

**PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES EXECUTEES EN VILLE DE
DISPOSITIFS MEDICAUX : ETAT DES LIEUX ET PISTES
D'OPTIMISATION**

**HOSPITAL DISCHARGE PRESCRIPTION CONTROL : MEDICAL
DEVICE CLINICAL PHARMACY CONTRIBUTION**

Julien OLLIVIER^{1#} ; Océanne VERGNAUD¹ ; Pauline GOHIER¹, PharmD ; Caroline BAUDET¹, PharmD ; Aurélie FRESSELINAT¹, PharmD ; Isabelle MAACHI¹ PharmD.

1. Pharmacie clinique des dispositifs médicaux, Pôle des produits de santé. Hôpital Haut Lévêque. CHU de BORDEAUX Avenue de Magellan. 33600 Pessac.

Auteur correspondant : Julien OLLIVIER

Service de Pharmacie clinique des dispositifs médicaux

CHU de BORDEAUX, Hôpital Haut-Lévêque

Avenue de Magellan, 33 600 Pessac

Mail : julien.ollivier@chu-bordeaux.fr

Pages (hors bibliographie, figures et tableaux) : 19

Figure : 4

Tableau : 2

Mots : 4889

RESUME

Introduction : Le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficienc e des Soins (CAQES) définit la maîtrise des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) comme une priorité. La dispensation des dispositifs médicaux (DM) peut constituer une difficulté pour les professionnels de santé en ville. L'objectif de l'étude est de décrire les actions mises en place afin d'évaluer et d'optimiser les PHEV de DM.

Matériels et méthodes : L'étude se divise en quatre parties. (1) Une grille d'analyse pharmaceutique (AP) a donné lieu à une analyse rétrospective des ordonnances de sortie d'hospitalisation. (2) Une étude de la facturation d'ordonnances de perfusions exécutées en ville et remboursées par l'assurance maladie a été réalisée. (3) Un questionnaire diffusé auprès des officines a permis de mener une enquête sur la dispensation des DM. (4) Une revue de cas cliniques a été proposée aux étudiants en pharmacie.

Résultats : (1) L'AP réalisée sur 108 ordonnances a relevé 226 problèmes sur 398 lignes de prescription (57 %). Le surcout était estimé à 1 914 € (2) L'étude a mis en évidence des axes d'amélioration dans le domaine de la perfusion : perfusion à domicile de chimiothérapie, d'apomorphine et d'acide zolédronique. Un travail sur la qualité de l'ordonnance est préconisé. (3) L'enquête a mis en évidence les difficultés rencontrées sur la référence exacte du DM à dispenser (75 % des officinaux), sa quantité (60 %) et les modalités de facturation (55 %). (4) Trente-cinq cas ont été présentés par les étudiants, ciblant leurs connaissances théoriques et une AP de la prescription.

Conclusion : En ville comme à l'hôpital, la pertinence de l'ordonnance revêt un caractère primordial pour une dispensation correcte des DM associée à une maîtrise des dépenses.

MOTS CLES : lien ville/hôpital ; prescriptions hospitalières exécutées en ville ; bon usage ; analyse pharmaceutique

ABSTRACT

CONTEXT

Control of hospital discharge prescription is defined as a priority by the contracts between hospitals, health regional agencies and health insurance named CAQES (Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins). Medical device prescription and delivery could be a challenge for health care professional. The aim of this study is to describe the actions implemented to control expenditure.

MATERIAL AND METHODS

The study was consisted of four parts. (1) A pharmaceutical analysis was realized by reviewing medical device prescription in out-patient. (2) Then, we evaluated the way of charging medical device reimbursed by health insurance. (3) A survey was send to pharmacist in order to evaluate medical device delivery. (4) A clinical case review was realized by pharmacy students.

RESULTS

(1) Pharmaceutical analysis, led on 108 prescriptions, showed 226 problems (57 %). Additional cost was estimated to 1914 €. (2) The survey found several areas of improvement: home infusion of chemotherapy, apomorphine and zoledronic acid infusion. The quality of prescribing by physicians must be improved. (3) The survey permitted to highlight many difficulties concerning medical device delivery: the reference (75 % of answers), the amount of medical device (60 %) and way of charging (55 %). (4) Thirty five cases were presented by student associating technical information and pharmaceutical analysis.

CONCLUSION

In community and hospital medicine, appropriateness of medical device prescriptions is an important way to secure dispensation and control expenditure.

KEYWORDS Hospital-to-community liaison; hospital discharge prescription; pharmaceutical analysis; appropriate use;

I. INTRODUCTION

En France, on estime le nombre de dispositifs médicaux (DM) commercialisés entre 800 000 et 2 millions d'après le Ministère de l'industrie [1]. Compte tenu de la grande variété de gammes et de références disponibles, la prescription et la dispensation des DM peuvent représenter une difficulté pour les professionnels de santé [2].

