



HAL
open science

Continuité des soins pharmaceutiques à la sortie des patients hospitalisés au Centre Alexis Vautrin: difficultés et dysfonctionnements, exemples d'amélioration

Boiteux Thomas Collin Caroline

► To cite this version:

Boiteux Thomas Collin Caroline. Continuité des soins pharmaceutiques à la sortie des patients hospitalisés au Centre Alexis Vautrin: difficultés et dysfonctionnements, exemples d'amélioration. Sciences pharmaceutiques. 2004. hal-01733965

HAL Id: hal-01733965

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733965>

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>

T/PH/N/2004/550

Double

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ – NANCY I

2004

FACULTE DE PHARMACIE



**CONTINUITÉ DES SOINS PHARMACEUTIQUES A LA
SORTIE DES PATIENTS HOSPITALISES AU CENTRE
ALEXIS VAUTRIN : DIFFICULTES ET
DYSFONCTIONNEMENTS, EXEMPLES
D'AMELIORATION**

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Le 21 Septembre 2004

Pour obtenir

Le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

Par Caroline COLLIN

Née le 4 mai 1979

et par Thomas BOITEUX

Né le 8 septembre 1980

Membres du Jury

DB 30263

Président : M. Pierre LABRUDE, Professeur

Juges : Mme Marie-Pierre BONNEFOI, Docteur en pharmacie, Praticien hospitalier
Mme Sophie TOUSSAINT, Médecin des Centres de Lutte Contre le Cancer
Mme Marie-Christine KAMINSKI, Médecin spécialiste des Centres de Lutte
Contre le Cancer
M. Denis SZCZYRK, Docteur en pharmacie, Pharmacien d'officine

BU PHARMA-ODONTOL

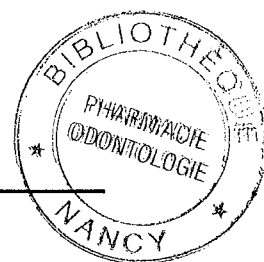


104 067609 0



UNIVERSITE HENRI POINCARÉ – NANCY I

2004



FACULTE DE PHARMACIE

**CONTINUITÉ DES SOINS PHARMACEUTIQUES A LA
SORTIE DES PATIENTS HOSPITALISÉS AU CENTRE
ALEXIS VAUTRIN : DIFFICULTÉS ET
DYSFONCTIONNEMENTS, EXEMPLES
D'AMÉLIORATION**

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Le 21 Septembre 2004

Pour obtenir

Le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

Par Caroline COLLIN

Née le 4 mai 1979

et par Thomas BOITEUX

Né le 8 septembre 1980

Membres du Jury

DB 30463

Président : M. Pierre LABRUDE, Professeur

Juges : Mme Marie-Pierre BONNEFOI, Docteur en pharmacie, Praticien hospitalier
Mme Sophie TOUSSAINT, Médecin des Centres de Lutte Contre le Cancer
Mme Marie-Christine KAMINSKI, Médecin spécialiste des Centres de Lutte
Contre le Cancer
M. Denis SZCZYRK, Docteur en pharmacie, Pharmacien d'officine

Membres du personnel enseignant 2003/2004

Doyen

Chantal FINANCE

Vice Doyen

Anne ROVEL

Président du Conseil de la Pédagogie

Pierre LABRUDE

Responsable de la Commission de la Recherche

Jean-Claude BLOCK

Responsable de la Filière officine

Gérald CATAU

Responsable de la Filière industrie

Jeffrey ATKINSON

DOYEN HONORAIRE

M. VIGNERON Claude

PROFESSEURS EMERITES

M. BONALY Roger

M. HOFFMAN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

Mlle BESSON Suzanne

Mlle GIRARD Thérèse

M. JACQUE Michel

M. LECTARD Pierre

M. LOPPINET Vincent

M. MARTIN Jean-Armand

M. MIRJOLET Marcel

M. PIERFITTE Maurice

M. SCHWARTZBROD Louis

PROFESSEURS

M.	ASTIER Alain	Pharmacie clinique
M.	ATKINSON Jeffrey	Pharmacologie cardiovasculaire
M.	AULAGNER Gilles	Pharmacie clinique
M.	BAGREL Alain	Biochimie
Mlle	BATT Anne-Marie	Toxicologie
M.	BLOCK Jean-Claude	Santé publique
Mme	CAPDEVILLE-ATKINSON Christine	Pharmacologie cardiovasculaire
Mme	FINANCE Chantal	Bactériologie -Immunologie
Mme	FRIANT-MICHEL Pascale	Mathématiques, physique, audioprothèse
Mlle	GALTEAU Marie-Madeleine	Biochimie clinique
M.	HENRY Max	Botanique, mycologie
M.	LABRUDE Pierre	Physiologie, orthopédie, maintien à domicile
M.	LALLOZ Lucien	Chimie organique
M.	LEROY Pierre	Chimie physique générale
M.	MAINCENT Philippe	Pharmacie galénique
M.	MARSURA Alain	Chimie thérapeutique
M.	MORTIER François	Pharmacognosie
M.	NICOLAS Alain	Chimie analytique
M.	REGNOUF de VAINS Jean-Bernard	Chimie Thérapeutique
M.	RIHN Bertrand (Professeur associé)	Biochimie
Mme	SCHWARTZBROD Janine	Bactériologie, parasitologie
M.	SIEST Gérard	Biologie, pharmacologie moléculaire
M.	SIMON Jean-Michel	Droit officinal, législation pharmaceutique
M.	VIGNERON Claude	Hématologie, physiologie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme GRISON Geneviève

Pratique officinale

MAITRES DE CONFERENCES

Mme	ALBERT Monique	Bactériologie - virologie
Mme	BANAS Sandrine	Parasitologie
M.	BOISBRUN Michel	Chimie Thérapeutique
Mme	BOITEUX Catherine	Biophysique, Audioprothèse
M.	BONNEAUX François	Chimie thérapeutique
M.	CATAU Gérard	Pharmacologie
M.	CHEVIN Jean-Claude	Chimie générale et minérale
M.	CHILLON Jean-Marc	Pharmacologie
M	CLAROT Igor	Chimie analytique
Mme	COLLOMB Jocelyne	Parasitologie, conseils vétérinaires
M.	COULON Joël	Biochimie
M.	DECOLIN Dominique	Chimie analytique
M.	DUCOURNEAU Joël	Biophysique, audioprothèse, acoustique
Mme	FAIVRE-FIORINA Béatrice	Hématologie
M.	FERRARI Luc	Toxicologie
Mle	FONS Françoise	Biologie végétale, mycologie
M.	GANTZER Christophe	Virologie
M.	GIBAUD Stéphane	Pharmacie clinique
Mle	HINZELIN Françoise	Mycologie, botanique
M.	HUMBERT Thierry	Chimie organique
M.	JORAND Frédéric	Santé, environnement
Mme	KEDZIEREWICZ Francine	Pharmacie galénique
Mle	LAMBERT Alexandrine	Biophysique, biomathématiques
M.	LAMPRECHT Alf	Pharmacie galénique
Mme	LARTAUD-IDJOUADIENE Isabelle	Pharmacologie
Mme	LEININGER-MULLER Brigitte	Biochimie
Mme	LIVERTOUX Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	MARCHAL-HEUSSLER Emmanuelle	Communication et santé
Mme	MARCHAND-ARVIER Monique	Hématologie
M.	MENU Patrick	Physiologie
M.	MONAL Jean-Louis	Chimie thérapeutique
M.	NOTTER Dominique	Biologie cellulaire
Mme	PAULUS Francine	Informatique
Mme	PERDIAKIS Christine	Chimie organique
Mme	PICHON Virginie	Biophysique
Mme	ROVEL Anne	Histologie, physiologie
Mme	SAUDER Marie-Paule	Mycologie, botanique
M.	TROCKLE Gabriel	Pharmacologie
Mme	WELLMAN-ROUSSEAU Maria-Monika	Biochimie
Mme	ZINUTTI Colette	Pharmacie galénique

PROFESSEUR AGREGE

M. COCHAUD Christophe

Anglais

ASSISTANTS

Mme	BEAUD Mariette	Biologie cellulaire
Mme	BERTHE Marie-Catherine	Biochimie
M.	DANGIEN Bernard	Mycologie
Mme	MOREAU Blandine	Pharmacognosie, phytothérapie
Mme	PAVIS Annie	Bactériologie

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 ».

REMERCIER NE PEUT ETRE QU'UNE COUTUME, CEPENDANT IL SEMBLE JUSTE DE CITER CEUX SANS QUI CE TRAVAIL N'AURAIT PU ETRE MENE A BIEN.

Madame Marie-Pierre BONNEFOI,

Docteur en pharmacie, praticien hospitalier au Centre Alexis Vautrin,

Vous nous avez proposé ce sujet de thèse lors de notre stage hospitalier et nous avez accompagnés pendant près de deux années dans la réalisation de ce travail. Nous vous remercions particulièrement pour votre rigueur et pour le temps que vous nous avez consacré. Veuillez trouver dans ce travail notre profond respect et toute notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur Pierre LABRUDE,

Professeur de Physiologie, Faculté de Pharmacie de Nancy,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse.

Nous vous remercions pour l'aide efficace et les conseils que vous nous avez apportés lors de la réalisation de ce travail.

Que ce travail soit le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

Monsieur Denis SZCZYRK,

Docteur en pharmacie,

Votre engagement pour revaloriser le rôle du pharmacien dans la sortie à domicile nous a encouragé dans notre démarche.

Nous tenons à vous remercier d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse et espérons pouvoir œuvrer ensemble afin de défendre la place du pharmacien d'officine dans la prise en charge du patient pour son retour à domicile.

**Mesdames Sophie TOUSSAINT et Marie-Christine KAMINSKI,
Médecins oncologues au Centre Alexis Vautrin,**

Merci à vous d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse et de vous préoccuper, au sein du Centre Alexis Vautrin, de l'amélioration de la prise en charge du patient pour son retour à domicile.

**A TOUS CEUX QUI ONT PERMIS ET PARTICIPE, DE PRES OU DE LOIN, A LA REALISATION DE
CET OUVRAGE.**

A nos parents,

Avec toute notre reconnaissance et tout notre amour.

A nos grands-parents,

Avec toute notre affection et toute notre tendresse.

A nos frères Antoine, Thomas, Alexandre et Stéphane,

Pour tous les moments de complicité partagés ensemble.

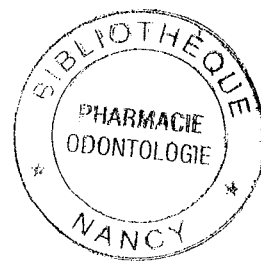
A Guillaume, Claire-Marie et Zoé les petits rayons de soleil qui illuminent notre cœur à chaque sourire, à chaque câlin.

A nos familles.

A tous nos amis.

Avec toute notre reconnaissance.

SOMMAIRE



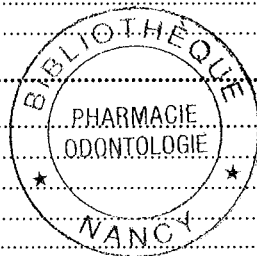
LEXIQUE DES ABREVIATIONS.....	3
INTRODUCTION.....	4
PREMIERE PARTIE : LA SORTIE A DOMICILE DU PATIENT HOSPITALISE.....	6
I LES DIFFERENTES SITUATIONS DE SORTIE A DOMICILE ET LA PRISE EN CHARGE PHARMACEUTIQUE DU PATIENT :.....	6
II LA CONTINUTE DES SOINS A LA SORTIE DU PATIENT : LA CONTINUTE DE LA PRISE EN CHARGE PHARMACEUTIQUE :.....	8
A) LE ROLE DE LA PRESCRIPTION :.....	9
B) L'ETAPE DE LA DISPENSATION :	12
1) <i>La disponibilité</i> :	12
2) <i>Le taux de prise en charge</i> :.....	17
3) <i>L'administration</i> :.....	18
C) LES DIFFERENTES DONNEES A TRANSMETTRE AU PATIENT LORS DE SA SORTIE :.....	18
1) <i>L'éducation du patient sur sa maladie et son traitement</i> :.....	19
2) <i>La préparation du patient à sa sortie</i> :	20
III L'ORGANISATION DE LA SORTIE :.....	21
A) LA PLANIFICATION DE LA SORTIE :.....	21
B) L'ANTICIPATION DES BESOINS AUPRES DU PHARMACIEN :	22
C) LE ROLE DU PATIENT, DE SON ENTOURAGE, DES DIFFERENTS ACTEURS DE SANTE DANS LA CONTINUTE DE LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE :.....	22
DEUXIEME PARTIE : L'ETAT DES LIEUX AU CENTRE ALEXIS VAUTRIN	24
I. LA DESCRIPTION DU PROCESSUS :	24
A) LES DIFFERENTS TYPES DE SORTIE DES PATIENTS DU CAV VERS LEUR DOMICILE :	24
1) <i>Les sorties « simples »</i> :.....	25
2) <i>Les sorties « accompagnées » par un réseau de soins</i> :.....	25
3) <i>Les sorties « accompagnées » par un prestataire</i> :.....	26
B) LA PRESCRIPTION ET LA DELIVRANCE DES PRODUITS AUX PATIENTS SORTANTS :	27
1) <i>La prescription de médicaments et de dispositifs médicaux aux patients sortants</i> :.....	27
2) <i>La délivrance</i> :.....	27
II. LA RECHERCHE DES DYSFONCTIONNEMENTS :	29
A) METHODOLOGIE :	29
1) <i>Les risques d'erreur relevés à chaque étape du processus de sortie</i> :.....	29
2) <i>Les dysfonctionnements réels recueillis à la pharmacie du CAV</i> :.....	30
3) <i>Les dysfonctionnements réels recueillis auprès des pharmaciens d'officine et des infirmiers libéraux</i> :.....	30
B) RESULTATS :.....	31
1) <i>Les risques d'erreur à chaque étape du processus de sortie</i> :.....	32
2) <i>Les dysfonctionnements réels recueillis à la pharmacie du CAV</i> :.....	33
3) <i>Les résultats de l'enquête : dysfonctionnements réels recueillis auprès des pharmaciens d'officine et des infirmiers libéraux</i> :	35
4) <i>Synthèse des dysfonctionnements observés</i> :.....	40
5) <i>Analyse des résultats</i> :	41

TROISIEME PARTIE : L'AMELIORATION DU PROCESSUS DE SORTIE..... 44

I LES PROPOSITIONS D'AMELIORATION PAR RAPPORT AUX DYSFONCTIONNEMENTS OBSERVES : 44

II L'AMELIORATION DU PROCESSUS DE SORTIE AU CAV : LES MESURES MISES EN PLACE EN 2003-2004 : 45

A) LORS DE LA PRESCRIPTION :	46
1) <i>Les données réglementaires</i> :	46
2) <i>L'aide à la prescription</i> :	49
2.1) La validation d'ordonnances pré-imprimées de sortie :	49
2.2) La mise à disposition d'informations :	54
B) LORS DE LA DISPENSATION ET DE L'ADMINISTRATION :	63
1) <i>Le dossier de rétrocession et la fiche de suivi de dispensation</i> :	63
2) <i>Le conseil au patient</i> :	67
2.1) Les fiches d'information aux patients :	67
2.2) Les fiches de formation des professionnels de santé :	69
2.3) L'information du pharmacien d'officine :	71
C) L'HARMONISATION DES PRATIQUES : TRAÇABILITE DE LA PRESCRIPTION ET DE LA DISPENSATION :	74
1) <i>La prescription</i> :	74
2) <i>La dispensation</i> :	75
D) L'AMELIORATION DE LA COMMUNICATION PHARMACIE DE VILLE-PHARMACIE HOSPITALIERE :	76
1) <i>L'information du pharmacien avant la sortie du patient</i> :	76
2) <i>La gestion des plaintes des patients et des envois de médicaments</i> :	78
2.1) La gestion des plaintes des patients :	78
2.2) La gestion des envois de médicaments :	78
3) <i>Le groupe ONCOLOR</i> :	79
III. LES NOUVELLES ACTIVITES :	79
A) L'EXTERNALISATION DU ZOMETA® :	79
1) <i>Le contexte</i> :	79
2) <i>Les objectifs</i> :	81
3) <i>Les résultats</i> :	82
3.1) Le choix des dispositifs médicaux :	82
3.2) La rédaction des ordonnances pré-imprimées :	86
4) <i>Discussion</i> :	88
B) L'EXTERNALISATION DES CHIMIOETHERAPIES :	88
CONCLUSION ET PERSPECTIVES :	91
ANNEXES.....	94
BIBLIOGRAPHIE.....	122
SITES INTERNET.....	123



LEXIQUE DES ABREVIATIONS

ACL : Association de Codification Logistique

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation

CAV : Centre Alexis Vautrin

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLUDS : Comité de Lutte contre la Douleur et les Symptômes

CME : Commission Médicale d'Etablissement

DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale

DM : Dispositif(s) Médical(aux)

EC : Essais Clinique

HAD : Hospitalisation A Domicile

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

LPP : Liste des Produits et des Prestations

LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursables

MAD : Maintien A Domicile

PH : Prescription Hospitalière

PIH : Prescription Initiale Hospitalière

PRS : Prescription Réservée aux Spécialistes

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

RH : Réserve Hospitalière

SAD : Soins A Domicile

SP : Surveillance Particulière

INTRODUCTION

Le maintien à domicile (MAD), l'hospitalisation à domicile (HAD) et la perfusion à domicile sont des alternatives à l'hospitalisation en structures spécialisées de plus en plus répandues. En effet, lorsqu'ils sont possibles, ces moyens de prise en charge permettent aux patients d'être proches de leur entourage dans un cadre de vie qui est le leur. Les soins et traitements sont mieux acceptés dans ces conditions parce qu'ils sont moins contraignants.

Cependant, la sortie des patients d'un établissement hospitalier reste en général une étape « à risques ». En effet, dans la majorité des cas le malade, est livré à lui-même. Il existe à ce niveau une rupture dans le processus de sortie du patient qui peut être à l'origine de dysfonctionnements et d'erreurs alors sources d'angoisse et d'incompréhension pour des personnes malades dans l'attente d'une totale prise en charge. Etant donné que la sortie doit être envisagée comme un acte de soins à part entière, permettant la continuité de la prise en charge [5], il est très important que celle-ci soit la mieux coordonnée possible. Il a d'autre part été démontré que la mise en place d'un protocole d'organisation de la sortie permet une diminution du taux de réadmission, surtout en ce qui concerne les personnes âgées. Une sortie bien organisée permet également de diminuer les dépenses de santé.

C'est l'ensemble de ces constatations qui nous a conduits à nous intéresser à la prise en charge des patients sortant du Centre Alexis Vautrin (CAV). Pour favoriser cette prise en charge, il nous est apparu indispensable que tous les maillons du système de santé (médecins hospitaliers et généralistes, infirmiers hospitaliers et libéraux, pharmaciens hospitaliers et officinaux) travaillent en synergie.

Il s'avérait donc intéressant pour nous d'étudier et, si possible, d'améliorer la prise en charge des patients à leur sortie du CAV pour les guider, sans heurt, vers leur retour à domicile. L'objectif de cette réflexion et de ce travail est d'améliorer la prise en charge des **soins pharmaceutiques** de la sortie à **domicile** des patients du CAV. Nous entendons par soins pharmaceutiques la délivrance des médicaments, des dispositifs médicaux et des informations relatives à leur bonne utilisation. Ce travail a débuté lors de notre stage hospitalier en 2003 et est toujours en cours en 2004. La parution du décret sur les rétrocessions, en juin 2004, a permis de faire évoluer notre réflexion et de nous conforter dans nos objectifs : toutes les propositions faites dans le cadre de ce travail l'ont été avant la parution du décret, certaines ont été complétées pour tenir compte de la nouvelle réglementation.

Dans la première partie, nous étudierons la sortie du patient à domicile et les différentes possibilités qui s'offrent à lui. Dans la seconde partie, nous dresserons l'état des lieux de l'organisation de la sortie des patients du CAV en insistant sur les principaux dysfonctionnements observés et recueillis. La troisième partie, quant à elle, sera consacrée à la réflexion et à la mise en place de mesures permettant l'amélioration du processus de sortie du patient du Centre Alexis Vautrin.

PREMIERE PARTIE : LA SORTIE A DOMICILE DU PATIENT HOSPITALISE

Lors du retour à domicile d'un patient hospitalisé, plusieurs alternatives sont envisageables pour assurer sa bonne prise en charge et optimiser la continuité de ses soins. Dans cette première partie, nous étudierons les différentes situations dans lesquelles se déroule la sortie du patient, les différents éléments qui concourent à la continuité de la prise en charge pharmaceutique ainsi que les étapes de l'organisation de la sortie du patient.

I Les différentes situations de sortie à domicile et la prise en charge pharmaceutique du patient :

La sortie de l'hôpital conduit le malade à retrouver son domicile ou à gagner un autre hôpital ou une structure spécialisée.

Dans le cadre du travail de cette thèse, nous envisagerons uniquement la sortie d'un établissement de soins vers le domicile du patient.

Dans le cas d'un retour à domicile, le patient peut avoir retrouvé son autonomie ou être dépendant et avoir besoin d'aides pour rester à domicile. La sortie de l'hôpital est un moment fondamental dans la prise en charge d'un patient. Ainsi, ce retour à domicile, doit être prévu et préparé. Un guide de recommandations de l'ANAES a été consacré au processus de sortie des patients hospitalisés [5]. Ce guide précise entre autres que le « processus de préparation de la sortie comprend de nombreux éléments qui portent sur l'organisation, la sortie physique du patient et de ses effets personnels, les informations destinées au patient, à ses proches et aux partenaires de santé et qui permettent d'assurer la continuité des soins. La poursuite de la prise en charge du patient [...] doit être adaptée à ses besoins. L'amélioration de ce processus ne peut s'envisager que dans une approche pluriprofessionnelle centrée sur le patient où le rôle de chacun est défini. » [5]

Le communiqué relatif au décret n° 2004-546 du 15 juin 2004, dit « décret sur la rétrocession » [11], reprend un certain nombre de points déjà évoqués dans le guide de l'ANAES concernant spécifiquement les parties prescription et dispensation de ce processus.

Il existe différents types de sortie en fonction de l'état clinique du malade :

• une sortie dite « simple » :

Le patient bénéficie d'une sortie dite « simple » lorsqu'il ne nécessite pas de dispositifs médicaux lourds ni d'accompagnement spécifique. Le patient est autonome, il fera intervenir son pharmacien d'officine pour la délivrance de son traitement (médicaments et dispositifs médicaux), son infirmier libéral si cela est nécessaire et éventuellement le pharmacien hospitalier pour la dispensation de produits appartenant à la réserve hospitalière. Dans ce cas, l'intervention de réseaux de soins ou de structures spécialisées est inutile.

• une sortie dite « accompagnée » :

Lorsque l'état clinique du patient est jugé sévère, le patient doit bénéficier d'un accompagnement du fait de ses besoins spécifiques. Dans ce cas, le patient peut être pris en charge de trois façons différentes :

- Prise en charge par une structure de HAD (Hospitalisation A Domicile) : l'hôpital est alors délocalisé au domicile du patient (aide-soignantes, infirmiers, médecins, pharmacien...). Le traitement du patient est pris en charge par le médecin hospitalier en collaboration avec son médecin traitant. La fourniture des médicaments et de l'ensemble des dispositifs médicaux est assurée par la pharmacie de l'hôpital.
- Prise en charge par un réseau de soins : un réseau de soins est une structure qui regroupe des professionnels libéraux (infirmiers, médecins, pharmaciens...). Le traitement du patient est pris en charge par son médecin traitant. La fourniture des médicaments et dispositifs médicaux est assurée par le pharmacien d'officine, en dehors des produits réservés à l'usage hospitalier, qui sont fournis par la pharmacie de l'hôpital.
- Prise en charge par l'intermédiaire d'un prestataire de services : les prestataires de services sont des sociétés qui assurent entre autres la prise en charge matérielle du patient, l'assistance 24h/24h ainsi que la formation

des infirmiers libéraux qui interviendront auprès du patient. Actuellement, deux alternatives existent à la prise en charge à domicile d'un patient sortant d'une structure hospitalière par l'intermédiaire d'un prestataire : soit l'hôpital prend contact directement avec un prestataire de service, soit c'est le pharmacien d'officine qui prend lui-même l'initiative ou non de faire intervenir un prestataire qu'il choisit. Lorsqu'elles sont sollicitées par l'hôpital, ces sociétés prennent en charge le patient à l'hôpital, avant même sa sortie ou sont contactées ultérieurement par le pharmacien d'officine. L'officine intervient également pour la fourniture des médicaments.

Quelque soit le type de sortie, cette étape reste délicate pour le patient. En effet, « la sortie est une période de fragilité pour le malade qui quitte l'état de patient hospitalisé pris en charge et entouré par l'équipe médicale et paramédicale » [5], cela est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit d'un retour à domicile. Lors d'un changement d'établissement de soins, la rupture est moins importante même si le personnel soignant diffère.

II La continuité des soins à la sortie du patient : la continuité de la prise en charge pharmaceutique :

Selon les recommandations de l'ANAES, « lorsqu'un patient quitte l'établissement de santé, celui-ci doit s'assurer qu'il dispose de tous les éléments lui permettant de pouvoir recevoir les soins que son état de santé nécessite » [5]. Un des aspects de la continuité des soins d'un patient est la continuité de sa prise en charge pharmaceutique. Plusieurs éléments du processus de soins doivent être pris en compte pour assurer la continuité de la prise en charge pharmaceutique du patient . Le communiqué relatif au décret dit « de rétrocession » précise également certains aspects de cette prise en charge [11].

