



HAL
open science

Étude de la qualité des ordonnances de sortie d'hospitalisation du CHU de Rouen : améliorer la prise en charge des patients et la continuité de leurs soins en ville

Lucie Philippe

► **To cite this version:**

Lucie Philippe. Étude de la qualité des ordonnances de sortie d'hospitalisation du CHU de Rouen : améliorer la prise en charge des patients et la continuité de leurs soins en ville. Sciences pharmaceutiques. 2016. dumas-01413476

HAL Id: dumas-01413476

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01413476>

Submitted on 9 Dec 2016

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.

UNIVERSITE DE ROUEN
UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2016

N°

THESE
pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 4 Juillet 2016

par

PHILIPPE Lucie

Née le 09/10/1991 à Rouen

***Etude de la qualité des ordonnances de sortie
d'hospitalisation du CHU de Rouen : améliorer la
prise en charge des patients et la continuité de leurs
soins en ville***

Président du jury : *VERITE Philippe, Professeur*

Membres du jury : *DOUCET Jean, PU-PH*

CAZOULAT Isabelle, Docteur en Pharmacie

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Mr **Jean DOUCET** qui m'a permis de réaliser cette thèse et qui me fait l'honneur d'en être le directeur.

Merci pour votre soutien, votre aide et votre disponibilité.

Un grand merci également à Mr **Philippe VERITE** qui a accepté d'être le président de mon jury et le co-directeur de ma thèse.

Merci pour vos cours dispensés au cours de ces années et vos conseils avertis en mycologie.

Je remercie Mme **Isabelle CAZOULAT** de faire partie de mon jury.

Tous mes remerciements pour votre formation durant ces quatre années, la confiance que vous m'avez accordée, ainsi que toutes les connaissances que vous m'avez transmises et pour votre disponibilité.

Merci également à **l'OMÉDIT Haute-Normandie et à toute son équipe**, qui ont permis de réaliser cette étude.

Un grand merci également **aux externes de 5^{ème} année de pharmacie officine** qui ont accepté de participer à cette étude et au recueil de toutes les données nécessaires à celle-ci.

Merci à **Mathilde** et à **Milon** pour leur implication dans cette étude, pour leur aide à l'analyse des résultats.

Je remercie mes **collègues de la Pharmacie du Telhuet**, grâce à vous j'ai passé de très bons moments en alliant travail et bonne humeur.

Je tiens également à remercier **Marine** pour tous les bons moments passés pendant ces 6 années d'études, le soutien à distance pendant les révisions et j'espère que notre amitié perdurera au fil des années.

Merci également à **Pauline, Charlène, Marine et Emilie** pour tous les bons souvenirs passés ensemble.

Je remercie aussi **mes amis**, car malgré l'éloignement dû aux études, nous sommes toujours restés en contact.

Un grand merci à **mes grands-mères**, pour votre soutien et vos encouragements.

Je termine en remerciant particulièrement **mes parents**.

Je vous dédie ce travail, merci pour tout votre soutien et vos encouragements au cours de ces études que vous m'avez permises de réaliser car sans vous je n'y serais pas arrivée, vous m'avez donné les moyens de réussir.

*PS : une petite dédicace pour « **Chouette 1^{ère}** » qui par sa « ronronthérapie » m'a soutenue pendant ces longues heures de révisions.*

**« L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen
n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans
cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs.»**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	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 (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire

Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologie
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
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 (<i>sumombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>sumombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
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
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	Hépto-gastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Me Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation Médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
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	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
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 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
Mme Rachel MARION-LETELLIER	UFR	Physiologie
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Christine RONDANINO	UFR	Physiologie de la Reproduction
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	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 (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
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
Mr Jérémy BELLIEN	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER	Statistiques
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
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	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 Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
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

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHYOT	Bactériologie
----------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE	Biochimie
Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
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
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 François ESTOUR	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

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

SOMMAIRE

1. Index des figures et tableaux	17
2. Liste des abréviations.....	18
3. Introduction	20
Partie 1 : Etat des lieux sur la qualité des prescriptions médicamenteuses.....	21
1. Le médicament	21
2. L'ordonnance.....	21
2.1. Présentation	21
2.2. Le droit de prescription.....	22
2.3. Les catégories de prescription	23
2.3.1. Les médicaments à prescription restreinte ou nécessitant un suivi particulier..	23
2.3.2. Les médicaments soumis à accord préalable	24
2.3.3. Les médicaments d'exception	24
2.3.4. Les médicaments stupéfiants.....	24
2.3.5. Les préparations magistrales ou officinales	24
2.3.6. Les médicaments prescrits hors AMM	25
2.3.7. La mention « non substituable »	25
2.4. Affection Longue Durée	25
2.4.1. Définition	25
2.4.2. Utilisation complexe.....	26
2.4.2.1. Une information difficilement vérifiable	26
2.4.2.2. Etudes sur la prescription à tort en ALD	26
3. La conformité d'une ordonnance	27
3.1. Mentions obligatoires	27
3.2. Cas particulier de certaines ordonnances.....	29
4. Erreur médicamenteuse.....	29
4.1. Définition.....	29
4.2. Etudes sur la survenue des erreurs médicamenteuses	30
4.2.1. Les enquêtes ENEIS	30
4.2.2. Etude sur les Effets Indésirables des Médicaments : Incidence et Risque (EMIR)	
30	
4.2.3. Etude SHAM	31

4.2.4. La Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs médicaux associés (REMED)	31
4.2.5. Etude hospitalière	32
5. Conciliation médicamenteuse.....	34
5.1. Définition.....	35
5.2. Intérêt de sa réalisation	35
6. Analyse pharmaceutique	36
7. L'OMÉDIT	42
7.1. L'OMÉDIT de Haute-Normandie.....	42
7.2. L'OMÉDIT Poitou-Charentes.....	42
8. Le projet High 5s	46
9. Niveau hôpital : logiciel d'aide à la prescription.....	48
10. Dossier Médical Personnel	48
11. La Messagerie Sécurisée de Santé (MSSanté)	49
12. Dossier Pharmaceutique	50
Partie 2 : Etude de la qualité des ordonnances de sortie	52
1. Etude de la qualité des ordonnances de sortie au CHU de Rouen.....	52
1.1. Introduction : objectif	52
1.2. Méthodologie.....	52
1.2.1. La partie réglementaire de l'ordonnance.....	53
1.2.2. L'aspect qualitatif de l'ordonnance.....	55
1.3. Résultats de l'étude de fiabilité.....	59
1.4. Résultats	61
1.4.1. Informations générales et réglementaires de l'ordonnance.....	62
1.4.1.1. Informations sur l'origine et la date de l'ordonnance.....	62
1.4.1.2. Informations sur le prescripteur.....	64
1.4.1.3. Informations sur le patient.....	65
1.4.2. Informations sur la prescription.....	66
1.4.2.1. Lisibilité de l'ordonnance	66
1.4.2.2. Conformité du support	66
1.4.2.3. Conformité des lignes de la prescription.....	66
1.4.2.4. Informations indiquées par ligne de prescription.....	67
1.4.2.5. Compréhension de l'ordonnance	68

1.4.2.6.	Ordonnances prescrites en DCI	69
1.4.2.7.	Indication de la durée de traitement.....	70
1.4.2.8.	Interactions médicamenteuses, associations contre-indiquées ou déconseillées.....	71
1.4.2.9.	Ordonnance bizonne	72
1.4.2.10.	Gravité des problèmes constatés	72
1.4.2.11.	Pertinence.....	73
1.4.2.12.	Informations auprès du prescripteur et modifications post-signature.....	73
1.5.	Discussion	73
2.	Conclusion.....	80
3.	Bibliographie	82
4.	Serment de Galien	90
5.	Annexes	91

1. Index des figures et tableaux

Tableau 1 : Prévalence des différents types de problèmes détectés

Tableau 2 : Solution choisie en fonction du nombre d'hôpitaux par pays participant

Tableau 3 : Nombre d'ordonnances par service

Tableau 4 : Indication du lieu et de la date de la prescription en fonction de chaque service

Tableau 5 : Informations sur la prescription en fonction de chaque service

Tableau 6 : Informations sur le patient en fonction de chaque service

Tableau 7 : Répartition du nombre de lignes prescrites en fonction de chaque service

Tableau 8 : Informations indiquées par ligne de prescription en fonction de chaque service

Tableau 9 : Compréhension de l'ordonnance en fonction de chaque service

Tableau 10 : Prescription en DCI en fonction de chaque service

Tableau 11 : Indication des durées de traitement en fonction de chaque service

Tableau 12 : Principales interactions médicamenteuses

Tableau 13 : Informations concernant l'ordonnance bizonne en fonction de chaque service

Tableau 14 : Comparaison des études

Figure 1 : Prévalence des problèmes et erreurs liés à la prescription

Figure 2 : Fiche d'intervention pharmaceutique

Figure 3 : Fiche de signalement d'un dysfonctionnement sur une ordonnance de sortie

Figure 4 : Check-list ordonnance

Figure 5 : Poster ordonnance de sortie

Figure 6 : Indications du lieu et de la date de la prescription sur la totalité des ordonnances

Figure 7 : Informations sur la prescription sur la totalité des ordonnances

Figure 8 : Informations sur le patient sur la totalité des ordonnances

Figure 9 : Informations indiquées par ligne de prescription sur la totalité des ordonnances

Figure 10 : Indication des durées de traitement sur la totalité des ordonnances

2. Liste des abréviations

ALD : Affection Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

BMO : Bilan Médicamenteux Optimisé

CEPPRAL : Coordination pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles en santé en Rhône-ALpes

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CROP : Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens

CSP : Code de la Santé Publique

DCI : Dénomination Commune Internationale

DMP : Dossier Médical Personnel

DP : Dossier Pharmaceutique

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

EIG : Evènement Indésirable Grave

EMIR : Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risque

ENEIS : Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables graves associés aux Soins

FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

HAS : Haute Autorité de Santé

INR : International Normalized Ratio

IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

JO : Journal Officiel

LAP : Logiciel d'Aide à la Prescription

Meddispar : Médicaments à dispensation particulière

MEDREC : MEDication REConciliation = Conciliation Médicamenteuse

MSSanté : Messagerie Sécurisée de Santé

NR : Non Remboursable

OMÉDIT : Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

REMED : Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs médicaux

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

SNFMI : Société Nationale Française de Médecine Interne

TP : Taux de Prothrombine

UF : Unité Fonctionnelle

URPS : Union Régionale des Professions de Santé

3. Introduction

La prise en charge d'un patient dans une officine consiste principalement en la dispensation de ses ordonnances et la délivrance de médicaments. Il est donc important d'avoir une ordonnance conforme tant sur le fond que sur la forme afin d'éviter des erreurs de dispensation.

À l'hôpital, le principe de la conciliation médicamenteuse s'applique à l'entrée du patient dans l'établissement de santé afin d'éviter des divergences entre les traitements dispensés en ville et ceux établis à l'hôpital.

En revanche, à la sortie hospitalière du patient, il n'existe pas de processus mis en place pour sécuriser cette sortie. C'est pourquoi, lors de la dispensation des ordonnances de sorties hospitalières à l'officine, il existe des questions, des erreurs constatées sur l'ordonnance entraînant de ce fait des risques d'erreurs de dispensation et une possible rupture dans la continuité des soins en ville pour le patient.

La notion de qualité des ordonnances est désormais un enjeu majeur avec notamment la mise en place d'un critère "Qualité de Document de Sortie" dans l'évaluation des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins 2014 (IPAQSS) mise en place par la Haute Autorité de Santé (HAS, 2016).

En 2013 l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMÉDIT) de Haute-Normandie avait entrepris une étude sur les dysfonctionnements rencontrés à l'officine lors de la dispensation des ordonnances de sortie hospitalières. Cependant, peu d'officines s'étaient mobilisées pour signaler des erreurs. C'est pour cela, qu'il a été décidé en 2015 de poursuivre ce travail au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen, en analysant les ordonnances de sorties hospitalières avant leur dispensation en officine.

Nous allons donc faire un état des lieux sur la qualité des prescriptions médicamenteuses pour ensuite aborder les résultats de l'étude menée au CHU de Rouen.

Partie 1 : Etat des lieux sur la qualité des prescriptions médicamenteuses

Il est important de rappeler certaines définitions ou règles à respecter, qui vont justifier la présence de certains critères à vérifier sur les ordonnances de sortie qui ont été analysées.

1. Le médicament

La définition du médicament est commune à tous les pays de l'Union Européenne, elle est régie par l'article L.5111-15 du Code de la Santé Publique comme étant : « toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique».

Le médicament fait partie d'un circuit qui se doit d'être respecté et surveillé. Avant toute prescription d'un médicament, le médecin se doit d'examiner, d'évaluer la ou les pathologie(s) du patient, de tenir compte de ses antécédents, et de son terrain. Suite à cette évaluation, une prescription est établie, puis celle-ci sera dispensée sous la responsabilité d'un pharmacien et par la suite, les médicaments seront administrés au patient.

En ce qui concerne le travail présent, nous nous intéressons à l'étape de la prescription.

2. L'ordonnance

2.1. Présentation

Un médicament peut être prescrit sur différents types d'ordonnances, il en existe quatre (CNAMTS, 2014a) :

- L'ordonnance **simple** : elle peut se présenter sous forme manuscrite ou informatisée, et elle est rédigée en double exemplaire avec l'original qui sera remis au patient et le duplicata à la caisse d'Assurance Maladie de l'assuré.
- L'ordonnance **bizone** : elle concerne les patients ayant une Affection Longue Durée (ALD) avec une partie supérieure de l'ordonnance correspondant aux médicaments en rapport avec cette ALD exonérante et une partie inférieure destinée à la prescription d'autres médicaments attribués à des maladies intercurrentes, qui ne seront pas pris en charge à 100% par la sécurité sociale.
- L'ordonnance de **médicaments d'exception** : concerne la prescription de médicaments d'exception.
- L'ordonnance **sécurisée** : concerne la prescription de médicaments stupéfiants et des spécialités apparentées aux stupéfiants.

2.2. Le droit de prescription

Tout d'abord il est important de rappeler qui a le droit de prescrire des médicaments. Les professionnels de santé concernés sont (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2015) :

- les médecins : généralistes ou spécialistes, exerçant en ville ou à l'hôpital
- les chirurgiens-dentistes
- les vétérinaires
- les sages-femmes, pour lesquelles il existe une liste restrictive de médicaments

Il existe également des prescriptions de dispositifs médicaux. La liste des professionnels de santé autorisés à prescrire ces dispositifs vient s'ajouter à la liste précédente (CNAMTS, 2010a) :

- les sages-femmes (Annexe 1)
- les infirmiers (Annexe 2)
- les masseurs-kinésithérapeutes (Annexe 3)
- les pédicures-podologues (Annexe 4)

En fonction de ces 4 catégories de professionnels de santé, leur droit de prescription est différent car il existe pour chacune, une liste restrictive de dispositifs médicaux.

2.3. Les catégories de prescription

2.3.1. Les médicaments à prescription restreinte ou nécessitant un suivi particulier

Il existe différentes catégories de prescriptions de médicaments. Les pharmaciens se doivent de demander la présentation d'une ordonnance dès lors qu'il s'agit de médicaments à prescription médicale obligatoire ou de médicaments à prescription restreinte, à savoir (CNAMTS, 2014b) :

- les médicaments à **prescription hospitalière** : ils doivent être prescrits par l'hôpital mais ils peuvent être délivrés en ville.
- les médicaments à **prescription initiale hospitalière** : ces médicaments peuvent être prescrits en ville seulement si une prescription initiale hospitalière existe pour ce médicament et uniquement après avoir vérifié sur l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) du médicament le délai de validité de cette prescription initiale.
- les médicaments appartenant à la **réserve hospitalière** : l'administration de ces médicaments ne peut se faire qu'au cours d'une hospitalisation, ils ne peuvent pas être prescrits en ville.
- les médicaments à **prescription réservée à des médecins spécialistes** : seuls certains médecins spécialistes sont habilités à prescrire ces médicaments. Cependant, cette prescription peut se limiter à la prescription initiale qui sera ensuite renouvelée par un médecin de ville dès lors que le délai de validité de l'ordonnance du médecin spécialiste a été vérifié.
- les médicaments nécessitant une **surveillance particulière** : ils peuvent être prescrits seulement si certains examens sont effectués. Pour certains médicaments, l'AMM précise que le prescripteur doit mentionner la réalisation de ces examens sur l'ordonnance.

2.3.2. Les médicaments soumis à accord préalable

Citons un exemple. Depuis le 1^{er} novembre 2014, pour la prescription de la rosuvastatine ou de l'ézétimibe seul ou en association avec la simvastatine, il est demandé au médecin de remplir une demande d'accord préalable de prescription de ces médicaments, qui sera envoyée au service médical de l'Assurance Maladie.

2.3.3. Les médicaments d'exception

La prise en charge des médicaments d'exception par l'Assurance Maladie s'effectue seulement si les indications thérapeutiques inscrites sur la fiche d'information thérapeutique du médicament sont respectées et s'ils sont prescrits sur une ordonnance de médicaments d'exception.

2.3.4. Les médicaments stupéfiants

Les médicaments stupéfiants et les spécialités apparentées doivent être prescrits sur une ordonnance sécurisée manuellement ou informatiquement, rédigés en toutes lettres (le dosage, le nombre de prises et d'unités thérapeutiques à prendre pour chaque prise). La durée de prescription de ces médicaments est limitée à 28 jours maximum (sans renouvellement possible), il est également possible de fractionner la délivrance à 7 ou 14 jours.

Pour qu'une telle ordonnance soit délivrée dans sa totalité, elle doit être présentée à la pharmacie dans un délai de 3 jours, au-delà desquels elle sera délivrée au prorata des jours restant sur le traitement prescrit.

2.3.5. Les préparations magistrales ou officinales

La prise en charge par l'Assurance Maladie de ces préparations est soumise à certaines conditions. Dans tous les cas, il doit y avoir la mention manuscrite « Prescription à but thérapeutique en l'absence de spécialités équivalentes disponibles » sur l'ordonnance.

Les conditions de remboursement de ces préparations se résument (CNAMTS, 2009) :

- aux préparations prescrites dans le but d'une adaptation posologique d'un médicament dont le dosage requis n'existerait pas, ce qui peut être le cas pour une adaptation pédiatrique ou gériatrique

- aux préparations dermatologiques prescrites pour des patients atteints de maladies rares, orphelines, génétiques à expression cutanée, chroniques d'une particulière gravité. Dans ce cas, certains principes actifs seront pris en charge (Annexe 5).

2.3.6. Les médicaments prescrits hors AMM

Dès lors qu'un médecin prescrit un médicament en dehors de ses indications thérapeutiques remboursables, il se doit de le noter sur l'ordonnance à côté du médicament concerné (exemple : « NR », « hors indications remboursables », etc.).

2.3.7. La mention « non substituable »

La mention « non substituable » doit être indiquée sur l'ordonnance de façon manuscrite avant la prescription du médicament concerné.

Cette mention est obligatoire pour la prise en charge par l'Assurance Maladie du principe d'un médicament dès lors qu'il existe un générique.

2.4. Affection Longue Durée

2.4.1. Définition

Une Affection de Longue Durée (ALD) peut être exonérante ou non exonérante. En effet, toute maladie ayant un caractère grave et/ou chronique, nécessitant une prise en charge thérapeutique prolongée et parfois coûteuse, caractérise une affection de longue durée exonérante, pour laquelle il y a une suppression du ticket modérateur (CNAMTS, 2012a).

Ainsi, toutes les affections concernées par cette exonération, sont répertoriées sur la liste des ALD 30 qui est établie par décret (Annexe 6). Cependant, certaines affections sont exonérantes et ne figurent pas sur cette liste, il s'agit des affections « hors liste » qui se

trouvent sur la liste des ALD 31 ainsi que les affections qui entraînent un état pathologique invalidant qui se définit par une ALD 32.

Une affection de la catégorie ALD 31 se définit comme étant un état grave ou un état invalidant ou évolutif d'une maladie grave (absente de la liste ALD 30), nécessitant un traitement prolongé d'une durée supérieure à six mois avec un coût thérapeutique particulièrement élevé (exemple : les ulcères chroniques ou récidivants avec retentissement fonctionnel sévère).

En ce qui concerne une ALD 32, il s'agit d'un ensemble d'affections qui vont entraîner un état invalidant chez le patient et nécessiter sur une période supérieure à 6 mois, des soins en continu.

2.4.2. Utilisation complexe

2.4.2.1. Une information difficilement vérifiable

Suite à ces trois définitions d'affections exonérantes, il reste néanmoins difficile au pharmacien de savoir si la prescription dans la partie haute de l'ordonnance bizonne est justifiée. En effet, seul le médecin traitant, la caisse d'assurance maladie et le patient lui-même, ont connaissance du type d'ALD qui le concerne. Le pharmacien n'a pas la possibilité de vérifier si les médicaments prescrits sont justifiés avec l'ALD du patient.

Ainsi régulièrement, sur les ordonnances faites par un autre médecin que le médecin traitant, le pharmacien peut se rendre compte que certains médicaments prescrits ne sont pas en rapport avec l'ALD qu'ils supposent être en vigueur (exemple de la prescription de ZOLPIDEM chez un patient insuffisant cardiaque qui a du BISOPROLOL et du FUROSEMIDE).

2.4.2.2. Etudes sur la prescription à tort en ALD

En avril 2005, l'Assurance Maladie a rédigé une lettre d'information aux médecins afin de les sensibiliser sur l'augmentation importante (46%) du nombre de bénéficiaires admis en ALD (CNAMTS, 2005).

D'après des études effectuées par le service de contrôle médical de l'Assurance Maladie, il apparaissait que 10 à 15% des prescriptions étaient faites à tort dans la partie exonérante de l'ordonnance bizonne. Il a été constaté que certaines classes de médicaments étaient plus souvent concernées telles que les anti-acides, les statines, les antibiotiques, les anxiolytiques ou hypnotiques, les médicaments de l'hypertrophie bénigne de la prostate ainsi que les vasculo-protecteurs ou les veinotoniques.

3. La conformité d'une ordonnance

Afin que l'on puisse qualifier une ordonnance comme étant conforme d'un point de vue réglementaire, elle doit présenter les mentions obligatoires indiquées dans l'article 13 de l'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.

3.1. Mentions obligatoires

Sur une ordonnance, il doit être indiqué lisiblement :

- **l'identité du prescripteur** : à savoir son nom, sa qualité et le cas échéant sa qualification, son titre ou sa spécialité ainsi que son identifiant s'il existe. Il doit également être indiqué le nom et l'adresse de l'établissement dans lequel il exerce, ses coordonnées téléphoniques et électroniques avec lesquelles les pharmaciens pourront le joindre si besoin. Le prescripteur doit indiquer la date à laquelle il a rédigé l'ordonnance ainsi que sa signature à la fin de l'ordonnance. Dans le cas des prescriptions de sortie d'hospitalisation, il doit être indiqué sur l'ordonnance : le nom et l'adresse de l'établissement, l'identification de l'unité de soins ainsi que le numéro au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) de l'établissement (CSP, 2007).

