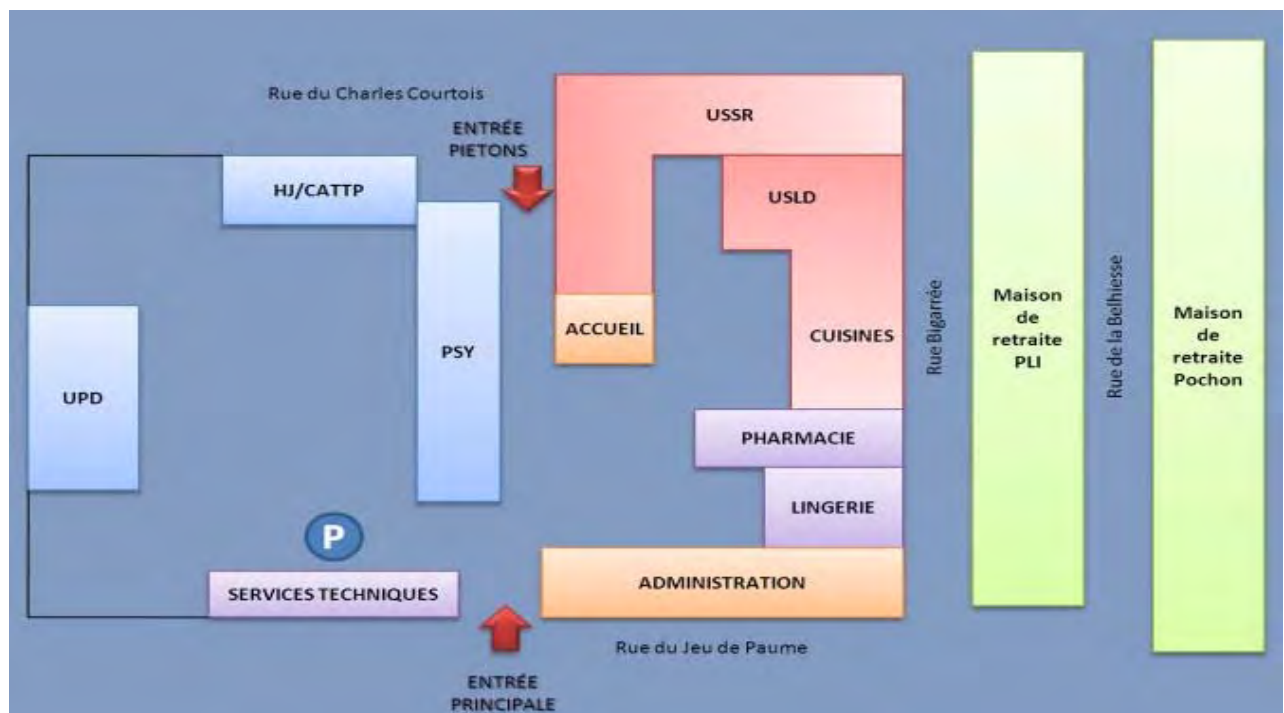


Figure 3 : Plan du Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port [29]

1.2. Le service de Soins de Suite et Réadaptation fonctionnelle

1.2.1. Structure

Le service SSR comporte 50 lits, répartis en deux secteurs sur plusieurs niveaux du bâtiment USSR (cf Deuxième partie, § 1.1 page 47) :

- Un secteur de 25 lits, au premier étage,
- Un secteur de 25 lits, au deuxième étage.

Le rez-de-chaussée du bâtiment est réservé aux bureaux et à la réadaptation fonctionnelle.

Le secteur du deuxième étage est orienté vers la cardiologie.

Le secteur du premier étage dispose, parmi ses 25 lits, de 5 lits intégrés de soins palliatifs.

L'activité théorique des soins palliatifs est donc de 10 % de celle du service USSR.

1.2.2. Organisation et fonctionnement

1.2.2.1. Le personnel médical

Le personnel médical du service SSR est représenté par :

- Un praticien hospitalier à temps plein, chef de service SSR et SLD : Mme PERREIN,
- Un assistant généraliste pour le secteur hébergeant les soins palliatifs : Mr VANNSON, remplacé par Mr MOREAU depuis août 2006,
- Un médecin généraliste titulaire du Diplôme inter-universitaire de soins palliatifs, pour une vacation hebdomadaire : Mr NOBLOT,
- Un résident,
- Un praticien hospitalier pour le secteur du deuxième étage à orientation cardiologie : Mr CURE,
- Des vacations de dermatologie et de rhumatologie pour l'ensemble des services USSR-USLD,

- La continuité des soins médicaux est assurée d'une part par une garde sur place pour l'ensemble de l'établissement (résident et assistant), et d'autre part par une astreinte pour l'ensemble USSR-USLD (praticiens hospitaliers).

1.2.2.2. Le personnel paramédical

Le personnel paramédical est représenté de la manière suivante :

- Un cadre infirmier pour l'ensemble du service SSR,
- Un psychologue temps plein,
- Un diététicien,
- Un musicothérapeute à 0,25 ETP,
- Un orthophoniste à 0,5 ETP pour l'ensemble USSR-USLD,
- La présence de kinésithérapeutes et d'ergothérapeutes par l'intermédiaire du pool de rééducation fonctionnelle de l'Institut Régional de Réadaptation (de Lorraine),
- Deux secrétaires médicales pour le service SSR,
- Une assistante sociale pour l'ensemble USSR-USLD,
- Le personnel infirmier :
 - Le matin : 1 infirmière par secteur,
 - L'après-midi : 1 infirmière pour les deux secteurs,
 - La nuit : 1 infirmière pour les deux secteurs,
- Le personnel aide-soignant.

1.2.2.3. Le fonctionnement médical du secteur

Le fonctionnement médical du secteur accueillant les LISP se répartit sur une semaine comme suit :

- Une visite et une contre visite quotidienne de l'assistant généraliste,
- Une vacation hebdomadaire du médecin généraliste titulaire du Diplôme inter-universitaire de soins palliatifs, répartie sur deux jours : le mardi et le mercredi matins,
- La visite du chef de service avec l'assistant et le médecin vacataire le mardi matin,
- Une synthèse spécifique aux soins palliatifs le mardi après la visite du chef de service, réunissant : les infirmières, les aides-soignantes, le cadre infirmier, le psychologue,

l'assistant généraliste, le chef de service, le médecin vacataire, le représentant de l'aumônerie, l'ergothérapeute, le kinésithérapeute, le diététicien. Ils y abordent l'état de chaque patient en soins palliatifs et les problèmes rencontrés par les soignants,

- Une deuxième synthèse générale pour l'ensemble du service SSR le jeudi matin, avec l'ensemble des médecins, le cadre infirmier, le psychologue, l'assistante sociale, une secrétaire médicale, un représentant de l'Institut Régional de Réadaptation. Il s'agit là d'une mise au point médicale, sociale et psychologique de chaque patient du service SSR.

1.2.3. Admission en soins palliatifs

Les LISP accueillent aussi bien des patients suivis dans le service ou dans un autre service de l'établissement, et des patients provenant d'autres établissements (hôpital, maison de retraite, ...) ou du domicile.

1.3. Le service de la pharmacie

1.3.1. Organisation du service

Le chef de service de la pharmacie du Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port est Mr Pierre WOURMS, Docteur en Pharmacie hospitalière et praticien hospitalier.

Le service de la pharmacie est composé de trois préparateurs en pharmacie hospitalière (deux à temps plein et un à 80%), auxquels sont venus s'ajouter un quatrième préparateur à temps plein, depuis juin 2007.

La pharmacie est ouverte du lundi au vendredi de 8H30 à 17h. Au-delà de ces périodes d'ouverture, une astreinte est assurée par un pharmacien hospitalier (astreintes organisées en collaboration avec l'hôpital de Lunéville). Le service SSR dispose ainsi d'un accès facile et en continu aux médicaments de base utilisés en soins palliatifs.

1.3.2. La dispensation des médicaments pour le service SSR

1.3.2.1. La prescription

Dans les deux cas, après la consultation du médecin, celui-ci établit sa prescription qu'il saisit informatiquement à l'aide du logiciel MedXper® (cf Deuxième partie, § 3.4.1 page 60). La prescription est nominative.

1.3.2.2. L'analyse pharmaceutique

Pour chaque prescription, le pharmacien procède à son analyse puis la valide et/ou, si nécessaire, contacte le médecin pour toute modification devant être apportée.

1.3.2.3. La dispensation

Le préparateur dispense les médicaments selon les prescriptions validées par le pharmacien.

- LISP : dispensation hebdomadaire individuelle nominative [30] :

Les médicaments sont placés dans un pilulier journalier de 7 jours, étiqueté au nom du patient.

- Service SSR hors LISP : dispensation hebdomadaire globale :

Les médicaments sont placés en vrac dans un bac spécifique au service. Ce sont les infirmières qui feront les piluliers.

1.3.2.4. Le contrôle

Une fois les bacs ou les piluliers préparés, un préparateur ou un pharmacien effectue un contrôle avant le départ vers le service.

1.3.2.5. Modifications de prescription en cours de semaine

- LISP : dispensation hebdomadaire individuelle nominative [30] :

Deux fois par jour (pour midi et pour 17h), un préparateur va dans le service pour procéder au(x) changement(s) dans le(s) pilulier(s).

- Service SSR hors LISP : dispensation hebdomadaire globale :

Lors d'un changement de traitement, l'infirmière vient chercher le(s) médicament(s).

2. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Cette étude sur les coûts médicamenteux au sein du Centre hospitalier de Saint Nicolas de Port est la suite d'un travail réalisé en 2002 par Mme Perrein [3].

En tant que chef du service SSR et donc concernée par le budget de son service, Mme Perrein a effectué une étude sur l'impact budgétaire de la prise en charge palliative dans le service SSR du Centre hospitalier de Saint Nicolas de Port. En effet, l'importance croissante de l'activité de soins palliatifs dans le service avait conduit certains intervenants à faire des remarques concernant les coûts excessifs engendrés par cette activité :

- du point de vue de l'administration, un séjour en soins palliatifs est moins « rentable » qu'un séjour SSR,
- l'activité des soins palliatifs fait plonger les comptes de la pharmacie.

Le travail ainsi réalisé (étude de la charge de travail des différents intervenants) a démontré que la prise en charge en LISP mobilise des moyens humains et matériels inhabituels d'une prise en charge SSR, et pèse donc sur le budget global de l'établissement.

A partir de ce constat, nous avons voulu avoir des données plus détaillées concernant les implications budgétaires de la pharmacie, avec ce travail de thèse sur l'étude des coûts médicamenteux.

- ✓ L'objectif premier est de vérifier que le coût de la prise en charge médicamenteuse est plus important pour un patient en LISP que pour un patient en SSR.

Nous allons donc comparer le coût journalier médicamenteux d'un patient en LISP avec celui d'un patient en SSR. Le profil de dépendance sera pris en compte : la comparaison s'effectuera entre patients ayant même profil uniquement, grâce à l'évaluation de l'état général du patient par l'indice Karnofsky (IK) (cf Deuxième partie, § 3.3 page 57). La pathologie ne sera quant à elle pas prise en compte.

- ✓ Le deuxième objectif est d'essayer de montrer que le coût médicamenteux d'un patient en LISP à l'approche du décès se rapproche de celui d'un patient en SSR.

Pour cette partie, la comparaison du coût journalier médicamenteux d'un patient en LISP avec celui d'un patient en SSR, avec le même profil de dépendance, n'est pas possible car par définition un patient en SSR n'est pas dans un état moribond.

On étudiera ainsi :

- D'une part, la comparaison entre le coût journalier médicamenteux d'un patient en LISP à l'approche du décès (IK 10) avec celui d'un patient en LISP qui peut encore vivre (IK 20 et IK 30),
- D'autre part, la comparaison entre le coût journalier médicamenteux d'un patient en LISP à l'approche du décès (IK 10) avec celui d'un patient en LISP le jour du décès.

3. MATERIEL ET METHODE

3.1. Données temporelles

L'étude s'est déroulée entre le 14 novembre 2005 et le 18 septembre 2007, afin de constituer des échantillons représentatifs (cf Deuxième partie, § 3.2 page 55).

On distingue deux périodes :

➤ Cette étude a tout d'abord débuté dans le cadre d'un travail que m'avait confié le chef de service SSR, Mme PERREIN, en tant qu'externe en pharmacie dans son service : c'est la période du 14 novembre 2005 au 5 février 2006.

➤ Plus tard, le projet de continuer l'étude et d'en faire ma thèse est venu. Le nombre de patients étant trop faible dans le cadre d'une thèse et d'un travail statistique, l'étude a alors repris : c'est la période comprise entre le 21 mars 2006 et le 18 septembre 2007 pour les patients en LISP, et entre le 7 novembre 2006 et le 30 juin 2007 pour les patients en SSR. Cet écart provient de :

- la différence de nombre de lits SSR/LISP,
- la gestion et l'organisation de mon travail de thèse : j'ai repris l'étude pour les patients en LISP dès le 21 mars 2006, mais au fur et à mesure de l'avancement et du mûrissement de mon travail, des données étaient manquantes pour les patients en SSR. J'ai donc repris l'étude pour cet échantillon à partir du 7 novembre 2006.

3.2. Les patients

L'étude porte sur deux populations :

- une population « Patients hospitalisés en SSR »,
- une population « Patients hospitalisés en LISP dans le service de SSR ».

➤ Echantillon « Patients en SSR » :

Ont été inclus dans l'étude à la fois :

- les patients du secteur SSR du premier étage,
- les patients présents durant la période de l'étude (cf Deuxième partie, § 3.1 page 55),
- les patients dont l'état général était apprécié par un indice Karnofsky de 20 ou 30 (cf Deuxième partie, § 3.3 page 57). *(En effet, l'état général d'un patient en LISP, par définition, ne pouvant jamais être supérieur à 30, seuls les patients en SSR dont l'IK était inférieur ou égal à 30 étaient inclus dans l'étude, ceci afin d'effectuer les comparaisons. De plus, un patient en SSR, par définition, ne peut être dans un état moribond et donc à l'IK 10.)*

On nommera ainsi par la suite « sous-échantillon » les groupes suivants :

- Patients SSR IK 20,
- Patients SSR IK 30.

➤ Echantillon « Patients en LISP » :

Ont été inclus dans l'étude à la fois :

- les patients en LISP (au niveau du secteur SSR du premier étage),
- les patients présents durant la période de l'étude (cf Deuxième partie, § 3.1 page 55).

On nommera ainsi par la suite « sous-échantillon » les groupes suivants :

- Patients LISP IK 10,
- Patients LISP IK 20,
- Patients LISP IK 30.

On peut ainsi affirmer que chaque échantillon est représentatif de la population à laquelle il correspond car il est choisi objectivement. En effet, chaque patient répondant aux critères de l'étude a été inclus, aucun choix ni préférence n'ont été faits.

De plus, afin de constituer des échantillons d'étude aussi représentatifs que possible de chaque population, l'étude a été réalisée dans la mesure du possible sur des sous-échantillons de grandes tailles, c'est-à-dire supérieures ou égales à 30 patients.

3.3. Les recueils de l'indice Karnofsky

3.3.1. L'indice Karnofsky

L'indice Karnofsky est une appréciation globale de l'état général du malade. Il permet d'évaluer la capacité d'une personne à exécuter des actes habituels, d'apprécier le progrès d'un patient après un procédé thérapeutique, et de déterminer la capacité du patient à suivre un traitement.

Il est employé le plus généralement dans le pronostic de la thérapie de cancer, habituellement après la chimiothérapie, et traditionnellement avant et après le traitement.

L'IK est ainsi nommé pour Dr David A. Karnofsky, spécialiste américain en chimiothérapie du cancer [31].

Les valeurs utilisées pour la cotation de l'état général des malades selon l'IK dans le cadre de notre étude, sont indiquées dans le tableau qui suit.

100 %	Etat général normal, aucune symptomatologie.
90 %	Symptomatologie minime.
80 %	Activité normale avec quelques efforts.
70 %	Incapable d'avoir une activité normale mais peut se soigner seul.
60 %	A besoin d'aide de temps en temps, est capable de subvenir à la plupart de ses besoins. Au lit ou en fauteuil moins de la moitié de la journée.
50 %	A besoin de beaucoup d'aide. Au lit ou en fauteuil plus de la moitié de la journée. Fait sa toilette seul.
40 %	Ne peut plus se soigner seul. Nécessite une aide et des soins spéciaux.
30 %	Hospitalisation nécessaire, incapable de faire sa toilette, mange seul.
20 %	Traitement intensif nécessaire, doit être nourri.
10 %	Moribond.

Figure 4 : Indice Karnofsky [32]

Remarque : il existe un autre indice permettant une appréciation globale de l'état général du malade : le Performans Status (indice selon l'Organisation Mondiale de la Santé). Il est maintenant plus utilisé bien que moins précis.

0	Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie sans aucune restriction.
1	Activité physique diminuée mais malade ambulatoire et capable de mener un travail. Toute activité physique pénible est exclue.
2	Malade ambulatoire et capable de prendre soin de lui même mais incapable de travailler. Alité ou en chaise moins de 50 % de son temps de veille.
3	Capable seulement de quelques soins, alité ou en chaise de plus de 50 % de son temps de veille
4	Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou en chaise en permanence

Figure 5 : Performans Status (indice OMS) [32]

3.3.2. Méthode de recueil

La méthode de recueil de l'IK consistait à :

- l'attribution de l'IK à l'arrivée du patient (ou bien au moment où a débuté l'étude si le patient était déjà présent).

La cotation était effectuée par le médecin du secteur SSR du premier étage, selon le tableau présenté figure 4 page 57,

- le suivi de l'IK durant la période d'étude (en effet, l'IK change selon les événements importants du séjour).

La cotation était réévaluée une fois par semaine, par le médecin du secteur SSR du premier étage, toujours selon le tableau présenté figure 4 page 57.

Dans le cas d'un changement de l'IK, le nouvel indice était attribué à la date de l'événement ayant impliqué cette modification (et non à la date de réévaluation des IK).

Cette méthode était réalisée pour chaque patient présent dans le service SSR ou en LISP au moment de l'étude. Une fois ce travail effectué, je procédais à la sélection des patients entrant dans le cadre de l'étude, c'est-à-dire les patients dont l'état général était représenté par l'IK 30 ou 20 pour les patients en SSR, et les patients dont l'état général était représenté par l'IK 30, 20 ou 10 pour les patients en LISP (cf Deuxième partie, § 3.2 page 55).

Selon les périodes de l'étude (cf Deuxième partie, § 3.1 page 55), on note quelques différences dans la méthode de recueil de l'IK :

▪ Période du 14 novembre 2005 au 5 février 2006 :

- L'attribution de l'IK était réalisée par Mr le Docteur Vannson, médecin du secteur SSR du premier étage,
- Le suivi de l'IK était effectué en ma compagnie, lorsque je participais à la visite quotidienne du médecin en tant qu'externe en pharmacie. Le support de recueil est présenté en annexe D, avec pour exemple la semaine du 21 au 27 novembre 2005. La liste des patients présents en SSR et en LISP étaient mis à jour par mes soins.

▪ Période du 21 mars 2006 au 18 septembre 2007 :

- Durant cette seconde période, le secteur SSR du premier étage a connu des changements au niveau de l'équipe médicale : Mr le Docteur Vannson a été remplacé par Mr le Docteur Moreau en août 2006. Ainsi, l'attribution de l'IK a été réalisée :

- ✓ du 21 mars 2006 à août 2006 par Mr le Docteur Vannson,
- ✓ d'août 2006 au 18 septembre 2007 par Mr le Docteur Moreau.

- Mon externat en pharmacie se terminant le 31 mars 2006, je ne pouvais plus accompagner le médecin pour le suivi de l'IK. J'ai donc mis en place un nouveau système de recueil des IK. Il se présentait sous la forme d'un classeur contenant des fiches de renseignement (annexe E). L'étiquette patient permettait d'identifier le patient et le service auquel il appartenait.

Le suivi de l'IK était ainsi effectué de façon autonome par le médecin, une fois par semaine. Nous faisons le point ensemble tous les deux à trois mois (historique clinique des patients, nombre de patients nécessaires à l'étude).

3.4. Les recueils des coûts médicamenteux

3.4.1. Le logiciel MedXper® et la prescription nominative informatisée

Le logiciel MedXper® est un logiciel de gestion de la prescription et d'organisation du circuit du médicament.

Il permet :

- Un suivi informatisé des prescriptions,
- La saisie des prescriptions par les médecins,
- La prescription par classe pharmacologique, dénomination commune internationale ou spécialité,
- Les contrôles d'étapes par une signature électronique cryptée,
- La traçabilité et l'historique médicamenteux des prescriptions,
- La réalisation de tous types de statistiques sur les prescriptions.

La prescription nominative informatisée sur le logiciel MedXper® dont font l'objet les traitements de chaque patient en SSR et en LISP permet d'obtenir les coûts médicamenteux pour n'importe quelle période d'étude (à partir d'une journée de traitement).

Le coût médicamenteux comprend le coût des médicaments et des pansements. Le matériel tel que les perfusions, les sondes, les poches urinaires, le matériel pour aérosol, le matériel pour gastrostomies n'est pas inclus dans la prescription nominative informatisée. Ces fournitures n'ont donc pas pu être prises en compte.

De plus, certains médicaments et pansements ne sont pas inclus dans le coût médicamenteux car ils sont donnés gratuitement au Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port par les laboratoires pharmaceutiques, ou bien parce que les prix ne sont pas rentrés dans la base de données du logiciel (annexe F).