Les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) correspondent aux prescriptions établies par des professionnels hospitaliers, rédigées en sortie d'hospitalisation (séjours en ambulatoire ou non), lors d'un passage aux urgences ou au cours d'une consultation externe [3]. En 2016, avec un montant remboursé de 11,7 milliards d'euros, les PHEV représentaient près d'un quart (24 %) de l'ensemble des prescriptions exécutées en ville. En montant, les prescriptions de produits et prestations remboursables représentent 14 % des PHEV. Par ailleurs, 30 % des produits et prestations délivrés en ville sont issus de PHEV. [4]. Le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES) signé par l'ensemble des établissements définit désormais la maîtrise des PHEV comme une priorité nationale.

Dans les établissements de santé, le pharmacien participe à toute action d'information sur les produits de santé ainsi qu'à toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage. Ces missions sont inscrites dans le décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur [5]. Or, il existe peu d'outils d'évaluation de la qualité et de la pertinence des ordonnances de dispositifs médicaux au niveau national (à l'inverse du médicament, telle que la grille de la société française de pharmacie clinique). Peu d'études décrivent la qualité et la pertinence des ordonnances, alors qu'il s'agit de la base requise pour la dispensation correcte de DM [6] et une prise en charge optimisée du patient à domicile.

En complément, l'information donnée aux patients à l'hôpital et en ville participe à l'efficacité et à la sécurité du traitement [7]. Une étude menée auprès des pharmaciens d'officine dans le cadre du suivi des patients atteints de cancer montrait que 40 % des patients avaient des questions sur les DM dispensés (diffuseurs portables, pansements, etc.) [8]. Le lien ville-hôpital permet également d'assurer une meilleure disponibilité en ville de l'ensemble des traitements du patient et évite les erreurs de dispensation [7]. La dispensation des DM n'étant pas soumise au monopole pharmaceutique, il convient également de développer ce lien avec l'ensemble des acteurs comme les infirmiers à domicile, les structures d'hospitalisations à domicile, les prestataires de santé à domicile ou encore les distributeurs de matériel médical.

L'objectif de cette étude est de décrire les actions de pharmacie clinique conduites par notre établissement de santé afin de favoriser le bon usage et la maîtrise des dépenses des PHEV de DM.

II. MATERIELS ET METHODES

Le travail a été mené par l'équipe de la pharmacie clinique des dispositifs médicaux de notre établissement composée de cinq pharmaciens, cinq internes, deux externes en pharmacie et cinq préparateurs en pharmacie hospitalière.

Le travail a ciblé différents points de transition dans le parcours de soins du patient pouvant donner lieu à la prescription de dispositifs médicaux dispensés en ville (figure 1).

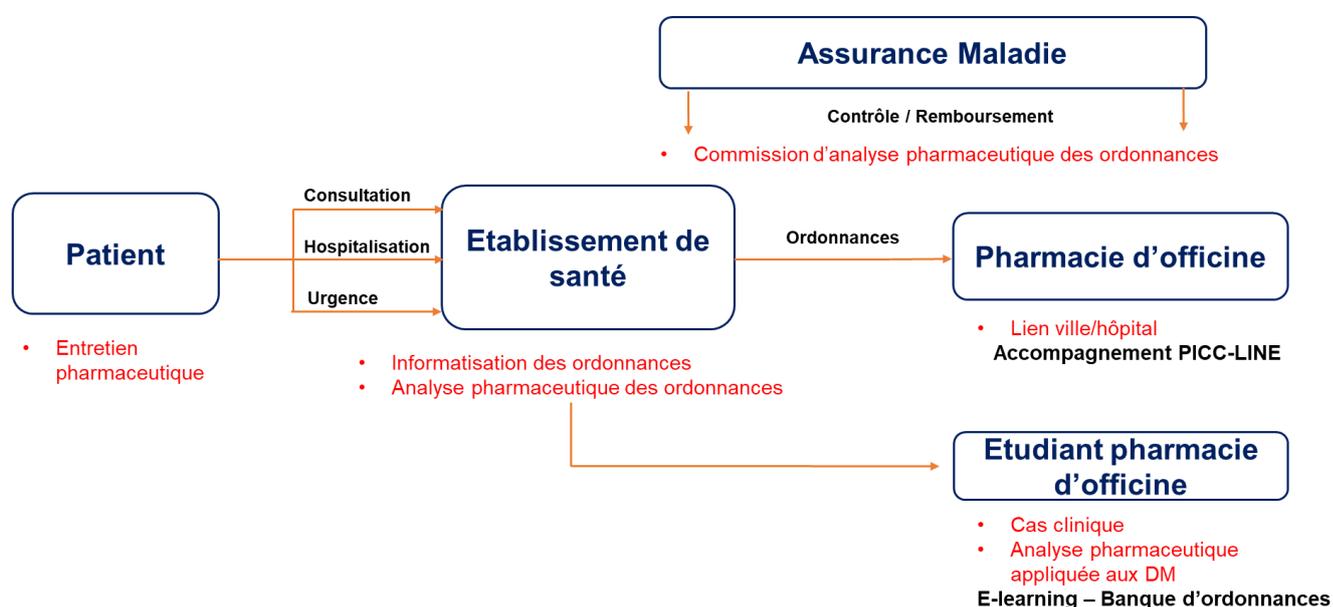


Figure 1. Actions de pharmacie clinique développées pour la maîtrise des PHEV.

