Difficultés de dispensation des ordonnances de sorties hospitalières : enquête régionale pour une amélioration du lien ville/hôpital

Vincent Arnaud

▶ **To cite this version:**

Vincent Arnaud. Difficultés de dispensation des ordonnances de sorties hospitalières : enquête régionale pour une amélioration du lien ville/hôpital. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01074499

HAL Id: dumas-01074499

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01074499

Submitted on 24 Oct 2014

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.

U.F.R. DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

DE ROUEN

Année 2014 **N°**

THESE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR

EN PHARMACIE

Par ARNAUD Vincent

Né le 03 décembre 1986 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 01 juillet 2014

Difficultés de dispensation des ordonnances de sorties hospitalières : enquête régionale pour une amélioration du lien ville/hôpital

Président du jury : **SEGUIN Elisabeth, Professeur**

Membres du jury : **REMY Elise, Directeur thèse, Praticien hospitalier**

BOUNOURE Frédéric, Maître de conférences, Praticien hospitalier

DESOUBRY Marie-Catherine, docteur en pharmacie

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 - 2014

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET - C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **M-P. AUGUSTIN – J. ANDRIEU-GUITRANCOURT – M. BENOZIO – J. BORDE – P. BRASSEUR – R. COLIN – E. COMOY – J. DALION – DESHAYES – C. FESSARD – J-P. FILLASTRE - P FRIGOT – J. GARNIER – J. HEMET – B. HILLEMAND – G. HUMBERT – J-M. JOUANY – R. LAUMONIER – P. LAURET – M. LE FUR – J-P. LEMERCIER – J-P. LEMOINE – H. MAGARD – B. MAITROT – M. MAISONNET – F. MATRAY – P. MITROFANOFF – A-M. ORECCHIONI – P. PASQUIS – H. PIGUET – M. SAMSON – D. SAMSON-DOLLFUS – J-C. SCHRUB – R. SOYER – B. TARDIF-J. TESTART – J-M. THOMINE – C. THUILLEZ – P. TRON – C. WINCKLER – L-M. WOLF**

I - MEDECINE

PROFESSEURS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno **BACHY** *(surnombre)*	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul **BESSOU**	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise **BEURET-BLANQUART** *(surnombre)*	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Guy **BONMARCHAND**	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mr Jean-François **CAILLARD** *(surnombre)*	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HB	Médecine interne (gériatrie)

Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW**	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mme Danièle **DEHESDIN** *(surnombre)*	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Jean **DOUCET**	HB	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel **GODIN**	HB	Néphrologie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Philippe **GRISE**	HCN	Urologie
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato - Vénéréologie
Mr Jean-Marc **KUHN**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mr Eric **LEREBOURS**	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Francis **MICHOT**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Bruno **MIHOUT** *(surnombre)*	HCN	Neurologie
Mr Jean-François **MUIR**	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc **PERON**	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard **PROUST**	HCN	Médecine légale
Mr François **PROUST**	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(mise en dispo)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme. Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mme Florence **THIBAUT**	HCN	Psychiatrie d'adultes
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ**	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
Mr François **TRON** *(surnombre)*	UFR	Immunologie

Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER**	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mr Jacques **WEBER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy **BELLIEN**	HCN	Pharmacologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Physiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François **MENARD**	HCN	Biophysique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mr Francis **ROUSSEL**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
M. Pierre-Hugues **VIVIER**	HCN	Imagerie Médicale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**	UFR	Anglais
Mme Cristina **BADULESCU**	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE**	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr Olivier **LAFONT**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX**	Physiologie
Mr Paul **MULDER**	Sciences du médicament
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique **BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mr Jean **CHASTANG**	Biomathématiques
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique

Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla **GHARBI**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEURS CONTRACTUELS

Mme Elizabeth **DE PAOLIS**	Anglais
Mr Thierry **WABLE**	Communication

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie **MARTINET**	Immunologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Imane **EL MEOUCHE**	Microbiologie
Mme Juliette **GAUTIER**	Pharmacie galénique
Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mr Jean **CHASTANG**	Mathématiques
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr Olivier **LAFONT**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Elisabeth Seguin

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et je vous en remercie sincèrement.

A Madame le Docteur Elise Remy

Je tiens à vous exprimer toute ma gratitude pour le temps que vous m'avez consacré et pour l'aide que vous avez su m'apporter pour ce travail.

A Monsieur le Maitre de Conférences Frédéric Bounoure

Pour son implication dans ce travail et ses conseils tout au long de mes études.

A Madame le Docteur Marie-Catherine Desoubry

Pour m'avoir accueilli au sein de votre équipe, m'avoir formé à mon futur métier, pour m'avoir laissé du temps pour finir ce travail, pour votre gentillesse et bonne humeur au quotidien.

A mes parents

Pour m'avoir supporté lors de ces longues périodes de révisions et d'examens, pour m'avoir permis de faire ces études.

A mon frère espagnol

A Marine pour l'avenir

A tous mes amis

Lucas, Julien, Anne-so, Aurélien, Hugo, Micka, Louis, David, Jérome, Alex et tous les autres pour les bons moments passés et ceux à venir.

A l'ensemble des pharmaciens officinaux et hospitaliers, médecins et infirmières qui ont participé à ce travail.

Table des matières

GLOSSAIRE **15**

TABLE DES FIGURES **17**

INTRODUCTION **18**

TRAVAUX ANTERIEURS **19**

PARTIE I : CONTEXTE GENERAL DE SECURISATION DU CIRCUIT DU MEDICAMENT **20**

1. LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE ET LES ERREURS MEDICAMENTEUSES **20**

1.1 La prise en charge médicamenteuse (PECM) 20

1.1.1 Définition 20

1.1.2 La prescription 22

1.1.3 La dispensation 23

1.1.4 La surveillance thérapeutique du patient 23

1.1.5 Les risques liés à l'étape de prescription 23

1.2 Les erreurs médicamenteuses 24

1.2.1 Définition 24

1.2.2 Etudes sur les erreurs médicamenteuses 26

1.2.3 Erreurs lors des transitions de soins 27

2. ASPECTS REGLEMENTAIRES RELATIFS A LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE **29**

2.1 La certification 29

2.1.1 Certification V2010 et indicateurs de qualité 30

2.1.1.1 Les indicateurs de spécialité 30

2.1.1.1.1 Obligatoires 30

2.1.1.1.2 Optionnels 30

2.1.1.2 Les indicateurs transversaux 30

2.1.1.2.1 Obligatoires 30

2.1.1.2.2 Optionnels 30

2.1.2 Certification V2010 et critères 31

2.1.2.1 Critère 14a 31

2.1.2.2 Critère 15a 31

2.1.2.3 Critères 20a et 20a bis 31

2.1.2.4 Critère 24a 32

2.1.3 Indicateurs de qualité (IPAQSS) 32

2.1.3.1 Indicateur tenue du dossier patient 32
2.1.3.1.1 Eléments communs à tous les dossiers 33
2.1.3.2 Indicateur délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation 34
2.1.4 Résultats des indicateurs : tenue du dossier patient en 2010 35
2.1.4.1 Présentation 35
2.1.4.2 Thème dossier du patient 35
2.1.4.2.1 Indicateur tenue du dossier patient 35
2.1.4.2.1.1 Résultats au niveau national 35
2.1.4.2.1.2 Variabilité régionale 36
2.1.4.2.1.3 Variabilité par catégorie d'établissement de santé 37
2.1.4.2.1.4 Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats 38
2.1.4.2.2 Indicateur délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation 38
2.1.4.2.2.1 Analyse nationale 38
2.1.4.2.2.1.1 Résultats au niveau national 38
2.1.4.2.2.1.2 Variabilité régionale 38
2.2 Le Contrat de Bon Usage 39
2.3 Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé 40
2.4 Informatisation 42
2.4.1 Présentation 42
2.4.2 Les erreurs médicamenteuses liées à l'informatisation 42
2.4.2.1 Les erreurs de prescription 42
2.4.3 L'informatisation des établissements de la région Haute Normandie 45
2.5 L'ordonnance 45
2.5.1 Description 45
2.5.2 Règles particulières de prescriptions 47
2.5.2.1 Médicaments prescrits en dehors des indications thérapeutiques remboursables 47
2.5.2.2 Prescription restreinte, avec surveillance ou mise en garde particulière 47
2.5.2.2.1 Les médicaments classés en réserve hospitalière (RH) 47
2.5.2.2.2 Les médicaments à prescription hospitalière (PH) 47
2.5.2.2.3 Les médicaments à prescription initiale hospitalière (PIH) 48
2.5.2.2.4 Les médicaments à prescription réservée à des médecins spécialistes (PRS) 48
2.5.2.2.5 Les médicaments nécessitant une surveillance particulière (SP) pendant le traitement 48
2.5.2.2.6 Les médicaments d'exception 48
2.5.2.3 Les médicaments stupéfiants et spécialités apparentées 49

2.5.2.4 Cas particulier des prescriptions de préparations magistrales ou officinales 49

3. CONTEXTE NATIONAL D'AMELIORATION : PROJETS ET PROGRAMMES DEPLOYES 49

3.1 Le projet High 5s et la conciliation 49

3.2 Le dossier médical personnel 53

3.3 Le dossier pharmaceutique 54

3.4 Programme national pour la sécurité des patients 55

3.4.1 Description 55

3.4.2 Axe3 : formation, culture de sécurité, appui 56

3.4.2 Axe3 : formation, culture de sécurité, appui 56

3.5 La sortie du patient 57

3.5.1 Organisation de la sortie [4, 8] 59

3.5.2 Education du patient 60

3.5.3 Continuité de l'information médicale : le compte rendu d'hospitalisation ou lettre de sortie 61

3.5.4 Influence de l'organisation de la sortie sur le taux de réhospitalisation 63

4. ROLES DE L'OMEDIT 64

4.1 Les missions 64

4.2 L'observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique de Haute Normandie 65

5. ETUDE MENEE PAR l'OMEDIT POITOU-CHARENTES SUR LE DYSFONCTIONNEMENT DES ORDONNANCES DE SORTIE D'HOSPITALISATION 66

5.1 Matériels et méthodes 66

5.1.1 Première étape 66

5.1.2 Deuxième étape 67

5.2 Résultats 69

5.3 Actions mises en place 70

6. BILAN DE l'HAS ET DE L'ANAES 73

RESUME 74

TRAVAUX PERSONNELS 76

PARTIE II : ENQUETE REGIONALE SUR LES DYSFONCTIONNEMENTS DES ORDONNANCES DE SORTIES HOSPITALIERES EN HAUTE-NORMANDIE 77

INTRODUCTION 77

1. MATERIELS ET METHODES 77

1.1 La date de la déclaration 78

1.2 L'identification du déclarant 78

1.3 La provenance et la date de l'ordonnance de sortie 78
1.4 Le problème rencontré 79
1.4.1 Problème de prescription 79
1.4.2 Problème d'organisation 79
1.5 Les conséquences pour le patient 79
1.6 Les médicaments concernés 80
1.7 Les modalités d'obtention des informations manquantes ayant permis la dispensation 80
2. RESULTATS 80
2.1 Identification du déclarant 80
2.2 Identification du prescripteur 81
2.3 Provenance des ordonnances de sorties 82
2.4 Problèmes rencontrés 83
2.4.1 Problème de prescription 84
2.4.1.1 Médicaments non disponibles en officine 85
2.4.1.2 Non-conformité réglementaire 85
2.4.1.3 Insuffisance d'information 86
2.4.2 Problème d'organisation 86
2.5 Conséquences pour le patient 88
2.6 Modalités d'obtention des informations manquantes nécessaires à la dispensation 89
2.6.1 Qui donne l'information manquante dans l'établissement ? 90
2.6.2 Sur quel support ? 91
2.7 Support de l'ordonnance 91
3 DISCUSSION 92
CONCLUSION 94
BIBLIOGRAPHIE 97

GLOSSAIRE

AAQTE : Association pour l'Assurance Qualité Thérapeutique et l'Evaluation

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ARLIN : Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales

ARS : Agence Régionale de Santé

BMO : Bilan Médicamenteux Optimisé

CBU : Contrat de Bon Usage

CCLIN : Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales

CDEI : Conformité des Demandes d'Examens d'Imagerie

CLCC : Centres de Lutte Contre le Cancer (voir ESPIC)

CME : Commission Médicale d'Etablissement

COMEDIMS : Commission du Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles

CRPV : Centre Régional de Pharmacovigilance

CTM : Conciliation Thérapeutique Médicamenteuses

DCI : Dénomination Commune Internationale

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

DMP : Dossier Médical Personnel / Partagé

DP : Dossier Pharmaceutique

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EIG : Evénements Indésirables Graves

EIM : Effet Indésirable Médicamenteux

EM : Erreurs Médicamenteuses

EMIR : Effets Indésirables des Médicaments : Incidence et Risques

ENEIS : Etude Nationale sur les Evénements Indésirables graves liés aux Soins

ES : Etablissement de Santé

ESPIC : Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif

FIT : Fiche d'Information Thérapeutique

GHS : Groupe Homogène de Séjour

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IHI : International Health Insurance

INCa : Institut National du Cancer

IPAQSS : Indicateurs Pour Amélioration Qualités et Sécurité des Soins

MCO: Médecine, Chirurgie, Obstétrique

NCCMERP: National Coordinating Council for Medication Errors Reporting and Preventing

OMA : Ordonnance de Médicaments à l'Admission

OMEDIT : Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques

PECM : Prise en charge médicamenteuse

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

REEM : Réseau Epidémiologique de l'Erreur Médicamenteuse

SOP : Processus Opérationnels Standardisés

SSR : Service de soins de Suite et de Réadaptation

URPS : Unions Régionales de Professionnels de Santé

TABLE DES FIGURES

Figure 1 - Les étapes de la prise en charge médicamenteuse selon [3]
Figure 2 - Organisation de la qualité à l'hôpital selon [4]
Figure 3 - Organisation de la prise en charge médicamenteuse selon [4]
Figure 4 - Risques identifiés lors de l'étape de prescription susceptibles d'entraîner des erreurs selon [8]
Figure 5 - Organisation de la prise en charge médicamenteuse selon [4]
Figure 6 – Critères composant le score de la « tenue du dossier patient » [28]
Figure 7 – Indicateur « tenue du dossier patient » selon [28]

Figure 8 – Prise en charge médicamenteuse et iatrogénèse

Figure 9 – Prescription des médicaments selon [4]
Figure 10 – Bien utiliser les médicaments selon [4]
Figure 11 – Dysfonctionnement des documents accompagnant le patient lors de sa sortie selon [4, 8]

Figure 12 – Processus de préparation de la sortie du patient selon [4, 8]

Figure 13 – Recommandation de l'HAS pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse selon [4]

Figure 14 – Protocole de recueil des informations selon [5]

Figure 15 - Répartition des dysfonctionnements déclarés par types selon [5]
Figure 16 – Sensibilisation des prescripteurs selon [51]

Figure 17a – Check list ordonnance selon [51]

Figure 17b – Check list ordonnance selon [51]
Figure 18 - Identification du déclarant

Figure 19 - Identification du prescripteur

Figure 20 - Provenance de l'ordonnance de sortie

Figure 21 - Services de soins concernés

Figure 22 : Problèmes rencontrés

Figure 23 - Problème au niveau de la prescription

Figure 24 - Non-conformité réglementaire

Figure 25 - Insuffisance d'information

Figure 26 - Problème au niveau de l'organisation

Figure 27 - Conséquences pour le patient

Figure 28 - Modalités d'obtention des informations

Figure 29 - D'où vient l'information ?

Figure 30 - Support de l'information

Figure 31 - Support de prescription

INTRODUCTION

La qualité des soins et la sécurité des patients sont un enjeu majeur de santé publique. Elles figurent parmi les priorités de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009 (loi HPST) [1] et intéressent l'ensemble du parcours de soins des patients (ville et hôpital) et dans la nouvelle loi de santé (2014). [2]

La prise en charge médicamenteuse en établissement de santé doit permettre une utilisation sécurisée, appropriée et efficiente du médicament pour tous les patients. Toutefois, il s'agit d'un processus complexe, où le risque est permanent et présent à toutes les étapes.

Ce risque est inhérent aux caractéristiques de ce macro-processus, notamment :

- La complexité du processus et de ses interfaces (prescription, dispensation, administration, évaluation),
- La multiplicité des acteurs intervenant à toutes les étapes du processus,
- La diversité des organisations concernées,
- Et le parcours du patient (les points de transition : entrée, transfert, sortie).

Dans ce travail, nous nous attacherons particulièrement aux risques engendrés aux points de transition, c'est à dire aux risques lors des transferts ou de la sortie des patients.

En première partie, nous présenterons le contexte général du circuit du médicament à l'hôpital, sa sécurisation, ses faiblesses, et les aspects réglementaires relatifs à la qualité des soins.
Nous exposerons les différentes méthodes envisagées pour réduire la fréquence des effets indésirables liés aux produits de santé mais également les problèmes pouvant survenir.

La deuxième partie sera consacrée à l'étude réalisée auprès des professionnels de santé de la région Haute Normandie concernant les dysfonctionnements engendrés par les ordonnances de sortie hospitalières, dans l'objectif de l'optimisation du parcours de soin du patient.

TRAVAUX ANTERIEURS

PARTIE I : CONTEXTE GENERAL DE SECURISATION DU CIRCUIT DU MEDICAMENT

1. LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE ET LES ERREURS MEDICAMENTEUSES

1.1 La prise en charge médicamenteuse (PECM)

1.1.1 Définition

La prise en charge médicamenteuse (circuit du médicament) en établissement de santé est composée d'une série d'étapes successives, réalisées par des professionnels différents (Fig. 1) [1] , [3]

- La prescription qui est un acte médical
- La dispensation, un acte pharmaceutique
- L'administration, un acte infirmier ou médical

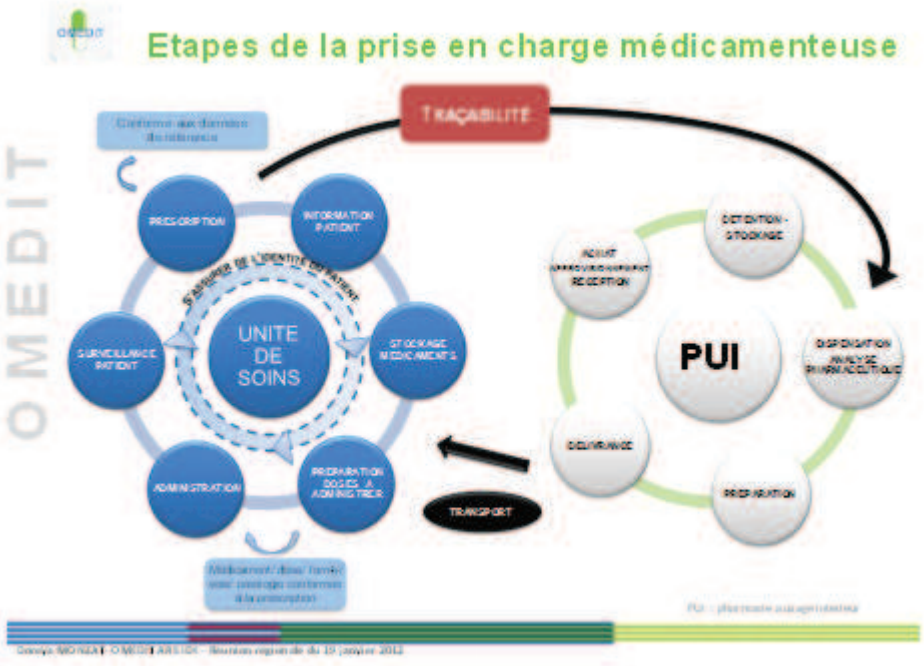


Figure 1 - Les étapes de la prise en charge médicamenteuse selon [3]

Chaque étape de cette PECM est source potentielle d'erreurs qui peuvent engendrer des risques pour la santé du patient.

Le pilotage de la prise en charge médicamenteuse est réalisé par une sous-commission de la CME, chargée du médicament et des dispositifs médicaux, qui en fixe les objectifs prioritaires, dont la prévention et la surveillance des événements indésirables évitables, susceptibles de survenir dans ce circuit.
L'organisation de la PECM est établie selon des modalités déterminées en commun par les professionnels de la pharmacie et des secteurs d'activité clinique, avec la participation des instances concernées (Fig. 2, 3).

Les modalités d'organisation concernent :

- Chaque étape de la PECM, les relations entre les acteurs
- Le recueil et la déclaration de tous les événements indésirables évitables
- L'analyse des modes de défaillances en vue de leur prévention ou de leur correction
- Le recueil d'indicateurs de la qualité du circuit.

Figure 2 - Organisation de la qualité à l'hôpital selon [4]

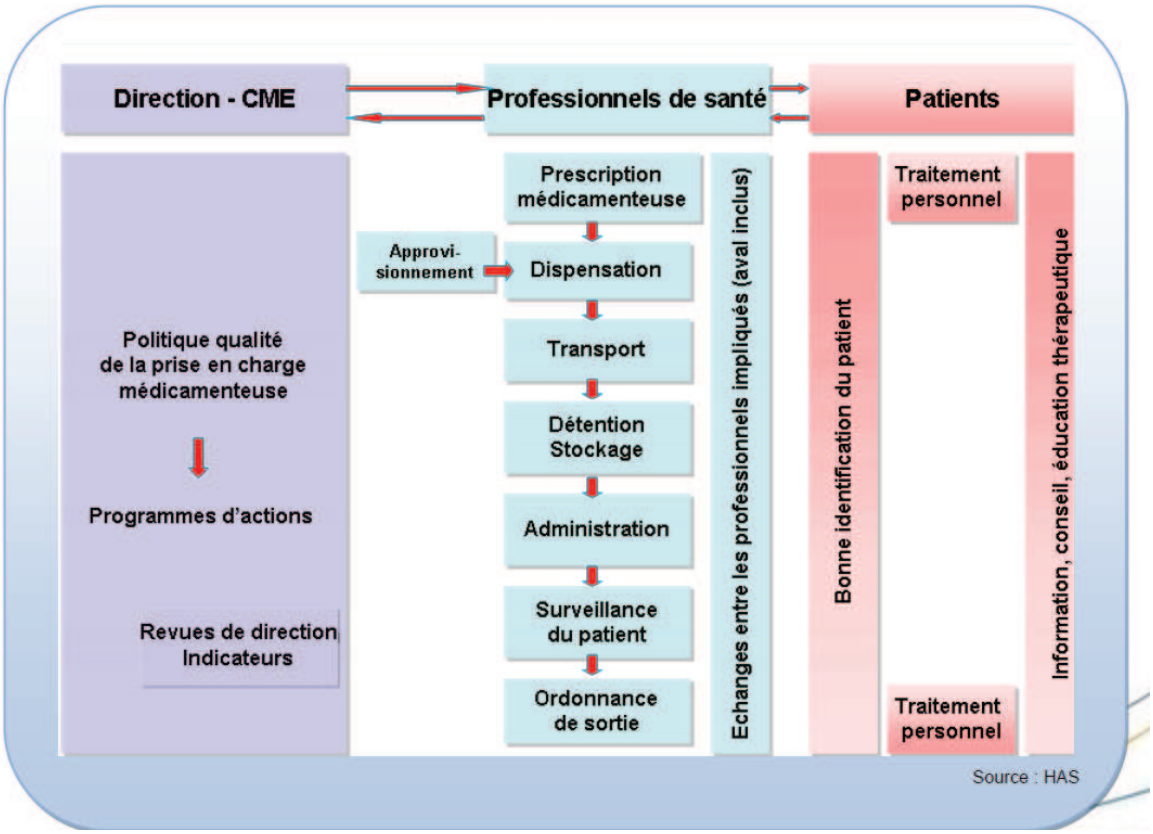


Figure 3 - Organisation de la prise en charge médicamenteuse selon [4]

1.1.2 La prescription

Il existe deux types de support

- La prescription manuscrite : rédigée lisiblement sur un support unique.
- La prescription informatisée avec comme avantage :
  - ✓ Une prescription accessible en temps réel
  - ✓ Une intégration de la prescription au dossier informatique du patient permettant une meilleure traçabilité des informations
  - ✓ Le partage d'informations relatives à la prescription et la sécurisation de leur transmission entre les différents acteurs de santé
  - ✓ L'aide à la prescription avec accès à des banques de connaissances à jour :
    - Les bases de recommandations de bonne pratique ou de protocoles thérapeutiques validées et actualisées
    - les bases de données indépendantes sur les médicaments (livret thérapeutique de l'établissement, base publique d'informations (ANSM), Thériaque® ou commerciales (Vidal®, Claude Bernard®)

1.1.3 La dispensation

La dispensation est réalisée conformément à l'article R. 4235-48 [5] du code de la santé publique selon les principes suivants : le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

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

Sur le plan réglementaire, l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance vise à vérifier que rien n'interdit la délivrance des médicaments prescrits (habilitation du prescripteur, identifiants du patient, du service, etc.).
Sur le plan pharmaco-thérapeutique, elle requiert l'accès aux données utiles du dossier du patient. L'analyse consiste à :

- Vérifier la posologie, le mode d'administration et les incompatibilités éventuelles
- Rechercher et évaluer les redondances de prescription, les interactions médicamenteuses
- Adapter la posologie par rapport à la fonction rénale

1.1.4 La surveillance thérapeutique du patient

Elle permet d'évaluer le bénéfice rendu et de repérer la survenue éventuelle de tout effet indésirable. Ce dernier fait l'objet d'un enregistrement dans le dossier du patient, d'une déclaration et d'une analyse par un centre de pharmacovigilance en vue d'une action corrective et d'une réévaluation.
Une information sur le traitement est délivrée au patient sous forme adaptée et, si besoin, une éducation thérapeutique du patient et/ou de son entourage est mise en œuvre.

1.1.5 Les risques liés à l'étape de prescription

Selon le rapport du « guichet erreurs médicamenteuses » de l'Afssaps de juillet 2010 [6], 8% des 1.124 erreurs médicamenteuses signalées pour l'année 2009 représentent des erreurs de prescription. Pour la période entre 2005 et 2008 dans le rapport de juin 2009, celles-ci représentent 6,9% des 1082 erreurs signalées.

L'étude EVISA [7] [8] a permis de mettre en évidence les risques susceptibles d'entrainer des erreurs (Fig. 4) :

- Prescription orale
- Absence d'identification du prescripteur

- Non-identification ou mauvaise identification du patient
- Mauvaise lisibilité de la prescription
- Prescription informatique erronée
- Usage d'abréviations
- Libellé imprécis ou erroné: nom, forme, dosage, posologie, durée, rythme ou voie d'administration
- Mauvais choix de médicament
- Contre-indication non-respectée
- Existence d'interactions
- Terrain et pathologie associées non prises en compte
- Surveillance non précisée

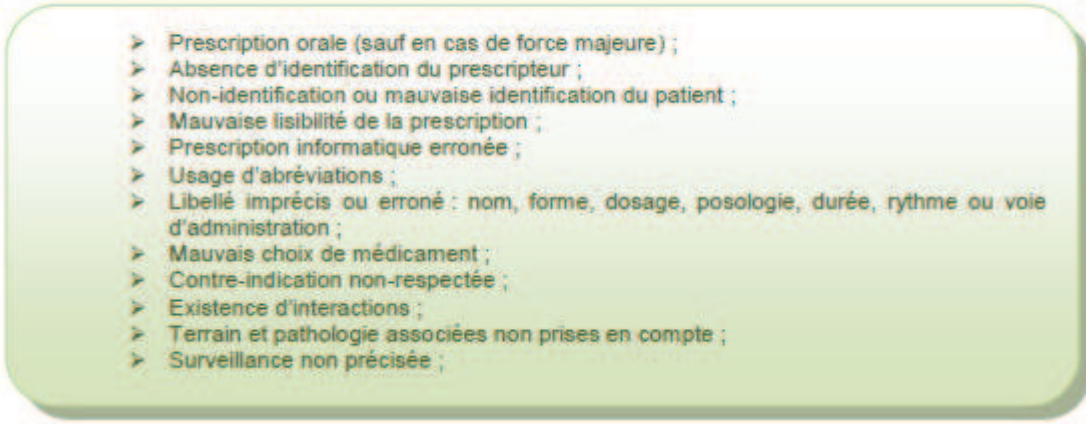


Figure 4 - Risques identifiés lors de l'étape de prescription susceptibles d'entraîner des erreurs selon [8]

1.2 Les erreurs médicamenteuses

1.2.1 Définition

La SFPC [9] (Société Française de Pharmacie Clinique) définit l'erreur médicamenteuse (EM) comme un « écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient ».
L'EM est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un effet indésirable médicamenteux (EIM) pour le patient.
Par définition, l'EM est évitable car elle manifeste ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient.
L'EM peut concerner une ou plusieurs étapes du circuit du médicament, mais aussi ses interfaces, telles que les transmissions ou les transcriptions.

L'EM peut se décliner en 2 types: [9]

- l'EM avérée, qui s'est effectivement produite et est parvenue jusqu'au patient sans avoir été interceptée (en gestion des risques, l'EM avérée constitue l'événement redouté) ;

- l'EM potentielle, détectée et interceptée par un professionnel de santé, un patient ou son entourage avant l'administration du médicament au patient.

L'origine des EM est le plus souvent multifactorielle et concerne les différents acteurs du circuit du médicament. Ces EM peuvent être une conséquence de dysfonctionnements dans l'organisation systémique du processus de prise en charge thérapeutique du patient (Fig. 5).

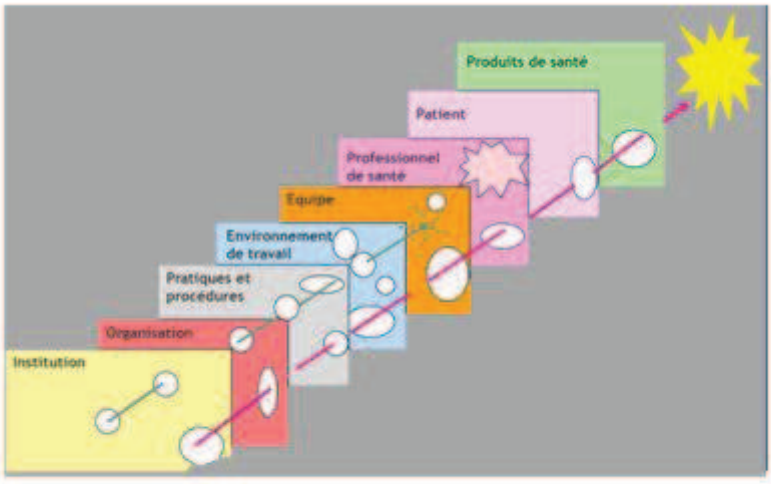


Figure 5 - Organisation de la prise en charge médicamenteuse selon [4]

Dans son dictionnaire français de l'EM, la SFPC [9] définit également les causes et les conséquences d'EM :

- La cause d'EM est le facteur (situation, événement) antérieur à l'EM qui peut être reconnu comme étant à l'origine de la survenue d'une EM.
- La conséquence d'une EM est l'ensemble d'événements, dommageables ou non, avec ou sans préjudice de diverses natures faisant suite à l'erreur.

Selon les enjeux, il est possible de distinguer :

- Les conséquences individuelles pour le patient de nature clinique, biologique ou psychologique. Elles incluent notamment la survenue d'une aggravation de l'état de santé résultant de l'inefficacité du traitement à la suite d'erreurs d'omission ou de sous dosage

- Les conséquences pour les professionnels et les établissements de santé, l'assurance maladie, les mutuelles et les compagnies d'assurance

- Les conséquences financières et économiques (directes et indirectes), notamment: frais d'hospitalisation, arrêt de travail, invalidité, conditions d'assurance, etc.

- Les conséquences judiciaires : poursuites, sanctions, indemnisation du patient
- Les conséquences médiatiques avec notamment une altération de la relation de confiance et de la réputation.

Pour le Réseau Epidémiologique de l'Erreur Médicamenteuse (REEM), créé en 1998 par l'Association pour l'Assurance Qualité Thérapeutique et l'Evaluation (AAQTE), l'observation des EM amène à quatre constats majeurs [10]:

- L'EM est rarement un acte isolé et ne survient pas seule.
- Au premier signal d'alerte, elle est aisée à détecter contrairement à la combinaison des facteurs, des circonstances et des défaillances qui en sont à l'origine.
- Nul n'est à l'abri d'une EM.
- Pour prévenir les EM, il faut implanter dans les esprits la culture du risque et de la performance, préalable indispensable à la réorganisation du circuit du médicament.

Le NCC MERP (National Coordinating Council for Medication Errors Reporting and Preventing) propose plusieurs types de classifications des EM selon :

- Le degré de réalisation.
- La gravité des conséquences cliniques pour le patient.
- Le type de l'erreur.
- L'étape de survenue dans le circuit du médicament.
- Les causes.

1.2.2 Etudes sur les erreurs médicamenteuses

En 2010, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la Santé a publié les résultats de la deuxième étude nationale sur les événements indésirables liés aux soins dans les établissements de santé.
L'Etude Nationale sur les Evénements Indésirables graves liés aux Soins (ENEIS) [11] a comme objectif :

- D'estimer l'incidence des événements indésirables graves (EIG) observés en milieu hospitalier et leur caractère évitable, qu'ils soient cause d'hospitalisation ou survenus pendant l'hospitalisation ;

- D'analyser les causes latentes de tous les événements évitables survenus pendant l'hospitalisation et de quelques événements jugés non évitables.