3.4.2. Méthodes de recueil

3.4.2.1. Coût médicamenteux journalier à un indice Karnofsky déterminé

On désire obtenir le coût médicamenteux journalier d'un patient à un IK déterminé (10, 20 ou 30).

Pour cela, on utilise la fonction FACTURATION de MedXper®. Pour un patient, on demande un coût cumulé (sur plusieurs jours) correspondant à la période où l'état du patient est évalué par l'IK déterminé et fixe. Ensuite on divise ce coût cumulé par le nombre de jours de la période (on fait une moyenne).

Exemple : Mr A. Martial

IK	IK 30	IK 20	IK 10
Période	du 10/01/06 au 11/01/06	du 12/01/06 au 19/01/06	du 20/01/06 au 27/01/06
Nbre de jours (A)	2	8	8
Coût cumulé (euros) (B)	3.38	27.01	43.08
Coût journalier (euros) (C) = (B)/(A)	1.69	3.37	5.38

Tableau 1 : Méthode de calcul pour le coût médicamenteux journalier à un indice Karnofsky déterminé

Pour Mr A. Martial, on obtient un coût journalier médicamenteux de :

- 1.69 euros à IK 30,
- 3.37 euros à IK 20,
- 5.38 euros à IK 10.

3.4.2.2. Coût médicamenteux le jour du décès

On utilise la même fonction FACTURATION de MedXper®. Mais dans ce cas plus simple, on demande à MedXper® un coût journalier correspondant au jour du décès du patient.

3.4.3. Réajustements des coûts

Afin de se rapprocher au plus près de l'administration réelle de médicaments, certains réajustements ont été nécessaires par rapport au mode de calcul des coûts opéré par MedXper®.

3.4.3.1. Les médicaments à la demande

MedXper® prend en compte les médicaments à la demande (également appelés médicaments si besoin) comme des médicaments administrés en systématique.

Le réajustement se fait en utilisant la fonction CALCUL de MedXper®, qui permet d'avoir accès à la quantité réellement administrée concernant un médicament d'un patient.

3.4.3.2. Les multidoses

Plusieurs problèmes se posent avec MedXper® pour les médicaments multidoses :

- lorsqu'on demande un coût journalier (coût médicamenteux le jour du décès d'un patient), MedXper® prend en compte le coût du médicament multidoses et non le coût de la quantité réellement administrée (exemple 1),
- lorsqu'on demande un coût cumulé sur une période d'étude de plusieurs jours et qu'un médicament multidoses est prescrit « à cheval » sur tout ou partie de cette période et sur les jours suivants ou précédents cette période, MedXper® ne prend pas en compte le coût du médicament réellement administré pendant la période d'étude (exemple 2).

Le réajustement se fait grâce à la posologie, la durée du traitement et les unités de mesure données par le livret du médicament (annexe G).

Remarque : d'après la procédure interne au Centre hospitalier de Saint Nicolas de Port concernant la dispensation hebdomadaire individuelle nominative des médicaments [30], les médicaments multidoses sont nominatifs : un conditionnement pour un patient. Donc même si la totalité des doses du médicament ne sont pas consommées par le patient, le coût d'un conditionnement est tout de même pris en compte pour le patient.

Exemple 1 : coût journalier :

Administration de BIAFINE EMULSION à la posologie de 1 application / jour :

- Coût selon MedXper® : prix d'un tube de BIAFINE EMULSION
 - Selon livret du médicament : 1 tube de BIAFINE EMULSION = 21 applications
- => Coût réel réajusté : prix d'un tube de BIAFINE EMULSION / 21

Exemple 2 : coût cumulé :

Durée de traitement du médicament multidoses : du 01/01/06 au 10/01/06

Période d'étude pour le coût cumulé : du 06/01/06 au 10/01/06

Figure 6 : Illustration d'un exemple de réajustement nécessaire à effectuer sur le calcul opéré par MedXper® concernant le coût cumulé comprenant un médicament multidoses

- Administration de TRUSOPT 2% COLLYRE à la posologie de 1 application / jour, du 01/01/06 au 10/01/06 (10 jours)
- Coût cumulé désiré sur la période d'étude du 06/01/06 au 10/06/06 (5 jours)
- Coût selon MedXper® pour la période d'étude : prix d'un tube de TRUSOPT 2% COLLYRE
- Selon livret du médicament : 1 tube de TRUSOPT 2% COLLYRE = 30 applications

=> Coût réel réajusté :

1. Dispensation nominative donc le coût d'un tube entier est pris en compte pour la durée du traitement, même si la totalité n'est pas consommée (consommation effective de 1/3 du tube)

2. La période d'étude (5 jours) est la moitié de la durée de traitement (10 jours) :

Coût réel réajusté cumulé = prix d'un tube/2

3.4.3.3. Les injectables

Dans le cas de demi-injection (injection de la moitié de la quantité), MedXper® considère la moitié du coût du médicament injectable. Or la demi-quantité restante n'est plus utilisable, le coût du médicament entier doit être pris en compte.

Exemple :

Administration de TERCIAN 50MG/5ML AMP INJ à la posologie de 0,5 injection / jour :

- Coût selon MedXper® : 0,5 x prix d'une ampoule de TERCIAN
- Coût réel réajusté : 1 x prix d'une ampoule de TERCIAN

3.4.3.4. Les pansements

Lorsqu'on demande un coût journalier (coût médicamenteux le jour du décès d'un patient), un réajustement est nécessaire pour les pansements administrés tels que : 1 à J1 et 1 à J4. En effet, MedXper® prend en compte pour le calcul du coût journalier le coût d'un pansement alors que le pansement est utilisé sur 3 jours. Il faut diviser le coût du pansement par trois :

Exemple :

Administration de ALLEVYN ADHESIVE 7,5x7,5 CM à la posologie de 1 à J1 et 1 à J4 :

- Coût journalier selon MedXper® : prix d'un pansement ALLEVYN ADHESIVE 7,5x7,5CM
- Coût réel réajusté : prix d'un pansement ALLEVYN ADHESIVE 7,5x7,5 CM / 3

3.4.3.5. Les seringues d'insuline

MedXper® ne prend en compte la quantité exacte administrée pour les seringues d'insuline.

Le réajustement se fait en utilisant la fonction CALCUL de MedXper®, qui permet d'avoir accès à la quantité réellement administrée concernant un médicament d'un patient.

4. RESULTATS ET ANALYSE

4.1. *Comparaison du coût médicamenteux journalier d'un patient en SSR avec un patient en LISP, à indice Karnofsky égal*

La comparaison s'effectuera pour l'IK 20 d'une part, et l'IK 30 d'autre part (cf Deuxième partie, § 3.2 page 55).

4.1.1. Les patients inclus dans l'étude

4.1.1.1. Effectifs

On dénombre au total 35 patients en SSR et 52 patients en LISP inclus dans l'étude « Comparaison du coût médicamenteux journalier d'un patient en SSR avec un patient en LISP, à indice Karnofsky égal ».

Les patients de chaque échantillon sont présentés ci-dessous :

Patients en SSR	
1	D. Jeanine
2	L. Jean
3	L. André-Jean
4	L. Lucien
5	M. Odette
6	V. Isabelle
7	M. Fernande
8	P. René
9	S. Jean
10	W. Georges
11	H. Germaine
12	G. Louis
13	V. Raymonde
14	G. Suzanne
15	L. Bernard
16	B. René
17	G. Louise
18	B. Ginette
19	L. Francesco
20	M. Lucie
21	D. Paulette
22	T. Suzanne
23	W. Marie-Thérèse
24	D. Gabriel
25	L. Marie
26	T. Jeanne
27	S. Elisabeth
28	S. Roger
29	V. Henri
30	P. Lucienne
31	B. Monique
32	F. Emile
33	F. Michel
34	S. Georges
35	R. Albert

Figure 7 : Liste alphabétique des patients en SSR inclus dans l'étude « Comparaison du coût médicamenteux journalier d'un patient en SSR avec un patient en LISP, à indice Karnofsky égal »

Patients en LISP

1	A. Alette	27	J. Camille
2	A. Martial	28	J. Monique
3	A. Pierre	29	L. Bernard
4	B. Denise	30	L. Lucien
5	B. Raymond	31	L. Maria
6	B. Raymonde	32	L. Marie-Marguerite
7	B. Thérèse	33	L. Pierre
8	Be. Claude	34	L. Robert
9	Bl. Claude	35	Lata. Marie
10	C. Jeannine	36	Latr. Marie
11	C. Lucienne	37	M. Aldo
12	C. Roger	38	M. Jeanine
13	C. Yvonne	39	M. Madeleine
14	D. Chantal	40	P. Bernard
15	D. Marguerite	41	P. Gilbert
16	D. Roger	42	P. Jacques
17	De. Pierre	43	P. Marie-Thérèse
18	Di. Pierre	44	P. Suzanne
19	F. André	45	R. Jacqueline
20	F. Yvette	46	R. Jacques
21	G. Louise	47	Rou. Roger
22	G. Pierre	48	Roy. Roger
23	Ge. André	49	S. Jean-Luc
24	Gr. André	50	T. Hubert
25	H. Raymond	51	V. Marie-Marguerite
26	H. Reine	52	V. Pierre

Figure 8 : Liste alphabétique des patients en LISP inclus dans l'étude « Comparaison du coût médicamenteux journalier d'un patient en SSR avec un patient en LISP, à indice Karnofsky égal »

L'état général de chacun de ces patients était apprécié par un IK de 20 ou 30.

Durant la période de l'étude, certains patients ont été évalués uniquement avec l'indice 20 ou l'indice 30 (état général stable), tandis que d'autres ont été évalués par les deux indices (20 et 30) car leur état de santé a changé pendant la période de l'étude.

Le graphe suivant présente ainsi le nombre de patients de chaque sous-échantillon inclus dans l'étude pour l'IK 20 d'une part, et pour l'IK 30 d'autre part :

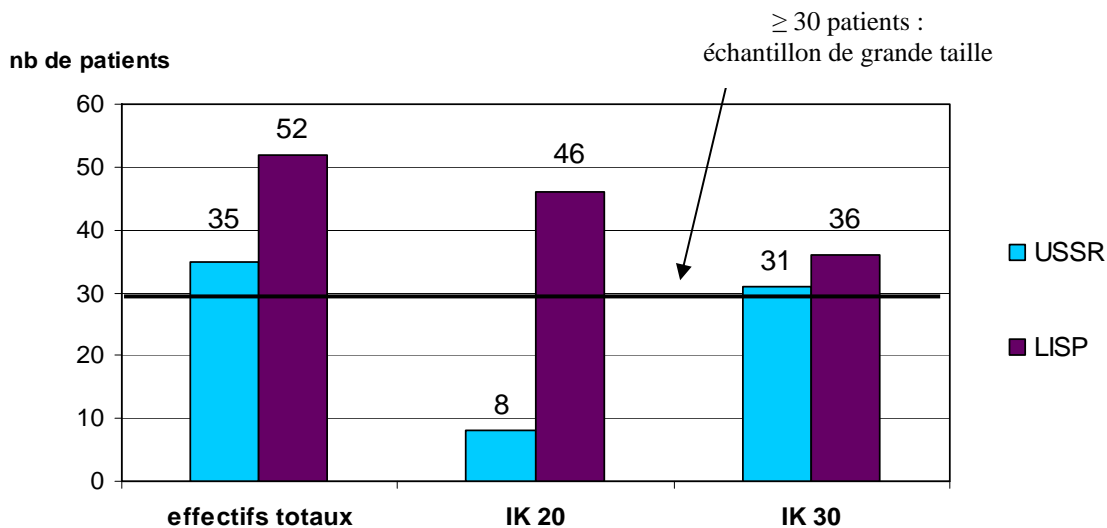


Figure 9 : Effectifs des échantillons de l'étude « Comparaison du coût médicamenteux journalier d'un patient en SSR avec un patient en LISP, à indice Karnofsky égal »

Chaque sous-échantillon est de grande taille (≥ 30 patients), hormis le sous-échantillon « Patients USSR IK 20 ». En effet, ce type de profil est peu fréquent : un patient en SSR n'a pas besoin d'être nourri dans la très grande majorité des cas, il est autonome sur ce point là.

4.1.1.2. Données temporelles

Pour chaque patient, le coût médicamenteux journalier est obtenu d'après une moyenne effectuée sur un nombre de jours pendant lesquels le patient a présenté un IK de 20 ou de 30.

- Pour l'échantillon USSR, les patients ont présenté :
 - un IK 20 pendant 41 jours en moyenne, allant de 4 jours pour la plus courte période, à 123 jours pour la période la plus longue,
 - un IK 30 pendant 47 jours en moyenne, allant de 7 jours pour la plus courte période, à 197 jours pour la période la plus longue,
- Pour l'échantillon LISP, les patients ont présenté :
 - un IK 20 pendant 17 jours en moyenne, allant de 1 jour pour la plus courte période, à 148 jours pour la période la plus longue,

- un IK 30 pendant 25 jours en moyenne, allant de 2 jours pour la plus courte période, à 71 jours pour la période la plus longue.

Moyenne du nb de jours inclus dans l'étude

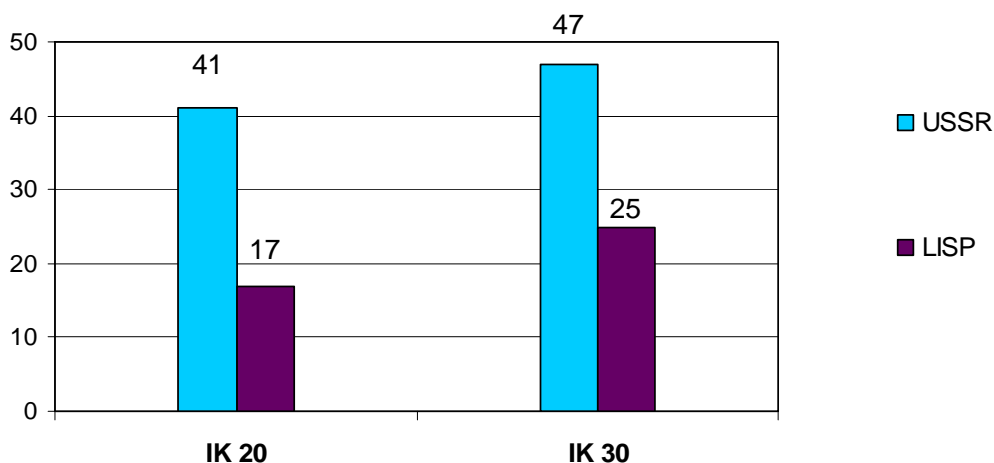


Figure 10 : Moyennes du nombre de jours inclus dans l'étude pour le calcul du coût médicamenteux journalier d'un patient en SSR et d'un patient en LISP, à indice Karnofsky 20 et 30

	IK 20			IK 30		
	MIN	Moyenne	MAX	MIN	Moyenne	MAX
USSR	4	41	123	7	47	197
LISP	1	17	148	2	25	71

Tableau 2 : Nombre de jours inclus dans l'étude (minimum, moyen, maximum) pour le calcul du coût médicamenteux journalier d'un patient en SSR et d'un patient en LISP, à indice Karnofsky 20 et 30

On retrouve logiquement une moyenne du nombre de jours inclus dans l'étude inférieure pour les patients en LISP par rapport aux patients en SSR, car du fait de leur état de santé, les patients en LISP ont une durée de séjour inférieure en moyenne aux lits USSR.

Mais on rencontre tout de même des patients en LISP qui ont une durée de séjour très longue : 148 jours maximum à IK 20 pour l'un d'entre eux.

4.1.2. Les résultats

Pour chaque sous-échantillon, nous avons étudié les paramètres caractéristiques suivants :

- les paramètres de tendance centrale ou de position :

- *la moyenne :*

Elle est calculée selon la formule :

$$M = \frac{\sum \text{coûts médicamenteux journaliers moyens du sous échantillon}}{\text{effectif du sous échantillon}} \text{ euros}$$

- *la classe modale (la classe dominante) :*

Nous avons choisi comme limites de classe :

- [0 ; 5 [
- [5 ; 10[
- [10 ; 15[
- etc

La classe modale est la classe dominante, c'est-à-dire la classe où l'on retrouve le plus grand effectif.

- les paramètres de dispersion :

- *l'étendue :*

L'étendue est la différence entre les extrémités de la distribution (le minimum et le maximum).

- *l'écart-type.*

4.1.2.1. Patients SSR IK 20

Les résultats pour les 8 patients du sous-échantillon « Patients SSR IK 20 » sont :

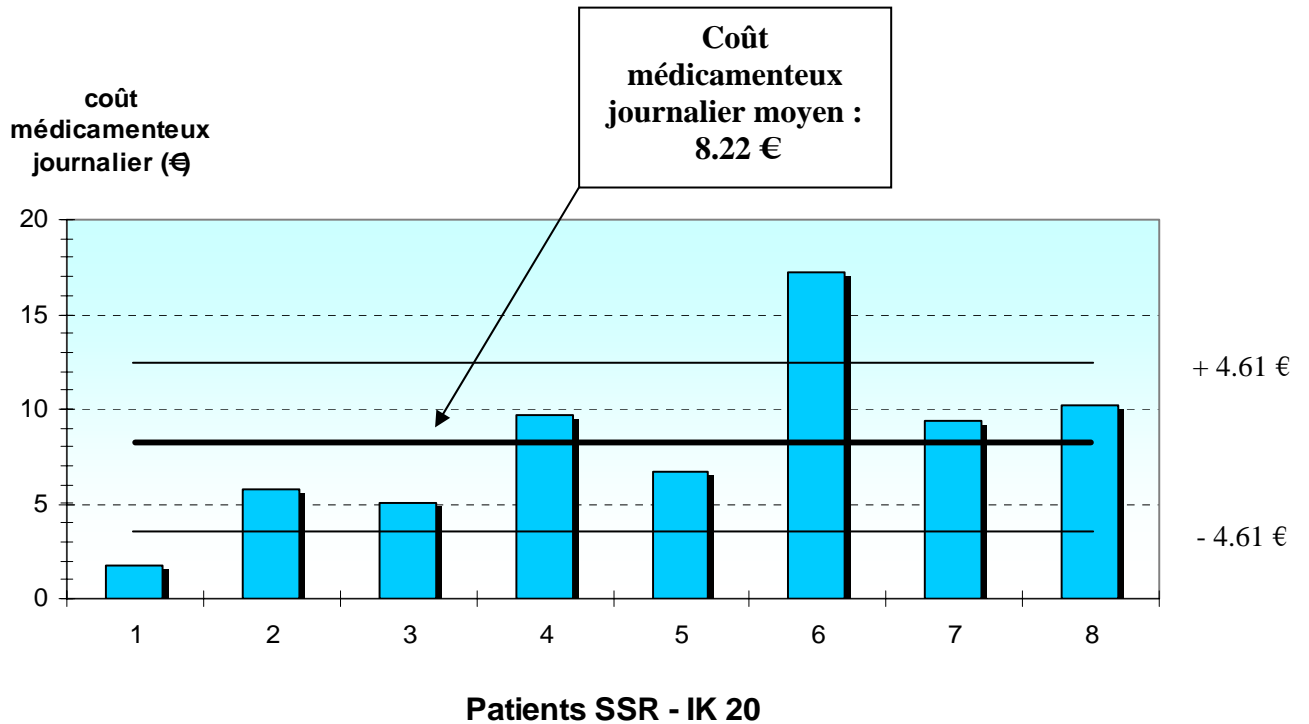


Figure 11 : Patients SSR IK 20 : coûts médicamenteux journaliers

Patients SSR - IK 20	
Moyenne (euros)	8,22
Classe modale (euros)	[5 ; 10[
Etendue (euros)	15,46
Ecart-type (euros)	4,61

Tableau 3 : Patients SSR IK 20 : paramètres caractéristiques de position et de dispersion

4.1.2.2. Patients SSR IK 30

Les résultats pour les 31 patients du sous-échantillon « Patients SSR IK 30 » sont :

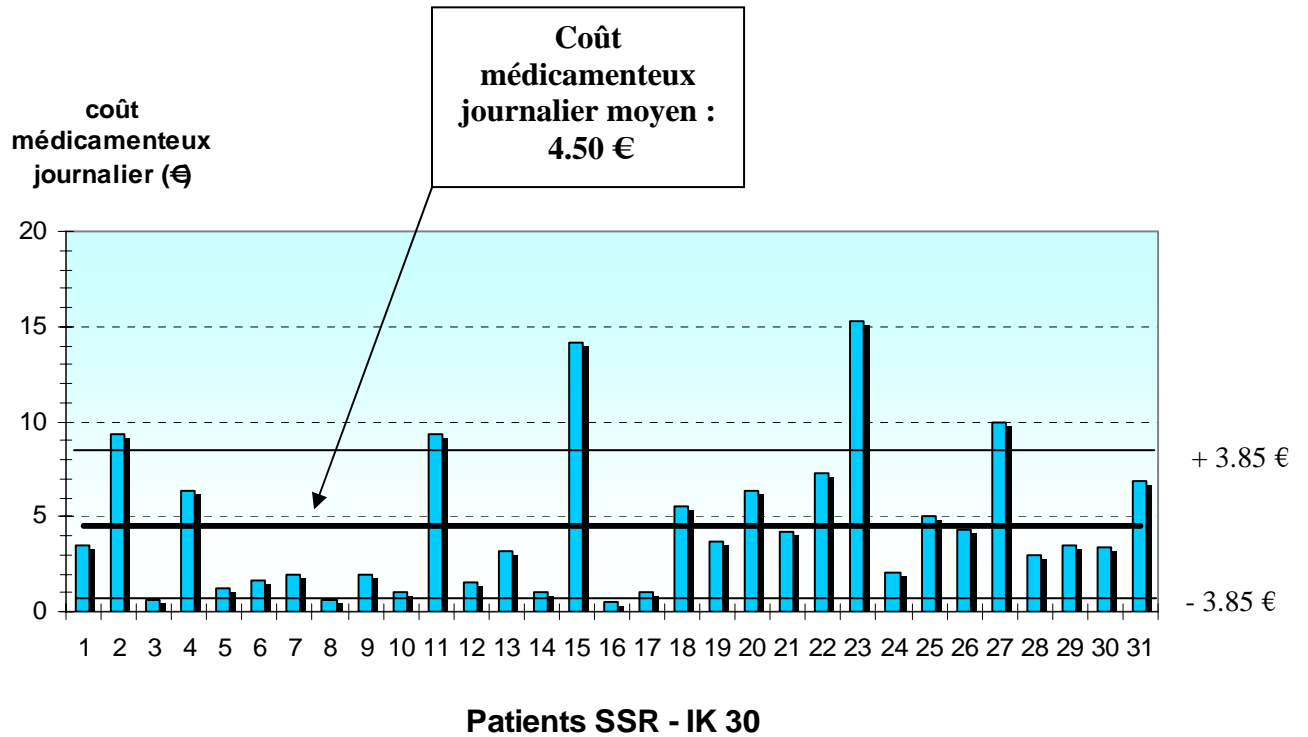


Figure 12 : Patients SSR IK 30 : coûts médicamenteux journaliers

Patients SSR - IK 30	
Moyenne (euros)	4,5
Classe modale (euros)	[0 ; 5[
Etendue (euros)	14,73
Ecart-type (euros)	3,85