Les différentes activités de pharmacie clinique développées sont détaillées ci-dessous :

II.1. Analyse pharmaceutique des prescriptions

L'étude a inclus les prescriptions de DM en sortie d'hospitalisation de deux services et des urgences sur une période d'un mois. Les ordonnances étaient extraites du logiciel d'aide à la gestion du dossier patient Dx CARE™. L'analyse pharmaceutique des prescriptions a été réalisée selon une grille élaborée par le service de pharmacie clinique des DM en se basant sur celle développée par la société française de pharmacie clinique [9] et sur les données de la littérature. La grille regroupe 15 problèmes présentés dans le tableau I. Pour chaque prescription, les DM étaient répertoriés par abord. L'analyse était réalisée de façon indépendante par deux personnes de l'équipe. En cas de discordance, la prescription était revue par un tiers pour validation du problème. A partir des tarifs de remboursement, une analyse des surcoûts était réalisée en cas de problème lié à un DM prescrit non indiqué, une quantité trop importante, une redondance ou une non-conformité.

Tableau I. Analyse pharmaceutique appliquée aux DM : grille de recueil des problèmes.

Problème	Description
Identification du prescripteur	La double identification RPSS / FINESS est absente.
Contre-indication	Il existe une contre-indication à l'usage de ce DM.
Non-conformité aux référentiels	Un autre DM est tout aussi efficace et moins couteux pour ce patient conformément aux recommandations.
Indication non traitée	Un DM devrait être associé à la prescription.
Dispositif médical non indiqué	Un DM est prescrit sans indication justifiée.
Référence	La désignation du DM ne permet pas son rattachement précis à la LPP (ex. :« pansement »).
Taille	La prescription ne précise pas la taille du DM.
Durée	La durée du traitement n'est pas précisée.
Quantité non mentionnée	La quantité de DM n'est pas mentionnée.
Quantité insuffisante	La quantité de DM ne permet pas de couvrir la durée de la prescription.
Quantité surestimée	La quantité de DM est trop importante.
Redondance	Le DM prescrit est redondant avec un autre DM de l'ordonnance.
Précaution d'emploi	Les modalités d'utilisation du DM ne sont pas correctes.
Facturation	Achat et/ou location du DM non mentionnés.
Voie d'abord et mode d'administration	La voie d'abord ou le mode d'administration n'est pas conforme.

II.2. Pratiques de facturation : audit par assurance maladie et pharmacien hospitalier sur la perfusion à domicile.

Une série de rencontres avec l'assurance maladie (AM) a permis de procéder à une analyse des ordonnances de PHEV sur la perfusion à domicile sur l'année 2019. L'AM a extrait des prescriptions de notre établissement. Les éléments de discussion concernaient la conformité de l'ordonnance et les produits et prestations facturés.

II.3. Pratiques de dispensation - enquête auprès des officines

Une enquête téléphonique basée sur une prescription de DM pour entretien de PICC-LINE a été réalisée auprès des pharmaciens d'officines. Les pharmacies d'officine ayant dispensé le plus de DM issus de prescriptions de notre établissement ont été incluses (source assurance maladie). Deux pharmaciens (JO et PG) ont construit le questionnaire et assuré des entretiens téléphoniques au cours des mois de janvier et février 2020.

Les questions étaient les suivantes :

- Connaissez-vous le DM « PICC-LINE » ?
- Possédez-vous en stock le matériel nécessaire à l'entretien du pansement ?
- Substituez-vous un DM manquant par un autre de la même classe ?
- Comment facturez-vous les DM dispensés ?
- Les DM dispensés au patient sont-ils tracés dans votre logiciel métier ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous au cours de la dispensation ?
- Quelles sources d'informations utilisez-vous en cas de difficultés ?
- Quelles pistes d'amélioration proposez-vous pour faciliter la dispensation ?

II.4. Formation des professionnels de santé

Afin de renforcer le lien ville-hôpital, notre équipe a profité de ses missions d'enseignements pour renforcer la formation des étudiants en 5^{ème} année de pharmacie filière officine sur l'analyse pharmaceutique appliquée aux dispositifs médicaux. Une revue de cas cliniques a ainsi été mise en place. Pour l'année 2020, 35 cas ont été proposés. Par binôme, les étudiants ont fait une présentation décrivant : la pathologie, les DM utilisés, leurs indications, l'analyse de la prescription et les modalités de facturation.

III. RESULTATS

III.1. Analyse pharmaceutique des prescriptions

Du 1^{er} au 31 mars 2020, 108 ordonnances comportant 398 lignes de DM ont été analysées et 227 problèmes relevés (57 %). Les problèmes concernaient majoritairement l'absence de référence ou nom générique entraînant des incertitudes sur le DM à dispenser mais aussi la taille du DM à dispenser et la durée totale de la prescription (figure 2). Les problèmes relevaient majoritairement des pansements et des DM de l'abord génito-urinaire (figure 3). Cinquante-quatre lignes étaient susceptibles d'engendrer un surcout lors de la dispensation (14 % des lignes de DM prescrites). Les surcouts concernaient majoritairement la classe des pansements (63 % des lignes). Ils étaient le plus souvent associés à une quantité prescrite surestimée (37 % des lignes).