Résultats d'ENEIS 2 : [12]

- Entre avril et juin 2009, sur 8.269 séjours de patients soit 31.663 journées d'hospitalisation observées, 374 EIG ont été identifiés, dont 214 sont survenus pendant l'hospitalisation et 160 sont à l'origine d'hospitalisations
- Parmi ces 374 EIG, 177 ont été considérés comme évitables
- Les EIG les plus fréquents durant l'hospitalisation étaient liés aux actes invasifs et en particulier aux interventions chirurgicales. Mais 26,7% étaient liés à des produits de santé, dont 19,5% à des médicaments

L'étude EMIR (Effets Indésirables des Médicaments : Incidence et Risques) menée en 2007 par le réseau des CRPV (Centre régional de pharmacovigilance) a permis d'estimer globalement à 3,6% la proportion des hospitalisations dues à des effets indésirables de médicaments. [13]

Les EM représentent actuellement l'une des principales causes de préjudice ou de décès dans les systèmes de santé; aux Etats-Unis, il est estimé que 1,5 million de patients subissent un préjudice d'origine médicamenteuse chaque année, plusieurs milliers en meurent, le tout pour un coût annuel d'au moins 3,5 milliards de dollars (2,7 milliards d'euros).
A l'origine des EM, sont retrouvées fréquemment celles qui surviennent souvent aux étapes de prescription et d'administration.
En milieu hospitalier, les problèmes de communication entre les services jouent un rôle important dans la survenue de ces erreurs. [14]
Le coût de prise en charge hospitalière d'une EM a été estimé à 3.244$ (2.560€) par Bates et al. [15]

1.2.3 Erreurs lors des transitions de soins

Selon Wong et al [16], 60% des EM à l'hôpital surviennent lors de l'admission, d'un transfert entre services ou de la sortie d'hospitalisation.

D'après Sullivan et al [17], plus de 67 % des historiques médicamenteux des patients comportent une ou plusieurs erreurs.

Selon l'IHI (International Health Insurance) [18], plus de 46% des EM surviennent au moment de la rédaction d'une nouvelle ordonnance à l'entrée ou la sortie du patient de l'hôpital.
Aux points de transition (entrée, sortie, transfert entre services), les informations sur les traitements du patient ne sont pas toujours communiquées à tous les prestataires de soins en

temps voulu, il se peut que le patient ne reçoive pas le traitement le plus approprié à son état et aux circonstances.

La revue de la littérature par Tam et al [19] a montré l'importance des erreurs de prescription à l'admission des patients, appréciées par les différences entre le traitement prescrit à l'hôpital et le traitement reçu par le patient avant hospitalisation. En fonction des études, le nombre de patients présentant une erreur de prescription à l'admission a été estimé entre 10 et 67%.
Les classes médicamenteuses les plus fréquemment impliquées dans les EM selon Tam et al [14] sont les médicaments de la sphère cardiovasculaire, les traitements sédatifs et les antalgiques.
Dans cette revue, cinq études [20,21,22,23,24] ont distingué deux catégories d'écarts : les écarts non justifiés (ou EM) et les changements de traitements intentionnels. Pour 54% des patients, au moins un écart dans l'historique médicamenteux a été retrouvé dont 19 à 75% étaient non justifiés. D'autre part, la revue suggère que les EM sont cliniquement significatives pour 11 à 59% d'entre elles.
A la sortie d'hospitalisation, les EM les plus fréquentes sont des instructions de sortie incomplètes, imprécises ou illisibles, ou encore des omissions de traitement. [16, 25].

L'ordonnance de sortie doit être lisible, pertinente quant aux choix des médicaments prescrits et doit inciter à une bonne observance :

- Une rédaction lisible :
    - L'ordonnance doit être si possible dactylographiée.
    - Les noms de spécialités et les posologies sont inscrits en majuscules.
    - Le nom et la qualité du rédacteur sont en majuscules, pour que le pharmacien d'officine puisse l'identifier en cas de problème.

- Un choix de spécialités pertinent : l'utilisation de médicaments dont l'usage est familier doit être privilégiée pour éviter les erreurs d'appellation et de posologie.

- Pour une meilleure observance :
    - L'ordonnance hospitalière de sortie comporte peu de médicaments.
    - Elle est prescrite pour une courte durée, afin que le patient consulte rapidement son médecin traitant.
    - Elle est expliquée au patient ; pour certains traitements, antivitamine K par exemple, une information écrite peut être donnée en complément. Il faut alors s'assurer de la compréhension par le patient.

- Il est souhaitable de prévenir le pharmacien avant la sortie en cas de prescription spécifique, et ce surtout le week-end.

- Le dossier médical du patient pourrait comporter les coordonnées du pharmacien habituel le cas échéant.

Dans les pays anglo-saxons, la résolution souvent adoptée est la délivrance au patient par la pharmacie de l'hôpital des médicaments prescrits à sa sortie, et ce pour une durée variable. L'amélioration de la qualité de cette pratique, très confortable pour le patient, passe par la nécessité de prescriptions rédigées et communiquées à la pharmacie 24 heures avant la sortie.

Les prescriptions d'antalgiques

De nombreux patients quittent les établissements de santé en ayant encore besoin d'antalgiques. Les prescriptions devraient comporter des antalgiques adaptés à l'intensité de la douleur.

Les autres prescriptions
Les prescriptions de sortie ne concernent pas que les produits médicamenteux, il est nécessaire de ne pas omettre les prescriptions de régime alimentaire. Celles-ci nécessitent une information du patient qui, pour être efficiente, devrait être faite au cours de l'hospitalisation de façon assez précoce.

Ces EM sont fréquentes et essentielles à prendre en compte. Les écarts de prescriptions médicamenteuses à l'admission peuvent amener à des traitements inappropriés durant l'hospitalisation et perdurer lors de la sortie d'hospitalisation. [16]

La continuité des soins est le but recherché lors de la sortie d'hospitalisation du patient et est essentielle pour l'optimisation des traitements. [26]

2. ASPECTS REGLEMENTAIRES RELATIFS A LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

2.1 La certification

Depuis le 24 avril 1996, l'ordonnance n° 96-346 [5] a introduit la certification au sein du système de santé français.
Il s'agit d'une évaluation externe d'un établissement de santé, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle.
En pratique, des professionnels de santé mandatés par la Haute Autorité de santé (HAS) réalisent des visites de certification sur la base d'un manuel. Ce référentiel permet d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement.
La procédure de certification s'effectue tous les quatre ans et a pour objectif de rendre une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement de santé.
Elle concerne tous les établissements de soins publics et privés, les installations autonomes de chirurgie esthétique et les groupements de coopération sanitaire.

2.1.1 Certification V2010 et indicateurs de qualité: [27]

Depuis 2008, la HAS mène des campagnes de recueils d'indicateurs de qualités et de sécurité des soins (IPAQSS) au sein des établissements de santé.
Le recueil de ces indicateurs est devenu obligatoire dans le cadre de la certification des établissements de soins ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

Il existe deux types d'indicateurs:

2.1.1.1 Les indicateurs de spécialité

2.1.1.1.1 Obligatoires

- Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat
- Prise en charge hospitalière de l'accident vasculaire cérébral
- Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde
- Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques

2.1.1.1.2 Optionnels

- Prise en charge du sevrage du patient alcoolo-dépendant
- Prise en charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte

2.1.1.2 Les indicateurs transversaux

2.1.1.2.1 Obligatoires

- Evaluation de la qualité du dossier patient en MCO, psychiatrie, service de soins de suite et de réadaptation (SSR) et en hospitalisation à domicile (HAD)
- Evaluation de la qualité du dossier anesthésique en MCO
- Evaluation des modalités d'organisation de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie

2.1.1.2.2 Optionnels

- Evaluation de la conformité des demandes d'examens d'imagerie (CDEI)

Les indicateurs obligatoires sont exigés dans le cadre de l'auto-évaluation mais ne sont pas exclusifs. D''autres peuvent être exploités et renseignés à l'initiative de l'établissement de santé.

L'introduction du recueil d'indicateurs portant sur la qualité et la sécurité des soins au sein de la certification des établissements de santé poursuit un triple objectif:

- Développer la culture de la mesure en termes de qualité des soins.
- Disposer de mesures factuelles de la qualité.
- Renforcer l'effet levier sur l'amélioration de la qualité des soins.

Dans le cadre de la certification V2010 il existe trois types d'utilisations de ces indicateurs:

- Les indicateurs nationaux de qualité généralisés par la HAS.
- Les indicateurs nationaux du tableau de bord des infections nosocomiales.
- Les indicateurs internes à l'établissement.

2.1.2 Certification V2010 et critères

Ne sont détaillés que les critères en lien avec l'objectif de notre travail.

2.1.2.1 Critère 14a

Le critère 14a concerne la gestion du dossier patient.
Il est défini comme une pratique exigible prioritaire pour laquelle des attentes sont exprimées.
La gestion du dossier patient est un élément primordial qui favorise la coordination des soins. C'est un outil de partage de l'information. Il est un élément essentiel de la qualité et de la continuité des soins dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle et pluridisciplinaire.
Il est sujet à de nombreux dysfonctionnements du fait de la multiplicité des intervenants et de la complexité du circuit qui en résulte. La qualité de la gestion du dossier patient est porteuse d'enjeux d'améliorations importants.
L'indicateur HAS "tenue du dossier patient" évalue la traçabilité des éléments relatifs à l'admission, au séjour et à la sortie du patient.

2.1.2.2 Critère 15a

L'identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et à chaque venue permet de relier toutes les données relatives à une personne et de délivrer l'acte prescrit à la bonne personne.
Il s'agit d'un enjeu majeur pour la continuité et la sécurité des soins compte-tenu du risque d'erreurs potentiellement graves liées à une mauvaise identification

2.1.2.3 Critères 20a et 20a bis

Ces critères concernent la prise en charge médicamenteuse du patient.

Cette prise en charge doit assurer au bon patient, le bon médicament, à la bonne posologie, dans les bonnes conditions et au meilleur coût. Sa continuité nécessite de prendre en compte le traitement personnel du patient lors de son admission, de documenter l'exhaustivité du traitement lors des points de transition (transferts, sortie), et d'établir une coordination efficace avec les professionnels de ville.
Le travail en équipe, les échanges entre les équipes de pharmacie et les services cliniques ainsi que la relation ville/hôpital doivent être développés.

2.1.2.4 Critère 24a

Ce critère concerne la sortie du patient d'un établissement de santé.
L'établissement doit garantir la fiabilité de la communication des éléments nécessaires à la continuité des soins en ambulatoire.
L'indicateur HAS "délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" permet cette évaluation.

2.1.3 Indicateurs de qualité (IPAQSS)

Les indicateurs IPAQSS sont les Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins.

2.1.3.1 Indicateur tenue du dossier patient

L'indicateur évalue le contenu du dossier médical des patients hospitalisés.
L'ensemble des critères pris en compte dans cet indicateur contribue au partage de l'information entre les différents intervenants, à chaque étape de la prise en charge. Ils évaluent les éléments relatifs à l'entrée, au séjour, et à la sortie du patient, ainsi que la qualité de rédaction des prescriptions médicamenteuses.
L'indicateur est présenté sous la forme d'un score de qualité, calculé à partir de 10 critères au maximum. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.
Dix critères sont évalués. Six sont communs à tous les dossiers et quatre dépendent de la prise en charge comme :

- Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) (si applicable).
- Présence d'un compte rendu d'accouchement (si applicable).
- Dossier anesthésique (si applicable).
- Dossier transfusionnel (si applicable).

2.1.3.1.1 Eléments communs à tous les dossiers

- Présence d'un document médical relatif à l'admission (critère 1)

Le critère est satisfait si un document mentionnant les motifs d'hospitalisation est présent dans le dossier du patient.

- Examen médical d'entrée renseigné (critère 2)

4 éléments doivent être retrouvés:

a) les motifs d'hospitalisation
b) les antécédents et facteurs de risque
c) le traitement habituel
d) les conclusions de l'examen clinique initial

- Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (critère 3)

Chaque prescription doit comporter:

a) le nom et prénom du patient
b) la date de la prescription
c) la signature du prescripteur
d) le nom du prescripteur
e) la dénomination des médicaments
f) la posologie
g) la voie d'administration

- rédaction d'un traitement de sortie (critère 8)

7 éléments indispensables

a) nom et prénom du patient
b) la date de prescription
c) le nom du médecin prescripteur
d) la dénomination des médicaments
e) la posologie
f) la voie d'administration
g) la durée du traitement

- Rédaction d'un courrier ou compte rendu de fin d'hospitalisation (critère 9)

4 éléments doivent figurer pour satisfaire le critère:

a) Identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service hospitalier en cas de transfert.
b) Une référence aux dates de séjour (dates d'entrée et de sortie)

c) Une synthèse du séjour (compte rendu médical)

d) Une trace écrite d'un traitement de sortie (dénomination des médicaments au minimum)

- Classement et organisation du dossier (critère 10)

2 conditions doivent être respectées:

a) Existence de procédures relatives à l'organisation du dossier au sein de l'établissement et/ou du service

b) Le dossier doit être organisé selon ces procédures

Après évaluation de ces critères, deux scores sont calculés:

- Un score individuel qui correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables
- Un score global qui correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (×100). Ce score est calculé sur la base d'un échantillon aléatoire de 80 dossiers.

2.1.3.2 Indicateur délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation

Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation, qui comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins, est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours. Il permet d'apprécier le lien entre la médecine hospitalière et l'ambulatoire (ou la structure de transfert), garantissant la continuité de la prise en charge du patient.

Les éléments qualitatifs recherchés rendent compte notamment du suivi médical réalisé pendant le séjour, et du traitement de sortie.

L'évaluation se fait sur la base de deux critères:

- Nombre de séjours pour lesquels le courrier est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours

- Le courrier doit comprendre quatre éléments indispensables:

- Identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service hospitalier en cas de transfert.
- Une référence aux dates de séjour (dates d'entrée et de sortie)
- Une synthèse du séjour (compte rendu médical)
- Une trace écrite d'un traitement de sortie (dénomination des médicaments au minimum

2.1.4 Résultats des indicateurs : tenue du dossier patient en 2010 [28]

2.1.4.1 Présentation

À la fin de l'année 2010, la HAS a coordonné la troisième campagne de généralisation des 4 indicateurs du dossier patient impliquant les établissements ayant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO).

Depuis l'arrêté DGOS du 30 décembre 2009, l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Les patients ont ainsi accès aux résultats de l'établissement dans lequel ils sont pris en charge. Il définit également un objectif de performance : les établissements en 2011 auraient dû avoir au moins 80 % de leurs dossiers répondant aux critères qualité définis

2.1.4.2 Thème dossier du patient

La troisième vague du recueil des indicateurs sur la qualité du dossier du patient en secteur MCO s'est déroulée d'octobre 2010 à mars 2011.
1 241 ES ont participé à la démarche, parmi lesquels 1 177 étaient en recueil obligatoire.

2.1.4.2.1 Indicateur tenue du dossier patient

2.1.4.2.1.1 Résultats au niveau national

L'analyse de conformité par critère a montré une amélioration dans le temps de la qualité de rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (augmentation de 23 points entre 2008 et 2010), et de la qualité de rédaction du traitement de sortie (augmentation de 9 points entre 2008 et 2010). (Fig. 6)

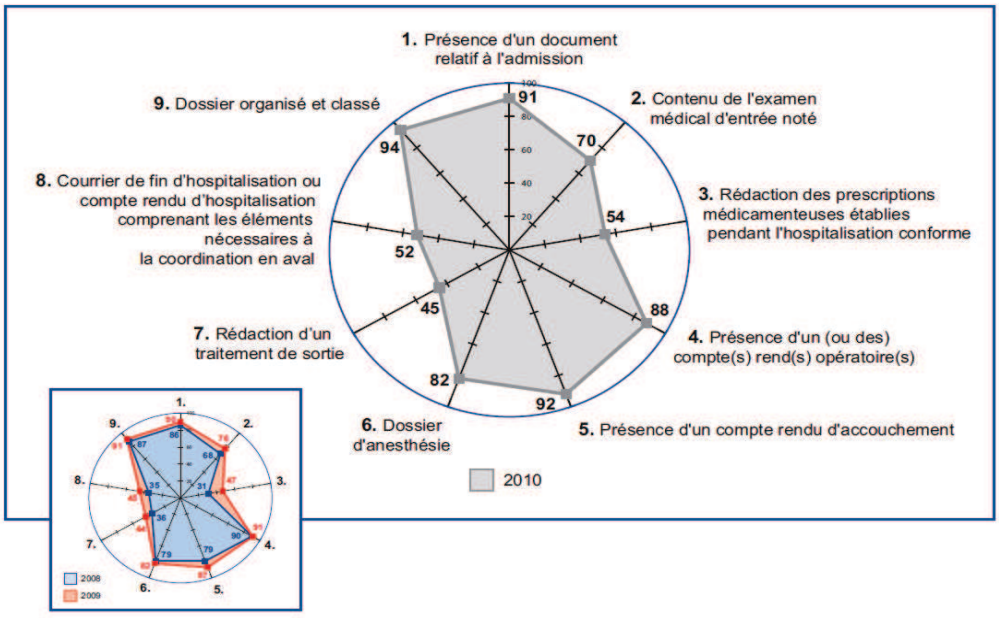


Figure 6 – Critères composant le score de la « tenue du dossier patient » [28]

La baisse du résultat du critère lié à l'examen médical d'entrée entre 2009 et 2010 (passage de 76 % à 70 %) a été probablement liée à l'introduction du nouvel item concernant le recueil du traitement habituel à l'admission.
Il existe encore des marges d'amélioration pour ces trois critères.
Le critère sur le courrier de fin d'hospitalisation est à améliorer par les établissements.

En 2010, le score moyen de la tenue du dossier patient a été de 72 %.

La variabilité inter-établissements persiste : 10 % des ES ont moins de 57 % de leurs dossiers bien tenus, alors que 10 % des ES ont plus de 88 % de leurs dossiers bien tenus.

Sur les 1.212 ES entrant dans le référentiel national, 1.177 étaient concernés par le recueil obligatoire, et comparable à l'objectif de performance.
Sur les séjours de 2010, un peu plus d'un tiers des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %, objectif traduisant qu'au moins 8 dossiers sur 10 sont bien tenus.

2.1.4.2.1.2 Variabilité régionale

La variabilité régionale se confirme au regard des écarts des moyennes régionales, allant de 61 % (Guyane) à 76 % (Alsace et PACA). (Fig. 7)

Le pourcentage d'établissements par région ayant atteint l'objectif de performance illustre cette variabilité régionale. La proportion d'ES en classe A et B a varié ainsi de 0 % (Guyane) à 47 % (PACA) pour la tenue du dossier patient.

11 régions ont au moins le tiers de leurs établissements qui ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %.

Pour la région Haute-Normandie

- 43 ES (43%) ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %
- 54 ES (54%) n'ont pas atteint l'objectif de performance de 80 %
- 3 ES (3%) n'ont pas répondu à leur obligation de recueil (non répondant)

Ces trois catégories ont été définies en comparant l'intervalle de confiance à 95 % du taux de l'ES à la moyenne nationale.

Distribution des ES en recueil obligatoire par rapport l'objectif de performance de 80 %

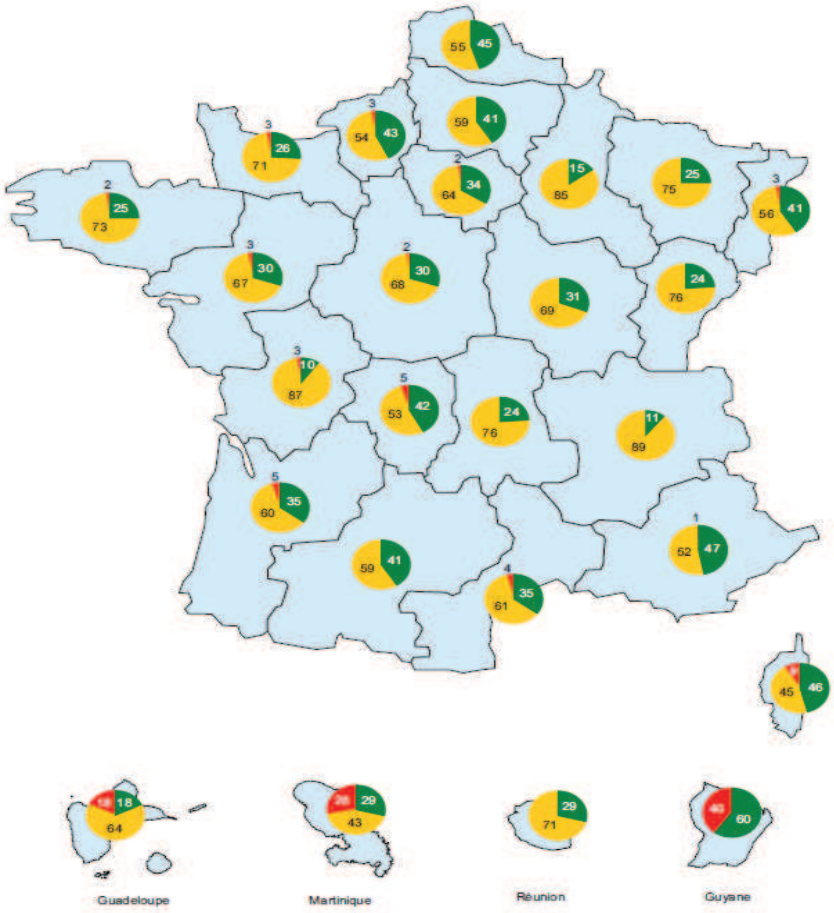


Figure 7 – Indicateur « tenue du dossier patient » selon [28]

ES ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %

ES n'ayant pas atteint l'objectif de performance de 80 %

ES n'ayant pas répondu à leur obligation de recueil (non répondant)

2.1.4.2.1.3 Variabilité par catégorie d'établissement de santé

Les différentes catégories d'établissements ont un score moyen peu différent de la moyenne nationale, allant de 71 % (CH) à 76 % (ESPIC).

2.1.4.2.1.4 Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats

L'informatisation du dossier est la variable associée aux résultats de la rédaction des prescriptions médicamenteuses.
L'informatisation des dossiers est très lente.
Il reste en 2010 plus d'un tiers des dossiers sous forme papier.

L'informatisation du dossier médical a souvent été présentée comme une solution pour améliorer la qualité de son contenu, en ce qu'elle favorise la traçabilité et le paramétrage des éléments devant le constituer.
La rédaction des prescriptions médicamenteuses au cours de l'hospitalisation a été comparée en 2008, 2009, et 2010 en fonction de leur informatisation :

- En 2010, les prescriptions médicamenteuses sont informatisées dans 3 dossiers sur 10, contre 2 dossiers sur 10 en 2009, et 1 dossier sur 10 en 2008 ;

- En 2010, les prescriptions médicamenteuses sont deux fois mieux rédigées quand elles sont informatisées (85 % versus 41 %) ;

- L'informatisation de la prescription médicamenteuse améliore la traçabilité de paramètres, comme l'identification du prescripteur et la voie d'administration.

2.1.4.2.2 Indicateur délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation

2.1.4.2.2.1 Analyse nationale

2.1.4.2.2.1.1 Résultats au niveau national

Au niveau national, pour 40 % des séjours, le courrier de fin d'hospitalisation précisant les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins, a été adressé dans un délai inférieur ou égal à 8 jours. Ce taux a augmenté de 6 points par rapport à la campagne 2009, et de 14 points en 3 ans.

La variabilité inter-établissements a persisté : au niveau national, la proportion de courriers contenant les informations requises, envoyés dans un délai inférieur ou égal à 8 jours, a varié de 0 à 100 %. Un ES sur 10 a moins de 8 % de ses courriers répondant aux critères de l'indicateur, alors que pour un ES sur 10, des courriers de qualité ont été retrouvés dans 74 % des cas.

2.1.4.2.2.1.2 Variabilité régionale

La variabilité des résultats a été confirmée au regard des écarts des moyennes régionales, allant de 29 % (Guyane) à 49 % (Nord Pas de Calais).

La variation du pourcentage d'établissements par région ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance a témoigné de cette variabilité. La proportion d'ES en classe A et B a varié de 0 % (Guadeloupe, Guyane) à 29 % (Martinique). 9 régions ont en plus de 15 % de leurs établissements qui ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classe A et B).

En région Haute-Normandie [28] :

- 11 (11%) ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %
- 85 (85%) ES n'ont pas atteint l'objectif de performance de 80 %
- 4 (4%) ES n'ont pas répondu à leur obligation de recueil (non répondant)

2.2 Le Contrat de Bon Usage

Le Contrat de Bon Usage des médicaments et des produits et prestations a été introduit par le décret n°2005-1023 du 24 aout 2005 [5]. Ce décret a ensuite été modifié à 2 reprises : en décembre 2008 et en septembre 2013.

Le contrat a pour objet de déterminer les objectifs en vue d'améliorer et de sécuriser, au sein de l'établissement, le circuit du médicament et des produits et prestations mentionnés à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale et de garantir leur bon usage. Il précise les actions à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs, et organise le cadre de l'évaluation des engagements souscrits.

Le respect des engagements est pris en compte chaque année via le rapport annuel d'étape transmis par l'établissement pour fixer le taux de remboursement de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations, mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale. A l'inverse en cas de non-respect par l'établissement des engagements, le taux de remboursement est fixé dans une fourchette comprise entre 70 et 100% dans le respect de la procédure prévue à l'article D. 162-13 du code de la sécurité sociale.

Ce contrat est signé par l'Agence Régionale de Santé, l'Assurance maladie et chaque établissement de santé MCO, pour une durée de 5 ans. Il engage l'établissement dans des objectifs généraux applicables à l'ensemble des médicaments et dispositifs médicaux, ainsi qu'à des objectifs spécifiques concernant les médicaments, produits et prestations mentionnés à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale.

Parmi les objectifs généraux, figurent :

- Le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

- L'informatisation de la prise en charge thérapeutique du patient jusqu'à l'administration du médicament et du circuit des produits et prestations mentionnés à l'article D. 165-1 du code de la sécurité sociale, de la prescription jusqu'à l'implantation du dispositif médical
- Le développement de la prescription et la dispensation à délivrance nominative
- La traçabilité de la prescription à l'administration dans le dossier patient

Le Contrat de Bon Usage dans sa version du 29 septembre 2013 concernera la période 2014-2018. Il se compose de trois parties : une partie nationale avec indicateurs de suivi, une partie nationale sans indicateurs de suivi et une partie régionale.

La partie régionale est laissée à l'appréciation des régions, afin de répondre à des préoccupations régionales et sera différente d'une région à l'autre.

La partie nationale sans indicateur de suivi reprend pour beaucoup les exigences de l'arrêté du 6 avril 2011 [5] relatif au management de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse :

- Désignation d'un responsable du management de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse, et définition de ses missions et responsabilités
- Mise en place de la démarche de retour d'expérience,
- Incitation à la déclaration interne des événements indésirables

En ce qui concerne la partie nationale, elle reprend les critères relatifs à la prescription médicamenteuse de certains indicateurs nationaux de la HAS, tels que l'IPAQSS Tenue du dossier patient, IPAQSS Infarctus du Myocarde, IPAQSS dossier anesthésique et IPAQSS réunion de concertation pluridisciplinaire.
Concernant l'indicateur tenu du dossier patient, les critères figurant dans le CBU sont :

- Rédaction des prescriptions médicamenteuses établie pendant l'hospitalisation
- Rédaction d'un traitement de sortie
- Courrier de fin d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval

2.3 Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé [5]

Cet arrêté définit la prise en charge médicamenteuse comme un processus combinant des étapes pluridisciplinaires et interdépendantes visant un objectif commun : l'utilisation sécurisée, appropriée et efficiente du médicament chez le patient pris en charge par un établissement de santé.

Pour assurer cet objectif, les établissements de santé doivent disposer d'un système de management de la qualité visant à assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Ce système de management de la qualité s'inscrit dans la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et la gestion des risques associés aux soins de l'établissement mentionnées à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.
A ce titre, les établissements de santé doivent veiller à ce que le processus de prise en charge médicamenteuse du patient soit identifié et analysé en vue de garantir la sécurité du patient dans l'établissement de santé et de contribuer à la sécurité sanitaire par la remontée d'informations relatives à la sécurité des soins au niveau régional et, le cas échéant, au niveau national.

L'informatisation des processus de prise en charge médicamenteuse a été identifiée par cet arrêté comme une des conditions essentielles de sa sécurisation.

La direction de l'établissement après concertation avec le président de la commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement doit faire procéder à une étude des risques encourus par les patients, liés à la prise en charge médicamenteuse. Cette étude porte *a minima* sur les risques pouvant aboutir à un événement indésirable, à une erreur médicamenteuse ou un dysfonctionnement à chaque étape de :

- La prescription (y compris la gestion du traitement personnel du patient à l'admission et la prescription de sortie) ;
- La dispensation ;
- La préparation ;
- L'approvisionnement ;
- La détention et le stockage ;
- Le transport ;
- L'information du patient ;
- L'administration ;
- La surveillance du patient.

Cette étude doit comprendre les dispositions prises pour réduire les événements jugés évitables.
Une attention particulière est portée notamment sur :

- Les médicaments à risque et les patients à risque ;
- Les traitements personnels des patients ;
- Les transferts du patient au sein de l'établissement ou dans un autre établissement ;
- Les risques liés à l'utilisation d'une démarche informatisée pour une ou plusieurs étapes du processus de la prise en charge médicamenteuse.

Cet arrêté introduit la notion de l'analyse des événements indésirables, erreurs médicamenteuses ou dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse, et de la planification des actions nécessaires pour en améliorer la sécurité.
Une organisation interne doit permettre de prioriser les déclarations internes à analyser, de procéder par toute méthodologie appropriée à l'analyse collective et interdisciplinaire des causes, au plus près du lieu de survenue de l'événement ; et doit proposer, pour chaque déclaration analysée, des actions d'amélioration.

2.4 Informatisation

2.4.1 Présentation

L'informatisation est un moyen efficace pour améliorer et sécuriser le circuit du médicament.

La certification des établissements de santé, le Contrat de Bon usage des médicaments et dispositifs médicaux et l'arrêté RETEX [5] engagent les établissements dans le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse.

Cette informatisation permet entre autres de s'assurer du renseignement de toutes les mentions réglementaires devant figurer sur une ordonnance (identification du prescripteur et du malade, dénomination du médicament, posologie, durée de traitement, signature).

Les effets bénéfiques de l'informatisation sur la sécurité des prescriptions peuvent cependant être compromis par la possibilité de générer de nouvelles erreurs et par le risque iatrogène résiduel émanant des prescriptions informatisées.
Ces risques sont surtout engendrés par un paramétrage défaillant ou erroné de l'outil informatique, et par des erreurs de manipulation de la part des utilisateurs.
Plusieurs études françaises ont ainsi mis en évidence un taux d'interventions pharmaceutiques liées à des erreurs de prescriptions informatiques allant de 5,1% à 37% [29, 30, 31, 32]

Des erreurs médicamenteuses liées à l'informatisation ont été observées à chacune des étapes du circuit du médicament.

2.4.2 Les erreurs médicamenteuses liées à l'informatisation

2.4.2.1 Les erreurs de prescription

L'illisibilité des prescriptions papier a été remplacée par des erreurs de sélection d'items dans des menus déroulants qui permettent un nombre important de choix. Les utilisateurs peuvent sélectionner le mauvais patient, le mauvais médicament, la mauvaise voie d'administration.

La juxtaposition des items facilite ces erreurs. Une étude a rapporté que les interventions pharmaceutiques les plus fréquentes après l'informatisation concernent des corrections d'erreurs de saisie de prescription. [33]

Parmi les erreurs engendrées au moment de la prescription, nous retrouvons (Fig. 8):

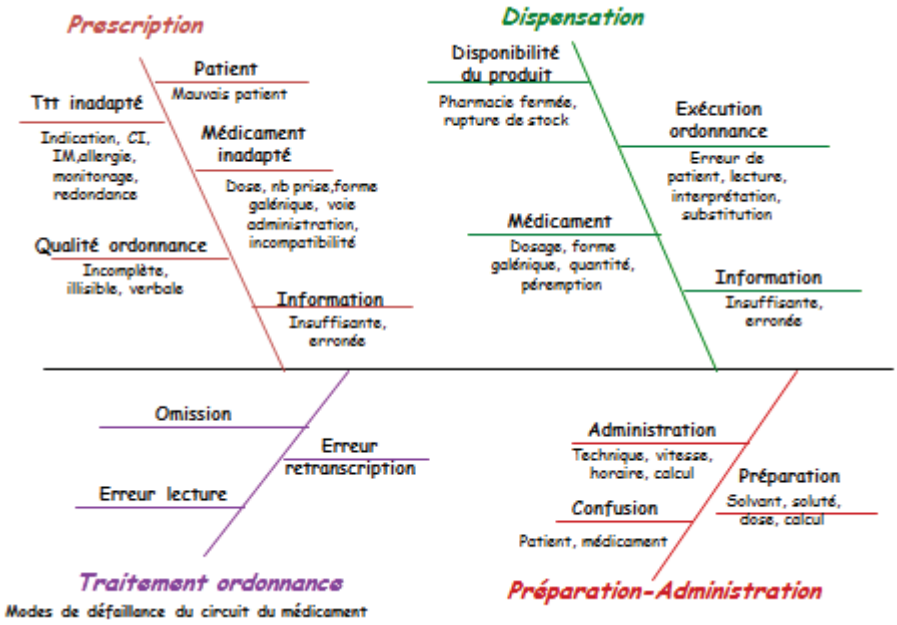


Figure 8 – Prise en charge médicamenteuse et iatrogénèse

- Erreur de sélection de patient : due à une mauvaise manipulation de la souris ou du clavier [34], ce type d'erreur représente 0,7% des interventions pharmaceutiques dans l'étude de Grangeasse et al. [35]

- Erreur de sélection d'un médicament (molécule, dosage, forme pharmaceutique) : dans la littérature, 2 études s'opposent sur ce sujet. Selon Colpaert K et al, [36] ces erreurs ont été moins fréquentes avec les prescriptions informatisées qu'avec les prescriptions manuscrites. En revanche, dans l'étude de Shulman et al [37], les erreurs de prescription d'un mauvais médicament ont représenté 5,1% des erreurs médicamenteuses informatiques contre 4,2% avec les prescriptions manuscrites mais la significativité n'a pas été testée.