Tableau 4 : Patients SSR IK 30 : paramètres caractéristiques de position et de dispersion

4.1.2.3. Patients LISP IK 20

Les résultats pour les 46 patients du sous-échantillon « Patients LISP IK 20 » sont :

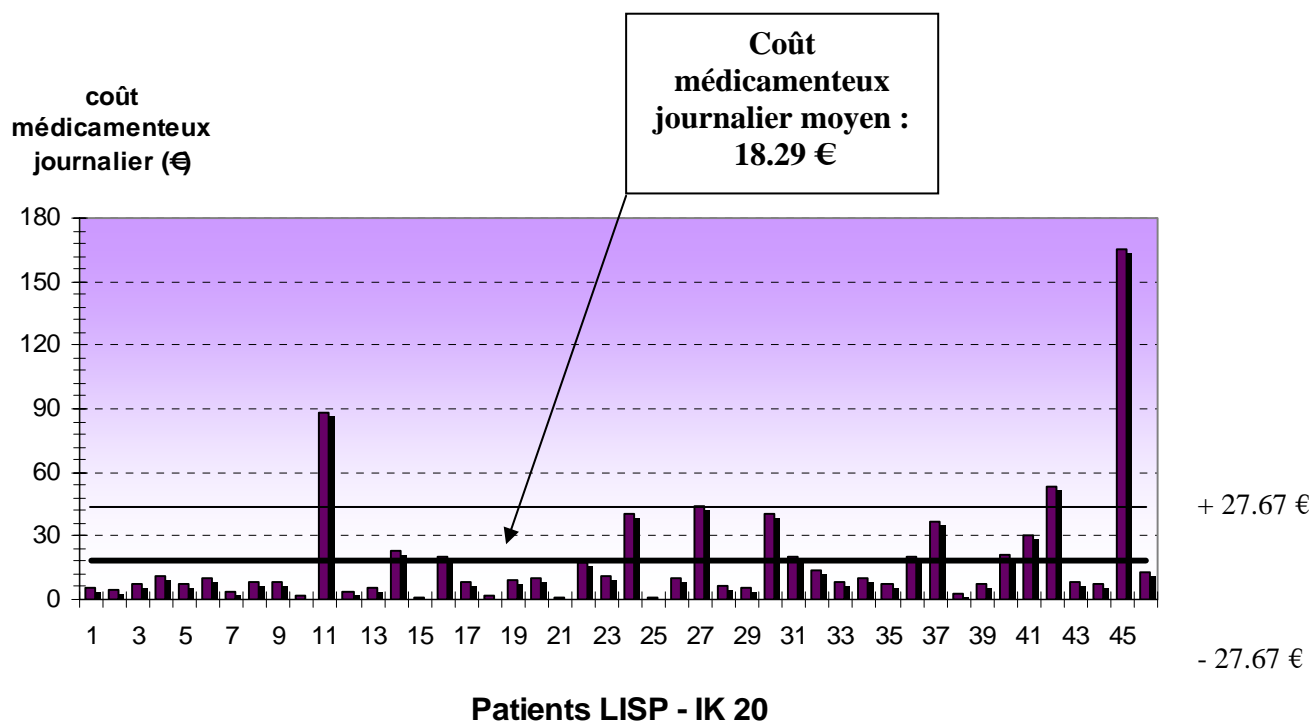


Figure 13 : Patients LISP IK 20 : coûts médicamenteux journaliers

On remarque que les patients 11 et 45 présentent de façon isolée un coût médicamenteux journalier très supérieur à la moyenne : 87.71 et 165.74 euros respectivement, comparés à une moyenne de 18.29 euros sur ce sous-échantillon. Les explications sont :

- Pour le patient 11 : prescription d'un médicament plutôt onéreux, associée à une durée de traitement de plusieurs jours :
 - TARGOCID® 400mg injectable (antibiotique),
 - 47,97 euros le flacon,
 - 2 injections/jour pendant 3 jours, puis 1/jour pendant 5 jours, soit 527,67 euros,
- Pour le patient 45 : prescription d'un médicament extrêmement onéreux :
 - ARANESP® 500µg injectable (érythropoïétine),

- 944 euros la seringue,
- 1 seule injection, soit 944 euros.

La figure suivante représente plus en détails les données de la figure 12, c'est-à-dire sans les patients 11 et 45 :

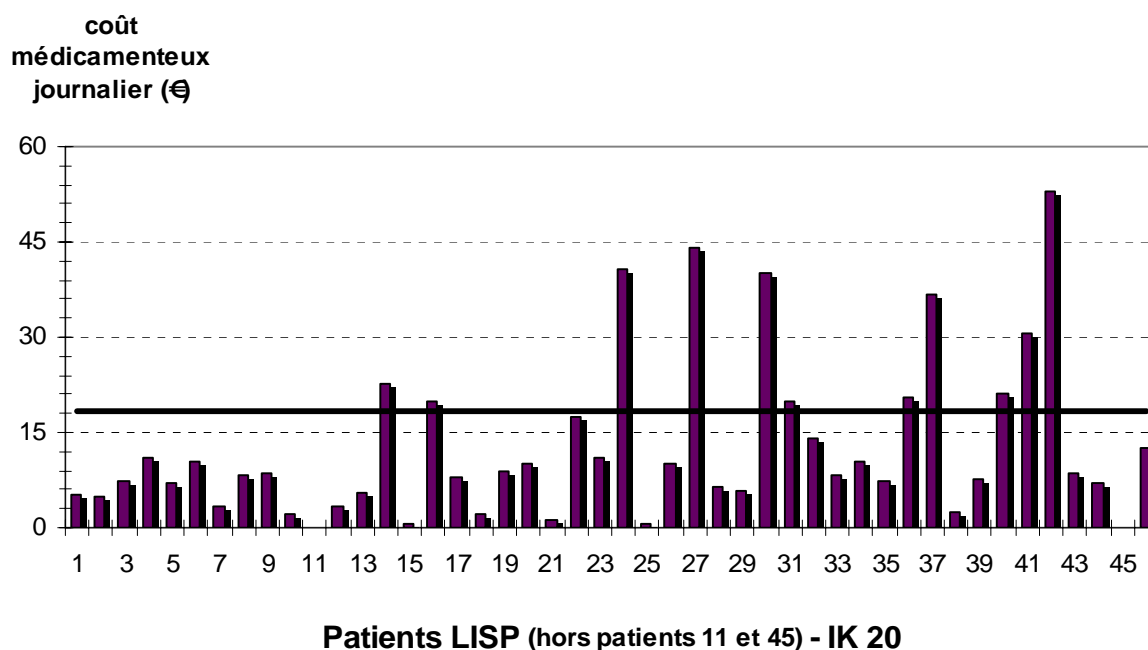


Figure 14 : Patients LISP IK 20 : coûts médicamenteux journaliers, hors patients 11 et 45

Patients LISP - IK 20	
Moyenne (euros)	18,29
Classe modale (euros)	[5 ; 10[
Etendue (euros)	165,11
Ecart-type (euros)	27,67

Tableau 5 : Patients LISP IK 20 : paramètres caractéristiques de position et de dispersion

4.1.2.4. Patients LISP IK 30

Les résultats pour les 36 patients du sous-échantillon « Patients LISP IK 30 » sont :

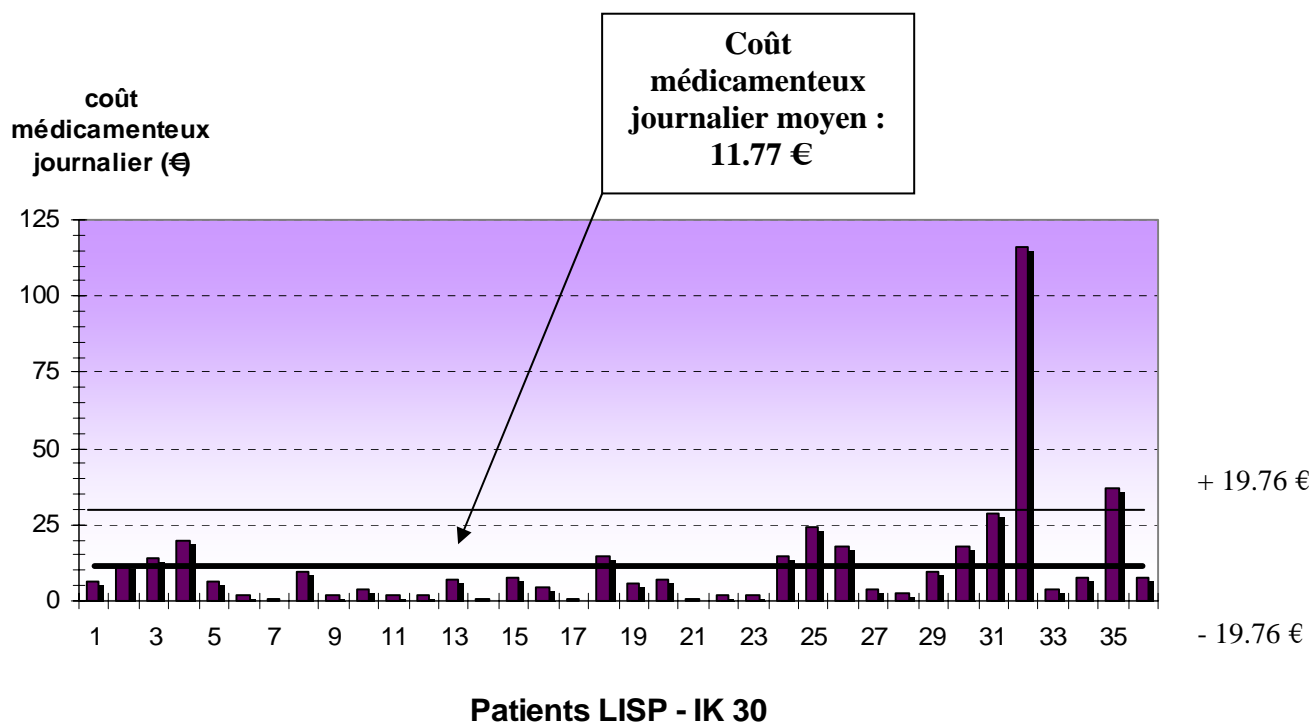


Figure 15 : Patients LISP IK 30 : coûts médicamenteux journaliers

De même que pour le sous échantillon LISP IK 20 traité au paragraphe précédent, on remarque un coût médicamenteux journalier très supérieur à la moyenne pour le patient 32 : 115.81 euros, comparé à une moyenne de 11.77 euros sur ce sous échantillon. Cet écart est dû à la prescription d'un médicament moyennement onéreux, mais associée à une posologie élevée et une durée de traitement de plusieurs jours :

- SANDOSTATINE 100µg injectable (antineoplasique) :
- 11,61 euros l'ampoule,
- 3 amp/jour pendant 2 jours, puis 6/jour pendant 4 jours, soit 348,30 euros.

Voici la figure précédente sans le patient 32 :

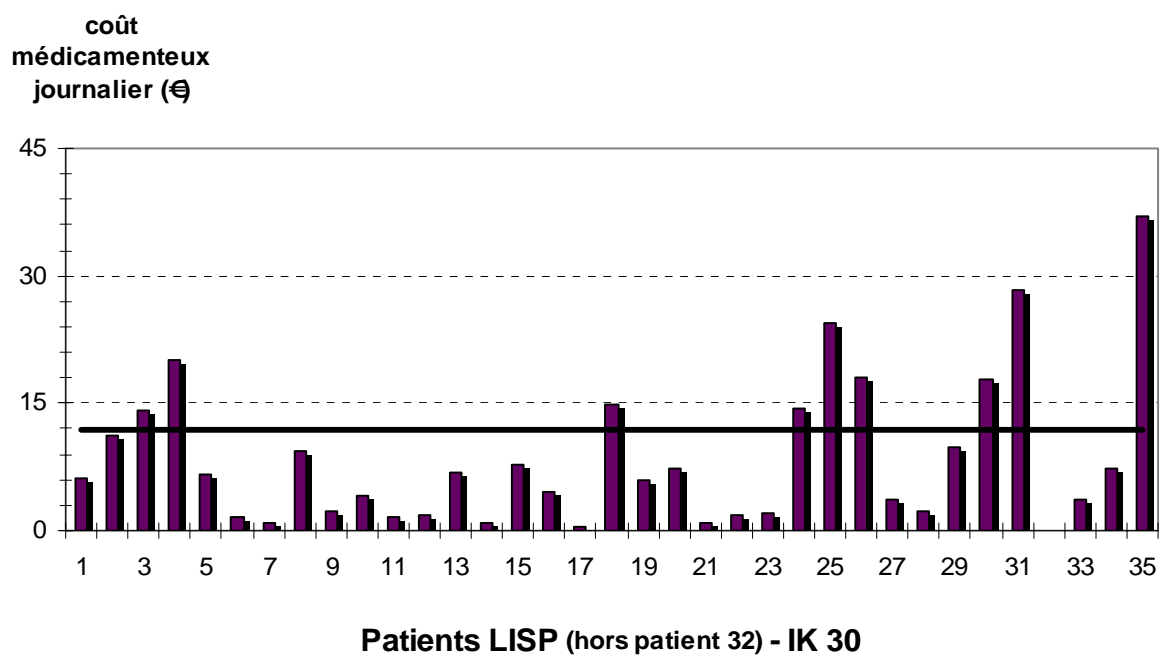


Figure 16 : Patients LISP IK 30 : coûts médicamenteux journaliers, hors patient 32

Patients LISP - IK 30	
Moyenne (euros)	11,77
Classe modale (euros)	[0 ; 5[
Etendue (euros)	115,28
Ecart-type (euros)	19,76

Tableau 6 : Patients LISP IK 30 : paramètres caractéristiques de position et de dispersion

4.1.2.5. Comparaison

Chaque sous-échantillon étant présenté, nous pouvons à présent comparer le coût médicamenteux journalier moyen entre un patient en lits intégrés de soins palliatifs et un patient en soins de suite et de réadaptation, à indice Karnofsky identique, soient les comparaisons suivantes :

- le sous-échantillon « SSR IK 20 » avec le sous-échantillon « LISP IK 20 »,
- le sous-échantillon « SSR IK 30 » avec le sous-échantillon « LISP IK 30 ».

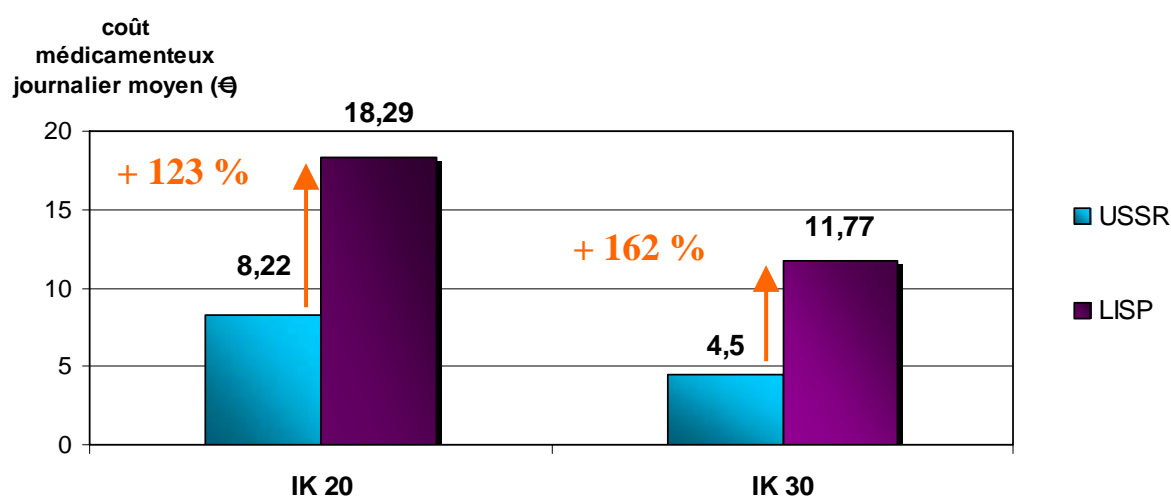


Figure 17 : Comparaison du coût médicamenteux journalier d'un patient en SSR avec un patient en LISP, à indice Karnofsky égal

▪ Pour l'IK 20 :

Le coût médicamenteux journalier moyen en USSR est de 8,22 euros, contre 18,29 euros en LISP, soit une augmentation d'environ 123%. Le coût médicamenteux journalier moyen en LISP est plus que doublé par rapport au SSR.

▪ Pour l'IK 30 :

Le coût médicamenteux journalier moyen en USSR est de 4,5 euros, contre 11,77 euros en LISP, soit une augmentation d'environ 162%. Le coût médicamenteux journalier moyen en LISP est presque triplé par rapport au SSR.

Il apparaît clairement que la prise en charge médicamenteuse en LISP est bien plus onéreuse (au minimum le double) que celle en SSR, quelque soit le profil de dépendance (IK 20 ou IK 30).

On peut aussi remarquer, que ce soit dans le cas de patients en LISP ou en USSR, que le coût médicamenteux est plus important pour l'IK 20 que pour l'IK 30. Ceci peut justement s'expliquer par l'état de dépendance différent des patients : l'IK 30 est défini par la nécessité d'être hospitalisé, tandis que l'IK 20 l'est par la nécessité d'un traitement intensif et d'être nourri. Le traitement intensif nécessite en général davantage de médicaments, donc en principe une hausse du coût médicamenteux. De plus, concernant l'alimentation de façon non autonome pour l'IK 20, certaines solutions de nutrition sont assez coûteuses, comme le cas du médicament OLICLINOMEL N7 1000E à environ 21 euros la poche de 1 litre.

4.2. LISP : évolution du coût médicamenteux selon l'état général du patient

4.2.1. Comparaison du coût médicamenteux journalier selon les indices Karnofsky

4.2.1.1. Les patients inclus dans l'étude

Cette deuxième étude va exploiter les données des sous-échantillons suivants :

- Patients LISP IK 10,
- Patients LISP IK 20,
- Patients LISP IK 30.

Les deux derniers sous-échantillons (IK 20 et IK 30) ont été caractérisés dans la première étude (cf Deuxième partie, § 4.1 page 66).

Nous allons donc présenter ici le sous-échantillon « Patients LISP IK 10 », en parallèle avec les deux autres sous-échantillons.

a) Effectifs

Les patients inclus dans l'étude « Comparaison du coût médicamenteux journalier selon les indices Karnofsky » sont identiques aux patients de LISP de l'étude précédente, soient 52 patients (cf Deuxième partie, § 4.1.1.1 page 66).

L'état général de chacun de ces patients était apprécié par un IK de 10, 20 ou 30.

Durant la période de l'étude, certains patients ont été évalués :

- uniquement avec l'indice 20 : entrée à 20 puis mort subite,
- uniquement avec l'indice 30 : entrée à 30 puis mort subite,
- avec deux indices : 30 puis 20 puis mort subite
- avec trois indices : 30, 20, puis 10.

