

## Prescription Hospitalière et bonne dispensation en Ville - Perfusions

### Contributeurs / Auteurs

Ce guide est le fruit du travail réalisé par les professionnels suivants :

**Etablissements hospitaliers :** EURO-PHARMAT, CHU BESANÇON, CHU RENNES, CH VALENCIENNES

**Structure régionale pour l'ARS :**  
OMEDIT CENTRE VAL DE LOIRE

**Syndicats :** FSPF - FÉDÉRATION DES SYNDICATS PHARMACEUTIQUES DE FRANCE, USPO - UNION DES SYNDICATS DE PHARMACIENS D'OFFICINE, SYNPREFH - SYNDICAT NATIONAL DES PHARMACIENS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

**Fournisseurs :** B. BRAUN MÉDICAL, FRESSENIUS KABI, HARTMANN, PFM MEDICAL FRANCE SAS

### Introduction

Dans le contexte où le parcours de santé du patient entre l'hôpital et la ville devient un enjeu majeur, les associations ACL et Euro-Pharmat collaborent en créant un comité d'experts pour rédiger une recommandation afin de faciliter la bonne dispensation en pharmacie de ville suite à la prescription de sortie hospitalière.

Ce cadre interdisciplinaire permet de réunir les compétences pouvant contribuer à la bonne prescription et la dispensation pharmaceutique des dispositifs médicaux afin d'assurer une continuité des soins au patient réalisés à l'hôpital lors de son retour au domicile. La transmission des informations et la coordination entre les différents professionnels de santé sont essentielles pour cette prise en charge. De ce fait, cette recommandation aborde les éléments indispensables devant figurer sur une prescription de sortie pour une bonne dispensation en pharmacie de ville afin d'améliorer la prise en charge du patient tout en maîtrisant les dépenses de santé inhérentes.

Sans remettre en cause le libre choix du patient, ce document ne décrit que le circuit Hôpital- Officine de Pharmacie.

### Objectif

L'objectif de cette recommandation est de permettre une meilleure coordination hôpital-ville au profit du patient et d'améliorer les PHEV (Prescriptions Hospitalières Exécutées en Ville). Cette recommandation a pour but de rappeler les règles et les informations nécessaires sur la prescription pour une bonne dispensation

pharmaceutique et une prise en charge optimale du patient à la sortie de l'hôpital. Elle présente un schéma du parcours de soins, les modalités de prescription de la perfusion à domicile, la dispensation des produits et les soins associés.

### Cibles

Améliorer à la fois la pertinence et l'efficacité des soins et la bonne dispensation pharmaceutique demande le partage des recommandations. Les travaux réalisés par ACL et Euro-Pharmat sont destinés à tous les professionnels de santé, notamment les :

- Médecins
- Pharmaciens et leurs équipes
- Infirmiers

Et certains de leurs partenaires, notamment les :

- Editeurs de logiciels d'aide à la prescription
- Editeurs de logiciels d'aide à la dispensation

### Constat et préconisations

La pratique de la perfusion à domicile a permis de mettre en exergue la présence aléatoire de l'une ou l'autre des notions suivantes sur les prescriptions :

- De façon globale, une augmentation des dépenses en ville est observée par la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) concernant la prise en charge de patients en perfusion à domicile<sup>1</sup>.
- Existence d'ordonnances PERFADOM complétées partiellement pour les prescripteurs ou pré-remplies par d'autres acteurs et proposées à signature.

<sup>1</sup> [Rapport des charges et produits pour 2021 approuvé par la CNAM](#)

- Compétences à développer sur la facturation PERFADOM chez plusieurs acteurs.
- Connaissance à améliorer sur la perfusion en général, du mode de prescription au mode de perfusion et de leurs limites dans un cadre hors hospitalier notamment au domicile.
- Faire connaître des modes de dilution et d'administration des perfusions.
- Besoin de rationalisation des modes d'administration (gravité, diffuseur, système actif), notamment pour éviter l'abus d'utilisation des systèmes actifs électriques car ils sont plus onéreux.
- Faire connaître aux professionnels de Ville les bonnes pratiques d'entretien des cathéters car peu abordées dans la formation initiale.
- Un support de prescription intitulé « Formulaire de prescription de perfusion à domicile Ville-Hôpital » existe mais n'est pas opposable.
- Perfusion garde-veine pouvant être facturée comme perfusion détournée d'hydratation dans la pratique à domicile.
- Influence subjective possible auprès du prescripteur sur le choix de mode d'administration de la perfusion, ne tenant pas compte du meilleur choix en fonction du produit prescrit, de la durée de la perfusion, de l'état physiopathologique du patient.
- Traçabilité des dispositifs incorrectement réalisée et des conditions de stockage pas toujours adaptées.
- Lors de la sortie, le patient est peu informé sur les règles à suivre au domicile lorsqu'il porte un cathéter.
- Nécessité d'améliorer la communication, la collaboration et la coordination entre les différents acteurs pharmaceutiques du circuit des dispositifs médicaux.
- Préciser dans l'ordonnance les éléments permettant de déduire les forfaits à facturer (en termes d'installation/suivi, d'accessoires et consommables, etc.).
- Grâce à la e-Prescription il sera possible de mettre à disposition le Guide Référentiel pour certaines molécules.
- Organiser la transition Hôpital-Ville du patient en identifiant ses besoins et aussi afin d'éviter toute rupture de traitement dans le respect d'un délai de 2 jours ouvrés avant sa sortie de l'établissement de santé. Aussi, la fourniture des dispositifs à domicile doit se faire avec un délai compatible.
- Création de modules supplémentaires de formations et diffusion interprofessionnelle à envisager.
- Fluidifier l'information par la transmission systématique de documents, notamment le résumé de l'état du patient, la suggestion du matériel adapté, le traitement et la facturation possible pour le pharmacien.
- S'assurer que la bonne utilisation des spécialités médicamenteuses soit respectée par les prescripteurs en fonction du produit prescrit, de la durée de perfusion, de l'état physiopathologique du patient.
- Avoir recours à des dispositifs sécurisés, selon les préconisations du GERES et de la nomenclature LPP PERFADOM, pour limiter tout risque d'AES (Accident d'exposition au sang).

Afin d'avoir une meilleure efficacité des soins, le comité d'experts liste ci-après des préconisations sur la perfusion à domicile :

- Nécessité de mieux encadrer les pratiques.
- Assurer une maîtrise médicalisée sur cette prescription à 4 volets.
- Renouveler une communication sur l'importance d'utiliser le « Formulaire de Prescription de Perfusion à Domicile Ville ou Hôpital », publié au Journal Officiel le 16 avril 2016, même s'il n'est pas opposable, tout en conservant la souplesse et la liberté du choix du type de perfusion au prescripteur.
- Rendre opposable le support de prescription de perfusion à domicile.
- Mise à disposition des prescripteurs par les éditeurs de logiciels, du format dématérialisé et modifiable du « Formulaire de Prescription de Perfusion à Domicile Ville ou Hôpital » disponible en format PDF et téléchargeable sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) ou en version PDF modifiable sur [http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery\\_files/site/136/2953/5062/5228.pdf](http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/5228.pdf)

## Parcours de soins et ses modalités

La description des différentes étapes est essentielle pour situer le rôle de chaque acteur dans le circuit des dispositifs médicaux.

### Le patient :

Bénéficiaire des soins, est le destinataire de la prescription et de la prestation des soins.

### Le médecin :

Est à l'origine d'un diagnostic et de la rédaction d'une prescription.

### Le pharmacien

Assure l'analyse de la prescription et la bonne dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux et pour l'officiel procède à la facturation des forfaits.

### Le personnel paramédical composé notamment par les infirmiers

Accomplit les soins selon les prescriptions médicales et en assure le suivi. La prescription par ces professionnels est autorisée de façon encadrée<sup>2</sup> et sous réserve de remplir les conditions prévues au Code de la Santé Publique.

### La prescription

La qualité d'une prescription hospitalière des dispositifs médicaux est intimement liée à l'efficacité de la prise en

<sup>2</sup> [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3881/document/arrete-20-mars-2012-dispositifs-medicaux-infirmiers\\_journal-officiel.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3881/document/arrete-20-mars-2012-dispositifs-medicaux-infirmiers_journal-officiel.pdf)

charge du patient en Ville. Elle doit respecter les critères mentionnés dans les [articles R.5132-3 et 5 du CSP](#) (cf. Tableau récapitulatif dans la rubrique Rappel des modalités de prescription, dispensation des produits de santé et des soins ci-dessous).

**! La prescription médicale est la propriété du patient**

### La dispensation

L'article R. 4235-48 du Code de la Santé Publique précise que le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation associant à la délivrance, notamment :

- L'analyse pharmaceutique de la prescription
- La mise à disposition des informations et des conseils nécessaires

La dispensation est associée à une prise en charge adaptée et complète dans l'acte de dispensation du pharmacien. Aussi, dans cette recommandation le champ des dispositifs médicaux est intégré aux bonnes pratiques de dispensation.