- Erreur de sélection d'unité de prescription : 25% des erreurs de prescriptions informatiques selon Vialle et al [30]

- Erreur de voie d'administration : ce type d'erreur représente 6,8% des erreurs médicamenteuses liées à l'informatisation des prescriptions [37]. Une étude a montré que les erreurs de voie d'administration sont moins fréquentes avec le circuit informatisé [36].

- Erreur de sélection d'un véhicule de perfusion approprié dont les conséquences pour le patient sont loin d'être négligeables : des erreurs de sélection de solution de perfusion ont pu être responsables de la précipitation du médicament [38].

- Erreur de posologies : Capele et al [29] rapportent que 14% des erreurs de prescriptions informatiques étaient liées à un oubli de sélection d´une fréquence d´administration avec un risque d´administration quotidienne au lieu d´une administration unique et 6% d'entre elles ont été liées à une erreur de frappe de la posologie avec un risque de surdosage.

Dans l'étude de Shulman et al [37], 26,5% des erreurs médicamenteuses après l'informatisation sont des erreurs de dose. Cela a concerné seulement 16,9% des erreurs avec les prescriptions manuscrites.[39]

- Absence de signature des prescriptions : l'absence de signature d'une prescription ou d'une modification de prescription peut porter préjudice au patient. Les prescriptions peuvent ainsi être enregistrées sans être signées et n'apparaissent pas dans le DSI [40]. Le patient ne reçoit pas son traitement ou ne reçoit pas le bon traitement. Ce type d'erreur a été rapporté avec une fréquence de 33,3% dans l'étude de Shulman et al [37], soit 2 fois plus que dans le cas des prescriptions manuscrites. Les prescriptions papier ne permettent pas toujours l'identification précise des signatures mais les traitements peuvent quand même être correctement administrés.

- Erreurs liées aux prescriptions « si besoin » : le prescripteur peut oublier de sélectionner la fonction « si besoin », entraînant un risque d´administration de façon systématique par l´infirmier. Dans l'étude de Capele et al [29], un oubli de sélection de la fonction « si besoin » représente 23% des erreurs de prescription informatique. Des défauts d'arrêt de prescription « si besoin » sont également constatés en raison de la surcharge des écrans et de l'impossibilité de visualiser la totalité de la prescription sur un seul écran [38].

- Oubli d'arrêt de traitement : les oublis d'arrêt de traitement concernent 18% des erreurs de prescriptions informatiques [30]. Cela a concerné les oublis d'arrêt de traitement des voies injectables lors du relais par voie orale.

- Inadéquation de dosage à la dose prescrite : C'est le cas lorsqu'un médecin a prescrit 0,5mL d'énoxaparine (Lovenox®) à l'aide d'une seringue de 0,4mL au lieu d'une seringue de 0,6mL. Cela concerne 11% des erreurs de prescription informatique [30].

D'autres types d'erreurs concernant les prescriptions ont été relevés mais impactent surtout la prise en charge du patient hospitalisé, et non la prescription de sortie (doublons de prescription pendant l'hospitalisation, maintenance informatique …).

2.4.3 L'informatisation des établissements de la région Haute Normandie

A la fin de l'année 2013 [40]

- 38 % des lits de médecine chirurgie obstétrique sont informatisés
- 42 % sur l'ensemble des lits

2.5 L'ordonnance [5]

2.5.1 Description

L'ordonnance est le document permettant au malade de connaître son traitement et au pharmacien de lui dispenser. (Fig.9). [4]

La prescription est réservée aux :

- Médecins
- Chirurgiens-dentistes
- Sages-femmes
- Vétérinaires

Les destinataires de l'ordonnance sont :

- Le malade
- Le pharmacien
- Les organismes de couverture sociale

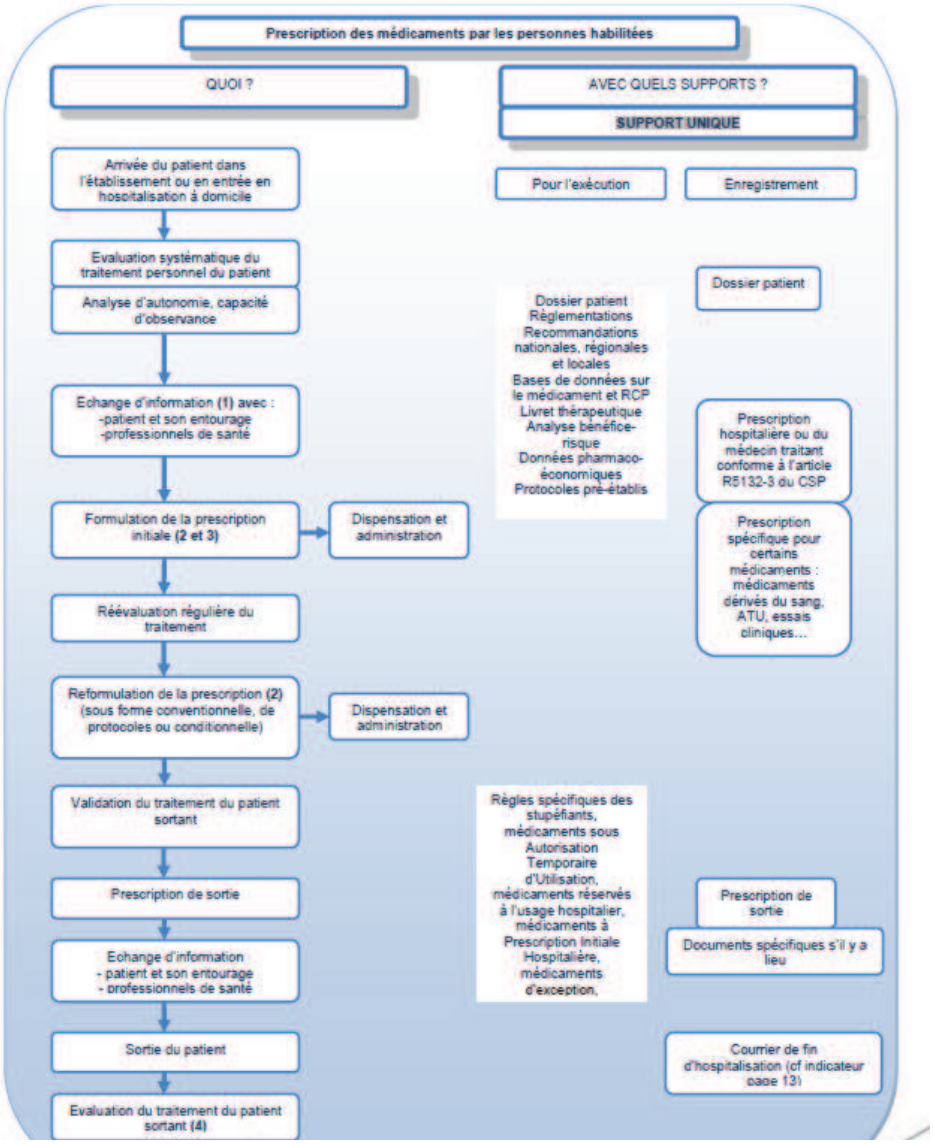


Figure 9 – Prescription des médicaments selon [4]

Toute prescription destinée à un patient non hospitalisé est rédigée sur une ordonnance conformément à l'article R. 5132-3 du code de la santé publique. Elle doit comporter comme information :

- Identification du prescripteur : le nom, la qualité et le cas échéant, la qualification, le titre ou la spécialité du prescripteur telle que définit à l'article R. 5121-91 du code de la santé publique, son identifiant lorsqu'il existe, nom, adresse de l'établissement et coordonnées téléphoniques et électroniques auxquelles il peut être contacté.
- Identification du malade : nom, prénom, âge, sexe, taille/poids si nécessaire
  - ✓ Poids pour les enfants
  - ✓ Poids et taille pour les traitements anticancéreux
  - ✓ La clairance rénale pour les patients de plus de 75 ans

- Médicament(s) : dénomination en toute lettre, forme galénique, dosage, posologie, voie d'administration, la durée du traitement, le soluté de dilution si nécessaire
- Mention telle que « à renouveler » ou « à ne pas renouveler »
- La signature apposée immédiatement en dessous de la dernière ligne, de façon à ne pas laisser d'espace résiduel
- Date

Il existe quatre types d'ordonnances :

- ordonnances simples,
- ordonnances sécurisées (ou infalsifiables),
- ordonnances bizones
- ordonnances « de médicaments d'exception »

2.5.2 Règles particulières de prescriptions

2.5.2.1 Médicaments prescrits en dehors des indications thérapeutiques remboursables

Lorsqu'un médicament est prescrit en dehors des indications thérapeutiques remboursables, le prescripteur est tenu de le signaler en mentionnant son caractère non remboursable à côté de la dénomination de la spécialité (exemple : « NR », « Hors indications remboursables », « Non remboursable ». D'autre part le médecin doit informer le patient.

2.5.2.2 Prescription restreinte, avec surveillance ou mise en garde particulière

2.5.2.2.1 Les médicaments classés en réserve hospitalière (RH)

Ils ne peuvent pas être prescrits en ville. L'administration de ces médicaments ne peut être effectuée qu'au cours d'une hospitalisation.

2.5.2.2.2 Les médicaments à prescription hospitalière (PH)

Ils ne peuvent pas être prescrits en ville. Ils peuvent être délivrés en officines de ville.

2.5.2.2.3 Les médicaments à prescription initiale hospitalière (PIH)

Ils peuvent faire l'objet d'une prescription en ville uniquement en renouvellement d'une ordonnance hospitalière et après avoir vérifié le délai de validité de l'ordonnance initiale hospitalière, fixé par l'autorisation de mise sur le marché (AMM).
La prescription de renouvellement établie en ville doit être identique à la prescription hospitalière. Toutefois, en cas de nécessité, la posologie ou la durée de traitement peuvent être modifiées.

2.5.2.2.4 Les médicaments à prescription réservée à des médecins spécialistes (PRS)

Ils ne peuvent être prescrits que par certains médecins spécialistes.
Cette restriction peut être limitée à la seule prescription initiale. Dans ce cas, après la première prescription établie par le médecin spécialiste, le renouvellement peut être effectué par tout médecin après avoir vérifié le délai de validité de l'ordonnance. La prescription de renouvellement établie en ville doit être identique à la prescription initiale. En cas de nécessité, la posologie ou la durée de traitement peuvent être modifiées, après avoir vérifié le délai de validité de l'ordonnance initiale hospitalière fixé par l'AMM.

2.5.2.2.5 Les médicaments nécessitant une surveillance particulière (SP) pendant le traitement

Ils ne peuvent être prescrits que si un certain nombre d'examens (fixés par l'AMM) ont été réalisés.
Pour certains médicaments, l'AMM peut exiger que le prescripteur mentionne sur l'ordonnance que les examens ont été effectués et à quelle date (Art. R5121-95 du code de la santé publique).
Pour certains médicaments soumis à prescription restreinte, l'AMM précise que le prescripteur doit porter sur l'ordonnance certaines mentions qui attestent de l'information du patient et des mesures prises pour éviter tout ou partie des risques liés à leur utilisation (ex : isotrétinoine- ROACCUTANE®).

2.5.2.2.6 Les médicaments d'exception

Ils ne sont pris en charge que s'ils sont prescrits dans le respect des indications thérapeutiques prévues par la fiche d'information thérapeutique (FIT) et retenues lors de leur inscription sur la liste des médicaments remboursables.
Deux cas de figure se présentent :

- Le médicament d'exception est prescrit dans les indications prévues par la FIT : Utilisation du formulaire « Ordonnance de médicaments ou de produits et prestations d'exception ».
  Si le traitement est en rapport avec une affection de longue durée prise en charge à 100 %, il faut le préciser sur l'ordonnance qui tient lieu alors d'ordonnance bizone obligatoire en pareil cas.

- Le médicament d'exception est prescrit pour des indications non prévues par la FIT : Utilisation d'une ordonnance habituelle et information du patient de la non prise en charge par l'Assurance Maladie de ce médicament.

2.5.2.3 Les médicaments stupéfiants et spécialités apparentées

La prescription des stupéfiants et spécialités apparentées doit se faire sur une ordonnance sécurisée. Outre les mentions devant figurer sur les ordonnances de tout médicament, le prescripteur doit indiquer en toutes lettres : la quantité prescrite, les unités thérapeutiques par prise, les doses ou les concentrations de substances.
L'ordonnance est exécutée dans sa totalité si elle est présentée au pharmacien dans les 3 jours suivant sa date d'établissement. Au-delà de ce délai, la délivrance sera limitée à la durée restant à couvrir.
Une nouvelle prescription de stupéfiants ne peut ni être établie ni être exécutée par les mêmes praticiens pendant la période déjà couverte par une précédente ordonnance prescrivant de tels médicaments, sauf si le prescripteur en décide autrement, par une mention expressément portée sur l'ordonnance.

2.5.2.4 Cas particulier des prescriptions de préparations magistrales ou officinales

La prescription doit comporter la mention « prescription à but thérapeutique en l'absence de spécialités équivalentes disponibles ». Sans cette mention manuscrite, la préparation magistrale ou officinale prescrite ne pourra pas être facturée à l'Assurance Maladie.

3. CONTEXTE NATIONAL D'AMELIORATION : PROJETS ET PROGRAMMES DEPLOYES

3.1 Le projet High 5s et la conciliation

Il y a un intérêt grandissant pour la conciliation des traitements médicamenteux, processus interactif et pluri-professionnel qui garantit la continuité des soins en intégrant les traitements en cours du patient à une nouvelle prescription.

Elle fait partie depuis 2005 des objectifs de l'accréditation des établissements de santé au Canada ainsi qu'aux Etats Unis.

Le Projet des High 5s [41] est un travail en cours portant sur l'amélioration de la sécurité des patients. Ce projet a été lancé par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2006. La mission du projet des High 5s est de faciliter, avec l'aide d'une communauté mondiale d'apprentissage, la mise en œuvre et l'évaluation de Processus Opérationnels Standardisés (SOP). Neuf pays participent à la mise en place de ces protocoles standardisés dont le but est de garantir la sécurité des patients en réduisant de façon significative, mesurable et pérenne des problèmes à haut niveau de risque affectant cette dernière. Ces protocoles doivent être évalués pendant 5 ans avant la mise en place d'un réseau d'apprentissage mondial. Les pays qui participent actuellement au projet des High 5s sont l'Australie, le Canada, la France, les Pays-Bas, l'Arabie Saoudite, Singapour et les États-Unis.

Trois SOP sont actuellement développés au sein de ce projet :

- Le SOP MED'REC, relatif à la conciliation des traitements médicamenteux du patient, développé par le Canada,

- Le SOP MEDINJEC, relatif aux médicaments injectables à haut niveau de risque développé par le Royaume- Uni,

- Le SOP BODYSITE, relatif au site chirurgical correct, développé par les États-Unis.

Tous les pays participants ont fourni une expertise technique dans les modalités d'organisation de la mise en œuvre et de l'évaluation des SOP

Le Processus Opérationnel Standardisé SOP MED'REC sur la conciliation thérapeutique médicamenteuse (CTM) vise à limiter les erreurs médicamenteuses (EM) et donc les effets indésirables médicamenteux (EIM) aux points de transitions que sont l'admission, les transferts au sein de l'hôpital et la sortie d'hospitalisation. [19]
Le but est d'obtenir une information sûre et exhaustive sur les traitements d'un patient afin de garantir la continuité des soins. La clé de la réussite de la conciliation consiste avant tout à mettre en œuvre un processus efficace au moment de l'admission du patient dans l'établissement de soins. Une conciliation adéquate des traitements à ce moment-là constitue un préalable permettant de conduire les conciliations suivantes (transferts internes, sortie) d'une façon tout aussi adéquate voire efficace.
L'IHI (Institute of Healthcare Improvement) aux Etats Unis [42] a définit la CTM comme la création d'une liste la plus précise possible de tous les médicaments pris par le patient, incluant le nom du médicament, le dosage, la fréquence et la voie d'administration. Puis cette liste est comparée avec l'ordonnance du médecin (à l'admission, lors d'un transfert et/ou à la sortie du patient) dans le but de fournir les bons médicaments au patient à tous les points de transitions à l'hôpital. Les pharmaciens peuvent aider à atteindre ce but puisque qu'ils

obtiennent des historiques médicamenteux souvent plus complets que les médecins ou les infirmières. [43]

Pour décrire le processus de la CTM, nous nous baserons sur la description du projet SOP MED'REC des High'5s. [41]
Voici deux définitions proposées dans ce projet :

- Le BMO (Bilan Médicamenteux Optimisé) est la liste complète et précise des médicaments pris en routine par le patient avant son hospitalisation (sur prescription médicale ou en automédication). Cette liste comporte pour chaque médicament : le nom (commercial ou DCI), le dosage, la posologie, la forme galénique et/ou la voie d'administration. Elle est obtenue en interrogeant le patient et/ou sa famille et/ou son médecin traitant et/ou son pharmacien d'officine, en consultant les ordonnances en possession du patient et/ou la lettre d'hospitalisation de son médecin traitant et/ou son dossier médical et/ou son dossier personnel

- L'OMA (Ordonnance de Médicaments à l'Admission) est l'ordonnance de médicaments rédigée à l'admission d'un patient dans l'établissement, généralement par un médecin urgentiste. Cette ordonnance inclut généralement des médicaments pris en routine par le patient avant son hospitalisation (identifiés par un bilan médicamenteux préliminaire) et éventuellement des médicaments prescrits en supplément du traitement de routine à l'admission (exemple : antalgiques).

La Conciliation des Traitements Médicamenteux est le processus qui consiste à :

- Comparer le BMO à l'OMA afin d'identifier d'éventuelles divergences ;
- Déterminer la nature intentionnelle ou non de chaque divergence ;
- Résoudre les divergences identifiées : documenter le dossier médical si la divergence est intentionnelle ou corriger la prescription si la divergence est non intentionnelle.

La CTM impose de réaliser, dans les 24 premières heures de l'hospitalisation, un BMO complet de tous les traitements pris par le patient en routine, en ayant recours à différentes sources d'informations et de le comparer à l'OMA du patient dans l'établissement. L'objectif est de détecter et clarifier les divergences observées afin de prévenir les erreurs médicamenteuses et les effets indésirables médicamenteux.

Ces divergences peuvent être de deux ordres :

- Divergences intentionnelles non documentées : le prescripteur a pris la décision d'ajouter, de modifier ou d'interrompre un médicament, et cette modification n'est pas renseignée dans le dossier patient. Il s'agit d'un défaut d'information qui peut ensuite

engendrer des confusions et des EM. Il est donc nécessaire de pallier le défaut d'information.

- Divergences non intentionnelles : le prescripteur change, modifie ou oublie involontairement un médicament que le patient prend en routine. Ce type de divergence représente une EM qui peut conduire à un EIM avéré ou potentiel [44]

Pour déterminer si une divergence est intentionnelle non documentée ou non intentionnelle, il faut faire le point avec le prescripteur sur les éléments discordants. Une fois ces divergences identifiées, il faut les résoudre :

- Si la divergence est intentionnelle, la modification du traitement et sa raison doivent être renseignées dans le dossier patient ;
- Si la divergence est non intentionnelle, le prescripteur corrige la divergence en rédigeant une nouvelle ordonnance d'admission.

La conciliation des traitements médicamenteux a été définie comme un processus en 3 étapes : [44]

- Vérification des traitements utilisés ;
- Identification des écarts ;
- Correction des EM survenant au moment des transitions de soin.

La CTM est en résumé un processus de double contrôle, incluant un entretien avec le patient mais aussi l'examen de ses dossiers, la comparaison des ordonnances et une discussion avec les médecins. Il s'agit d'un processus formalisé au cours duquel s'établit une forte collaboration entre les professionnels de santé et le patient. La CTM montre de grandes promesses pour améliorer la communication entre professionnels de santé, réduire les EIM et améliorer la transition des soins. [45, 46]

Elle repose sur un bilan médicamenteux optimisé perspicace, bien réalisé. Cela implique :

1. de systématiser, dans la mesure du possible, un entretien avec le patient (et/ou son entourage) dont l'objet est son traitement en cours.

2. de vérifier les informations sur les traitements à l'aide de plusieurs sources, dont :

- Le médecin traitant du patient
- Les pharmaciens d'officine pour l'échange du dossier pharmaceutique
- L'inspection des médicaments rapportés par le patient et l'analyse de la liste des traitements personnels
- La récupération des dossiers médicaux antérieurs du patient.

Le BMO est différent d'un historique médicamenteux en ce sens qu'il correspond à un instantané, sans remontée dans le temps, sur les traitements pris ou non par le patient, sur prescription médicale ou non. Le BMO est également plus complet que le bilan préliminaire classique qui constitue souvent, lors d'une hospitalisation, un bref historique des traitements du patient.
Le BMO doit être réalisé à un stade précoce de l'admission du patient, en fait dès que la décision d'hospitalisation est prise. L'identification et la clarification des divergences observées doit se faire dans les premières 24 heures de l'admission.

Le processus de Conciliation thérapeutique médicamenteuse à l'admission peut suivre un de ces trois modèles :

- Le processus proactif lorsque le BMO est réalisé avant l'ordonnance de médicaments à l'admission
- Le processus rétroactif lorsque le BMO est réalisé après l'ordonnance de médicaments à l'admission aboutissant à une étape de CTM
- Ou une combinaison des deux.

3.2 Le dossier médical personnel [47]

Le dossier médical personnel (DMP) est un projet public lancé par le ministère français de la Santé visant à ce que chaque Français dispose d'un dossier médical informatisé reprenant tout son passé et son actualité médicale. Le projet est lancé par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il devrait devenir partagé dans la loi de santé 2014 [2].

Il a pour but de mettre à disposition des professionnels de santé, avec l'accord préalable du patient, des informations médicales :

- Antécédents médicaux
- Résultats de laboratoire d'analyses
- Imagerie
- Traitements en cours

Objectifs :

- Le Dossier Médical Personnel est un outil moderne et performant qui permet d'améliorer la coordination, la qualité et la continuité des soins pour tous grâce à la traçabilité de l'information, à une meilleure communication médecin/malade, et à la transmission des informations entre professionnels de santé.
- Faciliter l'accès du patient à ses données de santé et ainsi aussi l'inciter à participer davantage à sa prise en charge et à devenir acteur de sa propre santé.

- Contribuer à l'amélioration du service rendu aux patients, en facilitant l'accès à des soins de qualité identique en tout point du territoire, le DMP est un véritable service de santé publique.

Démarré en 2011 dans 4 régions (Alsace, Aquitaine, Franche Comté et Picardie), le DMP se déploie progressivement partout en France. [47]

Au 18 novembre 2013 : 402 726 DMP ouverts ; 379 ES utilisent le DMP.

3.3 Le dossier pharmaceutique [48]

Le Dossier Pharmaceutique (DP) recense, pour chaque bénéficiaire de l'Assurance maladie qui le souhaite, tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois, qu'ils soient prescrits par le médecin ou conseillés par le pharmacien. Le Dossier Pharmaceutique a été créé par la loi du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé.

Le DP contribue à sécuriser la dispensation des médicaments en permettant d'éviter les risques d'interaction entre médicaments et les traitements redondants. Il aide le pharmacien à agir efficacement contre l'iatrogénie médicamenteuse.

Le DP permet une meilleure coordination des soins entre la ville et l'hôpital.
En effet, depuis octobre 2012, les pharmaciens des pharmacies à usage intérieur (PUI) peuvent accéder au DP dans les mêmes conditions que les pharmaciens d'officine. En complément, depuis début 2013 et jusqu'en décembre 2014, une expérimentation ouvre l'accès du DP à certains médecins hospitaliers. Peuvent y accéder des anesthésistes-réanimateurs, des médecins exerçant dans les structures d'urgence et dans les structures de médecine gériatrique.

Chiffres octobre 2013 : [48]

- Un Français sur trois a ouvert un DP.
- 28.095.728 créations en 2012.
- 6.245.915 DP qui contiennent des médicaments non prescrits.
- 1.750.000 modifications évaluées de traitement.
- 98 % des pharmacies de ville y sont raccordées.
- 44 PUI raccordées et 776 PUI intéressées.

Limites du dossier pharmaceutique :

- 4 mois d'historique seulement, mais en cours d'extension.

- Pas d'accès aux posologies.

La consultation du Dossier Pharmaceutique est une aide précieuse lors de l'élaboration du bilan médicamenteux du patient. Il faut rester prudent car il peut ne pas être exhaustif et ne pas contenir certains médicaments pris par le patient, engendrant une fausse sécurité.

3.4 Programme national pour la sécurité des patients [49]

3.4.1 Description

La sécurité des soins est une exigence légitime de tous les patients et de tous les professionnels de santé. C'est un objectif prioritaire pour l'ensemble des acteurs de la santé.

Le conseil de l'union européenne a adopté le 9 juin 2009 une recommandation relative à la sécurité du patient. Cette recommandation prévoit, entre autres, la mise en place et le développement de politiques et de programmes nationaux de sécurité des patients.
En France, un premier programme national pour la sécurité des patients a été élaboré par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) en lien étroit avec la direction générale de la santé (DGS) et la Haute Autorité de santé pour la période 2013-2017. L'annonce de ce programme a été faite le 14 février 2013 par Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales et de la santé, lors des états généraux des infections nosocomiales et de la sécurité des patients.

Ce programme vise à mieux structurer les actions relevant des autorités publiques dans le domaine de la sécurité des patients et à orienter la dynamique des établissements – publics et privés – et des professionnels de santé vers des priorités d'action. Il contribuera au renforcement des parcours de soins, dont à la fois les autorités publiques et les usagers font une priorité.

Il s'articule autour de quatre axes :

- L'information du patient, le patient co-acteur de sa sécurité (Fig. 10) [4].
- Le renforcement de la déclaration des événements indésirables dans un objectif d'alerte et de retour d'expérience.
- La formation, la culture de sécurité et l'appui aux acteurs de santé en matière de sécurité des soins.
- L'innovation et la recherche.

Figure 10 – Bien utiliser les médicaments selon [4]

3.4.2 Axe3 : formation, culture de sécurité, appui

La bonne coordination entre les différents acteurs du parcours de soin est un élément fondamental pour l'amélioration de la sécurité des soins.

Le retour d'expérience est une des clefs de l'amélioration des pratiques car il permet, par l'analyse collective des événements passés, de produire les règles de leur sécurisation. L'équipe est le lieu de ce travail coordonné « être en équipe », « faire équipe », est le paradigme actuel de la sécurisation des soins.

De nombreux dispositifs, au premier rang desquels celui de la certification des établissements de santé, ont progressivement élevé les exigences en matière de sécurité des soins, permettant que cette thématique soit de mieux en mieux comprise et approfondie par les professionnels.
Certains prérequis des enjeux de sécurité dans l'organisation des soins ne sont encore que partiellement en place. Pour y parvenir, l'ensemble des professionnels de santé doit bénéficier, au niveau de sa formation initiale, des outils lui permettant d'intégrer la sécurité des soins comme une dimension inhérente à toute activité de santé.
Le management est également un outil dans une culture de sécurité. Il revient aux décideurs d'encourager les initiatives qui feront évoluer les comportements. Le management par et pour la sécurité doit s'appuyer sur l'équipe.
Les programmes de développement professionnel continu (DPC) sont essentiels dans le cadre d'une sécurité optimisée. Ils permettent aux professionnels de répondre aux priorités nationales de sécurisation des soins.
L'appui aux professionnels est un élément important. Il s'est développé à travers des structures régionales (ARLIN/CCLIN, OMEDIT, et d'autres, dédiées à la qualité et la sécurité des soins).
Il importe de parachever la construction d'un dispositif régional cohérent et structuré pour tous les types de risques et tous les offreurs de soins. De la synergie entre ces différentes structures dépendra les résultats pour le patient.

Cet axe se divise en cinq objectifs :

- Faire du retour d'expérience sur le socle de l'apprentissage de la sécurité.
- S'appuyer sur la pluri professionnalité et l'équipe pour construire une culture de sécurité.
- Mobiliser le management sur les enjeux de sécurité.
- Renforcer la place de la sécurité des soins dans la formation des professionnels.
- Apporter un appui à l'ensemble des professionnels pour la conduite de leurs projets porteurs de qualité et sécurité des soins.

3.5 La sortie du patient

La Haute Autorité de Santé (ex ANAES) a édicté un certain nombre de recommandations (Fig. 11, 12, 13).[4, 8]

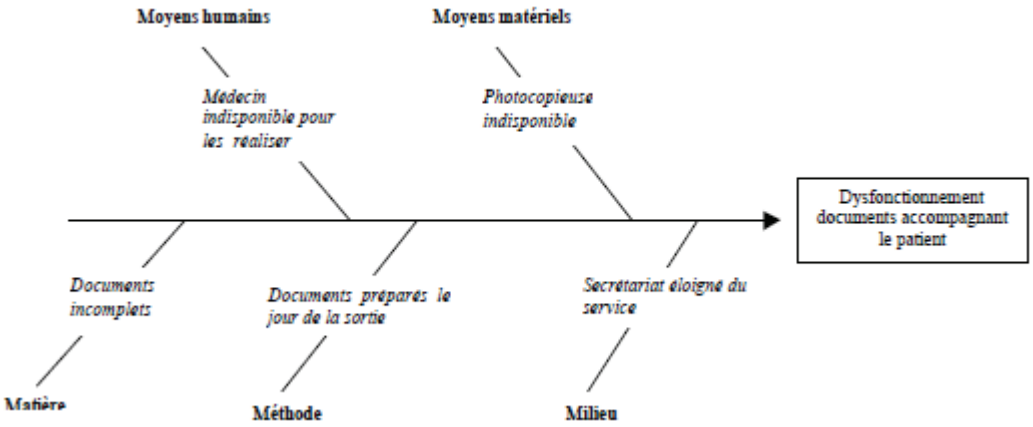


Figure 11 – Dysfonctionnement des documents accompagnant le patient lors de sa sortie selon [4, 8]

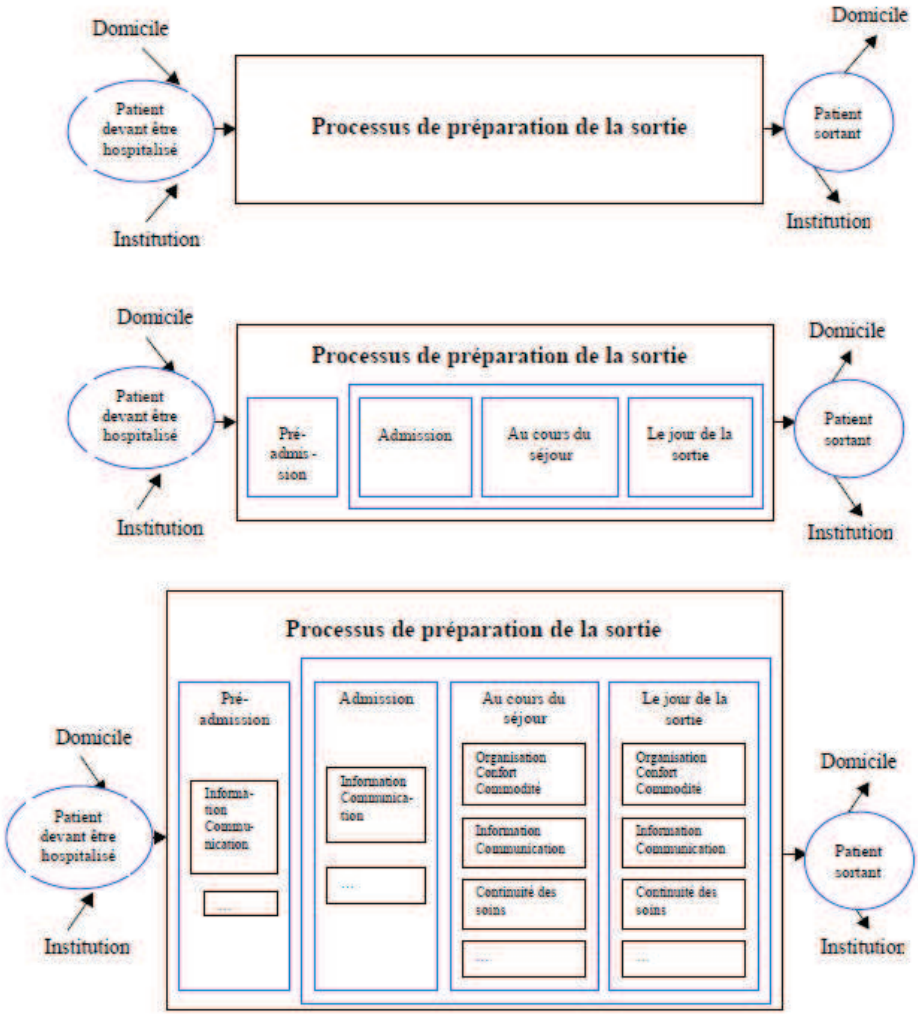


Figure 12 – Processus de préparation de la sortie du patient selon [4, 8]

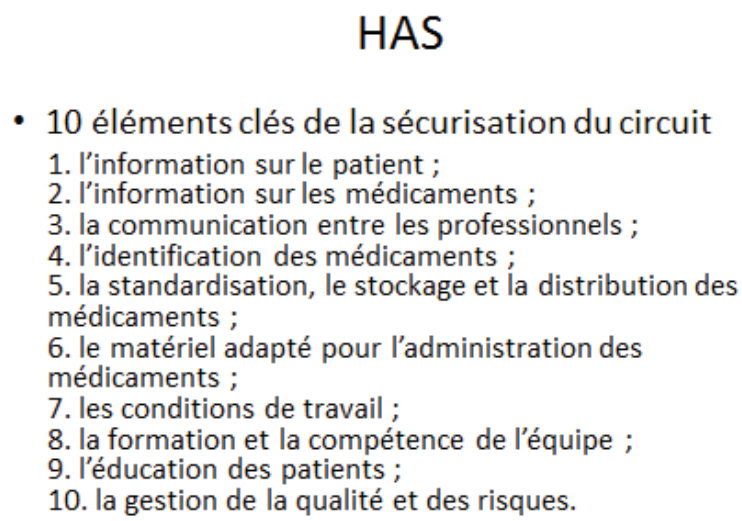


Figure 13 – Recommandation de l'HAS pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse selon [4]

3.5.1 Organisation de la sortie [4, 8]

Un travail de réflexion sur l'organisation de la sortie conduit à l'hôpital général de Montréal a conduit aux recommandations suivantes :

- **Planification** de la sortie qui doit débuter le jour de l'entrée, voire avant l'admission en dehors du cadre de l'hospitalisation en urgence. La durée du séjour doit être anticipée dès la préadmission et les éventuels obstacles à la sortie identifiés précocement.
- **Anticipation des besoins** du patient et de sa famille, d'ordre physique et psychosocial. Un questionnaire rempli à l'admission peut permettre d'identifier les patients « à risque » (sur lesquels une attention particulière doit être portée) nécessitant une planification structurée de la sortie.
- **Efficacité de l'organisation et compétence des intervenants**. Un système de contrôle doit permettre de vérifier la conformité de ce qui est entrepris avec ce qui était envisagé. La planification de la sortie des patients doit être régulièrement discutée en réunion interdisciplinaire avec les services de soins à domicile. Le coordonnateur de la sortie est de préférence une infirmière, au centre des interactions entre l'équipe soignante, le patient et sa famille.
- **Partenariat** avec le patient et sa famille qui doivent de façon indispensable participer à l'organisation de la sortie et, pour ce faire, recevoir toutes les informations nécessaires à leur collaboration, concernant les implications de la pathologie, l'aspect financier de la prise en charge, les droits et responsabilités de chacun. Il est proposé de convoquer la famille des patients « à risque » 24 à 48 heures après l'entrée pour mieux cerner les problèmes et les désirs de chacun et anticiper la sortie. Par ailleurs, des brochures d'information peuvent être remises aux patients à l'admission et à la sortie ; ces derniers doivent être éclairés sur les différentes possibilités d'hébergement en institution, maison de retraite, admission en service de soins de suite et de réadaptation ; ils doivent avoir accès aux informations émanant de sources extérieures

(associations) et participer à des réunions avec l'équipe visant à préparer la transition de l'hôpital au domicile.