- suite au Décret n°2014-1359 paru au JO du 15 novembre 2014, depuis le 1^{er} janvier 2015, les professionnels de santé habilités à la prescription, ont l'obligation de prescrire en **Dénomination Commune Internationale**. Pour chaque médicament prescrit, le prescripteur doit indiquer la posologie et le mode

d'administration, il devra préciser la formule détaillée lors de la prescription d'une préparation.

- la **durée du traitement** doit être indiquée sur l'ordonnance, s'il existe des traitements de longue et de courte durée sur la même ordonnance, le prescripteur se doit de les indiquer clairement. Il est également possible de prescrire en nombre d'unités de conditionnement ce qui sous-entend une durée de traitement dès lors que le médecin a précisé la posologie à respecter. C'est au moment de la précision de ce critère de la durée de traitement que le médecin peut préciser la possibilité de renouveler le traitement.
- il est nécessaire d'indiquer **les nom et prénom, le sexe et l'âge du patient** ainsi que sa taille et son poids si nécessaire.
- lorsqu'il s'agit de médicaments à prescription initiale hospitalière et lorsque l'autorisation de mise sur le marché ou l'autorisation temporaire d'utilisation le prévoit, le prescripteur doit indiquer la **date à laquelle un nouveau diagnostic** est effectué. Dans certaines situations, il peut exiger du prescripteur qu'il précise sur son ordonnance que le patient a bien été informé des risques que pouvaient engendrer le médicament qui lui a été prescrit.

Suite au Décret du 14 novembre 2014 et depuis le 1^{er} janvier 2015, la **prescription en Dénomination Commune Internationale (DCI)** est devenue obligatoire, il faut donc vérifier que ce critère soit validé sur la prescription et il doit concerner toutes les lignes de médicaments. Afin de ne pas perturber le patient, le nom du princeps du médicament est souvent rédigé entre parenthèses, afin que le patient sache s'il s'agit d'un médicament qui n'est pas encore génériquable. En revanche, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié une liste d'exclusion de cette obligation pour 7 catégories de médicaments :

- des spécialités comportant plus de 3 principes actifs
- des médicaments dont le résumé des caractéristiques du produit mentionne une difficulté en cas de prescription en DCI
- des produits radio-pharmaceutiques.
- des médicaments homéopathiques.
- des médicaments de phytothérapie.

- des produits d'origine biologique (exemples : insulines injectables, hormones de croissance).
- des spécialités comportant des unités de prescription de composition différente (exemple : certaines pilules contraceptives, comme Trinordiol® dont le dosage en estrogènes et progestérone diffère selon le jour de prise).

3.2. Cas particulier de certaines ordonnances

Certaines prescriptions font l'objet d'une réglementation particulière, il s'agit de la prescription de **médicaments stupéfiants (Ordre National des Pharmaciens, 2015a)**.

Afin que la prescription de tels médicaments soit conforme, il est nécessaire que le prescripteur utilise une ordonnance sécurisée manuellement ou informatiquement et qu'il rédige la prescription en toutes lettres à savoir le dosage, le nombre de prises et d'unités thérapeutiques à prendre pour chaque prise. Pour cette catégorie de médicaments la durée de prescription est limitée à 28 jours maximum et cela ne peut être renouvelé, il est même possible de fractionner la délivrance à 7 ou 14 jours.

4. Erreur médicamenteuse

Il est important d'aborder cette notion d'erreur médicamenteuse car une qualité insatisfaisante de l'ordonnance ainsi qu'une mauvaise conformité, peuvent être à l'origine d'une erreur médicamenteuse.

4.1. Définition

D'après l'article R5121-152 (CSP, 2013) :

« 13° " Erreur médicamenteuse " : une erreur non intentionnelle d'un professionnel de santé, d'un patient ou d'un tiers, selon le cas, survenue au cours du processus de soin impliquant un médicament ou un produit de santé mentionné à l'article R. 5121-150, notamment lors de la prescription, de la dispensation ou de l'administration ; »

4.2. Etudes sur la survenue des erreurs médicamenteuses

4.2.1. Les enquêtes ENEIS

Il s'agit de 2 enquêtes mises en place en 2004 et en 2009 par la Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du ministère de la santé.

Le but était d'évaluer la fréquence de survenue d'Evènements Indésirables Graves (ayant entraîné une prolongation de l'hospitalisation, une incapacité à la sortie programmée ou un risque vital) (EIG) liés aux soins dans les établissements de santé et d'en déterminer leurs raisons et leurs causes (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2012).

En 2009, suite à cette enquête 374 EIG ont été rapportés (Michel et al, 2010) :

- 214 étant survenus pendant l'hospitalisation : 6,2 EIG pour 1000 jours d'hospitalisation, dont 2,6 EIG évitables.
- 160 étant à l'origine de l'hospitalisation
- 177 ont été considérés comme pouvant être évités.

Parmi les EIG classés comme étant évitables, sur 100 jours d'hospitalisation :

- 1,7 de ces EIG sont causés par une procédure
- 1,1 sont dus à des produits de santé dont 0,7 en lien avec un médicament
- 0,9 de ces EIG est lié à une infection liée aux soins.

4.2.2. Etude sur les Effets Indésirables des Médicaments : Incidence et Risque (EMIR)

En 2007, les 31 Centres Régionaux de Pharmacovigilance ont réalisé une étude prospective sur des services de court séjour répartis dans l'ensemble des CHU et des CH. Le but était d'évaluer la proportion des effets indésirables médicamenteux qui étaient à l'origine d'une hospitalisation et la proportion de ces effets qui pouvaient être évités.

Cette étude a permis d'inclure 2692 malades dont sont ressortis 97 cas d'effets indésirables, soit 3,6%.

Au final, ce sont 167 médicaments qui ont été considérés comme pouvant être la cause de ces 97 effets (Castot-Haramburu et al, 2008).

4.2.3. Etude SHAM

L'étude SHAM, réalisée entre 2005 et 2010, a permis d'analyser la nature et la cause des erreurs médicamenteuses qui ont été réglées par voie judiciaire.

Durant la période consacrée à cette étude, il a été recensé 35 478 déclarations de sinistres et parmi celles-ci, 153 étaient classées en erreurs médicamenteuses (Theissen et al, 2015). Les dossiers ayant fait l'objet d'une condamnation judiciaire étaient au nombre de 31. Les principaux types de sinistres signalés ont été :

- un problème de surveillance
- une erreur d'administration
- un surdosage : dû en partie à une erreur de prescription avec une mauvaise reconduction du traitement du patient
- allergie connue et tracée dans le dossier
- administration d'un traitement contre-indiqué
- omission de traitement

En fonction de ces différents types de sinistres, il a été retenu par l'expert judiciaire, différentes causes :

- « erreur liée à l'environnement et/ou à l'organisation du service »
- « erreur liée à la pratique médicale » : pour 17 sinistres
- « erreur liée à la pratique infirmière »
- « erreur liée à la pharmacie à usage intérieur »

4.2.4. La Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs médicaux associés (REMEDI)

Entre 10 000 et 30 000 décès par an seraient causés par les médicaments en France, c'est ce qu'a montré le rapport de 2013 de Bégau et Costagliola.

Il est considéré qu'une proportion non négligeable de la iatrogénie médicamenteuse serait évitable car elle serait due à une erreur médicamenteuse, c'est pour cela que l'objet de la REMEDI est d'analyser les conditions de survenue d'un événement indésirable évitable (Baum et al, 2013).

Le but d'une REMED est de relever la chronologie de l'erreur médicamenteuse, ses facteurs favorisants et les solutions qui pourraient être mises en œuvre (SFPC, 2014).

Lors des réunions REMED, il faut décrire l'erreur médicamenteuse, pour cela, un certain nombre de questions vont être abordées. Il faut connaître (Baum et al, 2013) :

- le produit de santé impliqué
- le niveau de réalisation de l'erreur : une erreur peut être potentielle ou avérée et interceptée avant d'atteindre le patient ou identifiée après lorsqu'elle a déjà atteint le patient
- la nature de l'erreur
- les conséquences de l'erreur
- le risque associé à l'erreur
- le moment de survenue

4.2.5. Etude hospitalière

Il s'agit d'une étude réalisée pendant 4 semaines à l'Hôpital Laval, elle avait pour but de mettre en évidence les problèmes liés à la prescription hospitalière (Massé et al, 2006). Ainsi les pharmaciens ont collecté toutes les ordonnances destinées à la pharmacie centrale, qui présentaient un problème.

A chaque problème constaté par le pharmacien, il se devait de remplir un formulaire et de joindre une photocopie de l'ordonnance, afin de décrire ce qui ne convenait pas.

Sur la période impartie à cette étude, 740 ordonnances étaient problématiques, sur un total de 30 009 traitées à la pharmacie centrale.

Tous les problèmes constatés par les pharmaciens au cours de cette étude ont été répertoriés dans le tableau 1 d'après Massé et al :

Tableau 1 : Prévalence des différents types de problèmes détectés (Massé et al, 2006)

Types de problèmes détectés	Nombre	%
Posologie incomplète*	320	43,2
Posologie qui semble inadéquate selon l'indication†	102	13,8
Difficulté à lire l'ordonnance*	97	13,1
Duplication	47	6,4
Interaction médicamenteuse	47	6,4
Traitement qui semble inadéquat selon le patient‡	32	4,3
Posologie qui semble inadéquate selon le patient‡	18	2,4
Difficulté à interpréter l'ordonnance*	16	2,2
Mauvais patient/patient non identifié*	12	1,6
Unité de mesure inappropriée/Produit inexistant	11	1,5
Prescription non contresignée	8	1,1
Sommaire imprécis*	8	1,1
Traitement qui semble inadéquat selon l'indication†	7	0,9
Voie d'administration qui semble inadéquate	7	0,9
Mauvaise date	7	0,9
Durée de traitement qui semble inadéquate	1	0,1

* Problèmes liés à la rédaction de l'ordonnance (imprécisions) plutôt qu'à son contenu.

† Le médicament choisi ne semble pas approprié pour le patient (allergie...) ou la posologie prescrite ne semble pas adaptée à la condition du patient (âge, poids, fonction rénale, fonction hépatique...).

‡ Le médicament choisi n'a pas été démontré efficace dans le contexte où il est prescrit ou la posologie prescrite semble insuffisante ou à risque de toxicité.

Ce tableau montre que les principaux problèmes détectés étaient liés à une erreur de posologie ou à une difficulté de lecture. D'autres problèmes apparaissaient moins fréquemment comme des lignes de médicaments qui se répétaient, des traitements inadaptés, des interactions médicamenteuses...

Grâce aux résultats de cette étude représentés dans la figure 1 d'après Massé et al, il a été possible de constater que la majorité des problèmes constatés (environ 60%) sur une prescription médicamenteuse, étaient dus à un problème de rédaction du prescripteur et pour une ordonnance sur quatre, l'intervention du pharmacien était nécessaire afin de faire modifier l'ordonnance.

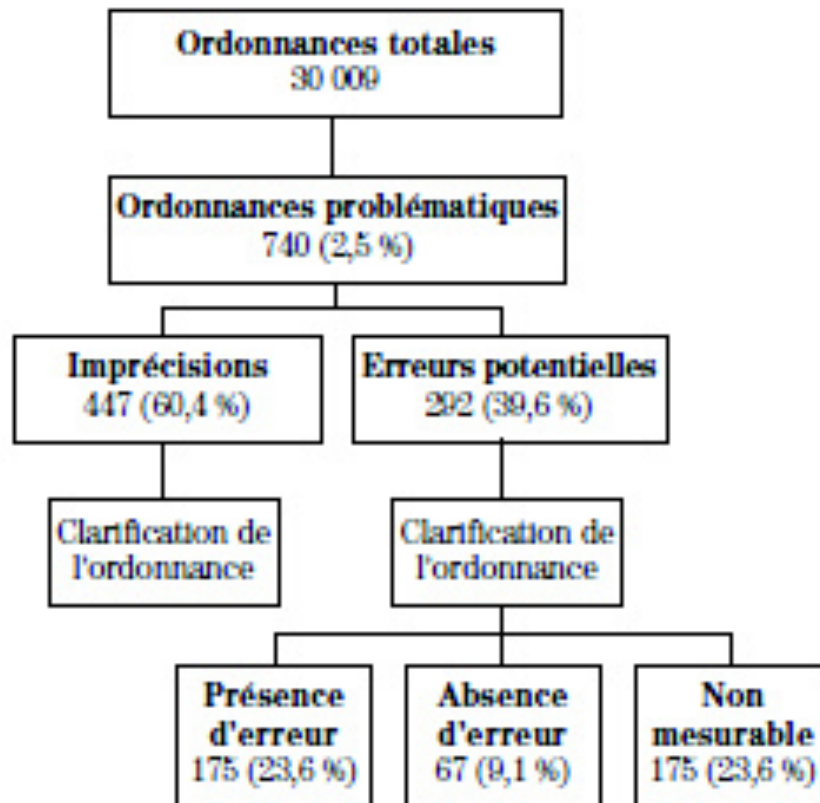


Figure 1 : Prévalence des problèmes et erreurs liés à la prescription (Massé et al, 2006)

5. Conciliation médicamenteuse

Lorsqu'il est question de la qualité des ordonnances de sorties hospitalières, il est important de parler également de la conciliation médicamenteuse. En effet, dès l'entrée d'un patient en milieu hospitalier, il est important de réaliser une conciliation médicamenteuse dans le but de connaître tous les traitements que prend le patient et de les adapter s'il est nécessaire, notamment lorsqu'il est nécessaire de remplacer un médicament par une équivalence en raison du respect du livret thérapeutique du service.

5.1. Définition

La conciliation médicamenteuse est une démarche pluri-professionnelle qui se déroule selon un processus rétroactif ou proactif qui consiste à permettre une continuité des soins au patient dès lors qu'il rentre dans un établissement de santé (Doerper et al, 2013).

Elle est proactive si la liste des médicaments pris par le patient est établie et connue avant la rédaction de la première ordonnance par le service de soins dans lequel sera le patient.

Au contraire, elle est dite rétroactive dès lors que la liste des médicaments pris par le patient est établie après la rédaction de la première ordonnance qui lui est destinée, dans cette situation, il est donc possible qu'il existe des divergences au niveau du traitement et c'est là le but de la conciliation médicamenteuse : intercepter et corriger les éventuelles divergences de traitements.

La conciliation médicamenteuse se réalise selon cinq étapes :

- la recherche et la rédaction des médicaments pris par le patient
- l'utilisation de cette liste pour rédiger la première ordonnance ou la comparaison de cette liste à la première ordonnance
- rechercher l'existence d'éventuelles divergences
- identification et caractérisation des écarts de prescriptions
- correction si cela est nécessaire

5.2. Intérêt de sa réalisation

Des études réalisées dans différents pays prouvent l'importance et l'intérêt de la réalisation de la conciliation médicamenteuse. En effet, en Suède, Hellström et al. ont montré que 47% des patient conciliés présentaient au minimum une erreur médicamenteuse dans leur traitement (Hellström et al, 2012) ; aux Etats-Unis, une étude réalisée dans le service des urgences a montré que chez les patients âgés de 65 ans et plus, 87% des listes de médicaments qui étaient établies contenaient au moins une erreur médicamenteuse (Caglar et al, 2011).

En raison de la fréquence du constat d'une ou de plusieurs erreurs médicamenteuses détectées chez les patients conciliés à l'entrée dans un établissement, il est intéressant de

comparer ces résultats à différents points de transition du patient à savoir lors d'un transfert d'un établissement vers un autre ou lors de la sortie d'un établissement.

Cependant il existe encore peu d'études réalisées à ces points de transition. Lors du transfert au sein de l'établissement, au moins une erreur médicamenteuse est détectée chez 62% des patients conciliés (Lee et al, 2010) ; cette fréquence est similaire lors de la sortie d'un patient, en effet en comparant la liste de médicaments établie suite à la conciliation à l'entrée au traitement prescrit sur l'ordonnance de sortie la fréquence d'apparition d'au moins une erreur médicamenteuse est de 61% (Brulebois, 2010).

Au Centre Hospitalier de Bayeux, une étude sur la conciliation d'entrée ainsi que sur la conciliation de sortie a été réalisée. Lors de cette étude, il a été décidé que seuls les patients sortant en hospitalisation à domicile, bénéficieraient de la conciliation à leur entrée et à leur sortie.

Au total, 37 patients ont bénéficié de cette conciliation et dans 16 dossiers il a été constaté 1 à 15 erreurs. A l'entrée, 30 erreurs étaient détectées et il persistait encore 17 erreurs à la sortie, ces erreurs concernaient 10 ordonnances à l'entrée et 9 à la sortie. Parmi ces ordonnances, pour 3 d'entre elles, les erreurs étaient détectées à l'entrée et à la sortie.

Les résultats de cette étude ont montré l'importance de la conciliation médicamenteuse tant à l'entrée du patient dans un établissement qu'à sa sortie, car 36% des erreurs constatées correspondaient à la sortie du patient (Lebegue et al, 2013).

6. Analyse pharmaceutique

Il est possible de définir l'analyse pharmaceutique des prescriptions en deux niveaux (OMéDIT Poitou-Charentes, 2010). En effet, il y a **l'analyse réglementaire** de la prescription qui consiste à vérifier si la prescription est conforme et présente tous les éléments cités précédemment.

Ensuite, il y a **l'analyse pharmaco-thérapeutique** de la prescription qui se définit en 3 niveaux :

- Au 1^{er} niveau : la revue des prescriptions qui se déroule à la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI), en analysant la partie réglementaire de la prescription et en effectuant une analyse pharmacologique à partir des données minimales disponibles sur le patient (sexe, âge, poids)
- Au 2^{ème} niveau : l'analyse documentée qui se base sur le dossier du patient et les éventuels résultats d'exams biologiques qui auraient été effectués
- Au 3^{ème} niveau : l'analyse avec suivi clinique se déroule dans l'unité de soins, il s'agit d'une méthode pluridisciplinaire qui permet une analyse globale du patient tant d'un point de vue de ses pathologies que de sa prise en charge médicamenteuse. Tout est axé dans l'intérêt du patient et de ses besoins.

Depuis l'année 2004, la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) a valorisé la notion d'intervention pharmaceutique qui découle de l'analyse pharmaceutique, en créant un outil appelé « ACT IP ». Cet outil a plusieurs buts, avec notamment le recueil et la quantification des interventions de pharmacie clinique (SFPC, 2015).

Cette fiche sera remplie dès lors qu'un problème concernant la prise en charge médicamenteuse du patient sera constaté.

Une version pour la pratique officinale existe également, elle est représentée par la figure 2 élaborée par la SFPC :

TAMPON :	Fiche Intervention Pharmaceutique	
	Démarche assurance qualité	Page 1/3

*Le N° d'enregistrement est indispensable pour l'externalisation des données patient et médecin (confidentialité)

Numéro d'enregistrement *	NOM	PRENOM
Date :	Code CIP du médicament	N° Facture :
		Age : ans ou mois
		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
poids Kg		
1 - PROBLEME (1 choix) :	2 - PRESCRIPTEUR :	5 - ORDONNANCE :
1.1 <input type="checkbox"/> Contre-indication / Non conformité aux référentiels 1.2 <input type="checkbox"/> Problème de posologie 1.3 <input type="checkbox"/> Interaction médicamenteuse <input type="radio"/> A prendre en compte <input type="radio"/> Précaution d'emploi <input type="radio"/> Association déconseillée <input type="radio"/> Association contre-indiquée <input type="radio"/> Publiée 1.4 <input type="checkbox"/> Effet indésirable 1.5 <input type="checkbox"/> Oubli de prescription 1.6 <input type="checkbox"/> Médicament ou dispositif non reçu par le patient <input type="radio"/> Indisponibilité <input type="radio"/> Inobservance <input type="radio"/> Incompatibilité physico-chimique 1.7 <input type="checkbox"/> Prescription d'un médicament non justifié 1.8 <input type="checkbox"/> Redondance 1.9 <input type="checkbox"/> Prescription non conforme <input type="radio"/> Support ou prescripteur <input type="radio"/> Manque d'information, de clarté <input type="radio"/> Voie d'administration inappropriée 1.10 <input type="checkbox"/> Pharmacodépendance 1.11 <input type="checkbox"/> Monitoring à suivre	Nom Prénom : 2.1 <input type="checkbox"/> Médecin généraliste 2.2 <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste 2.3 <input type="checkbox"/> Médecin hospitalier	5.1 <input type="checkbox"/> Classée 5.2 <input type="checkbox"/> Transmise au prescripteur
	3 - INTERVENTION (1 choix) 3.1 <input type="checkbox"/> Adaptation posologique 3.2 <input type="checkbox"/> Choix de la voie d'administration 3.3 <input type="checkbox"/> Améliorer les méthodes de dispensation /d'administration 3.4 <input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique 3.5 <input type="checkbox"/> Ajout (prescription nouvelle) 3.6 <input type="checkbox"/> Changement de médicament 3.7 <input type="checkbox"/> Arrêt ou refus de délivrer	4 - DEVENIR DE L'INTERVENTION 4.1 <input type="checkbox"/> Acceptée par le prescripteur 4.2 <input type="checkbox"/> Non acceptée par le prescripteur sans motif 4.3 <input type="checkbox"/> Non acceptée par le prescripteur avec motif 4.4 <input type="checkbox"/> Refus de délivrance avec appel prescripteur 4.5 <input type="checkbox"/> Refus de délivrance sans appel prescripteur 4.6 <input type="checkbox"/> Acceptation du patient (information du patient et prescripteur non contacté) 4.7 <input type="checkbox"/> Non acceptation par le patient

DETAILS POUR ANALYSE DE L'INTERVENTION PHARMACEUTIQUE préciser : DCI, Dosage, posologie, rythme d'administration des médicaments ; Éléments pertinents en relation avec le problème déposé ; Constantes biologiques perturbées ou concentration d'un médicament dans liquides biologiques (+ normales du laboratoire) ; Décrire précisément l'intervention pharmaceutique.

