



HAL
open science

Étude PREDISPAD : évaluation des prescriptions en sortie d'hospitalisation et de la dispensation en ville des articles pour pansement

Léa Thomelin

► **To cite this version:**

Léa Thomelin. Étude PREDISPAD : évaluation des prescriptions en sortie d'hospitalisation et de la dispensation en ville des articles pour pansement. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03831075

HAL Id: dumas-03831075

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03831075v1>

Submitted on 26 Oct 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2022

Thèse n°90

THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par Léa THOMELIN

Née le 07 février 1997 à Cherbourg

Le 20 septembre 2022

**ÉTUDE PREDISPAD : ÉVALUATION DES PRESCRIPTIONS
EN SORTIE D'HOSPITALISATION
ET DE LA DISPENSATION EN VILLE
DES ARTICLES POUR PANSEMENT**

Sous la direction de Madame le Dr. Aurélie FRESSELINAT, Praticien Hospitalier

Membres du jury :

Pr. M. AULOIS-GRIOT	Professeur des Universités	Présidente
Pr. J. CLOUET	Professeur des Universités, Praticien Hospitalier	Jury
Dr B. MERILLOU	Praticien Hospitalier	Jury
Dr M. LARTIGAU	Chef de clinique assistant	Jury
Dr J. OLLIVIER	Assistant spécialiste des hôpitaux	Jury

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Madame le Professeur Marine Aulois-Griot, je suis honorée que vous ayez accepté de présider ma soutenance de thèse, ainsi que de juger ce travail. Soyez assurée de mon profond respect.

A Madame le Docteur Aurélie Fresselinat, pour avoir accepté la direction de cette thèse. Pour ton encadrement et ta bienveillance. Sois assurée de ma profonde reconnaissance. Je tiens à te remercier sincèrement.

A Monsieur le Professeur Johann Clouet, pour avoir accepté de faire partie de mon jury et m'avoir fait l'honneur de juger ce travail. Merci pour la qualité de vos enseignements. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Madame le Docteur Bénédicte Mérillou, pour avoir accepté de faire partie de mon jury. Pour ta gentillesse et ta sympathie durant mes six mois passés à la PDMS. Je tiens à te remercier sincèrement.

A Madame le Docteur Marion Lartigau, pour avoir accepté de faire partie de ce jury. Soyez assurée de mes remerciements sincères.

A Monsieur le Docteur Julien Ollivier, pour avoir accepté de faire partie de mon jury. Je te remercie pour tout ton investissement dans ce travail, pour tes nombreuses relectures et tes conseils avisés, même durant tes congés. Merci pour tes enseignements à la PDMS, des DM radiovasculaires à la chaîne alimentaire. Tu as toute ma reconnaissance.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	3
LISTE DES TABLEAUX.....	8
LISTE DES FIGURES.....	9
LISTE DES ABREVIATIONS.....	10
INTRODUCTION.....	12
CHAPITRE I. LES PANSEMENTS : DE LA MISE SUR LE MARCHÉ AU BON USAGE.....	14
1 Plaie et cicatrisation.....	15
1.1 Définition.....	15
1.2 Les différents types de plaies.....	15
1.3 La cicatrisation.....	16
1.4 Choix du pansement selon la plaie.....	17
2 Les pansements.....	18
2.1 Définition.....	18
2.2 Développement des pansements modernes.....	18
2.3 Classification des pansements primaires et utilisations recommandées.....	19
2.4 Bon usage des pansements.....	20
2.4.1 Guides et outils d'aide pour la prescription de pansements.....	20
2.4.2 Recommandations de prise en charge des plaies chroniques.....	21
2.4.3 Documents développés par les OMEDIT.....	22
2.4.4 Dans les établissements de santé : le rôle des équipes plaies et cicatrisation.....	22
2.5 Mise sur le marché des pansements.....	23
2.6 Remboursement des pansements.....	25
2.6.1 La CNEDIMTS.....	26
2.6.2 Le CEPS.....	27
3 De la prescription hospitalière à la dispensation en ville.....	27
3.1 Définition du parcours de soin.....	27
3.2 Cadre réglementaire.....	29
3.2.1 La prescription de DM.....	29
3.2.2 La dispensation pharmaceutique.....	29
3.2.3 Les soins infirmiers.....	30
3.3 Retours d'expériences et limites de ce parcours patient.....	31

3.4	Lien ville-hôpital	32
4	Évaluation des dépenses de l'assurance maladie	34
4.1	Rapport d'activité 2020 du CEPS.....	34
4.2	Base de données assurance maladie	34
4.3	Évolution des dépenses PHEV	36
4.4	Bon usage et maîtrise des dépenses : Indicateur CAQES et PHEV.....	37
4.5	Mise en place d'un indicateur CAQES sur les PHEV de pansement (51).....	38
5	Enjeux écologiques et développement durable	40
	CHAPITRE II : ETUDE PREDISPAD	43
1	INTRODUCTION	44
2	MATERIELS ET METHODES	45
2.1	Présentation générale de l'étude	45
2.1.1	Collaboration avec la Direction Régionale du Service Médical.....	45
2.1.2	Schéma de l'étude	46
2.2	Analyse de la prescription	46
2.2.1	Données concernant les plaies	46
2.2.2	Analyse pharmaceutique.....	47
2.2.2.1	Les pansements.....	49
2.2.2.1.1	Critères spécifiques	49
2.2.2.1.2	Quantités prescrites et durées de prescription.....	49
2.2.2.1.3	Caractère renouvelable	49
2.2.2.2	Les sets à pansements	50
2.2.2.2.1	Critères spécifiques	50
2.2.2.2.2	Caractère renouvelable	50
2.2.2.3	Les compresses	50
2.2.3	Influence du support de prescription	50
2.3	Analyse de la dispensation	51
2.3.1	Nombre de lignes et critères étudiés	51
2.3.2	Analyse pharmaceutique.....	51
2.4	Analyse médico-économique	53
2.4.1	Analyse des surcoûts évitables.....	53
2.4.2	Impact du support de prescription	55
2.5	Analyse statistique.....	55
3	RESULTATS	56

3.1	Description générale des ordonnances.....	56
3.2	Analyse de la prescription	57
3.2.1	Données concernant les plaies.....	57
3.2.2	Analyse pharmaceutique.....	57
3.2.2.1	Les pansements.....	58
3.2.2.1.1	Critères spécifiques	58
3.2.2.1.2	: Quantités prescrites et durées de prescription.....	59
3.2.2.1.3	Caractère renouvelable.....	60
3.2.2.2	Les sets à pansements	60
3.2.2.3	Les compresses	60
3.3	Influence du support de prescription	60
3.4	Analyse pharmaceutique de la dispensation	61
3.4.1	Nombre de lignes et critères étudiés	61
3.4.2	Analyse pharmaceutique.....	62
3.5	Analyse médico-économique	64
3.5.1	Analyse des surcoûts évitables.....	64
3.5.2	Impact du support de prescription.....	66
4	DISCUSSION.....	67
4.1	Une analyse des pratiques en vie réelle à partir des bases de données.....	67
4.2	Analyse de la prescription	67
4.2.1	Fréquence de la réfection des pansements.....	69
4.2.2	Prescriptions non univoques	69
4.2.3	Quantités à dispenser.....	70
4.2.4	Durée de traitement.....	70
4.2.5	Absence de la taille à dispenser	70
4.2.6	Redondance.....	70
4.2.7	Co-prescription de pansements primaires	71
4.3	Analyse de la dispensation	71
4.3.1	Erreurs de substitution	71
4.3.2	Erreurs de dispensation.....	72
4.4	Impact du conditionnement.....	72
4.5	Analyse médico-économique	73
4.6	Impact du support de prescription	74
4.7	Importance du lien ville/hôpital.....	75
4.7.1	La conciliation pharmaceutique	75
4.7.2	La prescription IDE.....	76

4.7.3	La formation des professionnels de santé.....	76
4.8	Limite de l'étude	77
4.9	Communication autour de l'étude.....	78
	CONCLUSION	79
	BIBLIOGRAPHIE.....	80
	<i>Annexe I. Classification des pansements, propriétés principales et indications médicales de prises en charge.....</i>	<i>88</i>
	<i>Annexe II. Composition et tarif des sets à pansements commercialisés en ville.....</i>	<i>92</i>
	<i>Annexe III. Modèle de prescription de pansement proposé par l'OMEDIT Centre</i>	<i>93</i>
	<i>Annexe IV. Arborescence LPPR des articles pour pansements</i>	<i>94</i>
	<i>Annexe V. Modèle de prescription de soins infirmiers proposé par l'assurance maladie</i>	<i>95</i>
	<i>Annexe VI. Répartition des 523 interventions pharmaceutiques mises en évidence lors de l'analyse de la prescription</i>	<i>96</i>
	<i>Annexe VII. Répartition des classes des 202 pansements prescrits.....</i>	<i>97</i>
	<i>Annexe VIII : Cas cliniques présentés aux étudiants officinaux.....</i>	<i>98</i>
	<i>Annexe IX. Communication affichée aux 32èmes journées nationales de formation sur les DM de l'association EURO-PHARMAT.</i>	<i>100</i>
	<i>Annexe X : « Écologie et pansements ou comment «Re-pAnser » le soin des plaies Optimiser la prescription des pansements et dispositifs associés. ». Extrait du guide des unités durables du CHU de Bordeaux</i>	<i>101</i>

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Classe de risque des DM non invasifs entrant en contact avec de la peau ou de la muqueuse lésée	23
Tableau 2. Analyse de la prescription : items pouvant relever d'une intervention pharmaceutique (IP)	48
Tableau 3. Nature et définition des erreurs de dispensation mises en évidence lors de l'analyse.....	52
Tableau 4. Grille d'analyse des surcoûts évitables	54
Tableau 5. Répartition des 345 lignes prescrites	57
Tableau 6. Nature des 523 IP mises en évidence lors de l'analyse de la prescription	58
Tableau 7. Fréquence de réfection des pansements prescrite dans l'étude	59
Tableau 8. Résultats de l'analyse statistique	61
Tableau 9. Analyse pharmaceutique : répartition des 158 erreurs de dispensation selon les critères étudiés et les DM concernés	63
Tableau 10. Fréquence et montant associés à chaque cause de surcoût évitable...	65
Tableau 11. Répartition des surcoûts évitables liés à la prescription (en euros) selon le support de rédaction	66

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Indications et utilisations recommandées des pansements en fonction de la phase de cicatrisation selon la HAS	20
Figure 2. Modes de prise en charge des DM selon leur utilisation en ville ou en établissement de santé d'après la HAS.....	25
Figure 3. Schéma du parcours de soins du patient en sortie d'hospitalisation (18) ..	28
Figure 4. Montant remboursé sur la LPPR par l'assurance maladie obligatoire en 2020 par titre selon le rapport d'activité du CEPS.....	34
Figure 5. Montant remboursé (M€) par l'assurance maladie concernant les DM de pansement.....	35
Figure 6. Montant remboursé (en M€) par l'assurance maladie en 2021 par classe de pansement primaire.....	35
Figure 7. Calcul de l'indicateur CAQES relatif aux dépenses de PHEV pansement d'un CHU : évolution de 2020 à 2021 (Données : CPAM).	39
Figure 8. Répartition des ordonnances par service prescripteur.....	56
Figure 9. Proportion des surcoûts évitables parmi le coût total.....	64

LISTE DES ABREVIATIONS

ADEME : Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie

ALD : Affection Longue Durée

AM : Assurance Maladie

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé

AP : Analyse Pharmaceutique

ARS : Agence Régionale de Santé

ASA : Amélioration du Service Attendu

CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins

CEPS : Comité Économique des Produits de Santé

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CMC : Carboxyméthylcellulose

CNEDIMTS : Commission Nationale d'Évaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé

CSP : Code de la Santé Publique

CSS : Code de la Sécurité Sociale

DM : Dispositif Médical

DRSM : Direction Régionale du Service Médical

EC : Évaluation Clinique

ES : Établissement de Santé

ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

EUDAMED : European Database on Medical Devices

FINESS : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux

GHS : Groupe Homogène de Séjour

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IDEL : Infirmier Diplômé d'État Libéral

IP : Intervention Pharmaceutique

IUD : Identification Unique des Dispositifs Médicaux

LPP : Liste des Produits et Prestations

LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursables

M€ : Million d'euros

Md€ : Milliard d'euros

NC : Non-conformité

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

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

ON : Organisme Notifié

ONDAM : Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie

PHEV : Prescription Hospitalière Exécutée en Ville

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

SA : Service Attendu

SCOR : SCannérisation des Ordonnances

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SFFPC : Société Française et Francophone de Plaies et Cicatrisation

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

T2A : Tarification à l'Activité

TR : Tarif de Responsabilité

UE : Union Européenne

INTRODUCTION

La prise en charge des plaies aiguës ou chroniques constitue un enjeu majeur de santé publique qui nécessite la coordination de nombreux professionnels de santé. Pour le patient, les plaies peuvent avoir un retentissement sanitaire et social important. D'un point de vue économique, la dispensation des pansements en ville représente 10 % des dépenses de dispositifs médicaux (DM) dont une part non négligeable des prescriptions est d'origine hospitalière (25 %) (1).

Des plaies sont retrouvées régulièrement chez des patients hospitalisés quel que soit leur motif d'admission. Leur prise en charge nécessite souvent une collaboration entre la ville et l'hôpital. Elle se traduit par la rédaction de prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) en sortie d'hospitalisation, de consultation ou d'urgences. A ce titre, les pansements représentent le 5^{ème} poste de dépense des PHEV liées aux dispositifs médicaux (2) .

Les PHEV sont des prescriptions établies par un professionnel exerçant en établissement de santé (ES) mais réalisées ou dispensées en ville et donc comptabilisées dans l'enveloppe des soins de ville de l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM).

La régulation de l'évolution des dépenses liées aux PHEV a été rendue obligatoire à l'ensemble des ES en janvier 2018 dans le cadre de la mise en place du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de L'Efficiéce des Soins (CAQES) faisant des PHEV, une priorité nationale. Depuis, la nouvelle version du CAQES renforce la maîtrise des dépenses PHEV appliquées aux pansements en introduisant un indicateur national sur la prescription de pansements émanant des ES.

En tant que responsable des produits de santé, le pharmacien hospitalier contribue à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficiéce du recours aux DM. L'amélioration de la qualité des PHEV de pansements passe par la collaboration avec les prescripteurs hospitaliers afin de veiller à la bonne qualité des ordonnances et à la juste prescription de ces DM tout en maîtrisant les dépenses liées à ces prescriptions.

A cet enjeu économique s'ajoute un enjeu écologique. Le bon usage des pansements doit permettre de réduire au mieux leur consommation, leur gaspillage, et les déchets associés. En effet, la majorité des pansements est composée de plastiques non

biodégradables. Ils peuvent alors prendre jusqu'à 1000 ans pour se décomposer en particules de petite taille. Celles-ci peuvent se retrouver directement dans l'environnement et représenter un danger pour notre écosystème. Le marché des pansements et articles pour pansements offre une très large variété de références et de gammes disponibles : « il existe aujourd'hui plus de pansements que de types de plaies » (3). Au sein de ces catégories, les fabricants revendiquent des spécificités. Il est généralement complexe d'établir la supériorité d'un dispositif du fait de la rareté des études à haut niveau de preuve et le grand nombre de pansements à comparer.

En 2021, le remboursement de ces DM par l'ensemble des régimes d'assurance maladie (AM) concernait 1500 codes de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) différents. La prescription, la dispensation et l'utilisation de ces DM peuvent représenter des difficultés pour le personnel médical et paramédical. Elles nécessitent d'être encadrées par des outils et des recommandations qui permettront un usage plus efficient de ces produits et une prescription de meilleure qualité.

L'objectif principal de ce travail est de mener une étude en vie réelle sur la prescription des pansements au sein d'un centre hospitalier universitaire (CHU) et la dispensation associée en officine de ville afin de mieux décrire les erreurs rencontrées et évaluer le surcoût évitable associé pour les organismes payeurs.

La première partie s'intéresse à la définition des plaies et leur prise en charge adaptée selon les classes de pansements commercialisées et les recommandations de bon usage. La description de ces DM et l'analyse du parcours patient porteur d'une plaie permettent d'identifier le rôle de chaque acteur impliqué dans le circuit du pansement. L'analyse du remboursement des DM par l'AM classe les pansements comme l'une des plus importantes catégories en termes de dépenses.

La deuxième partie présente les résultats de l'étude sur la **PRE**scription et la **DIS**pensation de **PA**nsements (l'étude PRE-DIS-PAD). Une analyse pharmaceutique des prescriptions associée à une analyse de leurs dispensations en officine constituent la base de l'étude. A partir de ces données, les surcoûts évitables pour l'AM engendrés par des pansements non utilisés étaient quantifiés.

CHAPITRE I. LES PANSEMENTS : DE LA MISE SUR LE MARCHÉ AU BON USAGE

1 Plaie et cicatrisation

1.1 Définition

Selon la conférence de consensus de la société française de médecine d'urgence du 2 décembre 2005, une plaie se définit comme une effraction de la barrière cutanée par un agent vulnérant, survenant par coupure, écrasement ou abrasion (4). Le dictionnaire de l'académie de médecine ajoute à cette notion les risques de souillure ou d'infection associée (5).

1.2 Les différents types de plaies

La prise en charge d'une plaie a pour objectif de favoriser sa cicatrisation. Elle dépend du mécanisme de la blessure, de sa localisation et du terrain du patient (4). Cependant, quel que soit le type de plaie, son traitement est d'abord celui de son étiologie (6).

D'après la haute autorité de santé (HAS), une plaie a un caractère chronique lorsque son délai de cicatrisation est allongé et dépasse 4 à 6 semaines selon l'étiologie. Sans prise en charge de la cause sous-jacente, la plaie chronique ne cicatrisera pas. Les principales causes de plaies chroniques sont les suivantes (6):

- ulcères de jambe : veineux, artériel ou mixtes ;
- escarres ;
- plaies du patient diabétique ;
- plaies du moignon d'amputation ;
- plaies cancéreuses.

A l'inverse, en cas d'absence de facteur pouvant retarder la cicatrisation, une plaie est définie comme aiguë. Ce sont des plaies d'apparition soudaine et de courte durée. Les causes responsables de ces plaies peuvent être (3):

- plaies à cicatrisation dirigée post chirurgicale ;
- brûlures ;
- gelures ;
- coupures ;
- morsures ;
- greffes cutanées ;
- dermabrasions profondes.

En cas de lésion limitée à l'épiderme ou au derme superficiel et de perte de tissu peu étendue, il s'agit d'une plaie superficielle. Dans le cas contraire, il s'agit d'une plaie profonde.

1.3 La cicatrisation

La cicatrisation a pour objectif de rétablir la continuité entre les berges de la plaie et de restaurer la fonction tissulaire à savoir :

- prévention des pertes en eau ;
- protection contre les agressions physiques, les produits chimiques, les germes et contre les UV ;
- sensibilité au toucher, au froid, à la chaleur, à la douleur et à la pression ;
- régulation de la température corporelle ;
- synthèse de la vitamine D.

Le processus physiologique de cicatrisation comprend trois étapes (7):

- la phase de détersion : élimination des tissus nécrosés et fibrineux de la plaie ;
- la phase de bourgeonnement : création d'un tissu conjonctif et comblement de la plaie ;
- la phase d'épidermisation : recouvrement de la plaie par l'épiderme.

Deux modes de cicatrisation sont distingués (6) :

- La cicatrisation de première intention adaptée aux plaies propres, linéaires et sans perte de substance tissulaire. Les berges de la plaie sont bien rapprochées, la cicatrisation peut être facilitée par une suture : utilisation de fil de suture, d'agrafes ou de colle cutanée.
- La cicatrisation de deuxième intention est utilisée lors que la plaie, qu'elle soit aiguë ou chronique, possède une perte de substance importante ne permettant pas de rapprocher anatomiquement les deux berges de la plaie. Ce mode de cicatrisation est plus lent et nécessite la création d'un nouveau tissu.

1.4 Choix du pansement selon la plaie

Le choix du pansement primaire s'effectuera en fonction du stade de la plaie, de son caractère exsudatif et de l'état de la peau périlésionnelle (8).

L'exsudat doit être présent sans excès ni manque. Il prévient la dessiccation de la plaie, favorise la migration des cellules réparatrices des tissus et contribue à l'élimination du tissu nécrotique. La peau périlésionnelle ne doit pas macérer et ne doit pas sécher. Elle joue un rôle essentiel pendant la phase d'épidermisation en apportant les cellules indispensables au recouvrement de la plaie.

A l'exception des pansements au charbon, les différents pansements primaires ne sont pas destinés à être associés entre eux sur une même plaie (9). Seul le pansement au contact direct avec la plaie interagit avec elle.

Le choix d'un pansement primaire n'est pas définitif et doit s'adapter à l'évolution de la plaie (9). Ce choix doit être remis en question si la plaie n'évolue pas comme prévu. Le même type de pansement doit être laissé à minima une à deux semaines sur la plaie avant d'en constater l'efficacité (8) .

D'après l'AM, il n'est pas recommandé d'effectuer quotidiennement la réfection d'un pansement d'une plaie chronique (10), sauf en cas :

- d'excision importante de tissus nécrotiques par détersion mécanique ;
- de plaie très exsudative, d'infection ou de suspicion d'infection, d'odeur et de souillure.

Le choix des pansements peut s'effectuer de manière séquentielle en adaptant à chaque phase de cicatrisation de la plaie une classe de pansement. A l'inverse, il s'agit d'un traitement non séquentiel.

