

**Réunion du groupe de travail Circuit du médicament
et des dispositifs médicaux du 23.01.2009
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
Dr Donatienne CORDEIN, Pharmacien, Clinique Abbaye		X
Dr Martine LARKIN, Pharmacien, Clinique Mathilde	X	
Melle Anne Sophie LEGENDRE, Interne Pharmacie OMEDIT HN	X	

ORDRE DU JOUR :

- Documents uniques de prescription
- Enquête médicaments apportés par les patients hospitalisés : complément par rapport aux médicaments concernés par cette pratique.
- Bilan des consommations des molécules onéreuses en SSR et EHPAD d'après les CBU 2008.
- Identification des médicaments jusqu'à leur administration.

1/ Documents uniques de prescription

Revue des différents supports de prescription fournis par les établissements de santé de la région avec les CBU 2008.

Discussion sur ce thème, notamment par rapport aux commentaires de l'ARH.

Synthèse des recommandations pour les supports uniques de prescription en attendant l'informatisation (validé par le Comité de pilotage de l'OMEDIT (dont ARH et DRSM) le 15 mai 2009).

But: Diminuer la retranscription

- Prescription et administration sur le même support
- Standardisation des différents supports existants dans l'établissement: base commune avec cependant possibilité d'une partie spécifique pour certaines prescriptions (ex protocole insuline) ou des plateaux techniques particuliers. Les support devront toutefois être identiques pour des besoins proches (ex: réanimation/soins intensifs ou blocs/SSPI/salles de réveil)
- Réévaluation du traitement à l'entrée et prescription de l'intégralité des traitements par un médecin (y compris les traitements habituels du patient)
- Dates de prescription et d'administration
- Identification du prescripteur par son nom **et** sa signature (ou signature électronique)
- Identification de l'infirmière assurant l'administration par ses initiales
- Nom, forme, dosage, posologie, et voie d'administration pour chaque médicament
- Délimitation administration matin/midi/soir/nuit
- Date d'arrêt de traitement avec identification du prescripteur
- Durée idéale de prescription/administration par feuille: 5 à 7 jours
- Format A3 plus lisible
- Traitements habituels prescrits sur le support unique
- Eventuellement zones préétablies pour délimiter les traitements Per Os/ IV ...en laissant suffisamment de place en fonction des services

Ne pas marquer traitement personnel, écrire plutôt traitement habituel.

A noter que le traitement personnel doit être represcrit. D'autre part, une réévaluation du traitement à la sortie doit être effectuée pour l'adapter à la ville : point sur les médicaments arrêtés ou ajoutés (source de iatrogénie).

Quelques exemples de supports scannés ou transmis par les établissements (pouvant être en cours de modification par les établissements) sont joints en annexe à titre d'exemples (certains des commentaires ci-dessus leur sont applicables).

A noter que pour certains supports, un système de duplication (feuille carbone) permet de transcrire la prescription en une fois sur plusieurs pages.

2/ Enquête médicaments apportés par les patients hospitalisés

Rappel des points essentiels de la ligne directrice régionale concernant l'utilisation des médicaments apportés par les patients hospitalisés (synthèse complète dans le compte-rendu du 20.06.08).

Sont concernés les médicaments non remplaçables par un médicament équivalent thérapeutique, indispensables, non présents en stock à la PUI au moment de l'entrée du patient et dont l'approvisionnement immédiat est impossible (>48h).

Certains traitements sont par contre fournis aux patients sortants par la PUI de l'établissement, dans un souci de continuité des soins (sortie le samedi soir ou veille de jour férié), notamment pour des traitements spécifiques qui ne sont pas en stock dans les officines.

Théoriquement lorsque des patients apportent des médicaments personnels, il y a nécessité de vérifier la date de péremption, et les lots (problème des retraits de lot) mais en pratique la vérification des N° de lots est utopique ...

Bilan des médicaments apportés par les patients hospitalisés et susceptibles d'être utilisés (réponses des membres du groupe):

- ✓ Majoritairement médicaments cardiovasculaires: Ttt de l'hypertension et/ou insuffisance cardiaque
- ✓ Collyres
- ✓ Normolipémiants / Antidiabétiques oraux
- ✓ Antidépresseurs / antipsychotiques / anti-épileptiques
- ✓ Traitements de l'adénome prostatique
- ✓ Traitements de l'asthme (notamment dernière génération d'aérosol doseur)
- ✓ Insulines
- ✓ Et médicaments rares mais indispensables (anti-rejets de greffe, anti-rétroviraux, anticancéreux voie orale ...).