A) Le rôle de la prescription :

La prescription du traitement joue un rôle capital dans l'organisation du traitement pendant l'hospitalisation ; de même, la prescription de sortie joue un rôle capital dans la continuité des soins. Par ailleurs, la qualité de rédaction des ordonnances et les explications qui les accompagnent en améliorent l'observance. Comme l'ordonnance constitue généralement le seul lien entre l'hôpital et la pharmacie de ville, elle doit donc être la plus complète et la plus explicite possible. S'il existe une incompréhension de la prescription de la part du personnel officinal, le patient est la première personne à en subir les conséquences. Selon un document publié par l'ANAES consacré à la préparation de la sortie du patient hospitalisé, « parmi les erreurs les plus fréquemment rencontrées sur des prescriptions hospitalières, on trouve : une écriture illisible, des dosage et posologie non précisés, présence de médicaments non disponibles en ville... » [5]

La prescription des médicaments :

La prescription :

La forme et le contenu des prescriptions sont régis par l'article R.5194 modifié par le décret n° 99-486 du 11 juin 1999 du Code de la Santé Publique :

« Toute prescription de médicaments ou produits mentionnés à la présente section doit être rédigée, après examen du malade, sur une ordonnance répondant à des spécifications techniques fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis du directeur général de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Cette ordonnance doit indiquer lisiblement :

1. Le nom, la qualité et, le cas échéant, la qualification ou le titre du prescripteur, son identifiant lorsqu'il existe, son adresse, sa signature et la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée ;
2. La dénomination du médicament ou du produit prescrit, sa posologie et son mode d'emploi, et, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée ;
3. Soit la durée de traitement, soit le nombre d'unités de conditionnement et, le cas échéant, le nombre de renouvellements de la prescription ;

4. Pour un médicament classé dans la catégorie des médicaments à prescription initiale hospitalière [...], la date à laquelle un nouveau diagnostic doit être effectué lorsque l'AMM ou l'ATU le prévoit ;
[...]

En outre, elle mentionne :

1. Lorsqu'elle est destinée à la médecine humaine, les nom et prénom, le sexe et l'âge du malade et, si nécessaire, sa taille et son poids ;
[...]

Le prescripteur doit apposer sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription ou rendre inutilisable l'espace laissé libre entre cette dernière ligne et sa signature par tout moyen approprié [...]. » [8]

La prescription pour les patients hospitalisés sortants :

L'article 4 de l'arrêté du 31 mars 1999 précise que « toute prescription destinée à un patient non hospitalisé est rédigée sur l'ordonnance prévue au premier alinéa de l'article R.5194 du code de la santé publique. Elle indique lisiblement, outre les mentions prévues à l'article R.5194 du code précité :

- le nom et l'adresse de l'établissement, s'il y a lieu, l'unité de soins ainsi que le numéro d'inscription de l'établissement, entité géographique, au fichier national des établissements sanitaires et sociaux ;
- les numéros de téléphone et, le cas échéant, de télécopie et de messagerie électronique auxquels le prescripteur peut être contacté ;
- lorsque le prescripteur agit, dans des conditions prévues par son statut, sous la responsabilité du chef de service ou de département ou du responsable de structure mentionné à l'article L.714-25-2 du code de la santé publique, le nom et la qualité de ce chef de service ou de département ou de ce responsable ainsi que son identifiant. » [13]

Les données complémentaires issues du décret sur la rétrocession :

Le nouveau décret sur la rétrocession crée deux nouvelles catégories de médicaments : médicaments à prescription hospitalière, et/ou réservée à certains spécialistes avec une dispensation en officine. Cela « crée des impératifs nouveaux quant aux mentions qui doivent figurer sur l'ordonnance pour permettre sa dispensation :

- entête de l'établissement ;

- vérifier que les coordonnées du prescripteur (nom et téléphone) figurent sur l'ordonnance ;
- Si la prescription est réservée à un spécialiste, vérifier que la qualification ou le titre du prescripteur apparaisse clairement sur l'ordonnance ;
- Si l'AMM le prévoit, mentionner la délivrance d'une information sur les risques liés au médicament. »

Les informations données pendant la prescription :

L'ordonnance ne pouvant se suffire à elle-même, elle doit être accompagnée d'explications fournies par le médecin prescripteur et par le pharmacien dispensateur. Selon le nouveau décret sur la rétrocession, la mention de la délivrance d'une information sur les risques liés aux médicaments, si l'AMM le prévoit, devra figurer sur les mentions de l'ordonnance [10].

Concernant les médicaments à prescription initiale hospitalière, le médecin hospitalier qui rédige l'ordonnance initiale en fonction de sa durée de validité définie dans l'AMM et le médecin de ville qui la renouvelle, doivent s'assurer que le patient est en possession des documents à jour lui permettant de pouvoir obtenir le médicament auprès de la pharmacie sans rupture de traitement. Le communiqué joint au nouveau décret sur la rétrocession « exige que les médecins de ville s'assurent systématiquement, avant tout renouvellement d'une ordonnance de médicament soumis à prescription initiale hospitalière, de la validité de l'ordonnance initiale. »[11]

La qualité de l'ordonnance est la condition sine qua non pour permettre au pharmacien et aux autres intervenants (infirmiers, kinésithérapeutes...) de travailler dans de bonnes conditions afin d'assurer la sécurité et le confort du patient.

La prescription des dispositifs médicaux :

Celle-ci s'effectue de la même façon que pour les médicaments. Cependant, aucune nomenclature spécifique n'existe, ce qui pose de réels problèmes de compréhension entre prescripteur et dispensateur.

B) L'étape de la dispensation :

Selon l'article R.5015-48 modifié par le décret n° 95-284 du 14 mars 1995 du Code de la Santé Publique, « le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

1. L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;
2. La préparation éventuelle des doses à administrer ;
3. La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale. Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient. » [8]

Pour que cette délivrance soit possible, il est indispensable de prendre en compte plusieurs éléments, en particulier la disponibilité et le taux de prise en charge des produits.

1) La disponibilité :

Pour assurer une continuité parfaite des soins, il paraît donc nécessaire de s'assurer de la disponibilité du traitement prescrit. Cela recouvre deux notions :

1^{ère} notion : le fait que le produit soit disponible en pharmacie hospitalière ou en pharmacie de ville :

Les médicaments :

- La classification des médicaments :

Jusqu'à la parution des listes accompagnant le décret sur la rétrocession, les médicaments prescrits à la sortie du patient peuvent avoir différents statuts :

- **les médicaments dits « réservés aux hôpitaux »** : la délivrance de ces produits est réservée aux pharmacies à usage intérieur des établissements de santé (hôpital ou clinique).

- **les médicaments dits « à prescription initiale hospitalière »** : le traitement doit être initié par un prescripteur hospitalier exerçant dans un établissement de santé (hôpital ou clinique), le renouvellement de la prescription peut ensuite être effectué par un prescripteur non hospitalier.
- **les médicaments soumis à une surveillance particulière** : leur prescription est subordonnée à des contrôles lors de la prescription et de la délivrance.
- les médicaments sous ATU : ils n'ont pas l'AMM. Ils sont dispensés par la pharmacie hospitalière aux patients autorisés à les recevoir.
- les médicaments en essais cliniques : ils sont dispensés par la pharmacie hospitalière.
- les médicaments disponibles en pharmacie de ville.

Le décret de rétrocession redéfinit les catégories de médicaments [10]. Cependant, la composition des listes de médicaments appartenant à chaque catégorie ne sera connue que dans un délai annoncé de 6 mois après la parution du décret, soit en décembre 2004. En effet, la nouvelle classification impose la révision des AMM des médicaments.

Il y aura désormais 5 catégories de médicaments :

- **« Médicaments réservés à l'usage hospitalier (RH)** : ils sont prescrits, dispensés et administrés exclusivement au cours d'une hospitalisation. Ils ne peuvent pas être rétrocédés par les pharmacies à usage intérieur.[...] Le classement en RH se justifie soit par des contraintes techniques d'utilisation, soit par la nécessité d'une hospitalisation pour garantir la sécurité d'utilisation.

- **Médicaments de prescription hospitalière (PH)** : ils sont prescrits par un médecin hospitalier et dispensés au public dans la plupart des cas en ville, sauf s'ils sont inscrits sur la liste des médicaments pouvant être rétrocédés.[...] Le classement en PH se justifie, d'une part par la nécessité d'un diagnostic et d'un suivi dans un établissement de santé disposant de moyens adaptés, d'autre part, soit par les caractéristiques

pharmacologiques du médicament, soit par son degré d'innovation, soit un autre motif de santé publique.

- **Médicaments à prescription initiale hospitalière (PIH)** : la prescription initiale est réalisée par tout médecin hospitalier. Son renouvellement peut être effectué par un médecin de ville sous réserve de comporter les mêmes mentions que l'ordonnance initiale, les posologies ou durées de traitement pouvant être modifiées. La dispensation s'effectue en ville, sauf si ces médicaments sont inscrits sur la liste « rétrocession ». L'AMM peut fixer un délai de validité de la prescription initiale : l'ordonnance initiale hospitalière devra alors être renouvelée avant expiration de ce délai.[...] Le classement en PIH se justifie par la nécessité d'effectuer le diagnostic dans des établissements disposant de moyens adaptés.

- **Médicaments à prescription réservée à certains médecins spécialistes (PRS)** : Cette nouvelle catégorie concerne des médicaments nouveaux difficiles à manier ou concernant des pathologies complexes et difficiles à diagnostiquer. Leur dispensation s'effectue en ville, sauf si ces médicaments sont inscrits sur la liste « rétrocession ». L'AMM peut réserver à certains spécialistes toute prescription du médicament ou seulement la prescription initiale. Dans ce dernier cas, l'ordonnance peut être renouvelée par tout médecin, sous réserve de comporter les mêmes mentions que l'ordonnance initiale, les posologies ou durées de traitement pouvant être modifiées. Comme pour la PIH, l'AMM peut fixer un délai de validité de la prescription initiale. Le médecin spécialiste devra alors renouveler l'ordonnance initiale avant expiration de ce délai.[...] Le classement en PRS se justifie par les contraintes de mise en œuvre du traitement[...].

- **Médicaments nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement (SP)** : Le classement dans cette catégorie peut se cumuler avec le classement en catégorie RH, PH, PIH ou PRS. Il vise à mieux suivre le rapport bénéfices-risques et à favoriser le bon usage des médicaments concernés, en évitant de réserver ces médicaments à l'hôpital. L'AMM pourra prévoir que le prescripteur mentionne sur l'ordonnance la date de réalisation du ou des examens nécessaires et le délai au-delà duquel la dispensation ne sera plus possible, ainsi que, le cas échéant, la délivrance d'une information sur les risques, d'un support d'information et de suivi. Le classement en SP se justifie par la gravité des effets indésirables du médicament. » [11]

Tableau récapitulatif : les 5 catégories de médicaments à prescription restreinte :

Catégorie	Code	Prescription	Dispensation
Réservés à l'usage hospitalier	RH	Médecin hospitalier	- pharmacie hospitalière - pas de rétrocession
Prescription hospitalière	PH	Médecin hospitalier	- officine ou - rétrocession par les pharmacies hospitalières si le médicament est inscrit sur la liste rétrocession - double circuit ville-hôpital possible.
Prescription initiale hospitalière	PIH	- prescription initiale : médecin hospitalier (l'AMM peut fixer un délai de validité de la prescription initiale) - renouvellement : tout médecin, ordonnance identique à la prescription initiale sauf pour les posologies et la durée de traitement.	- officine ou - rétrocession par les pharmacies hospitalières si le médicament est inscrit sur la liste rétrocession - double circuit ville-hôpital possible.
Prescription réservée à certains médecins spécialistes	PRS	PRS pour toute prescription : Médecins spécialistes désignés dans l'AMM. PRS que pour la prescription initiale : - prescription initiale : médecins spécialistes désignés dans l'AMM (l'AMM peut fixer un délai de validité de la prescription initiale) - renouvellement : tout médecin, ordonnance identique à la prescription initiale sauf pour les posologies et la durée de traitement	- officine ou - rétrocession par les pharmacies hospitalières si le médicament est inscrit sur la liste rétrocession - double circuit ville-hôpital possible.
Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement	SP	Si c'est la seule condition de prescription restreinte : prescription par tout médecin, dispensation en ville S'il y a cumul avec les catégories RH, PH, PIH ou PRS : suit les conditions de prescription, de dispensation et d'administration de la catégorie correspondante.	

Tous les médicaments doivent appartenir à une liste. Cette classification « positive » s'oppose à la classification antérieure qui voulait que tout médicament non disponible en officine de ville puisse être rétrocedé par la pharmacie des hôpitaux.

- La disponibilité de ces médicaments :

Jusqu'en juin 2004, les hôpitaux publics et les hôpitaux privés participant au service public hospitalier (PSPH) ont eu la possibilité de rétroceder aux patients non hospitalisés des médicaments non disponibles en pharmacie de ville.

A compter de la parution du décret, tous les établissements de soin auront la possibilité de rétroceder des médicaments, à condition que leur AMM le prévoie. Pour cela, ils doivent faire une demande d'autorisation de cette activité pour leur PUI auprès de la DDASS, conforme à la procédure établie dans la circulaire DHOS/E/2004/269 du 14 juin 2004. [12]

« Tous les médicaments seront délivrés au public en pharmacie d'officine, exceptés :

- ceux qui seront classés dans la catégorie RH ;
- ceux qui seront inscrits sur la liste déterminant les produits pouvant être rétrocedés et ne feront pas l'objet d'un double circuit de dispensation. » [11]

Les dispositifs médicaux :

Il n'existe pas, pour les dispositifs médicaux, une réglementation aussi stricte quant à leur disponibilité en ville ou à l'hôpital. On remarque que certains de ces dispositifs ne sont pas disponibles dans les officines, sans que l'on puisse s'appuyer sur des règles précises pour le déterminer.

2^{ème} notion : le fait que la pharmacie dispose de ce produit dès réception de l'ordonnance :

Les médicaments :

Les pharmacies d'officine ne peuvent disposer dans leur stock de la totalité des médicaments commercialisés. Par ailleurs, les modalités d'approvisionnement par les grossistes peuvent être variables d'une pharmacie à une autre. De façon générale, il est difficile voire impossible

d'être approvisionné pour le jour-même à partir de 15 heures dans les pharmacies à la campagne, de 17 heures dans les pharmacies en ville.

Le communiqué qui accompagne le décret de rétrocession précise que la disponibilité des médicaments est « un élément fondamental de la réussite de la réforme. Le pharmacien devra tout mettre en œuvre pour que ses patients disposent de leurs traitements le plus rapidement possible. »[11] Cependant, il pourra s'agir de médicaments rarement prescrits, coûteux, urgents, pour lesquels il ne doit pas y avoir d'interruption de traitement, et que l'officine ne pourra se permettre d'avoir en stock en permanence. Ce document demande que les pharmaciens engagent une réflexion au plan individuel, local, ou au sein des instances professionnelles pour que des solutions soient trouvées. Des pistes de réflexion sont proposées :

« - amélioration de la gestion prospective en favorisant les échanges avec les pharmacies hospitalières de la région et en établissant, par exemple des « procédures de sortie » : information par la pharmacie hospitalière du pharmacien d'officine désigné par le patient ou sa famille des médicaments prescrits sur l'ordonnance de sortie du patient, afin que le pharmacien puisse les commander rapidement ;

- collaboration entre officinaux d'une même région. »[11]

Les dispositifs médicaux :

Le problème est plus complexe ; en effet, certains dispositifs médicaux doivent être achetés auprès du fabricant directement, ce qui augmente les délais d'approvisionnement.

2) Le taux de prise en charge :

Les médicaments :

Les spécialités vignettées sont remboursées à 100% (vignette grise), à 65% (vignette blanche) ou à 35% (vignette bleue). Les autres spécialités ne sont pas remboursables. Lorsque les patients bénéficient d'une couverture par une mutuelle, les médicaments sont généralement pris en charge à 100%. Par ailleurs, un médicament prescrit hors AMM n'est pas remboursable, certains médicaments ne sont remboursables que dans certaines indications.

Les dispositifs médicaux :

Les dispositifs médicaux peuvent bénéficier d'une inscription sur la LPP. Cette liste donne pour chaque catégorie de DM son montant de remboursement.

Le coût résiduel à la charge du patient dépend de leur prix d'achat et de la marge appliquée. Or, il arrive que le prix de remboursement fixé par la LPP soit en-deçà du prix de vente. Parfois même, le prix de remboursement d'un article inscrit à la LPP est inférieur au prix d'achat par le pharmacien (cf annexe 1). Cela oblige donc le patient à régler lui-même le dépassement même s'il est pris en charge à 100% par la sécurité sociale.

3) L'administration :

Deux modalités d'administration sont le plus souvent observées :

- l'administration et les soins sont réalisés par un Infirmier Diplômé d'Etat : il s'agit d'administration intra-veineuse, intra-musculaire et éventuellement sous-cutanée ainsi que la réalisation de différents types de soins (pansement...). Dans ce cas, pour qu'il y ait une prise en charge de l'acte infirmier, une ordonnance est obligatoire, qui doit indiquer la fréquence et la durée du traitement ou des soins ainsi que la mention : « y compris dimanches et jours fériés ».

- l'administration et soins réalisés par le malade ou un membre de sa famille : il s'agit d'administration par voie orale ou d'administration sous-cutanée si le malade ou un membre de sa famille est capable de la faire. Seuls les soins les plus simples (désinfection par exemple, nettoyage d'une chemise interne...) sont laissés à la charge du patient.

C) Les différentes données à transmettre au patient lors de sa sortie :

L'ANAES, dans son document de recommandations, a travaillé sur les données à transmettre au patient lors de sa sortie, en effet « les patients et leurs familles souhaitent davantage d'informations et une meilleure communication avec l'équipe soignante. L'information reçue leur paraît souvent insuffisante, peu claire et dispensée trop tardivement et à la hâte. Le besoin d'information concerne :

- la maladie elle-même
- son retentissement sur les activités de la vie quotidienne
- les médicaments prescrits et leurs éventuels effets secondaires
- les aspects financiers de leur prise en charge
- le retour à domicile .» [5]

Concernant les médicaments à prescription initiale hospitalière dont le renouvellement sera prescrit par le médecin de ville pour la durée de validité de l'ordonnance hospitalière, le patient devra également avoir reçu une information sur les modalités de prescription et de renouvellement de ses médicaments. Le médecin hospitalier et/ou le personnel soignant devra s'assurer que le patient a un nouveau rendez-vous pour le renouvellement de l'ordonnance hospitalière ou qu'il a reçu et compris une information sur la nécessité de prévoir ce rendez-vous à temps.

1) L'éducation du patient sur sa maladie et son traitement :

Pour une meilleure observance de son traitement, le patient doit être informé de sa maladie, de son évolution, de l'intérêt et de l'importance de son traitement. Cependant, c'est au médecin de prendre la décision d'informer son patient, dans la limite de ce qu'il le juge capable d'entendre et de comprendre.

En l'absence de dossier partagé entre les professionnels, le pharmacien ne dispose pas toujours des éléments lui permettant de connaître la pathologie du patient et l'information qu'il en a ; le dialogue pharmacien-patient reste toujours délicat.

Il est également très important d'éduquer le patient à propos de son traitement : posologie, rythme de prise, conditions de prise... « L'éducation du patient voire l'apprentissage de son traitement doit être engagée de façon précoce au cours de l'hospitalisation pour en optimiser l'efficacité lors du retour à domicile. Cela doit porter sur :

- la prise du médicament
- les effets indésirables
- les interactions médicamenteuses
- les éléments à surveiller
- les signes devant amener à consulter un médecin en urgence
- la recherche de moyens permettant une prise régulière sans oublier... »[5]

Cette éducation devrait favoriser l'adhésion du patient au traitement et, dans certains cas, éviter les hospitalisations pour effets iatrogènes. Cette éducation peut, le cas échéant, porter sur une prise en charge spécifique, par exemple pour les patients stomisés (changement de poches) ou trachéotomisés (nettoyage ou changement de chemise interne).

L'information peut se faire à l'oral avec un support écrit sous la forme de fiches explicatives qui lui sont remises.

2) La préparation du patient à sa sortie :

Selon le document rédigé par l'ANAES, « les soignants ne doivent pas sous-estimer combien il peut être angoissant pour certains malades de quitter un milieu de soins, avec la présence constante d'un infirmier ou d'un médecin qui répond à leur appel, pour le domicile où ils se sentent moins en sécurité. Un support moral et émotionnel est donc nécessaire.» [5] Il est également important de prévenir les malades des symptômes prévisibles qui apparaissent souvent dans les jours suivant la sortie :

- gestion insuffisante de la douleur
- insomnie
- troubles du transit
- difficultés pour les toilettes et les soins d'hygiène
- difficultés pour la prise des médicaments.

Afin de faciliter la toilette et les soins d'hygiène, il est intéressant de proposer des aides techniques aux patients : pince de préhension, planche de transfert, barre d'appui... Afin de faciliter la prise des médicaments, un plan de prise peut être établi en tenant compte des possibilités des patients et de la cinétique des médicaments.

Il convient également d'informer les patients du niveau de prise en charge par les organismes sociaux des médicaments ou matériels qui leur sont prescrits. Le fait de les informer à l'avance permet d'éviter un refus de délivrance à l'officine. Pour cela, il faut que les prescripteurs hospitaliers aient connaissance de la prise en charge des produits qu'ils prescrivent.

L'implication de tous les acteurs concernés est donc capitale pour que la sortie se passe le mieux possible.

III L'organisation de la sortie :

Quelle que soit la situation de sortie, il existe des risques d'erreurs liés à la rupture du processus et à la transmission d'informations entre personnes n'ayant pas l'habitude de travailler ensemble (transmission de consignes à l'oral, vocabulaire différent, pratiques différentes...). Afin de réduire ces risques d'erreurs, il est particulièrement important de planifier les sorties le plus tôt possible, d'anticiper les besoins et d'impliquer les différents acteurs de santé concernés.

A) La planification de la sortie :

Pour que la sortie se passe dans de bonnes conditions, sa planification paraît indispensable et ne sera efficace que si elle commence dès l'admission voire la pré-admission du patient. A chaque fois que cela est possible, une date ou une période prévisible de sortie est fixée ce qui permet de préparer le patient et sa famille à la transition hôpital-domicile. L'objectif de cette planification est d'éviter une « organisation » tardive et précipitée responsable de nombreux dysfonctionnements. Selon l'ANAES, « pour plusieurs auteurs, une préparation insuffisante de la sortie induit, de manière directe ou indirecte, une augmentation du taux de réhospitalisations précoces liées ou non au motif de la première hospitalisation. »[5] « D'autre part, une étude portant sur la rentabilité d'un protocole d'organisation de la sortie de patients âgés [...] a mis en évidence une diminution significative du coût des soins hospitaliers ». Une enquête montre également qu'une planification précise et précoce de la sortie « diminue les dépenses évaluées sur la base des remboursements de soins médicaux intervenant dans les six mois après la sortie ».

« La compilation de trois programmes de sortie précoce mis en place en Australie [...] conduit aux constatations suivantes : si la sortie précoce diminue bien sûr la durée moyenne de séjour, elle ne diminue que rarement les coûts générés, la réduction de la durée d'hospitalisation ne compensant pas toujours les dépenses engendrées par la mise en place du programme de sortie rapide. Dans tous les cas, l'évaluation de l'efficacité et de la rentabilité des différents protocoles est très complexe. » [5]

B) L'anticipation des besoins auprès du pharmacien :

Il est indispensable d'anticiper l'ensemble des besoins thérapeutiques, matériels, sociaux et psychologiques du patient. Dans le cadre du sujet de ce travail, les besoins concernés sont les besoins en médicaments et dispositifs médicaux. Ces besoins doivent être anticipés afin d'éviter les problèmes de délivrance de ces produits lors de la présentation de l'ordonnance à l'hôpital ou à l'officine. Il est particulièrement nécessaire de prévoir les besoins du patient auprès du pharmacien d'officine dans plusieurs cas : sortie les veilles de week-end et de jours fériés, médicaments rarement utilisés (anticancéreux...) et dispositifs médicaux. Cette anticipation permet en outre de s'assurer que le matériel ou le médicament est bien disponible en ville, qu'il correspond parfaitement à ce qui est souhaité par l'hôpital et de connaître son niveau de prise en charge par les organismes sociaux.

Le décret sur la rétrocession, en « créant » des médicaments prescrits par les médecins hospitaliers mais à délivrance officinale rend indispensable l'anticipation de la disponibilité des produits en officine. Le décret propose que le pharmacien hospitalier informe le pharmacien d'officine de la future sortie du patient afin que celui-ci puisse anticiper la commande des médicaments, il propose également une meilleure collaboration entre officinaux [11].

C) Le rôle du patient, de son entourage, des différents acteurs de santé dans la continuité de la prise en charge thérapeutique :

Une communication et une cohérence entre l'hôpital, le pharmacien d'officine, l'infirmier libéral, les autres partenaires de santé, le patient et sa famille sont indispensables, précisant les rôles et responsabilités de chacun dans la procédure de sortie. En plus d'une bonne coordination des soins, ceci permet au patient de savoir à qui s'adresser pour faire face à tel ou tel problème. Le patient est au cœur des décisions prises pour sa sortie, il a donc son avis à donner sur certaines décisions le concernant.

Le rôle de l'entourage ne doit pas être négligé, selon l'ANAES, « l'entourage, quant à lui, éprouve également le besoin d'être davantage impliqué dans la préparation de la sortie ; en effet, un membre de la famille assume souvent la prise en charge du malade après le retour à domicile. » [5]

Le rôle des différents acteurs de santé est de planifier, d'organiser la sortie et de tout mettre en œuvre pour assurer, au patient la disponibilité de la totalité des médicaments et du matériel qui lui sont nécessaires.