Contexte de l'intervention

Problème

Intervention

Tableau 1 : description des problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse

PROBLEME LIE A	DESCRIPTION
1.1 Contre-indication ou Non conformité aux référentiels.	<p>- Il existe une contre-indication à l'usage de ce médicament : Par exemple, le patient présente un terrain qui contre-indique le médicament prescrit : asthme et bêtabloquant.</p> <p>- Non conformité du choix du médicament aux différents consensus ou hors AMM : Un autre médicament est tout aussi efficace et moins coûteux ou moins toxique pour ce patient conformément aux consensus ou recommandations ou référentiels. Médicament prescrit en dehors de son AMM.</p>
1.2 Problème de posologie	<p>- Sous dosage ou surdosage : le médicament est utilisé à une dose trop faible ou trop élevée pour ce patient (dose par période de temps), non concordance avec le DP.</p> <p>- La durée de traitement est anormalement raccourcie : (Ex : antibiotique prescrit sur 5 jours au lieu de 10 jours).</p> <p>- Le rythme d'administration est trop distant ou trop rapproché (Ex : Haldol decanoas® prescrit tous les jours).</p>
1.3 Interaction médicamenteuse	<p>Un médicament du traitement interfère avec un autre médicament et peut induire une réponse pharmacologique exagérée ou insuffisante.</p> <p>- D'après le Gtiam de l'ANSM : Association à prendre en compte (selon la pertinence clinique), Précaution d'emploi, Association déconseillée, Association contre-indiquée.</p> <p>- Interaction publiée mais non validée par le Gtiam de l'ANSM. (préciser les références bibliographiques).</p>
1.4 Effet indésirable	<p>Le patient présente un effet indésirable alors que le médicament est administré à la bonne posologie. Il peut s'agir d'un effet clinique ou biologique, cinétique.</p>
1.5 Oubli de prescription	<p>- Absence de thérapeutique pour une indication médicale valide.</p> <p>- Un médicament n'a pas été renouvelé, (présence dans le dossier pharmaceutique (DP), et le malade ne sait pas ce qui justifie l'absence de reconduction du traitement), un médicament n'a pas été prescrit après un transfert.</p> <p>- Le patient n'a pas bénéficié d'une prescription de prophylaxie ou de prémédication.</p> <p>- Un médicament synergique ou correcteur devrait être associé.</p>
1.6 Traitement non reçu : • Indisponibilité • Inobservance • Incompatibilité physico-chimique	<p>- Non disponibilité de la spécialité : Arrêt de fabrication, suspension d'AMM, rupture de stock, pénurie</p> <p>- Problème d'observance</p> <p>- Incompatibilité physico-chimique entre plusieurs médicaments injectables, aérosol, gouttes buvables... : risque de précipitation entre des médicaments incompatibles en cours d'administration.</p>
1.7 Prescription d'un médicament non justifié	<p>- Un médicament est prescrit sans indication justifiée (ex : le patient nous interpelle)</p> <p>- Ce médicament n'apparaît pas dans le DP ou historique du logiciel (ex : l'équipe et le patient doutent que le médicament prescrit soit à dispenser.)</p> <p>- Un médicament est prescrit sur une durée trop longue sans risque de surdosage (Ex : antibiothérapie sur 15 jours pour une pathologie courante).</p>
1.8 Redondance	<p>- Un même principe actif est prescrit plusieurs fois sur l'ordonnance (Ex : Doliprane® et Ixprim®).</p> <p>- Prescriptions de deux médicaments à principe actif différent mais appartenant à la même classe thérapeutique créant une redondance pharmacologique (Ex : Josir® et Xatral®).</p>
1.9 Prescription non conforme : • support ou prescripteur, • manque d'information, de clarté • Voie d'administration inappropriée	<p>Le médicament choisi est correct mais :</p> <p>- le support d'ordonnance n'est pas conforme, le libellé est incomplet (absence de dosage...) ou incorrect, ou mauvaise lisibilité de l'ordonnance</p> <p>- le prescripteur est non habilité (médicament de prescription restreinte)</p> <p>- Plan de prise non optimal (répartition horaire et moment).</p> <p>- La méthode d'administration n'est pas adéquate (reconstitution, dilution, manipulation, durée).</p> <p>- Mauvais choix de galénique (forme solution si difficulté à déglutir ou éviter le cp effervescent sous corticoïde ou forme non compatible avec la Nutrition entérale à domicile)</p>
1.10 Pharmacodépendance	<p>Abus de médicament (laxatifs) ou addiction suspectée ou avérée (anxiolytiques) ou usage détourné.</p>
1.11 Monitoring à suivre	<p>Le patient ne bénéficie pas d'un suivi approprié ou suffisant pour son traitement : suivi biologique ou cinétique ou clinique (INR, Hémoglobine glyquée, clairance de la créatinine, ECG, tension artérielle, mesure de concentration d'un médicament...)</p>

Élabore par le groupe de travail SFPC officine et "Standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique". février 2013 et Copyright 2013. Version 6

TAMPON :	Fiche Intervention Pharmaceutique	
	Démarche assurance qualité	Page 3/3

Tableau 2 description des interventions : ne choisir qu'une intervention.(une feuille par intervention)

INTERVENTION	DESCRIPTIF
3.1	<p>Adaptation posologique</p> <p>- <i>Adaptation de la posologie d'un médicament à marge thérapeutique étroite</i> en tenant compte d'un résultat de concentration de ce médicament dans un milieu biologique, de la fonction rénale (clairance de la créatinine) et/ou de la fonction hépatique ou du résultat d'un autre examen biologique.</p> <p>- <i>Adaptation de la posologie d'un médicament par ajustement des doses avec le poids, l'âge, l'AMM ou la situation clinique du patient.</i></p> <p>- <i>Allongement d'une durée de traitement jugée trop courte.</i></p>
3.2	<p>Choix de la voie d'administration plus adapté au patient</p> <p><i>Choix d'une voie d'administration plus adaptée au patient.</i> si difficulté à déglutir choix d'une voie rectale ou locale ...</p>
3.3	<p>Améliorer les méthodes de dispensation /d'administration</p> <p>- <i>Plan de prise :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Répartition des prises par rapport au repas ou aux interactions médicamenteuses sans modification de posologie. • Conseils de prise optimale <p>(Ex : Prise à jeun, à distance des repas, en position debout...).</p> <p>- <i>Choix d'une ordonnance conforme à la réglementation, Précisions des modalités d'administration ou du libellé</i> (dosage, posologie...) (Ex : cp de biphosphonate à prendre debout avec un grand verre d'eau...).</p>
3.4	<p>Suivi thérapeutique</p> <p>- <i>Demande du dosage d'un médicament ou d'un suivi :</i> INR, Hémoglobine glyquée, auto mesure tensionnelle, poids, clairance de la créatinine, ECG, mesure de concentration d'un médicament...), suivi clinique, suivi cinétique...</p>
3.5	<p>Ajout (prescription nouvelle)</p> <p><i>Ajout d'un médicament au traitement d'un patient ou d'un dispositif pour l'administration du traitement :</i> Ex : chambre d'inhalation</p>
3.6	<p>Changement de médicament /mise en place d'une alternative thérapeutique</p> <p><i>Mise en place d'une alternative générique ou thérapeutique à un médicament du traitement d'un patient :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il peut s'agir d'une substitution générique - L'échange thérapeutique correspond à la dispensation d'une alternative dans le cadre d'un protocole approuvé ou après accord du prescripteur. - L'alternative est mieux adaptée au patient.
3.7	<p>Arrêt ou refus de délivrer</p> <p><i>Arrêt d'un médicament du traitement d'un patient <u>sans</u> remplacement du médicament avec accord médical ou le pharmacien refuse de délivrer (cause en 1 problème)</i></p>

Glossaire :

Gtiam : Groupe de travail des interactions médicamenteuses de l'ANSM
 DP : dossier pharmaceutique
 DMP : dossier médical partagé
 Monitoring : suivi approprié ou suffisant pour son traitement, suivi biologique ou cinétique ou clinique
 INR : international normalized ratio
 ECG : électrocardiogramme
 AMM : autorisation de mise sur le marché.
 ANSM : agence nationale sécurité du médicament

Élaboré par le groupe de travail SFPC officine et "Standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique". février 2013 et Copyright 2013. Version 6

Figure 2 : Fiche d'Intervention Pharmaceutique (SFPC, 2013)

Ainsi à chaque problème constaté nécessitant une intervention pharmaceutique, cette fiche pourra être remplie en s'aidant des différents exemples de cas pouvant être observés et de l'intervention qui pourra être mise en place.

Une étude a été réalisée au sein d'un hôpital afin d'évaluer sur une période de cinq ans, la fréquence de survenue des interventions pharmaceutiques dans un service de chirurgie, de médecine et dans une unité d'hospitalisation de courte durée (Vernardet et al, 2005).

Ainsi, sur 13 760 prescriptions analysées, 10,5% d'interventions pharmaceutiques ont été effectuées.

Les plus fréquentes concernaient:

- Une interaction médicamenteuse : 30,9%
- Un changement de dose : 20,2%
- Une proposition de relais de la voie injectable par une voie orale : 13,8%
- Une incompatibilité physico-chimique lors de l'administration de 2 médicaments dans une même voie de perfusion : 4,1%

Chacune de ces interventions pharmaceutiques a donc permis de prévenir des risques de iatrogénie médicamenteuse.

Une étude effectuée dans un centre hospitalo-universitaire a été réalisée dans le but de montrer les problèmes médicamenteux les plus fréquemment rencontrés durant un an (Arques-Armoiry et al, 2010).

Sur 70 849 prescriptions, environ 10% ont fait l'objet d'une intervention pharmaceutique, les erreurs les plus fréquentes ont été :

- Des surdosages de certains principes actifs dont Zopiclone, Zolpidem, Paracétamol qui ont représentés plus de 10% des interventions
- Optimisation des modalités d'administration : 7,5%
- Contre-indications et non suivi des recommandations : 12,8%
- Interactions médicamenteuses : 11,6%
- Problèmes médicamenteux potentiellement dus à l'informatisation : 5,1%

7. L'OMÉDIT

7.1. L'OMÉDIT de Haute-Normandie

L'étude sur la qualité des ordonnances de sortie au CHU de Rouen a été encadrée par l'OMÉDIT de Haute-Normandie. Il est donc important de décrire le rôle de l'OMÉDIT ainsi que ses missions et de voir ce qui a pu être entrepris dans d'autres régions, notamment dans la région Poitou-Charentes.

L'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique est une structure régionale qui a pour but de promouvoir l'application du bon usage des produits de santé et l'application des pratiques de prescription recommandées, régulièrement elle se voit confier des missions, notamment concernant le Contrat de Bon Usage. Enfin l'OMÉDIT participe également à l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients, c'est notamment dans ce rôle là qu'elle intervient dans l'enquête qui a été lancée au CHU de Rouen (OMÉDIT Haute-Normandie, 2015).

7.2. L'OMÉDIT Poitou-Charentes

C'est l'OMÉDIT Poitou-Charentes qui a été la première à se lancer dans l'initiative de l'amélioration du parcours du patient entre l'hôpital et la ville. L'objectif de cette initiative était de sécuriser le parcours du patient et pour cela, des actions ont été mises en place avec en premier lieu l'élaboration d'une fiche de signalement sur les problèmes rencontrés sur les ordonnances de sorties d'établissement afin d'en améliorer la qualité, d'informer les établissements concernés et de participer à la formation des médecins prescripteurs.

Une fiche de signalement a été diffusée aux professionnels de santé (grâce aux Conseils Régionaux de l'Ordre des Pharmaciens (CROP), aux Unions Régionales des Professions de Santé (URPS) pharmaciens, médecins et infirmiers), qui se devaient de transmettre à l'OMÉDIT les problèmes rencontrés et l'OMÉDIT devait adresser périodiquement les informations collectées aux établissements concernés.

DATE DE LA DECLARATION : ___/___/_____

Déclarant :
<input type="checkbox"/> pharmacien officine <input type="checkbox"/> pharmacien hospitalier <input type="checkbox"/> médecin traitant <input type="checkbox"/> préparateur <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> PU-PH : <input type="checkbox"/> PH <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> interne <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/> non identifiable	

Merci de joindre une copie de l'ordonnance anonymisée.

1) Problème rencontré

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sur la prescription | <input type="checkbox"/> illisibilité <input type="checkbox"/> non conformité réglementaire <input type="checkbox"/> motif : |
| | <input type="checkbox"/> médicaments non disponible en officine |
| | <input type="checkbox"/> préparation magistrale à réaliser |
| | <input type="checkbox"/> insuffisance d'information sur le traitement : |
| | <input type="checkbox"/> dosage, posologie |
| | <input type="checkbox"/> durée traitement |
| | <input type="checkbox"/> contre-indications, Interactions médicamenteuses majeures |
| | <input type="checkbox"/> autre : |
| <input type="checkbox"/> Sur le traitement | <input type="checkbox"/> traitement injectable : pas d'information sur date et horaire des injections |
| | <input type="checkbox"/> autre : |
| <input type="checkbox"/> Sur l'organisation | <input type="checkbox"/> pas d'anticipation de la sortie ; médicament onéreux non en stock à l'officine |
| | <input type="checkbox"/> 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

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> auprès du patient | <input type="checkbox"/> auprès de la famille | |
| <input type="checkbox"/> appel téléphonique à l'établissement de santé | facilité du contact : | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| | Informations données : | <input type="checkbox"/> par le médecin prescripteur |
| | | <input type="checkbox"/> par un autre médecin |
| | | <input type="checkbox"/> par une IDE du service de soins |
| | | <input type="checkbox"/> par une secrétaire |
| | support de l'information : | |
| | fax (ou autre) : | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 3 : Fiche de signalement d'un dysfonctionnement sur une ordonnance de sortie (OMÉDIT Poitou-Charentes, 2011)

Conjointement à la diffusion de la fiche de signalement, une carte répertoriant les éléments indispensables d'une prescription appelée « Check-list » sur la figure 4 issue de l'OMÉDIT Poitou-Charentes, a également été diffusée dans les établissements de santé.

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

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




Observatoire du Médicament,
des Dispositifs médicaux
et de l'Innovation Thérapeutique


RECTO

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

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




Observatoire du Médicament,
des Dispositifs médicaux
et de l'Innovation Thérapeutique



VERSO

Figure 4 : Check-list Ordonnance (OMÉDIT Poitou-Charentes, 2013)


Afin de sensibiliser les établissements à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique du patient, l'OMÉDIT Poitou-Charentes a réalisé ce poster représenté dans la figure 5.




L'ORDONNANCE DE SORTIE DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ :

UN MAILLON ESSENTIEL DU PARCOURS DE SOINS

Commission « Sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient » Observatoire Régional du MÉdicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
ORMEDIMS Poitou-Charentes




Comment dois-je prescrire ?




Mon ordonnance est-elle complète ?

Que dois-je délivrer ?



Je ne comprends rien à mon traitement



Le support de la prescription : l'ordonnance de sortie

Quelles sont les informations indispensables à la rédaction de cette ordonnance ?

Ordonnance classique

Identifiez-vous !

Je m'identifie :
Nom-Prénom
Adresse
Qualité
N° SPPS
N° de téléphone

Centre Hospitalier : Service :
Docteur X

Je date ma prescription
JJ.MM.AAAA
Mie) Y 55 ans

Qui est votre patient ?

J'identifie mon patient :
Nom-Prénom
Sexe
Âge
Taille – Poids – CIC(é) si nécessaire

J'identifie les médicaments prescrits :
SPECIALITE ou DCI (principe(s) actif(s) + dosage(s))
POSOLOGIE
DURÉE DU TRAITEMENT (ou nombre de conditionnements)
VOIE D'ADMINISTRATION
FORME PHARMACEUTIQUE (gélules, comprimés, suppositoires...)
Nombre de renouvellements

Je signe ma prescription

Je m'identifie :
Nom-Prénom
Adresse
Qualité
N° SPPS
N° de téléphone

Centre Hospitalier : Service :
Docteur X

Je date ma prescription
JJ.MM.AAAA
Mie) Y 55 ans

J'identifie mon patient :
Nom-Prénom
Sexe
Âge
Taille – Poids – CIC(é) si nécessaire

J'identifie les médicaments prescrits :
Spécialité pharmaceutique, Dosage
Dose(s) (nombre d'unités thérapeutiques par prise, nombre de prises),
Durée du traitement (ou nombre de conditionnements)
EN TOUTES LETTRES

Je signe sous la dernière ligne de la prescription afin de rendre inutilisable l'espace laissé libre

J'indique le nombre de spécialités prescrites dans le cadre pré-imprimé

Ordonnance sécurisée

Elle est obligatoire pour la prescription des médicaments classés comme stupéfiants et des médicaments soumis à la réglementation des stupéfiants.

Je m'identifie :
Nom-Prénom
Adresse
Qualité
N° SPPS
N° de téléphone

Centre Hospitalier : Service :
Docteur X

Je date ma prescription
JJ.MM.AAAA
Mie) Y 55 ans

J'identifie mon patient :
Nom-Prénom
Sexe
Âge
Taille – Poids – CIC(é) si nécessaire

J'identifie les médicaments prescrits :
Spécialité pharmaceutique, Dosage
Dose(s) (nombre d'unités thérapeutiques par prise, nombre de prises),
Durée du traitement (ou nombre de conditionnements)
EN TOUTES LETTRES

Je signe sous la dernière ligne de la prescription afin de rendre inutilisable l'espace laissé libre

J'indique le nombre de spécialités prescrites dans le cadre pré-imprimé

Recommandations / Questions à se poser avant de prescrire :

- Mon ordonnance est-elle lisible et complète ?
- Ai-je été clair pour le pharmacien et compréhensible pour le patient ?
- Ai-je été particulièrement vigilant avec les populations à risque (femmes enceintes, enfants, personnes âgées, insuffisants rénaux, insuffisants hépatiques,) ?
- Ai-je laissé une copie de l'ordonnance dans le dossier patient ?
- Le médicament que je prescris est-il disponible en ville ? Est-il rétrocédable (dispensé par une pharmacie hospitalière) ?
- Ai-je pris en compte le traitement initial et la continuité du traitement ?

Pourquoi dois-je penser à prescrire en DCI ?

- J'établis un langage commun ville-hôpital
- Je favorise la délivrance des génériques en ville
- Je facilite l'acceptation du patient lors de la substitution en officine
- Si je souhaite conserver toujours la même spécialité ou le même générique pour la poursuite d'un traitement, j'indique la mention « non substituable ». Ceci peut être le cas notamment pour les médicaments à marge thérapeutique étroite (anti-épileptiques, anti-arythmiques, AVK, immunosuppresseurs, traitements hormonaux de substitution...)

PRESCRIPTION

Je suis joignable en cas de problème

Mon patient a compris son traitement

ORDONNANCE DE SORTIE

+ éducation thérapeutique

ANALYSE PHARMACEUTIQUE

Je peux dispenser et donner des conseils pour la prise des médicaments

Je peux administrer le médicament en toute sécurité

ADMINISTRATION

J'ai tout compris, je vais pouvoir prendre mon traitement sans risque

Dossier médical → **Dossier pharmaceutique**

Conseil + éducation thérapeutique

Une ordonnance de qualité = un parcours de santé du patient sécurisé et sans rupture

Rédacteurs P-O Perichon, F.Rinaldi – août 2011

Figure 5 : Poster Ordonnance de Sortie (Perichon et Rinaldi, 2011)

Ainsi en 2013, il y a eu 159 évènements qui ont été déclarés à l'OMÉDIT dont :

- 37% concernant la non conformité réglementaire et parmi les 57 ordonnances de stupéfiants, 16 n'étaient pas conformes
- 48% concernant une prescription incomplète à savoir un oubli de dosage, de posologie, de durée...
- 11% concernant des médicaments qui étaient prescrits mais qui n'étaient pas disponibles en officine de ville
- 13% concernant un manque d'anticipation sur la sortie du patient
- Parmi ces différentes catégories d'erreurs constatées, certaines ordonnances en présentaient plusieurs.

C'est donc en s'inspirant notamment de ce travail que l'étude qui a fait l'objet de la thèse de Vincent Arnaud a été menée en Haute-Normandie.

8. Le projet High 5s

En 2006, l'Organisation Mondiale de la Santé a annoncé la création d'un projet qui entrerait dans le cadre d'un programme sur la sécurité des patients. Ce projet s'est construit en 2007 et portait le nom de « Projet High5s », son objectif était de prévenir tous les évènements évitables survenant à l'hôpital en se basant sur des solutions standardisées. Le but est d'appliquer ces solutions dans 8 pays pendant 5 ans et d'observer s'il y a une réduction notable de 5 problèmes de sécurité pour le patient (HAS, 2013). Ainsi entre 2007 et 2009, 3 des 5 solutions ont été développées, il s'agit de :

- la gestion des médicaments concentrés injectables avec comme pays pilote le Royaume Uni
- la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins, souvent appelée « MEDication REConciliation » (MEDREC), avec comme pays pilote le Canada
- la prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie avec *l'American College of Surgeons* en tant que pilote

Les solutions choisies par les 8 pays participants ont été représentées dans le tableau 2 de l'HAS.

Tableau 2 : Solution choisie en fonction du nombre d'hôpitaux par pays participant (Broyart, 2014)

Pays participants et solution choisie, nombres d'hôpitaux (n) par pays				
Pays	Structures nationales pilotes <i>Lead Technical Agencies</i>	MEDREC	Sécurité l'opéré	Concentré injectable
Australie	Commission australienne pour la Sécurité et la Qualité des Soins	● (22)		
Pays-Bas	CBO (institut néerlandais pour l'Amélioration des Soins) -	● (15)		
France	HAS /CEPPRAL & OMEDIT Aquitaine	● (9)	● (8)	
Allemagne	Aqmed (agence pour la qualité en médecine) &Coalition allemande pour la Sécurité du Patient)	● (8)	● (16)	
Trinidad et Tobago	Ministère de la santé		● (5)	
Singapour	Ministère de la santé		● (7)	
USA	AHRQ American College of Surgeons	● 2 (2013)	● (7)	
Royaume Uni	ex NPSA			● 4 (arrêt en 2011)

La France s'est engagée dans ce projet en 2009, c'est la HAS qui le coordonne avec l'appui du Ministère de la Santé. Comme le tableau ci-dessus l'indique, la HAS a choisi deux solutions : la sécurité de l'opéré ou la prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie (solution 1) et la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours des soins (solution 2).

Afin de mettre en œuvre ces solutions, la HAS a l'appui de la Coordination pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles en santé en Rhône-Alpes (CEPPRAL) pour mettre en œuvre la solution 1 et celui de l'OMÉDIT Aquitaine pour la solution 2.

La solution 2 est en rapport avec cette thèse puisqu'elle correspond à la mise en place d'un Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) chez les patients âgés de plus de 65 ans admis aux urgences puis transférés dans des unités de court séjour. A partir de ce BMO effectué à l'entrée du patient, une comparaison est effectuée par rapport à la première prescription hospitalière, afin de détecter et de corriger d'éventuelles divergences, ceci correspond donc à la définition de la conciliation médicamenteuse.

9. Niveau hôpital : logiciel d'aide à la prescription

Régulièrement, il est rapporté que les Logiciels d'Aide à la Prescription (LAP) permettent de diminuer le taux d'erreurs de prescription (Charpiat et al, 2012). Afin de vérifier si les LAP permettaient réellement de diminuer la survenue d'erreurs de prescription, des recherches ont été effectuées.

