

techniques hospitalières

LA REVUE DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

63^E ANNÉE • JUILLET-AOÛT 2008

710

Systeme d'information et management du médicament en maison de retraite

Extrait de l'étude SCMNU1

FRANCIS MEGERLIN, FRANÇOIS LHOSTE



Assistée par un système d'information innovant, la préparation pharmaceutique des médicaments en piluliers au profit de personnes âgées permet le recueil à grande échelle de données sur les coûts réels de traitement en secteur ambulatoire. Ce travail rapporte des données de la précédente étude SCMNU1 qui a porté durant 12 mois sur la consommation de 5 205 patients (effectif final) résidant dans 100 Ehpad, approvisionnés par 62 officines, soit 452 135 boîtes de médicaments représentant 2 524 spécialités. Le système d'information permet la réduction des risques, la mesure des surcoûts, l'adaptation de l'offre industrielle, et la traçabilité totale des traitements préparés comme des excédents facturés. Il ouvre la voie à une implication active du pharmacien dans la mise en œuvre du traitement et au développement ambulatoire des services cliniques associés. Enfin, il met en exergue l'intérêt des systèmes d'information interopérables, au service du dialogue entre professionnels et de l'efficacité du soin.



Publication bimestrielle • Fondée en 1945 par HENRI THOILLIER (†) • Éditée par la Fédération hospitalière de France
Directeur de la publication : CLAUDE ÉVIN • Directeur adjoint de la publication : GÉRARD VINCENT • Directrice : MARIE-CHRISTINE BURNIER
Abonnements, petites annonces : RACHIDA VALORUS - 01 44 06 84 35 - th.abonnements@fhf.fr

Secrétariat de rédaction : CÉLINE BRUANT - 01 44 06 84 38 - th.redaction@fhf.fr • Fédération hospitalière de France - 1 bis, rue Cabanis - CS 41402 - 75993 Paris Cedex 14
ISSN 0040-1374 • Maquette : Boops, Lyon • Fabrication : Bialec, Nancy • Publicité : Mistral Media, Paris - 01 40 02 99 00 - david.bichot@mistralmedia.fr
Site : <http://editions.fhf.fr>

Francis Megerlin

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS, FACULTÉ DE PHARMACIE DE L'UNIVERSITÉ PARIS-DESCARTES

Pr François Lhoste

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ PARIS-DESCARTES, SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ (SFES)

Systeme d'information et management du médicament en maison de retraite

Extrait de l'étude SCMNU1¹

En France, il n'existe pas encore de système d'information institutionnel organisant la connaissance des coûts réels de traitement médicamenteux en secteur ambulatoire. Les bases de données de l'assurance maladie, comme le dossier pharmaceutique en cours de mise en place en officine depuis 2007, rapportent certes un historique comptable des boîtes facturées (coût global par boîte standard), mais ne permettent pas l'évaluation médico-économique des traitements prescrits (coût précis à l'unité de prise), l'analyse des pratiques et de leurs évolutions.

Les deux études systématiques fondées sur le recueil massif de données rapportées à une population déterminée sont, en l'état, TCMNU1² (suivi de 2 297 patients durant 4 mois) (1), puis SCMNU1³ (5 205 patients durant 12 mois) (2). Elles ont porté sur la structure et le coût des excédents facturés, observés au stade de la préparation pharmaceutique des traitements en piluliers mensuels au profit de personnes âgées (3). Ces personnes résident en établissements dépourvus de pharmacie à usage intérieur (PUI) et sont nominativement approvisionnées par des officines de pharmacie (4).

Objectif

Après validation de la méthode par TCMNU1, notre étude SCMNU1 avait pour objectif la détermination

des coûts véritables de traitement de façon systématique et exhaustive, à grande échelle pour une durée significative, grâce à un système d'information intégré dans la gestion du circuit du médicament en secteur ambulatoire.