Dans le cas du traitement séquentiel d'une plaie chronique, l'AM recommande une fréquence de réfection variable selon le stade de la plaie :

- Phase de détersion : tous les deux à trois jours jusqu'à la phase de bourgeonnement.
- Phase de bourgeonnement : tous les deux à sept jours jusqu'à la phase d'épidermisation.
- Phase d'épidermisation : tous les deux à cinq jours jusqu'à la cicatrisation.

En cas d'un traitement sans distinction des phases de cicatrisation, il est recommandé de renouveler le pansement tous les deux à cinq jours jusqu'à la cicatrisation de la plaie.

Concernant les plaies post-opératoires, il n'existe pas de consensus clinique sur la fréquence de réfection des pansements. Le temps de pose d'un pansement varie selon le type de chirurgie, du risque infectieux, du patient et des protocoles. Certaines situations nécessitent un changement de pansement : si le sang ou les exsudats s'écoulent hors du pansement, lorsque le pansement absorbant est saturé ou devant tout signe d'infection (11).

Il n'est pas retrouvé de recommandations sur la fréquence de changement de pansement pour les autres étiologies de plaies aiguës.

2 Les pansements

2.1 Définition

Un pansement est un DM destiné à la protection et aux soins d'une plaie. Il est constitué d'un ensemble d'éléments (compresses, coton, bande, gaze, etc.) appliqués et fixés sur la plaie par un bandage ou un adhésif de façon à la protéger des agents infectieux et à la soigner. Il est parfois imprégné de substances actives pouvant notamment favoriser la cicatrisation (12).

Deux types de pansements sont distingués. Les pansements primaires directement au contact des plaies et les pansements secondaires appliqués sur les pansements primaires dans l'objectif de les fixer, les maintenir, d'absorber les exsudats ou encore les odeurs pour les pansements au charbon (13).

2.2 Développement des pansements modernes

L'importance de la cicatrisation en milieu humide a été introduite par les travaux du Dr George D. Winter en 1962. Ce chercheur a démontré chez le porc qu'une plaie sous pansement occlusif cicatrisait plus vite qu'une plaie laissée à l'air libre ou qu'une plaie asséchée (14).

Cette découverte a permis l'entrée dans l'ère des « pansements modernes » aux propriétés variables dont les pansements hydrocolloïdes constituent les premiers représentants. Ils s'opposent aux pansements traditionnels dits « pansements secs » composés d'une fine compresse maintenue sur la plaie par un adhésif (12).

L'acte de panser une plaie permet de maintenir ce milieu humide favorable. Le pansement moderne permet de contrôler l'humidité à la surface de la plaie en absorbant les sécrétions des plaies exsudatives, de limiter l'assèchement de la plaie au contact de l'air ou encore d'humidifier les plaies sèches (8).

Depuis les travaux du Dr Winter, de nombreuses classes de pansements sont apparues, avec des pansements de plus en plus actifs (12). Le soignant dispose aujourd'hui d'un panel de pansements permettant de couvrir un large éventail de situations et de plaies. Les prescripteurs doivent en connaître les propriétés, les indications et les modes d'emploi pour en faire bon usage (8).

2.3 Classification des pansements primaires et utilisations recommandées

Les indications et utilisations recommandées des différentes classes de pansements ont été émises par la HAS en 2010 par publication d'une fiche de bon usage (Figure 1). Ces données proviennent d'une évaluation des pansements inscrits sur la LPPR par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDIMTS) (6,9). Les pansements bénéficient cependant de faibles niveaux de preuves empêchant parfois la recommandation d'une catégorie de pansements dans certaines indications.

Phase de cicatrisation	Type de plaie	Pansements recommandés
Toutes phases (traitement non séquentiel)	Chronique	Hydrocolloïdes
	Aiguë	Hydrocellulaires ³ Fibres de CMC (hydrofibres) ³
Détersion (traitement séquentiel)	Chronique	Alginates ³ - Hydrogels
	Aiguë	– ⁴
Bourgeonnement (traitement séquentiel)	Chronique	Interfaces ⁵ - Hydrocellulaires ³ - Vaselinés ⁶
	Aiguë	Vaselinés ⁶
Épidermisation (traitement séquentiel)	Chronique	Interfaces ⁵ - Hydrocolloïdes
	Aiguë	Interfaces ⁵

Situations cliniques spécifiques	Pansements recommandés
Peau fragile (maladies bulleuses)	Interfaces ⁵
Prévention de l'infection (quelle que soit l'étiologie)	– ⁴
Plaie infectée (quelle que soit l'étiologie)	– ⁴
Plaie hémorragique (dont la prise de greffe)	Algostéril® (alginate)
Epistaxis et autres saignements cutanés et muqueux chez les patients ayant un trouble de l'hémostase	Coalgan®
Plaie malodorante (notamment cancers ORL, de la peau ou du sein)	Au charbon activé

2. Figurant dans l'arrêté du 16 juillet 2010 et, selon les cas, dans les avis de la Commission.
3. Plaies très exsudatives.
4. Aucun élément ne permet de recommander dans ce cas un type particulier de pansement.
5. Mepitel®, Urgotul®, Altree®, Physiotulle® et Hydrotul® (arrêté du 16 juillet 2010).
6. Les pansements vaselinés sont largement utilisés et figurent sur la LPPR malgré l'absence de données de haut niveau de preuve démontrant leur efficacité.

Figure 1. Indications et utilisations recommandées des pansements en fonction de la phase de cicatrisation selon la HAS

Le tableau présenté en Annexe I rassemble une classification des pansements primaires ainsi que leur composition, leurs propriétés principales et leurs indications médicales de prise en charge par la LPPR par classe de pansements (10,15,16).

2.4 Bon usage des pansements

2.4.1 Guides et outils d'aide pour la prescription de pansements

La fiche « Indications et Utilisations recommandées des différentes classes de pansement de la HAS » (6) présenté précédemment fait partie des guides de bon usage pour la prescription de pansement, malgré son année de publication relativement ancienne (2010).

La réévaluation des descriptions génériques des articles pour pansements effectuée par la CNEDIMTS en 2007 a permis de préciser les indications des pansements primaires et secondaires figurant sur cette fiche. Elle détaille les pansements primaires recommandés en tenant compte du type de phase de cicatrisation de la plaie, du type de plaie (aigüe/chronique) et situations cliniques spécifiques et propose un arbre décisionnel de choix du pansement.

Des fiches de bon usage pour chaque classe de pansement ont également été émises par EURO-PHARMAT – Société Pharmaceutique Française des Dispositifs médicaux (17).

En 2020, EURO-PHARMAT a collaboré avec ACL santé, une association interprofessionnelle regroupant l'ensemble des partenaires de la distribution des produits de santé (hors médicaments) dans le circuit pharmaceutique, afin de mettre à disposition des professionnels de santé une première recommandation concernant les PHEV et leur bonne dispensation en officine. Le premier document paru aborde la prescription de pansements (18).

2.4.2 Recommandations de prise en charge des plaies chroniques

En 2015, l'AM a collaboré avec la Société française et francophone des plaies et cicatrisation (SFFPC) afin d'émettre un outil d'aide à la pratique sur la prise en charge des plaies chroniques. Ce document est destiné aux professionnels de santé intervenant dans le suivi en ville des patients présentant des plaies chroniques en sortie d'hospitalisation (escarres, ulcères veineux ou mixtes à prédominance veineuse et plaies du pied diabétique) (19). Ces recommandations sont disponibles sur smartphone et tablette grâce à l'application « e-mémo plaies chroniques ».

Un document mémo d'aide à la prescription du pansement primaire pour plaie chronique a été proposé en 2016 par l'AM (10). Il présente les principes généraux de prise en charge des plaies chroniques et rappelle les règles de prescription des pansements et leur fréquence de renouvellement selon la stratégie de prise en charge : traitement séquentiel ou non.

2.4.3 Documents développés par les OMEDIT

Plusieurs Observatoire du MEdicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) proposent des guides d'utilisation des pansements. Parmi eux, un guide d'aide à la prescription de pansements a notamment été proposé en 2014 par l'OMEDIT Normandie. L'objectif de ce document est d'aider à la prescription des pansements primaires ou actifs pour une prise en charge optimale des patients, tout en limitant des dépenses inappropriées (16).

L'OMEDIT Centre propose plusieurs documents de formation dans leur rubrique « soins pansements » : e-learning, modèles de prescription, flyers et fiches de bonnes pratiques. Le document « Aide à la prescription de sortie des pansements et des soins des plaies traitées en ville » (2016) propose un tableau décrivant la composition détaillée et le tarif des sets à pansements commercialisés en ville (Annexe II)(20). Le modèle de prescription est présenté en Annexe III.

2.4.4 Dans les établissements de santé : le rôle des équipes plaies et cicatrisation

Au sein des ES, les équipes mobiles « plaies et cicatrisation » jouent un rôle essentiel dans la prise en charge et la prévention des plaies complexes des patients hospitalisés.

Au CHU de Bordeaux, l'équipe mobile « plaies et cicatrisation » a trois missions essentielles (21):

- le soutien et le conseil dans la prise en charge des plaies, notamment les escarres (22) ;
- la participation aux enseignements universitaires dans le cursus des études paramédicales ;
- la recherche clinique en lien avec la structure de recherche en soins du CHU.

L'équipe est composée de trois infirmières expertes, d'une cadre de santé et d'un médecin coordinateur en lien avec des médecins pilotes.

2.5 Mise sur le marché des pansements

La révision de la réglementation européenne relative aux DM achevée en 2017 a abouti à la publication du nouveau règlement spécifique. Il s'agit du règlement Union Européenne (UE) 2017/745 dont l'application a pris effet le 26 mai 2021 (23).

La mise sur le marché européen d'un DM est conditionnée par l'apposition du marquage de conformité CE. Le DM doit être conforme aux exigences européennes de sécurité et de performance qui lui sont applicables. Ces exigences dépendent notamment de la destination du DM et de sa classe de risque. Elles ont été renforcées par la réglementation des DM désormais en vigueur (24).

D'après l'annexe VIII du règlement (UE) 2017/745, les pansements sont des DM non invasifs. La classe de risque associée aux DM non invasifs entrant en contact avec de la peau ou de la muqueuse lésée est variable (tableau 1).

L'évaluation de cette conformité est confiée à un organisme notifié (ON) choisi par le fabricant à condition que le DM à évaluer entre dans le champ de compétences de l'ON. Le marquage CE peut être apposé par le fabricant seulement lorsque cette conformité est démontrée et qu'il a établi la déclaration de conformité UE (25).

Tableau 1. Classe de risque des DM non invasifs entrant en contact avec de la peau ou de la muqueuse lésée

Classe de risque	DM entrant en contact avec de la peau ou des muqueuses lésées
Classe I (faible niveau de risque)	DM « destinés à être utilisés comme barrière mécanique, pour la compression ou pour l'absorption des exsudats »
Classe IIb (potentiel élevé de risque)	DM « destinés à être utilisés principalement pour des plaies comportant une destruction du derme ou de la muqueuse et ne pouvant se cicatriser que par deuxième intention »
Classe IIa (degré moyen de risque)	DM « destinés principalement à agir sur le micro-environnement de la peau ou muqueuse lésée »
	Et tous les autres cas non cités ci-dessus

En France, l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) est l'autorité compétente pour la sécurité des DM. Elle est en charge de désigner conjointement avec une équipe européenne d'évaluation les ON sur le territoire français et de les contrôler. Elle est en charge de la surveillance du marché.

La nouvelle réglementation européenne vient renforcer l'identification, la traçabilité des DM ainsi que la transparence autour de leur fabrication grâce à la création d'un identifiant unique IUD (système d'identification unique des DM) (26). Le règlement prévoit aussi la base de données européenne European Database on Medical Devices (EUDAMED) (24,27).

Par ailleurs, ce nouveau règlement renforce les exigences de l'évaluation clinique (EC) tout au long de la vie du DM. En amont de la mise sur le marché, les données cliniques disponibles dans la littérature doivent être collectées et le cas échéant les essais cliniques nécessaires menés. L'EC peut reposer sur les données cliniques d'un DM si l'équivalence avec celui-ci a été démontrée. Cette notion d'équivalence compare les caractéristiques techniques, biologiques et cliniques des DM étudiés.

Après la mise sur le marché, le règlement impose au fabricant un plan de surveillance après commercialisation.

2.6 Remboursement des pansements

Si l'obtention du marquage CE est nécessaire pour la commercialisation d'un pansement, elle ne permet pas sa prise en charge par l'AM. Différents modes de prise en charge existent pour les pansements selon leur modalité d'utilisation (25) (Figure 2).

Pour un usage en ville, les pansements utilisés par les patients sont pris en charge grâce à leur inscription sur la LPPR dont l'arborescence est présentée en Annexe IV. En ville les DM peuvent également être pris en charge au travers d'un acte CCAM lorsque ceux-ci sont utilisés pour ou pendant l'acte d'un professionnel de santé.

Pour un usage en ES, l'utilisation d'un pansement est financée dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) où le coût du pansement utilisé est intégré dans les prestations d'hospitalisation via les groupes homogènes de séjour (GHS). Le tarif du pansement est libre et directement négocié avec chaque acheteur ou groupement d'achat hospitalier.

Certains DM coûteux sont financés en sus du GHS. Ils doivent être inscrits sur le titre III ou V de la LPPR et sont pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation. Aucun pansement n'est inscrit sur cette liste.

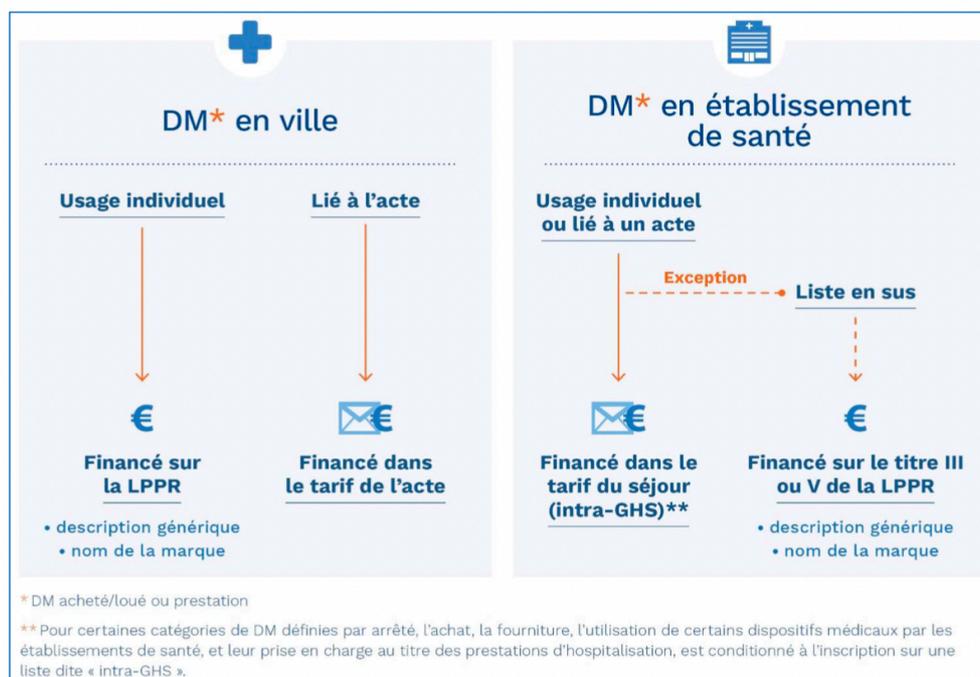


Figure 2. Modes de prise en charge des DM selon leur utilisation en ville ou en établissement de santé d'après la HAS

Deux modes d'inscription sur la LPPR existent : soit par la description générique, soit par nom de marque ou nom commercial (28). L'inscription sous nom générique est attribuée aux DM appartenant à un groupe homogène de DM déjà inscrit sur la liste LPPR (29). Le tarif de remboursement associé sera identique aux DM du groupe déjà inscrit, il s'agit d'un tarif fixé. L'inscription sous nom de marque permet d'obtenir un tarif de remboursement supérieur. Cette procédure est mise en œuvre pour des DM au caractère innovant ou nécessitant la mise en œuvre d'un suivi particulier.

Depuis le 31/12/2012, tout pansement incorporant un composant ou une substance ajoutée possédant une propriété de type pharmacologique ou biologique doit être inscrit sous nom de marque. Les pansements ne rentrant pas dans cette catégorie doivent être inscrits sous nom générique (30,31).

D'une manière générale, sont inscrits sous nom de marque :

- les pansements hydrocolloïdes et hydrocellulaires de forme anatomique ;
- certains pansements dits actifs : gammes Urgostart®, Urgoclean® ;
- certains pansements alginates : Algostérial®, Coalgan® ;
- les pansements au charbon actif, à l'acide hyaluronique seul et les pansements interfaces.

L'arrêté du 18 mars 2011 fixe à 40 %, le taux de participation de l'assuré pour les frais de produits et prestations figurant sur la LPPR. Par conséquent, le taux de remboursement de l'AM pour ces produits s'élève à 60 %. Il s'agit du cas général. La prescription de DM dans le cadre d'une affection longue durée (ALD) bénéficie également d'une prise en charge à 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (32).

2.6.1 La CNEDIMTS

La Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDIMTS) est une commission de la HAS qui évalue les DM et technologies de santé, en vue de leur remboursement par l'AM et de leur bon usage. Elle formule également des recommandations sur des bases scientifiques et émet un avis en vue du remboursement des DM à usage individuel par l'AM.

L'évaluation médico-technique réalisée à partir de la demande du fabricant peut être de différentes natures. Elle peut correspondre à l'inscription d'un DM sur la LPPR, au renouvellement de son inscription ou à une modification des conditions d'inscription.

Dans le cas d'une première évaluation, la commission évalue le service attendu (SA) du DM. Si ce dernier est suffisant, le DM pourra être inscrit au remboursement. Ensuite sera déterminé l'amélioration du service attendu (ASA) « par rapport à un produit, un acte ou une prestation comparable ou à un groupe d'actes, de produits ou de prestations comparables, précisément désignés, considérés comme référence (...)» (33). L'ASA est l'un des critères utilisés par le comité économique des produits de santé (CEPS) pour déterminer le tarif d'un dispositif (25).

2.6.2 Le CEPS

Le CEPS est un organisme interministériel placé sous l'autorité conjointe des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie (34). Il est en charge de fixer, selon les orientations qu'il reçoit des ministères et en concertation avec les entreprises commercialisant les produits de santé, les prix des médicaments ainsi que les taux et tarifs de remboursement des DM à usage individuel inscrits sur la LPPR.

3 De la prescription hospitalière à la dispensation en ville

3.1 Définition du parcours de soin

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 aborde la question de l'organisation des soins en France et d'une véritable médecine de parcours pour les patients. Un parcours se définit comme une prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux. Cela suppose une intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé et sociaux, tant en ville qu'en ES (35).

La définition du parcours de soin des patients porteurs de plaies est nécessaire afin de situer le rôle de chaque acteur.

Le patient est le bénéficiaire des soins. Il est adressé à l'hôpital par son médecin généraliste, un médecin spécialiste en ville ou arrive dans l'établissement par

l'admission des urgences. Il est pris en charge dans l'établissement en consultation externe, lors d'un séjour en chirurgie ambulatoire ou en hospitalisation.

Un médecin est à l'origine du diagnostic et rédige l'ordonnance de sortie d'articles pour pansements afin d'assurer la continuité des soins en ville. Il rédige également le cas échéant la prescription de soins infirmiers réalisés à domicile en détaillant le protocole de réfection du pansement. Le patient sortira de l'établissement avec une ou plusieurs prescription(s) de sortie pour la prise en charge en ville de sa plaie : il s'agit d'ordonnances de type PHEV.

En ville, le patient est pris en charge grâce à un exercice coordonné entre les professionnels médicaux et paramédicaux.

A sa sortie le patient ira dans une pharmacie d'officine pour la dispensation des DM et médicaments nécessaires aux soins de sa plaie.

Les soins à domicile seront réalisés par une Infirmière Diplômée d'État (IDE) selon le protocole et la fréquence prescrits par le médecin hospitalier. L'IDE a la possibilité de prescrire de nouveaux pansements selon l'évolution de la plaie et ses pratiques. Ce suivi pourra également être pratiqué par des podologues, des sage-femmes ou des masseurs-kinésithérapeutes qui sont également autorisés à prescrire certains articles pour pansement dans les conditions prévues par le Code de la Santé Publique (CSP).

Schéma du parcours de soins

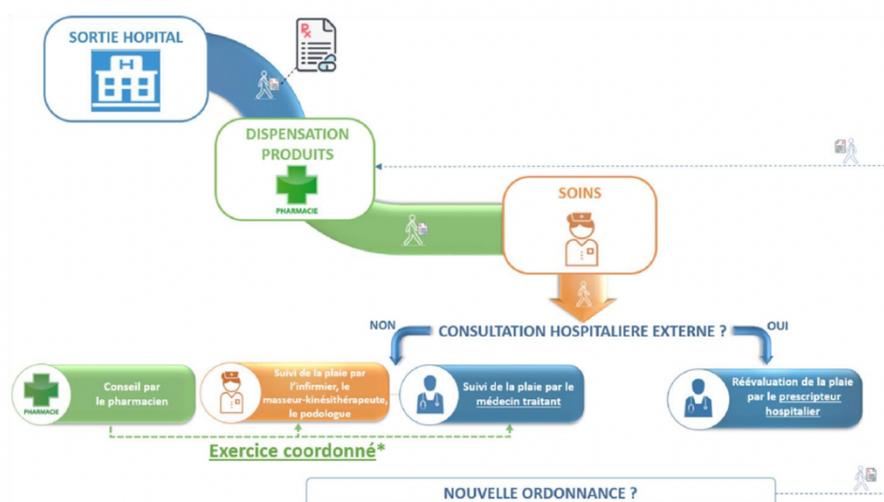


Figure 3. Schéma du parcours de soins du patient en sortie d'hospitalisation (18)

Le patient bénéficiera d'un suivi médical de sa plaie auprès de son médecin traitant ou lors d'une consultation externe au sein de l'ES auprès d'un médecin hospitalier. Ces consultations de suivi pourront également être à l'origine de nouvelles prescriptions de DM (Figure 3).