- **Communication et cohérence** entre les différents services, le patient et sa famille, en effectuant une présentation claire du rôle et des responsabilités de chaque acteur de la procédure de sortie. Le malade doit savoir ce qu'il peut attendre de chacun.
- **Gestion des ressources**, en particulier pour les populations identifiées par l'équipe comme étant « à risque » : patients psychiatriques très désocialisés et non intégrés dans une prise en charge traditionnelle, pour lesquels la préparation de la sortie devra être très structurée et le devenir, à l'issue du séjour, supervisé ; malades nécessitant des soins palliatifs, dont beaucoup restent très longtemps à l'hôpital avant d'y mourir et pour qui des stratégies de sortie adaptées doivent être développées ; carence en lit de long séjour, conduisant à des hospitalisations prolongées et inutiles en service de soins de court séjour et devant conduire à la recherche de solutions intermédiaires et
- temporaires.

Il s'agit de connaître les services offerts par chaque structure pour les corréler aux besoins des patients, mais aussi de connaître leurs limites et, pour ce faire, de faciliter les contacts entre les différents établissements et intervenants.

3.5.2 Education du patient

De nombreux patients quittent les établissements de santé avec des traitements médicamenteux. Pour certains de ces traitements l'information nécessaire doit être traitée comme une véritable éducation comportant un apprentissage. Celle-ci devra être engagée de façon précoce au cours de l'hospitalisation d'autant plus si le patient retourne à son domicile.

Elle devrait 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 oubli.

Cette éducation devrait favoriser l'adhésion du patient au traitement et dans certains cas éviter des hospitalisations.
Une étude réalisée par les centres régionaux de pharmacovigilance en 1998 avait mis en évidence que 13 % des hospitalisations pour effets indésirables médicamenteux dans les services de médecine des hôpitaux publics français étaient liés à un accident hémorragique sous antivitamines K.
Cette étude concerne les patients ayant été mis sous traitement antivitamines K tant en milieu hospitalier qu'en médecine ambulatoire. Ces résultats mettaient en évidence la nécessité de bien informer les patients sur leur traitement. Cette responsabilité incombe aux établissements de santé lorsque le patient a été hospitalisé.

L'éducation du patient peut porter également :

- Sur des éléments de surveillance, par exemple, surveillance de la glycémie pour un patient diabétique insulinodépendant ;

- Sur des soins à réaliser, par exemple, soins des seins pour une mère allaitant son nouveau-
  né ;
- Sur le suivi d'un régime alimentaire, par exemple, pour des patients ayant une hypercholestérolémie ;
- Sur l'hygiène, par exemple, surveillance des pieds chez les patients diabétiques ou artéritiques ;
- Sur une prise en charge particulière, par exemple, pour les patients stomisés ou Trachéotomisé

3.5.3 Continuité de l'information médicale : le compte rendu d'hospitalisation ou lettre de sortie

La transmission des informations à l'usage des partenaires extrahospitaliers, ou des personnels d'autres établissements dans le cas des transferts, conditionne la continuité des soins et la qualité de la prise en charge du patient après la sortie [4, 8].
Le compte rendu d'hospitalisation constitue un élément essentiel du dossier médical. Il regroupe les principales informations recueillies durant l'hospitalisation, la thérapeutique proposée et les éléments du suivi médical ultérieur, constituant, de ce fait, un important support de communication entre médecins.
Diverses études ont été menées concernant les caractéristiques du courrier de sortie.
Une démarche d'amélioration de la qualité, réalisée au CHU de Grenoble a porté sur 960 séjours en service de médecine ou de chirurgie durant l'année 1993.

Les principales constatations ont été les suivantes :
- Le *taux de présence* du courrier de sortie dans le dossier est de 84 % ;
- Le *signataire* du courrier est un interne dans 43 % des cas ;
- Le médecin traitant habituel du patient est *destinataire* du courrier dans 85 % des cas ;
- Le courrier est édité dans un *délai* inférieur à 8 jours pour 54 % des séjours.

Les facteurs influençant les caractéristiques du courrier de sortie ont été :
- Liés au séjour : l'exhaustivité est meilleure et le délai d'édition est plus court quand la durée de séjour est plus longue ; le courrier est plus souvent présent quand le patient est adressé par son médecin que quand il est admis *via* le service d'urgences ; un courrier est réalisé dans 99 % des transferts vers un autre établissement, 85 % des retours à domicile, 83 % des mutations internes ;
- Liés au service : il s'agit d'indices d'activité (nombre élevé de lits, nombre élevé de séjours par an, inversement proportionnels au taux de présence du courrier de sortie dans les dossiers) et d'indicateurs de moyens (nombre de micro-ordinateurs, de secrétaires et de médecins rapportés au nombre d'entrées). Les principaux problèmes liés au compte rendu d'hospitalisation tiennent à son contenu et à son délai d'émission.

Les informations jugées les plus importantes par les médecins correspondants ont été:
- Le détail du traitement de sortie (comprenant la fréquence d'administration, le dosage et la durée de traitement proposée) ;
- Les résultats significatifs des examens réalisés durant l'hospitalisation (résultats positifs, mais aussi négatifs) ;

- Les modalités de suivi conseillées ou proposées ;
- Les informations données au patient concernant le diagnostic de sa pathologie.

Les médecins traitants souhaitent également être informés du pronostic de la pathologie présentée, les patients les interrogeant souvent à ce propos. Ils voudraient également que la destination du patient (domicile, institution…) soit précisée.

Outre les éléments précédents, doivent être notifiées les coordonnées précises du patient (nom, adresse, date de naissance, numéro d'hospitalisation), les dates d'admission et de sortie, les coordonnées exactes du correspondant ayant pris le patient en charge et de la personne ayant rédigé le courrier.
Pour de nombreux auteurs se pose en effet le problème du rédacteur du courrier de sortie. Tous insistent sur la nécessité d'une relecture et d'une vérification soigneuse des courriers par les médecins ayant pris en charge le patient, afin de limiter le nombre d'erreurs.

Le délai maximum acceptable entre la sortie du patient et la réception du courrier de sortie varie. Le plus communément admis est celui de 8 jours qui correspond en France à une contrainte réglementaire (article R.710-2-6 du Code de la santé publique). Une des solutions parfois proposée est de remettre directement au patient un exemplaire du compte rendu d'hospitalisation, qu'il communiquera à son médecin lors de sa prochaine consultation.

Les auteurs anglo-saxons ont beaucoup travaillé sur la manière d'améliorer la forme, le contenu et le délai de transmission des courriers de sortie. Ils ont montré l'intérêt de l'outil informatique dans la rédaction de courriers standardisés, ainsi que l'utilisation de la télécopie pour raccourcir les délais d'émission.

Un résumé d'hospitalisation formalisé et faxé au médecin désigné par le patient permet, en échappant à la forme narrative et en structurant le compte rendu, une rédaction plus rapide, une meilleure lisibilité, une extraction plus simple de l'information, une utilisation possible des données dans un but d'audits et un délai de réception le plus souvent inférieur à 48 heures.

Se pose le problème de l'identification du médecin désigné par le patient et de la notification de ses coordonnées précises dans le dossier. Le cadre réglementaire français n'exclut pas la transmission par télécopie, mais quelques précautions sont nécessaires : avoir obtenu l'accord préalable du praticien destinataire des informations médicales et s'être assuré que son télécopieur est situé en un lieu offrant toute garantie de confidentialité. Toute erreur de numérotation qui ferait parvenir le document à un tiers serait constitutive d'une faute susceptible d'engager la responsabilité de l'établissement expéditeur. L'envoi des documents par télécopie ne remplace pas l'obligation d'adresser au praticien désigné par le patient les documents originaux (article R 710-2-6 du Code de la santé publique).

La sortie du patient d'un établissement de santé peut être considérée comme une étape de la chaîne de soins. La qualité de sa préparation contribue aux actions de prévention et d'éducation attendues par les patients, les professionnels et les organismes d'assurance maladie. Passage d'une forme de dépendance à la responsabilisation du patient dans la prise en charge de sa santé, la sortie doit être entourée de beaucoup de rigueur et de professionnalisme.

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. La sortie doit donc être

envisagée comme un acte de soins à part entière permettant la continuité de la prise en charge et la mise en place de systèmes d'alerte et de protection.

3.5.4 Influence de l'organisation de la sortie sur le taux de réhospitalisation

Une préparation insuffisante de la sortie induit, de manière directe ou indirecte, une augmentation du taux de réhospitalisations précoces, que celles-ci soient liées ou non au motif de la première hospitalisation. L'étude réalisée au CHU de Grenoble, durant le premier semestre 1997, fait apparaître que sur 469 dossiers analysés, pour 43 la réadmission du patient était due à une insuffisance dans la prise en charge lors de l'hospitalisation initiale (19 examens ou traitements insuffisants, 17 complications iatrogènes ou nosocomiales, 7 sorties trop précoces ou dont le suivi posthospitalier proposé était insuffisant) et/ou pour 10 elle était due à un défaut d'observance du patient (9 non-observances d'un régime ou d'un traitement et 1 non-observance du suivi médical proposé). Une étude réalisée au CHU de Limoges sur une année dans le service de pneumologie met en évidence que sur 40 dossiers analysés, pour 21 on pouvait évoquer une problème de prise en charge (2 cas d'inadaptation du traitement, 3 cas d'anxiété excessive lors du retour au domicile, 6 cas de récidive d'une pathologie évolutive correspondant à une décision de sortie trop précoce, 7 patients en fin de vie et 3 cas d'altération de l'état général contrariant le retour au domicile, dus à une mauvaise évaluation de la sévérité de la situation).[4, 8]

A contrario, plusieurs études semblent démontrer que la mise en place d'un protocole d'organisation de la sortie permet une diminution du taux de réadmissions, en particulier concernant les patients âgés. Une étude anglaise portant sur une population de personnes âgées bénéficiant d'un soutien à domicile dans les 2 semaines suivant leur sortie a mis en évidence une diminution significative du taux de ré-hospitalisations dans le groupe étudié, dans les 18 mois suivant la sortie (17,1 jours d'hospitalisation durant cette période contre 30,6 jours pour les patients appartenant au groupe témoin).

Avec un protocole d'organisation de la sortie et de suivi post-hospitalier d'une population de patients âgés (363 patients, dont 186 dans le groupe témoin et 177 dans le groupe d'intervention) considérés comme étant « à risque » de sortie non réussie (patients âgés de 80 ans ou plus, absence de soutien à domicile, polypathologie, antécédents dépressifs, handicaps modérés à sévères, hospitalisations multiples dans les 6 derniers mois, antécédent d'hospitalisation d'une durée supérieure à 30 jours, mauvaise observance thérapeutique…) a permis de conclure que : les patients réhospitalisés au moins une fois dans un délai de 24 semaines après la sortie étaient plus nombreux dans le groupe témoin (37,1 % contre 20,3 % dans le groupe d'intervention) ; les patients bénéficiant du protocole étaient moins sujets à des réadmissions multiples (6,2 % contre 14,5 %) ; le nombre moyen de jours d'hospitalisation par patient dans les 24 semaines suivant la sortie était inférieur dans la population étudiée (1,3 contre 4,09) ; le délai avant une éventuelle réhospitalisation était supérieur dans le groupe d'intervention ($p < 0,001$).
Une période de sortie prévisible précocement envisagée avec le patient présente un intérêt. Le choix d'un jour de sortie que le patient estime approprié est l'un de ses critères de satisfaction. Les malades semblent souhaiter une prise en compte de leurs choix et de leurs préférences et désirent que leur entourage soit informé des décisions prises. L'entourage éprouve aussi le besoin d'être davantage impliqué dans la préparation de la sortie. En effet, c'est souvent un membre de la famille qui assume la prise en charge du malade après le retour à domicile. Il a

besoin d'être informé et préparé à cette tâche. En cas d'impossibilité du retour à domicile, l'entourage cherche à être informé sur les diverses possibilités de placement en institution.

Par ailleurs, patients et entourage estiment que l'impression de précipitation, de bousculade, donnée par le moment de la sortie, qui intervient parfois après une longue attente des ordonnances ou du moyen de transport, contribue à majorer l'anxiété générée par cet événement.
Dans tous les cas, les informations données à la famille ou à l'entourage doivent l'être dans le respect du secret médical et après accord du patient.

4. ROLES DE L'OMEDIT

Dans chaque région ou inter région a été constitué auprès de l'ARS un Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques (OMÉDIT) qui coordonne le bon usage de l'ensemble des produits de santé en terme de qualité et d'efficience dans la prise en charge thérapeutique du patient tout au long de son parcours de soins. [50]

L'OMÉDIT contribue à la mise en œuvre de la politique coordonnée menée sur les produits de santé au niveau régional ou interrégional.

Il anime et coordonne la politique régionale des produits de santé en terme de qualité, de sécurité, gestion des risques et d'efficience quel que soit le mode de prise en charge des patients (ville, établissement de santé, HAD, médico-social, réseaux…) en lien avec l'ensemble des acteurs de santé. Il est un interlocuteur privilégié des agences nationales et impliqué dans les dispositifs d'observation et d'évaluation relatifs au bon usage des produits de santé mis en place au niveau national, régional ou inter régional.

Par son expertise scientifique et méthodologique, l'OMÉDIT est une instance d'aide à la décision.

Les actions des OMÉDIT sont menées dans une démarche pluridisciplinaire qui s'appuie sur les professionnels des établissements de la région et sur les professionnels de ville et des établissements médico-sociaux.

4.1 Les missions

Les OMÉDIT ont pour mission d'améliorer la qualité des soins et son efficience au sein des établissements en renforçant les bonnes pratiques en matière de bon usage des produits de santé, en luttant contre l'iatrogénèse médicamenteuse, en promouvant l'évaluation des pratiques et en exerçant une veille scientifique et technique autour de l'innovation.

Leurs champs d'actions sont adaptés au schéma d'organisation mis en place dans chaque région ou inter région. Ils portent notamment sur :

- les contrats de bon usage des médicaments, produits et prestations
- la sécurisation et la gestion des risques liés aux produits de santé
- le suivi et l'analyse des pratiques de prescriptions observées au niveau régional ou inter régional
- la veille scientifique et technologique
- l'assistance aux évaluations des pratiques de bon usage à travers le développement professionnel continu (DPC) et les évaluations des pratiques professionnelles (EPP)

Les missions des OMÉDIT sont les suivantes :

- diffuser toute information sur le bon usage des produits de santé auprès de l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans le parcours de soin du patient,
- mener des actions de sensibilisation et de formation des acteurs régionaux à la démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient et notamment aux outils méthodologiques d'analyse des évènements porteurs de risques,
- contribuer à la mise en place de démarches d'évaluation des pratiques professionnelles et notamment au recueil des indications hors AMM et hors référentiels nationaux conformément aux exigences inscrites dans les textes relatifs au contrat de bon usage,
- assurer une veille thérapeutique et réglementaire ainsi qu'un suivi médico-économique de la politique régionale des produits de santé,
- soutenir le management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse dans le parcours de soins.

4.2 L'observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique de Haute Normandie

L'OMEDIT de Haute-Normandie a été créé en septembre 2006 et remplit l'ensemble des missions confiées aux OMÉDIT.

Afin d'animer une politique de bon usage des produits de santé, 10 groupes de travail ont été créés, regroupant plus de 200 praticiens des établissements de la région :

- ✓ Anti-infectieux
- ✓ Cancérologie
- ✓ Dérivés sanguins
- ✓ Innovations thérapeutiques et biothérapies
- ✓ Dispositifs médicaux implantables (DMI)
- ✓ Logistique et achats
- ✓ Informatisation
- ✓ Circuit du médicament

- ✓ Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- ✓ Hospitalisation à domicile (HAD)

Cette forte participation régionale permet d'avoir une réelle vision du terrain et de réaliser des actions en lien avec les préoccupations des établissements.

Depuis 2010, des représentants des URPS (Unions Régionales des Professions de Santé) ont intégré le Comité de pilotage de l'OMEDIT Haute-Normandie : URPS Pharmaciens, Médecins, et Infirmiers permettant le développement de projets ville/hôpital, dont l'étude sur les problèmes engendrés par les ordonnances de sortie hospitalière.

5. ETUDE MENEE PAR l'OMEDIT POITOU-CHARENTES SUR LE DYSFONCTIONNEMENT DES ORDONNANCES DE SORTIE D'HOSPITALISATION [51]

Interpellé de façon récurrente sur des problèmes rencontrés en ville dus à des ordonnances de sortie hospitalière, l'OMEDIT Poitou-Charentes a réalisé une étude régionale sur ce sujet.

5.1 Matériels et méthodes

Cette étude a été menée en deux étapes :

5.1.1 Première étape

De juillet à août 2009, 238 ordonnances de sortie du CHU de Poitiers ont été analysées au sein de 6 officines.
Ces ordonnances, regroupant 657 médicaments, ont été étudiées selon 19 critères de conformités divisés en trois catégories.

- 8 critères pour le prescripteur
- 5 critères pour le patient
- 6 critères pour la prescription (+ 4 spécifiques pour les ordonnances de stupéfiants)

Résultats :

Conformité par catégorie		
Prescripteur	97/238 ordonnances	40,8%
Patient	92/238 ordonnances	38,7%
Prescription	38/657 médicaments	5,7%

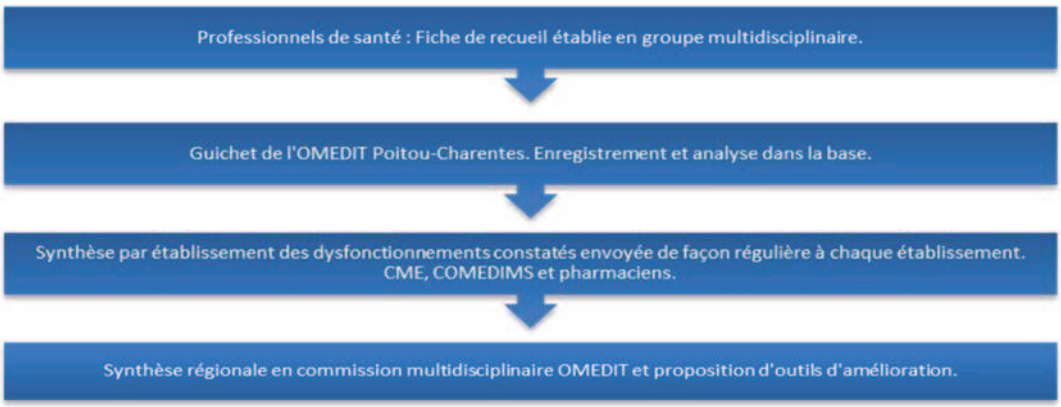
Seulement 2 ordonnances, soit 0,8%, étaient conformes aux 19 critères.
Face à la sévérité de l'analyse une réévaluation a été effectuée avec 9 critères de conformité indispensables retenus.
Ces 9 critères été retrouvés dans 139 ordonnances soit 58,4% de l'échantillon.
(Rédaction informatique : 62% de conformité ; rédaction manuelle 57%)

A partir de ces résultats, un travail régional sur ce thème a été proposé.

5.1.2 Deuxième étape

Création d'un guichet régional de recueil des dysfonctionnements observés sur les ordonnances de sortie (2010).
Réseau de déclarants : Tous les professionnels du parcours patient (pharmaciens d'officine et hospitaliers, infirmières libérales, médecins).

Protocole : (Fig. 14)



OMEDIT Poitou-Charentes
Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique

Lien ville-hôpital : la sortie du patient
Signalement d'un dysfonctionnement sur le support de prescription de sortie d'établissement

Création : juin 2011
Version n°1.4.3
Juin 2012

DATE DE LA DECLARATION : ____/____/_____

Déclarant :
☐ pharmacien officine ☐ pharmacien hospitalier ☐ médecin traitant ☐ préparateur ☐ IDE ☐ autre :précisez
Nom du déclarant : et lieu : (obligatoire pour complément d'info si besoin, anonymisé par la suite) :
.....

Provenance et date de l'ordonnance de sortie :
Etablissement : Service :
Jour de prescription Date de prescription :
Jour de présentation de la prescription : Date de présentation de la prescription :
Prescripteur : ☐ PU-PH : ☐ PH ☐ CCA ☐ interne ☐ médecin ☐ non identifiable

Merci de joindre une copie de l'ordonnance anonymisée.

1) Problème rencontré

☐ **Sur la prescription**
- ☐ illisibilité ☐ non conformité réglementaire ☐ motif :
- ☐ médicaments non disponible en officine
- ☐ préparation magistrale à réaliser
- ☐ insuffisance d'information sur le traitement :
  - ☐ dosage, posologie
  - ☐ durée traitement
  - ☐ contre-indications, Interactions médicamenteuses majeures
  - ☐ autre :

☐ **Sur le traitement**
- ☐ traitement injectable : pas d'information sur date et horaire des injections
- ☐ autre :

☐ **Sur l'organisation**
- ☐ pas d'anticipation de la sortie ; médicament onéreux non en stock à l'officine
- ☐ autre :

2) Conséquences pour le patient

☐ retard dans la prise du traitement
☐ interruption d'un traitement en cours ☐ autre :
☐ redondance avec le traitement habituel

3) Classe médicamenteuse concernée et nom de la spécialité

4) Modalités d'obtention des informations nécessaires à la dispensation

☐ auprès du patient ☐ auprès de la famille
☐ appel téléphonique à l'établissement de santé
- facilité du contact : ☐ oui ☐ non
- Informations données :
  - ☐ par le médecin prescripteur
  - ☐ par un autre médecin
  - ☐ par une IDE du service de soins
  - ☐ par une secrétaire
- support de l'information :
- fax (ou autre) : ☐ oui ☐ non (autre préciser) :

Commentaires *(temps passé…)* :

Fiche de déclaration à retourner à l'OMEDIT par mail : omedit@chu-poitiers.fr , fax 05 49 44 39 72, courrier ou directement sur le site : https://omedit.esante-poitou-charentes.fr/ / Signaler/Ville-hôpital-Ordonnance de sortie

OMEDIT Poitou-Charentes Pharmacie CHRU La Milétrie 86000 POITIERS
Tél : 05 49 44 37 69 Fax : 05 49 44 39 72
Courriel : omedit@chu-poitiers.fr

Figure 14 – Protocole de recueil des informations selon [5]

5.2 Résultats

78 déclarations entre mai 2010 et juin 2012.

- Déclarations :

52 par des pharmaciens d'officine
6 par des préparateurs
11 par des pharmaciens hospitaliers
4 par le médecin traitant
5 par des infirmiers diplômés d'états (IDE)

- Prescripteurs :

11 établissements de la région avec 35 services de soins concernés

- Difficultés observées par les déclarants

Une perte de temps lors de la délivrance ou de l'administration a été estimée à 30 minutes en moyenne (5 min à 2 jours).
Afin d'obtenir les informations manquantes, les déclarants ont dû appeler le service de soins ou la pharmacie hospitalière.
Un retard dans la prise en charge médicamenteuse du patient a été observé dans 38% des cas.
Une consultation auprès du médecin traitant ou un retour à l'hôpital a parfois été nécessaire.

Les types d'informations manquantes ont été détaillés (Fig. 15):

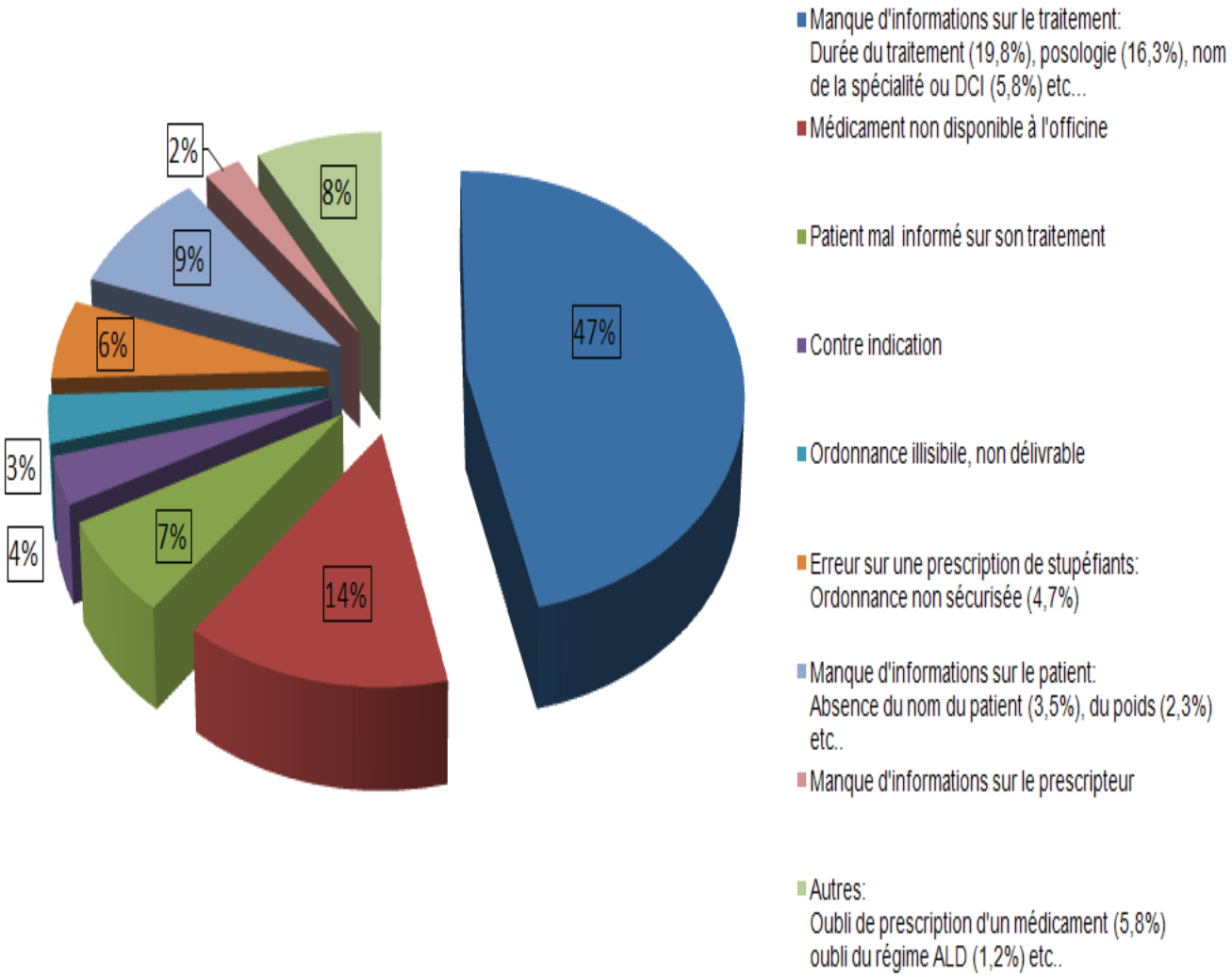


Figure 15 - Répartition des dysfonctionnements déclarés par types selon [5]

5.3 Actions mises en place

Parallèlement à ce recueil des dysfonctionnements rencontrés avec les ordonnances de sortie d'hospitalisation, l'OMEDIT Poitou-Charentes a souhaité sensibiliser les prescripteurs à l'importance de la bonne rédaction des ordonnances. Un court enseignement en Faculté de médecine est réalisé dans ce sens (Fig. 16).

D'autre part, une check-list au format poche a été réalisée (Fig. 17 a et b), à l'intention des prescripteurs et plus particulièrement des internes. Tous les éléments indispensables à une prescription y sont répertoriés afin d'améliorer les ordonnances de sortie et diminuer les problèmes de dispensation en ville.