### La facturation

Les perfusions réalisées par voie veineuse, sous cutanée ou péri nerveuse sont remboursées par la CNAM selon les différents forfaits PERFADOM décrits dans cette recommandation. La tarification des forfaits de consommables et d'accessoires tient compte des listes définies dans l'arrêté publié le 16 avril 2016 au Journal Officiel. Les informations plus détaillées figurent dans la rubrique « Les prestations et différents types de forfaits » de cette recommandation.

**! Tenir compte du respect des nomenclatures LPP des produits de santé en vigueur**

### Les soins infirmiers

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité du patient et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage<sup>3</sup>, notamment :

- La mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;
- Les injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
  - a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;

- b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

- La surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
- L'entretien intercare de perfusion à domicile par voie veineuse centrale, hors cathéter central inséré par voie périphérique (Picc Line), PERFADOM21-ENTRETIEN-VC-SF-PICC<sup>4</sup>;
- L'entretien intercare d'un cathéter central inséré par voie périphérique (Picc Line), PERFADOM22-ENTRETIEN-VC-PICC-LINE<sup>5</sup>;
- Le débranchement au domicile du patient d'un diffuseur préalablement fourni rempli, posé par l'établissement de santé et fourni par ce même établissement, PERFADOM24-DEBRANCH-DIFF.D.5

Dans un protocole inscrit dans le cadre d'un exercice coordonné tel que prévu aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3, et dans des conditions prévues par décret, l'infirmier ou l'infirmière est autorisé à adapter la posologie de certains traitements pour une pathologie donnée. La liste de ces pathologies et de ces traitements est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. Cette adaptation ne peut avoir lieu que sur la base des résultats d'analyses de biologie médicale, sauf en cas d'indication contraire du médecin, et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par le patient.

<sup>3</sup> Code de la Santé Publique R4311-5 3°, 5° et 31° <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913892&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>

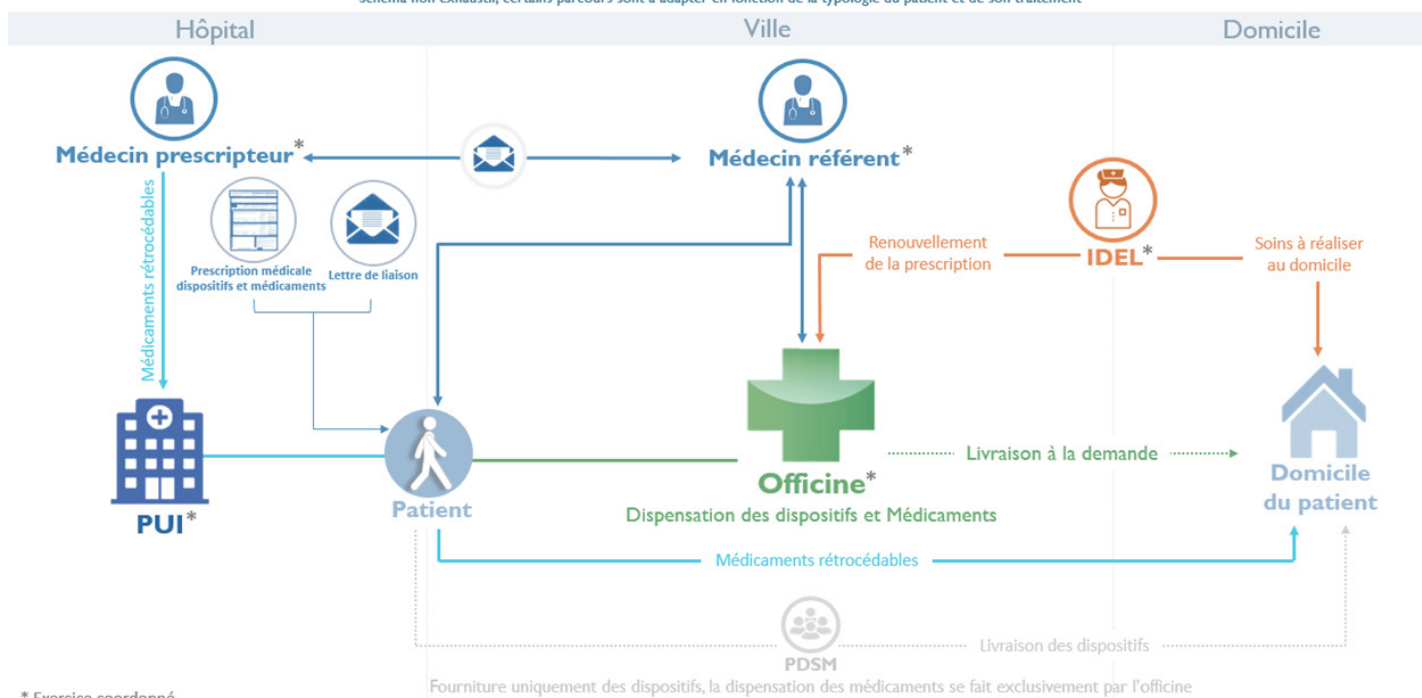
<sup>4</sup> Code de la Santé Publique <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036719759>

<sup>5</sup> Code de la Santé Publique [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886488/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886488/)



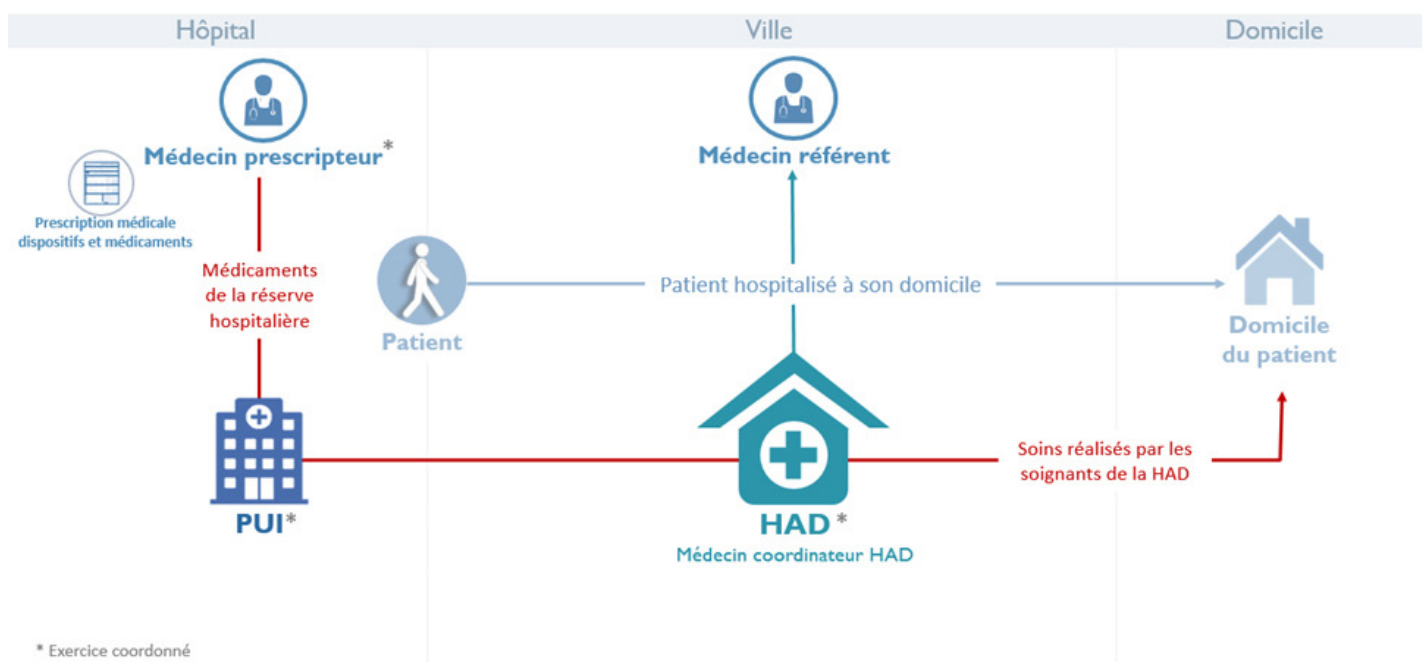
## Parcours de soins

Dans le respect de la loi, le patient a le choix de son fournisseur de matériel  
Schéma non exhaustif, certains parcours sont à adapter en fonction de la typologie du patient et de son traitement



## Parcours de soins - cas particulier HAD

Schéma non exhaustif, certains parcours sont à adapter en fonction de la typologie du patient et de son traitement



## \*Exercice coordonné<sup>6</sup>

L'exercice coordonné est une structure et/ou une organisation de soins de premier ou deuxième recours dans un territoire. Il est conçu par des professionnels de santé à travers des dispositifs pour mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner<sup>7</sup> :

**Equipes de Soins Primaires (ESP)** : mode d'organisation coordonné conçu par des professionnels de santé. Elles fédèrent plusieurs professionnels de santé assurant des soins de premier recours afin d'améliorer les parcours de santé de leurs patients. Les ESP se situent à l'échelle de la patientèle et se mobilisent autour d'un projet de santé commun à l'équipe.

**Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)** : s'inscrivent dans une approche populationnelle et sont de l'initiative des acteurs de santé, en particulier des professionnels de santé de ville. Le projet ne vise pas seulement à améliorer la réponse à la patientèle de chaque acteur mais aussi à organiser la réponse à un besoin en santé sur un territoire. Elles se distinguent de celle des ESP car elles apportent des améliorations aux besoins d'une population déjà connue des acteurs de l'ESP ou faisant potentiellement partie de leur patientèle.

**Equipes de Soins Spécialisées (ESS)** : c'est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux. L'équipe de soins spécialisés contribue avec les acteurs des soins de premier recours à la structuration des parcours de santé<sup>8</sup>. Toute autre forme d'exercice coordonné pourra faire l'objet de validation par les autorités sanitaires.

## Modalités de prescription

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 infirmiers et la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé. A ce titre, un *Formulaire de prescription de perfusion à domicile (ville ou hôpital)* a été publié en annexe de l'arrêté de nomenclature PERFADOM le 16 avril 2016 au Journal Officiel. Son utilisation est indispensable pour une bonne délivrance des dispositifs médicaux et des spécialités pharmaceutiques.

Une version avec champs de saisie interactifs à compléter en ligne et intégrable dans les logiciels de prescription est disponible sur <http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery/files/site/136/2953/5062/5228.pdf>



**Le patient a le libre choix de son pharmacien d'officine, de son infirmier libéral, de son médecin référent et ou d'un prestataire.**

Pour une perfusion « en ville », 4 exemplaires du formulaire sont édités et signés avec le coche de la case du destinataire correspondant<sup>9</sup> :

- Le patient ;
- Les acteurs concourant à la prestation en ville :
  - Le pharmacien d'officine ou hospitalier pour les produit(s) à perfuser;
  - Le prestataire ou le pharmacien d'officine pour les prestation(s) et dispositifs médicaux;
- L'infirmier libéral en charge de la ou des perfusion(s) pour son information.

<sup>6</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038954739&categorieLien=id>

<sup>7</sup> [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/12/cir\\_41637.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/12/cir_41637.pdf)

<sup>8</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000038821303#:~:text=C2%AB%20Une%20%C3%A9quipe%20de%20soins%20sp%C3%A9cialis%C3%A9s,dont%20les%20%C3%A9quipes%20de%20soins](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000038821303#:~:text=C2%AB%20Une%20%C3%A9quipe%20de%20soins%20sp%C3%A9cialis%C3%A9s,dont%20les%20%C3%A9quipes%20de%20soins)

<sup>9</sup> [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Info\\_ameli\\_forfait\\_perfusions\\_-\\_Dde\\_FT\\_-\\_Annexe\\_4.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Info_ameli_forfait_perfusions_-_Dde_FT_-_Annexe_4.pdf)