Pour l'ANAES, « les patients et leur entourage estiment que, d'une part, l'impression de précipitation et de bousculade engendrée par une sortie mal préparée et, d'autre part, la non disponibilité immédiate à l'officine de produits urgents contribuent à majorer l'anxiété générée par le retour à domicile.» [5]

DEUXIEME PARTIE : L'ETAT DES LIEUX AU CENTRE ALEXIS VAUTRIN

La description ci-dessous correspond au travail effectué au cours de la thèse, en 2003-2004.

Lors du retour à domicile d'un patient hospitalisé, ses besoins en médicaments et dispositifs médicaux peuvent être très variés : médicaments disponibles en officine, médicaments réservés aux hôpitaux, dispositifs médicaux de type seringues, compresses, dispositifs médicaux de type matériel comme les lits, les potences pour perfusions..., les produits de nutrition entérale, les dispositifs d'administration des médicaments comme les pousse-seringues, les nébuliseurs pour aérosols, les pompes de perfusion. Dans le cadre de cette thèse, nous avons travaillé sur la prise en charge du patient sortant à domicile par le pharmacien d'officine, les infirmiers libéraux et le pharmacien hospitalier donc plus exactement sur les médicaments et les dispositifs médicaux. Nous n'avons pas pris en compte la nutrition entérale, qui est gérée au CAV de façon spécifique par les diététiciennes. Dans cette seconde partie, nous décrirons le processus de sortie du patient hospitalisé au CAV puis nous recenserons les dysfonctionnements observés de manières différentes à toutes les étapes de ce processus.

I. La description du processus :

A) Les différents types de sortie des patients du CAV vers leur domicile :

Parmi les différentes modalités possibles à la sortie d'un patient, le CAV peut envisager une sortie dite « simple » avec des soins à domicile, en faisant parfois intervenir un réseau de soins, ou une sortie « accompagnée » par l'intermédiaire d'un prestataire de services. En effet, le CAV ne possède pas de structure d'Hospitalisation A Domicile (HAD). Des lits d'hospitalisation à domicile devraient être créés en lien avec la fédération de soins de support CHU-CAV. Ces lits concerneront à priori des patients en soins palliatifs.

Le choix du type de prise en charge se fait en fonction de l'état de santé du patient, selon qu'il nécessite ou non une prise en charge relativement lourde et complexe pour laquelle il faudra donc fournir, non seulement des médicaments et des dispositifs médicaux simples, mais aussi du matériel médical plus conséquent. Dans ce cas, il est systématiquement fait appel à un prestataire de services pour accompagner la sortie du patient.

1) Les sorties « simples » :

Ces sorties s'adressent à des patients dont l'état de santé est relativement bon. Il ne faudra leur fournir que des médicaments et des dispositifs médicaux simples (étuis péniers, poches à urine, poche de stomie...). Dans ce cas, il n'est pas fait appel à un prestataire de services, sauf dans des cas particuliers : un patient ayant déjà par ailleurs un prestataire qui intervient dans sa prise en charge, situation d'isolement géographique et/ou situation qui nécessite un soutien et un suivi de l'infirmier à domicile...

Dans tous les cas où un prestataire n'est pas sollicité, une ordonnance portant sur des médicaments ou sur des dispositifs médicaux est rédigée par un médecin du CAV. Elle est directement donnée au malade lors de sa sortie, il doit alors se procurer les produits mentionnés soit à la pharmacie de l'hôpital, pour les produits appartenant à la réserve hospitalière, soit dans son officine, pour les autres produits.

Si la prise en charge du patient nécessite l'intervention d'une IDE, un contact est toujours pris entre l'infirmier du secteur d'hospitalisation et l'IDE lors de la première prise en charge et par la suite si nécessaire.

2) Les sorties « accompagnées » par un réseau de soins :

Pour la sortie des patients en Lorraine, le CAV peut faire appel à un réseau de santé comme « MADLOR » (Maintien A Domicile en LORraine). Le but de ce réseau est de favoriser le retour et le maintien à domicile des patients en situation médicale complexe. Composé de professionnels de santé libéraux, il permet une prise en charge globale centrée sur le malade grâce à une coordination de l'ensemble des acteurs de santé. L'association MADLOR permet avant tout de créer un lien entre les soignants, le patient et son entourage, indispensable à une médecine de qualité.

Pour MADLOR, « le premier point fondamental est le respect absolu du libre choix du patient et des professionnels de santé. Le second est l'entière gratuité de la prise en charge au sein du réseau pour le patient. Les professionnels, eux, adhèrent à l'association pour le maintien à domicile en versant une cotisation annuelle. »

« Le patient intégré dans le réseau peut l'être à la demande d'un intervenant libéral habituel, d'un soignant hospitalier, d'un acteur social, voire du patient lui-même ou de son entourage. »

« Concrètement, la demande est faite au siège de MADLOR par téléphone ou par internet. Le médecin est contacté. Si le prescripteur libéral accepte la prise en charge, le coordinateur rencontre le patient à l'hôpital ou au domicile, l'informe sur le réseau, sur son fonctionnement et sa finalité et lui demande de s'engager au travers de la signature de la charte patient. Le coordinateur élabore ensuite avec les soignants et le patient un plan de soins qui sera régulièrement réévalué. »

« Pour les prises en charge en milieu hospitalier, le coordinateur se porte au domicile le jour ou le lendemain de la sortie afin de vérifier qu'aucun problème ne soit à résoudre. Il délivre un cahier de soins au patient, servant de dossier de suivi à domicile. Dans les 48 premières heures de la prise en charge, une réunion de concertation permet de définir le rôle et le positionnement du réseau dans la prise en charge. » [4]

On peut noter qu'il existe trois niveaux de prise en charge en fonction de la demande faite au réseau.

Le CAV fait appel au réseau MADLOR pour prendre en charge des patients « lourds », généralement pour des soins palliatifs.

3) Les sorties « accompagnées » par un prestataire :

Pour assurer la coordination des soins à domicile et la fourniture du matériel médical au patient (potence, lit médicalisé, pompe à perfusion, matériel de nutrition...), le CAV fait appel à un prestataire de services. En 2004, le CAV est en contrat avec deux prestataires de services : Homeperf et Actisanté, recrutés d'après un cahier des charges qui leur est proposé. L'un ou l'autre est choisi pour assurer la prise en charge du patient en fonction de son numéro de dossier (pair ou impair). Cependant, dans le cas où un patient est déjà pris en charge par un prestataire pour la nutrition parentérale, c'est ce même prestataire qui est choisi pour la prise en charge des autres thérapeutiques.

Au CAV, le choix de faire intervenir des prestataires repose sur le fait de pouvoir organiser avec eux la sortie du patient, en particulier pour des prises en charges lourdes, d'assurer une assistance technique 24h/24, d'assurer l'élimination des déchets et la formation des infirmiers libéraux, le cas échéant. Dans ce cas, le prestataire vient au CAV rencontrer les soignants et organiser la suite de la prise en charge, alors que le patient est encore hospitalisé. Dans des situations de prise en charge moins lourde, le recours aux prestataires n'est pas systématique, d'autres solutions étant envisageables par le pharmacien et l'infirmier libéral, avec ou sans prestataire contacté secondairement.

La création et le développement de réseaux de professionnels libéraux de santé sont en plein essor, leur but étant d'offrir les mêmes prestations que les prestataires de services.

B) La prescription et la délivrance des produits aux patients sortants :

1) La prescription de médicaments et de dispositifs médicaux aux patients sortants :

Au CAV, les prescriptions de sortie sont rédigées par un médecin de l'unité d'hospitalisation ou de consultation. Dans tous les services, les ordonnances peuvent être rédigées par des médecins statutaires, des médecins vacataires, des assistants ou des internes. En fonction des différents destinataires (pharmacien d'officine, prestataire de service, infirmier libéral...), des ordonnances séparées sont en général établies.

2) La délivrance :

Le CAV est un établissement de type PSPH (Hôpital privé participant au service public hospitalier). A ce titre, le CAV a le droit de rétrocéder les médicaments réservés aux hôpitaux, donc non disponibles en pharmacie d'officine, aux patients non hospitalisés, et de les facturer aux caisses des patients. Il existe donc au CAV trois types de délivrance et de prise en charge :

- la délivrance hospitalière : elle concerne les produits dont l'AMM les réserve à l'hôpital, les ATU (Autorisation Temporaire d'Utilisation) et les produits d'essais cliniques. Au CAV, la délivrance de ces médicaments peut se faire selon trois modalités :

- Le patient vient chercher son traitement à la pharmacie du CAV : il s'agit le plus souvent des patients en consultation et non en hospitalisation. Cela concerne plus particulièrement la Ventoline®, l'Atrovent®, certains médicaments en essais cliniques et en ATU.
- Le médicament est délivré au service dans lequel le patient est hospitalisé : dans ce cas, le traitement est remis au patient par les infirmiers à sa sortie, ou par l'infirmier chargé des essais cliniques le cas échéant. Cette situation s'explique par le fait que cette dispensation concerne essentiellement des médicaments adjuvants de la chimiothérapie (ex facteurs de croissance hématopoïétique) qui sont délivrés par le même circuit que les chimiothérapies qu'ils accompagnent, et de traitements anticancéreux par voie orale, qui suivent eux aussi le circuit des chimiothérapies.
- Le médicament peut être également confié à un infirmier coordinateur du prestataire : dans ce cas, c'est lui qui prend en charge l'acheminement du traitement. Cette situation se présente lors d'une prise en charge lourde pour un patient, pour laquelle l'infirmier coordinateur du prestataire vient au CAV avant la sortie du patient afin de l'organiser au mieux.

La liste des médicaments concernés au 31 juillet est présentée dans l'annexe n°7.

- la délivrance officinale : à ce jour la délivrance officinale doit concerner tous les produits non réservés aux hôpitaux. Le pharmacien délivre l'ensemble des médicaments, le remboursement s'effectue en fonction du statut des médicaments. En ce qui concerne le matériel, soit le pharmacien dispose du matériel nécessaire prescrit et le fournit directement au patient, soit il fait appel à un prestataire de services de son choix.

Dans certaines situations, qui doivent rester exceptionnelles, le CAV est amené à donner au patient des médicaments qui sont disponibles en ville : c'est le cas de médicaments ou de dispositifs médicaux non remboursés, pour lesquels il ne nous a pas semblé éthique de demander au patient de participer au coût de son traitement.

- la délivrance par le prestataire de services : le prestataire peut fournir le matériel directement au patient à la demande de l'hôpital lui-même ou à la demande du pharmacien d'officine. Concrètement, au CAV, lorsque le patient est pris en charge par un prestataire, celui-ci fournit la totalité des dispositifs médicaux nécessaires dont il dispose.

Le processus de prescription et de dispensation des médicaments et dispositifs médicaux aux patients sortants du CAV suit un circuit des médicaments qui passe souvent par les infirmiers.

II. La recherche des dysfonctionnements :

Après avoir décrit le processus de prescription et dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux, nous avons recherché les différents dysfonctionnements, qu'ils soient avérés ou potentiels, de ce processus, à partir de données recueillies en interne et en externe.

Les objectifs du recueil de dysfonctionnements sont l'amélioration du processus de sortie et la suppression de ces dysfonctionnements, l'objectif était donc qualitatif et non quantitatif. Cette recherche se fait selon trois approches :

- une recherche de dysfonctionnements potentiels à partir des différentes étapes du processus de prise en charge du patient sortant
- un recueil des dysfonctionnements avérés observés à la pharmacie du CAV
- un recueil de dysfonctionnements auprès des pharmaciens d'officine et des infirmiers libéraux.

A) Méthodologie :

Le recueil des dysfonctionnements s'est fait selon trois axes : la recherche des risques d'erreur, des dysfonctionnements recueillis en interne et des dysfonctionnements recueillis en externe.

1) Les risques d'erreur relevés à chaque étape du processus de sortie :

Nous avons recherché les risques d'erreur théoriques par analyse des différentes étapes du processus spécifique de la sortie à domicile et non ceux relatifs à la prescription en général (interactions, posologies...).

2) Les dysfonctionnements réels recueillis à la pharmacie du CAV :

Les dysfonctionnements constatés en interne au CAV ont été répertoriés par recueil spontané à la pharmacie du CAV et ce de façon qualitative uniquement conformément à l'objectif que nous nous sommes fixé.

3) Les dysfonctionnements réels recueillis auprès des pharmaciens d'officine et des infirmiers libéraux :

Pour relever ces dysfonctionnements, nous avons décidé de mener une enquête auprès des pharmaciens d'officine et des infirmiers libéraux.

L'objectif de cette démarche est double :

- rechercher les dysfonctionnements liés à la prescription des médicaments et des soins prescrits en externe
- faire une enquête de satisfaction auprès des intervenants extérieurs.

En effet, les pharmaciens d'officine sont les premières personnes confrontées à l'ordonnance établie au CAV et donc aux éventuelles erreurs ou imprécisions qu'elle comporte. Les infirmiers libéraux, quant à eux, chargés de réaliser les soins, sont également confrontés aux erreurs ou imprécisions de la prescription.

C'est pourquoi nous avons fait le choix d'interroger les pharmaciens d'officine et les infirmiers libéraux par le biais d'un questionnaire à questions ouvertes et fermées.

Le questionnaire se présente en une page à renvoyer, accompagnée d'un courrier explicatif, dont l'objectif est d'expliquer la démarche et de sensibiliser les destinataires à l'importance de leur participation. Un seul envoi a été fait sans relance.

a) Les questionnaires :

Deux questionnaires différents ont été établis suivant qu'ils étaient destinés aux pharmaciens d'officine ou aux infirmiers libéraux, chacun contenant six questions que l'on a voulues, pour la plupart, ouvertes afin de recueillir le maximum d'informations pour constituer notre base de travail.

Les 6 items abordés sont :

- Avez-vous déjà pris en charge des patients sortant du Centre Alexis Vautrin?
- Avez-vous eu des ordonnances de sortie incomplètes ou erronées ?
- Avez-vous rencontré des problèmes pratiques lors de la prise en charge de ces patients ?
- Comment avez-vous résolu ces problèmes?
- Les patients vous ont-ils paru satisfaits des services apportés ?
- Comment peut-on améliorer la prise en charge des patients sortant du CAV ?

Les questionnaires tels qu'ils ont été envoyés sont présentés dans les annexes 4 et 5.

b) L'envoi et le retour des questionnaires :

Les pharmaciens :

Pour permettre une large diffusion des questionnaires aux officines, nous avons fait appel aux services d'un répartiteur pharmaceutique (la CERP) qui s'est chargé de faire parvenir cinq cents exemplaires aux pharmacies d'officine par le biais de leurs bacs de commande. Tous les pharmaciens qui travaillent avec la CERP Lorraine ont donc reçu un questionnaire. Les retours de questionnaires se sont faits également par le grossiste répartiteur, qui nous les a ensuite transmis.

Les infirmiers :

Nous avons fait le choix de questionner 20 infirmiers libéraux régulièrement confrontés à la prise en charge de patients sortant du CAV. Les questionnaires leur ont été adressés par courrier et devaient nous être retournés par courrier.

B) Résultats :

Afin de rechercher les différents dysfonctionnements liés à l'organisation du CAV, nous avons analysé les risques d'erreur à chaque étape du processus. Nous avons ensuite recueilli tous les dysfonctionnements observés à la pharmacie du CAV et nous avons étudié les réponses aux questionnaires destinés aux pharmaciens d'officine et aux infirmiers libéraux. Les résultats de nos recherches de dysfonctionnements sont les suivants :

1) Les risques d'erreur à chaque étape du processus de sortie :

a) La prescription hospitalière :

- Le prescripteur ne sait pas que le produit est réservé à l'hôpital
- Le prescripteur ne sait pas que c'est un produit nouveau, d'où la difficulté de s'approvisionner (lorsqu'un nouveau produit arrive en ville, il est rarement disponible immédiatement)
- La prescription est imprécise : il manque le dosage, la forme galénique... pour les médicaments et des références précises pour les dispositifs médicaux
- Le prescripteur ne prend pas en compte l'administration par une sonde nasogastrique : forme galénique inadaptée
- Le prescripteur n'utilise pas le bon support pour la rédaction de l'ordonnance (rédaction de la prescription sur une ordonnance ALD en absence d'accord avec la sécurité sociale, rédaction d'une prescription de stupéfiants sur une ordonnance non sécurisée)
- Absence d'une des données obligatoires de l'ordonnance :
 1. nom du médecin
 2. numéro d'identification du médecin
 3. date de rédaction de l'ordonnance
 4. signature du médecin
 5. nom, prénom, sexe, âge et éventuellement poids du patient

b) La dispensation par le pharmacien :

- Impossibilité de faire une analyse complète du traitement du patient. En effet, le pharmacien d'hôpital n'a qu'une ordonnance concernant le traitement délivré à l'hôpital et le pharmacien d'officine n'a que la prescription des médicaments disponibles en pharmacie de ville. Le pharmacien d'officine n'est donc pas en mesure de faire une analyse des interactions ni de détecter l'apparition d'un effet secondaire lié à un traitement dont il n'a pas connaissance.
- Rupture dans la continuité du traitement par le fait :

1. d'un traitement non disponible en officine
 2. de l'impossibilité de se procurer le traitement dans des délais compatibles avec la prise en charge de la pathologie
- Patients non prévenus que les produits ne sont pas remboursés
 - Mauvaise connaissance du médicament de la part du pharmacien ou du préparateur : ex : les monographies des médicaments sous ATU ne figurent pas sur le Vidal, les préparateurs ne reçoivent pas une formation systématique sur les médicaments délivrés.

c) Administration :

- Par le patient lui-même :

- mauvaise observance
- moment de prise conseillé non connu ou non respecté (biphosphonates)
- association à une automédication inappropriée

- Par l'IDE :

- erreur de voie d'administration
- modalités de dilution ou de reconstitution non connues ou non respectées
- durée de perfusion non respectée

d) Observance :

- Non respect des posologies par le patient
- Retard ou avance dans les renouvellements

2) Les dysfonctionnements réels recueillis à la pharmacie du CAV :

Les dysfonctionnements recueillis à la pharmacie du CAV sont listés ci-dessous :

- disponibilité des médicaments de la réserve hospitalière et continuité des soins :

- prescription donnée au patient pour le pharmacien d'officine
 - prescription faite pour le CAV mais patient sorti sans son traitement
 - patient sorti avec quelques unités données par l'infirmier à partir de la réserve du service, puis rupture de traitement à domicile
 - patient ayant une date de convocation ultérieure à la durée de délivrance des médicaments
- prescriptions incomplètes ou incorrectes :
- produit n'existant pas en ville « biseptine unidose »
 - absence de nom de produit (aérosol 3/jour)
 - absence de dosage
 - absence de posologie
 - erreur sur des ordonnances pré-imprimées dans le code ACL du set de pose de voie veineuse (code ACL d'un set de pose de sonde urinaire)
 - absence de l'identification du service
 - absence de l'identification du prescripteur
- produits médicaux non ou mal remboursés, par ex :
- Plitican[®] cp
 - Allewyn cavity[®]
 - aiguilles de Huber
 - chemises internes de canules de trachéotomie
 - sangle de maintien des canules de trachéotomie
 - bicarbonate et chlorure de sodium en ampoule pour l'administration des aérosols
- Information sur le produit, conseil aux patients :
- médicaments réservés aux hôpitaux avec une présentation également réservée aux hôpitaux : boîte de 100 comprimés, une seule notice pour la boîte
 - lorsque le patient ne vient pas à la pharmacie, absence de conseil pharmaceutique : délivrance et non dispensation

- analyse pharmaceutique de l'ordonnance : non connaissance par le pharmacien hospitalier des médicaments prescrits pour être délivrés en officine
- modalités d'administration :
 - o modalités d'administration non compatibles avec les données produits (concentration supérieure à la concentration préconisée)
 - o solvant de reconstitution et de dilution pour l'administration non prescrits
- traçabilité de la dispensation : selon les circuits du médicament et du patient, le patient a ou n'a pas le double de son ordonnance, la dispensation n'est pas toujours notée sur le double rendu au patient

3) Les résultats de l'enquête : dysfonctionnements réels recueillis auprès des pharmaciens d'officine et des infirmiers libéraux :

a) Le taux de retour des questionnaires :

Cinquante questionnaires destinés aux officines nous sont revenus complétés pour cinquante envoyés, soit 100% de réponses.

Cinq questionnaires destinés aux infirmiers libéraux nous sont revenus complétés pour vingt envoyés, soit 40% de réponses.

b) Les résultats du questionnaire adressé aux officinaux :

α) Les dysfonctionnements :

6 questionnaires sur les 50 reçus ne relatent aucun problème, soit 12%.

44 questionnaires sur les 50 réponses obtenues relatent l'existence d'un ou plusieurs problèmes, de quelque nature que ce soit, soit 88%.

L'ensemble des dysfonctionnements figure dans le tableau 2 de synthèse.

- Dysfonctionnements de type : Ordonnances incomplètes ou erronées

31 pharmaciens d'officine se sont trouvés au moins une fois confrontés à des ordonnances incomplètes ou erronées en provenance du CAV. Ces ordonnances portaient aussi bien sur du matériel médical que sur des médicaments.

22 questionnaires concernent des prescriptions de médicaments et 23 questionnaires concernent des prescriptions de dispositifs médicaux.

Les réponses font état de un ou plusieurs dysfonctionnements, soit un total de 64 dysfonctionnements tous questionnaires confondus.

Tableau 1 : dysfonctionnements décrits dans les questionnaires adressés aux pharmaciens d'officine

Nature des dysfonctionnements		Nombre de questionnaires concernés
Médicaments :		22
	Références insuffisantes	1
	Ordonnances de stupéfiants non conformes	5
	Ordonnances de produits d'exception non conformes	2
	Médicaments appartenant à la réserve hospitalière	8
	Produits non remboursés	5
	Posologie, dosage ou durée de traitement mal précisés	<u>15</u>
	Absence du cachet du médecin	3
<i>Nombre total de problèmes</i>		39
dispositifs médicaux :		23
	Références insuffisantes	<u>18</u>
	Problèmes de délais d'approvisionnement en matériel	3
	Matériels non remboursés	2
	Posologie mal précisée	2
<i>Nombre total de problèmes</i>		25

- dysfonctionnements de type : organisation de la sortie

21 questionnaires font état de difficultés à organiser une sortie le week-end, lorsque la pharmacie d'officine du patient n'a pas été avertie.

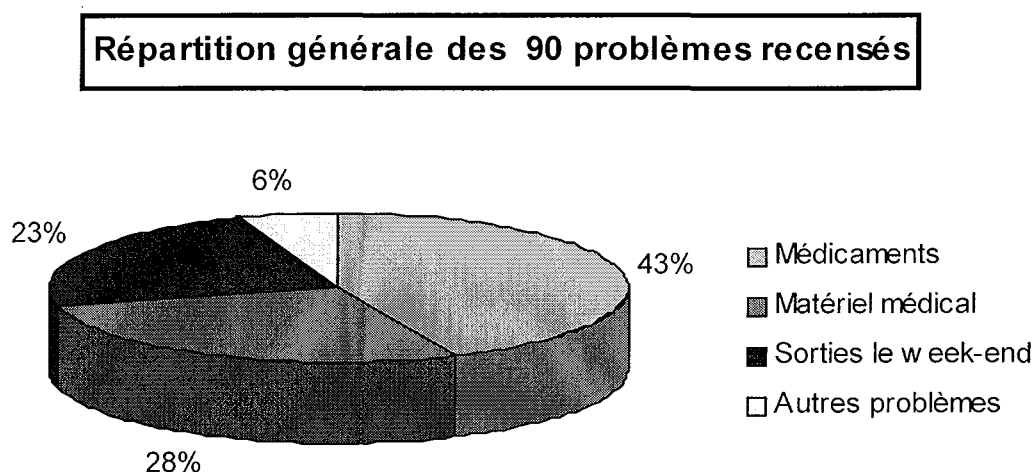
- Autres dysfonctionnements :

D'autres dysfonctionnements apparaissent, en plus faible proportion :

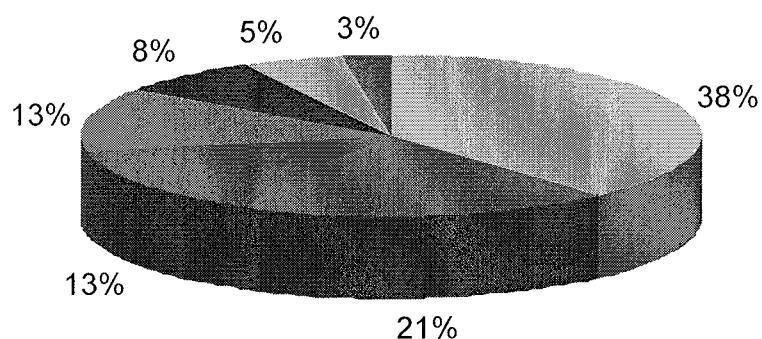
- un manque d'explication au patient quant à sa maladie et à son traitement (2 questionnaires)
- un manque de dialogue entre les différents acteurs de la prise en charge du patient (1 questionnaire)
- une incompréhension avec les infirmiers libéraux (2 questionnaires)
- 2 pharmaciens d'officine se sont par ailleurs étonnés de ne pas recevoir d'ordonnances de dispositifs médicaux et de voir ces ordonnances prises en charge directement par un prestataire de services directement contacté par le CAV.