Le graphe suivant présente ainsi le nombre de patients de chaque sous-échantillon inclus dans l'étude pour les IK 30, 20 et 10 :

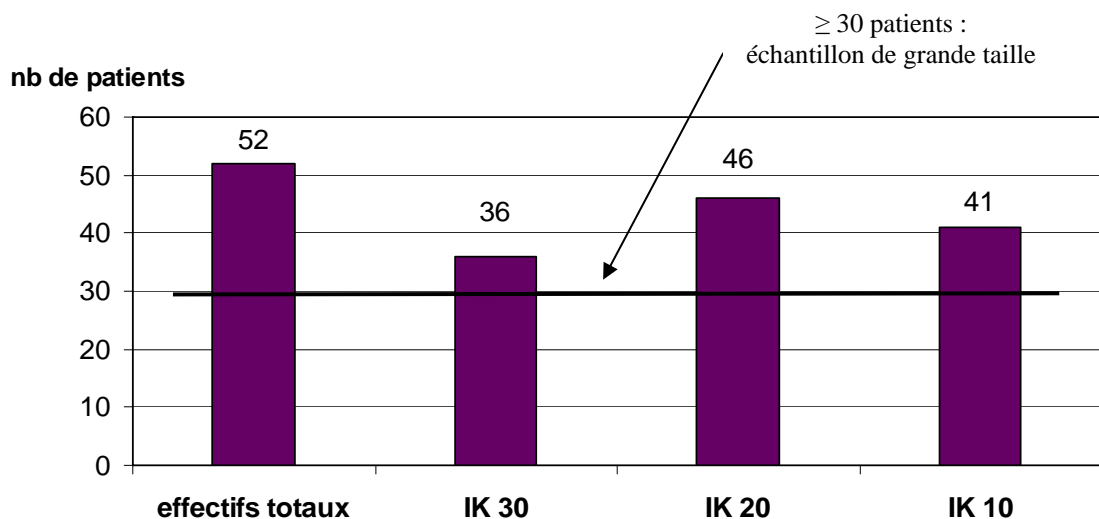


Figure 18 : Effectifs des échantillons de l'étude « LISP : comparaison du coût médicamenteux journalier selon les indices Karnofsky »

Chaque sous-échantillon est de grande taille, c'est-à-dire de plus de 30 patients.

b) Données temporelles

Pour chaque patient, le coût médicamenteux journalier est obtenu d'après une moyenne effectuée sur un nombre de jours pendant lesquels le patient a présenté un IK de 10, 20 ou 30.

- Pour le sous-échantillon LISP IK 30, les patients ont présenté cet indice pendant 25 jours en moyenne, allant de 2 jours pour la plus courte période, à 71 jours pour la période la plus longue,
- Pour le sous-échantillon LISP IK 20, les patients ont présenté cet indice pendant 17 jours en moyenne, allant de 1 jour pour la plus courte période, à 148 jours pour la période la plus longue,
- Pour le sous-échantillon LISP IK 10, les patients ont présenté cet indice pendant 5 jours en moyenne, allant de 1 jour pour la plus courte période, à 19 jours pour la période la plus longue,

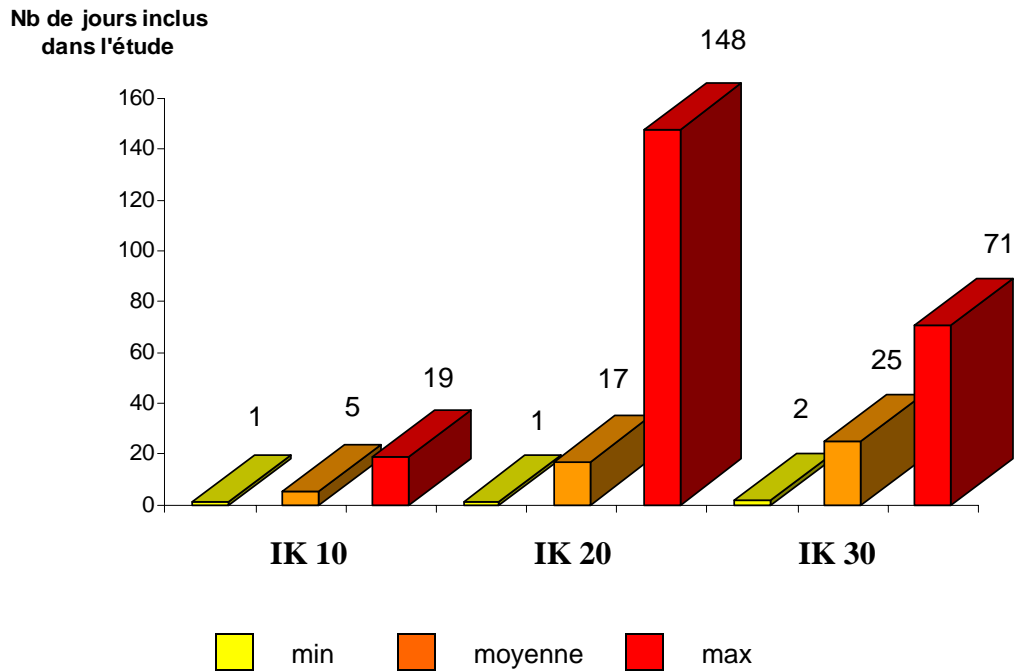


Figure 19 : Moyennes du nombre de jours inclus dans l'étude pour le calcul du coût médicamenteux journalier d'un patient en LISP, à indice Karnofsky 10, 20 et 30

	LISP		
	MIN	Moyenne	MAX
IK 30	2	25	71
IK 20	1	17	148
IK 10	1	5	19

Tableau 7 : Nombre de jours inclus dans l'étude (minimum, moyen, maximum) pour le calcul du coût médicamenteux journalier d'un patient en LISP, à indice Karnofsky 10, 20 et 30

On retrouve logiquement la plus courte période d'étude pour les patients à IK 10, ceci étant justifié par l'IK 10 qui définit un état moribond, à l'approche du décès.

4.2.1.2. Les résultats

✓ Les résultats pour les sous-échantillons « Patients LISP IK 30 » et « Patients LISP IK 20 » ont déjà été présentés lors de la première étude (cf Deuxième partie, § 4.1.2.3 page 73 et § 4.1.2.4 page 75).

✓ Pour le sous-échantillon « Patients LISP IK 10 » :

Les résultats pour les 41 patients sont :

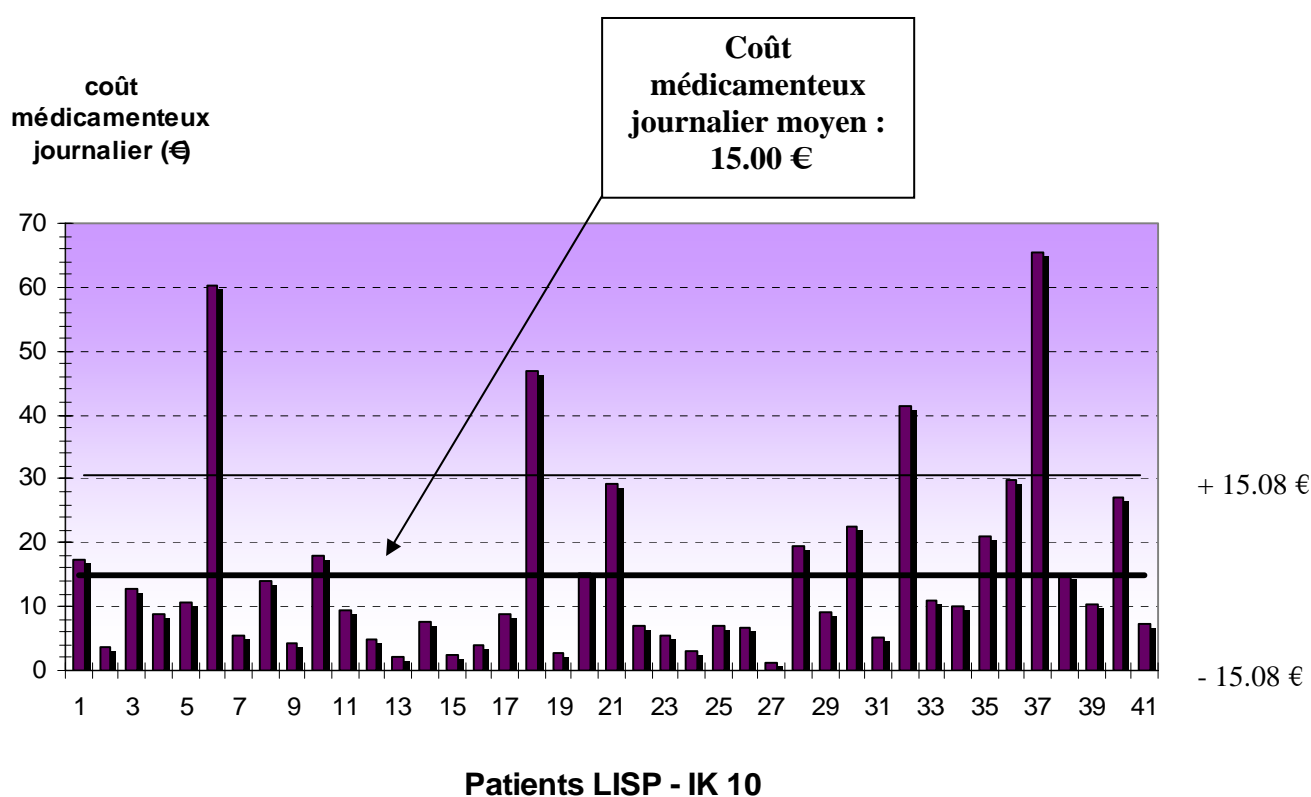


Figure 20 : Patients LISP IK 10 : coûts médicamenteux journaliers

Patients LISP - IK 10	
Moyenne (euros)	15,00
Classe modale (euros)	[5 ; 10[
Étendue (euros)	64,14
Écart-type (euros)	15,08

Tableau 8 : Patients LISP IK 10 : paramètres caractéristiques de position et de dispersion

✓ Comparaison des trois sous-échantillons :

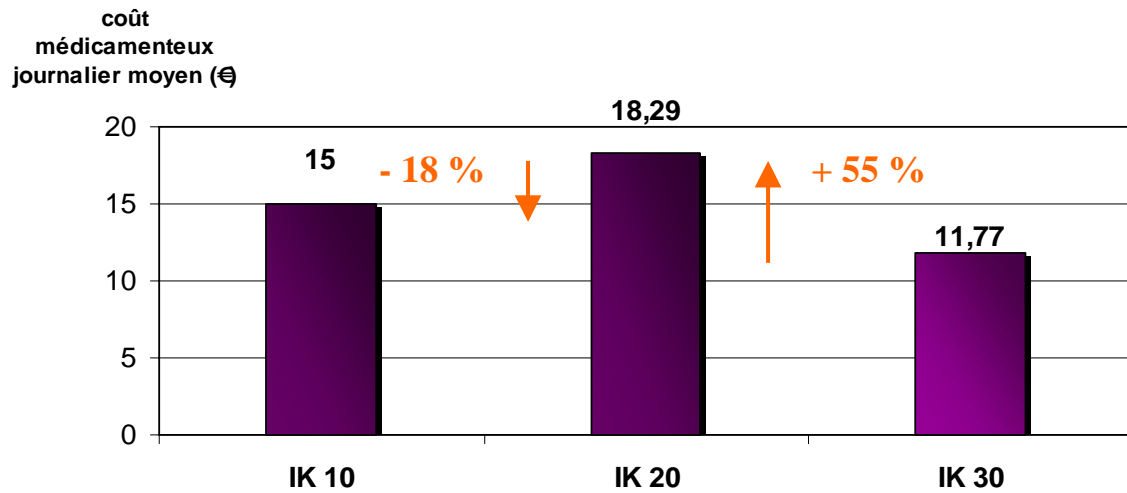


Figure 21 : Comparaison du coût médicamenteux journalier d'un patient en LISP, selon les indices Karnofsky

On observe que le coût médicamenteux varie selon l'état général du patient de la façon suivante : il est le plus faible à l'IK 30, c'est-à-dire à « l'arrivée du patient » motivée par une hospitalisation nécessaire, puis il atteint sa plus haute valeur à l'IK 20 lorsque les traitements intensifs sont nécessaires, pour ensuite diminuer un peu à l'IK 10 dans les derniers jours de vie. Malgré cette dernière baisse, le coût médicamenteux journalier à l'IK 10 reste élevé par rapport à un patient en SSR (IK 20 : 8,22 euros ; IK 30 : 4,5 euros).

4.2.2. Comparaison du coût médicamenteux journalier à indice Karnofsky 10 avec le coût médicamenteux le jour du décès

4.2.2.1. Les patients inclus dans l'étude

Cette deuxième étude va exploiter les données d'une partie du sous-échantillon « Patients LISP IK 10 ».

En effet, tous les patients de ce sous-échantillon n'ont pas été inclus dans l'étude ; seuls l'ont été les patients dont l'état général était apprécié par un IK 10 pendant au moins 3 jours. Ceci afin de vérifier si le coût médicamenteux diminue le jour du décès par rapport à la moyenne des coûts médicamenteux journaliers les jours à IK 10.

L'effectif est ainsi de 37 patients.

4.2.2.2. Les résultats

Différence entre le
coût médicamenteux
journalier d'un
patient en LISP à IK
10 et le coût
médicamenteux le
jour de son décès (%)

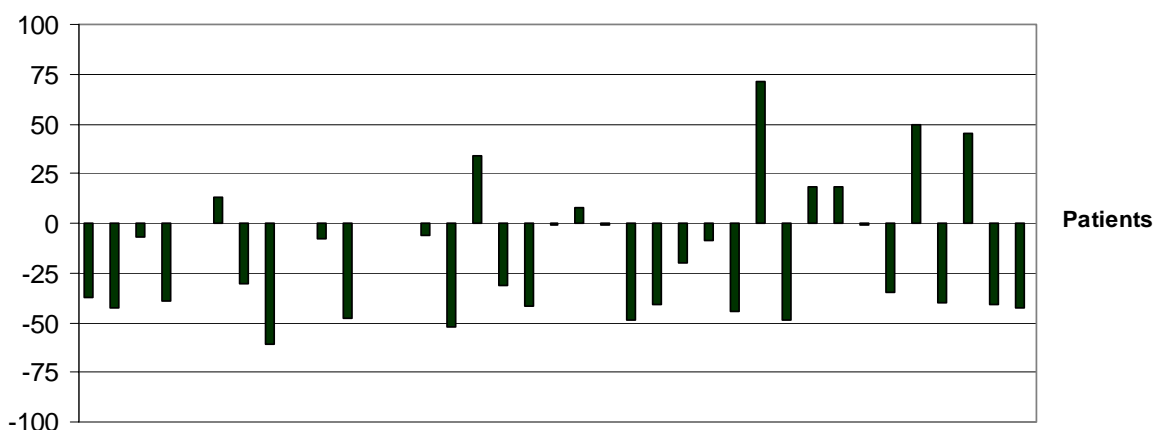


Figure 22 : Différence entre le coût médicamenteux journalier d'un patient en LISP IK 10 et le coût médicamenteux le jour de son décès

On peut noter d'après la figure 22 que la tendance générale est à une baisse du coût journalier le jour du décès par rapport aux jours précédents le décès (IK 10). En effet, la baisse est effective pour 25 patients sur 37, soit environ les deux tiers. La baisse est tout de même significative, avec une moyenne de - 32% sur ces 25 patients.

La tendance ressentie au paragraphe précédent concernant la baisse du coût médicamenteux à l'approche du décès est ainsi confirmée ici.

Afin de caractériser plus précisément le coût médicamenteux le jour du décès, le graphe suivant présente le nombre de médicaments (et pansements) différents administrés le jour du décès :

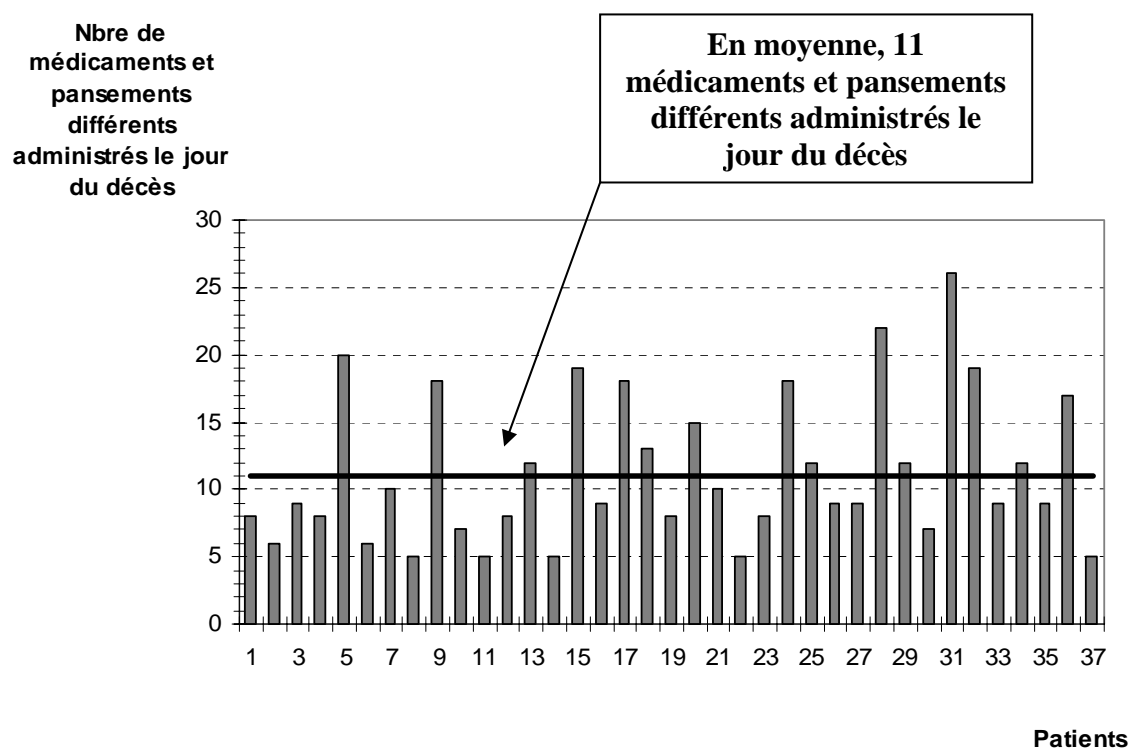


Figure 23 : Nombre de médicaments et pansements différents administrés le jour du décès

En moyenne, 11 médicaments et pansements sont ainsi administrés le jour du décès. Cela peut paraître beaucoup au vue de l'état du malade, mais il faut considérer les aspects suivants :

- Cette moyenne prend en compte les médicaments ainsi que les pansements,

- Deux médicaments contenant la même molécule active mais à un dosage différent sont considérés comme différents,
- La posologie : matin, midi, soir et nuit.

Enfin, toujours dans le but de mieux caractériser le coût médicamenteux le jour du décès, voici les voies d'administration des médicaments administrés ce jour :

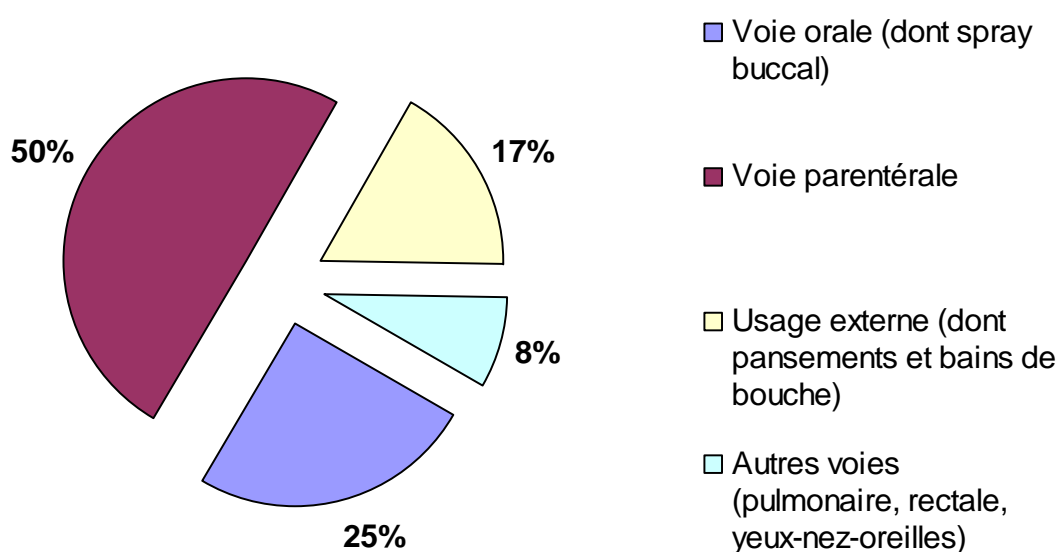


Figure 24 : Les différentes voies d'administration des médicaments le jour du décès

La voie parentérale est utilisée pour 50% des médicaments. En effet, cette voie est privilégiée dans le cas d'état moribond, car elle est non douloureuse et surtout elle ne demande pas d'effort de déglutition (déglutition impossible si le patient est dans un état comateux). Elle permet aussi une action rapide dans le cas de douleur.

La voie orale représente 25% des médicaments, mais dans la majorité des cas, ceux-ci sont représentés par les sprays buccaux.

CONCLUSION GENERALE

Dans un contexte où la médecine palliative est appelée à se développer fortement, la collectivité a le devoir de tout mettre en œuvre pour lui donner toute sa place dans l'offre de soins parce qu'elle engage notre conception de la dignité humaine. Mais même si les soins palliatifs se développent, même s'ils sont soutenus par une politique de santé qui a fait de «la fin de vie» une priorité de santé publique, ils évoluent dans un contexte économique difficile. En effet, l'hôpital public peine à s'adapter aux évolutions du vieillissement, aux évolutions technologiques, et aux contraintes financières et démographiques. Le nouveau système de financement des hôpitaux, la tarification à l'activité, ne semble pas apporter les améliorations espérées, et présentent même des effets pervers, comme l'inflation des dépenses, la sélection des patients et la baisse de la qualité des soins.

Le Centre hospitalier de Saint Nicolas de Port, qui accueille des patients en fin de vie dans le cadre de lits identifiés en soins de suite et réadaptation, se trouvent aussi dans cette situation de crise. Bien que le statut de « lits identifiés », à présent bien défini et réglementé, permette une reconnaissance de la pratique des soins palliatifs et donnent accès à des financements supplémentaires, et bien que la tarification à l'activité soit mise progressivement en application, les moyens actuels ne plaident pas en faveur du développement des soins palliatifs, comme le constate le personnel administratif et médical de l'établissement.