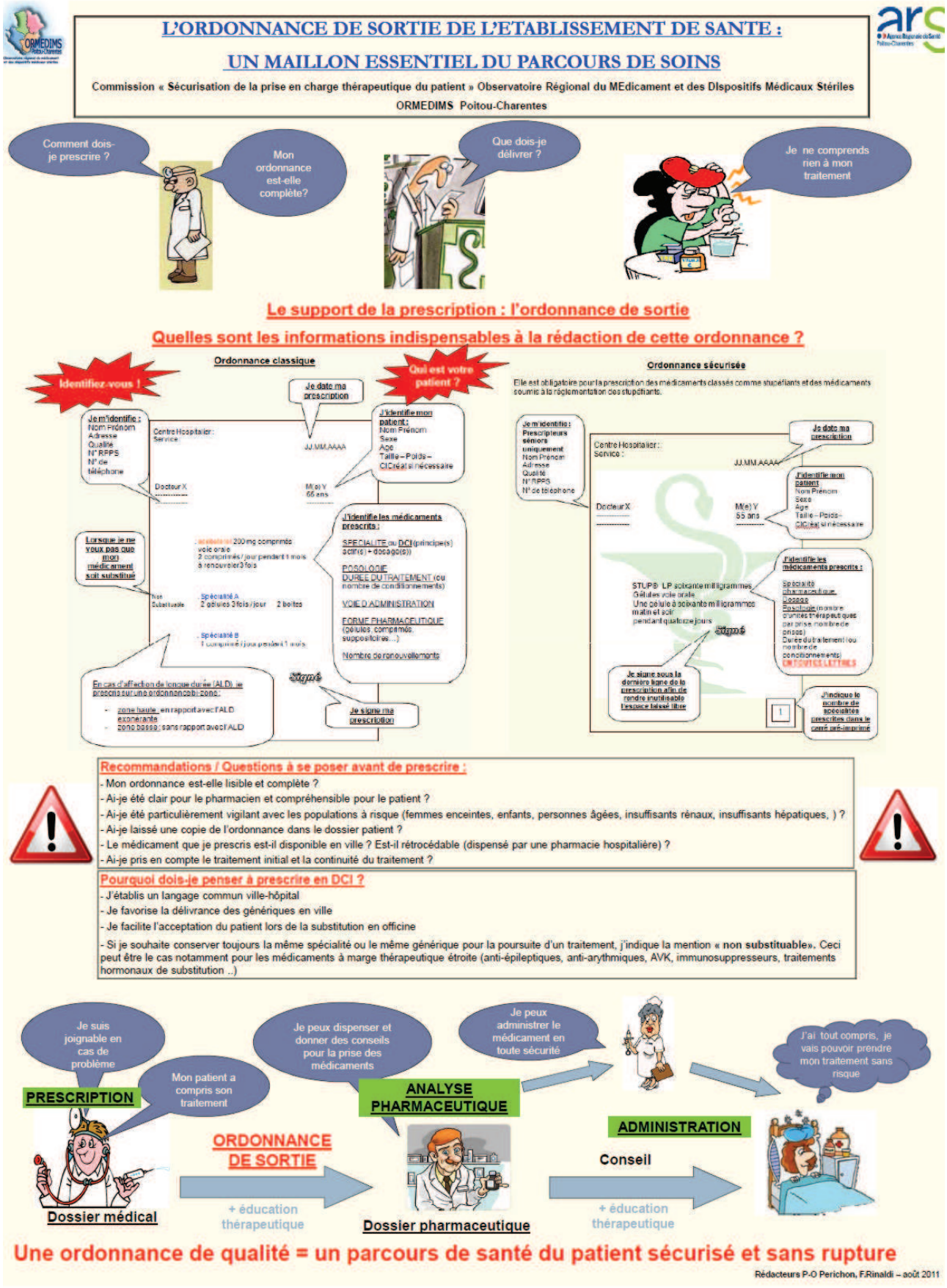


Figure 16 – Sensibilisation des prescripteurs selon [51]

CHECK-LIST ORDONNANCE « Prescription de sortie » Version 10/2013

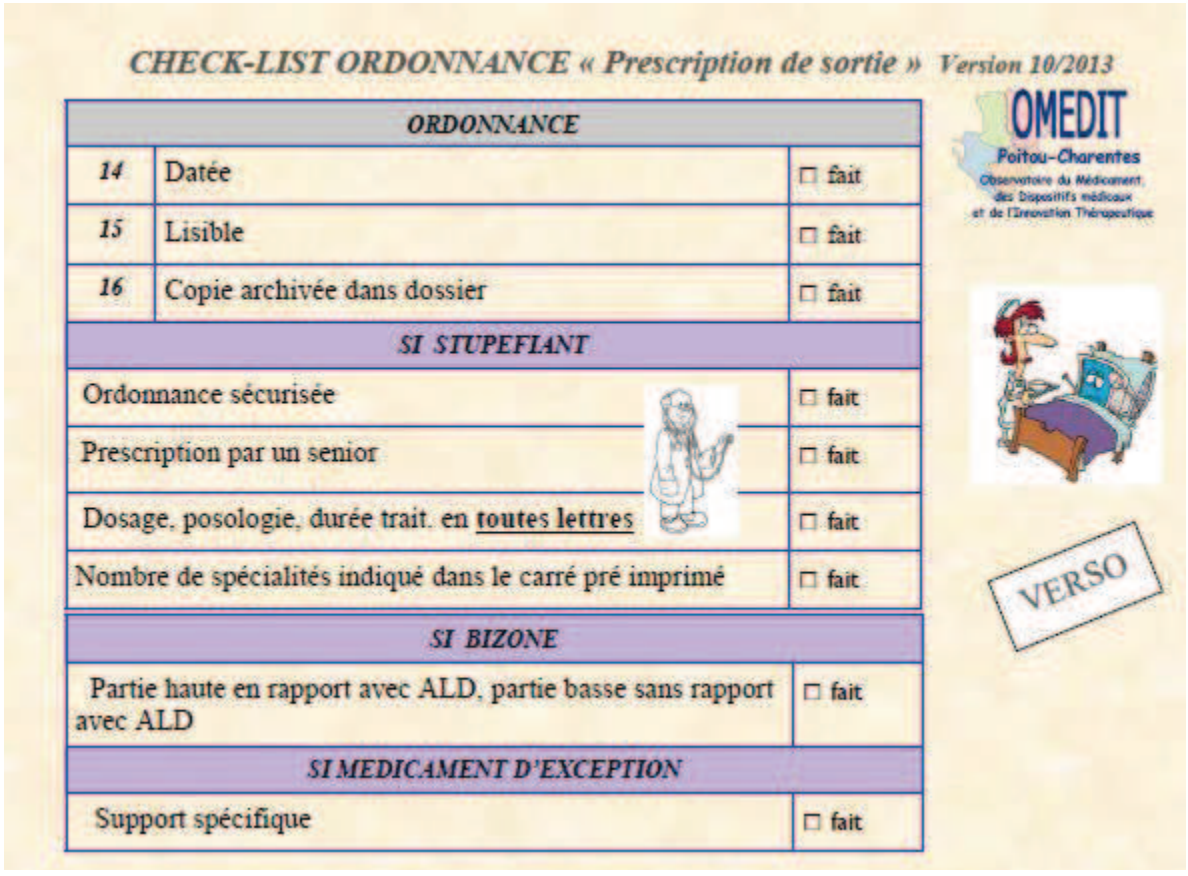
OMEDIT Poitou-Charentes
Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique

RECTO

	PRESCRIPTEUR	
1	Nom Senior coché	□ fait
2	N° téléphone présent	□ fait
3	N° et code barre RPPS présent	□ fait
4	Nom et Signature (lisibles) présents sous la dernière ligne	□ fait
	PATIENT	
5	Etiquette présente	□ fait
6	Taille, poids, clairance créat si nécessaire présents	□ fait
	TRAITEMENT	
7	Disponibilité du traitement en ville vérifiée	□ fait
8	Nom indiqué en DCI ou nom de spécialité indiqué avec « non substituable »	□ fait
9	Dosage noté	□ fait
10	Forme pharmaceutique présente	□ fait
11	Posologie indiquée et si besoin heure et date de la 1ère prise	□ fait
12	Voie d'administration précisée	□ fait
13	Durée du traitement avec nombre de renouvellements noté	□ fait

Figure 17a – Check list ordonnance selon [51]

Figure 17b – Check list ordonnance selon [51]



CHECK-LIST ORDONNANCE « Prescription de sortie » Version 10/2013

OMEDIT Poitou-Charentes
Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique

VERSO

	ORDONNANCE	
14	Datée	☐ fait
15	Lisible	☐ fait
16	Copie archivée dans dossier	☐ fait
	SI STUPEFIANT	
	Ordonnance sécurisée	☐ fait
	Prescription par un senior	☐ fait
	Dosage, posologie, durée trait. en toutes lettres	☐ fait
	Nombre de spécialités indiqué dans le carré pré imprimé	☐ fait
	SI BIZONE	
	Partie haute en rapport avec ALD, partie basse sans rapport avec ALD	☐ fait
	SI MEDICAMENT D'EXCEPTION	
	Support spécifique	☐ fait

6. BILAN DE l'HAS ET DE L'ANAES [4, 8]

La prescription du traitement de sortie, à poursuivre à l'issue du séjour, joue un rôle capital dans la continuité des soins, le patient ne consultant souvent son médecin traitant qu'après un certain délai. Les auteurs s'accordent, par ailleurs, sur le fait que la qualité de rédaction des ordonnances et les explications qui les accompagnent en améliorent l'observance.
Une étude pratiquée dans le cadre d'une thèse de doctorat en médecine (58), portant sur cent ordonnances de sortie rédigées à l'issue d'une hospitalisation dans le département de médecine interne de l'hôpital Cochin, s'attache tant au fond qu'à la forme afin d'apprécier la pertinence des ordonnances.

Concernant la rédaction des prescriptions, qui conditionne leur bonne compréhension par le pharmacien comme par le patient, les principales erreurs dénombrées sont :

- Une mauvaise graphie : écriture illisible, fautes d'orthographe, abréviations ;
- Des fautes d'inattention pouvant entraîner des confusions de dénomination, de dosage
- Un manque de précision de la posologie, de la durée de traitement, des régimes associés.

L'analyse d'un questionnaire adressé à 9 pharmaciens d'officine et de 43 ordonnances hospitalières présentées dans une pharmacie, sur une période de 15 jours, met en évidence les dysfonctionnements suivants :

- Défaut de qualité de la rédaction des ordonnances :
    - Le nom du prescripteur n'est pas noté ou est illisible (75 % des cas) ;
    - Le tampon du service n'est pas présent (75 % des cas) ;
    - Le prescripteur est difficile à joindre en cas de nécessité (65 % des cas).

- Ordonnances incomplètes :
    - Le dosage des médicaments n'est pas précisé, alors qu'il en existe plusieurs (90 % des cas) ;
    - Il manque du matériel nécessaire à l'administration du médicament (aiguilles pour stylo injecteur d'insuline par exemple).

- Ordonnances imprécises :
    - La durée du traitement n'est pas indiquée
    - Les caractéristiques des dispositifs médicaux ne sont pas citées : taille, diamètre, références. 25 % des pharmaciens interrogés soulèvent aussi la question des caractéristiques des produits hospitaliers, différentes de celles des dispositifs disponibles en ville ;
    - Les ordonnances confiées au pharmacien d'officine comportent des médicaments de la réserve hospitalière, obligatoirement délivrés par la pharmacie de l'hôpital ;
    - Les prescriptions concernent des médicaments à un dosage hospitalier, non disponibles en ville ;
    - Les protocoles spécifiques ne sont pas toujours appliqués (prescription restreinte, médicaments d'exception, stupéfiants) ;
    - Les produits prescrits sont sur le point d'être commercialisés, mais non encore disponibles.

- Autres :
    - Les prescriptions de produits non pris en charge par la sécurité sociale selon le TIPS (tarif interministériel des prestations de santé). Ces produits ne sont pas non plus remboursés par les mutuelles ; de plus, tous les patients n'ont pas de couverture complémentaire. Dans ces situations, il est possible d'obtenir des aides financières auprès de différents organismes par l'intermédiaire du service social de l'établissement ;
    - Les dysfonctionnements occasionnés par les sorties d'hôpital le samedi après-midi quand le pharmacien ne dispose pas du médicament prescrit, la livraison étant impossible le samedi soir.

- D'autres aspects relatifs à la qualité des ordonnances de sortie ont été soulevés par les membres du groupe de travail :
    - Le non-respect pour certaines thérapeutiques des indications et autorisations de mise sur le marché ;
    - La mauvaise utilisation des ordonnances bizones de prise en charge à 100 % ;
    - Les modifications ou arrêt de prescriptions antérieures non clairement spécifiés
    - Le problème posé lors du séjour par la poursuite du « traitement personnel » géré par le patient ;
    - La discordance fréquente entre le traitement spécifié sur la lettre de sortie remise au patient et celui figurant sur le courrier de sortie reçu ultérieurement par le médecin désigné par le patient ;
    - Le défaut d'anticipation des prescriptions relatives aux thérapeutiques délivrées par la pharmacie hospitalière, occasionnant des déplacements inutiles pour le patient, le défaut d'information sur l'endroit où le patient peut se les procurer ;
    - L'oubli des prescriptions d'examens complémentaires nécessaires au suivi du traitement ;
    - Le défaut d'information du patient sur les interactions médicamenteuses possibles avec des antalgiques qui seraient pris en automédication

RESUME

La prise en charge médicamenteuse en établissement de santé doit permettre une utilisation sécurisée, appropriée et efficiente du médicament pour tous les patients.

Il s'agit d'un processus complexe, et risqué du fait de sa complexité, de la multiplicité des acteurs intervenants aux différentes étapes du parcours, de la diversité des organisations et des différents points de transition (entrée, transfert, sortie) qu'emprunte le patient lors de son parcours de soins.

De nombreux projets ont été mis en place afin de garantir la sécurité et la continuité des soins du malade tout au long de son parcours de santé.

Malgré cela, de nombreuses failles peuvent subsister et mettent en péril la qualité des soins notamment au moment de la sortie d'hospitalisation.

Interpellé de façon récurrente sur des problèmes rencontrés en ville dus à des ordonnances de sortie hospitalière, l'OMEDIT Poitou-Charentes a réalisé en 2009 une étude régionale sur le sujet.

Elle a permis de mettre en évidence un manque de communication entre le monde hospitalier et libéral au travers des différents problèmes rencontrés.

La nouvelle loi de santé 2014 met d'ailleurs l'accent sur le parcours de santé, avec l'objectif que ce ne soit plus au patient de coordonner lui-même la série d'actes ou d'interventions dont il a besoin, mais aux professionnels, qui devront mieux coopérer.

Notre travail a donc consisté à analyser les dysfonctionnements dans la continuité de la prise en charge médicamenteuse en Haute Normandie (OMEDIT) entre l'hôpital et la ville par une analyse des ordonnances de sorties.

TRAVAUX PERSONNELS

PARTIE II : ENQUETE REGIONALE SUR LES DYSFONCTIONNEMENTS DES ORDONNANCES DE SORTIES HOSPITALIERES EN HAUTE-NORMANDIE

INTRODUCTION

Les prescriptions de sortie d'hospitalisation constituent une étape importante dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, comme décrit précédemment.

Sur le modèle de l'étude lancée en région Poitou-Charentes [51], l'OMEDIT de Haute-Normandie a organisé une enquête régionale sur la qualité des prescriptions de sortie d'hospitalisation afin d'améliorer le lien ville-hôpital et d'identifier les problèmes éventuels pouvant retentir sur la prise en charge des patients et la continuité de leurs soins.

1. MATERIELS ET METHODES

L'enquête est issue d'une réflexion pluridisciplinaire avec les membres du Comité de pilotage de l'OMEDIT, regroupant des prescripteurs et pharmaciens hospitaliers, l'ARS, l'Assurance maladie, le Centre Régional de Pharmacovigilance et les URPS Pharmaciens, Infirmiers et Médecins de la région Haute-Normandie.

Le but de cette enquête est dans un premier temps d'identifier les difficultés rencontrées en ville pour dispenser un médicament, réaliser un acte ou assurer une continuité de traitement suite à une prescription hospitalière.

Dans un deuxième temps, grâce à un retour d'information auprès des établissements de santé, améliorer la qualité des prescriptions de sortie et sensibiliser les prescripteurs à ce sujet.

Le lancement de cette enquête a été réalisé en mai 2013, en assurant sa diffusion auprès des établissements de santé via l'OMEDIT (Annexe 1) par un mail envoyé aux Directeurs, Présidents de CME et de COMEDIMS, Pharmaciens et auprès des professionnels libéraux via les URPS pharmaciens et infirmiers, et l'Ordre Régional des Pharmaciens. Suite au mail envoyé aux établissements, certains hôpitaux ont souhaité rentrer dans cette étude en nous transmettant les problèmes rencontrés lors de transferts d'hospitalisation. Leurs déclarations

sont prises en compte dans l'étude régionale, mais sont en nombre limité puisque la cible principale est la ville.

Pour réaliser cette enquête, une fiche de signalement des dysfonctionnements rencontrés en ville a été élaborée par le Comité de pilotage de l'OMEDIT, sur la base de celle utilisée en Poitou-Charentes. Il s'agit d'une fiche permettant de décrire la situation rencontrée le plus finement possible, avec des cases à cocher représentant les situations les plus fréquentes.

Suite à un test de ces fiches par des professionnels en ville, il a été décidé de réaliser une version pour les pharmaciens d'officine (annexe 2).

En cas de problème rencontré en ville, une fiche de signalement doit être remplie par le professionnel et transmise, avec une copie de l'ordonnance anonymisée, à l'OMEDIT de Haute-Normandie (ou à l'URPS qui le transmettra ensuite à l'OMEDIT).

L'OMEDIT assure ensuite une synthèse régionale semestrielle et un retour auprès des déclarants et des établissements de santé.

Le retour auprès de chaque établissement de santé concerné est réalisé dans le but de corriger si besoin certains points récurrents, notamment par un paramétrage informatique différent ou une information des praticiens.

La fiche de signalement a été le support principal de l'étude.

DESCRIPTION DE LA FICHE DE SIGNALEMENT

Différents items composent cette fiche.

1.1 La date de la déclaration

1.2 L'identification du déclarant

Le tampon de l'officine ou du professionnel de santé hospitalier

1.3 La provenance et la date de l'ordonnance de sortie

Le nom de l'établissement d'où provient l'ordonnance, le service de soins concerné, les dates de prescription et de présentation de l'ordonnance doivent être inscrites.

Une case non identifiable pour chaque item a également été prévue le cas échéant.

L'identification ou non du prescripteur est également à remplir.

1.4 Le problème rencontré

Il peut être de deux types : un problème de prescription, ou un problème d'organisation.

1.4.1 Problème de prescription

Il peut s'agir de médicament non disponible en officine. En effet certains produits de santé ne peuvent être dispensés que par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé.

La non-conformité réglementaire de l'ordonnance peut être en cause. Dans ce cas, le déclarant devra en préciser le motif.

Le support de prescription peut être inapproprié concernant certains médicaments spécifiques comme les stupéfiants ou les médicaments dits d'exception. Dans ce cas une ordonnance spécifique doit être utilisée.

Il peut s'agir d'un problème de lisibilité de l'ordonnance ou bien d'une préparation magistrale à réaliser.

L'insuffisance d'information que ce soit au niveau du dosage, de la posologie ou de la durée du traitement peut être déclarée.

Une case « autre » a été ajoutée pour permettre le signalement d'autres problèmes.

Enfin le dernier item concerne la présence éventuelle de contre-indications ou d'interactions majeures au niveau médicamenteux.

1.4.2 Problème d'organisation

Il peut s'agir d'un manque d'anticipation de la sortie d'hospitalisation. Cela concerne essentiellement les médicaments onéreux, généralement absents du stock des officines (exemple : certaines chimiothérapies orales).

Le manque d'information sur la ou les prises des médicaments dans l'établissement le jour de la sortie peut également devenir un problème.

Une case « autre » permet de signaler tout autre problème.

1.5 Les conséquences pour le patient

Parmi les conséquences possibles, il peut exister un retard dans la prise du traitement voire l'interruption d'un traitement si le médicament n'est pas disponible.

Une redondance avec le traitement habituel peut également être retrouvée.

Un retour à l'établissement pour dispensation par la pharmacie à usage intérieur peut également se produire.

Tout autre problème est à justifier dans la case « autre » prévue.

1.6 Les médicaments concernés

Le médicament ayant posé un problème au niveau de sa posologie, son dosage, sa durée de traitement ou par la présence de contre-indications ou d'interactions doit être entouré sur l'ordonnance jointe avec la fiche de déclaration.

1.7 Les modalités d'obtention des informations manquantes ayant permis la dispensation

Les informations manquantes peuvent être obtenues soit auprès du patient ou de son entourage, soit auprès de l'établissement de santé.

Dans ce cas les informations ont-elles étaient faciles ou difficiles à obtenir ?

Qui a fourni les informations manquantes ? Le médecin prescripteur, un autre médecin de l'établissement, une Infirmière du service, une secrétaire ou bien la pharmacie de l'établissement ?

Sur quel support cette information a-t-elle été transmise ? Par fax, mail, courrier, de façon verbale ou grâce à un autre moyen de communication.

Enfin une case « commentaire » est présente pour permettre au déclarant de transmettre toute observation qui lui parait importante.

2. RESULTATS

Dans le cadre de notre enquête régionale, 43 ordonnances ont été transmises par des pharmaciens (annexe 3).

2.1 Identification du déclarant

79% des ordonnances envoyées à l'OMEDIT dans le cadre de cette étude proviennent de pharmacies d'officine de la région Haute-Normandie (Fig. 18).

21% proviennent du centre hospitalier d'Yvetot notamment, par l'intermédiaire et des Docteurs Bounoure et Letellier, pharmaciens.

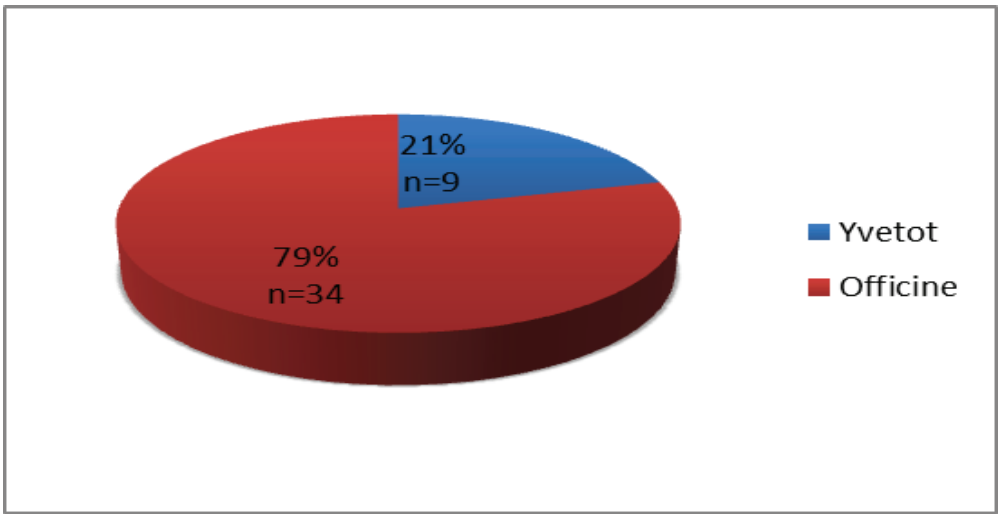


Figure 18 - Identification du déclarant

2.2 Identification du prescripteur

L'identification du prescripteur a pu être possible dans 86% des ordonnances concernées (Fig. 19)

Sur les 6 ordonnances où le prescripteur n'était pas identifiable, 50% proviennent du centre hospitalier d'Elbeuf et plus particulièrement du service des urgences. Sur aucune de ces ordonnances aucun nom de médecins n'a été coché sur le côté de l'ordonnance.

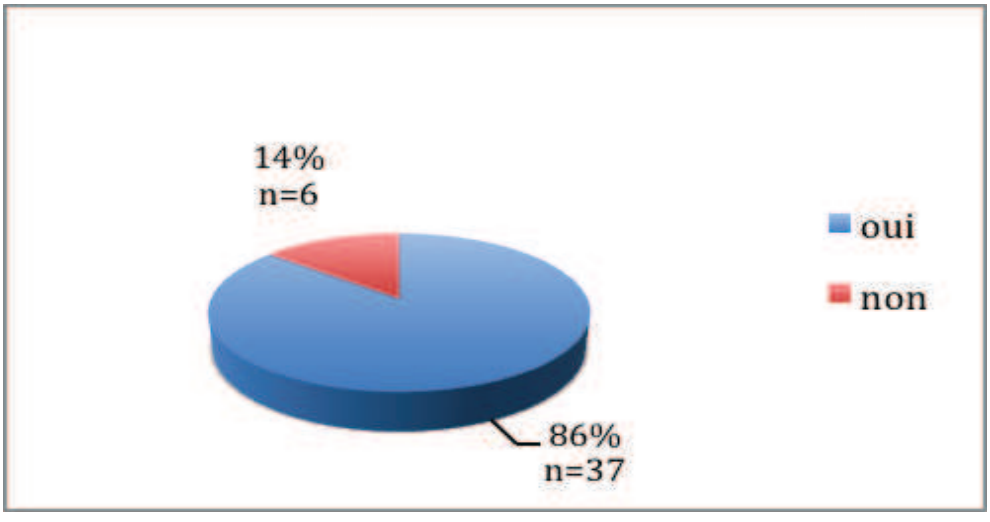


Figure 19 - Identification du prescripteur

2.3 Provenance des ordonnances de sorties

Plus de la moitié des ordonnances concernées ont été issus du CHU Charles Nicolle de Rouen. (Fig. 20)

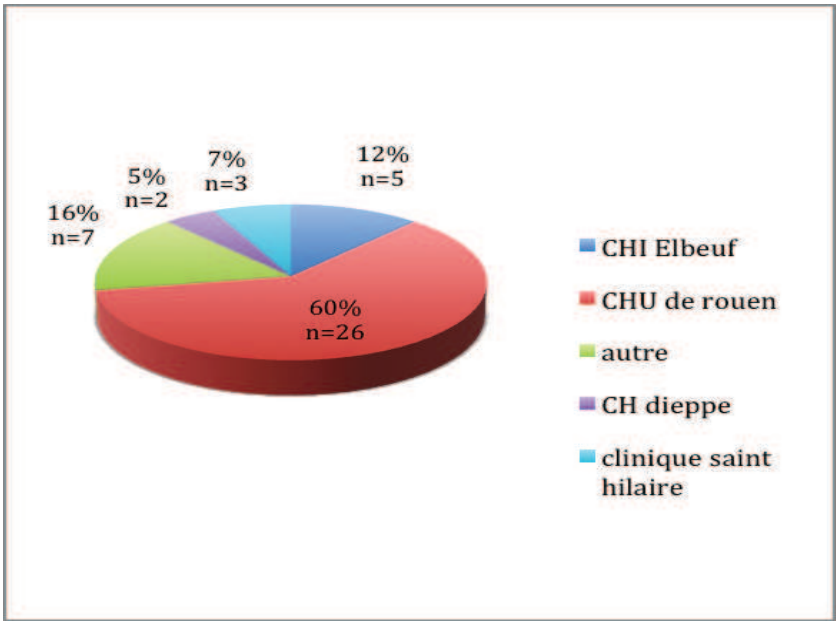


Figure 20 - Provenance de l'ordonnance de sortie

Le CHU de Rouen comprend quatre sites : le centre hospitalier de Charles Nicolle, le centre hospitalier de Bois guillaume et de Saint Julien, ainsi que l'établissement d'hébergement pour

12% proviennent du Centre hospitalier intercommunal d'Elbeuf Louviers.

La clinique Saint Hilaire, située en face du CHU de Rouen (Charles Nicolle) représente 7% des ordonnances de l'étude et le centre hospitalier de Dieppe, 5%

7 ordonnances sont issues d'autres centres hospitaliers de la Normandie (Rouvray, de Lisieux) dont une est issue de l'Hôtel Dieu APHP, Paris.

Les ordonnances de l'étude proviennent majoritairement des services de soins de pneumologie et de pédiatrie (Figure 21), comptabilisant respectivement 7 et 5 ordonnances.

4 ordonnances ont été émises par chacun des services de soins suivant : médecine interne gériatrique, hépato-gastroentérologie et chirurgie.

Les services de cardiologie, d'oncologie et de psychiatrie ont représenté 3 ordonnances chacun.

Les services de soins urgences, médecine interne, SSR, physiologie digestive, urinaire et respiratoire, ophtalmologie, maladie infectieuse et tropicale, gynécologie et endocrinologie ont émis 10 ordonnances.

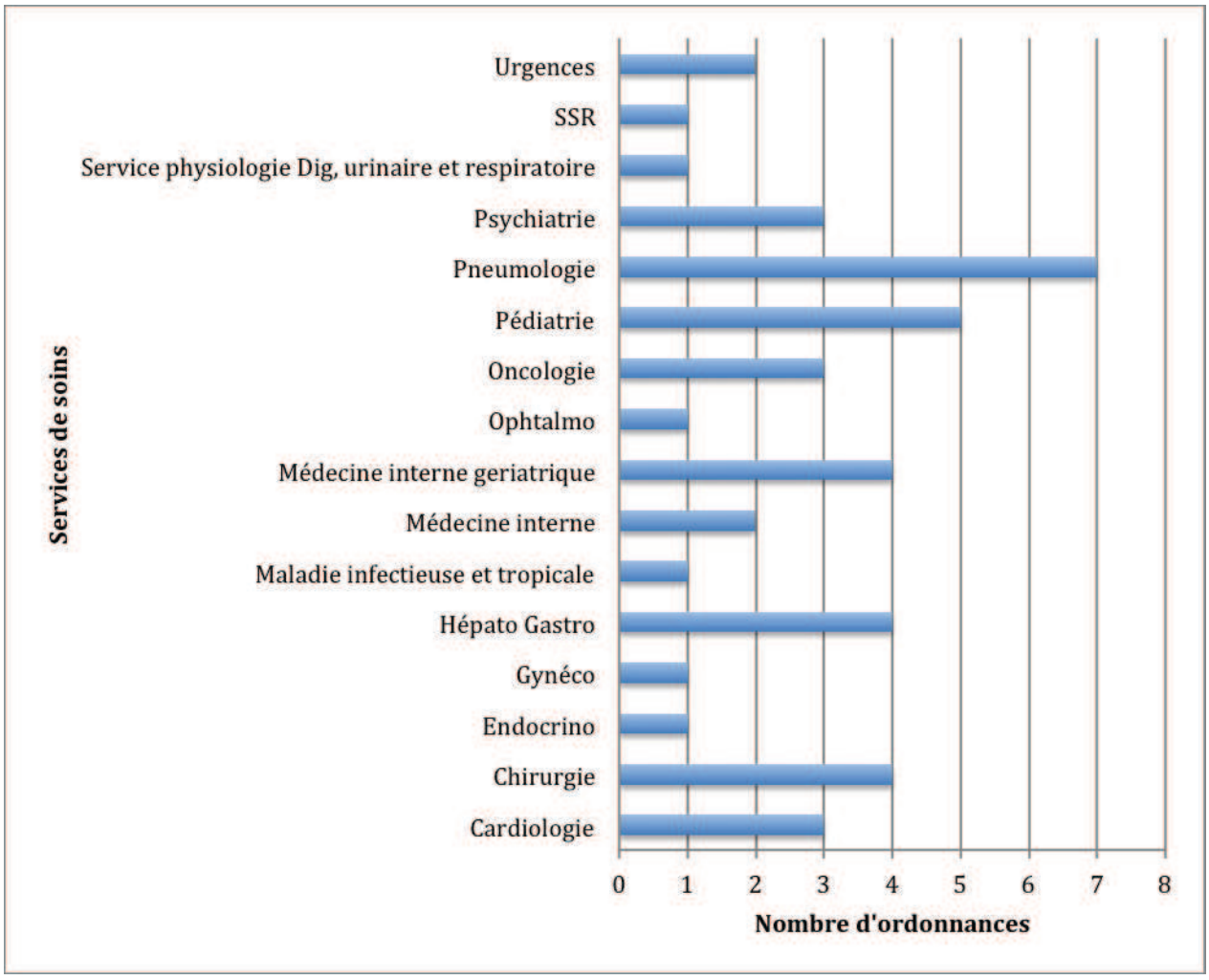


Figure 21 - Services de soins concernés

2.4 Problèmes rencontrés

Deux problèmes principaux ont été ciblés dans le cadre de l'étude :

- Problèmes liés à la prescription.
- Problèmes liés à l'organisation.

Les trois quarts des dysfonctionnements ont été liés à un problème de prescription et un quart lié à l'organisation. (Fig. 22).

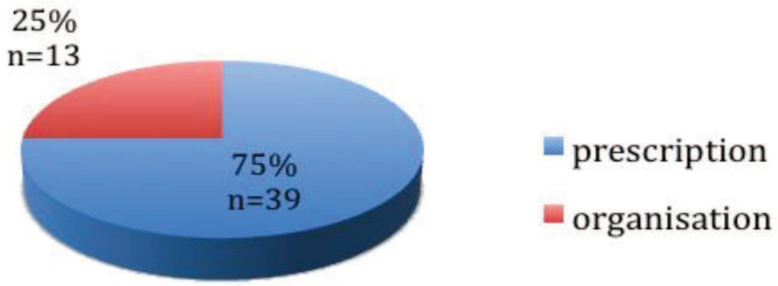


Figure 22 : Problèmes rencontrés

12 des 43 ordonnances de l'étude présentent des problèmes à la fois de prescription et d'organisation.

2.4.1 Problème de prescription

Les dysfonctionnements retrouvés au niveau de la prescription sont majoritairement la non-conformité réglementaire et l'insuffisance d'information, représentant 40,5% des ordonnances étudiées dans chacun des deux cas (Fig. 23). Les 19% restants concernent la non disponibilité des médicaments en officine.

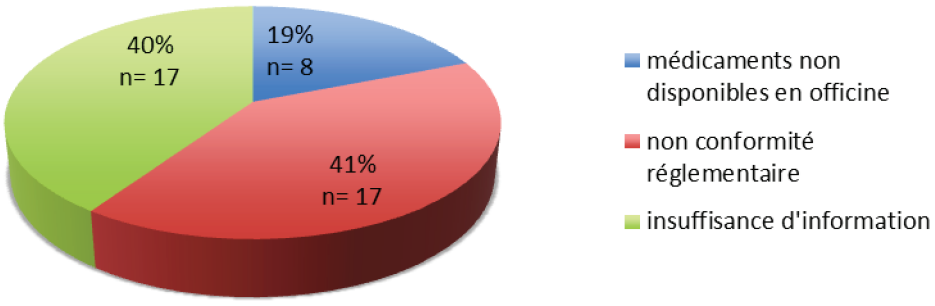


Figure 23 - Problème au niveau de la prescription

2.4.1.1 Médicaments non disponibles en officine

Deux ordonnances de témozolomide (Témodal®), une de deméclocycline (Alkonatrem®) et une de tétrahydrobioptérine (Kuvan®) ont été rapportées dans l'étude.

Les patients se sont présentés à l'officine ne sachant pas que ces médicaments n'y étaient pas disponibles.

2.4.1.2 Non-conformité réglementaire

Sur ces 40,5%, plus de la moitié a concerné des médicaments stupéfiants (Fig. 24) comme la morphine (Skénan®), l'oxycodone (Oxycontin®) ou le fentanyl (Durogésic®) prescrits sur des ordonnances simples et non sur des supports sécurisés.