Synthèse des résultats :

En regardant l'ensemble des résultats, on s'aperçoit que les 44 questionnaires à problèmes rassemblent un nombre total de 90 problèmes.

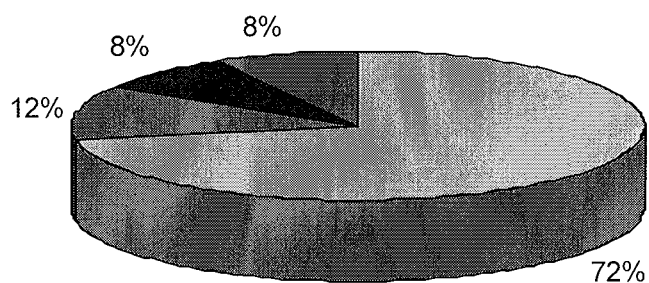


Répartition des 39 problèmes concernant les médicaments



- Posologie, dosage ou durée de traitement mal précisés
- Médicaments appartenant à la réserve hospitalière
- Produits non remboursés
- Ordonnances de stupéfiants non conformes
- Absence du cachet du médecin
- Ordonnances de produits d'exception non conformes
- Références insuffisantes

Répartition des 25 problèmes concernant le matériel médical



- Références insuffisantes
- Problèmes de délais d'approvisionnement en matériel
- Matériels non remboursés
- Posologie mal précisée

β) Les propositions d'amélioration émanant des réponses aux questionnaires :

35 pharmaciens ont fait des propositions d'amélioration. La principale proposition, retrouvée dans presque 50% des cas, est de prévenir le pharmacien d'officine du patient la veille ou deux jours avant sa sortie afin qu'il puisse commander les médicaments et le matériel nécessaires à une bonne prise en charge. En effet, l'approvisionnement des pharmaciens dépend de la disponibilité des produits chez le grossiste ainsi que des horaires d'activité du grossiste.

La seconde proposition régulièrement retrouvée concerne la fourniture par le CAV, pour assurer une continuité des soins entre l'hôpital et la ville, de deux à trois jours de traitement dans l'attente de réception des produits à la pharmacie. Les produits prêtés seraient rendus à l'hôpital lors de leur prochaine visite.

La troisième proposition concerne la constitution d'un groupe de travail composé de pharmaciens d'officine, de pharmaciens hospitaliers, d'infirmiers libéraux, de médecins du CAV...dans le but d'optimiser la prise en charge et le confort du patient.

c) L'analyse des réponses des infirmiers libéraux :

α) Les dysfonctionnements recueillis à partir du questionnaire :

Nous avons recueilli 5 questionnaires sur les 20 envoyés, ce qui représente un taux de 25%.

On peut tout d'abord noter qu'il n'y a aucun problème pour 4 questionnaires concernant les ordonnances destinées aux infirmiers libéraux. De même, tous les infirmiers libéraux semblent pleinement satisfaits de la prise en charge de la sortie des patients du CAV. En revanche, un infirmier nous dit avoir été confronté à l'absence d'ordonnance de soin d'entretien d'un cathéter et de la mention « à renouveler » pour la réalisation d'une autre prise de sang.

β) Les propositions d'amélioration émanant des réponses aux questionnaires :

Une remarque concerne le fait d'assurer au patient une qualité de matériel et une prestation à domicile identiques à celles fournies à l'hôpital. De plus, il paraît indispensable que la sortie du patient soit signalée la veille afin qu'elle se passe le mieux possible, une fiche de liaison entre les infirmiers libéraux et hospitaliers pourrait également assurer une meilleure connaissance du patient, de son traitement et de ses antécédents à la personne qui le prend en charge. Les infirmiers libéraux sont prêts à effectuer des soins et des perfusions jusque-là réservés au domaine hospitalier. Ils estiment que les patients sont dans de meilleures conditions psychologiques chez eux qu'à l'hôpital et que les soins à domicile coûtent moins cher aux organismes de remboursement que ceux prodigués en milieu hospitalier.

4) Synthèse des dysfonctionnements observés :

Tableau 2 : synthèse des dysfonctionnements observés :

Etape du circuit	dysfonctionnements
Administration	Modalités de reconstitution et de dilution non connues de l'infirmier
Administration	Modalités d'administration proposées non compatibles avec les données produits
Dispensation	Conditionnement hospitalier et notice non adaptés à une délivrance en externe
Dispensation	Défauts dans la traçabilité des données de délivrance et de prescription
Information	Absence d'information concernant le traitement délivré à l'hôpital pour le pharmacien d'officine
Information	Absence d'information disponible sur les médicaments de la réserve hospitalière, sous ATU, en EC
Information	Absence d'information ou mauvaise compréhension du patient
Dispensation	Médicament non remboursé, patient non prévenu et/ou somme importante à sa charge
Organisation	Le pharmacien d'officine n'est pas contacté pour savoir s'il peut prendre en charge la sortie du patient
Organisation	Le patient sort sans son traitement réservé aux hôpitaux
Prescription	Le prescripteur ne sait pas que le produit est réservé aux hôpitaux Le prescripteur ne sait pas que c'est un produit pour lequel il faut prévenir le pharmacien

Etape du circuit	dysfonctionnements
Prescription	Non prise en compte de la forme galénique (produit qu'on ne peut écraser dans une sonde de nutrition)
Prescription	Médicament non remboursé alors qu'il existe un équivalent remboursé Médicament non remboursé, patient non prévenu
Prescription	Prescription incomplète (dosage, forme, posologie)
Prescription	Absence d'ordonnance pour le matériel
Prescription	Absence de données réglementaires
Prescription	Erreurs sur des ordonnances pré-imprimées

5) L'analyse des résultats :

- Une approche qualitative de la recherche des dysfonctionnements a été choisie. En effet, l'objectif était d'améliorer le processus et non pas de quantifier les dysfonctionnements. De plus, une approche quantitative ne nous a pas semblé apporter d'éléments pertinents, au regard de la difficulté à mettre en place un recueil systématique.
- Nous avons choisi d'effectuer un recueil de dysfonctionnements auprès des pharmaciens d'officine et des infirmiers libéraux. En effet, l'objectif étant d'améliorer la continuité de la prise en charge pharmaceutique, il nous a semblé indispensable de réaliser un recueil de dysfonctionnements auprès des premières personnes concernées, les pharmaciens d'officine et les infirmiers libéraux. Ce recueil pourrait être complété par une enquête auprès des infirmiers et médecins du CAV et des prestataires. On peut également envisager une étape d'évaluation, un an après la mise en place des mesures d'amélioration.
- Taux de retour des questionnaires :
D'une part, nous avons reçus 10% de réponses de la part des pharmaciens d'officine ce qui est un résultat tout à fait convenable et exploitable puisque 500 pharmaciens ont été interrogés.
D'autre part, nous avons reçus 25% de réponses de la part des infirmiers libéraux. Ce taux est tout à fait acceptable d'un point de vue du taux retour de questionnaires

mais le nombre de réponses est trop faible (5) pour que les résultats soient significatifs. De plus, les infirmiers interrogés avaient suivi une formation particulière organisée par le CAV, leur réponse pouvait donc être biaisée.

- L'analyse des réponses des pharmaciens d'officine à notre questionnaire montre le défaut de communication qui existe dans la prise en charge du patient. De nombreux points ont été soulevés par les officinaux :

- la prescription émanant du service manque souvent de précision du fait qu'à l'hôpital, la pharmacie ne dispose souvent que d'une seule forme et d'un seul dosage pour une spécialité

- les officinaux ont régulièrement proposé que le CAV fournisse deux à trois jours de traitement au patient sortant, dans l'attente de réception des produits à la pharmacie, afin d'assurer une continuité des soins entre l'hôpital et la ville. Il est à cet effet envisagé que les produits prêtés soient rendus à l'hôpital lors de la visite suivante. Cette éventualité n'est pas envisageable du fait de la complexité de la mise en place (le patient risque d'oublier le traitement...), du fait que cela imposerait la réutilisation à l'hôpital de produits délivrés en officine à un autre patient, et pour lesquels les conditions de conservation ne peuvent être assurées

- les officinaux qui ont répondu à notre questionnaire sont favorables à la constitution d'un groupe de travail composé de pharmaciens d'officine, de pharmaciens hospitaliers, d'infirmiers libéraux, de médecins du CAV...dans le but d'optimiser la prise en charge et le confort du patient. Cela met bien en valeur la nécessité et le désir d'une meilleure coordination

- les difficultés d'approvisionnement : pour les pharmacies isolées des Vosges et de la Meuse par exemple, la dernière livraison de la journée est effectuée en début d'après-midi, le produit commandé n'est pas forcément disponible dans les 24 heures...Il faut donc laisser à l'équipe officinale le temps de s'organiser et de s'approvisionner

- la non-connaissance de la totalité du traitement : lors de la dispensation, la non-connaissance par le pharmacien d'officine de la totalité du traitement du fait des produits réservés aux hôpitaux ne permet pas de dépister des interactions médicamenteuses (Barnétil[®]) ou de comprendre certains effets secondaires (les aphtes avec le Xeloda[®])

- les dispositifs médicaux (DM) : la difficulté majeure concernant les DM, pour leur utilisation en interne au CAV et en externe, est la quasi absence de nomenclature commune aux professionnels et aux laboratoires. Cela conduit chacun à désigner un DM par un nom d'usage issu des habitudes de l'établissement, ce qui engendre une incompréhension, une difficulté d'approvisionnement et des erreurs de délivrance.

- L'analyse des réponses des infirmiers libéraux à notre questionnaire est biaisée. En effet, les infirmiers libéraux ne mentionnent pas l'idée d'organiser des groupes de travail assurant une meilleure coordination. Cela s'explique par le fait que les infirmiers recrutés pour l'enquête avaient déjà participé à une réflexion sur les chimiothérapies à domicile avec des infirmières du CAV.

Même si les patients sont en général relativement satisfaits, la prise en charge de leur sortie du CAV pourrait être nettement améliorée et facilitée compte tenu de toutes les remarques recueillies.

TROISIEME PARTIE : L'AMELIORATION DU PROCESSUS DE SORTIE

Dans cette troisième partie, nous présenterons les propositions d'amélioration qui ont été faites, compte tenu des dysfonctionnements observés, et complétées par le nouveau décret sur la rétrocession.

I Les propositions d'amélioration par rapport aux dysfonctionnements observés :

La synthèse des dysfonctionnements et les propositions d'amélioration du processus sont présentées dans le tableau 3.

Tableau 3 : Dysfonctionnements observés et exemples d'amélioration :

Dysfonctionnements	Type d'action à envisager
Modalités de reconstitution et de dilution non connues de l'infirmier	Vérifier la présence des modalités d'administration, les valider
Modalités d'administration proposées non compatibles avec les données produits	Rappeler aux médecins la nécessité de le préciser
Conditionnement hospitalier et notice non adaptés à une délivrance en externe	Mettre à disposition des informations pour les patients
Défauts dans la traçabilité des données de délivrance et de prescription	Créer un dossier de rétrocession et harmoniser les pratiques Traçabilité de la prescription dans le dossier du patient
Absence d'information concernant le traitement délivré à l'hôpital pour le pharmacien d'officine	Prévenir le pharmacien de la délivrance hospitalière Mettre à disposition des pharmaciens d'officine des informations sur les médicaments dispensés à l'hôpital
Absence d'information disponible sur les médicaments de la réserve hospitalière, sous ATU, en EC	
Absence d'information ou mauvaise compréhension du patient	Améliorer le conseil aux patients par une démarche globale de tous les professionnels de santé : la mise à disposition d'informations pour les patients et pour les professionnels de santé Limiter le nombre de patients pour lesquels nous faisons parvenir le traitement dans le service sans passer par la pharmacie

Dysfonctionnements	Type d'action à envisager
Médicament non remboursé, patient non prévenu et/ou somme importante à sa charge	Mettre en place des aides à la prescription : <ul style="list-style-type: none"> - mise à disposition de listes - mise en place d'ordonnances informatisées Nécessité pour l'ensemble des dysfonctionnements de prescription de faire un rappel des modalités Prévenir le pharmacien d'officine à l'avance, de la sortie de son patient
Le pharmacien d'officine n'est pas contacté pour savoir s'il peut prendre en charge la sortie du patient	
Le patient sort sans son traitement réservé aux hôpitaux	
Le prescripteur ne sait pas que le produit est réservé aux hôpitaux	
Le prescripteur ne sait pas que c'est un produit pour lequel il faut prévenir le pharmacien	
Non prise en compte de la forme galénique (produit qu'on ne peut écraser dans une sonde de nutrition)	
Médicament non remboursé alors qu'il existe un équivalent remboursé Médicament non remboursé, patient non prévenu	Nécessité pour l'ensemble des dysfonctionnements de prescription de faire un rappel des modalités de prescription
Prescription incomplète (dosage, forme, posologie)	
Absence d'ordonnance pour le matériel	
Absence de données réglementaires	Faciliter l'écriture des données réglementaires par des documents pré-imprimés ou des tampons prévoyant l'ensemble de ces données
Erreurs sur des ordonnances pré-imprimées	Mettre en place une démarche-qualité par rapport aux ordonnances pré imprimées

II L'amélioration du processus de sortie au CAV : les mesures mises en place en 2003-2004 :

Certaines améliorations proposées auxquelles nous avons participé ont pu être concrétisées par une mesure corrective mise en place en 2003 –2004, d'autres mesures sont en cours de réalisation.

Les mesures d'amélioration ont concerné :

- la prescription

- la dispensation et l'administration
- l'harmonisation des pratiques : traçabilité de la prescription et de la dispensation
- l'amélioration de la communication pharmacie de ville-pharmacie hospitalière

A) Lors de la prescription :

1) Les données réglementaires :

Les textes réglementaires concernant la prescription ont été résumés dans ce document fourni aux médecins du CAV :

Les supports :

Selon la liste d'appartenance du médicament :

- médicaments classés comme stupéfiants : ordonnance sécurisée
- médicaments des autres listes : ordonnance bizona
 - si chimiothérapie ou adjuvant avec protocole présent dans le système informatique : ordonnance informatisée
 - autres cas : ordonnance manuscrite ou pré-imprimée si elle existe

Selon le destinataire :

Il est nécessaire d'établir une ordonnance par destinataire :

- pharmacien d'officine
- pharmacien hospitalier
- prestataire de services
- infirmier libéral

Selon le produit :

Les dispositifs médicaux soumis à location en officine doivent être sur une ordonnance séparée de celle des médicaments.

Le groupe de travail « prescription » qui se mettra en place en septembre aura, entre autres, comme mission, de mettre en place une politique assurance-qualité sur les ordonnances pré-imprimées : validation, archivage, diffusion, modification...

Les données de l'ordonnance :

L'ordonnance doit obligatoirement comporter :

- des données relatives à l'établissement :
 - nom
 - adresse
 - numéro d'inscription au fichier national des établissements sanitaires et sociaux

- des données relatives au service :
 - le nom de l'unité de soins
 - les numéros de téléphone et, le cas échéant, de télécopie et de messagerie électronique auxquels le prescripteur peut être contacté
 - lorsque le prescripteur agit sous la responsabilité du chef de service ou de département, le nom et la qualité de ce chef de service ou de département ou de ce responsable ainsi que son identifiant.

- des données relatives au prescripteur :
 - nom
 - qualité et, le cas échéant, la qualification ou le titre du prescripteur
 - identifiant lorsqu'il existe, son adresse, sa signature et la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée

- des données relatives au patient :
 - nom
 - prénom
 - sexe
 - âge
 - taille et poids si nécessaire

- des données relatives à la prescription :

- la dénomination du médicament ou du produit prescrit
- le dosage, en toutes lettres pour les médicaments classés comme stupéfiants
- la posologie, en toutes lettres pour les médicaments classés comme stupéfiants
- le mode d'emploi
- la formule détaillée s'il s'agit d'une préparation
- la durée de traitement ou le nombre d'unités de conditionnement
- le nombre de renouvellements de la prescription le cas échéant
- la date
- la signature du prescripteur
- lorsque l'AMM ou l'ATU le prévoit :
 - pour un médicament classé dans la catégorie des médicaments à prescription initiale hospitalière, la date à laquelle un nouveau diagnostic doit être effectué
 - la délivrance d'une information sur les risques liés au médicament

Propositions :

- pour les données de l'établissement et du service : impression par la reprographie avec des ordonnances pour chaque département
- pour les données du prescripteur :
 - pour les médecins statutaires : un tampon nominatif avec nom, qualification, n°adeli
 - pour les internes : obligation d'écrire leur nom en toutes lettres
- pour les données du patient : coller l'étiquette patient

L'archivage des prescriptions :

Le décret relatif aux informations détenues par les établissements de santé demande que la prescription de sortie et les doubles d'ordonnances soient conservés dans le dossier du patient [9].

Proposition :

Les ordonnances étant en duplicata, il serait possible de conserver le double de l'ordonnance dans le dossier patient et transmettre au patient l'original, le pharmacien d'officine ferait des photocopies si nécessaire. Cependant, cette démarche ne semble pratique ni pour le pharmacien d'officine ni pour l'établissement hospitalier qui ne dispose pas de la place suffisante au stockage des doubles de toutes les ordonnances.

2) L'aide à la prescription :

2.1) La validation d'ordonnances pré-imprimées de sortie :

a) L'état des lieux :

Il existe au CAV trois situations dans lesquelles plusieurs services ont engagé une démarche de rédactions d'ordonnances pré-imprimées :

- une démarche liée à la mise en place d'une nouvelle procédure (cf paragraphe III.A : externalisation du Zométa®)
- une démarche interne à un service
- une démarche émanant des prestataires de soin

La démarche d'amélioration de la prescription, lorsqu'elle se fait sur des supports pré-imprimés, passe, entre autres, par une validation à priori de ces supports d'ordonnances.

Les dysfonctionnements liés aux erreurs de prescriptions se répercutent directement sur la qualité des soins et de la prise en charge des patients : retard de fourniture en médicaments et en matériels, temps d'attente important à l'officine, participation financière importante pour certains produits... Des ordonnances pré-imprimées provenant du CAV présentaient des erreurs, des oublis ou des imprécisions, comme cela a été montré dans la recherche des dysfonctionnements.

b) Les propositions :

Nous avons proposé :

- la relecture de toutes les ordonnances pré-imprimées existantes

- une démarche systématique de validation des ordonnances avant leur mise en impression.

c) La mise en oeuvre :

• la validation des ordonnances pré-imprimées existantes :

Nous nous sommes procurés l'ensemble des ordonnances pré-imprimées existant dans l'ensemble des services du CAV. Il existe des ordonnances destinées aux pharmaciens d'officine, aux infirmiers libéraux, aux orthophonistes et aux kinésithérapeutes. Les ordonnances ont été relues d'un œil critique et pratique afin de détecter les erreurs et les oublis.

Les principales modifications apportées ont été les suivantes :

- Pour les ordonnances destinées aux kinésithérapeutes et aux orthophonistes, aucune correction n'a été apportée.
- Pour les ordonnances destinées aux infirmiers libéraux, la mention « y compris dimanches et jours fériés » manquait parfois, elle a été ajoutée le cas échéant
- Pour les ordonnances destinées aux pharmaciens d'officine, des corrections ont été apportées :
 - ◆ mise en place de la prescription du matériel médical sur des ordonnances séparées
 - ◆ précision des références de matériel médical afin d'assurer une fourniture plus aisée et plus précise (code ACL, références du laboratoire, taille...)
 - ◆ ajout du nombre d'unités prescrit
 - ◆ remplacement d'un conditionnement hospitalier par son équivalent disponible en ville
 - ◆ recherche d'un produit comparable mieux pris en charge par la sécurité sociale (exemple : chlorhexidine unidosé remplacé par Dosisep[®] boîte de 16)

- **la participation à la rédaction d'ordonnances pour la prise en charge de la morphine en continu :**

Un groupe de travail comprenant un médecin du CAV, un infirmier du CAV, des infirmiers prestataires et un pharmacien a rédigé les ordonnances de sortie utilisées par les prestataires et les pharmaciens d'officine pour la prise en charge d'un traitement morphinique.


Nous avons également été amenés à relire ces ordonnances de la même façon que celles existantes.

- **la proposition d'une démarche systématique :**

Au-delà de la validation des ordonnances existantes, le pharmacien a proposé une démarche qualité plus générale sur la prescription. Une présentation de la démarche effectuée jusqu'à présent et la proposition de création d'un groupe « prescription » permanent au sein du comité du médicament a été faite en Commission Médicale d'Etablissement.

d) Exemple de document réalisé :

Document 1 : exemple de correction apportée :

 Identification du prescripteur N° 60-3937	<i>l'étiquette du patient est à coller ici</i>
Département D' Oncologie Médicale CENTRE ALEXIS VAUTRIN Tél. : 03.83.59.84.00 Avenue de Bourgogne 54511 Vandœuvre - les - Nancy CEDEX 54.0.00301.9	

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

Chlorure de Sodium isotonique 20 ml injectable 1 boîte de 10 ampoules

Biseptine Spray 100 ml

Set de rinçage Héparinisation HARTMANN / MEDISSET Réf. (470259) 3 sets

Renouvelable 2 fois

*↳ Nouvelle référence
des sets.
La bonne référence est = 470210*

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

*Remarque : la référence
470259 correspond à
un set pour sondage
urinaire.*

e) Discussion :

Les ordonnances sont utilisées sous cette forme par les services, l'impression se faisant dans le service de reprographie du CAV.

Une remise à jour doit être effectuée régulièrement afin d'assurer une continuité du travail mis en place (vérification des codes ACL, vérification de la disponibilité des produits en ville, vérification du remboursement, intégration de nouveaux produits dans les protocoles...)

L'objectif de cette démarche était la validation « finale » de l'ordonnance. Des avis ont cependant pu être donnés aux médecins sur la prescription elle-même. Par exemple, la centralisation de la validation a permis de mettre en évidence des différences dans les protocoles de prise en charge d'effets secondaires et de la douleur. Cette information a été transmise au CLUDS afin d'harmoniser ces différentes prises en charge.

f) Les perspectives :

Suite aux différentes erreurs relevées lors de l'analyse des ordonnances pré-imprimées, il a été décidé de mettre en place au CAV un groupe « prescription ». Ce dernier aura entre autres comme mission d'uniformiser l'ensemble des prescriptions et des protocoles et de vérifier la disponibilité et la prise en charge des produits à l'officine. L'existence de ce groupe nous paraît indispensable pour assurer une meilleure prise en charge du patient à domicile. En effet, si la prescription ne comporte pas d'erreur, la dispensation sera de meilleure qualité. Ce groupe devrait voir le jour en septembre 2004, il intégrera, en plus des objectifs présentés en CME, les données issues de la nouvelle réglementation (décret n°2004-546 du 15 juin 2004).