Méthode

Population et durée

L'étude a consisté à suivre durant 12 mois (de juillet 2006 à juin 2007) la consommation de 5 205 patients (effectif final de l'étude) résidant dans 100 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), approvisionnés par 62 officines de pharmacie, dans toute la France métropolitaine.

Système d'information utilisé

Le système utilisé est construit sur le concept de traçabilité totale. Il est couplé par interopérabilité aux outils informatiques déjà présents en officine. Chaque boîte de médicament facturée est identifiée par son code CIP⁴, sa dénomination commerciale, son dosage, sa forme galénique, le nombre d'unités conditionnées dans la boîte, son taux de remboursement par l'assurance maladie et son prix public TTC. En outre, sont saisis le numéro de lot et la date de péremption des médicaments soumis à préparation, ainsi que le nombre d'unités de prise (jusqu'à la

1- Cet article présente des données et réflexions issues de l'étude SCMNU1, parue dans *Santé Décision Management* (2008 n° 1, 107-137). Une présentation transverse, axée sur l'économie de la préparation pharmaceutique des traitements en maison de retraite, paraîtra au *Journal d'économie médicale* (2008 n° 3).

2- Traçabilité et coût des médicaments non utilisés au sein d'établissements pour personnes âgées.

3- Structure et coût des médicaments non utilisés au sein d'établissements pour personnes âgées.

4- Code identifiant de présentation. NDLR.

fraction d'unité sécable) reconditionnées en pilulier nominatif selon le schéma posologique prescrit. Les données brutes issues de ce système, expérimenté dans notre étude pilote et désormais développé à titre commercial par la société française MEDISSIMO, ont été mises à notre disposition dans le cadre d'un partenariat scientifique entreprise-université Paris-Descartes.

Type de préparation

Après validation de l'ordonnance par le pharmacien et examen de faisabilité, les piluliers étaient préparés par le personnel pharmaceutique selon les caractéristiques des médicaments (forme orale, solide, anhydre, stable) et les schémas posologiques. Les piluliers utilisés étaient nominatifs scellés à usage unique, mensuels, par médicament. Les pharmaciens se sont engagés au respect des « propositions de recommandations de bonnes pratiques » de préparation des doses à administrer publiées sous l'égide de l'Ordre des pharmaciens (5).

Résultats

Lors de la préparation, la distinction entre unités de prise prescrites et unités de prise excédentaires permet de relever les taux d'excédents de délivrance pour chaque médicament, et d'établir les surcoûts de traitement correspondants. Les coûts ont été calculés selon la base VIDAL prix TTC public des médicaments (juillet 2007).

Exemple de résultats globaux

71 958 ordonnances ont donné lieu à facturation de 616 429 boîtes (représentant 4 235 spécialités), pour un coût total de 6 288 571,16 €. Parmi celles-ci, 460 904 boîtes (représentant 2 663 spécialités) sont entrées dans le périmètre d'étude, les unités galé-

niques correspondantes (comprimé, capsule, gélule, pastille, pilule) ayant donné lieu à préparation en pilulier. L'excédent facturé est de 547 967,75 €. Le coût moyen journalier d'excédent facturé par résident est, au minimum, de 0,288 € (ce coût a été volontairement minimisé, voir SCMNU1).

Par exemple (**Tableau I**), 2 053 spécialités remboursées à 65 % par l'assurance maladie, représentant 427 830 boîtes, ont été facturées pour un coût de 4 858 578,16 €. Seules 387 194 boîtes (4 692 197,58 €) ont donné lieu à préparation, permettant d'observer un excédent de facturation de 492 525,61 €. Le coût de ces traitements est donc de 10,49 % inférieur au coût des boîtes facturées. Les données en valeur pour les spécialités non admises au remboursement ne sont pas présentées ici (indication NC dans le tableau), le prix de ces spécialités étant libre donc variable selon les pharmacies.