L'étude réalisée lors de cette thèse participe à l'évaluation plus précise des implications budgétaires au niveau du coût des traitements. Ainsi, en tenant compte de la taille des échantillons et des conditions de l'étude se rapprochant le plus possible de ce qui a été réellement consommé en médicaments et pansements, on peut affirmer que pour des lits identifiés, la prise en charge médicamenteuse est plus onéreuse que celle en soins de suite et réadaptation classique, à hauteur d'environ 120 à 160% supplémentaire selon le profil de dépendance.

De plus, pour un patient en soins palliatifs, le coût médicamenteux varie selon son état général de la façon suivante : il est le plus faible à l'arrivée du patient c'est-à-dire lorsque l'hospitalisation est nécessaire, puis il atteint sa plus haute valeur lorsque les traitements intensifs sont nécessaires, pour ensuite diminuer un peu dans les derniers jours de vie. Enfin,

chez environ les deux tiers des patients à l'approche de la fin de vie, on note une baisse du coût médicamenteux le jour du décès, avec des médicaments administrés pour la moitié par voie parentérale.

On peut ainsi conclure que le coût médicamenteux d'un patient en soins palliatifs est plus onéreux que celui d'un patient en soins de suite et réadaptation classique. Les derniers jours de vie, ce coût diminue mais il reste toujours bien plus élevé que pour un patient en soins de suite et de réadaptation.

Nous espérons que cette étude pourra être prise en compte par les autorités, pour permettre des mesures financières correctes et mieux adaptées pour les lits identifiés de soins palliatifs dans une structure de soins de suite et réadaptation.

Car rappelons que le Centre hospitalier de Saint Nicolas de Port se trouve, comme bon nombre d'établissements publics, devant un véritable dilemme : sa mission « médicale et humaniste » de poursuivre son engagement envers la médecine palliative, ou sa mission « économique » de respecter son budget.

La mission ayant en charge l'amélioration de la tarification à l'activité pour les soins palliatifs évalue actuellement les besoins globaux de prise en charge palliative en soins de suite et réadaptation. Un certain nombre de difficultés sont là, espérons que des décisions énergiques seront prises, afin de ne pas compromettre la qualité des soins hospitaliers.

BIBLIOGRAPHIE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1]

Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de la décentralisation, Ministère de la santé.

Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs **[en ligne]**.

Journal officiel, n°132 du 10 juin 1999. Disponible sur :

<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000212121&dateTexte=>> (consulté le 25/05/2008)

[3]

PERREIN Florence.

Lits intégrés de soins palliatifs en service de soins de suite et réadaptation fonctionnelle : oui, mais à quel prix ? Mémoire de DIU : DIU de Soins Palliatifs et d'Accompagnement. Nancy : UHP de Nancy, 2003, 42 p.

[5]

Agences Régionales de l'Hospitalisation française.

Cahier des charges de lits identifiés en soins palliatifs **[en ligne]**. Disponible sur :

<[http://www.parhtage.sante.fr/re7/lar/doc.nsf/VDoc/68A52DE945050746C1256FFD002DCF3E/\\$FILE/CdC%20LITS%20IDENTIFIES.doc](http://www.parhtage.sante.fr/re7/lar/doc.nsf/VDoc/68A52DE945050746C1256FFD002DCF3E/$FILE/CdC%20LITS%20IDENTIFIES.doc)> (consulté le 18/05/2008).

[6]

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Direction générale de la santé.

Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n°2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n°99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs **[en ligne]**. Journal Officiel, décembre 2002. Disponible sur : <<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2002/02-12/a0121073.htm>> (consulté le 18/05/2008)

[7]

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs [**en ligne**]. Disponible sur : <<http://www.sfap.org/pdf/III-B6b-pdf.pdf>> (consulté le 25/05/2008)

[8]

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Direction générale de l'action sociale.

Circulaire DHOS/O3/DGAS/2C n°2007-365 du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées [**en ligne**]. Journal Officiel, novembre 2007. Disponible sur : <<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-11/a0110058.htm>> (consulté le 25/05/2008)

[9]

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Comité de suivi soins palliatifs et accompagnement 2002-2005.

Guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements [**en ligne**]. Avril 2004. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/palliatif/guide_demarche.pdf> (consulté le 01/06/2008)

[10]

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Présentation des projets de décrets relatifs à l'activité de soins de suite et de réadaptation [**en ligne**]. Décembre 2007. Disponible sur :

<<http://arimpl.free.fr/modules/news/article.php?storyid=35>> (consulté le 04/10/2008)

[11]

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs.

Actualités des réformes SSR [**en ligne**]. Mai 2008. Disponible sur :

<http://www.fehap.fr/fichiers/regions/MGEY_19_05_08.pdf> (consulté le 04/10/2008)

[12]

Code de la santé publique, Partie législative, 6^{ème} partie : Etablissements et services de santé, Livre 1^{er} : Etablissements de santé, Titre IV : Etablissements publics de santé ; Titre VI : Etablissements de santé privés **[en ligne]**. Version en vigueur au 6 septembre 2008.

Disponible sur : <<http://www.legifrance.gouv.fr>> (consulté le 06/09/2008)

[13]

Mission T2A - Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Tarification à l'activité, documents pédagogiques, Présentation des grandes lignes de la réforme **[en ligne]**. Mai 2007. Disponible sur :

<<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a/pedagogie/pedagogie.htm>> (consulté le 06/09/2008).

[15]

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière **[en ligne]**. Décembre 2007.

Disponible sur : < <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/gouvernance/docs/gouvernance.pdf> > (consulté le 04/10/2008)

[17]

Mission T2A - Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.

La tarification des établissements de santé : rappels des enjeux, des modalités, des schémas cibles et transitoires **[en ligne]**. Mai 2007. Disponible sur :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a/pedagogie/documents/rappel_enjeux_mai07.pdf> (consulté le 06/09/2008).

[18]

Ministère de la Santé.

Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale **[en ligne]**. Journal Officiel, janvier 1983. Disponible sur :

<http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19830120&numTexte=&pageDebut=00374&pageFin=>> (consulté le 04/10/2008)

[21]

Mission T2A - Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports.

Vers un modèle de financement à l'activité pour le champ du SSR [**en ligne**]. Décembre 2007.

Disponible sur : <<http://arimpl.free.fr/modules/news/article.php?storyid=35>> (consulté le 04/10/2008)

[22]

Collège Français des Enseignants universitaires des Médecines physique et de Réadaptation.

Le PMSI SSR en France et son évolution [**en ligne**]. 2007. Disponible sur : <

<http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/Exr13PMSISSR.ppt.pdf>> (consulté le 04/10/2008)

[23]

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Circulaire n°DHOS/F1/2007/292 du 17 juillet 2007 relative à une enquête sur la

consommation de médicaments coûteux en soins de suite ou de réadaptation [**en ligne**].

Disponible sur :

<[http://www.parhtage.sante.fr/re7/bno/doc.nsf/VDoc/5E3CA390ED24006FC125734B00377006/\\$FILE/circulaire_292_enqu%C3%AAt%C3%A9.%20co%C3%BAteux%20SSR.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/bno/doc.nsf/VDoc/5E3CA390ED24006FC125734B00377006/$FILE/circulaire_292_enqu%C3%AAt%C3%A9.%20co%C3%BAteux%20SSR.pdf)> (consulté le 05/10/2008)

[25]

Ministère de la santé et des solidarités.

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 [**en**

ligne]. Journal Officiel, août 2005. Disponible sur :

<http://www.urcam.fr/fileadmin/PORTAIL/telechargement/legisante/medicaments/Decret_25_aout2005_Contrat_bon_usage_medicaments.pdf> (consulté le 07/09/2008)

[27]

Ministère de la santé et des solidarités.

Circulaire DHOS/E2/DSS/1C n° 2006-30 du 19 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du 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]**. Bulletin Officiel Santé n°06/02, 15 mars 2006. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a/textes/application/06_30t.pdf> (consulté le 07/09/2008)

[28]

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), Institut National du Cancer (INCa), Haute Autorité de Santé (HAS).

Référentiels nationaux pour un bon usage des médicaments onéreux et innovants **[en ligne]**. Avril 2007. Disponible sur : <<http://agmed.sante.gouv.fr/htm/3/t2a/html/referentiels-nationaux.pdf>> (consulté le 07/09/2008)

[30]

WOURMS Pierre.

Dispensation hebdomadaire individuelle nominative des médicaments. Procédure du Centre Hospitalier de St Nicolas de Port n°PR-PH-24 version 4, 2004.

SITES INTERNET CONSULTÉS

[2]

Organisation Mondiale de la Santé. Définition des soins palliatifs **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.sfap.org/pdf/I-A3-pdf.pdf> (consulté le 04/10/2008)

[4]

Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. Définition des soins palliatifs et de l'accompagnement **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.sfap.org/content/view/3/27/> (consulté le 18/05/2008)

[14]

Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Plan Hôpital 2007 **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hopital2007/> (consulté le 06/09/2008)

[16]

Mission T2A - Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. La tarification à l'activité en quelques lignes **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a/accueil.htm> (consulté le 06/09/2008).

[19]

Fédération Hospitalière de France. T2A SSR -Enquête ministérielle SSR **[en ligne]**. 27/02/2008. Disponible sur : <http://www.fhf.fr/dossiers/dossiers-fiche.php?id=2853&p=2&r=198> (consulté le 05/10/2008).

[20]

Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Tarification à l'activité – Perspectives en matière de champ d'application**[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a/textes/applicatifs.htm#t2> (consulté le 05/10/2008).

[24]

Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation. Enquête 2007 consommation médicaments coûteux dans les établissements SSR **[en ligne]**. Disponible sur :

<<http://www.atih.sante.fr/?id=0002900010FF&v=print>> (consulté le 05/10/2008)

[26]

Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation **[en ligne]**. Disponible sur :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a_liste_med/accueil.htm> (consulté le 05/10/2008)

[29]

CH de Saint Nicolas de Port. Services (plan) **[en ligne]**. 29/07/2008. Disponible sur :

<<http://www.ch-saint-nicolas.fr/index.php?page=3>> (consulté le 11/10/2008)

[31]

Site du CHU de Rouen. Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones. Indice Karnofsky moyen **[en ligne]**. 26/02/2008. Disponible sur :

<<http://www.chu-rouen.fr/ssf/tech/indicekarnofskymoyen.html>> (consulté le 12/10/2008)

[32]

Site du CHU de la Pitié-Salpêtrière. Ressources d'enseignement. Cancérologie générale, chapitre 1 : Généralités cliniques, § 1.2. Diagnostic **[en ligne]**. Disponible sur :

<<http://www.chups.jussieu.fr/polys/cancero/POLY.Chp.1.2.2.html>> (consulté le 18/10/2008)

ANNEXES

Plateaux techniques spécialisés	Valorisation globale du coût économique	Dont amortissements spécifiques	Dont frais d'entretien et de maintenance	Recettes externes éventuelles	Nombre de patients pris en charge sur l'équipement (file active)	Nombre de passages	Médecins (en ETP)	Personnel soignant (en ETP)	Personnel de rééducation (en ETP)	Personnel médico-technique (en ETP)	Nombre d'ETP concernés
Appareils d'isocinétisme											
Laboratoires d'analyse du mouvement de l'équilibre et de la démarche											
Assistance robotisée de la marche Assistance robotisée sensitivomotrice pour les membres supérieurs (type Armeo ou MIT Manus ...)											
Equipement de cryothérapie gazeuse											
Cuisine éducative											
Simulateur de conduite automobile											
Locaux de simulation de logement											
Rachimétrie											
Stabilométrie											
Système informatisé d'identification de la typologie du rachis											
Echo-doppler cardiaque											
Laboratoire d'électromyographie											
Explorations urodynamiques											
Electrostimulations fonctionnelles											
Informatiques thérapeutiques pour troubles du langage, systèmes de synthèse vocale											
Appartements d'autonomie											
Salles blanches de reconstitution des poches de nutrition parentérales sous atmosphère contrôlée											
Studio post-greffe moelle et cordon, le studio greffe pour la prise en charge des enfants en pré et post-greffe du tube digestif...											

Plateaux techniques spécialisés	
Gymnase	
Surface (en m ²)	
Présence d'une salle de renforcement musculaire dédiée et séparée de l'aire d'évolution	
Présence d'un mur d'escalade	
Présence d'un équipement spécifique comme un terrain de basket...	
Piscines et balnéothérapie	
Surface du ou des bassins (en m ²)	
profondeur maximale (en cm)	
Plate-forme d'immersion et couloir de marche à hauteur variable	NON
Possibilité d'immersion complète	NON
Jet à contre courant	NON
Baignoire spécifique pour patients trop dépendants ou infectés ou avec troubles vésico-sphinctériens	NON
Système d'immersion d'entrée et de sortie des patients	NON
Plateaux d'ergothérapie	
Surface totale (en m ²)	
Nombre de salles ou de postes	
Salles de psychomotricité	
Surface totale (en m ²)	
Salles d'orthoptie	
Surface totale (en m ²)	

Appareillages et dispositifs médicaux			
Appareillages commandés à l'extérieur de l'établissement			
A. ORTHESES (EX PETIT APPAREILLAGE, CHAPITRE 1E DE LA LPP)			
	Nombre d'appareils commandés à l'extérieur	Montant d'achats correspondants (en euros)	Nombre de matériels fabriqués au sein de l'établissement
1. Bandages herniaires (y compris suppléments, pièces de rechange et accessoires prévus à la LPP)			
2. Orthèses plantaires de traitement (pour affection du pied) exécutées sur mesure			
3. Coques talonnières			
4. Orthèses élastiques de contention des membres (y compris orthèses tubulaires de contention et orthèses diverses inscrites à la LPP)			
5. Ceintures médico-chirurgicales et corsets orthopédiques en tissu arme			
6. Colliers cervicaux			
7. Appareils divers de correction orthopédique concernant le membre inférieur :			
a) attelles montées sur chaussures			
b) attelles sans chaussures			
c) attelles articulées			
d) attelles ou chaussons articulés			
e) chaussures à bout ouvert			
f) attelles pour correction dans tous les plans de l'espace			
g) attelles pour correction pied valgus ou varus			
h) chaussons intérieurs moulés			
i) attelles releveurs de pied			
j) orthèses stabilisatrices de cheville dans le plan frontal			
k) appareil de correction pour genu valgum			
l) orthèses de série pour appareillage du genou articulées ou non			
m) attelles d'abduction de hanches ou coussin d'abduction de hanches ou harnais de mise en abduction de hanches.			
8. Les appareils concernant le membre supérieur :			
a) attelles digitales pour extension et pour flexion			
b) attelles métacarpophalangiennes pour extension et pour flexion			
c) attelles main poignet avec extension ou flexion des MP			

A. ORTHESES (EX PETIT APPAREILLAGE, CHAPITRE 1E DE LA LPP) suite			
d) orthèses de main poignet dynamiques			
e) orthèses de main poignet statiques			
f) orthèses de positionnement			
9. Chaussures thérapeutiques de série (CHTS) à usage temporaire (CHUT)			
10. Chaussures thérapeutiques de série (CHTS) à usage prolongé (CHUP)			
11. Chaussures de série non thérapeutiques destinées à recevoir des appareils de marche			
12. Vêtements compressifs sur mesure pour grands brûlés			
B. PODO ORTHESES (CHAPITRE 6 DE LA LPP)			
1. Chaussures orthopédiques dites « chaussures thérapeutiques sur mesure » (Section1) avec moulage			
2. Appareil podo-jambier spécial sur moulage (Section 2) avec moulage			
C. ORTHOPROTHESES (CHAPITRE 7 DE LA LPP)			
1. Appareillage du membre supérieur			
a) Prothèse du membre supérieur (prothèses de travail, de services, de vie sociale et leurs adjonctions particulières)			
b) Orthopédie du membre supérieur (appareils et adjonctions)			
c) Prothèses du membre supérieur mues par énergie électrique, prothèses myoelectriques (y compris adjonctions et réparations inscrites à la LPP)			
2. Appareillage du membre inférieur			
Prothèses du membre inférieur			
a) Prothèses exosquelettiques de base			
b) Prothèses endosquelettiques de base			
c) Adjonctions et variantes optionnelles :			
i. type d'emboîture			
ii. type de manchons			
iii. type de genoux			
iv. type de pied			
d) Prothèses et ortho-prothèses pour agénésie du membre inférieur			
e) Bonnets couvre moignon et gaines couvre moignon			

C. ORTHOPROTHESES (CHAPITRE 7 DE LA LPP) suite

Orthopédie du membre inférieur avec adjonctions et moulages			
a) Petits appareils de marche (bottes, gaines jambières et pédieuses)			
i. Grands appareils de marche articulés ou non			
ii. Jambières			
iii. Genouillères			
iv. Ceintures cuissard			
b) Appareillage des infirmes moteurs cérébraux et adjonctions particulières avec adjonctions et moulages			
i. Grands appareils de marche			
ii. Petits appareils de marche			
c) Appareils de traitements (appareils de décharges) et leurs adjonctions			
3. Appareillage d'orthopédie du tronc			
a) Appareils types et variantes, adjonctions et moulages compris :			
i. ceinture des trochanters aux fausses côtes (TR 79)			
ii. corsets (:- TR 59-TR 49-TR 39)			
iii. corsets à colliers, corselets minerves et colliers (TR 29-TR 27-TR 25-TR 24-TR 23)			
iv. protèges crânes (TR 12)			
b) Corsets-siège et selles avec adjonctions et moulages			
c) Appareil de maintien ou de correction en position horizontale ou en position verticale avec adjonctions et moulages			
4. Réparations et rechanges			
a) Pour prothèses et appareillages d'orthopédie du membre supérieur			
b) Pour prothèses du membre inférieur			
c) Pour appareillages d'orthopédie du tronc			

Appareillages commandés à l'extérieur de l'établissement		
A. Structure atelier d'appareillage intégré		
Surface de l'atelier intégré	zone de fabrication (m ²)	
	zone d'application (m ²)	
Effectif total	Encadrement (ETP)	
	Orthoprothésistes appareilleurs (ETP)	
	Ouvriers orthoprothésistes (ETP)	
	Couturières (ETP)	
Système de traçabilité en place : OUI/ NON		NON
Existence d'un équipement de prise d'empreintes informatisé d'orthèses : OUI/ NON		NON
Coût total de l'atelier intégré d'appareillage 2006	Dépenses de personnels	
	Dépenses médicales	
	Amortissements	
	Autres charges	
Recettes éventuelles de ventes externes 2006		
B. Zone d'application pour orthoprothésistes externes		
Présence d'une zone d'application pour orthoprothésistes externes intervenant au sein de l'établissement : OUI/ NON		NON
Surface de la zone d'application pour orthoprothésistes externes (m ²)		
Coût total de la zone 2006	Dépenses de personnels	
	Dépenses médicales	
	Amortissements	
	Autres charges	
Recettes éventuelles 2006		
C. Atelier d'application du parc de matériel roulant		
Surface de l'atelier(m ²)		
Effectif total	Encadrement (ETP)	
	Ouvriers polyvalents (ETP)	
	Ouvriers orthoprothésistes (ETP)	
Nombre et coût des fauteuils disponibles au sein de l'établissement		

C. Atelier d'application du parc de matériel roulant (suite)

Fauteuils roulants	Nombre	
	Coût annuel des amortissements (en euros)	
Fauteuils électriques	Nombre	
	Coût annuel des amortissements (en euros)	
Fauteuils spécifiques (sportifs, enfants...)	Nombre	
	Coût annuel des amortissements (en euros)	
Coût total de l'atelier intégré d'application 2006	Dépenses de personnels	
	Dépenses médicales	
	Amortissements	
	Autres charges	

Missions Universitaires

Existence d'une convention avec l'Université via le CHU : OUI/NON					
Existence de conventions avec des organismes de recherche de type INSERM... : OUI/NON					
	en 2003	en 2004	en 2005	en 2006	en 2007
Nombre de publications pour lesquelles au moins un des praticiens titulaires de l'établissement est signataire, dans une revue internationale à comité de lecture					
Nombre d'ouvrages publiés ou de participations à des ouvrages scientifiques ou médicaux					
Nombre d'études cliniques avec protocole soumis à un CPP (Comité de protection des personnes) auquel l'établissement est participant :					
o Comme promoteur					
o Comme investigateur					
	en 2007				
Nombre d'étudiants en médecine (DCEM 3,4,5), en pharmacie (5 ^e année), en odontologie (DCEO 2,3,4), en équivalent temps plein annuel					
Nombre d'internes en DES/DESC					
Nombre de congrès/colloques organisés par l'établissement, avec présence d'un comité scientifique et publication des Actes.					
Nombre de projets PHRC auxquels l'établissement participe					
Nombre de projets STIC auxquels l'établissement participe					
Nombre de PU-PH présents dans les services de SSR, éventuellement par convention avec le CHU pour les établissements non CHU					