2.2) La mise à disposition d'informations :

2.2.1) Les antiseptiques :

a) *L'état des lieux :*

Le choix des antiseptiques s'est imposé pour 2 raisons :

- un groupe pluridisciplinaire a été mis en place au CAV pour rédiger des procédures antiseptiques en 2003. Nous avons participé aux travaux de ce groupe en établissant la liste des antiseptiques disponibles en ville, leurs indications, la nécessité de rincer ou non, la possibilité d'utiliser l'antiseptique sur des muqueuses.
- le relevé de dysfonctionnements avait fait état de nombreuses prescriptions d'antiseptiques non conformes.

b) *La mise en œuvre :*

Nous avons répertorié les différentes classes d'antiseptiques : spécialités, composition, volume, indications et contre-indications puis nous avons étudié leur prise en charge par la sécurité sociale à partir des sites internet de Vidal et de Thériaque. [15][14]

c) Les documents réalisés :

Document 2 : Indications et contre-indications des antiseptiques

Classes	Spécialités	Indications	Contre-indications
<i>Ammonium IV</i>	<u>Sterlane</u>	Affections cutanées	Application sur les muqueuses Antiseptie avant prélèvement Désinfection de matériel chirurgical Antiseptie chirurgicale
<i>Chlorhexidine</i>	<u>Biseptine</u>	Plaies chirurgicales et traumatiques peu profondes Peau du champ opératoire Affections dermatologiques	Contact avec le cerveau, les méninges, l'œil et conduit auditif en cas de perforation tympanique Application sur les muqueuses Désinfection de matériel chirurgical
	<u>Cytéal</u>	Affections de la peau et des muqueuses	Antiseptie avant prélèvement Antiseptie chirurgicale Désinfection de matériel chirurgical
	<u>Dosiseptine</u>	Plaies superficielles et peu étendues	Contact avec le cerveau, les méninges, l'œil, conduit auditif en cas de perforation tympanique. Application sur les muqueuses
	<u>Plurexid</u>	Affections de la peau	Contact avec le cerveau, les méninges, l'œil, conduit auditif en cas de perforation tympanique. Désinfection de matériel chirurgical
	<u>Septéal</u>	Plaies chirurgicales ou traumatiques Affections dermatologiques Antiseptie de la peau saine avant petite chirurgie	Contact avec le cerveau, les méninges, l'œil, conduit auditif en cas de perforation tympanique. Applications sur les muqueuses
<i>Colorants</i>	<u>Chromargon</u>	Affections de la peau	Antiseptie avant prélèvement Désinfection de matériel chirurgical Antiseptie chirurgicale
<i>Hexamidine</i>	<u>Hexomédine solution</u>	Affections de la peau	Antiseptie avant prélèvement Désinfection de matériel chirurgical Antiseptie chirurgicale Applications sur les muqueuses
	<u>Hexomédine Gel</u>	Affections de la peau	Idem hexomédine solution
	<u>Hexomédine transcutanée</u>	Affections de la peau	Idem hexomédine solution
<i>Hypochlorite de Na</i>	<u>Dakin</u>	Antiseptie de la peau, des muqueuses et des plaies	
<i>Iode</i>	<u>Bétadine dermique</u>	Plaies ou brûlures superficielles et peu étendues Affections de la peau et des muqueuses Peau du champ opératoire	Intolérance à l'iode Nouveau-né de moins de 1 mois Désinfection du matériel médico-chirurgical Grossesse, allaitement
	<u>Bétadine scrub</u>	Affections de la peau et des muqueuses Lavage antiseptique des mains	Idem bétadine dermique
	<u>Bétadine gel</u>	Plaies ou brûlures superficielles et peu étendues Affections de la peau et des muqueuses	Intolérance à l'iode Nouveau-né de moins de 1 mois Grossesse, allaitement
<i>Triclocarban</i>	<u>Septivon</u>	Affections de la peau et des muqueuses	Antiseptie avant prélèvement Désinfection de matériel chirurgical Antiseptie chirurgicale
	<u>Solubacter</u>	Affections de la peau et des muqueuses Infections vaginales à germes sensibles	Antiseptie avant prélèvement Désinfection de matériel chirurgical Antiseptie chirurgicale

Document 3 : Les antiseptiques remboursés :

Classes	Spécialités	Composition	Volumes	Pur ou dilué	Rinçage	Utilisation sur les muqueuses
<i>Ammonium IV</i>	<u>Sterlane</u>	lopotuban dapatuban miristalkonium	350mL	les 2	oui	non
<i>Chlorhexidine</i>	<u>Biseptine</u>	Chlorhexidine benzalkonium alcool benzylique	Spray : 100mL 250mL 500mL	pur	non	non
	<u>Cytéal</u>	Hexamidine chlorhexidine chlorocrésol	250mL 500mL	les 2	oui et abondamment	oui
	<u>Dosiseptine</u>	Chlorhexidine	unidoses de 15mL bte de 16 flacon 50mL	pur	non	non
	<u>Plurexid</u>	Chlorhexidine	250mL 400mL	les 2	oui	oui
	<u>Septéal</u>	Chlorhexidine	250mL	pur	non	non
<i>Colorants</i>	<u>Chromargon</u>	Acriflavine oxyquinol	125mL	les 2	non	A éviter
<i>Hexamidine</i>	<u>Hexomédine solution</u>	Hexamidine	45mL 250mL Spray : 75mL	pur	non	non
	<u>Hexomédine Gel</u>	Hexamidine	tube de 30g	pur	non	non
	<u>Hexomédine transcutanée</u>	Hexamidine	45mL	pur	non	non
<i>Hypochlorite de Na</i>	<u>Dakin</u>	Hypochlorite de Na	60mL 250mL 500mL 1000mL	pur	non	oui
<i>Iode</i>	<u>Bétadine démique</u>	povidone iodée	125mL	les 2	non	oui
	<u>Bétadine scrub</u>	povidone iodée	125mL	les 2	oui	oui
	<u>Bétadine gel</u>	povidone iodée	tube de 30g			oui
<i>Triclocarban</i>	<u>Septivon</u>	Triclocarban	250mL 500mL	les 2	oui et abondamment	oui
	<u>Solubacter</u>	Triclocarban	150mL 400mL	les 2	oui et abondamment	oui

d) Discussion :

Ces documents ont été mis à disposition du groupe de travail pour rédiger les procédures sur les antiseptiques. La liste des antiseptiques disponibles en pharmacie de ville est jointe à cette procédure. Elle a également été un des supports utilisés pour la validation des ordonnances pré-imprimées.

Comme toute liste, celle-ci pose le problème de sa mise à jour, en particulier dans un contexte où de nombreux médicaments sont déremboursés. Cette réactualisation doit également servir à l'évolution des procédures internes d'utilisation des antiseptiques.

Cette liste sera mise à jour par la pharmacie lors de la mise à jour des listes de médicaments disponibles pour les unités de soins et unités médico-techniques.

Même si le travail réalisé ici sert de base à la prescription, le médecin peut juger plus adaptée pour le patient la prescription d'un autre produit, non pris en charge par les organismes sociaux, dans ce cas il est nécessaire d'en informer le patient au préalable.

2.2.2) Les pansements anti-escarres :

La démarche est identique à celle suivie pour les antiseptiques, en effet le contexte et la problématique sont les mêmes. La seule différence notable est que les dépassements à la charge des assurés sont plus importants avec ces pansements qu'avec les antiseptiques. Un groupe de travail sur les escarres a aussi été mis en place au CAV, parallèlement à celui sur les antiseptiques.

Document 4 : Principaux pansements anti-escarres disponibles en officine de ville

Pansement	Remboursé	Dépassement	LPPR	Prix public
Allevyn 5cmx5cm bte de 10	oui	oui	7,62 €	22,74 €
Allevyn 10cmx10cm bte de 16	oui	non	48,78 €	48,78 €
Allevyn 10cmx20cm bte de 16	oui	non	97,57 €	97,57 €
Allevyn 20cmx20cm bte de 10	oui	non	121,96 €	121,96 €
Allevyn adhésive 7,5cmx7,5cm bte de 16	oui	oui	24,39 €	31,44 €
Allevyn adhésive 12,5cmx12,5cm bte de 16	oui	non	76,10 €	76,10 €
Allevyn adhésive 17,5cmx17,5cm bte de 10	oui	oui	91,47 €	101,16 €
Allevyn adhésive 12,5cmx22,5cm bte de 10	oui	non	68,60 €	68,60 €
Allevyn adhésive 22,5cmx22,5cm bte de 10	oui	non	140,25 €	140,25 €
Allevyn heel bte de 10	oui	oui	60,98 €	84,10 €
Allevyn sacrum 17,2cmx17,5cm bte de 10	oui	non	91,47 €	91,47 €
Allevyn sacrum 22cmx22cm bte de 10	oui	non	140,25 €	140,25 €
Allevyn cavity sphérique 5 cm bte de 10	oui	oui	19,21 €	91,34 €
Allevyn cavity tubulaire 9cmx2,5cm bte de 10	oui	oui	15,24 €	91,68 €
Allevyn plus cavity 5cmx6cm bte de 10	oui	oui	7,62 €	17,50 €
Allevyn plus cavity 10cmx10cm bte de 5	oui	oui	30,49 €	43,82 €
Allevyn plus cavity 15cmx20cm bte de 10	oui	oui	91,47 €	113,94 €
Allevyn plus cavity 1,5cmx20cm bte de 10	oui	oui	7,62 €	26,12 €
Actisorb plus 25 10,5cmx19cm	oui	non	36,59 €	36,59 €
Actisorb plus 25 10,5cmx10,6cm	oui	non	73,18 €	73,18 €
Cellosorb 11cmx11cm	oui	non	58,54 €	58,54 €
Combiderm 10cmx10cm bte de 16	oui	non	48,78 €	48,78 €
Combiderm 14cmx14cm bte de 16	oui	non	97,57 €	97,57 €
Combiderm 20cmx20cm bte de 10	oui	non	121,96 €	121,96 €
Combiderm 15cmx18cm bte de 16	oui	non	97,57 €	97,57 €
Combiderm 20cmx23cm bte de 10	oui	non	121,96 €	121,96 €
Combiderm 15cmx25cm bte de 16	oui	non	91,47 €	91,47 €
Combiderm N 14cmx14cm bte de 16	oui	non	97,57 €	97,57 €
Combiderm N 15cmx25cm bte de 10	oui	non	91,47 €	91,47 €
Comfeel ovale	oui	non	30,73 €	30,73 €
Comfeel pâte	oui	non	30,49 €	30,49 €
Comfeel poudre	non	oui		23,63 €

Pansement	Remboursé	Dépassement	LPPR	Prix public
Comfeel plus plaque mousse 10 plaques talon-coude	oui	oui	7,62 €	54,95 €
Comfeel plus plaque mousse 10 plaques 10cmx10cm	oui	oui	19,21 €	54,95 €
Comfeel plus plaque mousse 10 plaques 15cm	oui	oui	47,56 €	123,64 €
Comfeel plus plaque opaque 16 plaques 10cmx10cm	oui	non	48,78 €	48,78 €
Comfeel plus plaque opaque 10 plaques 15cmx15cm	oui	non	68,60 €	68,60 €
Comfeel plus plaque opaque 10 plaques 20cmx20cm	oui	non	121,96 €	121,96 €
Comfeel plus transparent 16 plaques 10cmx10cm	oui	non	48,78 €	48,78 €
Comfeel plus transparent 10 plaques 15cmx15cm	oui	non	68,60 €	68,60 €
Comfeel plus transparent 10 plaques 20cmx20cm	oui	non	121,96 €	121,96 €
Conveen protect (crème)	non			
Duoderm E 10cmx10cm bte de 16	oui	non	48,78 €	48,78 €
Duoderm E 15cmx15cm bte de 10	oui	non	68,60 €	68,60 €
Duoderm E 20cmx20cm bte de 10	oui	non	121,96 €	121,96 €
Duoderm extramince 10cmx10cm bte de 16	oui	non	48,78 €	48,78 €
Duoderm extramince 5cmx10cm bte de 16	oui	non	24,39 €	24,39 €
Duoderm extramince 5cmx20cm bte de 16	oui	non	48,78 €	48,78 €
Duoderm pâte	non	oui		9,06 €
Purilon gel	oui	oui	15,24 €	29,73 €
Urgosorb 5cmx5cm bte de 10	oui	non	7,62 €	7,62 €
Urgosorb 10cmx10cm bte de 16	oui	non	48,78 €	48,78 €
Urgosorb 10cmx20cm bte de 16	oui	non	97,57 €	97,57 €

De même que pour les antiseptiques, ces tableaux ont servi de base à la prescription des pansements anti-escarres par le groupe de travail constitué. La mise à jour de ces listes doit se faire de façon régulière.

2.2.3) La liste de quelques dispositifs médicaux courants disponibles en ville :

a) L'état des lieux :

Le problème le plus important concernant les dispositifs médicaux est le manque d'informations. En effet, il est souvent difficile de connaître leur existence avec certitude, leur disponibilité ou non en officine de ville, leur base de remboursement... Ces dysfonctionnements ont souvent été relatés dans les réponses à nos questionnaires parce qu'ils sont à l'origine d'un mécontentement important des patients.

b) La mise en oeuvre :

Mettre à disposition des prescripteurs une liste regroupant une grande partie des DM disponibles en ville ainsi que leurs éventuels tarifs de remboursement nous semblait être une bonne manière de limiter ces dysfonctionnements. Les prescripteurs pourraient ainsi informer

directement les patients des conditions de prise en charge de leurs produits et éviter les mécontentements ultérieurs.

Afin de réaliser ce document, nous avons utilisé différentes documentations : le dictionnaire Vidal et le Dicoplus OCP [15] [7]. Nous avons répertorié les DM les plus couramment utilisés et délivrés en officine ainsi que leur éventuelle prise en charge.

c) *Le document réalisé :*

Document 5 : Dispositifs médicaux disponibles en officine :

AIGUILLES SERTIES :

Flexocrin : toutes remboursées à 2,29€ mais dépassement possible
Le dexon : toutes remboursées à 2,29€ mais prix d'achat HT > prix LPPR
Safil : toutes remboursées à 2,29€ mais prix d'achat HT > prix LPPR
Ethicon
Filapeau : *NON REMBOURSEES*
Microfil

AIGUILLES HYPODERMIQUES : NON REMBOURSEES

AIGUILLES DE HUBER : remboursées 1,29€ mais dépassement possible

APPAREIL ET STYLOS POUR INJECTION D'INSULINE : tout est remboursé avec éventuellement dépassement

BANDES DE CONTENTION : remboursées avec un dépassement généralement
Elastoplaste, Coheban, Biflex, Veinopress, Velpeaupress...

BANDES PANSEMENT :

Nylex : remboursée
Coban : *NON REMBOURSE*
Velpeau : remboursée

BANDES PLATREES D'IMMOBILISATION : remboursées mais il existe un dépassement
Scotchcast, Dynacast

CHAMBRES D'INHALATION :

Babyhaler, Volumatic, Nebuhaler : remboursées mais il existe un dépassement parce que le prix d'achat HT > prix LPPR
Aeroscopic : *NON REMBOURSEE*

CRYOTHERAPIE : NON REMBOURSEE

Stopmigraine, Coldhot, Novelastic...

INCONTINENCE URINAIRE :

• **Poches à urine** : - Jour : toutes remboursées (Conveen, Incare...) sauf Ambupack.
Risque de dépassement

- Nuit : Non vidangeables : NON REMBOURSEES

Vidangeables : toutes remboursées (Conveen, Incare, Resurin...) sauf Unipack. Risque de dépassement

• **Etuis péniens** : tous remboursés sauf Péniflow 477 mais risque de dépassement

• **Protections absorbantes à usage unique pour incontinence urinaire ou fécale** :
NON REMBOURSEES

PANSEMENTS POUR RECOUVREMENT DES PLAIES CHIRURGICALES NON EXSUDATIVES :

Cosmopore stérile, Urgostérile, Opsite, Tétraplaie, Tégaderm, Tégaderm pad, Cicaplaie stérile : remboursés mais avec dépassement

Les autres ne sont pas remboursés.

SERINGUES : NON REMBOURSEES

SONDES DIGESTIVES : NON REMBOURSEES

Tubaflex, Vygon, Sondjet

SONDES RESPIRATOIRES : NON REMBOURSEES

Unoplast, Vygon, Sondjet

SONDES URINAIRES :

Porges : elles sont remboursées sauf pour les embouts Mercier, Marion, Tieman, Couvelaire, Bazy

Lofric : elles sont toutes remboursées

Vygon : *NON REMBOURSEES* sauf la sonde vésicale Mercier béquillée et la sonde vésicale Millin dite Nélaton forme droite

Conveen easicath : elles sont remboursées

Folatex (sondes de Foley): elles sont toutes remboursées

SPARADRAPS : tous remboursés avec souvent un dépassement

Micropore, Urgopore, Velpeupore, Omnifix, Méfix, Hypafix....

STOMIES :

- **Colostomie système 1 pièce** : tout est remboursé avec dépassement éventuel
Hollister, Biotrol, Coloplast, Almarys...
- **Colostomie système 2 pièces** : tout est remboursé avec dépassement éventuel
Hollister, Biotrol, Coloplast, Almarys...
- **Irrigation colique** : tout est remboursé avec dépassement éventuel
Hollister, Biotrol, Coloplast, Almarys...
- **Iléostomie système 1 pièce** : tout est remboursé avec dépassement éventuel
Hollister, Biotrol, Coloplast, Almarys...
- **Iléostomie système 2 pièces** : tout est remboursé avec dépassement éventuel
Hollister, Biotrol, Coloplast, Almarys...
- **Urostomie système 1 pièce** : tout est remboursé avec dépassement éventuel

- Hollister, Biotrol, Coloplast, Almarys...
- **Urostomie système 2 pièces** : tout est remboursé avec dépassement éventuel
Hollister, Biotrol, Coloplast, Almarys...

TENSIOMETRES : *NON REMBOURSES*

d) Discussion :

L'innovation en matière de dispositifs médicaux nécessitera une mise à jour régulière de ce document afin d'en optimiser l'utilisation par les prescripteurs du CAV. Ce document doit être présent dans tous les services où s'effectuent des prescriptions afin d'aider les médecins à cibler les DM disponibles et remboursés en officine.

Le rôle du prescripteur ainsi informé sera non seulement de prescrire le DM le plus adapté au cas de son patient mais aussi d'avertir celui-ci qu'un éventuel dépassement pourra lui être demandé à l'officine. Cela évitera ainsi des incompréhensions de la part des patients qui pensent que, compte tenu de leur pathologie, l'ensemble de leur traitement doit être pris en charge.

2.2.4) L'information des services sur le statut des médicaments :

A ce jour, les infirmiers ne disposent pas d'une information quant au statut hospitalier ou non d'un médicament. Pour disposer de cette information, ils se voient donc obligés de consulter le Vidal à chaque ordonnance de sortie. Nous avons donc proposé que :

- la liste des médicaments disponibles dans les services soit complétée avec leur statut
- toute demande de médicament hors des listes fasse l'objet d'une information sur son statut
- l'information soit visible à l'endroit où est rangé le médicament.

B) Lors de la dispensation et de l'administration :

1) Le dossier de rétrocession et la fiche de suivi de dispensation :

a) L'état des lieux :

Il existe une traçabilité du suivi des patients et de leurs traitements, avec constitution d'un dossier patient comportant les ordonnances et l'historique de la dispensation pour les patients recevant en externe des médicaments dans le cadre de leur chimiothérapie (traitements anticancéreux et adjuvants), d'un essai clinique ou d'un médicament sous ATU.

En revanche, en ce qui concerne les ventes extérieures des autres médicaments (Ventoline[®], Atrovent[®], antibiotiques, antalgiques..), les ordonnances sont conservées mais il n'y a pas de réel dossier du patient ni d'historique de dispensations. De plus, les patients recevant un médicament de chimiothérapie en ATU ou en essai clinique ont deux dossiers différents.

L'inexistence d'un dossier commun rend difficile le suivi des délivrances aux patients externes.

b) Les propositions :

Nous avons proposé deux mesures pour faciliter le suivi des dispensations aux patients non hospitalisés :

- la constitution d'un seul dossier pour l'ensemble des dispensations
- la mise en place d'une fiche de suivi des dispensations.

Cependant, en l'état actuel de l'organisation, il nous est difficile de rassembler l'ensemble des informations dans un seul dossier, du fait de la séparation géographique entre les zones (Unité Centralisée de Reconstitution des Chimiothérapies à partir de laquelle se font les dispensations des médicaments prescrits dans le cadre de la chimiothérapie et secteur médicament), de la localisation et du circuit des documents et des médicaments

Nous avons donc fait le choix :

- **de créer systématiquement un dossier d'historique de délivrances** faites par la pharmacie du CAV pour les rétrocessions, même s'il s'agit d'une délivrance ponctuelle (ex : une sortie avec poursuite d'un traitement antibiotique)

- **de rassembler les ordonnances de dispensation** pour créer deux dossiers au maximum par patient :
 - un dossier avec l'historique des chimiothérapies et traitements adjuvants prescrits de façon informatisée, que l'administration se fasse au CAV ou au domicile du patient
 - un dossier avec l'historique des dispensations pour les autres médicaments

- **de réaliser et mettre en place une fiche de suivi des délivrances** aux patients non hospitalisés.

c) La mise en œuvre :

- **Les dossiers**

Les dossiers ont été constitués comme proposé ci-dessus.

- **La fiche de suivi**

Pour nous aider à la rédaction de ces fiches de suivi-patients, nous nous sommes rendus dans différents établissements hospitaliers qui les utilisaient déjà : CHU Brabois, Hôpital d'Enfants de Brabois. L'observation de ces fiches et les discussions avec le personnel des pharmacies de ces structures nous ont permis de cibler les éléments importants pour l'utilisation de ces documents au CAV.

Pour chaque nouveau patient venant à la pharmacie pour la délivrance d'un traitement en externe, une fiche de suivi-patient comprenant le nom, le prénom, le numéro de dossier du patient ainsi que les coordonnées de son pharmacien d'officine, est créée. Cette fiche est complétée à chaque délivrance.

d) Le document réalisé :

Document 6 : Fiche de suivi-patient

FICHE DE SUIVI PATIENT

NOM : _____ Prénom : _____

Numéro de dossier : _____

Ville de résidence : _____

PHARMACIEN :

NOM : _____ Téléphone : _____

Ville : _____

TRAITEMENT DISPENSE PAR LE CAV								
Dates	Service	Médecin	Médicaments	posologie	Unités dispensées	Traitement d'essais cliniques ou en ATU	Date de prochaine venue prévue	Fiche explicative donnée

e) Discussion :

Un des problèmes soulevés lors des contacts avec les autres établissements était le suivi des renouvellements. En effet, il n'est pas rare que les patients « oublient » de venir chercher leur traitement à temps ou qu'ils aillent se fournir en médicament dans un hôpital plus proche de chez eux.

Pour cette raison nous avons inclus dans les données patient sa ville de résidence afin de voir avec lui quelle est la meilleure solution pour la fourniture de son traitement.

Il est également intéressant de connaître la date prévue du prochain rendez-vous, en effet, cela permet :

- de suivre l'observance des patients et d'engager avec eux le dialogue
- de s'assurer que la durée de délivrance du médicament et la date de prochain rendez-vous sont concordantes
- de s'assurer que le patient a bien compris que son médicament ne peut lui être prescrit et dispensé que par l'hôpital.

Concernant les ordonnances à renouveler, nous avons envisagé de les regrouper par date de renouvellement afin de pouvoir s'assurer du renouvellement par le patient, ou de l'arrêt éventuel du traitement. Cependant, concernant les traitements hors chimiothérapie, il s'agit le plus souvent de traitements « aigus » et un suivi de renouvellement a peu d'intérêt. Cette proposition n'a donc pas été retenue.

f) Les perspectives :

Dans un premier temps, nous avons donc réalisé une fiche de suivi présentée ci-dessus. Le décret n°2004-546 du 15 juin 2004 précise qu'en vue de « l'amélioration de la gestion prospective [...], une information par la pharmacie hospitalière du pharmacien d'officine désigné par le patient ou sa famille des médicaments prescrits sur l'ordonnance de sortie du patient »[11] est à envisager. De ce fait, nous avons fait la demande que les coordonnées du pharmacien du patient soient incluses dans les données informatisées disponibles en réseau sur le patient, et de préférence demandées à l'entrée. Une réflexion est en cours pour évaluer la faisabilité. Ce point soulève cependant plusieurs difficultés qui viennent cette fois des patients : certains patients ne connaissent pas le nom de leur pharmacie d'officine, les patients et leur famille ne vont pas toujours chez un seul pharmacien, les patients sortant tard du CAV vont parfois dans une pharmacie sur le trajet du retour du fait de la longueur de ce trajet.

Cette fiche sera amenée à évoluer dans les mois qui suivent afin d'intégrer la nouvelle réglementation sur la rétrocession, en particulier sur l'information donnée au pharmacien d'officine.

2) Le conseil au patient :

Afin d'optimiser l'observance des traitements, une information des patients et une formation du personnel de la pharmacie sur les traitements délivrés sont indispensables. En effet, lors de la délivrance de médicaments directement au patient à la pharmacie du CAV, le personnel doit être capable de l'informer sur son traitement et de répondre à ses éventuelles questions.

2.1) Les fiches d'information aux patients :

a) L'état des lieux :

Actuellement, au CAV, les patients ne reçoivent pas tous la même information pharmaceutique concernant leur traitement. En effet, les conditionnements hospitaliers ne comportent souvent qu'une seule notice explicative. En dehors de la possibilité de fournir cette notice aux patients, aucun autre support informatif concernant leur traitement n'est en général à leur disposition. Ce n'est pas le cas des externalisations des chimiothérapies pour lesquelles le patient reçoit un dossier de transmission complet entre infirmiers hospitaliers et libéraux, qui comprend, entre autres, des informations sur le produit.

Par ailleurs, les informations contenues dans la notice ne sont pas toujours explicites, et ne répondent pas toujours aux attentes des patients.

b) Les propositions :

La demande d'informations de la part des patients étant importante, nous avons proposé de leur fournir un document rédigé pour chaque médicament dispensé en externe par la pharmacie du CAV. L'objectif de celui-ci est de satisfaire les patients dans leur demande d'information sans aller au-delà de ce que souhaite révéler le médecin.

c) La mise en œuvre :

Nous avons recensé les principaux médicaments dispensés par la pharmacie aux patients sortant du CAV. L'ensemble des données figurant sur ces fiches sont extraites du

dictionnaire électronique Vidal [15] et des dossiers d'information sur les produits. Les informations ont parfois été reformulées afin d'être comprises de tous. Pour nous aider à la rédaction de ces fiches, nous nous sommes rendus dans d'autres établissements hospitaliers : CHU de Brabois, Hôpital d'enfants.

Les fiches réalisées ont ensuite été soumises aux médecins des différents services pour correction et validation.

d) Le document réalisé :

Un exemple de fiche est présenté dans l'annexe 8, le document ci-dessous montre la trame utilisée pour la rédaction de ces documents.

Document 7 : Fiche conseil patient

SPECIALITE[®]

DCI – Présentation

→ Pourquoi ce médicament vous a été prescrit ?

→ Comment devez-vous utiliser ce médicament ?

→ Quels sont les effets indésirables que peut provoquer ce médicament ?

→ Quelles sont les précautions à prendre lorsque vous prenez ce médicament ?

→ Comment se conserve ce médicament ?

Ce médicament est réservé à l'usage hospitalier. Il ne peut donc vous être prescrit que par un médecin hospitalier et ne vous être délivré que par une pharmacie hospitalière.

Si vous êtes amené à consulter un pharmacien, un médecin, un dentiste ou si vous êtes hospitalisé, précisez que vous prenez ce médicament de façon à éviter toute interaction avec d'autres médicaments.

Centre Alexis Vautrin
Service de Pharmacie
Avenue de Bourgogne – Brabois
54511 Vandoeuvre lès Nancy
Téléphone : 03 83 59 83 58

Ces documents, validés et corrigés, seront proposés aux patients lors de la première délivrance de leur traitement, ce fait sera mentionné dans la fiche de suivi patient.

e) Discussion :

Lors de la sortie de nouveaux produits, une fiche identique devra être élaborée. De même, les informations contenues dans ces fiches devront être régulièrement mises à jour.

Ces fiches ont été réalisées pour les produits de rétrocession et pour les produits ayant un statut d'AMM ou d'ATU. Ces fiches sont importantes en vue d'une meilleure compréhension, d'une meilleure appréhension et d'une meilleure observance du traitement de la part des patients.

