



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

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

THOMELIN Léa¹, OLLIVIER Julien¹, PINON Lucile¹, MERILLOU Bénédicte¹, MAACHI Isabelle¹, FRESSELINAT Aurélie¹.

¹ Service Pharmacie des dispositifs médicaux Stériles, Pôle des produits de santé - CHU de Bordeaux.

Auteur correspondant : Léa THOMELIN, docteur junior, CHU de Bordeaux, Avenue de Magellan, 33600 Pessac, lea.thomelin@gmail.com.

RESUMÉ

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. 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. L'étude a inclus 103 prescriptions (14 services) soit 345 lignes d'articles pour pansement. 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 pour 68 ordonnances (66 %). Les surcoûts évitables étaient estimés à 29 % du coût total (prescription 10 %, dispensation 14 %, conditionnement 5 %). 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.

Mots clés : pansements, PHEV, bon usage, efficacité.

ABSTRACT

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. 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. 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 for 68 prescriptions. Avoidable additional costs were estimated at 29 % of the total cost (prescribing 10 %, dispensing 14 %, packaging 5 %). 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.

Keys words: pads, hospital prescription, medical device expenditure.

I. INTRODUCTION ET OBJECTIFS :

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 des 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).

En tant que responsable des produits de santé, le pharmacien hospitalier contribue à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité 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.

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.

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 des PANsements associée en officine de ville afin de mieux décrire les erreurs rencontrées et évaluer le surcoût évitable pour les organismes payeurs (PRE-DIS-PAD).

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES :

1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ÉTUDE :

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.

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 Toutes Taxes Comprises (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).

Pour chaque ordonnance, les données de facturation transmises comprenaient pour chaque DM dispensé : code de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), quantité dispensée, désignation, prix unitaire, pourcentage de prise en charge par la sécurité sociale.

Ces données et les copies des ordonnances sélectionnées ont été transmises à l'équipe pharmaceutique via un lien de téléchargement sur messagerie sécurisée. Les informations relatives aux patients (sexe, date de naissance, numéro de sécurité sociale) étaient anonymisées ainsi que l'identification de la pharmacie à l'origine de la dispensation. L'identification du service et du médecin prescripteur était conservée.

Les ordonnances incluses dans l'étude étaient analysées selon trois axes successifs : une analyse pharmaceutique de la prescription médicale, puis une analyse pharmaceutique de la dispensation et une analyse des surcoûts.

Deux pharmaciens ont réalisé ces analyses de manière indépendante. En cas de discordance, l'avis d'une tierce personne était recherché.

2. ANALYSE DE LA PRESCRIPTION :

A. Données concernant les plaies :

Toutes les 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.

B. 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 [4]. Elle comprenait huit items correspondant à des problèmes pouvant justifier une intervention pharmaceutique (IP) auprès du prescripteur (Tableau I).

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.

L'anonymisation des ordonnances ne permettait pas d'évaluer la juste indication des DM prescrits selon les référentiels [1,5]. La recherche de contre-indications à l'utilisation des DM prescrits était également impossible.

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

Item	Description
Identification du prescripteur	La double identification RPPS ^a / FINESS ^b n'est pas présente sur l'ordonnance.
Prescription univoque	La désignation du produit ne permet pas son rattachement précis à la LPPR ou ne précise pas la référence exacte du DM.
Indication traitée	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	La prescription ne précise pas la taille du DM.
Quantité mentionnée	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 sur estimée	La quantité de produits ou le nombre de conditionnements nécessaires est trop important compte tenu de la durée de la prescription.

^a répertoire partagé des professionnels de santé, ^b fichier national des établissements sanitaires et sociaux

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.

a) Les pansements :

Le caractère primaire ou secondaire du pansement était analysé. En dehors des pansements hydrocellulaires superabsorbants (plaies cavitaires) et des pansements au charbon, les différents pansements primaires ne sont pas destinés à être associés entre eux sur une même plaie [5]. 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 [4]. 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 [6]. Le cas échéant, la nécessité et la présence d'un pansement secondaire était recherchée parmi les ordonnances.