3.2 Cadre réglementaire

3.2.1 La prescription de DM

La qualité de la prescription hospitalière a un impact direct sur l'efficacité de la prise en charge du patient en ville. Elle doit respecter les critères mentionnés dans les articles R.5132-3 et 5 du CSP.

Les articles R165-36 à R165-38 du Code de la Sécurité Sociale (CSS) précisent les modalités de prescription et dispensation des DM et prestations associés inscrits sur LPPR.

Afin de permettre le remboursement par l'AM et la bonne exécution par le pharmacien d'officine, la prescription d'un produit ou d'une prestation inscrite sur la LPPR nécessite (18) :

- Une désignation permettant son rattachement précis à la LPPR ;
- Une quantité ou un nombre de conditionnement nécessaires et suffisants selon la durée de prescription, tout en limitant le gaspillage ;
- Le cas échéant les conditions particulières d'utilisation du produit ou de la prestation selon la LPPR ;
- Le cas échéant l'âge et le poids du patient.

3.2.2 La dispensation pharmaceutique

D'après l'article R. 4235-48 du CSP, l'acte pharmaceutique de dispensation associée à la délivrance des produits de santé, notamment :

- L'analyse pharmaceutique de la prescription ;
- L'apport d'informations et de conseils nécessaires au bon usage des produits de santé.

Les articles R165-39 à R165-44 du CSS encadrent la dispensation des DM inscrits sur la LPPR.

Concernant les DM disponibles sous différents conditionnements, le pharmacien délivre au patient le conditionnement le plus économique compatible avec l'ordonnance.

Pour permettre la prise en charge, la quantité dispensée en une seule fois ne peut excéder une durée de traitement supérieure à un mois de trente jours.

Si une information nécessaire à l'exécution et à la prise en charge de la prescription est manquante, le pharmacien doit contacter le prescripteur sans délai afin d'obtenir les précisions nécessaires et les mentionne expressément sur l'ordonnance avec l'accord du prescripteur, la date de cet accord et y appose sa signature et son timbre professionnel.

Le droit de substitution par le pharmacien d'officine, prévu par l'article L. 5125-23 du CSP, est uniquement réservé aux spécialités pharmaceutiques inscrites sur le répertoire générique de l'ANSM (36). La réglementation ne permet pas ce droit de substitution pour les autres produits de santé prescrits, notamment pour les DM. Ainsi les pansements d'une même classe ne sont pas interchangeables.

3.2.3 Les soins infirmiers

L'infirmier diplômé d'état (IDE) assure la réalisation, la surveillance et le renouvellement des pansements.

Ils sont autorisés à prescrire aux patients les DM inscrits ci-dessous s'ils agissent dans le cadre d'une prescription médicale de soins infirmiers et sauf en cas de mention contraire du médecin. Ces DM doivent être inscrits sur LPPR :

- pansements adhésifs stériles avec compresse intégrée ;
- compresses, cotons, gazes hydrophiles stériles et non stériles ;
- divers systèmes de maintien des pansements ;
- sets à pansements.

Les classes de pansements suivantes peuvent également être prescrites par les IDE dans les mêmes conditions et sous réserve d'une information au médecin traitant du patient : pansements hydrocolloïdes, hydrocellulaires, alginates, hydrogels, en fibres de carboxyméthylcellulose (CMC), à base de charbon actif, à base d'acide hyaluronique seul, interfaces ou pansements vaselinés.

L'AM a mis en place un kit de « prescription de soins infirmiers » permettant d'aider les médecins dans leur prescription. La prescription de soins infirmiers doit mentionner les éléments suivants (37,38):

- identification du prescripteur (nom, prénom, adresse, numéro RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé), numéro FINESS (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux) ou numéro AM) ;
- identification du patient (nom, prénom, date de naissance) ;
- date de la prescription ;
- prescription dans le cadre d'une ALD le cas échéant ;
- lieu d'exécution des soins (cabinet / domicile) ;
- fréquence des soins ;
- mention « dimanche et jours fériés inclus » si le soin doit avoir lieu tous les jours ;
- durée de prescription ou nombre de passage de l'IDE ;
- voie d'administration le cas échéant ;
- date de début des soins en précisant le caractère urgent si nécessaire ;
- signature du prescripteur.

Un modèle de prescription de soins infirmiers spécifique des pansements a été proposé par l'AM (Annexe V).

3.3 Retours d'expériences et limites de ce parcours patient

La prescription de sortie hospitalière garantit la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient en ville. Elle assure la transmission des informations, la bonne dispensation par le pharmacien, l'acte de soin par les IDE et la prise en charge par l'AM.

Plusieurs difficultés ont été mises en évidence parmi les acteurs impliqués dans ce parcours hôpital-ville. Il n'était pas retrouvé d'analyse de retours d'expériences de patients concernant leur prise en charge.

Les prescripteurs hospitaliers mettent en avant la méconnaissance des DM disponibles en ville concernant leur composition, leurs tarifs et l'existence d'un remboursement. Il existe parmi le corps médical une méconnaissance des droits de prescription des IDE (39-41).

Une étude évoque également cette méconnaissance des droits de prescription des IDE par certains médecins libéraux. Ils seraient favorables à la mise en place d'une infirmière référente en ville afin d'optimiser la coordination des soins. Ils seraient également favorables à la prescription infirmière dans le champ réservé à la plaie (42).

Les pharmaciens d'officine évoquent la présence de prescriptions incomplètes pour la dispensation des articles pour pansements. Ils mentionnent les libellés des produits prescrits, les conditionnements prescrits inappropriés à la durée de prescription ou des quantités mal renseignées. Les produits prescrits sont parfois non disponibles en ville (39,40,43).

Les difficultés rencontrées par les IDE peuvent être une prescription inutile de DM, parfois en quantités inadaptées ou à l'inverse l'absence de prescription de produits nécessaires (sérum physiologique, matériel de contention). Les durées de prescription sont jugées trop longues. Les informations figurant sur les prescriptions de soins infirmiers sont insuffisantes pour la prise en charge des plaies et la cotation des actes IDE (39,40). Plusieurs exemples sont retrouvés : l'absence du nombre de plaies à traiter, la prescription d'un rythme de réfection de pansement trop rigide et identique pour toute la durée de la prescription malgré l'évolution de la plaie. Il est évoqué une réévaluation clinique médicale insuffisante de la part des prescripteurs libéraux (42).

D'après l'AM, les IDE à domicile relatent des prescriptions parfois sommaires, donnant lieu à la délivrance de grands conditionnements pour des durées se rapprochant parfois d'un mois de traitement, et qui ne conviennent pas toujours à l'évolution des plaies. Les IDE doivent donc prescrire un matériel plus adapté à la plaie du patient. Les pansements prescrits par l'hôpital ne seront donc pas tous utilisés. Les sets à pansements ne sont pas non plus utilisés en totalité (44).

3.4 Lien ville-hôpital

Dans le cadre des plaies chroniques, plusieurs outils disponibles renforcent le lien ville-hôpital.

Des expérimentations de suivi des plaies par télémédecine sont en cours sur le territoire. Par exemple, l'expérimentation DOMOPLAIES en Agence Régionale de Santé (ARS) Languedoc-Roussillon et Basse-Normandie, est proposée aux professionnels de santé de premier recours. Le dispositif veut faciliter l'orientation, le

diagnostic, le traitement, la prise en charge globale et coordonnée des patients porteurs d'une plaie chronique et/ou complexe dans leur milieu de vie, en s'appuyant sur un réseau d'experts et des outils numériques (45).

Les programmes PRADO sont des services de retour à domicile des patients hospitalisés, initiés par l'AM en 2010 afin d'anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et de fluidifier le lien ville-hôpital (46). Un PRADO plaies chroniques est en cours d'expérimentation depuis 2016. Il constitue une offre de suivi sur une période jusque 6 mois post-hospitalisation des patients présentant escarres, ulcères veineux ou mixtes et plaies des pieds diabétiques. Dès que l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale, un conseiller de l'AM met en relation le patient avec des professionnels de santé libéraux, librement choisis par le patient, qui assurent sa prise en charge dès son retour à domicile. Une fiche mémo réalisée par l'AM en collaboration avec la SFFPC et validée par la HAS est disponible (47).

Ces outils permettent d'éviter des organisations lourdes en aval d'hospitalisation lorsqu'elles ne sont pas nécessaires (Services de Suite et de Réadaptation (SSR) ou l'Hospitalisation à Domicile (HAD)) et de les réserver aux patients qui en ont le plus besoin (46). Elles permettent d'adapter les circuits de prise en charge aux besoins du patient.

Par exemple, dans le cadre des plaies du patient diabétique, la HAS a proposé en 2014 une fiche d'organisation du parcours patient « Comment prévenir les réhospitalisations d'un patient diabétique avec plaie du pied ? » (48). Elle propose des dispositifs de prise en charge d'importance croissante selon la complexité médicale et sociale de la situation :

- organisation du retour à domicile avec l'équipe de soins habituelles, les services d'aides à domicile et l'entourage si besoin ;
- organisation du retour à domicile avec une coordination renforcée ;
- orientation vers une HAD ;
- orientation vers un SSR.

4 Évaluation des dépenses de l'assurance maladie

4.1 Rapport d'activité 2020 du CEPS

Chaque année, le CEPS remet aux ministères dont il dépend, un rapport décrivant les principales activités du comité sur l'année passée.

D'après le rapport d'activité 2020 publié en décembre 2021, les dépenses de l'AM pour les produits et prestations inscrits sur la LPPR s'élèvent à 9,24 milliards d'euros (Md€) en 2020 (49). La grande majorité de ces dépenses (80 %) sont attribuables à des dépenses effectuées en ville, principalement représentées par les produits et prestations inscrits au titre I de la LPPR (Figure 4).

Figure 4. Montant remboursé sur la LPPR par l'assurance maladie obligatoire en 2020 par titre selon le rapport d'activité du CEPS

	Titre I	5,96 Md€
	Titre II	1,27 Md€
Produits et prestations de ville	Titre IV	0,15 Md€
	Totale ville	7,37 Md€
	Titre III	1,82 Md€
Produits et prestations de la "liste en sus"	Titre V	0,04 Md€
	Total "liste en sus"	1,86 Md€
	Total général	9,24 Md€

4.2 Base de données assurance maladie

La base de données « OpenLPP » présente le détail des montants remboursés par l'ensemble des régimes d'AM concernant les DM inscrits à la LPPR. Elle indique également la quantité annuelle de DM remboursés en fonction d'éléments descriptifs sur les bénéficiaires (tranche d'âge, sexe, région de résidence) ou sur la spécialité du prescripteur.

Selon cette base de données, les dépenses d'articles pour pansements remboursés par l'AM en 2021 s'élevaient à 720 millions d'euros (M€) soit une augmentation de 2,6 % par rapport à l'année 2020 (702 M€) (Figure 5). Ce montant comprend les pansements primaires, secondaires, les sets à pansements et moyens de fixation.

Concernant les pansements primaires, les pansements hydrocellulaires constituaient le premier poste de dépense avec 356 M€ soit 68 % des dépenses, en particulier ceux à absorption importante qui représentaient 211 M€ de dépenses (Figure 6).

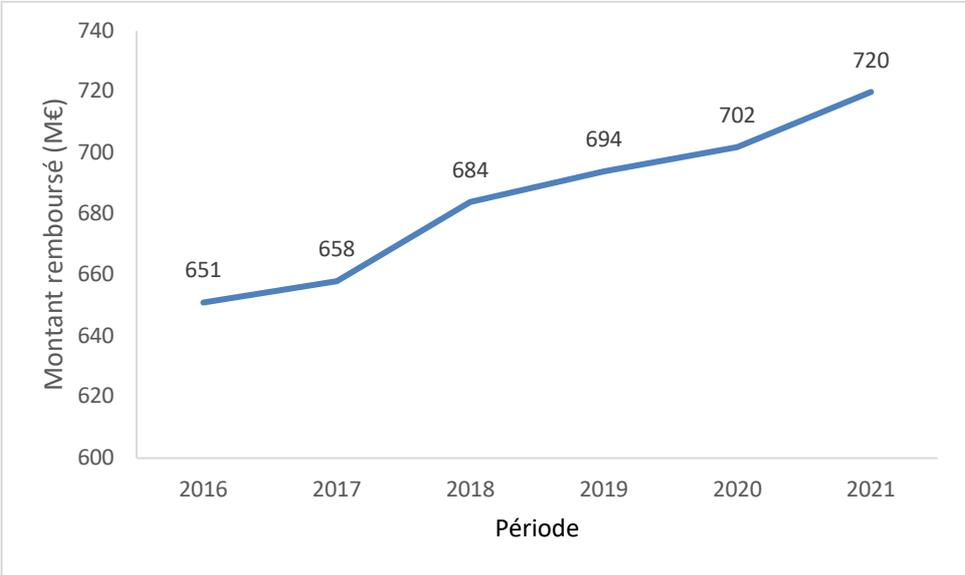


Figure 5. Montant remboursé (M€) par l’assurance maladie concernant les DM de pansement.

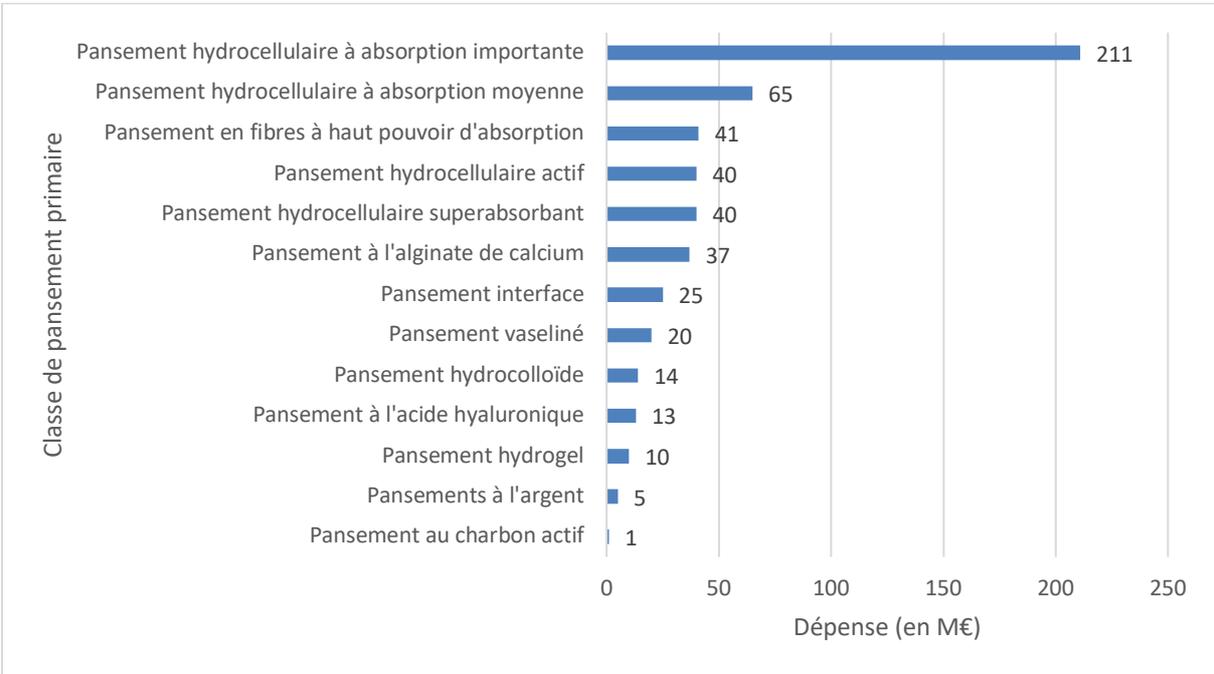


Figure 6. Montant remboursé (en M€) par l’assurance maladie en 2021 par classe de pansement primaire.

Les sets à pansements remboursés étaient majoritairement des sets pour plaies post-opératoires pour 28 M€ soit 60 % de la totalité des sets à pansements remboursés en 2021.

Les dépenses étaient plus élevées chez les patients âgés de plus de 60 ans (462 M€, 65 %).

Les dépenses étaient principalement issues de prescriptions réalisées par des médecins libéraux (263 M€, 37 %) devant les autres prescripteurs de ville comme les IDE (234 M€, 33 %) et les prescripteurs salariés des hôpitaux (178 M€, 25 %).

4.3 Évolution des dépenses PHEV

D'après le rapport des comptes de la sécurité sociale de 2019, environ quatre patients sur cinq passant par l'hôpital bénéficient d'une prescription exécutée en ville (50). Ces prescriptions engendrent une dépense de 19,5 Md€ pour l'AM en 2019, soit 22 % des remboursements de soins de ville. Entre 2014 et 2019, les PHEV sont passées de 16,5 à 19,5 Md€, soit une croissance annuelle moyenne de 3,5 %, contre 2,5 % pour l'ensemble des prestations de soins de ville. Cette croissance peut être expliquée par le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de patients en ALD d'une part et par l'évolution des modalités de traitement des pathologies lourdes d'autre part : virage ambulatoire et innovations pharmaceutiques de plus en plus coûteuses.

Les DM représentent le second poste de dépenses de PHEV derrière les médicaments et à égalité avec les transports. Ils représentent 12 % de dépenses liées aux PHEV soit 2,3 Md€ (50).

Le poids des dépenses issues des PHEV dans le montant total des soins de ville varie selon les postes de dépense. Ainsi, près d'un tiers des prescriptions de DM exécutées en ville relèvent de PHEV.

4.4 Bon usage et maîtrise des dépenses : Indicateur CAQES et PHEV

Afin de maîtriser les dépenses des PHEV, des actions spécifiques ont été mises en place depuis 2011. Elles concernent les produits de santé (41 % des dépenses totales en ville sont liées aux PHEV en 2019) et les transports (53 %) (50).

Ces actions sont décrites dans le CAQES. Le CAQES est un contrat tripartite liant l'ARS, l'organisme local d'AM et les ES en région. Il est applicable à tous les ES, quel que soit leur statut juridique : public, privé ou établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC). Le CAQES a pour objectif d'améliorer les pratiques en matière de régulation des prescriptions médicamenteuses et DM, la pertinence et la sécurité des soins grâce à un contrat unique.

La version 2 du CAQES introduite par l'instruction du 27 juillet 2021 est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2022 et vient simplifier le dispositif mis en place en 2018. La nouvelle version est composée de 14 indicateurs : 7 indicateurs définis nationalement et 7 indicateurs définis en région.

Ce nouveau CAQES supprime les sanctions introduites en 2018 en cas de non atteinte des résultats fixés par les indicateurs. A l'inverse il vient créer deux niveaux d'intéressement pour les ES au niveau national et au niveau régional, leur offrant la possibilité de récupérer une partie des économies générées par leurs actions.

4.5 Mise en place d'un indicateur CAQES sur les PHEV de pansement (51)

Les dépenses de l'AM relatives aux DM progressent d'environ 4 % par an depuis 2015. Cette croissance est supérieure à l'ONDAM. D'après la cour des comptes de la sécurité sociale en 2020, une plus grande pertinence des prescriptions apparaît nécessaire. Certains facteurs spécifiques aux pansements participent à l'accroissement des dépenses :

- La diversité de pathologies et situations cliniques traitées par les pansements rendant complexe leur juste prescription.
- La diversité de références existantes et la complexité de la nomenclature LPPR
- Le caractère fortement innovant du marché des pansements et son coût.

Ainsi dans le CAQES 2022 la prescription hospitalière exécutée en ville de pansements constitue l'un des 7 indicateurs nationaux.

L'objectif est de diminuer les dépenses du poste pansements des PHEV par l'amélioration de la pertinence et l'efficacité de la prescription hospitalière :

- En incitant les ES à établir des prescriptions selon les référentiels de bon usage (choix de la classe, absence de redondance) et le cadre réglementaire de prise en charge (respect des indications médicales, non association entre pansements primaires).
- En établissant des prescriptions qualitatives, précises, complètes (nom, taille, quantité, fréquence de réfection du pansement), adaptées en durée et permettant ainsi une bonne dispensation et exécution.

Les établissements éligibles à cet item sont ceux ayant un montant moyen par patient supérieur à +40 % par rapport au montant moyen de leur catégorie d'établissement. De plus au sein de ces établissements, le nombre de patients concernés par des PHEV de pansements devra être supérieur à 100 sur une année.

Pour chaque année N et pour chaque ES identifié par son numéro FINESS, il sera comparé l'évolution du montant moyen par patient, entre les années N et N-1, des PHEV de pansements inscrits sur la LPPR.

La réalisation d'économies entre ces deux années permettra à l'établissement un intéressement de 30 % de la dépense économisée par l'AM. L'intéressement sera versé sous la forme d'une dotation du fond d'intervention régional par les ARS pour

contribuer au financement des projets des services et pôles contributeurs aux actions de pertinence réalisées pour atteindre ces items.