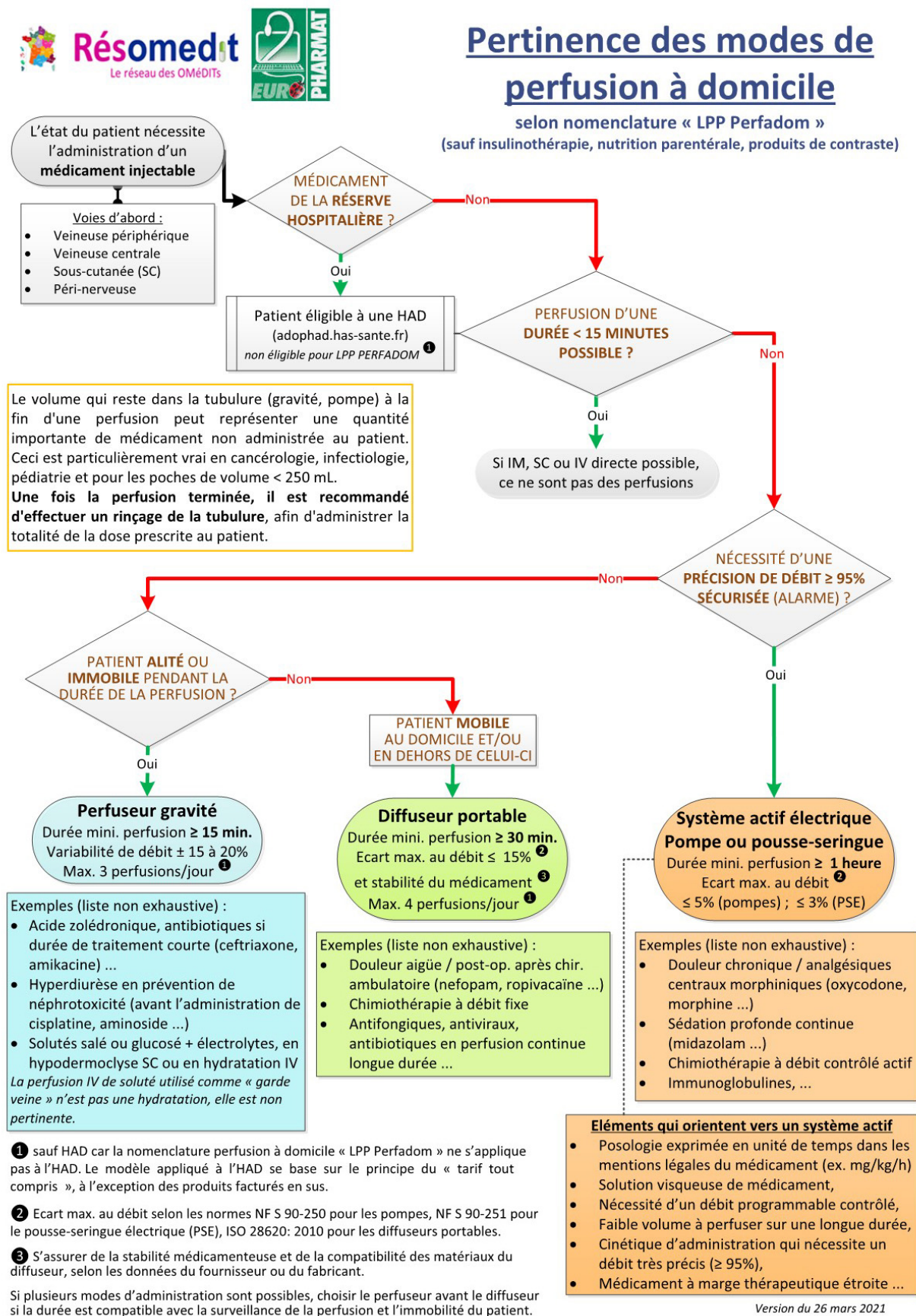
# Formulaire de prescription

## FORMULAIRE DE PRESCRIPTION DE PERFUSION À DOMICILE (VILLE OU HÔPITAL)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>COCHER LES CASES CORRESPONDANTES DU FORMULAIRE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>PATIENT</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Date de la prescription : ____/____/____<br><input type="checkbox"/> Initiation d'une perfusion à domicile<br><input type="checkbox"/> Renouvellement ou modification                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Nom : _____ Prénom : _____<br>Date de naissance : ____/____/____ Poids (en Kg) : ____/____/____<br>N° d'assuré : ____/____/____/____/____/____ <input type="checkbox"/> Soins en rapport avec une ALD                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>IDENTITÉ DU PRESCRIPTEUR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>STRUCTURE D'EXERCICE DU PRESCRIPTEUR (cabinet, éts ou centre de santé)</b>                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Nom : _____<br>Prénom : _____<br>Téléphone : ____/____/____/____/____/____<br>Identifiant RPPS : ____/____/____/____/____/____ [voir notice]<br><small>*(répertoire partagé des professionnels de santé)</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Raison sociale : _____<br>Adresse : _____<br>N° Finess** géographique : ____/____/____/____/____/____ N° AM*** : ____/____/____/____/____/____<br><small>** (fichier national des établissements Sanitaires et Sociaux) *** (numéro assurance maladie du prescripteur)</small> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>DESTINATAIRES et/ou OBJET</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>PATIENT</b><br><input type="checkbox"/> 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>VILLE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>HÔPITAL (HAD)</b><br><input type="checkbox"/> 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 2.1 Produit(s) à perfuser :<br>Pharmacien d'officine ou hospitalier                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 2.2 Prestation(s) et dispositifs médicaux :<br>Prestataire ou Pharmacien d'officine                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 2.3 Copie pour information :<br>Infirmier libéral en charge des soins                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p><input checked="" type="checkbox"/> Pour une perfusion « en ville », 4 exemplaires du formulaire sont édités et signés avec le coche de la case du destinataire correspondant (cf. 1, 2.1, 2.2, et 2.3 ci-dessus).<br/>         Si la perfusion s'opère dans le cadre de l'HAD, 2 exemplaires sont édités et signés avec le coche de la case du destinataire correspondant (cf. 1 et 3 ci-dessus).</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Un patient qui nécessite des soins complexes et multidisciplinaires relève exclusivement de l'hospitalisation à domicile (HAD).</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Une chimiothérapie réalisée avec l'appui d'un prestataire doit se faire conformément aux dispositions de l'arrêté du 20.12.2004 fixant les conditions d'utilisation des anticancéreux injectables inscrits sur la liste « rétrocession » prévue à l'article L 5126-4 du code de la santé publique.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>PRODUIT À PERFUSER n°1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Dénomination du produit - dosage (concentration), posologie (débit en ml/h ou mg/h), solvant, ... :<br><small>(un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste dite « rétrocession » ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'une HAD).</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Voie d'abord</b><br><input type="checkbox"/> Veineuse centrale (VC) :<br><input type="checkbox"/> chambre implantable<br><input type="checkbox"/> cathéter central<br><input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique<br><input type="checkbox"/> Péri-nerveuse<br><input type="checkbox"/> Veineuse périphérique<br><input type="checkbox"/> Sous-cutanée |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Durée d'administration d'une perfusion : (____ heure(s) et) ____ minutes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Mode d'administration</b><br><input type="checkbox"/> Gravité<br><input type="checkbox"/> Diffuseur<br><input type="checkbox"/> Système actif électrique<br><input type="checkbox"/> ambulatoire<br><input type="checkbox"/> fixe<br>En cas de remplissage sous l'égide d'un établissement de santé, cocher cette case : <input type="checkbox"/>                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nombre total de perfusions : ____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Fréquence de la ou des perfusions : ____ par...<br>... <input type="checkbox"/> jour<br>... <input type="checkbox"/> semaine<br>... <input type="checkbox"/> mois                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Entretien intercur :<br><input type="checkbox"/> VC sauf PICC LINE<br><input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Date de début de la cure : ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Date de fin de la cure : ____/____/____ ou Durée de la cure : ____ jours                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en Éts de transfusion sanguine)<br>Si le traitement est à perfuser SEUL, cocher la case : <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                |
| Est défini ci-dessous la cure d'un autre produit à perfuser, ou le nouveau cycle de cure d'un produit déjà renseigné :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>PRODUIT À PERFUSER n°2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Dénomination du produit - dosage (concentration), posologie (débit en ml/h ou mg/h), solvant, ... :<br><small>(un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste dite « rétrocession » ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'une HAD).</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Voie d'abord</b><br><input type="checkbox"/> Veineuse centrale (VC) :<br><input type="checkbox"/> chambre implantable<br><input type="checkbox"/> cathéter central<br><input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique<br><input type="checkbox"/> Péri-nerveuse<br><input type="checkbox"/> Veineuse périphérique<br><input type="checkbox"/> Sous-cutanée |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Durée d'administration d'une perfusion : (____ heure(s) et) ____ minutes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Mode d'administration</b><br><input type="checkbox"/> Gravité<br><input type="checkbox"/> Diffuseur<br><input type="checkbox"/> Système actif électrique<br><input type="checkbox"/> ambulatoire<br><input type="checkbox"/> fixe<br>En cas de remplissage sous l'égide d'un établissement de santé, cocher cette case : <input type="checkbox"/>                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nombre total de perfusions : ____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Fréquence de la ou des perfusions : ____ par...<br>... <input type="checkbox"/> jour<br>... <input type="checkbox"/> semaine<br>... <input type="checkbox"/> mois                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Entretien intercur :<br><input type="checkbox"/> VC sauf PICC LINE<br><input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Date de début de la cure : ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Date de fin de la cure : ____/____/____ ou Durée de la cure : ____ jours                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en Éts de transfusion sanguine)<br>Si le traitement est à perfuser SEUL, cocher la case : <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                |
| <b>COMMENTAIRE PRESCRIPTEUR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | A la connaissance du prescripteur, le patient a-t-il bénéficié « en ville » d'une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile (NPAD) dans les 26 dernières semaines ?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Si oui, si la (ou les) présente(s) perfusion(s) s'opère(nt) « en ville », un forfait dit de seconde installation pourra être pris en charge dans la limite d'un forfait de seconde installation par forfait de première installation, sauf proximité immédiate de l'installation antérieure.<br>Le patient a-t-il une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile en cours « en ville » ?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Si oui, si la (ou les) présente(s) perfusion(s) s'opère(nt) « en ville », le forfait d'accessoires et de consommables prendra en compte l'ensemble des perfusions réalisées en fonction du mode d'administration. |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Si d'autres cures de produits sont prescrites, compléter par un ou d'autre(s) formulaire(s).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| SIGNATURE : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

La notice de ce formulaire est disponible dans les annexes de cette recommandation.

## Pertinence du mode de perfusion à domicile :





## Les prestations et différents types de forfaits<sup>10</sup> :

La nomenclature de la perfusion à domicile PERFADOM a été mise en place le 1<sup>er</sup> mai 2016 avec la publication de l'arrêté du 12 avril 2016 au Journal Officiel du 16 avril 2016. De ce fait, l'approche par pathologie n'est plus considérée pour la prise en charge de la perfusion à domicile. Elle précise :

### A. La prise en charge suite à :

- Une consultation médicale
- Une information du malade concernant ce mode de traitement et son déroulement par le médecin prescripteur et/ou le médecin traitant et/ou l'infirmier libéral.

B. Le remboursement des perfusions réalisées par voie veineuse, sous cutanée ou péri nerveuse, selon les modes d'administration suivants :

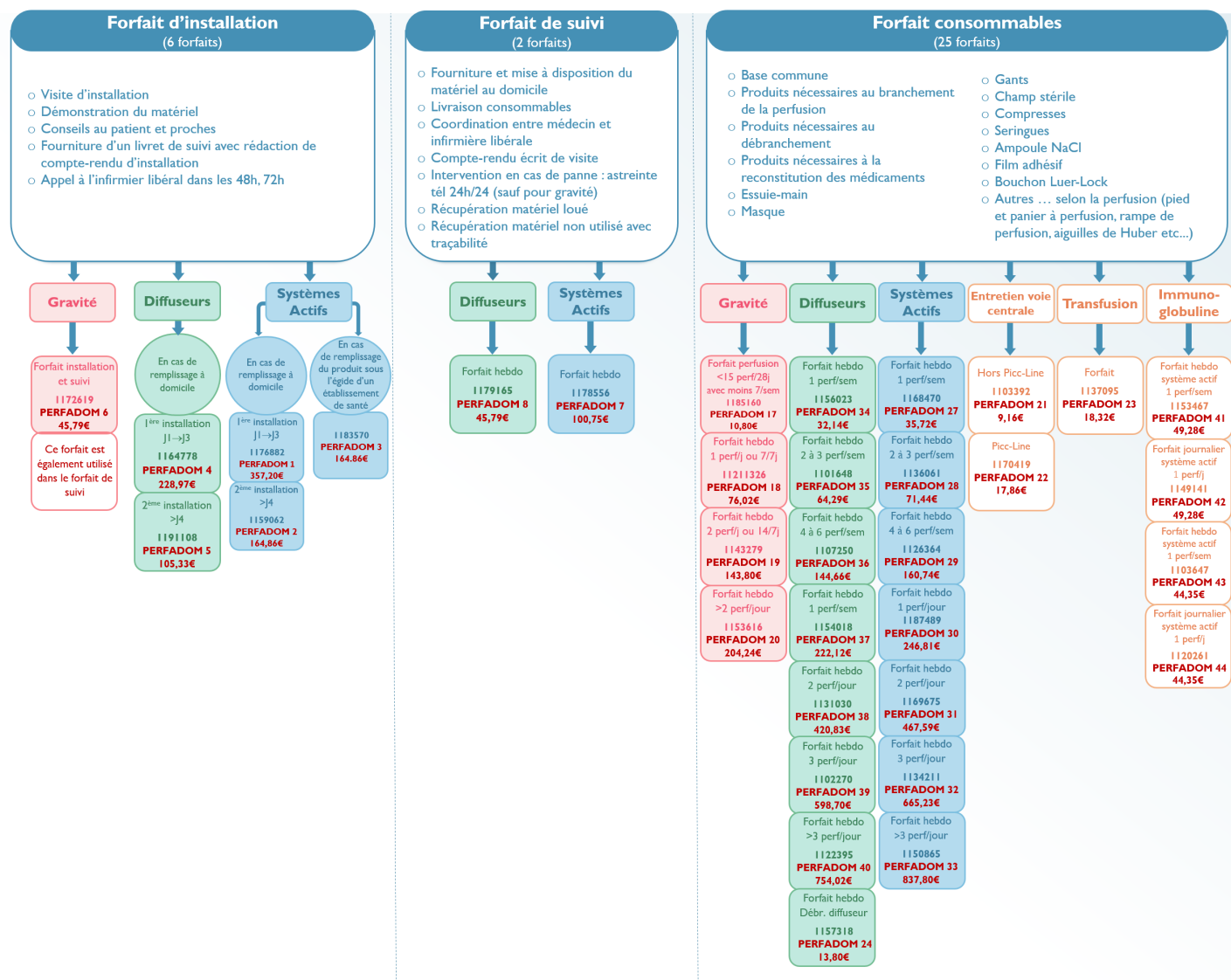
- Par gravité
- Par diffuseur
- Par système actif électrique (pousse-seringue ou pompe).