Une étude rétrospective a été réalisée au sein d'un établissement chirurgical, elle consistait à analyser toutes les erreurs liées à l'informatisation survenues dans les six derniers mois (Lecointre et al, 2015). Ainsi, parmi les 99 erreurs médicamenteuses constatées, 59 étaient attribuées à l'informatisation. Les erreurs survenaient le plus fréquemment au moment de la prescription et étaient :

- Des erreurs de dose : 35%
- Des erreurs de posologie : 23%
- Des omissions de prescription : 18%

10. Dossier Médical Personnel

Le Dossier Médical Personnel (DMP) peut être défini comme un carnet de santé informatisé, accessible via internet (DMP, 2016a). Il permet une meilleure coordination de soins car les professionnels de santé peuvent inscrire les informations utiles à la prise en charge du patient.

Il est facile de le créer puisque cela peut se faire lors d'une hospitalisation ou d'une consultation médicale. Le patient se voit alors attribuer des codes personnels et confidentiels qui lui donnent l'accès à son DMP (DMP, 2016b).

Tout comme pour le dossier pharmaceutique, c'est le patient qui choisit de créer son DMP, et il choisit quels seront les professionnels de santé autorisés à avoir accès à ces informations (DMP, 2016c).

Il sera ainsi possible de retrouver sur ce dossier :

- Antécédents allergiques
- Prescriptions
- Traitements en cours
- Comptes rendus
- Analyses de laboratoire
- Résultats d'examens complémentaires
- ...

Grâce à ce DMP, la transmission d'informations se fait plus rapidement, la carte vitale n'est pas nécessaire, et tout professionnel de santé autorisé peut avoir accès aux informations médicales du patient et ainsi vérifier qu'il n'y ait pas de redondance de traitements ou d'examens réalisés inutilement sur le patient.

11. La Messagerie Sécurisée de Santé (MSSanté)

A l'heure actuelle avec l'importance du numérique et de l'information connectée, la MSSanté a sa place dans le parcours de soins du patient. En effet il s'agit d'un système de messageries électroniques réservé aux professionnels de santé, l'avantage est qu'il est sécurisé ce qui favorise donc les échanges par emails (MS Santé, 2016).

Grâce à la mise en place et à la généralisation de ce système, les échanges de données entre les professionnels de santé seront donc plus rapides, plus sécurisés. La prise de contact entre les professionnels de santé sera facilitée à partir de l'annuaire certifié.

L'objectif de ce système est d'intégrer l'ensemble des messageries de santé existantes dans le MSSanté.

12. Dossier Pharmaceutique

La création du Dossier Pharmaceutique (DP) a été permise grâce à la loi du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé et c'est le conseil de l'ordre des pharmaciens qui a été chargé de sa mise en œuvre (Ordre National des Pharmaciens, 2015b).

L'amélioration de la prise en charge des patients constitue un des objectifs principaux de ce DP. En effet il permet la sécurisation de la délivrance de médicaments grâce à la consultation de l'historique des médicaments qui y sont listés, ainsi cela limite le risque d'interactions médicamenteuses ou de redondances de certains traitements.

Le DP n'est accessible qu'avec l'utilisation de la carte vitale du patient et il permet de consulter les médicaments délivrés au cours des 4 derniers mois ; des 3 dernières années s'il s'agit de médicaments biologiques ; des 21 dernières années pour les vaccins.

De plus, depuis octobre 2012, le DP est désormais accessible aux pharmaciens travaillant dans les Pharmacies à Usage Intérieur.

Quelques chiffres pour illustrer ce DP (Au 21 décembre 2015) :

- 32 839 189 DP actifs
- 99,8% des pharmacies connectées au DP (=22 275 officines)
- 216 PUI connectées au DP soit 8% des PUI

Afin de démontrer l'importance de l'usage du DP dans le milieu hospitalier, une expérimentation a été lancée au début de l'année 2013 et jusqu'en décembre 2015. Ainsi des médecins exerçant dans des services d'urgence, de médecine gériatrique et des anesthésistes-réanimateurs ont eu l'accès au DP des patients. Ainsi, 55 établissements expérimentateurs ont été choisis d'après l'arrêté du 28 mai 2013 fixant les conditions de participation à cette expérimentation (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2014a).

Le 30 juin 2014, a eu lieu un colloque consacré à cette expérimentation (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2014b).

Etant donné que cette expérimentation a été prolongée jusqu'en décembre 2015, les résultats ne sont pas encore disponibles, mais certaines études ou témoignages sont disponibles afin d'avoir un aperçu des probables résultats de cette expérimentation.

Le centre hospitalier de Lunéville fait partie des 55 établissements retenus dans l'expérimentation du DP citée auparavant (Dony et al, 2015). L'objectif de l'étude menée dans ce centre hospitalier était de déterminer l'apport d'informations grâce au DP afin de le comparer aux informations obtenues par d'autres sources d'information. Ainsi sur 172 patients qui ont été inclus dans cette étude, il a été mis en évidence que la susceptibilité du DP à donner une information est de 10,9% et la disponibilité de cette information est de 97,5%.

1186 lignes de médicaments ont été mises en évidence grâce au DP contre 1298 identifiées lors du bilan médicamenteux effectué à l'admission du patient.

Une des limites du DP est l'absence de la posologie du médicament et même s'il reste la 3^{ème} source d'informations disponibles pour les médecins, il s'agit de la première source d'informations avec la plus grande exhaustivité.

Cette étude a donc démontré que le DP était une source d'informations fiable et exhaustive mais son intérêt était démontré seulement si sa consultation était effectuée systématiquement à chaque admission de patients.

Partie 2 : Etude de la qualité des ordonnances de sortie

1. Etude de la qualité des ordonnances de sortie au CHU de Rouen

1.1. Introduction : objectif

Les représentants des pharmaciens de ville ont souvent fait part de problèmes au niveau de la qualité des ordonnances de sortie d'hospitalisation. C'est pourquoi l'OMÉDIT de Haute Normandie avait décidé de réaliser une enquête en mai 2013, en créant une fiche de signalement des ordonnances qui posaient problème (OMÉDIT Haute-Normandie, 2013). Le but étant d'améliorer le lien ville-hôpital et d'identifier les éventuels problèmes qui pouvaient retentir sur la prise en charge des patients et la continuité de leurs soins en ville.

Lors de la réalisation de cette étude, les ordonnances problématiques devaient être adressées à l'OMÉDIT qui se chargeait d'effectuer un retour des informations auprès des établissements de santé dans le but d'améliorer la qualité des prescriptions.

Cependant, il y a eu très peu de retours d'ordonnances par les pharmaciens qui justifiaient cela par un manque de temps pour la réalisation de cette étude.

De ce fait l'OMédit a pris la décision de mener cette étude d'ordonnances de sortie, au niveau de l'hôpital, c'est-à-dire avant que le patient sorte avec son ordonnance. Une fiche d'évaluation de la conformité des ordonnances de sortie a donc été réalisée pour cette étude. Afin d'expérimenter l'utilisation de cette fiche de signalement, il a été décidé que l'étude débiterait à l'hôpital St Julien dans les 2 unités de court séjour :

- l'unité de Médecine Interne, UF 5201 comprenant 34 lits
- l'unité de Gériatrie Aigüe, UF 5210 comprenant 29 lits

1.2. Méthodologie

A l'hôpital St Julien, cette étude a commencé le 4 février 2015 avec les externes de pharmacie en 5^{ème} année hospitalo-universitaire et un premier bilan a été programmé dès que les externes en pharmacie avaient analysé 60 ordonnances.

Les résultats exploités pour notre thèse concernaient les ordonnances récoltées au mois de Mai 2015 à l'hôpital Saint Julien et les ordonnances récoltées par l'ensemble des externes en pharmacie en 5^{ème} année hospitalo-universitaire effectuant leur stage dans un service clinique, au mois de Juin 2015 (Annexe 7 : mail d'information dans les services cliniques). Ils ont eu comme référent pendant cette étude, l'interne de pharmacie en médecine interne et gériatrie thérapeutique.

En théorie, ce questionnaire devait être rempli dès lors qu'il y avait une ordonnance de sortie réalisée et au plus tard le jour de la sortie du patient, tous problèmes ou éléments à modifier sur l'ordonnance devaient être signalés au prescripteur afin de les corriger.

Dans le cas où le nombre d'ordonnances à analyser était trop important pour une journée, un tirage au sort devait être effectué afin de ne pas fausser cette analyse.

Cependant, seuls les patients dont l'ordonnance de sortie était accessible à l'externe en pharmacie, pouvaient être inclus dans l'étude et les patients ayant une sortie après 14 heures en étaient exclus.

Ainsi suite aux décisions de la programmation des sorties, l'externe en pharmacie pouvait imprimer l'ordonnance de sortie du patient qui se trouvait sur le logiciel AGATE dans son dossier clinique.

1.2.1. La partie réglementaire de l'ordonnance

Ce questionnaire a été réalisé en deux parties, une concernant la partie réglementaire de la prescription et la seconde concernant le critère qualitatif de la prescription.

Les questions de la partie réglementaire de l'ordonnance ont été rédigées en respectant les mentions obligatoires qui doivent apparaître sur une ordonnance, d'après l'article 13 de l'arrêté du 6 avril 2011 détaillé précédemment (Arrêté du 6 avril 2011).

Ainsi suite à l'énoncé de ces mentions obligatoires sur une ordonnance, l'externe en pharmacie allait commencer par regarder s'il y avait les informations nécessaires concernant **l'établissement** du prescripteur, avec l'indication du CHU de Rouen, du site de

l'hôpital concerné (Charles Nicolle, Saint-Julien, Bois-Guillaume, Oissel, Boucicaut), de son adresse et de son numéro au Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS). S'il manquait un de ces éléments, l'externe choisissait la réponse « non identifiable » sur le questionnaire.

Il vérifiait ensuite l'indication du **service du prescripteur**, par exemple pendant la période d'expérimentation de l'étude à l'hôpital St Julien, l'externe devait constater dans l'en-tête de l'ordonnance l'indication « Médecine Interne Gériatrie Thérapeutique » afin de pouvoir cocher la case « identifiable » sur le questionnaire.

La **date de prescription** devait être renseignée sur l'ordonnance afin de pouvoir valider ce critère sur le questionnaire.

L'externe en pharmacie devait s'assurer de **l'identification du prescripteur**. En effet la pharmacie de ville en avait notamment besoin si elle devait contacter le prescripteur, afin de savoir à qui s'adresser. Ce critère était considéré comme validé s'il y avait le nom du prescripteur en toutes lettres et son prénom ou son initial. La **fonction** du prescripteur devait aussi être précisée, par exemple « (interne) » à côté du nom du prescripteur, ainsi que le numéro de RPPS qui lui était attribué. Si ces deux critères étaient présents sur l'ordonnance, l'externe en pharmacie pouvait choisir la case « identifiable » pour le prescripteur.

De plus, s'il s'agissait d'une prescription faite par un interne, le **nom du senior** responsable devait être indiqué sur l'ordonnance. En effet, tant que l'interne en médecine n'a pas validé sa thèse, il est obligé de prescrire sous la responsabilité de son senior. Très souvent, le nom du senior était présent dans l'en-tête en haut à gauche de l'ordonnance. L'externe devait vérifier ce critère et répondre par « oui » ou par « non » sur le questionnaire.

Le **numéro de téléphone** du prescripteur ou du moins du service du prescripteur devait être indiqué sur l'ordonnance pour avoir un moyen de le contacter si besoin. L'externe en pharmacie pouvait trouver cette information dans l'en-tête de l'ordonnance et attester de la présence ou de l'absence de ce critère.

Après avoir vérifié qui avait prescrit cette ordonnance, il fallait vérifier pour qui celle-ci était prescrite à savoir : vérifier les **nom et prénom du patient, sa date de naissance ou son âge et son poids** s'il s'agissait d'un enfant. Souvent, l'externe en pharmacie pouvait trouver ces informations dans l'en-tête de l'ordonnance en haut à droite et il répondait par « oui » ou par « non » pour chacune de ces informations présentes sur l'ordonnance en rapport avec le patient.

Afin de finaliser la validation des critères réglementaires de l'ordonnance, il fallait attester de la présence de la **signature du prescripteur**. En effet le nom du prescripteur est nécessaire car il est important de savoir à qui s'adresser si on cherche à le contacter mais sa signature est la preuve qu'il atteste être le prescripteur de cette ordonnance et la rend définitivement conforme en la signant. Généralement, le prescripteur signait l'ordonnance une fois que tous les papiers de sortie du patient étaient prêts, c'est-à-dire que la signature se faisait juste avant l'heure effective de sortie du patient. Ainsi l'externe pouvait répondre par « oui » ou par « non » à ce critère seulement s'il attestait voir le patient partir avec une ordonnance signée ou non signée.

1.2.2. L'aspect qualitatif de l'ordonnance

La deuxième partie de ce questionnaire concernait les critères qualitatifs de la prescription mais aussi quantitatifs entre les lignes de prescription rédigées et le nombre de lignes validées.

L'externe en pharmacie débutait cette seconde partie en évaluant la **lisibilité** de la prescription avec une lecture qui devait être sans difficulté. La plupart du temps, il s'agissait de prescriptions informatisées dont il fallait notamment vérifier les possibles erreurs de frappe. Cependant, c'était surtout pour les ordonnances manuscrites que ce critère devait être attentivement vérifié. L'externe devait pouvoir lire et comprendre chaque ligne de prescription afin de pouvoir confirmer la lisibilité de l'ordonnance et de choisir la case « oui » sur le questionnaire.

Il fallait ensuite vérifier si le **support de prescription** était adapté aux médicaments prescrits, par exemple, les médicaments stupéfiants doivent être prescrits en toutes lettres sur une ordonnance sécurisée, ou les médicaments d'exception doivent être prescrits sur

une ordonnance à 4 volets. Si l'externe en pharmacie avait un doute sur ce critère de validité, il pouvait vérifier sur la monographie du médicament dans la partie « prescription/délivrance/prise en charge ». L'externe répondait à ce critère par « oui » ou par « non ».

De plus, il fallait également vérifier s'il y avait sur l'ordonnance un **médicament en réserve hospitalière**, c'est-à-dire un médicament qui n'est accessible que lors d'une hospitalisation, ou un **médicament réservé à un autre spécialiste**, avec l'exemple du Rivotril® gouttes qui est réservé aux pédiatres et aux neurologues. Ces critères pouvaient également se vérifier dans la partie « prescription/délivrance/prise en charge » sur le Vidal Hoptimal. Pour chacune de ces deux informations, après avoir vérifié la prescription et la délivrance des médicaments de l'ordonnance, l'externe répondait par « oui » ou par « non ».

Ensuite, l'externe devait compter le **nombre de lignes de prescription** de médicaments, en sachant que les lignes de dispositifs médicaux ou de compléments alimentaires n'étaient pas comptées.

Parmi ces lignes de prescription, l'externe dénombrait celles qui indiquaient un **dosage**, cependant, s'il s'agissait d'une spécialité qui ne présentait qu'un seul dosage, il n'était pas nécessaire que son dosage soit précisé puisqu'il n'y avait pas de confusion possible. De plus même si le dosage du médicament était précisé, il fallait également vérifier s'il s'agissait d'un **dosage existant**, exemple des prescriptions de médicaments stupéfiants existant sous plusieurs dosages : il faut parfois rédiger plusieurs lignes de prescriptions pour prescrire le dosage souhaité, exemple de l'Oxynorm® 15mg qui doit être prescrit avec une ligne d'Oxynorm® 10mg et une ligne d'Oxynorm® 5mg. L'externe devait indiquer le nombre de lignes de médicaments qui présentaient un dosage et le nombre de lignes qui présentaient un dosage existant.

L'externe vérifiait la présence de la **posologie du médicament**, avec une précision sur le nombre de comprimés, d'inhalations, de sachets,... que le patient devrait prendre. Il complétait le questionnaire en indiquant le nombre de lignes de prescription qui présentaient une posologie.

La posologie était à différencier du **rythme de prise** du médicament car il est important que celui-ci soit précisé dès lors qu'il y a plusieurs prises dans la journée, exemple : « un comprimé 3 fois par jour » doit être précisé en « un comprimé matin, midi et soir » afin de proposer un schéma de prise au patient avec un intervalle de temps entre les prises. Cependant, certains médicaments se prescrivent de façon conditionnelle comme « Forlax® 10g : 2 sachets si constipation » ou certains ne possèdent pas de précision sur le moment précis de la prise, dans ces cas là, on considère que le rythme de prise est validé. Il fallait donc préciser le nombre de lignes de prescription qui présentaient un rythme de prise.

Le dernier critère qui devait être validé pour une ligne de prescription était l'indication de sa **voie d'administration**, même si dans la majorité des lignes de prescription il s'agissait de médicaments per os, cela devait être précisé donc on admettait : « per os » ou « cp » ou « sachet »... pour signifier qu'il s'agissait de la voie orale mais s'il s'agissait de dispositifs d'inhalation, l'indication de « bouffée » ou d'« inhalation » devait être présente tout comme la précision de « suppositoires », d'« ovules » ou de « comprimés vaginaux », de « pulvérisations nasales » ou de « gouttes auriculaires » ou « oculaires ». Il en était de même pour les médicaments qui s'administraient par voie injectable, la précision « injectable » ne suffisait pas, il fallait que le mode d'administration soit précisé sur l'ordonnance : intra-musculaire, sous-cutanée, intra-veineuse... pour ce critère, l'externe devait également indiquer le nombre de lignes pour lesquelles une voie d'administration était précisée.

Suite au Décret du 14 novembre 2014 et depuis le 1^{er} janvier 2015, la **prescription en Dénomination Commune Internationale** est devenue obligatoire, il fallait donc vérifier que ce critère soit validé sur la prescription et il devait concerner toutes les lignes de médicaments (Code de la sécurité sociale, 2014). Afin de ne pas perturber le patient, le nom du princeps du médicament était souvent rédigé entre parenthèses, afin que le patient sache qu'il s'agissait d'un médicament qui n'était pas encore génériquable. En revanche, la HAS a publié une liste d'exclusion de cette obligation pour 7 catégories de médicaments :

- des spécialités comportant plus de 3 principes actifs
- des médicaments dont le résumé des caractéristiques du produit mentionne une difficulté en cas de prescription en DCI
- des produits radio-pharmaceutiques.
- des médicaments homéopathiques.

- des médicaments de phytothérapie.
- des produits d'origine biologique (exemples : insulines injectables, hormones de croissance).
- des spécialités comportant des unités de prescription de composition différente (exemple : certaines pilules contraceptives, comme Trinordiol® dont le dosage en estrogènes et progestérone diffère selon le jour de prise).

Pour ce critère l'externe devait répondre « oui » seulement si toutes les DCI étaient présentes sur l'ordonnance.

Ensuite, l'externe vérifiait l'indication de la **durée totale** de prescription et la distinction d'un **traitement de courte durée** s'il y en avait un, comme la prescription d'antibiotiques par exemple. Pour ces deux indications, l'externe devait répondre par « oui » ou par « non ».

A l'aide du référentiel Thériaque, l'externe a analysé la prescription afin de vérifier s'il y avait des **associations déconseillées ou des contre-indications**. Pour cela, il était nécessaire d'avoir un compte sur le site internet Thériaque.org, la création de ce compte est gratuite. Une fois connecté, l'externe devait choisir l'onglet « analyse » afin de saisir toutes les lignes de la prescription de l'ordonnance qu'il analysait. Dès lors qu'il y avait une ou plusieurs associations déconseillées ou contre-indications, il devait essayer de comprendre pourquoi cela avait été prescrit, en regardant notamment le dossier du patient. Par exemple, les antécédents médicaux du patient pouvaient justifier la prescription de Kardégic® et de Previscan® lors d'une fibrillation auriculaire. Il fallait surtout en informer le prescripteur qui devait effectuer des modifications si nécessaire ou se justifier du choix qu'il avait fait, et l'externe devait s'assurer qu'il y avait un suivi de prescrit, par exemple un contrôle du Taux de Prothrombine (TP) et d'International Normalized Ratio (INR) pour une association déconseillée.

Suite à l'analyse de l'ordonnance, l'externe devait chiffrer le nombre de contre-indications ou d'associations déconseillées et il devait les mettre en évidence sur la copie anonymisée de l'ordonnance qu'il rendait avec le questionnaire.

Enfin lorsqu'il s'agissait d'**ordonnances bizonnes**, l'externe devait vérifier les lignes prescrites dans **la partie ALD** mais qui n'étaient pas en rapport avec l'ALD. En effet c'est suite à l'amende que le CHU de Rouen a reçu de la part de la Caisse D'assurance Maladie,

concernant les 10% des médicaments qui étaient prescrits à tort dans la partie ALD, qu'il a été décidé d'évaluer ce critère sur les ordonnances de sortie. Pour cela, l'externe pouvait regarder les antécédents médicaux et chirurgicaux du patient et comparer avec la liste des affections de longue durée qui sont listées sur le site internet Améli, il pouvait également trouver l'information sur Vidal Hoptimal dans la partie ALD pour voir si le médicament était en rapport avec les ALD listées. Par exemple, la prescription de Stilnox® ne doit pas se trouver dans la partie ALD de l'ordonnance. Sur le questionnaire, il fallait évaluer ce critère avec le nombre de lignes sans rapport avec l'ALD.

Après avoir rempli ce questionnaire, s'il restait encore des remarques à faire sur l'ordonnance, l'externe pouvait le faire dans la partie « autres problèmes », par exemple, il pouvait signaler une erreur de posologie ou une redondance de lignes de prescription entre le médicament disponible en ville et celui disponible au livret de l'hôpital.

Il restait à préciser quelle avait été la suite donnée à cette analyse d'ordonnance, à savoir si le **prescripteur avait été informé** des problèmes relevés sur cette ordonnance et préciser quelles avaient été les « **actions menées après information du prescripteur** ».

1.3. Résultats de l'étude de fiabilité

Au cours de cette étude, afin d'extrapoler les résultats obtenus, les externes en pharmacie ont également analysé les ordonnances de sortie qui étaient en théorie exclues, c'est-à-dire les sorties programmées à partir de 14 heures.