L'AM attend par exemple des économies à hauteur de 1.5 millions d'euros pour les 190 ES ciblés par l'indicateur pansement en 2022 en région Hauts-de-France. Les gains potentiels pour les ES s'élèvent à 464 000 € (52).

Ci-dessous (Figure 7) un exemple de l'intéressement sur les données d'un CHU comparant 2021 (Année n) et 2020 (n-1).

Montants N (A)	Montants N-1	Évolution
1 969 546 €	1 807 567 €	9,0 %

Patients N (B)	Patients N-1	Évolution
39 890	34 801	14,6 %

Montants/Patients N	Montants/Patients N-1 (C)	Évolution
49,37 €	51,94 €	-4,9 %

Économie réalisée (D)	Intéressement établissement
(B) * (C) - (A)	(D) * 0,30
102 341 €	30 703 €

Figure 7. Calcul de l'indicateur CAQES relatif aux dépenses de PHEV pansement d'un CHU : évolution de 2020 à 2021 (Données : CPAM).

5 Enjeux écologiques et développement durable

L'accélération de la transformation écologique représente un enjeu majeur pour l'ensemble des acteurs de la santé. Les services de santé exercent une empreinte carbone significative sur l'environnement. D'après l'Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie (ADEME), les établissements sanitaires et médico-sociaux concentrent aujourd'hui 11 % de la demande d'énergie du secteur tertiaire. Enfin, selon le guide pratique de la société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) publié en 2021, l'hôpital serait responsable de 700 000 tonnes de déchets par an.

Pour un système de santé durable, il est important d'évaluer l'empreinte écologique des produits de santé et de favoriser une prescription, une dispensation et une utilisation durable qui limitent le gaspillage des produits de santé. En effet, si le recyclage des DM se heurte à des problématiques liées à l'hygiène et à la sécurité des soins, il convient de mieux appréhender leur utilisation et leur prescription. La prescription rationnelle de produits de santé est basée sur une médecine fondée sur les preuves, intégrée dans un partage de décision entre le médecin et son patient concernant le choix du produit de santé le plus efficace ayant le moins d'effets indésirables possibles.

Des initiatives existent pour mettre en avant les efforts entrepris par les hôpitaux pour limiter leur impact carbone. En France, par exemple, la certification « haute qualité environnementale », notamment validée par le Ministère de la santé, évalue les hôpitaux volontaires sur leurs performances d'écoconstruction, ainsi que sur la qualité de l'air et de l'eau. Sur ce thème, le CHU de Bordeaux, a mis en place le projet des « Unités durables » visant à accélérer le processus de transformation écologique en mettant en adéquation la politique de développement durable et l'expérience des acteurs sur le terrain. Ce projet se traduit dans les services par 20 actions à mettre en œuvre comme la réduction de l'utilisation des gaz halogénés au bloc opératoire ou du formol au laboratoire d'anatomo-pathologie.

Les marchés publics des produits de santé au sein de l'établissement représentent également un levier de maîtrise de l'impact des soins sur l'environnement. Les appels d'offres concernant les DM à l'hôpital avaient jusqu'alors pour habitude d'inclure des critères techniques comme la sécurité ou l'efficacité d'un DM ou des critères financiers tels que le coût du DM et la possibilité de concevoir des remises. Publiée le 24 août

2021, la loi n° 2021-1104 du 22 août 2021 portant sur la lutte contre le dérèglement climatique et le renforcement de la résilience face à ses effets (dite loi « Climat et résilience ») inclut plusieurs mesures destinées à mieux prendre en compte le développement durable lors de la passation et l'exécution des contrats de la commande publique. La loi introduit l'obligation pour les acheteurs de retenir au moins un critère d'attribution prenant en compte les caractéristiques environnementales de l'offre. Ainsi, l'acheteur public va pouvoir noter, par exemple, la capacité d'un fournisseur à limiter les suremballages ou à connaître le cycle de vie de son produit.

Le parcours de soins se fait dans un établissement et hors de ses murs. Cette démarche de développement durable doit s'étendre au domicile patient et dans les autres structures. Une prise en charge coordonnée est nécessaire pour éviter la redondance des prescriptions et des dispensations afin d'éviter doublons et gaspillages. Pour exemple, des infirmiers diplômés d'état libéraux (IDEL) ont mis en place une étude pour sensibiliser au gaspillage des pansements. Pendant un mois, des cabinets d'IDEL volontaires vont comptabiliser et évaluer tout ce qu'ils consomment. Le but étant de sensibiliser le plus grand nombre d'IDEL au tri et au gaspillage (53).

De son côté, l'article VII. I de la convention nationale des pharmaciens du 9 mars 2022 prévoit l'engagement du pharmacien pour une pratique professionnelle compatible avec les enjeux de développement durable (54). Ces actions s'intéressent aussi bien au fonctionnement de l'officine (réduction de la consommation en énergie, réduction des déchets d'emballage, limitation des impressions, etc...) qu'à la sensibilisation auprès du patient afin d'éviter le gaspillage et de limiter l'impact environnemental des produits dispensés à l'officine.

L'organisation de coopération et de développement économique (OCDE) a publié en 2017 un rapport intitulé « lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé ». Ce rapport définissait différents types de gaspillage dont le gaspillage opérationnel : lorsque les soins peuvent être dispensés en utilisant moins de ressources, notamment lorsque les DM non utilisés sont jetés (44).

Le gaspillage gâche des ressources qui devraient être mobilisées au service de l'amélioration du système de santé. L'AM reçoit régulièrement des signalements de professionnels de santé ou d'assurés relatant des stocks de médicaments ou de DM

accumulés au domicile de patients suite à des prescriptions ou délivrances en trop grande quantité. Les infirmiers à domicile sont les premiers à constater ce phénomène touchant tout particulièrement la question des pansements.

CHAPITRE II : ETUDE PREDISPAD

1 INTRODUCTION

La description du circuit du pansement en première partie du manuscrit permet de dresser les enjeux autour de ses utilisations. La diversité du marché des pansements ne doit pas être un frein à leur bon usage et à l'efficacité de la prise en charge des plaies. La création d'un indicateur CAQES sur la maîtrise des PHEV de pansements, déployé en 2022 au sein du CHU de Bordeaux, traduit le besoin de freiner les dépenses liées à ce secteur de DM en constante croissance.

D'après notre étude sur la base OPENLPP présentée en 4.2, un quart des articles pour pansement remboursés en 2021 par l'AM avait pour origine un prescripteur salarié, émanant majoritairement de l'hôpital public. La prescription de pansements en ES doit être accompagnée par le pharmacien, responsable de la qualité et de la pertinence des prescriptions. Les prescripteurs doivent être sensibilisés au gaspillage des produits de santé afin de limiter la création de déchets non biodégradables ou l'accumulation de DM chez le patient.

A l'échelle d'un établissement, le recueil d'ordonnances de pansement en sortie d'hospitalisation est difficile à organiser. Il nécessite la présence du pharmacien dans le service ou la consultation des dossiers informatisés des patients, à condition que les ordonnances de sortie y figurent.

D'après les données de l'AM, en 2021, près de 40 000 patients ont été concernés par une prescription de pansements en sortie d'hospitalisation, de consultation ou du service des urgences dans notre établissement (voir 4.5). Une collaboration avec l'AM permet l'accès à ces données et le recueil des ordonnances de l'établissement en vie réelle, après leur dispensation et facturation.

L'étude PRE-DIS-PAD constitue une analyse de la PREscription et de la DISpensation des articles pour PANsements au CHU de Bordeaux.

2 MATERIELS ET METHODES

2.1 Présentation générale de l'étude

2.1.1 Collaboration avec la Direction Régionale du Service Médical

L'étude a été menée par l'équipe de pharmacie clinique des DM du CHU de Bordeaux. Cette étude rétrospective s'est basée sur un échantillon d'ordonnances de pansements et articles pour pansements extrait par la Direction Régionale du Service Médical (DRSM) de la région Nouvelle Aquitaine.

Directement rattachées à la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), les DRSM sont réparties sur tout le territoire. Parmi leurs missions figure l'analyse de l'activité de prescription des professionnels de santé et des établissements de soins. Elles sont constituées de praticiens conseils (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes) et de personnels administratifs.

Les critères de sélection des ordonnances incluses dans cette étude étaient les suivants :

- l'ordonnance émanait d'un prescripteur du CHU de Bordeaux ;
- la date de prescription était comprise entre le 01 janvier 2020 et le 31 mars 2021;
- la dispensation comprenait au moins un DM d'article pour pansement ;
- l'ordonnance avait un coût TTC supérieur à 30€.

Le nombre d'ordonnances incluses dans l'étude a été déterminé de façon arbitraire par les équipes de la pharmacie et celle de la DRSM du fait de la quantité de travail nécessaire à l'extraction et l'analyse ($n \geq 100$ prescriptions).

A partir de ces critères, les prescriptions étaient extraites de façon aléatoire sur la base de données Erasme du Service Médical d'Aquitaine. Cette base regroupe les données de consommation de soins des assurés sociaux affiliés au régime général de l'AM.

Pour chaque ordonnance, les données de facturation transmises concernaient :

- la date de prescription et la date de dispensation ;
- le numéro de facturation et le régime de santé obligatoire de l'assuré ;
- le numéro de renouvellement le cas échéant ;

- le nom du prescripteur saisi lors de la dispensation ;
- le code LPPR, la quantité dispensée, la désignation, le prix unitaire, le pourcentage de prise en charge par la sécurité sociale pour chaque DM ;
- le montant total, la part AMO, la part AMC, la part assuré et le montant des honoraires pharmaceutiques associés à l'ordonnance.

Les informations relatives aux patients (sexe, date de naissance, numéro de sécurité sociale) étaient anonymisés ainsi que l'identification de la pharmacie à l'origine de la dispensation.

Ces données et les copies des ordonnances sélectionnées ont été transmises à l'équipe pharmaceutique via un lien de téléchargement sur messagerie sécurisée. Les copies des ordonnances avaient été recherchées par la DRSM sur le téléservice SCOR (SCannérisation des ORdonnances). Chaque ordonnance a été anonymisée et un numéro interne lui a été attribué. L'identification du service et du médecin prescripteur étaient conservées.

2.1.2 Schéma de l'étude

Les ordonnances incluses dans l'étude étaient analysées selon trois axes successifs :

- 1) Analyse pharmaceutique de la prescription médicale.
- 2) Analyse pharmaceutique de la dispensation.
- 3) Analyse médico-économique des surcoûts évitables.

2.2 Analyse de la prescription

2.2.1 Données concernant les plaies

Toutes données mentionnant le stade de cicatrisation de la/des plaie(s) ou permettant de la/les caractériser étaient relevées : dimensions, profondeur et localisation. Il était également noté si l'ordonnance faisait figurer le nombre de plaies à traiter.

L'anonymisation des ordonnances ne permettait pas de consulter le dossier médical des patients de l'établissement. L'étiologie de la plaie était retrouvée à partir des protocoles de soins utilisés par les services.

Pour chaque ordonnance, il a été répertorié le service prescripteur ainsi que son type d'activité qu'il soit médical, chirurgical ou obstétrique.

2.2.2 Analyse pharmaceutique

Une grille d'analyse de la prescription a été réalisée par le service de pharmacie clinique des DM en se basant sur les données de la littérature (18). Elle comprenait huit items correspondant à des problèmes pouvant justifier une intervention pharmaceutique (IP) auprès du prescripteur (Tableau 2).

Deux pharmaciens, un sénior et un interne, ont recherché sur les prescriptions la présence ou l'absence de ces huit items. Leurs analyses étaient indépendantes. En cas de discordance, l'avis d'une tierce personne était recherché.

Le nombre total de lignes prescrites a été calculé. Les lignes concernant la prescription d'articles pour pansements ont été répertoriées comme suit: pansements primaires, pansements secondaires, sets à pansements et compresses. L'analyse pharmaceutique de la prescription était basée sur ces lignes. Les DM de contention ou de compression vasculaire ou les médicaments y compris sérum physiologique, savons et antiseptiques ont été exclues de l'étude.

L'anonymisation des ordonnances ne permettait pas d'évaluer la juste indication des DM prescrits selon les référentiels. La recherche de contre-indications à l'utilisation des DM prescrits était également impossible.

La double identification des prescriptions est obligatoire et figure dans l'article R.161-45 du CSS. Elle est mentionnée dans les indicateurs du volet socle du CAQES 2018-2021 sous la mention : « Taux de prescriptions incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement ».

Tableau 2. Analyse de la prescription : items pouvant relever d'une intervention pharmaceutique (IP)

Item		Description
Identification prescripteur	du	La double identification RPSS / FINESS n'est pas présente sur l'ordonnance.
Prescription univoque	non	La désignation du produit ne permet pas son rattachement précis à la LPPR ou ne précise pas la référence exacte du DM.
Indication traitée	non	Un autre DM devrait être associé à la prescription.
Non-conformité aux référentiels		Un autre DM est moins coûteux et tout autant adapté pour ce patient conformément aux consensus ou recommandations ou référentiels.
Redondance		Le produit prescrit est redondant avec un autre produit de l'ordonnance.
Taille mentionnée	non	La prescription ne précise pas la taille du DM.
Quantité mentionnée	non	La quantité de produits ou le nombre de conditionnements nécessaires compte tenu de la durée de prescription ne sont pas précisés sur l'ordonnance.
Quantité estimée	sur	La quantité de produits ou le nombre de conditionnements nécessaires est trop important compte tenu de la durée de la prescription.

L'analyse de la prescription des DM a été complétée par des critères spécifiques pour chacune des catégories suivantes : pansements, sets à pansements et compresses.

2.2.2.1 Les pansements

2.2.2.1.1 Critères spécifiques

Le caractère primaire ou secondaire du pansement était analysé. En dehors des pansements au charbon, les différents pansements primaires ne sont pas destinés à être associés entre eux sur une même plaie (6). La prescription de plusieurs pansements primaires sur une même ordonnance était recherchée.

Pour les pansements commercialisés sous forme adhésive et non adhésive, il était nécessaire de mentionner le caractère adhésif du pansement prescrit (18). En cas de prescription d'un pansement primaire non adhésif, il était nécessaire d'associer un pansement secondaire pour en assurer son recouvrement, son maintien, sa fixation et sa protection (13). Le cas échéant, la nécessité et la présence d'un pansement secondaire était recherchée parmi les ordonnances.

2.2.2.1.2 Quantités prescrites et durées de prescription

La fréquence de réfection des pansements était relevée pour chaque ordonnance. A partir de cette information, la quantité de pansements nécessaire était calculé soit :

- En tenant compte de la fréquence de réfection de pansements prescrite et de la durée de prescription ;
- En tenant compte du nombre de pansements précis à effectuer selon la mention « qsp XX pansements » ;
- En tenant compte du nombre de pansements contenus dans les conditionnements lors d'une prescription en nombre de boîtes.

2.2.2.1.3 Caractère renouvelable

Les ordonnances avec la mention à renouveler ont été comptabilisées. Pour chacune d'entre elles, le nombre de renouvellement prescrit a été relevé.

2.2.2.2 Les sets à pansements

2.2.2.2.1 Critères spécifiques

L'analyse approfondie de la prescription de sets à pansements recherchait le type des sets à pansements prescrits : sets pour plaies post-opératoires ou sets pour plaies chroniques.

2.2.2.2.2 Caractère renouvelable

Concernant les sets à pansements, le nombre de soins prescrits par ordonnance et pouvant être délivrés au patient lors de la première dispensation était calculé.

Les sets pour plaies post-opératoires et pour plaies chroniques commercialisés doivent contenir 3 soins et 5 soins respectivement pour figurer sur la LPPR.

2.2.2.3 Les compresses

Les types de compresses prescrits étaient relevés selon leur classe : compresses non tissées ou compresses de gaze hydrophile. La mention de la taille du conditionnement l'était également.

2.2.3 Influence du support de prescription

L'influence du support de prescription sur le nombre d'IP relevées sur la grille d'analyse a été réalisée. Un test de Student a été mené afin de vérifier si le nombre moyen d'IP relevées variait significativement entre les modèles de prescription.

Deux catégories d'ordonnances étaient distinguées :

- 1) Les formulaires dédiés à la prescription de pansement et articles de pansement : le prescripteur sélectionne les références souhaitées en cochant manuellement ou informatiquement la case correspondante au DM à délivrer ;
- 2) Les supports non spécifiques de la prescription de pansement qui pouvaient être :
 - a. informatisés et rédigés à partir du logiciel d'aide à la prescription;
 - b. rédigés manuellement sur des modèles d'ordonnance vierges du service prescripteur.

2.3 Analyse de la dispensation

L'analyse de la dispensation était divisée en deux parties : une analyse qualitative et une analyse quantitative. Elle était réalisée de façon indépendante par deux pharmaciens, un sénior et un interne. En cas de discordance, l'avis d'une tierce personne était recherché.

2.3.1 Nombre de lignes et critères étudiés

Pour chaque prescription incluse dans l'étude, le nombre total de lignes d'articles pour pansements dispensés a été analysé à savoir : les pansements primaires, les pansements secondaires, les sets à pansements et les compresses. Les codes LPPR et les quantités associées à la dispensation ont été recensés. Pour une ligne prescrite, il pouvait exister plusieurs codes LPPR si différentes boîtes ou gammes avaient été dispensées.

Les codes LPPR correspondent aux numéros sur lesquels les DM sont inscrits au remboursement par l'AM (Figure 8). A partir de ces codes, librement accessibles sur le site de l'AM, les paramètres suivants ont été relevés :

- Pour les pansements : classe, dimensions, caractère adhésif, marque, taille de conditionnement ;
- Pour les sets à pansements : type (pour plaies post-opératoires/plaies chroniques), dimensions, marque ;
- Pour les compresses : type (non tissées/gaz de coton), dimensions, marque, taille de conditionnement.

2.3.2 Analyse pharmaceutique

Une analyse de la concordance entre les DM prescrits et ceux dispensés a été réalisée pour chaque ligne. Les erreurs de dispensations étaient catégorisées selon une grille développée par le service de pharmacie clinique des DM (Tableau 3).

Il convient de noter que le CSP ne permet pas de droit de substitution pour les DM. Ainsi les pansements d'une même classe ne sont pas interchangeables. Durant la pandémie Covid-19, une dérogation a été introduite par l'arrêté du 23 mars 2020 permettant la substitution des DM en cas de rupture avérée pour assurer la permanence des soins. Cette dérogation a été abrogée le 10 juillet 2020.

Le nombre de boîtes et la taille des conditionnements dispensés ont été analysés pour chaque ligne de prescription. Pour les DM disponibles sous différents conditionnements, le CSP précise que le pharmacien doit délivrer au patient le conditionnement le plus économique compatible avec l'ordonnance.

Tableau 3. Nature et définition des erreurs de dispensation mises en évidence lors de l'analyse

Nature de l'erreur de dispensation	Définition
Erreur de classe de pansement ou de type de set/de compresse	La classe ou le type de DM dispensé est différent de la prescription
Erreur de taille	La taille du DM dispensée est différente de la prescription
Erreur par substitution	Une substitution a été réalisée lors de la dispensation : la marque du DM dispensée est différente de la prescription
Erreur de conditionnement dispensé	Un conditionnement plus économique était disponible
Quantité dispensée surestimée	Le nombre de boîtes dispensées est supérieur à la quantité prescrite et dispenser un nombre de boîte inférieur aurait été suffisant
Non prescription	Le produit était dispensé mais non prescrit

2.4 Analyse médico-économique

2.4.1 Analyse des surcoûts évitables

L'analyse médico-économique a été réalisée en calculant les surcoûts évitables mis en évidence sur les données de facturation transmises par la DRSM.

Les surcoûts évitables étaient définis comme tout DM non utilisé d'après la prescription (doublon, quantité surestimée, erreur de conditionnement, etc...). Ils ont été déterminés à partir des IP et erreurs de dispensation relevées lors des analyses présentées en parties 2.2.2. et 2.3.2. respectivement.

Ils s'opposaient aux dépenses dites appropriées, définies comme les dépenses liées à une juste prescription et une juste dispensation au sein de l'étude. Les dépenses appropriées correspondaient au montant total des dépenses auquel les surcoûts évitables étaient soustraits.

Le conditionnement des articles pour pansements, parfois supérieur aux besoins de l'ordonnance, est responsable de gaspillage et d'une majoration des dépenses liées à l'ordonnance. L'impact du conditionnement des DM dispensés a été pris en compte et intégré dans le calcul des surcoûts évitables.

Toutes les causes de surcoût évitable, leur définition et les méthodes de calcul du surcoût associé figurent pour chaque catégorie dans le tableau 4. Les prix évoqués correspondent au tarif de responsabilité (TR) des DM. Fixé par le CEPS, il s'agit du tarif sur la base duquel intervient le remboursement de la sécurité sociale. Ils figurent dans la LPPR et sur la base de données AMELI.

Parmi deux produits redondants, le surcoût évitable comptabilisé était le TR du produit le moins polyvalent. Par exemple dans le cas de la co-prescription d'un set à pansements et de compresses, c'est le coût induit par la prescription de compresses, déjà comprises dans le set, qui était comptabilisé comme surcoût évitable.

L'association set à pansements-compresses n'était pas considérée redondante si des compresses étaient nécessaires pour un pansement secondaire.