2.2) Les fiches de formation des professionnels de santé :

a) L'état des lieux :

Les spécialités dispensées au CAV sont, la plupart du temps, des médicaments très spécifiques, elles ne font donc généralement pas l'objet d'une présentation approfondie dans les études des préparateurs et des pharmaciens.

b) Les propositions :

Une parfaite connaissance de ces molécules est indispensable pour la dispensation des médicaments. En effet, la dispensation associée à l'acte de délivrance des médicaments, l'analyse des ordonnances et la mise à disposition d'informations relatives à leur bonne utilisation. Cette information permet également aux personnes qui dispensent les médicaments de se trouver moins démunies face aux questions des patients.

Partant de ces constatations, nous avons proposé de créer des fiches informatives destinées au personnel de la pharmacie du CAV.

c) La mise en œuvre :

Nous avons procédé de la même façon que pour la réalisation des fiches destinées aux patients. Le vocabulaire utilisé est plus scientifique et les informations sont plus nombreuses.

d) *Le document réalisé :*

Un exemple de fiche est présenté en annexe 8, le document ci-dessous montre la trame utilisée pour la rédaction de ces documents :

Document 8 : Fiche pharmacie

SPECIALITE[®]

DCI- Présentation

- Classe thérapeutique :
- Indications thérapeutiques :
- Posologie :
- Voie d'administration :
- Contre-indication :
- Effets indésirables :
- Interactions médicamenteuses :
- Précautions particulières :

e) *Discussion :*

Lors de la sortie de nouveaux produits, une fiche identique devra être élaborée. De même, les informations contenues dans ces fiches devront être régulièrement mises à jour.

L'intérêt de ces fiches est de permettre au personnel de la pharmacie de répondre aux différentes interrogations des patients concernant les produits dispensés, cependant, elles ne permettent pas d'appréhender ce que le patient est capable d'entendre ou pas. C'est pourquoi, il nous semblerait intéressant de mettre en place une formation, par les médecins du CAV, sur la prise en charge psychologique des patients.

Cette démarche de formation continue a été étendue de deux façons :

- une extension à d'autres médicaments utilisés pendant l'hospitalisation
- une extension à d'autres destinataires. En effet, cette démarche, initialement dirigée vers les préparateurs dans le cadre de la délivrance aux patients non hospitalisés, est un outil intéressant également les infirmiers et les pharmaciens d'officine lorsqu'ils n'ont pas d'information à leur disposition.

Des fiches ont été également rédigées pour les antalgiques, les anticancéreux, les médicaments utilisés en Essais Cliniques.

Ces fiches viendront compléter le nouveau livret du médicament, en cours de rédaction.

2.3) L'information du pharmacien d'officine :

a) L'état des lieux :

Un autre problème nous est apparu lors de notre stage : les pharmaciens d'officine n'ont pas connaissance des médicaments délivrés par la pharmacie du CAV à leurs patients. Cette ignorance de l'intégralité des traitements peut entraîner le non-respect de contre-indications et la délivrance de médicaments présentant des interactions médicamenteuses, elle peut également être la source d'une erreur sur les conseils à fournir aux patients.

Nous pouvons donner comme exemple le Xéloda. Si un patient se présente à l'officine pour des aphtes et que le pharmacien n'a pas connaissance de son traitement, il ne pourra lui conseiller de revoir son oncologue pour réévaluer son traitement.

Les médicaments concernés par ces délivrances ne bénéficient pas tous d'une information dans le Vidal ; la notice est parfois absente pour des médicaments dont l'AMM les réserve aux hôpitaux, elle n'est jamais présente pour les médicaments sous ATU et en EC.

b) Les propositions :

Bien qu'il n'ait pas été décrit comme un dysfonctionnement avéré, mais uniquement détecté dans l'analyse du processus, il nous a semblé important de prendre en compte ce

risque. C'est pourquoi nous avons proposé de faire parvenir systématiquement au pharmacien une information relative aux médicaments délivrés par la pharmacie du CAV.

Nous avons proposé, d'une part, que le pharmacien soit systématiquement informé par courrier du traitement délivré à l'hôpital, d'autre part de lui fournir la fiche d'information destinée aux professionnels de santé.

c) La mise en œuvre :

Lors de notre réflexion quant à l'information des pharmaciens d'officine, plusieurs questions se sont posées : quelle information délivrer, quand, et comment.

- Quels documents faire parvenir au pharmacien d'officine ? Nous avons proposé que soit au minimum fournie la note d'information au personnel soignant réalisée pour le CAV. Des informations complémentaires peuvent être fournies à la demande du pharmacien. Un courrier d'accompagnement est également indispensable.
- A qui remettre les informations ? Faire transiter les informations par le patient lui-même nous semblait être le moyen le plus simple. Cependant, remettre directement au patient la fiche explicative est délicat puisqu'il n'a pas connaissance de tous les renseignements qui s'y trouvent. C'est pourquoi, nous avons décidé que le patient ne transmettrait à son pharmacien que la lettre expliquant notre démarche.
- Quand remettre l'information sur le traitement reçu par le patient à la pharmacie du CAV ? Nous avons proposé de faire parvenir cette information uniquement lors de la première délivrance.

d) *Le document réalisé :*

Document 9 : Lettre d'information destinée aux pharmaciens d'officine

Cher confrère,

Vous recevez M..... pour la délivrance de son traitement.

Nous vous informons que par ailleurs, des médicaments de la réserve hospitalière lui ont été prescrits et ont été délivrés par la pharmacie du CAV. Afin de faciliter le suivi des interactions médicamenteuses et des effets secondaires du traitement, nous vous communiquons ci-dessous le traitement dispensé par la pharmacie du CAV.

Nom de la spécialité	Dosage	Posologie	Remarques

Si vous ne disposez pas d'information sur ce médicament, nous pouvons vous faire parvenir une fiche explicative sur simple demande de votre part.

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire et vous prions de croire à l'assurance de nos salutations confraternelles.

Marie-Pierre BONNEFOI

e) *Discussion :*

Cette lettre devra être remise au patient lors de la première délivrance de son traitement ou lors d'un éventuel changement de prescription. La fiche explicative mentionnée dans la lettre est celle établie pour le personnel de la pharmacie. Lors d'une demande spontanée d'un pharmacien d'officine pour se procurer cette fiche, il conviendra de la lui

faxer immédiatement afin qu'il ait accès rapidement aux renseignements nécessaires à une bonne prise en charge de son patient.

Concernant les médicaments délivrés dans le cadre d'un essai clinique, il sera nécessaire de faire valider à la fois la démarche et le document pour chaque essai individuellement, afin de respecter nos engagements de confidentialité.

f) Les perspectives :

D'autres démarches peuvent être envisagées et sont présentées au paragraphe II.A.4.2, il s'agit de la gestion des plaintes des patients quant à la mauvaise prise en charge de certains produits ainsi que la gestion de l'envoi des traitements à certains patients.

C) L'harmonisation des pratiques : traçabilité de la prescription et de la dispensation :

Afin que la prescription et la dispensation se déroulent de façon identique à chaque fois et qu'elles soient reproductibles en qualité, une harmonisation nous semble être indispensable.

1) La prescription :

a) L'état des lieux :

Conformément au décret relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels de santé, doivent être conservés la prescription de sortie et les doubles des ordonnances de sortie, ce qui n'est pas le cas actuellement au CAV [9].

b) Les propositions :

Les ordonnances sont en duplicata, le duplicata pourrait rester dans le dossier du patient dans le service et l'original serait transmis à la pharmacie du CAV.

c) Discussion :

Le volume de document correspondant est très important, certains médecins souhaiteraient que seule la trace et non le double de l'ordonnance se retrouve dans le dossier. Une décision doit être prise en CME au mois de septembre.

2) La dispensation :

a) L'état des lieux :

Du fait de l'existence d'un circuit des médicaments et d'un circuit des patients différents selon les produits, la trace de la dispensation peut être différente, en particulier dans les informations que conserve le patient. Des patients peuvent garder ou non leur ordonnance, avec ou sans la trace de la dispensation.

b) Les propositions :

Nous avons proposé que les patients aient, dans tous les cas, avec leur traitement, une ordonnance comportant la trace des médicaments et des informations qui leur ont été délivrés.

Les informations traçées sont :

- nom du médicament, dosage
- quantité
- n° de lot et péremption
- tampon de la pharmacie avec n° de téléphone
- nom de la personne ayant délivré
- nom du pharmacien ayant fait la validation

Les informations à vérifier lors de la dispensation :

Les données à prendre en compte lors de la dispensation n'ont jamais été écrites. Plusieurs événements lors de discussions avec des patients nous ont poussés à établir les points à demander au patient.

Il nous a paru alors utile de :

- demander au patient systématiquement :
 - son ordonnance
 - son nom
 - sa date de prochaine convocation si le traitement n'est pas ponctuel

- s'assurer pour les administrations de médicaments en IV (concerne le plus souvent les antibiotiques)
 - que les infirmiers connaissent les modalités de reconstitution et de dilution
 - que les modalités sont compatibles avec le produit,
 - que les solvants pour la reconstitution et/ou la dilution ont bien été prescrits.

- s'assurer que les modalités de renouvellement soient les plus adaptées aux disponibilités du patient.

D) L'amélioration de la communication pharmacie de ville-pharmacie hospitalière :

1) L'information du pharmacien avant la sortie du patient :

L'étude réalisée auprès des pharmaciens d'officine a mis en évidence un manque de coordination entre l'hôpital et la ville ce qui conduit souvent à des ruptures dans le traitement des patients. D'une part, beaucoup de médicaments prescrits à la sortie du CAV sont des médicaments coûteux, rarement délivrés à l'officine..., d'autre part, les sorties s'effectuent souvent en fin de journée voire en fin de semaine. Tous ces éléments réunis concourent à des difficultés pour l'officine à fournir immédiatement aux patients les produits qui leur sont prescrits.

Afin d'essayer de limiter au maximum ce genre de désagréments, il serait intéressant de prévenir le pharmacien officinal 24 heures avant la sortie du patient pour lui laisser le temps de s'approvisionner en médicaments prescrits à son patient. Cependant, il est impossible pour

le CAV de prévenir chaque pharmacien 24 heures avant la sortie de chaque patient. Il est important d'établir une liste des produits qui ne sont pas systématiquement stockés dans les pharmacies : médicaments d'exception, anticancéreux, produits récemment sortis de la réserve hospitalière. Suite à la réunion à laquelle nous avons assisté, dans le cadre du réseau ONCOLOR, nous avons fait la proposition d'établir une telle liste.

Document 10 : Proposition d'une liste de produits nécessitant de prévenir le pharmacien d'officine

Les médicaments d'exception :

Actos	Maxomat
Anzemet	Modiodal
Avandia	Navoban
Avonex	Norditropine
Bêtaféron	Protopic
Copaxone	Rebif
Edex	Regranex
Enbrel	Saizen
Genotonorm	Umatrope
Imiject	Visudyne
Kineret	Zomacton
Kytril	Zophren

Les anticancéreux disponibles en ville :

Les antioestrogènes :

Kessar
Nolvadex
Oncotam
Tamofène
Fareston
Lentaron
Femara
Arimidex
Aromasine

Les antiandrogènes :

Casodex
Flutamide
Eulexine
Prostadiex
Anandron

Agonistes LH-RH :

Décapeptyl
Lucrin
Enantone
Suprefact
Bigonist
Zoladex
Synarel

Autres :

Glivec
Méthotrexate
5-Fluorouracile
Purinéthol
Aracytine
Hydréa
Bléomycine

Les produits récemment sortis de la réserve hospitalière :

Cellcept, Prograf, Neulasta, Zométa

2) La gestion des plaintes des patients et des envois de médicaments :

2.1) La gestion des plaintes des patients :

De nombreux patients, surpris d'avoir un dépassement plus ou moins important à régler sur les dispositifs médicaux qui leur sont prescrits, s'en plaignent au service d'hospitalisation. L'information est maintenant transmise à la pharmacie du CAV qui prend directement contact avec l'officine afin de trouver une solution adaptée au patient. Cette prise de contact améliore nettement les relations entre les pharmaciens de ville et l'hôpital.

2.2) La gestion des envois de médicaments :

Certains patients doivent être traités pendant plusieurs mois avec un médicament réservé aux hôpitaux sans qu'un rendez-vous avec un médecin du CAV ne soit nécessaire. Ces patients sont donc contraints de se déplacer jusqu'à l'hôpital uniquement pour se procurer leur traitement. La pharmacie du CAV leur propose parfois de leur faire parvenir les médicaments directement à leur domicile. Il est nécessaire, dans cette démarche, que le patient soit à son domicile lors de l'arrivée du colis afin de maintenir une certaine confidentialité et d'éviter tout risque, en particulier avec les enfants. A cause de ces contraintes, nous leur proposons d'envoyer le produit chez leur pharmacien d'officine qui est donc plus impliqué dans la prise en charge de son patient

3) Le groupe ONCOLOR :

Nous avons participé à une réunion du groupe de travail transversal ONCOLOR qui réunit des pharmaciens d'officine et des pharmaciens hospitaliers. Le but de ce groupe est d'améliorer les relations ville-hôpital afin de mieux organiser l'ensemble des sorties hospitalières.

Le groupe ONCOLOR a pour objectif, pour l'année 2004, de mettre en place une formation sur les thérapeutiques anti-cancéreuses destinée aux officinaux et de faire remonter aux tutelles les difficultés liées au non-remboursement de certains médicaments et dispositifs médicaux.

III. LES NOUVELLES ACTIVITES :

A) L'externalisation du ZOMETA® :

1) Le contexte :

Le ZOMETA® : acide zolédronique

Il s'agit d'un biphosphonate dont les indications sont les suivantes :

- « prévention des complications osseuses chez les patients atteints de pathologies malignes à un stade avancé avec atteintes osseuses,
- traitement de l'hypercalcémie induite par des tumeurs. ».

Il est donc très utilisé au CAV en complément des traitements anti-cancéreux.

Ce médicament se présente en flacon de solution de 5ml contenant 4mg d'acide zolédronique. Le produit doit être dilué dans 100ml de NaCl 0.9% ou de glucose 5%. Cette présentation est nouvelle depuis janvier 2004. Précédemment, le Zométa® se présentait sous forme de poudre accompagnée d'une ampoule de 5ml d'eau pour préparation injectable permettant ainsi sa reconstitution extemporanée.

Seule l'indication « prévention des complications osseuses chez les patients atteints de pathologies malignes à un stade avancé avec atteintes osseuses » peut bénéficier d'une

administration au domicile du patient. En effet, le traitement d'une hypercalcémie ne peut, quant à lui, être réalisé qu'à l'hôpital accompagné d'une hyperhydratation et d'une surveillance.

L'externalisation des perfusions de Zométa® :

Au CAV, deux biphosphonates injectables sont régulièrement utilisés : Arédia® ou Pamidronate® selon le laboratoire et Zométa®. Les durées de perfusion sont cependant très différentes. En effet, la perfusion d'Arédia® ou Pamidronate® dure 4 heures alors que celle du Zométa® 15 minutes. C'est cette différence qui a permis le passage en ville du Zométa®. En effet, un infirmier libéral peut assurer une perfusion de 15 minutes au domicile du malade alors qu'il lui est impossible de rester présent pendant 4 heures. Le pamidronate peut être administré au moyen d'un infuseur, cependant le confort du patient reste inférieur à celui d'une perfusion de 15 minutes.

Pourquoi administrer le Zométa® au domicile du patient ?

Il y a trois raisons principales qui intéressent le CAV pour ce passage en ville :

- Diminution du nombre d'actes et de patients en Hôpital de Jour :

Le passage en ville du Zométa® diminue le nombre d'hospitalisations de jour car certains patients ne recevaient que cette perfusion. Ces patients pourraient donc être vus uniquement en consultation, permettant ainsi de libérer des plages pour des patients en cours de traitement de chimiothérapie.

- Diminution des coûts pour le centre et les caisses d'assurance maladie :

L'administration du Zométa® au domicile du patient :

- diminue le coût d'hospitalisation
- évite le transport coûteux par ambulance, le cas échéant.

- Facilité de perfusion :

Comme nous l'avons vu précédemment, le temps de perfusion du Zométa® est de 15 minutes ce qui permet une perfusion à domicile par un infirmier libéral. Cette injection se fait toutes les 3 à 4 semaines. Celle-ci permet donc de remplacer les perfusions d'Arédia® qui, pour les mêmes indications, durent de 3 à 4 heures.

- Confort du patient :

La possibilité qui est offerte au patient de recevoir son traitement à domicile comporte plusieurs avantages :

- un meilleur confort tant au niveau pratique qu'au niveau psychique
- le patient ne rentre pas dans une structure hospitalière qui lui rappelle qu'il est malade
- le traitement à domicile peut éviter un déplacement parfois long et contraignant en ambulance
- un gain de temps.

2) Les objectifs:

Ce projet a été coordonné par un oncologue, qui a d'emblée mis en place une équipe pluridisciplinaire : médecins, infirmiers et pharmaciens. Au sein de ce groupe, notre travail a été :

- de procéder au choix des sets nécessaires à la pose des perfusions
- de rédiger les ordonnances de médicaments et dispositifs médicaux.

3) Les résultats :

3.1) Le choix des dispositifs médicaux:

a) Les sets de perfusion :

- Méthodologie

Tous les sets étant référencés par un code LPPR (101A00.62) finalement peu précis, chaque laboratoire met dans ces sets ce qu'il pense être le plus judicieux, si bien que dans certains sets, il y a trop de matériel et dans d'autres pas assez. Ainsi, comme nous voulions que la prescription soit la plus adaptée possible à la prise en charge du patient, nous avons recherché le set de perfusion « idéal » pour l'injection du Zométa®.

Ces sets doivent permettre la pose de la perfusion, son retrait et le changement du pansement.

Ainsi, nous avons :

- référencé les sets de perfusion existant
- fait une comparaison théorique de leur contenu
- fait tester des échantillons à des infirmiers libéraux et des infirmiers du CAV (les différents fournisseurs concernés étaient HARTMANN, MEDISSET, PHARMASET, l'OCP). Ces échantillons ont été distribués aux infirmiers avec une fiche d'évaluation (cf. annexe 6). Ces évaluations ont duré une quinzaine de jours puis nous avons fait la synthèse des différentes fiches.

- Synthèse des évaluations des différents sets

Fournisseur : PHARMASET :

1) Référence TS 02200 : Nombre de sets testés : 2

Points positifs :

- présentation logique

Points négatifs :

- un seul masque
- seulement 5 compresses
- le champ fendu glisse facilement
- pas de savon antiseptique

CONCLUSION : aucune des 2 infirmières ne veut travailler avec ce set

2) Référence TS04149 : Nombre de sets testés :2

Points positifs :

- présentation logique
- facile d'utilisation (une seule sur les 2 infirmières)

Points négatifs :

- un seul masque
- pas de savon antiseptique
- pas de matériel d'élimination
- pince « tactil » pas pratique
- champ du patient avec orifice trop petit

CONCLUSION : aucune des 2 infirmières ne veut travailler avec ce set

3) Référence TS0113 : Nombre de sets testés : 2

Points positifs :

- présentation logique
- facile d'utilisation

Points négatifs :

- un seul masque
- pas de champ fendu pour le patient
- pas d'antiseptique pour les mains
- manque seringue + sérum 20mL + trocard

CONCLUSION : aucune des 2 infirmières ne veut travailler avec ce set

Fournisseur : CAIR :

Set de VVC : référence : SR404 : nombre de sets testés : 1

Points positifs :

- composition adaptée
- présentation logique
- facile d'utilisation
- présence d'un matériel d'élimination

Points négatifs :

- manque le savon antiseptique

CONCLUSION : l'infirmière est d'accord pour travailler avec ce set

Fournisseur : HARTMANN :

1) Référence : Mediset domicile :

Points positifs :

- composition adaptée
- présentation logique
- facile d'utilisation
- présence d'un matériel d'élimination
- présence d'un savon antiseptique

Points négatifs :

- le pansement est moins solide et moins pratique que le Tégaderm®

2) Référence : Mediset perfusion n° 470262 :

Points positifs :

- composition adaptée
- présentation logique
- facile d'utilisation
- présence d'un matériel d'élimination
- présence d'un savon antiseptique

Points négatifs :

- le pansement est moins solide et moins pratique que le Tégaderm®

3) Référence : Mediset perfusion n° 470266 :

Points positifs :

- composition adaptée
- présentation logique
- facile d'utilisation
- présence d'un matériel d'élimination
- présence d'un savon antiseptique

Points négatifs :

- le pansement est moins solide et moins pratique que le Tégaderm®
- le champ fendu est très adhésif et laisse une grosse rougeur sur la peau

CONCLUSION : les infirmières veulent bien travailler avec tous ces sets

Fournisseur : OCP

Référence : Rincédial :

Une seule infirmière a testé le set

Points positifs :

- facile d'utilisation
- pansement de bonne taille et non irritant

Points négatifs :

- pourquoi 2 seringues
- gants trop grands
- le robinet 3 voies est inutile
- présentation illogique
- pas de matériel d'élimination ni de désinfection

CONCLUSION : l'infirmière ne veut pas travailler avec ce set

Fournisseur : HEMODIA :

Une seule infirmière a testé le set

Points positifs :

- facile d'utilisation

Points négatifs :

- manque un masque
- seringue de 10mL en trop
- utilité de 5 compresses sur le dessus ?

CONCLUSION : l'infirmière ne veut pas travailler avec ce set

On constate donc que 2 types de sets sont préférés des infirmiers : HARTMANN et HOMECAIR. Suite à cela, ces sets ont été de nouveau testés pendant un temps plus long (2 mois) et le laboratoire qui apporte le plus de satisfaction est HARTMANN. Ainsi, l'ordonnance pour le Zométa[®] mentionnera les sets Hartmann.

Le Zométa[®] s'administre par voie veineuse périphérique ou par voie centrale, il peut s'agir dans ce cas soit d'une voie veineuse centrale, soit d'une chambre implantable. Les sets utilisés seront donc différents selon les cas.

b) Les perfuseurs :

Ces perfuseurs sont composés :

- d'un perforateur
- d'une chambre compte-goutte
- d'une tubulure
- d'un régulateur de débit
- d'une jonction pour cathéter

Il s'agit donc de perfuseurs classiques mentionnés sur l'ordonnance destinée à la pharmacie de ville étant donnée l'existence d'une base de remboursement.

c) Le pied à sérum :

Il peut se présenter avec ou sans roulettes. Sa prescription devrait être rédigée sur une ordonnance à part.

3.2) La rédaction des ordonnances pré-imprimées :

a) Les ordonnances pour la pharmacie :

Document 11 : L'ordonnance pour la pharmacie voie veineuse centrale

ZOMETA

Ordonnance pour la pharmacie

VOIE VEINEUSE CENTRALE

Un set de pose sur cathéter central Mediset Perfusion Code ACL 7480902

Une aiguille de Huber courbe type 1

Un perfuseur

Une poche de 100 ml de NaCl 0,9 %

Location d'un pied à sérum à roulettes

Dosiseptine 0,05 %: application cutanée unidose : 1 bte de 16 x 5 ml

1 set d'héparinisation Mediset Hartmann Code ACL 7480925

ZOMETA 4 mg 1 flacon pour perfusion

A renouveler fois

Document 12 : L'ordonnance pour la pharmacie voie veineuse périphérique

ZOMETA

Ordonnance pour la pharmacie

VOIE VEINEUSE PERIPHERIQUE

Un set de remplissage pour perfuseur 3 V intégré MEDiset Hartmann référence Code ACL 7751287

Une poche de 100 ml de NaCl 0,9 %

Location d'un pied à sérum à roulettes

Dosiseptine 0,05 %: application cutanée unidose : 1 bte de 16 x 5 ml

ZOMETA 4 mg 1 flacon pour perfusion

A renouveler fois

b) Les ordonnances pour l'infirmier libéral :

Document 13: L'ordonnance pour l'infirmier libéral voie veineuse centrale

ZOMETA

Ordonnance pour l'infirmier (ère)

VOIE VEINEUSE CENTRALE OU SITE IMPLANTABLE

Branchement de la voie centrale et vérifier retour sanguin.

Faire à domicile par un(e) infirmier(e), une perfusion continue de 4 mg de ZOMETA d'une durée de 15 minutes sur voie veineuse centrale avec perfuseur simple le

Surveillance de la perfusion

Rinçage et verrou en pression positive avec :

- 15 ml de NaCl 0,9 % pour cathéter tunnalisé, débranchement de la voie centrale et pansement

- 20 ml de NaCl 0,9 % pour site implantable et débranchement de la voie centrale

Traitement à renouveler fois toutes les 4 semaines (après consultation et accord médical)

Document 14 : L'ordonnance pour l'infirmier libéral voie veineuse périphérique

ZOMETA

Ordonnance pour l'infirmier (ère)

VOIE VEINEUSE PERIPHERIQUE

Faire à domicile par un(e) infirmier(e), une perfusion continue de 4 mg de ZOMETA d'une durée de 15 minutes sur voie veineuse périphérique avec perfuseur simple le

Surveillance de la perfusion et rinçage avec 20 ml de NAACL 0,9 %.

Traitement à renouveler fois toutes les 4 semaines (après consultation et accord médical)

4) Discussion :

Les ordonnances réalisées sont données au patient lors d'une sortie nécessitant une perfusion de Zométa[®].

Le fait d'avoir soulevé différents problèmes sur les ordonnances pré-imprimées existant au CAV nous a incité à une grande minutie quant à la rédaction de ces ordonnances. En effet, nous avons analysé les besoins en matériel à chacune des étapes d'administration et avons consulté les personnes responsables de cette administration.