ANNEXE B

Liste médicaments coûteux
Enquête SSR 2007 - DHOS/F1

CODE	LIBELLE
9196246	ABELCET 5MG/ML PERF FL20ML
9211371	ACLOTINE 100UI INJ FV+FV10ML
9211388	ACLOTINE 100UI INJ FV+FV5ML
9258088	ADVATE 1000 UI Pdre et Solv pour sol INJ 1
9258094	ADVATE 1500 UI Pdre et Solv pour sol INJ 1
9258102	ADVATE 250 UI Pdre et Solv pour sol INJ 1
9258119	ADVATE 500 UI Pdre et Solv pour sol INJ 1
9249907	ALDURAZYME 100 U/ML INJ FL
9275715	ALFALASTIN 33,33MG INJ FV+FV
9261771	ALIMTA 500MG PERF FL 1
9218261	AMBISOME 50MG PERF FL15ML
9232309	AMMONAPS 500MG CPR
9232315	AMMONAPS 940MG/G BUV FL266G
9233243	ARANESP 100MCG INJ SRG 0,5ML
9274609	ARANESP 100MCG INJ STYLO0,5ML
9233237	ARANESP 10MCG INJ SRG 0,4ML
9274590	ARANESP 10MCG INJ STYLO0,4ML
9233289	ARANESP 150 MCG INJ SRG 0,3 ML
9274621	ARANESP 150MCG INJ STYLO0,3ML
9233266	ARANESP 15MCG INJ FL 1ML
9233272	ARANESP 15MCG INJ SRG 0,375ML
9274615	ARANESP 15MCG INJ STYLO,375ML
9233295	ARANESP 20MCG INJ SRG 0,5ML
9274638	ARANESP 20MCG INJ STYLO0,5ML
9233303	ARANESP 25MCG INJ FL 1ML
9233332	ARANESP 300MCG INJ SRG 0,6ML
9274650	ARANESP 300MCG INJ STYLO0,6ML
9233326	ARANESP 30MCG INJ SRG 0,3ML
9274644	ARANESP 30MCG INJ STYLO0,3ML
9233349	ARANESP 40 MCG INJ FL 1ML
9233355	ARANESP 40MCG INJ SRG 0,4ML
9274667	ARANESP 40MCG INJ STYLO0,4ML
9250922	ARANESP 500MCG INJ SRG 1ML
9274696	ARANESP 500MCG INJ STYLO1ML
9233361	ARANESP 50MCG INJ SRG 0,5ML
9274673	ARANESP 50MCG INJ STYLO0,5ML
9233378	ARANESP 60MCG INJ FL 1ML
9233384	ARANESP 60MCG INJ SRG 0,3ML
9274704	ARANESP 60MCG INJ STYLO0,3ML
9233390	ARANESP 80MCG INJ SRG 0,4ML
9274710	ARANESP 80MCG INJ STYLO0,4ML
9261110	AVASTIN 25 MG/ML PERF FL 16 ML
9261104	AVASTIN 25 MG/ML PERF FL 4 ML
9200982	BENEFIX 1000UI INJ FL+FL
9200999	BENEFIX 250UI INJ FL+FL
9201007	BENEFIX 500UI INJ FL+FL
9233680	BEROMUN 1MG INJ FL+AMP
9232120	BETAFACT 50UI/ML INJ FV+FV10ML
9232137	BETAFACT 50UI/ML INJ FV+FV20ML
9232143	BETAFACT 50UI/ML INJ FV+FV5ML
9010750	BICNU INJ FL+AMP
9162460	BOTOX FL LYOPH 100IU
9289746	BOTOX FL LYOPH 50IU
9253381	BUSILVEX 6MG/ML INJ AMP10ML
9194460	CAELYX 2MG/ML PERF FL10ML
9229483	CAELYX 2MG/ML PERF FL25ML
9173311	CAMPTO 100MG/5ML PERF FL
9173328	CAMPTO 40MG/2ML PERF FL
9249089	CANCIDAS 50MG INJ FL

Liste médicaments coûteux
Enquête SSR 2007 - DHOS/F1

9249103 CANCIDAS 70MG INJ FL
9234053 CARBAGLU 200MG CPR DISP
9179029 CARDIOXANE 500MG INJ FL
9231818 CEPROTIN 1000UI/10ML INJ F+F
9231824 CEPROTIN 500UI/5ML INJ FL+FL
9219740 CEREZYME 400U INJ FL
9236891 CRIXIVAN 100MG GELULE
9180802 CRIXIVAN 200MG GELULE
9180819 CRIXIVAN 400MG GELULE
9184467 DAUNOXOME 50MG/25ML PERF FL
9261050 DEPOCYTE 50MG INJ FL 5 ML
9166966 DYSPORT FL LYOPH 500IU
9293593 ELAPRASE 2MG/ML PERF FL 3ML
9183077 ELOXATINE 100MG PERF FL
9183083 ELOXATINE 50MG PERF FL
9266550 ELOXATINE 5MG/ML PERF FL10ML
9266567 ELOXATINE 5MG/ML PERF FL20ML
9290637 ELOXATINE 5MG/ML PERF FL40ML
9256221 EMTRIVA 10MG/ML SOL BUV FL 170ML
9256238 EMTRIVA 200MG GELULE
9242615 ENBREL 25MG INJ FL+SRG +NEC
9295853 ENBREL 25MG INJ FL+SRG 0,5ML +NEC
9295876 ENBREL 25MG/ML PEDIA FL+SRG +NEC
9280024 ENBREL 50MG INJ FL
9270787 ENBREL 50MG INJ FL+SRG +NEC
9295882 ENBREL 50MG INJ SRG 1ML +NEC
9234225 ENDOBULINE 50MG/ML FL+FL100ML
9234248 ENDOBULINE 50MG/ML FL+FL200ML
9234254 ENDOBULINE 50MG/ML FL+FL50ML
9285300 EPIRUBICINE DKTP 100MG/50ML INJ NC
9285292 EPIRUBICINE DKTP 10MG/5ML INJ NC
9285263 EPIRUBICINE DKTP 200MG/100ML INJ NC
9285257 EPIRUBICINE DKTP 20MG/10ML INJ NC
9285286 EPIRUBICINE DKTP 50MG/25ML INJ NC
9284387 EPIRUBICINE INT 100MG/50ML INJ NC
9284370 EPIRUBICINE INT 10MG/5ML INJ NC
9284358 EPIRUBICINE INT 200MG/100ML INJ NC
9284341 EPIRUBICINE INT 20MG/10ML INJ NC
9284364 EPIRUBICINE INT 50MG/25ML INJ NC
9284329 EPIRUBICINE MAYNE 100MG/50ML INJ NC
9284312 EPIRUBICINE MAYNE 10MG/5ML INJ NC
9284335 EPIRUBICINE MAYNE 200MG/100ML INJ NC
9284306 EPIRUBICINE MAYNE 50MG/25ML INJ NC
9183195 EPIVIR 10MG/ML SOL BUV
9183203 EPIVIR 150MG CPR
9239228 EPIVIR 300MG CPR
9226303 EPREX 10 000U/ML INJ SRG 0,5ML
9147934 EPREX 10000U INJ FL1ML
9226326 EPREX 10000U/ML INJ SRG 0,6ML
9226332 EPREX 10000U/ML INJ SRG 0,7ML
9226349 EPREX 10000U/ML INJ SRG 0,8ML
9226355 EPREX 10000U/ML INJ SRG 0,9ML
9147934 EPREX 10000U/ML INJ SRG1ML
9167440 EPREX 10000UI/ML INJ SRG1ML
9160314 EPREX 1000U INJ FL0,5ML
9165168 EPREX 1000U INJ SRG 0,5ML
9147940 EPREX 2000U INJ FL1ML
9165174 EPREX 2000U INJ SRG 0,5ML
9165180 EPREX 3000U INJ SRG 0,3ML
9207719 EPREX 40 000U INJ FL1ML

Liste médicaments coûteux
Enquête SSR 2007 - DHOS/F1

9284476 EPREX 40000UI INJ SOL INJ SER 0,5ML
9284482 EPREX 40000UI INJ SOL INJ SER 1ML
9147957 EPREX 4000U INJ FL1ML
9165197 EPREX 4000U INJ SRG 0,4ML
9260599 ERBITUX 2 mg/ml INJ FL 50 ml
9172607 ETHYOL 500MG INJ FL
9219390 ETHYOL 50MG/ML INJ FL
9294954 EVOLTRA 1MG/ML PERF FL 20 ML
9235058 FABRAZYME 35MG PERF FL20ML
9225918 FACTANE 100UI/ML FV+FV10ML
9225924 FACTANE 100UI/ML FV+FV2,5ML
9225930 FACTANE 100UI/ML FV+FV5ML
9170169 FACTEUR VII LFB 500UI FV+FV
9145332 FARMORUBICINE 10MG LYOT DR FL
9202834 FARMORUBICINE 10MG SOL FP5ML
9145349 FARMORUBICINE 10MG SOL FV5ML
9153857 FARMORUBICINE 150MG LYOT FL
9202857 FARMORUBICINE 200MG FP100ML
9182480 FARMORUBICINE 200MG FV100ML
9202840 FARMORUBICINE 20MG SOL FP10ML
9145355 FARMORUBICINE 20MG SOL FV10ML
9145361 FARMORUBICINE 50MG LYOT DR FL
9202863 FARMORUBICINE 50MG SOL FP25ML
9145378 FARMORUBICINE 50MG SOL FV25ML
9261073 FASLODEX 250MG/5 ML INJ SRG + A
9239116 FASTURTEC 1,5MG/ML FL+A.1ML
9239381 FASTURTEC 1,5MG/ML FL+A.5ML
9179650 FEIBA 1000U INJ FL+FL +NEC
9179667 FEIBA 500U INJ FL+FL +NEC
9184881 FLOLAN 0,5MG INJ FL+FL
9202886 FLOLAN 1,5MG INJ FL+FL
9240757 FLUDARA 10MG CPR
9171341 FLUDARA 50MG INJ FL
9247357 FUZEON FL LYO +SOLV 90MG/1ML 2ML A/C
9199078 GAMMAGARD 50MG/ML FL+FL100ML
9199055 GAMMAGARD 50MG/ML FL+FL200ML
9199061 GAMMAGARD 50MG/ML FL+FL50ML
9271781 GAMMANORM 165MG/ML INJ 1,65 G
9275282 GAMMMANORM 50MG/ML FL+FL100ML
9275299 GAMMMANORM 50MG/ML FL+FL200ML
9182190 GEMZAR 1000MG LYOT INJ FL
9182209 GEMZAR 200MG LYOT INJ FL
9212264 GLIADEL 7,7MG IMPL SACH
9224994 HELIXATE NEXGEN 500UI F+F+NEC
9224971 HELIXATE NEXGEN 1000UI F+F+NEC
9224988 HELIXATE NEXGEN 250UI F+F+NEC
9170175 HEMOLEVEN 1000U INJ FV+FV
9220097 HERCEPTIN 150MG INJ FL
9251092 HUMIRA 40MG INJ SRG 0,8ML +T.
9187023 HYCAMTIN 4MG PERF FL5ML
9250767 INDUCTOS 12MG KIT PR IMPLANT.
9227573 INSUPLANT 400 UI INJ FL 10 ML
9181664 INVIRASE 200MG GELULE
9275891 INVIRASE 500MG CPR
9233208 IVHEBEX 5000UI INJ FV+FV
9229141 KALETRA 133,3MG/33,3MG CAPSULE
9286995 KALETRA 200MG/50MG CPR
9229158 KALETRA 80MG/20MG/ML SOL BUV FL 60ML
9170442 KASKADIL INJ FV+FV10ML
9170459 KASKADIL INJ FV+FV20ML

Liste médicaments coûteux
Enquête SSR 2007 - DHOS/F1

9279038 KEPIVANCE 6,25MG ING FL
9282715 KIOVIG 100 MG/ML INJ F+F 100ML
9282709 KIOVIG 100 MG/ML INJ F+F 10ML
9284890 KIOVIG 100 MG/ML INJ F+F 200ML
9282721 KIOVIG 100 MG/ML INJ F+F 25ML
9282738 KIOVIG 100 MG/ML INJ F+F 50ML
9224758 KOGENATE BAYER 1000UI INJ FL+FL
9264663 KOGENATE BAYER 1000UI INJ FL+S.
9224764 KOGENATE BAYER 250UI INJ FL+FL
9264686 KOGENATE BAYER 250UI INJ FL+S.
9224770 KOGENATE BAYER 500UI INJ FL+FL
9264692 KOGENATE BAYER 500UI INJ FL+S.
9168014 LEUSTATINE 10MG INJ FV10ML
9170583 LIORESAL INTRATHEC AMP INJ .05MG 1ML
9177177 LIPIOCIS INJ FL2ML
9271456 LITAK 2 MG/ML INJ FL 5 ML
9055511 LYMPHOGLOBULINE INJ FL5ML
9236388 MABCAMPATH 10MG/ML INJ AMP
9273981 MABCAMPATH 30MG/ML INJ FV
9197702 MABTHERA 100MG PERF FL10ML
9197719 MABTHERA 500MG PERF FL50ML
9160490 METASTRON INJ FL4ML
9169321 MONOCLATE 1000UI INJ F+F+NEC
9169344 MONOCLATE 500UI INJ FL+FL+NEC
9181670 MONONINE 1000UI INJ FL+FL+NEC
9181687 MONONINE 500UI INJ FL+FL+NEC
9137580 MUPHORAN 208MG INJ FL+AMP
9233697 MYOCET 50MG PERF FL+FL+FL
9287196 NAGLAZYME 1MG/ML PERF FL5ML
9137172 NAVELBINE 10MG INJ FV1ML
9230380 NAVELBINE 20MG CAPS
9230397 NAVELBINE 30MG CAPS
9137189 NAVELBINE 50MG INJ FV5ML
9193940 NEORECORMON 100 000 INJ FL+AMP
9201094 NEORECORMON 1000 INJ SRG
9193928 NEORECORMON 10000 INJ CART.
9201102 NEORECORMON 10000 INJ SRG
9201119 NEORECORMON 2000 INJ SRG
9199173 NEORECORMON 20000 INJ CART.
9201125 NEORECORMON 20000 INJ SRG
9201131 NEORECORMON 3000 INJ SRG
9255718 NEORECORMON 30000 INJ SRG 1
9227900 NEORECORMON 4000 INJ SRG
9193992 NEORECORMON 500 INJ FL+AMP
9201148 NEORECORMON 500 INJ SRG
9201154 NEORECORMON 5000 INJ SRG
9194023 NEORECORMON 50000 INJ FL+AMP
9227917 NEORECORMON 6000 INJ SRG
9227923 NEORECORMON 60000 INJ CART.
9230693 NEUROBLOC 10 000 ui/2ml sol inj
9230670 NEUROBLOC 2500UI/0,5mlsol inj
9230687 NEUROBLOC 5000UI/1ml sol inj
9160509 NIPENT 10MG INJ FL
9211425 NORVIR 100MG CAPSULE
9183976 NORVIR 80MG/ML SOL BUV
9181753 NOVOSEVEN 120KUI INJ FL+FL
9181776 NOVOSEVEN 240KUI INJ FL+FL
9181782 NOVOSEVEN 60KUI INJ FL+FL
9248144 OCTAFIX 100UI/ML INJ F+F10ML
9248150 OCTAFIX 100UI/ML INJ F+F5ML

Liste médicaments coûteux
Enquête SSR 2007 - DHOS/F1

9212488 OCTAGAM 50MG/ML INJ FL100ML
9212494 OCTAGAM 50MG/ML INJ FL200ML
9231669 OCTAGAM 50MG/ML INJ FL20ML
9212502 OCTAGAM 50MG/ML INJ FL50ML
9290413 OCTANATE 100 UI/ML INJ. F+F 10ML
9290436 OCTANATE 50 UI/ML INJ. F+F 10ML
9290442 OCTANATE 50 UI/ML INJ. F+F 5ML
9271798 OCTAPLEX INJ FL+FL+NEC
9283904 OSIGRAFT 3,5MG INJ FL
9281087 OXALIPLATINE DKT 100MG PDR INJ NC
9281101 OXALIPLATINE DKT 100MG/20ML INJ NC
9281070 OXALIPLATINE DKT 50MG PDR INJ NC
9281093 OXALIPLATINE DKT 50MG/10ML INJ NC
9281124 OXALIPLATINE WTR 100MG PDR INJ NC
9281147 OXALIPLATINE WTR 100MG/20ML INJ NC
9281118 OXALIPLATINE WTR 50MG PDR INJ NC
9281130 OXALIPLATINE WTR 50MG/10ML INJ NC
9282744 PACLITAXEL DKT 6MG/ML 16,7ML
9282750 PACLITAXEL DKT 6MG/ML FL25ML
9282773 PACLITAXEL DKT 6MG/ML FL50ML
9282767 PACLITAXEL DKT 6MG/ML FL5ML
9284499 PACLITAXEL MKG 6MG/ML 16,7ML
9284507 PACLITAXEL MKG 6MG/ML FL25ML
9284536 PACLITAXEL MKG 6MG/ML FL50ML
9284513 PACLITAXEL MKG 6MG/ML FL5ML
9290459 PACLITAXEL RTP 6 MG/ML FL 16,7ML
9290471 PACLITAXEL RTP 6 MG/ML FL 50ML
9290465 PACLITAXEL RTP 6 MG/ML FL 5ML
9278116 PACLITAXEL TCV 6MG/ML FL5ML
9278091 PACLITAXEL TVC 6 MG/ML 16,7 ML
9163577 PACLITAXEL TVC 6 MG/ML FL 5 ML
9278122 PACLITAXEL TVC 6 MG/ML FL 50 ML
9259001 PAXENE 6MG/ML PERF FL16,7ML
9228555 PAXENE 6MG/ML PERF FL25ML
9259018 PAXENE 6MG/ML PERF FL50ML
9228561 PAXENE 6MG/ML PERF FL5ML
9261920 PHOTOBARR 15 MG INJ FL
9261937 PHOTOBARR 75 MG INJ FL
9194046 PHOTOFRIN 15MG INJ FL
9194052 PHOTOFRIN 75MG INJ FL
9295008 PREZISTA 300MG CPR
9233214 PROLEUKIN 18M UI INJ FL
9233220 PROLEUKIN 18M UI INJ PERF FL
9234047 PROTEXEL 50UI/ML INJ FV+FV
9202018 QUADRAMET INJ FL15ML
9250980 RECOMBINATE 1000UI INJ F+F+BJ
9250997 RECOMBINATE 250UI INJ F+F+BJ
9251005 RECOMBINATE 500UI INJ F+F+BJ
9210087 REFACTO 1000UI INJ FL+FL +NEC
9250566 REFACTO 2000UI INJ FL+FL +NEC
9210093 REFACTO 250UI INJ FL+FL +NEC
9210101 REFACTO 500UI INJ FL+FL +NEC
9213737 REMICADE 100MG PERF FL
9271545 REMODULIN 10MG/ML PERF FV 20 ML
9271539 REMODULIN 1MG/ML PERF FV 20 ML
9271551 REMODULIN 2,5MG/ML PERF FV 20 ML
9271568 REMODULIN 5MG/ML PERF FV 20 ML
9238861 REPLAGAL 1MG/ML PERF FL3,5ML
9269034 REPLAGAL MG / ML PERF FL1ML
9119659 RETROVIR 100MG GELULE

Liste médicaments coûteux
Enquête SSR 2007 - DHOS/F1

9119659 RETROVIR 100MG GELULE
9154182 RETROVIR 100MG/10ML SOL BUV
9261908 RETROVIR 100MG/10ML SOL BUV NN
9124442 RETROVIR 250MG GELULE
9192432 RETROVIR 300MG CPR
9258697 REYATAZ 150MG GELULE
9258705 REYATAZ 200MG GELULE
9268052 REYATAZ 50MG/1,5G PDR ORALE NC
9284097 SANDOGLOBULINE 120MG/ML FL100ML
9284105 SANDOGLOBULINE 120MG/ML FL50ML
9281360 SANDOGLOBULINE 12G INJ FL+FL
9175511 SANDOGLOBULINE 1G INJ FL
9281377 SANDOGLOBULINE 3G INJ FL+FL
9281383 SANDOGLOBULINE 6G INJ FL+FL
9269235 SUBCUVIA 160MG/ML INJ FV 0,8 G
9269229 SUBCUVIA 160MG/ML INJ FV 1,6 G
9275307 SUBCUVIA 160MG/ML INJ FV 16 G
9275313 SUBCUVIA 160MG/ML INJ FV 32 G
9212011 SUSTIVA 100MG GELULE
9201065 SUSTIVA 200MG GELULE
9241082 SUSTIVA 30MG/ML SOL BUV
9212028 SUSTIVA 50MG GELULE
9240562 SUSTIVA 600MG CPR
9189944 TAXOL 6MG/ML INJ FL17ML
9262919 TAXOL 6MG/ML INJ FL25ML
9219467 TAXOL 6MG/ML INJ FL50ML
9163577 TAXOL 6MG/ML INJ FL5ML
9178082 TAXOTERE 20MG INJ FL+FL
9178099 TAXOTERE 80MG INJ FL+FL
9182853 TEGELINE 5G/100ML INJ FV+FV
9182824 TEGELINE 0,5G/10ML INJ FV+FV
9182830 TEGELINE 10G/200ML INJ FV+FV
9182847 TEGELINE 2,5G/50ML INJ FV+FV
9264930 TELZIR 50MG/ML SUSP BUV
9261966 TELZIR 700MG CPR
9143534 THEPRUBICINE 10MG INJ FL+A.
9143540 THEPRUBICINE 20MG INJ FL+A.
9143557 THEPRUBICINE 50MG INJ FL+FL
9109000 THYMOGLOBULINE INJ FL+FL
9206921 THYROGEN 0,9MG INJ FL
9275879 TIPRANAVIR BOEHRINGER 250MG CAP NSFP
9182066 TOMUDEX 2MG INJ FL
9242911 TRISENOX 1MG/ML INJ AMP10ML
9293340 TYSABRI 300MG PERF FL15ML
9260010 VELCADE 3,5MG INJ FL 1
9297467 VENTAVIS 10MCG/ML NEB A.1ML
9256965 VENTAVIS 10MCG/ML NEB A.2ML
9240125 VFEND 200MG INJ FL
9153691 VIDEX 100MG CPR
9217362 VIDEX 125MG GELULE
9153716 VIDEX 150MG CPR
9217379 VIDEX 200MG GELULE
9217385 VIDEX 250MG GELULE
9153722 VIDEX 25MG CPR
9157364 VIDEX 2G PDR ORALE
9217391 VIDEX 400MG GELULE
9185923 VIDEX 4G PDR ORALE NSFP
9153739 VIDEX 50MG CPR
9297094 VINORELBINE TVC 10MG/ML FL 1ML
9297102 VINORELBINE TVC 10MG/ML FL 5ML