Dans l'ensemble, cette étude s'est bien déroulée mais quelques problèmes persistaient :

- le manque d'information sur l'établissement lorsqu'il s'agit d'ordonnances bizones
- la difficulté d'un point de vue temps d'étudier l'ordonnance signée par le prescripteur et de la modifier si besoin avant la sortie du patient
- l'impossibilité de vérifier la signature du prescripteur sur l'ordonnance du patient lorsqu'il sort à 14 heures
- une insuffisance d'informations sur l'ALD du patient qui ne permet pas de bien évaluer la justification de certains médicaments en ALD. Ce qui entraîne une évaluation imprécise des médicaments prescrits à tort dans la partie ALD

- une possible mauvaise compréhension du patient vis à vis du traitement qui lui a été prescrit. Par exemple, la prescription de "Previscan® : 3 / 4 de cp le soir", qui peut être comprise par la patient en 3 comprimés un soir et 4 comprimés un autre soir

Ainsi, suite à ce premier bilan, il a été décidé d'ajouter des critères d'évaluation sur le questionnaire. On a décidé d'ajouter :

- le critère "**non applicable**" pour la signature du prescripteur lorsqu'on était dans l'incapacité de vérifier la signature du prescripteur si la sortie du patient était programmée au-delà des horaires de présence dans le service.
- le critère "**ordonnance compréhensible**" afin de favoriser une meilleure observance du traitement par le patient et une bonne adhésion. Le critère de la compréhension était validé si l'ordonnance ne présentait aucune ambiguïté. Par exemple, la prescription de « Previscan $\frac{3}{4}$ cp le soir » est notée comme non compréhensible, puisqu'il est préférable de rédiger cette posologie en toutes lettres.
- le critère "**lignes présumées sans justification dans la zone ALD**", en effet on distinguait les lignes de prescription non justifiées dans la zone ALD, des lignes présumées sans justification d'après l'avis de l'évaluateur.
- le critère de "**gravité des problèmes constatés**", afin d'évaluer s'il y avait des erreurs critiques sur l'ordonnance qui se définissaient comme étant un risque pour le patient si nous n'avions pas signalé les problèmes constatés au prescripteur. Ce critère dépendait du médicament impliqué et/ou de l'erreur associée.
- le « nombre de lignes **sans justification apparente** », pour compléter ce critère, il fallait avoir accès au dossier médical du patient et se référer à ses antécédents médicaux et/ou chirurgicaux ainsi qu'à ses compte-rendus. Ainsi, l'évaluateur pouvait comptabiliser le nombre de lignes prescrites sur l'ordonnance qui n'étaient pas justifiées compte tenu des informations

disponibles dans le dossier du patient. Par exemple, la prescription de Rivotril® chez un patient n'ayant aucun antécédent d'épisodes ou d'antécédents épileptiques.

Nous avons également décidé d'ajouter le critère « **différences relevées entre l'ordonnance analysée et l'ordonnance définitive** ». En effet le prescripteur pouvait décider de modifier l'ordonnance juste avant la sortie du patient. Dans ce cas l'évaluateur devait récupérer cette ordonnance dans CDP2, en faire une copie en annotant dessus « copie de l'ordonnance définitive » et relever les différences observées par rapport à l'ordonnance qui avait été analysée précédemment (ajout/suppression de ligne, changement de posologie...).

Ces nouveaux critères d'évaluation avaient donc été ajoutés au questionnaire déjà existant et une modification de la fiche explicative avait également été réalisée afin d'assurer une bonne répétabilité et une bonne faisabilité de l'étude.

Ainsi après avoir établi la liste de tous les externes en pharmacie qui étaient en stage dans un service clinique, une réunion avait été organisée afin de leur présenter l'étude et son fonctionnement. De plus, les coordonnées de l'interne de médecine interne et de gériatrie de l'hôpital Saint-Julien et les miens avaient été mises à disposition de tous afin de leur donner la possibilité de poser des questions en cas de doutes d'interprétation des ordonnances pour l'utilisation du questionnaire.

Plusieurs exemplaires des questionnaires ainsi que leur guide d'utilisation avaient été donnés aux externes (Annexes 8 et 9).

Ensuite, afin de répartir la saisie des résultats, le recueil des questionnaires avait été organisé de façon hebdomadaire.

1.4. Résultats

L'étude s'est déroulée dans 13 services : 12 services de court séjour et 1 service de Soins de Suite et de Réadaptation qui ont été symbolisés par des chiffres dans le tableau 3.

Tableau 3 : nombre d'ordonnances par service

Numéro du service	Nombre ordonnances
1	31
2	55
3	45
4	58
5	70
6	70
7	27
8	11
9	26
10	199
11	14
12	6
13	136
Total	748

Dans les résultats qui seront présentés par la suite, sauf mention contraire, les nombres entre parenthèses correspondront aux nombres d'ordonnances.

1.4.1. Informations générales et réglementaires de l'ordonnance

1.4.1.1. Informations sur l'origine et la date de l'ordonnance

Les résultats de la présence de ces informations sont présentés dans le tableau 4 et résumés dans la figure 6.

Tableau 4 : Indication du lieu et de la date de la prescription en fonction de chaque service

Numéro du service	Etablissement	Service	Date
1	100%	100%	100%
2	100%	100%	100%
3	100%	100%	100%
4	100%	100%	100%
5	100%	100%	100%
6	100%	100%	100%
7	100%	100%	100%
8	27,3% (3)	100%	100%
9	100%	100%	100%
10	100%	100%	100%
11	100%	100%	100%
12	100%	100%	100%
13	100%	100%	100%

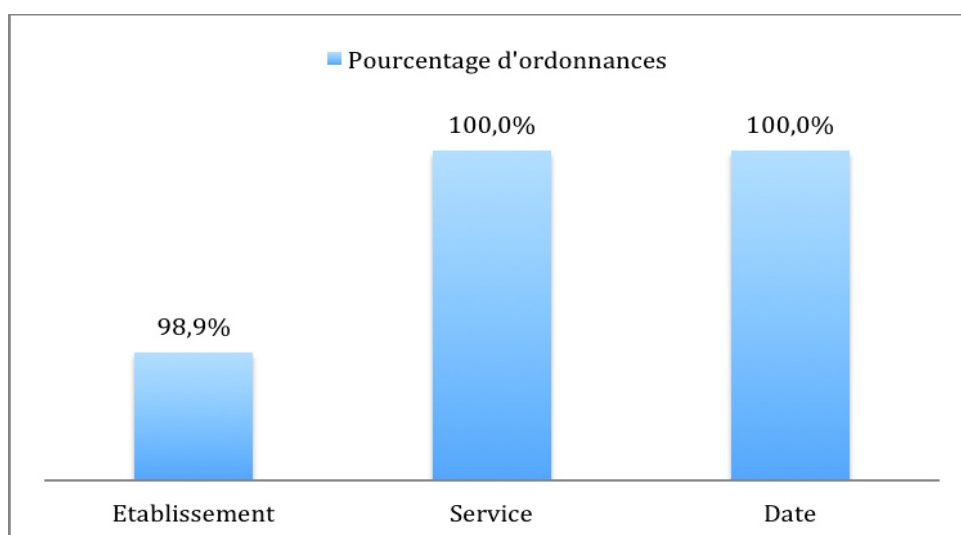


Figure 6 : Indication du lieu et de la date de la prescription sur la totalité des ordonnances

1.4.1.2. Informations sur le prescripteur

Les résultats sur l'identification prescripteur et de son numéro de téléphone sont présentés dans le tableau 5 et illustrés dans la figure 7.

Tableau 5 : Informations sur le prescripteur en fonction de chaque service

Numéro du service	Prescripteur	Nom du médecin senior	Numéro de téléphone
1	100%	100%	100%
2	85,5% (47)	100%	100%
3	95,6% (43)	97,8% (44)	100%
4	96,6% (56)	100%	100%
5	98,6% (69)	98,6% (69)	100%
6	98,6% (69)	88,6% (62)	70% (49)
7	100%	100%	3,7% (1)
8	90,9% (10)	81,8% (9)	100%
9	92,3% (24)	96,2% (25)	100%
10	95,5% (190)	100%	100%
11	100%	100%	100%
12	50% (3)	100%	100%
13	95,9% (125)	97,8% (133)	100%

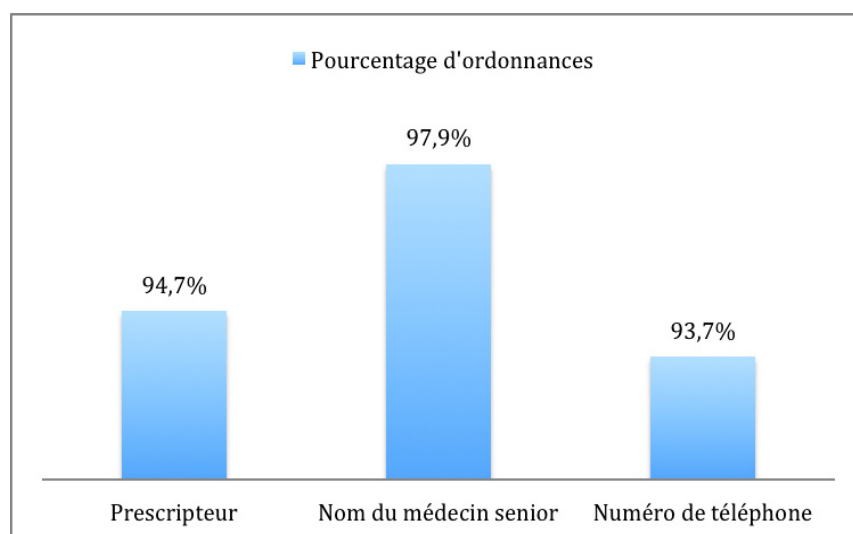


Figure 7 : Informations sur le prescripteur sur la totalité des ordonnances

1.4.1.3. Informations sur le patient

Les résultats sur la présence des informations nécessaires à l'identification du patient sont présentés dans le tableau 6 et résumés dans le Figure 8.

Tableau 6 : Informations sur le patient en fonction de chaque service

Numéro du service	Nom	Prénom	Date de naissance	Poids (nombre de patients)
1	100%	100%	100%	6
2	100%	100%	100%	0
3	100%	100%	100%	0
4	100%	100%	100%	0
5	100%	100%	100%	64
6	100%	100%	100%	0
7	100%	100%	100%	13
8	100%	100%	81,8% (9)	0
9	100%	100%	100%	0
10	100%	100%	100%	0
11	100%	100%	100%	0
12	100%	100%	100%	0
13	100%	100%	100%	0

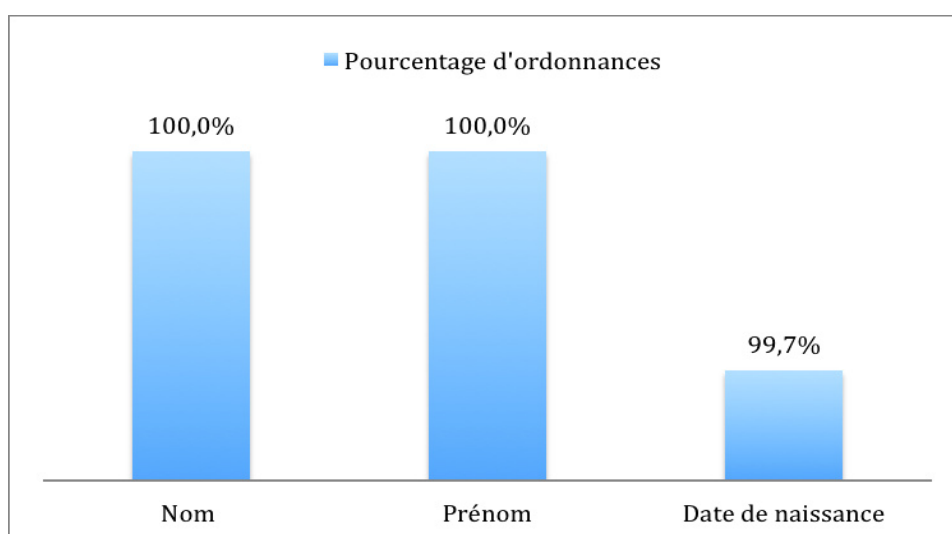


Figure 8 : Informations sur le patient sur la totalité des ordonnances

1.4.2. Informations sur la prescription

1.4.2.1. Lisibilité de l'ordonnance

100% des ordonnances étaient lisibles.

1.4.2.2. Conformité du support

Le support de l'ordonnance était inapproprié dans 2,4% des ordonnances, ce qui correspond à 18 ordonnances.

Les erreurs concernaient :

- Les ordonnances de médicaments stupéfiants : 61,1% (n=11)
- Les ordonnances de produit d'exception : 22,2% (n=4)
- Les ordonnances ALD, sans produit prescrit dans la zone ALD : 16,7% (n=3)

1.4.2.3. Conformité des lignes de la prescription

Sur 748 ordonnances, on a compté 4980 lignes prescrites : leur répartition en fonction de chaque service est représentée dans le tableau 7.

Moyenne du nombre de lignes prescrites par ordonnance : 6,7 lignes.

Tableau 7 : Répartition du nombre de lignes prescrites en fonction de chaque service

Numéro du service	Nombre de lignes prescrites
1	207
2	156
3	208
4	356
5	507
6	271
7	247
8	44
9	214
10	1451
11	129
12	31
13	1159

1.4.2.4. Informations indiquées par ligne de prescription

Les résultats sur la présence des caractères obligatoires d'une ligne de prescription sont représentés par le tableau 8 et illustrés dans la figure 9. Entre parenthèses figure le nombre de lignes de prescription.

Tableau 8 : Informations indiquées par ligne de prescription en fonction de chaque service

Numéro du service	Dosage	Dosage existant	Posologie	Rythme de prise	Voie d'administration
1	95,7% (198)	94,2% (195)	97,6% (202)	98,6% (204)	73,4% (152)
2	80,1% (125)	77,6% (121)	85,9% (134)	41,0% (64)	69,2% (108)
3	86,1% (179)	84,1% (175)	94,7% (197)	79,3% (165)	76,4% (159)
4	93,8% (334)	90,2% (321)	91,6% (326)	79,8% (284)	78,1% (278)
5	96,3% (488)	92,3% (468)	92,9% (471)	90,1% (457)	69,0% (350)
6	93,0% (252)	90,4% (245)	90,4% (245)	81,5% (221)	81,5% (221)
7	93,9% (232)	89,5% (221)	91,5% (226)	71,7% (177)	72,9% (180)
8	97,7% (43)	97,7% (43)	100,0% (44)	100,0% (44)	97,7% (43)
9	95,8% (205)	92,5% (198)	97,2% (208)	95,8% (205)	71,5% (153)
10	90,6% (1314)	87,2% (1265)	71,4% (1036)	68,3% (991)	34,9% (506)
11	89,1% (115)	84,5% (109)	80,6% (104)	96,1% (124)	92,2% (119)
12	96,8% (30)	96,8% (30)	100,0% (31)	90,3% (28)	100,0% (31)
13	93,2% (1080)	91,6% (1062)	89,0% (1032)	79,2% (918)	66,0% (765)

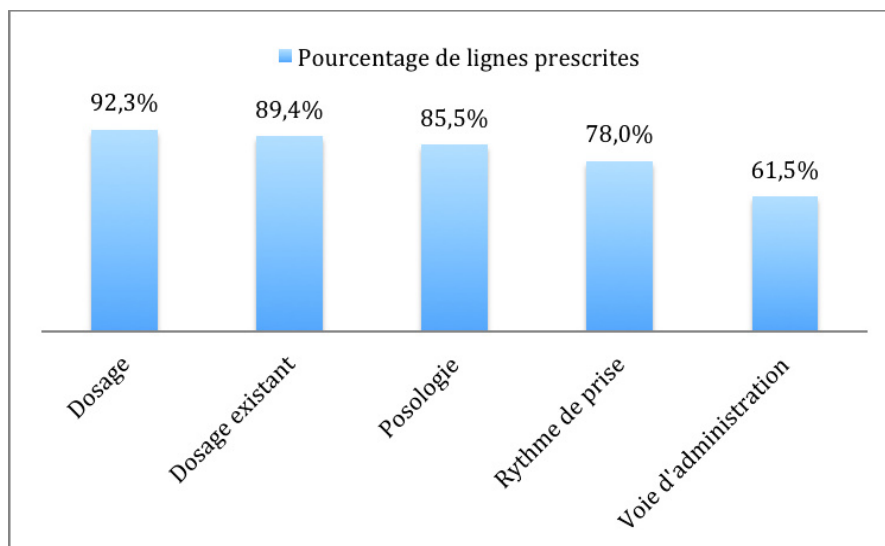


Figure 9 : Informations indiquées par ligne de prescription sur la totalité des ordonnances

1.4.2.5. Compréhension de l'ordonnance

Les résultats sur la compréhension de l'ordonnance sont représentés dans le tableau 9.

Tableau 9 : Compréhension de l'ordonnance en fonction de chaque service

Numéro du service	Compréhension de l'ordonnance
1	67,7% (21)
2	98,2% (54)
3	88,9% (40)
4	89,7% (52)
5	91,4% (64)
6	94,3% (66)
7	85,2% (23)
8	100%
9	76,9% (20)
10	79,4% (158)
11	100%
12	100%
13	74,3% (101)

Suite à ces résultats, on obtient une moyenne de 84,2% des ordonnances compréhensibles, ce qui équivaut à 630 ordonnances.

1.4.2.6. Ordonnances prescrites en DCI

Les résultats sur le critère de la prescription en DCI sont résumés dans le tableau 10. Entre parenthèses figure le nombre d'ordonnances.

Tableau 10 : Prescription en DCI en fonction de chaque service

Numéro du service	Prescription en DCI
1	3,2% (1)
2	3,6% (2)
3	24,4% (11)
4	13,8% (8)
5	7,1% (5)
6	7,1% (5)
7	3,7% (1)
8	9,1% (1)
9	11,5% (3)
10	3% (6)
11	42,9% (6)
12	0%
13	7,4% (10)

Le nombre moyen d'ordonnances prescrites en intégralité en DCI est de 7,9% (59 ordonnances).

1.4.2.7. Indication de la durée de traitement

Les résultats sur la présence de la(es) durée(s) de traitement sur l'ordonnance sont présentés dans le tableau 11 et le figure 10.

Tableau 11 : Indication des durées de traitement en fonction de chaque service

Numéro du service	Durée totale du traitement	Durée du traitement de courte durée
1	100%	100%
2	74,5% (41)	93,8% (45)
3	86,7% (39)	100%
4	89,7% (52)	100%
5	94,3% (66)	80% (16)
6	100%	90,9% (10)
7	85,2% (23)	100%
8	100%	0%
9	92,3% (24)	80% (4)
10	88,9% (177)	94,2% (65)
11	92,9% (13)	0%
12	100%	100%
13	95,6% (130)	96,8% (30)

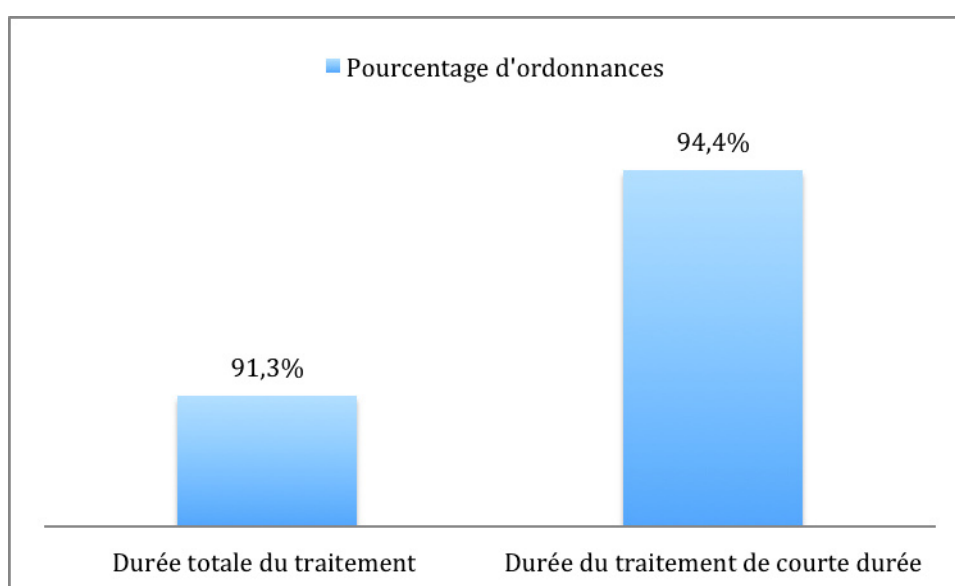


Figure 10 : Indication des durées de traitement sur la totalité des ordonnances

1.4.2.8. Interactions médicamenteuses, associations contre-indiquées ou déconseillées

Associations contre-indiquées : 11% (82)

Interactions médicamenteuses : 9,4% (70)

Sachant que la majorité des interactions médicamenteuses détectées correspondaient à des contre-indications ou à des associations déconseillées.

Quelques exemples des principales interactions médicamenteuses ont été représentés dans le tableau 12 :

Tableau 12 : Principales interactions médicamenteuses

	Associations déconseillées	Associations contre-indiquées	TOTAL
Risque hyperkaliémie	39% (32)	4,9% (4)	43,9%
Risque hémorragie	13,4% (11)	3,7% (3)	17,1%
Troubles cardiaques	2,4% (2)	3,7% (3)	6,1%

1.4.2.9. Ordonnance bizone

Les informations concernant l'ALD sont représentés dans le tableau 13

Tableau 13 : Informations sur l'ordonnance bizone en fonction de chaque service

Numéro du service	Nombre ordonnances ALD	Nombre de lignes zone ALD	Lignes non justifiées en ALD	Lignes présumées non justifiées en ALD
1	31	207	8,2% (17)	4,3% (9)
2	1	5	0%	80% (4)
3	42	203	19,7% (40)	19,2% (39)
4	35	272	2,2% (6)	2,2% (6)
5	62	478	2,9% (14)	5% (24)
6	30	149	4,7% (7)	8,7% (13)
7	24	221	5% (11)	27,6% (61)
8	0	0	0%	0%
9	26	214	0,5% (1)	6,5% (14)
10	151	1206	2,7% (33)	7,6% (92)
11	10	93	0%	5,4% (5)
12	6	31	9,7% (3)	0%
13	124	1078	6,2% (67)	5,9% (64)
TOTAUX	542	4157	4,8%	8%

1.4.2.10. Gravité des problèmes constatés

Nombre d'erreurs jugées critiques par l'externe : 13

Nombre d'erreurs jugées critiques par l'interne : 15

Exemples d'erreurs critiques :

- Oubli d'un médicament
- Oubli d'un dosage
- Oubli d'une posologie
- Redondance de deux médicaments

1.4.2.11. Pertinence

Concernant la difficulté d'évaluation de ce critère, les résultats ne sont pas exploitables.

Seul un service possédait des résultats valides pour ce critère en raison de l'assurance que les externes avaient accès aux dossiers des patients et en raison de la présence d'un interne en pharmacie sur place.

Pour ce service, **9%** (n=104) des lignes de prescriptions ont été jugées non pertinentes.

1.4.2.12. Informations auprès du prescripteur et modifications post-signature

Le prescripteur était informé dans **22,9%** des cas.

Modifications post-signature :

- Ajout de lignes : 29
- Suppression de lignes : 21
- Modification de lignes : 87

1.5. Discussion

Cette étude a permis de mettre en évidence la diversité d'informations nécessaires et utiles à la rédaction et à la dispensation d'une ordonnance qui, en leur absence, pourrait entraîner des erreurs médicamenteuses.