B) L'externalisation des chimiothérapies :

Dans le but d'améliorer le confort du patient pendant son traitement, la réalisation de chimiothérapies à domicile tend à se développer, dans le cadre du « plan cancer ». La mise en place de ces externalisations de chimiothérapies a eu lieu au CAV durant notre année de stage, nous avons donc participé à son organisation, en particulier pour la rédaction des ordonnances.

Notre travail consistait à vérifier la disponibilité et la prise en charge en ville des différents matériels et produits nécessaires à l'administration du médicament anticancéreux. En ce qui concerne les sets de soins, le travail réalisé pour le Zométa[®] a été réutilisé, c'est pourquoi les prescriptions pour chimiothérapies à domicile mentionnent des sets Hartmann.

Quatre types d'ordonnances ont été rédigés pour chaque produit perfusé en ville :

- une ordonnance pour la pharmacie du CAV : elle indique le produit de réserve hospitalière à délivrer au patient lors de sa sortie ainsi que le matériel non disponible en ville (ex : prises d'air)

- une ordonnance pour la pharmacie d'officine : elle mentionne les poches nécessaires à la perfusion ainsi que les antiseptiques utilisés et éventuellement des produits adjuvants à la chimiothérapie disponibles en ville

- une ordonnance pour le prestataire de services : elle mentionne l'ensemble du matériel de perfusion nécessaire à l'administration du médicament : sets, pied à sérum, seringues, aiguilles... On peut noter que plusieurs articles mentionnés sur ces ordonnances peuvent être fournis par le pharmacien d'officine, ils sont cependant demandés aux prestataires qui demandent une contrepartie au traitement des déchets

- une ordonnance pour l'infirmier libéral

Les DM nécessaires à l'administration étant disponibles en pharmacies d'officine, nous avons envisagé qu'il n'y ait aucune ordonnance directe vers le prestataire de services de manière à ce que le pharmacien d'officine soit plus impliqué, il aurait alors pris contact avec le prestataire de son choix. Cependant, tous les prestataires de services n'assurent pas la récupération et le traitement des déchets et/ou la recherche d'un infirmier formé à l'administration des chimiothérapies à domicile. Ces deux points sont particulièrement importants pour l'administration de chimiothérapies à domicile. De plus, les prestataires choisis par le CAV assurent aux infirmiers libéraux une formation complémentaire à celle qu'ils ont reçue au CAV. Cette formation au CAV est obligatoire pour que les infirmiers libéraux puissent perfuser des chimiothérapies à domicile. Dans le cadre de cette prise en charge, les prestataires fournissent également le matériel.

Les chimiothérapies administrées à domicile par le biais du CAV sont actuellement le Gemzar[®], la Navelbine[®], le 5-Fluorouracile, le folinate de calcium et la Bléomycine[®].

L'ANAES a établi un document qui définit les critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile pour son déroulement dans des conditions de

sécurité et de qualité comparables à celles de l'hospitalisation conventionnelle [6]. Les médicaments pouvant être administrés à domicile doivent pouvoir être délivrés par les pharmacies d'officine ou rétrocédés par les pharmacies hospitalières. Le traitement per os, s'il est possible, est généralement préféré. Pour une chimiothérapie parentérale, la pose d'un dispositif intraveineux de longue durée est recommandée.

Il est d'autre part recommandé que l'équipe soignante hospitalière s'assure que l'IDE sollicité(e) pour la prise en charge à domicile soit habilité(e) à administrer à domicile les chimiothérapies anticancéreuses et qu'un contrat ait été signé pour l'élimination des déchets. Les conditions sécurisées adaptées à la réalisation à domicile d'une chimiothérapie anticancéreuse ne sont pas nécessairement retrouvées au domicile de chaque patient, le groupe de travail de l'ANAES recommande donc que les produits soit reconstitués et préparés au sein d'unités de préparation centralisées intégrées dans des établissements de santé.

Le groupe de travail recommande la réalisation du premier cycle à l'hôpital afin d'apprécier la tolérance globale à court terme du patient vis-à-vis de la chimiothérapie anticancéreuse.

Il est important de prendre en compte les préférences du patient et de son entourage, l'expression des volontés se doit d'être éclairée et est donc dépendante des connaissances du patient et de l'information qui lui est communiquée

Pour être éligible, le patient doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge coordonnée de nature à assurer continuité et permanence des soins 24h/24.

« Le groupe de travail considère que ni la gravité, la sévérité ou l'évolutivité de la maladie, ni la typologie tumorale, ni l'état de dénutrition ou de déshydratation, ni l'âge, ni le statut de performance du patient ne constituent des critères d'exclusion ou de restriction de la réalisation à domicile d'une chimiothérapie anticancéreuse. »

Ce travail sur l'externalisation des chimiothérapies a fait l'objet d'une démarche pluridisciplinaire coordonnée par un oncologue, qui a impliqué des infirmiers libéraux, des infirmiers des sociétés prestataires de services, des pharmaciens, médecins et infirmiers du CAV. Le patient dispose d'un dossier complet avec ses ordonnances, des informations sur les médicaments, des recommandations de manipulation et la traçabilité des interventions auprès du malade.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES :

La prise en charge du patient à domicile, dans le cadre du maintien ou des soins à domicile sera de plus en plus souvent une alternative à l'hospitalisation, même pour des traitements relevant jusqu'à présent de l'hôpital. Compte tenu des enjeux pour le patient, une rigueur, une planification et une coordination optimales sont indispensables. On constate cependant que cela n'est pas toujours facile et que bien souvent des problèmes se posent.

L'enquête menée auprès des pharmaciens d'officine et des infirmiers libéraux ainsi que les recueils faits au CAV ont mis en évidence un certain nombre de dysfonctionnements lors de la sortie du patient du CAV et de sa prise en charge en ville.

Ce travail n'a pas seulement permis la mise en place de mesures d'amélioration au cours de ces deux années, mais il a également généré une véritable démarche qualité : la dimension de la sortie à domicile des patients est mieux prise en compte dans les différentes prises en charge du patient.

Les choix des mesures destinées à limiter les erreurs et les risques d'erreur à mettre en place lors de notre stage et durant l'année suivante ont dû tenir compte de l'organisation actuelle du CAV. Cependant d'autres aspects doivent être envisagés :

- Les patients hospitalisés doivent bénéficier d'une « dispensation » des médicaments, c'est-à-dire une délivrance des médicaments associée à une analyse de l'ordonnance et à la mise à disposition d'informations sur le bon usage des médicaments. Or, souvent encore dans les hôpitaux, il s'agit d'une simple délivrance : un certain nombre de problèmes pourraient être vus en amont de la sortie lors de l'analyse de l'ordonnance et de nombreux dysfonctionnements pourraient être évités par cette analyse. Cependant, la disponibilité des pharmaciens ne permet pas à ce jour une présence pharmaceutique dans les services. Une piste de réflexion actuelle est d'impliquer les étudiants en pharmacie en stage en 5ème année dans le processus de sortie.

- Une démarche qualité complète sur le circuit du médicament à l'hôpital ne pourra se faire que par l'informatisation de ce circuit. L'apport de l'informatisation concernant l'amélioration de la sortie du patient à domicile se situe à plusieurs niveaux : existence d'un thésaurus avec informations sur les médicaments et les dispositifs médicaux, entre autres leur statut et leur libellé exacts, l'aide à l'analyse des ordonnances, à la prescription en interne et à la sortie du patient à domicile, à la préparation de la sortie.
- Les sociétés de services apportent à la prise en charge des patients des prestations que le pharmacien d'officine seul ne peut apporter : assistance 24h/24, élimination des déchets, formation des infirmiers. Cependant, d'autres initiatives ont vu le jour : ainsi, des pharmaciens de la région de Verdun ont créé une société de services (Médical Service) à laquelle participent des pharmaciens installés par ailleurs en officine. A ce jour, cette société assure certaines prestations et fait appel à d'autres prestataires pour les domaines dans lesquels elle n'est pas encore autonome. Cette initiative permet d'une part de concilier les exigences de sécurité, d'astreinte, de disponibilité du matériel, de formation des infirmiers..., d'autre part la proximité et la prise en compte de la globalité de la prise en charge du patient, pour l'intégralité de son traitement.
- L'amélioration de la continuité des soins peut également passer par le développement de réseaux ville-hôpital puisqu'ils auront l'avantage de mettre directement en relation les pharmacies de ville et les pharmacies hospitalières.
- D'autres initiatives ont été mises en place et doivent se développer pour assurer aux pharmaciens d'officine une formation sur les médicaments qui vont sortir de la réserve hospitalière dans les mois qui viennent.

L'ensemble de ces actions est conforté par le nouveau décret sur les rétrocessions et les textes qui l'accompagnent, permettant notamment de mieux structurer et régler les processus de sortie.

Nous nous sommes concentrés, tout au long de notre travail, sur les problèmes matériels et médicamenteux liés à la sortie du patient du CAV. Il nous semble cependant indispensable de souligner l'importance du soutien psychologique du patient cancéreux. Il est également nécessaire d'entendre et d'écouter toutes les requêtes des patients et d'agir dans leur intérêt. C'est pourquoi, le retour à domicile doit être envisagé dans son ensemble et nécessite donc une coordination parfaite entre tous les acteurs du système de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes...).

Le développement des traitements à domicile dans les années à venir va conduire le pharmacien d'officine à être exposé de plus en plus souvent à des cas de MAD. Dans ce contexte, il doit être apte à répondre à la demande des patients sans délai et être préparé à leurs questions et réactions, la collaboration avec le milieu hospitalier est tout à fait indispensable.

ANNEXES

ANNEXE 1 :

Exemple de facture avec un prix d'achat pharmacien supérieur au prix de remboursement

S.A.S au Capital de 1 000 000 €
 RCS NANCY 210 000 000 000 000 000
 SIRET NANCY 30004 00470 000000000
 Société Générale NANCY 30003 01400 0000
 N° TVA Intracommunautaire : FR 01 770 470 600 C

FACTURE N°	DATE	PAGE



Hôpital de Nancy

CLIENT	N°	DATE

PHIE

00000000
 10 Avenue des Bénédictins
 54120 NEUF-ÉCOLE

C.I.F	DÉSIGNATION	QUANT	PRIX UNIT	PLANTIN	UNITE	IMPOTIGRATION	MONTANT H.T
	VOTRE COMMANDE N°: 79612 DU 09/04/04						
00000000	CANULE TRACHEE PORTMAN AP1885* CODE TIPS: 204B00.3 CODE GEO: NOUV	1	58,31	1	130,510		130,51

FACTURE

REC: LETTRE DE CANCE RELIEVE A VLE ECH: 20/04/04 Les conditions de règlement, la date d'échéance, les escomptes et remises afférents à cette facture, figurent sur le relevé récapitulatif

Nos ventes sont assurées à la clôture de réserve de propriété figurant au verso. Conditions générales de ventes au verso. Facturation en Ligne

T.V.A	(0): TARS CHAMP	(1): 5.50 %	(2):	(3): 19.60 %	(4): 2.10 %	TOTAL
ACHATS H.T.		130,51				130,51
REMISES						
NET H.T.		7,18				7,18
T.V.A						
ACHATS T.T.C		137,69				137,69

ANNEXE 2 :

Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur.

Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique

SP 2 283

*16

NOR : MESP9913062A

(Journal officiel du 1er avril 1999)

Le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 356, L. 595-1, L. 605 (7°), L. 626, L. 627, L. 714-12, L. 714-27, R. 712-2-1, R. 5143-5-1 à R. 5143-5-6, et la section III du chapitre Ier du titre III du livre V (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article R. 161-45 ;

Vu la loi n° 95-116 du 4 février 1995 modifiée portant diverses dispositions d'ordre social, notamment les articles 3 et 4 ;

Vu le décret n° 83-785 du 2 septembre 1983 modifié fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie ;

Vu l'avis du Conseil national de l'ordre des médecins en date du 4 décembre 1998 ;

Vu l'avis du Conseil national de l'ordre des pharmaciens en date du 15 décembre 1998 ;

Vu l'avis du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé en date du 19 mars 1999,

Arrête :

Art. 1er. - Le présent arrêté fixe les modalités d'application de la section III du chapitre Ier du titre III du livre V du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article L. 595-1 du même code qui disposent d'une pharmacie à usage intérieur, sans préjudice des dispositions des articles R. 5144-23 et suivants relatifs aux médicaments dérivés du sang.

Section I

Prescription des médicaments soumis à la réglementation
des substances vénéneuses

Art. 2. - Le représentant légal de l'établissement établit la liste des personnes habilitées, en vertu de la législation et de la réglementation en vigueur, à prescrire des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses, sans préjudice des dispositions de l'article R. 5143-5-5. Il la communique au pharmacien assurant la gérance de la pharmacie à usage intérieur et en assure la mise à jour. Cette liste comporte le nom, la qualité, le cas échéant les spécialités, les qualifications ou les titres, et la signature de ces personnes ou tout autre mode d'identification et d'authentification de ces personnes avec l'intitulé précis de leurs fonctions.

Art. 3. - Pour les patients hospitalisés y compris dans les structures mentionnées à l'article R. 712-2-1 du code de la santé publique ou hébergés dans les établissements médico-sociaux, la prescription indique lisiblement, outre les mentions prévues à l'article R. 5194 du code de la santé publique à l'exception de celles figurant au 3° de cet article :

- la durée du traitement ;

- s'il y a lieu, l'identification de l'unité de soins ;
- les numéros de téléphone et, le cas échéant, de télécopie et de messagerie électronique auxquels le prescripteur peut être contacté.

L'original sur support papier de la prescription est conservé dans le dossier médical et une copie est remise à la pharmacie à usage intérieur. Toutefois, la prescription peut être rédigée, conservée et transmise de manière informatisée sous réserve qu'elle soit identifiée et authentifiée par une signature électronique et que son édition sur papier soit possible.

Les prescriptions sont conservées chronologiquement par le pharmacien durant trois ans.

Art. 4. - Toute prescription destinée à un patient non hospitalisé est rédigée sur l'ordonnance prévue au premier alinéa de l'article R. 5194 du code de la santé publique.

Elle indique lisiblement, outre les mentions prévues à l'article R. 5194 du code précité :

- le nom et l'adresse de l'établissement, s'il y a lieu, l'unité de soins ainsi que le numéro d'inscription de l'établissement, entité géographique, au fichier national des établissements sanitaires et sociaux ;
- les numéros de téléphone et, le cas échéant, de télécopie et de messagerie électronique auxquels le prescripteur peut être contacté ;
- lorsque le prescripteur agit, dans les conditions prévues par son statut, sous la responsabilité du chef de service ou de département ou du responsable de structure mentionné à l'article L. 714-25-2 du code de la santé publique, le nom et la qualité de ce chef de service ou de département ou de ce responsable ainsi que son identifiant.

Art. 5. - Toutes précautions doivent être prises pour éviter les pertes, les vols et les falsifications des documents de prescription mentionnés à l'article 3. Ces documents et les tampons d'identification doivent être rangés sous clef. En cas de perte ou de vol, déclaration en est faite sans délai aux autorités de police.

Toutes autres précautions complémentaires en fonction des caractéristiques de chaque établissement peuvent être prises.

Section 2

Dispensation et administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses

Art. 6. - La dispensation des médicaments s'effectue dans les conditions prévues à l'article R. 5015-48 du code de la santé publique.

Si la prescription du médicament est réservée à certaines catégories de prescripteurs en application du 1° de l'article R. 5143-5-5 du même code, le pharmacien s'assure que la spécialité du service dans laquelle le prescripteur exerce, ou la spécialité, la qualification ou le titre de ce prescripteur, apparaissant sur la prescription, en application de l'article 3 du présent arrêté, est conforme à ce que prévoit l'autorisation de mise sur le marché ou l'autorisation temporaire d'utilisation.

Pour accomplir cette dispensation, le pharmacien peut demander au prescripteur tous renseignements utiles.

Art. 7. - Les médicaments sont délivrés à l'unité de soins globalement ou individuellement sur prescription médicale par des pharmaciens ou sous leur responsabilité par :

- des internes en pharmacie et des étudiants de cinquième année hospitalo-universitaire ayant reçu délégation du pharmacien dont ils relèvent ;
- des préparateurs en pharmacie sous le contrôle effectif des pharmaciens.

Art. 8. - Avant toute administration des médicaments au malade, le personnel infirmier vérifie l'identité du malade et les médicaments, au regard de la prescription médicale.

Pour chaque médicament, la dose administrée et l'heure d'administration sont enregistrées sur un document conservé dans le dossier médical. Ce document peut être communiqué à tout moment

au pharmacien sur sa demande.

Lorsque le médicament n'a pas été administré, le prescripteur et le pharmacien en sont informés.

Section 3

Détention et étiquetage des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses

Art. 9. - Les médicaments sont détenus dans des locaux, armoires, ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité. Dans tous les cas, ces armoires ou dispositifs de rangement ne doivent contenir que des médicaments quelles que soient les conditions particulières de leur conservation.

Art. 10. - Le pharmacien décide en accord avec le médecin responsable de l'unité de soins ou à défaut celui désigné par l'ensemble des prescripteurs concernés, de l'organisation, dans l'unité de soins, des dispositifs de rangement des médicaments destinés à répondre aux besoins urgents.

Art. 11. - Le surveillant ou la surveillante de l'unité de soins ou un infirmier ou une infirmière désigné par écrit par le responsable de l'unité de soins fixe, en accord avec le pharmacien, les dispositions propres à éviter toute perte, vol ou emprunt des clefs de ces dispositifs de rangement lorsqu'ils existent.

Les modalités de détention, de mise à disposition et de transmission des clefs font l'objet d'une procédure écrite.

Art. 12. - Le pharmacien et le médecin responsable de l'unité de soins ou à défaut celui désigné par l'ensemble des prescripteurs concernés déterminent après consultation du surveillant ou de la surveillante de l'unité de soins ou d'un infirmier ou d'une infirmière désigné par écrit par le responsable de l'unité de soins, la dotation de médicaments permettant de faire face, dans l'unité concernée, aux besoins urgents.

Ils fixent une liste qualitative et quantitative des médicaments composant cette dotation. Cette liste est établie en deux exemplaires datés et conjointement signés. Un exemplaire est conservé à la pharmacie et l'autre est affiché dans le dispositif de rangement.

Ils désignent un médecin responsable de l'utilisation des médicaments de la dotation.

La dotation est révisée au minimum une fois par an.

Art. 13. - Sans préjudice des dispositions de l'article 19, le renouvellement de la dotation pour besoins urgents ne peut être effectué que sur présentation des doubles des documents de prescription accompagnés d'un état récapitulatif établi selon le modèle ci-dessous et signé par le médecin responsable de l'unité de soins.

Etablissement de N°

Dotation pour besoins urgents

Unité de soins

DÉSIGNATION du médicament	RÉSERVE normale	QUANTITÉ consommée du..... au.....	QUANTITÉ demandée
	Date		
	Signature du médecin responsable de l'unité de soins :		

Art. 14. - Tout transport de médicaments entre la pharmacie et les unités de soins doit se faire dans des chariots ou contenants clos et de préférence fermés à clef ou disposant d'un système de

fermeture assurant la même sécurité.

Art. 15. - Le pharmacien ou toute personne désignée par lui doit régulièrement vérifier que la composition de la dotation de médicaments pour besoins urgents est conforme à la liste mentionnée à l'article 12. Il doit notamment contrôler les quantités au regard des prescriptions faites, le mode de détention et le respect des règles d'étiquetage et de conservation des médicaments.

Le procès-verbal de la visite doit être daté et cosigné par le pharmacien et le responsable de l'unité de soins.

Art. 16. - Les médicaments doivent être détenus de préférence dans leur conditionnement d'origine ou à défaut dans des récipients étiquetés selon les dispositions suivantes :

Stupéfiants : étiquette blanche avec large filet rouge ;

Liste I : étiquette blanche avec large filet rouge ;

Liste II : étiquette blanche avec large filet vert.

Ces étiquettes devront comporter :

a) Dans la partie supérieure, inscrites en lettres noires :

- la dénomination de la spécialité ;

- et le cas échéant, la dénomination commune internationale ou française du ou des principes actifs ;

- le dosage exprimé en quantité ou en concentration ;

- la forme pharmaceutique ;

- la voie d'administration.

b) Dans la partie inférieure, séparée du contexte par une ligne noire et inscrite en lettres noires, la mention bien lisible « Respecter les doses prescrites ».

L'étiquette du conditionnement doit mentionner le numéro de lot et la date de péremption du médicament qu'il contient. La notice d'information du médicament doit être jointe ou à défaut l'unité de soins doit disposer de la documentation nécessaire.

Art. 17. - Sauf accord écrit des prescripteurs mentionnés à l'article 2, il ne devra être mis ou laissé à la disposition des malades aucun médicament en dehors de ceux qui leur auront été prescrits et dispensés dans l'établissement. Les médicaments dont ils disposent à leur entrée leur seront retirés, sauf accord des prescripteurs précités.

Section 4

Dispositions particulières concernant les médicaments classés comme stupéfiants

Art. 18. - L'administration de tout médicament classé comme stupéfiant ou soumis à la réglementation des stupéfiants fait l'objet d'une transcription sur un document spécial ou sur le document de prescription mentionné à l'article 3 des données suivantes :

- le nom de l'établissement ;

- la désignation de l'unité de soins ;

- la date et l'heure de l'administration ;

- les nom et prénom du malade ;

- la dénomination du médicament et sa forme pharmaceutique ;

- la dose administrée ;

- l'identification du prescripteur ;

- l'identification de la personne ayant procédé à l'administration et sa signature.

Les relevés d'administration sont datés et signés par le médecin responsable de l'unité de soins et adressés à la pharmacie qui les conserve pendant trois ans. Ils peuvent être effectués de manière informatisée sous réserve qu'ils soient identifiés et authentifiés par des signatures électroniques et que leur édition sur papier soit possible.

Art. 19. - Le renouvellement de quantités prélevées à partir de la dotation pour besoins urgents est réalisé sur présentation d'un état récapitulatif figurant sur un imprimé de couleur rose, établi selon le modèle mentionné à l'article 13.

Cet état récapitulatif est accompagné des relevés d'administration mentionnés à l'article 18 concernant les médicaments qui ont été prélevés dans cette dotation.

En outre, le pharmacien peut exiger que lui soient remis les conditionnements primaires correspondant aux quantités consommées.

Art. 20. - Les médicaments contenant des stupéfiants ne doivent être remis par le pharmacien ou les personnes définies à l'article 7 qu'au surveillant ou à la surveillante de l'unité de soins ou à un infirmier ou une infirmière conjointement désigné par le médecin responsable de l'unité de soins et le pharmacien ou le cas échéant au prescripteur lui-même.

Art. 21. - Dans les locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement prévus à l'article 9, les stupéfiants sont détenus séparément dans une armoire ou un compartiment spécial banalisé réservé à cet usage et lui-même fermé à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité. Des mesures particulières de sécurité contre toute effraction sont prévues.

Art. 22. - L'arrêté du 9 août 1991 portant application de l'article R. 5203 du code de la santé publique dans les établissements mentionnés à l'article L. 577 du même code est abrogé.

Art. 23. - Le directeur général de la santé, le directeur des hôpitaux, le directeur de l'action sociale et le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 31 mars 1999.

Bernard Kouchner

ANNEXE 3 :

Extraits du code de la santé publique

R. 5144 Modifié par le décret n° 99-466 du 11 juin 1999

Toute prescription de médicaments ou produits mentionnés à la présente section doit être rédigée, après examen du malade, sur une ordonnance répondant à des spécifications techniques fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Cette ordonnance doit indiquer lisiblement :

Édaction de l'ordonnance

- 1°) Le nom, la qualité et, le cas échéant, la qualification ou le titre du prescripteur, son identifiant lorsqu'il existe, son adresse, sa signature et la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée ;
- 2°) La dénomination du médicament ou du produit prescrit, sa posologie et son mode d'emploi, et, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée ;
- 3°) Soit la durée de traitement, soit le nombre d'unités de conditionnement et, le cas échéant, le nombre de renouvellements de la prescription ;
- 4°) Pour un médicament classé dans la catégorie des médicaments à prescription initiale hospitalière en application des dispositions de l'article R. 5143-5-3, la date à laquelle un nouveau diagnostic doit être effectué lorsque l'autorisation de mise sur le marché ou l'autorisation temporaire d'utilisation le prévoit ;
- 5°) Les mentions prévues au quatrième alinéa de l'article R. 5143-5-4 et au 3° de l'article R. 5143-5-5 lorsque l'autorisation de mise sur le marché ou l'autorisation temporaire d'utilisation les prévoit ;
- 6°) Le cas échéant, la mention prévue à l'article R. 5143-11.

En outre, elle mentionne :

- 1°) Lorsqu'elle est destinée à la médecine humaine, les nom et prénom, le sexe et l'âge du malade et, si nécessaire, sa taille et son poids ;
- 2°) Lorsqu'elle est destinée à la médecine vétérinaire, les nom et prénom et l'adresse du détenteur de l'animal ou des animaux ainsi que les moyens d'identification de ceux-ci.

Toute commande à usage professionnel de médicaments ou produits mentionnés à la présente section doit être rédigée sur l'ordonnance mentionnée au premier alinéa et indiquer lisiblement :

- 1°) Le nom, la qualité, le numéro d'inscription à l'ordre, l'adresse et la signature du praticien, ainsi que la date ;
- 2°) La dénomination et la quantité du médicament ou du produit ;
- 3°) La mention « Usage professionnel ».