Exemple de résultats par principes actifs

Afin de montrer la structure de consommation médicamenteuse en Ehpad, nous avons regroupé les spécialités par principe actif (PA), selon leur dénomination commune internationale. Les excédents moyens par PA sont ensuite expliqués à travers un exemple d'approche analytique par spécialité. Dans le **tableau II**, par exemple, les boîtes de médicament à base de mémantine (une spécialité) ont été facturées pour une valeur de 383 805,60 €. Elles représentent 7,12 % de la valeur du périmètre étudié (5 389 108,78 €, cf. **tableau I**) et ont, pour 99,76 % d'entre elles, été soumises à préparation. La préparation permet de relever un excédent facturé de 57 337,27 €, soit 14,97 % de la valeur des boîtes préparées.

Exemple de résultats par spécialité

Les taux moyens par principe actif masquent la réalité

Tableau I - Surcoût de traitement selon les taux statutaires de remboursement

Taux de remboursement	Nombre de spécialités	Nombre de boîtes facturées	Coût des boîtes facturées €	Nb boîtes préparées	Coût des boîtes préparées €	Excédents facturés €	Surcoût de traitement %
100 %	35	1 441	114 647,91	1 418	113 236,07	8 061,44	7,11
65 %	2 053	427 830	4 858 578,16	387 194	4 692 197,58	492 525,61	10,49
35 %	385	59 898	378 850,98	56 123	364 864,76	44 178,75	12,10
15 %	51	7 479	35 330,45	7 400	34 976,42	3 201,93	9,15
0 %	139	9 158	NC	8 769	NC	NC	NC
Total remboursement	2 524	496 648	5 389 108,78	452 135	5 206 715,63	547 967,75	10,52
Total	2 663	505 806	NC	460 904	NC	NC	NC

Tableau II - Excédents facturés pour les 20 premiers principes actifs délivrés en valeur

Principe actif	Nombre de spécialités	Boîtes facturées		Boîtes préparées		Excédent facturé	
		Valeur €	% Valeur périmètre	Valeur €	Taux de reconditionnement %	Taux (valeur) %	Valeur €
donépézil	2	562 410,30	10,43	560 716,83	99,69	0,84	4 765,27
mémantine	1	383 805,60	7,12	382 922,16	99,76	14,97	57 337,27
clopidogrel	1	233 097,76	4,32	231 900,34	99,48	1,53	3 565,78
rispéridone	5	232 935,18	4,32	228 374,39	98,04	45,91	104 848,90
oméprazole	70	166 759,32	3,09	164 699,31	98,76	0,69	1 598,99
rivastigmine	8	165 973,04	3,07	165 880,50	99,94	5,41	8 987,58
galantamine	6	158 156,73	2,93	156 682,13	99,06	7,25	11 364,26
paracétamol	51	129 273,63	2,39	93146,18	72,05	6,54	6 097,4
ésoméprazole	5	127 466,10	2,36	126 553,23	99,28	0,84	1 069,88
amlodipine	3	81 847,89	1,51	81 662,79	99,77	7,75	6 336,36
pantoprazole	9	81 296,27	1,50	80 317,05	98,79	1,58	1 277,93
gabapentine	34	68 510,89	1,27	67 903,85	99,11	27,09	18 398,55
périndopril	5	66 946,16	1,24	66 638,54	99,53	10,25	6 831,04
olanzapine	6	65 538,14	1,21	62 428,80	95,25	3,16	1 976,56
citalopram	12	62 793,66	1,16	62 691,74	99,83	8,71	5 463,19
venlafaxine	4	61 238,19	1,13	60 947,30	99,52	8,10	4 939,90
lévodopa, bensérazide	5	58 840,65	1,09	52 938,46	89,96	25,81	13 668,83
ramipril	49	54 048,93	1	53 862,96	99,65	7,89	4 251,82
tianeptine	2	52 492,94	0,97	52 264,80	99,56	7,39	3 865,93
dextropropoxyphène, paracétamol	24	46 528,49	0,86	40212,42	86,42	9,79	3 938,95
Total 20 premiers PA	302		52,97				270 764,48

des taux par spécialité, qui varient selon les dosages et conditionnements. Nous retenons ici les deux PA qui, dans le **tableau II**, présentent le plus fort taux d'excédent. Les données présentées sont disponibles au même degré de précision pour toutes les spécialités, par Ehpad et par officine.