Le surcout sur les 108 ordonnances analysées est estimé à 1 914 € pour l'assurance maladie pour une durée moyenne d'un mois de traitement.

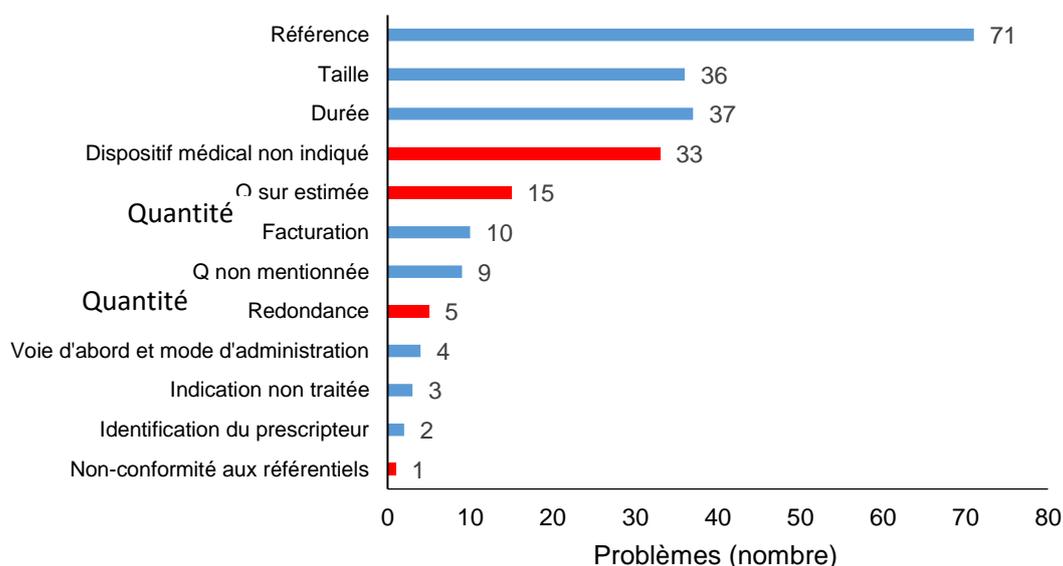


Figure 2. Répartition des problèmes par typologie.

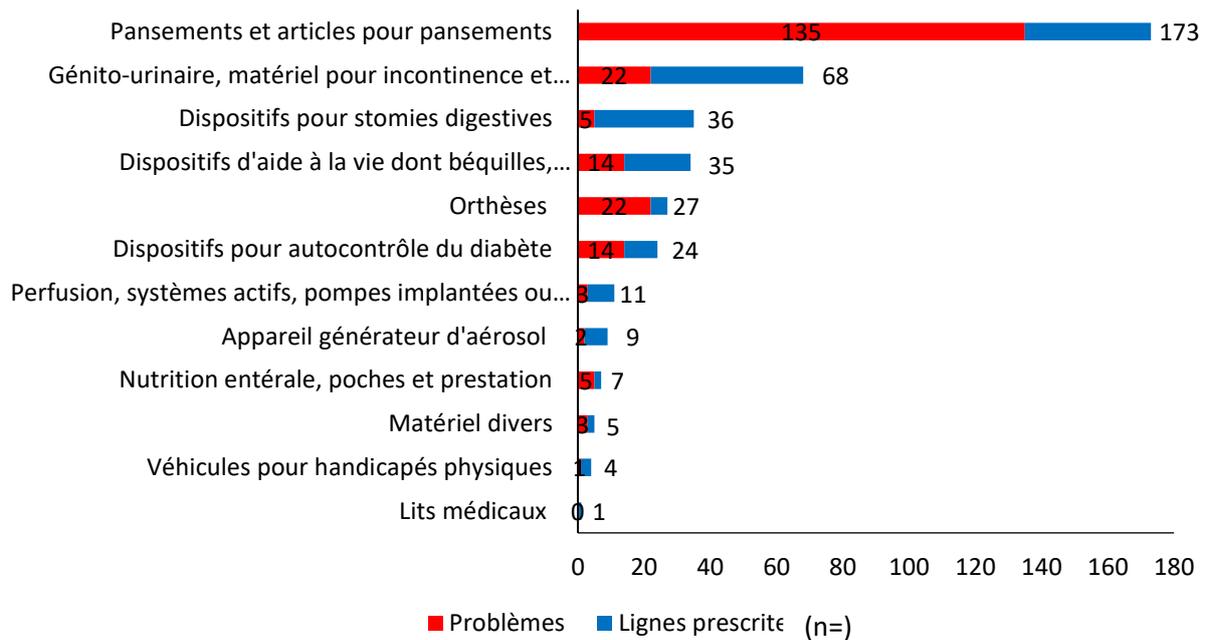


Figure 3. Répartition des problèmes relevés par abord.

III.2. Pratiques de facturation : audit par assurance maladie et pharmacien hospitalier sur la perfusion à domicile.