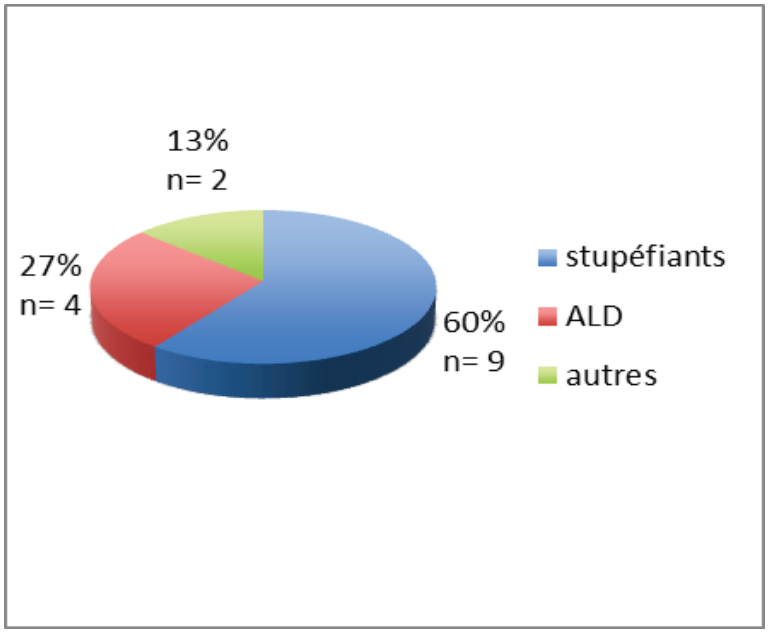


Figure 24 - Non-conformité réglementaire

L'absence de support correct est également retrouvée pour les traitements de longue durée. Le prescripteur écrit sur une ordonnance simple la mention ALD prise en charge à 100%, au lieu d'utiliser une ordonnance bizone prévue à cet effet.

Une prescription d'ondansétron (Zophren®) sans support d'exception a été rapportée ainsi qu'une prescription de ciclosporine (Restasis®) sans demande d'autorisation temporaire d'utilisation.

D'autres problèmes ont été observés comme l'absence du nom du malade ou celle du prescripteur, l'absence de la signature du médecin ou la prescription initiale par un médecin

libéral d'un médicament soumis à prescription hospitalière réservé aux spécialistes et/ou aux services spécialisés en pneumologie, en cardiologie ou en médecine interne comme le sildénafil (Revatio®) dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire.

2.4.1.3 Insuffisance d'information

31% des erreurs de prescription sont dues à une insuffisance d'information au niveau du traitement du patient (Fig. 25).

Plus de la moitié a été causée par un manque d'information au niveau du dosage retrouvé pour des médicaments comme l'allopurinol (Zyloric®), l'acide folique (Spéciafoldine®) ou la fluticasone (Flixotide®).

Des absences de posologie et de durée de traitement ont également été rapportées.

D'autres dysfonctionnements ont été observés comme la prescription d'insuline (Insulatard®) chez un diabétique mais sans aiguilles, une ordonnance de pansements sans information comme la dimension ou la prescription d'une perfusion d'ampoule de calcium sans kit de perfusion ni bloc de potence associé.

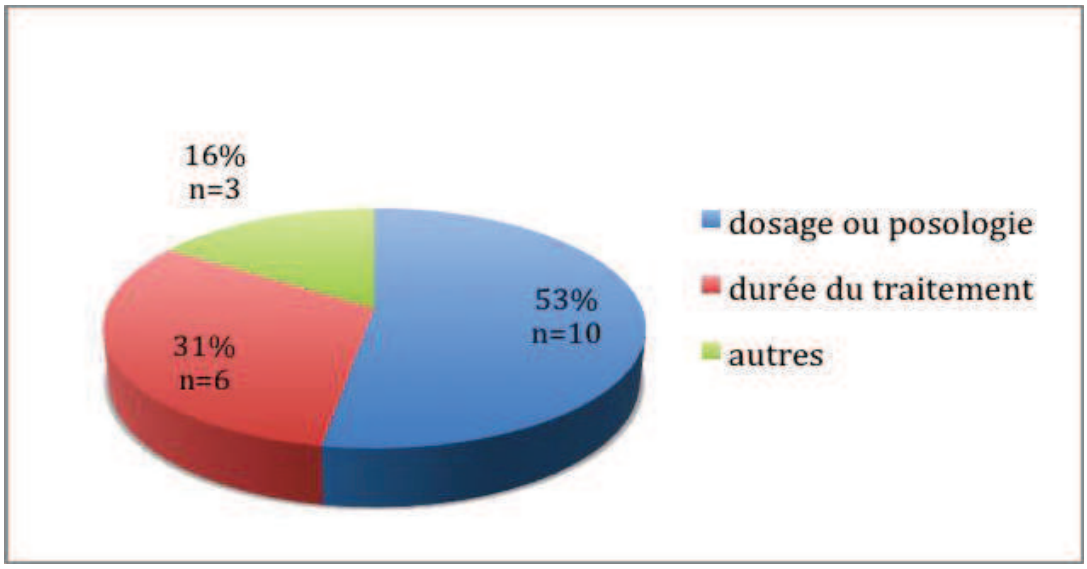


Figure 25 - Insuffisance d'information

2.4.2 Problème d'organisation

Un peu moins de deux tiers des problèmes organisationnels sont dus à un manque d'information sur les médicaments prescrits au sein de l'établissement de santé. (Fig. 26)

Cela concerne particulièrement les médicaments retrocédables, uniquement disponibles auprès de pharmacies à usage intérieur. Les produits incriminés ont été des médicaments de chimiothérapie comme le témozolomide (Témodal®), un médicament indiqué dans le traitement du syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique : la

deméclocycline (Alkonatrem®), et la tétrahydrobioptérine (Kuvan®) indiqué dans l'hyperphénylalaninémie.

Les patients n'avaient pas reçu l'information que ces produits n'étaient pas disponibles en ville.

Les problèmes d'anticipation de sortie d'hospitalisation ont représenté 22% des problèmes rencontrés.

Les pharmacies d'officine ne possèdent pas, pour la plupart, certains médicaments très onéreux ou prescrits de façon ponctuelle.

De ce fait les patients qui viennent à l'officine avec ces prescriptions peuvent voir leur traitement interrompu le temps de la livraison du produit par le grossiste. La continuité des soins n'est pas assurée.

Des prescriptions de rivaroxaban (Xarelto®) et d'érythropoïétine (Eprex®) ont été rapportées et classées dans cette catégorie d'événement.

14% concernent des problèmes d'organisation divers.

Nous pouvons citer deux exemples :

- Un patient a été orienté vers un cardiologue libéral pour une ordonnance de sildénafil (Revatio®), médicament soumis à prescription hospitalière. Le patient a été désorienté car il ne savait pas à qui s'adresser pour sa prise en charge après explication du pharmacien.

- Concernant une ordonnance de complément alimentaire, Frésubin Mégaréal fibres® 500ml : La femme du patient a commandé le produit qui n'était pas en stock dans l'officine. Le pharmacien passe commande auprès de son grossiste. Mais 48h plus tard, la patiente revient avec comme nouvelle information que le CHU prescripteur travaille avec un sous-traitant (ce qui est surprenant dans le cadre du libre choix du patient !). Résultat pour le pharmacien d'officine trente minutes de perdu avec son grossiste au téléphone pour bien cibler le complément alimentaire et deux caisses de produits retourner au fournisseur.

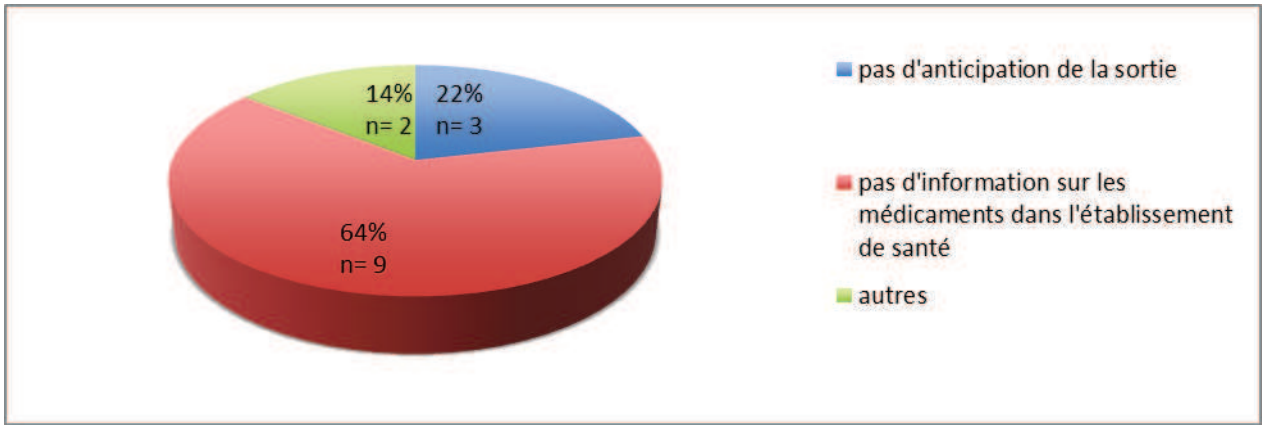


Figure 26 - Problème au niveau de l'organisation

2.5 Conséquences pour le patient

Tous ces problèmes ont des répercussions sur le patient.

La conséquence pour le patient est un retard dans la prise de son traitement dans la moitié des cas. (Fig. 27)

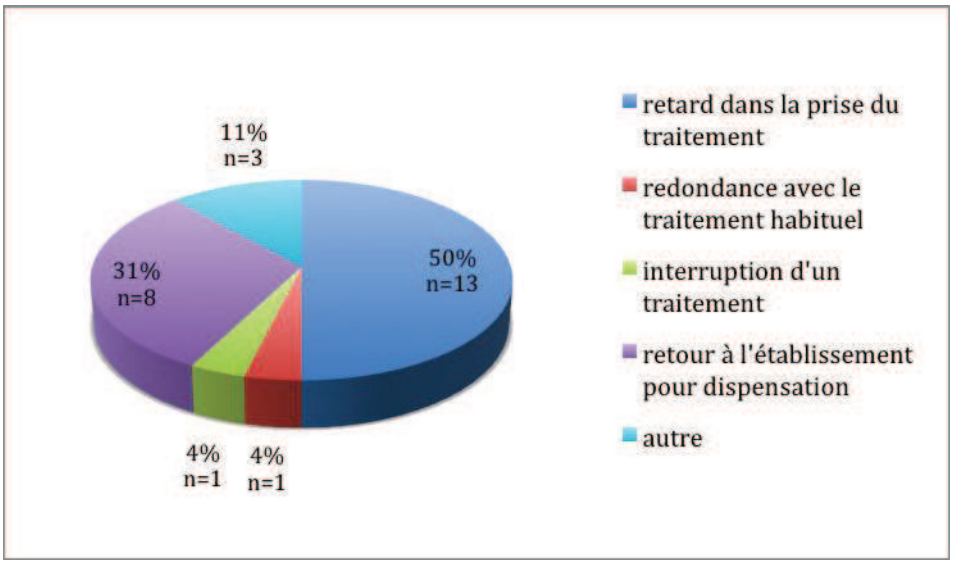


Figure 27 - Conséquences pour le patient

Un médicament non disponible en officine peut prendre au maximum vingt-quatre heures pour être disponible. Cela concerne des médicaments onéreux et inhabituels. L'anticipation de la sortie d'hospitalisation concernant ces médicaments est un enjeu pour une prise en charge optimum dans le cadre de la continuité des soins.

De même si l'ordonnance présente un défaut au niveau réglementaire comme :

- Des stupéfiants sur une ordonnance non sécurisée.
- Des produits d'exception sur une ordonnance non prévue à cet effet.
- Des traitements d'affection longue durée, non prescrits sur une ordonnance bizone.
- L'absence du nom ou de la signature du prescripteur.
- L'absence du nom du patient.

Il peut y avoir un retard dans la prise en charge du patient, le temps de contacter le service ou le médecin concerné et que ce dernier renvoie une ordonnance au pharmacien par le support de son choix (courrier, fax…).

31% des patients ont été obligés de retourner dans un établissement de santé pour se voir dispenser leurs médicaments, notamment lorsqu'ils sont en réserve hospitalière, et donc non disponibles en ville.

Ce manque de communication au sujet du traitement et des conditions d'obtention de ce dernier, entre le patient et les professionnels de santé hospitalier, entraine une perte de temps ainsi qu'un possible retard voire une interruption de la prise.

L'interruption et la redondance du traitement sont rares. Ils représentent chacun 4% du « désagrément » causé aux patients.

Les 11% restants sont représentés par des conséquences variées :

- Une perte de temps pour les patients devant retourner à l'établissement de santé pour la dispensation des médicaments ou la remise de nouvelles ordonnances réglementairement correctes.
- Une perte de remboursement pour une personne ayant une prescription ALD non réalisée sur une ordonnance bizone.
- Une perte de confiance dans le système de soins.

2.6 Modalités d'obtention des informations manquantes nécessaires à la dispensation

Dans 40 % des cas, l'obtention des informations manquantes nécessaires à la dispensation a été faite après un échange verbal avec le patient et dans 60% des cas, auprès de l'établissement de soins après un appel téléphonique. (Fig. 28)

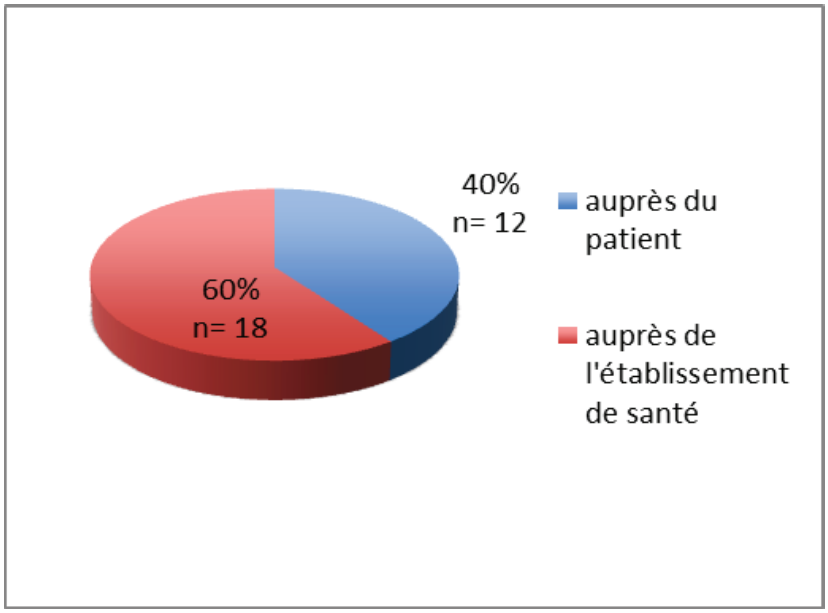


Figure 28 - Modalités d'obtention des informations

2.6.1 Qui donne l'information manquante dans l'établissement ?

Dans la moitié des cas l'information a été donnée par le médecin prescripteur lui-même

(Fig. 29)

L'information a été donnée par un autre médecin de l'établissement dans 21% des cas et par un infirmier diplômé d'état pour 29%.

Aucune information n'a été donnée par une secrétaire ou par la pharmacie de l'établissement.

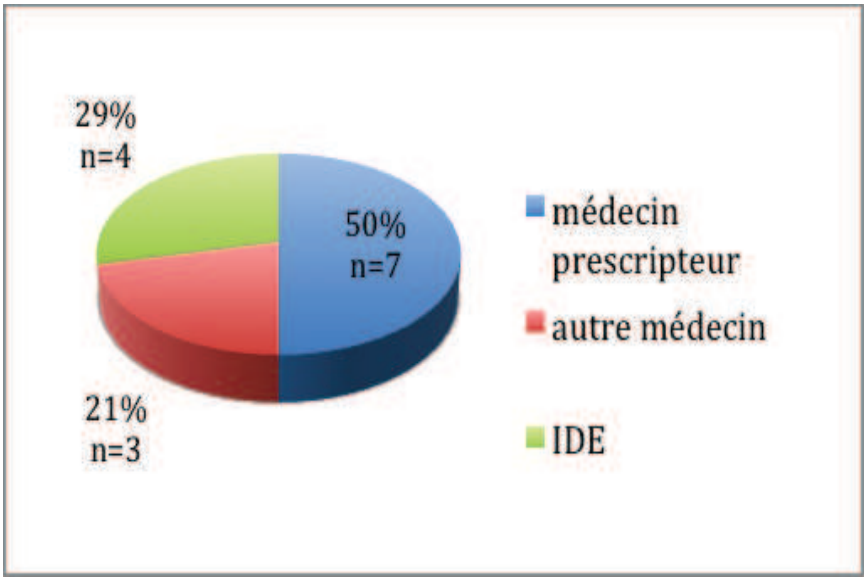


Figure 29 - D'où vient l'information ?

2.6.2 Sur quel support ?

65% des informations fournies se font de manière orale par téléphone (Fig. 30).

C'est au pharmacien de compléter sur l'ordonnance la mention « en accord avec le médecin »

23% des informations ont été transmises par fax et l'envoi d'un courrier s'est effectué dans 12% des cas.

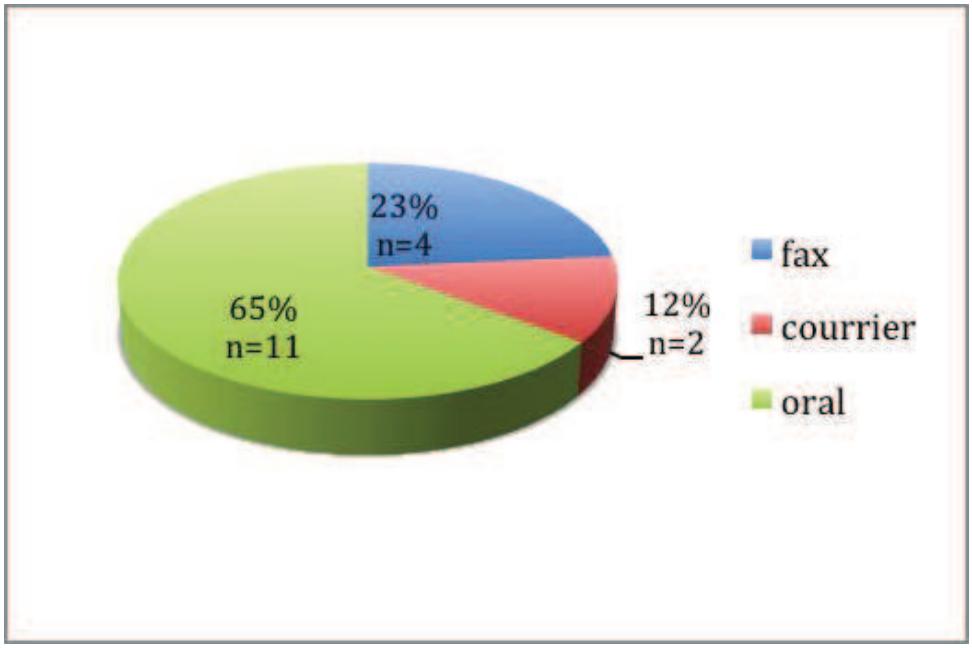


Figure 30 - Support de l'information

2.7 Support de l'ordonnance

L'informatisation des prescriptions a représenté 66%, soit les deux tiers des ordonnances analysées. (Fig. 31).

Malgré un système de prescription majoritairement informatisée, les erreurs restent importantes. Ceci indique que l'informatisation peut générer des risques.

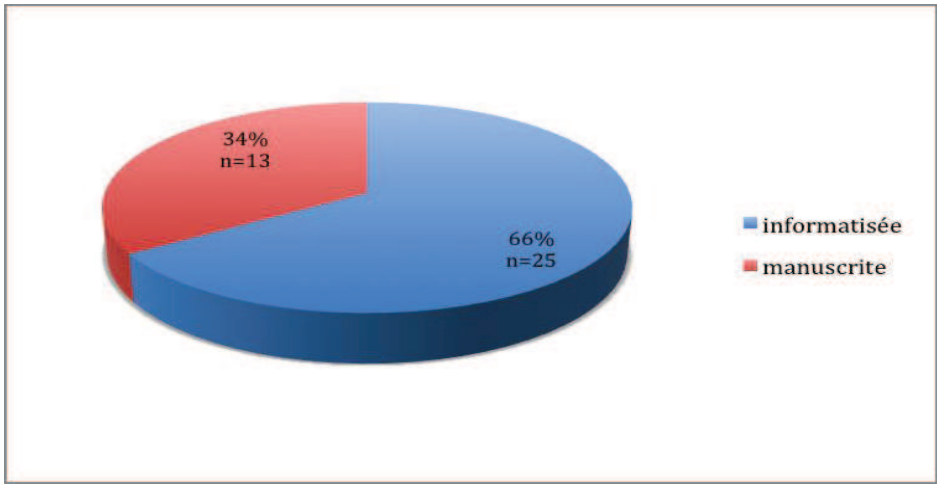


Figure 31 - Support de prescription

3 DISCUSSION

L'étude met en avant les principaux problèmes que sont le manque d'information et de communication.

- Le manque d'information des professionnels de santé sur la réglementation en matière de prescription.

Ceci se traduisant au sein de l'étude par la prescription de médicaments sur le mauvais support.

Une étude publiée dans le magazine « UFC que choisir » [52] a révélé que les étudiants en médecine avaient une trop faible connaissance des molécules pharmaceutiques. L'étude pointant du doigt le nombre trop faibles d'heures de cours consacrées à la pharmacologie. Moins d'une centaine d'heures tout au long du cursus alors que la société européenne de pharmacologie recommande un minimum de 120 heures.

L'Omédit Poitou-Charentes a créé une check-list au format poche [51] à l'intention des prescripteurs et plus particulièrement des internes. Tous les éléments indispensables à une prescription y sont répertoriés afin d'améliorer les ordonnances de sortie et diminuer les problèmes de dispensation en ville.

Cette formation peu dense au niveau thérapeutique des études médicales peut entrainer des erreurs au niveau des posologies, des dosages ou de la durée de certains traitements.

Le pharmacien a son rôle à jouer à ce niveau car il est le professionnel du médicament au sein de l'établissement.

La vérification des ordonnances au niveau de la pharmacie interne de l'établissement ou au sein même des services de soins par un pharmacien responsable de la conciliation médicamenteuse pourrait diminuer ces erreurs.

Les externes en pharmacie au sein des services de soins peuvent également remplir cette fonction de conciliation comme cela est déjà entrepris dans le service de médecine interne du CHU de Rouen.

- Le manque de communication entre les professionnels de santé de l'établissement et le patient ou son entourage.

Un grand nombre d'erreurs pourraient être évitées si une bonne communication orale ou écrite entre les différents partis était réalisée.

Dans notre étude cette défaillance de communication se traduit essentiellement au niveau de la prescription de médicament seulement disponible dans des pharmacies à usage intérieur.

Le patient n'en étant pas informé se dirige tout naturellement vers son pharmacien d'officine et se trouve dans l'incapacité de se voir dispenser son ordonnance. Ce défaut de communication entraine ainsi une perte de temps inutile pour un patient déjà malade ou un entourage préoccupé.

Cette perte de temps pouvant entrainer un retard dans la prise du traitement et des frais de déplacements supplémentaires.

Une mention « médicament disponible uniquement auprès de la pharmacie de l'établissement » apposé sur l'ordonnance pourrait régler ce problème.

- Le manque de communication entre les professionnels de santé de ville et hospitalier

Le lien ville/hôpital apparait comme un enjeu majeur du parcours de soins.

Dans le cadre de notre étude une meilleure communication pourrait sensiblement améliorer la prise en charge des patients sortant d'une hospitalisation.

Cette communication a permis, dans le cadre de l'étude, de résoudre le problème d'identification de prescripteur sur les ordonnances émanant du service des urgences du centre hospitalier d'Elbeuf.

En effet la présence dans les groupes de travail de Haute-Normandie du pharmacien gérant de la pharmacie à usage intérieur de cet établissement a permis de faire remonter l'information auprès des personnels soignants du service.

L'anticipation de la sortie hospitalière est un point de travail important afin d'assurer la continuité des soins.

A l'instar du courrier de fin d'hospitalisation envoyé au médecin traitant, pourquoi ne pas imaginer un courrier pharmaceutique envoyé à la pharmacie « référente » du patient ?

Les sorties d'hospitalisation se faisant généralement l'après-midi, l'envoi de ce courrier par un support type fax, mail pourrait se faire le matin même.

Ce courrier regrouperait les informations concernant l'hospitalisation du patient ainsi que son ordonnance de sortie.

Le pharmacien pourrait, dans ce cas, commander les médicaments prescrits non disponibles au sein de son officine, demander des précisions sur certains traitements ou produits et vérifier l'exactitude réglementaire de la prescription.

En cas de non-conformité, une nouvelle ordonnance pourrait ainsi être transmise dans les temps sans que cela ne porte préjudice au patient.

Dans le cadre du renforcement du lien ville/hôpital, la création en 2009 de l'agence des systèmes informatisés de santé (ASIP) a permis la mise en place de MSSanté. [53]

C'est le nom donné au système mis en place par les pouvoirs publics avec l'ensemble des Ordres professionnels afin de développer les messageries sécurisées de santé. Ces messageries doivent permettre à tous les professionnels de santé d'échanger entre eux par email, rapidement et en toute sécurité, des données personnelles de santé de leurs patients (compte-rendu de consultation ou d'hospitalisation, résultats d'analyses ou tout document d'information jugé utile à la prise en charge coordonnée du patient), dans le respect de la réglementation en vigueur.

L'utilisation de MSSanté simplifie les échanges entre professionnels de santé, dans l'intérêt du patient. L'envoi par courrier électronique sécurisé est rapide, sûr et confidentiel. Il contribue ainsi à améliorer la coordination des parcours et les coopérations entre professionnels de santé de différentes disciplines.

Au niveau régional ce système est en cours d'expérimentation. Il concerne le CHU de Rouen, CRICC Becquerel, la clinique du Cèdre ainsi qu'une vingtaine de pharmacies d'officines.

En région Franche Comté ce système est déjà utilisé pour les traitements de chimiothérapies. [54]

CONCLUSION

La continuité des soins est un élément primordial pour une prise en charge thérapeutique optimale. C'est un enjeu majeur de santé publique.

Les points de transition (entrée, transfert, sortie d'hospitalisation) sont des points sensibles et critiques de cette prise en charge. En effet des erreurs aux conséquences plus ou moins importantes pour les patients peuvent survenir.

Les priorités d'action concernent en particulier les processus internes hospitaliers (formation, supervision, organisation, dossier patient), la continuité de l'information ville/hôpital et la collaboration interprofessionnelle

La prescription et l'échange informatisé entre professionnels de santé sont les prochaines évolutions technologiques qui faciliteront la communication aux interfaces et la détection des problèmes médicamenteux. Toutefois il faut relativiser l'impact de ces évolutions qui apporte, certes, une amélioration dans la prise en charge du patient mais comme toute nouveauté apporte son également son lot de nouvelles erreurs potentielles. Aucun système n'est infaillible.

La préparation de la sortie du patient se fait très en amont de l'acte de sortie, car comme nous l'avons présenté précédemment elle devrait commencer dès l'admission voire même la préadmission. Il s'agit donc d'un processus complexe, comportant de nombreux segments et impliquant de nombreux acteurs de différentes professions. Son amélioration ne peut donc s'envisager que dans une approche pluriprofessionnelle. Compte tenu de la diversité des services impliqués, l'amélioration touche aussi bien les actes professionnels que les interfaces organisationnelles entre les différents intervenants (par exemple : l'ordonnance bien rédigée est un acte professionnel, l'envoi du compte rendu d'hospitalisation relève de l'interface organisationnelle). L'amélioration globale du processus de sortie ne peut donc se limiter à l'amélioration d'une pratique professionnelle, mais doit s'intéresser aux liens formels et informels existant entre les professionnels et les services concernés.

Différents points de vue sont à envisager pour qualifier une sortie de réussie :

- Le patient ;
- L'entourage du patient ;
- Les médecins et les professionnels soignants de l'établissement de soins ;
- Les médecins et les professionnels soignants ambulatoires ;
- Les professionnels administratifs ;
- Les professionnels sociaux ;
- Les professionnels de l'institution qui reçoit le patient, le cas échéant.

Ces différents intervenants n'ont pas tous la même vision d'une sortie réussie, leurs critères peuvent être différents sans toutefois être exclusifs les uns des autres. Ils sont à la fois clients et fournisseurs les uns par rapport aux autres (selon l'application du modèle de la relation client- fournisseur dans les processus) et c'est dans ce double rapport qu'il sera nécessaire d'envisager leur participation à la démarche.

La mise en œuvre de la démarche d'amélioration du processus de sortie du patient devra impliquer, comme dans toute démarche d'amélioration de la qualité, des représentants de l'ensemble des acteurs directs du processus. Il sera nécessaire d'impliquer les acteurs internes à l'établissement mais également les intervenants externes, dans la mesure où une sortie réussie nécessite d'envisager le devenir du patient après son départ de l'institution.

L'implication de tous les intervenants pourra se faire soit par leur participation à un groupe de travail, soit par un questionnement par le biais d'un questionnaire, d'interviews, de *focus groups*…, leur mode de participation dépendra de la représentativité voulue pour chaque type d'intervenant, des possibilités d'organisation et du type d'améliorations recherchées. Par exemple, on pourra facilement impliquer dans le groupe de travail les représentants des personnels internes à l'établissement, pour les intervenants externes, on pourra choisir d'organiser des *focus groups* ou de réaliser des interviews individuelles. On pourra éventuellement intégrer dans le groupe de travail un représentant des usagers

Si personne ne conteste la nécessité d'améliorer la situation, les solutions ne sont pourtant pas immédiates.

Tous les professionnels de santé doivent être concernés par ce problème afin de respecter la continuité des soins et de sécuriser la prise en charge du patient.

BIBLIOGRAPHIE

[1] http://www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html consulté le 10 juin 2014

[2] loi de santé 2014, http://www.social-sante.gouv.fr/strategie-nationale-de-sante,2869/actualites,2874/calendrier,2883/article-4,16499.html, consulté 20 juin 2014

[3] Donzat D., Omedit ARS ile de France, Réunion régionale du 19 janvier 2012, http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Internet.iledefrance.0.html

[4] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circuit1.pdf

[5] http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do consulté le 10 juin 2014

[6] Rapport du « guichet erreurs médicamenteuses » de l'Afssaps de juillet 2010 http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_qualite_de_la_prise_en_charge_medicamenteuse.pdf

[7] CCECQA Rapport final : les événements indésirables liés aux soins extrahospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes, août 2009 : étude EVISA ; http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_qualite_de_la_prise_en_charge_medicamenteuse.pdf

[8]ANAES / Service évaluation des pratiques / novembre 2001

[9] SFPC, Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse 1ère édition. 2006. http://www.omedit-basse-normandie.fr/gallery_files/site/1533/1534/1571/2192/2824/4679.pdf

[10] AAQTE, http://www.acronymfinder.com/Association-pour-l'Assurance-Qualit%C3%A9-en-Th%C3%A9rapeutique-et-l'Evaluation-(AAQTE).html consulté 10 juin 2014

[11] Michel, P et al, Les évènements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ENEIS_1.pdf

[12] Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004. Dossiers Solidarité et Santé n°-17 2010 Résultats. DREES., Mai 2005. 398 ; http://www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies,6507.html

[13] ANSM, Hospitalisations dues aux effets indésirables des médicaments : résultats d'une étude nationale. Point sur la nouvelle campagne d'information sur les traitements anticoagulants antivitamine K. Les matinées avec la presse, 25 Sept 2008. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/EMIR.pdf

[14] HAS and Evalor, La conciliation des traitements médicamenteux du patient à son admission dans un établissement de santé. Projet MED'REC MEDication RECconciliation. L'initiative HIGH 5s : Agir pour la sécurité des patients. OMS. Janvier 2010 https://www.high5s.org/pub/Main/France/communique-med-rec-evalor.pdf

[15] Bates DW1, Spell N, Cullen DJ, Burdick E, Laird N, Petersen LA, Small SD, Sweitzer BJ, Leape LL. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. Adverse Drug Events Prevention Study Group. JAMA, 1997. 277(4) : p. 307-11

[16] Wong, J., et al., Medication reconciliation at hospital discharge : evaluating discrepancies. Ann Pharmacother, 2008. 42(10) : p. 1373-9.

[17] Sullivan C1, Gleason KM, Rooney D, Groszek JM, Barnard C. Medication reconciliation in the acute care setting : opportunity and challenge for nursing. J Nurs Care Qual, 2005. 20(2) : p. 95-8

[18] Reconcile medication at all transitions points. IHI Patient Safety Medication System Changes. Cambridge, MA. Institute for Healthcare Improvement. http://www.ihi.org/resources/Pages/Changes/ReconcileMedicationsatAllTransitionPoints.aspx

[19] Tam, V., Sandra R. Knowles, Patricia L. Cornish, Nowell Fine, Romina Marchesano, Edward E. Etchells. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. CMAJ, 2005. 173(5): p. 510-5.

[20] Cornish, P., Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, Etchells EE. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Intern Med, 2005. 165(4) : p. 424-9.