■ Exemple du rispéridone

Le taux moyen de non-utilisation pour ce PA est de 45,91 % en valeur, dès la préparation du contenu des boîtes en pilulier. Il n'existe pas de génériques pour ce médicament. Dans le **tableau III**, le rispéridone dosé par exemple à 1 mg en conditionnement de 60 comprimés présente un taux de non-utilisation dès la préparation particulièrement élevé (50,66 %) pour un nombre de boîtes important (3 259 boîtes préparées, pour 3 318 boîtes facturées). En contraste, le même dosage en 28 comprimés n'a pas donné lieu à excédent, mais les unités galéniques correspondantes sont 23,52 % plus coûteuses.

■ Exemple de la gabapentine

Le taux moyen de non-utilisation pour la gabapentine est de 27,09 % en valeur, dès la préparation du contenu des boîtes en pilulier. Ce médicament donne lieu à une offre de génériques. Il existe 7 présentations pour le dosage 100 mg (350 boîtes soumises à préparation), 6 pour le 300 mg (664 boîtes), 8 pour le 400 mg (407 boîtes), 6 pour le 600 mg (170 boîtes), 7 pour le 800 mg (104 boîtes), contenant toutes 90 unités galéniques. Dans le **graphique 1**, nous constatons une relative dispersion des taux d'utilisation, qui doit être appréciée au regard du nombre de boîtes. Le taux le plus bas (31,12 % pour le dosage à 100 mg) n'est pas significatif, une seule boîte ayant été préparée pour ce générique. Nous avons publié les données détaillées pour 14 spécialités.

Discussion

Les Ehpads qui ne bénéficient pas des services d'une pharmacie à usage intérieur rassemblent les acteurs

Tableau III - Exemple du rispéridone

CIP	Dosage mg	Nb UG par boîte	Prix boîte €	Valeur UG €	Nombre de boîtes préparées	Excédent UG	Taux excédent %	Coût excédent €
3637382	0,5	28 cp	23,94	0,85	4	21	18,75	17,95
3637436	1	28 cp	29,40	1,05	7	0	0	0
3389487	1	60 cp	50,45	0,84	3 259	100 853	50,66	84 800,56
3389501	2	60 cp	95,58	1,59	473	11 115	38,76	17 706,20
3442738	4	30 cp	95,58	3,19	193	729,5	12,47	2 324,19
Coût total de l'excédent de délivrance pour le rispéridone								104 848,90