On peut considérer que les informations sur l'établissement et le service étaient présentes sur l'ordonnance, ce qui pouvait s'expliquer par l'existence d'ordonnances préenregistrées dans le logiciel d'aide à la prescription ou d'ordonnances papiers à l'effigie du service.

En revanche, il y a certains cas où l'ensemble des informations sur le prescripteur n'était pas disponible, ce qui pouvait provoquer une incapacité de contacter le médecin ou du

moins une plus grande difficulté. En effet si la pharmacie devait contacter le prescripteur, il faudrait appeler l'accueil de l'hôpital ou le service concerné pour ensuite essayer de trouver qui était le prescripteur du patient. Ce cheminement entraînerait une perte de temps en cas de nécessité de contacter le prescripteur.

En ce qui concerne le patient, son identité et sa date de naissance étaient toujours bien identifiées, en revanche la présence du poids était très rare. C'est pour cela, que nous n'avons pas étudié ce critère car les services concernés par l'étude étaient uniquement des services de médecine adulte, ce qui rend la présence du poids sur l'ordonnance facultative.

La signature du prescripteur n'a pas pu être évaluée car, dans la majorité des cas, c'était le critère « non applicable » qui était rempli dans le questionnaire. En effet, ceci s'expliquait par le fait que les ordonnances étaient généralement rédigées avant la sortie programmée du patient. Ainsi, l'ordonnance pouvait donc être modifiée au dernier moment, et ensuite signée par le prescripteur.

Pendant, lors de la sortie du patient, le prescripteur était appelé par les secrétaires du service pour signer tous les papiers concernant le patient donc on estimait que la signature était validée sur l'ordonnance à ce moment là.

Grâce au support de la prescription informatisée, 100% des ordonnances étaient lisibles. En revanche, pour certaines ordonnances, le support était inadapté, ce qui aurait donc entraîné l'impossibilité de dispenser le produit dans une officine. En particulier, pour les médicaments stupéfiants ou d'exception.

On remarque que la qualité de rédaction des lignes de prescription peut être améliorée car parfois, le dosage manquait ce qui entraînerait la dispensation du dosage le plus faible pour le patient et ainsi une possible perte d'efficacité du traitement pour le patient. De plus, certains dosages prescrits étaient inexistantes, une intervention pharmaceutique était donc nécessaire pour adapter la prescription du médicament et être certain que le dosage prescrit soit réalisable.

Sur certaines ordonnances, la posologie n'était pas précisée, ce qui aurait nécessité de mettre la posologie la plus faible au patient lors de la délivrance de son ordonnance en

officine, en attendant de contacter le médecin par la suite avec de ce fait un retard d'initiation du traitement souhaité.

Lors de l'absence du rythme de prise pour un médicament, le pharmacien peut tout à fait la préciser lors de la délivrance de l'ordonnance mais il s'agit en théorie d'une obligation pour le médecin lors de la prescription.

Cependant, il s'avère que le rythme de prise est très souvent absent sur les ordonnances délivrées en pharmacie, dans ce cas le pharmacien propose le moment de prise le plus opportun pour la prise du médicament.

Enfin, concernant la voie d'administration, il s'agissait du critère le moins souvent trouvé lors de la prescription d'un médicament. Ainsi par défaut, il s'agira de la voie orale qui sera délivrée si plusieurs formes galéniques existent pour un même médicament mais peut être qu'une autre voie était désirée par le médecin ou qu'une voie était préférée lors de problèmes de déglutition chez un patient.

La compréhension de l'ordonnance n'était pas validée pour toutes les ordonnances, ce qui pourrait entraîner des erreurs de prise médicamenteuse par le patient. En effet si le patient se réfère uniquement à ce qui est écrit sur l'ordonnance, il pourrait mal interpréter la prescription et prendre une dose incorrecte du médicament. C'est pourquoi il est préférable de rédiger en toutes lettres les doses fractionnées de médicament telles que « un demi », « trois quarts »...

Grâce à cette enquête, on a pu constater que la prescription en DCI n'était pas bien acquise par les prescripteurs. Ceci n'a pas de conséquence directe pour le patient, mais si la prescription en DCI était réalisée, la délivrance de génériques serait probablement mieux acceptée par les patients et le coût des dépenses pour la sécurité sociale serait en baisse.

Il est possible de rapprocher ces résultats de prescription en DCI en les comparant aux résultats d'une enquête de l'UFC Que Choisir réalisée du 20 mai au 29 juin 2015 dans 72 départements avec un total de 815 ordonnances et de plus de 2700 médicaments prescrits (Que Choisir, 2016). Ainsi, il a été possible de constater le faible pourcentage de médicaments prescrits en DCI, à savoir 13%. Les médicaments prescrits en DCI et en nom de marque correspondaient à 14%.

En étudiant les ordonnances dans leur ensemble :

- 18% étaient entièrement rédigées en DCI avec ou sans le nom de marque à côté
- 57% ne présentaient aucune DCI
- 25% présentaient des DCI et des noms de marque

On constate donc que la notion de prescription en DCI n'est pas encore bien intégrée dans le cadre des prescriptions. De plus, étant donné qu'aucune sanction ni qu'aucun contrôle ne sont mis en place, une amélioration de ces prescriptions est peu envisageable.

Cependant, la notion de DCI reste très importante puisque grâce à de telles prescriptions, il est possible de détecter d'éventuels surdosages ou interactions médicamenteuses en repérant clairement quels sont les médicaments prescrits sur une ordonnance. De plus la DCI facilite l'acquisition de traitements à l'étranger puisqu'elle est comprise dans tous les pays, contrairement aux différents noms de marques que peut avoir une même DCI.

En général, la durée de prescription était rarement absente de la prescription. Cependant, si elle manque, le pharmacien est obligé de délivrer le médicament dans son plus petit conditionnement ou d'appeler le médecin pour avoir une précision sur cette durée.

Les associations contre-indiquées ou les interactions médicamenteuses présentes sur les ordonnances ont été pour la plupart maintenues par le prescripteur puisque souvent le patient bénéficiait de dosages biologiques à effectuer pour son ionogramme ou son INR, ou un contrôle cardiaque ou tout autre examen avait été effectué pour valider la prescription de médicaments à risque.

Ainsi, lors de contre-indications présentes sur une ordonnance, le pharmacien se doit d'appeler le prescripteur qui peut confirmer ou infirmer cette association, et dans le cas où celle-ci est maintenue, il est conseillé au pharmacien de noter sur l'ordonnance cette affirmation puisqu'il engage sa responsabilité s'il délivre.

L'analyse des ordonnances bizones a été complexe, puisqu'en l'absence d'une ordonnance du médecin traitant ou d'un courrier justifiant l'ALD du patient, le prescripteur à l'hôpital était dans l'impossibilité de connaître l'indication de l'ALD du patient et de ce fait, il était possible qu'il prescrive des médicaments à tort dans la partie exonérante et entraîner un coût supplémentaire pour la sécurité sociale.

L'analyse critique des erreurs constatées a permis d'objectiver les résultats du questionnaire. Ainsi sur l'ensemble des ordonnances analysées, le nombre d'erreurs critiques était faible mais restait non négligeable puisqu'il s'agissait d'oubli de prescription ce qui pouvait entraîner un retard de prise en charge médicamenteuse pour le patient ou au contraire des effets indésirables lors de la redondance de prescription du même médicament ou de deux médicaments de la même classe thérapeutique.

On a pu évaluer le critère de la pertinence de prescription uniquement dans un service, qui a permis de constater qu'un pourcentage non négligeable de médicaments était prescrit sans justification apparente. Par exemple, on peut citer l'exemple des inhibiteurs de la pompe à protons qui se retrouvent fréquemment prescrits sur les ordonnances de personnes âgées qui pourraient engendrer des risques de colites pseudo-membraneuses lors de prise ultérieure d'antibiotiques.

Le ressenti des prescripteurs des différents services ayant participé à cette enquête a été positif, puisque la plupart étaient intéressés par les remarques effectuées par les externes. En revanche, les prescripteurs étaient informés seulement lors de problèmes concernant un oubli de dosage, posologie, une contre-indication ou autres problèmes importants pour la prise en charge optimale du patient.

Lors de l'analyse des ordonnances définitives, on a pu constater quelques modifications, qui consistaient en l'ajout d'antibiotiques par exemple, la suppression d'autres médicaments ou la modification d'un dosage...

Nous avons comparé notre étude à 5 autres études réalisées précédemment, et représentées dans le tableau 14 :

- Etude A : en 1997, enquête sur les prescriptions de sortie au CHU de Grenoble (Favre-Felix, 1997)
- Etude B : en 2001, évaluation de la qualité des ordonnances de sortie dans un CHU (Paul et al, 2001)
- Etude C : en 2005, étude de l'Assurance Maladie en Île de France (Fourgon et al, 2005)

- Etude D : en 2006, enquête sur les difficultés rencontrées par les pharmaciens d'officine de la Basse-Normandie (Barbier, 2006)
- Etude E : en 2013, enquête régionale en Haute-Normandie sur les difficultés de dispensation des ordonnances de sorties hospitalières (Arnaud, 2014)
- Etude F : en 2015, notre étude

L'étude E correspond à l'enquête préliminaire qui a conduit à la réalisation de notre étude. Cependant il est difficile de la comparer point par point à notre étude finale car le nombre d'ordonnances recueillies a été plus faible (43 ordonnances) et il s'agissait uniquement d'ordonnances présentant des problèmes quant à leur dispensation, de plus, les critères d'évaluation étaient différents.

75% des problèmes observés étaient liés à la prescription :

- identification du prescripteur : 86%
- insuffisance d'information : 40%
 - problème concernant le dosage ou la posologie : 53%
 - absence de la durée de traitement : 31%
- non conformité réglementaire : 41%
 - support non adapté à la prescription de stupéfiants : 60%
 - non utilisation d'une ordonnance bizonne lorsque le patient a une ALD : 27%
- médicaments non disponibles en ville : 19%

Tableau 14 : Comparaison des études

Critères	Etude A	Etude B	Etude C	Etude D	Etude F
Nombre ordonnances	279	308	500	497	748
Date ordonnance	98%	94%		97,2%	100%
Nom médecin	83%	73%	82%	87,4%	94,70%
Qualification médecin		43%	36%	95,2%	94,70%
Nom service	90%				100%
Nom établissement			59%		98,90%
Adresse établissement		97%		98%	98,90%
Numéro téléphone	43%				93,70%
Signature	96%	98%		97,6%	Non exploitable
Support non conforme				3,0%	2,40%
Nom patient	99%	91%	94%	99,3%	100%
Prénom patient	67%	55%	69%	93,5%	100%
Âge patient	13%	8%		93,2%	99,70%
Poids patient	15%			92,6%	Patients adultes
Le médicament					
Dosage	99%	48,3%	97,5%	91,1%	92,30%
Voie administration	79%	70,8%			61,50%
Posologie	91%	81,8%	99%	98,5%	85,50%
Rythme de prise		67,9%			78%
Durée traitement		92,7%	94%	92%	91,30%-94,4%
Interactions médicamenteuses			8%		9,4%-11%
Prescription à tort ALD			13%		4,8%-8%

A partir de ce tableau comparatif, on constate une amélioration de la qualité de la présentation de l'ordonnance, au niveau de sa forme et des informations générales et réglementaires.

En revanche, la qualité de prescription des médicaments est en baisse dans notre étude, ce qui peut peut-être s'expliquer par le plus grand nombre d'ordonnances analysées au cours de notre étude.

2. Conclusion

Notre étude a permis de faire un bilan sur la qualité des ordonnances de sorties hospitalières afin de constater les axes d'améliorations possibles dans le but d'optimiser ces prescriptions et le lien ville/hôpital. Ces résultats ont pu être présentés à la Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI) et à la Société Française de Pharmacie Clinique sous la forme d'un poster (Annexe 11) et d'un abstract (Annexe 12).

La partie réglementaire d'une ordonnance pourrait être améliorée en utilisant davantage des ordonnances prédéfinies informatiquement présentant toutes les informations obligatoires dans leur en-tête.

Il serait intéressant de communiquer aux différents établissements de santé des fiches pratiques à la bonne rédaction d'une ordonnance, du même type que la check-list ordonnance qu'avait réalisé l'OMÉDIT Poitou-Charentes.

Nous avons constaté que la prescription en DCI restait un point faible de cette étude, ce qui pourrait être corrigé en mettant en place une rémunération sur objectifs de santé par exemple, ou au contraire en mettant en place des sanctions en cas de non-respect de cette réglementation.

La pertinence d'une prescription est un critère très important dans l'analyse et la délivrance d'une ordonnance. Cependant les patients ne sont pas toujours informés sur leurs nouveaux traitements ou sur d'éventuels changements avant leur sortie hospitalière. C'est pour cela qu'une meilleure communication de l'hôpital vers la ville, notamment grâce à MSSanté ou au DMP, permettrait au pharmacien d'être informé de ce qui a été décidé à l'hôpital concernant la prise en charge médicamenteuse du patient.

De plus, l'information de la ville vers l'hôpital est également tout aussi importante, notamment grâce à la conciliation médicamenteuse qui est encore trop peu pratiquée à l'entrée des patients dans les établissements de santé ou encore, grâce à l'utilisation du dossier pharmaceutique à l'hôpital.

Ainsi, il existe encore des possibilités d'amélioration de rédaction des ordonnances afin de limiter le risque d'erreurs de dispensation et de permettre une meilleure continuité des soins pour le patient.

Pour cette année, l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie accentue une de ses propositions sur le contrôle des Prescriptions Hospitalières Médicamenteuses Exécutées en Ville dans le but de réduire les coûts de la délivrance de ces prescriptions (CNAMTS, 2015). Cet objectif à atteindre par les établissements de santé ainsi que le critère Qualité du Document de Sortie de l'IPAQSS 2014 vont certainement permettre des études ultérieures sur la qualité des ordonnances de sortie hospitalières.

3. Bibliographie

Arnaud V. Difficultés de dispensation des ordonnances de sorties hospitalières : enquête régionale pour une amélioration du lien ville/hôpital. Th. D. Pharm., université de Rouen, 2014

Arques-Armoiry E, Cabelguenne D, Stamm C, Jangly-Dumenil A, Grosset-Grange I, Vantard N, et al. (2010). Problèmes médicamenteux les plus fréquemment détectés par l'analyse pharmacothérapeutique des prescriptions dans un centre hospitalier universitaire. *Rev. Med. Interne*, 31, 804-811

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-Article 13. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/4/6/ETSH1109848A/jo#JORFARTI000023865884>, consulté le 13 mars 2015

Barbier A-C. Comment améliorer la prise en charge du patient à sa sortie d'hôpital ? Enquête sur les difficultés rencontrées par les pharmaciens d'officine de la Basse-Normandie. Th. D. Pharm., université de Caen, 2006.

Baum T, Beretz L, Bohand X, Cestac P, Collomp R, Diemunsch P, et al. (2013). La REMED : La Revue des Erreurs Médicamenteuses liées aux Médicaments et Dispositifs associés, une méthode d'amélioration de la qualité de soins. SFPC. <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/817-sfpc-manuel-remed-2014/0.html>, consulté le 15 août 2015

Bégaud B et Costagliola D. Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000617.pdf>, consulté le 15 août 2015

Broyart A. Fiche projet international High 5s-Etat au 23 avril 2014. http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1751974, consulté le 11 mars 2016

Brulebois A. Analyse des écarts de prescriptions médicamenteuses entre domicile, admission et sortie d'hospitalisation au centre hospitalier de Voiron : vers la conciliation des traitements médicamenteux. Th. D. Pharm., Université de Grenoble, 2010

Caglar S, Henneman PL, Blank FS, Smithline HA, Henneman EA. (2011). Emergency department medication lists are not accurate. *J. Emerg. Med.*, 40, 613-6

Castot A, Haramburu F, Kreft-Jaïs C. Hospitalisation dues aux effets indésirables des médicaments : résultats d'une étude nationale ; point sur la nouvelle campagne d'information sur les traitements anticoagulants anti-vitamine K. Ministère des affaires sociales et de la santé. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/EMIR.pdf>, consulté le 13 août 2015

Charpiat B, Bedouch P, Conort O, Rose F-X, Juste M, Roubille R, Allenet B. (2012) Opportunités d'erreurs médicamenteuses et interventions pharmaceutiques dans le cadre de la prescription informatisée : revue des données publiées par les pharmaciens hospitaliers français. *Ann. Pharm. Fr.*, 70 (2), 62-74

CNAMTS 2005. + 46% c'est l'augmentation du nombre de bénéficiaires admis en ALD entre 1990 et 2002. <http://www.lettreauxmedecins.ameli.fr/nl/nl7.cfm#chap1>, consulté le 22 août 2015

CNAMTS 2009. Les préparations remboursables en pratique. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/exercer-au-quotidien/preparations-magistrales-et-officinales/les-preparations-remboursables-en-pratique.php>, consulté le 25 janvier 2016

CNAMTS 2010a. Droit de prescription des DM. www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/exercer-au-quotidien/droit-de-prescription-des-dispositifs-medicaux/index_rouen-elbeuf-dieppe-seine-maritime.php, consulté le 4 août 2015

CNAMTS 2010b. Droit de prescription des masseurs-kinésithérapeutes. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/exercer-au-quotidien/droit-de->

[prescription-des-dispositifs-medicaux/droit-de-prescription-des-masseurs-kine_rhone.php](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/les-affections-de-longue-duree/qu-est-ce-qu-une-affection-de-longue-duree/les-ald-exonerantes_rhone.php), consulté le 26 mai 2016

CNAMTS 2012a. Qu'est-ce qu'une Affection Longue Durée ? http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/les-affections-de-longue-duree/qu-est-ce-qu-une-affection-de-longue-duree/les-ald-exonerantes_rhone.php, consulté le 22 août 2015

CNAMTS 2012b. Droit de prescription des infirmiers. http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/exercer-au-quotidien/droit-de-prescription-des-dispositifs-medicaux/droit-de-prescription-des-infirmiers_rhone.php, consulté le 26 mai 2016

CNAMTS 2013. Droit de prescription des sages-femmes. http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/exercer-au-quotidien/droit-de-prescription-des-dispositifs-medicaux/droit-de-prescription-des-sages-femmes_rhone.php, consulté le 26 mai 2016

CNAMTS 2014a. Règles générales de prescription des médicaments. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/prescriptions/medicaments/regles-generales-de-prescription-des-medicaments.php>, consulté le 25 janvier 2016

CNAMTS 2014b. Règles particulières de prescription. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/prescriptions/medicaments/regles-particulieres-de-prescription.php>, consulté le 25 janvier 2016

CNAMTS 2014c. Droit de prescription des pédicures-podologues. http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/exercer-au-quotidien/droit-de-prescription-des-dispositifs-medicaux/droit-de-prescription-des-pedicures-podologues_rhone.php, consulté le 26 mai 2016

CNAMTS 2015. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2016. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des travailleurs salariés. <http://documentation.fhp.fr/documents/21499R.pdf>, consulté le 1er mai 2016

Code de la Santé Publique 2007. Article R5132-3
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006915532&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090108>, consulté le 13 mars 2015

Code de la Santé Publique 2013. Article R5121-152.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000028083982&cidTexte=LEGITEXT000006072665>, consulté le 13 août 2015.

Code de la sécurité sociale. Décret n°2014-1359 du 14 novembre 2014 relatif à l'obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale et des logiciels d'aide à la dispensation prévue à l'article L-161-38 du code de la Sécurité Sociale.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029761800&categorieLien=id>, consulté le 13 mars 2015

Doerper S, Morice S, Piney D, Dony A, Baum T, Perrin F, et al. (2013). La conciliation des traitements médicamenteux : logigramme d'une démarche efficace pour prévenir ou intercepter les erreurs médicamenteuses à l'admission du patient hospitalisé. *Pharm. Hosp. Clin.*, 48 (3), 153-160

Dony A, Baum T, Potier A, Doerper S, Guillaume V, Azizi Y, et al. (2015) Utiliser le dossier pharmaceutique pour concilier la capacité informationnelle du DP. *Pharm. Hosp. Clin.*, 50 (3), 332-333

Dossier Médical Personnel 2016a. Votre carnet de santé informatisé.
<http://www.dmp.gouv.fr>, consulté le 29 février 2016

Dossier Médical Personnel 2016b. Le DMP en quelques mots.
<http://www.dmp.gouv.fr/structure-de-soins/en-savoir-plus-sur-le-dmp/le-dmp-en-quelques-mots>, consulté le 29 février 2016

Dossier Médical Personnel 2016c. Le DMP au service des patients et des professionnels de santé. <http://www.dmp.gouv.fr/structure-de-soins/en-savoir-plus-sur-le-dmp/le-dmp-au-service-des-patients-et-des-ps>, consulté le 29 février 2016

Favre-Felix A-M. Qualité et prescription : enquête sur les prescriptions de sortie au CHU de Grenoble. Th. D. Pharm., université de Grenoble, 1997.