La fréquence de réfection et les quantités prescrites de pansements étaient relevées pour chaque ordonnance.

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

b) Les sets à pansements :

Le type des sets à pansements prescrits était recherché : sets pour plaies post-opératoires ou sets pour plaies chroniques. Le nombre de soins prescrits par ordonnance et pouvant être délivrés au patient lors de la première dispensation était calculé.

c) Les compresses :

Le type de compresses prescrites était relevé selon leur classe : compresses non tissées ou compresses de gaze hydrophile. La mention de la taille du conditionnement l'était également.

C. 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.

3. ANALYSE DE LA DISPENSATION :

A. 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.

B. Analyse pharmaceutique :

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

Tableau II : 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 dispensé est différente de la prescription
Erreur par substitution	Une substitution a été réalisée lors de la dispensation : la marque du DM dispensé 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 boîtes inférieur aurait été suffisant
Non prescription	Le produit était dispensé mais non prescrit

Il convient de noter qu'au moment de l'étude, le code de la santé publique (CSP) ne permettait pas de droit de substitution pour les DM prescrits sous dénomination commerciale (nom de marque). Depuis, l'adoption du projet de loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour

2023 pérennise la possibilité, pour le pharmacien d'officine, de substituer certains DM et en précise les conditions et modalités [7].

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.

4. ANALYSE DES SURCOÛTS :

L'analyse 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. Ils ont été déterminés à partir des IP et erreurs de dispensation relevées lors des analyses présentées en parties 2-B) et 3-B) respectivement.

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 évitables, leur définition et les méthodes de calcul du surcoût associé figurent pour chaque catégorie dans le tableau III. Les prix évoqués correspondent au tarif de responsabilité (TR) des DM. Fixé par le comité économique des produits de santé (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.

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.

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.

Tableau III : 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

TR : tarif de responsabilité.

III. RÉSULTATS :

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.

La double identification du prescripteur (RPPS/FINESS) était présente sur 88 ordonnances (86 %).

2. ANALYSE DE LA PRESCRIPTION :

A. Données concernant les plaies :

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

B. Analyse pharmaceutique :

L'analyse pharmaceutique a été réalisée sur 345 lignes prescrites dont 202 lignes (59 %) de pansements. Des IP étaient relevées sur 101 ordonnances (98 %). Le nombre d'IP relevées était de 523 (Tableau IV). 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 IV : 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.

a) Les pansements :

Sur les 202 pansements prescrits, 39 (21 %) étaient des pansements hydrocellulaires. Il s'agissait de la classe la plus prescrite dans notre échantillon. 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 était à dispenser.

La majorité des pansements primaires non adhésifs était associée sur les ordonnances à un moyen de fixation (80 %). Un pansement primaire était utilisé pour leur fixation dans 15 % des cas, il ne s'agissait pas de pansements au charbon ou d'hydrocellulaires superabsorbants.

La fréquence de réfection des pansements prescrite était absente sur 76 ordonnances. La quantité de pansements prescrite était présente sur 91 ordonnances (88 %). Il était prescrit 20 ± 13 pansements (min = 5 ; max = 60) par ordonnance en moyenne.

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 (19 %).

b) 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).

c) 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'assurance maladie (AM) (5*5 cm).

3. INFLUENCE DU SUPPORT DE PRESCRIPTION :

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 %).

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 V).

Tableau V : Résultats de l'analyse statistique (IC : intervalle de confiance).

	Nombre moyen d'IP retrouvé		IC 95 %	p value
	par formulaire	par ordonnance non spécifique		
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

4. ANALYSE PHARMACEUTIQUE DE LA DISPENSATION :

A. Nombre de lignes et critères étudiés :

Parmi les 345 lignes prescrites, 317 (92 %) ont fait l'objet d'une dispensation. Aucune mention n'était disponible sur la cause de non dispensation. Pour une ligne prescrite, plusieurs codes LPPR pouvaient être associés si différentes boîtes avaient été dispensées. Les 345 lignes prescrites étaient rattachées à 335 codes LPPR.