UG : unité galénique

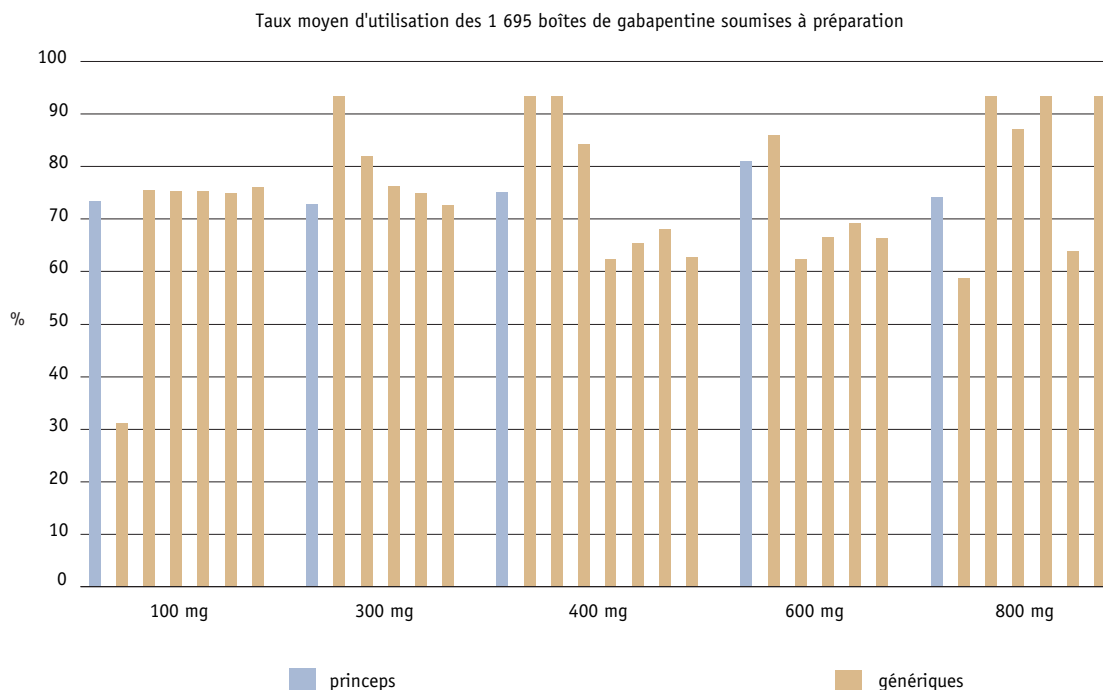
de santé selon des logiques empruntées à la fois aux secteurs ambulatoire et hospitalier. Cela en fait un banc d'essai de l'offre et de la qualité du système de santé, dont on retrouve les difficultés de dialogue et d'interopérabilité entre acteurs (5). La gestion du médicament, ici facturé à l'assurance maladie sous conditionnement standard, est à cet égard très intéressante.

Mise en question du concept de soin

On peut entendre par soin la quantité nécessaire et suffisante de produits et services de santé face à une affection diagnostiquée, mise en œuvre dans des

conditions conformes à l'intérêt du malade (6). Pour le secteur ambulatoire qui ne relève pas de la tarification à l'activité (T2A), nous avons constaté dans SCMNU1 que le surcoût de traitement résultait parfois du choix inadéquat de conditionnements industriels, le plus souvent de l'offre inadaptée en la matière, du fait que la dispersion des pratiques posologiques ne permet pas toujours la conception de conditionnements standards appropriés. La formation des excédents selon des critères médicaux et pharmaceutiques donne lieu à d'autres études en cours. La question des surcoûts se pose pour tous les patients, âgés ou non, traités en secteur ambulatoire.

Graphique 1 - Exemple de la gabapentine.



Maîtrise du risque sanitaire découlant des excédents délivrés

Le système permet d'établir le risque sanitaire généré en secteur ambulatoire par la délivrance de quantités délivrées sans application thérapeutique, selon la dangerosité de chaque médicament. Face à une boîte standard, certains patients non encadrés ne sont pas toujours en état de comprendre et d'observer le schéma posologique, conservent et consomment parfois les unités excédentaires hors de toute prescription, ou les assimilent à des déchets ménagers. Ce risque iatrogène et de pollution pourrait être réduit par la délivrance du traitement préparé. Pour les patients qui n'auraient pas ce besoin, il est envisageable de ne délivrer que la quantité nécessaire et suffisante de médicament pour le traitement, à l'instar d'autres systèmes (Québec notamment). Mais la question du mode de délivrance et de facturation des médicaments en secteur ambulatoire est dès lors posée.

Maîtrise du risque lié au reconditionnement des médicaments

La préparation pharmaceutique permet d'assurer la maîtrise du risque au sein et sous contrôle de la chaîne pharmaceutique, plutôt qu'en maison de retraite ou par un façonnier tiers (infirmière). Le reconditionnement est exclu en cas d'incompatibilité du médicament avec la préparation à l'avance, à l'instar des normes en Amérique du Nord (États-Unis, Québec). Les médicaments y sont délivrés après reconditionnement par le pharmacien sous forme de traitement nominatif, sauf exclusion spécifique expresse pour motifs de sécurité sanitaire. La maîtrise du risque pharmaceutique par les personnes compétentes est essentielle, pour le patient mais aussi pour l'industriel.