Les médicaments vasoactifs sont également concernés (traitements indispensables ?).

Les résultats de cette enquête seront présentés à l'URCAM le 25 juin 2009.

Présentation par Elise Remy, Jean Doucet, Mikaël Daouphars, Frédéric Abraham et Yannick Boulet.

Ci-joint la présentation pour avis et commentaires.

3/ Bilan des consommations des molécules onéreuses en SSR et EHPAD d'après les CBU 2008

Les structures SSR et EHPAD ne sont pas en mesure de prendre en charge financièrement des patients sous traitement onéreux. Certains patients restent ainsi hospitalisés plus longtemps en MCO où la prise en charge hors T2A est possible, et décalent dans le temps leur prise en charge par les soins de suite.

De plus, des aberrations persistent dans le mode de prise en charge de certaines spécialités : le VFEND® IV est hors GHS mais pas le per os (certains traitements IV sont donc poursuivis au delà des situations cliniques nécessitant une voie IV).

Possibilité d'une aide au titre des prestations complémentaires pour un patient donné ayant un traitement onéreux hospitalisé en SSR ou EHPAD : demande à adresser à Mme Paule Roussel, responsable du service Prestations supplémentaires à la CPAM de Rouen, au 02.35.03.63.18.

Bilan des molécules onéreuses consommées en SSR et EHPAD en Haute-Normandie via les CBU 2008 :

Cf. diaporama joint.

2007

	EHPAD	SSR
EPO	28 032	40 861
MDS	0	9 036
Autres	1 780	2 633
TOTAL	29 812	52 530

1er semestre 2008

	EHPAD	SSR
EPO	16 112	15 567
MDS	0	12 990
Autres	3 677	1 687
TOTAL	19 789	30 244

- EPO: Aranesp, Eprex et Neorecormon
- MDS : Médicaments dérivés du sang : Kaskadil, Benefix, Immunoglobulines polyvalentes (dépenses aléatoires puisque souvent liées à un patient)
- Autres : Vfend cp, Zometa, Enbrel, Tomudex, Faslodex, Pamidronate de sodium

Les facteurs de croissance hématopoïétiques ne sont pas hors T2A mais sont à classer parmi les onéreux..

D'autres molécules non retrouvées dans cette analyse posent des problèmes de financement, comme le Glivec ou le Tarceva mais elles sont souvent dépendantes d'un patient.

Enquête nationale des ARH sur les consommations en SSR en 2005 et 2006: résultats pour la Haute-Normandie :

Une enquête sur la consommation de médicaments coûteux en soins de suite ou de réadaptation avait été demandée par la DHOS en juillet 2007 (circulaire DHOS/F1/200/292 du 17 juillet 2007 : cf. pièce jointe) dans le cadre des travaux préparatoires à la mise en place de la tarification à l'activité dans ces structures. Il s'agissait d'actualiser les données obtenues via l'enquête déjà réalisée en 2006 (circulaire DHOS/F1/2006/236 du 30 mai 2006) .

Etaient concernés tous les médicaments de la liste en sus et ceux dont le coût journalier était supérieur à 100 euros.

Sommes en euros sans détail par molécules:

ETS	MO 2005 SSR	MO 2006 SSR
CH BERNAY	110	-
CH GISORS		
CH PONT-AUDEMER		99
CH VERNEUIL-SUR-AVRE	-	276
HL LES ANDELYS	8 424	-
HL PIERRE HURABIELLE BOURG-ACHARD	3 754	1 585
HL CONCHES-EN-OUCHE		
HL LE NEUBOURG		
CTRE DE CONVALESCENCE L'HOSTREA N	5 539	10 409
CMPR LADAPT ST ANDRE DE L'EURE		
HOPITAL LA MUSSE ST SEBASTIEN/MO	14 111	
SIH EVREUX-VERNON	794	
CHI ELBEUF-LOUVIERS VAL DE REUIL	1 297	5 068
CH DIEPPE	10 341	23 044
CH EU		873
CH NEUFCHATEL-EN-BRAY	-	
CH BARENTIN	12 324	7 994
CHU ROUEN	44 151	21 535
CRF LES HERBIERS BOIS GUILLAUME	10 653	
CH LE HAVRE	9 215	12 418
CH FECAMP	1 256	455

HL SAINT-ROMAIN-DE-COLBOSC	-	3 869
HL BOLBEC	1 173	2 624
MECS CTRE OLIVIER SUCHETET ASS LA		
CTRE MOYEN SEJOUR CH DARNETAL	3 537	6 881
HOPITAL ECOLE DE LA CROIX ROUGE	2 762	7 657
CH CAUDEBEC-LES-ELBEUF	-	-
MECS ASS AIDE AUX JEUNES DIABETIQ	-	-

publics	129 440	104 787
privés	0	0

La T2A en SSR est prévue pour 2012 (possibilité de facturer en sus comme en MCO). En attendant, le dispositif pré T2A-SSR a débuté en 2009 : calcul d'un point IVA pour chaque établissement (reflet du rapport dépenses sur activité : valorisation de l'activité des SSR) qui est ensuite comparé à la moyenne nationale : cf. diaporama joint de l'ATIH et un autre de l'ARH Ile de France.