L'analyse des ordonnances a permis de cibler des axes d'amélioration concernant le bon usage des dispositifs médicaux et les pratiques des prestataires de santé à domicile (PSAD) et des pharmacies d'officine. Ces axes concernaient :

- **la préparation des perfusions de 5-FU pour les patients hospitalisés dans un autre établissement (sous-traitance)**

Le RPPS du prescripteur de l'autre établissement était absent de l'ordonnance. Les dépenses de PHEV étaient rattachées à notre établissement faute d'identification. Cette pratique entraînait un surcoût en PHEV pour notre établissement de 95,31 € soit le prix de la cure par patient sous diffuseur fourni par le prestataire.

- **le suivi et l'entretien des perfusions de nutrition parentérale**

La prise en charge des patients s'effectue selon les forfaits de nutrition parentérale à domicile. Des prestataires facturaient un kit d'héparinisation sur chambre implantable à l'aide du forfait d'entretien de la voie centrale PERFADOM 21. Ce forfait de perfusion est incompatible avec le forfait de nutrition parentérale ; la prestation étant déjà comprise dans le forfait de nutrition

parentérale. Ceci engendrait un surcout pour l'assurance maladie de 36,64 € par mois et par patient.

- **La perfusion d'acide zolédronique**

La perfusion d'acide zolédronique est réalisée en une seule injection. Des forfaits hebdomadaires de suivi de perfusion (PERFADOM 7/8) étaient facturés à tort représentant un surcout de 50 à 110 € par injection et par patient pour l'assurance maladie. Ces forfaits sont à facturer uniquement si le patient reçoit plusieurs injections ce qui n'est pas le cas pour ces prescriptions (injection unique).

- **La perfusion d'apomorphine**

Le traitement par apomorphine est réalisé par une perfusion multi-débit au domicile du patient 24h/24. Selon les cas, la dose perfusée sur une journée nécessite un changement de seringue. Les professionnels facturaient deux perfusions par jour à tort. La ligne de perfusion restant la même, une seule facturation doit être réalisée. Le surcout est de 242 euros par patient et par semaine.

- **La qualité de l'ordonnance**

En synthèse, l'échange entre les différents participants a permis de souligner que l'absence de référence exacte ou du forfait sur l'ordonnance était à l'origine de mésusage sur les ordonnances et d'augmentation des dépenses PHEV *via* la facturation de forfaits inadaptés.

III.3. Pratiques de dispensation - enquête auprès des officines

Du 1^{er} au 28 Février 2020, sur 42 pharmacies contactées, 35 ont participé à l'enquête (83 %). Au final, la plupart des pharmaciens interrogés révélaient avoir des problèmes quant à la référence exacte de DM à dispenser (74 %), la quantité à dispenser (60 %), et la facturation (54 %). Une amélioration de la qualité de l'ordonnance est souhaitée par 57 % des pharmaciens interrogés pour faciliter la dispensation (tableau II).

Tableau II. Résultats de l'enquête sur les pratiques de dispensation de dispositifs médicaux en officine auprès de 35 pharmaciens.

Questions	Réponse	N=	%
Connaissez-vous le DM « PICC-LINE » ?	Oui	27	77 %
	Non	8	23 %
Possédez-vous le matériel nécessaire à l'entretien du pansement en stock ?	Oui	6	17 %
	Non	29	83 %
Substituez-vous un DM manquant par un autre de la même classe ?	Oui	27	77 %
	Non	8	23 %
Comment facturez-vous les DM dispensés ?	PERFADOM 22	14	40 %
	Un ou plusieurs autres forfaits	14	40 %
	Facturation des DM à l'unité	7	20 %
Les DM dispensés au patient sont-ils tracés dans votre logiciel métier ?	Oui	18	51 %
	Non	17	49 %
Quelles difficultés rencontrez-vous au cours de la dispensation ?	Référence exacte à dispenser	26	74 %
	Quantité de DM à dispenser	21	60 %
	Facturation	19	54 %
Quelles sources d'informations utilisez-vous en cas de difficultés ?	Internet	23	66 %
	Documentation laboratoire	14	40 %
	Documentation établissement de santé	4	11 %
Quelles pistes d'amélioration proposez-vous pour faciliter la dispensation ?	Qualité de l'ordonnance	20	57 %
	Fiche de liaison	12	34 %

III.4. Formation

Au début de la formation, un livret a été remis aux étudiants comprenant des documents d'aide à la dispensation des dispositifs médicaux et la grille d'analyse pharmaceutique. Les étudiants avaient un mois pour préparer une courte présentation de 10 minutes reprenant la pathologie du patient, l'analyse technique des dispositifs médicaux utilisés ainsi que l'analyse pharmaceutique de la prescription réalisée en sortie d'hospitalisation. Cette présentation a ensuite été suivie d'une discussion avec deux pharmaciens hospitaliers spécialisés en pharmacie clinique des dispositifs médicaux. Nous détaillerons ici l'exemple d'un cas clinique donné aux étudiants.

Mr T, 76 ans, est atteint d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures. Il a été hospitalisé pour un bilan carcinologique complet. Devant l'altération de son état général, une gastrostomie a été mise en place avec un protocole de réalimentation adapté. Le médecin a rédigé trois prescriptions pour la sortie d'hospitalisation (figure 4).