[21] Barger, RC. and J. Barger, Pharmacist, nurse cooperate in taking drug histories. Hospitals, 1976. 50(17): p. 93-4.

[22] Cohen, J., Wilson C, and Ward F, Improve drug history taking. Pharmacy in Practice, 1998. 1: p. 13-6.

[23] Drewett, M., Stop regular medication errors. Pharmacy in Practice, 1998. 8 (5) : p. 193-6.

[24] Gleason KM, Groszek JM, Sullivan C, Rooney D, Barnard C, Noskin GA, Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. Am J Health Syst Pharm, 2004. 61(16): p. 1689-95.

[25] Santell, JP., Reconciliation failures lead to medication errors. Jt Comm J Qual Patient Saf, 2006. 32(4): p. 225-9.

[26] Stuffken, R. and T. Egberts, Discontinuities in drug use upon hospital discharge. Pharm World Sci, 2004. 26(5): p. 268-70.

[27] Manuel de certification des établissements de santé V2010 révisé avril 2011. HAS http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1439924/fr/manuel-de-certification-des-etablissements-de-sante-v2010-revise-avril-2011

[28] Indicateurs de qualité du dossier du patient généralisés en MCO Campagne 2010 Analyse descriptive des résultats agrégés 2010 et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats. HAS http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/ipaqss_rapport_mco_2011.pdf

[29] Capele C, Lions I, welcomme N. Nouvelles erreurs de prescription liées à l'informatisation du circuit du médicament. Congrès convergences Santé Hopital, Lille, 2010.

[30] Vialle et al. L'informatisation de la prescription génère-t-elle un nouveau type d'erreur? Hopipharm, Marseille, 2009

[31] Arques-Armoiry, D. Cabelguenne, C. Stamm, A. Janoly-Dumenil, I. Grosset-Grange, N. Vantard, P. Maire, B. Charpiat. Problèmes médicamenteux les plus fréquemment détectés par l'analyse pharmacothérapeutique des prescriptions dans un Centre Hospitalier Universitaire. La revue de Medecine Interne. 2010; 31(12): 804-811.

[32] Gerard C, Armoiry X, Caminet N, Hutasse E, Dode X, Billard M. Analyse pharmaceutique des prescriptions informatisées dans un service de cardiologie : étude rétrospective sur 12 semaines. Strasbourg. 2006.

[33] Rucart PA, Messaouik D, Deligeard E, Gremeau I, Pinon V, Cassagnes J et al. Bilan de l'activité pharmaceutique liée à l'informatisation du circuit du médicament dans un service de cardiologie. Poitiers. 2007

[34] Campbell EM, Sittig DF, Ash JS, Guappone KP, Dykstra RH. Types of unintended consequences related to computerized provider order entry. J Am Med Inform Assoc. 2006; 13: 457-556.

[35] Grangeasse L, Fagnoni-Legat C, Chaigneau L, Medjoub M, Larosa F, Bracco-Nolin CH et al. Prescription informatisée et protocolisée des chimiothérapies : risque iatrogène résiduel et interventions pharmaceutiques. J Pharm Clin. 2006; 25(1): 33-8.

[36] Colpaert K, Claus B, Somers A, Vandewoude K, Robays H, Decruyenaere J. Impact of computerized physician order entry on medication prescription errors in the intensive care unit : a controlled cross-sectional trial. Critical Care 2006; 10(1): R21.

[37] Shulman R, Singer M, Goldstone J, Bellingan G. Medication errors: a prospective cohort study of hand-written and computerized physician order entry in the ICU. Critical Care. 2005; 9: R516-R521.

[38] Koppel R, Metlay JP, Cohen A, Abaluck B, Localio AR, Kimmel SE et al. Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors. JAMA. 2005; 293: 1197-1203.

[39] Bates DW, Teich JM, Lee J, Seger D, Kuperman GJ, Ma'Luf N et al. The impact of computerized physician order entry on medication error prevention. J Am Med Inform Assoc.1999; 6: 313-321.

[40] Vasseur M, Ostojski E, Gautier N, Senis C, Gransard C, Floret Cl. Informatisation du circuit du médicament : sécurisation ou iatrogénie Congrès convergences Santé Hopital, Lille, 2010.

[41] High 5, https://www.high5s.org/pub/Manual/TrainingMaterials/High_5s_Project_Overview_Fact_Sheet_FR.pdf consulté le 20 juin 2014

[42] Reconcile medication at all transitions points. IHI Patient Safety Medication System Changes. Cambridge, MA. Institute for Healthcare Improvement. http://www.ihi.org/resources/Pages/Changes/ReconcileMedicationsatAllTransitionPoints.aspx

[43] Rabi, S. and R. Padiyara, Pharmacist-administered admission histories: focus on immunizations in medication reconciliation. Ann Pharmacother, 2008. 42(5): p. 728-9.

[44] Vira, T., M. Colquhoun, and E. Etchells, Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. Qual Saf Health Care, 2006. 15(2): p. 122-6.

[45] Endo, J. and K. Jacobsen, Medication reconciliation in Wisconsin: insights from a local initiative. WMJ, 2006. 105(8): p. 42-4.

[46] Bassi, J., F. Lau, and S. Bardal, Use of information technology in medication reconciliation: a scoping review. Ann Pharmacother, 2010. 44(5): p. 885-97.

[47] http://www.dmp.gouv.fr consulté le 10 mai 2014

[48] http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP consulté le 10 mai 2014

[49] http://www.sante.gouv.fr/programme-national-pour-la-securite-des-patients-pnsp.html consulté le 10 mai 2014

[50] http://www.omedit-hautenormandie.fr/ consulté le 10 mai 2014

[51] L'ordonnance de sortie, maillon essentiel du parcours patient. Approche régionale en Poitou-Charentes. G.Bouguéon; G.Chapelle; J.Faucher-Grassinet membres de la Commission Sécurisation de la Prise en Charge Thérapeutique, OMEDIT Poitou-Charentes https://omedit.esante-poitou-charentes.fr/portail/service/webeditor/fckeditor_2.2/editor/gallery_files/site/80/532/993/1020/1288.pdf

[52] http://ufc-quechoisir-tours.org/actuformationmedecins.html consulté le 20 juin 2014

[53] https://www.mssante.fr/ consulté le 20 juin 2014

[54] http://www.oncolie.fr/espace-patients-et-proches/les-cancers-expliques/chimiotherapie/ consulté le 20 juin 2014

ANNEXES

Annexe 1 : mail d'information

Objet : Enquête régionale qualité des prescriptions de sortie
Importance : Haute

Mesdames, Messieurs,
Chers confrères,

Les prescriptions de sortie d'hospitalisation constituent une étape importante, indispensable à la continuité des soins notamment à domicile.

L'OMEDIT de Haute-Normandie va organiser, à partir du mois de mars 2013, une **étude régionale sur la qualité des prescriptions de sortie d'hospitalisation** afin d'améliorer les liens ville-hopital et d'identifier les problémes pouvant retentir sur la prise en charge des patients et la continuité des soins (une phase de test est actuellement en cours).

Notre enquête est issue d'une **réflexion pluridisciplinaire**, en lien avec des prescripteurs et pharmaciens hospitaliers et les URPS Pharmaciens, Infirmiers et Médecins de notre région.

Il **s'agit, pour les professionnels libéraux, d'identifier les difficultés rencontrées en ville pour dispenser un médicament, réaliser un acte ou assurer une continuité de traitement.**

En cas de problème, une fiche de renseignement (cf. modèles ci-joint) pourra être envoyée à l'OMEDIT, qui assurera une**synthèse régionale anonymisée** semestrielle.

Un retour sera réalisé auprès de chaque établissement de santé concerné afin de pouvoir identifier et corriger si besoin certains points (notamment par un paramétrage informatique différent ou une information des praticiens).

Bien évidemment cette enquête n'a pas pour but de comparer les établissements entre eux, ni de dupliquer l'indicateur IPAQSS de la HAS à ce sujet, mais d'apporter un regard complémentaire.Une enquête menée en région Poitou-Charentes depuis 2009 a permis d'identifier des pistes d'amélioration importantes.

Restant à votre disposition pour tout complément d'information, nous vous adressons nos cordiales salutations.

ANNEXE 2 : fiche renseignement pharmaciens

Lien ville – établissement de santé: la sortie du patient/la consultation

Fiche de signalement

D'un dysfonctionnement sur le support de prescription de sortie d'un établissement

Joindre une copie de l'ordonnance anonymisée

DATE DE LA DECLARATION: 12 / 04 / 13

IDENTIFICATION DU DECLARANT: (FACULTATIF)

PROVENANCE ET DATE DE L'ORDONNANCE DE SORTIE:

Etablissement: Hopital Lisieux ☐ Non identifiable Service: Pneumologie ☐ Non identifiable

Date de la prescription: 11 / 04 / 13 Date de présentation de la prescription: 12 / 04 / 13

Prescripteur: ☒ Identifiable ☐ Non identifiable

PROBLEME RENCONTRE:

☒ Sur la prescription
- ☐ Illisibilité ☐ Non conformité réglementaire; Précisez le motif: _____
- ☒ Médicament(s) non disponibles(s) en officine
- ☐ Préparation magistrale à réaliser
- ☐ Support de prescription non approprié pour les stupéfiants/médicaments d'exception
- ☐ Insuffisance d'information
  - ☐ Sur le dosage ou la posologie ☐ Sur la durée du traitement ☐ Autre: _____
- ☐ Contre-indication(s), interaction(s) majeure(s)

☐ Sur le traitement
- ☐ Traitement injectable: Manque d'informations sur les dates et horaires d'injection
- ☐ Autre: _____

☒ Sur l'organisation
- ☒ Pas d'anticipation de la sortie: médicament onéreux non en stock à l'officine
- ☐ Pas d'information sur la ou les prise(s) des médicaments dans l'établissement le jour de la sortie
- ☐ Autre: _____

CONSEQUENCES POUR LE PATIENT:

☐ Retard dans la prise du traitement ☐ Interruption d'un traitement

☐ Redondance avec le traitement habituel ☐ Autre: _____

MEDICAMENT(S) CONCERNE(S): à entourer sur l'ordonnance jointe

MODALITES D'OBTENTION DES INFORMATIONS MANQUANTES NECESSAIRES A LA DISPENSATION:

☐ Auprès du patient

☐ Auprès de la famille du patient

☒ Auprès de l'établissement de santé (appel téléphonique)
- ☒ Facilité de contact: ☒ Oui ☐ Non
- ☐ Informations données par:
  - ☒ Le médecin prescripteur ☐ Un autre médecin ☐ Une IDE du service ☐ Une secrétaire
- ☐ Support de l'information fournie:
  - ☐ Fax ☐ Mail ☐ Courrier ☐ Autre: _____
  - ☒ Aucun support, information orale uniquement

Commentaires (temps passé...): _____

Fiche de déclaration à retourner à l'URPS Pharmaciens de Haute-Normandie

Par mail : urps.pharmaciens-hn@orange.fr Par fax : 09 70 32 62 90

Par courrier : URPS Pharmaciens HN – Immeuble Montmorency 1 – Place de la Verrerie – 76100 ROUEN

ANNEXE 3 : ordonnances recueillies

1-MAR-2013 12:06 DE : A +0232880049 P.2/2

1

Centre Hospitalier Universitaire de Rouen

Hôpitaux de Rouen

Hôpital Charles Nicolle - 1, rue de Germont 76031 Rouen Cedex

Service d'Hépato-gastroentérologie et de Nutrition

Dr Ghassan RIACHI 10001963502
T : 02.32.88.66.33 Fax : 02.32.88.81.49

Accueil téléphonique et Consultations : 02.32.88.81.01
Rendez-vous Endoscopie-Proctologie : 02.32.88.68.62
Hospitalisation programmée : 02.32.88.86.13
E-mail : prenom.nom@chu-rouen.fr
N° FINESS 760780239.

Rouen le, 10/03/2013

MA HEL
Date de naissance : 1968

VANCOMYCINE PO 250 mg toutes les 6 heures jusqu'au vendredi 15 mars inclus.

Halima CHEDDANI Interne

1103130l

Dseize Hzcons
VANCOMYCINE 500mg

le 11/03/13

CENTRE HOSPITALIER
ASSELIN HEDELIN
76190 YVETOT
Mme LETELLIER E.
Pharmacien
N° 128 551 H

CHU de Rouen N° FINESS 760780239
Service de Pneumologie
et Unité de Soins Intensifs Respiratoires
Secrétariat 02.32.88.90.83
0232 88 92-36
Dr Dominique PAILLOTIN 10001945541

MI LEFI
Date de naissance : 2

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

Rouen le, 29/11/2012

Métoclopramide Sandoz 10 mg 40 comprimés sécables

D1 SOLUPRED 40mg, 1 cp le matin pour le 30/11/2012
D1 PRIMPERAN, 1 cp 3 fois par jour si nausées
D5 DEMECLOCYCLINE 150mg, 2 cp le matin et 2 cp le soir — 0712l202 D84cp : DEMECLOCYCLINE
D2 FORLAX, 2 sachets par jour si besoin

Sur ordonnance nominative :
ZARZIO 30MU/0,5ml, une injection sous cutané par jour du 01/12/2012 au 05/12/2012 inclus

le 30/11/12

QSP 3 semaines

NICHITA L. (FFI)

Philippe HACHECORNE
Pharmacien
8 rue des Victoires
76190 YVETOT
Tél. : 02 35 95 10 57
76 2 04 02 85

CENTRE HOSPITALIER
ASSELIN HEDELIN
76190 YVETOT
Mme LETELLIER E.
Pharmacien
N° 128 551 H

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

HÔPITAL DE BOIS GUILLAUME

4

CHI Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf . Louviers . Val de Reuil

Tél. Secrétariat : 02 32 96 35 19
Tél. Accueil : 02 32 96 23 30
Fax : 02 32 96 36 76

Praticiens Hospitaliers
- Dr Benoît BROUSSE Responsable de service RPPS 10001906236
- Dr Nidal AKOUM RPPS 10001918866
- Dr Akli AMER ALI RPPS 10001955812
- Dr Gisèle BERTIN RPPS 10001955979
- Dr Fabrice BOISHARDY RPPS 10001968624
- Dr Dhununjay CHITTOO RPPS 10001955144
- Dr Alain DELARUE RPPS 10004022876
- Dr Hélène De SAINT AUBIN RPPS 10005156210
- Dr Olivier GUILLEMARD RPPS 10004425186
- Dr Rosita HAAS RPPS 10001416220
- Dr Corinne JUSTINIEN RPPS 10001521177
- Dr Arnaud LACROIX RPPS 10100163374
- Dr Annie Claude LECOURT RPPS 10001965768
- Dr Ahmed MIFTAHOUDDINE RPPS 10001930832
- Dr Serge PAULA-PALMA RPPS 10100299006
- Dr Sandra PERRISSOUD RPPS 10001963023
- Dr Annie VALLOIS RPPS 10001909141

Assistants
- Dr Jean David HOUNKPATI RPPS 10005192579

Hôpital d'Elbeuf
Rue du Docteur Villers
Saint-Aubin-Lès-Elbeuf, BP 310
76503 ELBEUF Cédex
Tél. 02 32 96 35 35
Fax : 02 32 96 36 27
N° FINESS : 760000463

Pôle de Médecine d'Urgence et Imagerie
Urgences Elbeuf / UHCD

le 6.02.2014

Mlle
nés. 12ans 1/2,
45 kg

(1) Doliprane 500 mg sachet :
1 sachet x 6/j → 1 comprimé 4 fois par jour.
toutes les 4-6 h.
si douleur
QSP 7 j

(2) Attelle cheville Posture

SERVICE ACCUEIL URGENCES
CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL
ELBEUF / LOUVIERS / VAL DE REUIL
Tél. 02 32 96 35 19 - Fax 02 32 96 36 76
B.P. 310 - 76503 ELBEUF CEDEX

04/06/2013 16:59 0235963184

CHU de Rouen N° FINESS 760780239
Service d'Hépato-gastroentérologie et de Nutrition

Pr MICHEL P. 10001908853.

CH D
Date de naissance :

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

Rouen le, 04/06/2013

CAPECITABINE 500mg = XELODA
2 cp le matin dans les 30 minutes qui suivent le petit déjeuner avec un verre d'eau
2 cp le soir dans les 30 minutes qui suivent le repas avec un verre d'eau

De J1 a J14 inclus

CORTANCYL 20
2 cp le matin
de J1 à J14 inclus

TEMOZOLAMIDE 250 mg = TEMODAL
A jeun le soir avant le repas vers 18 h
Du 10° au 14° jour inclus

TEMOZOLAMIDE 20mg = TEMODAL
Du 10° au 14° jour inclus
A jeun le soir avant le repas vers 18 h
Du 10° au 14° jour inclus

3 cures

M. MASSINE (interne)

HOPITAL DE JOUR
D'ONCOLOGIE URO DIGESTIVE
Service d'Hépato Gastro-Entérologie
76031 CHU DE ROUEN
Tél : 02.32.88.13.53

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

PH DU MORTIER D'OR Fax 0235788467 22 Jan 2013

6

Centre Hospitalier Universitaire de Rouen

Hôpitaux de Rouen

Hôpital Saint Julien - 2, rue Danton - Le Petit Quevilly

Médecine Interne Gériatrie Thérapeutique

Secrétariat ☎ 02.32.88.65.91
Fax 02.32.88.64.19
E-mail : Secretariat.Geriatrie-Aigue.SJ@chu-rouen.fr

Dr Nadir KADRI 10001917748

N° FINESS 760780239

Rouen le, 21/01/2013

[redacted]
Date de naissance : 23/09/1922

MIANSERINE 10mg : 1 comprimé le soir
TEMESTA 1mg : 1 comprimé au coucher
KARDEGIC 75mg : 1 comprimé le matin
PARACETAMOL 1g*3/j si douleur
FORLAX : 2 sachets le matin et le midi
FRESUBIN drink : 1 bouteille matin, midi et soir
ROCEPHINE 1g, une injection par voie sous cutanée matin et soir jusqu'au 31/01 inclus

T.PESQUEUX

PH DU MORTIER D'OR Fax 0235788467 23 Jan 2013 11:30 P001/001

cerfa N° 60-3937

Identification du prescripteur
DOCTEUR I. QUATRESOUS
UNITÉ 21 MÉDECINE INTERNE
CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL
ELBEUF/LOUVIERS/VAL DE REUIL

[redacted]

l'étiquette du patient est à coller ici

(7)

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

le 22/1/13

1) Lovenox 0,4 1 injection SC 1/jour, le soir à 16H00 ; 15 jours
Suite Appel ...
2) Atenolol 50mg 1cp le matin
3) Deparnide 300 1cp le matin, 2cp le soir
4) Seresta 10mg 1/2cp le soir
5.) Compresse stérile 10 x 10 1 BG
6) antiseptique 1 dose /48H 1 BG ; NPD

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

7) Comfeel plaque 10 x 10 1 BG
8) Allevyn ... 10 x 10 1 BG) NPD
Sonde urinaire posée le 13/01 à Retirer vers le 10 Février

Pharmacie du Mortier d'Or 76 200 01 31 148 rue de la République Tél. 02.35.77.0...

UCANSS - ... - REF. S 33

11.

Identification du prescripteur
[redacted]
Centre Frédéric Joliot7, rue de l'Abreuvoir
76000 Rouen

Ordonnance du 01/04/2014 Editée le 01/04/2014 à 9:48

cerfa N° 60-3937
N°RPPS 10100071470
N°AM
761 12 192 0

[redacted]
Sexe : F
Poids : 65 Kg
Sortie prévue : 01/04/2014 10:00:00
[redacted]

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

PARACÉTAMOL (DAFALGAN 500MG GELULES)	2 gélule	Si besoin. pendant 30 J.4 fois par jour
HYDROXYZINE DICHLORHYDRATE (ATARAX 25 mg cp pellic séc)	1 comprimé	Le MATIN. pendant 28 J.
CALCIUM CARBONATE ; COLÉCALCIFÉROL (CACIT VITAMINE D3 1000 mg/880 UI glé efferv)	2 SACHET	Le MATIN. pendant 28 J.
PANTOPRAZOLE SEL DE NA SESQUIHYDRATE (EUPANTOL 40MG CP)	1 comprimé	1 fois / 24 H. pendant 30 J.
MACROGOL 4000 (FORLAX 10G SACH)	2 sachet	1 fois / 24 H. pendant 30 J.
LÉVOTHYROXINE SODIQUE (LEVOTHYROX 50 µg cp séc)	1 comprimé	Le MATIN. pendant 28 J.
MIANSÉRINE CHLORHYDRATE (MIANSERINE CRISTERS 60 mg cp pellic séc)	1 comprimé	Le SOIR. pendant 28 J.
ZOPICLONE (ZOPICLONE ARROW 7,5 mg cp pellic séc)	1 comprimé	La NUIT. pendant 30 J.
MACROGOL 4000 (FORLAX 10 g pdre p sol buv sachet-dose)	1 sach-dose	Si besoin. pendant 30 J.SB 1X/J
ONDANSÉTRON (ZOPHREN 8MG LYOC)	1 lyophilisat	Si besoin. pendant 30 J.3 fois par jour
FENTANYL CITRATE (EFFENTORA 100 µG CP)	1 comprimé	Si besoin. pendant 30 J.6x/j si douleur
FENTANYL (DUROGESIC 12µG)	1 patch	Toutes les 72 Heures. pendant 30 J.
PHOSPHATE DISODIQUE DODÉCAHYDRATE ; PHOSPHATE MONOSODIQUE DIHYDRATE (NORMACOL LAVEMENT AD)	1 lavement	une seule fois.
INSULINE GLARGINE (LANTUS 100UI/ML STYLOS)	20 U	Le MATIN. pendant 30 J.

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

Page 1 sur 2

16/03/2014 14:01 0235847282 PHARMACIE BELVEDERE PAGE 02/02

13

CENTRE HOSPITALIER DE DIEPPE

BP 219 - Avenue Pasteur - 76202 DIEPPE CEDEX
☎ 02. 32. 14. 76. 76.
N°FINESS 760780023

POLE DE MEDECINE

Consultations de Médecine
Explorations Fonctionnelles Respiratoires
☎ 02 32 14 74 98 🖷 02 32 14 77 93

EVALUATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR

Docteur Franck GOY
Praticien Hospitalier
Docteur Catherine DEFEUILLET
Praticien Hospitalier

en rapport avec ALD
N'a peut-être possible qu'avec un ordo BIZONE

[redacted]

Dieppe, le 18-3. 14

1- Appareil de stimulation électrique type CEFAR Primo Pro

☒ Location

☐ Achat

2- Achat de deux jeux de 4 électrodes par mois :

☐ Rondes 50 mm

☒ Rectangulaires 50 X 90 mm (lombes)

☐ Rondes 32 mm

☒ Carrées 50 mm (cou).

Ordonnance pour 6 mois.

CENTRE HOSPITALIER DE DIEPPE ... Dr Catherine DEFEUILLET Tél. 02 32 14 74 87

SAM 01-MAR-2014 15:58 PHARMACIE#DUFLOT ☎0235053152 P. 002/004

Centre Hospitalier du Rouvray
4, rue Paul Eluard - BP 45 - 76301 SOTTEVILLE-LES-ROUEN
Tél. : 0232951071 - Fax : 0232951079

14

CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY

SUBSTITUABLE

Docteur Jean luc LEGRAS,
Psychiatre
Code RPPS
10001905073

Mons
Né(e) le 14/09/1962

QSP : 15 jour(s)

le 07/02/2014

Ordonnance de sortie (15 jours)

1. **ALLOPURINOL 200 mg cp**
allopurinol - Voie orale , 1 cpr le matin, Tous les jours
2. **DAFALGAN 1 g cp**
paracetamol - Voie orale , 1 cpr le matin, 1 à midi, 1 le soir, 1 au coucher, Tous les jours
3. **LIPANTHYL 145 cp**
fenofibrate - Voie orale , 1 cpr le soir, Tous les jours
4. **MIRTAZAPINE / NORSET15 mg cpr orodisp.**
mirtazapine - Voie orale , 2 cpr le soir, le 07/02/2014
5. **NICOBION 500mg cp**
nicotinamide - Voie orale , 1 cpr le matin, 1 à midi, Tous les jours
6. **OFLOCET auriculaire dose**
ofloxacine - Voie auriculaire
oreille gauche, 1 rec_unido le matin, 1 le soir, Tous les jours, sur une durée de 6 jours jusqu'au mercredi 12/02/2014
7. **PRINCI B cp**
thiamine nitrate, pyridoxine chlorhydrate** - Voie orale
Je dis, 2 cpr le matin, 2 à midi, Tous les jours
8. **SERESTA 50mg cp**
oxazepam - Voie orale
si angoisse, 1 cpr le soir, le 07/02/2014
9. **SOLUPRED 20mg cp orod**
prednisolone - Voie orale
au moment du repas, 3 cpr le matin, Tous les jours, sur une durée de 3 jours jusqu'au dimanche 09/02/2014
10. **TERCIAN 25mg cp**
cyamemazine - Voie orale , 2 cpr le soir, le 07/02/2014
11. **TOPALGIC LP 100mg cp**
*tramadol chlorhydrate** - Voie orale , 1 cpr le matin, 1 à midi, 1 le soir, Tous les jours
12. **VALIUM 5mg cp**
diazepam - Voie orale , 1 cpr le matin, 1 à midi, 1 au goûter, 1 le soir, Tous les jours

Code FINESS géographique 760000190

Code FINESS juridique 760780270

Standard CH du Rouvray : Tél. : 02 32 95 12 34 - Fax : 02 32 95 11 50

4, rue Paul Eluard - B.P. 45 - 76301 SOTTEVILLE-LES-ROUEN 1/2

SAM 01-MAR-2014 15:59 PHARMACIE#DUFLOT ☎0235053152 P. 004/004

7/Fev/2014 17:38:10 CMP Canteleu 0235365709 1/1

14

ordonnance n°2 faxée après appel téléphonique le 07/02/14

Centre Hospitalier du Rouvray
4, rue Paul Eluard - BP 45 - 76301 SOTTEVILLE-LES-ROUEN
Tél. : 0232951071 - Fax : 0232951079

SUBSTITUABLE

Docteur Benoît BOUILLON,
Psychiatre
Code RPPS
10001904580

Monsieu
Né le 14/09/1962

QSP : 14 jours
sauf 2. 5, 6. 8

le 07/02/2014

1. **ALLOPURINOL 200 mg cp**
allopurinol - Voie orale , 1 cpr le matin, Tous les jours
2. **DAFALGAN 1 g cp**
paracetamol - Voie orale , 1 cpr le matin, 1 à midi, 1 le soir, 1 au coucher, Tous les jours, sur une durée de 6 jours jusqu'au mercredi 12/02/2014 puis à revoir avec ORL
3. **LIPANTHYL 145 cp**
fenofibrate - Voie orale , 1 cpr le soir, Tous les jours
4. **MIRTAZAPINE 15 cp**
mirtazapine - Voie orale , 2 cpr le soir, Tous les jours
5. **OFLOCET auriculaire dose**
ofloxacine - Voie auriculaire
oreille gauche, 1 rec_unido le matin, 1 le soir, Tous les jours, sur une durée de 6 jours jusqu'au mercredi 12/02/2014 puis à revoir avec ORL
6. **SOLUPRED 20mg cp orod**
prednisolone - Voie orale
au moment du repas, 3 cpr le matin, Tous les jours, sur une durée de 6 jours jusqu'au mercredi 12/02/2014 puis à revoir avec ORL
7. **TERCIAN 25mg cp**
cyamemazine - Voie orale , 2 cpr le soir, Tous les jours
8. **TOPALGIC LP 100mg cp**
*tramadol chlorhydrate** - Voie orale , 1 cpr le matin, 1 à midi, 1 le soir, Tous les jours, sur une durée de 6 jours jusqu'au mercredi 12/02/2014 puis à revoir avec ORL
9. **VALIUM 5mg cp**
diazepam - Voie orale , 1 cpr le matin, 1 à midi, 1 à 16 h, 1 le soir, Tous les jours
10. **THERALENE 4% gtte**
alimemazine - Voie orale , 40 gte au coucher, Tous les jours

11. Seresta 5 mg
1 le soir si angoisse
(après accord du médecin)
le 07/02/14

Docteur B. BOUILLON
Psychiatre des Hôpitaux - 10001904580
Centre de Soins
31a, Ancienne Route de Duclair
76380 CANTELEU
Tél. 02 35 36 19 69

Code FINESS géographique 760000190

Code FINESS juridique 760780270

Standard CH du Rouvray . Tél. : 02 32 95 12 34 - Fax : 02 32 95 11 50

4, rue Paul Eluard - B.P. 45 - 76301 SOTTEVILLE-LES-ROUEN

15

cerfa
n° 14465*01

Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)
Dr BELDOUETTE

Identification de la structure
(raison sociale de la structure, son adresse, son numéro FINESS ou SIRET)
Centre Hospitalier Intercommunal Eure-Seine - Site d'Evreux
Court Séjour Gériatrique
Docteur Brigitte SALLE
Responsable de structure interne
10 001 879 466

26/02/2014

Identification du patient
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)
n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

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

1) - Acebutolol 200 mg 1 - 0 1
2) - Zopiclone 7,5 mg 0 - 0 - 0 - 1/2
3) - Zyloric 0 - 0 - 1
4) - Amlor 5 mg 1 - 0 - 0
5) - Catapressan 0,15 mg 0 - 0 - 1
6) - Lasilix 40 mg 1 - 0 - 0
7) - Ciets HP x2/j
QSP 10 j

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

Centre Hospitalier Intercommunal
Eure-Seine - Site d'Evreux
Court Séjour Gériatrique
Docteur Brigitte SALLE
Responsable de structure interne
10 001 879 466

Pharmacie MORACE M.
N° 27 2 01971 2
26 FEV. 2014
4, rue de Grenoble - 27000 EVREUX
Tél. 02 32 33 01 47

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L.114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

IMP COSTE AUBENAS S 3321

01/03/2014 09:59 0232312915 PHARMACIE MORACE PAGE 01/02

26/03/2014 10:50 0235847282 PHARMACIE BELVEDERE PAGE 02/02

16

CENTRE HOSPITALIER DE DIEPPE

CS 20219 - Avenue Pasteur - 76202 DIEPPE CEDEX
N°FINESS
760780023

POLE DES ACTIVITES TRANSVERSALES
Structure interne : Urgences

Accueil ☎ : 02.32.14.75.39 - 🖷 : 02.32.14.76.01
Secrétariat ☎ : 02.32.14.74.61 - 🖷 : 02.32.14.74.69

Docteur Valérie MASSOL
Responsable de structure interne
N° RPPS :
10001928893

Docteur Samy AIT SAADA
Docteur Annie-Claude BECHE
Docteur Abdel Karim BENIDIR
Docteur Youcef BOUMEKOUEZ
Docteur Valérie CALISKAN
Docteur Catherine DEFEUILLET
Docteur Arnaud DUJARDIN
Docteur Matthieu EMPIS
Docteur David GERAULT
Docteur Franck GOY
Docteur Karina HELENIAK
Docteur Xavier LAKERMANCE
Docteur Christiane LE GOUIC
Docteur Florian LENOIR
Docteur Ousmaïla OUSMANE BOUBA
Docteur Marianne WISSART

non habilité à prescrire ce produit

le 26/03/14

Mme C[redacted]
Christine

- Rivotril gtte
3 gtts x 3/j pendant 1 mois.

Non écrit en toutes lettres

A.R ?

tampon illisible où pourrait être URGENCE

Le Médecin prescripteur (cachet et signature)

29/02/2014 14:47 0232312915 PHARMACIE MORACE PAGE 01/01

17

CH Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf - Louviers - Val de Reuil

Pôle Médecine
Hépato Gastro Entérologie
Unité 22

Dr Maud BRUNO LEFEBVRE
N° RPPS :

Tél. secrétariat : 02 32 96 35 71
Fax secrétariat : 02 32 96 35 66
Tél. ELISA : 02 32 82 21 24
Fax secrétariat : 02 32 96 38 64

Le 25/02/14

Mr D. C ... F ← confirmation après appel téléphonique du médecin

Buprénorphine huit milligrammes ;
Un comprimé par jour jusqu'au dix mars deux mille quatorze inclus.
- délivrance hebdomadaire

le 26/02/14
26021402 Sept comprimés de Buprénorphine [illegible]

Pharmacie MORACE M. 4, rue de Grenoble 27000 EVREUX Tél. 02 32 33 01 41

SERVICE DE CARDIOLOGIE
C.H. LES FEUGRAIS
B.P. 310 - 76503 ELBEUF CEDEX

1

Hôpital d'Elbeuf
Rue du Docteur Villers
Saint-Aubin-Lès-Elbeuf, BP 310
76503 ELBEUF
Tél. : 02 32 96 35 35
Fax : 02 32 96 38 27
N° FINESS : 760000463

1SOCV14659210

18

CH Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf, Louviers, Val de Reuil

Pôle d'Activités Chirurgicales et Mère-Enfant
Service de Pédiatrie-Néonatalogie
Urgences Médicales Pédiatriques

Service de pédiatrie Tél. 02 32 96 35 41
Service de néonatalogie Tél. 02 32 96 35 89
Secrétariat : Tél : 02 32 96 35 40 - Fax : 02 32 96 36 87

☐ Dr Tarek ABDALLAH
☐ Dr Nathalie DEMARQUE
☐ Dr Chantal FORGET
☐ Dr Irène RAMAROSON
☐ Dr Catherine VITTECOQ
☐ Dr Joffrey VANHABOST

le 12/03/14.