Tableau 4. Grille d'analyse des surcoûts évitables

Catégorie	Cause	Définition	Méthode de calcul
Prescription	Redondance	Au moins deux DM redondants prescrits et dispensés.	TR du produit redondant
	Référence non commercialisée en officine	DM inexistant en officine. Un DM au TR supérieur a été dispensé.	TR du produit prescrit – TR alternative remboursée plus économique
	Quantité surestimée	Selon la durée de prescription, quantité prescrite et dispensée du DM surestimée.	TR de la boîte dispensée en excès
	Prescription imprécise	Prescription imprécise responsable d'une majoration de la dépense	TR des DM dispensés – TR des DM prescrits de manière appropriée
Dispensation	Conditionnement	Le conditionnement dispensé n'était pas le plus économique	TR de la boîte dispensée – TR de la boîte de conditionnement adapté
	Incohérence	DM dispensé différent du DM prescrit	TR de la boîte dispensée – TR de la boîte prescrite
	Non prescription	DM dispensé non prescrit	TR de la boîte dispensée
	Quantité surestimée	Nombre de boîtes dispensées supérieur à la quantité prescrite.	TR de la/les boîte(s) dispensée(s) en excès
	Erreur de taille	La taille du DM dispensé est supérieure à celle prescrite	TR de la boîte dispensée – TR de la boîte prescrite
Conditionnement	Surplus	Unité non utilisée malgré le bon conditionnement dispensé.	TR unitaire du pansement x nb unité non utilisées

2.4.2 Impact du support de prescription

L'influence du support de prescription sur le montant des surcoûts évitables a été réalisée. Une analyse statistique (test de Student) a été menée pour vérifier si ces surcoûts par ordonnance variaient significativement entre les modèles de prescription.

2.5 Analyse statistique

Les données ont été classées dans un tableau format « .csv » à l'aide du logiciel tableau Microsoft Excel 2019 (Microsoft ©). Les variables qualitatives sont présentées sous la forme nombre (pourcentage). Les variables quantitatives sont exprimées selon la moyenne \pm écart type. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel libre destiné aux statistiques R (version 4.2.1 ; <https://www.r-project.org/>). Une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme significative.

3 RESULTATS

3.1 Description générale des ordonnances

Sur les 105 ordonnances transmises par la DRSM, 103 ont été incluses dans notre étude. Deux prescriptions étaient en doublon. Les ordonnances provenaient de 14 services différents répartis comme suit (figure 8) : 62 de services de chirurgie (60 %), 40 de services de médecine (39 %) et une du service des urgences (1 %).

La double identification du prescripteur (RPPS/FINESS) était présente sur 88 ordonnances (86 %). Dans tous les cas le numéro FINESS était présent mais le RPPS était absent ou illisible dans 15 cas. Les formulaires spécifiques de la prescription de pansements étaient utilisés pour 28 ordonnances (27 %). Les autres ordonnances étaient non spécifiques des pansements : 67 informatisées (65 %) et 8 manuscrites (8 %).

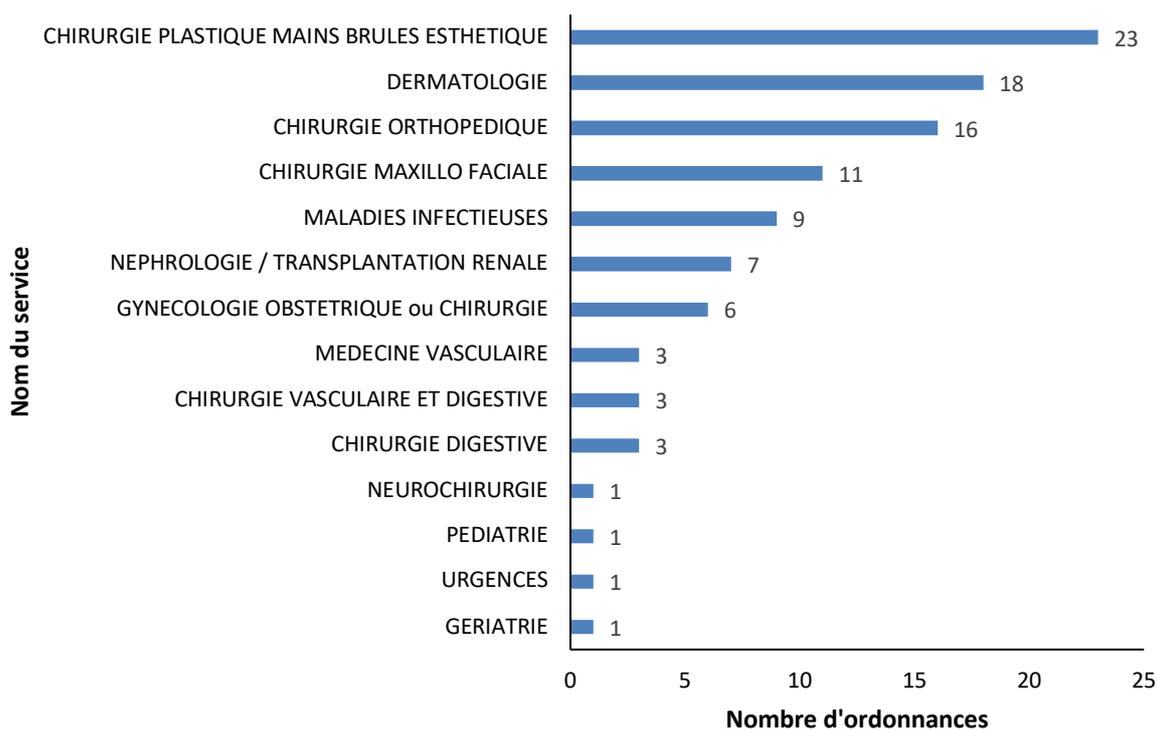


Figure 8. Répartition des ordonnances par service prescripteur.

3.2 Analyse de la prescription

3.2.1 Données concernant les plaies

Une seule ordonnance faisait figurer le nombre de plaies à traiter (deux plaies) et leur localisation (ischion et talon droit).

3.2.2 Analyse pharmaceutique

L'analyse pharmaceutique a été réalisée sur 345 lignes prescrites dont 202 lignes (59 %) de pansements (Tableau 5).

Des IP étaient relevées sur 101 ordonnances (98 %). Le nombre d'IP relevées était de 523. En moyenne, le nombre d'IP retrouvé par ordonnance était de 5 ± 3 (min = 0, max = 17) (Tableau 6). Le détail des IP par catégorie de DM est retrouvé en Annexe VI. Les IP concernaient en priorité des prescriptions non univoques (n = 138 ; 40 %) ou l'absence d'une quantité à dispenser (n = 127 ; 37 %). La taille était absente pour 97 lignes (28 %). La prescription de sets à pansements était redondante avec une prescription de compresses (n= 47 ; 62 %), de pansement adhésif associé à une compresse (n= 26 ; 34 %) et de film adhésif semi-perméable (n= 1 ; 1 %).

Tableau 5. Répartition des 345 lignes prescrites

Catégories	Nombres de lignes prescrites	
	(n=)	%
Pansements	202	59 %
- primaire ou actif	132	39 %
- secondaire	70	20 %
Sets à pansements	76	22 %
Compresses	67	19 %

Tableau 6. Nature des 523 IP mises en évidence lors de l'analyse de la prescription

IP relevée	Nombre d'IP relevées
Prescription non univoque	138 (40 % des lignes prescrites)
Quantité non mentionnée	127 (37 %)
Taille non mentionnée	97 (28%)
Redondance	74 (21 %)
Non-conformité aux référentiels	42 (12 %)
Quantité sur estimée	39 (11 %)
Indication non traitée	6 (2 %)
TOTAL IP	523

Les non conformités aux référentiels concernaient 42 IP (12 %) dont 31 (9 %) relevaient d'une association entre plusieurs pansements primaires. Pour 11 IP (3 %), un pansement non commercialisé en ville était prescrit.

Six IP (2 %) relevaient d'une indication non traitée. Il s'agissait pour 5 ordonnances, d'une prescription de pansements non adhésifs sans association à un pansement secondaire ou à un moyen de fixation. Une ordonnance concernait une prescription de pansement à l'acide hyaluronique sous forme de crème sans pansement secondaire.

3.2.2.1 Les pansements

3.2.2.1.1 Critères spécifiques

Sur les 202 pansements prescrits, 39 (21 %) étaient des pansements hydrocellulaires. Il s'agissait de la classe la plus prescrite dans notre échantillon (Annexe VII). Pour 18 pansements (9 %), l'intitulé de la prescription ne permettait pas d'identifier la classe exacte.

Parmi les 132 pansements primaires prescrits, 24 (18 %) étaient commercialisés sous forme adhésive et non adhésive. Aucune ordonnance ne permettait de savoir laquelle des formes étaient à dispenser.

La majorité des pansements primaires non adhésifs était associée sur les ordonnances à un moyen de fixation (80 %) : il s'agissait d'un pansement secondaire (65 %) ou un pansement primaire (15 %).

3.2.2.1.2 : Quantités prescrites et durées de prescription

La fréquence de réfection des pansements prescrite était absente sur 76 ordonnances (Tableau 7).

La quantité de pansements prescrite était présente sur 91 ordonnances (88 %) :

- 39 ordonnances (38 %) faisaient figurer un nombre de boîtes à dispenser. Une seule boîte était prescrite pour 15 ordonnances.
- 27 ordonnances (26 %) faisaient figurer la fréquence de réfection des pansements et une durée de prescription.
- 25 ordonnances (24 %) faisaient figurer le nombre de pansements à dispenser.

Il était prescrit 20 ± 13 pansements (min = 5 ; max = 60) par ordonnance en moyenne.

Tableau 7. Fréquence de réfection des pansements prescrite dans l'étude

Fréquence de réfection prescrite	Nombre d'ordonnances concernées (n=103)
Donnée non renseignée	n = 76 (74 %)
Tous les jours	n = 14 (14 %)
Tous les deux ou trois jours	n = 8 (8 %)
3 fois par semaine	n = 3 (3 %)
2 fois par jour	n = 2 (2 %)

3.2.2.1.3 Caractère renouvelable

Sur les 103 ordonnances, 64 étaient renouvelables (62 %). Parmi elles, majoritairement un seul renouvellement était prescrit (n = 26 ; 41 %) et 20 ordonnances mentionnaient un renouvellement jusqu'à cicatrisation complète de la plaie.

3.2.2.2 Les sets à pansements

La prescription de sets à pansements concernait 76 ordonnances (74 %). La taille des sets n'était pas mentionnée dans 51 ordonnances (67 %). Sur 53 prescriptions (70 %), le produit prescrit ne désignait aucun set à pansements commercialisé (ex. : « kit à pansement », « set à pansements » ou « set à pansements secs »). En moyenne, 12 ± 12 soins étaient prescrits par ordonnance (min = 3 ; max = 60).

3.2.2.3 Les compresses

Des compresses étaient retrouvées sur 67 ordonnances (65 %). La majorité des ordonnances (73 %) ne faisait figurer ni le type de compresse ni la taille du conditionnement à dispenser. Enfin, 14 ordonnances (21 %) mentionnaient un format de compresses non pris en charge par l'AM (5*5 cm).

3.3 Influence du support de prescription

Parmi les 523 IP relevées, 398 (75 %) étaient issues d'ordonnances non spécifiques et 131 (25 %) de formulaires de prescription de pansements.

Les DM prescrits sur les formulaires faisaient l'objet d'une prescription plus univoque et leur taille était plus fréquemment mentionnée en comparaison aux ordonnances non spécifiques (p<0.05) (tableau 8).

Tableau 8. Résultats de l'analyse statistique

	Nombre moyen d'IP par formulaire	Nombre moyen d'IP par ordonnance non spécifique	Intervalle de confiance à 95 %	p value
Non-conformité aux référentiels	0,54	0,35	[-0,03 ; 0,41]	0,09
Indication non traitée	0,07	0,05	[-0,09 ; 0,12]	0,73
Redondance	0,82	0,68	[-0,18 ; 0,46]	0,38
Quantité non mentionnée	1,39	1,17	[-0,59 ; 1,02]	0,59
Quantité sur estimée	0,79	0,23	[0,03 ; 1,09]	0,04
Taille non mentionnée	0,29	1,19	[-1,23 ; -0,57]	< 0,01
Prescription non univoque	0,50	1,65	[-1,56 ; -0,75]	< 0,01

3.4 Analyse pharmaceutique de la dispensation

3.4.1 Nombre de lignes et critères étudiés

Parmi les 345 lignes prescrites, 317 (92 %) ont fait l'objet d'une dispensation. Les 28 DM non dispensés étaient des pansements primaires (n=14), des compresses (n=10), des sets à pansements (n=2) et des pansements secondaires (n=2). Aucune mention n'était disponible sur la cause de non dispensation.

Les 317 lignes dispensées étaient rattachées à 335 codes LPPR.

3.4.2 Analyse pharmaceutique

Parmi les 335 lignes analysées, 68 ordonnances (66 %) ont fait l'objet d'au moins une erreur de dispensation. Le nombre d'erreurs retrouvées était de 158 soit une moyenne de 2 ± 2 erreurs par ordonnance (min = 0, max = 9). Les erreurs concernaient principalement les pansements primaires (57 %) devant les pansements secondaires (16 %), les compresses (14 %) et les sets à pansements (11 %) (Tableau 9).

Les erreurs par substitution étaient les plus fréquentes (n=68, 21 %) devant les erreurs de classe de pansement ou de types de sets/compresses (n=30, 9 %). Les classes de pansements les plus fréquemment mises en cause lors des erreurs de classe étaient : les pansements hydrocellulaires (n=9), les pansements vaselinés (n=5), les pansements interfaces (n=4) et les pansements avec compresse intégrée (n=4). Pour les pansements hydrocellulaires, les erreurs concernaient : la dispensation d'une classe d'absorption différente (n=8), et la dispensation d'une forme standard au lieu d'une forme anatomique (n=1).

Les quantités de pansements dispensées étaient surestimées dans 15 % des cas pour les pansements primaires et 10 % des cas pour les secondaires.

Tableau 9. Analyse pharmaceutique : répartition des 158 erreurs de dispensation selon les critères étudiés et les DM concernés

	Pansements primaires	Pansements secondaires	Sets à pansements	Compresse
	N = 160	N = 34	N = 82	N = 59
Erreur de classe de pansement ou de type de set ou compresse	22 (14 %)	4 (3 %)	0	4 (3 %)
Erreur de taille	12 (7 %)	6 (4 %)	0	1 (<1 %)
Erreur par substitution	44 (28 %)	12 (7 %)	12 (7 %)	0
Erreur de conditionnement dispensé	5 (3 %)	0	1 (<1 %)	14 (9 %)
Quantité dispensée surestimée	6 (4 %)	4 (3 %)	5 (3 %)	2 (1 %)
Non prescription	1 (<1 %)	2 (<1 %)	0	1 (<1 %)
TOTAL	90 (57 %)	28 (18 %)	18 (11 %)	22 (14 %)

3.5 Analyse médico-économique

3.5.1 Analyse des surcoûts évitables

Parmi les ordonnances incluses dans l'étude, le coût total des 103 dispensations était de 11 398 € soit 111 ± 77 € (min = 35 ; max =473) par ordonnance en moyenne.

Le surcoût calculé était de 3 302 € soit 29 % du coût total. Un surcoût évitable était retrouvé pour 87 ordonnances (84 %) et variait de 1,24 à 380,96 €. Les surcoûts étaient attribuables à des erreurs liées à la dispensation pour 1 613 € (49 %), à la prescription pour 1 100 € (33 %), et au conditionnement pour 589 € (18 %) (Figure 10).

Parmi les erreurs de dispensation, la dispensation de la mauvaise classe de pansement était la première cause de surcoût évitable (n = 16 ; 904 €) en termes de dépense. Concernant la prescription, les redondances étaient la première cause de surcoût évitable en termes de fréquence (n = 67 ; 566 €) (Tableau 10).

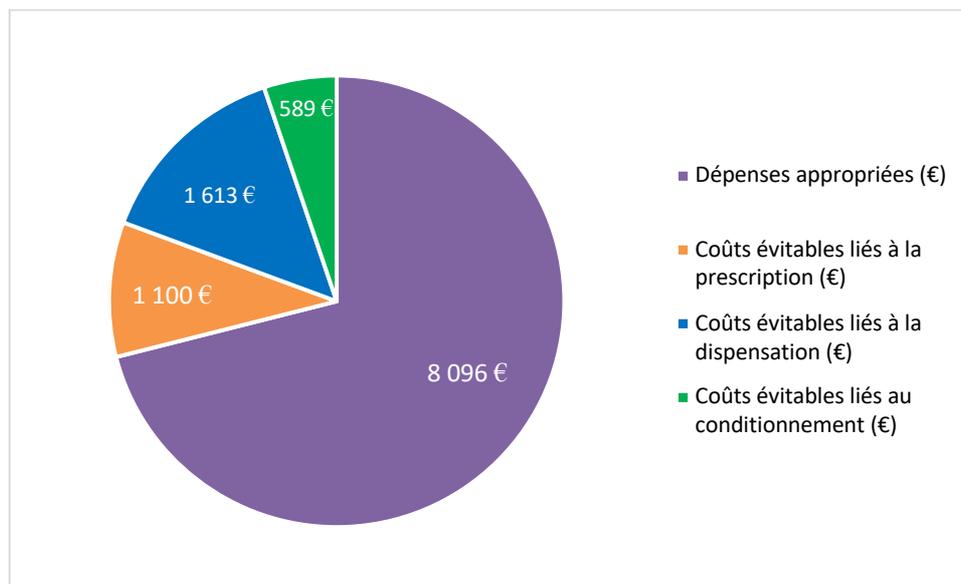


Figure 9. Proportion des surcoûts évitables parmi le coût total

Tableau 10. Fréquence et montant associés à chaque cause de surcoût évitable

Catégorie	Cause	Fréquence (n =)	Montant associé (en €)
Prescription	Redondance	67	566 (17 %)
	Référence non commercialisée en officine	11	432 (13 %)
	Quantité surestimée	6	84 (3 %)
	Prescription imprécise	1	18 (1 %)
Dispensation	Incohérence	16	904 (27 %)
	Quantité surestimée	17	303 (9 %)
	Conditionnement	21	173 (5 %)
	Erreur de taille	2	141 (4 %)
	Non prescription	4	93 (3 %)
Conditionnement	Surplus	64	589 (18 %)
TOTAL		209	3302 €

3.5.2 Impact du support de prescription

Les prescriptions non spécifiques induisaient moins de surcoûts évitables liés à la prescription que les formulaires spécifiques des pansements ($p < 0,05$) (Tableau 11).

Tableau 11. Répartition des surcoûts évitables liés à la prescription (en euros) selon le support de rédaction

Type d'ordonnance	Surcoût évitable moyen par ordonnance (en euros) lié à la prescription
Formulaire (n=28)	19,30
Prescription non spécifiques (n=75)	7,46
Intervalle de confiance 95 %	[1.80 ; 21.90]
P value	0,02

4 DISCUSSION

4.1 Une analyse des pratiques en vie réelle à partir des bases de données

Le travail réalisé avec la DRSM a permis l'obtention d'un échantillon d'ordonnances en vie réelle ainsi qu'une analyse des pratiques des prescripteurs de l'établissement et des pharmacies d'officine de la région. Cette collaboration a permis de pallier au manque de données disponibles en accès libre aux personnels hospitaliers sur la prescription et la dispensation des pansements.

Les 103 ordonnances analysées provenaient de 14 services différents. La diversité des services tend à montrer que la prescription de pansements en sortie d'hospitalisation, de consultation ou d'urgences est ubiquitaire (chirurgie, médecine, obstétrique). Différents types de plaies étaient retrouvés. Les plaies aiguës issues principalement d'opérations chirurgicales programmées et traumatiques correspondent aux ordonnances des services de chirurgie plastique, de la main, esthétique, des brûlés et de chirurgie orthopédique. Les plaies chroniques correspondent aux ordonnances du service de dermatologie. Selon la SFFPC, la prévalence des plaies chroniques avoisine 2 millions de personnes en France. Ce chiffre est en constante augmentation, expliquée notamment par le vieillissement de la population. L'âge est un facteur de risque d'apparition et de chronicité. En 2021, une enquête de prévalence des plaies chroniques dans 14 établissements gériatriques estimait la prévalence globale des plaies chroniques à 8,3 % (55). La chronicité des plaies est associée à une dégradation de la qualité de vie du patient. Ces éléments montrent l'importance de la qualité et de l'efficacité des soins apportés tout au long du parcours du patient.

4.2 Analyse de la prescription

L'analyse de la prescription dans l'étude PRE-DIS-PAD a mis en évidence les difficultés rencontrées par les prescripteurs en sortie d'hospitalisation. En effet, 523 IP ont été émises (5,2 non-conformités (NC) par ordonnance). Une étude réalisée par le CHU de Nîmes sur 69 prescriptions de pansements en post-chirurgie retrouvait des chiffres analogues (5,5 NC par ordonnance). La qualité de l'ordonnance est un paramètre important pour réduire les erreurs dans la prise en charge du patient.

Une étude réalisée en 2016 au CH d'Armentières a permis d'analyser les données transmises aux professionnels de ville concernant les patients sortant avec des pansements à cicatrisation dirigée. Parmi les 36 patients inclus, si tous recevaient une lettre de sortie d'hospitalisation, la notion de plaie n'était rapportée que dans 24 cas et seulement 7 lettres comportaient le nom du pansement prescrit. Aucune de ces lettres ne faisait figurer la date du dernier changement de pansement (56).

