

**Réunion du groupe de travail Circuit du médicament
et des dispositifs médicaux du 07.03.2008
OMEDIT de Haute-Normandie**

Participants au groupe	Présents	Excusés
Pr Jean DOUCET, Président de l'OMEDIT HN		X
Dr Elise REMY, Pharmacien, coordonnateur OMEDIT HN	X	
Dr Christine GAUDRAY, Pharmacien, Clinique Saint Hilaire		X
Mme S. RIOUT, cadre de santé, CHI Elbeuf-Louviers	X	
Dr Francine BOUDEWEEL, Pharmacien, CHI Elbeuf-Louviers	X	
Dr Annie BAUCHET, Pharmacien, CHSR	X	
Dr Régine DELPLANQUE, Pharmacien, GHH	X	
Dr Mikaël DAOUPHARS, Pharmacien, CRLCC Becquerel	X	
Dr Yannick BOULET, Pharmacien, CHI Eure-Seine (site d'Evreux)	X	
Dr Claudine CAUSSIN, Pharmacien, CHI Eure-Seine (site de Vernon)		X
Dr Abdelmoula EL BOUHMADI, Pharmacien, CH Gisors	X	
Dr Rémi VARIN, Pharmacien, CHU de Rouen		X
Dr Frédéric ABRAHAM, Pharmacien, Clinique du Cèdre	X	
Mme DOLLOIS, direction, Clinique des Essarts		X
Dr Marie-Reine REYNAUD, Pharmacien, Clinique Bergouignan		X
Dr J.L. Grenier, ARH		X

ORDRE DU JOUR

- 1/ Bilan final des questionnaires
- 2/ Point sur la législation
- 3/ Proposition d'une ligne de conduite régionale vis à vis des médicaments apportés par les patients.

1/ Bilan final des questionnaires concernant les médicaments apportés par les patients hospitalisés (cf. diaporama joint):

112 questionnaires ont finalement été réceptionnés, correspondants à 29 établissements de santé de la région (sur les 36 qui avaient été interrogés).

Les questionnaires ont été renseignés par une majorité de cadres de santé et d'infirmières (68%), mais également par des médecins (18%) et des pharmaciens (14%).

L'utilisation des médicaments apportés par les patients est une pratique très répandue (89% de oui ou parfois) et très hétérogène d'un établissement à l'autre, voir d'un service à un autre au sein d'un même établissement, même si des différences s'expliquent par la particularité de certains services (réanimation, gynécologie, chirurgie, hôpitaux de jour ...) (cf. diaporama). La variation de pratique entre les unités de court et long séjours a également été prise en compte (cf. diaporama).

Les médicaments apportés ne sont pas systématiquement utilisés dans leur totalité (51.3% de non).

L'accord écrit du médecin responsable est présent dans le dossier du patient dans 52% des cas (oui ou parfois), et les médicaments utilisés sont prescrits dans 83% des cas (oui ou parfois).

Les médecins sont amenés à modifier le traitement du patient lorsqu'un médicament n'est pas en stock (86% de oui ou parfois), et les services ont pour habitude de substituer un médicament manquant par un générique (75% de oui ou parfois), toutefois, 38% des services interrogés déclarent ne pas avoir de livret d'équivalence pour les génériques.

Les médicaments sont majoritairement laissés à la disposition du patient (58% de oui ou parfois) mais cette situation est dépendante de l'autonomie du patient (précision apportée sur l'ensemble des questionnaires reçus). Ils sont cependant majoritairement préparés par les infirmières (80% de oui ou parfois).

Les médicaments apportés par les patients sont utilisés seulement le temps de s'approvisionner dans 64% des cas, et l'attitude vis à vis de cette pratique ne dépend majoritairement pas du prix du médicament ni de la durée d'hospitalisation, en revanche dépendrait un peu plus de la conservation particulière d'un produit.

La famille est mise à contribution pour aller chercher les médicaments en ville dans 54% des cas.

La validation par la COMEDIMS de l'organisation retenue dans un établissement en ce qui concerne les médicaments apportés par les patients n'est pas réalisée ou n'est pas connue de la part des services interrogés.

Enfin, à la sortie du patient les médicaments lui sont redonnés (93% de oui ou parfois, les non s'expliquant par des arrêts de traitement, le décès du patient ou un oubli involontaire), et ne sont donc majoritairement pas gardés dans l'armoire à pharmacie du service.

En terme de bilan, nous avons obtenu une bonne participation régionale ce qui nous permet d'obtenir une bonne représentativité des pratiques régionales. Il existe une hétérogénéité inter et intra établissement, et l'encadrement de cette pratique apparaît nécessaire.

Une ligne de conduite régionale serait donc la bienvenue.

Il manque toutefois dans cette enquête le type de médicaments concernés, ce qui nous aurait sans doute permis de montrer que dans la grande majorité des cas il s'agit de traitements peu coûteux ou non remboursés, voire de confort pour les patients.

2/ Point sur la législation

Rappel réglementaire de l'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 inter hospitaliers 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.

