



HAL
open science

Le parcours de soins MEDISIS : formation à l'accompagnement thérapeutique : enquête de satisfaction auprès des pharmaciens d'officine

Cécile Thouvenot

► To cite this version:

Cécile Thouvenot. Le parcours de soins MEDISIS : formation à l'accompagnement thérapeutique : enquête de satisfaction auprès des pharmaciens d'officine. Sciences pharmaceutiques. 2019. hal-03297979

HAL Id: hal-03297979

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297979v1>

Submitted on 23 Jul 2021

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>



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ
DE PHARMACIE

UNIVERSITE DE LORRAINE
2019

FACULTE DE PHARMACIE

T H E S E

Présentée et soutenue publiquement

le 11 décembre 2019, sur un sujet dédié à :

Le parcours de soins MEDISIS : formation à l'accompagnement
thérapeutique, enquête de satisfaction auprès
des pharmaciens d'officine

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par Cécile THOUVENOT

née le 22 décembre 1993 à Nancy

Membres du Jury

Président : M. François DUPUIS, Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie

Directrice : Mme Pauline SCHNEIDER, Pharmacien hospitalier, CH Lunéville

Juges : M. Éric RUSPINI, Pharmacien d'officine, Gerbéviller

Mme Émilie CARRE, Médecin généraliste

Mme Nathalie DE ABREU, Infirmière

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2019-2020

DOYEN

Raphaël DUVAL

Vice-Doyen

Julien PERRIN

Directrice des études

Marie SOCHA

Conseil de la Pédagogie

Présidente, Brigitte LEININGER-MULLER

Vice-Présidente, Alexandrine LAMBERT

Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier

Présidente, Béatrice DEMORE

Commission Prospective Facultaire

Président, Christophe GANTZER

Vice-Président, Jean-Louis MERLIN

Commission de la Recherche

Présidente, Caroline GAUCHER

Chargés de Mission

Communication

Innovation pédagogique

Référente ADE

Référente dotation sur projet (DSP)

Marie-Paule SAUDER

Alexandrine LAMBERT

Virginie PICHON

Marie-Paule SAUDER

Responsabilités

Filière Officine

Filière Industrie

Filière Hôpital

Pharma Plus ENSIC

Pharma Plus ENSAIA

Pharma Plus ENSGSI

Cellule de Formation Continue et Individuelle

Commission d'agrément des maîtres de stage

ERASMUS

Caroline PERRIN-SARRADO

Julien GRAVOULET

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Béatrice DEMORE

Marie SOCHA

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Xavier BELLANGER

Igor CLAROT

Luc FERRARI

François DUPUIS

Mihayl VARBANOV

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE

Francine PAULUS

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON

Max HENRY

Pierre LEROY

Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Claude BLOCK

Pierre DIXNEUF

Chantal FINANCE

Marie-Madeleine GALTEAU

Thérèse GIRARD

Pierre LABRUDE

Vincent LOPPINET

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT

Mariette BEAUD

François BONNEAUX

Gérald CATAU

Jean-Claude CHEVIN

Jocelyne COLLOMB

Bernard DANGIEN

Philippe MAINCENT
Alain NICOLAS
Janine SCHWARTZBROD
Louis SCHWARTZBROD

Marie-Claude FUZELLIER
Françoise HINZELIN
Marie-Hélène LIVERTOUX
Bernard MIGNOT
Blandine MOREAU
Dominique NOTTER
Francine PAULUS
Christine PERDICAKIS
Marie-France POCHON
Anne ROVEL
Gabriel TROCKLE
Maria WELLMAN-ROUSSEAU
Colette ZINUTTI

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE
Annie PAVIS

ENSEIGNANTS

Section CNU *

Discipline d'enseignement

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	82	Thérapie cellulaire
Béatrice DEMORE	81	Pharmacie clinique
Jean-Louis MERLIN	82	Biologie cellulaire
Jean-Michel SIMON	81	Economie de la santé, Législation pharmaceutique
Nathalie THILLY	81	Santé publique et Epidémiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Ariane BOUDIER [✉]	85	Chimie Physique
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	86	Pharmacologie
Igor CLAROT	85	Chimie analytique
Joël DUCOURNEAU	85	Biophysique, Acoustique, Audioprothèse
Raphaël DUVAL	87	Microbiologie clinique
Béatrice FAIVRE	87	Hématologie, Biologie cellulaire
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
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

Alexandre HARLE	82	Biologie cellulaire oncologique
Julien PERRIN	82	Hématologie biologique
Loïc REPEL	82	Biothérapie
Marie SOCHA	81	Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique

MAITRES DE CONFÉRENCES

Xavier BELLANGER [✉]	87	Parasitologie, Mycologie médicale
Emmanuelle BENOIT [✉]	86	Communication et Santé
Isabelle BERTRAND	87	Microbiologie
Michel BOISBRUN [✉]	86	Chimie thérapeutique

Cédric BOURA [‡]	86	Physiologie
Sandrine CAPIZZI BANAS	87	Parasitologie
Antoine CAROF [‡]	85	Informatique
Sébastien DADE	85	Bio-informatique
Dominique DECOLIN	85	Chimie analytique
Natacha DREUMONT [‡]	87	Biochimie générale, Biochimie clinique
Florence DUMARCAY [‡]	86	Chimie thérapeutique
François DUPUIS [‡]	86	Pharmacologie
Reine EL OMAR	86	Physiologie
Adil FAIZ	85	Biophysique, Acoustique
Anthony GANDIN	87	Mycologie, Botanique
Caroline GAUCHER [‡]	86	Chimie physique, Pharmacologie
Stéphane GIBAUD [‡]	86	Pharmacie clinique
Thierry HUMBERT	86	Chimie organique
Olivier JOUBERT [‡]	86	Toxicologie, Sécurité sanitaire
Alexandrine LAMBERT	85	Informatique, Biostatistiques
Julie LEONHARD	86/01	Droit en Santé
Christophe MERLIN [‡]	87	Microbiologie environnementale
Maxime MOURER	86	Chimie organique
Coumba NDIAYE	86	Epidémiologie et Santé publique
Arnaud PALLOTTA	86	Bioanalyse du médicament
Marianne PARENT	85	Pharmacie galénique
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
Guillaume SAUTREY	85	Chimie analytique
Rosella SPINA	86	Pharmacognosie
Sabrina TOUCHET	86	Pharmacochimie
Mihayl VARBANOV	87	Immuno-Virologie
Marie-Noëlle VAULTIER	87	Mycologie, Botanique
Emilie VELOT [‡]	86	Physiologie-Physiopathologie humaines
Mohamed ZAIYOU [‡]	87	Biochimie et Biologie moléculaire

PROFESSEUR ASSOCIE

Julien GRAVOULET	86	Pharmacie clinique
------------------	----	--------------------

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD	11	Anglais
--------------------	----	---------

[‡] En attente de nomination

[‡] Maître de conférences titulaire HDR

* Disciplines du Conseil National des Universités :

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

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

SERMENT DE GALIEN

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances

D'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 Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens

De coopérer avec les autres professionnels de santé

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

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) 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

À mon président et co-directeur de thèse :

M. François Dupuis, maître de conférence, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ma thèse et de vous rendre disponible.

À mon directeur de thèse :

Mme Pauline Schneider, pharmacienne hospitalière au Centre Hospitalier de Lunéville, un grand merci pour m'avoir fait confiance et encouragé tout au long de cette année. Je suis très fière d'avoir réalisé cette thèse à tes côtés, sous tes conseils avisés et toujours pleins de bon sens. Merci pour ta bonne humeur, ta disponibilité, ton engagement. La pharmacie du CHL a beaucoup de chance de t'avoir.

À mon jury de thèse :

M. Éric Ruspini, pharmacien d'officine à Gerbéviller, merci pour votre implication dans ma thèse, votre engagement dans le métier, c'est une réelle source d'inspiration.

Mme Émilie Carre, médecin généraliste, un grand merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury et d'apporter un autre regard sur ma thèse.

Mme Nathalie De Abreu, infirmière, je te remercie pour ta présence et surtout pour ta gentillesse, ta bienveillance et ta disponibilité qui m'ont accompagnée tout au long de cette année.

À toute l'équipe de la pharmacie de Chanteheux, un grand merci de m'avoir accueillie pendant mon stage de 6^{ème} année et d'avoir continué à me faire confiance. C'est un grand plaisir de travailler à vos côtés. Merci à Christelle et Barbara, vous m'avez beaucoup appris, merci de m'avoir donné l'opportunité de me lancer sereinement dans la vie professionnelle, je vous en suis très reconnaissante. Merci à toi Denis pour ta bonne humeur, et bien sûr aux « sauvages » Juju et Débo, j'ai partagé de supers moments avec vous.

À toute l'équipe de la pharmacie de Dombasle, M.Cottel, Anne C, Anne R, Sophie, Loïc, Marie et Marjorie, j'ai découvert le métier avec vous et je n'aurais pas choisi meilleure équipe auprès de qui débiter. Un grand merci pour votre accueil chaleureux, pour ces stages formateurs et inoubliables, j'ai adoré travailler avec vous.

À toute l'équipe de la pharmacie d'Einville, Valérie Peltre, Evelyne, Anne-Claire, Virginie, Aline, c'est toujours un plaisir de venir donner un coup de main et apprendre auprès de vous, merci pour votre gentillesse.

À l'ensemble du service pharmacie du Centre Hospitalier de Lunéville pour l'année passée à vos côtés. Une pensée toute particulière pour Edith Dufay et son accueil chaleureux.

À mes parents, un grand merci pour votre soutien sans faille, vos encouragements, vos bons petits plats qui m'ont fait tenir tout au long de ce travail de thèse. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté dans la vie.

À mon frère, merci d'être toujours présent pour moi.

À ma tante et mon oncle, Julien et Nicolas pour tous les moments partagés ensemble.

Et à tous les membres de ma famille.

À ma belle-famille, Christine, Jean-Yves, Lucile et Mathilde pour m'avoir accueillie comme vous l'avez fait. Merci Christine pour tous les conseils de relecture.

À Thibaud, toi qui m'as soutenu, aidé, motivé, encouragé, un simple merci ne suffirait pas. Tu as été mon deuxième souffle pendant toute cette thèse, merci d'avoir été aussi patient, dévoué et attentionné. Je te suis très reconnaissante pour ton soutien moral et affectif.

À Emma, Lucie et Maria pour tous ces bons moments ensemble à la fac et en dehors : nos soirées, nos repas au RU, nos sorties champi, nos week-ends, nos délires. Nous sommes venues à bout des études et des examens ensemble, un grand merci. Une amitié comme celle-ci n'est pas sur le point de s'achever.

À Audrey, pour notre amitié qui dure depuis si longtemps, aucun mot ne pourrait exprimer l'affection que j'ai pour toi.

À Laurine, Hubert, Mathilde, Marie, Erwan, Laëtitia et toute la team des gymnastes de Dombasle, merci pour tous ces moments à la gym et en dehors pendant lesquels j'ai pu m'évader et profiter.

À Justine, Marine, Risse, Goyo, Nico et toute la bande pour tous les moments de folie avec vous.

À toute l'équipe Actémium, merci de m'avoir donnée le sourire pendant toute cette année. Votre présence à mes côtés a beaucoup compté.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des figures	3
Liste des tableaux	5
Liste des abréviations	6
Introduction	8
PARTIE A. Contexte	9
1 Le Parcours de soins MEDISIS	10
1.1 Contexte	10
1.1.1 La personne âgée	10
1.1.2 Prévention de la perte d'autonomie	11
1.1.3 Recours à l'hospitalisation en France	16
1.1.4 Recours à l'hospitalisation et aux services d'urgence des patients âgés.....	17
1.1.5 Dépendance iatrogène	18
1.1.6 Ré-hospitalisation des aînés en France comme à l'international	19
1.1.7 Rupture du parcours ville/hôpital	21
1.1.8 Définition de la prise en charge médicamenteuse	26
1.1.9 L'iatrogénie médicamenteuse chez les sujets polypathologiques et polymédiqués	27
1.1.10 La conciliation des traitements médicamenteux	32
1.2 Le Parcours de soins MEDISIS du CHL	36
1.2.1 Généralités et objectifs	36
1.2.2 À l'admission	38
1.2.3 Pendant l'hospitalisation.....	39
1.2.4 À la sortie d'hospitalisation	41
1.2.5 De retour au domicile et jusqu'à 30 jours après sa sortie	43
1.2.6 À 30 jours, une consultation spécialisée	43
1.3 Mise en place et financement	44
1.4 Impact de MEDISIS, état des lieux en 2019	46
1.4.1 Recours à l'hospitalisation.....	46
1.4.2 Étude de la satisfaction des patients et des aidants réalisée en 2018.....	48
1.4.3 MEDISIS dans l'actualité	49
1.5 Perspectives	49
2 L'accompagnement thérapeutique	51
2.1 Histoire, étymologie	51
2.2 La posture éducative	52
2.2.1 La posture éthique.....	53
2.2.2 La posture de dialogue.....	53
2.2.3 La posture de non savoir.....	53
2.2.4 La posture d'écoute.....	54
2.2.5 La posture émancipatrice	54
2.2.6 La posture de pédagogue actif.....	55
2.3 L'éducation thérapeutique	56
2.3.1 Naissance et implantation de l'ETP.....	56
2.3.2 Définition	57
2.3.3 Les programmes d'ETP.....	58
2.3.4 Objectifs de l'éducation thérapeutique	59
2.3.5 Critères de qualité des ETP	60
2.3.6 L'ETP, une démarche essentiellement hospitalière	61
2.3.7 Différences et similitudes entre accompagnement thérapeutique et ETP.....	62
2.4 L'accompagnement thérapeutique chez les personnes âgées	62
2.4.1 OMAGE, un exemple de programme d'accompagnement des personnes âgées	65

3	La formation DPC MEDISIS	66
3.1	Rôle des pharmaciens d'officine.....	66
3.2	Descriptions des séances de formation.....	66
3.2.1	Séance de formation n°1 « M'auto-observer ».....	69
3.2.2	Séance de formation n°2 « Que faire en cas de problème ? »	72
3.2.3	Séance de formation n°3 « Me raconter ».....	75
3.2.4	Jeux de rôles et simulation.....	77
4	Les enquêtes de satisfaction	81
4.1	Définitions	81
4.2	L'évaluation de la satisfaction des participants.....	82
4.2.1	Pourquoi et quand évaluer ? L'exemple de l'évaluation après une formation.....	82
4.2.2	Les différentes étapes	83
4.2.3	Comment évaluer ?	84
PARTIE B. Objectif, Matériel et Méthodes		87
1	Objectif	87
2	Matériel et Méthodes	87
2.1	Matériel	87
2.1.1	Échelle Visuelle Analogique [EVA].....	87
2.1.2	Enquête de satisfaction « à chaud »	88
2.1.3	Enquête de satisfaction « à froid »	90
2.2	Méthodes	93
2.2.1	Échelle Visuelle Analogique [EVA].....	93
2.2.2	Enquête « à chaud »	93
2.2.3	Enquête « à froid »	93
PARTIE C. Résultats et Discussion		95
1	Résultats	95
1.1	Enquête de satisfaction	95
1.1.1	Formation théorique : E-learning.....	95
1.1.2	Formation pratique : Séance de simulation 1 et formation globale	99
1.1.3	Formation pratique : Séance de simulation 2 et formation globale	105
1.1.4	Formation pratique : Séance de simulation 3 et formation globale	111
1.1.5	Enquêtes à froid	116
1.2	Analyse et préconisations	121
2	Discussion	122
2.1	La formation	122
2.2	Le E-learning	122
2.3	Les jeux de rôle et de simulation	123
2.4	L'Échelle Visuelle Analogique [EVA]	124
2.5	L'enquête « à chaud »	125
2.6	L'enquête « à froid »	126
2.7	La téléconsultation	129
2.8	Mon point de vue personnel	131
Conclusion.....		132
Bibliographie		133
Annexes		145

Liste des figures

Figure 1. Comparaison des résultats de la qualité de la lettre de liaison à la sortie en MCO entre 2016 et 2018 (50)	22
Figure 2. Comparaison entre le projet MARQUIS et Med'Rec	34
Figure 3. Le parcours MEDISIS dédié aux patients polypathologiques et polymédiqués	38
Figure 4. Bilan du 1er semestre 2018 - Cohorte MEDISIS de 1203 patients en 6 mois	46
Figure 5. Une tendance à la diminution du recours à l'hospitalisation à 30 jours, amorcée en 2017	47
Figure 6. Diminution statistiquement significative du taux de recours à l'hospitalisation en % par comparaison à l'année 2016	47
Figure 7. Les propositions d'actions suite à l'enquête de satisfaction	48
Figure 8. Programme des séances d'ATP organisées en ville par les pharmaciens d'officine	67
Figure 9 : EVA des séances de formation à l'ATP MEDISIS	87
Figure 10 : Enquête "à chaud" des séances de formation à l'ATP MEDISIS	89
Figure 11 : Enquête "à froid" réalisée après la mise en pratique des entretiens	92
Figure 12. Déroulé de l'entretien effectué "à froid" suite aux formations ATP MEDISIS	94
Figure 13. Satisfaction des participants relative au format e-learning	96
Figure 14. Satisfaction des participants relative au contenu du e-learning	97
Figure 15. Satisfaction des participants relative à la longueur du e-learning	97
Figure 16. Satisfaction des participants relative à la qualité globale du e-learning	98
Figure 17. Satisfaction des participants relative à la localisation de la formation	100
Figure 18. Satisfaction des participants relative au matériel et outils utilisés lors de la formation ATP 3 MEDISIS	100
Figure 19. Satisfaction des participants relative au planning de la formation ATP MEDISIS	101
Figure 20. Satisfaction des participants relative aux animateurs de la formation ATP MEDISIS	101
Figure 21. Satisfaction des participants relative au contenu de la formation ATP 3 MEDISIS	102
Figure 22. Satisfaction des participants relative à la qualité globale de la formation ATP 3 MEDISIS	102
Figure 23. Sentiment du participant à pouvoir se lancer dans la réalisation de la mission après la formation ATP 3	103
Figure 24. Sentiment du participant à pouvoir défendre l'intérêt de la mission après la formation ATP 3	104
Figure 25. Volonté des participants à recommander la formation après l'ATP 3 MEDISIS	104
Figure 26. Satisfaction des participants relative au matériel et outils utilisés lors de la formation ATP 4 MEDISIS	107
Figure 27. Satisfaction des participants relative au contenu de la formation ATP 4 MEDISIS	107
Figure 28. Satisfaction des participants relative à la qualité globale de la formation ATP 4 MEDISIS	108
Figure 29. Sentiment du participant à pouvoir se lancer dans la réalisation de la mission après la formation ATP 4	109
Figure 30. Sentiment du participant à pouvoir défendre l'intérêt de la mission après la formation ATP 4	109

Figure 31. Volonté des participants à recommander la formation après l'ATP 4 MEDISIS	110
Figure 32. Satisfaction des participants relative au matériel et outils utilisés lors de la formation ATP 5 MEDISIS	111
Figure 33. Satisfaction des participants relative au contenu de la formation ATP 5 MEDISIS	112
Figure 34. Satisfaction des participants relative à la qualité globale de la formation ATP 5 MEDISIS	112
Figure 35. Sentiment du participant à pouvoir se lancer dans la réalisation de la mission après la formation ATP 5	113
Figure 36. Sentiment du participant à pouvoir défendre l'intérêt de la mission après la formation ATP 5	114
Figure 37. Volonté des participants à recommander la formation après l'ATP 5 MEDISIS	114
Figure 38. Verbatim des participants lors de l'enquête "à froid" ATP MEDISIS	120

Liste des tableaux

Tableau I. Résultats de l'EVA pour le e-learning de la formation à l'ATP MEDISIS.....	95
Tableau II. Résultats de l'enquête "à chaud" pour le e-learning de la formation à l'ATP MEDISIS	96
Tableau III. Résultats de l'EVA pour la séance de simulation 1 de la formation à l'ATP MEDISIS.....	99
Tableau IV. Résultats de l'enquête "à chaud" pour la séance de simulation 1 de la formation à l'ATP MEDISIS	99
Tableau V. Résultats de l'enquête "à chaud" pour la formation globale à l'ATP 3 MEDISIS	103
Tableau VI. Résultats de l'EVA pour la séance de simulation 2 de la formation à l'ATP MEDISIS	106
Tableau VII. Résultats de l'enquête "à chaud" pour la séance de simulation 2 de la formation à l'ATP MEDISIS	106
Tableau VIII. Résultats de l'enquête "à chaud" pour la formation globale à l'ATP 4 MEDISIS	108
Tableau IX. Résultats de l'enquête "à chaud" pour la séance de simulation 3 de la formation à l'ATP MEDISIS	111
Tableau X. Résultats de l'enquête "à chaud" pour la formation globale à l'ATP 5 MEDISIS	113
Tableau XI. Représentation des ATP MEDISIS réalisés par patients et par participants 5 mois après la formation.....	116
Tableau XII. Résultats de l'enquête "à froid" pour les séances de formation à l'ATP MEDISIS.....	116
Tableau XIII. Résultats de l'enquête quantitative "à froid" concernant les ATP MEDISIS	117
Tableau XIV. Analyse des résultats et préconisations associées	121

Liste des abréviations

AFNOR : Association Française de Normalisation
ALD : Affections Longue Durée
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
ATP : Accompagnement Thérapeutique du Patient
BMO : Bilan Médicamenteux Optimisé
BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive
CHL : Centre Hospitalier de Lunéville
CHRU : Centre Hospitalier Universitaire
COMETE : COMpétences psycho-sociales en Éducation pour le paTiEnt
CPOM : Contrat Pluri annuel d'Objectifs et de Moyens
CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age
DMP : Dossier Médical Partagé
DP : Dossier Pharmaceutique
DPC : Développement Professionnel Continu
DREES : Direction des Recherches, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EIG : Évènements Indésirables Graves
EIM : Évènement Indésirable lié au Médicament
ENEIS : Enquête Nationale sur les Évènements Indésirables associés aux Soins
ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
EVA : Échelle Visuelle Analogique
GHEMM : Groupe Hospitalier de l'Est de la Meurthe et Moselle
GHT : Groupe Hospitalier de Territoire
HAD : Hospitalisation à Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
ICOPE : Integrated Care for Older People
IDE : Infirmière Diplômée d'État
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IQSS : Indicateurs de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Loi HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoire

LPS : Livret Personnalisé de Sortie

MACSF : Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français

MARQUIS : Multicenter Medication Reconciliation Quality Improvement Study

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

Med'Rec : Medication Reconciliation

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OMAGE : Optimisation of Medication in AGEd

OMéDIT : Observatoire des Médicaments, Dispositifs médicaux et Innovations Thérapeutiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Personnes Âgées

PAERPA : Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie

PASA : Pôles d'Activités et de Soins Adaptés

PECM : Prise en Charge Médicamenteuse

PICTO : Pharmaciens et Interventions Coordonnées pour le suivi des Thérapies Orales anticancéreuses

PMSA : Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Âgé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PNEPS : Plan National d'Éducation pour la Santé

PRADO : Programme d'Accompagnement au retour à Domicile après une hospitalisation

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

RED : ReEngineered hospital Discharge

SILVHIE : Service Interne de Liaison Ville/Hôpital pour Informer les professionnels et Éduquer le patient

SIPA : Soins Intégrés pour les Personnes Âgées

SNC : Système Nerveux Central

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TRST : Triage Risk Screening Tool

UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UMA : Unité de Médecine Ambulatoire

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

USA : United States of America

USLD : Unité de Soins Longue Durée

Introduction

J'ai eu l'opportunité de réaliser mon année d'externat au Centre Hospitalier de Lunéville. Année durant laquelle j'ai découvert et me suis impliquée dans la conciliation des traitements médicamenteux. J'ai également pu assister aux débuts du parcours de soins MEDISIS, il a donc semblé logique que mon travail se poursuive à travers cette thèse d'exercice.

Le parcours de soins MEDISIS est un projet qui a vu le jour en 2017 au Centre Hospitalier de Lunéville. Il a pour objectif de sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients grâce à l'implication coordonnée des professionnels de santé de ville et d'hôpital (pharmaciens, médecins, infirmiers). Le projet s'intéresse essentiellement à la sortie du patient hospitalisé, étape considérée comme un point de transition critique.

À l'occasion du développement du parcours MEDISIS, de nouvelles missions pour les pharmaciens hospitaliers et officinaux sont nécessaires. Ce travail de thèse porte sur l'une de ces nouvelles missions, à savoir la réalisation d'Accompagnements Thérapeutiques du Patient et la formation des professionnels de santé libéraux pour pouvoir réaliser ces entretiens personnalisés. Grâce à la conception d'enquêtes de satisfaction, nous nous assurons que les travaux engagés touchent bien la cible prévue au niveau des libéraux et des patients. Le point de vue des libéraux est recueilli dans l'optique d'une amélioration constante de la formation.

Nous verrons donc dans une première partie, dans quelles mesures le parcours MEDISIS est pertinent. Nous nous intéresserons tout d'abord à l'hospitalisation ainsi qu'au risque de ré-hospitalisation des personnes âgées, puis le parcours MEDISIS et ses différentes étapes seront présentés.

Dans un second temps, les résultats de l'enquête de satisfaction menée auprès des professionnels de santé libéraux seront présentés et analysés.

PARTIE A. Contexte

Le Centre hospitalier de Lunéville [CHL] fait partie du Groupe Hospitalier de l'Est de la Meurthe et Moselle [GHEMM] qui regroupe 3 autres établissements : le Centre Hospitalier de Saint-Nicolas de Port, le Centre Hospitalier de 3H Santé et l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes [EHPAD] de Gerbéviller.

Il comprend 149 lits et places d'hospitalisation Médecine Chirurgie Obstétrique [MCO], 20 places d'Hospitalisation À Domicile [HAD], 222 lits et places d'EHPAD dont 12 places de Pôle d'Activités et de Soins Adaptés [PASA], 6 places d'accueil de jour gériatrique et 30 lits d'Unité de Soins Longue Durée [USLD].

D'autres services y sont présents comme l'Imagerie Médicale, l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée [UHCD], l'Unité de Chirurgie Ambulatoire [UCA] ou encore l'Unité de Médecine Ambulatoire [UMA]. (1)

Le CHL est un établissement de santé publique. Il appartient au Groupe Hospitalier de Territoire [GHT] Sud Lorraine, le GHT7, officialisé le 26 juillet 2016 qui regroupe 12 établissements de santé, dont le Centre Hospitalier Universitaire [CHRU] de Nancy est pilote.

Un GHT est un « dispositif conventionnel, entre établissements publics de santé d'un même territoire, par lequel ils s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé. »

L'objectif est « d'assurer un égal accès à des soins sécurisés et de qualité pour les patients du territoire de chaque groupement, grâce à des stratégies de groupe associant tous les acteurs ». (2)

La Pharmacie à Usage Intérieur [PUI] du CHL est composée de 31 personnes dont 1 pharmacien chef de service, 7 pharmaciens, 1 préparateur faisant fonction de cadre de santé, 15 préparateurs en pharmacie, 5 étudiants en pharmacies, 1 équipe MEDISIS composée d'un pharmacien, d'une Infirmière Diplômée d'État [IDE], d'un gériatre, d'un médecin généraliste en formation pour compléter le temps gériatre. L'équipe MEDISIS s'appuie sur les membres de la pharmacie du CHL.

La totalité des services de soins, hormis celui des urgences, bénéficient d'une dispensation à délivrance nominative : les piluliers nominatifs sont en effet préparés biquotidiennement par les préparateurs en pharmacie de la PUI puis contrôlés par une seconde personne avant la délivrance au service de soins.