Une enquête menée auprès des médecins généralistes (MG) inscrits à l'ordre régional des médecins du Lot et Garonne en 2017 présentait les principales difficultés rencontrées dans la prise en charge ambulatoire des plaies chroniques. Parmi les 55 MG ayant répondu, plus de la moitié déclaraient être souvent en difficulté quant à la prescription de pansements (choix du pansement, connaissance du protocole à suivre, nombre trop important de pansements disponibles). Le manque de formation sur les plaies chroniques, la collaboration avec les professionnels de santé et le manque de spécialistes étaient les principales autres difficultés rencontrées. D'après eux, la disponibilité d'un avis spécialisé plus rapide et la mise en place d'un réseau de plaies chroniques étaient les priorités d'amélioration (57).

A l'hôpital, le prescripteur hospitalier doit s'adapter aux références disponibles au sein de son établissement et incluses dans le marché hospitalier. Il doit également connaître la disponibilité des produits de santé en ville et leurs indications de prise en charge. Nombreux sont les établissements ayant mis en place des documents d'aide à la prescription (39,40,58,59). Au CHU de Bordeaux, une action autour de l'amélioration des pratiques de prescription de pansements a été menée en 2018. Ce travail avait pour objectif le déploiement d'un formulaire d'aide à la prescription intégré dans le logiciel de prescription. Cet outil informatique mis en place permettait la prescription conjointe de l'acte infirmier et des produits de santé associés. Le formulaire priorisait trois points : la prescription en nom de générique des DM, la prescription à l'unité et les informations sur la plaie à destination du pharmacien d'officine. Ce formulaire reste actuellement peu utilisé par les prescripteurs et aucune ordonnance incluse dans l'étude en était issue (59). La complexité du module prescription du logiciel informatique est le principal frein à l'utilisation du formulaire.

Dans une étude sur l'optimisation de la prise en charge des plaies post-opératoire, Richard et al. ont montré que les IP réalisées concourraient à diminuer de moitié le

nombre d'ordonnances présentant au moins une non-conformité par rapport aux référentiels de bon usage (58). Les interventions participaient à améliorer la qualité de la prise en charge en fluidifiant notamment le parcours patient. Ces études permettent de mieux valoriser l'activité du pharmacien clinicien et l'importance de ces actions dans la prise en charge du patient (60).

D'après la société française de pharmacie clinique (SFPC), l'analyse des prescriptions correspond à une expertise structurée des thérapeutiques du patient, de leurs modalités d'utilisation et des connaissances et pratiques du patient. Elle concourt à une optimisation de l'efficacité et de la sécurité des thérapeutiques, ainsi qu'à une minimisation des coûts et une adhérence optimale (61).

4.2.1 Fréquence de la réfection des pansements

La fréquence de réfection des pansements prescrite était absente sur 76 ordonnances. Lorsqu'elle était présente, la fréquence de changement était majoritairement quotidienne. Elle dépend de nombreux facteurs parmi lesquels le type et de la nature de la plaie (infection, niveau d'exsudat), le patient et ses comorbidités associées, le clinicien ou encore des produits utilisés. Au Danemark, une étude a montré qu'à domicile, les pansements étaient changés en moyenne 3,5 fois par semaine et 23 % des pansements étaient changés tous les jours (62). Une fréquence de changement excessive du pansement était associée à des coûts plus élevés en termes de matériels et moyens humains mais aussi à davantage de complications liées à une exposition plus importante de la plaie (63).

4.2.2 Prescriptions non univoques

Parmi les 345 lignes analysées, 138 (40 %) étaient non univoques : la référence exacte du DM à dispenser était inconnue et sujette à interprétation de la part du pharmacien. La prise en charge de la plaie pouvait en être affectée si la classe dispensée était différente de la classe désirée par le prescripteur. En cas d'erreur de dispensation, l'infirmière à domicile peut être à l'origine d'une nouvelle prescription. Le risque de gaspillage est augmenté. La mise à disposition d'un module dédié à la prescription des pansements relié à la LPPR diminuerait le risque de prescription non univoque. Elle nécessite d'informatiser toutes les prescriptions : encore 7 % des ordonnances étaient manuscrites.

4.2.3 Quantités à dispenser

Les quantités de pansements prescrites pouvaient être déterminées sur une majorité des ordonnances (n=91). La deuxième cause d'IP retrouvait une absence d'inscription sur l'ordonnance des quantités à dispenser et concernait principalement les pansements. Le pharmacien ne peut dans ce cas délivrer qu'une seule boîte de traitement indifféremment du nombre de plaies à traiter ou de la fréquence prescrite de réfection de pansement.

4.2.4 Durée de traitement

Pour les 91 ordonnances qui faisaient figurer les quantités à dispenser, en moyenne, 20 +/- 13 pansements étaient prescrits par ordonnance. De plus, sur les 103 ordonnances, 64 étaient renouvelables (62 %).

La durée limite totale d'une prescription étant de douze mois, les renouvellements « jusque guérison » ou « jusque cicatrisation » retrouvés sur vingt prescriptions ne sont pas acceptables.

L'évolution de la plaie au cours du processus de cicatrisation implique un changement de classe de pansement et les pansements prescrits en sortie d'ES sont amenés à changer. Une réévaluation des plaies est donc nécessaire.

4.2.5 Absence de la taille à dispenser

Une taille de pansement dispensée trop petite pourra être inutilisable si le pansement ne recouvre pas la plaie à traiter. Une taille prescrite trop grande pourra être responsable d'inconfort par mauvaise conformation du pansement avec la plaie selon la localisation ou pourra avoir un aspect inesthétique. Une étude anglaise réalisée auprès de 1717 infirmières a montré que plus de la moitié des répondants (51 %) était amenés à découper les pansements du fait d'une mauvaise taille pour recouvrir la plaie (64).

4.2.6 Redondance

Les prescriptions redondantes multiplient les dispensations et sont directement attribuées à des dépenses évitables et du gaspillage. Elles impliquaient dans tous les cas les sets à pansements dont la composition est souvent inconnue des prescripteurs. L'OMEDIT Centre a publié un outil d'aide à la prescription de sortie (20) sur laquelle

figure un tableau détaillant les tarifs et la composition des sets à pansements commercialisés en ville (annexe II).

4.2.7 Co-prescription de pansements primaires

Bien que le nombre de plaies à traiter était inconnu pour la presque totalité de l'échantillon, certaines prescriptions n'étaient pas cohérentes et prescrivaient des pansements primaires type Urgotul® ou des compresses Algostéril®, sans autre dispositif de fixation adhésif autre qu'un pansement hydrocellulaire. La prescription de pansements hydrocellulaires comme pansement secondaire représente un facteur important de surcoût évitable.

La sortie d'hospitalisation est un moment important dans le parcours de soins du patient. Le médecin est confronté à la rédaction de nombreux courriers, convocations et ordonnances : produits de santé, examens biologiques, examens d'imagerie, transports. Dans l'étude du CHU de Nîmes, le travail d'une équipe pluridisciplinaire a permis d'améliorer la qualité des ordonnances de sortie d'hospitalisation exécutées en ville en diminuant de moitié le taux d'ordonnances de sortie ayant au moins une NC aux référentiels. La correction des ordonnances s'est traduite par une diminution du nombre de compresses mais aussi par une modification du type de pansement prescrit (58).

4.3 Analyse de la dispensation

Parmi les 355 lignes de dispensation étudiées, 158 erreurs étaient retrouvées et 68 ordonnances comprenaient au moins une erreur de dispensation.

4.3.1 Erreurs de substitution

Les erreurs par substitution étaient les principales erreurs retrouvées (69 cas). La marque dispensée était différente de la marque prescrite mais les DM possédaient les mêmes indications de prise en charge, le même SA, et répondaient strictement aux spécifications techniques minimales précisées sur la LPPR. Leur impact sur la prise en charge de la plaie était donc minime.

Le nombre de références d'articles pour pansements étant gigantesque (1500 codes LPPR facturés en 2021 par l'AM), il est impossible pour les officines de tous les stocker. Plusieurs solutions s'offrent alors au pharmacien :

- Joindre le prescripteur afin d'adapter la prescription aux références en stock et noter sur l'ordonnance son accord de substitution. Aucune ordonnance de l'étude ne faisait figurer cet accord de substitution. Cette pratique est peu réalisée en officine, notamment auprès des prescripteurs hospitaliers difficilement joignables.
- Commander le DM manquant prescrit et faire revenir le patient ultérieurement.

Pour les DM inscrits en ligne générique sur la LPPR, la prescription en désignation générique des pansements semble être la plus appropriée pour limiter ces substitutions et faciliter la dispensation (65). Par exemple : « pansement hydrocellulaire adhésif d'absorption moyenne, taille 8 x 10 cm ».

4.3.2 Erreurs de dispensation

Les erreurs concernant les classes de pansement lors de la dispensation étaient moins fréquentes (30 cas) mais pouvaient impacter la prise en charge de la plaie. Les confusions constatées entre classes de pansements hydrocellulaires, interfaces ou vaselinés peuvent avoir des conséquences importantes sur la cicatrisation : macération ou assèchement de la plaie. Ces erreurs pourront être limitées par la formation des professionnels de santé au sein des officines.

4.4 Impact du conditionnement

La taille du conditionnement était supérieure aux besoins de l'ordonnance pour 64 lignes. Ce surplus correspondait à 589 € soit 5 % du montant total associé à ces 103 dispensations. Ainsi pour chaque ordonnance émise par le CHU dans notre étude, plus de 5€ de matériel n'était pas utilisé et était dispensé en surplus de la prescription.

Les conditionnements inscrits sur la LPPR sont généralement de 5, 10 ou 16 pansements. Concernant les sets à pansements, les sets de soins post-opératoires contiennent 3 soins et les sets de soins pour plaies chroniques ou les sets de détersion en contiennent 5. Le rationnel de ces choix, si il existe, n'a pas été retrouvé.

La taille des conditionnements disponibles en officine est généralement inconnue des prescripteurs. L'étude retrouvait des ordonnances prescrivant des pansements dont la taille du conditionnement était supérieure à la durée de traitement prescrite.

Une des solutions pourrait être de permettre la dispensation à l'unité des pansements. Cette possibilité existe désormais pour certains médicaments mais reste encore peu développée. En effet, dans le cadre de la loi relative à la lutte contre le gaspillage et à l'économie circulaire de 2020 (66), la dispensation à l'unité des médicaments est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Cette dispensation à l'unité cible particulièrement la dispensation à l'unité des antibiotiques. La dispensation à l'unité exige notamment d'ouvrir la boîte, de trouver un nouvel emballage, de l'étiqueter et d'y ajouter une notice. Souvent mis en cause, l'état a prévu d'ajouter une rémunération supplémentaire pour la dispensation à l'unité. Lorsque le pharmacien délivre un médicament à l'unité ou procède à une délivrance fractionnée, il bénéficie d'une rémunération de 1 € TTC dans la limite d'un plafond annuel de 500 € TTC.

Pour être efficace, la dispensation à l'unité ou fractionnée de la prescription devrait également associer les industriels. Si l'emballage industriel permet une bonne traçabilité et une bonne stabilité, notre étude a montré que le conditionnement n'était pas toujours adapté et à l'origine de 18 % des surcoûts évitables. Ainsi, d'un point de vue environnemental, l'industrie pharmaceutique doit avoir le souci de mettre à disposition des tailles d'emballages appropriées et s'engager à réduire les gaspillages de packaging. Des études comparatives de l'impact de la dispensation d'emballages industriels versus les emballages à l'unité sur les coûts et le gaspillage des traitements sont nécessaires pour argumenter ces projets.

D'après le rapport des propositions pour l'AM pour 2023, l'AM étudiera, en lien avec les partenaires conventionnels des pharmaciens d'officine, la mise en place d'une dispensation adaptée de pansements pour un certain nombre de situations en officine afin que les remboursements des DM gagnent en efficience. Ce dispositif devra permettre de limiter les dispensations et de lutter contre le gaspillage à hauteur d'une économie estimée à 20 millions d'euros (52).

4.5 Analyse médico-économique

Le surcoût évitable calculé était de 3 302 € soit 29 % du coût total. Il concernait aussi bien la prescription, la dispensation, que le conditionnement en ville. Dans un contexte de maîtrise des dépenses, ces économies permettraient de pouvoir investir sur d'autres segments sans dégrader la qualité des soins. D'après les données de l'AM

en 2020, les dépenses de PHEV pansement en Nouvelle Aquitaine étaient de 40 millions d'euros. L'étude montre que l'un des problèmes récurrents était une quantité prescrite ou dispensée surestimée à l'origine de surcoût et/ou de gaspillage. Afin de limiter ce phénomène le ministère de la santé et des solidarités avait fait paraître le 26 Décembre 2019 un avis de projet visant à limiter la durée de la prescription initiale de pansements à 5 jours, et la durée renouvellement à 15 jours. Le renouvellement était conditionné à une réévaluation de la plaie par un professionnel de santé. L'avis prévoyait également que « la délivrance initiale de ce produit soit limitée à une boîte du plus petit conditionnement existant. Après une phase contradictoire et auditions de trois sociétés savantes, la CNEDIMTS a émis un certain nombre de recommandations allant contre l'avis initial. La CNEDIMTS considérait que la variabilité de la prise en charge thérapeutique des plaies concernées ne permettait pas de définir un délai unique de première réévaluation de la plaie. Ainsi, la Commission s'est prononcée pour une réévaluation en vue d'un éventuel premier renouvellement de prescription entre 10 et 14 jours après la première prescription. La commission précise aussi l'importance de définir les plaies. Une plaie post chirurgicale propre non inflammatoire n'a pas la même durée de cicatrisation qu'une plaie chronique et ou un kyste qui peut s'étendre de deux à six mois. De son côté, la fédération des pharmaciens d'officine soulignait que l'avis de projet n'abordait pas le problème de qualité des prescriptions portant sur les imprécisions de la taille des plaies, du nombre de pansement, du rythme de changement impliquant des dépenses injustifiées (67).

4.6 Impact du support de prescription

Les formulaires de prescription à cocher spécifiques des pansements étaient associés à une meilleure qualité de prescription : la prescription des DM était plus univoque et leurs tailles étaient davantage indiquées par rapport aux prescriptions non spécifiques. Cependant ces formulaires sont à risque :

- De sur-prescription par leur facilité d'utilisation et le développement d'automatismes par les prescripteurs : le surcoût moyen lié à la prescription était significativement supérieur par rapport aux prescriptions standards.
- D'erreurs de rédaction en interne : l'Urgotul® 5x5 cm retrouvé sur plusieurs formulaires de prescription de l'étude n'était pas disponible en officine.

- De défaut de remise à jour : par le recrutement de nouveaux prescripteurs et l'absence de mise à jour des codes RPPS.
- De défaut de traçabilité puisqu'elles sont généralement pré-imprimées et non scannées dans le dossier patient.

4.7 Importance du lien ville/hôpital

La prise en charge des plaies est complexe et souffre d'un manque de coordination entre l'hôpital et la ville. Les professionnels de ville peuvent s'appuyer sur des programmes expérimentaux développés au niveau national ou régional. Ils ont pour but d'orienter l'organisation de la prise en charge des plaies chroniques selon un parcours de soin. Il s'agit par exemple du réseau DOMOPLAIE ou encore du service de retour à domicile proposé par l'AM détaillés dans la partie 1 (chapitre 3.4) du manuscrit.

La coopération multidisciplinaire doit être renforcée entre tous les acteurs de la prise en charge des plaies : professionnels hospitaliers, médecins libéraux, IDEL, podologues, kinésithérapeutes.

4.7.1 La conciliation pharmaceutique

La conciliation pharmaceutique est une activité émergente en France depuis 2010, largement développée dans le secteur médicaments mais très peu appliquée aux DM. Elle favorise la transmission d'informations complètes et exactes des médicaments ou produits de santé utilisés par le patient, entre professionnels de santé, aux points de transition de son parcours de soin : l'admission, la sortie et le transfert entre services (68). Une étude réalisée au Centre Hospitalier de Valenciennes en 2017 a évalué pour la première fois la conciliation des DM. En partant du constat que la prise en charge des plaies était une activité banalisée dans le parcours de soin du patient, l'équipe pharmaceutique a expérimenté la conciliation pharmaceutique des pansements à l'entrée et en sortie d'hospitalisation. Cette activité a permis d'améliorer les informations transmises entre la ville et l'hôpital et d'éviter une rupture dans la continuité des soins de plaies complexes. Les prescriptions issues des conciliations de sortie étaient complètes et exécutables en ville. Les professionnels de santé en ville étaient satisfaits de la prise en charge des plaies des patients ayant bénéficié d'une conciliation de sortie. Les difficultés rencontrées à la mise en place de cette activité

étaient l'adhésion des services et le temps dédié à cette activité (69). La conciliation pharmaceutique des DM nécessite davantage d'études et d'expérimentations pour encadrer son déploiement mais constitue un outil de connexion interprofessionnel et de transmission d'information entre la ville et l'hôpital.

4.7.2 La prescription IDE

L'étude menée dans le Lot et Garonne interrogeait également les Infirmiers Diplômés d'Etat Libéraux (IDEL) du département. Parmi les 196 IDEL ayant répondu au questionnaire envoyé, plus de 85 % d'entre elles souhaitaient obtenir un droit de prescription plus important concernant les pansements. La majorité des IDEL (63 %) étaient peu satisfaits de la qualité des protocoles émis par les médecins généralistes (57). Le droit de prescription IDE est actuellement limité et dépend pour les pansements modernes d'une prescription médicale. C'est au médecin d'effectuer le diagnostic et la prise en charge de l'étiologie sous-jacente de la plaie afin de garantir sa cicatrisation. La réfection des pansements étant un acte infirmier, il serait pertinent d'expérimenter la primo-prescription des pansements par des IDE. Au Québec, par exemple, les IDE depuis 2015 ont la capacité de prendre en charge en autonomie les plaies. Ils peuvent définir le plan de traitement à mettre en place, prescrire les pansements et médicaments topiques nécessaires et suivre l'évolution de la plaie. Un avis médical est demandé lors de l'évaluation initiale de la plaie en cas de comorbidités, de mauvaise évolution ou de détérioration de l'état de santé du patient. La prescription IDE permet d'augmenter l'accès à des soins de plaies adaptés aux besoins des patients (70).

4.7.3 La formation des professionnels de santé

Les professionnels de santé de ville sont en première ligne dans la prise en charge des plaies. D'après les données de l'AM, ils sont à l'origine de plus de 60 % des dépenses de pansements remboursés chaque année. La formation initiale et continue doit permettre de favoriser le bon usage et réduire le gaspillage.

Smith et al. ont montré qu'un programme de formation destiné aux infirmières d'un établissement de médecine, chirurgie, obstétrique, sur le traitement des plaies était associé à une diminution des coûts de pansements de 20 % et une amélioration des

pratiques (71). Dans d'autres études, cette diminution des coûts était liée à une réduction des visites à domicile et du rythme de réfection (72).

D'après les autorités de santé, le lien ville hôpital doit trouver sa source dès la formation initiale des professionnels de santé. La formation des étudiants doit les sensibiliser à un exercice coordonné et interactif entre professionnels. Des cas d'analyse d'ordonnances de DM présentés aux étudiants officinaux sont retrouvés en Annexe VIII. Cette formation doit également apporter à ces soignants de demain une formation technique sur les DM et les stratégies de prise en charge.

Les Diplômes Universitaires de plaies et cicatrisation constituent une formation approfondie pour les professionnels de santé à la prévention et la prise en charge des différents types de plaies chroniques dans leurs divers aspects. Ils permettent de s'assurer d'une prise en charge optimale des patients concernés et une transmission des connaissances acquises à d'autres professionnels de santé. Ces formations sont présentes dans plus d'une vingtaine de facultés françaises.

4.8 Limite de l'étude

L'anonymisation des ordonnances constitue un frein de l'étude. En effet, ne pouvant consulter les dossiers médicaux des patients des ordonnances, l'étiologie des plaies restait inconnue par l'équipe pharmaceutique. Ainsi plusieurs critères d'analyse n'ont pu être déterminés, notamment la juste indication ou la présence de contre-indications à l'usage des classes de pansements prescrites. Également les dimensions, localisations, le nombre et l'évolutivité des plaies à traiter parmi les ordonnances ne pouvaient pas être consultés, à moins que ces données soient indiquées sur la prescription ce qui n'était quasiment jamais réalisé (1 ordonnance sur 103). Cependant, la visualisation des plaies à traiter reste primordiale à leur prise en charge. Les dossiers médicaux peuvent dans ce cas être informatifs à condition qu'ils soient bien renseignés dans le logiciel de prescription, avec nécessité parfois de photos associées. Des analyses prospectives de la prescription de pansements avec visualisation de la plaie pourraient être davantage adaptées à l'analyse de l'indication des pansements prescrits.

4.9 Communication autour de l'étude

L'étude PRE-DIS-PAD fera l'objet d'une communication affichée aux 32èmes journées nationales de formation sur les DM de l'association EURO-PHARMAT. Le poster présenté lors de ce congrès est présenté en Annexe IX.

Le CHU de Bordeaux s'inscrit avec ambition dans un objectif de transformation écologique. L'étude PREDISPAD est incluse dans le projet « Unités Durables » du CHU de Bordeaux à travers l'action « RE-PANSER » (Annexe X). L'action consiste à diffuser les bonnes pratiques de prescription des pansements et dispositifs associés auprès des services de l'établissement en les sensibilisant à l'impact écologique, économique et professionnel de la prescription de pansement.