Article 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."

Position de la CNAM – échelon local du Service Médical de Rouen en janvier 2008:

Article R162-32 du Code de sécurité sociale :

"le séjour et les soins avec ou sans hébergement, **représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation du patient**, à l'exception de ceux faisant l'objet d'une prise en charge distincte en application des dispositions de l'article R.162-32-1. **La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits**. Ces forfaits sont facturés par séance, journée ou séjour. Ils peuvent être minorés ou majorés notamment en fonction de la durée de séjour."

Les critères d'exclusion sont cités dans l'article R162-32-1 : "sont exclus de tous les forfaits mentionnés à l'article R.162-32 et font l'objet **d'une prise en charge distincte les frais afférents à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7**"

Ainsi tout traitement "personnel habituel" pris par le patient au cours d'un séjour hospitalier est inclus dans le forfait du séjour. Il ne peut être ni à la charge du patient, ni à celle de l'Assurance Maladie.

3/ Proposition d'une ligne de conduite régionale vis à vis des traitements personnels apportés par les patients hospitalisés

Ci-dessous les points relevés lors de la réunion :

✓ Rappel de l'article 17 de l'arrêté du 31 mars 1999

✓ Par défaut, la PUI fournit tous les traitements prescrits par le médecin (choisis dans la mesure du possible dans le livret thérapeutique de l'établissement).

✓ Lorsqu'un médicament n'est pas référencé dans l'établissement de santé : **à l'issue de la réévaluation du traitement par les médecins :**

- si le traitement n'est pas substituable par un générique ou un similaire validé par la COMEDIMS,

- si il ne peut être arrêté,

alors, dans un souci de continuité des soins, le traitement personnel du patient sera utilisé sur accord écrit du prescripteur, le temps de réapprovisionner le service par la PUI. Une ordonnance nominative sera adressée à la PUI pour commander le ou les traitements manquants.

En aucun cas il ne sera demandé aux familles d'aller chercher des traitements en ville.

✓ Sur accord écrit du prescripteur, les traitements personnels du patient lui seront prescrits et administrés selon les mêmes règles que les médicaments disponibles à l'hôpital.

✓ Après évaluation par le médecin de l'autonomie du patient, et une information rigoureuse sur les traitements poursuivis et arrêtés, les traitements pourront être laissés à la disposition du patient sur accord écrit du prescripteur en vue d'une gestion autonome.

Dans tous les autres cas, les traitements seront conservés par l'équipe soignante ou redonnés à la famille.

✓ A la sortie du patient, ses traitements personnels lui seront redonnés. Dans la mesure du possible, les traitements arrêtés lui seront retirés avec son accord.

Après entretien avec l'OMEDIT de Basse-Normandie, notre enquête a été reprise par Céline Bouglé (pharmacien coordonnateur OMEDIT BN).

Voici ses conclusions (présentées lors du SROS médicaments de la région Basse-Normandie : particularité propre à la BN puisque nous n'avons pas de SROS spécifique médicaments en HN) :

"Les traitements de ville des patients posent de grosses difficultés pour le personnel soignant. En effet, d'une part, toutes les spécialités ne sont pas référencées dans les PUI et, d'autre part, l'augmentation des prescriptions des génériques en ambulatoire comme en hospitalisation multiplient les noms, les conditionnements, l'aspect des médicaments.

Lors de l'admission des patients, tous les traitements de villes sont vus par le médecin présent. Il décide alors de conserver, de modifier ou de supprimer tout ou partie du traitement et transcrit sa décision sur le dossier du patient.

Lorsqu'un médicament n'est pas référencé, et que sa prescription est maintenue (médicament non substituable ou ne pouvant être interrompu), une ordonnance nominative est adressée à la pharmacie de l'établissement en vue de son obtention. En aucun cas, il n'est demandé aux familles de se le procurer en ville.

Aucun des médicaments apportés par le patient ne sera utilisé sauf dans le cas où il est nécessaire de prévoir un délai pour que la pharmacie se procure des médicaments (hors livret) ou sur accord écrit du prescripteur.

Pour des raisons de sécurité, ses traitements personnels lui sont retirés (sauf accord du prescripteur pour une gestion autonome de traitements chroniques) et lui sont restitués à la sortie s'ils lui sont toujours prescrits.

Dans le cas contraire, ses traitements personnels sont détruits par le pharmacien sur accord du patient.

Si les traitements personnels du patient lui sont rendus à sa sortie, une éducation thérapeutique sur l'ensemble de ses traitements en cours est réalisée."

4/ Proposition de thèmes de travail

- Prévention du risque iatrogène
 - Les CBU : points difficiles sur la région
 - Déclarations de pharmacovigilance : bilan des déclarations 2007
 - Document unique de prescription : récupérer les différents modèles existants
- Comment faire pour réduire les retranscriptions : ? Proposition : ramener les supports existants dans les établissements représentés dans le groupe de travail.

Prochaine réunion le vendredi 20 juin, à 9h30, dans les locaux de l'ARH.