Liste médicaments coûteux
Enquête SSR 2007 - DHOS/F1

9223730	VIRACEPT 250MG CPR PELLICULE
9196424	VIRACEPT 50MG/G PDR ORALE FL 144G
9196476	VIRAMUNE 200MG CPR
9203383	VIRAMUNE 50MG/5ML SUSP BUV
9236247	VIREAD 245MG CPR
9274199	VIVAGLOBIN 160 MG/ML AMP 0,8 G
9280432	VIVAGLOBIN 160 MG/ML AMP 8 G
9280426	VIVAGLOBIN 160MG/ML AMPL 0,8 G
9280403	VIVAGLOBIN 160MG/ML AMPL 1,6 G
9274207	VIVAGLOBIN 160MG/ML AMPL 16 G
9255463	WILFACTIN 100UI/ML INJ FL+FL 1
9255486	WILSTART 1000UI/ML INJ FL+FL 1
9242348	XIGRIS 20MG INJ FL
9241604	XIGRIS 5MG INJ FL
9251235	YTRACIS SOL FL2ML
9208624	ZAVEDOS 10MG GELU
9153395	ZAVEDOS 10MG LYOT INJ FL
9208630	ZAVEDOS 25MG GELU
9208647	ZAVEDOS 5MG GELU
9153403	ZAVEDOS 5MG LYOT INJ FL
9246725	ZAVESCA 100MG GELU
9177579	ZERIT 15MG GELULE
9185946	ZERIT 200MG PDR ORALE
9177585	ZERIT 20MG GELULE
9177591	ZERIT 30MG GELULE
9177616	ZERIT 40MG GELULE
9258504	ZEVALIN 1,6MG/ML TROUS FL 4
9212548	ZIAGEN 20MG/ML SOL BUV
9211359	ZIAGEN 300MG CPR

ANNEXE C

Liste complémentaire des médicaments coûteux
Enquête SSR 2007 - DHOS/F1

9004790;ANDROCUR 50MG CPR 20
9006062;ARACYTINE 100MG PDR ET SOL INJ 1
9024114;DEBRIDAT 50MG/5ML SOL INJ
9032869;ESTRACYT 140MG GELULE 100
9036689;FUNGIZONE 50MG PDR INJ
9049077;KIDROLASE 10000UI/2,5ML PDR ET SOL 1
9054322;LIORESAL 10MG CPR 50
9093109;TICARPEN 5 G, POUDDRE POUR SOLUTION INJECTABLE (IV)
9104497;FORTUM 1 G, POUDDRE POUR SOLUTION INJECTABLE (IM-IV)
9106289;FORTUM 250 MG ENFANTS ET NOURRISSONS, POUDDRE POUR SOLUTION
INJECTABLE (IM, IV)
9106295;FORTUM 500 MG ENFANTS ET NOURRISSONS, POUDDRE POUR SOLUTION
INJECTABLE (IM, IV)
9109402;DECAPEPTYL LP 3,75 MG, POUDDRE ET SOLVANT POUR SUSPENSION INJECTABLE
(IM), FORME A LIBERATION PROLONG
9109419;DECAPEPTYL 0,1MG PDR ET SOL INJ 7
9119665;TIENAM 250 MG/250 MG, POUDDRE POUR PERFUSION
9119671;TIENAM 500 MG/500 MG, POUDDRE POUR PERFUSION
9120651;ELDISINE 1MG PDR INJ
9120668;ELDISINE 4MG PDR INJ
9121544;LOVENOX 2000UI AXA/0,2ML SOL INJ SER 2/,2 ML
9121550;LOVENOX 4000UI AXA/0,4ML SOL INJ SER 2/,4 ML
9121828;FOSFOCINE 1 G I.V., POUDDRE ET SOLUTION POUR PREPARATION INJECTABLE
9121834;FOSFOCINE 4 G I.V., POUDDRE ET SOLUTION POUR PREPARATION INJECTABLE
POUR PERFUSION
9122294;LOVENOX 2000UI AXA/0,2ML INJ AM 2/,2 ML
9122302;LOVENOX 200 MG/2 ML, SOLUTION INJECTABLE EN FLACON MULTIDOSE
9122319;LOVENOX 4000UI AXA/0,4ML INJ AM 2/,4 ML
9122325;LOVENOX 500 MG/5 ML, SOLUTION INJECTABLE EN FLACON MULTIDOSE
9123046;ARACYTINE 500 MG, LYOPHILISAT POUR USAGE PARENTERAL
9123201;ZANOSAR 1G PDR INJ
9124258;CIFLOX 200 MG/100 ML, SOLUTION INJECTABLE POUR PERFUSION (IV)
9124904;ARACYTINE 1 G, LYOPHILISAT POUR USAGE PARENTERAL (IV)
9124910;ARACYTINE 2 G, LYOPHILISAT POUR USAGE PARENTERAL
9125157;TARGOCID 100MG/1,8ML PDR ET SOL INJ
9125163;TARGOCID 200MG/3,2ML PDR ET SOL INJ
9125186;TARGOCID 400MG/3,2ML PDR ET SOL INJ
9126079;GLYPRESSINE 1 MG/5 ML, POUDDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE
(IV)
9128813;AZACTAM 1 G, POUDDRE ET SOLUTION POUR USAGE PARENTERAL
9130218;TRIFLUCAN 50MG GELULE 7
9130922;ZOLADEX 3,6MG IMPLANT INJ 1
9130945;CYMEVAN 500MG PDR INJ
9132074;ENANTONE LP 3,75MG/2ML PDR+SOL INJ 1/44,15 MG
9137172;NAVELBINE 10MG INJ FV1ML
9137769;FUCIDINE 500 MG, POUDDRE ET SOLUTION POUR USAGE PARENTERAL A DILUER
9142492;ZOPHREN 4MG/2ML SOL INJ 1/2 ML
9142500;ZOPHREN 8MG/4ML SOL INJ 1/4 ML
9142517;ZOPHREN 4MG CPR 2
9142523;ZOPHREN 8MG CPR 2
9144315;TRIFLUCAN 100MG GELULE 7
9144321;TRIFLUCAN 2MG/ML SOL INJ 100ML
9144338;TRIFLUCAN 2MG/ML SOL INJ 50ML
9149347;HOLOXAN 1000MG PDR INJ
9150155;FOSCAVIR 6 G/250 ML, SOLUTION INJECTABLE POUR PERFUSION EN FLACON
9150304;LOVENOX 10000 UI anti-Xa/1 ML, SOLUTION INJECTABLE (SC) EN AMPOULE
9150310;LOVENOX 6000 UI anti-Xa/0,6 ML, SOLUTION INJECTABLE (SC) EN AMPOULE
9150327;LOVENOX 8000 UI anti-Xa/0,8 ML, SOLUTION INJECTABLE (SC) EN AMPOULE
9150830;INNOHEP 20000 U.I. anti-Xa/2 ML, SOLUTION INJECTABLE (S.C.) EN
FLACON
9150853;INNOHEP 2500UI AXA/0,25ML SOL INJ 2/,25 ML
9150882;INNOHEP 3500UI AXA/0,35ML SOL INJ 2/,35 ML
9151114;NEUPOGEN 30 MU (0,3 MG/ML), SOLUTION INJECTABLE EN FLACON
9151120;NEUPOGEN 48 MU (0,3 MG/ML), SOLUTION INJECTABLE EN FLACON
9151143;DICODIN LP 60MG CPR 20
9153515;LEDERTREXATE 5000 MG/200 ML, SOLUTION INJECTABLE EN FLACON
9153521;LYTOS 300 MG/10 ML, SOLUTION INJECTABLE POUR PERFUSION EN AMPOULE
9154354;FORTUM 2 G, POUDDRE POUR SOLUTION INJECTABLE (IV)

9154957;TAZOCILLINE 2 G/250 MG, POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION
9154963;TAZOCILLINE 4 G/500 MG, POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION
9157329;SPORANOX 100 MG, GELULE
9158808;LYTOS 400MG GELULE 60
9160461;ILOMEDINE 0,1 MG/1 ML, SOLUTION INJECTABLE POUR PERFUSION
9160662;TIENAM 500 MG, POUDRE ET SOLUTION POUR USAGE PARENTERAL (IM)
9161644;AXEPIM 0,5 G, POUDRE POUR USAGE PARENTERAL
9161650;AXEPIM 1 G, POUDRE POUR USAGE PARENTERAL
9161667;AXEPIM 2 G, POUDRE POUR USAGE PARENTERAL
9162448;GRANOCYTE 34 MILLIONS UI, POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION
INJECTABLE OU POUR PERFUSION
9163548;LOVENOX 10000UI AXA/1ML SOL INJ SER 10/1 ML
9163554;LOVENOX 6000UI AXA/0,6ML SOL INJ SER 10/,6 ML
9163560;LOVENOX 8000UI AXA/0,8ML SOL INJ SER 10/,8 ML
9164074;GENOTONORM 12MG/1ML PDR ET SOL INJ 1/1 ML
9164708;HIVID 0,375MG CPR NSFP
9164714;HIVID 0,75MG CPR NSFP
9164832;PULMOZYME 2500 U/2,5 ML, SOLUTION POUR INHALATION PAR NEBULISEUR
9167440;EPREX 10000UI/ML INJ SRG1ML
9169752;ALBUMINE LFB 4 POUR CENT, SOLUTION INJECTABLE
9170324;ALBUMINE LFB 20 POUR CENT NOUVEAUX-NES ET NOURRISSONS, SOLUTION
INJECTABLE
9170583;LIORESAL INTRATHEC AMP INJ .05MG 1ML
9170608;LIORESAL INTRATHEC AMP INJ 10MG 20ML
9170614;LIORESAL INTRATHEC AMP INJ 10MG 5ML
9171312;SOMATULINE LP 30MG/2ML PDR + SOL INJ 1
9175304;HOLOXAN 2000MG PDR INJ
9176462;CASODEX 50MG CPR 30
9176901;DECAPEPTYL LP 3MG PDR ET SOL INJ 1
9177007;RISPERDAL 1MG CPR 60
9177013;RISPERDAL 2MG CPR 60
9179992;NEORAL 100MG/ML SOL BUV FL 50ML 1/50 ML
9180015;NEORAL 50MG CAPSULE 60
9180038;PROGRAF 5MG GELULE 50
9180831;NORVIR 100MG GELULE 336
9182043;BETAFERON 0,25MG/ML PDR ET SOL INJ 15
9182132;CELLCEPT 250MG GELULE 100
9182149;CELLCEPT 500MG CPR 50
9182882;GRANOCYTE 13 MILLIONS UI, POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION
INJECTABLE OU POUR PERFUSION
9183060;ZOLADEX 10,8MG IMPLANT INJ 1
9183947;ORGARAN 750U AXa/0,6ML SOL INJ
9184645;INNOHEP 10000UI AXA/0,5ML SOL INJ 10/,5 ML
9184651;INNOHEP 14000UI AXA/0,7ML SOL INJ 10/,7 ML
9184668;INNOHEP 18000UI AXA/0,9ML SOL INJ 10/,9 ML
9184674;INNOHEP 40000 U.I. anti-Xa/2 ML, SOLUTION INJECTABLE (S.C.) EN
FLACON
9184869;DIGIDOT 80 MG, POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION
9185610;LYTOS 520MG CPR 30
9186012;ARELIA 60MG/10ML PDR ET SOL INJ
9186029;ARELIA 90MG/10ML PDR ET SOL INJ
9186147;MILTEX 6 POUR CENT (0,6 G/10 ML), SOLUTION POUR APPLICATION CUTANEE
EN FLACON
9186294;RILUTEK 50MG CPR 56
9186348;WELLVONE 750 MG/5 ML, SUSPENSION BUVABLE
9186408;DECAPEPTYL LP 11,25MG PDR+SOL INJ 1
9186466;FEMARA 2,5MG CPR 30
9187218;TIENAM 500 MG, POUDRE POUR PERFUSION AVEC SYSTEME DE TRANSFERT POUR
POCHE
9187626;ENANTONE LP 11,25MG/2ML PDR+SOL INJ 1/130 MG
9189660;VIRACEPT 250MG CPR 270
9189708;CIFLOX 400 MG/200 ML, SOLUTION INJECTABLE POUR PERFUSION (IV)
9190143;GRANOCYTE 13 0,105MG/1ML PDR ET SOL 1
9190166;GRANOCYTE 34 0,263MG/1ML PDR ET SOL 1
9190605;METHOTREXATE TEVA 10 POUR CENT (5 G/50 ML), SOLUTION INJECTABLE
9191622;INNOHEP 4500UI AXA/0,45ML SOL INJ 2/,45 ML
9191846;SOMATOSTATINE UCB 6 MG, LYOPHILISAT ET SOLUTION POUR SOLUTION
INJECTABLE
9191993;AVONEX 0,03MG/0,5ML SOL INJ SER 4/,5 ML
9192314;CELLTOP 100 MG, CAPSULE
9192320;CELLTOP 25 MG, CAPSULE
9193756;DUROGESIC 100MICROG/H DISP TRANSDERM 5

9193762;DUROGESIC 25MICROG/H DISP TRANSDERM 5
9193779;DUROGESIC 50MICROG/H DISP TRANSDERM 5
9193785;DUROGESIC 75MICROG/H DISP TRANSDERM 5
9193816;ZYPREXA 10MG CPR 28
9193822;ZYPREXA 5MG CPR 28
9193839;ZYPREXA 7,5MG CPR 28
9193880;NEUPOGEN 30 (0,3 MG/ML), SOLUTION INJECTABLE EN SERINGUE PREREMPLIE
9193897;NEUPOGEN 48 MU (0,3 MG/ML), SOLUTION INJECTABLE EN SERINGUE
PREREMPLIE
9194477;CIFLOX 200 MG/100 ML, SOLUTION POUR PERFUSION EN POCHE
9194738;MERONEM 1 G, POUFRE POUR SOLUTION INJECTABLE (IV)
9195749;VANCOMYCINE MKG 500MG PDR INJ
9196039;ARICEPT 10MG CPR 28
9196045;ARICEPT 5MG CPR 28
9196223;RISPERDAL 4MG CPR 30
9198073;ZOPHREN 4MG/5ML SIROP 1/50 ML
9199291;TRIFLUCAN 50MG/5ML PDR ORALE 1/24,4 G
9199859;SPORANOX 10 MG/ML, SOLUTION BUVABLE
9200539;SANDOSTATINE LP 30MG/2ML PDR ET SOL 1
9200692;COMBIVIR CPR
9200700;TESLASCAN 0,01 MMOL/ML, SOLUTION POUR PERFUSION
9201102;NEORECORMON 10000 INJ SRG
9201154;NEORECORMON 5000 INJ SRG
9201438;RISPERDAL 0,1% SOL BUV FL 60ML 1/60 ML
9201728;RISPERDAL 0,1% SOL BUV FL 120ML 1/120 ML
9202171;FORTOVASE 200MG CAPSULE NSFP
9203058;TEMODAL 100MG GELULE
9203064;TEMODAL 20MG GELULE
9203070;TEMODAL 250MG GELULE
9203087;TEMODAL 5MG GELULE
9203868;ZOPHREN 4MG LYOPHILISAT ORAL 2
9203874;ZOPHREN 8MG LYOPHILISAT ORAL 2
9204626;XELODA 150 MG, COMPRIME PELLICULE
9204632;XELODA 500 MG, COMPRIME PELLICULE
9205264;FORTUMSET 1 G, POUFRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION (IV)
9205270;FORTUMSET 2 G, POUFRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION (IV)
9206938;REBIF 22MICROGR/0,5ML SOL INJ 12/,5 ML
9208802;CELLCEPT 500 MG, POUFRE POUR SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION
9208914;VENOFER 100MG/5ML SOL INJ
9209339;LOVENOX 30 000 UI anti-Xa/3 ML, SOLUTION INJECTABLE EN FLACON
MULTIDOSE
9209440;TAVANIC 5 MG/ML, SOLUTION POUR PERFUSION
9212040;ZOPHREN 16MG SUPPO 1
9212301;MAGNEVIST SOL INJ FV 30ML 1/30 ML
9212525;ZEFFIX 100MG CPR
9212531;ZEFFIX 5MG/ML SOL BUV FL 240ML
9213312;GENOTONORM 5,3MG/1ML PDR ET SOL INJ 1/1 ML
9213743;SYNAGIS 100MG/1ML PDR ET SOL INJ
9213766;SYNAGIS 50MG/1ML PDR ET SOL INJ
9213878;REBIF 44MICROGR/0,5ML SOL INJ 12/,5 ML
9214599;AGENERASE 150MG CAPSULE NSFP
9220660;RENAGEL 403 MG, GELULE
9221725;VISUDYNE 15MG PDR INJ 1/10 ML
9222015;VIRAFERONPEG 0,050MG/0,5ML INJ + NEC
9222788;BOTOX 100 UNITES ALLERGAN, POUFRE POUR SOLUTION INJECTABLE
9223581;AGENERASE 15MG/ML SOL BUV
9223598;AGENERASE 50MG CAPSULE
9224793;NORDITROPINE SIMPLEXX 15MG/1,5ML INJ 1/1,5 ML
9225901;TRIZIVIR CPR
9225976;KEPPRA 500MG CPR 60
9226349;EPREX 10000U/ML INJ SRG 0,8ML
9227030;TOBI 300 MG/5 ML, SOLUTION POUR INHALATION PAR NEBULISEUR
9227366;REGANEX 0,01% GEL TUBE 15G 1/15 G
9227538;KEPPRA 250MG CPR 60
9227596;LANTUS 100UI/ML SOL INJ 5/3 ML
9227610;LANTUS 100UI/ML OPTISET SOL INJ 5/3 ML
9228029;OLICLINOMEL N4-550 E INJ 1L 6/1 L
9228124;OLICLINOMEL N5-800 E, EMULSION POUR PERFUSION
9228288;OLICLINOMEL N7-1000 E INJ 1L 6/1 L
9228294;OLICLINOMEL N7-1000 E INJ 1,5L 4/1,5 L
9228762;ZOMETA 4MG PDR ET SOL INJ 1
9233504;METHOTREXATE MERCK 25 MG/ML, SOLUTION INJECTABLE

9233527;ZYVOXID 2MG/ML SOL INJ
9233533;ZYVOXID 600MG CPR
9233786;ACTIQ 400 MICROGRAMMES CPR 3
9235176;THALIDOMIDE LAPHAL 100MG GELULE
9235354;SOMATULINE LP 120MG/0,5ML SOL INJ 1/,5 ML
9235360;SOMATULINE LP 60MG/0,3ML SOL INJ 1/,3 ML
9235377;SOMATULINE LP 90MG/0,3ML SOL INJ 1/,3 ML
9236158;ANDROCUR 100MG CPR 60
9236307;ZYPREXA VELOTAB 10 MG, COMPRIME ORODISPERSIBLE
9236313;ZYPREXA VELOTAB 15 MG, COMPRIME ORODISPERSIBLE
9236336;ZYPREXA VELOTAB 20 MG, COMPRIME ORODISPERSIBLE
9236342;ZYPREXA VELOTAB 5 MG, COMPRIME ORODISPERSIBLE
9236359;ZYPREXA 10 MG, POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE
9236566;CELLCEPT 1 G/5 ML, POUDRE POUR SUSPENSION BUvable
9236655;NOVOMIX 30 FLEXPEN 100U/ML STYLO 5/3 ML
9236678;NOVOMIX 30 PENFILL 100U/ML SUSP INJ 5/3 ML
9237755;AMETYCINE 40MG PDR PR IRRIG VESICALE 1
9238275;ARIXTRA 2,5MG/0,5ML SOL INJ 2/,5 ML
9238619;EBIXA 10MG CPR 56
9238648;EBIXA 10MG/G SOL BUV FL 50G 1/50 G
9238938;LANTUS 100UI/ML SOL INJ FL 1/10 ML
9239004;CASPOFUNGIN MSD 50 MG, POUDRE POUR SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION
9239984;PAMIDRONATE FDG 15MG/5ML SOL INJ
9239990;PAMIDRONATE FDG 60MG/10ML SOL INJ
9240007;PAMIDRONATE FDG 90MG/10ML SOL INJ
9240013;TRACLEER 125MG CPR
9240036;TRACLEER 62,5MG CPR
9240131;VFEND 200MG CPR
9240148;VFEND 50MG CPR
9241047;PEGASYS 135 MICROG/0,5ML SOL INJ
9241076;PEGASYS 180 MICROG/0,5ML SOL INJ
9241863;VIRAFERONPEG 0,100MG/0,5ML INJ STYLO
9241917;VIRAFERONPEG 0,080MG/0,5ML INJ STYLO
9243419;VIALEBEX 200 MG/ML, SOLUTION POUR PERFUSION
9243425;VIALEBEX 200 MG/ML, SOLUTION POUR PERFUSION
9243709;TRIFLUCAN 200MG/5ML PDR ORALE 1/24,4 G
9246398;ROVALCYTE 450MG CPR 60
9246642;HEPSERA 10MG CPR
9247601;OSTEPAM 15MG/1ML SOL INJ AMP NSFP
9247630;OSTEPAM 90MG/6ML SOL INJ AMP NSFP
9248109;OCTALBINE 200 MG/ML, SOLUTION POUR PERFUSION
9248167;RENAGEL 800MG CPR 180
9248204;NEULASTA 6MG SOL INJ 1
9250141;PAMIDRONATE MKG 15MG/1ML SOL INJ
9250170;PAMIDRONATE MKG 90MG/6ML SOL INJ
9250187;COPEGUS 200MG CPR
9250922;ARANESP 500MCG INJ SRG 1ML
9251092;HUMIRA 40MG INJ SRG 0,8ML +T.
9251399;ZYVOXID 100MG/5ML GRANULES
9255888;ZOMETA 4MG/5ML SOL INJ
9257551;RISPERDALCONSTA LP 25 MG/2 ML, POUDRE ET SOLVANT POUR SUSPENSION
INJECTABLE A LIBERATION PROLONGEE E
9257568;RISPERDALCONSTA LP 37,5 MG/2 ML, POUDRE ET SOLVANT POUR SUSPENSION
INJECTABLE A LIBERATION PROLONGEE
9257574;RISPERDALCONSTA LP 50 MG/2 ML, POUDRE ET SOLVANT POUR SUSPENSION
INJECTABLE A LIBERATION PROLONGEE E
9259745;NEUPOGEN 48 MU (0,96 MG/ML), SOLUTION INJECTABLE EN SERINGUE
PREREMPLIE
9259797;STALEVO 100MG CPR 100
9259805;STALEVO 150MG CPR 100
9259811;STALEVO 50MG CPR 100
9261073;FASLODEX 250MG/5 ML INJ SRG + A
9261788;VFEND 40MG/ML PDR ORALE FL
9262285;ACTOSOLV UROKINASE 100000 UI, POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE
9262428;KIDROLASE 10000 UI, POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE
9262641;COPAXONE 20MG/ML SOL INJ SER 28/1 ML
9262718;FORSTEO 20MICROG/80MICROL SOL INJ 1/3 ML
9263267;SPORANOX 10 MG/ML, SOLUTION A DILUER ET SOLVANT POUR PERFUSION
9263474;GONAL F 450UI/0,75ML SOL INJ STYLO 1/,75 ML
9263511;GLIVEC 100MG CPR 60
9263528;GLIVEC 400MG CPR 30
9265912;RISPERDAL 1 MG/ML, SOLUTION BUvable