<p>Nutrition entérale à domicile / prescription initiale</p> <p>Forfait de première installation</p> <p>Forfait hebdomadaire de nutrition entérale <u>avec</u> pompe</p> <p><u>Nutriments pour nutrition entérale à domicile</u> : NUTRISON ENERGY MULTIFIBRES</p> <p>3X 500ML ml par jour du produit</p> <p>Vente / Location d'un pied à sérum</p> <p>Set de soins pour gastrostomie (1 set = 10 soins) : 2/14 jours</p> <p>Sonde de gastrostomie type MIC-B diamètre 16 Fr ref. 0110-16LV : 1 unité</p> <p style="text-align: right;">Ordonnance pour 14 jours</p>

<p>Nutrition entérale à domicile / renouvellement</p> <p>Forfait hebdomadaire de nutrition entérale <u>avec</u> pompe</p> <p><u>Nutriments pour nutrition entérale à domicile</u> :</p> <p>NUTRISON ENERGY MULTIFIBRES</p> <p>3X 500ML ml par jour du produit</p> <p>Vente / Location d'un pied à sérum</p> <p>Set de soins pour gastrostomie (1 set = 10 soins) : 3/mois</p> <p>Set de remplacement pour sonde de gastrostomie (1set = 1 soin) : 1</p> <p style="text-align: right;">Ordonnance pour 1 mois</p> <p style="text-align: right;">Ordonnance à renouveler : 2 fois.</p>

- Eau PPI : dosettes de 10ml (1 par semaine)	
- Seringue de 10ml (1 par semaine)	
- Pansement ALLEVYN ADHESIVE 12.5cm x 12.5cm (1 boîte de 10 unités)	
- Compresses stériles (5unités par semaines)	
- Sérum physiologique en dosettes (2 dosettes par semaine)	
- Bétadine scrub (1 flacon de 125ml)	Ordonnance pour 1 mois

Figure 4. Ordonnances 1-2-3 de nutrition entérale à domicile

Ci-dessous est présenté l'exemple de l'analyse réalisée par les étudiants :

L'exposé se divise en deux parties. Les étudiants détaillent les connaissances théoriques associées à la gastrostomie :

- ▶ Indication d'une gastrostomie
 - ▶ Nutrition entérale prolongée (> 4 semaines).
 - ▶ Impossibilité de poser une sonde nasale à cause d'une obstruction → cancer ORL.
- ▶ Prescription initiale
 - ▶ Prescription initiale d'un forfait de nutrition pour 14 jours par un médecin hospitalier.
 - ▶ Les sondes doivent être en silicone ou polyuréthane avec une charrière de 9 à 14 CH.
- ▶ Modalités de facturation: Ordonnance 1
 - ▶ Forfait nutrition entérale, forfait de première installation, code LPP : 1153480.
 - ▶ Ce forfait couvre la fourniture du matériel nécessaire et la prestation de service durant les 14 premiers jours.
 - ▶ Prestation de première installation prescrite pour 14 jours et une seule fois pour un malade.
- ▶ Modalités de facturation: Ordonnance 2
 - ▶ Produits pour nutrition et matériels d'administration.
 - ▶ Forfait hebdomadaire 2 avec pompe ou régulateur de débit, calculé de date à date, code LPP : 1176876.

Une analyse pharmaceutique reprend ensuite les différentes interventions réalisées. Les problèmes étaient les suivants :

- ▶ Redondance : set de soins pour gastrostomie et ordonnance 3.
- ▶ Le set comprend pour partie l'ensemble des références prescrites, dont l'eau PPI (non remboursée, reste à charge pour le patient non justifié).
- ▶ La sonde de gastrostomie peut être laissée jusqu'à 3 mois → quantité surestimée
 - ▶ Le patient sort d'hospitalisation avec sa sonde de gastrostomie en place. Il n'est pas nécessaire de la faire figurer sur l'ordonnance 1.

IV. DISCUSSION

L'étude a permis de dégager de nombreuses pistes d'amélioration concernant la bonne dispensation des dispositifs médicaux en ville. L'analyse des prescriptions en sortie d'hospitalisation a mis en évidence un taux élevé de problèmes (56 % des lignes de DM prescrites). L'audit avec l'assurance maladie a montré une surfacturation de produits et prestations non justifiés. L'enquête auprès des officinaux a montré que 74 % d'entre eux rencontrent des difficultés sur la référence à dispenser confirmant l'importance de développer la formation des étudiants à l'analyse pharmaceutique des prescriptions.

L'analyse pharmaceutique a révélé que l'absence de référence ou nom générique était le problème le plus rencontré (31 %) devant l'absence de la taille du DM à dispenser (16 %). Ces problèmes concernaient majoritairement la classe des pansements. L'analyse a permis de mettre en évidence des redondances ou des quantités de DM surestimées dans les prescriptions engendrant un surcout pour l'assurance maladie. Egalement, 33 lignes de DM n'étaient pas indiquées pour la prise en charge du patient. L'analyse pharmaceutique concourt à une optimisation de l'efficacité et de la sécurité des thérapeutiques, ainsi qu'à une minimisation des coûts et une compliance au traitement optimale [10]. Le taux de concordance entre les deux pharmaciens menant l'analyse était élevé (94 %). Il existe encore peu de données sur l'analyse d'ordonnances appliquées aux DM. Dans une étude sur l'optimisation de la prise en charge des plaies post-opératoire, Richard et al. ont montré que les interventions pharmaceutiques réalisées concourraient à diminuer de moitié le nombre d'ordonnances présentant au moins une non-conformité par rapport aux référentiels de bon usage [11]. Les interventions participaient à améliorer la qualité de la prise en charge en fluidifiant notamment le parcours patient.

A l'avenir, la multiplication de ces expériences permettrait de mieux valoriser l'activité du pharmacien clinicien et l'importance de ces actions dans la prise en charge du patient [12].

Dans les établissements de santé, le défaut d'informatisation des prescriptions rend difficile l'accès à l'exhaustivité des ordonnances de DM [13]. L'informatisation permet un accès plus systématique du pharmacien au contenu de la prescription, permettant le développement de la pharmacie clinique. Elle peut également être associée à une amélioration de la qualité de la prescription en structurant cette dernière par le biais de formulaires développés en collaboration pharmacien-médecin. L'étude montre que 70 % des problèmes relevaient de problèmes de formes (absence de référence, taille, durée, quantité) qui pourraient être corrigés par ces formulaires. L'interfaçage des logiciels de prescription avec les bases de données de DM commercialisés en ville permettrait d'améliorer cette situation.

Enfin, à travers cette nouvelle approche, les pharmaciens hospitaliers responsables des DM développent une nouvelle activité de pharmacie clinique, avec comme objectifs d'améliorer l'organisation de soins, de sécuriser la prise en charge du patient, d'assurer un suivi continu des indications d'utilisation des DM [14].

L'audit des prescriptions réalisées avec l'assurance maladie a relevé de nombreuses améliorations possibles pour réduire le risque de surfacturation de produits ou prestations à l'assurance maladie. Ces échanges permettent de retracer l'ensemble du circuit depuis la prescription jusqu'à la facturation en passant par la dispensation, de cibler directement des actions correctives nécessaires à la maîtrise des PHEV tout en garantissant un niveau de soins équivalent.

Il n'existe actuellement aucune base librement accessible aux hospitaliers pour relier les prescriptions aux forfaits dispensés. A l'inverse, l'assurance maladie possède l'exhaustivité des prescriptions et des produits et prestations facturés en ville. En comparaison au médicament, où la pharmaco-épidémiologie a permis la publication de nombreuses études sur la consommation des médicaments en ville, les études sur le DM restent peu nombreuses. Le développement du « Health DATA HUB » permettra de mieux décrire ces pratiques [15]. Le pharmacien hospitalier doit saisir cette opportunité pour développer la recherche appliquée à la « matério-épidémiologie » [16]. Le développement d'EUDAMED pourrait permettre de disposer d'une base de données fiable et accessible au plus grand nombre regroupant l'ensemble des DM commercialisés [17].

Concernant l'enquête auprès des pharmaciens d'officine, une amélioration de la qualité de l'ordonnance est souhaitée par 57 % des pharmaciens interrogés pour faciliter la dispensation. Cette amélioration concerne l'exhaustivité des informations sur le DM à dispenser ainsi que le respect des exigences réglementaires. Cette enquête permet d'apporter des données de vie réelle. La dispensation des DM en pharmacie de ville représente une difficulté pour les professionnels concernés, quant à la référence exacte à dispenser (74 %), la quantité à dispenser (60 %), et la facturation (54 %).

Un renforcement de la formation initiale sur les DM améliorerait l'expertise technique des pharmaciens (près du quart d'entre eux ne connaissait pas le PICC-LINE) et leur permettrait de mieux détecter les problèmes de prescriptions à l'officine et d'apporter des conseils de bon usage [18].

Cette formation devrait également aborder la question particulière de la facturation des DM et les particularités de la liste des produits et prestations remboursables. Cette méconnaissance était par exemple à l'origine de dépenses supplémentaires pour l'assurance maladie d'après notre étude. Une meilleure formation des médecins et étudiants en médecine permettrait en parallèle d'améliorer la qualité de prescription des DM.

D'après les autorités de santé, le lien ville hôpital doit trouver sa source dès la formation initiale des professionnels de santé [19]. L'offre de formation en coordination avec les universités, les CHU et les maîtres de stage doit permettre de confronter les étudiants aux problématiques du quotidien. Elle doit préparer les étudiants à un exercice coordonné (relation ville – hôpital, interaction avec les autres professionnels de santé) et doit également inclure une formation technique sur les dispositifs médicaux et les stratégies de prises en charge.

La mise en situation à l'aide de cas cliniques est un moyen de formation à privilégier. Ce travail leur permettra de mieux appréhender la dispensation des DM et de développer l'activité de pharmacie clinique durant leur externat. Après validation, le travail pourra être diffusé aux officines. Notons que cette formation initiale nécessiterait d'être complétée par une formation continue, et relayée par des actions de formation et de communication émanant de l'assurance maladie, et destinées aux professionnels.

L'étude comprend des limites. L'enquête auprès des pharmaciens d'officines s'appuie sur un échantillon faible avec des données déclaratives. Ces données devraient être confrontées avec les produits et prestations facturés auprès de l'assurance maladie pour améliorer la robustesse

de l'étude. L'étude n'a pas pu évaluer l'impact clinique pour le patient (retard dans la prise en charge, DM dispensés inadéquats dans la prise en charge, refus de prise en charge par l'assurance maladie). Il n'a pas été possible de chiffrer les non conformités référencées lors du travail avec l'assurance maladie mais seulement de relever une tendance des non-conformités. Un travail plus abouti sur ces bases de données permettrait de mieux décrire ces problèmes à un échelon régional ou national.

Ce travail met en évidence l'importance du développement de la pharmacie clinique appliquée aux DM. L'amélioration de la qualité des ordonnances de DM et une meilleure communication auprès des professionnels de villes sont deux facteurs importants pour mieux maîtriser les PHEV tout en participant à l'amélioration de la prise en charge du patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Borowczyk J, Dharréville P. Rapport d'information par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'information relative aux dispositifs médicaux. Assemblée Nationale. Mars 2019. Consulté le 31/11/2020.
(URL:www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/115b1734_rapport-information#)
2. 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. Sciences pharmaceutiques. Septembre 2018.
3. Siorat V, Chasport C, Meyer J-F et al. Hospital prescriptions of drugs dispensed at community pharmacies: Analysis of practices and expenditures optimization — leading a reflection in a university hospital centre. Pharm Hosp Clin. Mars 2020.
4. Assurance Maladie. Les prescriptions hospitalières exécutées en ville. Points repères. Numéro 49. Février 2018. Consulté le 31/08/2020
(URL: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_49_-_Les_PHMEV_en_2016.pdf)
5. Décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur. JORF n°0119 du 23 mai 2019. Consulté le 22/07/2021. (URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038496476/>)
6. Painchart L, Drancourt P, Aubert J et al. Intérêts et difficultés de mise en place de conciliations pharmaceutiques pour les patients porteurs de pansements pour plaies complexes. Ann Pharm Fr, 77 (6) (2019), pp. 516-31.
7. Ollivier J, De Coucy A, Megne Wabo M, et al. Intérêt du lien ville-hôpital lors de la dispensation en rétrocession de traitements innovants : exemple du Sacubitril/Valsartan. Pharm Hosp Clin, 52 (2017), pp. 367-376.

8. Donamaria C. Elaboration d'un dispositif régional de coordination entre les PUI et les pharmacies d'officine. Communication orale. 6^{ème} Congrès National des Réseaux de Cancérologie (CNRC). Amiens. Octobre 2015. Consulté le 31/08/2020.(URL: <https://sites.ailab.com/files/118/comm2015/2/donamaria-catherine-20151002-1115-amphi.pdf>).
9. Société Française de Pharmacie Clinique. Fiche d'intervention pharmaceutique. Consulté le 22/07/2021. (URL : <http://www.actip.sfpc.eu/actip/index/ficheip>)
10. Roblek T, Deticek A, Leskovar B, 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*, 203 (2016), pp. 647-652.
11. Richard M, Delannoy V, Courrege J, Chkair S, Leguelinel-Blache D. Optimisation de la prise en charge de la plaie post-chirurgicale par une équipe pluridisciplinaire : étude pilote de faisabilité. *Ann Pharm Fr*, 78 (5) (2020), pp. 435-46.
12. Calop J, Baudrant M, Bedouch P, Allenet B. La pharmacie clinique en France : contexte de développement à l'hôpital et état des lieux. *Pharmactuel*, 42 (Sup 1) (2009), pp. 34-39.
13. Veyrier D, Henry C, Decottignies A, Laouini T, Maitre S, Marthey L, et al. Étude pilote d'évaluation d'un programme d'accompagnement pour les patients quittant l'hôpital avec un PICC-line. *Ann Pharm Fr*, 77 (1) (2019), pp. 62-73
14. Galvez D, Martelli N, Dart T, Blanchard D, Prognon P, Pineau J. Vers la prescription informatisée des dispositifs médicaux : exemples d'application, intérêts et limites. *Ann Pharm Fr*, 70 (5) (2012), pp. 281-2
15. Cuggia M, Combes S. The French health data hub and the German medical informatics initiatives: two national projects to promote data sharing in healthcare. *Yearbook of medical informatics*, 2019.

16. Lori Brown S, Bright R, Tavis D. Medical device epidemiology and surveillance: patient safety is the bottom line. *Expert Rev Med Devices*. 2004 Sep;1(1):1-2.
17. Camus D, Thiveaud D, Josseran A; les participants de la table ronde « Technologies de santé » des Ateliers de Giens XXXIV. Nouveau règlement européen des dispositifs médicaux : comment l'écosystème français doit saisir l'opportunité d'EUDAMED et du système IUD, tout en dépassant les contraintes. *Thérapie*. 2019 Feb;74(1):59-72.
18. de Bouet du Portal H, Baratin-Blervaque E, Courivaud C. Des outils d'aide à la prescription de sortie des pansements et des soins pour optimiser le relais hôpital/ville. *Revue francophone de cicatrisation*, 1 (1) (2017), p. 55
19. Ministère de la Santé. Ma santé 2022, Un engagement collectif. Septembre 2018. Consulté le 31/11/2020.(URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef .pdf)