C. Une forfaitisation hebdomadaire en créant 5 types de forfait :

- Les forfaits d'installation
- Les forfaits de suivi
- Les forfaits de consommables et d'accessoires
- Les forfaits d'entretien inter-cure (lorsque l'abord veineux par voie centrale est non mobilisé pendant au moins 7 jours)
- Un forfait de consommables et d'accessoires pour la transfusion de produits sanguins labiles et immunoglobulines.

### PRESTATIONS COMPRISES DANS LES TROIS TYPES DE FORFAITS

(Prix mis à jour suite parution JO 1<sup>er</sup> juillet 2019)



<sup>10</sup> <http://www.mediam.ext.cnams.fr/ameli/cons/CIRCC/2016/CIR-12-2016.PDF>



Tableau récapitulatif de l'ensemble des forfaits PERFADOM par type de perfusion :

| Type                     | Nom         | Code    | Libellé                                                                                                              | Tarif TTC |
|--------------------------|-------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Gravité                  | PERFADOM 6  | 1172619 | Perfusion à domicile, forfait installation et suivi, gravité, PERFADOM 6 IS-GRAV                                     | 45,79 €   |
|                          | PERFADOM 17 | 1185160 | Perfusion à domicile, forfait/perfusion consomm-access, gravité, <15 perf, PERFADOM 17 -GRAV<15/28J                  | 10,80 €   |
|                          | PERFADOM 18 | 1121326 | Perfusion à domicile, forfait hebdo consomm-access, gravité, 1 perf/jour, PERFADOM 18 -C-GRAV=1/J                    | 76,02 €   |
|                          | PERFADOM 19 | 1143279 | Perfusion à domicile, forfait hebdo consomm-access, gravité, 2 perf/jour, PERFADOM 19 -C-GRAV=2/J                    | 143,80 €  |
|                          | PERFADOM 20 | 1153616 | Perfusion à domicile, forfait hebdo consomm-access, gravité, >2 perf/jour, PERFADOM 20 -C-GRAV>2/J                   | 204,24 €  |
| Diffuseur                | PERFADOM 4  | 1164778 | Perfusion à domicile, forfait installation 1, diffuseur, PERFADOM 4 - I1-DIFF                                        | 228,97 €  |
|                          | PERFADOM 5  | 1191108 | Perfusion à domicile, forfait installation 2, diffuseur, PERFADOM 5 - I2-DIFF                                        | 105,33 €  |
|                          | PERFADOM 8  | 1179165 | Perfusion à domicile, forfait hebdo suivi, diffuseur, PERFADOM 8 - S-DIFF                                            | 45,79 €   |
|                          | PERFADOM 34 | 1156023 | Perfusion à domicile, forfait hebdo consom-access, diffuseur, 1 perf/sem, PERFADOM 34 - C-DIFF=1/S                   | 32,14 €   |
|                          | PERFADOM 35 | 1101648 | Perfusion à domicile, forfait hebdo consom-access, diffuseur, 2 à 3 perf/sem, PERFADOM 35 - C-DIFF=2A3/S             | 64,29 €   |
|                          | PERFADOM 36 | 1107250 | Perfusion à domicile, forfait hebdo consom-access, diffuseur, 4 à 6 perf/sem, PERFADOM 36 - C-DIFF=4A6/S             | 144,66 €  |
|                          | PERFADOM 37 | 1154018 | Perfusion à domicile, forfait hebdo consom-access, diffuseur, 1 perf/jour, PERFADOM 37 -C-DIFF=1/J                   | 222,12 €  |
|                          | PERFADOM 38 | 1131030 | Perfusion à domicile, forfait hebdo consom-access, diffuseur, 2 perf/jour, PERFADOM 38 -C-DIFF=2/J                   | 420,83 €  |
|                          | PERFADOM 39 | 1102270 | Perfusion à domicile, forfait hebdo consom-access, diffuseur, 3 perf/jour, PERFADOM 39 -C-DIFF=3/J                   | 598,70 €  |
|                          | PERFADOM 40 | 1122395 | Perfusion à domicile, forfait hebdo consom-access, diffuseur, >3 perf/jour, PERFADOM 40 -C-DIFF>3/J                  | 754,02 €  |
|                          | PERFADOM 24 | 1157318 | Perfusion à domicile, forfait hebdo consom-access, débranchement diffuseur rempli ES*, PERFADOM 24 -C-DEBR-DIFF      | 13,80 €   |
|                          | PERFADOM 43 | 1103647 | Perfusion à domicile, forfait hebdo consom-access, diffuseur, 1 perf/sem, PERFADOM 43 -C-DIFF IMMUSC                 | 44,35 €   |
|                          | PERFADOM 44 | 1120261 | Perfusion à domicile, forfait jour consom-access, diffuseur, 1 perf/jour, PERFADOM 44 -C-DIFF IMMUSC-IV              | 44,35 €   |
| Système actif            | PERFADOM 1  | 1176882 | Perfusion à domicile, forfait installation 1, système actif électrique, PERFADOM 1 -I1-SA-ELEC                       | 357,20 €  |
|                          | PERFADOM 2  | 1159062 | Perfusion à domicile, forfait installation 2, système actif électrique, PERFADOM 2 -I2-SA-ELEC                       | 164,86 €  |
|                          | PERFADOM 3  | 1183570 | Perfusion à domicile, forfait installation rempli par ES*, système actif électrique, PERFADOM 3 -I-REMPLI-ES-SA-ELEC | 164,86 €  |
|                          | PERFADOM 7  | 1178556 | Perfusion à domicile, forfait hebdo suivi, système actif, PERFADOM 7 -SA-ELEC                                        | 100,75 €  |
|                          | PERFADOM 27 | 1168470 | Perfusion à domicile, forfait hebdo consom-access, système actif, 1 perf/sem, PERFADOM 27 - C-SA=1/S                 | 35,72 €   |
|                          | PERFADOM 28 | 1136061 | Perfusion à domicile, forfait hebdo consom-access, système actif, 2 à 3 perf/sem, PERFADOM28 -C-SA=2A3/S             | 71,44 €   |
|                          | PERFADOM 29 | 1126364 | Perfusion à domicile, forfait hebdo consom-access, système actif, 4 à 6 perf/sem, PERFADOM29 -C-SA=4A6/S             | 160,74 €  |
|                          | PERFADOM 30 | 1187489 | Perfusion à domicile, forfait hebdo consom-access, système actif, 1 perf/jour, PERFADOM 30 -C-SA=1/J                 | 246,81 €  |
|                          | PERFADOM 31 | 1169675 | Perfusion à domicile, forfait hebdo consom-access, système actif, 2 perf/jour, PERFADOM 31 -C-SA=2/J                 | 467,59 €  |
|                          | PERFADOM 32 | 1134211 | Perfusion à domicile, forfait hebdo consom-access, système actif, 3 perf/jour, PERFADOM 32 -C-SA=3/J                 | 665,23 €  |
|                          | PERFADOM 33 | 1150865 | Perfusion à domicile, forfait hebdo consom-access, système actif, >3 perf/jour, PERFADOM 33 -C-SA>3/J                | 837,80 €  |
|                          | PERFADOM 41 | 1153467 | Perfusion à domicile, forfait hebdo consom-access, système actif, 1 perf/sem, PERFADOM 41 -C-SA IMMUSC               | 49,28 €   |
|                          | PERFADOM 42 | 1149141 | Perfusion à domicile, forfait journ consom-access, système actif, 1 perf/jour, PERFADOM 42 -C-SA-IMMU-IV             | 49,28 €   |
| Entretien et Transfusion | PERFADOM 21 | 1103392 | Perfusion à domicile, forfait d'entretien voie centrale, PERFADOM 21 - ENTRETIEN-VC                                  | 9,16 €    |
|                          | PERFADOM 22 | 1170419 | Perfusion à domicile, forfait d'entretien voie centrale, PERFADOM 22 - ENTRETIEN-PICC LINE                           | 17,86 €   |
|                          | PERFADOM 23 | 1137095 | Perfusion à domicile, forfait transfusion, PERFADOM 23 -TRANSFUSION-de-PSL-en-EFS                                    | 18,32 €   |

\*Etablissement de santé

## Supports d'aide à la prescription

Pour s'assurer d'une prescription de sortie de l'hôpital adaptée à sa dispensation en Ville, cette recommandation s'appuie entre autres sur les outils suivants :

« Les bonnes pratiques – La perfusion » publié par l'Assurance Maladie Service Médical Limousin Poitou-Charentes – octobre 2016<sup>11</sup>

Ce document présente les recommandations des bonnes pratiques dans la perfusion, destiné aux professionnels de santé. Dans ce mémo sont décrits les généralités, les prescriptions et facturations PERFADOM.