Les pharmaciens sont impliqués dans les activités de la pharmacie clinique. Ils effectuent des analyses pharmaceutiques pour l'ensemble des lits présents au CHL, c'est-à-dire environ 40 000 prescriptions analysées par an.

1 Le Parcours de soins MEDISIS

1.1 Contexte

1.1.1 La personne âgée

1.1.1.1 L'âge, un critère séduisant mais relatif

Sur le plan démographique, selon le rapport de l'Institut National des Statistiques et des Études Économiques [INSEE] paru en 2018, les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 19,6% de la population contre 18,8% deux ans auparavant. Selon les projections de population, si les tendances démographiques se maintiennent, en 2040, environ 1 habitant sur 4 aura 65 ans ou plus. Cela est indéniable, la population vieillit et le vieillissement en France devrait s'accélérer dans les années à venir. Les enjeux sont donc importants concernant le bien vieillir et la prévention. (3)

Plusieurs définitions de la personne âgée ont été proposées. Les seuils d'âge retenus pour définir les populations âgées varient selon les époques et les auteurs. Il est en effet assez étonnant, de regrouper toute une partie de la population sous le terme « personnes âgées » sur le seul critère de l'âge du fait de la grande disparité de ce groupe.

En 1962, lors de la publication du rapport Laroque, les personnes âgées sont définies comme les 65 ans et plus, l'âge de la retraite de l'époque. Ce rapport constitue d'ailleurs un tournant dans les orientations politiques gérontologiques et donne lieu à une nouvelle vision du vieillissement centrée sur l'autonomie, le maintien d'activités notamment à domicile et la lutte contre l'isolement social. (5)

Dès 1990, l'INSEE affirme que « l'expression personne âgée ne correspond à aucune définition précise. On ne peut en effet assimiler avec certitude, ni pour une personne ni pour une classe d'âge, le moment où elles sont à inclure parmi les personnes âgées. » (4)

Avec l'augmentation de l'espérance de vie, le niveau de revenu et l'état de santé des jeunes retraités, le seuil des 65 ans initialement utilisé paraît donc moins pertinent aujourd'hui. (5)

En France en 2017, l'espérance de vie à la naissance est 85,3 ans pour les femmes et de 79,5 ans pour les hommes. (3)

L'entrée dans la vieillesse ne cesse de reculer. Aujourd'hui, nous vivons plus longtemps et en bonne santé : l'espérance de vie sans incapacité et en bonne santé a augmenté.

En octobre 2018, la Direction des Recherches, des études, de l'Évaluation et des Statistiques [DRES] a publié une étude sur l'espérance de vie en bonne santé en France, c'est à dire le nombre d'années que peut espérer vivre une personne sans être limitée dans ses activités quotidiennes. Elle l'estime à 64,9 ans en 2017 pour les femmes et 62,6 ans pour les hommes. Au cours des dix années précédentes, elle est restée stable chez les hommes mais augmente légèrement chez les femmes, notamment depuis 2012. (6)

L'âge n'est donc qu'un indicateur partiel pour définir une personne âgée selon la Haute Autorité de Santé [HAS] en 2015. (7)

1.1.1.2 Vers une autre approche de la vieillesse

L'état de santé physique et psychique, le degré de fragilité ou de vulnérabilité peuvent être considérés comme plus pertinents pour définir l'entrée dans la vieillesse. Le Centre d'Analyse Stratégique a publié un rapport en 2010 « Vivre ensemble plus longtemps » qui distingue les « personnes âgées » ou « aînés » désignant les plus de 75 ans, âge auquel l'état de santé se dégrade couplé à un risque d'isolement social plus ou moins marqué, et le « grand âge » désignant les plus de 85 ans.

Dans ce même document, nous pouvons lire « pourtant l'âge reste le critère fréquemment retenu par les politiques publiques pour définir de façon simple et rapide leurs publics cibles. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie [APA] en est une bonne illustration : elle est délivrée à des personnes dépendantes selon des critères stricts et seulement aux personnes âgées de plus de 60 ans. » (8)

Dans un rapport sur le vieillissement, l'Organisation Mondiale de Santé [OMS] a d'ailleurs défini les sujets âgés comme des personnes de 65 ans et plus. (9)

En France, les sujets âgés sont considérés comme les personnes de plus de 75 ans ou les personnes de plus de 65 ans et polypathologiques. (10) (11)

Les enjeux économiques d'une société vieillissante sont au cœur des problèmes de santé publique. Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation de la demande en santé. Le coût de la prise en charge de la dépendance soulève beaucoup de questions.

Face à cette transition démographique, la prévention de manière générale de même que la prévention de la perte d'autonomie sont des stratégies qui s'imposent de plus en plus dans l'organisation de notre système de santé.

1.1.2 Prévention de la perte d'autonomie

1.1.2.1 Définition de l'autonomie

Le terme autonomie vient étymologiquement de *autos* : « soi-même » et *nomos* : « lois » et désigne la capacité à se gouverner soi-même et par ses propres lois ou ses propres règles.

Elle est directement liée en santé à la notion de prévention d'autonomie puisque l'autonomie est considérée comme une richesse que nous nous efforçons de garder le plus longtemps possible dans notre vie. La prévention doit permettre aux personnes âgées de vivre le plus longtemps possible, sans incapacité, que ce soit à domicile ou en établissement de santé. Elle est parfois dite évitable au cours de l'avancée en âge notamment lorsque les organisations en matière de santé ne sont pas optimales et suffisamment ajustées à la population âgée.

Prévenir la perte d'autonomie évitable représente un énorme enjeu : agir au domicile, dans les établissements de santé, repérer les facteurs de risque de la fragilité.

1.1.2.2 Notion de vieillissement en bonne santé

Le vieillissement s'accompagne souvent d'une perte d'autonomie, c'est-à-dire que la personne est en incapacité d'effectuer, seule, toutes les tâches du quotidien.

Sur le plan biologique, le vieillissement est associé à l'accumulation de lésions médullaires et cellulaires. Cette accumulation a diverses conséquences comme la réduction progressive des ressources physiologiques, l'apparition de différentes pathologies, notamment chroniques, ainsi qu'une dépendance aux soins accrue des personnes âgées. Globalement, leurs capacités intrinsèques diminuent fortement. L'OMS définit les capacités intrinsèques comme étant « l'ensemble des capacités physiques et mentales de l'individu. » (12)

Les déficiences physiques et mentales sont intéressantes à prendre en compte car elles sont de puissants prédicteurs de la mortalité et de la dépendance aux soins à un âge plus avancé.

L'impossibilité de réaliser les gestes élémentaires de la vie quotidienne sans l'assistance d'autrui peut être le résultat d'une perte importante de ces capacités intrinsèques.

Un autre facteur intervient, c'est l'environnement dans lequel il évolue, habite, et avec lequel il interagit. L'interaction de l'individu avec son environnement représente les capacités fonctionnelles du sujet âgé, c'est-à-dire selon l'OMS, les « attributs liés à la santé qui permettent aux individus d'être et de faire ce qu'ils jugent valorisant. »

En 2015, le rapport mondial de l'OMS sur le vieillissement et la santé s'appuie sur ce concept et définit le « vieillissement en bonne santé » comme étant « le processus de développement et de maintien des capacités fonctionnelles qui permettent aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être »

Pour favoriser le vieillissement en bonne santé, ce rapport de l'OMS préconise une transformation des systèmes de santé s'appuyant sur la maladie pour aller vers une prestation de soins intégrés et centrés sur la personne âgée. L'objectif étant de maintenir la capacité intrinsèque et la capacité fonctionnelle tout au long de sa vie. (12)

En France, le livre blanc de la fragilité, paru en 2015 et intitulé « Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles » mentionne l'importance de réagir à un stade précoce pour maintenir l'autonomie des personnes âgées. (13)

Les connaissances actuelles concernant le repérage des personnes âgées fragiles, la cause de cette fragilité et les actions à mettre en œuvre afin d'intervenir sur la dépendance sont rassemblées dans ce rapport. Les thèmes abordés concernent essentiellement la prescription d'exercices physiques, les modifications diététiques et diverses initiatives prévenant la dépendance de la personne âgée. L'un des objectifs est de repérer et évaluer la fragilité, détecter

les personnes à risque de dépendance pour leur permettre de bénéficier d'actions préventives, et ce, le plus tôt possible. Pour être efficace, l'intervention doit être ciblée, réalisée au moment opportun, et prolongée dans le temps. (14)

1.1.2.3 Grand plan OMS ICOPE

A l'instar du livre blanc en France, l'OMS a publié en 2017 Guidelines on Integrated Care for Older People [ICOPE], en Français, « Les recommandations sur les Soins Intégrés pour les Personnes Âgées » [SIPA]. (15)

Selon ce rapport, il est urgent de mettre en place des processus de soins complets et coordonnés pour ainsi prévenir et ralentir la baisse des capacités intrinsèques et favoriser l'autonomie des personnes âgées. L'approche par l'OMS prévoit la surveillance et le maintien des 5 fonctions essentielles à l'individu, à savoir la mobilité, la cognition, les fonctions sensorielles (audition, vision), le psychosocial et la vitalité. L'objectif est de diminuer de 15 millions le nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2023.

Les directives SIPA aident les professionnels de santé en milieu clinique à détecter les baisses des capacités mentales et physiques, donc les déficiences des personnes âgées pour ralentir leur progression. Le but est d'identifier, traiter et surveiller les marqueurs précoces de la diminution de la capacité intrinsèque, tels que la diminution de la vitesse de la marche, de la force musculaire. Intervenir à un stade précoce est essentiel car le processus de fragilité et de dépendance aux soins peut être retardé, voire même partiellement inversé par des interventions ciblées au début du processus de déclin fonctionnel. Croyant que leurs pathologies sont incurables et qu'il n'existe aucune solution à leurs problèmes, les personnes âgées délaissent souvent les systèmes de soins primaires et leurs traitements.

Les recommandations SIPA fournies offrent aux professionnels de santé des indications, approches, interventions appropriées et centrées sur la personne. D'une part pour détecter et gérer les pertes importantes de capacités physiques et mentales et d'autre part pour soutenir les aidants naturels.

Elles sont organisées en 3 grandes parties :

- Partie 1 : Évaluation globale de l'état de santé de la personne âgée. (Baisse de la capacité intrinsèque, notamment perte de la mobilité, malnutrition, déficience visuelle et perte auditive, déficience cognitive et syndromes dépressifs.)
- Partie 2 : Syndromes gériatriques associés à la dépendance aux soins, y compris l'incontinence urinaire et le risque de chutes.
- Partie 3 : Soutien aux aidants naturels, interventions visant à les soutenir et à réduire leur stress.

Les soins doivent être orientés selon les besoins des personnes âgées, en tenant compte de la diversité de ce groupe. Certaines personnes auront un bon niveau de capacités intrinsèques alors que d'autres verront leurs capacités se détériorer et auront besoin de soins et d'aidants au quotidien.

Plusieurs recommandations sont partagées dans ce rapport pour faire face au déclin des capacités intrinsèques chez la personne âgée.

Tout d'abord améliorer les fonctions musculosquelettiques, la mobilité et la vitalité chez les personnes dont la capacité physique diminue. Pour cela, l'exercice multimodal et des entraînements pour améliorer la force, la souplesse... sont mis en place. Chez la personne dénutrie, les compléments alimentaires et les conseils diététiques sont à recommander.

Ensuite, il est nécessaire de maintenir les capacités sensorielles en favorisant le dépistage systématique de la déficience visuelle et auditive et assurer le suivi.

Troisièmement, l'OMS préconise de prévenir les troubles cognitifs sévères en stimulant la fonction cognitive. De surcroît, le bien-être psychologique est valorisé en développant des interventions psychologiques courtes et structurées pour les sujets âgés présentant des symptômes dépressifs.

La recommandation suivante concerne la prise en charge des troubles associés à l'âge tels que l'incontinence urinaire (rééducation périnéale avec entraînement des muscles du plancher pelvien, action sur le déclenchement de la miction). Un tiers des personnes âgées dans le monde est concerné et elle a d'importantes conséquences médicales comme l'insuffisance rénale, les infections des voies urinaires, la septicémie ou même un risque de mortalité accru. Les répercussions psychosociales sont également nombreuses comme la perte de l'estime de soi, la restriction des activités sociales ou sexuelles ou encore la dépression.

La prévention des chutes est aussi un des axes importants des directives SIPA puisque chez les personnes âgées, les chutes sont la principale cause d'hospitalisation et de décès lié au traumatisme. Pour cela, l'analyse médicamenteuse est primordiale afin de modifier ou supprimer les médicaments pouvant engendrer les chutes, notamment les médicaments psychotropes. L'exercice multimodal doit être proposé (équilibre, force, flexibilité), tout comme l'intervention au domicile du patient sur les dangers potentiels (mauvais éclairage, tapis mal fixé, encombrement de la pièce).

Enfin, des interventions psychologiques, des formations ou un soutien devraient être proposés aux personnes (membres de la famille ou soignants informels) s'occupant de personnes âgées afin de limiter leur stress et la possible détresse psychologique souvent observée chez les aidants.

Ces recommandations doivent être mises en œuvre selon une approche centrée sur la personne âgée et son environnement puisque le sujet âgé a des expériences, des besoins et des préférences uniques.

Parmi les éléments des soins intégrés, nous pouvons retrouver :

- Une évaluation globale et un plan de soins partagés par tous les professionnels de santé
- Des objectifs de soins et de traitement communs pour tous les dispensateurs
- Des interventions de proximité et à domicile
- Un soutien à l'autogestion
- Des processus généraux d'orientation et de suivi
- Une participation des patients et un soutien aux soignants

Les directives ICOPE sont essentielles pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie mondiale et le plan d'action sur le vieillissement et la santé. (15) (16)

1.1.2.4 Les plans nationaux

En France, la notion de « prévention de la perte d'autonomie » s'est élargie au fil des années. Le plan national « Bien vieillir » 2007-2009 qui s'est adressé aux seniors (55-75 ans) a développé la démarche de prévention pour leur permettre de vieillir dans les meilleures conditions possibles. Il comprend 3 grandes actions : une alimentation équilibrée, la promotion de l'exercice physique, le maintien d'un lien social et l'encouragement à la solidarité intergénérationnelle pour réduire l'isolement. (17)

S'en est suivi le plan d'amélioration de la qualité des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 qui vise à mieux connaître sa maladie et ses conséquences sur la qualité de vie pour mieux la gérer, élargir la prise en charge médicale vers la prévention, faciliter le quotidien des malades. Il prône l'implication des patients dans la gestion de leur pathologie, dans la prévention des complications et la diminution des incapacités qui en découlent.

Dans ce rapport, une maladie chronique est définie comme « une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves ». (18)

L'accroissement de l'espérance de vie évolue parallèlement à l'augmentation des maladies chroniques. Les personnes âgées sont en effet particulièrement touchées par les maladies chroniques par rapport au reste de la population. Le taux de prévalence des maladies chroniques chez les personnes de 65 ans et plus est estimé à 70% pour les pathologies cardio-vasculaires, 60% pour les pathologies ostéo-articulaires et 55% pour les pathologies liées au métabolisme. (19)

En septembre 2005, le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie a également émis quelques réponses aux besoins des personnes âgées. Il s'organise autour de 6 axes principaux : (20) (21)

- le maintien de l'autonomie (l'éducation à la santé et le développement d'une culture de l'autonomie dès le plus jeune âge)
- la prévention des pertes d'autonomie évitables

- la contribution à stopper l'aggravation des situations caractérisées par une incapacité
- la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé
- la formation des professionnels de santé à la prévention de la perte d'autonomie
- le développement de la recherche et des stratégies d'évaluation

Très récemment, le rapport de la concertation « Grand âge et autonomie » a été remis par Dominique Libault à la Ministre de la Santé le 28 mars 2019 dans la perspective d'un projet de loi. (22) (23) Il est le résultat d'une grande concertation nationale et s'appuie sur les propositions des personnes concernées, à savoir les personnes âgées, les aidants et les professionnels de santé. Il mentionne 10 propositions clés pour « passer de la gestion de la dépendance au soutien à l'autonomie ». Les priorités de ce rapport sont :

- La prévention de la perte de l'autonomie par une mobilisation nationale pour augmenter l'espérance de vie en bonne santé.
- La valorisation de la coordination autour de la personne pour éviter les ruptures de parcours, les défauts de prévention et d'isolement.
- Soutenir les aidants.

Ce rapport nous dit en effet que « la prévention est un enjeu mal reconnu et peu soutenu, et qu'elle occupe une place insuffisante dans les politiques du grand âge ».

La perte de l'autonomie est le plus souvent gérée dans l'urgence ce qui génère des tensions supplémentaires, des prises de décisions parfois difficiles surtout si les choix sont nombreux et non clairs. Il prévoit ainsi d'inclure les recommandations du programme ICOPE, en insistant sur l'approche centrée sur l'individu et ses capacités intrinsèques et fonctionnelles.

1.1.3 Recours à l'hospitalisation en France

La France est le 7^{ème} pays parmi l'ensemble des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques [OCDE] qui a le taux de sortie d'hôpital le plus élevé selon les dernières données disponibles. Le taux de sortie d'hôpital mesure le nombre de patients qui quittent un hôpital après avoir y reçu des soins et y avoir séjourné au moins une nuit. (24)

Les données de l'OCDE montrent que la France est un des pays où le nombre de séjours hospitaliers est le plus important.

En France, 12,7 millions de patients ont été hospitalisés en 2017 que ce soit en MCO, HAD, SSR ou psychiatrie selon les données issues du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information [PMSI] 2017. Parmi eux, 2 millions d'enfants de moins de 18 ans et 1,6 millions de 80 ans ou plus. (25)

1.1.4 Recours à l'hospitalisation et aux services d'urgence des patients âgés

Les enfants de moins de 1 an, les femmes en âge de procréer et surtout les personnes âgées de plus de 65 ans sont les plus concernés par les hospitalisations.

D'après le rapport de l'activité hospitalière 2017 de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation [ATIH], en 2017, 1 patient hospitalisé sur 3 est âgé d'au moins 65 ans et 1 patient sur 8 de 80 ans et plus. Parmi les 65 ans et plus, un tiers de la population a été hospitalisé au moins une fois en 2017. Parmi les 80 ans et plus, 2 personnes sur 5 ont été hospitalisées cette même année. Toujours en 2017, près de 50% des places en HAD et 65% de l'activité des soins de suite et de réadaptation concernent les patients de plus de 65 ans.

Le vieillissement de la population s'accompagne inéluctablement d'un recours à l'hospitalisation plus important. (26)

En effet, les personnes de plus de 65 ans ont tendance à être fréquemment hospitalisées, souvent de manière non programmée en raison de leur polypathologie et polymédication.

Parmi les entrées possibles à l'hôpital pour les personnes âgées, celles provenant des urgences sont intéressantes à analyser puisqu'en France, 50% des patients âgés de 75 ans ou plus hospitalisés sont passés par un service d'urgence.

Les personnes atteintes de maladies chroniques et de troubles cognitifs, et celles souffrant de maladies multiples présentent une probabilité plus importante de recourir aux urgences. Les patients âgés et les plus jeunes sont des usagers importants des urgences. (27)

De manière générale, selon le rapport de l'Assurance maladie de 2017, le recours aux services d'urgence a connu une augmentation notable depuis les années 2000, et ce, pas seulement en France : une augmentation de 2,5% par an entre 2001 et 2011 en France et de 2,4% dans les pays de l'OCDE. Cette évolution est mise en lien avec le vieillissement de la population qui a pour conséquence une augmentation des besoins en soins.

Entre 2010 et 2015, le constat reste le même : le nombre de passages par les urgences ne cesse de croître puisque 20,5% de croissance est observée en cinq ans.

Cette augmentation n'est pas expliquée cette fois par le vieillissement de la population mais par d'autres facteurs notamment l'accessibilité, la proximité, l'amplitude des horaires, le sentiment d'être pris en charge rapidement ainsi que la facilité d'accès pour les populations les plus précaires. (28)

Néanmoins, les besoins spécifiques des personnes âgées aux urgences restent un élément essentiel. Selon l'enquête de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques [DREES] en 2017, leur prise en charge est plus longue et plus complexe et aboutit souvent à une hospitalisation après 75 ans. Les personnes âgées constituent une patientèle au profil particulier car elles mobilisent les équipes d'urgence de façon particulière.

Leur prise en charge comporte un nombre d'actes à visée diagnostique ou de soin plus élevé, une hospitalisation plus fréquente en UHCD, et donc une durée de passage aux urgences plus longue que les patients jeunes. Vingt-trois pour cent des plus de 75 ans passent plus de 8 heures aux urgences lorsqu'ils y ont recours, ce qui augmente les risques de syndrome confusionnel et d'oubli de prescription.

A l'issue de ce passage par les urgences, 56% des patients âgés de 75 ans ou plus sont hospitalisés dans un autre service, 38% rentreront à leur domicile et 5% iront en EHPAD. (29)

1.1.5 Dépendance iatrogène

En France, selon l'ATIH en 2016, près de 3 millions de personnes âgées de 70 ans et plus sont hospitalisées chaque année une ou plusieurs fois dans des services de soins aigus. (30)

De plus, il a été prouvé que la durée de séjour hospitalière est plus élevée chez les personnes âgées, surtout si elles souffrent de pathologies chroniques.

L'hospitalisation constitue pour les personnes âgées une étape critique et un point de rupture les exposant à un risque de déclin fonctionnel et de perte d'autonomie. Elle est souvent associée à de nombreux effets délétères comme la confusion, la désorientation, les événements indésirables médicamenteux, les infections, les chutes. Trente à 60% des patients de plus de 70 ans vont aggraver leur perte d'autonomie pendant l'hospitalisation.

La perte fonctionnelle pour les activités de base de la vie quotidienne survenue entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation est très courante, c'est ce qu'on appelle la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation.

Elle a un impact très négatif sur la qualité de vie des patients ainsi que leurs aidants et peut être liée à une augmentation de la durée du séjour hospitalier, du risque de ré-hospitalisation ou d'entrée en institution, ou encore du risque accru de décès.

Cette notion de dépendance iatrogène a fait beaucoup parler d'elle récemment grâce notamment à la HAS qui a publié un rapport méthodologique en 2017 visant à prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées.

Parfois, les processus de soins, les organisations et l'environnement hospitalier ne sont pas adaptés aux besoins spécifiques du patient et aboutissent à une dépendance. Selon une étude réalisée dans le centre hospitalier de Toulouse, la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation serait de 10% et serait évitable dans 80% des cas. Elle est dite évitable car elle fait suite à des parcours de soins instables voire inappropriés dans un environnement inadapté. (31) (32)

Le parcours de soins peut se définir comme un ensemble d'étapes que le patient suivra tout au long de la trajectoire déterminée par sa maladie et par la spécificité de sa situation. (33) Une bonne coordination est nécessaire et s'appuie sur les bonnes pratiques, des actions d'anticipation,

une réelle communication entre tous les acteurs impliqués. La continuité de la prise en charge du patient est recherchée via le parcours de soins et le « juste enchaînement au bon moment des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux ou non, prise en charge des évènements aigus et autres prises en charge médicosociales et sociales. » (34)

Les principales causes de cette dépendance iatrogène sont les suivantes : le syndrome d'immobilisation, la confusion aiguë, la dénutrition, les chutes, l'incontinence urinaire *de novo* et les effets indésirables des médicaments. Le but est d'agir sur ces différents éléments de manière simultanée pour obtenir un résultat efficace et inverser la tendance.

Pour limiter le risque de survenue de la dépendance iatrogène, il convient dans un premier temps d'adapter le parcours de soins et l'environnement hospitalier selon le patient âgé, en évitant les six causes mentionnées ci-dessus. Les actions stratégiques doivent être individualisées et adaptés au patient en tenant compte de ses capacités fonctionnelles.

Le recours à une expertise gériatrique est devenu indispensable pour ces patients âgés. Le développement des équipes mobiles gériatriques hospitalières est donc l'une des priorités pour éviter la dépendance iatrogène.

Améliorer la coordination Ville/Hôpital à l'admission et à la sortie d'hospitalisation en est une autre. Le fonctionnement des services hospitaliers doit donc être réorganisé pour permettre de rendre ces mesures efficaces. (32)

1.1.6 Ré-hospitalisation des aînés en France comme à l'international

Les personnes âgées ont tendance à être ré-hospitalisées après un passage par l'hôpital. La majorité des patients est hospitalisée une seule fois au cours de l'année (environ 72%), néanmoins les personnes hospitalisées de plus de 70 ans le sont plus fréquemment, en moyenne 1,8 hospitalisations par an. (35)

D'après le rapport de l'Assurance Maladie en 2017, parmi les 11 millions de personnes âgées de 60 ans et plus en 2014, 2 millions ont eu recours une fois aux urgences dans l'année. Parmi ceux-ci, 40% y sont retournés dans les douze mois et 18% y retourneront au moins deux fois dans ces douze mois. Ces derniers sont considérés comme des usagers fréquents. Dix pour cent de ceux-ci auront deux passages par les urgences supplémentaires dans le mois suivant la première admission. Le recours fréquent des urgences par les personnes âgées dans un si court délai témoigne d'un profond problème de santé publique, questionne sur la pertinence des recours de soin et encourage la démarche préventive par des actions spécifiques. (28)

En juin 2013, la HAS a publié une fiche intitulée « Comment réduire le risque de ré-hospitalisations évitables des personnes âgées ? ». Elle nous indique que « l'hospitalisation est un marqueur de risque de la survenue d'événements défavorables dans les semaines ou les mois qui suivent, parmi lesquels des ré-hospitalisations évitables. »

Une nouvelle hospitalisation non programmée à 30 jours suivant la sortie d'hospitalisation est considérée comme une ré-hospitalisation évitable s'il est possible de contrôler différents aspects pour l'éviter. Par exemple en sécurisant la transition ville-hôpital. Le caractère évitable est mentionné car 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 ». (36)

En 2008 déjà, Laniece a publié une étude de cohorte et a conclu à un taux de ré-hospitalisations non programmées de 14% parmi les patients français âgés de 75 ans et plus. (37)

Dans une étude plus récente menée en 2012 par Van Walraven, le taux des ré-hospitalisations évitables est évalué à 23% parmi l'ensemble des ré-hospitalisations. (38)

Ce taux important de ré-hospitalisation n'est pas observé seulement en France.

Aux États-Unis, agir sur ces admissions précoces est une priorité absolue. En 2004, la part des ré-hospitalisations était proche de 20% pour les personnes âgées de plus de 65 ans alors qu'en France elle était à moins de 15% d'après les données de 2010. (39) (40)

De nombreuses mesures réglementaires et incitations financières pour les structures hospitalières se sont mises en place depuis 2012. Des programmes de transition ville-hôpital ont vu le jour et permettent une réduction de 20% à 45% des ré-hospitalisations à 30 jours. (41) (42)

1.1.6.1 Taux de réadmission précoce

Les réadmissions précoces sont un indicateur indéniable de la qualité des soins à l'hôpital utilisé dans de nombreux pays du monde. Le taux de réadmission précoce, c'est-à-dire à 30 jours suivant la sortie de l'hôpital, est l'indicateur principal du succès de la coordination entre l'hôpital et la ville. (43)

Deux indicateurs de coordination ont été créés par la Direction Générale de l'Offre de Soins [DGOS] en relation avec l'ATIH et certaines Agences Régionales de Santé [ARS].