Fourgon R, Vicrey C, Blanchon B, Vassort S, Blum-Boisgard C (2005). Etude de l'assurance maladie en Île de France. *Presse méd.*, 34 (3), 203-207

Haute Autorité de Santé 2013. La sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transitions du parcours de soins. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1498439/fr/la-securite-de-la-prescription-medicamenteuse-aux-points-de-transition-du-parcours-de-soins, consulté le 11 mars 2016

Haute Autorité de Santé 2016. IPAQSS 2014 : expérimentation du recueil de l'indicateur « qualité du document de sortie ». http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1762120/fr/ipaqss-2014-experimentation-du-recueil-de-l-indicateur-qualite-du-document-de-sortie, consulté le 29 avril 2016

Hellström LM, Bonderson A, Höglund P, Eriksson T. (2012). Errors in medication history at hospital admission : prevalence and predicting factors. *BMC Clin. Pharmacol.*, 12(9), 1186-1472

Lebegue A-S, Le Bellec M-L, Truet S, Peronne E, Lemoine D. (2013) Conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie : optimisation et sécurisation du retour à domicile. ; *Pharm. Hosp. Clin.*, 48, 256-284

Lecointre R, Dakessian M-P, Mezzour A. (2015) Etude rétrospective des erreurs médicamenteuses liées à l'informatisation au sein d'un établissement chirurgical. *Pharm. Hosp. Clin.*, 50 (2), 180-191

Lee JY, Leblanc K, Fernandes OA, Huh JH, Wong GG, Hamandi B, et al. (2010). Medication reconciliation during internal hospital transfer and impact of computerized prescriber order entry. *Ann. Pharmacother.*, 44 (12), 1887-1895

Massé E, Roux J, Lefebvre J. (2006). Problèmes et erreurs reliés à la prescription détectés par les pharmaciens de l'hôpital Laval : description, interventions et impact. *Pharmactuel*, 39 (3), 126-134

Michel P, Minodier C, Lathelize M, Moty-Monnereau C, Domecq S, Chaleix M et al. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201017.pdf>, consulté le 13 août 2015

Ministère des affaires sociales et de la santé 2012. Enquête Nationale sur les Événements Indésirables liés aux Soins observés en établissement de santé. <http://www.sante.gouv.fr/publications-etudes.html>, consulté le 13 août 2015

Ministère des affaires sociales et de la santé 2014a. Le dossier pharmaceutique : expérimentation de la consultation par les médecins hospitaliers. <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/article/le-dossier-pharmaceutique-experimentation-de-la-consultation-par-les-medecins>, consulté le 15 janvier 2016

Ministère des affaires sociales et de la santé 2014b. Expérimentation de la consultation par les médecins hospitaliers : colloque du 30 juin 2014. <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/article/experimentation-de-la-consultation-par-les-medecins-hospitaliers-colloque-du-30>, consulté le 15 janvier 2016

Ministère des affaires sociales et de la santé 2015. Règles de prescription et de dispensation. <http://www.sante.gouv.fr/regles-de-prescription-et-de-dispensation.html>, consulté le 14 juillet 2015

MS Santé. Comprendre MS Santé. <https://www.mssante.fr/comprendre-mssante>, consulté le 7 mars 2016

OMÉDIT Haute-Normandie 2013. Fiche de signalement d'un dysfonctionnement sur le support de prescription de sortie d'un établissement, diffusé dans les pharmacies de ville en mai 2013

OMÉDIT Haute-Normandie 2015. Accueil. http://www.omedit-hautenormandie.fr/accueil_033.htm, consulté le 8 septembre 2015

OMÉDIT Poitou-Charentes 2010. Analyse pharmaceutique des prescriptions. https://omedit.esante-poitou-charentes.fr/portail/travaux-omedit/gallery_files/site/80/532/679/681.pdf, consulté le 8 février 2016

OMÉDIT Poitou-Charentes 2011. Fiche de signalement d'un dysfonctionnement sur le support de prescription de sortie d'établissement. https://omedit.esante-poitou-charentes.fr/portail/travaux-omedit/gallery_files/site/80/532/733/2121.pdf, consulté le 14 mai 2016

OMÉDIT Poitou-Charentes 2013. Check-List ordonnance. https://omedit.esante-poitou-charentes.fr/portail/travaux-omedit/gallery_files/site/80/532/2500.pdf, consulté le 14 mai 2016

Ordre National des Pharmaciens 2015a. Médicaments stupéfiants et assimilés. www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/Conditions-de-prescription, consulté le 4 août 2015

Ordre National des Pharmaciens 2015b. Qu'est-ce que le Dossier Pharmaceutique. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>, consulté le 15 janvier 2016

Paul M, Brossier P-L, Broissand I, Cordonnier C, Astier A, Roudot-Thoraval F (2001). Evaluation de la qualité des ordonnances de sortie dans un CHU. *Ann. Pharm. Fr.*, 59 (2), 130

Perichon P-O et Rinaldi F. Poster ordonnance de sortie. https://omedit.esante-poitou-charentes.fr/portail/travaux-omedit/gallery_files/site/80/532/2499.pdf, consulté le 14 mai 2016

SFPC 2013. Fiche Intervention Pharmaceutique, élaborée par le groupe de travail SFPC officine et « Standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique. Février 2013. <http://www.sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/991-sfpc-fiche-intervention-pharmaceutique-officine-2014/0.html>, consulté le 8 février 2016

SFPC 2014. REMED. <http://sfpc.eu/fr/pratiques-professionnelles/remed.html>, consulté le 15 août 2015

SFPC 2015. Standardisation-Valorisation activités pharmaceutiques-Interventions pharmaceutiques. <http://www.sfpc.eu/fr/pratiques-professionnelles/interventions-pharmaceutiques.html>, consulté le 8 février 2016

Theissen A, Orban J-C, Fuz F, Guerin J-P, Flavin P, Albertini S, et al. (2015). Responsabilité liée aux erreurs médicamenteuses : données SHAM. *Ann. Pharm. Fr.*, 73 (2), 133-138

Que Choisir. Enquête sur la prescription en DCI. <http://www.quechoisir.org/sante-bien-etre/maladie-medecine/medicament/communiqu-e-enquete-sur-la-prescription-en-dci-un-deni-caracterise-de-l-interet-des-patients>, consulté le 7 mars 2016

Vernardet S, Bossaert S, Livrozet A, Pont E, Charpiat B. (2005) Validation pharmaceutique des prescriptions hospitalières : intervention et analyse sur cinq ans. *Presse Méd.*, 34, 990-996

4. Serment de Galien



SERMENT DE GALIEN

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

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

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

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



5. Annexes

Annexe 1 (CNAMTS, 2013)



Droit de prescription des sages-femmes

Article mis à jour le 30 janvier 2013

L'arrêté du 27 juin 2006 (JO du 2 juillet 2006) étend le droit de prescription des sages-femmes, jusqu'alors limité à la prescription de diaphragmes, capes et contraceptifs locaux, et à la prescription d'une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse (article L.5134-1 du code de la santé publique).

Les sages-femmes peuvent prescrire à leurs patientes les dispositifs médicaux suivants :

- Ceinture de grossesse de série*
- Orthèse élastique de contention des membres inférieurs
- Sonde ou électrode cutanée périnéale
- Electrostimulateur neuromusculaire pour rééducation périnéale
- Pèse-bébé*
- Tire-lait
- Diaphragme
- Cape cervicale*
- Compresses, coton, bandes de crêpe, filet tubulaire de maintien, suture adhésive et sparadrap

* Ces dispositifs médicaux ne sont pas remboursables par l'Assurance Maladie.

À noter

Les sages-femmes ne peuvent pas prescrire les produits et matériels utilisés pendant la séance.

Annexe 2 (CNAMTS, 2012b)



Droit de prescription des infirmiers

Article mis à jour le 4 juin 2012

Depuis le 31 mars 2012, les infirmiers sont autorisés à prescrire certains dispositifs médicaux dont la liste est fixée de façon limitative par l'arrêté du 20 mars 2012 (JO du 30 mars 2012). À noter que cet arrêté est disponible ci-dessous en téléchargement.

Deux cas de prescription sont à distinguer :

Premier cas de prescription

L'infirmier peut prescrire à son patient les dispositifs médicaux suivants, dès lors qu'ils sont inscrits à la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) et sous réserve de remplir les trois conditions suivantes :

- l'infirmier agit pendant la durée d'une prescription médicale d'une série d'actes infirmiers ;
 - l'infirmier agit dans le cadre de sa compétence ;
 - il n'existe pas d'indication contraire du médecin.
1. Articles pour pansement :
 - pansements adhésifs stériles avec compresse intégrée ;
 - compresses stériles (de coton hydrophile) à bords adhésifs ;
 - compresses stériles de coton hydrophile non adhérente ;
 - pansements et compresses stériles absorbants non adhérents pour plaies productives ;
 - compresses stériles non tissées ;
 - compresses stériles de gaze hydrophile ;
 - gaze hydrophile non stérile ;
 - compresses de gaze hydrophile non stériles et non tissées non stériles ;
 - coton hydrophile non stérile ;
 - ouate de cellulose chirurgicale ;
 - sparadraps élastiques et non élastiques ;
 - filets et jerseys tubulaires ;
 - bandes de crêpe en coton avec ou sans présence d'élastomère ;
 - bandes extensibles tissées ou tricotées ;
 - bandes de crêpe en laine ;
 - films adhésifs semi-perméables stériles ;
 - sets pour plaies.
 2. Cerceaux pour lit de malade.
 3. Dispositifs médicaux pour le traitement de l'incontinence et pour l'appareil urogénital :
 - étui pénien, joint et raccord ;
 - plat bassin et urinal ;
 - dispositifs médicaux et accessoires communs pour incontinents urinaires, fécaux et stomisés : poches, raccord, filtre, tampon, supports avec ou sans anneau de gomme, ceinture, clamp, pâte pour protection péristomiale, tampon absorbant, bouchon de matières fécales, collecteur d'urines et de matières fécales ;
 - dispositifs pour colostomisés pratiquant l'irrigation ;
 - nécessaire pour irrigation colique ;
 - sondes vésicales pour auto-sondage et hétéro-sondage.
 4. Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile :
 - a) Appareils et accessoires pour perfusion à domicile :
 - appareil à perfusion stérile non réutilisable ;
 - panier de perfusion ;
 - perfuseur de précision ;
 - accessoires à usage unique de remplissage du perfuseur ou du diffuseur portable ;
 - accessoires à usage unique pour pose de la perfusion au bras du malade en l'absence de cathéter implantable ;
 - b) Accessoires nécessaires à l'utilisation d'une chambre à cathéter implantable ou d'un cathéter central tunnelisé :
 - aiguilles nécessaires à l'utilisation de la chambre à cathéter implantable ;
 - aiguille, adhésif transparent, prolongateur, robinet à trois voies ;
 - c) Accessoires stériles, non réutilisables, pour hépariner : seringues ou aiguilles adaptées, prolongateur, robinet à 3 voies ;
 - d) Pieds et potences à sérum à roulettes.

Second cas de prescription

Si l'infirmier remplit les trois conditions prévues dans le 1^{er} cas de prescription et qu'en outre il en a eu préalablement informé le médecin traitant désigné par le patient, il peut également prescrire les dispositifs médicaux suivants, dès lors qu'ils sont inscrits à la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) :

1. Matelas ou surmatelas d'aide à la prévention des escarres en mousse avec découpe en forme de gaufrier.
2. Coussin d'aide à la prévention des escarres :
 - coussins à air statique ;
 - coussins en mousse structurée formés de modules amovibles ;
 - coussins en gel ;
 - coussins en mousse et gel.
3. Pansements :
 - hydrocolloïdes ;

- hydrocellulaires ;
 - alginates ;
 - hydrogels ;
 - en fibres de carboxyméthylcellulose (CMC) ;
 - à base de charbon actif ;
 - à base d'acide hyaluronique seul ;
 - interfaces (y compris les silicones et ceux à base de carboxyméthylcellulose [CMC])
 - pansements vaselinés.
4. Sonde naso-gastrique ou naso-entérale pour nutrition entérale à domicile.
5. Dans le cadre d'un renouvellement à l'identique, orthèses élastiques de contention des membres :
- bas (jarret, cuisse) ;
 - chaussettes et suppléments associés.
6. Dans le cadre d'un renouvellement à l'identique, accessoires pour lecteur de glycémie :
- lancettes ;
 - bandelettes d'autosurveillance glycémique ;
 - autopiqueurs à usage unique ;
 - seringues avec aiguilles pour autotraitement ;
 - aiguilles non réutilisables pour stylo injecteur ;
 - ensemble stérile non réutilisable (aiguilles et réservoir) ;
 - embout perforateur stérile.

À noter : l'infirmier ne peut pas prescrire des sets comprenant un (ou plusieurs) dispositif médical non listé précédemment.

Annexe 3 (CNAMTS, 2010b)



Droit de prescription des masseurs-kinésithérapeutes

Article mis à jour le 30 mars 2010

Depuis le 14 janvier 2006, les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire certains dispositifs médicaux, dont la liste est fixée de façon limitative par l'arrêté du 9 janvier 2006 (JO du 13 janvier 2006), sous réserve de remplir les conditions suivantes :

1. Le masseur-kinésithérapeute agit dans le cadre de sa compétence.
2. Il n'existe pas d'indication contraire du médecin.

Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire à leur patient les dispositifs médicaux suivants :

- Appareils destinés au soulèvement du malade : potences et soulève-malades.
- Matelas d'aide à la prévention d'escarres en mousse de haute résilience type gaufrier.
- Coussin d'aide à la prévention des escarres en fibres siliconées ou en mousse monobloc.
- Barrières de lits et cerceaux.
- Aide à la déambulation : cannes, béquilles, déambulateur.
- Fauteuils roulants à propulsion manuelle de classe I, à la location pour des durées inférieures à 3 mois.
- Attelles souples de correction orthopédique de série.
- Ceintures de soutien lombaire de série et bandes ceintures de série.
- Bandes et orthèses de contention souple élastique des membres de série.
- Sonde ou électrode cutanée périnéale pour électrostimulation neuromusculaire pour le traitement de l'incontinence urinaire.
- Collecteurs d'urines, étuis péniens, pessaires, urinal.
- Attelles souples de posture et/ou de repos de série.
- Embouts de cannes.
- Talonnettes avec évidement et amortissantes.
- Aide à la fonction respiratoire : débitmètre de pointe.
- Pansements secs ou étanches pour immersion en balnéothérapie.

Annexe 4 (CNAMTS, 2014c)



Droit de prescription des pédicures-podologues

Article mis à jour le 7 avril 2014

De nouvelles dispositions permettent la prise en charge par l'Assurance Maladie des topiques à usage externe et des pansements que les pédicures-podologues peuvent prescrire [1]. Le point sur les produits de santé concernés.

Topiques à usage externe

Les topiques à usage externe que les pédicures podologues peuvent prescrire et appliquer, et qui sont pris en charge par l'Assurance Maladie sont les suivants :

- Antiseptiques
- Antifongiques
- Hémostatiques
- Anesthésiques
- Kératolytiques et verrucides
- Produits à visée adoucissante, asséchante, calmante, cicatrisante ou révulsive
- Anti-inflammatoires locaux pour l'hallux valgus et les ongles incarnés

à l'exclusion des spécialités renfermant des substances classées comme vénééuses.

Pansements

Les pansements que les pédicures-podologiques peuvent prescrire et poser, et qui sont pris en charge par l'Assurance Maladie sont les suivants :

- Compresses stériles de coton hydrophile
- Compresses stériles de gaze hydrophile / compresses fibres stériles de gaze hydrophile
- Sparadrap
- Compresses non tissées stériles
- Système de maintien des pansements : jersey tubulaire de maintien des pansements, pochette de suture adhésive stérile, sparadrap élastique et non élastique
- Compresses stériles absorbantes / compresses absorbantes.

Pansements pour patients diabétiques

Les pansements pour patients diabétiques dont les pédicures-podologues peuvent renouveler la prescription (la prescription initiale étant réservée aux médecins) et qui sont pris en charge par l'Assurance Maladie sont les suivants :

- Pansements hydrocolloïdes
- Pansements à base de charbon actif
- Pansements vaselinés
- Pansements hydrofibre
- Pansements hydrogel
- Pansements à alginate de calcium

[1] Décret n° 2009-956 du 29 juillet 2009 paru au JO du 2 août 2009 et liste fixée par arrêté du 30 juillet 2008 paru au JO du 2 août 2008, disponibles ci-dessous en téléchargement.

Annexe 5 (CNAMTS, 2009)

Les préparations remboursables en pratique

Compte tenu des nouvelles règles de prise en charge, quelques préparations magistrales et officinales restent remboursables : il s'agit notamment de certaines préparations destinées à la pédiatrie et à la gériatrie, de préparations dermatologiques prescrites à des patients atteints de maladies spécifiques. Il existe aussi quelques cas particuliers.

1) Les préparations destinées à la pédiatrie et à la gériatrie

Certaines préparations rendues nécessaires pour l'adaptation des posologies dans le cadre des traitements destinés à la pédiatrie ou à la gériatrie restent remboursables.

Il s'agit des cas pour lesquels il n'existe pas de dosage adapté sous forme de spécialité en l'absence d'alternatives thérapeutiques disponibles.

2) Les préparations dermatologiques prescrites à des patients atteints de maladies spécifiques

Cette disposition concerne les patients atteints de :

- maladies rares,
- maladies orphelines,
- maladies génétiques à expression cutanée,
- maladies chroniques d'une particulière gravité.

Exemples : épidermiolyse bulleuse, maladie de Darier, psoriasis étendu ou grave, dermatite atopique généralisée, dermatite atopique de l'adulte, ichtyose, kératodermie, kératodermie-palmo-plantaire, etc.

Dans ce cadre, les principes actifs suivants sont pris en charge :

- urée,
- chlorure de sodium,
- acide lactique,
- acide salicylique,
- acide benzoïque,
- coaltar, ichtyol,
- dioxyanthranol,
- cérat, cérat de Galien,
- cold cream
- glycérolé d'amidon,
- glycérine,
- vaseline.

A noter :

- Seul le médecin est à même d'apprécier si la préparation qu'il prescrit entre dans ce cadre.
- A titre exceptionnel, tous les excipients - simples ou composés - utilisés dans ces préparations dermatologiques spécifiques sont pris en charge.

3) Cas particuliers susceptibles d'être pris en charge

Dans le cadre des pathologies rénales (ex : corrections des acidoses métaboliques chroniques, utilisation dans le cadre des dialyses), prise en charge du :

- bicarbonate de sodium (comprimés, gélules),
- chlorure de sodium (comprimés, gélules),
- carbonate de calcium (comprimés, gélules).

Pour les maladies rares et les maladies orphelines, prise en charge du bétacarotène (comprimés, gélules) dans le cadre du traitement de la mucoviscidose.

Prise en charge des préparations oncologiques en bain de bouche

(association d'antifongiques, de bicarbonate de sodium et de bain de bouche remboursable).

Annexe 6 (CNAMTS, 2012a)

Liste des ALD 30

Liste des 30 affections de longue durée (ALD 30) qui donnent lieu à exonération du ticket modérateur (article d-322-1 du CSS)

L'article D-322-1 du code de la sécurité sociale précise la liste de ces affections " comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse susceptibles d'ouvrir droit à la suppression de la participation des assurés sociaux aux tarifs servant de base aux calculs des prestations en nature de l'assurance maladie ".

Cette liste est établie après avis du Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale (HCMSS).

En regard de cette liste, le HCMSS élabore des Recommandations à l'intention des médecins traitants et des médecins conseils des services de l'assurance maladie dans le but de donner des indications précises sur les conditions d'exonération. Après aval du Ministre ces Recommandations font l'objet d'une publication par l'UCANSS à l'intention des Professionnels.

Liste des affections de longue durée :

1	Accident vasculaire cérébral invalidant ;
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
4	Bilharziose compliquée ;
5	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves ;
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
7	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine ;
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
9	Forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
10	Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
12	Hypertension artérielle sévère ;
13	Maladie coronaire ;
14	Insuffisance respiratoire chronique grave ;
15	Lèpre ;
16	Maladie de Parkinson ;
17	Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
18	Mucoviscidose ;
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
20	Paraplégie ;
21	Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive ;
22	Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave ;
23	Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale ;
24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
25	Sclérose en plaques ;
26	Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
27	Spondylarthrite ankylosante grave ;
28	Suites de transplantation d'organe ;
29	Tuberculose active ;
30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

Annexe 8 :



Fiche de renseignement Pharmacien à remplir le jour de la sortie au plus tard Evaluation de la conformité des ordonnances de sortie

Révision du 30/04/15

IDENTIFICATION DE L'EVALUATEUR	Date de l'ordonnance: __/__/__
NOM:	Fonction:
Prénom:	Service:

INFORMATIONS GENERALES ET REGLEMENTAIRES DE L'ORDONNANCE

Etablissement ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> Identifiable	<input type="checkbox"/> Non identifiable
Service	<input type="checkbox"/> Identifiable	<input type="checkbox"/> Non identifiable
Date de la prescription renseignée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prescripteur ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Identifiable	<input type="checkbox"/> Non identifiable
Si prescription par un interne, nom d'un senior responsable indiqué:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Présence du N° de téléphone du prescripteur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Signature du prescripteur ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non applicable
Nom du patient	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prénom du patient	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Date de naissance ou âge du patient	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si enfant : poids du patient	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

PRESCRIPTION

Prescription lisible ⁽⁴⁾	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Support de prescription approprié ⁽⁵⁾	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nombre total de lignes prescrites: _____		
Reporter le nombre de lignes pour lesquelles sont indiqués ⁽⁶⁾		
Le dosage : _____		
La posologie : _____		
Le rythme de prise: _____		
La voie d'administration : _____		
Reporter le nombre de lignes pour lesquelles le dosage indiqué existe ⁽⁷⁾ : _____		
Ordonnance compréhensible ⁽⁸⁾ :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Toutes les DCI sont indiquées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La durée totale du traitement est indiquée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si traitement de courte durée, la durée est renseignée ⁽⁹⁾	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nombre d'associations CI ou déconseillées ⁽¹⁰⁾ : _____ (les indiquer sur une copie de l'ordonnance)		
Si ordonnance bizonne, nombre de lignes prescrites dans la zone ALD mais sans rapport avec l'ALD du patient ⁽¹¹⁾ :		
Lignes non justifiées dans la zone ALD : _____		
Lignes présumées sans justification dans la zone ALD : _____		
Prescription d'un médicament à réserve hospitalière ⁽¹²⁾	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prescription d'un médicament réservé à un autre spécialiste ⁽¹³⁾	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autre problème ⁽¹⁴⁾ : _____		
Gravité des problèmes constatés ⁽¹⁵⁾ : _____ ligne(s) critique(s)		
Nombre de lignes sans justification apparente ⁽¹⁶⁾ : _____		

Joindre une **copie de l'ordonnance anonymisée et entourer dessus les médicaments concernés.**

SUITE DONNEE

Le prescripteur a été informé des problèmes relevés sur son ordonnance Oui Non
 Actions menées après information du prescripteur : _____

DIFFERENCES RELEVÉES ENTRE L'ORDONNANCE ANALYSEE ET L'ORDONNANCE DEFINITIVE⁽¹⁷⁾

Joindre une copie de l'ordonnance définitive, inscrire dessus "*copie de l'ordonnance définitive*" et renseigner les modifications réalisées par le prescripteur

Cadre réservé à la saisie des données
N° de fiche : _____

Annexe 9 :



Guide d'utilisation du questionnaire d'évaluation de la conformité des ordonnances de sortie

(1) Etablissement : Cocher la case "identifiable" lorsque sont indiqués ^{Révision du 15/05/15} "CHU de Rouen", l'adresse de l'hôpital et le N° FINESS. En l'absence d'un de ces éléments, cocher la case "Non identifiable"

(2) Prescripteur : Cocher la case "Identifiable" lorsque sont indiqués le nom (sans initiales), la fonction du prescripteur (interne, CCA, Dr, Pr...) et le N° RPPS. En l'absence d'un de ces éléments, cocher la case "Non identifiable"

(3) Signature du prescripteur : Cocher "Non applicable" lorsqu'il n'a pas été possible de vérifier la signature du prescripteur. **Se reporter à: (17) Différences relevées entre l'ordonnance analysée et l'ordonnance définitive.**

(4) Lisibilité de la prescription : Cocher la case "Oui" si l'intégralité de la prescription peut être lue sans difficulté. Si un élément quelconque est illisible ou difficilement lisible, cocher la case "Non"

(5) Support de prescription : Exemple les stupéfiants doivent être prescrits sur une ordonnance sécurisée, les médicaments d'exception doivent être prescrits sur une ordonnance à 4 volets.

(6) La posologie (ex: 3 cp par jour) est à différencier du **rythme de prise** (ex: 1 cp le matin, midi et soir)

(7) Existence du dosage indiqué: Exemple de posologie non existante: prescription de "Keppra 750mg" alors que la spécialité n'existe que en 250mg, 500mg et 1000mg. Le médecin aurait dû prescrire "Keppra 250mg ET Keppra 500mg" en 2 lignes.