4/ Identification des médicaments jusqu'à leur administration : bilan des réponses apportées dans les CBU à l'item DIS24: "L'établissement a mis en place un système de présentation des médicaments qui permette leur identification jusqu'au moment de l'administration (étiquetage, ..)"

Le plus souvent le reconditionnement concerne les demi ou quarts de comprimés, ou les formes vrac.

Etablissement	Déconditionnement/Reconditionnement	Méthode
Becquerel	non, sauf vrac	rappel nom, N° lot,per
CH Barentin	non	si pas de conditionnement unitaire, mise sous sachet plastique + étiquette informatique
CH Belvédère	non	
CH Eu		pas de précision
CH Fécamp	oui	Systeme pero's (medidose)
CH Dieppe	oui en partie	medidose
CH Gisors	futur	achat prévu d'une reconditionneuse
CH Lillebonne	oui en parti	
CH Neufchatel	oui en parti	pour previscan et tiapridal
CH Verneuil	non	
CHI Elbeuf-Louviers	oui en partie: vrac, demi ou quart de cp, poudre (Kayexalate) ou médicaments à marge thérapeutique étroite pour SSR et DJIN	Péréemption : 1 an et N° lot fournisseur
CHI Eure-Seine	parfois pour spécialité onéreuse et/ou approvisionnement difficile	(ex: Renagel ou Modopar) Déconditionnement de la boîte entière à l'avance quand pas de dessicant à l'intérieur, sinon déconditionnement au moment de la prescription
CHU Rouen	non (sauf exception : ex Modopar)	péréemption et lot du fournisseur
Clinique Abbaye	non	

Clinique Bergouignan	non	
Clinique Cléret	non	
Clinique Essart	non	
Clinique du Cèdre	non sauf hors dotation : reconditionnement	si hors dotation, délivrance dans un sachet au nom du patient avec nom, dosage, lot, per (si conditionnement unitaire : juste le nom du patient sur le sachet)
Clinique des Aubépines	non	
Clinique des Ormeaux	non	
Clinique Mathilde	non	
Clinique Megival	non	
Clinique Pasteur	oui	réétiquetage de chaque cp dans les blisters non unitaire
Clinique Saint Antoine	non	
Clinique Tous Vent		non précisé
CH du Havre	non	
Croix rouge	oui	Réétiquetage nom, dosage, lot, per
Hop privé de l'estuaire	non	achat d'une reconditionneuse à l'étude

→ Lorsque qu'un déconditionnement est réalisé, quelle date de péremption doit-on observer ?
Le plus souvent on constate qu'il est repris la date de péremption de la spécialité, mais si le médicament n'est plus dans son conditionnement d'origine, les conditions de conservation ne sont plus identiques.

Le mieux serait de déconditionner seulement au moment de l'administration ou de la constitution du pilulier par l'infirmière.

→ Si le médicament n'est pas en conditionnement unitaire, rappeler aux infirmières qu'elles ne doivent pas découper le blister afin de conserver les notions de date de péremption et de N° de lot.

Quid des formes orales multidoses?

Remarque générale : Pourquoi les industriels commercialisant des médicaments agréés aux collectivités n'ont-ils pas l'obligation du conditionnement unitaire? Ce n'est pas à l'hôpital de suppléer aux manquements de l'industrie pharmaceutique.

Cependant avec les automates de préparation, il faut plutôt du vrac ...

D'autre part, les conditionnements peuvent être inadaptés à la posologie ou au rythme d'administration.

→ Cas des anti-rétroviraux et des anticancéreux par voie orale (ex : Hycamtin, Temodal): les conditionnements ne sont pas adaptés et peuvent être source de iatrogénie.

Mr Doucet, membre de la commission AMM de l'AFSSAPS a fait remonter cette information pour qu'il y ait une sensibilisation des experts sur un conditionnement adapté aux posologies et aux rythmes d'administration.