## La base de données LPP

La Liste des Produits et des Prestations (LPP) de l'Assurance Maladie contient les informations indispensables à la facturation des produits ayant un code LPP. Elle permet également une recherche par code, par désignation ou par chapitre.

Pour consulter la base LPP : liste des Produits et Prestations par chapitre

## Logiciels d'aide à la prescription :

Un champ d'action important à mentionner dans ce Cahier est celui de l'implémentation des solutions informatiques notamment des logiciels d'aide à la prescription des dispositifs médicaux dans les différents services de l'établissement de santé. Le [Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale, l'article 32](#) vise le renforcement de l'usage du numérique et le partage d'information pour améliorer la qualité de la prise en charge.

Aussi, pour favoriser ce développement, cette recommandation pourrait contribuer à la rédaction d'un Cahier de Charges.

## Logiciels d'aide à la dispensation

Les logiciels d'Aide à la Dispensation (LAD) sont des logiciels dont au moins une des fonctions permet l'enregistrement d'une dispensation de médicaments et des produits de santé ou des prestations (analyse des prescriptions, conseil et dispensation) que ce soit à l'hôpital (Pharmacie à Usage Intérieur) ou en officine (Officine de Pharmacie)<sup>12</sup>.

## Fiches de Bon usage Euro-Pharmat

Euro-Pharmat met à disposition des professionnels de santé sur son site des fiches de bon usage sur différents dispositifs médicaux, notamment ceux pour l'abord parentéral.

Pour plus d'informations : <https://www.euro-pharmat.com/abord-parenteral>

## Base produits ACL - disponibles en Ville

La base des produits ACL contient les dispositifs nécessaires à la perfusion disponibles en Ville. Pour chacun d'eux, des données descriptives et de remboursement sont présentes. L'unique source de ces informations est le fournisseur. Ces données sont sous le contrôle et la responsabilité des fournisseurs qui valident la fiche produit ACL.

Chaque produit est identifié par un code index ACL7 unique utilisé dans les systèmes d'information pour les échanges entre les professionnels de santé.

L'association ACLsanté met à disposition des établissements de santé ces fiches produits sous la forme d'un catalogue électronique pouvant être utilisé pour la e-Prscription.

Tous les établissements de santé, leurs groupements et centrales d'achat peuvent signer avec ACLsanté une convention d'échanges ayant pour objectif la mise à disposition de l'établissement de santé des eCatalogues ACL validés par les fournisseurs.

En contrepartie l'établissement s'engage à demander aux fournisseurs avec lesquels il conclut des marchés de mettre à jour leurs données dans la Base Produits ACL.

Ainsi, le prescripteur hospitalier peut avoir une meilleure visibilité des dispositifs disponibles en Ville et peut également rédiger une prescription de sortie hospitalière adaptée à la dispensation par le pharmacien d'officine.

<sup>11</sup> [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/memo\\_perfusion\\_janv\\_2017.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/memo_perfusion_janv_2017.pdf)

<sup>12</sup> <https://www.ansm.sante.fr/Activites/Mise-sur-le-marche-des-dispositifs-medicaux-et-dispositifs-medicaux-de-diagnostic-in-vitro-DM-DMIA-DMDIV/Logiciels-et-applications-mobiles-en-sante/Le-logiciel-ou-l-application-sante-que-je-veux-mettre-sur-le-marche-releve-t-il-du-statut-de-dispositif-medical-DM-ou-de-dispositif-medical-de-diagnostic-in-vitro-DM-DIV/Exemples-de-logiciels-et-applications-mobiles-illustrant-le-positionnement-reglementaire>

Les informations nécessaires à cette prescription sont :

- Nom du fournisseur
- Code référent du produit 13 positions
- Code Index ACL7
- IUD-UDI de base
- Dénomination commerciale
- Référence fournisseur
- Forme
- Voie et complément de voie
- Dimensions, diamètre ou volume du produit
- Charrière/Gauge
- Taille
- Conditionnement
- Code de remboursement LPP
- Classe du dispositif médical
- Supprimé-remplacé par
- Circuit (ville-hôpital)

Dans un deuxième temps, il est envisagé de mettre ce catalogue électronique à disposition des Editeurs de logiciels d'aide à la prescription pour une interopérabilité optimale.

Plus d'informations : [info@aclsante.org](mailto:info@aclsante.org)

<sup>13</sup> [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Info\\_ameli\\_forfait\\_perfusions\\_-\\_Dde\\_FT\\_-\\_Annexe\\_4.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Info_ameli_forfait_perfusions_-_Dde_FT_-_Annexe_4.pdf)



## Rappels des modalités de prescription, dispensation de produits de santé et des soins de la perfusion à domicile

Ces recommandations constituent un **support orienté** qui permet d'avoir une bonne compréhension par tous des informations indispensables devant figurer dans le Formulaire de Prescription de perfusion à domicile (ville ou hôpital)<sup>13</sup> disponible et téléchargeable sur le site Ameli, qu'elles soient réglementées par le Code de la Santé Publique et le Code de la Sécurité Sociale ou recommandées par les experts de ce groupe :

| Information                                           | Description                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Références                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Identification patient                                | Les nom et prénoms, le sexe, la date de naissance du patient et, si nécessaire, sa taille et son poids                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | R5132-3 7° Code Santé Publique<br>R165-38 4° Code Sécurité Sociale**                                                                |
| Identification prescripteur                           | Les nom et prénoms, la qualité et, le cas échéant, le titre, ou la spécialité du prescripteur telle que définie à l'article R. 5121-91, son identifiant (RPPS) lorsqu'il existe, son adresse professionnelle précisant la mention « France », ses coordonnées téléphoniques précédées de l'indicatif international « +33 » et son adresse électronique, sa signature, la date à laquelle la prescription a été rédigée, le nom de l'établissement ou du service de santé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | R5132-3 1° Code Santé Publique                                                                                                      |
| Identification Établissement de santé                 | Raison sociale et n° FINESS géographique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Décret 2010-211 Code Sécurité Sociale                                                                                               |
| Durée de traitement                                   | La durée de traitement le nombre d'unités de conditionnement et, le cas échéant, le nombre de renouvellements de la prescription<br><br>Ne peut être faite pour une durée supérieure à 12 mois<br><br>Pour en permettre la prise en charge, le distributeur au détail ne peut délivrer, en une seule fois, un volume de produits ou de prestations correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois de trente jours                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | R5132-3 3° Code Santé Publique<br><br>R165-36 Code Sécurité Sociale<br><br>R165-41* Code Sécurité Sociale                           |
| Durée totale et Renouvellement de la prescription     | La durée totale de la prescription ou le nombre de renouvellements de la prescription par périodes maximales d'un mois, dans la limite de 12 mois                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | R165-37 Code Sécurité Sociale                                                                                                       |
| Désignation du produit de santé                       | La dénomination du produit de santé prescrit, la fréquence d'utilisation et le mode d'emploi<br><br>Une prescription précise des dispositifs médicaux rédigée de préférence avec la dénomination commerciale des produits de santé qu'ils soient inscrits à la LPP sous description générique ou nom de marque quel que soit le produit. La substitution des dispositifs médicaux, dès lors qu'ils sont prescrits en dénomination commerciale, n'est pas légalement autorisée, sauf avec l'accord express et préalable du prescripteur ou en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient (article L. 5125-23, alinéa 1 <sup>er</sup> , du code de la santé publique)<br><br>Dans le cas des produits de santé remboursés : la désignation du produit ou de la prestation permettant son rattachement précis à la liste mentionnée à l'article L. 165-1 | R5132-3 2° Code Santé Publique<br><br>L5125-23 alinéa 1 <sup>er</sup> Code Santé Publique<br><br>R165-38 1° Code Sécurité Sociale** |
| Quantité du produit de santé                          | La quantité de produit de santé ou le nombre de conditionnements nécessaires compte tenu de la durée de prescription prévue selon la réglementation en vigueur                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | R165-38 2° Code Sécurité Sociale**                                                                                                  |
| Conditions particulières du produit de santé          | Le cas échéant, les conditions particulières d'utilisation du produit de santé ou de la prestation auxquelles est subordonnée son inscription sur ladite liste                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | R165-38 3° Code Sécurité Sociale**                                                                                                  |
| Âge et poids du bénéficiaire                          | Les nom et prénoms, le sexe, la date de naissance du patient et, si nécessaire, sa taille et son poids                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | R5132-3 7° Code Santé Publique<br>R165-38 4° Code Sécurité Sociale**                                                                |
| Quantité à délivrer                                   | Pour permettre la prise en charge des produits de santé inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et disponibles sous différents conditionnements, le distributeur au détail délivre au patient le conditionnement le plus économique compatible avec les mentions figurant sur la prescription                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | R165-39 Code Sécurité Sociale                                                                                                       |
| Validité de la prescription                           | La validité de la prescription est expirée à l'issue de la dispensation des produits de santé et prestations correspondant à la durée totale de la prescription<br><br>Pour que le produit de santé puisse être pris en charge, la première dispensation ne peut se faire que sur présentation d'une prescription datant de moins de 6 mois                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | R165-40 Code Sécurité Sociale                                                                                                       |
| Prescription de produits de santé et actes infirmiers | Il est recommandé que la prescription des soins infirmiers figure sur le même document que la prescription des produits de santé.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Recommandation des experts                                                                                                          |