Le prescripteur doit apposer sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription ou rendre inutilisable l'espace laissé libre entre cette dernière ligne et sa signature par tout moyen approprié. Cette règle s'applique également aux commandes à usage professionnel.

En cas de perte ou de vol de leurs ordonnances, les prescripteurs doivent en faire la déclaration sans délai aux autorités de police.

R. 5015-48 Modifié par le décret n° 95-284 du 14 mars 1995

Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

Acte de dispensation

- 1°) L'analyse pharmacologique de l'ordonnance médicale si elle existe ;
- 2°) La préparation éventuelle des doses à administrer ;
- 3°) La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale.

Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient.

R. 5015-48 Modifié par le décret n° 95-284 du 14 mars 1995

Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

Acte de dispensation

- 1°) L'analyse pharmacologique de l'ordonnance médicale si elle existe ;
- 2°) La préparation éventuelle des doses à administrer ;
- 3°) La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale.

Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient.

ANNEXE 4 :

Questionnaire destiné aux pharmaciens d'officine et sa lettre d'accompagnement



SERVICE DE PHARMACIE ET STERILISATION

Marie-Pierre BONNEFOI
PHARMACIEN

Tel. : 03.83.59.84.66

E. mail : mp.bonnefoi@nancy.fr

Valérie FERRETON
PHARMACIEN

Tel. : 03.83.59.81.83

E. mail : v.ferret@nancy.fr

Catherine VALLANCE
PHARMACIEN

Tel. : 03.83.59.81.84

E. mail : c.vallance@nancy.fr

Benoît HOMBOURGER
PHARMACIEN

Tel. : 03.83.59.84.97

E. mail : b.hombourger@nancy.fr

SECRETARIAT

Corinne BARBON

Tel. : 03.83.59.83.58

Fax : 03.83.59.84.95

Nancy, le 6 mai 2003

Chère consœur, cher confrère,

Dans le cadre de l'amélioration de nos pratiques, nous souhaitons mettre en place une démarche qualité spécifique à la continuité des soins des patients sortant du CAV.

Nous avons confié une partie de ce travail à Caroline Collin et Thomas Boiteux, étudiants en cinquième année hospitalo-universitaire au CAV, dans le cadre de leur thèse d'exercice. Une des étapes de leur travail est la recherche, en interne et en externe, des dysfonctionnements avérés ou pouvant se produire lors de la sortie d'un patient.

Vous êtes susceptible de suivre ou d'avoir suivi un patient sortant du CAV, c'est pourquoi nous vous faisons parvenir par la CERP ce questionnaire à nous retourner par la CERP également.

Par ailleurs, nous vous serions reconnaissants de nous informer des difficultés que vous rencontreriez à l'avenir afin que nous puissions les prendre en compte, en joignant un pharmacien au 03.83.59.83.58.

Nous vous remercions par avance de votre collaboration, indispensable pour lutter contre les problèmes se produisant ou susceptibles de se produire à la sortie d'un patient du CAV.

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire et vous prions de croire, chère consœur, cher confrère à l'assurance de nos salutations distinguées.

Marie-Pierre Bonnefoi



Sortie à domicile des patients hospitalisés au CAV

Questionnaire à l'intention des pharmaciens d'officine

1. Avez-vous déjà pris en charge des patients sortant du Centre Alexis Vautrin ?

- jamais
- oui, parfois
- oui, souvent

2. Avez-vous eu des ordonnances de sortie incomplètes ou erronées ?

- non
- oui, description :

3. Avez-vous rencontré des problèmes pratiques lors de la prise en charge de ces patients ? (approvisionnement, produit non existant en ville, problème de remboursement, mauvaise posologie...)

- non
- oui, concernant les médicaments :
.....
- oui, concernant le matériel médical :
.....
- autres :

4. Comment avez-vous résolu ces problèmes ?

- prise de contact avec les infirmier(e)s du CAV
- prise de contact avec le médecin du CAV traitant le patient concerné
- prise de contact avec le pharmacien du CAV
- prise de contact avec l'infirmier(e) libéral(e)
- autres :

5. Les patients vous ont-ils paru satisfaits des services apportés ?

- oui
- non, pourquoi ?

6. Comment peut-on améliorer la prise en charge du patient sortant du CAV ?

.....
.....
.....

Votre réponse est à faire parvenir à Madame Bannerot à la CERP Nancy. Merci.

ANNEXE 5 :

Questionnaire destiné aux infirmiers libéraux et sa lettre d'accompagnement



SERVICE DE PHARMACIE ET STERILISATION

Marie-Pierre BONNIFOL
PHARMACIEN
Tél : 03.83.59.84.96
E-mail : mp.bonniefol@caav.fr

Valérie LEBRETON
PHARMACIEN
Tél : 03.83.59.84.85
E-mail : v.lebreton@caav.fr

Catherine VIANCIE
PHARMACIEN
Tél : 03.83.59.84.84
E-mail : c.viancie@caav.fr

Benoît HOMBOURGER
PHARMACIEN
Tél : 03.83.59.84.97
E-mail : b.hombourger@caav.fr

SECRETARIAT

Florella BAPSEON
Tél : 03.83.59.83.58
Fax : 03.83.59.84.95

Nancy, le 6 mai 2003

Chère consœur, cher confrère,

Dans le cadre de l'amélioration de nos pratiques, nous souhaitons mettre en place une démarche qualité spécifique à la continuité des soins des patients sortant du CAV.

Nous avons confié une partie de ce travail à Caroline Collin et Thomas Boiteux, étudiants en cinquième année hospitalo-universitaire au CAV, dans le cadre de leur thèse d'exercice. Une des étapes de leur travail est la recherche, en interne et en externe, des dysfonctionnements avérés ou pouvant se produire lors de la sortie d'un patient.

Vous êtes susceptible de suivre ou d'avoir suivi un patient sortant du CAV, c'est pourquoi nous vous faisons parvenir par la CERP ce questionnaire à nous retourner par la CERP également.

Par ailleurs, nous vous serions reconnaissants de nous informer des difficultés que vous rencontreriez à l'avenir afin que nous puissions les prendre en compte, en joignant un pharmacien au 03.83.59.83.58.

Nous vous remercions par avance de votre collaboration, indispensable pour lutter contre les problèmes se produisant ou susceptibles de se produire à la sortie d'un patient du CAV.

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire et vous prions de croire, chère consœur, cher confrère à l'assurance de nos salutations distinguées.

Marie-Pierre Bonnefol



Sortie à domicile des patients hospitalisés au CAV

Questionnaire à l'intention des infirmières libérales

1. Avez-vous déjà pris en charge des patients sortant du Centre Alexis Vautrin ?

- jamais
- oui, parfois
- oui, souvent

2. Avez-vous eu des ordonnances de sortie incomplètes ou erronées ?

- non
- oui, description

3. Avez-vous rencontré des problèmes pratiques lors de la prise en charge de ces patients ? (approvisionnement, produit non existant en ville, problème de remboursement, mauvaise posologie...)

- non
- oui, concernant les médicaments :
.....
- oui, concernant le matériel médical :
.....
- autres :

4. Comment avez-vous résolu ces problèmes ?

- prise de contact avec les infirmier(e)s du CAV
- prise de contact avec le médecin du CAV traitant le patient concerné
- prise de contact avec le pharmacien du CAV
- prise de contact avec le pharmacien d'officine
- autres :

5. Les patients vous ont-ils paru satisfaits des services apportés ?

- oui
- non, pourquoi ?

6. Comment peut-on améliorer la prise en charge du patient sortant du CAV ?

.....
.....
.....

Votre réponse est à faire parvenir à la pharmacie du CAV. Merci.

ANNEXE 6 :

Fiche d'évaluation des sets et récapitulatif du contenu des différents sets de soin répertoriés

Nom de l'infirmière : _____

Laboratoire : _____

PAC :

Sous-clavier :

Périphérique :

Set de pose :

Set d'héparinisation :

EVALUATION :

Composition adaptée : OUI
 NON car il y a trop de choses
 NON car il manque des choses. Lesquelles? _____

Présentation logique : OUI
 NON, pourquoi? _____

Facile d'utilisation : OUI
 NON, pourquoi? _____

Matériel de désinfection : PRESENT et adapté
 PRESENT mais inadapté, pourquoi? _____
 ABSENT

Matériel d'élimination : PRESENT et adapté
 PRESENT mais inadapté, pourquoi? _____
 ABSENT

Accepteriez-vous de travailler avec ce set? OUI
 NON, pourquoi? _____

Merci de votre collaboration

contenu des sets	Les différentes marques de set			
	Mediset Hartmann (héparinisation)	Mediset Hartmann (pose)	Rincédial (Ocp)	Rincédial *
Charlotte(s)	X (1)	X (1)	X (2)	X (2)
masques de soins	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)
paire(s) de gants	X (2)	X (2)	X (1)	X (1)
champ de soins absorbant imperméable	X	X	X	X
champ de soins absorbant imperméable troué	X	X		
2 paquets de 5 compresses	X	X	X 6 compresses	X 6 compresses
1 seringue 3 pièces 20ml	X	X		
1 seringue 3 pièces 10ml	X	X		
1 seringue 3 pièces Luer-lock de 20ml montée avec une aiguille			X	X
1 seringue 3 pièces Luer-lock de 10ml montée avec une aiguille			X	X
1 ampoules de 20ml de NaCl	X	X	X (10ml)	X (10ml)
aiguille(s) 18G	X	X		
aiguille de Huber			X	X
Gripper		X		
1 robinet 3 voies avec prolongateur	X	X	X	X
1 pansement adhésif 10X14 cm	X	X	X	X
1 bandelette adhésive double	X	X		
1 mode d'emploi	X	X		
1 sachet de gel antiseptique	X	X		
1 sachet pour éliminer les déchets	X	X		
1 étiquette labellisé Hopidem				
1 plateau de soins rigide			X	X
1 essuie main	X	X	X	X

VOIE VEINEUSE PERIPHERIQUE

contenu des sets	les différentes marques de sets		
	Mediset perfusion Hartmann	Mediset perfusion Hartmann(veines fragiles)	Pharmaset périphérique
Charlotte(s)			X
masques de soins			X
paire(s) de gants	1	1	X
champ de soins absorbant imperméable	X	2	X
compresses non-tissées	7	10	5
1 robinet 3 voies avec prolongateur	X		X
1 perfusoir 3 voies		X	
1 essuie-mains	X	X	X
1 cathéter court	X	X	X
aiguille épicranienne	2	X	X
1 bouchon obturateur de cathéter	X	X	X
1 seringue 3 pièces 20ml LL	X	X	X
1 ampoule de 20ml de NaCl	X	X	
aiguille(s) 18G	X	X	X
pansement adhésif transparent	X	X	X
un pansement Dermaset			X
1 bandelette adhésive double	X	X	2
1 mode d'emploi	X	X	
1 sachet de gel antiseptique	X	X	
1 sachet pour éliminer les déchets	X	X	

10/12/2002

CHAMBRE IMPLANTABLE

contenu des sets	Les différentes marques de sets				
	Mediset perfusion Hartmann (néparinisation)	Mediset perfusion Hartmann (pose)	Rincédial (Ocp)	Pharmaset (néparinisation)	Pharmaset (pose)
Charlotte(s)	1	1	2	1	1
masques de soins	2	2	2	1	1
paire(s) de gants	2	2	1	1	1
champ de soins absorbant imperméable	X	X	X	X	X
champ de soins absorbant imperméable troué	X	X		X	
2 paquets de 5 compresses	X	X	X 5 compresses	1	1
1 seringue 3 pièces 20ml LL	X	X		X	X
1 seringue 3 pièces 10ml LL	X			X	
1 seringue 3 pièces Luer-lock de 20ml montée avec une aiguille			X		
1 seringue 3 pièces Luer-lock de 10ml montée avec une aiguille			X		
1 ampoules de 20ml de NaCl	X	X	X (10ml)	X	X
aiguille(s) 18G	X	X		2	1
aiguille de Huber	X		X	X	X
Gripper		X			
1 robinet 3 voies avec prolongateur	X	X	X		X
1 pansement adhésif 10X14 cm	X	X	X	X	X (10X12cm)
1 bandelette adhésive double	X	X			2
1 mode d'emploi	X	X			
1 sachet de gel antiseptique	X	X			
1 sachet pour éliminer les déchets	X	X			
1 étiquette labellisée Hapidom					
1 plateau de soins rigide			X		
1 essuie main	X	X	X	X	
1 pince tactile				X	

10/12/2002

ANNEXE 7 :

Liste des médicaments rétrocédés par la pharmacie du Centre Alexis Vautrin

Les principaux médicaments rétrocédés par la pharmacie du CAV (août 2003) sont :

Anticancéreux et adjuvants

Médicaments anticancéreux par voie orale AMM :

XELODA 150mg, 300mg
CELLTOP 25mg, 50mg
THALIDOMIDE
TEMODAL

Médicaments anticancéreux par voie orale ATU :

IRESSA 250 mg

Médicaments anticancéreux IV (externalisation des chimiothérapies) :

GEMZAR 200mg, 1000mg
NAVELBINE 50mg
FOLINATE DE CALCIUM
350mg
BLEOMYCINE 15mg

Facteurs de croissance hématopoiétiques :

NEUPOGEN
GRANOCYTE
NEORECORMON
EPREX
ARANESP

Autres thérapeutiques : médicaments réservés aux hôpitaux AMM

Antalgiques, soins palliatifs, perfusion, nutrition :

PERFALGAN
TOPALGIC, CONTRAMAL,
ZAMUDOL
KETAMINE
SUFENTA
HYPNOVEL
SCOBUREN
SANDOSTATINE
MOPRAL
CERNEVIT
DECAN
BIONOLYTE
MANNITOL
NEURODOL (ATU)

Anti-infectieux :

VANCOMYCINE
CIFLOX
OFLOCET
FORTUM
AMIKACINE
CEFTRIAZONE
AMOXICILLINE
GENTAMYCINE
BACTROBAN

Autres :

ORGARAN
PANGEN

ANNEXE 8 :

Exemple de fiches d'information sur les médicaments rétrocedés

FICHE D'INFORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT :

XELODA[®]

Capécitabine – Comprimés pelliculés à 150 ou 500mg

→ Classe thérapeutique : Cytostatique

→ Indications thérapeutiques :

- En première ligne, en monothérapie, dans le cancer colorectal métastatique
- En association avec le docétaxel, dans le traitement du cancer du sein localement avancé ou métastatique, après échec à une chimiothérapie cytotoxique contenant au moins une anthracycline
- En monothérapie, dans le traitement du cancer du sein localement avancé ou métastatique après échec aux taxanes et à une chimiothérapie contenant une anthracycline ou quand une chimiothérapie par anthracycline n'est pas indiquée

→ Posologie :

• La posologie recommandée est de 1250mg/m² deux fois /jour pendant 14 jours suivie d'une période sans traitement de 7 jours.

• En association avec le docétaxel, la dose recommandée est de 1250mg/m² deux fois/jour pendant 14 jours suivie d'une période sans traitement de 7 jours associée à 75mg/m² en perfusion d'une heure toutes les trois semaines.

Remarque : la posologie peut être différente de celles mentionnées, cela dépend de la volonté du prescripteur.

→ Voie d'administration :

- Voie orale avec un peu d'eau

→ Contre-indication :

- Antécédents de réactions sévères et inattendues à un traitement contenant une fluoropyrimidine.
- Hypersensibilité connue à la capécitabine, au fluoro-uracile ou à l'un des excipients. Chez les patients présentant un déficit connu à la dihydro-pyrimidine-déshydrogénase (DPD).
- Grossesse et allaitement.
- Leucopénie, neutropénie ou thrombocytopénie sévère.
- Insuffisants hépatiques sévères.
- Insuffisants rénaux sévères (clairance de la créatinine inférieure à 30 ml/min).
- Traitement par la sorivudine, ou ses analogues chimiquement apparentés, tels que la brivudine.

Les contre-indications pour docétaxel s'appliquent également pour l'association Xeloda plus docétaxel.

→ Effets indésirables :

- Troubles digestifs : diarrhées, nausées, vomissements...
- Troubles cutanés : syndrome pied-main, sécheresse cutanée, alopecie, prurit, éruption cutanée...
- Fatigue, céphalées, anorexie, déshydratation, épisodes fébriles, vertiges, dysgueusie
- Œdèmes des membres inférieurs

- Troubles hémato-biologiques : diminution de l'hémoglobine, neutropénie, thrombocytopenie, augmentation de la bilirubine

→ Interactions médicamenteuses :

- anticoagulants coumariniques : altérations des paramètres de la coagulation et/ou saignements

→ Précautions particulières :

- En raison du risque de sensations de vertiges, de fatigue et de nausées, une altération de l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines peut être possible.

- En cas de diarrhées très importantes un traitement par un anti-diarrhéique standard (lopéramide) est préconisé ainsi qu'une bonne hydratation.

Définition du syndrome pied-main :

Le syndrome main-pied (également connu sous le nom de réaction cutanée main-pied ou d'érythrodysesthésie palmoplantaire ou d'érythème des extrémités chimio-induit) :

Le syndrome main-pied de grade 1 se définit par : engourdissement, dysesthésie/paresthésie, fourmillements, œdème sans douleur ou érythème des mains et/ou des pieds, et/ou inconfort qui n'empêchent pas les activités normales du patient.

Le syndrome main-pied de grade 2 se définit par la présence d'un érythème douloureux et d'un œdème des mains et/ou des pieds, et/ou un inconfort entraînant une gêne du patient dans ses activités quotidiennes.

Le syndrome main-pied de grade 3 se définit par la présence d'une desquamation humide, d'ulcérations, de vésications et de douleurs sévères des mains et/ou des pieds, et/ou d'un inconfort sévère, empêchant le patient de travailler ou d'effectuer ses activités quotidiennes. Si un syndrome main-pied de grade 2 ou 3 survient, l'administration de Xeloda doit être interrompue jusqu'à disparition des symptômes ou régression à une intensité de grade 1. Après un syndrome main-pied de grade 3, les doses ultérieures de Xeloda devront être diminuées

FICHE D'INFORMATION PATIENTS :

XELODA[®]

Capécitabine – Comprimés pelliculés à 150 ou 500mg

→ Pourquoi ce médicament vous a été prescrit ?

Ce médicament vous est prescrit dans le cadre de votre chimiothérapie anti-cancéreuse.

→ Comment devez-vous utiliser ce médicament ?

Les comprimés doivent être avalés avec de l'eau dans les 30 minutes qui suivent les repas.

→ Quels sont les effets indésirables que peut provoquer ce médicament ?

Les principaux effets indésirables provoqués par ce médicament sont :

- Des troubles digestifs : diarrhées, nausées, vomissements
- Des troubles cutanés : éruption cutanée, démangeaisons
- Fatigue, maux de tête, anorexie, vertige, troubles du goût

Si un de ces effets indésirables ou un autre apparaît et persiste, parlez-en à votre pharmacien ou à votre médecin.

→ Quelles sont les précautions à prendre lorsque vous prenez ce médicament ?

♣ En raison du risque de sensations de vertiges, de fatigue et de nausées, il convient d'être prudent si vous êtes amené à conduire des véhicules ou à utiliser des machines.

♣ En cas de diarrhées très importantes, il est urgent de consulter votre médecin qui mettra en place un traitement adapté.

→ Comment se conserve ce médicament ?

Ce médicament doit être conservé à une température ne dépassant pas les 30°C.

Ce médicament est réservé à l'usage hospitalier. Il ne peut donc vous être prescrit que par un médecin hospitalier et ne vous être délivré que par une pharmacie hospitalière.

Si vous êtes amené à consulter un pharmacien, un médecin, un dentiste ou si vous êtes hospitalisé, précisez que vous prenez Xélo[®] de façon à éviter toute interaction avec d'autres médicaments.

Pour tous renseignements complémentaires concernant votre traitement n'hésitez pas à nous joindre à l'adresse suivante :

Pharmacie Centre Alexis Vautrin
Avenue de Bourgogne – Brabois
54511 Vandoeuvre lès Nancy
Téléphone : 03 83 59 83 58

BIBLIOGRAPHIE

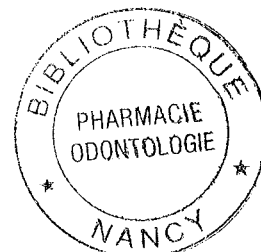
1. RIASSETTO, Lisa
L'officine et la nutrition entérale à domicile (NEAD).-176f.
Th : Ph : Nancy 1 : 2002 ; 34
2. CHÂTELET, Olivier
Le pharmacien d'officine et la délivrance du matériel de perfusion.-124f.
Th : Ph : Nancy 1 : 2003 ; 9
3. AUBERT, Marie-Noëlle
A propos de « la charte du meilleur moment de la sortie des établissements
d'hospitalisation » : la prise en charge pharmaceutique du patient au centre de la relation
hôpital – pharmacies d'officine.-160f.
Th : Ph : Nancy 1 : 1999 ; 66
4. CARAYON Isabelle
En pratique.
MADLORnews, 2003, 1, 4p
5. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. préparation de
la sortie du patient hospitalisé.
Paris : ANAES ; 2001, 72p.
6. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
Critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile
Paris : ANAES ; 2003 , 28p.
7. Centre de documentation OCP
Dicoplus – 15^e ed.
Saint-Ouen : OCP répartition, 2002., 1880p
8. Code de la santé publique
Edition permanente
Annecy : Tissot

9. Décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L.1111-7 et L.1112-1 du code de la santé publique.

SITES INTERNET

10. Legifrance. vendredi 18 juin 2004. Décret n° 2004-546 du 15 juin 2004 relatif aux Catégories de médicaments à prescription restreinte et à la vente de médicaments au public par certains établissements de santé et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale, [En ligne]. Adresse URL : <http://www.legifrance.gouv.fr>
11. Direction générale de la santé. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. lundi 28 juin 2004. Réforme de la prescription restreinte et de la rétrocession des médicaments par certains établissements de santé, [En ligne]. Adresse URL : <http://www.sante.gouv.fr>
12. Ministère de la santé et de la protection sociale. Circulaire DHOS/E/2004/269 du 14 juin 2004 relative à l'instruction des demandes en vue d'autoriser les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé à assurer la vente de médicaments au public prévue à l'article L.5126-4 du code de la santé publique, [En ligne]. Adresse URL : <http://www.sante.gouv.fr>
13. Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L.595-1 du code de la santé publique, [En ligne]. Adresse URL : <http://www.sante.gouv.fr>
14. <http://www.theriaque.org>
15. <http://www.vidal.fr>

DEMANDE D'IMPRIMATUR



**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR
EN PHARMACIE**

Présenté par Caroline COLLIN et Thomas BOITEUX

Sujet : Continuité des soins pharmaceutiques à la sortie des patients hospitalisés au Centre Alexis Vautrin : difficultés et dysfonctionnements, exemples d'amélioration.

Jury :

Président : M. Pierre LABRUDE, Professeur

Juges : Mme Marie-Pierre BONNEFOI, Docteur en pharmacie
Mme Sophie TOUSSAINT, Médecin
Mme Marie-Christine KAMINSKI, Médecin
M. Denis SZCZYRK, Docteur en pharmacie

Vu,

Nancy, le 16 Août 2004

Le Président du Jury

Le Directeur de Thèse

M. Pierre LABRUDE
Professeur

Mme Marie-Pierre BONNEFOI
Docteur en pharmacie

U° 1997

Vu et approuvé,

Nancy, le 19 août 2004

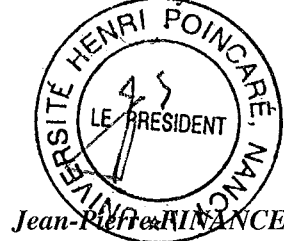
Le Doyen de la Faculté de Pharmacie
de l'Université Henri Poincaré – Nancy I,



Vu,

Nancy, le 2 septembre 2004

Le Président de l'Université Henri Poincaré -
Nancy I



N° d'identification : PH Nancy n° 55

TITRE

**CONTINUITÉ DES SOINS PHARMACEUTIQUES A LA SORTIE DES
PATIENTS HOSPITALISÉS AU CENTRE ALEXIS VAUTRIN :
DIFFICULTÉS ET DYSFONCTIONNEMENTS, EXEMPLES
D'AMÉLIORATION**

Thèse soutenue le 21 septembre 2004

Par Caroline COLLIN et Thomas BOITEUX

RESUME

La prise en charge de la sortie du patient, le maintien et les soins à domicile nécessitent une rigueur et une planification optimales. On constate cependant que cela n'est pas toujours facile et que bien souvent des problèmes se posent. L'enquête menée auprès des pharmaciens d'officine et des infirmiers libéraux a mis en évidence un certain nombre de dysfonctionnements lors de la sortie du patient. Nous nous sommes concentrés, tout au long de notre travail, sur les problèmes matériels et médicamenteux liés à la sortie du patient du Centre Alexis Vautrin.

Le retour à domicile doit être envisagé dans son ensemble et nécessite donc une coordination parfaite entre tous les acteurs du système de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes...).

Dans ce contexte de développement des traitements à domicile, le pharmacien doit être apte à répondre à la demande des patients sans délai et être préparé à leurs questions et réactions, le soutien et l'aide du milieu hospitalier à ce niveau semblent être indispensables.

MOTS CLES : Maintien à domicile, Soins pharmaceutiques, Cancer

Directeur de thèse	Intitulé du Laboratoire	Nature
Docteur M.P. BONNEFOI	Service de pharmacie, Centre Alexis Vautrin	Expérimentale <input checked="" type="checkbox"/>
Professeur P. LABRUDE	Physiologie / Hématologie	Bibliographique <input type="checkbox"/>
		Thème 6

Thèmes

1 – Sciences fondamentales
3 – Médicament
5 – Biologie

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