CONCLUSION

La prescription en sortie d'ES doit garantir la qualité, l'efficacité et la sécurité de la prise en charge du patient en ville. Elle assure la transmission des informations, la bonne dispensation par le pharmacien, l'acte de soin par les IDE et la prise en charge par l'AM.

La mise en place d'un indicateur CAQES sur la maîtrise de la prescription de pansements traduit le besoin de freiner les dépenses liées à ce secteur de DM en constante croissance. Au niveau régional l'ARS Nouvelle Aquitaine proposait en 2021 un appel à projet pour la pertinence des PHEV médicament et LPPR et le renfort de la coordination ville-hôpital. L'objectif était de mobiliser des initiatives permettant d'agir en intra-hospitalier tout en s'impliquant dans une logique de parcours.

Les professionnels de santé hospitaliers et libéraux doivent être formés au bon usage des produits de santé. Une coopération multidisciplinaire est nécessaire pour renforcer la coordination difficile entre l'hôpital et la ville. Ils doivent être sensibilisés à l'amélioration de la qualité et de la pertinence des prescriptions, qui constituent le rôle et le quotidien du pharmacien hospitalier. Quant au patient, il a un rôle actif pour une utilisation durable des DM et doit être inclus dans des projets d'éducation thérapeutique menés dans différentes structures.

A l'enjeu économique de maîtrise des dépenses s'ajoute un enjeu écologique de réduction du gaspillage pour une santé plus verte et respectueuse de notre écosystème. L'accélération de la transformation écologique représente un enjeu majeur pour les ES. En favorisant la qualité des soins, il devient nécessaire de « Re-Panser » les pratiques et les organisations pour une santé durable. Les prescripteurs doivent être sensibilisés au gaspillage des produits de santé afin de limiter la création de déchets non biodégradables ou l'accumulation de DM chez le patient.

La structure de l'étude présentée dans ce travail pourra être utilisée dans d'autres établissements pour la promotion du bon usage appliqué à d'autres secteurs de DM fortement utilisés en ville tels que les DM pour l'autotraitement du diabète, la perfusion ou les dispositifs d'assistance respiratoire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Assurance Maladie. Open LPP : base complète sur les dépenses de dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) en 2021 [Internet]. [cité 18 août 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/open-lpp-base-complete-depenses-dispositifs-medicaux-2021>
2. Ministère de la solidarité et de la santé. Instruction no DSS/MCGR/DGOS/PF2/CNAMTS/DHOSPI/2017/262 du 31 août 2017 relative à la priorité de gestion du risque pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de médicaments et LPP [Internet]. 2017. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-09/ste_20170009_0000_0114.pdf
3. Dekerle L, Depoortere C, Martinot-Duquennoy V. Prescription des pansements. In: Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique. 2021.
4. Carpentier F, Ficarelli A, Jehle E, Joye F, Lebrin P, Lestavel P, et al. Conférence de consensus : Prise en charge des plaies aux urgences. SFMU; 2005.
5. Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine. Plaie [Internet]. [cité 12 mars 2022]. Disponible sur: <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/search/results?titre=plaie>
6. Haute Autorité de Santé. Les pansements : Indications et utilisations recommandées [Internet]. 2011. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/pansements_synthese_rapport.pdf
7. Duquennoy-Martinot V, Guerreschi P, Depoortere C. Cicatrisation dirigée. In: Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique [Internet]. 2020 [cité 31 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1396460/cicatrisation-dirigee>
8. Candas E. Mésusages des pansements. Soins. janv 2016;61(802):54-6.
9. Haute Autorité de Santé. Évaluation des pansements primaires et secondaires : révision des descriptions génériques de la liste des produits et prestations remboursables [Internet]. 2007. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport_evaluation_pansements_.pdf
10. Assurance Maladie. Aide à la prescription du pansement primaire pour plaie chronique [Internet]. 2016. Disponible sur:

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/24523/document/memo-pansement-primaire-plaie-chronique_assurance-maladie.pdf

11. Lavoitte M, Jabot C. Prise en charge des plaies post-opératoires en ville [Internet]. 2021; 31èmes Journées Euro-Pharmat. Disponible sur: <https://www.euro-pharmat.com/les-journees-annuelles/archives/5072-31emes-journees-nationales-de-formation-sur-les-dispositifs-medicaux>
12. SNITEM. Innovation en plaies & cicatrisation [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.snitem.fr/wp-content/uploads/2021/02/Snitem-2021-livret-Plaies-web.pdf>
13. Philippe A. Les pansements secondaires. Soins. janv 2016;61(802):51-3.
14. Winter GD. Formation of the scab and the rate of epithelization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. Nature. 20 janv 1962;193:293-4.
15. Liste des produits et prestations remboursables (Maj du 12-7-2022) [Internet]. [cité 31 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/lpp-17072022.pdf>
16. Outil d'aide pour la prescription de pansements [Internet]. [cité 31 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.omedit-normandie.fr/media-files/29117/guide-pansements-2-1-.pdf>
17. Euro-pharmat. Fiches de bon Usage [Internet]. [cité 27 août 2022]. Disponible sur: <https://www.euro-pharmat.com/pansements>
18. Prescription Hospitalière et bonne dispensation en Ville - Pansements [Internet]. [cité 28 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.omedit-normandie.fr/media-files/25124/n-29-des-cahier-cip-acl-euro-pharmat-pansements-.pdf>
19. Assurance Maladie. Plaies chroniques [Internet]. 2015 [cité 6 août 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5122/document/plaies-chroniques-prise-en-charge_assurance-maladie.pdf
20. OMEDIT Centre. Aide à la prescription de sortie des pansements et des soins des plaies traitées en ville [Internet]. 2016 [cité 6 août 2022]. Disponible sur: http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/6793.pdf
21. CHU de Bordeaux. Passerelles : journal d'information interne du CHU de Bordeaux. 2013-10. (70):6.

22. Benbrik M, Jousselin C, Gautier Y, Rougier C. L'équipe mobile plaies et cicatrisation en renfort de la formation des soignants [Internet]. EM-Consulte. [cité 6 août 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1147946/alertePM>
23. Règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux [Internet]. OJ L avr 5, 2017. Disponible sur: <http://data.europa.eu/eli/reg/2017/745/oj/fra>
24. SNITEM. L'essentiel de la nouvelle réglementation européenne pour les DM [Internet]. Snitem. [cité 20 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.snitem.fr/actualites-et-evenements/actualites-du-dm-et-de-la-sante/lessentiel-de-la-nouvelle-reglementation-europeenne-pour-les-dm/>
25. Haute Autorité de Santé. Parcours du dispositif médical en France [Internet]. 2021 [cité 11 juill 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-12/guide_pratique_dm.pdf
26. Commission européenne. Identifiant unique des dispositifs (IUD) [Internet]. [cité 20 juill 2022]. Disponible sur: https://health.ec.europa.eu/medical-devices-topics-interest/unique-device-identifier-udi_fr
27. Commission européenne. EUDAMED database [Internet]. [cité 20 juill 2022]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/tools/eudamed/#/screen/home>
28. Assurance Maladie. CIRCULAIRE CIR-20/2021 : Evolution du codage des produits inscrits sous lignes génériques à la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance maladie. 2021.
29. CEPS. GUIDE PRATIQUE des procédures à suivre dans le cadre de la prise en charge des dispositifs médicaux sur la liste des produits et prestations remboursables définie à l'article L. 165 1 du code de la sécurité sociale (LPP) [Internet]. 2019 [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_pratique_depot_dossiers_dm.pdf
30. Arrêté du 16 juillet 2010 relatif à la modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des articles pour pansements inscrits à la section 1, chapitre 3, titre Ier, de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000022677450>
31. Assurance Maladie. Guide des références juridiques - Produits de santé [Internet]. [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/gironde/medecin/textes-referance/guides->

reglementaires/guide-references-juridiques-produits-sante

32. Assurance Maladie. À quoi sert la prise en charge en Affection Longue Durée (ALD) exonérante ? [Internet]. 2022 [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/prise-en-charge-ald-exonerante>
33. Article R165-11 [Internet]. Code de la sécurité sociale. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034630339/2018-06-07
34. Ministère des Solidarités et de la Santé. CEPS (Comité économique des produits de santé) [Internet]. 2022 [cité 2 juill 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ceps-comite-economique-des-produits-de-sante>
35. Ministère de la Santé et de la Prévention. Parcours de santé, de soins et de vie [Internet]. 2022 [cité 3 août 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
36. Articles L5125-1 à L5125-32 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171370/2022-03-01/
37. Assurance Maladie. Ordonnance type de soins infirmiers : modèle d'ordonnance n°1 [Internet]. 2021 [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/memo-ordonnance-soins-infirmiers.pdf>
38. Assurance Maladie Nouvelle Aquitaine. Prescrire des soins infirmiers en ville [Internet]. 2019 [cité 3 juin 2022]. Disponible sur: <http://infos.cpamdeslandes.fr/infoslettre/documents/IL-218.pdf>
39. Viaud V, Etcheverrigaray F, Hurlupe C, Poirier Y. Optimisation des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de pansements et objets de soins des plaies [Internet]. Euro-Pharmat.com. [cité 5 août 2022]. Disponible sur: <https://www.euro-pharmat.com/communications-affichees/1953-16-142-optimisation-des-prescriptions-hospitalieres-executees-en-ville-phev-de-pansements-et-objets-de-soins-des-plaies-p-osp>
40. Ey C, Dierickx S, Guillocheau E, Schmit B. Mise en place d'une ordonnance standardisée pour faciliter la prescription de pansements et de soins de plaie en sortie

d'hospitalisation [Internet]. Euro-Pharmat.com. [cité 5 août 2022]. Disponible sur: https://www.euro-pharmat.com/posters-2018/4017-mise-en-place-d-une-ordonnance-standardisee-pour-faciliter-la-prescription-de-pansements-et-de-soins-de-plaie-en-sortie-d-hospitalisation_3981_4017

41. Tribouillard H, Robert M, Aubert J, Inghels Y, Boyer J. Pansements : la vision des professionnels pour prioriser les actions [Internet]. Euro-Pharmat.com. [cité 5 août 2022]. Disponible sur: <https://www.euro-pharmat.com/communications-affichees/2455-pansements-la-vision-des-professionnels-pour-prioriser-les-actions>

42. Gomez MF. Enquête sur la prise en charge des plaies chroniques en médecine de ville à Saint-Etienne [Internet]. 2005. Disponible sur: https://sffpc.org/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.d%20ownload&catid=111&id=21&Itemid=1000000000000

43. Girard S, France M, Poulat C, Garcia K, Voutier M, Pont E. Prise en charge pharmaceutique des plaies chroniques : coopération ville-hôpital à développer ? [Internet]. Euro-Pharmat.com. [cité 5 août 2022]. Disponible sur: <https://www.euro-pharmat.com/communications-affichees/4555-prise-en-charge-pharmaceutique-des-plaies-chroniques-cooperation-ville-hopital-a-developper>

44. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : Propositions de l'Assurance Maladie pour 2020 [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/rapport-charges_produit-2020_0.pdf

45. ARS Occitanie Montpellier. Arrêté 2019-2390 relatif au projet régional DOMOPLAIES [Internet]. juill 12, 2019 p. 7. Disponible sur: <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/occitanie/content/download/60013/394680/file/recueil-r76-2019-111-recueil-des-actes-administratifs-special.pdf>

46. Assurance Maladie. Prado, le service de retour à domicile [Internet]. 2022 [cité 6 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>

47. Assurance Maladie. Retour à domicile après hospitalisation : Suivi en ville des plaies chroniques [Internet]. 2015 [cité 6 août 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5147/document/suivi-ville-plaies-chroniques_assurance-maladie.pdf

48. Haute Autorité de Santé. Comment prévenir les réhospitalisations d'un patient

diabétique avec plaie du pied? [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/fpcs_sotie_rehospit_pied_diabetique_web.pdf

49. Comité Economique des Produits de Santé. Rapport d'activité 2020 [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/282807.pdf>

50. Les Comptes de la Sécurité Sociale - résultats 2019 - prévisions 2020 et 2021. sept 2020;134-7.

51. Ministère des Solidarités et de la Santé. INSTRUCTION N° DSS/MCGR/2021/170 du 27 juillet 2021 relative au CAQES : modalités du suivi des contrats actuels, de la phase transitoire en 2021 et de la mise en œuvre des nouveaux CAQES en 2022 [Internet]. Disponible sur: https://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/instruction-CAQES-2021_27072021.pdf

52. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : Propositions de l'Assurance Maladie pour 2023 [Internet]. 2022. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-07_rapport-propositions-pour-2023_assurance-maladie_3.pdf

53. Soubelet I. Développement durable : Convergence Infirmière signe un partenariat avec le C2DS [Internet]. 2022 [cité 29 août 2022]. Disponible sur: <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/developpement-durable-convergence-infirmiere-signe-un-partenariat-avec-le-c2ds.html>

54. Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCATA000045538164>

55. J. Caron-Mazet, B. Roth, J.-C. Guillaume. Enquête de prévalence et des pratiques de prise en charge des plaies chroniques dans 14 établissements gériatriques du Haut-Rhin [Internet]. EM-Consulte. [cité 22 août 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/130806/enquete-de-prevalence-et-des-pratiques-de-prise-en>

56. Guenault N, Courtin J. Vers une conciliation des pansements à cicatrisation dirigée (PCD) ? 2016; 26ème Journées Nationales Euro-Pharmat.

57. Lalorette A. Les difficultés de prise en charge ambulatoire des plaies chroniques en Lot-et-Garonne: état des lieux en 2017. 2018.

58. Hentz M, Wisniewski S, Lombard M, Bros A, Fourtage M, Gourieux B. Qualité des

prescriptions hospitalières de pansements exécutées en ville : quel bilan et comment les améliorer ? Pharm Hosp Clin. 1 juin 2021;56(2):161-9.

59. Guyon G. Les Prescriptions Hospitalières Exécutées en Ville (PHEV), une priorité nationale: développement d'un formulaire d'aide à la prescription de pansements au CHU de Bordeaux.

60. Calop J, Baudrant M, Bedouch P, Allenet B. La pharmacie clinique en France : contexte de développement à l'hôpital et état des lieux. Pharmactuel [Internet]. 2009 [cité 22 août 2022];42. Disponible sur: <https://pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/970>

61. Roblek T, Deticek A, Leskovar B, Suskovic S, Horvat M, Belic A, et al. Clinical-pharmacist intervention reduces clinically relevant drug-drug interactions in patients with heart failure: A randomized, double-blind, controlled trial. Int J Cardiol. 15 janv 2016;203:647-52.

62. Jørgensen SF, Nygaard R, Posnett J. Meeting the challenges of wound care in Danish home care. J Wound Care. oct 2013;22(10):540-2, 544-5.

63. Stephen-Haynes J, Bielby A, Searle R. Putting patients first: reducing the human and economic costs of wounds. Wounds UK. 2011;7(3).

64. Newton H. Cost-effective wound management: a survey of 1717 nurses. Br J Nurs Mark Allen Publ. 22 juin 2017;26(12 Suppl):S44-9.

65. Faucher N. La prescription des pansements. Soins. janv 2016;61(802):48-50.

66. LOI n° 2020-105 du 10 février 2020 relative à la lutte contre le gaspillage et à l'économie circulaire. 2020-105 févr 10, 2020.

67. Haute Autorité de Santé. Transcription des débats - Avis de projet de modification des modalités d'inscription des articles pour pansements (DM_EVAL-267) [Internet]. 2020. Disponible sur: https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/transcription_avis_projet_pansements.pdf

68. Société Française de Pharmacie Clinique. SFPC Mémo Conciliation des traitements médicamenteux [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/FicheMemoConciliationMedicamenteuseSFPC.pdf>

69. Painchart L, Drancourt P, Aubert J, Inghels Y, Boyer J. Intérêts et difficultés de mise en place de conciliations pharmaceutiques pour les patients porteurs de pansements pour plaies complexes [Internet]. EM-Consulte. 2019 [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://www.em->

consulte.com/article/1326010/interets-et-difficultes-de-mise-en-place-de-concil

70. Ménard G, Trudeau JB, Collège des médecins du Québec. Guide explicatif conjoint: prescription infirmière [Internet]. Montréal (Québec); 2015. Disponible sur: <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-11-23-fr-prescription-infirmiere-guide-explicatif-conjoint.pdf>
71. Smith G, Greenwood M, Searle R. Ward nurses' use of wound dressings before and after a bespoke education programme. *J Wound Care*. sept 2010;19(9):396-402.
72. Joy H, Bielby A, Searle R. A collaborative project to enhance efficiency through dressing change practice. *J Wound Care*. juill 2015;24(7):312, 314-7.

Annexe I. Classification des pansements, propriétés principales et indications médicales de prises en charge

Pansements	Indications médicales de prise en charge
<p>Hydrocolloïdes</p> <p>Composition : Polymères absorbants : présence de CMC</p> <p>Propriétés principales : Adhésifs sur peau saine, utilisable quel que soit la phase</p> <p>Formes disponibles : Plaques adhésives ou non adhésives, poudres, pâtes</p>	<p><u>Traitement non séquentiel</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les plaies chroniques sans distinction de phase <p><u>Traitement séquentiel</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les plaies chroniques en phase d'épidermisation - protection cutanée des ulcères en phase de rougeur*
<p>Alginates</p> <p>Composition : >50 % d'alginate avec ou sans CMC</p> <p>Propriétés principales : Capacité d'absorption et propriétés hémostatiques</p> <p>Formes disponibles : Compresse, mèches</p>	<p><u>Traitement séquentiel</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les plaies chroniques en phase de déterision - les plaies très exsudatives
<p>Hydrogels</p> <p>Composition : Gels contenant >50 % d'eau</p> <p>Propriétés principales : Absorption et humification des plaies pour faciliter l'élimination des tissus fibreux et/ou nécrotiques</p> <p>Formes disponibles : Plaques, compresses imprégnées ou gels</p>	<p><u>Traitement séquentiel</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les plaies chroniques en phase de déterision
<p>En fibres à haut pouvoir absorbant</p> <p>Composition : >50 % de fibres non tissées de CMC</p> <p>Propriétés principales : Absorption très importante : formation d'un gel au contact des exsudats</p>	<p><u>Traitement non séquentiel</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase. <p><u>Traitement séquentiel</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les plaies chroniques très exsudatives en phase de déterision*

Formes disponibles : Compresse ou mèches	
<p>A base de charbon actif</p> <p>Composition : Charbon actif ajouté à différents supports</p> <p>Propriétés principales : Absorption des molécules responsables des mauvaises odeurs</p> <p>Formes disponibles : Plaques ou compresses</p>	- Les plaies malodorantes
<p>A base d'acide hyaluronique seul</p> <p>Composition : Acide hyaluronique (composant naturel du derme)</p> <p>Propriétés principales : Accélère la réépithélialisation des lésions cutanées</p> <p>Formes disponibles : Variables : crème, compresses, sprays, etc</p>	<p>- Traitement des ulcères*</p> <p>- Traitement non séquentiel des ulcères de jambe*</p> <p>- Traitement des brûlures du deuxième degré superficiel et du deuxième degré profond*</p>
<p>Interface</p> <p>Composition : Trame enduite de différents polymères tels que du gel de silicone</p> <p>Propriétés principales : Faible adhérence au retrait</p> <p>Formes disponibles : Plaques</p>	<p>- Peaux fragiles (maladies bulleuses)</p> <p><u>Traitement séquentiel :</u></p> <p>- Plaies aiguës en phase d'épidermisation</p> <p>- Plaies chroniques en phase de bourgeonnement ou d'épidermisation</p> <p>- Ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement*</p>
<p>Hydrocellulaires</p> <p>Composition : Polymères absorbants (mousse de polyuréthane)</p> <p>Propriétés principales : Absorption variable selon la classe : moyenne, importante ou superabsorbant</p> <p>Formes disponibles : Plaques adhésives ou non, différentes formes, formes adaptées au remplissage des cavités</p>	<p>Absorption moyenne</p> <p><u>Traitement séquentiel :</u></p> <p>Les plaies aiguës et chroniques faiblement exsudatives dès la phase de bourgeonnement</p>
	<p>Absorption importante</p> <p><u>Traitement non séquentiel :</u></p> <p>- Les plaies aiguës ;</p> <p><u>Traitement séquentiel :</u></p> <p>- Les plaies chroniques en phase de bourgeonnement</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement* - Les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés, en phase de bourgeonnement* <p>Superabsorbants</p> <p><u>Traitement séquentiel :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les plaies aiguës et chroniques très exsudatives pour les phases de détersion et de bourgeonnement <p>Autres pansements hydrocellulaires (pansements actifs)</p> <p><u>Traitement séquentiel :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement* - L'ulcère du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement*
<p>Vaselinés</p> <p>Composition : Trame imprégnée ou enduite de vaseline</p> <p>Propriétés principales : Faible adhérence au retrait</p> <p>Formes disponibles : Plaques</p>	<p><u>Traitement séquentiel :</u></p> <p>Phase de bourgeonnement</p>
<p>Pansements adhésifs stériles avec compresse intégrée</p> <p>Composition : Compresse tissée ou non tissée sur un support textile ou en film semi-perméable</p> <p>Propriétés principales : Protection cutanée, faiblement absorbants</p> <p>Formes disponibles : Plaques adhésives ou non adhésives</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pansement, dans les soins des plaies aiguës suturées et des incisions chirurgicales* - Les plaies aiguës légèrement hémorragiques et/ou exsudatives (sites de cathétérisme intraveineux et incisions chirurgicales) *