\* Toutefois, les produits de santé disponibles sous un conditionnement correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois peuvent être délivrés pour cette durée, dans la limite de la durée totale de prescription restant à couvrir et sous réserve qu'il s'agisse du conditionnement le plus économique compatible avec les mentions figurant sur la prescription.

\*\* Prise en charge LPP

**!** Tenir compte du respect des nomenclatures de prise en charge LPP des produits de santé en vigueur et des évolutions potentielles sur le site Ameli [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

## Documents et base de référence

1. Code de la Santé Publique – principe fondamental du libre choix du patient. Disponible : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000025843591/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843591/)
2. L'arrêté du 12 avril 2016, publié au Journal officiel du 16 avril 2016 portant modification des conditions d'inscription des dispositifs médicaux de nutrition parentérale à domicile et prestations associées sur la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032407252?r=sh6EnX8tKl>
3. L'arrêté du 26 juin 2019 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux de perfusion à domicile et prestations associées inscrits au titre Ier de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038689260>
4. Code de la Sécurité Sociale – Décret 2012-860 du 5 juillet 2012 relatif aux modalités de prescription et de délivrance des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. JORF du 7 juillet 2012. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026152057&categorieLien=id>
5. Code de la Santé Publique – L'article R5132-3 définit les informations à figurer sur une prescription. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGIARTI000028393053&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20131228>
6. Code de la Santé Publique – Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire. JORF du 30 mars 2012. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025592708&categorieLien=id>
7. Code de la Santé Publique – L'article L4311-1 définit l'autorisation à l'infirmier pour adapter la posologie de certains traitements pour une pathologie donnée. Disponible : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886488/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886488/)
8. Code de la Sécurité Sociale – Arrêté du 14 mars 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux de perfusion à domicile et prestations associées inscrits au titre Ier de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036719759>
9. Code de la Santé Publique – L'article R4235-48 définit l'acte de dispensation. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGIARTI000006913703&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>
10. Code de la Sécurité Sociale – Décret n° 2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES). JORF du 22 avril 2017. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034453909&categorieLien=id>
11. Code de la Sécurité Sociale – Arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale. JORF du 30 avril 2017. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034517810&categorieLien=id>
12. Code de la Sécurité Sociale – Arrêté du 12 décembre 2018 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale. JORF du 12 décembre 2018. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037846009>
13. Rapport des Charges et produits pour l'année 2021. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2021. Consulté le 08/01/2021 Disponible : [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/2020-07\\_rapport-propositions-pour-2021\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie.pdf)
14. Formulaire de Prescription de Perfusion à Domicile Ville ou Hôpital en version PDF modifiable. Consulté le 08/02/2021. Disponible : [http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery\\_files/site/136/2953/5062/5228.pdf](http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/5228.pdf)
15. Euro-Pharmat : Fiches de bon usage des différents dispositifs médicaux, notamment ceux pour l'abord parentéral. Consulté le 21/02/2020. Disponible : <https://www.euro-pharmat.com/abord-parenteral>
16. Base produits ACL : mise à disposition des eCatalogues des produits commercialisés en Ville listant les informations descriptives et de remboursement. Disponible sur : [www.aclsante.org](http://www.aclsante.org)

## Glossaire

**CNAM** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

**Dispositif médical** : tout instrument, appareil, équipement, logiciel, implant, réactif, matière ou autre article, destiné par le fabricant à être utilisé, seul ou en association, chez l'homme pour l'une ou plusieurs des fins médicales précises suivantes :

- Diagnostic, prévention, contrôle, prédiction, pronostic, traitement ou atténuation d'une maladie
- Diagnostic, contrôle, traitement, atténuation d'une blessure ou d'un handicap ou compensation de ceux-ci
- Investigation, remplacement ou modification d'une structure ou fonction anatomique ou d'un processus ou état physiologique ou pathologique
- Communication d'informations au moyen d'un examen in vitro d'échantillons provenant du corps humain, y compris les dons d'organes, de sang et de tissus

et dont l'action principale voulue dans ou sur le corps humain n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens.

Les produits ci-après sont également réputés être des dispositifs médicaux :

- Les dispositifs destinés à la maîtrise de la conception ou à l'assistance à celle-ci,
- Les produits spécifiquement destinés au nettoyage, à la désinfection ou à la stérilisation des dispositifs visés à l'article 1<sup>er</sup>, paragraphe 4, et de ceux visés au premier alinéa du présent point<sup>14</sup>.

**Dispositifs de sécurité** : ce sont des dispositifs invasifs avec système intégré de recouvrement de la partie vulnérante du dispositif (aiguille ou lame) après usage. Il s'agit pour la plupart de dispositifs médicaux (DM). Peuvent également être des dispositifs de sécurité les matériels développés pour limiter le risque de piqûre, de plus en plus utilisés et constamment améliorés sur la base d'études montrant leur efficacité et de textes réglementaires<sup>15</sup>.

**FINESS** : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux. <http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/index.jsp>

**LPFR** : Liste des Produits et Prestations Remboursables [http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/tips/index\\_presentation.php?p\\_site=AMELI](http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/tips/index_presentation.php?p_site=AMELI)

**Médicament rétrocedable** : conformément à l'article L.5126-4 du Code de la Santé Publique, le médicament rétrocedable est un médicament disposant d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) ou d'une Autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de cohorte qui peut, pour des raisons de santé publique, être vendu au public au détail. La liste des médicaments rétrocedables est arrêtée par le Ministre chargé de la santé après avis ou sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)<sup>16</sup>.

**Médicament de la réserve hospitalière** : sont des médicaments prescrits, dispensés et administrés exclusivement au cours d'une hospitalisation<sup>17</sup>, sauf mention contraire de l'autorisation de mise sur le marché, au domicile du patient dans le cadre d'une activité d'hospitalisation à domicile ou de dialyse à domicile<sup>18</sup>.

**Perfusion à domicile** : La perfusion à domicile permet l'administration de médicaments dans l'organisme d'un patient, par injection lente et prolongée, continue ou discontinue. Une perfusion s'entend donc comme une préparation d'une ou plusieurs molécules (si miscibles et compatibles entre elles) diluées dans un solvant et contenues dans un dispositif d'administration relié à une tubulure. Les injections intraveineuses ou sous-cutanées directes d'une durée inférieure à 15 minutes ne sont pas assimilées à des perfusions et sont dès lors exclues du champ de la nomenclature « perfusion à domicile ». De même, la perfusion par diffuseur doit avoir une durée supérieure ou égale à 30 minutes et la perfusion par système actif électrique doit avoir une durée supérieure ou égale à 60 minutes<sup>19</sup>.

**PERFADOM** : nomenclature des perfusions à domicile applicable depuis le 01/05/2016. Perfadom est l'abréviation de la perfusion à domicile le texte publié au Journal officiel du 16 avril 2016.