(8) Ordonnance compréhensible : Cocher la case "Oui" si la prescription ne présente aucune ambiguïté dans son contenu. Par exemple: "Previscan ¾ cp le soir" peut être mal interprété par le patient: "3 ou 4 comprimés" ou "3 comprimés un jour sur deux et 4 comprimés l'autre jour sur deux". Ici, le prescripteur doit écrire la posologie en toutes lettres.

(9) Traitement courte durée: Par exemple: lors de la prescription d'un antibiotique, il faut que la durée de traitement de cet antibiotique soit renseignée et soit distincte de la durée totale des autres traitements prescrits.

(10) Associations CI ou déconseillées : Nécessité d'avoir un compte (gratuit) sur Theriaque.org. Réaliser une analyse de l'ordonnance à l'aide de l'onglet "Analyse" et reporter le nombre des associations CI et déconseillées.



Guide d'utilisation du questionnaire d'évaluation de la conformité des ordonnances de sortie

- (1) Etablissement :** Cocher la case "identifiable" lorsque sont indiqués ^{Revision du 15/05/15} "CHU de Rouen", l'adresse de l'hôpital et le N° FINESS. En l'absence d'un de ces éléments, cocher la case "Non identifiable"
- (2) Prescripteur :** Cocher la case "Identifiable" lorsque sont indiqués le nom (sans initiales), la fonction du prescripteur (interne, CCA, Dr, Pr...) et le N° RPPS. En l'absence d'un de ces éléments, cocher la case "Non identifiable"
- (3) Signature du prescripteur :** Cocher "Non applicable" lorsqu'il n'a pas été possible de vérifier la signature du prescripteur. **Se reporter à: (17) Différences relevées entre l'ordonnance analysée et l'ordonnance définitive.**
- (4) Lisibilité de la prescription :** Cocher la case "Oui" si l'intégralité de la prescription peut être lue sans difficulté. Si un élément quelconque est illisible ou difficilement lisible, cocher la case "Non"
- (5) Support de prescription :** Exemple les stupéfiants doivent être prescrits sur une ordonnance sécurisée, les médicaments d'exception doivent être prescrits sur une ordonnance à 4 volets.
- (6) La posologie** (*ex: 3 cp par jour*) est à différencier du **rythme de prise** (*ex: 1 cp le matin, midi et soir*)
- (7) Existence du dosage indiqué:** Exemple de posologie non existante: prescription de "Keppra 750mg" alors que la spécialité n'existe que en 250mg, 500mg et 1000mg. Le médecin aurait dû prescrire "Keppra 250mg ET Keppra 500mg" en 2 lignes.
- (8) Ordonnance compréhensible :** Cocher la case "Oui" si la prescription ne présente aucune ambiguïté dans son contenu. Par exemple: "Previscan ¾ cp le soir" peut être mal interprété par le patient: "3 ou 4 comprimés" ou "3 comprimés un jour sur deux et 4 comprimés l'autre jour sur deux". Ici, le prescripteur doit écrire la posologie en toutes lettres.
- (9) Traitement courte durée:** Par exemple: lors de la prescription d'un antibiotique, il faut que la durée de traitement de cet antibiotique soit renseignée et soit distincte de la durée totale des autres traitements prescrits.
- (10) Associations CI ou déconseillées :** Nécessité d'avoir un compte (gratuit) sur Theriaque.org. Réaliser une analyse de l'ordonnance à l'aide de l'onglet "Analyse" et reporter le nombre des associations CI et déconseillées.

Aide à l'interprétation

De manière générale si une ligne n'est pas comptée dans le "nombre totale de lignes prescrites", on n'en tient plus compte pour le reste du questionnaire.

Ne pas tenir compte des DM (pansements, aiguilles, bandes, sparadrap...), des perfusions d'hydratation

On exclue également les lignes produits dont la posologie / le dosage seront déterminés en fonction des bilans biologiques/ INR suivants.

Tous les médicaments, produits de nutrition (Fresubin, Fortimel...), crèmes (type dermoval, coldcream, sédorroïde) doivent être comptabilisés dans l'étude.

→ Dans le cas des produits de nutrition, le dosage, la posologie, et la voie d'administration sont automatiquement validés. Par contre le rythme de prise (matin et soir, à 10h et à 16h, en dehors des repas, au cours des repas) doit être spécifié

Lorsqu'une spécialité à dosage unique est prescrite sans précision du dosage : l'item « dosage » est validé : Insuline (toujours 100ui/ml), Lexomil (6mg), Monuril (3g)

La mention de la voie d'administration est nécessaire pour toutes les lignes « cp, sachet, ampoule buvable, patch, crème, pommade (ou "application" pour la voie cutanée), inhalation (ou le terme "bouffée"), IV, SC, IM... »

La prescription du Forlax® : l'item "dosage" est validé uniquement si l'ordonnance ne provient pas d'un service de pédiatrie. Justification: le Forlax® 4g est spécifique à la pédiatrie et le Forlax® 10g a longtemps existé seul avant.

Le rythme de prise est validé même s'il n'est pas précisé pour certains médicaments à administrer toutes les semaines/tous les mois. Par exemple: Aranesp® 1 injection tous les 15 jours, Uvedose® 1 ampoule tous les 3 mois

Le rythme de prise est validé pour toute prescription conditionnelle. Par exemple: Forlax® 10g : 2 sachets/jour si constipation

Attention à la prescription de « Paracétamol 1 cp x 3/jour ». Il faut compter le "rythme de prise" non valide lorsqu'il y a absence de précision sur l'espacement entre les prises (matin, midi, soir ou toutes les 6/8h) et ce même si c'est une prescription conditionnelle "si douleurs".

Pour la durée totale de traitement, dans le cas d'une ordonnance ALD, on considère qu'elle est indiquée si elle apparaît au moins une fois, que ce soit dans le cadre ALD ou hors ALD.

Liste non exhaustive de spécialités à dosage unique

- Baclofène cp
- Bromazépam (Lexomil) cp
- Céfixime cp
- Cétirizine cp
- Clopidogrel cp
- Codoliprane cp
- Dafalgan codéiné cp
- Desloratadine cp
- Dompéridone cp
- Duoplavin
- Fosfomycine (Monuril)
- Lamaline cp
- Ofloxacine cp
- Paroxétine cp
- Spasfon cp sec
- Ventoline en bouffée
- Vogalène lyc
- Zolpidem cp

Annexe 10 : Deux exemples d'ordonnances et de leur questionnaire (liste non exhaustive)

J de Rouen

Médecine
Secrétariat

Dr

Date de naissance : 48 ml / mn

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

Rouen le, 05/05/2015

1) Lasilix 40mg le matin → CI chez IR agée
 2) Spécialfoline 5mg le matin
 3) Levothyrox 75µg le matin
 4) Eupantol 20mg le soir → non justifié en ALD
 5) Acrius 5mg le soir
 6) Effexor Lp 37.5 mg le matin
 7) Aranesp 50 µg 1 injection SC tous les 15 jours → médicament d'exemption !
 oido à 4 weeks.
 pas de ALD

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

8) Cartool collyre le matin et le soir
 9) Forlax, 2sachets le matin si constipation

QSP 1 mois

T (int)

copie de l'ordonnance définitive

J de Rouen

Médecine
Secrétariat

Dr

Date de naissance :

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

Rouen le, 05/05/2015

1) Lasilix 40mg le matin
 2) Spécialfoline 5mg le matin
 3) Levothyrox 75µg le matin
 4) Eupantol 20mg le soir
 5) Acrius 5mg le soir
 6) Effexor Lp 37.5 mg le matin
 7) Aranesp 50 µg 1 injection SC tous les 15 jours (à continuer)

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

8) Cartool collyre le matin et le soir
 9) Forlax, 2sachets le matin si constipation

QSP 1 mois

TI (int)

copie de l'ordonnance définitive.

Fiche de renseignement Pharmacien à remplir le jour de la sortie au plus tard
 Evaluation de la conformité des ordonnances de sortie

IDENTIFICATION DE L'EVALUATEUR
 NOM: I
 Prénom:
 Date de l'ordonnance: 05/05/2015
 Fonction:
 Service:
 Révision du 30/04/15

INFORMATIONS GENERALES ET REGLEMENTAIRES DE L'ORDONNANCE

Etablissement Identifiable Non identifiable
 Service Identifiable Non identifiable
 Date de la prescription renseignée Identifiable Non identifiable
 Prescripteur Oui Non
 Si prescription par un interne, nom d'un senior responsable indiqué: Oui Non
 Présence du N° de téléphone du prescripteur Oui Non
 Signature du prescripteur Oui Non
 Nom du patient Oui Non applicable
 Prénom du patient Oui Non
 Date de naissance ou âge du patient Oui Non
 Si enfant: poids du patient Oui Non
 Si enfant: poids du patient Oui Non

PRESCRIPTION

Prescription lisible Oui Non
 Support de prescription approprié Oui Non
 Nombre total de lignes prescrites: 9 Oui Non
 Reporter le nombre de lignes pour lesquelles le dosage est indiqué ⁽¹⁾
 Le dosage: 9
 La posologie: 9
 Le rythme de prise: 5
 La voie d'administration: 3
 Reporter le nombre de lignes pour lesquelles le dosage indiqué existe ⁽²⁾: 9
 Ordonnance compréhensible ⁽³⁾: Oui Non
 Toutes les DCI sont indiquées Oui Non
 La durée totale du traitement est indiquée Oui Non
 Si traitement de courte durée, la durée est renseignée ⁽⁴⁾ Oui Non
 Nombre d'associations CI ou déconseillées ⁽⁵⁾: 0 (les indiquer sur une copie de l'ordonnance)
 Si ordonnance bizonne, nombre de lignes prescrites dans la zone ALD mais sans rapport avec l'ALD du patient ⁽⁶⁾:
 Lignes non justifiées dans la zone ALD: 2
 Lignes présumées sans justification dans la zone ALD: 1
 Prescription d'un médicament à réserve hospitalière ⁽⁷⁾ Oui Non
 Prescription d'un médicament réservé à un autre spécialiste ⁽⁸⁾ Oui Non
 Autre problème ⁽⁹⁾:
 Gravité des problèmes constatés ⁽¹⁰⁾: 0 ligne(s) critique(s)
 Nombre de lignes sans justification apparente ⁽¹¹⁾: 1

Joindre une copie de l'ordonnance anonymisée et entourer dessus les médicaments concernés.

SUITE DONNEE

Le prescripteur a été informé des problèmes relevés sur son ordonnance Oui Non
 Actions menées après information du prescripteur: par de nouvelle ordonnance d'Aranesp min « à continuer »

DIFFERENCES RELEVÉES ENTRE L'ORDONNANCE ANALYSEE ET L'ORDONNANCE DEFINITIVE ⁽¹²⁾

Joindre une copie de l'ordonnance définitive, inscrire dessus "copie de l'ordonnance définitive" et renseigner les modifications réalisées par le prescripteur

Cadre réservé à la saisie des données
 N° de fiche: 182

CHU de Rouen

Médecine
Secrétariat

Date de naissance: 57 ans/mn

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

Rouen le, 06/05/2015

N'existe pas → 2x 100 mg

- 1 NEURONTIN 200 mg, 1 cp matin et soir
- 2 SIMVASTATINE 20 mg, 1 cp le soir → pas compliqué → fin de m...
- 3 EUPRESSYL 60 mg, 1 cp le matin et 1 cp le soir
- 4 LASTIX 40 mg, 1 cp le matin à réévaluer dans 48h
- 5 DIFFU K 600 mg, 1 cp le matin

Paire de bas de contention
→ double Kardegic
QSP 1 mois

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

LORAZEPAM 1mg, 1 cp au coucher
PARACETAMOL 1g x3/jour si douleurs → manque ultime de prise

CHU de Rouen

Médecine
Secrétariat

Date de naissance:

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

Rouen le, 06/05/2015

- NEURONTIN 200 mg, 1 cp matin et soir
- SIMVASTATINE 20 mg, 1/2 le soir
- EUPRESSYL 60 mg, 1 cp le matin et 1 cp le soir
- LASTIX 40 mg, 1 cp le matin à réévaluer dans 48h
- DIFFU K 600 mg, 1 cp le matin
- KARDEGIC 75mg x 1 le matin

Paire de bas de contention
QSP 1 mois

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

LORAZEPAM 1mg, 1 cp au coucher
PARACETAMOL 1g x3/jour si douleurs
Paire de bas de contention

ordonnance définitive

Fiche de renseignement Pharmacien à remplir le jour de la sortie au plus tard
Evaluation de la conformité des ordonnances de sortie

Revisión du 30/04/15

IDENTIFICATION DE L'EVALUATEUR
NOM: I
Prénom: Service: G

Date de l'ordonnance: 06/05/15
Fonction: Service: G

INFORMATIONS GENERALES ET REGLEMENTAIRES DE L'ORDONNANCE

Etablissement ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> Identifiable	<input checked="" type="checkbox"/> Non identifiable
Service	<input checked="" type="checkbox"/> Identifiable	<input type="checkbox"/> Non identifiable
Date de la prescription renseignée	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prescripteur ⁽²⁾	<input checked="" type="checkbox"/> Identifiable	<input type="checkbox"/> Non identifiable
Si prescription par un interne, nom d'un senior responsable indiqué:	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Présence du N° de téléphone du prescripteur	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Signature du prescripteur ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nom du patient	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non applicable
Prénom du patient	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Date de naissance ou âge du patient	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si enfant : poids du patient	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

PRESCRIPTION

Prescription lisible⁽⁴⁾ Oui Non

Support de prescription approprié⁽⁵⁾ Oui Non

Nombre total de lignes prescrites: 7

Reporter le nombre de lignes pour lesquelles sont indiqués⁽⁶⁾

Le dosage: 7

La posologie: 7

Le rythme de prise: 6

La voie d'administration: 5

Reporter le nombre de lignes pour lesquelles le dosage indiqué existe⁽⁷⁾: 6

Ordonnance compréhensible⁽⁸⁾: Oui Non

Toutes les DCI sont indiquées Oui Non

La durée totale du traitement est indiquée Oui Non

Si traitement de courte durée, la durée est renseignée⁽⁹⁾ Oui Non

Nombre d'associations CI ou déconseillées⁽¹⁰⁾: 0 (les indiquer sur une copie de l'ordonnance)

Si ordonnance bizonne, nombre de lignes prescrites dans la zone ALD mais sans rapport avec l'ALD du patient⁽¹¹⁾:

Lignes non justifiées dans la zone ALD: /

Lignes présumées sans justification dans la zone ALD: /

Prescription d'un médicament à réserve hospitalière⁽¹²⁾ Oui Non

Prescription d'un médicament réservé à un autre spécialiste⁽¹³⁾ Oui Non

Autre problème⁽¹⁴⁾: table d'1 Ht → Kardegic

Gravité des problèmes constatés⁽¹⁵⁾: 0 ligne(s) critique(s)

Nombre de lignes sans justification apparente⁽¹⁶⁾: 7

Joindre une copie de l'ordonnance anonymisée et entourer dessus les médicaments concernés.

SUITE DONNEE

Le prescripteur a été informé des problèmes relevés sur son ordonnance Oui Non

Actions menées après information du prescripteur: modification → ajout d'un Ht → Kardegic

DIFFERENCES RELEVÉES ENTRE L'ORDONNANCE ANALYSEE ET L'ORDONNANCE DEFINITIVE⁽¹⁷⁾

Joindre une copie de l'ordonnance définitive, inscrire dessus "copie de l'ordonnance définitive" et renseigner les modifications réalisées par le prescripteur

Cadre réservé à la saisie des données
N° de fiche: 189

Annexe 12 :



XVI ème CONGRES SFPC Montpellier 3, 4 et 5 février 2016

Resumé N°: 187

Etat: Brouillon

Titre: Faut-il améliorer la conformité et la pertinence des ordonnances de sortie hospitalières ?

Thématique: Pharmacie clinique : pratiques à l'hôpital et à la ville

Auteur(s): M. Devos* (a), M. Waththuhewa (a), L. Philippe (a), N. Caraes (a), C. Bertoux (a), A. Boyot (a), A. O'Jeanson (a), J. Martinet (b), A. Breteau (c), D. Monzat (c), J. Doucet (a,c)

Institution(s): (a) Médecine Interne Gériatrie Thérapeutique - CHU de Rouen, St Julien- Rouen., (b) Faculté de Médecine et Pharmacie - Rouen, (c) OMEDIT Haute-Normandie - CHU de Rouen - Rouen

Mots clé: Qualité, Médicaments, Thérapeutique, Prescription hospitalière

Description:

Contexte - Objectif

L'OMEDIT régional a été interrogé sur la non conformité des ordonnances de sortie d'hospitalisation sur le plan réglementaire, dans le but de diminuer les accidents médicamenteux. Nous avons donc mené une étude observationnelle prospective afin d'évaluer la conformité et la pertinence des ordonnances de sortie de services cliniques de médecine adulte de notre CHU.

Méthode

Les prescriptions de 13 services ont été analysées de mai à juin 2015. Une fiche d'évaluation était remplie pour chaque ordonnance de sortie rédigée, au plus tard le jour de la sortie du patient. Le questionnaire analysait la prescription sur deux plans distincts. La partie réglementaire évaluait les mentions obligatoires d'après l'article 13 de l'arrêté du 6 avril 2011. La deuxième partie concernait des critères qualitatifs et quantitatifs : lisibilité de la prescription, support adapté aux médicaments prescrits (stupéfiants sur une ordonnance sécurisée), durée totale de traitement, prescription compréhensible par le patient, médicaments prescrits en DCI (décret du 14 novembre 2014), présence d'un médicament à réserve hospitalière ou réservé à un autre spécialiste. Ont été comptés: le nombre de lignes de médicaments prescrits, le dosage, la posologie, le rythme de prise et la voie d'administration; le nombre de lignes non justifiées dans la zone ALD pour les ordonnances bizonales. Les interactions médicamenteuses ont été recherchées à l'aide du site Thériaque.org. La pertinence a été évaluée sur le nombre de lignes prescrites et justifiées: celles pour lesquelles nous retrouvions une indication dans le compte-rendu d'hospitalisation et/ou les antécédents.

Résultats

748 ordonnances ont été enregistrées. Les résultats des items correctement renseignés sont pour le versant réglementaire: nom - prénom du patient: 100% des cas; date de naissance ou âge: 99,7%; nom du service: 100%; nom de l'établissement: 98,9%; nom du senior responsable (lorsqu'un interne avait rédigé la prescription): 97,9%; nom du prescripteur: 94,7%; numéro de téléphone du service: 93,7%. Sur le versant qualitatif: lisibilité: 100%; ordonnance compréhensible: 84,2%; support approprié: 97,6%; durée totale: 91,3%; durée d'un traitement temporaire (antibiotiques): 94,4%; prescription en DCI: 7,9%. 4980 lignes de prescriptions médicamenteuses ont été analysées (en moyenne 6,7 lignes/ordonnance). Dosages corrects: 89,4%; posologie: 85,5 %; rythme de prise: 78,0%; voie d'administration: 61,5%. Les interactions médicamenteuses retenues étaient les contre-indications et les associations déconseillées soit 9,4% des prescriptions. Dans 2 services, 8,7% des lignes prescrites n'étaient pas pertinentes (résultats des autres services non exploitables).

Discussion

Bien qu'ils soient réglementairement demandés, la signature du prescripteur et le poids du patient n'ont pas été évalués. L'ordonnance de sortie était rédigée peu de temps avant la sortie du patient et ne permettait pas une vérification de la signature du médecin qui se réservait le droit de la modifier en fonction des derniers résultats d'examen. L'ALD du patient, souvent peu documentée, ne permettait pas une évaluation précise de la justification ou non des médicaments prescrits dans la zone ALD. La difficulté d'évaluation de la pertinence des prescriptions était liée au fait que le dossier médical n'était pas toujours accessible aux investigateurs.

Conclusion

Il existe encore des possibilités d'amélioration de rédaction des ordonnances de sortie afin de limiter le risque d'erreurs de dispensation et/ou d'administration des médicaments. D'autres études nécessiteraient que la méthodologie de l'analyse de pertinence soit développée, notamment dans le but de répondre au plan national ONDAM sur les Prescriptions Hospitalières Médicamenteuses Exécutés en Ville (PHMEV) qui font actuellement l'objet de contrôles.

PHILIPPE Lucie

Etude de la qualité des ordonnances de sortie d'hospitalisation du CHU de Rouen : améliorer la prise en charge des patients et la continuité de leurs soins en ville

Th. D. Pharm., Rouen, 2016, 108 p.

RESUME

La prise en charge d'un patient se doit d'être globale et continue afin d'optimiser l'efficacité de ses soins et la prise de ses traitements. Cependant, les pharmaciens officinaux constatent souvent une rupture dans cette chaîne de soins. En effet, lors d'une sortie hospitalière, le patient n'est pas toujours informé des recommandations à suivre ou des modifications de ses traitements médicamenteux, ce qui lors de la délivrance de ses ordonnances en officine de ville, entraîne des questionnements et donc des doutes. C'est pour cela qu'en 2013, suite aux nombreuses remarques de pharmaciens officinaux de Normandie, une étude avait été lancée par l'OMÉDIT Haute-Normandie. Probablement par manque de temps, il y avait eu très peu de retours sur le signalement de dysfonctionnements.

Ainsi, l'OMÉDIT a renouvelé son étude sur les ordonnances de sorties hospitalières au CHU de Rouen, de mai à juin 2015 dans 13 services. Elle consistait à analyser les ordonnances des patients avant leur sortie du service afin de renseigner une fiche d'évaluation qui recensait la présence des critères réglementaires et évaluait la qualité de la rédaction de la prescription.

Ce sont principalement des problèmes de qualité de prescription qui ont été observés : absence de dosage, de rythme de prise, de posologie, mais également une difficulté de compréhension de la prescription, l'existence de contre-indications. La majorité des dysfonctionnements constatés pourraient être évités si la communication ville/hôpital s'améliorait notamment grâce à l'usage de messageries électroniques sécurisées entre professionnels de santé, l'utilisation du dossier pharmaceutique à l'hôpital, l'application de la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie d'un hôpital, la distribution de fiches pour la bonne rédaction des prescriptions.

La plupart de ces solutions existent déjà ; leur généralisation et leur application systématique au sein des hôpitaux permettraient de sécuriser le parcours de soins du patient.

MOTS CLES : Ordonnance – Conciliation Médicamenteuse – Qualité de prescription – Parcours de soins – Sortie d'hospitalisation

JURY

Président : Mr VERITE Philippe, Professeur

Membres : Mr DOUCET Jean, PU-PH

Mme CAZOULAT Isabelle, Docteur en Pharmacie

DATE DE SOUTENANCE : 4 Juillet 2016