Mesure qualitative et quantitative des excédents facturés

Pour chacune des 2 524 spécialités préparées, le système permet de connaître le taux de préparation des boîtes délivrées et le taux d'excédent observé à la préparation du traitement selon le schéma posologique prescrit, jusqu'à la fraction d'unité de prise. Le gaspillage évitable résultant des excédents facturés représente un coût moyen d'au minimum 0,28 € par patient et par jour, mais ce chiffre a été volontairement minimisé. Le surcoût serait plus proche de

0,37 € (voir SCMNU1). Ces données appellent l'étude comparée des coûts d'approvisionnement officine/PUI sur une base renouvelée. Le résidu de traitement, découlant de l'arrêt, de la modification ou de l'inobservance du traitement, n'a pas été mesuré. Nous en avons proposé des estimations selon des études étrangères.

Traçabilité totale des traitements et non seulement des boîtes

Ce type de système permet la sécurisation de la préparation du pilulier, son rappel immédiat (par patient, prescripteur, pharmacien, préparateur, ordonnance, médicament, numéro de lot, date de péremption, etc.) en cas d'alerte sanitaire, de modification de traitement, en vue du suivi de l'observance, etc. Il s'agit d'une traçabilité du traitement, qui dépasse les applications du dossier pharmaceutique en cours de mise en place dans les officines, comme les futurs outils de traçabilité (codage datamatrix⁵ des boîtes). Le système permet aussi la traçabilité totale des médicaments non utilisés à la préparation (étiquetage des excédents restés dans le conditionnement originel) et au retour du pilulier. Il prévient ainsi le risque de fraude (emploi facturé d'excédents) grâce au croisement des données, mais permettrait aussi d'éviter le gaspillage (emploi mutualisé d'excédents totalement tracés) par intéressement du pharmacien d'officine à l'évitement des coûts.

Suivi pharmacothérapeutique du patient et services cliniques associés

L'objectivation du raisonnement en termes de traitement préparé et de schéma posologique permet potentiellement, à compétence constante du pharmacien d'officine, la gestion active du traitement (initialisation, suivi de l'observance, renouvellement, etc.) en coordination avec le médecin libéral ou hospitalier. Grâce à la recherche hospitalière, le développement en ville de la compétence en pharmacie clinique (enseignements par pathologie et coopération thérapeutique, etc.) pourrait, en sus, conduire au *pharmaceutical care* et au *disease management* en secteur ambulatoire. Ils sont essentiels à la recherche, en réseaux de proximité, de la sécurité et de l'efficacité du soin, à l'aube du vieillissement de la population (7), de l'explosion des maladies chroniques, et de la raréfaction de la ressource humaine et financière.

5- « Code-barres » constitué de points ou de carrés juxtaposés, capable d'encoder jusqu'à 2 300 caractères. NDLR.

Intégration de la fonction pharmaceutique en Ehpad dépourvu de pharmacie à usage intérieur

Le développement du système d'information utilisé répond à l'externalisation croissante de la gestion du circuit du médicament des Ehpad vers les officines de pharmacie, dans un environnement compétitif à mutation rapide. Dans ce contexte, la concurrence entre pharmacies pourrait être régulée par l'exigence d'une implication clinique évaluée dans la chaîne de soins, qui seule justifie la proximité pharmacien-patient (8). Paradoxalement, l'externalisation aurait pour effet d'insérer pleinement le pharmacien dans la chaîne de soin, grâce notamment aux outils de suivi clinique et de reporting actif de données, vers le patient et le médecin, l'équipe soignante et l'éventuel comité du médicament de l'Ehpad. Mais le redéploiement du raisonnement officinal en termes de traitement, l'élévation du niveau d'analyse, de décision et de conseil, l'exploitation et la production de données utiles (intéressant la prise en charge du patient, l'épidémiologie du médicament, etc.), et enfin le dialogue nécessaire au sein de la chaîne, supposent la refondation de la rémunération pharmaceutique, sur la base des actes évalués et non seulement des volumes délivrés (9).