<p>Pansements à l'argent</p> <p>Composition : Matrice lipido-colloïde non occlusive contenant un mélange de CMC dans un réseau de vaseline associée à du sulfate d'argent</p> <p>Propriétés principales : Antibactériennes</p> <p>Formes disponibles : Crèmes, compresses, plaques</p>	<p><u>Traitement séquentiel de quatre semaines :</u></p> <p>Ulcères de jambe à caractère inflammatoire ayant au moins 3 des 5 signes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - douleur entre deux changements de pansement ; - érythème périlésionnel ; - œdème ; - plaie malodorante ; - exsudat abondant.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CMC : carboxyméthylcellulose

* indication de prises en charge LPP pour certaines gammes de la catégorie de pansement uniquement

Annexe II. Composition et tarif des sets à pansements commercialisés en ville

D'après « AIDE À LA PRESCRIPTION DE SORTIE DES PANSEMENTS ET DES SOINS DES PLAIES TRAITÉES EN VILLE » (OMEDIT Centre)

Composition et tarif des SETS DE PANSEMENTS commercialisés en ville (selon la LPP)								
1 soin = 1 barquette = 1 blister								
Nom du set	Set pour plaie chronique		Set de détersion		Set pour plaie post-opératoire (pansements inclus)			
Indications LPP	Plaie chronique avec peau péri-lésionnelle saine		Détersion mécanique pour plaie chronique peau péri-lésionnelle saine		Plaie post-opératoire suturée non infectée			
Surface / Taille	≤ 150 cm ²	> 150 cm ²	≤ 150 cm ²	> 150 cm ²	PETITE plaie < 5cm	Plaie MOYENNE ≥ 5cm <10cm	GRANDE plaie ≥ 10 cm	
Nb barquettes/boîte	1 boîte regroupe 5 barquettes = 5 soins				1 boîte regroupe 3 barquettes = 3 soins			
Accessoire à demander (non obligatoire dans le set)	± 1 paire de ciseaux		± 1 curette		/			
Composition de base	Pansement « sec » adhésif stérile	absence de pansement				3 /boîte (10x8cm)	3 /boîte (15x9cm)	3 /boîte (25x10cm)
	Film adhésif semi-perméable	5 films/boîte (10x15cm)				3 /boîte (12,5x10cm)	3 /boîte (20x15cm)	3 /boîte (20x30cm)
	Sacs collecteurs DASRI	5 sacs /boîte				3 sacs /boîte		
	Compresse stériles	5 compresses /barquette (10x10cm)	10 compresses /barquette (10x10cm)		5 /barquette (7,5x7,5cm)	5 /barquette (10x10cm)	10 /barquette (10x10cm)	
	Pinces stériles	2 pincés /barquette				2 pincés /barquette		
	Champ absorbant imperméable	1 champ (30x45cm) /barquette				1 champ (30x45cm) /barquette		
Code LPP	134 94 66	138 28 83	133 33 24	138 09 15	132 55 89	136 89 08	131 38 82	
Tarif remboursé / boîte (jusqu'au 31/12/2016) soit par barquette :	7,46€ soit 1,49€/soin	10,35€ soit 2,07€/soin	7,46€ soit 1,49€/soin	10,35€ soit 2,07€/soin	7,90€ soit 2,63€/soin	9,44€ soit 3,15€/soin	12,04€ soit 4,01€/soin	
Remarques	Renouvellement possible par IDE libéral La prescription ne peut pas être renouvelée plus de 3 fois, sans nouvelle ordonnance. Fournisseurs : Hartmann®, Tetra®, Lohmann®, 3M®, marques de groupements d'achats ...							

Annexe IV. Arborescence LPPR des articles pour pansements

- Titre 1 : DM pour traitements, aides à la vie, aliments et pansements
 - Chapitre 3 : Articles pour pansements, matériels de contention
 - Section 1 : Articles pour pansements
 - Sous-section 1 : Pansements
 - Paragraphe 1 : Pansements hydrocolloïdes
 - Paragraphe 2 : Pansements hydrocellulaires
 - Paragraphe 3 : Pansements alginates
 - Paragraphe 4 : Pansements hydrogels
 - Paragraphe 5 : Pansements en fibres à haut pouvoir d'absorption
 - Paragraphe 6 : Pansements à base de charbon actif
 - Paragraphe 7 : Pansements à base d'acide hyaluronique seuls
 - Paragraphe 8 : Pansements interface
 - Paragraphe 9 : Pansements vaselinés
 - Paragraphe 10 : Pansements adhésifs stériles avec compresse intégrée
 - Paragraphe 11 : Compresse stériles de coton hydrophile à bords adhésifs
 - Sous-section 2 : Pansements à l'argent
 - Sous-section 3 : Compresse et coton
 - Paragraphe 1 : Compresse stériles pour nettoyage de plaies et/ou réalisation de pansements
 - Paragraphe 2 : Autres dispositifs, non stériles, pour nettoyage de plaies et/ou réalisation de pansements
 - Sous-section 4 : moyens de fixation et de maintien
 - Paragraphe 1 : Systèmes de maintien adhésifs
 - Paragraphe 2 : Systèmes de maintien non adhésifs
 - Paragraphe 3 : Bandes de fixation extensibles
 - Sous-section 5 : Sets pour pansements
 - Paragraphe 1 : Set pour plaie post-opératoire
 - Paragraphe 2 : Set pour plaie chronique

Annexe V. Modèle de prescription de soins infirmiers proposé par l'assurance maladie

Modèle d'ordonnance n°2 pour pansement

Identification du prescripteur

NOM, Prénom

Numéro RPPS

Numéro AM ou FINESS établissement

Le.....20....

Identification du patient :

NOM, Prénom

Date de naissance

A compléter pour chaque localisation de pansement :

Soins en rapport avec une ALD exonérante : Oui Non

Faire pratiquer par IDE à compter du

A domicile Au cabinet

- Localisation de la plaie :
- Classe de pansement ou marque :
- Si besoin, préciser :
 - Irrigation
 - Détersion
 - Méchage
 - Autre :

- Fréquence de renouvellement du pansement :
- Pendant jours
- Nécessité d'une anesthésie topique ?
 - Oui
 - Non

Cachet et signature du prescripteur

Annexe VI. Répartition des 523 interventions pharmaceutiques mises en évidence lors de l'analyse de la prescription

IP relevée	Nombre d'IP relevées	Détail des DM concernés		
		Dont pansements (n= 202)	Dont Sets à pansements (n=76)	Dont compresses (n=67)
Prescription non univoque	138 (26 %)	34 (6 %)	53 (10 %)	51 (10 %)
Quantité non mentionnée	127 (24 %)	72 (14 %)	29 (6 %)	26 (5 %)
Taille non mentionnée	97 (19%)	28 (5 %)	50 (10 %)	19 (4 %)
Redondance	74 (14 %)	0	74 (14 %)	0
Non-conformité aux référentiels	42 (8 %)	42 (8 %)	0	0
Quantité sur estimée	39 (7 %)	25 (5 %)	9 (2 %)	5 (1 %)
Indication non traitée	6 (1 %)	6 (1 %)	0	0
TOTAL	523	207	215	101

Annexe VII. Répartition des classes des 202 pansements prescrits

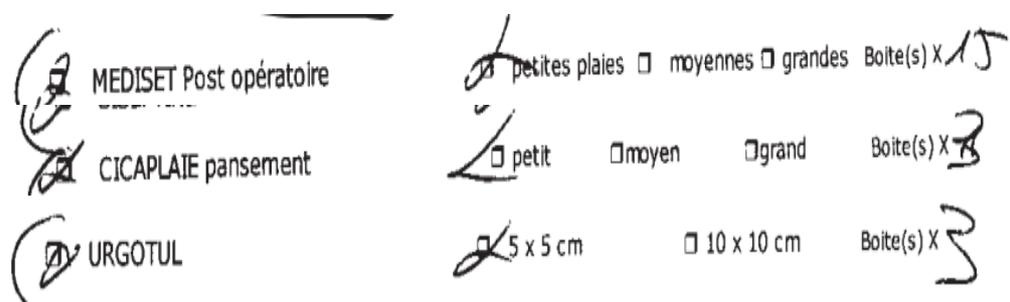
Classe de pansement		Nombre de prescription (n =202)
Pansements primaires ou actifs	Hydrocellulaire	39 (19 %)
	à absorption importante	31 (15 %)
	à absorption moyenne	5 (2 %)
	capacité d'absorption non précisée	2 (1 %)
	de forme anatomique	1 (<1 %)
	Alginate	25 (12 %)
	Interface	19 (9 %)
	Vaseliné	14 (7 %)
	Fibres à haut pouvoir d'absorption	8 (4 %)
	Pansement hydrocellulaire actif	4 (2 %)
A base d'acide hyaluronique seul	3 (1 %)	
Hydrocolloïde	3 (1 %)	
Hydrogel	2 (1 %)	
Pansements secondaires ou passifs	Pansement adhésif stérile avec compresse non tissée	32 (16 %)
	Bande	21 (10 %)
	Jersey tubulaire de maintien	10 (5 %)
	Filet tubulaire de maintien	4 (2 %)
Prescription incomplète	Classe non déterminable	18 (9 %)

Annexe VIII : Cas cliniques présentés aux étudiants officinaux

Le cas clinique

- Monsieur H, 45 ans, a été victime d'une chute domestique dans les escaliers
- Consultations aux urgences :
 - Diagnostic : Fracture déplacée sur bord radial base M5 droit
 - PEC : Bloc opératoire pour ostéosynthèse sous anesthésie loco-régionale
- Patient revu en consultation à 6 semaines :
 - Retrait des broches sous AL + Cicaplaie sur orifice

L'ordonnance de sortie



L'analyse de la prescription

- Durée des soins et rythme de changement du pansement non indiqués
- Prescription redondante : MEDISSET 15 BOITES + CICAPLAIE
- Urgotul 5*5 non commercialisé en ville

L'analyse de la dispensation et les surcoûts

Prescription	Dispensation	Soit pour 1 mois
MEDISSET petites plaies, *15	MEDISSET POST OP, 5 boites de 3	15 soins 15 pansements adhésifs stériles
CICAPLAIE, petite tailles, *3	COSPOMORES, 3 boites de 10	30 pansements adhésifs stériles
Urgotul 5x5, Boite de 10, *3	Urgotul 10*12, 3 boites de 16	48 interfaces
Prix Total	194 €	
Surcout	105 €	

Le cas clinique

- Madame N, 71 ans, est revue en consultation à S2 d'une chirurgie de décompression d'arthrodèse lombaire par voie postérieure
- Le pansement est refait ce jour en consultation.

L'ordonnance de sortie

Soins locaux à domicile par une IDE tous les deux jours, week-end et jours fériés compris, jusqu'à cicatrisation.

- ALGOSTERIL 5X5 cm	1 boîte
- PANSEMENT CICAPLAIE DE TAILLE ADAPTEE	1 boîte
- BETADINE SCRUB 125 ml	1 Flacon
- SETS A PANSEMENT STERILE	6 sets
- COMPRESSES STERILES 10X10 cm (x2)	1 boîte de 50
- SERUM PHYSIOLOGIQUE 20 cc	1 boîte

L'analyse de la prescription

- Set à pansement
- 6 SETS → Attention 6 boîtes de 3 (18 soins) ou 6 soins (12 soins)
- Prescription redondante : Pansements Cicaplaie® + Compresse

L'analyse de la dispensation et les surcoûts

Prescription	Dispensation	Soit pour 1 mois
MEDISET POST OP 6 SETS	MEDISET POST OP 6 boîtes de 3	18 psts adhésifs stériles 90 compresse
CICAPLAIE, 1 BOITE	COSPOMORES 3 boîtes de 10	30 psts adhésifs stériles
Compresse stérile, * 50	Compresse stérile, * 100	100 compresse
ALGOSTERIL 5*5, 1 boîte	ALGOSTERIL 5*5, 1 boîte	
Prix total	85 €	
Surcout	56,5 €	

La suite

- La patiente est revue en consultation 1 semaine plus tard
- Il n'y a plus aucun écoulement, la cicatrice est propre et non inflammatoire.
- **Fin du traitement**

Annexe IX. Communication affichée aux 32èmes journées nationales de formation sur les DM de l'association EURO-PHARMAT.



Analyse pharmaceutique de la prescription et dispensation des pansements : l'étude PRE-DIS-PAD

L.THOMELIN, J.OLLIVIER, L.PINON, B.MERILLOU, I.MAACHI, A.FRESSELINAT
Pharmacie des dispositifs médicaux stériles, CHU Bordeaux – Haut-Lévêque (33600 Pessac)


2

CONTEXTE

L'efficacité des prescriptions de pansements en sortie d'hospitalisation, de consultation ou d'urgence participe à la réduction des dépenses, du gaspillage et de l'impact écologique. Peu de données sont disponibles sur cette thématique.

OBJECTIFS

- 1 Favoriser le bon usage des pansements
- 2 Limiter le gaspillage
- 3 Calculer les surcoûts pour l'assurance maladie
- 4 Développer une collaboration sur les PHEV




Direction Régionale du Service Médical Pharmacie Clinique DM

MATERIELS ET METHODES

1

Extraction des données

- Les **prescriptions** de pansements en sortie rédigées par notre établissement
- Les **dispensations** associées en officine de ville
- Transmissions anonymisées (ordonnance + feuille de soins)

2

Analyse pharmaceutique

✓ de la prescription

- Prescription non univoque
- Quantité non mentionnée
- Taille non mentionnée
- Redondance

✓ de la dispensation

- Erreur par substitution
- Erreur de classe dispensée
- Mauvais conditionnement dispensé
- Quantité dispensée surestimée

3

Calcul des surcoûts

- D'un point de vue des organismes payeurs
- Les surcoûts pouvaient être liés à la (au) :
 - Prescription
 - Dispensation
 - Conditionnement commercialisé

RESULTATS

103 Ordonnances extraites

345 Lignes analysées

14 Services prescripteurs

Rythme de changement du Pansement présent : **26 %** Co – prescription de pansements primaires : **30 %**

Analyse des lignes prescrites

- 40% Prescription non univoque
- 37% Quantité non mentionnée
- 28% Taille non mentionnée
- 21% Redondance

Analyse des lignes dispensées

- 20% Erreur par substitution
- 9% Erreur de classe dispensée
- 6% Mauvais conditionnement
- 5% Quantité surestimée

Calcul des surcoûts

$$\frac{\text{Surcoût calculé (€)}}{\text{Coût total (€)}} = \frac{3\,302}{11\,398} = 30\%$$

1 613 €

Dispensation

1 100 €

Prescription

589 €

Conditionnement

DISCUSSION - CONCLUSION

L'analyse pharmaceutique a montré un **fort taux de non-conformité** sur les prescriptions et les dispensations.

La **restitution de l'analyse aux prescripteurs** a permis de corriger ces problèmes et réduire le gaspillage en ville.

Des **actions de formation** destinées aux pharmaciens d'officine permettraient aussi de **favoriser le bon usage**.

32èmes JNFDM La Rochelle

Contact : lea.thomelin@gmail.com
Mots clés : PHEV; Bon usage ; Pansement

Annexe X : « Écologie et pansements ou comment «Re-pAnser » le soin des plaies Optimiser la prescription des pansements et dispositifs associés. ». Extrait du guide des unités durables du CHU de Bordeaux

FICHE ACTION

Écologie et pansements ou comment «Re-pAnser » le soin des plaies Optimiser la prescription des pansements et dispositifs associés

L'unité :

- L'équipe mobile plaies et cicatrisation
- La pharmacie des dispositifs médicaux stériles

Le lieu :

Tous les services de soins du CHU de Bordeaux

Responsables de l'action :

- Julien Ollivier, pharmacien - poste 71982
- Bénédicte Merillou, pharmacienne - poste 74506
- Léa Thomelin, interne en pharmacie
- Cécile Rougier, cadre de santé EMPC - poste 21988

Descriptif de l'action

L'action consiste à diffuser les **bonnes pratiques de prescription des pansements et dispositifs associés**.

Première phase : la pharmacie réalise un état des lieux de la prescription des pansements issus du CHU de Bordeaux et dispensés en Nouvelle-Aquitaine, grâce à une collaboration avec la DRSM (direction régionale du service médical).

Les actions envisagées :

- Engager les médecins à prendre connaissance et à utiliser la fiche de prescription des pansements et articles de pansements présente dans DXCare
- Autoriser la prescription IDE dans Dxcare en référence au code de la santé publique permettant aux infirmières de prescrire les dispositifs pansements
- Développer une collaboration médecin, pharmacien et IDE
- Communiquer sur le bon usage du pansement et de sa juste prescription



Bilan écologique, économique et social

Impact économique

Chaque année en Nouvelle-Aquitaine, le montant des pansements remboursés en ville depuis une prescription hospitalière est supérieur à 40 Millions d'euros. Les non-conformités (comme l'absence de la référence du pansement à dispenser), les redondances entre les pansements prescrits (sets et unités), les quantités surestimées par rapport à la durée du soin ou l'absence de durée totale du soin représentent un surcoût évitable de 20% de la prescription en moyenne. L'impact attendu du projet :

- Réduction des dépenses pour la CPAM des PHEV (prescriptions hospitalières exécutées en ville)
- Réduction du reste à charge pour le patient - fréquent dépassement sur les prix de remboursement (LPPR)

Impact écologique

« La majorité des pansements sont composés de plastique non biodégradable. Ils peuvent alors prendre jusqu'à 1000 ans pour se décomposer. Étant donné leur petite taille, ils peuvent se retrouver directement dans l'environnement et représenter un danger pour notre écosystème. »

- Réduction de la consommation, du stock et du gaspillage de compresses et pansements
- Réduction des déchets de pansements et de matériels à usage unique

Impact professionnel

- Sensibilisation à la surconsommation de soins
- Renforcement de la collaboration médico-soignante et des liens ville/hôpital
- Revalorisation pour les infirmières en leur donnant accès à leur condition d'exercice de la profession et en valorisant leur place dans le parcours de soins du patient
- Accompagnement des médecins dans leurs actes de prescription
- Impact pour le patient avec une prescription optimisée et adaptée aux besoins

ÉTUDE PREDISPAD : ÉVALUATION DES PRESCRIPTIONS EN SORTIE D'HOSPITALISATION ET DE LA DISPENSATION EN VILLE DES ARTICLES POUR PANSEMENT

Introduction: En ville, la dispensation des pansements représente 10 % des dépenses de dispositifs médicaux (DM) dont une part importante est d'origine hospitalière. Cette étude constitue une analyse pharmaceutique (AP) des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de pansements, de leur dispensation et des surcoûts évitables pour favoriser leur bon usage, limiter les dépenses et le gaspillage. **Matériels et Méthodes :** Une collaboration avec la Direction Régionale du Service Médical a permis d'extraire des prescriptions de pansements provenant de l'établissement et les dispensations associées en ville. L'AP était réalisée à partir d'une grille élaborée par le service de pharmacie clinique. Les surcoûts étaient calculés à partir des données de dispensation extraites. **Résultats :** L'étude a inclus 103 prescriptions (14 services) soit 345 lignes d'articles pour pansements. Les erreurs de prescription concernaient 101 ordonnances. Les prescriptions non univoques étaient les plus retrouvées (40 % des lignes). Les quantités prescrites étaient fréquemment absentes (37 %). La dispensation était erronée sur 68 ordonnances (66 %). Les surcoûts évitables étaient estimés à 29 % du coût total (prescription 10 %, dispensation 14 %, conditionnement 5 %). **Discussion-Conclusion :** L'étude a décrit de nombreuses non-conformités sur la prescription et la dispensation de ces DM. La surconsommation de ces DM à usage unique ajoute un enjeu écologique à ce constat. La maîtrise des PHEV de pansements constitue l'un des indicateurs du nouveau Contrat d'amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins.

PREDISPAD STUDY: EVALUATION OF THE ADDITIONAL COSTS ASSOCIATED WITH THE PRESCRIPTION AND DISPENSING OF DRESSING ITEMS

Background: In town, the dispensing of dressings represents 10 % of medical device (MD) expenditures, a significant portion comes from hospital prescriptions. This study constitutes a pharmaceutical analysis (PA) of hospital prescriptions for dressings, their dispensing and associated additional costs to promote their proper use, limit expenditure and waste. **Materials and Methods:** Collaboration with the Regional Medical Service Department enabled the extraction of dressing prescriptions from the hospital and associated dispensations. The PA was based on a grid developed by the clinical pharmacy department. The extra costs were calculated from the dispensing data extracted. **Results:** The study included 103 dressing prescriptions (14 departments) representing 345 lines. Prescribing errors were found in 101 prescriptions where ambiguous prescriptions were the most common (40 % of lines). Prescribed quantities were frequently missing (37 %). Dispensing was erroneous on 68 prescriptions. Avoidable additional costs were estimated at 29 % of the total cost (prescribing 10 %, dispensing 14 %, packaging 5 %). **Discussion - Conclusion:** The study described numerous non-compliances in the prescription and dispensing of these MD. The over-consumption of these single-use devices adds an ecological issue to this observation. Control dressing expenses is a priority of health agencies and caregivers must be educated on the proper use of dressings.

DISCIPLINE: Pharmacie Hospitalière

MOTS-CLES : PHEV, Bon usage, Pansement.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. OU DU LABORATOIRE :

UNIVERSITE DE BORDEAUX

UFR DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

146 RUE LEO SAINAT

33076 BORDEAUX CEDEX