Un guichet des alertes erreurs médicamenteuses a été ouvert à l'AFSSAPS depuis 2005 : il permet de déclarer l'ensemble des erreurs liées à la présentation des médicaments (dénomination, information, conditionnement, dispositif d'administration...). L'évaluation de l'erreur médicamenteuse est une problématique complémentaire de la pharmacovigilance, et peut parfois aboutir à une modification du rapport bénéfice-risque du médicament et conduire à revoir les conditions d'utilisation telles qu'elles sont définies dans le RCP. Cf. le document joint "Guichet erreurs médicamenteuses: présentation et bilan depuis la mise en place" (actualisé en juin 2009).

5/ Points divers

➤ FSE = forfait de soins externes

Problème des produits de contraste et des médicaments utilisés lors des consultations externes : quelle prise en charge peut être appliquée ?

Il existe une différence entre le privé et le public.

- Produits de contraste :

Pour le privé : l'acte de radiologie ne comprend pas les produits donc ils peuvent être pris en ville. Par contre, pour le public le traitement est à fournir par la PUI sans remboursement supplémentaire à l'acte (produit à la charge de l'établissement)

- consultation externe :

Extrait de la lettre DHOS du 9 février 2006 :

"Dans le régime de financement antérieurement en vigueur, la part des dépenses relatives aux produits pharmaceutiques disposant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) et celles relatives aux dispositifs médicaux inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (LPP) dispensés en consultations et actes externes, à la charge de l'assurance maladie, était couverte par la dotation globale.

Depuis la mise en place de la T2A, les dépenses relatives aux actes et consultations externes font l'objet d'une facturation sous réserve des dispositions du A du V de l'article 33 de la LFSS 2004. Par contre, la facturation des produits dispensés lors de cette activité n'est pas prévue."

Données DRSM (Direction Régionale du Service Médical) janvier 2009 :

"Une lettre de la DHOS du 9 février 2006 précisait que les médicaments administrés dans le cadre des consultations externes sont inclus normalement dans la dotation annuelle complémentaire.

Toutefois en l'absence d'instructions sur le sujet, la CNAMTS a indiqué au ministère qu'elle ne pouvait toujours pas accepter de facturation en sus des produits utilisés dans le cadre des consultations externes."

Dans le cadre de consultations privées (cabinet de ville ou clinique) l'acte CCAM n'inclut pas le coût de ces produits (ni dans le forfait technique ni dans les honoraires): donc prise en charge en sus acceptée."

→ Donc dans le public, l'acte consultation externe comprend les produits : pas de prise en charge en sus acceptée; contrairement au privé où la prise en charge en sus est acceptée.

✓ **Encadrement de l'aide à la prise des médicaments dans les EHPAD et les établissements médico-sociaux**

Pour information : dépêche APM.

TITRE : HPST: le Sénat encadre l'aide à la prise de médicaments pour les personnes âgées et handicapées en établissement

PARIS, 28 mai 2009 (APM) - Les sénateurs ont encadré jeudi l'aide à la prise de médicaments pour les personnes âgées et handicapées au sein des établissements sociaux et médico-sociaux dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Il n'existe pas actuellement de texte réglementant explicitement ces actes et les établissements courent un risque civil et pénal important même lorsqu'ils ont établi des protocoles écrits. Certains personnels refusent de distribuer des médicaments, par crainte de voir leur responsabilité engagée, a indiqué Sylvie Desmarescaux (UMP, Nord) à l'origine de la mesure. Le texte voté prévoit que l'aide à la prise de médicaments soit assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante.

"Lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante", indique le texte adopté.

L'aide à la prise des médicaments "peut être assurées par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante, dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier". Cette précision exclut les médicaments injectables.

"Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante".

"Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise".

"Cette disposition répond à un réel besoin de clarification correspondant à la réalité quotidienne dans ces établissements", a souligné la secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, Valérie Létard. "Elle concerne principalement 460.000 personnes accueillies dans les Ehpad et 400.000 vivant dans les foyers logements".

Elle a bien souligné que cela couvrait "les simples gestes d'aide à la prise des médicaments" et ne remettait pas en cause les compétences de professionnels habilités à organiser et surveiller la distribution des traitements.

Initialement, Sylvie Desmarescaux voulait aussi couvrir le transport des médicaments par l'aide-soignante "de la salle de garde à la chambre de la personne âgée" mais elle s'est rangée à la position du gouvernement.

Prochaine réunion le vendredi 11 septembre 2009, à 9h30, dans les locaux de l'ARH de Haute-Normandie.