Conclusion

Dans les Ehpad qui ne bénéficient pas des services d'une pharmacie à usage intérieur, la gestion pharmaceutique du circuit du médicament met en évidence l'apport intégrateur des systèmes d'information en environnement pluridisciplinaire. Il en résulte une

opportunité de requalification des tâches, de gains de sécurité et d'organisation, et la possibilité du développement qualitatif des missions dans l'intérêt partagé. Cet apport nous semble susceptible d'extension analogique, du patient accueilli en Ehpad à celui demeuré à domicile. Ce dernier pourrait bénéficier d'un suivi clinique de proximité par le pharmacien. Enfin, le déploiement des agences régionales de santé met en exergue le même besoin d'interopérabilité des systèmes, condition d'un dialogue efficient des acteurs privés et publics de la santé, dans leur recherche, en partenariat dynamique, d'une qualité élevée à coûts maîtrisés (10). ■

Bibliographie

- 1- MEGERLIN F, BÉGUÉ D, LHOSTE F. Traçabilité et coût des médicaments non utilisés dans des établissements pour personnes âgées, Étude pilote TCMNU1-IDEPC, *Journal d'économie médicale* 2006 (8) 24; 387-402.
- 2- MEGERLIN F, LHOSTE F. Structure et coût des médicaments non utilisés dans des établissements pour personnes âgées, Étude SCMNU1, *Santé décision management (anc. revue Santé et systémique)* 2008 (11); 107-137.
- 3- DUTHEIL N, SCHEIDEGGER S. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement, DREES, *Études et résultats*, 2006; 494.
- 4- DELOMÉNTIE P, FONTANEL-LASSALE M. Conclusions du groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées, *Rapport Igas*, mars 2005, n° 2005 022.
- 5- Propositions de recommandations relatives à la préparation éventuelle des doses à administrer, *Bull. Ordre pharm.* 2004; 383: 159-164.
- 6- Rapport du Haut Comité sur l'avenir de l'assurance maladie (introduction), *La Documentation française*, 2004.
- 7- Constitution du groupe de travail gériatrie de la Société française de pharmacie clinique (SFPC), 12^e Congrès SFPC, 4-6 février 2008.
- 8- MEGERLIN F. Les personnes âgées face au médicament : changement de paradigme en droit pharmaceutique, *Revue de droit sanitaire et social*. Dalloz éd. 2007 (4): 623-632.
- 9- MEGERLIN F. L'acte pharmaceutique : réflexions juridiques pour une refondation intellectuelle et éthique. *Bull. Ordre pharm.* 2002; 375: 273-281.
- 10- LAUNOIS R, LHOSTE F. Quelle place pour l'évaluation économique en matière de politiques de santé ? *Journal d'économie médicale* 2002; 20(2): 128-135.

Publiez dans TH

Afin de promouvoir les réalisations innovantes des établissements hospitaliers, la revue *Techniques hospitalières* se propose de publier les articles qui pourraient lui être soumis dans les domaines suivants : techniques médicales, pharmaceutiques et de soins en général; plateau technique; imagerie; ingénierie biomédicale et technique immobilière; activités logistiques hospitalières et des réseaux de soins; conceptions et réalisations architecturales; hygiène, stérilisation, sécurité sanitaire et des installations, système d'information; recherche et évaluation; développement durable...

Dans nos prochains n° :

Eau
Biologie
Nanotechnologies
Hygiène
SIH
...


LA REVUE DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ
techniques
hospitalières

Marie-Christine Burnier, Céline Bruant
Tél. 01 43 13 39 04 - E-mail : th.redaction@fhf.fr

Parcours du médicament

Au cœur
des bonnes
pratiques



Pour en savoir plus sur la manière
de sécuriser la prise de médicaments
pour les personnes âgées, visitez
www.medissimo.fr 



MEDISSIMO
Système Sécurisé de Suivi du Médicament