9266900;LOVENOX 10 000 UI anti-Xa/1 ML, SOLUTION INJECTABLE EN SERINGUE PREREMPLIE
9266917;LOVENOX 2000 UI anti-Xa/0,2 ML, SOLUTION INJECTABLE EN SERINGUE PREREMPLIE
9266923;LOVENOX 4000 UI anti-Xa/0,4 ML, SOLUTION INJECTABLE EN SERINGUE PREREMPLIE
9266946;LOVENOX 6000 UI anti-Xa/0,6 ML, SOLUTION INJECTABLE (S.C.) EN SERINGUE PREREMPLIE
9266952;LOVENOX 8000 UI anti-Xa/0,8 ML, SOLUTION INJECTABLE (S.C.) EN SERINGUE PREREMPLIE
9268000;DUODOPA, GEL INTESTINAL
9270623;VANCOMYCINE SDZ 250MG PDR INJ
9270652;LANTUS 100 UNITES/ML SOLUTION INJECTABLE EN CARTOUCHE
9270787;ENBREL 50MG INJ FL+SRG +NEC
9271723;TARCEVA 100MG CPR
9271746;TARCEVA 150MG CPR
9271752;TARCEVA 25MG CPR
9271887;RISPERDALORO 0,5 MG, COMPRIME ORODISPERSIBLE
9271893;RISPERDALORO 1 MG, COMPRIME ORODISPERSIBLE
9272651;EPREX 10000 UI/ML, SOLUTION INJECTABLE EN SERINGUE PREREMPLIE
9273426;KIVEXA 600MG/300MG CPR
9274182;TRUVADA 200MG/245MG CPR
9274236;ZYVOXID 400 MG, COMPRIME PELLICULE
9278234;XENAZINE 25 MG, COMPRIME SECABLE
9278406;SANDOSTATINE L.P. 30 MG, POUDRE ET SOLVANT EN SERINGUE PREREMPLIE POUR SUSPENSION INJECTABLE (IM) A
9278607;FOSAVANCE, COMPRIME
9279966;NOXAFIL 40 MG/ML, SUSPENSION BUVABLE
9280768;ARIXTRA 10 MG/ 0,8 ML SOLUTION INJECTABLE, EN SERINGUE PRE-REMPLE
9280774;ARIXTRA 5 MG/0,4 ML SOLUTION INJECTABLE, EN SERINGUE PRE-REMPLE
9280780;ARIXTRA 7,5 MG/ 0,6 ML SOLUTION INJECTABLE, EN SERINGUE PRE-REMPLE
9281561;ELIGARD 22,5 MG, POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE
9281650;OSTEPAM 15 MG/ML, SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION
9281696;OSTEPAM 15 MG/ML, SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION
9281733;PAMIDRONATE RTP 90MG/30ML SOL INJ
9281756;PAMIDRONATE RTP 15MG/5ML SOL INJ
9284482;EPREX 40000UI INJ SOL INJ SER 1ML
9284542;RISPERDALORO 2 MG, COMPRIME ORODISPERSIBLE
9284559;RISPERDALORO 3 MG, COMPRIME ORODISPERSIBLE
9284565;RISPERDALORO 4 MG, COMPRIME ORODISPERSIBLE
9284921;SUTENT 25MG GELULE NSFP
9284938;SUTENT 50MG GELULE NSFP
9285027;TYGACIL 50 MG, POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION
9285375;NEXAVAR 200MG CPR NSFP
9285671;ANTASOL 135, GAZ POUR INHALATION, EN BOUTEILLE
9286788;ZOPHREN 4MG/2ML, SOLUTION INJECTABLE EN SERINGUE PRE-REMPLE
9286794;ZOPHREN 8MG/4ML, SOLUTION INJECTABLE EN SERINGUE PRE-REMPLE
9286995;KALETRA 200MG/50MG CPR
9290755;KEPPRA 100 MG/ML, SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION
9290838;KEPPRA 100 MG/ML, SOLUTION BUVABLE
9290956;EXJADE 500 MG, COMPRIME DISPERSIBLE
9291140;ARICEPT 10 MG, COMPRIME ORODISPERSIBLE
9291157;ARICEPT 5 MG, COMPRIME ORODISPERSIBLE
9292257;ENANTONE LP 11,25 MG, MICROSPHERES ET SOLUTION POUR USAGE PARENTERAL (SC OU IM) A LIBERATION PROLONG
9292263;ENANTONE LP 3,75 MG, POUDRE ET SOLVANT POUR SUSPENSION INJECTABLE (SC OU IM) A LIBERATION PROLONGEE
9293506;SPRYCEL 70 MG, COMPRIME PELLICULE
9298136;REVLIMID 15MG GELULE

ANNEXE D

INDICE KARNOFSKY

MOYENS SEJOURS

	sem1 lun 14/11/2005	sem2 lun 21/11/2005
D. Jeanine	30	
G. Antoinette	40	
G. Victoria	40	
G. Joseph	30	
G. André	40	
G. Louis		
H. Mauricette	40	
H. Germaine		
L. Jean	30	
L. André Jean	20	
L. Lucien	30	
L. Henriette	40	
M. Bernadette	60	
M. Odette	30	
M. Geneviève	40	
M. Fernande	30	
P. René	30	
S. Jean	30	
T. Jeanne	40	
V. Isabelle	20	
W. Veronika	40	
W. Georges	hospitalisé	

SOINS PALLIATIFS

B. Claude	20	
B. Thérèse	20	
D. Pierre		
G. Louise		
P. Bernard	30	
V. Marie-Marguerite	20, 10 à partir du ven 18/11	

ANNEXE F

Marché du 01/06/2004 au 01/06/2006

Médicaments non inclus dans le coût médicamenteux

(Médicaments donnés par les laboratoires pharmaceutiques ou prix du médicament non accessible car non rentré dans les bases de données de MedXper® ou Ophélie®)

Actos 15mg CP	Ginkor fort gélule
Acupan 20mg/2mL amp inj	Ginkor fort sachet
Aerius 5mg CP	Gopten 0.5mg, 2mg gélule
Arimidex 1mg CP	Hellicidine sirop
Atacand 4mg, 8mg, 16mg CP	Hibiscrub 4% sol pr appl locale
Avodart 0.5mg capsule	Hyperium 1mg CP
Azitromycine gélule	Hytacand 8mg/12.5mg, 16mg/12.5mg CP
Bipreterax CP	Ialuset plus 10x10
Birodogyl CP	Ikorel 10mg, 20mg CP
Bristopen 1g inj	Inexium 20mg, 40mg CP
Cacit D3 500mg/400 UI CP	Iperten 20mg CP
Casodex 50mg CP	Isoptine 120mg gélule
Cibacene 5mg, 10 mg CP	Isoptine LP 240mg CP
Cibadrex 10mg/12.5mg CP	Keppra 500mg CP
Compensal G5 1000mL	Ketamine 250mg/5mL per os
Compensal G10 1000mL	Ketamine 250mg/5mL amp inj
Cotareg 80mg/12.5mg, 160mg/25mg CP	Lanzor 15mg, 30mg gélule
Coversyl 2mg, 4mg CP	Lercan 10mg, 20mg Cp
Crestor 10mg CP	Lescol 40mg gélule
Daflon 500mg CP	Lescol LP 80mg CP
Denoral CP	Logimax 5mg/47.5mg CP
Diafusor 5mg/24H, 10mg/24H, 15mg/24H patch	Monicor LP 20mg, LP 40mg, LP 60mg gélule
Diantalvic CP	Nitriderm TTS 5mg/24H, 10mg/24H, 15mg/24H patch
Ektogan	Olmotec 20mg CP
Elisor 20mg, 40mg CP	Oracilline 500 000UI/5mL susp buv
Eupantol 20mg, 40mg CP	Otrasel 1.25mg lyoc
Femara 2.5mg CP	Oxygène gaz
Furosémide 250mg amp inj	Pentasa 1g/100mL susp rectale

Polykaraya granule sachet
Preterax CP
Prinivil 20mg CP
Seglor 2mg/mL sol buv
Seglor 5mg gélule
Seglor 5mg lyoc
Seloken 100mg CP
Seloken LP 200mg CP
Selozok LP 190mg, LP 23.75mg, LP 95mg CP
Septivon 0.5% sol pr appl cutanée fl 250mL
Seretide 250µg/25µg susp pr inhalation
Solaraze 3% gel
Sufenta 250µg/5mL amp inj
Tareg 40mg, 80mg gélule
Tareg 160mg LP CP
Tarka LP gélule
Tenordate 20mg/50mg gélule
Tenoretic 50mg/12.5mg CP
Tetavax vaccin
Thalidomide 50mg gélule
Theralithe 250mg CP
Theralithe LP 400mg CP
Triatec 2.5mg, 5mg gélule
Triatec faible 1.25mg gélule
Trophicreme 0.1% crème
Ultralevure
Urgitul S.AG/SSD 10x12cm
Vastarel 20mg CP
Vastarel LM 35mg CP
Xyzall 5mg CP
Zestoretic 20mg/12.5mg CP
Zestril 5mg, 20mg CP

Marché du 01/06/2006 au 01/06/2008

Médicaments non inclus dans le coût médicamenteux

(Médicaments donnés par les laboratoires pharmaceutiques ou prix du médicament non accessible car non rentré dans les bases de données de MedXper® ou Hexagone®)

Actos 15mg CP	Hellicidine sirop
Acupan 20mg/2mL amp inj	Hibiscrub 4% sol pr appl locale
Arimidex 1mg CP	Hyperium 1mg CP
Atacand 4mg, 8mg, 16mg CP	Hytacand 8mg/12.5mg, 16mg/12.5mg CP
Avodart 0.5mg capsule	Ialuset plus 10x10
Azitromycine gélule	Ikorel 10mg, 20mg CP
Bipreterax CP	Inexium 20mg, 40mg CP
Birodogyl CP	Iperten 20mg CP
Cacit D3 500mg/400 UI CP	Isoptine 120mg gélule
Cibacene 5mg, 10 mg CP	Isoptine LP 240mg CP
Cibadrex 10mg/12.5mg CP	Keppra 500mg CP
Coaprovel 150mg/12,5mg CP	Ketamine 250mg/5mL amp inj
Compensal G5 1000mL	Lanzor 15mg, 30mg gélule
Compensal G10 1000mL	Lercan 10mg, 20mg Cp
Cotareg 80mg/12.5mg, 160mg/25mg CP	Lescol 40mg gélule
Coversyl 2mg, 4mg CP	Lescol LP 80mg CP
Crestor 10mg CP	Logimax 5mg/47.5mg CP
Daflon 500mg CP	Monicor LP 20mg, LP 40mg, LP 60mg gélule
Denoral CP	Nitriderm TTS 5mg/24H, 10mg/24H, 15mg/24H patch
Diafusor 5mg/24H, 10mg/24H, 15mg/24H patch	Olmotec 20mg CP
Diantalvic CP	Oracilline 500 000UI/5mL susp buv
Ektogan	Otrasel 1.25mg lyoc
Eupantol 20mg, 40mg CP	Oxygène gaz
Femara 2.5mg CP	Pentasa 1g/100mL susp rectale
Flodil LP 5mg CP	Polykaraya granule sachet
Fluogel	Preterax CP
Furosémide 250mg amp inj	Prinivil 20mg CP
Ginkor fort gélule	Seglor 2mg/mL sol buv
Ginkor fort sachet	Seglor 5mg gélule
Gopten 0.5mg, 2mg gélule	Seglor 5mg lyoc

Seloken LP 200mg CP
Selozok LP 190mg, LP 23.75mg, LP 95mg CP
Septivon 0.5% sol pr appl cutanée fl 250mL
Seretide 250µg/25µg susp pr inhalation
Solaraze 3% gel
Sufenta 250µg/5mL amp inj
Tareg 40mg, 80mg gélule
Tareg 160mg LP CP
Tarka LP gélule
Tenordate 20mg/50mg gélule
Tenoretic 50mg/12.5mg CP
Tetavax vaccin
Thalidomide 50mg gélule
Theralithe 250mg CP
Theralithe LP 400mg CP
Triatec faible 1.25mg gélule
Trophicreme 0.1% crème
Ultralevure
Urgitul S.AG/SSD 10x12cm
Vastarel 20mg CP
Vastarel LM 35mg CP
Xylocaïne adrénaline 1% fl inj 20ml
Xyzall 5mg CP
Zestoretic 20mg/12.5mg CP
Zestril 5mg, 20mg CP

ANNEXE G

Spécialités	Nombre total de doses dans un conditionnement
Aequasyl spray buccal	360 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Aloplastine pommade	21 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Ambroxol 0,6% sol buv	36 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Artisial spray fl 100ml	60 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Bactroban 2% pom nasale	10 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Bépanthène 5% onguent	10 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Bétadine sol vaginale 10% fl 125ml	10 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Betneval crème	10 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Betneval pommade	10 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Biafine emulsion	21 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Cartéol 1% collyre	30 gouttes
Cerat de Galien	100 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Chlorhexidine 0,05% 20ml sol us ext	2 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Cyteal solution	30 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Cold-cream	20 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Deroxat 20mg/10ml sol buv (fl 150ml)	300 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Dexeryl crème	60 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Diprosalic lotion	20 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Diprosept crème	21 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Econazole 1% crème	21 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Econazole 1% émulsion fluide	21 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Econazole 1% poudre	21 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Eludril sol bain de bouche	9 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Eryplast pâte	30 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Flagyl 4% susp orale	3000 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Fluorescéine 1/1000° sol aqu	10 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Fucidine 2% pommade	30 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Fungizone 100mg/ml susp buv	8 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Gyn-hydralin sol us ext	20 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Haldol 2mg/ml sol buv	270 gouttes
Haldol faible 0,05% sol buv	540 gouttes
Hélicidine 10% sirop	12 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Huile paraffine sol buv fl 1L	60 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Hydrosol polyvitaminé sol buv	200 gouttes
Intrasite gel stérile	3 unidoses séquentielles
Isocard spray	150 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Kétamine 250mg/5ml administré per os	50 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Laroxyl 4% sol buv	720 gouttes
Locapred 0,1% creme	21 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Lysanxia 1,5% sol buv	540 gouttes
Mitosyl pommade	21 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Mupiderm 2% pommade	24 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Norset 15mg/ml sol buv	900 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Oracilline 500000UI/5ml susp buv	24 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Paroex bain de bouche 0,12% fl 50ml	3 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Pevaryl 1% crème	21 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Pevaryl 1% émulsion fluide	21 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Pevaryl 1% poudre	21 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Primperan 0,1% sol buv	40 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Profenid 2,5% gel	30 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Pyralvex gel	21 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Rhinatiol ss sucre sirop adulte	13 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)

Spécialités	Nombre total de doses dans un conditionnement
Rhinofluimicil sol nasale	50 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Risperdal 1mg/ml sol buv	30 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Rivotril 2,5mg/ml sol buv	450 gouttes
Sodium bicarbonate 1,4% 500ml bain de bouche	40 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Solaraze 3% gel	unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Srilane 5% crème	30 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Tercian 40mg/ml sol buv	1080 gouttes
Tiapridal 5mg/gtte sol buv	750 gouttes
Timoptol LP 0,25% collyre	27 gouttes
Titanoréine pommade	21 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Triflucan 50mg/5ml susp buv	7 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Trusopt 2% collyre	30 gouttes
Vaseline pure pommade	21 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Vitamine A pommade ophtalmique	21 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)
Xalatan 0,005% collyre	30 gouttes
Xylocaïne 5% nébulisation	12 unités de mesure (cmes, appl, bdb, pulv)

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 17 décembre 2008

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR
EN PHARMACIE

présenté par : Marion MASCHERIN

Sujet : Lits intégrés de soins palliatifs et soins de suite et réadaptation : évaluation des coûts médicamenteux au Centre Hospitalier de Saint Nicolas de PortJury :

Président : François BONNEAUX

Juges : Florence PERREIN
Pierre WOURMS

Vu,

Nancy, le 19/11/08

Le Président du Jury

Le Directeur de Thèse



P. Wourms



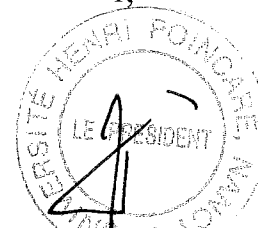
Vu et approuvé,

Nancy, le 27 NOV. 2008

Doyen de la Faculté de Pharmacie
de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1,
Chantal FINANCE

Vu,

Nancy, le 21/12/08

Le Président de l'Université Henri Poincaré - Nancy
1,

Jean-Pierre FINANCE

N° d'enregistrement : 3178

N° d'identification :

TITRE

Lits intégrés de soins palliatifs et soins de suite et réadaptation : évaluation des coûts médicamenteux au Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port

Thèse soutenue le 17 décembre 2008

Par Marion MASCHERIN

RESUME :

L'hôpital public connaît actuellement une période de crise économique, avec des contraintes financières importantes. Dans ce contexte se développe fortement la médecine palliative, comme c'est le cas au Centre hospitalier de Saint Nicolas de Port en Meurthe-et-Moselle, qui accueille des lits identifiés de soins palliatifs en soins de suite et de réadaptation. Répondant à une volonté croissante tant de la part du corps médical que des instances sanitaires, son activité de prise en charge palliative est en croissant développement depuis quelques années, mais cela ne va pas sans les répercussions budgétaires importantes que ce type d'activité implique, notamment pour le budget de la pharmacie.

La première partie de cette thèse présente ainsi les lits identifiés de soins palliatifs en soins de suite et de réadaptation, leur organisation et leur fonctionnement. Le statut de « lits identifiés » est à présent bien défini et réglementé, et permet une reconnaissance de la pratique des soins palliatifs et justement une valorisation financière pour cette activité. Mais le financement des hôpitaux est, depuis le plan Hôpital 2007, en pleine réforme avec un nouveau système de financement des hôpitaux qu'est la tarification à l'activité. Cette réforme va être progressivement appliquée au service de soins de suite et de réadaptation, et dans ce cadre sont actuellement réalisées des études ministérielles visant à évaluer les besoins globaux de prise en charge palliative en soins de suite et réadaptation.

La seconde partie de cette thèse a ainsi voulu participer à l'évaluation plus précise des implications budgétaires, ceci au niveau du coût médicamenteux, au sein du service de soins de suite et de réadaptation du Centre hospitalier de Saint Nicolas de Port. L'étude a été réalisée sur des échantillons représentatifs de plus de 30 patients, sur une période étalée de 2005 à 2007. On en conclut que la prise en charge médicamenteuse pour un patient en soins palliatifs, à profil de dépendance identique, est plus onéreuse que celle d'un patient en soins de suite et réadaptation classique, à hauteur de plus du double. Durant les derniers jours de vie du patient, le coût médicamenteux d'un patient en soins palliatifs diminue légèrement, mais sans se rapprocher de celui d'un patient en soins de suite et réadaptation.

MOTS CLES : lits intégrés de soins palliatifs en soins de suite et réadaptation, coût médicamenteux, indice Karnofsky, enquête, financement

Directeurs de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Florence PERREIN	<i>Non applicable</i>	Travail personnel <input checked="" type="checkbox"/>
Pierre WOURMS		Thème 6

Thèmes

1 – Sciences fondamentales
3 – Médicament
5 - Biologie

2 – Hygiène/Environnement
4 – Alimentation – Nutrition
6 – Pratique professionnelle