**RPPS** : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé<sup>20</sup>

<sup>14</sup> <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32017R0745&from=FR>

<sup>15</sup> <https://www.geres.org/cadre-general-materiels-de-protection/securite-des-gestes-invasifs/>

<sup>16</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/prescription-et-dispensation/article/medicaments-retrocedes-retrocession>

<sup>17</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/medicaments-3.pdf>

<sup>18</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000034102393/2017-03-01>

<sup>19</sup> [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/info\\_medecins\\_perfusion20160720.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/info_medecins_perfusion20160720.pdf)

<sup>20</sup> <https://annuaire.sante.fr/web/site-pro/recherche/rechercheDetaillee>

## Résumé

Dans le contexte où le parcours de santé du patient entre l'hôpital et la ville devient un enjeu majeur, les associations ACL et Euro-Pharmat collaborent en créant un comité d'experts. L'objectif est de contribuer à la bonne prescription et la dispensation des dispositifs médicaux afin d'assurer une continuité des soins au patient réalisés à l'hôpital lors de son retour au domicile. Cette recommandation aborde les éléments indispensables devant figurer sur une prescription de sortie pour une bonne dispensation pharmaceutique en ville afin d'améliorer la prise en charge du patient tout en maîtrisant les dépenses de santé inhérentes. Elle présente un schéma du parcours de soins, les modalités de prescription de perfusion disponibles en Ville, la dispensation des perfusions et des soins associés.

## MOTS CLÉS

Base Produits ACL – Bonnes pratiques – Cathéter — Coordination – Continuité pharmaceutique – CPTS – Diffuseur – Dispensation – Dispositif médical – Dispositif sécurisé – DM – Domicile – ePrescription – Efficience – Equipe de soins primaires – Equipe de soins de santé – Evaluation – Exercice Coordonné – Facturation – Fiches de bon usage – Forfait – Gravité – HAD – Hôpital – Infirmier – Logiciel d'aide à la Dispensation – Logiciel d'aide à la Prescription – Médicaments – Modes d'administration – Ordonnance – Parcours de soins – Perfusion à domicile – PERFADOM – Pharmacie – Préconisations – Prescription – Recommandation – Soins Infirmiers – Système actif – Ville



86 rue du Dôme - 92100 BOULOGNE BILLANCOURT

Tél : 01 49 09 62 60 – Fax : 01 49 09 62 73

[www.cipmedicament.org](http://www.cipmedicament.org) [www.aclsante.org](http://www.aclsante.org)



@CIPmedicament @ACLsante



@CIPmedicament @ACLsante



## ANNEXE : Notice du Formulaire de prescription de perfusion à domicile (ville ou hôpital)

**Identification du prescripteur et de sa structure d'exercice** (cabinet, établissement de santé, centre de santé, ...) :

- Concernant le pavé « identité du prescripteur » : renseigner le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ;
- Concernant sa structure d'exercice :
  - Si la prescription émane d'un médecin salarié d'un établissement de santé ou d'un centre de santé : saisissez le numéro FINESS (<http://finess.sante.gouv.fr>) de l'établissement ;
  - Si la prescription émane d'un prescripteur exerçant à titre libéral: saisissez le numéro d'Assurance Maladie du médecin libéral mentionné sur l'ordonnance.

**Destinataires et/ou objets** : Le formulaire de prescription de la perfusion à domicile (ville ou hospitalisation à domicile (HAD)) est à éditer en un certain nombre d'exemplaires selon qu'il concerne une prestation réalisée « **en ville** » ou par l'HAD (un patient qui nécessite des soins complexes et multidisciplinaires relève exclusivement de l'HAD).

- Pour une perfusion « en ville », 4 exemplaires du formulaire sont édités et signés avec la coche de la case du destinataire correspondant :
  - Le patient ;
  - Les acteurs concourant à la prestation en ville :
    - o Le pharmacien d'officine ou hospitalier pour les produit(s) à perfuser ;
    - o Le pharmacien d'officine pour les prestation(s) et dispositifs médicaux ;
    - o L'infirmier libéral en charge de la ou des perfusion(s) pour son information ;
- Si la perfusion s'opère dans le cadre de l'**HAD**, 2 exemplaires sont édités et signés avec la coche de la case du destinataire correspondant :
  - Le patient ;
  - L'HAD.

Si le traitement comprend un nombre de cures de produit(s) à perfuser ou de cycles de cure de produits à perfuser supérieur à 2, un ou d'autres formulaires de prescription sont renseignés.

### Cure de produit :

Dans chaque encart « produit » du formulaire n'est prescrit qu'un seul médicament ou soluté ; toutefois, les produits qui lui sont associés (électrolytes, vitamines...) dans un même contenant (poche, flacon...), doivent également y être indiqués.

Un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste prévue à l'article L 5126-4 du code de la santé publique, ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'un établissement d'hospitalisation à domicile.

### Dénomination, dosage et posologie

En cas d'administration intermittente, la posologie doit correspondre à la dose administrée lors de chaque injection, sauf mention contraire.

En cas d'administration continue par système actif électrique, la concentration du produit, le dosage et le débit (en ml/h ou mg/h) sont définis.

### Durée d'administration

En cas de perfusion intermittente, la durée d'administration du traitement doit être renseignée en minutes ou en heures.

En cas de perfusion continue, la mention « en continu » est renseignée.

### Solvant

Si le produit est un soluté (NaCl 0,9% ou G5%) ou si aucun solvant n'est nécessaire, cette information n'est pas requise.

En dehors de ces cas, la nature du solvant compatible avec le traitement doit être indiquée de même que le volume de dilution.

Dans le cas d'une seringue ou d'un diffuseur, l'acronyme Q.S.P. (quantité suffisante pour) peut être utilisé afin d'ajuster la concentration.

### Durée du traitement

La date de début de la cure est la date du premier jour de la première administration du traitement à domicile.

La date de fin de la cure doit être indiquée ou, à défaut, la durée du traitement

### Voies d'abord :

Ne cocher qu'une seule case parmi les 4 propositions suivantes : veineuse centrale, veineuse périphérique, sous-cutanée et péri-nerveuse. Seuls les traitements administrés par la voie désignée sont prescrits sur ce formulaire.

Lorsque la voie d'abord est veineuse centrale :

- Il doit être précisé s'il s'agit d'une chambre implantable, d'un cathéter central ou d'un cathéter central à insertion périphérique appelé aussi « Picc Line ».
- En cas de perfusion par voie centrale réalisée sur plusieurs cycles de cures, si la voie implantée n'est pas mobilisée pendant au moins 7 jours durant ou à la suite de la cure décrite, un des **forfaits d'entretien** de cette voie centrale peut être pris en charge. Cochez la case dédiée en indiquant si cela concerne ou non un « Picc Line ».

## Mode d'administration

Un seul mode d'administration doit être choisi. Dans la mesure du possible, lorsque plusieurs modes d'administration peuvent convenir pour la perfusion d'un produit, le prescripteur choisit la perfusion par gravité avant le diffuseur ou le système actif électrique, et le diffuseur avant le système actif électrique; ce choix doit tenir compte de l'impact qu'aurait le mode d'administration au patient sur sa mobilité ou son autonomie.

Une perfusion par diffuseur doit avoir une durée supérieure ou égale à 30 minutes. D'une manière générale une perfusion par système actif électrique doit avoir une durée supérieure ou égale à 60 minutes, à l'exception de cas particuliers, justifiés par la nature des produits à perfuser, la nécessité d'un débit spécifique ou une succession de perfusions. Dans l'hypothèse où il serait dérogé à cette durée minimale de 60 minutes pour une perfusion par système actif électrique, le médecin prescripteur en avertit, par courrier justificatif, le médecin conseil de l'assurance maladie.

Lorsque le traitement est administré par système actif électrique, précisez son caractère « fixe » ou « ambulatoire ».

Lorsque le traitement, administré par diffuseur ou système actif électrique, est préparé et rempli en établissement de santé, la case prévue à cet effet doit être cochée.

## Médicament à perfuser seul

Pour une voie d'abord donnée, si le prescripteur juge qu'un médicament doit être perfusé seul en raison d'un risque d'interaction ou de l'incompatibilité avec un autre des produits perfusés sur cette voie, la case correspondante doit être cochée. Dans ce cas et sauf exception, un schéma thérapeutique doit être établi et mis à disposition de l'infirmier en charge des soins.

## Commentaires

Aucun traitement ne doit être prescrit dans cette partie. Si plus de deux traitements sont prescrits pour une voie d'abord, un autre formulaire doit être utilisé.

Lorsqu'il le juge nécessaire, le prescripteur pourra compléter la prescription en précisant les matériels indispensables pour garantir la sécurité de l'administration des produits.

Lorsqu'un produit doit être perfusé seul ou si la multiplicité des traitements le rend nécessaire, un schéma thérapeutique précisant les horaires de début d'administration, ou de renouvellement de dispositif en cas d'administration continue, peut être réalisé dans cette case.