

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient en sortie d'hospitalisation : le lien ville-hôpital par l'accompagnement thérapeutique du patient (ATP)

Emmeline Frenot

▶ **To cite this version:**

Emmeline Frenot. La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient en sortie d'hospitalisation : le lien ville-hôpital par l'accompagnement thérapeutique du patient (ATP). Sciences pharmaceutiques. 2015. hal-01733372

HAL Id: hal-01733372

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733372

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE DE LORRAINE
2015

FACULTE DE PHARMACIE

T H E S E

LA SECURISATION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU PATIENT EN SORTIE D'HOSPITALISATION : LE LIEN VILLE-HOPITAL PAR L'ACCOMPAGNEMENT THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ATP).

Présentée et soutenue publiquement

Le 13 Mars 2015 à Nancy (54)

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par FRENOT Emmeline
née le 18 mars 1988 à Remiremont (88)

Membres du Jury

Président :	M. Stéphane GIBAUD,	Praticien Hospitalier, Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie de Nancy
Directeur :	M. Alexandre DONY,	Docteur en pharmacie, CH de Lunéville
Co-directeur :	Mme Edith DUFAY,	Responsable du service pharmacie, CH de Lunéville
Juges :	Mme Aline KUTA,	Praticien Hospitalier, Maison des réseaux du Lunévillois
	Mme Amandine BORTOT,	Docteur en Pharmacie, Pharmacie Jankowski

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2014-2015

DOYEN
Francine PAULUS
Vice-Doyen
Béatrice FAIVRE
Directeur des Etudes
Virginie PICHON
Conseil de la Pédagogie
Président, Brigitte LEININGER-MULLER
Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier
Président, Béatrice DEMORE
Commission Prospective Facultaire
Président, Christophe GANTZER
Vice-Président, Jean-Louis MERLIN
Commission de la Recherche
Président, Raphaël DUVAL

Responsable de la filière Officine	Béatrice FAIVRE
Responsables de la filière Industrie	Isabelle LARTAUD, Jean-Bernard REGNOUF de VAINS
Responsable de la filière Hôpital	Béatrice DEMORE
Responsable Pharma Plus ENSIC	Jean-Bernard REGNOUF de VAINS
Responsable Pharma Plus ENSAIA	Raphaël DUVAL
Responsable de la Communication	Marie-Paule SAUDER
Responsable de la Cellule de Formation Continue et individuelle	Béatrice FAIVRE
Responsable de la Commission d'agrément des maîtres de stage	Béatrice FAIVRE
Responsables des échanges internationaux	Bertrand RIHN
Responsable ERASMUS	Mihayl VARBANOV

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE
Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON
Max HENRY
Gérard SIEST
Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Roger BONALY
Pierre DIXNEUF
Marie-Madeleine GALTEAU
Thérèse GIRARD
Michel JACQUE
Pierre LABRUDE
Lucien LALLOZ
Pierre LECTARD
Vincent LOPPINET
Marcel MIRJOLET
Maurice PIERFITTE
Janine SCHWARTZBROD
Louis SCHWARTZBROD

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE
Annie PAVIS

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT
Mariette BEAUD
Gérald CATAU
Jean-Claude CHEVIN
Jocelyne COLLOMB
Bernard DANGIEN
Marie-Claude FUZELLIER
Françoise HINZELIN
Marie-Hélène LIVERTOUX
Bernard MIGNOT
Jean-Louis MONAL
Blandine MOREAU
Dominique NOTTER
Christine PERDICAKIS
Marie-France POCHON
Anne ROVEL
Maria WELLMAN-ROUSSEAU

ENSEIGNANTS	*Section CNU* *	*Discipline d'enseignement*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	*82*	*Thérapie cellulaire*
Chantal FINANCE	*82*	*Virologie, Immunologie*
Jean-Louis MERLIN	*82*	*Biologie cellulaire*
Alain NICOLAS	*80*	*Chimie analytique et Bromatologie*
Jean-Michel SIMON	*81*	*Economie de la santé, Législation pharmaceutique*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Jean-Claude BLOCK	*87*	*Santé publique*
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	*86*	*Pharmacologie*
Raphaël DUVAL	*87*	*Microbiologie clinique*
Béatrice FAIVRE	*87*	*Biologie cellulaire, Hématologie*
Luc FERRARI	*86*	*Toxicologie*
Pascale FRIANT-MICHEL	*85*	*Mathématiques, Physique*
Christophe GANTZER	*87*	*Microbiologie*
Frédéric JORAND	*87*	*Eau, Santé, Environnement*
Isabelle LARTAUD	*86*	*Pharmacologie*
Dominique LAURAIN-MATTAR	*86*	*Pharmacognosie*
Brigitte LEININGER-MULLER	*87*	*Biochimie*
Pierre LEROY	*85*	*Chimie physique*
Philippe MAINCENT	*85*	*Pharmacie galénique*
Alain MARSURA	*32*	*Chimie organique*
Patrick MENU	*86*	*Physiologie*
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	*86*	*Chimie thérapeutique*
Bertrand RIHN	*87*	*Biochimie, Biologie moléculaire*

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Béatrice DEMORE	*81*	*Pharmacie clinique*
Julien PERRIN	*82*	*Hématologie biologique*
Marie SOCHA	*81*	*Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique*
Nathalie THILLY	*81*	*Santé publique*

MAITRES DE CONFÉRENCES

Sandrine BANAS	*87*	*Parasitologie*
Xavier BELLANGER	*87*	*Parasitologie, Mycologie médicale*
Emmanuelle BENOIT	*86*	*Communication et Santé*
Isabelle BERTRAND	*87*	*Microbiologie*
Michel BOISBRUN	*86*	*Chimie thérapeutique*
François BONNEAUX	*86*	*Chimie thérapeutique*
Ariane BOUDIER	*85*	*Chimie Physique*
Cédric BOURA	*86*	*Physiologie*
Igor CLAROT	*85*	*Chimie analytique*
Joël COULON	*87*	*Biochimie*
Sébastien DADE	*85*	*Bio-informatique*
Dominique DECOLIN	*85*	*Chimie analytique*
Roudayna DIAB	*85*	*Pharmacie galénique*
Natacha DREUMONT	*87*	*Biochimie générale, Biochimie clinique*
Joël DUCOURNEAU	*85*	*Biophysique, Acoustique*

ENSEIGNANTS (suite)	*Section CNU* *	*Discipline d'enseignement*
Florence DUMARCAY	*86*	*Chimie thérapeutique*
François DUPUIS	*86*	*Pharmacologie*
Adil FAIZ	*85*	*Biophysique, Acoustique*
Anthony GANDIN	*87*	*Mycologie, Botanique*
Caroline GAUCHER	*85/86*	*Chimie physique, Pharmacologie*
Stéphane GIBAUD	*86*	*Pharmacie clinique*
Thierry HUMBERT	*86*	*Chimie organique*
Olivier JOUBERT	*86*	*Toxicologie, Sécurité sanitaire*
Francine KEDZIEREWICZ	*85*	*Pharmacie galénique*
Alexandrine LAMBERT	*85*	*Informatique, Biostatistiques*
Julie LEONHARD	*86*	*Droit en Santé*
Faten MERHI-SOUSSI	*87*	*Hématologie*
Christophe MERLIN	*87*	*Microbiologie environnementale*
Maxime MOURER	*86*	*Chimie organique*
Coumba NDIAYE	*86*	*Epidémiologie et Santé publique*
Francine PAULUS	*85*	*Informatique*
Caroline PERRIN-SARRADO	*86*	*Pharmacologie*
Virginie PICHON	*85*	*Biophysique*
Sophie PINEL	*85*	*Informatique en Santé (e-santé)*
Anne SAPIN-MINET	*85*	*Pharmacie galénique*
Marie-Paule SAUDER	*87*	*Mycologie, Botanique*
Rosella SPINA	*86*	*Pharmacognosie*
Gabriel TROCKLE	*86*	*Pharmacologie*
Mihayl VARBANOV	*87*	*Immuno-Virologie*
Marie-Noëlle VAULTIER	*87*	*Mycologie, Botanique*
Emilie VELOT	*86*	*Physiologie-Physiopathologie humaines*
Mohamed ZAIOU	*87*	*Biochimie et Biologie moléculaire*
Colette ZINUTTI	*85*	*Pharmacie galénique*
PROFESSEUR ASSOCIE		
Anne MAHEUT-BOSSER	*86*	*Sémiologie*
PROFESSEUR AGREGE		
Christophe COCHAUD	*11*	*Anglais*

** <u>Disciplines du Conseil National des Universités</u> :*

80 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

82 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

85 ; Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

86 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

87 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

32 : Personnel enseignant-chercheur de sciences en chimie organique, minérale, industrielle

11 : Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT DES APOTHICAIRES

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

Ð' honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

Ð'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

Ðe ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

REMERCIEMENTS :

A mon président de thèse,

Monsieur Stéphane GIBAUD,

Maître de conférences à la faculté de pharmacie de Nancy, professeur de pharmacie clinique,

Qui me fait l'honneur de présider cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse gratitude.

A mon Directeur de Thèse,

Monsieur Alexandre DONY,

Docteur en Pharmacie, Centre Hospitalier de Lunéville

Qui me fait l'honneur d'encadrer et de juger ce travail. Pour les conseils et le temps consacré à ce travail, je vous adresse mes plus sincères remerciements.

A mon Co-Directeur de Thèse,

Madame Edith DUFAY,

Chef du service Pharmacie, Centre Hospitalier de Lunéville.

Pour m'avoir intégré à son service lors de mon stage de 5^{ième} année hospitalo-universitaire et ainsi m'avoir initié, à travers le projet MEDREC, à la mise en place de procédures sécurisantes pour le patient entre ville et hôpital. Pour m'avoir proposé ce sujet et pour tous les précieux conseils apportés dès le début de ce travail veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mes juges,

Madame Aline KUTA,

Praticien Hospitalier,

Qui m'a fait l'honneur de juger ce travail aujourd'hui.

Madame Amandine BORTOT,

Docteur en pharmacie, Pharmacien d'officine

Qui m'a fait le plaisir d'accepter de participer au jugement de cette thèse.

Mesdames, soyez assurées de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A ma Loute,

Pour m'avoir soutenu, m'avoir re-boosté de temps à autre et surtout m'avoir aidé dans l'organisation de cette thèse en jouant souvent l'intermédiaire entre le secrétariat pharmacie du CHL et moi. Quelle équipe on forme !! Et encore pleins de bonnes choses à venir.

A vous, Soph'ail, Kazu, Lucie, Inés, Amandine, Marie…

Merci pour ces années passées ensemble sur les bancs de la fac ou en dehors. Merci pour ces moments de délire, pour votre présence et pour tous les moments à venir.

A mes louloutes ! Stéph', Delph et Macha, mes amies de longue date…

Mais aussi à vous Zouzou, Nange et Tchoux

Pour tous ces moments, passés, présents et à venir ensemble… Toujours un réel bonheur d'être avec vous.

A mes co externes et internes, Amélie, Emilie, Sandra,Baptiste, Flavie et Sophie

Pour cette année d'externat passée entre rire et partages. Les « pros » de la conciliation !

A l'ensemble du service pharmacie du centre hospitalier de Lunéville,

Pour l'année passée à vos côtés.

Aux équipes de la pharmacie des Ballons à Saint Maurice sur Moselle et la pharmacie Godel à Ramonchamp

Pour ces stages formateurs et inoubliables, toujours dans une bonne ambiance
Un grand merci pour votre confiance et votre gentillesse. Vous avez su me transmettre les valeurs de notre métier dans la bonne humeur.

A l'équipe de la pharmacie Des Arcades,

Un grand merci, pour avoir participé à ma formation et pour l'expérience que vous m'avez apportée. Merci encore pour vos conseils, votre gentillesse, et tous les bons moments passés ensemble.

Une pensée particulière et un grand merci,

A mes parents,

Merci pour votre soutient infaillible et votre présence durant toutes ces années. Pour avoir toujours cru en moi et m'avoir encouragé sans cesse dans cette voie. Merci de m'avoir permis de réaliser mon rêve de petite fille dans les meilleures conditions. Un grand merci pour votre amour réconfortant et tout ce que vous m'avez appris. Pour le temps passé au téléphone, pour les allers-retours Le Thillot/Nancy. Quel courage vous avez pour supporter mon caractère et mes épisodes de stress panique !

A mon 'tit frère, Renaud,

Merci à toi qui a toujours été là, mon cuistot en période de partiels et pour tous ces moments partagés.
A cette famille que nous sommes tous les 4, merci pour ce que vous m'avez apporté et m'apportez encore. C'est grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui.
Je vous aime...

A mes mamies,

Qui ont suivi avec intérêt toutes mes années d'études et ont toujours eu les mots encourageants et réconfortants.

A mes cousins,

Pour ces soirées passées dans la joie et la bonne humeur, pour ces « dîners presque parfaits » à notre façon, ces moments à la « coloc » ....

A toute ma famille,

Avec toute mon affection.

A tous ceux que j'aurais oubliés et que j'ai croisés sur le chemin de ma vie…

SOMMAIRE

Liste des abréviations 5

Table des figures 7

Table des tableaux 7

Table des annexes 8

Introduction 9

1ère partie : Education thérapeutique du patient ou accompagnement thérapeutique 11

I. Définitions 12

A. Education Thérapeutique du Patient 12

B. Observance 13

II. Historique et contexte réglementaire 14

III. Prise en charge du patient en pratique 18

IV. L'ETP dans le bassin du Lunévillois 20

A. La Maison des Réseaux de Santé du Lunévillois 20

B. Centre Hospitalier de Lunéville 20

1. Le service d'éducation thérapeutique et de santé publique 20

2. Cardiologie 21

3. Diabétologie 21

2ème partie : Prise en charge médicamenteuse du patient 22

I. Définitions 23

A. Prise en charge médicamenteuse du patient 23

B. Sécurité thérapeutique 23

C. Standard de qualité 24

II. Une catastrophe sanitaire silencieuse 26

A. Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables associés aux Soins 26

B. Etude sur les Evénements Indésirables graves liés aux Soins Ambulatoires extrahospitaliers 28

C. ESPRIT 29
D. Point de vue politique sur la rupture ville-hôpital 30
E. Focus sur les ré hospitalisations précoces 31
III. Les solutions 32
A. Revue des Erreurs liées aux Médicaments et Dispositifs médicaux associés....32
B. Le programme Med' SeTh....33
C. La conciliation des traitements médicamenteux....33
D. Optimisation des Médicaments chez le sujet AGE....34
E. Lund Integrated Medicines Management....36
F. Re Engineered Discharge 37
3ème partie : Réorganisation de la sortie du patient au Centre hospitalier de Lunéville....43
I. Gestion du projet MEDISIS....44
II. Enjeux et objectifs....44
A. Définition et formalisation du processus de sortie....45
B. Parcours de soin MEDISIS....46
1. Conciliation à l'admission....46
2. Orientation vers MEDISIS ou MEDISIS *Light*....46
3. L'évaluation psycho-sociale, gériatrique et gérontologique du patient....47
4. Révision pluridisciplinaire de la thérapeutique des patients 47
5. Livret personnalisé de sortie 47
6. Les séances d'accompagnement thérapeutique 48
7. Conciliation de sortie 48
C. Les outils du programme MEDISIS....49
D. Les séances d'ATP proposées 49
E. Évaluation du programme 50
F. Etude TERRE OMEGA 51
1. Objectifs 51
2. Critères d'évaluation 52
3. Méthode 53

4. Résultats escomptés 53
G. Financement.....54
Conclusion 57
Bibliographie 59
Annexes 62

Liste des abréviations

AHCP : After Hospital Care Plan

ARS : Agence Régionale de Santé

ATP : Accompagnement Thérapeutique du Patient

CCECQA : Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine

CES : Critère d'Evaluation Secondaire

CH : Centre Hospitalier

CHL : Centre Hospitalier de Lunéville

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante

EIG : Evénement Indésirable Grave

ENEIS : Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables associés aux Soins

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

ESPRIT : Etude nationale en Soins Primaires sur les événemenTs Indésirables

ETP : Education Thérapeutique du Patient

EVISA : Etude sur les Evénements Indésirables graves liés aux Soins Ambulatoires extrahospitalier

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hyper Tension Artérielle

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

LIMM : Lund Integrated Medicines Management

Loi **HPST** : Loi Hôpital Patient Santé et Territoire

MAI : Medication Appropriateness Index

Service de **MCO** : Médecine Chirurgie Obstétrique

Etude **MERVEIL** : Etude Multicentrique pour l'Evaluation de la ReVue des Erreurs et de leur Iatrogénie Liées aux médicaments

MEDISIS : MEDIcament Six actionS

MedRec : Medication Reconcilation

Med'Seth : Médicament et Sécurité Thérapeutique

MRSL : Maison des Réseaux de Santé du Lunévillois

OMAGE : Optimisation des Médicaments chez les sujets AGEs

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACTE : Programme d'Amélioration Continu du Travail en Equipe

PPS : Plan Personnalisé de Soins

PREPS : Programme de recherche sur la performance du système des soins

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RED : Re Engineered Discharge

REMED : Revue des Erreurs liées aux Médicaments et Dispositifs associés

RETEX : RETour d'Expérience

RMM : Revue de Morbidité et de Mortalité

URPS : Union Régionale des Professions de Santé

Table des figures

Figure 1 : Plan expérimental de l'étude Terre-Omega et résultats escomptés 54

Table des tableaux

Tableau I : Comparaison des programmes OMAGE, RED et LIMM.....40

Tableau II : Détail de l’intervention du parcours de soins.....41

Tableau III : Les outils du programme MEDISIS.....49

Tableau IV : Les indicateurs du programme MEDISIS.....51

Tableau V : Répartition du personnel et équivalent temps plein 55

Table des annexes

Annexe 1 : Le programme Med'Seth 62

Annexe 2 : Feuille de recueil des médicaments pris par le patient.....63

Annexe 3 : Fiche de conciliation des traitements médicamenteux pris par le patient à l'admission 64

Annexe 4 : Logigramme MEDISIS.....65

Annexe 5 : Fiche des critères d'éligibilité MEDISIS.....68

Annexe 6 : Fiche de consentement du programme MEDISIS.....69

Annexe 7 : Exemple de plan personnalisé de soin 70

Annexe 8 : Exemple de fiche de RCP.....74

Annexe 9 : Exemple de livret personnalisé de sortie 75

Annexe 10 : Fiche de conciliation de sortie.....81

Annexe 11 : Etude OPMED.....84

Introduction

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient est une étape importante pour une qualité optimale des soins. Il s'agit d'un processus complexe qui nécessite l'investissement de l'ensemble des professionnels de santé qu'ils soient en ville ou à l'hôpital.

Seuls des soins coordonnés en équipe permettent une prise en charge globale et sécurisée des patients. (1)

En 2013, Madame Marisol TOURAINE, ministre de la santé, invite le monde de la santé à « supprimer peu à peu les points de rupture dans la prise en charge » des patients. Ces points de rupture existent entre la ville et l'hôpital, mais aussi entre les divers services hospitaliers. Elle souhaite que le patient ne soit plus intégré à un système défini mais au contraire que l'ensemble des soins soient «construits » autour de lui dans un parcours de soins personnalisé. (2)

En avril 2011, l'arrêté RETEX relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé est publié. C'est une étape supplémentaire dans la sécurisation de la prise en charge des patients dans les établissements hospitaliers.

Le centre hospitalier de Lunéville est dans une démarche de sécurisation depuis 1996 et ne cesse de progresser dans ce sens. La participation au projet high'5s depuis 2010 démontre l'investissement de l'établissement dans la prise en charge de qualité de ses patients.

L'objectif de cette thèse est de présenter le programme MEDISIS et ses outils. Il s'agit d'une démarche innovante coordonnée et pluri professionnelle sécurisant la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son retour à domicile après une hospitalisation. Elle associe accompagnement thérapeutique du patient et clarification de ses traitements.

1ère partie

Education thérapeutique du patient ou accompagnement thérapeutique

I. **Définitions**

Education : du latin *ex-ducere* signifie guider, conduire hors

L'éducation permet de développer un ensemble de connaissances et de valeurs morales, physiques, intellectuelles, scientifiques qui sont transmises pour permettre le développement de la personnalité et l' intégration sociale des individus.(3)

Thérapeutique : du grec ancien *θεραπευτικός, therapeutikós* attentif, serviable, curatif, servir, prendre soin de, et, par extension, soigner, traiter (4)

Ainsi l'éducation thérapeutique peut être définie comme « prendre soin pour sortir de la maladie ».

A. Education Thérapeutique du Patient

Il existe différentes définitions de l'éducation thérapeutique du patient.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé en 1996 :

« L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. (5)

Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Cette étape a pour but de les aider (ainsi que leur famille) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »

Selon le rapport Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique : septembre 2008 (6)

« L'éducation thérapeutique s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'évènements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événement intercurrents,…) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui ».

Selon M. Van den Borne : février 2008 (7)

« Une expérience de formation méthodique dans laquelle une combinaison de méthodes est généralement utilisée, comme la distribution d'information, le conseil et les techniques de changement de comportement, qui influencent sur la connaissance et le vécu de la maladie, et le comportement de santé du patient, avec le but d'améliorer ou de maintenir la santé ou les apprentissages relatifs à une maladie chronique »

L'objectif premier est de développer l'autonomie du patient dans la gestion de sa maladie et ainsi améliorer sa qualité de vie. Le patient est placé au centre d'un programme d'éducation thérapeutique qui s'adresse à un patient particulier et non à une maladie. Le patient est un véritable partenaire thérapeutique. Quel que soit l'organisation définie pour le programme d'éducation thérapeutique, il est recommandé de suivre les patients au long court avec une évaluation régulière. Les notions de soin et d'éducation sont indispensables et liées dans la prise en charge d'une maladie chronique.

L'éducation thérapeutique est considérée comme l'apprentissage des compétences décisionnelles, techniques et sociales, dans le but de rendre le patient capable de faire des choix et d'utiliser au mieux les ressources du système de santé. (8)

B. **Observance**

L'observance est un enjeu de l'éducation thérapeutique.

Selon l'OMS, l'observance est définie comme étant la «concordance entre le comportement d'une personne, la prise de médicaments, le suivi d'un régime et/ou les modifications du comportement, et les recommandations d'un soignant.» (9)

MENARD et POSTEVEL-VINAY définissent l'observance comme étant «la concordance entre le comportement d'un patient et les prescriptions hygiéniques, diététiques et médicamenteuses qui lui ont été faites» (7)

Actuellement, l'observance est un enjeu important de l'éducation des patients. En effet, toute interruption de la prise d'un traitement, et donc une mauvaise observance, met à mal l'efficacité thérapeutique.

La non observance concerne 30 à 60% des prescriptions et est responsable de 10% des hospitalisations. (10)

Selon l'OMS, résoudre les problèmes de non observance des patients serait plus efficace que n'importe quel progrès biomédical (9).

II. Historique et contexte réglementaire

1972 : Léona MILLER, médecin, développe une démarche de prise en charge des patients diabétiques. Elle les aide à mieux contrôler leur maladie. Elle démontre que l'éducation des patients leur permet de gagner en autonomie sans augmenter leur consommation de médicaments. (11)

1975 : L'ETP voit le jour suite à la publication, par GFELLER et ASSAL, qui ont publié l'organisation de séances éducatives avec des groupes de patients.

1979 : Le professeur de médecine à l'université de Standford, LORIG, développe le programme *«Self-help skills for people with arthritis»*. Ce programme est à l'origine du «*Program Patient Expert*» qui sera suivi par d'autres dans lesquels le patient est Co-thérapeute. (12). L'évolution de l'ETP s'est faite grâce à la dynamique des patients qui se regroupent au sein d'associations pour échanger leurs expériences au sujet de leur maladie. Ils sont demandeurs d'informations et veulent être d'avantage maître de leur maladie au quotidien.

1980 : le conseil de l'Europe déclare que toute personne est en droit de connaître l'information recueillie sur sa santé. Il recommande une participation active des patients dans les différents programmes mis en place. (13)

L'ETP se développe au cours des années 1980-1990 avec le rapprochement de deux champs d'intervention en santé : l'éducation à la santé et le traitement des pathologies chroniques.

L'éducation pour la santé est le moyen de faire travailler ensemble des institutions et des Hommes dans le but de tracer de nouvelles voies d'intervention en santé.(14)

1998 : Un rapport de l'OMS défini les orientations de l'éducation thérapeutique. (15)

1999 : Le manuel d'accréditation des établissements de santé

Il prévoit que le patient bénéficie «des actions d'éducation concernant sa maladie et son traitement, et des actions d'éducation pour la santé adapté à ses besoins.» (16)

2000 : Conférence nationale de santé

Elle met en évidence l'intérêt de développer la prévention et l'éducation. L'objectif est de renforcer l'éducation thérapeutique du patient et de diffuser les pratiques professionnelles éducatives aux futurs intervenants du domaine de la santé. (17)

2001 : Plan national d'éducation pour la santé.

Il précise que l'éducation pour la santé «a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie […]» (18)

2002 :

- Loi relative au droit des malades et à la qualité du système de santé le 4 mars. (19)

Cette loi donne pour la première fois dans le droit français une définition de la politique de prévention (art L 1417-1 du code de la santé publique). Elle permet la création de l'INPES pour qui, l'une des missions, est d' «assurer le développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique sur l'ensemble du territoire en tant que mission de service public»

- 12 avril, la circulaire relative à l'ETP au sein des établissements de santé (n°2002-515) encourage le développement de l'ETP.

2004 : Loi relative à la politique de santé publique.

Elle conforte les missions de l'INPES en ETP

2007 :

- Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique. L'un des axes du plan vise à «élargir la médecine de soins à la prévention» et des mesures pour favoriser le développement de l'ETP.
- La HAS rédige en juin, suite au plan précédent, un premier guide méthodologique de l'ETP. Elle pose les fondements de l'ETP telle qu'elle est pratiquée et financée aujourd'hui.

2008 :

- Publication en septembre du rapport pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. il s'agit d'une synthèse des différentes réflexions de l'HAS, l'INPES, les organismes d'assurance maladie, concernant l'éducation thérapeutique. Les objectifs de ce dernier sont de préciser les modalités nécessaires à leur mise en œuvre ainsi que de définir des modèles pertinents et cohérents avec le système de soins français. (20) Vingt-quatre recommandations pour l'éducation thérapeutique en France sont décrites. (6)
- En juin, la Société française de santé publique édite 10 recommandations pour le développement de l'ETP. (21)

2009 :

- Loi Hôpitaux, Santé Patients et Territoire (22)

Le parlement français a légiféré, et l'ETP est désormais une activité prévue par l'article 84 de la loi HPST du 21 juillet 2009. (23) La loi HPST la définit même comme une mission de service public (art. L. 6111-1). Elle donne pour mission aux Agences régionales de santé l'organisation des moyens humains, matériels et financiers pour l'éducation thérapeutique.

Par cette loi l'ETP s'inscrit dans le code de la santé publique. Selon la loi HPST, « l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas imposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.» [23]. Selon la loi, l'ETP est un service qui sera proposé au patient par son médecin suivant les besoins et la volonté du patient à s'investir.

Cette loi distingue :

- ✓ les programmes d'ETP (Art. L .1161-2) ayant une approche médicale
- ✓ les actions d'accompagnement (Art. L.1161-3) visant à apporter une assistance et un soutien aux malades ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Les décrets d'application de l'accompagnement ne sont toujours pas publiés à ce jour.
- ✓ les programmes d'apprentissage (Art. L.1161-5) des gestes techniques pour l'utilisation d'un médicament

- Réévaluation du dernier manuel de certification des établissements hospitaliers par l'HAS en juin 2009. L'ETP est un critère de qualité de la prise en charge des patients (référence 23, critère 23a l'éducation thérapeutique du patient).(24)

2010 : décrets d'application de la loi HPST.

Ils définissent le cadre réglementaire de l'éducation thérapeutique telle qu'elle est actuellement pratiquée.

L’éducation thérapeutique du patient est une démarche ancienne avec une réglementation récente. Progressivement des réflexions sur les démarches, la théorie ou encore les moyens mis en œuvre pour transmettre les informations se sont mise en place. Sur le terrain, une multitude de techniques et d’approches sont utilisées, chacune ayant ses atouts mais aussi ses limites. Cette diversité permet de s’adapter au mieux aux besoins et au type d’apprentissage de chacun des patients.(25)

III. Prise en charge du patient en pratique

Bien que l’éducation thérapeutique puisse être faite à tout stade de la pathologie, elle est souvent proposée au patient lors de l'instauration d'un traitement suite au diagnostic d'une pathologie ou lors d'une modification de traitement.

Avant l’inclusion à un programme, le patient est informé du contenu du programme, de ses obligations (respect des autres participants et des soignants, etc.), des obligations des soignants (confidentialité, etc.). Le patient est informé qu’il peut se retirer du programme à tout moment sans qu’aucun préjudice ne puisse lui être fait. Le patient signe ensuite sa participation au programme.

La loi HPST (art 84) stipule que l'éducation thérapeutique doit être proposée à toute personne présentant une maladie chronique. Les enfants (accompagnés de leurs parents), les adolescents et les adultes sont concernés et ce, quelques soit l'âge, le stade d'évolution de la pathologie. (22)

Suivant l'âge du patient, et/ou sa volonté, les proches (parents, conjoints, fratrie, personne de confiance…) peuvent être associés au programme.

Dans le cas des personnes âgées, il est parfois utile d'associer à la démarche d'éducation thérapeutique les aidants ainsi que les professionnels veillant à prendre soin de la personne à son domicile.

Selon la HAS, un programme d'éducation thérapeutique consiste à définir Qui fait Quoi, Pour qui, Où, Quand, Comment et Pourquoi mettre en œuvre et évaluer une éducation thérapeutique. (26) Il s'effectue en plusieurs étapes et ces dernières doivent permettre au patient d'avancer dans la connaissance de sa pathologie à son rythme.

- ✓ Élaborer un diagnostic éducatif

Identifier les besoins propres à chaque patient. Pour concevoir un programme adapté au mieux au patient il est indispensable de connaître ce que perçoit le patient tant au niveau de sa santé physique que de l'efficacité des traitements ou encore des difficultés perçues etc. le diagnostic éducatif est le moment où l'on peut au mieux prendre en compte l'ensemble des sentiments, des représentations de la maladie et du traitement pour le patient (27).

- ✓ Définir un programme personnalisé d'éducation thérapeutique du patient.

L'objectif étant de formuler avec le patient les compétences à acquérir, à mobiliser et à maintenir en fonction de son projet. C'est à partir de cette étape qu'est établi et planifié un programme personnalisé.

Le diagnostic éducatif peut être modifié au cours du programme. Il en est de même pour la priorité des objectifs fixés dans le programme personnalisé afin de répondre aux besoins du patient.

- ✓ Planifier et mettre en œuvre les séances d'éducation thérapeutique du patient.

Sélectionner le contenu des séances, ainsi que les méthodes et les techniques d'apprentissage facilitant les interactions entre patient(s) et intervenants.

Il est recommandé de réaliser des séances courtes (environs 45min pour les adultes un peu moins chez l'enfant.)

L'alternance entre séances individuelle et collective est souvent bénéfique grâce au partage d'expériences entre patients.

- ✓ Réaliser une évaluation individuelle des compétences

Elle permet d'évaluer l'acquisition des compétences, l'adaptation aux changements mais aussi le déroulement des diverses séances, la pertinence du programme. Elle a aussi un rôle dans le cadre d'un suivi éducatif afin de vérifier le maintien, d'une part des compétences acquises lors d'une précédente prise en charge, et d'autre part de la satisfaction du patient quant à la qualité du programme. Cette évaluation peut être itérative dans le cadre d'un suivi éducatif.

De plus en plus d'établissements de santé pratiquent l'ETP. Nous nous intéresserons ici au bassin Lunévillois et particulièrement au centre hospitalier de Lunéville.

IV. L'ETP dans le bassin du Lunévillois

A. La Maison des Réseaux de Santé du Lunévillois

La Maison des réseaux de santé du Lunévillois a été créée en janvier 2012 par la fusion du réseau de gérontologie et de la maison du diabète de Lunéville. La maison des réseaux de santé est une association loi 1901 dont le président est le Dr Catherine Bernard, médecin généraliste. La mission de cette maison est d'une part d'organiser une prise en charge coordonnée, multidisciplinaire et globale de la personne âgée en situation de fragilité, pour lui permettre, un maintien à domicile dans des conditions sanitaires et sociales optimales ; un retour à domicile de qualité après un séjour temporaire dans un établissement; un accès aux structures de soins adéquates si nécessaire ; ou une préparation à l'institutionnalisation si le maintien à domicile n'est plus possible. D'autre part les médecins, infirmiers et diététiciennes proposent aux habitants du Lunévillois une offre d'ETP en diabétologie, obésiologie et en néphrologie.

B. Centre Hospitalier de Lunéville

1. Le service d'éducation thérapeutique et de santé publique

La création d'un service d'éducation thérapeutique et de santé publique a été actée mi-2013 dans le projet d'établissement. A sa tête un médecin est chargé de coordonner l'offre d'ETP du Centre hospitalier de Lunéville. Le service, avec son temps de secrétariat dédié, permettra de proposer aux patients et aux professionnels libéraux s'intéressant à l'ETP un guichet unique afin d'orienter leurs questions et prendre les rendez-vous. Le service d'ETP organisera la formation initiale et continue des professionnels de l'établissement qui souhaitent participer aux activités d'ETP.

Le service mutualisera les ressources, tant documentaires qu'humaines, afin de faciliter la mise en œuvre de chaque programme indépendant.

Au CHL, il existe deux programmes d'ETP autorisés par l'Agence régionale de santé de Lorraine. L'un est proposé aux patients souffrant de maladies cardiovasculaires et l'autre aux patients diabétiques de type 2.

2. Cardiologie

Le programme d'ETP en cardiologie est effectif depuis 2002. Il est proposé aux patients adultes souffrant d'au moins une des pathologies cardio-vasculaires suivantes : insuffisance cardiaque grave ; troubles cardiaques graves ; cardiopathies valvulaires graves ; HTA sévère ; infarctus coronaire. Le programme d'éducation thérapeutique est proposé au patient , et à sa famille s'il le souhaite, en complément de la réadaptation cardio-vasculaire. Toutes les séances sont réalisées en ambulatoire mais dans les locaux du CHL. L'inclusion des patients est réalisée par les médecins cardiologues de l'établissement ou demandée par des professionnels extérieurs, cardiologues libéraux, médecins généralistes, médecins du Centre hospitalier universitaire de Nancy-Brabois. Les professionnels impliqués dans le programme sont un médecin, des infirmiers, des diététiciennes, des psychologues. Il est proposé aux patients des séances individuelles et collectives. Certains ateliers, comme ceux concernant les médicaments anti-vitamine K par exemple, sont ouverts à tous les patients de l'établissement.

3. Diabétologie

Le programme d'ETP en diabétologie est autorisé depuis 2007. Le recrutement des patients est réalisé par le biais des hospitalisations de semaine. Ces patients, hospitalisés suite à un constat de déséquilibre de leur maladie diabétique pour adaptation des traitements ou hospitalisés pour instauration d'insulinothérapie, bénéficieront d'une éducation thérapeutique essentiellement sécuritaire. Les séances se déroulent pendant la durée de l'hospitalisation, mais en ambulatoire. Des séances collectives et individuelles sont proposées. Les professionnels impliqués sont des médecins, des infirmières, des diététiciennes et des pharmaciens. Il est prévu de proposer aux patients souffrant de diabète gestationnel des séances particulières.

L'éducation thérapeutique du patient nécessite la connaissance de ses traitements, ce que nous allons traiter à présent.

2ème partie

Prise en charge médicamenteuse

du patient

I. Définitions

A. Prise en charge médicamenteuse du patient

La prise en charge médicamenteuse est un processus combinant des étapes pluridisciplinaires et indépendantes.

- ✓ La prescription
- ✓ La dispensation
- ✓ L'approvisionnement
- ✓ La détention et le stockage
- ✓ Le transport
- ✓ L'administration
- ✓ La surveillance du patient

Elle a pour objectif : l'utilisation sécurisée, appropriée et efficiente du médicament chez le patient pris en charge par un établissement de santé (28).

Dans un premier temps, une définition de la sécurité thérapeutique sera donnée pour ensuite présenter quelques outils permettant de garantir ou d'améliorer la sécurité thérapeutique des patients.

B. Sécurité thérapeutique

La sécurité thérapeutique est définie par l'absence de risques inacceptables pendant la prise en charge d'un patient hospitalisé résidant ou ambulatoire. Elle a pour but de prévenir ou réduire les risques iatrogènes pouvant être liés aux médicaments. Elle recouvre des notions de prévention, interception, détection, protection et récupération vis à vis de situations dangereuses induites par le produit de santé lui-même, ou par les dysfonctionnements dans les organisations de santé. La sécurité thérapeutique touche directement le patient mais aussi les professionnels de santé.(29)

L’amélioration de la sécurité thérapeutique, commence par l’identification et la compréhension des enjeux de son organisation et de considérer les erreurs, défauts, défaillances et dysfonctionnements, comme des indicateurs de non qualité de cette activité de soins.

En France, la loi de santé publique du 9 août 2004 définit les événements indésirables graves, notamment ceux lié aux produits de santé, comme un problème de santé publique.

Pour remédier à cela, cette loi fixe deux objectifs : (30)

- ✓ Diminuer de 7 à 10% la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène. (L’origine étant un acte chirurgicale, un produit de santé ou une infection nosocomiale).

- ✓ Réduire d'un tiers la fréquence des événements iatrogènes à l'hôpital. (Nombre de séjours hospitaliers ayant un événement iatrogène évitable, et nombre de décès survenus suite à un événement iatrogène).

Les praticiens du centre hospitalier de Lunéville développent et concrétisent des actions d’amélioration de la sécurité thérapeutique au sein de l’établissement depuis plusieurs années. Ces actions sont par exemple la mise en place de protocoles thérapeutiques médicamenteux (29), la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux (31) et son développement , les REMED (32)etc.

C. Standard de qualité

Le RETEX acte dans la loi l’amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient. (28)

Le RETEX est un terme également utilisé dans l'industrie. Il peut être assimilé à un *«débriefing»* suite à une situation de crise. Il correspond à une démarche d'analyse à posteriori et se fonde sur l'ensemble des données collectées au cours de la situation.

L'objectif est de tirer des leçons qu'elles soient positives ou négatives, voire de mettre en place des réflexes, si nécessaire, face à un type de situation. Le RETEX peut conduire à la mise en place de procédures et de références dans une perspective d'amélioration de la prévention des risques et des réponses.

Le RETEX est réalisé suivant une procédure qui définit trois temps :

- ✓ La préparation
- ✓ La réunion d'échange
- ✓ La restitution des résultats

Il est à noter que le RETEX doit être diffusé. Il n'est pas seulement utile pour les personnels ayant été acteurs de la situation en question. Toute personne susceptible de se trouver face au problème doit être informée du compte-rendu du RETEX.

Cette procédure fait l'objet de l'arrêté RETEX du 6 avril 2011. (33)

Ce dernier, relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, vise à définir des normes qualités permettant la dispensation sécurisée des produits de santé.

Les principes fondamentaux sont les suivant :

- ✓ Une organisation à l'écoute du patient
- ✓ Le pilotage par un leader
- ✓ L'implication de l'ensemble des professionnels
- ✓ L'amélioration continue
- ✓ Une coordination bénéfique entre l'ensemble des acteurs

Cet arrêté vise à développer la sécurité du médicament. Pour ce faire, une méthodologie de la gestion des événements indésirables liés aux médicaments doit être appliquée dans les établissements.

Tous les établissements de santé assurant le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes sont concernés par cet arrêté.

En résumé, les actions préconisées par le RETEX, se focalisent sur les patients à risque. Il préconise une organisation permettant la prévention des événements indésirables associés aux soins. Il préconise également de réaliser l'analyse des causes d'événements indésirables ainsi que des études de risques.

II. Une catastrophe sanitaire silencieuse

La réduction de la survenue d'événements indésirables graves figure, parmi les objectifs des établissements. Depuis la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique l'étude de santé ENEIS a été mise en place cette même année.

A. Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables associés aux Soins

Les études ENEIS effectuées en 2004 et 2009 ont pour but de recenser la survenue d'événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de soin. Ces études ont été mises en place par la Direction de la Recherche, de l'Etude, de l'Evaluation et des Statistiques du ministère de la santé. L'objectif était d'estimer l'incidence des événements indésirables graves liés aux soins dans les hôpitaux et ainsi d'analyser les facteurs et les causes contributives de survenue de ces événements évitables. (34)

Une prolongation d'hospitalisation, un risque vital ou une incapacité de sortie du service en temps voulu sont les signes permettant de désigner un événement indésirable grave.

Il est à noter que les événements indésirables graves sont un critère de non performance pour les systèmes de soin.

En 2004, ENEIS 1, concernait 71 établissements. 35 234 journées d'hospitalisation ont été recensées pour 8 754 patients. Chaque patient a été suivi durant une période maximale de 7 jours. (35)

Quatre cent cinquante événements indésirables graves ont été rapportés parmi lesquels 195 étaient à l'origine de l'hospitalisation et 255 identifiés au cours du séjour. L'étude a permis de définir que 50% de ces événements indésirables graves étaient dus à une chirurgie, 25% l'étaient suite à une infection et enfin 25% par rapport au produits de santé notamment les médicaments. Il a été constaté que ces situations touchaient généralement les patients les plus âgés et qui avaient une situation clinique grave.

Les résultats de l'étude montrent qu'il y a environ 6,2 événements indésirables graves pour 1000 journées d'hospitalisation soit un événement tous les 5 jours pour un service de 30 lits. De plus, 4,5% des séjours l'étaient suite à un événement indésirable grave. Trois pourcent de ces événements étaient évitables.

L'étude de 2009 conduit aux mêmes résultats. Aucune évolution n'est constatée entre 2004 et 2009.

Cette étude met en lumière le fait que les personnes âgées et/ou fragiles sont, dans 80% des cas, touchées par ces événements indésirables évitables. Mais parfois il s'agit d'un refus des soins par le patient. Les actions mises en place pour amener à réduire le nombre d'événements indésirables graves doivent être davantage ciblées sur ces populations de patients. Ces événements indésirables ont un impact différent en fonction des patients (personnes âgées, ou jeunes dynamiques par exemple). Une attention particulière doit être portée sur certains services comme la gériatrie ou encore la réanimation.

La survenue d'un événement indésirable grave ne signifie pas qu'il y a négligence au niveau des soins et de la prise en charge du patient. C'est pourquoi seuls certains événements indésirables graves peuvent être qualifiés d'évitables.

Un événement indésirable grave est définit comme évitable lorsqu'on considère qu'il ne serait pas arrivé si les soins avaient été conformes à la prise en charge satisfaisante lors de la survenue de l'événement indésirable. (36)

Les événements indésirables graves qui surviennent au cours d'une hospitalisation sont le plus souvent dus à un acte chirurgical. Mais ces événements ne sont pas pour la majorité considérés comme évitables. En revanche, les événements indésirables liés aux produits de soins notamment à l'administration médicamenteuse, sont eux majoritairement considérés comme évitables.

Soixante-dix pourcent des admissions suite à un événement indésirable sont dues à un événement qui survient au domicile du patient (prise en charge infirmière, HAD, maison de retraite). Pour les 30% restant, l'événement indésirable nécessitant l'hospitalisation est dû à une précédente hospitalisation.(37)

Ces événements indésirables peuvent parfois conduire à un handicap temporaire ou définitif ou encore à une mise en jeu du pronostic vital, parfois au décès du patient.

Ces études ne permettent pas d'établir de statistique quant au nombre de décès intervenus suite à un événement indésirable grave.

L'étude ENEIS évoque :

- ✓ un défaut de communication au sein des équipes
- ✓ une défaillance humaine
- ✓ des contrôles insuffisants pouvant conduire à un acte provoquant un événement indésirable.

Les résultats des études de 2004 et 2009 montrent que, même si les résultats sont similaires, le nombre d'événements indésirables graves qualifié d'évitable par le médecin a augmenté. On observe un taux de 47% pour ENEIS 2 alors qu'il était de 40% pour ENEIS 1 (38). Cette différence est expliquée par les auteurs de l'étude soit par une différence d'évaluation des EIG soit par une réelle augmentation.

Les rapports d'étude ENEIS montrent que le médicament est la troisième cause de survenue d'événement indésirable grave. (1) Dans la moitié des cas, ces événements indésirables graves sont évitables.

La prise en charge des erreurs médicamenteuses est un enjeu de sécurité pour les patients.

B. Etude sur les Evénements Indésirables graves liés aux Soins Ambulatoires extrahospitaliers

L'étude a été réalisée selon la même méthode que l'étude ENEIS dont il a été question précédemment.

Les principaux objectifs de l'étude étaient :

- ✓ estimer la fréquence, la gravité et le caractère évitable des événements indésirables liés aux soins extrahospitaliers
- ✓ étudier le contexte et les facteurs contributifs de leur survenue
- ✓ estimer le coût de la prise en charge hospitalière de ces événements

Cette étude a permis l'analyse des événements indésirables graves auprès des médecins généralistes participant à l'étude.

Vingt-deux unités de médecine et de chirurgie de 7 établissements de santé publics et privés tirés au sort ont participé à cette étude. Parmi les 2 946 patients inclus, 73 avaient été hospitalisés pour un effet indésirable lié à une prise en charge extrahospitalière, dont 52 considérés comme évitables par les médecins hospitaliers. La proportion de patients touchée par un événement indésirable évitable était de 1,8%, plus importante en médecine (2,7%) qu'en chirurgie (0,3%). Aucun des patients n'a été hospitalisé pour plus d'un événement indésirable évitable. Sur les 52 événements indésirables évitables, 16 (30%) ont entraîné une incapacité à la sortie de l'hôpital et 17 étaient associé à une menace vitale dont un décès.

C. Etude nationale en Soins Primaires sur les événemenTs Indésirables

Cette étude de 2013 s'est déroulée après les études ENEIS et EVISA. Elle a duré 1 an sous la coordination du comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine.

Cent vingt-sept médecins issus de 19 régions françaises y ont participés. Plus de 13 000 actes répartis sur 649 journées ont été observés. Il a été démontré que l'incidence des événements indésirables associés aux soins est de 22 pour 1 000 actes soit un événement tous les 2 jours par médecin généraliste. (39)

Cette étude a permis de définir 4 situations à risque pour les professionnels libéraux :

- ✓ Les problèmes d'organisation du cabinet
- ✓ La rédaction des prescriptions
- ✓ La communication avec le patient
- ✓ Le défaut de mobilisation des connaissances et des compétences

Chaque étude met en cause les défauts de communication dans la survenue d'événements indésirables.

D. Point de vue politique sur la rupture ville-hôpital

Le premier ministre Jean-Marc AYRAULT a présenté la future stratégie nationale de santé lors du discours du 8 février 2013 à Grenoble. Il aborde les parcours de soins afin de mieux dépenser et d'améliorer la coordination entre les praticiens qu'ils soient libéraux ou hospitaliers. Monsieur le premier ministre défini des « rôles » pour chacun. Selon lui pour une bonne organisation, les praticiens de ville doivent apporter les premiers soins, mais surtout l'éducation à la santé et le suivi des patients. Les hospitaliers, quant à eux, ont un travail de diagnostic. Néanmoins, ces médecines ne doivent pas être une suite d'actes ponctuels. Chaque examen doit s'inscrire dans un parcours de soin reposant sur une parfaite coopération des professionnels. Et tous les professionnels participant au parcours de soins du patient doivent être informés des résultats et des actions mises en place par chacun.

Un mois plus tard, lors du discours du 4 mars 2013 (2), Madame le Ministre Marisol TOURAINE décline 13 engagements qui font suite au rapport d'Edouard COUTY. Parmi ceux-ci, certains concernent la rupture ville-hôpital.

- ✓ Coopération concrète et efficace de tous les professionnels y compris libéraux, pour garantir la meilleure organisation des parcours de soin et assurer la qualité de la prise en charge des usagers, patients, personnes âgées, personnes handicapées.
- ✓ Utiliser les technologies numériques pour améliorer la communication entre les différents professionnels d'un même territoire qu'ils soient en ville ou hospitalier et ainsi obtenir une meilleure collaboration dans l'intérêt du patient.
- ✓ Renforcer la place des usagers dans la vie des établissements. (meilleure implication des usagers pour une plus grande efficacité)

Lors d'une présentation à la HAS le 12 juin 2013, Monsieur Docteur VARROUD-VIAL décrit pratiquement le parcours de soins comme un enjeu de transformation pour la ville et l'hôpital.

Il établit 6 étapes comme étant des étapes clés dans la constitution du parcours de soins des patients. (40)

- ✓ prévention primaire
- ✓ repérage / diagnostic des patients
- ✓ traitement de fond de la maladie – prévention secondaire
- ✓ gestion des situations de crise
- ✓ transition hôpital – domicile
- ✓ soins de supports / palliatifs

Les lacunes dans l'organisation de la transition ville-hôpital ont pour conséquences des ré hospitalisations précoces.

E. Focus sur les ré hospitalisations précoces

Une étude menée avec des patients Etasuniens hospitalisés, montre qu'un patient sur cinq voit les suites de son hospitalisation se compliquer d'une ré hospitalisation. Les patients les plus touchés sont ceux souffrant de pneumopathie bactérienne, insuffisance cardiaque, complications de l'asthme ou de la BPCO, complications du diabète. Le patient âgé est particulièrement touché, plus il vieillit et plus il a recours à l'hospitalisation d'urgence. En effet 44% des plus de 75ans sont hospitalisés en urgence contre 23% pour les 60-74ans. Ceci montre que la population âgée doit être davantage suivie. Admission, transfert et sortie sont des points de rupture dans la continuité des soins. En effet 60% des erreurs médicamenteuses à l'hôpital, surviennent à ces moments critiques. Une cause évoquée est la sortie d'hospitalisation réalisée sans procédures normalisées.[41]

La HAS définie une ré hospitalisation évitable comme étant « une hospitalisation non programmée, en lien avec le séjour hospitalier précédent et survenant dans les 30 jours suivant la sortie. Son caractère évitable suppose que la situation aurait pu être contrôlée par d'autres moyens en soins primaires, ainsi que grâce à des recommandations inscrites dans le courrier de sortie de l'hospitalisation précédente ».

Une étude a été menée au CHL sur 351 patients éligibles à la conciliation des traitements médicamenteux. Parmi eux, 215 patients ont été conciliés et 136 non conciliés.

Sur les 215 patients conciliés, 19 ont été ré hospitalisés de manière non programmée au cours des 30 jours suivant leur sortie, soit 8.84% des patients conciliés.

Sur les 136 patients non conciliés, 17 ont été ré hospitalisés de manière non programmée dans les 30 jours suivant leur sortie, soit 12.50% des patients non conciliés.

La diminution observée entre le taux de ré hospitalisation non programmée pour les patients conciliés et non conciliés de 29.30% est statistiquement non significative.

Ces résultats suggèrent que la conciliation médicamenteuse pourrait améliorer la sécurité des patients. Elle fait partie des solutions exposées ci-après.

III. Les solutions

A. Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs médicaux associés

La REMED, est une méthode pluri professionnelle et systémique permettant d'améliorer la qualité des soins et la prévention du risque iatrogène médicamenteux. La REMED est une RMM spécifique de la prise en charge médicamenteuse des patients. (32) Elle est également considérée comme une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles.

La REMED, par les liaisons qu'elle instaure entre les professionnels de santé, contribue à :

- ✓ Appréhender la complexité du processus de prise en charge du malade
- ✓ Renforcer la concertation et la coordination entre les professionnels de santé
- ✓ Rationnaliser l'organisation et la qualité des soins
- ✓ Promouvoir un bon usage des médicaments et des dispositifs associés
- ✓ Diminuer le risque iatrogène évitable lié aux médicaments et aux dispositifs associés ainsi que les conséquences pour le patient
- ✓ Diminuer le nombre de séjour et leur durée en hospitalisation

L’approche pluridisciplinaire de la REMED prend en compte les éléments organisationnels, humains et techniques de la prise en charge médicamenteuse du patient et propose ainsi des actions d’amélioration collective de la qualité des soins.

Les outils et la méthode de la REMED ont été testés en situation réelle par l’étude MERVEIL(42) (43). Les actions d’amélioration actées lors des REMED s’inscrivent dans les programmes Med Seth détaillée ci-après.

B. Le programme Med’ SeTh

Med Seth’ est un outil de pilotage (annexe 1). Il permet de recenser toutes les actions retenues pour améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des patients hospitalisés, résidents ou ambulatoires. Cet outil accompagne les professionnels de santé dans leur démarche de performance et assure la traçabilité des activités dans lesquelles ils sont impliqués. Il permet l’enregistrement des actions d’amélioration selon leur source de production : projet d’établissement, programme d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, contrat de bon usage des produits de santé, cartographie des risques, certification par la HAS des démarches d’évaluation des pratiques professionnelles et/ou REMED, etc. (44)

C. La conciliation des traitements médicamenteux

La conciliation des traitements médicamenteux est un processus interactif et pluri-professionnel qui garantit la continuité des soins au patient par la reprise de ses traitements dans toute nouvelle prescription.

Selon l’Organisation Mondiale de la Santé, il s’agit d’un processus puissant de prévention et d’interception des erreurs médicamenteuses.(31)

Au centre hospitalier de Lunéville, les patients éligibles à la conciliation des traitements médicamenteux à l’admission doivent avoir un âge supérieur à 65ans et être passés par les urgences avant d’être hospitalisés quel que soit le service.

Tous les patients éligibles à la conciliation sont quotidiennement enregistrés dans un fichier tableur dans le service de pharmacie.

La recherche de la liste (annexes 2 et 3) des traitements pris par le patient est menée par les pharmaciens, les internes en pharmacie, les préparateurs en pharmacie et les étudiants en pharmacie 5ème année hospitalo universitaire.

Les sources d'information consultées pour trouver la liste des médicaments pris par le patient sont les médecins, les pharmaciens de ville, la famille, les aidants (infirmiers, aides-soignants etc.).

Selon les établissements, la conciliation des traitements médicamenteux peut être effectuée à l'admission, à la sortie ou à ces deux moments. Au CHL, la conciliation est faite à l'admission depuis 2010 et à la sortie depuis novembre 2012 (pour les patients hospitalisés en service de chirurgie pris en charge dans l'établissement).

La conciliation des traitements médicamenteux à l'entrée et à la sortie, est un processus qui participe à la qualité de la prise en charge globale du patient. Elle a pour but d'améliorer la transmission des informations entre les professionnels libéraux et hospitaliers, et pourrait contribuer à la diminution des hospitalisations non programmées.

Ces démarches qualité peuvent être réalisées dans les unités de gériatrie, ce que montre l'étude OMAGE.

D. Optimisation des Médicaments chez le sujet AGE

Les ré hospitalisation chez les personnes âgées sont fréquentes, potentiellement délétères et coûteuses. Des études montrent que des ré hospitalisation évitables liées aux médicaments peuvent être prévenues par l'intervention de professionnels expliquant les traitements lors de la première hospitalisation. L'étude OMAGE a pour objectif de mesurer l'impact d'une intervention multi-facette sur la survie sans réadmission et sans passage par les urgences de sujets âgés dans les 3 et 6 mois suivant leur sortie du service de gériatrie aigüe.

OMAGE est un essai réalisé sur 6 unités de gériatrie aigue d'Ile de France. Les patients de plus de 70 ans, ayant une durée de séjour dans le service inférieur à 5 jours et n'étant pas en soins palliatifs étaient inclus.

Six cent soixante-cinq patients ont été inclus dans l'étude mais seuls 639 ont pu être suivis (les 26 autres sont décédés au cours de l'hospitalisation).

Quarante pourcent des patients hospitalisé en service de gériatrie aigüe sont ré hospitalisés dans les 6 mois suivant leur sortie et pour 40.4% la cause est liée aux médicaments.(45)

L'intervention multi-facette comprend :

- ✓ L'optimisation de la prescription (environ 70 minutes par patient)
- ✓ L'éducation thérapeutique du patient et/ou son aidant (environ 99 minutes par patient)
- ✓ L'amélioration de la coordination avec les professionnels de ville (environ 40 minutes par patient)

L'intervention multi-facette OMAGE permet une diminution de 14.3% des ré hospitalisation sans pour autant modifier la prescription de sortie.

Cette étude démontre qu'il est possible de diminuer le nombre de ré hospitalisation à 3 mois en ayant une intervention centrée sur le malade et en combinant une amélioration de la prescription, l'éducation du patient et une bonne coordination entre les professionnels ville-hôpital. Elle présente la caractéristique d'être axée sur la poly pathologie et 3 facteurs de risque de ré hospitalisation évitables. OMAGE est un programme complémentaire à d'autres programmes éducatifs à destination des personnes âgées.

(Tableaux 1 et 2)

La ré hospitalisation est un sujet d'étude dans nombreux pays comme en Suède avec le programme LIMM.

E. Lund Integrated Medicines Management

Cette étude réalisée à l'hôpital universitaire de Lund en Suède entre janvier 2007 et mars 2008, a pour objectif de montrer l'impact de l'arrêt des traitements médicamenteux et des traitements inappropriés pris par les personnes âgées sur les ré hospitalisations.

Deux cent dix patients âgés de 65ans et plus ont été inclus dans ce programme. L'équipe médicale participant à l'étude était composée de divers professionnels de santé, parmi lesquels un pharmacien. Ce dernier concilie les traitements des patients inclus à leur admission, et à leur sortie. La pertinence des traitements, les difficultés rencontrées par le patient concernant le traitement (problème de déglutition, inhalation), effets indésirables sont étudiés lors de réunions multi disciplinaires, afin d'adapter le traitement au patient. Chaque médicament prescrit est évalué suivant l'index des médicaments inappropriés (*Medication Appropriateness Index*).

L'ensemble des données concernant le patient et son traitement est consignée dans le dossier médical du patient.

Six pourcents des patients ayant participé à l'étude ont été ré hospitalisés pour un problème lié au traitement contre 12% pour le groupe de patients témoin.

Ceci montre que l'étude des médicaments (pertinence, utilisation, observance) chez un patient âgé permet de limiter les hospitalisations. En revanche l'index AMI n'a pas révélé de différence significative entre le groupe d'étude et le groupe témoin.

Les résultats de l'étude LIMM montrent que l'étude comparative des médicaments, ainsi que la réduction du nombre de médicaments inappropriés pris par les patients âgés, permet de réduire les séjours hospitaliers, et le nombre de ré hospitalisations. (Tableaux 1 et 2)

La ré-hospitalisation précoce est aussi une priorité dans les pays anglo saxons et de nombreuses études sont en cours sur ce sujet.(46)

F. Re Engineered Discharge

Ce projet est développé par le Dr Brian Jack de l'University Medical Center de Boston et financé par l'Agence pour la Recherche et la Qualité.

Le projet RED est un programme conçu pour aider les hôpitaux à repenser l'organisation de la sortie de leurs patients afin de diminuer le recours à l'hospitalisation.

Il a été démontré que les patients qui sortaient d'hospitalisation sans avoir compris leur traitement et leur diagnostic étaient plus souvent sujet à une ré hospitalisation.

C'est pourquoi le projet RED vise à :

- ✓ apporter, au cours du séjour, un enseignement au patient, concernant sa maladie, ses traitements.
- ✓ mettre en place des consultations, réalisées par une infirmière avant la sortie du patient, permettant de lui expliquer son traitement, et de le rassurer afin que le retour à la maison se fasse plus simplement.
- ✓ évaluer la compréhension du patient
- ✓ remettre au patient un carnet de suivi qui résume ce qui a été fait au cours de son séjour. Il doit être adapté à tout type de patients y compris analphabète, c'est pourquoi couleurs et dessins peuvent être utilisés.
- ✓ établir des fiches « Que faire si le problème surgit ?» (Permet d'aider le patient dans le passage hôpital/domicile)
- ✓ programmer les soins nécessaires au patient lors de sa sortie de l'hôpital avant cette dernière de façon à assurer la continuité des soins.
- ✓ concilier le traitement médicamenteux des patients à la sortie
- ✓ suivre le patient 30 jours après sa sortie par un rendez-vous téléphonique avec un praticien hospitalier.

L’ensemble de ces points permet de renforcer la sécurité autour du patient tout en cherchant à effacer au maximum les points de rupture que sont l’admission et le retour au domicile du patient. (Tableaux 1 et 2)

RED amène à réduire le coût des hospitalisations non programmées en diminuant leur nombre, il améliore la sécurité des patients en augmentant la satisfaction de ces derniers. (47) (48) (49) (50)

Au CHL la prise de conscience collective et progressive concernant les problèmes de transition ville-hôpital et les ré hospitalisations s’est concrétisée en 2013 par la création du programme MEDISIS.

Tableau I : Comparaison des programmes OMAGE, RED et LIMM

Programme	Auteurs	Pays	Année	Objectifs	Design	Durée De l'étude	Population étudiée	non inclusion	Nombre de Patients inclus
OMAGE	Legrain S	France	2011	déterminer si protocole OMAGE réduit le passage des patients par les urgences et Les réhospitalisations chez le patient très âgé	essai prospectif ouvert Controlé Randomisé Multicentrique	6 mois	patient âgé de plus de 70 ans Admis en service de gériatrie	- séjour < 5 jours - survie < 3 mois - soins palliatifs - déjà inclus OMAGE / autre essai - non français, non assuré, Ne parle pas français	N= 665 intervention 317 contrôle 348
RED	Jack BW	USA	2009	évaluer l'impact clinique du programme RED	essai prospectif ouvert contrôlé randomisé Monocentrique	22 mois	Patient âgé de plus de 18 ans Admis au medical teaching service Du CHU Boston	- patient sans numéro de téléphone - ne comprenant pas l'étude - admission programmée - sourd, muet - admis pour suicide - transféré d'un autre hôpital	N= 749 intervention 373 contrôle 376
LIMM	Hellström LM	Suède	2011	Impact du modèle LIMM sur La juste prescription et sur les Réhospitalisation causées Par les erreurs médicamenteuses	essai prospectif Ouvert Controlé Non randomisé Monocentrique Tous les patients hospitalisés sont pris en charge	15 mois	patient âgé de plus de 65 ans Avec traitement chronique Admis dans un des 3 services médecine interne Du CHU Lund	Déjà inclus dans l'étude avant	N= 210 intervention 109 contrôle 101

Tableau II : Détail de l'intervention du parcours de soins

Programme	Détail de l'intervention moment du parcours de soins				
	admission	**durant l'hospitalisation**		**sortie**	**après la sortie**
OMAGE	conciliation Des traitements Médicamenteux	recherche de situation à risque de sous prescription Insuffisance cardiaque Syndrome coronaire aigüe Fibrillation auriculaire Antécédents d'atteinte coronarienne	4 séances ETP 1- perception individuelle de sa santé 2- lien problèmes et l'hospitalisation 3- éducation sur la gestion des effets indésirables Et des risques liés aux médicaments 4- organisation du plan de soins	Le gériatre de l'étude émet des avis d'optimisation de traitement À destination du médecin traitant et gériatre du service. Le médecin traitant ou ou le gériatre du service accepte ou non les avis Le médecin traitant ou ou le gériatre du service mo	
	gériatre de l'étude	gériatre de l'étude / médecin traitant / gériatre du service de soin	gériatre de l'étude	gériatre de l'étude	
RED	conciliation Des traitements Médicamenteux + recherche allergies	détermination des deux diagnostics principaux + des comorbidités pour chaque patient par l'équipe médicale Conciliation par rapport aux guidelines discussion Infirmière de liaison / équipe médicale	Séance ETP 1- compréhension de sa maladie 2- éducation sur ses traitements (infirmière + pharmacien) Gestion des effets indésirables organisation du plan de soins 3- prise en charge nutritionnelle si besoin (diététicienne + infirmière) ORGANISATIONNE Formalisation et compilation Des informations dans le AHCP	Mise à jour de l'Electronic Medication Record Avec l'équipe médicale Remise du AHCP au patient Envoi le jour de la sortie du AHCP Au médecin traitant	à J+4 Appel téléphonique du pharmacien renforcement du message sur les pathologies les traitements, la prise en charge Résolution des problème Lié à la thérapeutique
	Infirmière de liaison	Infirmière de liaison / équipe médicale	Infirmière de liaison (+ pharmacien)	Infirmière de liaison / équipe médicale	pharmacien
LIMM	conciliation Des traitements Médicamenteux Selon protocole LIMM	Monitoring thérapeutique Recherche de médicaments non appropriés Utilisation des médicaments Ajustement thérapeutique par rapport à la fonction rénale / hépatique Élimination des traitements sans indication Régularisation des indications non traitées Gest	si patient capable et consentant Interview sur adhérence, compliance, compréhension du traitements	conciliation Des traitements Médicamenteux Selon protocole LIMM Liste de médicaments remis à la sortie du patient Courrier de sortie remis au patient	
	pharmacien clinicien	livret de prise en charge thérapeutique (LIMM medication review form) Médecin / pharmacien clinicien / infirmière		médecin	

3ème partie

Réorganisation de la sortie du patient au Centre hospitalier de Lunéville

I. Gestion du projet MEDISIS

Un groupe de 6 professionnels hospitaliers et 4 libéraux du territoire du Lunévillois (4 professions représentées, médecins, infirmière, préparateur en pharmacie, pharmaciens) a conduit une gestion de projet pour formaliser le programme. Depuis novembre 2013 et durant 6 mois, 8 réunions régulières au centre hospitalier ont permis de formaliser les objectifs du programme, le processus organisationnel, les besoins en système d'information ainsi que les outils techniques et le plan de communication.

Un pharmacien responsable du projet et un interne en pharmacie ont mené une recherche bibliographique. Une recommandation de pratique professionnelle de l'HAS ainsi que les travaux d' équipe étrangères ont été exploités (51) (47)

Le projet actuellement rédigé par le groupe de travail est en cours d'examen par les tutelles pour financement.

Le programme MEDISIS fait l'objet de l'étude TERRE-OMEGA qui mesure l'impact de la mise en œuvre du programme en termes de recours à l'hospitalisation dans les 30 jours qui suivent la sortie. Il s'agit d'une étude prospective contrôlée randomisée.

II. Enjeux et objectifs

L'enjeu du programme MEDISIS est de sécuriser la prise en charge médicamenteuse globale en garantissant au patient la continuité des soins tout au long de son parcours, et plus particulièrement dans les moments de transition entre l'hôpital et le domicile, tout en le rendant acteur de sa santé.

La sortie d'hospitalisation vers le domicile est un moment à risque dans la continuité des soins aux patients. La réorganisation de cette transition permet de diminuer de plus de 20% le recours à l'hospitalisation dans les 30 jours suivant la sortie (47).

L'objectif du programme MEDISIS est de réorganiser la sortie d'hospitalisation par la mise en œuvre, d'une part, d'un programme personnalisé d'accompagnement thérapeutique dispensé au patient renforçant ses connaissances et ses compétences sur ses pathologies et son traitement global, d'autre part, d'un système d'information partagé entre le patient, les professionnels de premier recours et professionnels hospitaliers impliqués dans sa prise en charge.

A. Définition et formalisation du processus de sortie

Le programme MEDISIS est une organisation clarifiée de la prise en charge médicamenteuse des patients dans une stratégie de sécurité des soins. Il est construit autour de 6 préconisations :

- ✓ Faire des patients des acteurs de la sécurité sanitaire en les rendant gestionnaires permanents de la liste de leurs médicaments et en améliorant l'observance à leur traitement

- ✓ Décloisonner la ville et l'hôpital par l'implication plurielle de professionnels de santé associant différents métiers : médecin, pharmacien, infirmier, préparateur en pharmacie et par le partage d'un système d'information

- ✓ Renforcer la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission et à la sortie des patients de plus de 65 ans passés par les urgences et à haut risque de recours précoce à l'hospitalisation

- ✓ Réévaluer et adapter de façon pluridisciplinaire les traitements habituels des patients au regard des référentiels de bonne pratique

- ✓ Conduire un accompagnement thérapeutique personnalisé débuté pendant l'hospitalisation et poursuivi après le retour du patient à domicile pour appréhender et maîtriser l'ensemble des traitements préconisés prescrits.

- ✓ Évaluer en continu l'impact du programme MEDISIS en terme de satisfaction des patients et des professionnels de santé impliqués et évaluer le taux de passage aux urgences avec ou sans ré hospitalisation induit par un événement indésirable médicamenteux.

B. Parcours de soin MEDISIS

1. Conciliation à l'admission

Les patients éligibles au programme MEDISIS sont les patients qui sont conciliés lors de leur admission. (Annexe 4)

2. Orientation vers MEDISIS ou MEDISIS *Light*

Le programme MEDISIS est décliné en 2 niveaux d'action en fonction de la fragilité des patients. Elle est évaluée en début d'hospitalisation lors de la conciliation à l'admission par un étudiant en pharmacie. Les patients fragiles présentent au moins 3 des critères suivants (annexe 5) :

- ✓ Traitement habituel avec plus de 7 médicaments et 1 erreur médicamenteuse lors de la conciliation à l'admission
- ✓ Patient insuffisant cardiaque ou insuffisant rénal sévère ou patient hospitalisé pour exacerbation de BPCO, pneumonie, infarctus du myocarde
- ✓ Patient avec antécédent d'hospitalisation en urgence dans les 6 derniers mois
- ✓ Patient souffrant d'un syndrome gériatrique
- ✓ Patient souffrant d'une altération des activités de la vie quotidienne
- ✓ Patient en situation sociale défavorable

Les patients fragiles bénéficient du programme MEDISIS complet soit 6 actions. Les patients non fragiles bénéficient d'un programme MEDISIS allégé dit *Light* composé de 3 étapes sur les 6.

Une fois la prescription obtenue, un membre de l'équipe du programme MEDISIS se rendra auprès du patient afin de recueillir son consentement (Annexe 6). Chaque consentement est archivé.

Le médecin traitant et le pharmacien d'officine des patients sont informés par courrier ou par mail sécurisé de l'inclusion de leur patient au programme MEDISIS.

3. L’évaluation psycho-sociale, gériatrique et gérontologique du patient

Cette action est uniquement réalisée dans le cadre du programme MEDISIS. L’évaluation psycho-sociale gériatrique et gérontologique est réalisée par un médecin ou une IDE formée, en cours d’hospitalisation afin de faciliter la prise en charge et l'orientation dont le patient devra bénéficier. Il s’agit de concilier les attentes et les besoins exprimés par le patient avec l’offre territoriale en prestation médico-sociale. Un plan personnalisé de soins est établi en coopération avec la maison des réseaux, RéseauLu (annexe 7). Elle inclut une prise en charge psycho-sociale précoce et adaptée et le projet thérapeutique révisé en réunion de concertation pluridisciplinaire.

4. Révision pluridisciplinaire de la thérapeutique des patients

Une réunion de concertation pluridisciplinaire (annexe8) ciblée sur la thérapeutique des patients est organisée pour les patients inclus au programme MEDISIS. A l'aide d'une fiche support, un interne en pharmacie et un interne en médecine procèdent à une analyse des médicaments du patient et de leur indication au regard des référentiels de bonne pratique. Les pharmaciens, médecins expert, gériatre et médecin référent du patient pendant l’hospitalisation se réunissent au cours de réunion de concertation pluri disciplinaire. Ils valident et décident, en collaboration avec le médecin traitant du patient, des modifications de traitement à réaliser pour optimiser la thérapeutique du patient.

Cette étape est uniquement proposée aux patients bénéficiant du programme MEDISIS complet.

5. Livret personnalisé de sortie

Le livret personnalisé (annexe 9) de sortie est constitué des coordonnées des professionnels de santé prenant en charge le patient à l'hôpital, d'une explication du diagnostic d'hospitalisation, des dates de rendez-vous médicaux prévus après la sortie, du plan de prise du traitement du patient, de la fiche d'information patient sur les traitements à poursuivre après la sortie et de la conduite à tenir si un problème survient.

Le livret est rédigé par un PPH, en collaboration avec l'équipe médicale et soignante référente de la prise en charge du patient.

6. Les séances d’accompagnement thérapeutique

Initialement, le groupe de travail avait prévu d’associer au programme MEDISIS de l’ETP plutôt centré sur le médicament et non sur une pathologie particulière. Il n’était pas prévu d’établir de diagnostic éducatif. Le programme d’ETP imaginé n’étant pas conforme aux recommandations de la HAS, il ne peut être assimilé à de l’ETP en tant que tel. C’est pourquoi il est question d’accompagnement thérapeutique du patient.

En fonction de ses objectifs et de ses besoins, le patient (et un ou plusieurs membres de son entourage s’il le souhaite) aura la possibilité de participer à une ou plusieurs séances individuelles parmi celles proposées dans le cadre du programme MEDISIS. Les 2 premières séances d'ATP sont réalisées au cours de l'hospitalisation. Les séances se déroulent dans la chambre du patient. Elles sont animées par un préparateur en pharmacie hospitalière, un pharmacien ou une infirmière formée.

En fonction des besoins, il sera proposé au patient de participer à des séances individuelles ou collectives se déroulant dans le cadre d'autres programmes d'ETP au CHL. Par exemple, un patient traité par AVK inclus au programme MEDISIS pourra être inscrit à l'atelier «AVK», séance collective du programme d'ETP en cardiologie. Si nécessaire, il sera proposé aux patients un éventuel recours aux programmes d'ETP existant sur le territoire (diabète ; insuffisance cardiaque ; insuffisance rénale, etc.).

A la fin du parcours éducatif du patient, un bilan est réalisé à l'hôpital. Si besoins, de nouvelles séances individuelles seront planifiées. Un courrier ou un mail sécurisé signifiant la fin du parcours éducatif du patient est adressée aux professionnels, dont le médecin traitant.

L’ATP est uniquement proposé aux patients bénéficiant du programme MEDISIS complet.

7. Conciliation de sortie

Lorsque la sortie du patient est programmée, l'équipe du programme MEDISIS planifie avec le patient les 3 séances d'ETP en ambulatoire ainsi que le bilan du parcours éducatif réalisé à l'hôpital en tant que de besoin. La conciliation de sortie est réalisée par le médecin et le pharmacien référent de la prise en charge du patient. Une fiche d'information patient sur les traitements à prendre à domicile est éditée sur la base de la conciliation de sortie et intégrée au livret personnalisé de sortie. Elle intègre les modifications de traitement validée au cours de réunion de concertation pluridisciplinaire. Le livret personnalisé de sortie est remis au patient à cette occasion.

C. Les outils du programme MEDISIS

Seize outils ont été créés pour le programme MEDISIS. Ils sont listés dans le tableau ci-après.

Tableau III : Les outils du programme MEDISIS

Fiche de conciliation à l'admission	Le Dossier Pharmaceutique
Fiche d'éligibilité des patients à MEDISIS	Base de données «Patients MEDI-6»
Mail d'information pour les liaisons ville-hôpital et hôpital-ville	Messageries sécurisées Apicrypt® et Pharmacrypt®
Dossier Patient CORA DPE	Fiche d'information du patient sur MEDISIS
Fiche de consentement du patient	Livret personnalisé de sortie du patient
Fiche de révision des traitements du patient utilisée en RCP	Bonnes pratiques «OP MED» (Annexe 11) DGOS PREPS 2013 HC Lyon – SFPC
Fiche de conciliation à la sortie (annexe 10)	Programme des 6 séances d'accompagnement thérapeutique du patient
Questionnaires de satisfaction patient et professionnels de santé	Indicateurs d'activité, de qualité et d'impact clinique

D. Les séances d'ATP proposées

Le programme MEDISIS comporte par défaut 5 séances d'ATP et autant de séances supplémentaires que nécessaire. Les séances habituellement proposées sont les suivantes :

- ✓ Pourquoi suis-je hospitalisé ?

Diagnostic, maladie(s) et facteurs de risque

- ✓ Pourquoi mes traitements habituels ont-ils été modifiés durant mon hospitalisation ?

Explication des événements intercurrents durant l'hospitalisation et des éventuels traitements

- ✓ Quels médicaments dois-je poursuivre après ma sortie d'hospitalisation?

Traitement à poursuivre permanent, temporaires, surveillance. Risque de survenue d'effets indésirables et conduite à tenir du patient si problème ou urgences.

- ✓ Comment puis-je être acteur de ma santé après ma sortie d'hospitalisation ?

Prises en charge complémentaires après la sortie - contacts et rendez-vous médicaux, résultat des examens complémentaires ou biologiques, autres séances d'ATP, actualisation de la liste des médicaments.

- ✓ Quels sont mes médicaments et quelle(s) maladie(s) traitent-t-ils ?

Indication du médicament en lien avec la pathologie et l'observance.

Les premières séances d'ATP sont réalisées au chevet du patient. Les séances, ayant lieu après la sortie d'hospitalisation, se déroulent soit au domicile du patient, soit au cabinet/officine du professionnel de santé concerné.

L'amélioration des soins hospitaliers est poursuivie après le retour à domicile par la mobilisation des professionnels de premiers recours autour du patient.

E. Évaluation du programme

Le bilan d'activité annuel est réalisé par le coordonnateur du programme. Des requêtes informatisées dans le logiciel du Dossier Patient Informatisé et dans l'agenda informatisé permettent de rechercher les données. Un questionnaire de satisfaction est remis à chaque patient, le questionnaire complété sera retourné à la fin du programme. Les indicateurs relevés figurent dans le tableau 4.

Tableau IV : Les indicateurs du programme MEDISIS

Indicateurs d'activité	Indicateurs de résultats	Indicateurs de qualité
–File active des patients MEDISIS –Taux d'éligibilité au programme MEDISIS –Nombre de dossiers ouverts pour un accompagnement thérapeutique personnalisé (ATP) –Nombre de patients ayant bénéficié d'un diagnostic éducatif individuel –Nombre de patients ayant bénéficié d'un ATP –Nombre de patients ayant suivi la totalité des séances d'ATP –Nombre de patients ayant eu une évaluation individuelle des acquis –Nombre total de séances réalisées –Nombre de personnel réalisant l'ATP	–Taux de recours précoce à l'hospitalisation 30 jours incluant le taux de passage aux urgences et le taux de ré-hospitalisation –Nombre de lignes de traitement modifiées après révision globale du projet thérapeutique –Taux d'objectifs prédéterminés atteints lors du bilan d'ATP –Coûts évités associés à la diminution du recours à l'hospitalisation	–Taux de satisfaction des patients –Taux de satisfaction des professionnels –Taux de réalisation du programme MEDISIS –Taux d'ATP avec bilan –Taux de complétude de l'ATP –Nombre de patients interviewés n'ayant pas réalisés l'ATP

L'impact du programme MEDISIS est évalué par l'étude TERRE OMEGA.

F. Etude TERRE OMEGA

1. Objectifs

L'objectif principal de l'étude TERRE OMEGA est d'évaluer l'impact du programme MEDISIS sur le recours à l'hospitalisation 30 jours, 90 jours et 180 jours après la sortie d'hospitalisation.

Les objectifs secondaires sont :

1. Évaluer la diminution des coûts pour l'assurance maladie après la sortie d'hospitalisation grâce à la diminution des ré hospitalisations et du recours aux soins ambulatoires

2. Évaluer la satisfaction des professionnels de santé du territoire quant à la qualité (nature et délai) des informations sur les traitements des patients transmises entre professionnels hospitaliers et professionnels de ville et dont la communication est nécessaire à la continuité des soins

3. Évaluer l'amélioration de la pertinence de la prise en charge médicamenteuse du patient en regard des recommandations de pratique clinique

4. Évaluer en fin de programme, les connaissances du patient sur son traitement et sa maladie ainsi que sa satisfaction sur l'information délivrée par les professionnels de santé sur ses traitements médicamenteux

2. Critères d'évaluation

Le principal critère est le taux de recours à l'hospitalisation se définissant comme la somme des passages au service des urgences et des ré-hospitalisations après passage ou non par les urgences dans les 30 jours suivant la sortie du patient.

Les critères d'évaluation secondaires sont :

<u>Objectif secondaire n°1</u>

- CESa - Montant des remboursements réalisés par l'assurance maladie

<u>Objectif secondaire n°2</u>

- CESb - Taux d'envoi dans les 24h des courriers de sortie relatifs aux traitements médicamenteux

- CESc - Taux de satisfaction des médecins traitants et des pharmaciens d'officine selon une enquête « Voice of customers »

Objectif secondaire n°3

- CESd - Nombre de lignes de traitement modifiées après révision globale du projet thérapeutique

Objectif secondaire n°4

- CESe - Taux d'objectifs prédéterminés atteints lors du bilan de l'accompagnement thérapeutique

- CESf - Taux de satisfaction des patients selon une enquête « Voice of customers »

3. Méthode

Pour MEDISIS et pour MEDISIS *Light*, chaque patient est alloué au groupe contrôle ou au groupe intervention selon une randomisation par bloc de 4. La prise en charge du patient est réalisée de façon non aveugle.

Le critère de jugement principal est apprécié par appel téléphonique au patient ou le cas échéant à sa famille, 30 jours, 90 jours et 180 jours après la sortie d'hospitalisation.

Les critères secondaires a et b sont évalués de façon prospective dans les bras contrôles et interventions. Les CES c, d, e, f sont évalués dans le groupe intervention.

4. Résultats escomptés

Chez les patients conciliés à l'admission puis retournant à domicile, le taux de recours précoce à l'hospitalisation est de 26,3%.

Dans le groupe fragile une diminution de 30% du taux de recours précoce à l'hospitalisation est envisagée avec le programme MEDISIS.

Pour le groupe non fragile une diminution de 20% du taux de recours précoce à l'hospitalisation est envisagée avec le programme MEDISIS *Light*.

La figure 1 schématise le plan expérimental de l'étude et précise le nombre de patients alloué à chaque groupe chaque année. Le calcul des coûts épargnés à la société est basé sur le coût moyen d'un séjour au centre hospitalier de Lunéville pour l'assurance maladie soit 3000€. Ainsi l'économie escomptée par la mise en œuvre de MEDISIS pour 200 patients est de 45 000€ et pour la mise en œuvre de MEDISIS *Light* : 96 000€. Cette évaluation ne tient pas compte des coûts épargnés à la société en terme de recours aux soins primaires (consultation médicale, actes infirmiers libéraux, consommation médicamenteuse).

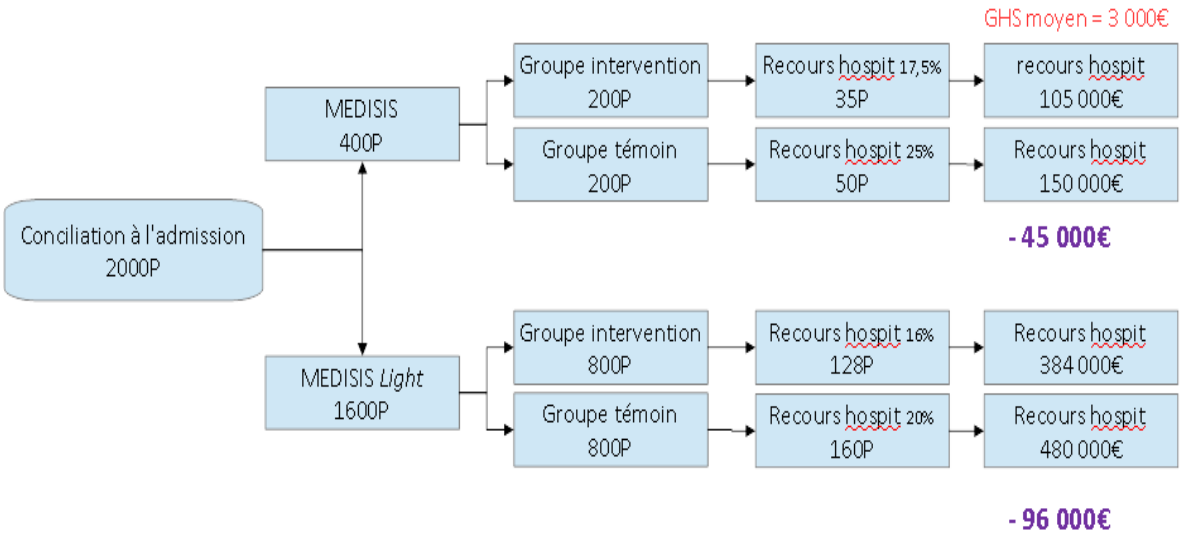


Figure 1 : Plan expérimental de l'étude Terre-Omega et résultats escomptés

G. Financement

L'enveloppe financière du programme MEDISIS est estimée à 359 800€ la première année et 272 800€ les 2 années suivantes. Elle comprend la mise en œuvre du programme et l'étude qui lui est associée. Le tableau 3 détaille le volume d'activité et les coûts associés en fonction des différentes actions du programme MEDISIS.

Pour la gestion du projet, un assistant est employé à raison d'1h par jour pendant 260 jours soit un équivalent temps plein requis de 0,16

Tableau V : Répartition du personnel et équivalent temps plein

		Nb patients	Tps/ patient (h)	Total (h)	Equivalent temps plein requis
Eligibilité patients	Assistant	2 000	0,08	167	0,11
	Etudiant en pharmacie		0,17	333	0,21
Eval gériatrique	Gériatre	200	1,50	300	0,19
RCP	Assistant	200	1,00	200	0,13
ATP	PPH	200	2,25	450	0,28
Conciliation de sortie	Assistant	1 000	0,08	83	0,05
	Etudiant en pharmacie		0,50	500	0,32
Etude Terre Omega	Assistant	2 000	0,50	1 000	0,63

Ces différents poste représentent un coût moyen de :

-PH :	0.20 etp	23 600€
-assistant spécialiste:	1 etp	+ 48 000€
-préparateur en pharmacie :	0,30 etp	+ 11 200€
-étudiant en pharmacie :	0.50 etp	+ 2 500€
		TOTAL : 85 300€

Les professionnels libéraux participant au projet sont rémunérés par séance d'ATP :

-Pharmaciens d'officine et Infirmières libérales : 50€/ séance pour 200 patients soit 30 000€/an

-Médecins libéraux (60€ pour 1 patient pris en charge) : 12 000€/an

-Formation des professionnels en collaboration avec les URPS : 7 000€

Le financement du programme MEDISIS est en cours d'analyse par l'agence régionale de Lorraine. Un dossier de candidature pour un financement par le PACTE Lorraine 2014-2016 est déposé. L'étude TERRE-OMEGA fera l'objet d'une demande de financement dans le cadre du Programme de recherche sur la performance du système des soins 2015 de la direction générale de l'offre de soins.

Conclusion

Le programme MEDISIS sera mis en œuvre dès l'obtention des financements nécessaire. Deux axes d'évolution sont prévus :

- ✓ Le premier est l'extension du programme à tous les patients du CHL puis à d'autres établissements.

- ✓ Le second est de faire évoluer les systèmes d'information, afin de permettre au patient d'être plus impliqué dans sa prise en charge avec l'application de la règle « Rien sur moi sans moi ». Il s'agit de donner accès au patient à son dossier médical, lui permettre d'ajouter lui-même des informations ou de communiquer avec les soignants.

Ce travail m'a sensibilisé aux difficultés liées aux transitions ville-hôpital. De ce fait je porterai une attention particulière, lors de mon exercice, aux prescriptions de sortie d'hospitalisation surtout si aucune démarche de sécurisation de ce point de rupture n'est mise en place. Ceci ne fera que renforcer l'acte de dispensation. En plus des conseils relatifs au bon usage des médicaments associés à la dispensation, je serai attentive aux besoins des patients afin de les orienter dans leur parcours de soins.

Bibliographie

1. CUBAYNES M-H, NOURY D., DAHAN M., FALIP E. Le circuit du médicament à l'hôpital. 2011 Mai p. 111. Report No.: RM2011-063P.

2. TOURAINE M. Présentation du pacte de confiance à l'hôpital. Discours de Madame le Ministre de la santé le 4 mars 2013. 2013.

3. La Toupie 2014. (page consultée le 5 janvier 2015): http://www.toupie.org/Dictionnaire/Education.htm

4. Thérapeutique : étymologie de thérapeutique : Outils de Ressources pour un Traitement Optimisé de la LANGue. (page consultée le 5 janvier 2015) http://www.cnrtl.fr/etymologie/th%C3%A9rapeutique

5. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation. 2007. f

6. BACHELOT-NARQUIN R. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Paris; 2008 Septembre

7. VAN BALLEKOM K. L'éducation du patient en hôpital, l'autonomie du patient : de l'information à l'éducation. Etude sur l'éducation du patient en hôpital, pratiques et politique en Belgique, Royaume-Uni, France et Pays-Bas. Godinne; 2008 février p. 80.

8. SIMON D., TRAYNARD P.-Y., BOURDILLON F., GAGNAYRE R., GRIMALDI A. Education thérapeutique. Prévention et maladies chroniques. 3ième édition. Elsevier Masson. Moulineaux; 2013. 370 p.

9. World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies : Evidence or Action. 2003. (page consultée le 19 juin 2014)

10. MONGIN C. L'observance, un enjeu majeur du traitement des maladies chroniques]. 2004.

11. LAPLACE J-D. Education thérapeutique du patient : Une entree par le vecu subjectif de leur traitement par les patients. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon1; 2012.

12. Standford school of medicine. Patient Education in the department of medicine . Stanford medicine. 2014. (page consultée le 4 novembre 2014) http://patienteducation.stanford.edu/staff.html

13. Réglementation française en ETP - Alliance éducative - le site de l'éducation thérapeutique. Alliance éducative du concept au changement. 2012 (page consultée le 4 juin 2014) http://www.alliance-educative.com/reglementation-francaise-en-etp/

14. BAUDIER F, LEBOUBE G. Éducation thérapeutique du patient et disease management : pour une 3e voie « à la française » ? Santé Publique. 2007 Dec 1;19(4):335–40.

15. World Health Organization. Therapeutic Patient Education : Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases

16. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Manuel d'accréditation des établissements de santé : actualisation. Saint-Denis La Plaine; 2003.

17. BRODIN M.(Pr). Conférence nationale de santé. Rapport. Paris; 2000 Mar p. 67.

18. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés. Plan national d'éducation pour la santé. 2001.

19. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

20. SAOUT C., Pr CHARBONNEL B., Pr BERTRAND D. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. 2008 Sep p. 171.

21. BOURDILLON F., COLLIN J-F. Dix recommandations pour le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en France . 2008.

22. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.

23. JAFFIOL C., CORVOL P., REACH G., BASDEVANT A., BERTIN E. L'éducation thérapeutique du patient (ETP),une piéce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine. Paris; 2013 Décembre p. 23.

24. Direction de l'amélioration de la qualité des soins, Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010. 2009 juin p. 100.

25. ARDAILLOU R. L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine. Paris; p. 23.

26. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient : Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique. Recommendations juin 2007

27. LE RHUN A. « L'accompagnement éducatif psychosocial » des personnes atteintes de maladies chroniques Recherche exploratoire réalisée au Centre de Ressources et de Compétences de la Mucoviscidose pour enfants (Nantes). Louvain en Woluwe; 2007 Août p. 109.

28. Direction générale de la Santé. Méthodologie de retour d'expérience pour les événements sanitaires ou à impact sanitaire. 2007.

29. DONY A. Une amélioration de la sécurité thérapeutique au centre hospitalier de Lunéville. Le thésaurus des protocoles thérapeutiques médicamenteux infirmiers. Pharmacie Nancy: Université Henry Poincaré; 2010, 119p

30. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

31. High 5s. MEDREC : Assuring Medication Accuracy at Transition in Care : Mediation Reconciliation 2009.

32. Société Française de Pharmacie Clinique. SFPC pratiques professionnelles REMED [Internet]. Société Française de Pharmacie Clinique. 2014 (page consultée le 12 mars 2014) http://www.sfpc.eu/fr/pratiques-professionelles/remed.html

33. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

34. PHILIPPE M. ENEIS : Rapport final comparaison des deux études ENEIS 2004 et 2009 2011 p. 118.

35. Publication - études - ministére des affaires sociales et de la santé Publication, études . santé.gouv.fr. 2012 (page consultée le 19 février 2014) http://www.sante.gouv.fr/publications-etudes.html

36. BROCAS A-M. Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité. Etude et résultats, DREES. 2011 Mai;(761):8.

37. ELBAUM M. Version corrigée : Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. 398. 2005 Mai;16.

38. MOUSNIER A., PELLISSIER V. Etude ENEIS : Quel bilan. Semaine de la sécurité des patients; 2011 Nov 23. (internet)

39. PHILIPPE M., KRET M. ESPRIT : Etude nationale en Soins PRImaires sur les événemenTs indésirables rapport final. 2013 Décembre p. 149.

40. Rencontres régionales HAS 2013 (Lyon) - Parcours de soins, un enjeu d…) 13:13:58 UTC (page consultée le 8 décembre 2014) http://fr.slideshare.net/HAS_Sante/lyon-renc-has2013tr1

41. VARROUD-VIAL M., MARECHAUX F. Organiser la transition hôpital domicile des personnes âgées. 2013.

42. DUFAY E. Etude MERVEIL : Etude Multicentrique pour l'Evaluation de la Revue des Erreurs et de leur Iatrogénie Liée aux médicaments. 2009.

43. CONRAD E. LA REMED : La revue des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs associés. Les résultats de l'étude MERVEIL conduite pour évaluer la REMED en tant que méthode d'évaluation des pratiques professionnelles. Pharmacie Nancy : Université Henry Poincaré; 2012. 142p

44. Société Française de Pharmacie Clinique. (page consultée le 5 décembre 2014) http://sfpc.eu/fr/item1/summary/34-documents-sfpc-public/795-sfpc-suivi-mesures-ameliorations-pecm-programme-med-seth-v1.html

45. PERRET-G C. ETP sujets âgés : Intervention OMAGE. 2013.

46. HELLTRÖM L.,BONDESSON A, HÖGLUND P, MIDLÖV P, HOLMDAHL L., RICKHAG E., et al. Impact of the Lund Integrated Medicines Management (LIMM) model on medication appropriateness and drug-related hospital revisits. (page consultée le 10 novembre 2014) http://www.tara.tcd.ie/bitstream/handle/2262/62168/PEER_stage2_10.1007%252Fs00228-010-0982-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

47. JACK B-W, CHETTY V-K, ANTHONY D, GREENWALD J-L, SANCHEZ G-M, JOHNSON A-E, et al. A Reengineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization. Ann Intern Med. 2009 Feb 3;150(3):178–87.

48. Project RED (Re-Engineered Discharge) Training Program. (page consultée le 8 décembre 2014). http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/red/index.html

49. BERKOWITZ R-E, FANG Z, HELFAND B-K-I, JONES R-N, SCHREIBER R, PAASCHE-ORLOW MK. Project ReEngineered Discharge (RED) lowers hospital readmissions of patients discharged from a skilled nursing facility. J Am Med Dir Assoc. 2013 Oct;14(10):736–40.

50. JACK. Reducing Readmission : establish a transition Program That works. 2010.

51. Haute Autorité de Santé. Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées? 2013.

Annexes

Annexe 1 : Le programme Med'Seth

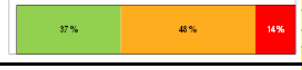
Nom de l'établissement

Programme MED'SETH
Pilotage des actions d'amélioration (AA)
Qualité et sécurité de la thérapeutique médicamenteuse dans le parcours de soins du patient

au

Synthèse générale des états d'avancement

Les AA	
réalisées	37%
en cours	48%
en attente	14%



Nombre d'AA réalisées	94
Nombre d'AA en cours	122
Nombre d'AA non commencées	36
Nombre total d'AA	252
Nombre d'AA à réaliser (en cours + non commencées)	158
Nombre d'AA prioritaires restant à réaliser	0

Etat d'avancement des AA par domaine

Onglets	Domaines	Avancement des AA	Total des AA	AA prioritaires à réaliser	Commentaires
1	REMED	13 % 60 % 27 %	15	0	
2	CREX - RMM - EPP	33 % 53 % 13 %	15	0	
3	Signalement d'évènement indésirable	47 % 47 % 7 %	15	0	Les signalements sont effectués au service de la gestion des risques, de l'évaluation et de la qualité de l'établissement (QREQ) Ils sont transmis en tant que de besoin à l'ANSM, au Guichet des erreurs médicamenteuses, au CRPV, à la HAS et l'ARS
4	CME et Instances COMEDIMS - CLIN - CLUD - CLAN - C	20 % 40 % 40 %	15	0	
5	Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité de	53 % 40 % 7 %	15	0	
6	Contrats qualité des pôles, des services,...	12 % 65 % 24 %	17	0	
7	Projet du service de pharmacie	60 % 35 % 5 %	20	0	

Annexe 2 : Feuille de recueil des médicaments pris par le patient

Centre Hospitalier de Lunéville — **Feuille de recueil des médicaments pris par le patient** — janvier 2014

Centre Hospitalier Lunéville

Adresse : 26 rue d'Alsace
54300 Lunéville
Tél : 03 83 76 12 74

Famille : Fille
Tel : 06 22 59 85 47

DP : Oui

Donna NOBLE née Noble
Née le 10/10/1924

Date d'admission : 31/12/13
Heure d'admission : 14:10
Médecin traitant : Dr Who
Pharmacie : Pharmacie du Tardis

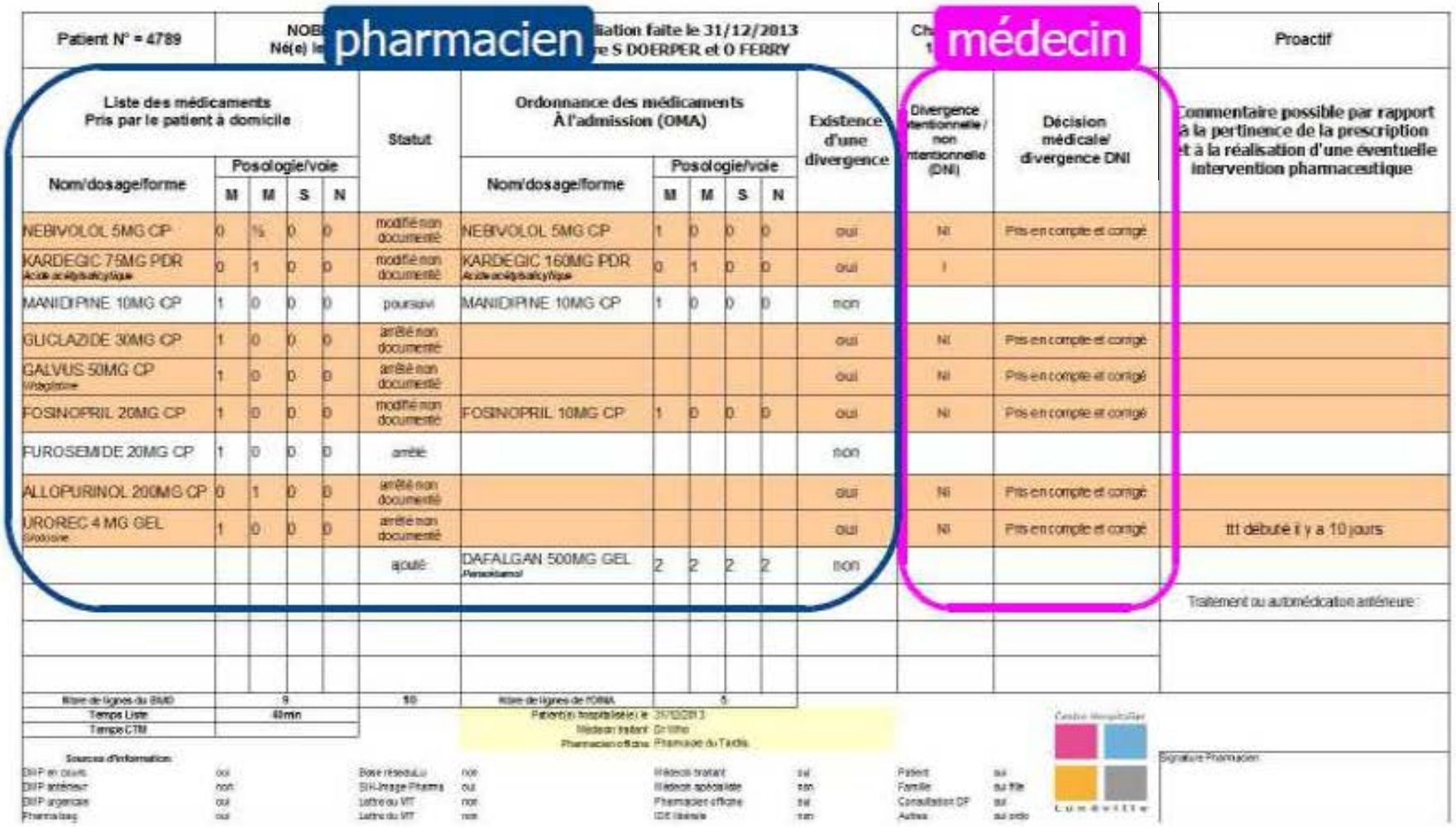
Allergies : Non
Collyres : Non
Tisanes : Non
Crèmes/Pommades : Non

Service/ Chambre : Cardio / 137 F

Date de l'information	31/12/13				31/12/13				02/12/13		04/11/13					
Médicament / Forme / Voie	Patient		Pharmacien d'officine		Médecin traitant		Urgences		Ordo		DP					
	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie
BISOPROLOL CP	Patiente confuse Ne connaît pas par cœur son traitement						2,5	1 0 0 0	2,5	1 0 0 0	2,5	2 boites				
FUROSEMIDE CP							40	2 1 0 0	40	2 1 0 0	40	2 boites				
SPIRONOLACTONE CP							25	1 0 0 0	25	1 0 0 0	25	1 boite				
RABEPRAZOLE CP							10	0 0 1 0	10	0 0 1 0	10	1 boite				
TIMOFEROL GELULE								1 0 0 0		1 0 0 0	50/30	1 boite				
LAMALINE GELULE										1 0 1 0						
ACTONELCOMBI CP												1 boite				
AMIODARONE CP											200	1 boite				
KARDEGIC SACHET											75	1 boite				
PREVISCAN CP																

NB : si l'information est incertaine, la noter entre parenthèse.

Annexe 3 : Fiche de conciliation des traitements médicamenteux pris par le patient à l'admission



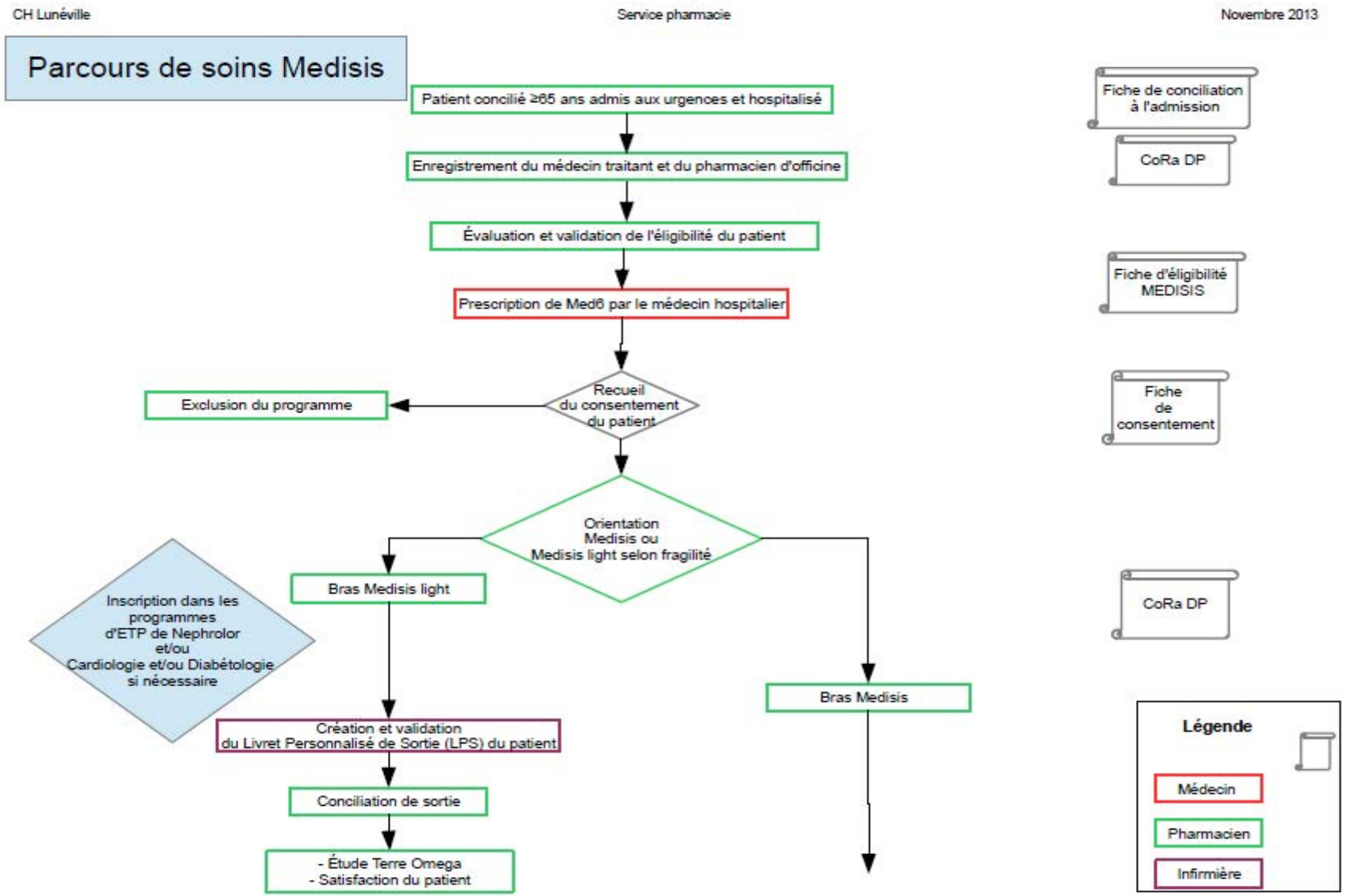
Patient N° = 4789	NOB… Né(e) le…	…liation faite le 31/12/2013 …re S DOERPER et O FERRY										Proactif
Liste des médicaments Pris par le patient à domicile					Statut	Ordonnance des médicaments À l'admission (OMA)					Existence d'une divergence	Divergence intentionnelle / non intentionnelle (DNI)	Décision médicale/ divergence DNI	Commentaire possible par rapport à la pertinence de la prescription et à la réalisation d'une éventuelle intervention pharmaceutique
Nom/dosage/forme	Posologie/voie					Nom/dosage/forme	Posologie/voie							
	M	M	S	N			M	M	S	N				
NEBIVOLOL 5MG CP	0	½	0	0	modifié non documenté	NEBIVOLOL 5MG CP	1	0	0	0	oui	NI	Pris en compte et corrigé	
KARDEGIC 75MG PDR Acide acétylsalicylique	0	1	0	0	modifié non documenté	KARDEGIC 160MG PDR Acide acétylsalicylique	0	1	0	0	oui	I		
MANIDIPINE 10MG CP	1	0	0	0	poursuivi	MANIDIPINE 10MG CP	1	0	0	0	non			
GLICLAZIDE 30MG CP	1	0	0	0	arrêté non documenté						oui	NI	Pris en compte et corrigé	
GALVUS 50MG CP Vildagliptine	1	0	0	0	arrêté non documenté						oui	NI	Pris en compte et corrigé	
FOSINOPRIL 20MG CP	1	0	0	0	modifié non documenté	FOSINOPRIL 10MG CP	1	0	0	0	oui	NI	Pris en compte et corrigé	
FUROSEMIDE 20MG CP	1	0	0	0	arrêté						non			
ALLOPURINOL 200MG CP	0	1	0	0	arrêté non documenté						oui	NI	Pris en compte et corrigé	
UROREC 4 MG GEL Silodosine	1	0	0	0	arrêté non documenté						oui	NI	Pris en compte et corrigé	ttt débuté il y a 10 jours
					ajouté	DAFALGAN 500MG GEL Paracétamol	2	2	2	2	non			
														Traitement ou automédication antérieure
Nbre de lignes du BMD	9				10	Nbre de lignes de l'OMA	5							
Temps Liste	40mn					Patient(e) hospitalisé(e) le : 31/12/2013								
Temps CTM						Médecin traitant : Dr Who								
						Pharmacien officine : Pharmacie du Tadla								

Sources d'information

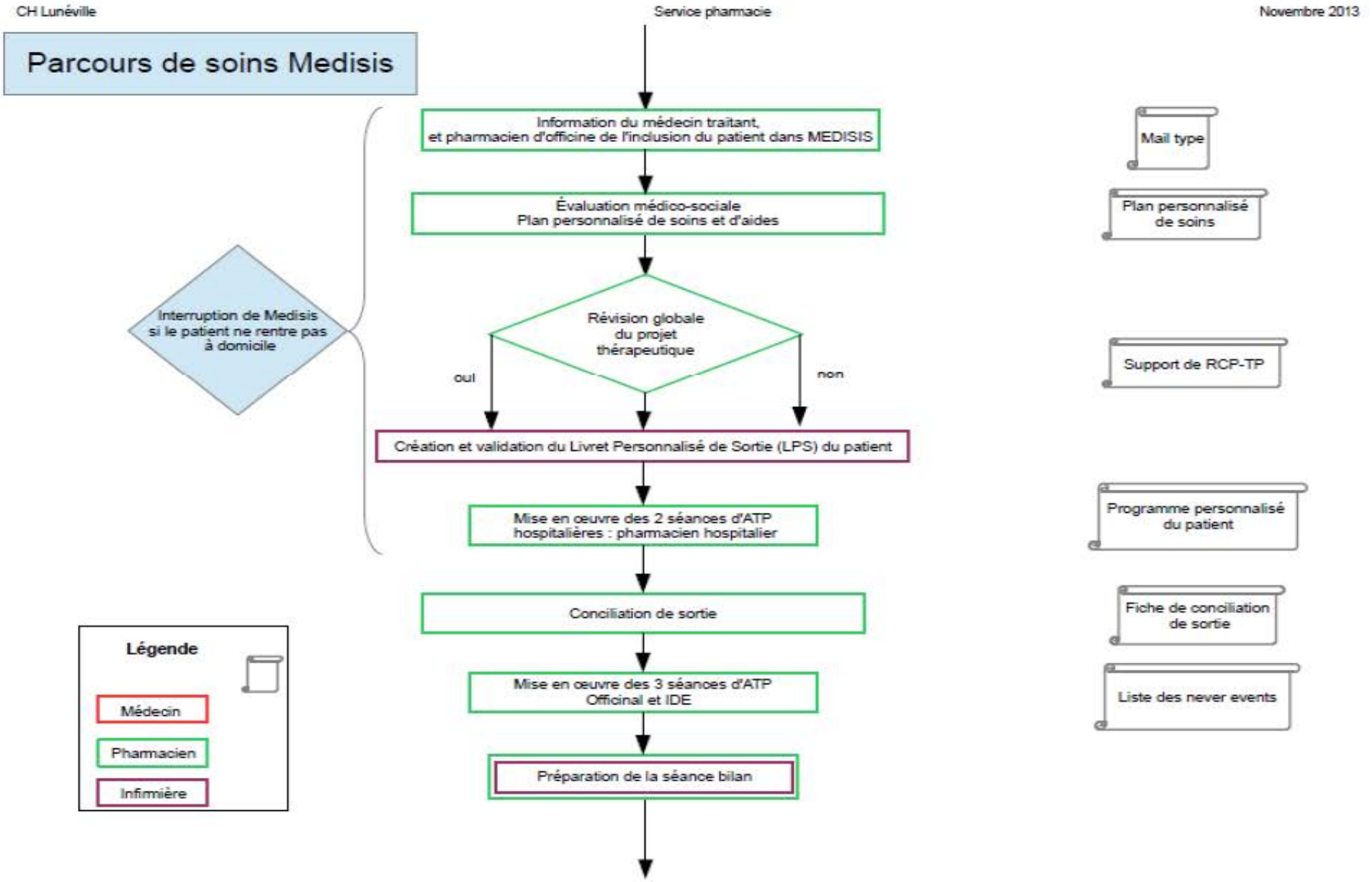
DMP en cours	oui	Base résiduelle	non	Médecin traitant	oui	Patient	oui		
DMP antérieur	non	SIH-Image Pharma	oui	Médecin spécialiste	non	Famille	oui fille		
DMP urgences	oui	Lettre de VIT	non	Pharmacien officine	oui	Consultation CP	oui		
Pharmaclasq	oui	Lettre de VIT	non	IDE libérale	non	Autres	oui aide		

Signature Pharmacien

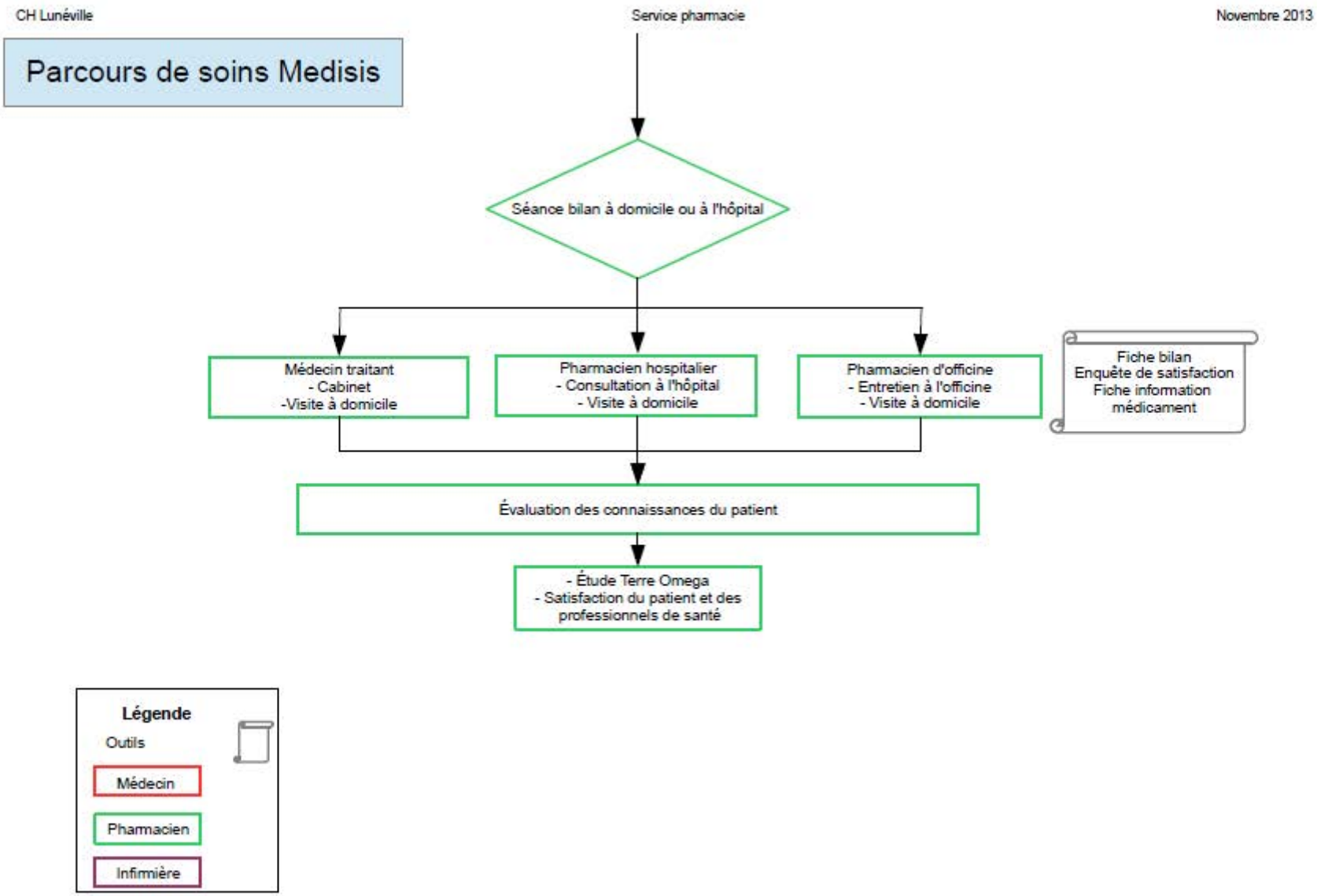
Annexe 4 : Logigramme MEDISIS



Annexe 4 (suite)



Annexe 4 (suite)



Annexe 5 : Fiche des critères d'éligibilité MEDISIS

Centre Hospitalier de Lunéville - Service pharmacie

Fiche d'éligibilité à MEDISIS

Repérer les patients à risque d'EIG médicamenteuse

Identité patient :

Date d'admission : Médecin traitant :

Heure d'admission : Pharmacie d'officine :

Plus de 7 médicaments par jour (>7)
Et au moins 1 EM interceptée à la conciliation | 0

Comorbidité et/ou motif d'hospitalisation

- Insuffisance cardiaque
- Syndrome coronaire aigu
- Insuffisance rénale chronique (clairance < 35 ml/min)
- Pneumonie
- Exacerbation de BPCO

Patient morbide : positif si score ≥ 1 | 0

Syndrome gériatrique

- Dénutrition
  IMC<21 (<19,5 avant 70 ans) OU perte de poids (2%/1 mois ou 10%/6 mois)
- Escarre quel que soit le stade
- Syndrome dépressif
- Confusion mentale précédente
- Chute dans les 6 derniers mois

Syndrome gériatrique : positif si score >1 | 0

Antécédent d'hospitalisation non programmée dans les 6 mois | 0

Altération des Activités de la Vie Quotidienne

- Habillage
- Alimentation
- Continence fécale ou urinaire
- Déplacements à l'intérieur du domicile (entre les différentes pièces)
- Transfert lit-fauteuil
- Toilette

Patient dépendant : positif si score ≥ 2 | 0

Situation sociale défavorable

- Précarité
  Pas de mutuelle mais pas par choix ou CMU
- Isolement
  Pas ou peu d'aidant régulier OU moins de 4 visites par semaine hors femme de ménage

Patient défavorisé : positif si score ≥ 1 | 0

Le patient n'est pas éligible au programme MEDISIS

Commentaire
Signature du pharmacien
Décision médecin

Annexe 6 : Fiche de consentement du programme MEDISIS

Service de pharmacie – Tel 03 83 76 12 22 - Programme MEDISIS

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PATIENT

Objectif général du programme MEDISIS

Vous êtes invités à participer à un programme MEDISIS dont les objectifs sont de vous aider à mieux comprendre votre prise en charge médicamenteuse et de faciliter votre sortie d'hospitalisation (voir fiche d'information au patient). L'Agence régionale de santé de Lorraine a approuvé le programme qui vous est proposé.

Principe

Vous pourrez participer aux différentes séances individuelles proposées en cours d'hospitalisation et après votre retour à domicile. Les séances sont personnalisées en fonction de vos besoins, de vos pathologies et du motif de votre récente hospitalisation.

Confidentialité

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de ce programme sont confidentiels et que seuls les professionnels de santé qui vous prennent en charge y auront accès.

Les données vous concernant seront exploitées dans le respect absolu de la loi (Loi n 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi 2004-801 du 6 aout 2004 relative à la protection des personnes physiques).

Vous pouvez si vous le souhaitez vous opposer à l'enregistrement de ces données.

Participation volontaire

Votre participation à ce programme est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au programme sans aucune contrainte ou pression extérieure. Par ailleurs vous êtes libre de mettre fin à votre participation à tout moment au cours de ce programme sans justification à donner ni préjudice d'aucune nature.

Des questions sur le programme

Vous pouvez contacter à tout moment un membre de l'équipe pour des questions additionnelles sur celui-ci.

Signatures

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et la note d'information jointe et consens à participer à ce programme. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je peux y mettre fin à tout moment sans justification à donner et sans préjudice d'aucune nature. Il me suffit d'en informer le responsable du programme.

Le participant au programme MEDISIS

Le responsable du programme MEDISIS
Dr Alexandre DONY

Annexe 7 : Exemple de plan personnalisé de soin

La personne et ses contacts utiles							
				Nom :	*CMG*		
				Prénom :			
				Date de naissance :	*/ /1940*	*Sexe*	☐ M ■ F
Numéro du PPS		**Date de la version en cours**	...18../...02.../...14....	**ALD**	☐Oui ☐Non	Si oui nombre ALD	_____
Coordonnateur du PPS	Profession :		Médecin traitant Nom : ED				
Informations sur la personne				**Numéro de sécurité sociale**			
Adresse de la personne				**Code Postal**			
Aidant	☐Oui ☐Non – Nombre Nom(s) :	*Tél.*	*email*	**Recherche d'hébergement en cours**	☐Oui ■ Non		
Référents familiaux/amicaux	☐Oui ☐Non – Nombre : Nom(s) :	*Tél.*	*email*	**APA**	☐Oui ☐Non Classe GIR (1 à 6)		
Personne de confiance		*Tél.*	*email*	**Directives anticipées**	☐Oui ☐Non		
Caisse de retraite	Nom : ☐ pension ☐ pension de réversion ☐ ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)			**Mutuelle**	☐Oui ☐Non Si oui nom de la mutuelle :		

Contacts utiles				
	Nom	**Téléphone**	**email**	**Participants à l'élaboration du PPS : mettre une X**
Médecin traitant				X
Infirmier libéral ou coordonnateur SSIAD				X
Pharmacien d'officine				X
Infirmière ETP				
Gériatre				
SSIAD/SAD/SPASAD				
Coordonnateur d'appui (réseau, équipe mobile)				
Centre médico-psychologique				X (psychiatre/infirmier psy)
Travailleur social et son service				X
Consentement à l'échange d'informations contenues dans le PPS	■ Oui ☐ Non			

Annexe 7 (suite)

La personne			Date d'initiation du PPS 1802/2014	*Nom :*	*CMG*
				Prénom :	
				Date de naissance :	*1940*
Numéro du PPS	*1*	**Préférences de la personne**	Rester à son domicile		
Référent du PPS	*ED*	**Priorité actuelle de la personne**	À l'initiation (18/02/2014) : Être séparée de son sosie Au 1er point d'étape (18/06/2014) : à recueillir		

Plan de soins (18/02/2014)

Problèmes classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (check-list)	**Objectifs partagés**	**Libellé des actions dont ETP**	**Intervenants**	**Critères d'atteinte des résultats**	**Bilan d'étape Date : 18/06/2014 Atteinte des résultats et commentaires**
Problème psychiatrique/iatrogénie médicamenteuse	Mieux contrôler la pathologie psychiatrique	Optimiser le traitement psychotrope (ajustement du traitement psychiatrique avec diminution du risque iatrogénique – observance)	CMP Médecin traitant	Disparition des hallucinations visuelles	Amélioration du contrôle de la pathologie psychiatrique
			Infirmier libéral (sécurisation de la prise ? : recours au traitement injectable ?)		Intervention de l'IDE libéral non nécessaire
Difficultés à renouveler les ordonnances	Optimiser les prises médicamenteuses	Suivi des renouvellements d'ordonnances et de l'automédication (alerte iatrogénique)	Pharmacien	Alerte du MT et du CMP Ordonnances renouvelées	Poursuite de la collaboration Pharmacien, MT et CMP
Doute sur troubles amnésiques	Éliminer des troubles cognitifs une fois la pathologie psychiatrique contrôlée	Évaluation cognitive à moyen terme	Gériatre	Évaluation cognitive réalisée	Troubles cognitifs modérés n'empêchant pas le maintien à domicile
Envisager l'avenir de cette patiente	Décision d'hébergement en maison de retraite ?	Contacter son fils avec son accord, si son état est stabilisé	Famille	Implication du fils dans les décisions concernant sa mère et son éventuel hébergement en maison de retraite	Projet d'hébergement en maison de retraite abandonné

Annexe 7 (suite)

Plan de soins (18/06/2014)					
Difficultés à supporter son traitement	Sécuriser la prise médicamenteuse				
Problème 2					
Problème 3					

Plan d'aides (18/02/2014)					
Problèmes classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (*check-list*)	**Objectifs partagés**	**Libellé des actions dont ETP**	**Intervenants**	**Critères d'atteinte des résultats**	**Bilan d'étape Date : 18/06/2014 Atteinte des résultats et commentaires**
Absence d'évaluation sociale	Réaliser une évaluation sociale	Acceptation d'un renforcement des aides	CLIC	Renforcement du passage de l'aide à domicile	Pas de précarité Maintien à domicile possible Poursuite de l'acceptation du renforcement de son aide à domicile
			Aide-ménagère		
	Prestations APA	Remplir dossier d'APA	CLIC et MT	Dossier transmis	APA obtenue
Plan d'aides (18/06/2014)					
Difficultés à prendre soins de soi	Acceptation des aides	Maintien d'un renforcement des aides			
Problème 2					
Problème 3					

Annexe 7 (suite)

Annexe : *check-list* d'aide à l'identification des priorités des professionnels (oui/non/?)							
Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	**Suivi**			**Problèmes** (fréquents, transversaux et modifiables)	**Suivi**		
	Initiation 18/02/2014	**Point d'étape 1 18/06/2014**	**Point d'étape 2**		**Initiation 18/02/2014**	**Point d'étape 1 18/06/2014**	**Point d'étape 2**
Problèmes liés aux médicaments	O	O		**Précarité**	?	N	
- accident iatrogène	?	N		- financière			
- automédication à risque	?	N		- habitat			
- prise de traitement à risque de iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, antithrombotiques, hypoglycémiants)	O	O		- énergétique			
- problème d'observance	O	N					
- adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiants)				**Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne**	N	N	
				- soins personnels/toilette			
Organisation du suivi	O	N		- habillage			
- pas de déplacement à domicile du médecin traitant				- aller aux toilettes			
- multiples intervenants				- continence			
- investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux ou complexes				- locomotion			
				- repas			
Problèmes de mobilité	?	N		**Troubles nutritionnels/Difficultés à avoir une alimentation adaptée**	?	N	
- risque de chute							
- chute(s)				**Difficultés à prendre soin de soi**	O	O	
- phobie post-chute				- difficultés à utiliser le téléphone			
- problèmes de mobilité à domicile				- difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments	O	O	
- problèmes de mobilité à l'extérieur				- difficultés à voyager seul			
				- difficultés à gérer son budget	?	O	
Isolement	O	N		- refus de soins et d'aides	?	N	
- faiblesse du réseau familial ou social	O			- situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause			
- isolement géographique							
- isolement ressenti							
- isolement culturel				**Troubles de l'humeur**	O	O	

Annexe 8 : Exemple de fiche de RCP

Centre hospitalier de Lunéville

08/02/14

Révision du projet thérapeutique global

Identité patient :		Date de naissance :	17/10/31	Age : 83
Service d'hospitalisation	Médecine A	Médecin hospitalier :	Dr Hollard	
Date d'admission :	02/02/14	Médecin traitant :	Dr Harment	
Date de sortie prévue :	08/02/14	Pharmacie d'officine :	Dr Chanal	

Score MEDI-6/ Critères positifs 3/6
- Polymédication
- Syndrome gériatrique
- Antécédent d'hospitalisation non programmée ≤ 6mois

Participants à la réunion

Dr Harment	Médecin traitant
Dr Kuta	Médecin gériatre
Dr Chanal	Pharmacien d'officine
Dr Dony	Pharmacien hospitalier

Motif d'hospitalisation :
Rétention aiguë d'urines

Antécédents médicaux	**Glaucome bilatéral**
Antécédents chirurgicaux	**Cancer de la prostate traité par radio-chimiothérapie. RTUP en 2013** **RTUV + 3 mois BCG (polypes)** **Coronaropathie stentée 2012**
Allergies	RAS

Comorbidités	**DT 2**
	HTA
	Hyperuricémie
Uricémie	non dosée
Clairance de la créatinine	**62 ml/min**
Pression artérielle	non renseignée

Historique de la ligne	Liste des médicaments au 08/02/2014					Date de début	Indication	Proposition d'optimisation	Référentiels utilisés	Traitement médicamenteux optimisé au 08/02/2014				
	Nom/dosage/forme	Posologie/voie								Nom/dosage/forme	Posologie/voie			
		M	M	S	N						M	M	S	N
Arrêté/Suspendu conciliation	TANAKAN 40MG CP	1	1	1	0	long cours	Troubles cognitifs	**arrêté**	La revue Prescrire					
	VESICARE 5MG CP	(+2) si douleur bas ventre				1 mois	Douleurs bas ventre	**arrêté**	RCP (risque de glaucome, constipation et RTUV)					
Poursuivi – modifié à la conciliation	ALLOPURINOL 100MG CP	0	1	0	0	long cours	Hyperuricémie	poursuivi		ALLOPURINOL 100MG CP	0	1	0	0
	CRESTOR 10MG CP	0	0	1	0	long cours	Hypercholestérolémie	poursuivi		CRESTOR 10MG CP	0	0	1	0
	EZETROL 10MG CP	0	1	0	0	long cours	Hypercholestérolémie	poursuivi		EZETROL 10MG CP	0	1	0	0
	DIAMICRON 60MG CP LP	1	0	0	0	long cours	DT 2	poursuivi		DIAMICRON 60MG CP LP	1	0	0	0
	MOVICOL 13,125MG PDR ORALE	(+2)	0	0	0	long cours	Constipation occasionnelle	poursuivi		MOVICOL 13,125MG PDR ORALE	(+2)	0	0	0
	IXPRIM 37,5/325MG CP	1	1	1	(+1)	long cours	Douleurs	poursuivi		IXPRIM 37,5/325MG CP	1	1	1	0
	TEMERIT DUO 5/12,5MG CP	1	0	0	0	long cours	HTA/ Angor	poursuivi		TEMERIT DUO 5/12,5MG CP	1	0	0	0
	RAMIPRIL 10MG CP	0	0	1	0	long cours	HTA	**modifié**	RCP – hypotension nocturne	RAMIPRIL 10MG CP	1	0	0	0
	LYSANXIA 10MG CP	½	½	½	0	long cours	Anxiété	**modifié**	Stop&start /Liste de Laroche	SERESTA 10MG CP	½	0	½	0
	INEXIUM 40MG CP	0	0	(+1)	0	long cours	Prévention hémorragies digestives lors d'un traitement par Kardégic	**modifié**	RCP	INEXIUM 20MG CP	0	0	1	0
Ajouté en cours d'hospitalisation							Prévention ilaire thromboses artérielles pose d'un stent coronaire	**ajouté**	Données de pharmacovigilance	KARDEGIC 75MG PDR ORALE	0	1	0	0

Annexe 9 : Exemple de livret personnalisé de sortie

Centre Hospitalier Lunéville

Livret personnalisé DE SORTIE

[étiquette patient]
Nom
Prénom
Date de naissance

Date de sortie : __/__/____

Centre hospitalier de Lunéville : 03 83 76 12 12

Service d'hospitalisation
Médecin du service : 03 83 76

Médecin traitant
Pharmacien

Annexe 9 (suite)

Centre Hospitalier Lunéville

MES RENDEZ-VOUS

[étiquette patient]
Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Pourquoi ai-je été hospitalisé :

Date et horaire	Nom du professionnel	Adresse	Téléphone	Motif
02/01/14	Pharmacie des Arcades	Lunéville	03 83 73 18 81	Dispensation ordonnance de sortie
04/01/14	Labo St Remy	Rue de Pologne 54 300 Lunéville	-	Prise de sang – suivi INR
25/01/14	Pr Charles Xavier	5 bis rue de la poupée qui tousse 54540 Badonviller	03 83 42 25 05	Renouvellement des traitements

Visite au médecin traitant dans la semaine
Les aides à domicile/réseau
Auxiliaire de vie
Personne ressource

Annexe 9 (suite)

Centre Hospitalier Lunéville

MES SEANCES D'ACCOMPAGNEMENT THÉRAPEUTIQUE

[étiquette patient]
Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Vos objectifs

- :
- :

	Date et Horaires	Thème de la séance
A l'hôpital		
A l'hôpital		
En ville		
En ville		
En ville		
A l'hôpital		Bilan

L'équipe qui vous suit

A l'hôpital	Aloïs Chardin Alexandre Dony Aline	préparateur en pharmacie pharmacien hospitalier infirmière du SETSAP	03 83 76 12 22 03 83 76 12 22 03 83 76 xx xx
En ville	Michel Chanal Bailly Brigitte	pharmacien infirmière	0x xx xx xx 0x xx xx xx

Annexe 9 (suite)

Centre Hospitalier Lunéville

MES MEDICAMENTS A LA MAISON

à partir du 10 février 2015 vous prenez

Médicament	Posologie				Commentaires éventuels	Indication	Prescrit sur ordonnance de sortie
	Matin	Midi	Soir	Nuit			
CRESTOR 10MG CPR	0	0	1	0		Diminuer le cholestérol dans le sang	NON
KARDEGIC 160MG PDR	0	0	1	0		Fluidifier le sang	NON
SECTRAL 200MG CPR	½	0	0	0		Ralentir le coeur et baisser la pression artérielle	NON
TRIATEC 2,5MG CPR	0	0	1	0		Baisser la pression artérielle	NON
DIFFU K 600MG GEL	1	0	0	0		Augmenter le potassium dans le sang	NON
INEXIUM 40MG CPR	0	0	1	0	Pendant 1 mois	Protéger l'estomac et diminuer les douleurs	OUI
OFLOCET 200 MG CPR	1	0	1	0	Jusqu'au 18 janvier 2014 Mettre de la crème solaire	Lutter contre l'infection de la prostate	OUI
DAFALGAN 500MG GEL	2	2	2	2	si douleur	Diminuer les douleurs	OUI
~~CLARADOL 500MG CPR~~	~~1 si besoin, MAX 8/j~~				Arrêté pendant l'hospitalisation à ne pas reprendre		NON
~~FLECTOR 1% gel~~	~~2 à 4/j si besoin sur genou droit~~				Arrêté pendant l'hospitalisation à ne pas reprendre		NON

Annexe 9 (suite)

Décembre 2013

Centre Hospitalier
Lunéville

[étiquette patient]
Nom :
Prénom :
Date de naissance :

QUELQUES RAPPELS

CONSIGNE DE SORTIE - CONDUITE A TENIR EN CAS DE PROBLÈME

MES ALLERGIES

MES MEDICAMENTS SANS ORDONNANCE :

Jus de pamplemousse, tisanes ou gélules de millepertuis sont à éviter
Demander conseil au médecin ou au pharmacien avant de prendre d'autres médicaments sans ordonnance

MON ALIMENTATION

Annexe 9 (suite)

Centre Hospitalier de Lunéville – Programme Med-6

Décembre 2013

Centre Hospitalier
Lunéville

JE PENSE A DISCUTER AVEC MON MEDECIN DES SUJETS SUIVANTS

[étiquette patient]
Nom :
Prénom :
Date de naissance :

-
-
-
-

Annexe 10 : Fiche de conciliation de sortie

avril 2014

Fiche de conciliation de sortie *provisoire*

A faxer au Service de pharmacie 14.92

Date de sortie prévue :
Heure de sortie de prévue :

Patient(e) :	**Test Agfa** **Né(e) le 04/05/1917**					**Hospitalisé(e) le :**	**16/03/13**					
Liste des médicaments avant hospitalisation					**Statut** ajouté + arrêté ↧ poursuivi → diminué ↓ augmenté ↑ modifié Δ	**Modifications apportées en cours d'hospitalisation à poursuivre à la sortie**					**Commentaires** durée de traitement date reprise éventuelle conseil	**Prescrit sur ordonnance de sortie**
Nom/dosage/forme	**Posologie**					**Nom/dosage/forme**	**Posologie**					
	M	M	S	N			M	M	S	N		
AEQUASYAL Spray buccal	1	1	1	1	poursuivi	AEQUASYAL Spray buccal	1	1	1	1		
DIFFU K 600mg gel	1	0	0	0	poursuivi	DIFFU K 600mg gel	1	0	0	0		
HEMIGOXINE 0,125mg cp	1	0	0	0	poursuivi	HEMIGOXINE 0,125mg cp	1	0	0	0		
LASILIX FAIBLE 20mg cp	1	0	0	0	poursuivi	LASILIX FAIBLE 20mg cp	1	0	0	0		
PARACETAMOL 500mg sachet	+1	+1	+1	0	poursuivi	PARACETAMOL 500mg sachet	+1	+1	+1	0	Si besoin	
LUMIGAN 0,3 mg/ml collyre	1	0	0	0	poursuivi	LUMIGAN 0,3 mg/ml collyre	1	0	0	0		
LYSANXIA 10mg cp	1fois par semaine le samedi				arrêté						Médicament arrêté car potentiellement inapproprié chez la personne âgée	x
					ajouté	SERESTA 10mg cp	0	0	1	0	Remplace Lysanxia 10mg cp	x
					ajouté	BISOPROLOL 2,5mg cp	1	0	0	0	Traitement de l'hypertension artérielle	x
					ajouté	NORFLOXACINE 400mg cp	1	0	1	0	Cystite à *E coli*, à poursuivre encore 3j	x

Médecin traitant : Dr YYYYYY
Pharmacien officine : Dr PPPPPPP

Nom et signature du médecin

Conseil pharmaceutique à délivrer au patient :	oui	non

Centre Hospitalier de Lunéville – 6 rue Girardet - B.P. 38206 – 54301 Lunéville Cedex
Tél. : 03.83.76.12.12 - Fax : 03.83.74.38.97 - e.mail : direction@ch-luneville.fr

Annexe 10 (suite)

Centre Hospitalier Lunéville

Centre Hospitalier de Lunéville

Courrier de conciliation des traitements médicamenteux

En cas de difficulté, contacter les personnes en charge de l'activité de conciliation au :
☎ 03.83.76.12.74 - Fax : 03.83.76.14.92
E-Mail : pharmacie.ch-luneville@sante-lorraine.fr

Monsieur le Docteur GRAVOULET
Pharmacie 5 rue du Haut Château
54700 LEYR
tel :
fax :

TEST AGFA
Née TESTNAISS le 01/01/1000
Sexe: FEMININ
rue principale
33000 BORDEAUX

VG/SD

Lunéville, le 10/04/2014

Monsieur et cher Confrère,

Votre patiente Madame Agfa **TEST**, née le 31/01/1000, a été hospitalisé(e) au Centre Hospitalier de Lunéville. Nous avons établi la liste de ses médicaments pris en routine à son domicile. Vous trouverez ci-dessous le traitement avant hospitalisation, celui à poursuivre à la sortie et un éventuel complément d'informations.

Avant hospitalisation			Après hospitalisation	
AEQUASYAL Spray buccal	1-1-1-1	poursuivi	AEQUASYAL Spray buccal	1-1-1-1
DIFFU K 600mg gel	1-0-0-0	poursuivi	DIFFU K 600mg gel	1-0-0-0
HEMIGOXINE 0,125mg cp	1-0-0-0	poursuivi	HEMIGOXINE 0,125mg cp	1-0-0-0
LASILIX FAIBLE 20mg cp	1-0-0-0	poursuivi	LASILIX FAIBLE 20mg cp	1-0-0-0
PARACETAMOL 500mg sachet	1-1-1-1-0	poursuivi	PARACETAMOL 500mg sachet Si besoin	1-1-1-1-0
LUMIGAN 0,3 mg/ml collyre	1-0-0-0	poursuivi	LUMIGAN 0,3 mg/ml collyre	1-0-0-0
LYSANXIA 10mg cp	1/semaine le samedi	arrêté		
Médicament arrêté car potentiellement inapproprié chez la personne âgée				
---		ajouté	SERESTA 10mg cp Remplace Lysanxia 10mg cp	0-0-1-0
---		ajouté	BISOPROLOL 2,5mg cp Traitement de l'hypertension artérielle	1-0-0-0
---		ajouté	NORFLOXACINE 400mg cp Cystite à E coli, à poursuivre encore 3j	1-0-1-0

Docteur Guillaume Viviane
Service de Chirurgie

Docteur Doerper Sebastien
Service de Pharmacie

Destinataires : Médecin Traitant - Pharmacien d'officine

TEST AGFA
Pour toute correspondance utiliser l'adresse mail : pharmacie.ch-luneville@sante-lorraine.fr

Annexe 10 (suite)

Centre Hospitalier Lunéville

Fiche d'information patient

Liste des médicaments à poursuivre après l'hospitalisation

Madame
Test Agfa

Lunéville, le 10/04/2014

Vous venez d'être hospitalisé(e) au Centre Hospitalier de Lunéville. Lors de votre arrivée, un bilan de l'ensemble de votre traitement médicamenteux a été réalisé. Des modifications y ont été apportées pendant votre séjour.

Vous trouverez ci-dessous **le traitement que vous devez poursuivre à votre domicile**. Il sera adapté si nécessaire par votre médecin traitant lors de votre prochaine consultation.

Médicament	Posologie				Commentaires éventuels	Prescrit sur ordonnance de sortie
	Matin	Midi	Soir	Nuit		
AEQUASYAL Spray buccal	1	1	1	1		
DIFFU K 600mg gel	1	0	0	0		
HEMIGOXINE 0,125mg cp	1	0	0	0		
LASILIX FAIBLE 20mg cp	1	0	0	0		
PARACETAMOL 500mg sachet	+1	+1	+1	0	Si besoin	
LUMIGAN 0,3 mg/ml collyre	1	0	0	0		
~~LYSANXIA 10mg cp~~	0	0	1	0	Médicament arrêté car potentiellement inapproprié chez la personne âgée	
SERESTA 10mg cp	0	0	1	0	Remplace Lysanxia 10mg cp	x
BISOPROLOL 2,5mg cp	1	0	0	0	Traitement de l'hypertension artérielle	x
NORFLOXACINE 400mg cp	1	0	1	0	Cystite à *E coli*, à poursuivre encore 3j	x

En cas de doutes sur votre traitement médicamenteux, prenez contact avec votre médecin traitant ou votre pharmacien d'officine

Service de chirurgie
Dr Viviane GUILLAUME

Service de pharmacie
Dr Sébastien DOERPER

SPECIFICITES de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée

Même si le médicament est une chance pour le malade âgé, les **risques de iatrogénie liés à la prescription médicamenteuse sont majorés chez la personne âgée** du fait des modifications des paramètres pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liés à l'âge et aux pathologies aigües et/ou chroniques.

Différents types de prescriptions inappropriées sont décrits:

- l'« **overuse** » (prescription d'un médicament sans indication valide)
- le « **misuse** » (prescription inappropriée en terme de choix du médicament, de durée, de modalités d'administration, d'interactions ou de coût)
- l'« **underuse** » (non prescription d'un médicament nécessaire)

Les prescriptions inappropriées sont associées à une **augmentation de la morbidité, de la mortalité, du risque d'événements indésirables** et à un accroissement des coûts de prise en charge ainsi qu'à une altération de la qualité de vie.

Les spécificités de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée sont liées **aux caractéristiques du patient et des médicaments.**

Etude OPMED

- **Etude multicentrique** évaluant l'impact du programme multidisciplinaire, « OPMED », sur la **prescription de médicaments potentiellement inappropriés** chez les personnes âgées hospitalisées en service de médecine et service de médecine gériatrique

- Dix-huit centres participants répartis sur l'ensemble de la France

- **Investigateur principal**
  - Dr. B. COMTE, Hospices Civils de Lyon

- Méthodologie et coordination de l'étude

  - Dr C. MOUCHOUX, Hospices Civils de Lyon
    ☎ 04 72 43 20 65 (33 20 65)
  - M. P. RIPPERT, Hospices Civils de Lyon
    ☎ 04 27 85 63 08 (35 63 08)

- Etude soutenue par la Société Française de Pharmacie Clinique

Références bibliographiques

Ferchichi S, Antoine V. Le bon usage des médicaments chez la personne âgée. La Revue de Médecine Interne 2004

Lang PO, Hasso Y, Belmin J, et al. STOPP-START: Adapatation en langue française d'un outil de détection de la prescription médicamenteuse inapproprié e chez la personne âgée. Rev can santé publique 2009

Laroche ML, Bouthier F, Merle L, Charmes JP. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. La Revue de Médecine Interne 2008

Site de la Haute Autorité de Santé

Prise en charge médicamenteuse chez la personne âgée

Adaptons et standardisons notre analyse pharmaceutique



Document réalisé

dans le cadre de l'étude OPMED

« Optimisation de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée hospitalisée »

Annexe 11 (suite)

1. (RE)EVALUATION de chaque traitement et indication

Chaque jour ou devant tout nouveau contexte clinique, s'interroger sur l'**efficacité** des médicaments et sur leur **tolérance**

→ INSTAURATION ?

- Nouvelle pathologie ?
- Indication non traitée ?
- **START LOW AND GO SLOW**
- **Pertinence de certains traitements selon le contexte**

→ ARRET ?

- **REFLEXE IATROGENIQUE** = devant tout nouveau symptôme, toujours se demander si celui-ci ne peut être dû à un médicament (cf. tableau 1)

→ SUSPENSTION TEMPORAIRE ?

2. CHOIX des médicaments

- **Médicaments à marge thérapeutique étroite**
- **Attention aux médicaments potentiellement inappropriés (MPI)** (cf. tableau 2)
- **Redondance ou antagonisme pharmacologique**

Outils d'identification des MPI
Liste de Laroche, outil STOPP-START

Tableau 1 : Exemples d'effets indésirables chez la personne âgée (non exhaustif)

Manifestations cliniques	Médicaments
Chutes +/- hypotension orthostatique	**Psychotropes**, vasodilatateurs, antiH1, hypoglycémiants, antihypertenseurs, α-bloquants, antiparkinsoniens, antidépresseurs imipraminiques
Confusion - Somnolence	**Antalgiques palier 2 et 3, psychotropes, anticholinergiques**, hyponatrémiants, hypoglycémiants
Syndrome extrapyramidal	**Neuroleptiques** (attention aux neuroleptiques cachés), antidépresseurs ISRS
Insuffisance rénale aigue fonctionnelle	**AINS, diurétiques, IEC**, ARA II, médicaments néphrotoxiques, ou association de ces médicaments
Rétention urinaire	Anticholinergiques, morphiniques
Troubles du rythme – Bradycardie - Torsades de pointe - Allongement de l'espace QT	Antiarythmiques de classe Ia et III, antidépresseurs, β-bloquants, digitaliques, fluoroquinolones, macrolides, neuroleptiques, médicaments bradycardisants, +/- hypokaliémiants, +/- médicaments allongeant le QT

3. ADAPTATION de la posologie

Les prérequis d'une bonne analyse de prescription:

- Poids
- Etat nutritionnel (albuminémie)
- Fonctions hépatique et rénale

→ ADAPTATION de la posologie

- A la fonction rénale estimée à l'aide de la **FORMULE DE COCKCROFT ET GAULT**
- A la sensibilité augmentée des personnes âgées à certaines classes médicamenteuses, notamment benzodiazépines, hypnotiques, antihypertenseurs
- Au poids

4. OBSERVANCE

→ Modalités d'ADMINISTRATION :

Adapter la forme galénique et la voie d'administration à l'état du patient

→ COMPREHENSION du traitement :

Libellé clair et précis de la prescription
Tenir compte des éventuels troubles cognitifs

Tableau 2 : Médicaments potentiellement inappropriés chez le sujet âgé de plus de 75 ans, quel que soit le terrain (non exhaustif)

Médicaments	Iatrogénie	Alternative
AINS	*IR - Saignement*	Paracétamol
Antidépresseurs imipraminiques	*Effets anticholinergiques*	IRS ou miansérine
Antihistaminiques de 1ère génération (ex : hydroxyzine)		Antihistaminique de seconde génération
BZD à ½ vie longue	*Chute - Somnolence*	BZD à ½ vie courte
Vasodilatateurs cérébraux	*Hypotension – Pas d'efficacité reconnue*	Abstention

FACULTE DE PHARMACIE **UNIVERSITE DE LORRAINE**

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 13 MARS 2015

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présenté par : Mlle FRENOT Emmeline

Sujet :
LA SECURISATION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU PATIENT EN SORTIE D'HOSPITALISATION : LE LIEN VILLE-HOPITAL PAR L'ACCOMPAGNEMENT THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ATP).

Jury :
Président :M. Stéphane GIBAUD, Praticien Hospitalier, Maître de Conférences Faculté de Pharmacie de Nancy

Directeur : M. Alexandre DONY, Pharmacien au CH de Lunéville
Co directeur : Mme Edith DUFAY,Pharmacien Chef, Praticien Hospitalier CH de Lunéville
Jury : Mme Aline KUTA, Praticien Hospitalier
Jury : Mme Amandine BORTOT, Docteur en Pharmacie

Vu,

Nancy, le 10-02-2015

Le Président du Jury Directeur de Thèse

Co-directrice.

M. GIBAUD M. Dony Alexandre

Mme DUFAY Edith

Vu et approuvé,

Nancy, le 17.02.2015

Doyen de la Faculté de Pharmacie
de l'Université de Lorraine,

UNIVERSITE DE LORRAINE FACULTE DE PHARMACIE

Francine PAULUS

Vu,

Nancy, le 12 MARS 2015

Le Président de l'Université de Lorraine,

Université de Lorraine Le Président

Pierre MUTZENHARDT

N° d'enregistrement : 6840.

N° d'identification :

TITRE

LA SECURISATION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU PATIENT EN SORTIE D'HOSPITALISATION : LE LIEN VILLE-HOPITAL PAR L'ACCOMPAGNEMENT THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ATP).

Thèse soutenue le 13 Mars 2015

Par Mlle Emmeline FRENOT

RESUME :

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient est une étape importante pour une qualité optimale des soins. Ce processus complexe nécessite l'investissement de l'ensemble des professionnels de santé qu'ils soient en ville ou à l'hôpital.

Les différents points de transition que sont, l'admission, le transfert, la sortie de l'hôpital sont des moments où un défaut de transfert d'informations entre les professionnels de santé libéraux et/ou hospitaliers peut conduire à des erreurs médicamenteuses. Ces dernières génèrent d'éventuelles ré hospitalisation.

L'objectif de cette thèse est de présenter le programme MEDISIS, démarche innovante coordonnée et pluri professionnelle sécurisant la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son retour à domicile après une hospitalisation. Elle associe accompagnement thérapeutique du patient et clarification de ses traitements.

MOTS CLES : ACCOMPAGNEMENT THERAPEUTIQUE DU PATIENT - ATP - PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE - LIEN VILLE-HOPITAL - ERREUR MEDICAMENTEUSE - SECURITE

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
M. DONY Alexandre	**Centre Hospitalier de Lunéville**	**Expérimentale** ☑ **Bibliographique** ☐ **Thème** **3-6**

Thèmes **1 – Sciences fondamentales** **2 – Hygiène/Environnement**
3 – Médicament **4 – Alimentation – Nutrition**
5 - Biologie **6 – Pratique professionnelle**