Le premier est le taux d'hospitalisation à 30 jours en MCO ou RH30 dont la méthodologie de calcul est fondée sur des travaux internationaux, et ensuite adaptée au contexte français. C'est un indicateur par zone géographique calculé à partir du nombre de patients ré-hospitalisés sous 30 jours par rapport à l'ensemble des patients hospitalisés dans l'année en cours. Le RH30 permet d'apprécier la bonne coordination entre la sortie du patient de l'hôpital jusqu'au domicile et le suivi en ville. Plusieurs pays, comme les États-Unis, l'Angleterre ou le Danemark utilisent cet indicateur à 30 jours pour mesurer la qualité des prises en charge. (44)

Le second est le taux de recours aux hospitalisations potentiellement évitables des habitants d'une zone donnée ou HPE. (45)

Ainsi, grâce à ces indicateurs on peut voir par exemple qu'en 2017, en France, le taux de ré-hospitalisation à 30 jours était de 11,8% pour les 18 ans et plus. Dans le Grand Est, il s'élève à 12,5%. Toujours en 2017, en France, ce taux passe à 16% chez les 65 ans et plus et à 18% chez les 75 ans et plus. Dans le Grand Est, il est de 17,4% pour les 65 ans et plus et de 19,9% pour les 75 ans et plus. (46)

Les réadmissions fréquentes des populations âgées entraînent des effets graves, d'un point de vue individuel (déclin fonctionnel du patient) et collectif (coût économique).

L'impact sur la santé et la sécurité du patient est importante : risque accru d'infections nosocomiales et possible décompensation des comorbidités. Les ré-hospitalisations contribuent à la dépendance iatrogène et aux conséquences qui s'en suivent (perte d'autonomie...). Sur le plan financier, les réadmissions coûtent extrêmement cher. Environ 26 milliards de dollars sont dépensés aux États-Unis chaque année à cause de celles-ci.

Agir sur ces ré-hospitalisation est donc une priorité absolue et un enjeu de santé publique.

Pour réduire le risque de ré-hospitalisation, l'un des points clés est d'améliorer la transition entre l'hôpital et la ville.

1.1.7 Rupture du parcours ville/hôpital

Selon le rapport de la HAS de juin 2013, l'organisation de la transition hôpital-domicile désigne « toutes les interventions qui ont pour objectif, pendant et après une hospitalisation, d'éviter la rupture de continuité des soins et de réduire la survenue d'évènements de santé défavorables, incluant les ré-hospitalisations évitables » (36)

Les ruptures que constituent l'entrée ou la sortie de l'hôpital doivent retenir une attention bien particulière pour assurer la continuité du parcours de soins des personnes âgées, « ce n'est généralement pas le cas » d'après Le rapport Libault de mars 2019. (23)

Les résultats de la Certification des établissements de santé et les Indicateurs de la Qualité et de la Sécurité des Soins [IQSS] de la HAS montrent que la sortie d'hospitalisation est insuffisamment structurée. Deux points contribuent à majorer le risque d'Évènements Indésirables Graves [EIG] : les délais de transmission de la lettre de liaison qui ne sont pas respectés et le fait que seul le médecin traitant en bénéficie.

La lettre de liaison est un document de suivi remis au patient le jour de sa sortie et adressé ce même jour par messagerie sécurisée au médecin traitant ou à la structure de transfert. Elle doit être aussi tracée dans le dossier médical patient. Cette lettre résume les conclusions de l'hôpital et

mentionne des recommandations de prise en charge après la sortie du patient telles que des conseils, des traitements, des examens à réaliser...

D'après le décret du 20 juillet 2016 (47), doivent être mentionnés l'identité du patient, du médecin destinataire, l'établissement de santé qui a pris en charge le patient, le motif d'hospitalisation, la date d'entrée et de sortie de l'hôpital, la synthèse médicale du séjour, les résultats d'examens effectués ou en attente, les suites telles que les actes prévus, les recommandations et surveillances particulières. Parmi les mentions obligatoires, la lettre de liaison doit également comporter les traitements prescrits à la sortie d'hospitalisation, ou ordonnances de sortie, les traitements arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement en précisant la posologie et la durée du traitement. (48) (49)

Selon les résultats d'e-Satis en 2018, en chirurgie ambulatoire, 28% des patients ne repartent pas avec une lettre de liaison, la moitié des patients n'est pas recontactée après la sortie et 30% n'ont pas reçu de numéro de téléphone à contacter en cas d'urgence.

En MCO, la lettre de liaison à la sortie n'est remise qu'à 1 patient sur 4 alors qu'elle devrait être remise à tous pour assurer une bonne continuité des soins entre l'hôpital et la ville.

La synthèse du traitement médicamenteux, élément indispensable de la lettre de liaison pour assurer une coordination efficace, n'est présente que dans seulement 3 lettres sur 10. (48) (50)

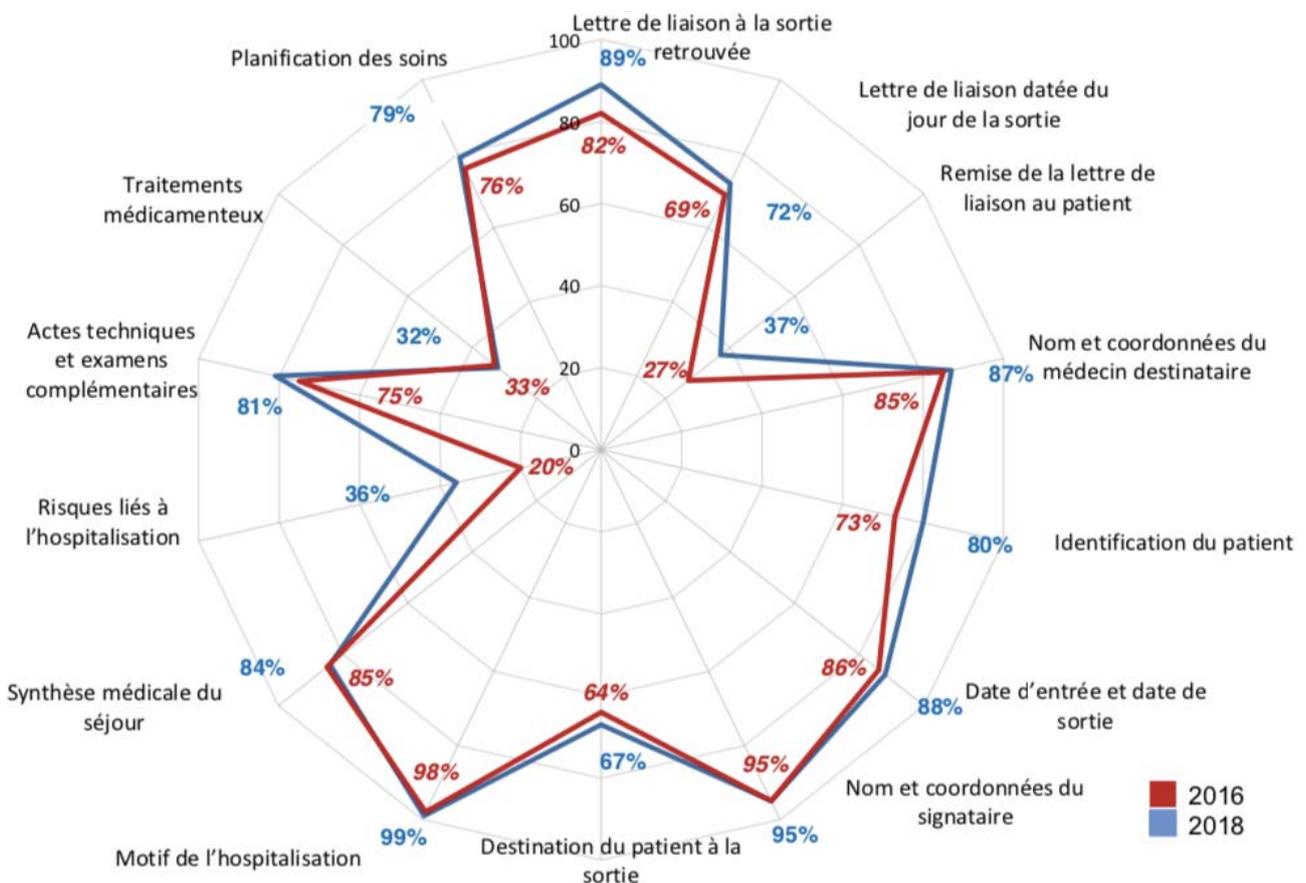


Figure 1. Comparaison des résultats de la qualité de la lettre de liaison à la sortie en MCO entre 2016 et 2018 (50)

A ce jour, le contenu de la lettre de liaison est encore incomplet, sa remise au patient non systématique, et son envoi au médecin traitant ou à la structure de transfert demeure trop tardif. Quant aux prescriptions médicamenteuses, elles ne sont pas structurées par la conciliation des traitements à l'admission comme à la sortie. (48)

L'ensemble concourt à une insuffisance d'information, d'accompagnement et d'éducation du patient sur ses médicaments et les changements induits par l'hospitalisation. Le patient ne peut juste pas devenir acteur de sa santé.

Trois étapes clés sont à prendre en compte pour diminuer cette rupture hôpital/ville : à l'entrée et pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie et après la sortie. L'idée est d'intervenir à toutes les étapes du processus de soins, ce qui suggère une action multidisciplinaire, des milieux hospitalier et ambulatoire.

Les études réalisées à l'international sur cette transition ville/hôpital montrent le plus souvent, qu'une seule intervention n'est pas efficace pour réduire les réadmissions précoces, mais qu'il est nécessaire au contraire d'agir à la fois à l'hôpital et au domicile du patient. (51) (52) (53)

1.1.7.1 À l'entrée et pendant l'hospitalisation :

À l'entrée du patient à l'hôpital, le but est d'améliorer les admissions et les soins aux personnes âgées dans les services des urgences. Pour cela, diverses recommandations sont évoquées par la HAS : assurer le transfert des informations nécessaires à la continuité des soins du médecin traitant au médecin hospitalier via la lettre de liaison, réduire le temps de passage dans le service des urgences, prévenir et traiter les causes de déclin fonctionnel aux urgences. (32)

L'hospitalisation débutent toujours par le repérage du risque de ré-hospitalisation ce qui permet de cibler les patients les plus fragiles dès leur admission.

L'évaluation de la personne doit être globale et non uniquement fondée sur son âge ou sa pathologie. La HAS propose plusieurs critères pour déceler rapidement ces patients :

- Présence du motif d'hospitalisation suivant : insuffisance cardiaque, pneumonie ou exacerbation d'une BPCO, syndrome coronarien aigu
- Présence d'un « syndrome gériatrique » : dénutrition, dépression, chute, confusion mentale, escarre
- Existence d'une dépendance préexistante à l'hospitalisation et récente, notamment l'incapacité à réaliser les activités de la vie quotidienne (comme se nourrir seul par exemple)
- Présence d'un antécédent d'hospitalisation non programmée depuis 6 mois
- Existence d'une situation sociale défavorable (précarité, isolement)

Si deux ou plus de ces critères sont présents, le patient doit faire l'objet d'une attention particulière. Plus rapide à effectuer, le score TRST ou Triage Risk Screening Tool peut être également utilisé dans les services d'urgence pour déceler les patients à risque. Il réunit 5 points :

- Troubles cognitifs
- Troubles de la marche, des transferts ou chutes récentes
- Polymédication (plus de 5 médicaments par jour)
- Antécédents d'hospitalisation dans les 90 jours ou d'admission aux urgences depuis 30 jours
- Anomalie antérieure à l'hospitalisation d'au moins une activité de la vie quotidienne ou isolement social selon l'évaluation fonctionnelle réalisée par un soignant

Si deux ou plus de ces items sont présents, alors le patient est considéré comme à risque.

L'évaluation médicale et sociale du patient repéré à risque est ensuite réalisée. (32)

L'éducation du patient sur sa pathologie et ses traitements, la bonne gestion des différents signes d'alerte liés à ses symptômes constitue un élément important dans la diminution des ré-hospitalisations. Il a été montré que l'implication du patient lui-même et de son encouragement rencontre un réel succès. (54) (55)

Pendant l'hospitalisation, l'une des étapes est aussi l'intervention sur le traitement médicamenteux des patients. D'une part la revue clinique de médication afin d'optimiser la prescription médicamenteuse, d'autre part la conciliation des traitements.

Enfin, il est également préconisé que l'élaboration d'un plan personnalisé pour coordonner le suivi après la sortie du patient soit mis en place. Les rendez-vous de suivi impliquant les professionnels de santé en ville seront inclus dans ce plan personnalisé.

1.1.7.2 À la sortie de l'hospitalisation

Au moment de la sortie, plusieurs actions sont recommandées afin de sécuriser la transition optimale vers le domicile et éviter les réadmissions précoces car tout comme l'entrée, la sortie d'hospitalisation constitue une fracture dans le parcours de santé du patient.

De plus, une attention particulière doit être portée aux sorties d'hospitalisation car ce sont des moments de majoration du risque iatrogène.

Tout d'abord, il est conseillé de préparer précocement la sortie d'hospitalisation, au mieux dans les 48h après l'admission. Le patient est donc évalué et questionné ainsi que son entourage, son environnement à domicile étudié, si besoin les professionnels de santé en ville sont également contactés afin d'obtenir toutes les réponses nécessaires à un retour à domicile optimal. (32)

Une autre des étapes clés est la communication des informations utiles de l'hôpital vers les professionnels ambulatoires, et ce, le jour de la sortie du patient. Il a en effet été prouvé que l'absence de transmission d'informations en temps utile augmente le risque de ré-hospitalisation et d'évènements défavorables. (56)

Une importante amélioration des transmissions d'informations a été effectuée depuis 2011 puisque d'après une étude menée par Shoen en 2012, seulement 10% des médecins généralistes français déclaraient recevoir une information complète dans les 48h suivant la sortie de leurs patients. (57)

Au Centre Hospitalier de Lunéville, 27% des documents de sortie sont envoyés au médecin traitant le jour de la sortie et 53% des documents de sortie sont envoyés au médecin traitant dans les 8 jours. Les pharmaciens et infirmiers ne bénéficient quant à eux d'aucune information.

La transmission du Compte Rendu d'Hospitalisation [CRH] au médecin traitant le jour de la sortie d'hospitalisation est primordiale. Pour cela, l'utilisation d'internet et de la messagerie sécurisée est largement conseillée.

Le patient doit être lui aussi informé sur sa sortie en lui communiquant le compte rendu d'hospitalisation ou à défaut un document de sortie ainsi que ses ordonnances de sortie. Un document écrit contenant les informations pratiques et les éventuels rendez-vous de suivi doit également lui être remis selon les recommandations.

La continuité du suivi initié pendant l'hospitalisation par un professionnel de santé en ville est, pour certains patients, utile voire obligatoire. Les visites des infirmières libérales, du médecin traitant ou autre professionnel de santé peuvent s'avérer indispensables à la continuité des soins du patient. L'implication du médecin généraliste en coordination avec le pharmacien, l'infirmière et le professionnel médical ou social permettra de déceler rapidement et efficacement les besoins du patient, notamment liés à une perte d'autonomie (adaptation du domicile...).

D'après l'étude de Chiu en 2007, le suivi, avant et après la sortie, effectué par des infirmières spécialisées a permis de diminuer d'un tiers la fréquence des réadmissions et s'est accompagné d'une réduction des coûts hospitaliers et parfois ambulatoires. (58)

La période de suivi post hospitalisation se déroule sur minimum 30 jours après la sortie puisque c'est ce seuil des 30 jours qui est particulièrement utilisé.

1.1.7.3 La sortie d'hospitalisation, qu'en pensent les patients et professionnels de santé ?

Patients et professionnels de ville sont insatisfaits de l'organisation de la sortie d'hospitalisation. Selon l'enquête nationale e-Satis, en 2018, « 1 patient sur 4 juge l'organisation de la sortie (annonce de la date, destination à la sortie...) de moyenne à mauvaise. »

Elle suggère aussi « qu'un patient sur 3 (34,5%) n'a reçu aucune information sur les signes ou complications devant l'amener à recontacter l'hôpital ou le médecin. Un patient sur 3 (34%) n'a reçu aucune information sur la reprise d'activité (travail, sport, activités habituelles) après la sortie d'hôpital. » Le score global donné à l'organisation de la sortie est de 63,4/100 toujours selon cette étude en MCO en 2018. (59)

Au CHL, selon l'enquête e-Satis, seulement 56% des patients étaient satisfaits des informations données à la sortie d'hospitalisation. En 2017, l'année de lancement du parcours MEDISIS, le score de la satisfaction de l'organisation de la sortie était de 64,35. 58,8% des patients interrogés ont estimé l'organisation bonne et même excellente pour 21,6% des répondants. Plus précisément, 76,5% des patients ont reçu des informations sur les médicaments à prendre, 72,5% ont reçu des informations sur la reprise de leurs activités, 52,9% ont reçu des informations sur les signes ou complications devant les amener à recontacter un médecin, et 92,1% ont reçu des informations sur leur suivi.

De manière générale, les médecins traitants dénoncent l'absence de sentiment de collaboration avec les médecins hospitaliers malgré une communication globalement satisfaisante au moment de la sortie du patient. Il est important que le médecin généraliste dispose de toutes les informations nécessaires au suivi du parcours de soins du patient, néanmoins la disponibilité d'un résumé de sortie est peu fréquente lors de la première visite post-hospitalisation et reste faible à 4 semaines ce qui peut entacher la qualité des soins. Le médecin traitant dénonce de manière générale le délai trop long de réception des courriers de sortie. (60) La HAS mentionne d'ailleurs l'importance de respecter le délai de 8 jours pour envoyer le compte rendu d'hospitalisation. (61) Ce point de vue est largement partagé par les pharmaciens et infirmiers libéraux. Un mécontentement général, celui des patients, des médecins traitants des pharmaciens et des infirmiers est donc bel et bien présent par rapport à la sortie d'hospitalisation.

La transition ville/hôpital nécessite donc une prise en charge globale et pluri-professionnelle du patient âgé, tout au long de son parcours de soins, du milieu hospitalier jusqu'aux soins en ville.

1.1.8 Définition de la prise en charge médicamenteuse

Le médicament peut être considéré comme le fil rouge du parcours de soins. De plus, travailler sur le médicament est très structurant. En effet, la prise en charge médicamenteuse est un processus complexe comprenant de nombreuses étapes : la prescription, la dispensation, l'approvisionnement, la détention et le stockage, le transport, l'administration, la surveillance du patient.

Dans le Guide qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse [PECM] de la DGOS publié en février 2012, la prise en charge médicamenteuse du patient est définie « comme un processus combinant des étapes pluridisciplinaires et interdépendantes ayant pour objectif une utilisation sécurisée, appropriée et efficiente du médicament chez le patient pris en charge par un établissement de santé. » (62)

L'objectif de la prise en charge médicamenteuse est d'assurer au bon patient l'apport du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions et au meilleur coût. La sécurisation de la PECM est essentielle, car il en découle une prise en charge optimale des patients en réduisant les risques, notamment iatrogènes, et en diminuant les coûts des soins. La HAS a d'ailleurs intégré la PECM dans la certification des établissements de santé. Les critères consacrés à cette prise en charge deviennent de plus en plus exigeants. Aujourd'hui encore, il existe des dysfonctionnements dans la prise en charge du médicament avec pour conséquence des erreurs médicamenteuses. (63)

1.1.9 L'iatrogénie médicamenteuse chez les sujets polypathogiques et polymédiqués

1.1.9.1 Définition de l'iatrogénie médicamenteuse

Le terme iatrogénie signifie « causé par le médecin », car il provient du grec *iatros* qui signifie « médecin » et de *génos* qui veut dire « origine ».

L'OMS définit en 1969 l'iatrogénie médicamenteuse comme « toute réponse néfaste et non recherchée à un médicament et survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement ». Le constat est alarmant puisque le médicament est l'une des trois causes majeures d'iatrogénie.

L'iatrogénie médicamenteuse correspond à la pathologie ou toute manifestation clinique, indésirable pour le patient, induite par l'administration d'un ou plusieurs médicaments.

Ces effets indésirables peuvent être plus ou moins graves. Ils sont considérés comme sévères quand la vie du patient est en danger, quand ils entraînent un décès ou un handicap important, ou quand ils prolongent une hospitalisation. (64)

1.1.9.2 Définition de l'erreur médicamenteuse

Les erreurs liées aux médicaments sont de deux natures. La première constitue les effets indésirables du médicament et sont provoqués par le médicament lui-même ou l'interaction de celui-ci avec d'autres médicaments ce qui entraîne des complications de gravité diverse. La seconde constitue une erreur médicamenteuse car elle est consécutive à l'organisation de la prise en charge du médicament et peut être par conséquent évitable.

L'erreur médicamenteuse est définie comme « l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un évènement indésirable pour le patient. »

Le caractère évitable est mentionné car l'évènement indésirable n'aurait pas eu lieu si les soins avaient été conformes à la bonne prise en charge médicamenteuse du patient. L'erreur médicamenteuse peut concerner une ou plusieurs étapes du circuit du médicament et implique tous les professionnels de santé. Elle est la conséquence le plus souvent d'une erreur thérapeutique (mauvaise indication, non-respect des contre-indications, posologie excessive), d'une mauvaise observance du traitement, ou d'une automédication inappropriée. (63)

D'après les rapports de l'Enquête Nationale sur les Évènements Indésirables associés aux Soins [ENEIS] 1 et 2 effectués respectivement en 2004 et 2009, un tiers des EIG sont imputables aux médicaments et une grande partie de ceux-ci, entre un tiers et la moitié, sont évitables. (65)

Ces données sont d'ailleurs appuyées par les synthèses récurrentes de l'OMS et d'autres publications internationales. (66) (64)

Selon le rapport de Costagliola-Bégau en 2013, entre 10 000 et 30 000 décès seraient attribuables à un évènement indésirable grave médicamenteux chaque année en France. « Une part notable de ces accidents correspond à des prescriptions ou utilisations a priori non justifiées et donc à des cas évitables. » Il nous apprend également que la France est l'un des pays développés ayant le plus fort taux de consommation de médicaments par habitant et celui dans lequel les prescriptions non conformes aux recommandations AMM ou aux données actualisées semblent les plus fréquentes. Les conséquences sont considérables, tant d'un point de vue sanitaire (maladies et complications non traitées ou non prévenues, iatrogénie induite) que d'un point de vue économique. Les surcoûts induits sont estimés à 10 milliards d'euros par an. (67)

1.1.9.3 Facteurs de risque de l'iatrogénie médicamenteuse

L'iatrogénie médicamenteuse constitue donc un coût humain et économique considérable. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse et réduire la fréquence des évènements iatrogènes d'origine médicamenteuse est un enjeu de santé publique.

D'après les études, l'iatrogénie médicamenteuse est deux fois plus fréquente après 65 ans et plus sévère (68) et représente 10% des hospitalisations du sujet âgé, 20% après 80 ans. (69)

A partir de 65 ans, la consommation de médicaments augmente puisque le nombre de pathologies, notamment chroniques, augmente avec l'âge. Plus du tiers des prescriptions concerne les patients de plus de 65 ans, 50% d'entre eux prennent entre 1 et 4 médicaments par jour, et 38% sont dits polymédiqués car ils consomment 5 ou plus classes médicamenteuses par jour.

Le patient âgé est donc plus confronté aux effets indésirables du médicament. Des études ont prouvé que plus la consommation médicamenteuse est importante, plus les effets indésirables sont fréquents. (70)

Le principal facteur de risque de l'iatrogénie médicamenteuse est le médicament lui-même et plus précisément la polymédication par plusieurs prescripteurs associée à l'automédication du patient. (71)

D'après les études, les médicaments retrouvés le plus souvent à l'origine d'iatrogénie sont les psychotropes et les médicaments cardiovasculaires. S'ensuivent les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les antibiotiques, les antidiabétiques, les antalgiques, les anticoagulants et antiagrégants plaquettaires. Ils nécessitent donc une attention toute particulière dans leur instauration, adaptation, suivi ou arrêt chez les personnes âgées.

D'après la HAS, « la prescription des psychotropes est un problème de santé majeur et complexe, particulièrement chez le sujet âgé : plus d'un tiers des personnes âgées de plus de 75 ans fait usage de psychotropes en France, tandis que ces médicaments sont à l'origine d'une iatrogénie importante (chutes, confusions, sédation excessive...) et hospitalisations indues ». Un rapport a donc été établi par la HAS en 2008 pour limiter la prescription de psychotropes chez le sujet âgé. (72)

Un des autres facteurs de risque de l'iatrogénie médicamenteuse est l'âge et les conséquences du vieillissement sur l'action des médicaments. La personne âgée connaît des modifications des paramètres pharmacocinétiques et pharmacodynamiques qu'il faut prendre en compte avant d'établir toute prescription. Premièrement, le métabolisme hépatique diminue ce qui réduit la capacité de détoxification enzymatique pouvant aboutir à des sous ou surdosages. La fonction rénale se détériore entraînant une diminution de la clairance rénale, une accumulation des molécules actives et donc une exacerbation de leur toxicité. La distribution des médicaments est elle aussi modifiée puisque les PA subissent des modifications de la composition corporelle (augmentation de la masse adipeuse, perte d'eau). L'augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique entraîne une plus grande sensibilité aux médicaments agissant sur le système nerveux central. Deuxièmement, les paramètres pharmacodynamiques évoluent également et, avec l'âge, le patient est plus sensible aux médicaments (notamment les médicaments agissant sur le SNC ou ceux agissant sur le cœur).

De plus, la baisse des capacités intrinsèques interagit avec une administration optimale des médicaments et une bonne observance du traitement (baisse de l'acuité visuelle et de l'audition, trouble de la déglutition, difficulté de communication, réduction des capacités physiques).

Les événements aigus ou intercurrents comme la déshydratation, la fièvre peuvent parfois s'ajouter aux maladies chroniques et altèrent la tolérance à un traitement de fond jusqu'ici bien toléré.

Les facteurs de risque environnementaux tels que l'isolement social, la dépendance peuvent aussi influencer le suivi thérapeutique.

Une mauvaise utilisation des médicaments est également un autre facteur de risque. Cela englobe la prescription inadaptée (interaction médicamenteuse, médicaments inutiles ou en inadéquation avec l'indication...), une automédication inappropriée, une mauvaise observance du traitement ou une information insuffisante du patient ou de son entourage.

Le défaut d'observance des personnes âgées est un enjeu de santé publique considérable, 21% des accidents médicamenteux lui seraient imputables.

Il est possible de limiter l'iatrogénie médicamenteuse par une prescription adaptée et en prenant en compte l'ensemble de ces facteurs de risque. (73) (10) (64)

1.1.9.4 Lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse

La HAS a d'ailleurs mis au point des programmes PMSA dédiés à la Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Âgé, et propose des documents pratiques et des outils d'évaluation concernant les règles de prescription ou le réflexe iatrogénique. Tout nouveau symptôme chez un patient âgé doit conduire à évoquer la possibilité d'un Évènement Indésirable lié au Médicament [EIM], c'est le réflexe iatrogénique. (74)

La prescription est souvent complexe et peut parfois être sub-optimale : soit liée à un excès de traitements ou overuse, soit par une prescription inappropriée ou misuse, soit par une insuffisance de traitement ou underuse. L'enjeu est donc d'optimiser la prescription dans toutes ses dimensions, repérer et maîtriser le risque iatrogénique.

Des règles de prescription de base existent et sont à respecter, par exemple moins prescrire de médicaments qui n'ont pas ou plus l'indication, prescrire des médicaments dont l'efficacité est démontrée, mieux tenir compte du rapport bénéfice/risque en évitant les médicaments inappropriés chez les personnes âgées (médicaments à effets anti-cholinergiques notamment).