Nom Prénom, 16.05.13 → 10 mois
[illegible]
zinc ampoule buvable après appel Dr le 13-3-14 11h51
1 amp matin et soir.

QSP 3 mois

Dalalgan 2 boites
1 dose poids toutes les 6 heures si T° > 38 ou douleurs

LOGE
Dr Catherine VITTECOQ
Pédiatrie-Néonatalogie-Urgences
CH ELBEUF - LOUVIERS
RPPS: 10001951655
FINESS : 760000463

Hôpital d'ELBEUF
Rue du Docteur Villers
Saint-Aubin-lès-Elbeuf
76503 ELBEUF
Tél. : 02 32 96 35 35
Fax : 02 32 96 38 27
N° FINESS 760000463

29/04/2013 16:19 0235847282 PHARMACIE BELVEDERE PAGE 02/02

19

Centre Hospitalier Universitaire de Rouen
Hôpitaux de Rouen

Hôpital Charles Nicolle - 1, rue de Germont 76031 Rouen Cedex
Service de Chirurgie Digestive
Secrétariat ☎ 02.32.88.81.42

Pr Michel SCOTTE 10001902567 N° FINESS 760780239

Rouen le, 27/04/2013

[redacted]

Calcidose : 1 sachet par jour
A faire quand ? Vitamines B12 : 1 injection IM de 1000 gamma / 2 mois
Pas de dosage ? Speciafoldine : 1cp par jour
Tardyféron : 1 cp par jour

QSP 6 mois à renouveler

Eglantine VOITELLIER-interne

CHIRURGIE DIGESTIVE
Pavillon Derocque
Hôpital Charles Nicolle
76031 ROUEN

17/03/2014 15:03 0235180012 PHARMACIE SOUCHON PAGE 02

29/04/2013 14:20 0235847282 PHARMACIE BELVEDERE PAGE 02/02

20

Identification du prescripteur

DEPARTEMENT D'HEMATOLOGIE
ET D'ONCOLOGIE MEDICALE
HOTEL-DIEU
75181 PARIS cedex 04
N° FINESS : 75 0 1000 18

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

Paris, le 27/04/2013

MIANSERINE 30mg le matin et 60mg le soir
LYRICA 50LP un cp matin et soir
EUPHYTOSE 2cp matin midi et soir
DIAZEPAM 10 matin midi et soir
ATARAX 50mg matin et midi et 100mg le soir
DIFFU K une gélule matin midi et soir
INEXIUM 40 matin et soir
PHOSPHONEUROS 50gouttes matin midi soir
SPASFON 2cp matin midi et soir
POLARAMINE 4mg matin et soir
OXYCONTIN 50mg LP matin et soir
OXYNORM oro 20mg à la demande (<6/jr)
PARACETAMOL 1g matin midi et soir
SOLUPRED 10mg le matin
FORTIMEL energy code LPP1153786 le midi et le soir
MOVICOL 2 sachets matin midi et soir si besoin
LOVENOX 0.4 SC x1/jr
AMYCOR crème application inter orteils x2/jr

ORDONNANCE POUR TROIS MOIS

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

S 3321 a

S 07 CPAM 03321

21

CHU
Hôpitaux de Rouen

Unité de Psychiatrie

le 23/04/13

Docteur G.FOULDRIN
Praticien hospitalier

Docteur A.PINAUD
Praticien hospitalier

Docteur S. NEBOUT
Praticien hospitalier

Docteur M. ROTHARMEL
Chef de Clinique

Nme

- ZOLOFT 50 mg : 1 cp le matin
- SERESTA 50 mg : ½ cp matin, midi et soir et 1 cp au coucher.
- THÉRALENE : 35 gouttes le soir au coucher
  solution buvable
- XYZALL 5 mg : 1 cp le soir.
- BETASERC 24 mg : 1 cp le matin
- CORTANCYL 20 mg : 1/2 cp le matin
- DIOSMINE 600 mg : 1 cp le matin
- LUNIAELAX 0,5 g : 1 cp le soir
- MAGNE B6 : 1 cp matin et soir
- METEOSPASMYL : 1 cp le midi
- PARIET 20 mg : 1 cp le soir.
- PROPRANOLOL 40 mg : 1/2 cp le matin.
- SKENAN 10 mg : 2 cp le matin
- DAFALGAN 1g : 1 cp matin et soir

UNITE DE PSYCHIATRIE
LUCIEN COLMINA
Hôpital Charles Nicolle
1 rue de Germont
76031 ROUEN CEDEX

QSP 2 semaines.

CHU Hôpitaux de Rouen - 1 rue de Germont - 76031 Rouen cedex - tél : 02 32 88 88 88 – www.chu-rouen.fr

22

CHU de Rouen N° FINESS 760780239
Cardiologie

Unité LAUBRY ☎ 02.32.88.82.37
Secrétariat Unité LAUBRY ☎ 02.32.88.81.11
Unité LENEGRE ☎ 02.32.88.81.21
Unité Soins Intensifs ☎ 02.32.88.80.56
Secrétariat Unité LENEGRE - Soins Intensifs
☎ 02.32.88.82.32
Secrétariat Consultation ☎ 02.32.88.86.25
Secrétariat Cathétérisme Cardiaque
☎ 02.32.88.82.43
Hôpital de Jour : ☎ 02.32.88.67.72

Date de naissance :

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

Rouen le, 22/04/2013

1. XARELTO 20 mg: 1 cp le soir
2. SERETIDE 500: 1 bouffée matin et soir
3. LASILIX 40 mg: 1 cp matin
4. DETENSIEL 2.5 mg: 1 cp le matin
5. ATACAND 8 mg: ½ cp le matin

QSP: 1 mois
Ordonnance à renouveler par le médecin traitant.

CELLIER G. (interne)

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

PHARMACIE ZOLLI
76580 LE TRAIT
TEL. : 02 35 37 20 26
76 2000 313

23

CHU de Rouen N° FINESS 760780239
Service d'Endocrinologie, Diabète
et Maladies Métaboliques
Secrétariat ☎ 02.32.88.90.32

Dr Lucile MOREAU 1010031091

Date de naissance :

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

Rouen le, 24/04/2013

Faire faire à domicile par une IDE :

Tous les jours, y compris dimanches et jours fériés avant les repas 2 fois/jour le matin et le soir

- Un contrôle glycémique
- Une injection d'insuline : INSULATARD 14U le matin et 6U le soir
  Adapter l'insuline du soir sur la glycémie préprandiale du matin
  Adapter l'insuline du matin sur la glycémie préprandiale du soir
  Objectifs entre 1g et 1g50
- Education du patient à la technique

Ordonnance valable pour 1 mois

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

24

CHU de Rouen N° FINESS 760780239
Cardiologie

Unité LAUBRY ☎ 02.32.88.82.37
Secrétariat Unité LAUBRY ☎ 02.32.88.81.11
Unité LENEGRE ☎ 02.32.88.81.21
Unité Soins Intensifs ☎ 02.32.88.80.56
Secrétariat Unité LENEGRE - Soins Intensifs
☎ 02.32.88.82.32
Secrétariat Consultation ☎ 02.32.88.86.25
Secrétariat Cathétérisme Cardiaque
☎ 02.32.88.82.43
Hôpital de Jour : ☎ 02.32.88.67.72
Dr Kévin GARDEY

Date de naissance :

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

Rouen le, 11/04/2013

1. KARDEGIC 160mg 1 comprimé le midi
2. INEGY 10/20mg : 1 comprimé le soir
3. Arrêt du PROCORALAN
4. LASILIX 20mg : 1 comprimé le matin
5. EDDXA 20mg : 1 comprimé le matin
6. FLIXOTIDE : 1 comprimé le matin & 1 le soir
7. OROCAL D3 : 2 comprimé le midi
8. CETIRIZINE 10mg : 1 comprimé le soir

QSP 1 mois, à renouveler par le médecin traitant

G. VIART

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

12/04/2013 10:05 -0 PH TRIVINI PAGE 02/02

25

cerfa N° 60-3937

Identification du prescripteur

N°RPPS 10002109774 Dr CUGNET Philippe

N°FINESS 140000035 Centre Hospitalier de Lisieux

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

- Injection s/c d'EPREX (15000 U)
3 fois/semaine (lundi, mercredi, vendredi,
pendant 3 semaines, à compter du 15,

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

11/04/13

Docteur CUGNET
Service de Pneumologie
C.H. Robert Bisson
14107 LISIEUX Cedex

30/01/2009 21:03 0235271603 PHARMACIE_DELCROIX PAGE 02/02

26

[redacted]
74 - Oncologie Radiothérapique
76600 LE HAVRE

cerfa N° 60-3937

Conventionné

CAB CONV ZISD IK

l'étiquette du patient est à coller ici

[redacted]

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

10 4 13

- Durogesic 50 µg/h
1 patch /3j

- Oxynorm 10 mg
- durée 1,5

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

Chevauchement d'ordonnance de Dr. [redacted] du 21/03/13 qui court jusqu'au mercredi 17/04/13.

7/05/13

S 3321 a

30/10/2013 17:52 0232590030 PH MANNLEIN PAGE 02

27

Docteur Thierry DELAUNAY
Ancien Interne Médaille d'Or des Hôpitaux de Rouen
Ancien Chef de Clinique Assistant
Membre du Collège Français de Chirurgie Vasculaire

CHIRURGIE VASCULAIRE ET GENERALE
CHIRURGIE DIGESTIVE SOUS COELIOSCOPIE
CHIRURGIE ENDOVASCULAIRE
CHIRURGIE THYROIDIENNE

N° RPPS 10001901551

CLINIQUE SAINT HILAIRE
2 Place St Hilaire
76000 ROUEN
Tél. : 02 35 08 66 91
Fax : 02 35 15 28 88
Standard : 02 35 08 66 00

le 10.06.2013

Mme [redacted]

- 1 litre de sérum physiologique QSP
- 1 ampoule de Calcium 1g /24 H / 3 jours

faire 1 perfusion à domicile par l'IDE pendant ~~trois~~ quatre jours

SA9843948001

N° AM

---

cerfa N° 60-3937

28

Identification du prescripteur
DOCTEUR JEAN-CLAUDE DIREMBAUT
CARDIOLOGUE
RUE DU MANOIR
76190 YVETOT
=> 76 1 80093 7 00 3 30 1 03

Mr R - P.

l'étiquette du patient est à coller ici

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

1 mois renouvelable 2 fois

Revatio 20
1 cp 3 fois par jour

Le 25/1/2013

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

S 3321 a

31/01/2013 14:11 0235086625 CARDIO STH PAGE 01/01

28

cerfa
N° 60-3937

Identification du prescripteur
DOCTEUR NATHALIE DUVILLA DUHEM
03 PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE
TEL : 02 35 08 08 21
2 PLACE SAINT HILAIRE
CLINIQUE SAINT HILAIRE
76000 ROUEN
=> 76 1 80609 0 00 1 23 1 03

l'étiquette du patient est à coller ici

31/1/2013

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

Revatio 20 1 cp x 3 / j

QSP 3 mois

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

CHU de Rouen N° FINESS 760780239
Service de Médecine Gériatrique
Pr Philippe CHASSAGNE
Secrétariat ☎ 02.32.88.90.39 / 02.32.88.90.42
Dr Laura GOODRICH 10100570471

[redacted]
Date de naissance : [redacted]

29

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

Poids : 39,5 kg Taille 145 cm Clairance créatinine : 89 ml/mn

Rouen le, 07/03/2014

Sérum physiologique : 1 flacon
Compresses stériles 20x20 : 1 paquet de 100
Pansement
Bandes nylex 10 cm x 4
Micropore : 1 rouleau

Traitement pour 1 mois

CLAVEL S (interne)

CHU - Hôpitaux de Rouen
Service de Médecine Gériatrique
Hôpital Charles Nicolle
1, rue de Germont
76031 ROUEN Cedex

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

S 3321 a

CHU de Rouen N° FINESS 760780239
Service de Médecine Gériatrique
Pr Philippe CHASSAGNE
Secrétariat ☎ 02.32.88.90.39 / 02.32.88.90.42
Dr Laura GOODRICH 10100570471

[redacted]
Date de naissance : [redacted]

30

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

Poids : 39.5 kg Taille 145 cm Clairance créatinine : 89.8 ml/mn

Rouen le, 07/03/2014

- [x] Location d'un lit à hauteur variable électrique avec barrières
- [x] Achat d'un matelas d'aide à la prévention d'escarres non feu de classe 1A
- [ ]
- [x] location d'un surmatelas à air dynamique avec compresseur

QSP 1 MOIS, à renouveler par le médecin traitant.

CLAVEL Simon (interne)

CHU - Hôpitaux de Rouen
Service de Médecine Gériatrique
Hôpital Charles Nicolle
1, rue de Germont
76031 ROUEN Cedex

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

CHU de Rouen N° FINESS 760780239
Clinique Pneumologique
Dr Samy LACHKAR 10004033725
Tél. : 02.32.88.80.31

[redacted]
Date de naissance : [redacted]

31

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

Rouen le, 21/02/2014

1/ Frésubin Mégaréal fibres 500 mL 1-1-1 = 581,86 / 0
2/ speciafoldine 0,4 MG 1-0-0
3/ forlax 2 sachets 1-0-0
4/ eupantol 40 MG 0-0-1
5/ paracétamol 1 g si besoin max 4/j toutes les 6 heures
6/ innohep 14000 UI sous cutanée le matin

QSP 1 mois

M. MELONE (interne)

PHARMACIE M.C. DESOUBRY
Rue Pablo Picasso
76770 HOUPPEVILLE
Tél. : 02 35 59 16 83
76 204 136 6
REMBOURSEMENT

Pneumologique
BOISGUILLAUME
Tél. 02 32 88 81 07

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

CHU de Rouen N° FINESS 760780239
Service Soins de Suite et Réadaptation
Secrétariat ☎ 02.32.88.90.33 / 02.32.88.90.71
Dr Sylvie VANHESTE 10001929933

32
[redacted]
Date de naissance : [redacted]

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

Rouen le, 12/02/2014

15 02 14 03

1° LEXOMIL : ¼ matin et midi et ½ le soir
2° FENTANYL 25 microgramme : 1 patch tous les 3 jours
3° PROZAC 20 : 1 matin et midi
4° IMODIUM : 2 gélules ouvertes le matin
5° NOCTAMIDE 2 : 1 cp au coucher
6° ACTISKENAN 5 : 1 matin et soir + 1 si douleur dans la journée
7° CREON 25 000 : 2 gélules matin midi et soir
8° DOLIPRANE 1 G : 1 matin midi et soir
9° PRIMPERAN 10 : 1 cp 3 fois par jour si nausées
10° SPASFON LYOC : 2 cp matin midi et soir si douleurs abdominales

Délivrer quatre comprimés d'Actiskenan cinq milligrammes 12/02/14

QSP 1 MOIS

PHARMACIE M.C. DESOUBRY
Rue Pablo Picasso
76770 HOUPPEVILLE
Tél. : 02 35 59 16 83
76 204 136 6
TÉLÉREMBOURSEMENT

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

33

DUPLICATA
Centre Hospitalier Universitaire de Rouen
Hôpitaux de Rouen

Hôpital Charles Nicolle - 1, rue de Germont 76031 Rouen Cedex
Clinique Pneumologique

Dr Bérengère OBSTOY N° FINESS 760780239

Rouen le, 10/03/2014

[redacted]
Date de naissance : [redacted]

ALD 30 100%

1. GARDENAL 100 : 1 comprimé le soir
2. EFFEXOR 37,5 : 1 comprimé le matin
3. AUGMENTIN 1 gr : 1 comprimé matin, midi et soir jusqu'au 14/03/14 inclus

QSP : 1 mois, à renouveler par le médecin traitant

A. BENGUIGUI (Interne)

Clinique Pneumologie
Service du Pr L. THIBERVILLE
Unité Grancher
Tél. 02 32 88 81 03

DUPLICATA
Centre Hospitalier Universitaire de Rouen
Hôpitaux de Rouen

Hôpital Charles Nicolle - 1, rue de Germont 76031 Rouen Cedex
Clinique Pneumologique

Dr Suzanna BOTA 10001930493 N° FINESS 760780239
Tél. : 02.32.88.80.79

Rouen le, 24/03/2014

[redacted]
Date de naissance [redacted]

ALD 30 : PEC 100%

1) CORTANCYL 20mg : 2 comprimés pendant 4 jours, du 25.03,au 28.03.2014 inclus
2) PRIMPERAN 10mg : 1 comprimé 15min avant les repas, maximum 3 par jour, si nausées ou vomissements
3) FORLAX : 2 sachets le matin
4) Bains de bouche aux bicarbonates de soude : 3 fois par jour
5) EUPANTOL 40mg : 1 comprimé le soir
6) DOLIPRANE 1g : 1 comprimé toutes les 6h, maximum 4 par jour, si douleurs non soulagées par le TRAMADOL
7) TRAMADOL LP 100mg : 1 comprimé matin et soir
8) TRAMADOL 50mg : 1 comprimé toutes les 6h, maximum 4 par jour si douleurs
9) NIVESTIM 30 000 UI : 1 injection SC par jour pendant 3 jours, du 25.03 au 27.03.2014 inclus

A noter : poursuite de l'INNOHEP 0.5ml

QSP 1mois

SAINTE MARIE A.C. (interne)

PHARMACIE M.C. DESOUBRY
Rue Pablo Picasso
76770 HOUPPEVILLE
Tél. : 35 59 16 83
76 204 136 6
TÉLÉREMBOURSEMENT

CHU de Rouen N° FINESS [redacted] 760780239
Service de Physiologie Digestive, Urinaire et Respiratoire
Secrétariat Hôpital Charles Nicolle ☎ 02.32.88.80.39
Secrétariat Hôpital de Bois-Guillaume ☎ 02.32.88.92.22

Pr Anne-Marie LEROI [redacted]
NEUROLOGUE RPPS : 10001916559

35
[redacted]
Date de naissance : [redacted]

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

Rouen le, 16/05/2014

RIVOTRIL : CINQ GOUTTES LE SOIR A AUGMENTER SI BESOIN A DIX GOUTTES LE SOIR PUIS A XV GOUTTES LE SOIR

QSP 1 MOIS

AM LEROI

Professeur Anne Marie LEROI
Hôpital Charles Nicolle
76031 ROUEN Cedex
Tél. 02 32 88 80 39

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

INFORMATION Mylan

ATORVASTATINE 20 mg
30 comprimés pelliculés

Chez Mylan, notre raison d'être c'est vous.

Chère cliente, cher client,

Durant le mois de juin, afin de vous assurer un réapprovisionnement régulier de vos commandes **d'Atorvastatine Mylan 20 mg, 30 comprimés pelliculés,**

nous vous remercions d'utiliser le code CIP 34009 218 047 2 0, correspondant à Atorvastatine Mylan Pharma 20 mg.

La spécialité Atorvastatine Mylan 20 mg, CIP 34009 **266 156 2 8**, que vous commandez actuellement ne sera pas disponible sur le **seul mois de juin.**
Merci de vérifier que ce code CIP est bien present dans votre logiciel d'officine afin de commander et réceptionner ce produit.
Votre stock actuel reste bien entendu utilisable, reconnu et remboursable par votre caisse.

Les codes CIP des autres presentations d'Atorvastatine (10 mg, 40 mg, 80 mg 30 et 90 comprimés pelliculés et 20 mg 90 comprimés pelliculés) **restent inchangés.**

Nous vous remercions de votre confiance et le service clients Mylan est à votre disposition pour toute information complémentaire concernant cette spécialité.

du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00,
par téléphone au 0810 20 31 32 PRIX APPEL LOCAL
par fax au 0810 30 31 33 PRIX APPEL LOCAL
ou par mail servicoclientsville@mylan.fr

Mylan SAS
117 allée des Parcs
69792 Saint-Priest CEDEX
RCS Lyon n°398 295 385

Mylan
Seeing is believing

37

[redacted]NTRE OSPITALIER ROUVRAY

PÔLE DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE DE LA RIVE DROITE

Chef de Pôle: Dr Sadeq HAOUZ...
Assistant Paramédical de Pôle: M. Bernard MOREL
Assistant Administratif de Pôle: Mme Corinne LE BECH...

[redacted]

Service 76G03
Chef de Service:

Unités Saint Jean – Dr Olivier GUILLIN
Tél 02 32 95 10 31 / Fax 02 32 95 11 96
Unité Henri Ey – Dr Valérie BOURGEOIS
Tél 02 32 95 10 31 / Fax 02 32 95 10 39
ECT/TMS – Dr Olivier GUILLIN
Tél 02 32 95 10 31 / Fax 02 32 95 10 39
CMP Forges les Eaux – Dr Dominique CAMPION
Tél 02 35 90 46 56 / Fax 02 32 89 05 23
CMP Gournay en Bray – Dr Mathieu FOLLET
Tél 02 32 95 10 31 / Fax 02 32 95 10 39
Unité de Psychiatrie (CHU Rouen) – Dr Gaël FOULDRIN
Tél 02 32 88 82 28 / Fax 02 35 71 02 38
Liaison et TCA – Dr Emmanuelle HOUY-DURAND
Tél 02 32 88 85 22 / Fax 02 35 71 02 38

Service 76G05
Chef de Service: Dr Christian FESTA

Unité Maupassant – Dr Philippe PRETERRE
Tél 02 32 95 10 51 / Fax 02 32 95 10 59
Unité Duchamp – Dr Christian FESTA
Tél 02 32 95 10 51 / Fax 02 32 95 10 59
Unité Aloïse – Dr Sandra GUIGUENO
Tél 02 32 95 10 51 / Fax 02 32 95 10 59
CMP Hauts de Rouen – Dr Christian FESTA
Tél 02 35 60 04 99 / Fax 02 35 60 76 92
Consultations Clères – Dr Philippe PRETERRE
Tél 02 35 07 92 78 / Fax 02 35 07 92 79

Service de soins psychiatriques non programmés
Responsable: Dr Mathieu FOLLET

UNACOR – Dr Mathieu FOLLET
Tél 02 32 95 18 31 / Fax 02 32 95 18 37
CASP – Dr Christophe HENNART
Tél 02 35 07 40 40 / Fax 02 35 07 40 42
Urgences Psychiatriques – Dr Emmanuelle HOUY-DURAND
Tél 02 32 88 85 22 / Fax 02 35 71 02 38
Unité Régionale de Suicidologie – Dr Gaël FOULDRIN
Tél 02 32 88 85 22 / Fax 02 35 71 02 38

Service de psychiatrie pour personnes Âgées
Responsable: Dr Marie DESBORDES

Unité Matisse – Dr Marie DESBORDES
Tél 02 32 95 10 45 / Fax 02 32 95 10 49
Hôpital de Jour Monod – Dr Marie DESBORDES
Tél 02 32 10 45 11 / Fax 02 32 10 45 16
Equipe Mobile de Psychiatrie pour Personnes Âgées – Dr Sadeq HAOUZIR
Tél 06 70 97 21 08
Unité de consultation et de liaison de Psychiatrie pour Personnes Âgées – Dr Marie DESBORDES
Tél 02 32 95 10 45 / Fax 02 32 95 10 49

Structure Interne: unités extrahospitalières et interpolaires
Responsable: Dr Alain GOUIFFES

Centre de Jour Saint Gervais
- Hôpital de Jour – Dr Fethi BRETEL
  Tél 02 35 07 92 70 / Fax 02 35 07 92 71
- CMP/CATTP – Dr Philippe PRETERRE
  Tél 02 35 07 92 78 / Fax 02 35 07 92 79

UMAPP – Dr Alain GOUIFFES
Tél 02 35 98 00 71 / Fax 02 35 98 07 38
CETF – Dr Christian FESTA
Tél 02 32 89 90 35 / Fax 02 35 71 24 09
Centre Sociothérapie – Dr Alain GOUIFFES
Tél 02 32 95 11 45
Ethnopsychiatrie – Dr Sandra GUIGUENO
Tél 02 35 60 04 99 / Fax 02 35 60 76 92

Unités Fonctionnelles hospitalières régionales

DIM – Dr Sylvie CHASTAN
Tél 02 32 95 18 22 / Fax 02 32 95 12 64
DIR – Dr Dominique CAMPION
Tél 02 32 95 10 31 / Fax 02 32 95 10 39
CRAHN – Dr Antoine ROSIER
Tél 02 32 95 18 64 / Fax 02 32 95 18 65
RRAPP – Dr Alain GOUIFFES
Tél 02 35 98 00 71 / Fax 02 35 98 07 38

Sotteville les Rouen,

Le sept mars 2013-03-06

Skenan cent milligrammes à libération prolongée : deux fois par jour pendant sept jours

Actiskenan trente milligrammes : un comprimé toutes les quatre heures si douleurs, pendant sept jours

PHARMACIE ... 767... Tél. 02 ... 75 204 136 6 ...

Centre Hospitalier du Rouvray - 4 rue Paul Eluard – 76301 Sotteville-lès-Rouen

---

38

Centre Hospitalier Universitaire de Rouen

Hôpitaux de Rouen

CHU Hôpitaux de Rouen

Pédiatrie Néonatale et Réanimation
Centre d'Education Fonctionnelle
Pr S. MARRET
N° RPPS
10001897791

Hôpital Charles Nicolle
76031 Rouen Cedex
N° FINESS
760000158
Tél. 02 32 88 80 99

10.04.20

(A compléter par le Prescripteur)
Nom :
Qualité :
N° RPPS :

[redacted]

[redacted]

QUASYM 10mg LP 33 kg

Donner un comprimé le matin pendant quinze jours puis si besoin augmenter à vingt milligrammes LP

1H021682920300

7200113

CHU Hôpitaux de Rouen
1, rue de Germont - 76031 Rouen Cedex - Tél. : 02 32 88 89 90 - www.chu-rouen.fr

---

CHI CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL Elbeuf . Louviers . Val de Reuil

Pôle d'Activités Chirurgicales et Mère-Enfant
Service de Pédiatrie-Néonatalogie
Urgences Médicales Pédiatriques

Service de pédiatrie Tél. 02 32 96 35 41
Service de néonatalogie Tél. 02 32 96 35 89
Secrétariat : Tél : 02 32 96 35 40 - Fax : 02 32 96 36 87

☐ Dr Tarek ABDALLAH — N° RPPS 10001950194
☐ Dr Nathalie DEMARQUE — N° RPPS 10001953552
☐ Dr Chantal FORGET — N° RPPS 10001944593
☐ Dr Irène RAMAROSON — N° RPPS 10001864783
☐ Dr Catherine VITTECOQ — N° RPPS 10001951655
☐ Dr Joffrey VANHABOST — N° RPPS 10100298776

27/02/14

Poids : 9,595 kg

Tiorfan enfant sachet matin midi soir

Vogalene suppo 1 matin et soir

Hôpital d'ELBEUF
Rue du Docteur Villers
Saint-Aubin-lès-Elbeuf
76503 ELBEUF
Tél. : 02 32 96 35 35
Fax : 02 32 96 36 27

N° FINESS
760000463

40

DUPLICATA

Centre Hospitalier Universitaire de Rouen
Hôpitaux de Rouen

Hôpital Charles Nicolle - 1, rue de Germont 76031 Rouen Cedex

Maladies Infectieuses et Tropicales

Secrétariat Hosp ☎ *02.32.88.81.15*
Hôpital de jour ☎ *02.32.88.81.53*

Dr Elise FIAUX
RPPS : 10100547348
N° FINESS 760780239

Rouen le, 11/06/2014

[redacted]
Date de naissance : [redacted]

100 % ALD

1) SERESTA 50 mg : 1/4 matin ½ midi 1 à 16h et 1 le soir

QSP 1 mois

E.FIAUX

Docteur Elise FIAUX
Maladies Infectieuses et Tropicales
Hôpital Charles Nicolle
76031 ROUEN CEDEX

41

Centre Hospitalier Universitaire de Rouen
Hôpitaux de Rouen

Hôpital Charles Nicolle - 1, rue de Germont 76031 Rouen Cedex

Unité de Chirurgie Ambulatoire

Pr Jean Marc PERON
RPPS : 10001948289

Secrétariat ☎ *02.32.88.14.30*
Infirmières : ☎ *02.32.88.14.61*
N° FINESS 760780239

Rouen le, 11/06/2014

[redacted]
Date de naissance [redacted]

PARACETAMOL = 1 gramme x 4/ jour pendant 15 jours

TRAMADOL = 50mg x 4/ jour pendant 5 jours si douleur non soulagée par le paracetamol seul

AUGMENTIN = 1 gramme x 3/ jour pendant 7 jours

ELUDRIL Gé = bains de bouche x 6/ jour pendant jours à partir du 13/06/2014

MATERIEL POUR DESOBSTRUCTION RHINO PHARYNGEE : renouvelable 6 semaines
Seringue de 50cc = 6 unités/
Flacon de sérum physiologique = 1 unité

BATUT C (interne)

DUPLICATA
Centre Hos

Hôpital Charle
Unité de Chirurgie Amb

Pr Jean Marc PERON

PARACETAMOL =

TRAMADOL = 50m
le paracetamol seul

AUGMENTIN = 1 g

ELUDRIL Gé = bain
13/06/2014

MATERIEL POUR
renouvelable 6 sem
Seringue de 50cc = 6
Flacon de serum phy

BATUT C (interne)

CHU de Rouen N° FINESS 760780239
Département de Pédiatrie Médicale
Secrétariat ☎ *02 32 88 82 16*

Dr Clémentine DUMANT FOREST 10001970994

P[redacted] M[redacted]
Date de naissance : [redacted]
Poids : kg

DUPLICATA

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

Rouen le, 09/05/2014

Cutacnyl une application X2/jour si boutons d'acnée Durée et dosage ?

Dr Dumant

Docteur C. DUMANT - CCA

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

42

Docteur Tony VAN OVERSTRAETEN
Conventionné
Honoraires Libres
Chirurgie Générale - Viscérale
Coelioscopique et Bariatrique

76 1 94121 0

Clinique St.HILAIRE
76000 ROUEN
Tél. 02 -35.08.67.82

Madame LE[redacted] Mi[redacted]
Née le : [redacted]

A Rouen , 09/05/2014

Sérum Physiologique (irrigation d'abcès de paroi) quantité ?
Mèches Aquacel quantité ?
Médiset (x3)
Seringues 50cc (x10)
Sondes urinaires à sondage unique (x10) taille ?

A RENOUVELER

Docteur T. VAN OVERSTRAETEN

VU, le Président de jury,

VU, le Directeur de la section Pharmacie

de l'U.F.R. de ROUEN

ARNAUD Vincent

Difficultés de dispensation des ordonnances de sorties hospitalières : enquête régionale pour une amélioration du lien ville/hôpital.

Th. D. Pharm., Rouen, 2014, 117 p.

RESUME

La prise en charge médicamenteuse en établissement de santé doit permettre une utilisation sécurisée, appropriée et efficiente du médicament pour tous les patients.

Il s'agit d'un processus complexe et risqué du fait, de sa complexité, de la multiplicité des acteurs intervenants aux différentes étapes du parcours, de la diversité des organisations et des différents points de transition (entrée, transfert, sortie) qu'emprunte le patient lors de son parcours de soins.

De nombreux projets ont été mis en place afin de garantir la sécurité et la continuité des soins du malade tout au long de son parcours de santé.

Malgré cela, des failles subsistent et peuvent mettre en péril la qualité des soins notamment au moment de la sortie d'hospitalisation.

Interpellé de façon récurrente sur des problèmes rencontrés en ville dus à des ordonnances de sortie hospitalière, l'OMEDIT Poitou-Charentes a réalisé en 2009 une étude régionale sur le sujet.

Elle a permis de mettre en évidence un manque de communication entre le monde hospitalier et libéral au travers des différents problèmes rencontrés.

La nouvelle loi de santé 2014 met d'ailleurs l'accent sur le parcours de santé, avec pour objectif une meilleure coopération entre professionnels de santé. Sur l'exemple de l'OMEDIT Poitou-Charentes, une étude régionale en Haute-Normandie (OMEDIT) a été menée afin d'identifier, d'analyser et de répondre aux problèmes posés par les erreurs de prescription et d'organisation des ordonnances de sorties d'hospitalisation.

Il en ressort une part importante d'erreurs de prescription (75%) face à celles d'organisation (25%). Les erreurs de prescription sont dominées par le non-respect réglementaire du support de prescription (41%) (médicaments stupéfiants sur des ordonnances non sécurisés) et le manque d'information concernant le traitement du patient (40%) (dosage, posologie, durée,…).

Les problèmes d'organisation, quant à eux, mettent en lumière un manque d'information sur les médicaments au sein de l'établissement de santé (64%) et un défaut d'anticipation de la sortie d'hôpital (22%) concernant notamment des médicaments de prescription rare et onéreux le plus souvent indisponibles en pharmacie d'officine.

Ces différents problèmes causent, dans 50% des cas, un retard dans la prise du traitement.

La continuité des soins n'est pas assurée par manque d'organisation et de communication entre les différents professionnels de santé libéraux et hospitaliers.

MOTS CLES : Dispensation - Ordonnances - Erreur-Sortie d'hospitalisation- Lien ville/hôpital

---

JURY

Président : Mme SEGUIN Elisabeth, Professeur

Membres : Mme REMY Elise, Directeur thèse, Praticien hospitalier

Mr BOUNOURE Frédéric, Maître de conférences, Praticien hospitalier

Mme DESOUBRY Marie-Catherine, docteur en pharmacie

DATE DE SOUTENANCE : 1 juillet 2014