B. Analyse pharmaceutique :

Au total, 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 %) puis les pansements secondaires (16 %), les compresses (14 %) et les sets à pansements (11 %).

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

5. ANALYSE DES SURCOÛTS :

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 %).

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 VI).

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

Catégorie	Cause	Fréquence (n =)	Montant (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 €

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

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

	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

IV. DISCUSSION :

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 au sein de l'établissement.

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).

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) [8]. Hentz et al. retrouvaient 58 % de prescriptions non univoques issues des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg en 2018 [9].

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 [8].

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 [9–12].

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

présentant au moins une non-conformité par rapport aux référentiels de bon usage [9]. 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 [13].

A. 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 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 [14]. 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 [15].

B. 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 8 % des ordonnances étaient manuscrites.

C. 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 12 mois, les renouvellements « jusqu'à guérison » ou « jusqu'à cicatrisation » retrouvés sur 20 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.

D. 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 amenée à découper les pansements du fait d'une mauvaise taille pour recouvrir la plaie [16].

E. 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'Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) Centre a publié un outil d'aide à la prescription de sortie [17] sur laquelle figure un tableau détaillant les tarifs et la composition des sets à pansements commercialisés en ville.

F. 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 pansement interface ou des compresses en fibre d'alginate de calcium, 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.

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.

A. 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 service attendu, et répondaient strictement aux spécifications techniques minimales précisées sur la LPPR. Leur impact sur la prise en charge de la plaie était donc minime.

D'après la base de données « Open LPP » en 2021, 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. 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 [18]. Par exemple : « pansement hydrocellulaire adhésif d'absorption moyenne, taille 8 x 10 cm ».

B. 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. 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, s'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.

5. ANALYSE DES SURCOÛTS :

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.

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.
- 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.

7. LIMITE DE L'ÉTUDE :

L'anonymisation des ordonnances constitue un frein de l'étude. En effet, ne pouvant consulter les dossiers médicaux des patients, 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.

V. CONCLUSION :

L'étude PRE-DIS-PAD a permis de cibler les actions de bon usage à mener auprès des prescripteurs de l'établissement d'après les erreurs fréquemment retrouvées pour chaque service lors de l'analyse de la prescription.

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 infirmiers diplômés d'état et la prise en charge par l'AM.

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.

VI. LIENS D'INTERET :

Les auteurs n'ont pas de conflit d'intérêt à déclarer en lien avec le sujet présenté dans cet article.

VII. REFERENCES :

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. MINISTERE DE LA SOLIDARITE ET DE LA SANTE. 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. Tech Chir - Chir Plast Reconstr Esthét. 21 juill 2021;34(4):1-13.
4. Prescription Hospitalière et bonne dispensation en Ville - Pansements [Internet]. [cité 28 mai 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-09/ste_20170009_0000_0114.pdf : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-09/ste_20170009_0000_0114.pdf
5. 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
6. Philippe A. Les pansements secondaires. Soins. janv 2016;61(802):51-3.
7. Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000046791847
8. Richard M, Delannoy V, Courrege J, Chkair S, Leguelinel-Blache G. Optimization of post-surgical wound by a multidisciplinary team: pilot feasibility study. Ann Pharm Fr. sept 2020;78(5):435-46.
9. 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.
10. 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>
11. 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
 12. 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 [Thèse de Pharmacie]. Université de Bordeaux; 2018.
 13. 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>
 14. 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.
 15. Stephen-Haynes J, Bielby A, Searle R. Putting patients first: reducing the human and economic costs of wounds. Wounds UK. 2011;7(3).
 16. 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.
 17. 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
 18. Faucher N. La prescription des pansements. Soins. janv 2016;61(802):48-50.