Le suivi médical (biologique et clinique) qui fait suite à l'établissement de la prescription est également indispensable, de même qu'une bonne gestion des médicaments inadaptés au patient pour limiter les événements indésirables liés aux médicaments. (75)

Des guides et outils présentant les médicaments inappropriés chez les personnes âgées et des fiches de Bon Usage et de Bonnes pratiques d'administration des médicaments ont été élaborés par l'ARS et l'Observatoire des Médicaments, Dispositifs médicaux et Innovations Thérapeutiques [OMÉDIT]. Ce guide de Bon Usage du Médicament en gériatrie regroupe les médicaments inappropriés et donc à éviter chez le sujet âgé ainsi que les alternatives thérapeutiques envisageables. Il comporte aussi une partie sur les médicaments ayant un rapport bénéfice/risque jugé acceptable pour limiter la polymédication, guider le médecin dans l'élaboration de sa prescription, utiliser les formes galéniques adaptées. (76)

La liste de Laroche est également un outil utile puisqu'elle recense les médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées de 75 ans ou plus. Les médicaments présentant un rapport bénéfice/risque défavorable et/ou une efficacité discutable y figurent. (77)

Pour lutter contre la prescription médicamenteuse inappropriée, source de nombreux effets indésirables, la révision systématique des traitements semble essentielle. Sous l'acronyme STOPP/START se cache une liste de plusieurs critères (environ 115) développée en 2008 et mise à jour en 2015, de détection de prescription médicamenteuse inappropriée.

La liste des critères STOPP/START est un outil très pratique et facile d'utilisation permettant d'une part de détecter les principales interactions entre plusieurs médicaments, et entre un médicament et une comorbidité (critères STOPP), d'autre part de détecter l'omission de prescriptions considérées comme appropriées (critères START). (78)

En 2015, le LEEM (l'organisation professionnelle des entreprises du médicament opérant en France) a présenté une campagne de sensibilisation et un programme de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées. Elle s'inscrit dans le cadre des mesures définies par le ministère de la santé lors de la fixation de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie 2015. La communication auprès du grand public a été effectuée pour le sensibiliser à l'iatrogénie médicamenteuse via des affiches et un livret sur le bon usage du médicament. Les professionnels de santé ont été également la cible du LEEM. (79)

Le rapport de la HAS en septembre 2014 « Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? » (80) prévoit l'élaboration d'un protocole pluri-professionnel entre les acteurs ambulatoires et hospitaliers composé de plusieurs étapes :

- Le repérage des patients à risque d'événements indésirables liés aux médicaments (EIM).
- L'identification des situations à risque et la mise en place des alertes permettant de les gérer.
- La confrontation des médicaments pris avec la liste hiérarchisée des maladies pour optimiser les traitements en prenant l'avis du patient.
- Le renforcement de la surveillance clinique et biologique des traitements.
- La sécurisation de la gestion des traitements et maladies, en prenant en compte les difficultés d'observance du patient, notamment par l'éducation thérapeutique, par le conseil pharmaceutique et l'intervention d'infirmiers.

La lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse, et notamment les erreurs médicamenteuses survenant aux étapes de transition du parcours de soins du patient, passe sans aucun doute par une démarche de conciliation.

1.1.10 La conciliation des traitements médicamenteux

1.1.10.1 Définition et objectifs

Au niveau international, de nombreuses études montrent qu'une des clés pour améliorer la transition entre l'hôpital et le domicile est la conciliation des traitements médicamenteux. Cette démarche préventive permet d'intercepter les erreurs médicamenteuses pour garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins. Elle s'appuie sur la connaissance complète et précise des traitements du patient grâce au partage d'informations entre les professionnels de santé à toutes les étapes de la transition du domicile à l'hôpital. Tous les médicaments pris par le patient sont donc cités ainsi que toutes les informations les concernant : la DCI, le dosage, la voie d'administration, la forme galénique.

Cette action est menée dans les établissements de santé mais n'implique pas seulement les professionnels à l'hôpital, elle intègre également les professionnels en ville (médecins, pharmaciens et infirmiers) ainsi que le patient, son entourage et ses aidants. (81)

Le Collège de la HAS, suite à l'expérimentation Med'Rec définit la conciliation comme « un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, au point de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts ». (63)

Elle est composée de quatre grandes étapes que sont tout d'abord le recueil d'informations (recherche d'informations sur le traitement auprès du patient, de son entourage, de sa pharmacie), la synthèse d'informations ensuite (avec la formalisation du bilan médicamenteux et la comparaison avec la prescription hospitalière en cours) puis la validation du bilan médicamenteux et enfin le partage et l'exploitation du bilan médicamenteux. (81)

Deux grands objectifs sont attendus grâce à la conciliation.

Premièrement, une diminution des erreurs médicamenteuses en évitant l'interruption des traitements habituels du patient via la transition du domicile à l'hôpital, la redondance des principes actifs, le changement délétère d'une forme galénique, le passage à une posologie erronée, la poursuite ou l'ajout de médicaments erronés.

Deuxièmement, une diminution du recours à l'hospitalisation grâce à une bonne conciliation et un accompagnement thérapeutique à sa sortie d'hospitalisation évitant ainsi une réadmission non programmée précoce.

1.1.10.2 Le projet Med'Rec

Tout a démarré par l'initiative High5s « Agir pour la sécurité des patients » menée par l'Alliance mondiale et notamment l'OMS en 2006 ayant comme objectif final de réduire les problèmes majeurs liés à la sécurité des patients à travers cinq solutions de sécurité prioritaires. (82) (83)

En France depuis 2009, la HAS a coordonné deux de ces cinq solutions dont l'une était « la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins », intitulée « projet Med'Rec ». Med'Rec est la contraction de Médication Reconciliation en anglais ce qui signifie la conciliation des traitements médicamenteux en français.

A travers ce projet Med'Rec, il s'agissait de mener une expérimentation dans 9 établissements de santé volontaires pendant 5 ans (2010-2014) et de mettre en œuvre et évaluer une procédure standardisée efficace et reproductible intitulé SOP Red'Mec ou Standard Operating Protocol of Medication Reconciliation. L'étude s'est concentrée sur l'étape de l'admission à l'hôpital et a été menée sur les patients âgés de 65 ans et plus. Le but était d'éviter les erreurs médicamenteuses en obtenant le Bilan Médicamenteux Optimisé [BMO] au moment de l'admission du patient, c'est-à-dire la liste exhaustive des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation, qu'ils soient prescrits ou en automédication.

L'expérimentation a permis d'intercepter 46 188 divergences médicamenteuses sur 27 447 patients conciliés dans 9 établissements de santé. C'est-à-dire que le professionnel ayant mené la conciliation a observé 46 188 écarts entre le bilan médicamenteux établi à l'admission et la prescription en cours. Parmi ces écarts, il faut distinguer les erreurs médicamenteuses et les changements de traitements voulus mais non expliqués par le médecin.

Sur 22 863 patients ayant 65 ans et plus conciliés dans 8 établissements, 21 320 erreurs médicamenteuses ont été interceptées et corrigées.

En l'absence de conciliation, 1 patient aurait eu en moyenne, 1 erreur médicamenteuse et 1 changement non documenté.

Ce projet Med'Rec a montré tout l'intérêt de la conciliation et a permis la rédaction de divers outils permettant la bonne mise en œuvre de la conciliation. (84)

Récemment un guide intitulé « Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé » a été publié par la HAS permettant de mieux appréhender, comprendre et mettre en œuvre en pratique la conciliation en prenant en compte la transition ville-hôpital. Celui-ci permet ainsi le déploiement de la procédure de conciliation dans le plus grand nombre d'établissements de santé en France. (81)

Dans ce rapport sur la conciliation mis à jour en février 2018, nous apprenons que même si toutes les erreurs médicamenteuses ne sont pas graves, « Quatre études montrent que respectivement

5,6%, 5,7%, 6,7% et 11,7% des erreurs médicamenteuses interceptées par la conciliation des traitements médicamenteux auraient pu avoir des conséquences majeures, critiques ou catastrophiques pour les patients. »

Les études MARQUIS (Multicenter Medication Reconciliation Quality Improvement Study, étude effectuée en 2012 aux USA) et Med'Rec ont montré que le coût de l'activité de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission est amorti par les économies réalisées dues aux seuls événements indésirables médicamenteux graves évités. (85)

	MARQUIS	Med'Rec
Nbre patients conciliés à l'admission	35 000	22 863
Nbre EM interceptées / patient concilié	2	0,9
Nbre EM interceptées	70 000	21 320
% EM corrigées suite à intervention pharmaceutique	75%	100 %
% moyen EM graves interceptées	0,9 %	5,7 %
Nbre EM graves interceptées	473	1 215
Coût moyen d'une EM grave interceptée	4 655 \$	4 189,5 €
Économies réalisées pour tous les établissements	2 199 488 \$	5 090 200 €
Temps moyen / conciliation	21 min	35 min
Temps pharmaceutique de conciliation	12 250 heures	13 337 heures
Nbre de pharmaciens pour concilier	7,7 ETP	8,7 ETP
Coût d'un ETP pharmacien	135 000 \$	103 000 €
Coût total en pharmacien	1 033 594 \$	896 100 €

MARQUIS – USA 2012
Multicenter Medication Reconciliation Quality Improvement Study

Rapport d'expérimentation Med'Rec France HAS 2015

Figure 2. Comparaison entre le projet MARQUIS et Med'Rec

1.1.10.3 Implication du CHL dans la conciliation

Depuis 2010, le CHL est engagé comme établissement pilote dans le programme des *High Five's* de l'OMS conduit en France par la HAS au travers du projet Med'Rec. Il a fait partie des 9 établissements de santé inclus dans ce projet et considère la conciliation médicamenteuse comme un processus très important de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses contribuant à la continuité des soins. (84) (85)

La pratique de la conciliation au CHL constitue le point de départ du projet MEDISIS.

Environ 2 500 patients sont conciliés chaque année au CHL, et depuis 2010, plus de 12 000 patients ont été conciliés et plus de 15 000 erreurs médicamenteuses évitées. (86) (87)

1.1.10.4 Impact des parcours multimodaux incluant la conciliation médicamenteuse

La conciliation à l'admission est un prérequis indispensable pour connaître la juste liste des médicaments pris par le patient. Cependant, la conciliation seule ne suffit pas, elle doit être intégrée dans un parcours multimodal.

L'étude de B.W. Jack de 2009 à travers son programme RED (ReEngineered hospital Discharge) a montré qu'un parcours patient coordonné, pluri-professionnel, et multimodal incluant la conciliation des traitements médicamenteux, diminuait de 30% le recours à l'hospitalisation. Une des conclusions de sa publication est le suivi nécessaire du patient durant les 30 jours qui suivent la sortie d'hospitalisation. Ce programme RED est un exemple américain pour réduire les ré-hospitalisations. (88)

L'équipe de Still sur une cohorte de 1536 patients a montré une diminution significative du taux de ré-hospitalisation à 30 jours chez les patients inclus dans un programme de continuité des soins comprenant la conciliation pharmaceutique à l'admission et à la sortie. (89)

Un exemple français a aussi fait ses preuves en matière de parcours multimodal, c'est l'étude OMAGE (Optimisation of Medication in AGEd) qui a montré une diminution de l'ordre de 30% du recours à l'hospitalisation à 90 jours. (90)

L'intervention OMAGE constitue un programme d'accompagnement du retour à domicile chez les patients âgés et prend comme l'un des fils conducteurs l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse. Elle vise à aider les professionnels de santé à comprendre comment accompagner les patients pour qu'ils deviennent acteurs de leur prise en charge. Trois composantes essentielles définissent cette intervention : la première s'intéresse à l'optimisation diagnostique et thérapeutique concernant l'ensemble des traitements chroniques, la seconde traite l'éducation thérapeutique qui prend en compte la polypathologie et la polymédication, la troisième s'appuie sur la coordination renforcée entre les professionnels de ville et hospitaliers en proposant un suivi éducatif au domicile. Un programme national de formation des professionnels de santé à cette intervention OMAGE est actuellement en cours.

Le parcours de soins MEDISIS s'en inspire d'ailleurs beaucoup mais en y intégrant pleinement les actions pharmaceutiques de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse telles que la conciliation à l'admission et à la sortie. Il structure également un passage de relais Hôpital/Ville dans les 30 jours qui suivent la sortie.

La stratégie nationale de santé 2018-2022 qui a été rendue publique fin décembre 2017 porte les objectifs suivants comme priorités du gouvernement (91) :

- Assurer la continuité des Parcours de soins et garantir une meilleure gestion de la transition entre la ville et l'hôpital
- Améliorer la pertinence des prescriptions et des hospitalisations
- Assurer la promotion de la santé en y incluant la prévention
- Affirmer le rôle des usagers comme acteur de leur Parcours de santé
- Accompagner les aidants
- Accélérer l'innovation numérique en santé

Le parcours de soins MEDISIS s'inscrit donc pleinement dans ces orientations nationales de santé.

1.2 Le Parcours de soins MEDISIS du CHL

1.2.1 Généralités et objectifs

Face à ces différents constats et prises de conscience, dans le Lunévillois, pharmaciens, infirmiers et médecins de ville et hospitaliers ont créé un parcours patient hôpital-ville nommé MEDISIS ayant pour objectif une prise en charge médicamenteuse harmonieuse entre la ville et l'hôpital pour ainsi diminuer les ré-hospitalisations à 30 jours et améliorer la satisfaction du patient et celle des professionnels de santé.

Le Parcours de soins MEDISIS est soutenu par la direction du GHEMM et l'ARS Grand Est depuis novembre 2016. Il consiste en une alliance thérapeutique centrée sur le patient pour la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. L'objectif ? Diminuer la survenue d'évènements indésirables liés aux médicaments et notamment les ré-hospitalisations précoces et évitables des séniors.

Le projet est pluri-professionnel, Ville/Hôpital et permet d'abolir les barrières structurelles des parcours de soins. Pharmaciens, médecins, infirmiers libéraux et hospitaliers agissent de façon coordonnée dans un seul et même but : éviter la rupture de la continuité des soins en structurant la prise en charge médicamenteuse des patients âgés. Le parcours débute dès l'admission du patient à l'hôpital et se poursuit jusqu'à 30 jours après son retour à domicile.

Ce parcours peut être considéré comme universel car il s'applique à tout type de prise en charge hospitalière et parcours de soins. Son caractère innovant en raison de ses diverses actions peut être aussi mis en avant :

- La sécurisation des points de rupture donc à l'admission et à la sortie d'hospitalisation en incluant la conciliation pour intercepter les erreurs médicamenteuses
- L'amélioration de la coordination ville/hôpital via les méthodes de transmission de l'information et du numérique (messagerie sécurisée, téléconsultation...)
- La systématisation d'une revue de médication coordonnée entre médecins et pharmaciens hospitaliers et partagée avec le médecin traitant pour garantir la pertinence des traitements du patient
- Le suivi du patient jusqu'à 30 jours après sa sortie d'hospitalisation, la mise en place de séances d'accompagnement thérapeutique qui passe par les formations au préalable des professionnels de santé en ville.
- L'implication du patient qui constitue une composante essentielle de ce programme pour le rendre acteur de sa santé et comprendre ses priorités.

MEDISIS met en œuvre un programme personnalisé d'accompagnement thérapeutique pour le patient lui permettant de mieux connaître sa pathologie et son traitement. D'autre part, ce projet met l'accent sur la diffusion des informations entre le patient, les professionnels hospitaliers et de ville prenant en charge ce même patient.

Nous avons choisi d'inclure dans ce parcours les patients âgés de 65 ans ou plus passés par les urgences. Il s'agit d'un choix assuré car il s'est appuyé sur les critères Med'Rec et notre activité de conciliation qui a largement prouvé son efficacité jusqu'à aujourd'hui. Le passage par les urgences augmente le risque de rupture Ville/Hôpital, il est donc essentiel de l'inclure. D'autre part, il faut également considérer la tendance à prendre en charge les patients de plus en plus jeunes. En effet, les actions de prévention et du « bien vieillir » sont à mettre en place le plus précocement possible afin d'être efficaces.

MEDISIS associe 6 actions, mises en œuvre à l'admission, pendant l'hospitalisation et qui se poursuivent après le retour à domicile du patient. (92) Ces 6 actions sont les suivantes :

1. Conciliation médicamenteuse à l'admission réalisée par l'équipe pharmaceutique avec les professionnels de ville.
2. Profilage des patients pour personnalisation du parcours de soins.
3. Revue clinique de médication réalisée de façon pluri-professionnelle.
4. Conciliation médicamenteuse à la sortie par l'équipe pharmaceutique avec transmission le jour de la sortie et de façon sécurisée des informations relatives aux médicaments aux médecins traitants, pharmaciens d'officine et infirmiers libéraux.
5. Préparation d'un livret personnalisé de sortie par l'équipe MEDISIS contenant un plan de prise de médicaments, une explication sur les changements, les conduites à tenir, les signes d'alerte...

6. Accompagnement thérapeutique du patient débuté à l'hôpital avec 2 séances « ma priorité » et « mon livret personnalisé » et poursuivi en ville par les pharmaciens d'officine et les infirmiers libéraux « m'auto observer », « que faire en cas de problème ? », « me raconter » et qui s'achève sur une téléconsultation gériatrique avec le médecin MEDISIS à 30 jours.

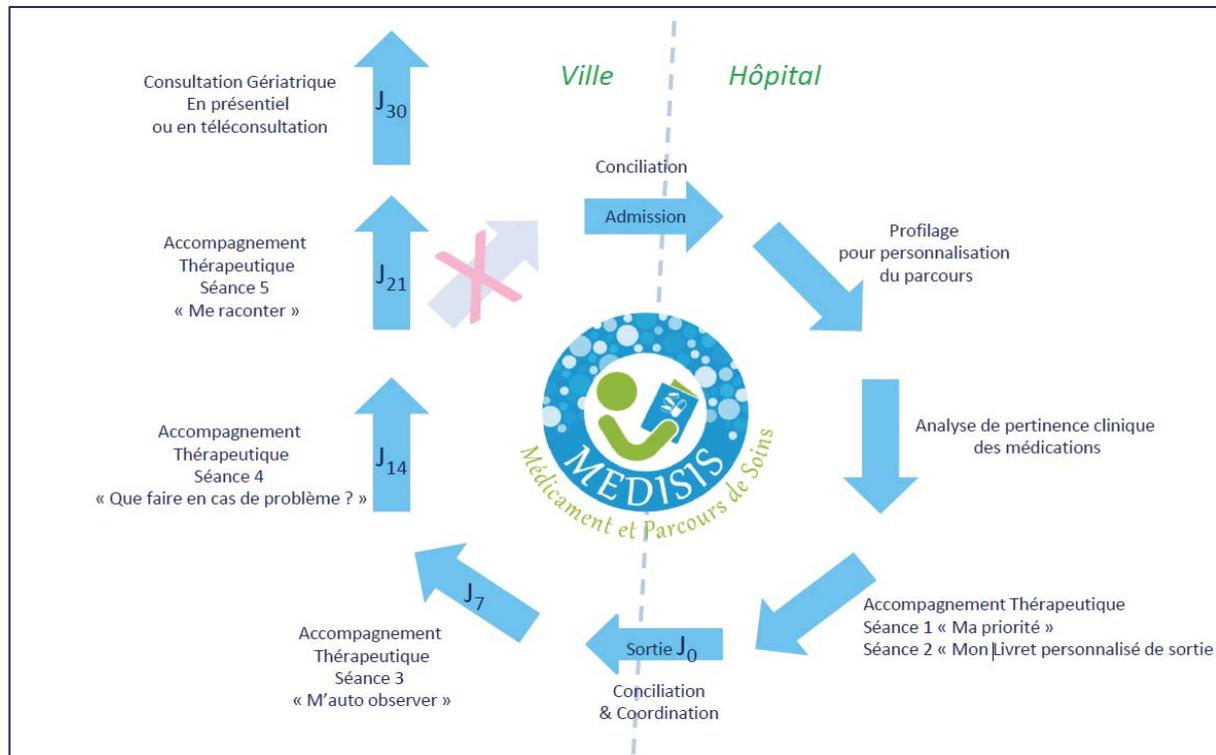


Figure 3. Le parcours MEDISIS dédié aux patients polypathologiques et polymédiqués

1.2.2 À l'admission

Les patients inclus dans le projet sont ceux âgés de 65 ans ou plus passant par les urgences (selon les critères Med'Rec) et correspondant à la grille de critères MEDISIS. La première étape consiste à informer le patient sur le parcours MEDISIS et à obtenir son consentement.

Dans un premier temps, la conciliation des traitements médicamenteux du patient est réalisée à son admission afin de dresser la liste exhaustive et complète des médicaments pris par le patient. Cette opération au CHL est effectuée par les externes en pharmacie.

Dans un second temps, le profilage du patient est réalisé et c'est cette étape qui conditionne la personnalisation du parcours de soins. Cette activité est débutée par l'externe en pharmacie et contrôlée par l'IDE de l'équipe.

Le profilage est réalisé via une fiche de profilage MEDISIS à l'édition automatisée. Trois grands parcours de soins sont identifiés en fonction du patient :

- Le parcours MEDISIS A implique la réalisation de toutes les étapes constituant le parcours de soins.

- Le parcours MEDISIS C se résume aux activités de conciliation à l'admission et à la sortie avec analyse pharmaceutique au cours du séjour, émission à J0 de la lettre de liaison avec conciliation et remise d'un plan de prise des médicaments au patient.
- Le parcours MEDISIS B est un parcours intermédiaire.

Néanmoins, le parcours du patient n'est pas figé, et peut évoluer en permanence pour s'adapter au patient. Il faut donc distinguer le parcours prédictif pressenti lors du profilage, du parcours effectif observé à la fin du parcours.

Deux grandes caractéristiques sont prises en compte lors du profilage du patient, celles du patient et celles des professionnels de santé. En effet, les caractéristiques du patient sont étudiées au préalable. Tout d'abord, sa capacité à communiquer (perte d'un sens, barrière de la langue, confusion ou troubles cognitifs), son autonomie à domicile, ses besoins explicites et/ou implicites (gestion des médicaments à domicile, savoir réagir en fonction des signes d'alerte, adhésion thérapeutique, recours à l'automédication, restitution de sa juste liste de médicaments).

En second lieu, les caractéristiques des professionnels du patient entrent en jeu puisque l'adhésion du patient au parcours MEDISIS dépend de leur implication dans le projet et de leur formation pour assurer les activités constitutives de MEDISIS.

1.2.3 Pendant l'hospitalisation

1.2.3.1 L'ATP 1 « Ma priorité »

La première séance d'Accompagnement Thérapeutique du Patient [ATP] qui s'intitule « Ma priorité » a lieu au cours de l'hospitalisation à distance de l'entrée ou de la sortie d'hospitalisation. Cette étape peut être réalisée par n'importe quel professionnel formé : un pharmacien, un étudiant en pharmacie ou une infirmière.

Cet entretien de compréhension aborde divers thèmes sur le fil rouge du médicament. Il a 2 objectifs :

- 1) Mieux connaître le patient et sa/ses priorité(s), écouter et comprendre le vécu de la personne face à ses maladies, ses difficultés, ses besoins, ses attentes.
- 2) Définir son niveau de littératie en santé.

Le but est de pouvoir personnaliser de manière optimale la communication qui lui sera faite lors de sa sortie, dans son livret personnalisé et au sein de ses séances ultérieures d'accompagnement thérapeutique.

Il peut être réalisé, après formation spécifique, sous le mode de l'entretien de compréhension OMAGE avec un support dédié.

L'entretien comprend une évaluation de l'adhésion thérapeutique du patient (selon Girerd *et al*) (93) (94), de sa gestion des médicaments à domicile, son usage de l'automédication, ses connaissances ou ses compétences sur son parcours ou sa prise en charge. Les enjeux identifiés et les priorités du patient, ainsi que ses ressources et ses freins y sont également retrouvés, tout comme une partie sur les zones d'ombre restant éventuellement à l'issue de l'entretien. Ces éléments permettent de réaliser un plan personnalisé MEDISIS pour définir les actions à prévoir pour le patient.

Le compte rendu de cette séance est réalisé via la fiche « Ma priorité » (voir annexe 1) qui rassemble l'ensemble de ces éléments. Ce dernier est ensuite transmis au pharmacien d'officine pour la réalisation des ATP suivants en ville.

1.2.3.2 La revue clinique de médication

Au cours de l'hospitalisation, toutes les prescriptions du patient MEDISIS sont analysées par les pharmaciens cliniciens, c'est l'optimisation thérapeutique ou revue clinique de médication. Cette prestation réglementaire est réalisée tout au long du séjour du patient.

Une revue clinique de pertinence de médication peut être en plus proposée au patient, la décision est prise par l'infirmière lors du profilage et/ou par les pharmaciens au moment de l'analyse pharmaceutique.

Cette analyse approfondie est effectuée par le gériatre MEDISIS et un pharmacien clinicien en concertation avec le médecin du service de soins. Elle a pour but de d'optimiser les traitements afin de réduire le risque iatrogène. Pour cela, elle utilise la méthode PMSA [Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Âgé] et l'échange médico-pharmaceutique est réalisé via une Fiche Revue Clinique de Médication Informatisée.

La révision des traitements médicamenteux en prenant en compte l'état de fragilité du patient : son état cognitif, psychologique, nutritionnel, et son autonomie permet au patient de recevoir les médicaments les plus adaptés à sa ou ses pathologie(s). Cela permet de détecter les prescriptions suboptimales : la prescription inappropriée (« misuse »), l'insuffisance de prescription (« underuse ») et l'excès de prescription (« overuse »). (95) Le choix du médicament a en effet toute son importance et d'autant plus chez le sujet âgé en raison de sa plus grande sensibilité à de nombreux médicaments et sa moindre efficacité de ses systèmes de contre-régulation. Il est important de tenir compte avant toute prescription des notions pharmacodynamiques des médicaments, des paramètres pharmacocinétiques et des données de pharmacovigilance.

Quelques règles de prescription existent en gériatrie, comme peser le rapport bénéfice/risque pour chaque prescription, espacer les administrations pour les médicaments à marge thérapeutique étroite, préférer les molécules à demi-vie courtes, être vigilant sur la forme galénique. Ou si l'effet attendu est non urgent, débiter à faible posologie et augmenter progressivement, réévaluer régulièrement l'efficacité par rapport à la tolérance du traitement. Il faut également savoir arrêter un traitement.

Nous nous intéressons également aux antécédents du patient, son motif d'hospitalisation, les observations médicales et les prises en charge.

1.2.4 À la sortie d'hospitalisation

1.2.4.1 La conciliation de sortie

De même qu'à l'admission du patient, la conciliation des traitements médicamenteux est réalisée à la sortie du patient. Cette conciliation médicamenteuse de sortie est réalisée par l'équipe pharmaceutique. Elle a pour objectif d'éviter les erreurs médicamenteuses en sortie d'hospitalisation en comparant la juste liste des médicaments du patient avant hospitalisation à la prescription de sortie, en tenant compte de la prise en charge hospitalière. Elle permet d'explicitier, de documenter les ajustements de traitement réalisés pendant l'hospitalisation et d'intercepter ou de prévenir les erreurs médicamenteuses potentielles. Cette conciliation de sortie permet de construire une information solide, fiable et structurée sur les médicaments et la prise en charge médicamenteuse du patient. Celle-ci n'a de sens que si une activité de conciliation des traitements médicamenteux est mise en place à l'admission. Seule la réalisation de cette activité garantit de travailler sur des informations justes, exhaustives et complètes.

Une fois les données sécurisées en sortie d'hospitalisation, une communication adaptée d'une part aux professionnels et d'autre part aux patients est possible.

1.2.4.2 La lettre de liaison avec conciliation : une communication adaptée aux professionnels de santé

La conciliation de sortie rend possible la rédaction d'une lettre de liaison avec conciliation médicamenteuse (voir annexe 2). Celle-ci comprend un tableau à 4 colonnes avec les pathologies/indications des traitements, le traitement avant hospitalisation (bilan médicamenteux établi lors de la conciliation d'admission), le traitement après hospitalisation et les raisons des modifications ou changements. Ce courrier est envoyé à J0, c'est-à-dire le jour même de la sortie du patient, au médecin traitant, au pharmacien d'officine et à l'IDE libérale par messagerie sécurisée (conformément au décret du 20 juillet 2016.)

Cette lettre de liaison rapporte également le motif d'hospitalisation ou le diagnostic principal. Les étapes du parcours de soins MEDISIS dont le patient a bénéficié au cours de l'hospitalisation sont précisées. Les problèmes liés au comportement du patient vis-à-vis de ses traitements sont spécifiés comme par exemple une adhésion thérapeutique ou une gestion des médicaments à domicile non optimale.

Pour finir, les allergies, le devenir du patient et les rendez-vous du patient sont mentionnés à la fin du document.

1.2.4.3 L'ATP 2 « Mon livret personnalisé de sortie » : une communication adaptée au patient et/ou à ses aidants

Dans le même temps, c'est au moment de la sortie d'hospitalisation, avant le retour à domicile du patient, que la séance 2 d'ATP nommée « Mon livret Personnalisé » est menée par un pharmacien ou une infirmière formés.

L'objectif de cet ATP d'information est de sécuriser la dimension médicamenteuse de la prise en charge du patient, et ce, à la sortie du patient. Pour ce faire, un document est remis au patient, il s'agit du Livret Personnalisé de Sortie ou LPS (voir annexe 3). Comme son nom l'indique il est personnalisé en fonction de la/les pathologie(s) du patient. Chaque livret est unique. Le but n'est pas d'être exhaustif mais de se concentrer sur les messages clés qui permettront au patient d'éviter les écueils en sortie d'hospitalisation et de prendre soin de lui et de sa santé.

Il comprend différentes pages abordant divers points importants :

- Une page comprend la liste et les coordonnées des différents professionnels de santé importants pour le patient ou ses aidants (médecin traitant, service dans lequel le patient a été admis, le pharmacien, l'équipe MEDISIS...).
- Une page rassemble les rendez-vous à venir pour le patient qu'ils soient médicaux ou paramédicaux (chez son cardiologue, la consultation de suivi chez son médecin traitant, ou celle prévue avec le gériatre, un examen type scanner/IRM ou autres...)
- Une seconde lui explique le motif d'hospitalisation, le déroulé de l'hospitalisation, les messages clés à retenir.
- La page suivante concerne le traitement du patient. Sous la forme d'un plan de prise et grâce à un code couleur, le patient visualise rapidement les changements, ou non, de son traitement suite à son hospitalisation. On lui rappelle également très succinctement l'indication de ses médicaments, associée à des conseils et commentaires.
- Une page traite les signes d'alerte et comment y réagir.
- Une ou plusieurs pages sont dédiées aux conseils hygiéno-diététiques, à la surveillance du poids si besoin.
- La dernière page concerne la communication avec le médecin traitant, le patient peut en effet y noter les éléments qu'il souhaite aborder avec lui.

Ce LPS a subi de nombreuses modifications depuis sa création au début du parcours MEDISIS en 2017 puisque des pages ont été ajoutées suite au retour des patients et à son analyse (ajout de notions hygiéno-diététiques par exemple). Il sera amené à être modifié dans un proche avenir, toujours dans l'optique d'une amélioration constante.

L'ATP 2 réalisé permet ainsi de lui remettre ce livret, en abordant les diverses notions comme les conduites à tenir en sortant de l'hôpital, le lien des médicaments avec la maladie, les changements éventuels au cours de l'hospitalisation, les réponses aux questions du patient...

C'est un entretien qui se veut semi-directif, informationnel et éducatif. Le livret est rédigé dans un langage simple et abordable pour le patient permettant sa bonne compréhension.

Le patient sort de l'hôpital et repart avec son livret à la maison. L'ordonnance de sortie lui est également remise. À tout moment du parcours, il est mentionné au patient que l'équipe MEDISIS reste à son écoute s'il souhaite obtenir des informations complémentaires.

1.2.5 De retour au domicile et jusqu'à 30 jours après sa sortie

Un suivi post hospitalisation sous forme d'accompagnement thérapeutique est proposé au patient et/ou son aidant en fonction de son profilage. Il est actuellement réalisé par les pharmaciens d'officine du Lunévillois et est accessible sur formation de dix heures à l'accompagnement thérapeutique MEDISIS. Cette formation est ouverte à tous les professionnels libéraux : médecin, pharmacien et infirmière. Elle permet la validation du développement professionnel continu [DPC]. La formation a été créée par l'équipe MEDISIS en 2018 et la première session de formation réalisée au premier trimestre 2019. Ce travail de thèse porte sur cette nouvelle activité pharmaceutique Ville/Hôpital.

De retour à son domicile, le patient peut bénéficier de trois autres séances d'ATP et d'une téléconsultation gériatrique avec le Gériatre MEDISIS.

La séance ATP 3 s'intitule « M'auto-observer », la séance ATP 4 « Que faire en cas de problème ? », la séance ATP 5 « Me raconter ». A l'issue de ces 3 séances, une consultation gériatrique est proposée pour faire le bilan de cet accompagnement et réaliser un suivi spécialisé. Cette consultation, en présentielle ou en téléconsultation est préparée en amont par l'animateur de l'accompagnement thérapeutique.

Nous reviendrons en détail sur ces séances d'ATP par la suite.

1.2.6 À 30 jours, une consultation spécialisée

Dans le cadre des formations aux ATP MEDISIS, des tablettes tactiles ont été distribuées en septembre 2019 aux professionnels de santé libéraux formés à MEDISIS. Elles rendent ainsi possible la téléconsultation prévue à 30 jours entre le gériatre et le patient.

Lors de la remise des tablettes, une formation d'environ 1 heure a été effectuée auprès des libéraux formés aux ATP MEDISIS permettant de découvrir les différentes fonctionnalités de la tablette. Ces tablettes ont été financées par l'URPS Pharmacien Grand-Est et mises à disposition grâce au soutien de l'ARS Grand-Est et à la signature du CPOM. Le service de téléconsultations médicales Odys proposé par PULSY est inclus dans la tablette.

PULSY, groupement régional d'appui au développement de l'e-santé dans le Grand-Est, est l'opérateur préférentiel de l'ARS Grand-Est pour l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie régionale d'e-santé.

L'équipe MEDISIS est donc le support intellectuel, l'URPS le support financier et PULSY le support numérique.

Les outils MEDISIS sont également inclus via Odys sur la tablette permettant un accès direct à la lettre de liaison contenant la conciliation de sortie, le LPS, le compte-rendu d'ATP 1.

Les compte-rendu des différentes ATP réalisés en ville peuvent être remplis par les professionnels libéraux via la tablette et seront alors directement accessibles par le gériatre.

Grâce à ces tablettes, le patient n'est donc plus contraint de se déplacer jusqu'à l'hôpital, où il y rencontre actuellement le gériatre. Ce changement de fonctionnement permet d'éviter les problématiques de transport, de rendez-vous oublié car pris longtemps à l'avance (le contact fréquent avec le personnel de l'officine permet un rappel permanent au patient) et le côté anxiogène de l'hôpital.

Avant la téléconsultation, le consentement libre et éclairé du patient est recueilli.

La séance ATP 6 nommée « Mon bilan » avec le gériatre s'appuie sur les compte-rendu des différents ATP effectués à l'hôpital et en ville, s'ils ont eu lieu, en y incluant la vision médicale du gériatre. Ce dernier poursuit également l'optimisation des traitements afin d'éviter tout risque iatrogène. Les fragilités du patient repérées lors des différents ATP sont creusées lors de cette consultation. (96) (97)

1.3 Mise en place et financement

Quelques repères temporels :

01 janvier 2017 : lancement de MEDISIS

01 janvier 2018 : MEDISIS est complètement mis en place pour sa partie hospitalisation

01 janvier 2019 : initiation de la partie ville et mise en œuvre de la formation validante DPC des pharmaciens d'officine

Septembre 2019 : remise d'une tablette numérique destinée aux libéraux formés aux ATP MEDISIS rendant possible la téléconsultation entre le gériatre et le patient

Population cible :

Personnes de plus 65 ans hospitalisées après un passage aux urgences et qui retourneront à leur domicile.

Le premier critère est l'âge : plus de 65 ans en continuité avec le protocole Med'Rec et tenant compte de la définition de la personne âgée par l'OMS. C'est la population qui présente le risque le

plus élevé de recours à l'hospitalisation associé aux produits de santé incluant les passages aux urgences et les ré-hospitalisations. Le second critère est le passage aux urgences car il s'agit d'un mode d'entrée courant et source de désorganisation, surtout chez les sujets âgés. Le dernier critère est le retour à domicile du patient ou son transfert dans un autre établissement sanitaire ou médico-social.

Membres de l'équipe MEDISIS :

L'équipe est pluri-professionnelle. Pour le projet, des postes sont financés :

- 1 Équivalent temps plein Pharmacien
- 0,5 Équivalent temps plein IDE

Des postes sont mis à disposition par le CHL :

- 0,2 Équivalent temps plein Gériatre
- 0,3 Équivalent temps plein Médecin généraliste (formation en capacité de gériatrie)

L'équipe MEDISIS s'appuie aussi sur l'équipe de la pharmacie hospitalière du CHL :

- 0,3 Équivalent temps plein Pharmacien sur la partie Conciliation à l'admission qui anime une équipe de 4 externes en pharmacie
- 0,2 Équivalent temps plein Pharmacien pour la revue clinique pluri-professionnelle de médication
- 3 Équivalent temps plein Pharmacien pour l'analyse pharmaceutique de l'intégralité des prescriptions

Tous ces membres agissent en collaboration avec les équipes des services soins du CHL et les professionnels libéraux, à savoir les pharmaciens, les médecins traitants et les infirmières libérales.

MEDISIS bénéficie du soutien du Directeur et du président de la Commission Médicale d'Établissement du CHL et également du Président du Collège médical du GHT Sud Lorraine.

Les équipes du CHRU de Nancy et notamment les équipes des Pôles Pharmacie et Gériatrie soutiennent aussi ce parcours.

Le projet est actuellement appuyé par l'ARS Grand-Est dans le cadre de l'expérimentation Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie [PAERPA] par convention à hauteur de 59 000 euros en 2017, 2018 et 2019. Cette convention entre le CHL et l'ARS a été signée fin 2016 et reconduite à trois reprises.

Un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens [CPOM] a également été signé entre l'ARS Grand Est et l'URPS Pharmacien.

Bien que le projet ait comme objectif premier la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient, il a aussi un second but, celui d'apporter un bénéfice qualitatif et financier pour l'assurance maladie. Le coût du parcours MEDISIS est calculé en prenant en compte d'une part le coût de la démarche qualité et d'autre part les bénéfices/risques associés à la diminution attendue du recours à l'hospitalisation. Le financement du parcours est conçu et formalisé à travers l'élaboration d'un retour sur investissement. Il s'agit d'un projet qui conforte l'adéquation du financement à la qualité des soins et à la performance sanitaire ainsi que le changement d'image des institutions.

1.4 Impact de MEDISIS, état des lieux en 2019

1.4.1 Recours à l'hospitalisation

En 2018, au cours du 1er semestre, une étude de cohorte a été réalisée avec 1 203 patients inclus en 6 mois. Ils ont bénéficié de 4 043 interventions MEDISIS soit en moyenne 3,3 interventions/patient/jour.

Nature de l'intervention de l'équipe MEDISIS	Nombre
Conciliations à l'admission	1203
Conciliations à la sortie	186
Coordinations à la sortie - avec envoi lettre de liaison incluant la conciliation de sortie*	186
Informations patient/aidant avec remise du Livret Personnalisé de sortie	167 (LPS : 107 et Plan prise : 60)
Evaluations du risque de ré-hospitalisation	953
Evaluations de l'adhésion thérapeutique	603
Evaluations de la gestion des médicaments à domicile	502
Revue de pertinence clinique pluri-professionnelles des médicaments	40
Séances hospitalières d'accompagnement thérapeutique du patient (ATP)	198 (ATP1 : 42 et ATP2 : 156)
Séances d'ATP en ville	<i>En cours</i>
Consultations gériatriques (CG) de fin de parcours à 30 jours	5 CG présentes 0 CG par téléconsultation <i>En cours</i>
NOMBRE TOTAL D'INTERVENTIONS MEDISIS	4 043 34 interventions/jour 3,3 interventions/patient/jour

Figure 4. Bilan du 1er semestre 2018 - Cohorte MEDISIS de 1203 patients en 6 mois

Une étude préliminaire au CHL appelée phase d'implantation MEDISIS montre une diminution importante et significative, de 15 à 30%, des recours à l'hospitalisation à 30 jours entre les patients admis au CHL avant et après le déploiement de MEDISIS.

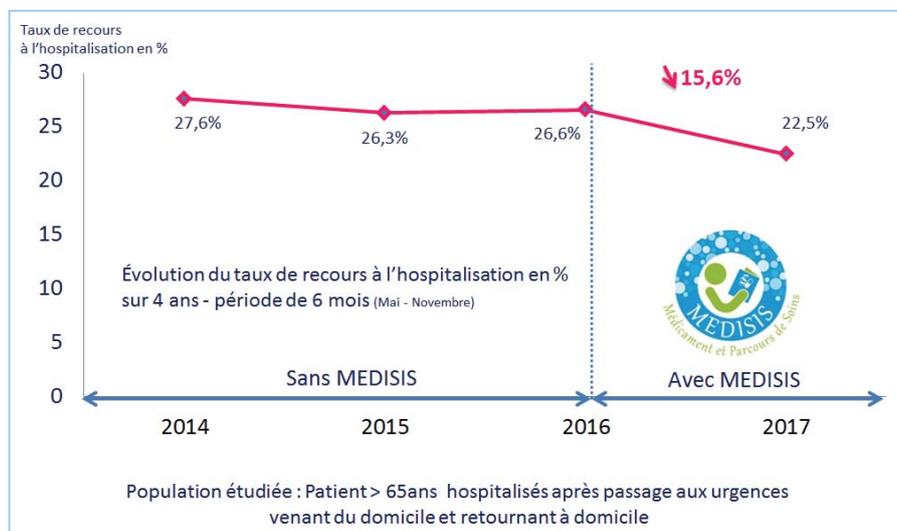


Figure 5. Une tendance à la diminution du recours à l'hospitalisation à 30 jours, amorcée en 2017

Deux périodes de 4 mois ont été analysées (2016 et 2017), plus de 800 patients ont été inclus. Une diminution statistiquement significative du recours à l'hospitalisation à 30 jours de 23,9% a été observée, alors que le parcours MEDISIS n'était pas totalement mis en œuvre.

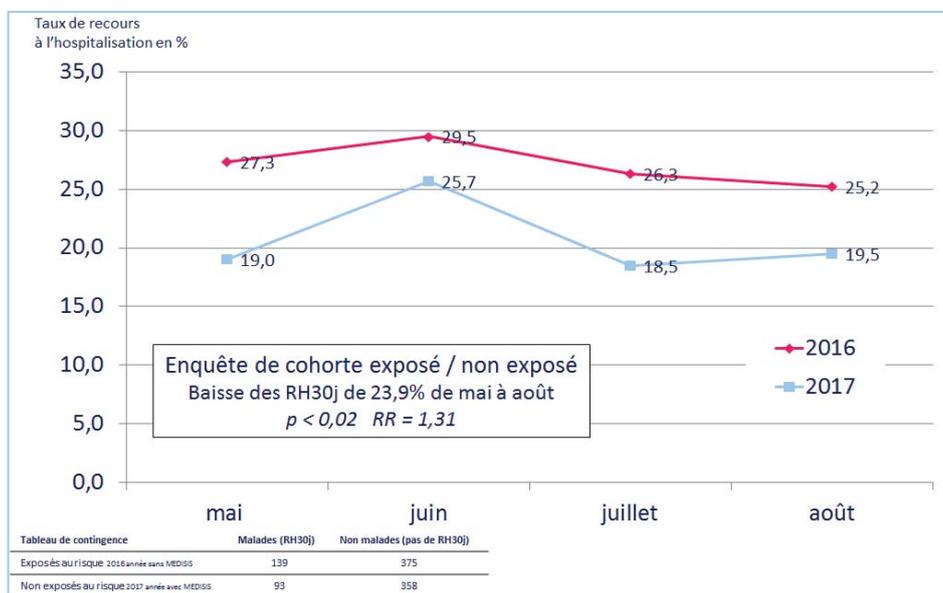


Figure 6. Diminution statistiquement significative du taux de recours à l'hospitalisation en % par comparaison à l'année 2016

En 2017, 1581 patients ont été inclus contre 2 500 en 2018 lorsque le parcours hôpital a été finalisé, le programme est donc en plein développement. (96) (97)

1.4.2 Étude de la satisfaction des patients et des aidants réalisée en 2018

Une enquête de satisfaction menée en 2018 auprès des usagers de MEDISIS, preuve de l'amélioration continue de la qualité, a permis d'évaluer les différentes actions du parcours, notamment du livret personnel de sortie [LPS], et des séances d'ATP. (98) (96)

Dans un premier temps, l'enquête s'est conclue par l'attribution d'une note au LPS de 8,2/10. La majorité des interviewés, patients comme aidants, semble être satisfaits du document.

Certains patients ont trouvé que l'identification des documents MEDISIS n'est pas assez bonne, surtout que le patient sort de l'hôpital avec plusieurs documents, ils peuvent être donc facilement confondus.

D'autres sont davantage demandeurs de consignes et conseils dans le LPS, notamment sur l'environnement du patient, les dispositifs médicaux, l'alimentation...

Il a été aussi montré au cours de cette enquête que les rendez-vous post-hospitalisations ne sont pas gérés de manière optimale. La consultation gériatrique à 30 jours n'est pas assez expliquée aux patients, ils risquent alors de ne pas s'y rendre. L'absence de convocation papier sur un document distincte du LPS semble problématique, tout comme les horaires des rendez-vous pour les aidants.

Pour finir, il a été noté que l'espace dédié aux ATP à l'hôpital n'est pas optimal, la chambre du patient n'est pas forcément toujours adaptée (chambre double). Le timing des séances n'est pas non plus toujours idéal, le patient est souvent inquiet, et son état physiologique et physique sont parfois altérés par l'hospitalisation.

En réponse à l'ensemble des remarques des répondants, différentes propositions d'actions ont été élaborées par l'équipe MEDISIS. (98)

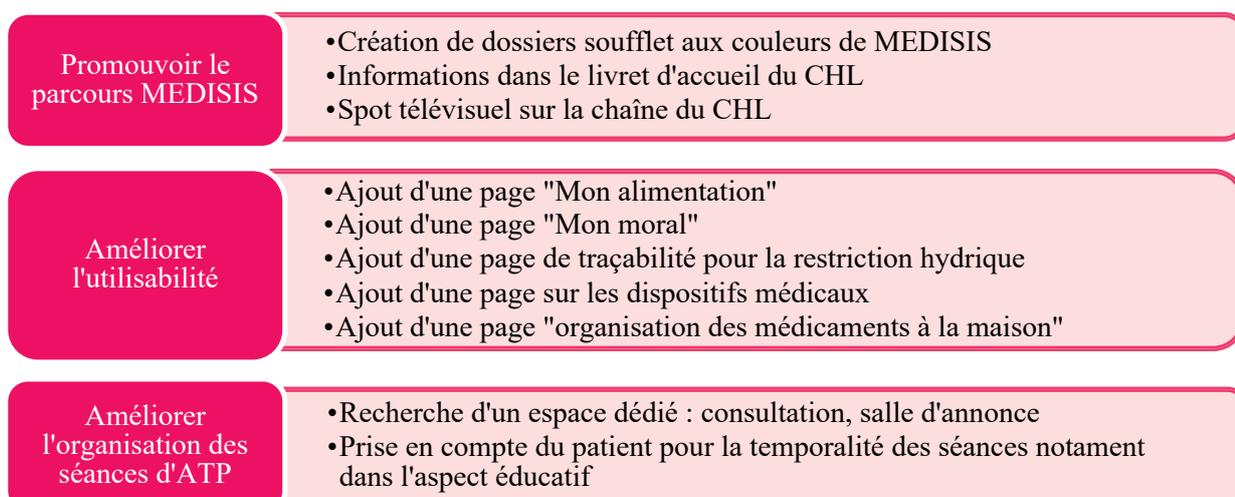


Figure 7. Les propositions d'actions suite à l'enquête de satisfaction

Certaines actions ont été mises en application depuis cette enquête, comme l'ajout de la page « mon alimentation », « mon moral », la traçabilité pour la restriction hydrique.

Cette étude est une première approche, une enquête plus globale du parcours est prévue lors de la 6^{ème} séance d'ATP avec le gériatre.

Les cinq premières étapes du projet MEDISIS ont pu être mises en place, celles-ci étant menées surtout à l'hôpital. Reste cependant la dernière phase comprenant l'accompagnement thérapeutique du patient lors de sa sortie d'hospitalisation avec les 4 autres séances d'ATP, bien que la coordination avec les professionnels de santé de ville soit déjà entamée.

La plus grande partie du programme repose sur la communication entre les professionnels de santé hospitaliers et en ville ainsi que le patient.

Cette dernière étape est donc primordiale et représente l'une des plus importantes actions du projet.

1.4.3 MEDISIS dans l'actualité

Dans l'actualité, le parcours MEDISIS a été salué à maintes reprises, d'abord par la remise du prix Vidal Hôpital en février 2015 qui récompense l'optimisation des stratégies thérapeutiques. (99) En 2018, MEDISIS reçoit le 1^{er} prix de la Prévention Médicale octroyé par la fondation Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français [MACSF]. (100) Le parcours MEDISIS fait également partie des nominés pour les trophées SilverEco en 2019. (101)

1.5 Perspectives

Comme il a été dit précédemment, le but premier est de structurer la prise en charge médicamenteuse du patient de l'émission jusqu'à 30 jours après son retour à domicile. Néanmoins, une fois le projet accompli dans sa totalité, il sera intéressant d'évaluer l'impact médico-économique sur le recours à l'hospitalisation à 30 jours, 90 jours et 180 jours après la sortie d'hospitalisation et de le comparer à la prise en charge traditionnelle chez cette population de patients âgés. Une étude sur les recours à l'hospitalisation à 30 jours a déjà effectuée mais la dernière étape du parcours MEDISIS n'étant pas encore effective, il sera alors nécessaire de renouveler l'étude une fois qu'elle le sera grâce aux données plus complètes.

Il est prévu de recueillir les données sur la base de 2 ans afin de réaliser cette étude médico-économique.

Pour cela, un partenariat avec une équipe ayant des compétences en sciences économiques est envisagé pour s'assurer de la pertinence des évaluations et des résultats obtenus.

La mise en place d'outils en adéquation avec le PMSI = Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information de l'établissement est nécessaire pour créer des évaluations sur les

dépenses réelles et les bénéfiques observés. Le PMSI est un outil de description et de mesure médico-économique de l'activité hospitalière et est obligatoire depuis la loi du 31 juillet 1991. Il oblige les établissements de santé à procéder à l'évaluation et à l'analyse de leur activité.

Il sera aussi intéressant d'évaluer le juste coût engendré par les prestations effectuées par les médecins traitants, les pharmaciens d'officine et les infirmiers libéraux et celui de la téléconsultation à la fin du parcours MEDISIS lors de la séance 6 d'ATP qui met en lien le patient, le gériatre et le pharmacien/infirmier de ville.

Dans un second temps, il sera prévu d'apprécier la satisfaction des professionnels de santé sur le territoire du Lunévillois en prenant en compte la qualité (nature et délai) des informations sur le traitement du patient entre les professionnels de santé hospitaliers et les libéraux et la communication permettant la continuité des soins.

En dernier lieu, lorsque la 6^{ème} action sera en place et donc le programme accompli, une étude de satisfaction pour les patients est aussi envisagée, associée à une évaluation des connaissances acquises sur leur traitement et leur maladie.

Cette enquête de satisfaction permettra de réadapter la démarche, les outils aux besoins du patient si nécessaire.

Les résultats escomptés du projet MEDISIS, sont bien entendu d'une part une diminution des ré-hospitalisations précoces, associée à une diminution du taux de passage par les urgences et une baisse des coûts qui s'ensuivent (coûts liés au passage par les urgences, coûts liés à la prise en charge). La diminution des erreurs médicamenteuses et des événements indésirables graves médicamenteux est aussi liée.

D'autre part, une amélioration des connaissances du patient sur ses traitements et sa maladie (et donc de l'observance des traitements) avec le développement des compétences d'auto-soins est souhaitée. Pour finir, l'augmentation de la satisfaction des patients concernant l'information à sa sortie d'hospitalisation et la satisfaction des professionnels de santé de ville, ainsi qu'une amélioration du délai d'information du médecin traitant, sont à prévoir.

L'ARS Grand Est manifeste son appui pour le projet de manière financière mais aussi en soutenant l'implantation du parcours au CHRU de Nancy et dans les CH de Saint Nicolas de Port et de 3H Santé. L'extension dans le GHT Sud Lorraine est d'ailleurs en cours.

Bien qu'inscrit dans le projet PAERPA, MEDISIS s'intéresse à un tout autre périmètre d'investigation. Il repose sur la construction d'une éducation qu'exige le patient pour une meilleure adhésion thérapeutique. Le projet prévoit dans le futur une application aux populations de patients atteints de maladies chroniques de plus en plus jeunes.

Au-delà des traitements du patient, pour structurer la sortie du patient, les prestations doivent être organisées, regroupées et mutualisées. C'est pour cette raison que le projet de structurer un service des sorties, dénommé le SILVHIE, est associé au parcours de soins MEDISIS.

Le SILVHIE ou Service Interne de Liaison Ville/Hôpital pour Informer les professionnels et Éduquer le patient aura pour but de coordonner le parcours de soins du patient en centralisant les activités nécessaires à l'organisation des sorties ou transferts du patient hospitalisé (MEDISIS, PAERPA, PRADO, Assistances sociales, Gestionnaires de lits).

À court terme, la finalisation du parcours de soins MEDISIS dans sa partie « ville » sur le Lunévillois ainsi que l'accompagnement post formation des libéraux est prévue pour cette année 2019. Tout comme le lancement de la téléconsultation MEDISIS gériatrique à 30 jours après la sortie du patient. La première téléconsultation est prévue en octobre 2019.

En 2020, une nouvelle session de formation aux ATP des professionnels libéraux est prévue (pharmaciens et IDE).

Un dossier projet « MEDISIS Grand Est » prévu par l'Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale a été déposé à l'ARS Grand Est en décembre 2018 dans le but d'obtenir un financement inédit. Le projet est d'ailleurs actuellement parmi 5 dossiers retenus sur 160 projets soumis au préalable à l'ARS dans le Grand-Est. (96)

L'Article 51, introduit par la loi de financement de la sécurité sociale de 2018, est un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financements inédits afin de promouvoir l'innovation en santé.

2 L'accompagnement thérapeutique

2.1 Histoire, étymologie

La notion d'accompagnement est floue, puisqu'il est nécessaire de s'ajuster à chaque situation et à chaque personne qu'il convient d'accompagner. La définition devient donc singulière et est en constante redéfinition. Mais quelques fondamentaux existent, permettant d'avoir certains repères sur lesquels nous appuyer.

Le verbe accompagner vient du latin *ad* = mouvement, *cum* = avec et *panis* = pain, c'est à dire « manger du pain avec », cela suggère qu'accompagner est plus qu'une simple relation.

Le verbe « accompagner » peut être défini par « être avec » et « aller vers » donc qu'il faut être présent, disponible, attentif, ouvert pour l'autre. L'accompagnement est une démarche dynamique. Être présent, mais aussi l'orienter vers une certaine autonomie, le solliciter en s'appuyant sur ses ressources. Celui que l'on accompagne n'est pas considéré comme dépourvu ou insuffisant, en accompagnant quelqu'un nous devenons une ressource, non pas une forme d'assistance.

Il est nécessaire d'avancer ensemble, de manière coopérative afin de créer une relation de confiance et pouvoir partager le ressenti, les objectifs, les interrogations...

Pour avoir une relation saine, il est également important de clarifier les rôles de chacun.

Aujourd'hui, l'accompagnement est une notion qui est totalement intégrée dans notre métier de pharmacien. Beaucoup de professionnels se sont vus attribuer la fonction d'accompagnant mais cela ne garantit en aucun cas la posture qu'il adoptera ensuite.

Il est donc important de former les professionnels, leur permettant d'acquérir de nouvelles compétences, notamment pédagogiques.

Notre métier est avant tout d'être soignant, cependant de nouvelles missions nous ont été confiées depuis quelques années faisant ainsi évoluer notre manière d'être et de faire.

Il est intéressant d'évoquer que la notion d'accompagnement est née d'un choix politique afin d'obtenir des résultats économiques. Insuffler à cette dimension politique, tous les enjeux humains, relationnels qu'en découle l'accompagnement semble primordial.

Même si cette fonction d'accompagnement nous a été imposée, il est tout aussi important de se détacher de la contrainte et de la transformer en ressource.

La posture d'accompagnement est complexe, fluide et en constante évolution. Elle fonctionne en association avec la posture éducative, elle-même rassemblant plusieurs aspects : la posture éthique, de dialogue, de non savoir, d'écoute, émancipatrice, de pédagogue actif. (102) (103)

2.2 La posture éducative

La posture est une manière d'être en relation à autrui, dans un espace et à un moment donné, avec une attitude de corps et d'esprit.

La posture professionnelle est quant à elle le résultat de plusieurs valeurs associant le savoir (les connaissances), le savoir-être (le comportement) et enfin le savoir-faire (les compétences). Le soignant est dans un processus d'évolution ininterrompu lui permettant de construire et de progresser avec la personne soignée. Une remise en question perpétuelle et positive de la posture du professionnel de santé doit être mise en place.

La posture éducative concerne tous les professionnels de santé et les patients atteints de maladies chroniques pour qu'ils développent des capacités d'auto-soin, adhèrent à leur traitement et aux examens, modifient leurs comportements dans leur vie professionnelle et personnelle, gèrent les situations aiguës. Les patients pourront se sentir compris, soutenus et non exclus, et parleront de leur maladie sans complexe, ni honte.

La posture éducative est essentielle au bon déroulement d'un entretien et dans le recueil de données. Elle rassemble plusieurs techniques comme l'écoute active, la bienveillance, l'empathie, la non directivité et l'acceptation. Elle est définie comme une « posture d'écoute et d'accompagnement cognitif et psychosocial dans la relation avec le patient. » (104)

Cette posture relève de véritables compétences et d'un réel professionnalisme pour rechercher le besoin de l'autre. Elle nécessite naturellement de l'entraînement : « la posture éducative s'apprend et s'éprouve. Elle se pense, se formalise, se transmet ». (105)

2.2.1 La posture éthique

La posture éthique est définie selon Derrida en 1967 comme « un rapport de non-violence à autrui. » C'est à dire que le patient pense par lui-même, réfléchit par lui-même, nous ne le faisons pas à sa place et nous ne nous substituons pas à lui. En tant que professionnel, éviter toute relation de domination, de supériorité, de toute puissance, de manipulation ou d'infantilisation par rapport au patient est primordial pour développer le dialogue. Bien au contraire l'objectif est de travailler ensemble, dans un but commun. L'écoute active et la reformulation sont deux outils indispensables dans l'accompagnement thérapeutique pour entretenir l'échange avec le patient.

La posture éthique impose un questionnement personnel : « pour qui je me prends ? », « à quel type de relation je collabore ? », « quel regard je pose sur l'autre ? »,... (102)

2.2.2 La posture de dialogue

La posture de dialogue est la base d'un échange entre deux personnes, le professionnel doit adapter son langage au patient, le simplifier le plus souvent. L'échange doit se faire entre deux personnes, de sujet à sujet et non d'un professionnel à un usager, un malade. Cela suppose forcément une posture de compréhension de l'autre, liée à son état émotionnel. Même si la communication peut sembler dissymétrique au départ, elle est fondée sur un fond de parité.

L'empathie « faculté intuitive à se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent » est un élément clé que le professionnel doit développer dans cette posture de dialogue. Être empathique c'est être à l'écoute du patient, l'inciter à exprimer son ressenti émotionnel. Il s'agit d'une pratique relationnelle qui s'apprend contrairement à l'antipathie ou la sympathie, et qui s'exprime par le langage verbal et non verbal. (106) (102)

2.2.3 La posture de non savoir

La posture de non savoir, fait référence à la position du professionnel qui ne devrait pas être affirmatif mais plutôt dans le questionnement. Cela suggère que ce dernier doit se détacher de ce qu'il sait, des discours déjà prédéfinis pour s'ouvrir et savoir rebondir aux dires du patients. Les échanges et le dialogue seront positifs et constructifs contrairement aux théories auxquelles nous nous raccrochons. En ne sachant pas, le professionnel privilégie l'élaboration et l'innovation avec le patient. Il ne s'agit pas d'omettre tout le savoir acquis et de bloquer ses idées ou ses opinions mais de laisser libre recours à la position de l'autre et ne pas savoir à sa place. Il pourra ainsi nous faire part de ses propres avis, ses propres connexions, cela lui donnera du sens et renforcera l'impact de l'action. Lui apporter d'emblée les solutions et les connaissances n'est ni pédagogique ni éducatif. (102)

2.2.4 La posture d'écoute

La posture d'écoute est également très importante puisque pour pouvoir aider une personne, il faut être attentif, savoir écouter pour pouvoir ensuite questionner, interagir avec le patient toujours de manière empathique et bienveillante. La qualité de la communication dépend beaucoup de notre aptitude à savoir écouter.

Savoir écouter est très important pour mieux répondre aux besoins de chacun, être au plus près de ses interrogations, de ses demandes et développer une relation de confiance. Pour cela, le professionnel doit s'engager lui aussi, en développant certaines capacités et dispositions personnelles dans cette relation complexe mais bénéfique.

L'écoute passive permet au patient de s'exprimer sans interférences.

L'écoute active est une posture, plus souvent sollicitée que l'écoute passive car plus propice à l'empathie, mais également une technique permettant de dynamiser un questionnement. Une des composantes de l'écoute active est le silence ou pause active tout en gardant un contact visuel avec le patient. Le silence signifie quelque chose sans s'exprimer et crée des conditions favorables à une meilleure communication entre les personnes. Tout le monde a tendance à vouloir combler le vide, le silence peut permettre à certaines personnes de réfléchir et de se livrer mais il ne doit pas durer trop longtemps car il est source d'angoisse.

L'écoute active inclut beaucoup plus le pharmacien qui doit faire savoir au patient qu'il l'écoute et qu'il le comprend. Si le besoin se ressent, le pharmacien clarifie la situation, les émotions et les inquiétudes du patient en le questionnant et en utilisant la reformulation : « si je comprends bien, vous semblez dire que... » ou « en d'autres termes... ». (106)(107)(108)

La reformulation a pour but de reformuler différemment l'idée exprimée par le patient en demandant confirmation de la bonne compréhension.

La relance d'encouragement peut être aussi utilisée pour préciser les propos du patient en lui demandant d'explicitier, préciser et approfondir son avis.

2.2.5 La posture émancipatrice

La posture émancipatrice permet d'emmener le patient vers une certaine autonomie grâce à l'interaction entre professionnel et patient. Le professionnel se joint à lui pour aller où il va en même temps que lui, chaque accompagnement étant unique vu que celui-ci évolue en fonction de la personne. Il n'existe donc pas d'accompagnement standardisé, il est en constante redéfinition et ajustement, chaque situation étant singulière, la nécessité de s'adapter et de personnaliser son action est alors indispensable. En tant que professionnel, un des éléments clés est le perpétuel questionnement sur sa manière de faire, le réajustement, redéfinir son action afin de s'améliorer.

2.2.6 La posture de pédagogue actif

L'accompagnement c'est aussi de la pédagogie active, car le professionnel ne se contente plus de donner des informations à un individu « objet de soins », il met le patient en situation pour qu'il devienne acteur de sa santé et qu'il puisse résoudre ensuite ses propres problèmes.

L'information seule ne permet pas toujours d'améliorer la capacité du patient à être dans l'auto-soin. Certains patients pensent « savoir » et adoptent ainsi un comportement nocif, et contre-productif pour leur santé.

En santé, l'autonomie est à de nombreuses reprises recherchée chez les patients pour leur permettre de moins dépendre des structures hospitalières et de gérer au mieux leur maladie.

Le premier élément pour amener le patient à se prendre en charge lui-même, est de lui permettre de s'exprimer, de s'ouvrir et de se raconter.

Le but étant pour le patient d'acquérir de l'autonomie et de se responsabiliser. Pour cela, il sera nécessaire de l'impliquer dans diverses démarches, de le motiver, d'effacer la passivité et d'agir dans ce projet qui doit devenir le sien. Le professionnel devra lui insuffler du dynamisme et de la motivation mais seul le patient est maître de ses choix, de ses actions.

Dans tout accompagnement quel qu'il soit, un lien significatif doit être créé entre les deux personnes, c'est la confiance mutuelle. C'est le mot clé utile dans la réussite de tout accompagnement, pour faire face à l'imprévisibilité et parfois à l'inquiétude des entretiens mis en place.

Un autre aspect important est celui du consentement du patient, sans lequel rien n'est possible. Selon Ehrenberg en 2004, le consentement est « l'un des points clés de la référence à l'autonomie qui définit l'idéal du patient contemporain. L'autonomie, c'est à la fois l'idée que le patient est responsable de sa santé, que cette responsabilité est l'élément permettant d'établir une relation de confiance (...), que cette confiance implique une information donnée au patient, mais aussi que le patient est compétent et qu'il faut développer ses aptitudes d'autogestion de sa maladie. » (109)

L'accompagnement est la base de l'éducation thérapeutique, qui transforme la médecine curative centrée sur la maladie à celle centrée sur la personne. Cela amène à traiter non seulement la pathologie et la maladie mais également à prendre en compte la personne et son environnement, rendant d'ailleurs la prise en charge toujours singulière. L'accompagnement thérapeutique remet au centre de la médecine la relation entre le patient et son soignant et implique la mise en œuvre de différentes actions sociales et psychologiques. En développant de nouvelles compétences, celles d'accompagnant, nous acquerrons de nouvelles méthodes relationnelles afin que le patient devienne co-responsable de son traitement et qu'il prenne en main sa maladie.

Pour que cela fonctionne, le patient devra être dans une posture de compréhension et être réceptif au message envoyé par le professionnel, ceci se construisant d'ailleurs au fur et à mesure du dialogue entre le professionnel et la personne soignée.

Être à l'écoute, reconnaître ses besoins et ses difficultés, dialoguer, c'est ce qui définit l'accompagnement. (102) (103)

2.3 L'éducation thérapeutique

2.3.1 Naissance et implantation de l'ETP

L'Éducation Thérapeutique du Patient [ETP] et plus globalement l'éducation pour la santé, a vu le jour suite à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques depuis plusieurs années. Selon les données de l'Assurance maladie de 2017, actuellement plus de 10 millions de patients en France sont concernés par une maladie chronique, et plus d'1 personne sur 6 est en Affection Longue Durée [ALD].

Pour répondre aux divers besoins des patients souffrant de maladies chroniques et à leurs répercussions, une notion appelée « Éducation pour la santé » est apparue au secours de la médecine seule. L'OMS, à travers sa charte d'Ottawa en 1986, a d'ailleurs défini l'Éducation pour la santé comme « un processus, qui, tout au long de la vie, permet à l'individu, malade ou pas, d'acquérir des compétences qui lui permettront de promouvoir, entretenir ou restaurer sa santé et améliorer sa qualité de vie et, par extension, celles de la collectivité dans laquelle il vit ».

À partir de cette date, différents organismes ont alors intégré au fil des années l'éducation pour la santé dans leurs recommandations.

La reconnaissance de l'ETP s'est faite petit à petit, en 1999 tout d'abord, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé [ANAES] prévoit que la prise en charge du patient doit être globale et doit prendre en compte ses besoins physiques, psychologiques, sociaux, fonctionnels et nutritionnels. Des actions d'éducation sur sa maladie et son traitement sont mises en place dans les établissements de santé.

En 2001, le Plan National d'Éducation pour la Santé [PNEPS] indique que l'éducation thérapeutique fait partie de l'éducation pour la santé en ciblant le patient et l'entourage.

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, souhaite promouvoir des actions d'information sur l'éducation pour la santé et des actions d'éducation thérapeutique.

Cette même année, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé [INPES] chargé des actions préventives et d'éducation pour la santé a vu le jour et a développé l'éducation thérapeutique du patient sur toute la France.

La loi de santé publique d'août 2004 souligne le caractère prioritaire de la prévention et affirme le droit de toute personne d'accéder aux informations relatives à sa situation de santé et d'être reconnue comme un acteur partenaire de sa santé avec les professionnels. (110) (111)

2.3.2 Définition

L'ETP est un concept défini dès 1998 par l'OMS, repris en France par la HAS en 2007, suivi par une directive réglementaire en 2009 : la loi HPST Hôpital, Patient, Santé et Territoire.

Déjà en 1998, l'OMS Europe définit l'éducation thérapeutique selon 4 axes principaux (112) :

- Elle permet d'aider le patient à obtenir ou maintenir les compétences nécessaires pour appréhender les difficultés liées à sa maladie chronique.
- Il s'agit d'un processus permanent et continu, intégré dans les soins du patient pour qu'il puisse gérer au mieux sa vie malgré la maladie.
- Elle place le patient au centre et implique des activités organisées pour l'informer sur sa maladie ou son traitement. Ces activités s'accompagnent parfois d'un soutien psychologique. Des notions comme la gestion des soins, ou celle des procédures hospitalières, ou encore les comportements liés à la santé et à la maladie sont abordés.
- Elle a pour objectif d'aider le patient et son entourage à comprendre sa pathologie et son traitement, à le motiver à travailler ensemble, développer sa propre responsabilité dans la prise en charge afin d'atteindre un mode de vie optimal.

En 2007, la HAS élabore des recommandations et un guide méthodologique sur l'ETP. (113) (114)

Ces deux documents nationaux ont servi à poser un cadre général dans la mise en œuvre du processus d'éducation thérapeutique et ont rappelé l'intérêt de l'ETP dans le parcours de soins du patient. D'après ce rapport de la HAS, l'éducation thérapeutique est « complémentaire et indissociable des traitements et des soins, du soulagement des symptômes, de la prévention des complications » et « participe à l'amélioration de la santé du patient (biologie clinique), de sa qualité de vie et celle de ses proches ». Elle « tient compte des besoins spécifiques de chaque personne. Pour cela, la proposition d'éducation thérapeutique doit s'appuyer sur un diagnostic éducatif individuel (appelé aussi bilan éducatif partagé). »

Les maîtres mots de ces recommandations de la HAS sont tout d'abord la pluridisciplinarité des acteurs de l'ETP (du secteur médical ou paramédical), et ensuite la prise en charge globale du patient qui devient acteur de sa santé en intégrant conséquences sociales et psychologiques de la maladie. L'ETP est une notion multidisciplinaire car elle mène la santé à la psychologie, la sociologie et la pédagogie. (115)

Par la suite, la loi HPST du 21 juillet 2009 (116) intègre l'ETP dans le Code de la Santé Publique ce qui permet de reconnaître l'ETP comme acteur important de l'amélioration de la qualité de vie des patients malades et lui concède un encadrement spécifique ceci garantissant la qualité nécessaire à son développement et à son efficacité.

Cette loi de 2009 stipule que « l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient » et qu' « elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ».

La loi prévoit 3 modalités d'application de l'ETP en France : les programmes d'ETP, les actions d'accompagnement et les actions d'apprentissage.

2.3.3 Les programmes d'ETP

La loi HPST précise que pour assurer sa faisabilité, les programmes d'ETP doivent répondre à un cahier des charges national et être autorisés par les ARS. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur ou tout autre acteur de l'ETP et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé. L'équipe dispensatrice des programmes est pluridisciplinaire et doit comprendre au moins deux professionnels de santé différents, au moins un médecin, et au minimum un membre ayant suivi la formation ETP de 40 heures.

L'arrêté du 14 janvier 2015 (117) relatif au cahier des charges des programmes d'ETP et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement a été publié et abroge ainsi l'arrêté du 2 août 2010. Tous les intervenants dans un programme d'ETP doivent désormais justifier de compétences en ETP. Pour coordonner un programme, au minimum 40 heures de formation sont maintenant exigées en plus des 40 heures nécessaires à la dispensation de l'ETP.

L'évaluation de ces programmes est ensuite réalisée par la HAS à l'issue des programmes.

Les programmes d'ETP s'adressent à toute personne ayant une maladie chronique, quel que soit son âge ou le stade, le type ou l'évolution de la maladie. Ils peuvent aussi concerner l'entourage du patient s'il souhaite s'impliquer dans la gestion de la maladie.

Les patients se verront proposer le programme dès l'annonce du diagnostic de la maladie chronique et à tout autre stade de la maladie. Ce seront les offres d'éducatives thérapeutiques qui varieront dans le temps en fonction de l'évolution de la maladie et des besoins du patient.

Des décrets d'application et arrêtés précisent le cahier des charges, les conditions d'application et les compétences nécessaires à la mise en place d'un ETP. Ces dispositions sont d'ailleurs considérées comme de plus en plus contraignantes et exigeantes.

2.3.3.1 Étapes de la démarche d'éducation thérapeutique

La démarche éducative est composée de 4 grandes étapes :

- Élaborer un diagnostic éducatif pour identifier les connaissances, les attentes et besoins du patient.
- Définir un programme personnalisé d'éducation thérapeutique du patient pour formuler les compétences à acquérir.
- Planifier et mettre en œuvre les séances d'éducation thérapeutique du patient : des séances individuelles ou collectives sont organisées.
- Réaliser une évaluation individuelle pour tirer le bilan avec le patient, valider les acquis.

Un programme d'ETP n'est jamais obligatoire et ne peut être effectué sans le consentement du préalable du patient. Parmi les critères de faisabilité, il est essentiel qu'un ETP ait lieu dans un espace de confidentialité.

Lors de ces séances d'ETP, de nombreux outils sont utilisés : des techniques de communication centrées sur le patient (comme l'écoute active, l'entretien motivationnel), des techniques pédagogiques (tables rondes, jeux de rôle, simulations de cas, travaux pratiques...), des outils tels que des affiches, des cartes, brochures... (118)(119)(114)

Le cadre défini par la loi implique inévitablement une mise en œuvre stricte et formelle des programmes d'ETP, devant répondre à un cahier des charges précis. Un dossier parfois complexe est nécessaire ce qui laisse moins de place à l'innovation.

Les séances d'accompagnement thérapeutique mises en place dans le parcours MEDISIS ne répondent pas tout à fait aux normes de cette démarche éducative et à la définition *stricto sensu* de l'ETP. C'est pourquoi MEDISIS est considéré comme un programme d'accompagnement thérapeutique. Néanmoins, les objectifs et les étapes restent globalement semblables.

2.3.4 Objectifs de l'éducation thérapeutique

Selon les recommandations de la HAS en 2007, l'éducation thérapeutique permet d'acquérir des compétences utiles pour devenir acteur de sa santé et mieux gérer sa maladie et son traitement au quotidien.

Elle développe ainsi d'une part « des compétences d'auto soins, c'est à dire des décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé. Parmi elles, les compétences dites de sécurité visent à sauvegarder la vie du patient.

D'autre part, elle mobilise des compétences d'adaptation, c'est à dire des compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux personnes de

maîtriser et diriger leur existence, d'acquérir la capacité de vivre dans leur environnement et de modifier celui-ci. Elles sont fondées sur le vécu du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales. »

Chaque programme d'éducation doit prendre en compte ces deux aspects dans l'analyse des attentes du patient, de ses compétences à acquérir, des choix des sujets à aborder, des méthodes pédagogiques à utiliser et par la suite des évaluations à effectuer.

L'ETP permet au patient de mieux comprendre sa maladie, soulager ses symptômes, connaître les mesures préventives (adapter son environnement, prendre un traitement préventif), reconnaître et savoir réagir aux signes d'alerte à l'origine d'une aggravation de la pathologie ou savoir résoudre certaines difficultés liées à la maladie pour mieux vivre avec. Le patient apprend à s'auto-surveiller, réaliser des automesures, des gestes techniques et à adapter les doses des médicaments. La parole est donnée au patient afin qu'il s'exprime sur les contraintes liées à sa pathologie. L'éducation thérapeutique permet au patient de prendre confiance en lui et contribue à ce qu'il prenne les bonnes décisions pour résoudre ses problèmes. (114) (120)

Plus simplement, l'objectif de l'ETP a été aussi décrit comme un ensemble d'actions participant à « aider les patients à prendre soin d'eux-mêmes. » d'après B. Sandrin-Berthon. (121)

La proposition de l'ETP et son acceptation par le patient ou par l'entourage ne pourra donner suite que si, au préalable, nous avons effectué une revue clinique des prescriptions et des diagnostics. Il est nécessaire de hiérarchiser les objectifs thérapeutiques et les compétences à acquérir, afin d'accorder les priorités du patient et celles du professionnel de santé, tout en considérant le maintien de la qualité de vie du patient.

L'ETP est une façon de faire converger les attentes du patient avec celles du professionnel, et ce avec une méthode de communication bien précise, pour mettre en relation deux mondes qui ne parlent pas la même langue. (120) (119)

Information du patient et éducation thérapeutique sont deux notions complètement différentes.

De nombreuses études ont prouvé que la transmission d'une information, même détaillée et de bonne qualité, ne suffit pas à elle seule à aider les patients à gérer leur maladie au quotidien. Un conseil, une information orale ou même écrite, une indication préventive ne seront jamais comparables à une séance d'éducation thérapeutique. (122)

2.3.5 Critères de qualité des ETP

Pour assurer la qualité de la mise en œuvre des ETP, des critères et recommandations ont été créés par la HAS. (123) L'ETP doit être :

- Centrée sur le patient, élaborée avec le patient, intégrée à sa vie quotidienne, à ses facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux et doit impliquer le plus possible son entourage.

- Être issue d'une évaluation des besoins et de l'environnement du patient (diagnostic éducatif).
- Être réalisée par des professionnels de santé formés à la démarche.
- Faire partie intégrante de la prise en charge de la maladie.
- Être scientifiquement fondée et enrichie par les retours d'expérience des patients et des aidants.
- Être définie en termes d'activités et de contenu, être organisée dans le temps, réalisée par divers moyens éducatifs (techniques de communication centrées sur le patient, techniques pédagogiques variées, séances collectives ou individuelles...).
- Être accessible à différents publics et s'adapter au profil éducatif et culturel du patient, respecter ses préférences, son style, son rythme d'apprentissage.
- Être multi-professionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle.
- Faire l'objet d'une évaluation individuelle et de déroulement du programme.

Selon les Professeurs D'Ivernois et Gagnayre en 2002, « l'éducation thérapeutique fait partie intégrante des soins et n'a d'intérêt que si elle est de qualité. » Ils ont publié un recueil de compétences à acquérir destiné aux patients puis un recueil destiné aux professionnels. (124)

2.3.6 L'ETP, une démarche essentiellement hospitalière

L'éducation thérapeutique est maintenant parfaitement intégrée dans le parcours de soins du patient. Elle concerne essentiellement les pathologies chroniques (telles que le diabète, l'asthme, la BPCO, le VIH, l'insuffisance cardiaque, l'hypertension...) et cette démarche centrée sur le patient est sans conteste indispensable pour la gestion des maladies chroniques.

Néanmoins, elle reste encore aujourd'hui, centrée sur des activités de groupe mises en place essentiellement dans les établissements hospitaliers. Une fois les séances d'éducatives réalisées, le patient rentre à son domicile et a désormais quelques clés pour mieux connaître sa maladie, son traitement mais une part d'incertitude et d'incomplétude demeure dans la gestion du long terme.

Les hôpitaux sont des lieux « naturels » où l'ETP peut s'épanouir, en raison de la pluridisciplinarité et la pluri-professionnalité. Ils disposent des lieux, des crédits pour réaliser ces programmes, le patient a aussi le temps nécessaire lorsqu'il est hospitalisé.

L'ETP est parfois considérée comme une démarche condescendante, hospitalo-centrée dans laquelle l'écoute du patient est reléguée au second plan. (122)

Tout l'enjeu est de développer ces pratiques éducatives en ambulatoire, c'est pourquoi les actions d'accompagnement thérapeutiques, psycho-social, et de soutien ont également besoin d'être reconnues. Le gouvernement octroie donc des subventions pour ces actions portées au niveau des agences régionales de santé. (103)

2.3.7 Différences et similitudes entre accompagnement thérapeutique et ETP

L'accompagnement thérapeutique ou actions d'accompagnement font partie de l'ETP, elles sont mêmes parfois complémentaires de l'ETP et contribuent à enrichir la prise en charge du patient.

Selon l'article 84 de la loi HPST, « les actions d'accompagnements font partie de l'éducation thérapeutique et ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. »

Contrairement aux programmes d'ETP, aucun décret d'application n'existe pour préciser cette définition, définir les acteurs et apporter un cahier des charges.

Le rapport en septembre 2008 intitulé « Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient », présenté par C. Saout à la ministre de la santé Roselyne Bachelot reconnaît que les actions d'accompagnement ont bien leur place au sein du dispositif général qu'est l'ETP. Il nous dit que « l'éducation thérapeutique *stricto sensu* se distingue de l'accompagnement du malade, défini comme un processus externe veillant à soutenir le patient et son entourage, y compris dans le cas d'un accompagnement pour une bonne observance des traitements. » (125) (126)

2.4 L'accompagnement thérapeutique chez les personnes âgées

Les personnes âgées sont souvent polypathologiques, et donc de surcroît polymédiquées : 57% des sujets de 75 ans et plus ont une affection longue durée et ils ont en plus un problème de santé. Ils doivent faire face le plus souvent à plusieurs maladies, aux douleurs chroniques et les conséquences sur leur vie quotidienne sont parfois très difficiles à gérer.

Le traitement de ces maladies est donc complexe, d'autant plus qu'il s'agit d'une population fragile, en perte d'autonomie, fréquemment touchée par les démences, les troubles sensoriels, les troubles cognitifs. Une attention toute particulière doit être donnée à leurs troubles psychiques (troubles du sommeil, anxiété, troubles de l'humeur, dépression) à leurs douleurs et souffrances, à leurs vulnérabilités sociales.

Avec l'âge, le déclin physique s'amorce et avec lui la diminution de la performance du corps. La perte musculaire au profit de la masse grasse entraîne une diminution du tonus musculaire et une plus grande difficulté à se déplacer. Les sens comme la vue, l'ouïe, le toucher se détériorent et peuvent entraîner un isolement de la personne. Ses capacités à interagir avec le monde extérieur sont amoindries. Les personnes âgées sont également plus sensibles aux maladies neurodégénératives ce qui contribue à leur isolement.

Ces spécificités physiologiques doivent être prises en compte pour ainsi trouver des solutions leur permettant d'interagir avec leur environnement : parler lentement et distinctement dans une pièce silencieuse et se mettre en face de la personne pour qu'elle puisse lire sur les lèvres en cas de

déficit auditif. Ou bien tenir la main d'une personne, utiliser un éclairage suffisant, adapter la taille des caractères, les contrastes entre les couleurs (écriture foncée sur fond clair) en cas de déficit visuel.

En tant que professionnel de santé, nous devons être soucieux des répercussions liées au vieillissement du patient telles que l'altération éventuelle de la mémorisation, la compréhension, la lecture, la concentration. Les modalités d'apprentissage doivent être adaptées aux patients âgés et à ses préférences. Il n'existe malheureusement pas de séance d'éducation thérapeutique standardisée, chacune doit se modeler aux attentes du patient, à ses capacités d'écoute, de compréhension, à ses dires et doit respecter son rythme d'apprentissage.

Le patient âgé est souvent touché par plusieurs maladies, toute la difficulté réside donc à ajuster les séances pour aller à l'essentiel et lui donner sans détour les bonnes informations, sans les noyer sous une pluie de détails.

Il est également important de tenir compte des spécificités psychosociales des personnes âgées. Celles-ci ont en effet besoin de repères spatio-temporelles et de satisfaire à une routine, permettant d'éviter les confusions. Certains reçoivent la visite d'infirmières, d'aides à domicile pour le ménage, les repas, la toilette... Ces personnes sont identifiées comme des personnes ressources, tout comme les aidants, la famille, les amis ou les voisins.

L'anxiété de la mort est largement présente chez ces personnes âgées ce qui peut être source de dépression, surtout avec leur cercle social qui s'amenuise avec les années.

Les patients âgés ont des besoins particuliers en matière de santé, en adéquation avec leurs situations physiologiques, cognitives et sociales. Ces besoins peuvent être des besoins d'information : explication des médicaments, des maladies, des signes d'alerte. Ils peuvent être également des besoins éducatifs : s'auto-observer, savoir réagir et alerter, connaître ses personnes ressources, savoir communiquer de façon adaptée avec ses professionnels de santé, savoir expliquer un épisode de sa maladie. Une des priorités pour le patient est le souhait de gain d'autonomie.

De manière générale, les patients âgés connaissent mal leurs maladies, les problèmes d'observance de leurs traitements sont récurrents, même s'ils ne souffrent d'aucun trouble cognitif. Les difficultés à se retrouver dans leur parcours de soins et les ruptures occasionnées par une hospitalisation, l'annonce d'une nouvelle maladie, un médecin qui part en retraite ou qui s'absente en période de vacances représentent un réel problème.

L'importance de l'éducation thérapeutique prend tout son sens avec cette partie de la population. Aider les personnes âgées encore autonomes en risque de perte d'autonomie (pour des raisons médicales ou sociales) en leur apprenant à gérer en même temps leurs maladies, leurs traitements, leurs problèmes de santé, leurs symptômes chroniques et à adapter les conséquences sur leur vie quotidienne : c'est l'enjeu de l'éducation thérapeutique. (127)

Appliquer l'éducation thérapeutique aux personnes âgées, sollicite la mise en place d'actions et d'objectifs spécifiques. L'implication des aidants est primordiale, tout comme la nécessité d'utiliser des techniques et des outils adaptés.

Pour construire l'approche éducative de la personne polypathologique, ses préférences doivent être prises en compte au préalable. Les personnes âgées sont en effet capables d'exprimer leurs préférences, leurs volontés, leurs priorités de santé à un moment donné. Impliquer le patient âgé est tout aussi important qu'impliquer un patient jeune, pour le rendre acteur de sa prise en charge et donner du sens au projet de soins.

L'explication des concepts de décompensation en cascade et de décompensation fonctionnelle est tout aussi judicieuse car les personnes âgées connaissent peu leurs maladies et les liens qui les unissent. Ils doivent comprendre le lien entre le problème de santé et les thérapeutiques associées. Un patient concevra plus facilement l'importance de surveiller son poids de façon rapprochée lors d'un épisode infectieux, s'il sait que celui-ci peut décompenser son insuffisance cardiaque. L'utilisation de cartes « symptômes », « maladies », « situations » pour aider à la compréhension des liens s'avère être parfois efficace comme l'a prouvé l'essai OMAGE.

Le parcours de soins est bien souvent plus complexe chez les personnes âgées, en raison de la diversité des intervenants (médicaux, paramédicaux), les multiples hospitalisations qu'elles soient programmées ou en urgence. La rupture que constitue l'hospitalisation est réelle surtout lorsque le patient est en transition entre deux lieux de soins : l'hôpital et le domicile. L'ETP apparaît comme une nécessité tout au long du parcours de soins mais en particulier lors des transitions ville-hôpital en impliquant l'ensemble des professionnels de santé, hospitaliers et libéraux. (127)

L'altération de leur état de santé et de leur autonomie peut être très rapide, l'éducation thérapeutique peut donc être utile de diverses manières comme :

- Réaliser des auto-surveillances, reconnaître et savoir réagir aux signes d'alerte.
- Apprendre à gérer leurs traitements, prendre correctement les médicaments, adapter les doses.
- Comprendre sa pathologie et faire le lien entre les problèmes de santé et son traitement.
- Savoir adapter son mode de vie : règles hygiéno-diététiques, activité physique.
- Faire face à l'imprévu, notamment une décompensation de la maladie chronique, ou un évènement aigu.

Les personnes âgées seront amenées à développer diverses compétences : premièrement des savoirs (comme par exemple, expliquer la rétention hydro-sodée dans l'insuffisance cardiaque, ou la zone de l'INR avec les AVK), en second des savoir-faire (comme organiser sa prise de médicaments pour éviter les oublis, ou prendre sa tension artérielle à l'aide d'auto-tensiomètre) et enfin des savoir-être (savoir réagir suite à une prise de poids, ou recourir à son médecin traitant si nécessaire).

Les ressources éducatives utilisées chez la personne âgée pour l'apprentissage de compétences doivent être étudiées et adaptées pour la personne âgée, notamment en cas de troubles sensoriels.

Les adaptations conseillées par la HAS concernent tout d'abord les techniques de communication : l'écoute active, l'attitude encourageante, la reformulation et les questions ouvertes, l'entretien motivationnel.

Les techniques pédagogiques ensuite, pour faciliter l'attention et la mémorisation : les messages doivent être simples, clairs, exprimés avec un langage simple. Un membre de l'entourage peut être convié à la séance pour l'aider à acquérir les compétences et des outils comme des « aide-mémoires » compréhensibles peuvent être laissés au patient. Pour l'aider au raisonnement, au contrôle et à l'organisation, les séances doivent être plutôt courtes et chronologiques, les outils faciles à utiliser. Les situations évoquées avec le patient doivent être proches de son contexte de vie. (128) (129)

2.4.1 OMAGE, un exemple de programme d'accompagnement des personnes âgées

L'intervention OMAGE est un exemple de programme d'accompagnement mise en place en France ayant démontré son efficacité sur la prévention des ré-hospitalisations des plus de 75 ans : une réduction de 30% des patients ré-hospitalisés à trois mois a en effet été montrée.

Elle prend en compte l'optimisation de la prescription et la coordination entre professionnels, intègre la polymédication et se focalise sur 3 facteurs de risque d'hospitalisation évitables : la dépression, la dénutrition et les problèmes liés au médicament. Ce programme montre l'importance d'initier l'ETP lors du séjour hospitalier pour permettre une motivation accrue du patient (ou de son aidant) car celui-ci redoute une ré-hospitalisation. Il appuie également le fait d'assurer la continuité du parcours et l'éducation en ville.

« OMAGE parcours » permet d'assurer le suivi du patient en ville pendant les deux mois suivants la sortie d'hospitalisation. La poursuite de l'éducation, l'accompagnement et la coordination ville-hôpital sont ainsi renforcés. Ce programme a d'ailleurs été retenu par la HAS comme « référent de l'éducation thérapeutique des patients sur le thème polypathologie/polymédication dans le cadre des expérimentations PAERPA ». (130)

3 La formation DPC MEDISIS

Les séances d'ATP occupent une grande responsabilité dans le parcours MEDISIS et notamment dans sa sixième étape.

Nous l'avons vu, elles sont d'ores et déjà effectives dans la partie hôpital avec l'ATP 1 « Ma priorité » et l'ATP 2 « Mon livret thérapeutique ».

L'accompagnement thérapeutique débuté à l'hôpital, doit se poursuivre à domicile via les pharmaciens d'officine qui doivent au préalable être formés à la réalisation de ces ATP.

L'année 2019 marque la mise en œuvre de la formation validant le DPC pour les pharmaciens d'officine.

L'ARS a en effet validé ces formations comme DPC, celui-ci ayant pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences, et également l'amélioration des pratiques. Le pharmacien doit donc satisfaire à l'obligation de DPC triennale afin d'être en accord avec ses missions. (131)

3.1 Rôle des pharmaciens d'officine

Il est intéressant de mentionner le rôle très important des pharmaciens d'officine qui sont en contact direct et régulier avec les patients et qui, au fil des années et selon les pharmacies, ont tissé un lien plutôt unique avec eux. Le pharmacien d'officine est disponible et très accessible, crédible auprès du public, situé le plus souvent à proximité du patient et le connaît plutôt bien : le contexte familial, socio-professionnel, son entourage, son historique médicamenteux... Une relation de confiance a été instaurée entre ces deux acteurs, parfois très forte, ce qui est un énorme atout, de manière générale mais aussi, on l'a vu, dans l'accompagnement thérapeutique. Globalement, les Français sont attachés à leur pharmacie, cette fidélité augmentant avec l'âge.

3.2 Descriptions des séances de formation

Une fois que le patient quitte l'hôpital pour retourner à son domicile, 3 autres séances d'ATP sont organisées par les libéraux :

- La séance 3 « M'auto-observer »
- La séance 4 « Que faire en cas de problème ? »
- La séance 5 « Me raconter »

La séance 6 dénommée « Mon bilan » prévoit la consultation du patient avec le gériatre MEDISIS soit à l'hôpital de jour, c'est à dire que le patient se déplacera à l'hôpital pour rencontrer le gériatre, soit par téléconsultation via le pharmacien d'officine ce qui suggère une collaboration entre les pharmaciens d'officine et les gériatres hospitaliers.

Chaque entretien avec le patient dure 30 minutes environ et est rémunéré à raison de 25€ par séance, soit 100€ au total si les trois séances d'ATP et la téléconsultation avec le gériatre ont été effectuées.

Il se déroule soit à la pharmacie dans un espace de confidentialité, soit chez le patient lui-même si celui-ci ne souhaite pas ou est dans l'incapacité de se déplacer.

Il a été prévu que la séance ATP 3 ait lieu dans les 7 jours après la sortie d'hospitalisation, la séance ATP 4 dans les 14 jours, la séance ATP 5 dans les 21 jours et la séance ATP 6 avec le gériatre à 30 jours après la sortie du patient.

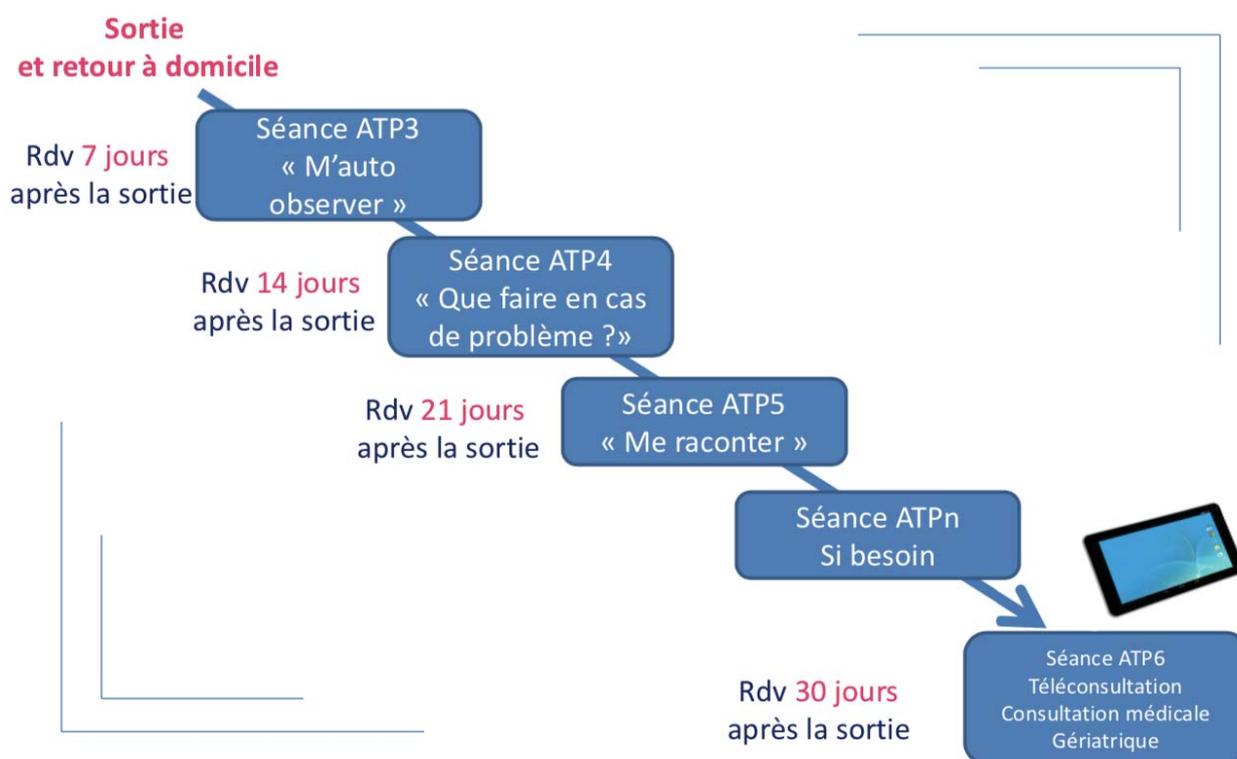


Figure 8. Programme des séances d'ATP organisées en ville par les pharmaciens d'officine

Une première session de formation des pharmaciens d'officine a débuté en janvier 2019 et a pris fin courant février 2019. Elle s'est adressée aux pharmaciens/étudiants en pharmacie situés dans le secteur du Lunévillois. A l'issue de cette première session, 23 pharmaciens/étudiants issus de 15 pharmacies du Lunévillois ont été formés.

La formation est assurée par les professionnels de santé de l'équipe MEDISIS.

Le projet MEDISIS est accessible à tout pharmacien à condition de satisfaire aux obligations suivantes :

- Présence d'un espace de confidentialité dans la pharmacie d'officine pour réaliser les entretiens et la téléconsultation.
- Respect du cadre méthodologique du projet auquel les pharmaciens auront été formés.
- Participation à la formation MEDISIS pour pouvoir réaliser les entretiens et la téléconsultation

Pour valider le DPC et être apte à la réalisation des séances d'accompagnement, 10 heures de formations sont nécessaires.

Trois grandes étapes constituent cette formation validant le DPC :

- 1 E-learning de formation pour s'initier au projet.
- 3 soirées de 2h30 présentiels interactives pour comprendre et s'exercer.
- 1 évaluation de 30 minutes en fin de 3^{ème} séance permettant l'inscription au DPC.

Trois soirées de 2h30 environ ont donc été prévues pour former ces pharmaciens, la première aborde l'ATP 3 « M'auto-observer », la seconde l'ATP 4 « Que faire en cas de problème ? » et la dernière l'ATP 5 « Me raconter » suivie de l'évaluation permettant de valider le DPC.

L'accueil des soirées présentiels a été réalisé à partir de 19h30 à l'EHPAD Saint Charles de Lunéville. Les pharmaciens d'officine trouvent à chaque début de séance de formation une pochette contenant :

- Le support papier du diaporama projeté à l'écran dans la salle.
- Les outils mis à disposition pour la bonne réalisation des jeux de rôle et simulation : le déroulé de l'entretien, la lettre de liaison, le livret personnalisé de sortie, les outils MEDISIS (schéma corporel / cartes / tableau 3 colonnes).
- Une enquête de satisfaction à remplir à la fin de la séance de la formation.

En complément de ces formations, un document sous la forme d'un e-learning a été envoyé par courrier électronique au préalable à chacun des pharmaciens pour qu'ils puissent en prendre connaissance avant le début de la formation aux séances d'ATP.

E-learning signifie littéralement « formation sur internet » ou « apprentissage en ligne » et constitue une nouvelle forme d'apprentissage couramment utilisée depuis quelques années. Accessible depuis un ordinateur, une tablette numérique ou un smartphone, le E-learning permet d'apprendre à son rythme en fonction des disponibilités de chacun.

Il s'intitule « Sécuriser le Parcours de soins du patient par la coopération des structures, des outils et des hommes. L'accompagnement thérapeutique MEDISIS pour les pharmaciens d'officine. »

Ce document, créé par l'équipe MEDISIS, est composé d'une centaine de diapositives et de trois grandes parties :

- La première traite le risque de ré-hospitalisation du sujet âgé : il est souligné dans cette partie pourquoi l'hospitalisation est un risque pour le patient.
- La seconde les informe sur le parcours de soins MEDISIS : les actions structurées qui le composent et ses différents acteurs.
- La troisième donne des informations sur la posture éducative du professionnel de santé : comment être en relation avec le patient pour mieux l'informer et l'éduquer.

Le temps nécessaire à la lecture de cet e-learning a été estimé à 1 heure.

3.2.1 Séance de formation n°1 « M'auto-observer »

Cette première séance permet la formation des pharmaciens d'officine à l'ATP 3 nommé « M'auto-observer » qui est un entretien éducatif.

Le patient suite à son hospitalisation, rentre à son domicile avec une nouvelle ordonnance. Lui ou son aidant, se rendra alors dans sa pharmacie de ville afin d'obtenir son traitement.

Le premier enjeu sécuritaire sur le médicament est d'assurer la continuité des soins par la délivrance des médicaments en sortie d'hospitalisation. Le premier entretien avec le patient pourrait avoir lieu lorsqu'il vient récupérer ses médicaments à l'officine, or ce n'est certainement pas le moment propice pour un entretien. La sortie d'hospitalisation constitue en effet une période délicate pour le patient qui risque de ne pas être attentif. Il aura d'autres préoccupations et souhaitera rentrer chez lui et oublier l'hospitalisation au plus vite. De surcroît, le patient lui-même ne se déplace pas toujours à la pharmacie pour venir chercher son traitement et envoie souvent un membre de son entourage à sa place. Prévoir un entretien est donc inutile à ce moment-là.

Il a donc été choisi de réaliser l'ATP 3 dans la semaine suivant la sortie d'hospitalisation du patient. Le rendez-vous est pris par l'équipe MEDISIS en concertation avec le professionnel de santé et le patient. L'équipe MEDISIS communique également la date du rendez-vous pris avec le gériatre, c'est à dire l'ATP 6 qui a lieu à 30 jours environ après la sortie d'hospitalisation.

3.2.1.1 Objectifs de la séance ATP « M'auto-observer »

Lors de cette séance, les objectifs attendus sont :

- Travailler avec le patient sa capacité à s'auto-observer.
- Évaluer la tolérance de la nouvelle prise en charge médicamenteuse.
- Rechercher avec le patient comment améliorer son adhésion thérapeutique.
- Rechercher une éventuelle désorientation spatio-temporelle.
- Réaliser la synthèse de la séance ATP 3.

3.2.1.2 Pourquoi cette séance « M'auto-observer » ?

Des idées reçues peuvent interagir avec la bonne prise en charge du patient. Par exemple, des discours comme celui-ci sont évoqués par les personnes âgées : « je me sens plus fatigué que d'habitude, plus essoufflé, c'est vrai que je marche moins bien, mais c'est normal étant donné mon âge » Le signe d'alerte est ici attribué à l'âge de la personne et non à la possible décompensation

de sa maladie ou un accident iatrogénique. En ne reconnaissant pas cette situation comme un possible signe d'alerte, l'état de santé du patient risque de s'aggraver.

L'apprentissage d'une auto-surveillance et d'une auto-évaluation avec notamment le repérage de signes ou de symptômes d'alerte (symptômes respiratoires, mesure du poids, auto-examen des pieds...) peut contribuer à une meilleure prise en charge du patient puisque celui-ci sera en mesure d'y réagir.

Mieux comprendre pourquoi il a été hospitalisé, sa maladie, ses traitements, faire le lien entre ses problèmes de santé et les thérapeutiques mises en place, ce sont les éléments abordés lors de la séance. Selon le profil du patient, il sera parfois impossible de tout évoquer en 30 minutes.

3.2.1.3 Outils mis à disposition du pharmacien

Pour mener à bien cette séance, le pharmacien possède différents outils transmis par l'équipe MEDISIS via la messagerie sécurisée, par fax (ou via la tablette numérique depuis septembre 2019) dès la sortie du patient :

- La lettre de liaison contenant la conciliation de sortie (voir annexe 2)
- Le livret personnalisé de sortie MEDISIS (voir annexe 3)
- Le compte rendu d'ATP 1 « Ma priorité » (voir annexe 1)
- Le schéma corporel (voir annexe 4)

Avant l'ATP 3, le pharmacien aura pris connaissance de ces documents afin de mieux connaître le patient et mener l'entretien de manière optimale.

La lettre de liaison permet au pharmacien d'obtenir les éléments cliniques de la prise en charge.

Le livret personnalisé de sortie lui indique les éléments transmis au patient et le vocabulaire utilisé.

Le compte rendu d'ATP 1 « Ma priorité » l'informe sur la psychologie du patient et ses priorités.

Le schéma corporel est un outil permettant d'illustrer nos propos lors de l'entretien ou d'améliorer la compréhension du patient. Il est également utile pour faire parler le patient et lui permettre de repérer la localisation de sa pathologie.

3.2.1.4 Déroulé de l'entretien

Pour satisfaire aux objectifs de la séance, le pharmacien peut suivre le déroulé suivant :

- Vérifier la capacité du patient à donner la date du jour, son adresse, si nous sommes le matin ou l'après-midi pour déceler une éventuelle désorientation spatio-temporelle ce qui nécessiterait de réagir vite en informant le médecin traitant par exemple.
- Rechercher l'apparition d'un effet indésirable depuis sa sortie de l'hôpital, surtout si son traitement a changé.

- Rechercher le point de vue du patient sur des nouveaux médicaments et vérifier son adhésion thérapeutique.
- Rediscuter du motif d'hospitalisation avec le patient « à distance » pour vérifier la compréhension et corriger les fausses croyances le cas échéant.
- Rechercher avec le patient les signes qui doivent l'alerter dont ceux présents avant l'hospitalisation.
- Utiliser le schéma corporel pour repérer les cibles de l'auto-observation.
- Faire converger ces éléments pour faire prendre conscience au patient qu'il peut être acteur de sa santé, c'est-à-dire lui expliquer qu'il pourra réagir face aux signes d'alerte qu'il sait repérer.
- Valider les acquis avec le patient : le patient doit être capable de verbaliser l'importance de s'auto-observer et expliquer les signes qui doivent l'alerter.

À la fin de l'entretien, le professionnel de santé prend rendez-vous avec le patient pour la séance suivante, l'ATP 4 qui s'intitule « Que faire en cas de problème ? ».

3.2.1.5 Rédaction du compte rendu de la séance d'ATP 3

Suite à l'entretien, le pharmacien prend alors un moment pour remplir le compte-rendu de la séance « M'auto-observer » (voir annexe 5). L'évaluation de la capacité du patient à s'orienter est à notifier et tracer si le patient est confus. Il est également indiqué dans ce compte-rendu si le patient a été capable de nous faire part de son motif d'hospitalisation. La tolérance du traitement est évaluée, il est nécessaire de lister les effets indésirables récents et noter le lien avec les derniers médicaments prescrits. L'adhésion du patient au traitement est estimée tout comme sa capacité d'auto-observation. Le pharmacien garde en sa possession ce compte-rendu puisqu'il reprendra ce même document à l'issue de la prochaine séance pour remplir le compte rendu de la séance n°2 « Que faire en cas de problème ? ».

Le compte rendu sera peut-être amené à être modifié suite aux retours des pharmaciens qui vont l'utiliser dans le but de l'améliorer.

Depuis septembre 2019, les libéraux formés aux ATP MEDISIS ont en leur possession une tablette numérique permettant de rendre possible la téléconsultation avec le gériatre ou ATP 6. Les compte-rendu de chaque séance d'ATP sont disponibles et peuvent être remplis directement via la tablette numérique. Ils sont alors directement transmis à l'équipe MEDISIS.

3.2.2 Séance de formation n°2 « Que faire en cas de problème ? »

Cette seconde séance de formation est consacrée à l'ATP 4 nommé « Que faire en cas de problème ? ». Cet entretien éducatif a lieu dans les 14 jours suivant la sortie d'hospitalisation du patient, 7 jours environ après le premier « M'auto-observer ».

3.2.2.1 Pourquoi cette séance « Que faire en cas de problème ? » ?

Savoir reconnaître les signes d'alerte était l'objectif de la précédente séance, celui de cette séance est de savoir comment y réagir.

Le patient a tendance à ne pas vouloir déranger et ne pas réagir assez rapidement lorsqu'un problème, un symptôme, un signe d'alerte se présentent. La banalisation est souvent présente, notamment chez les personnes âgées puisqu'elles considèrent souvent un symptôme, une douleur comme un fait inéluctable survenant avec l'âge. Le patient âgé se dit que son rendez-vous avec son médecin traitant se situe seulement dans quelques jours, les symptômes « vont passer ».

Pour certains, réagir et prévenir son entourage ou les professionnels de santé, constitue une situation anxiogène puisqu'ils ont conscience que cela peut avoir des répercussions telles que des examens médicaux, voire même une hospitalisation.

3.2.2.2 Objectifs de cette séance « Que faire en cas de problème ? »

Les objectifs de la séance sont :

- Confirmer les acquis de la séance précédente, à savoir l'importance de s'auto-observer et identifier les signes d'alerte.
- Travailler avec le patient sa capacité à réagir en cas de problème : identifier des ressources à sa disposition, des personnes ressources.
- Travailler avec le patient sur le « comment réagir » en fonction de ses signes d'alerte, des ressources disponibles.
- Faire une synthèse de la séance avec le patient.

3.2.2.3 Outils mis à disposition du pharmacien

Comme pour la séance précédente, le pharmacien dispose d'outils lui permettant d'effectuer l'entretien (envoyés par fax, messagerie sécurisée ou via la tablette numérique)

- La lettre de liaison contenant la conciliation de sortie
- Le livret personnalisé de sortie MEDISIS

- Le compte rendu d'ATP 1 « Ma priorité »
- Le compte rendu d'ATP 3 « M'auto-observer »
- Les cartes COMETE (voir annexe 6)
- Le déroulé de l'entretien (voir annexe 7)

Le compte rendu d'ATP 3, rempli par le pharmacien lors de la séance précédente, lui permet de se remémorer, avant l'ATP 4, les signes d'alerte que le patient connaissait ou non, et s'il avait bien compris l'importance de s'auto-observer.

À la demande des participants lors de la séance précédente, le déroulé de l'entretien a été distribué à tous (voir annexe 7).

Les cartes COMETE prennent la place du schéma corporel pour cet entretien. Il s'agit d'un outil pédagogique créé par le Comité Régional d'Éducation pour la santé [CRES] pour aider les professionnels de santé à développer les compétences psycho-sociales des patients en éducation thérapeutique. COMETE (COMpétences psycho-sociales en Education pour paTiEnt) contient des activités, des fiches méthodologiques et des jeux de cartes en rapport avec divers thèmes : l'appropriation de la maladie, l'identification et la résolution de problèmes, les émotions, le rapport aux autres, l'entourage et les ressources, la confiance en soi, l'image de soi.

COMETE a été réalisé avec l'aide d'un comité de pilotage pluridisciplinaire et a été financé par l'ARS. Les outils COMETE sont disponibles facilement et gratuitement. (132)

À savoir qu'un jeu de cartes a été transmis aux participants de la formation ATP MEDISIS au début de la séance de formation n°2 traitant l'ATP 4. Ce jeu pouvant donc être réutilisé lors des séances d'ATP avec les patients.

Le jeu de carte COMETE a été choisi par l'équipe MEDISIS car il est considéré comme un outil approprié pour développer cette séance d'ATP. Comme tous les outils mis à disposition, tel que le schéma corporel, ce n'est pas une obligation de les utiliser pour mener l'entretien et satisfaire aux objectifs. Certains patients seront d'ailleurs éventuellement réfractaires à leur utilisation.

Le jeu de cartes utilisé par MEDISIS contient 3 couleurs : cartes jaunes, rouges et vertes.

Les cartes jaunes constituent les cartes dites de « ressources » telles que les membres de la famille, les enfants, les voisins, les amis, le médecin généraliste ou spécialiste, le pharmacien, les urgences, l'infirmier... Elles sont utilisées pour évoquer avec le patient les ressources dont il dispose. Les cartes rouges et vertes représentent les cartes dites de « situations » comme l'action d'appeler avec son téléphone, se faire examiner par un médecin, l'action de prendre ses médicaments, des examens à réaliser, l'instauration ou le changement d'un traitement...

Ces cartes « situations » permettent aux patients de s'exprimer plus facilement sur un sujet et d'évoquer avec lui ses situations à risque. Avant de démarrer l'entretien, le pharmacien devra donc choisir les cartes COMETE les plus adaptées au patient.

3.2.2.4 Déroulé de l'entretien

Les différentes notions à aborder avec le patient lors de l'entretien sont :

- Faire un point sur la séance précédente « M'auto-observer » : lui demander s'il a pu mettre en application les consignes d'auto-observation, ce qu'il a fait et observé. S'il manque des éléments, en rediscuter avec lui le cas échéant.
- Utiliser les cartes COMETE : les cartes jaunes « Ressources » et les cartes rouges et vertes « Situations ».
- Faire converger ces éléments avec les signes d'alerte.
- Valider les acquis avec le patient, c'est à dire vérifier que les objectifs sont atteints. À la fin de la séance, le patient doit être capable de verbaliser l'importance de réagir tôt, expliquer comment il s'y prendrait lorsqu'il réagit (mode de communication et personne prévenue), expliquer comment il réagirait en fonction de ses différents signes.

Cette séance peut être considérée comme plus courte que la précédente, ceci permettant de revenir sur des notions moins maîtrisées par le patient, ou d'approfondir des éléments moins développés lors de la première séance.

L'entretien se conclut par la prise du rendez-vous de la troisième séance avec le pharmacien.

À noter que ce déroulé l'entretien ATP 4 est mis à la disposition des participants à la formation ATP MEDISIS sous format papier dans la pochette distribuée en début de séance de formation.

3.2.2.5 Rédaction du compte-rendu de la séance d'ATP 4

Le pharmacien reprend la fiche synthétisant les comptes rendus de chaque entretien et remplit celui correspondant à l'ATP 4 « Que faire en cas de problème ? » (voir annexe 5). La réalisation du compte-rendu permet de cibler la validation des acquis.

Il reprend les thèmes suivants : tolérance du traitement, effets indésirables ressentis. L'évaluation de la capacité du patient à verbaliser l'importance de l'auto-observation et la capacité du patient à connaître les signes d'alerte est à nouveau appréciée, à distance du premier entretien. La réalisation de la mise en pratique de l'auto-observation au quotidien est aussi demandée dans ce compte-rendu. Il est demandé de restituer les ressources identifiées par le patient (pharmacien, voisins, médecin, famille...) et les situations à risque. La capacité du patient à verbaliser l'importance de réagir tôt est estimée, tout comme sa capacité à réagir de façon adaptée.

Depuis septembre 2019, le professionnel de santé peut directement remplir le compte-rendu de l'ATP 4 sur sa tablette numérique et celui-ci sera alors directement transmis à l'équipe MEDISIS.

3.2.3 Séance de formation n°3 « Me raconter »

La séance de formation n°3 des pharmaciens d'officine traite l'ATP 5 intitulé « Me raconter » qui a lieu 21 jours environ après la sortie d'hospitalisation du patient.

3.2.3.1 Pourquoi cette séance « Me raconter » ?

Tout le monde, de manière générale, est déjà ressorti d'une consultation médicale en ayant oublié d'aborder certains éléments et d'autant plus les personnes âgées. Combien de fois avons-nous entendu à la pharmacie les patients mentionner leurs oublis alors qu'ils sortent tout juste de chez leur médecin traitant ? Les patients ont tendance à être passifs lors de la consultation, n'osent pas toujours faire reformuler le médecin sur certains points incompris, de peur de déranger, de faire perdre du temps au médecin. Certains patients ne savent pas comment s'exprimer face au médecin, ne trouvent pas les mots justes pour se faire comprendre de manière claire et précise. Cette séance peut aider les patients âgés à devenir acteurs de leur consultation.

3.2.3.2 Objectifs de cette séance « Me raconter »

Les objectifs de cet ATP 5 sont :

- Confirmer les acquis de la séance précédente « Que faire en cas de problème ? ».
- Travailler avec le patient sa capacité à raconter ses soucis de santé et ses questionnements aux professionnels de santé.
- Lui apprendre à utiliser le Livret personnalisé comme support pour se raconter (douleur, bien-être, médicaments...).
- L'encourager à ouvrir le Dossier Pharmaceutique [DP] et/ou le Dossier Médical Partagé [DMP] et de disposer de la juste liste de ses médicaments, toujours sur lui.
- Refaire le point sur ses médicaments surtout s'ils ont changé.

3.2.3.3 Outils mis à disposition du pharmacien

Les outils utiles pour le pharmacien afin de réaliser cet entretien sont :

- La lettre de liaison contenant la conciliation de sortie
- Le livret personnalisé de sortie MEDISIS
- Le compte rendu d'ATP 1 « Ma priorité »
- Le compte rendu d'ATP 3 « M'auto-observer » et 4 « Que faire en cas de problème ? »
- Feuille A4 vierge

- Outil « 3 colonnes pour me raconter » (voir annexe 8)
- Le déroulé de l'entretien (voir annexe 9)

La feuille A4 vierge a pour rôle de noter les éléments que le patient souhaite aborder avec le médecin lors de la consultation, sous forme de mots clés mais de manière désordonnée, sans structuration. En inscrivant toutes les idées, tous les problèmes de santé du patient dans l'ordre où il nous les donne, nous voulons lui faire comprendre qu'il est important d'organiser les éléments afin de les restituer d'une façon claire et ordonnée au médecin.

Pour cela, les idées notées sur la feuille vierge seront alors triées pour mettre seulement les éléments importants qui seront « rangés » dans l'outil « 3 colonnes pour me raconter ».

Il s'agit en fait d'un tableau composé de 3 colonnes : la première s'intitule « ce qui est toujours présent », la seconde « ce qui est nouveau », la troisième « ce qui a changé ».

3.2.3.4 Déroulé de l'entretien

Pour répondre aux objectifs de la séance, le déroulé suivant est proposé au pharmacien :

- Demander au patient s'il a pu réfléchir à la dernière séance.
- Demander au patient de décrire comment il raconte ses problèmes de santé aux professionnels, les écrire au fur et à mesure sur la feuille vierge, sans structurer les éléments.
- Faire prendre conscience au patient que, de cette façon, il est difficile de s'y retrouver pour un professionnel en mettant en évidence la non structuration du discours via la feuille vierge.
- Proposer alors une méthode pour se raconter et utiliser l'outil « 3 colonnes pour me raconter ». L'outil permet d'aborder ce qui est toujours présent, ce qui est nouveau, ce qui a changé avec le patient, y compris les médicaments. Remplir les colonnes avec les éléments importants.
- Proposer au patient d'ouvrir son DP ou DMP s'il ne l'a pas déjà fait.
- Valider les acquis avec le patient en vérifiant que les objectifs suivants sont atteints : verbaliser l'importance de communiquer de façon structurée sur sa santé et expliquer quelle stratégie il peut mettre en œuvre pour se préparer à un échange avec un professionnel de santé.

À noter que ce déroulé de l'entretien ATP 5 est mis à disposition des participants à la formation ATP MEDISIS sous format papier dans la pochette distribuée en début de séance de formation.

3.2.3.5 Rédaction du compte rendu de la séance d'ATP 5

Le pharmacien laisse partir le patient et remplit le compte-rendu comme il l'a fait lors des séances précédentes. Ce compte-rendu aborde le DP, le DMP, la nécessité ou non d'une ré-explication du traitement, la tolérance du traitement, les effets indésirables ressentis.

Il évalue la capacité du patient à verbaliser l'importance de réagir tôt et de façon adaptée, la capacité à verbaliser l'importance de bien se raconter à ses professionnels, la capacité à se raconter à ses professionnels.

Les compte-rendu des séances d'ATP 3, 4 et 5 sont rassemblés sur un même document (voir annexe 5) qui sera alors transmis par le professionnel de santé ayant mené les entretiens à l'équipe MEDISIS et notamment au gériatre. Ce dernier s'appuiera sur ces compte-rendu pour construire et mener à bien sa séance ATP 6.

La transmission du document s'effectuait jusqu'alors via la messagerie sécurisée ou par fax.

Depuis septembre 2019, le professionnel de santé peut directement remplir le compte-rendu de l'ATP 5 sur sa tablette numérique (ainsi que les compte-rendu des autres ATP). Ce compte-rendu sera alors directement transmis à l'équipe MEDISIS et au gériatre.

3.2.3.6 Évaluation de la formation à l'ATP

La formation à l'ATP du parcours de soins MEDISIS est validante DPC. Comme toutes les formations DPC, elle se clôture par un questionnaire d'évaluation afin de mesurer la qualité et la pertinence de la formation, vérifier que les objectifs de la formation sont atteints et valider l'acquisition des connaissances.

À la fin de la 3^{ème} et dernière séance de formation, une évaluation d'une durée de 30 minutes environ est donc proposée aux pharmaciens d'officine. L'ensemble des participants à la formation ATP MEDISIS, c'est-à-dire les 23 participants ont validé le DPC.

3.2.4 Jeux de rôles et simulation

3.2.4.1 Définitions

La simulation en santé se définit d'après la HAS comme « l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural) de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels. » (133)

La simulation permet de reproduire de façon objective et fiable la réalité, même si on la simplifie. D'après Chamberland et Provost en 1996, la simulation est définie comme « une reproduction d'une situation constituant un modèle simplifié mais juste d'une réalité. » Elle impose des situations standardisées, claires et définies. Elle propose de développer un certain savoir-faire, c'est-à-dire des capacités, des habilités, des stratégies dans un environnement plus encadré par des règles que le jeu de rôles. La simulation vise à recréer une situation à laquelle l'apprenant pourrait être confronté. Dans notre cas, il s'agit de jouer notre propre rôle, en l'occurrence le pharmacien. (134) (135)

Le jeu de rôles, quant à lui, constitue une forme de simulation bien particulière. Il s'agit d'un outil reconnu approprié dans les formations aux relations humaines et se définit comme une improvisation d'une scène entre deux ou plusieurs « acteurs » à partir d'un scénario prédéfini et représentant une situation réelle. (136)

Il possède de nombreux avantages didactiques et psychologiques et permet d'approfondir les compétences à acquérir. C'est un moyen pédagogique utilisé pour l'acquisition des habiletés relationnelles par la simulation d'une situation plausible mais imprévisible.

Contrairement à la simulation, les jeux de rôle laissent beaucoup plus de possibilités aux joueurs, les situations sont moins standardisées et moins proches de la réalité. De plus, l'apprenant développe des capacités de savoir être : empathie, spontanéité, écoute active... L'objectif visé est une meilleure compréhension des motivations de l'être humain. Nous nous intéressons dans ce cas non pas à la réalité, même si on s'y réfère, mais aux comportements qu'elle suscite. L'apprenant interagit dans des situations imaginaires en empruntant la personnalité de quelqu'un d'autre. Dans notre cas, les pharmaciens formés à MEDISIS empruntent celles du patient. (135) (136) (137)

Pour résumer, dans une simulation, l'apprenant joue son propre rôle donc le pharmacien dans une situation bien particulière alors que, dans un jeu de rôle, il incarne un personnage, le patient en l'occurrence.

Les études montrent et confirment le rôle essentiel d'une bonne communication dans la prise en charge du patient. (138)

Un des moyens pour parvenir à une bonne communication est d'entraîner et développer ses compétences communicationnelles et relationnelles. Il est incontestable que cela passe par une mise en pratique. Afin d'entraîner les méthodes de communication, les jeux de rôles et la simulation constituent un outil très intéressant qui a d'ailleurs été retenu dans les séances de formation MEDISIS. De manière générale, la formation en éducation thérapeutique utilise énormément cette méthode pédagogique. (139) (140)

Cette technique pédagogique d'apprentissage des habiletés relationnelles nécessite une implication personnelle des participants et s'appuie sur le vécu personnel et professionnel de chacun.

Yedidia et al. en 2003 ont montré qu'un enseignement théorique associé à une mise en pratique permettait à des étudiants de médecine d'améliorer significativement leurs compétences communicationnelles et leur efficacité au travail dans la gestion des maladies. (141)

D'après la HAS, il s'agit d'une fiction mais quelques règles sont à respecter dans la mise en œuvre des jeux de rôle ou de simulation : la confidentialité des échanges, la liberté de jouer ou de ne pas jouer, éviter tout jugement de valeur, respecter l'autre, maintenir le silence pendant le jeu, fixer la durée du jeu par avance. Ces règles peuvent être rappelées lors de la première étape de la séance appelée « briefing » et permet ainsi de mettre à l'aise les apprenants afin qu'ils se trouvent dans un espace propice à l'apprentissage. (142)

La séance du jeu de rôles se déroule en effet en 3 grandes étapes : l'énoncé des consignes du jeu ou « briefing », le temps de jeu avec la mise en situation, et le « débriefing ».

Le « briefing » permet aux formateurs d'énoncer les consignes, les objectifs, les attentes et de présenter le contexte (cas clinique choisi). Il permet également aux personnes formées de se familiariser avec le matériel à disposition (documents, outils...).

Une fois le briefing réalisé, le déroulement du scénario a lieu sous l'attention des formateurs qui restent à disposition en cas de difficultés, les apprenants ne doivent en aucun cas rester bloqués face à une situation. Pendant la conduite de la séance, le formateur peut procéder à des ajustements de scénario afin que les apprenants restent en situation de résolution de problèmes.

Enfin, la séance se conclut par l'étape de débriefing qui permet d'analyser et synthétiser la mise en situation réalisée. Elle est utile à la fois à l'apprenant et au formateur. Chaque apprenant est invité à donner ses impressions et son ressenti, quant au formateur, il facilite le débat et guide la réflexion en posant des questions ouvertes. (140) (143)

3.2.4.2 Forces et limites

Ces méthodes pédagogiques permettent de rendre les personnes formées plus actives, les faire participer, les motiver, les encourager à organiser leurs connaissances et à développer leurs compétences. Les apprenants sont entraînés à faire face à des situations complexes, à considérer le point de vue de l'autre et ses motivations, à développer leur empathie. Ils peuvent aussi commettre des erreurs sans incidence, prendre du recul par rapport à ses dires, ses propres réactions et attitudes afin d'adapter leur comportement et rester dans une optique d'amélioration. C'est aussi pouvoir faire le lien entre ses connaissances et ses applications pratiques, donner du sens à son savoir.

Inclure les jeux de rôles et de simulation dans une formation est chronophage, car cela nécessite une préparation de cas, de scénarios, de situations et d'objectifs. L'investissement de temps est non négligeable pour les formateurs qui y laissent de l'énergie. Les groupes d'apprenants doivent être restreints afin de faire participer tout le monde et que chacun puisse s'exprimer lors du débriefing.

Les résultats sont imprévisibles, ce qui est positif et en même temps représente une contrainte, l'orientation du jeu pouvant être totalement différente de celle voulue au départ.

Les personnes formées ne sont pas toutes motivées par cette méthode de formation et auront quelques réticences à s'impliquer dans le jeu de rôles ou de simulation.

La simulation ou les jeux de rôle nécessitent un certain équilibre entre la simplicité et l'exhaustivité de la séance. Si la simulation/jeu de rôle est trop simple, elle risque de fausser la réalité, à l'inverse si elle est trop complexe, elle risque de créer une certaine confusion chez l'apprenant. Ce dernier doit pouvoir évoluer dans un environnement fictif, mais suffisamment proche de la réalité pour pouvoir réutiliser les compétences acquises et en améliorer d'autres. (148) (149)

3.2.4.3 Mise en application des jeux de rôles et de simulation dans les formations MEDISIS

Dans notre cas, Il s'agit de simuler un entretien fictif entre un patient et son pharmacien afin que le pharmacien formé puisse développer ses capacités relationnelles et se familiariser avec le déroulé de l'entretien et les objectifs que le patient doit atteindre.

Automatiser son comportement, ses gestes, développer ses compétences verbales comme non verbales, savoir réagir de manière adéquate, recentrer la conversation sur le sujet ou au contraire faire parler le patient : toutes ces notions s'apprennent grâce à la mise en pratique, notamment via les jeux de rôle et de simulation. Grâce à la mise en pratique, les pharmaciens formés apprennent à utiliser les outils mis à disposition tels que le schéma corporel, les cartes « situations » et le tableau « 3 colonnes pour me raconter ».

Dans un premier temps, un exemple d'entretien est proposé aux pharmaciens formés via la réalisation d'un jeu de rôle/simulation mené par les formateurs MEDISIS.

L'un des formateurs joue le patient, l'autre le pharmacien. Pour la mise en situation, un cas a été choisi, celui de M. Pilule hospitalisé pour décompensation d'insuffisance cardiaque. Pour une meilleure compréhension, le cas de M. Pilule sera repris dans chacune des séances de formation. Le jeu de rôle dure une quinzaine de minutes et se conclut par un retour sur l'activité ou « débriefing » qui permet de recueillir le point de vue des apprenants et de débattre : « la séance leur paraît-elle appropriée ? », « les outils sont-ils utilisables ? »,...

Dans un second temps, c'est au tour des apprenants de réaliser les jeux de rôles/simulation. Le cas de Mme Gélule, hospitalisée pour pyélonéphrite aiguë, leur est présenté. Tout comme M. Pilule, ce cas sera repris tout au long des 3 séances de formation.

Avant chaque séance de simulation/jeu de rôles, les apprenants disposent d'un temps afin de se familiariser avec les outils dont ils disposent (lettre de liaison, livret personnalisé de sortie, compte rendu d'ATP 1, schéma corporel...).

Puis ils sont groupés par deux, l'un jouant son propre rôle, le pharmacien, et réalisant par conséquent une simulation, l'autre jouant le rôle du patient. Le scénario dure environ 15 minutes et

est suivi d'un débriefing. Lors du déroulement du jeu de rôle, les formateurs MEDISIS observent les postures, les dialogues, les points faibles ou les points forts, les méthodes utilisées par les pharmaciens formés. Ceci a pour but d'alimenter le débat lors du débriefing, d'apporter des idées, des solutions, de mettre l'accent sur certains points pour satisfaire aux objectifs de la séance. Le retour sur l'activité et son analyse sont primordiaux car ils permettent de recueillir l'avis et la perception des apprenants suite à l'entretien fictif et d'apporter des critiques constructives et des pistes d'amélioration. Chaque apprenant est libre de s'exprimer.

Les rôles sont ensuite inversés pour que chaque apprenant joue le rôle du pharmacien et du patient. Les 15 minutes de l'entretien se concluent comme précédemment par le débriefing.

4 Les enquêtes de satisfaction

4.1 Définitions

La mesure de la satisfaction est au cœur de toute démarche qualité.

Pour l'Association Française de Normalisation [AFNOR], un produit ou service de qualité est « un produit dont les caractéristiques lui permettent de satisfaire les besoins exprimés ou implicites des consommateurs. La qualité est donc une notion relative basée sur un besoin. On doit en général rechercher davantage une qualité optimum, qu'une qualité maximum. » (144)

La qualité permet donc d'analyser et de répondre de manière adéquate à des besoins. Construire les bons outils pour évaluer et répondre aux attentes est primordial. L'évaluation tire le bilan des prestations pour pouvoir ensuite prendre les bonnes décisions. Elle permet de mesurer les écarts entre les objectifs fixés et les actions réalisées. La démarche qualité contribue à réduire ces écarts.

L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé [INPES] définit la démarche qualité comme « un processus d'amélioration systématique et continue de la qualité des prestations fournies ». Elle « permet [...] de conforter les points forts et de réduire progressivement les points faibles ».

En santé, selon la HAS, « La qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficaces que possible ». (145)

La satisfaction est une notion difficile à appréhender, d'après l'AFNOR « la satisfaction est l'opinion d'un client résultant de l'écart entre sa perception du produit ou service consommé et ses attentes. » Selon la norme ISO 9000, « la satisfaction est la perception du client sur le niveau de satisfaction de ses attentes. » « L'enquête de satisfaction s'inscrit dans la logique d'amélioration de l'organisme selon les principes de la boucle du PDCA (Plan = planifier, Do = faire, Check = vérifier, Act = agir) » nous indique l'AFNOR. (146)

4.2 L'évaluation de la satisfaction des participants

4.2.1 Pourquoi et quand évaluer ? L'exemple de l'évaluation après une formation

Évaluer la satisfaction des participants à une formation permet d'obtenir leur ressenti, leur opinion et leur degré de satisfaction afin d'améliorer en continu l'organisation, la forme et même le contenu de la formation. Grâce à cette évaluation, il est possible d'identifier d'éventuels éléments négatifs, des axes d'amélioration, de détecter des besoins d'apprentissage non couverts par la formation actuelle. L'organisation globale tout comme la prestation des formateurs est aussi analysée. L'évaluation aboutit à des choix décisionnels concernant les suites de la formation : la poursuivre, ajuster quelques éléments, la stopper... L'amélioration de la formation est l'objectif principal recherché à l'issue de l'étude de la satisfaction des personnes formées.

La mesure de l'efficacité des formations s'effectue le plus souvent en deux temps : l'évaluation « à chaud », c'est-à-dire à la fin de la séance de formation pour obtenir un premier niveau d'appréciation puis l'évaluation « à froid » réalisée quelques semaines voire quelques mois après la formation.

L'évaluation de la satisfaction est souvent pratiquée à chaud, car c'est un moment où tous les apprenants sont réunis et aptes à remplir l'enquête de satisfaction. Néanmoins, il est assez délicat de mesurer la réelle efficacité de la formation aussi près de sa réalisation. A ce moment, la mise en pratique des connaissances acquises durant la formation n'est pas totalement réalisée, malgré la mise en place des jeux de simulation. Statuer sur l'efficacité à la fin de la formation peut être prématuré, et certaines questions ne peuvent pas être posées à chaud et nécessitent un temps de réflexion ou une mise en pratique concrète.

L'évaluation à chaud s'intéresse plutôt aux qualités des formateurs en matière de pédagogie, aux méthodes, outils, supports et matériels utilisés, aux attentes des apprenants, aux conditions de déroulement (lieu, horaires...), à l'organisation et à l'intérêt du contenu.

L'enquête de satisfaction est complétée à la fin de la séance de formation. Le temps nécessaire à son bon remplissage est donc important et il faut expliquer aux participants l'importance de cette enquête.

A noter qu'il est parfois embarrassant d'évaluer la satisfaction des apprenants en présence du formateur. De surcroît, il est conseillé de séparer l'évaluateur du formateur : ces rôles sont distincts et doivent être tenus par deux personnes différentes.

Une seconde évaluation « à froid » est donc primordiale. Elle s'effectue quelques semaines ou quelques mois après la formation. Elle est le plus souvent menée sous la forme d'entretiens individuels et permet d'obtenir une appréciation plus objective des personnes formées et de mesurer l'utilisation de la formation dans l'environnement de travail, dans notre cas à l'officine.

Les effets de la formation et notamment son impact concret sur les compétences, la mise en pratique à l'officine et l'utilisation des connaissances acquises sont évalués. C'est à ce moment qu'il est possible de vérifier si les objectifs de la formation en termes de compétence professionnelle ont été atteints. (147)

4.2.2 Les différentes étapes

La première phase pour évaluer la satisfaction est la préparation. Lors de cette étape, la population ciblée est identifiée, les objectifs de l'enquête sont posés, le lieu de l'entretien est établi, les rendez-vous avec les usagers sont pris.

La seconde phase est la réalisation de l'enquête. Dans un premier temps, il est nécessaire de concevoir un questionnaire répondant aux objectifs attendus. Soit l'enquête se veut qualitative, c'est-à-dire qu'elle explore les besoins et les attentes des usagers à l'aide de questions ouvertes et commentaires. Soit l'enquête est quantitative et permet de mesurer le niveau de satisfaction des usagers à l'aide de questions fermées. Ces deux types d'enquêtes peuvent être d'ailleurs complémentaires pour améliorer l'efficacité de l'enquête et obtenir le plus d'informations possibles. Tester le questionnaire permet d'éviter les pièges, d'apporter les corrections nécessaires afin d'obtenir ensuite une version finale utilisée auprès des usagers. Dans un second temps, l'enquête est donc réalisée. Choisir la méthode d'investigation la plus adaptée est importante : en entretien face à face, en entretien téléphonique, en réunions de groupe (après la fin d'une formation par exemple), en envoyant un questionnaire par courrier ou par mail. La méthode pour faire parler l'utilisateur est en fonction de l'objectif identifié et des ressources à disposition (l'équipe, le budget, le temps).

Les données sont ensuite récoltées afin d'être analysées. Selon le type d'enquête (qualitatif ou quantitatif), la méthode d'évaluation des résultats est distincte, tout comme leur présentation (graphique, tableaux...). Pour une enquête plutôt quantitative, une échelle de valeurs peut être associée à chaque indicateur permettant d'aboutir à un score ou une note pour chaque critère. Les points négatifs ou positifs sont ainsi mis en avant grâce cette technique. Les résultats pourront ensuite être présentés sous forme de graphique pour une plus grande lisibilité. Diverses natures de graphiques existent (toile d'araignée, aire, camembert...) pour présenter les données. Bien choisir le type de graphique en fonction de la nature des critères est important.

La troisième étape est l'exploitation des résultats. Le but est de reprendre les attentes des usagers et de les croiser avec les résultats obtenus pour corriger les points négatifs et rester dans une démarche d'amélioration continue. (148)

4.2.3 Comment évaluer ?

4.2.3.1 Le questionnaire de satisfaction

Une des étapes clés pour évaluer la satisfaction est la conception du questionnaire cherchant à recueillir l'avis des personnes interviewées. Pour obtenir un questionnaire de qualité, méthodologie et professionnalisme sont de rigueur.

Différentes étapes sont nécessaires : la première est de sélectionner les grandes thématiques pour structurer le questionnaire (pour une formation : l'encadrement, l'organisation et le contenu par exemple).

La seconde est de définir les différents critères d'évaluation (pédagogie et disponibilité des encadrants, organisation matérielle et temporelle...).

La troisième est de bien choisir les types de questions et leur formulation. