

# Traitements médicamenteux apportés par les patients à l'hôpital : un gâchis acceptable ?

Auteurs : Tanty A (1), Gachet A(2), Fargier E (1), Gros S (2), Cecon N (2), Thomas A (1), Beaudouin D (2), Rabatel G (1)

(1) Pharmacie à Usage Intérieur, Centre Hospitalier Métropole Savoie, site de Chambéry

(2) Evaluation de la qualité et des risques Médico-Soignants, Centre Hospitalier Métropole Savoie, site de Chambéry

CONTEXTE



La gestion du traitement personnel (TP) apporté à l'hôpital par les patients est un point critique de la sécurisation du circuit du médicament. L'arrêté du 6 Avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé a décrit les obligations relatives à la gestion du traitement personnel apporté par les patients à l'hôpital. Il précise notamment qu' « Il ne devra être mis ou laissé à la disposition des patients aucun médicament en dehors de ceux qui leur auront été prescrits dans l'établissement ».

Pour répondre aux exigences de cet arrêté, notre établissement, composé de 748 lits de Médecine Chirurgie Obstétrique – Soins de Suite et Réadaptation (MCO-SSR), a décidé de rendre systématiquement les TP aux patients ou à leur entourage. En cas d'impossibilité ou d'oubli, les équipes de soins les retournent à la pharmacie. En l'absence de réclamation par le patient ou son entourage dans les dix jours, la pharmacie à usage interne (PUI) les détruit tous, sans discrimination de coût, de valeur thérapeutique ou de rareté. Dans un contexte d'optimisation des dépenses de santé, et de développement durable, il nous est apparu opportun d'objectiver le montant représenté par ces médicaments détruits.

OBJECTIF



Décrire qualitativement, quantitativement et financièrement les TP non restitués aux patients et détruits par la PUI.

METHODES



Enquête prospective sur 8 mois de juin 2014 à janvier 2015 répertoriant tous les TP retournés par les services de MCO et SSR de notre établissement à la PUI, n'ayant pas été réclamés et détruits par la pharmacie. Les TP non remboursés par les organismes de sécurité sociale ont été exclus.

Chaque boîte a été identifiée par sa Dénomination Commune Internationale (DCI).

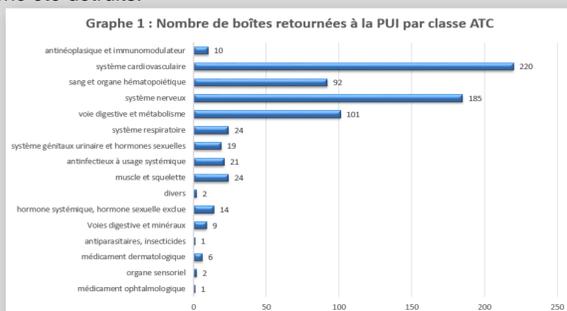
Les spécialités ont été classées selon leur code Anatomique Thérapeutique et Chimique (ATC) et valorisées par le prix indiqué sur la vignette, à défaut par le prix public Vidal 2015.

PRINCIPAUX RESULTATS



## Qu'a-t-on retourné à la PUI ?

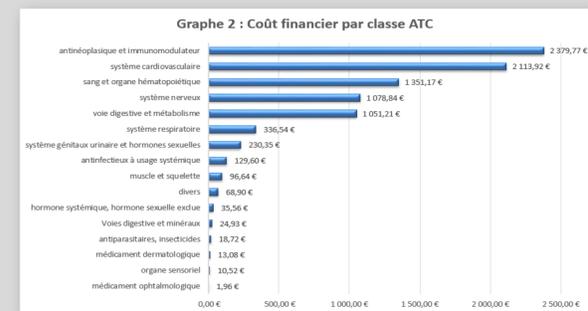
- 731 boîtes ont été retournées à la PUI. Elles correspondaient à 304 DCI distinctes et ont été classées dans les 14 classes ATC.
- Le recueil a porté sur 155 patients, dont 1 seul venu pour 2 hospitalisations distinctes.
- Aucun médicament n'était périmé, aucun n'a été réclamé et tous ont donc été détruits.



## Quel montant a-t-on détruit ?

Le montant total était de **8941,71 euros** soit :

- un coût moyen par boîte de **12,23 euros**
- un prix médian de **5,93 euros** [min : 1,04 euros pour du NITRAZEPAM ; max : 1814,06 euros pour du ERLOTINIB]
- et un coût moyen de médicaments détruits par patient de **57 euros**



Les classes thérapeutiques les plus représentées n'étaient pas les plus coûteuses, à l'instar de ce qui se passe en terme de dépenses de remboursement au niveau national :

- les traitements à visée cardiovasculaire représentaient **30 %** des spécialités pour un coût de 2113 euros, soit 23,6% du total financier.
- les immunomodulateurs représentaient **1,4%** des spécialités mais **27%** du total financier, soit 2379,77 euros.

DISCUSSION & CONCLUSION



Cette étude confirme que, dans notre établissement, la destruction des TP était conséquente. Cependant toutes les classes ATC étaient représentées. La majorité des boîtes concernait des thérapeutiques au long cours, prescrites pour des pathologies chroniques. Tout porte à croire qu'une majorité de patients est sortie avec la consigne de poursuivre leur traitement habituel, et donc de racheter leurs médicaments.

Ce travail a aussi permis d'objectiver que, si l'arrêté du 6 avril 2011 permet l'utilisation des traitements personnels, la mise en pratique est assez complexe.

Par ailleurs, la sortie de l'hôpital est, depuis longtemps, identifiée comme une étape à risque dans le parcours de soins des patients. Il n'est pas rare de constater que des patients sont ré-hospitalisés car leur traitement habituel a insuffisamment été concilié avec la stratégie thérapeutique proposée par les prescripteurs hospitaliers. La conciliation médicamenteuse est donc certainement un axe à privilégier pour optimiser la gestion des médicaments à la sortie des patients de l'hôpital. Et ce, dans le but de limiter les complications ainsi que les pertes financières. Enfin, toujours pour limiter cette destruction de médicaments, certaines classes thérapeutiques onéreuses pourraient être ciblées pour éviter leur destruction. Par exemple, les immunosuppresseurs, faciles à identifier, utilisés pour des patients fragiles aux pathologies spécifiques pourraient être désignés comme classe à surveiller lors de la sortie des patients. Si la conciliation médicamenteuse à la sortie reste délicate à systématiser pour chaque patient, une conciliation médicamenteuse à la sortie ciblée sur certains patients bénéficiant de traitements onéreux ou précieux contribuerait à limiter les risques et le gâchis financier.

En conséquence, nous proposons de poursuivre notre réflexion en analysant a posteriori les ordonnances de sorties des patients inclus pour déterminer si cette intervention du pharmacien à la sortie est coût/ efficace en évitant la destruction de médicaments et les réhospitalisations.

En conclusion, ce travail amène à plusieurs interrogations sur notre pratique actuelle, au niveau de notre centre hospitalier. Ne faudrait-il pas faire évoluer notre procédure afin de contacter les patients n'ayant pas récupéré leurs traitements ? Au moins pour les TP ayant un impact thérapeutique et financier important ? Plus globalement, dans un contexte économique contraint, un tel gâchis est-il acceptable ? Les boîtes scellées, non périmées, ne présentant pas de nécessité de conservation particulière sont-elles réellement devenues inexploitables ? Le tri de ces traitements ne pourrait-il pas être envisagé par un assouplissement de la législation afin d'éviter leur destruction et de permettre leur réintroduction de façon sécuritaire dans un circuit de dispensation ? Ces résultats mériteraient d'être confirmés par de nouvelles études dans d'autres établissements. En effet, en fonction des thérapeutiques, l'impact financier peut être très différent, par exemple par la présence de thérapies anticancéreuses ciblées extrêmement onéreuses. Il nous apparaît donc opportun d'étendre cette réflexion sur un panel représentatif d'établissements pour conforter les pistes d'évolution de la gestion de la prise en charge médicamenteuse de patients.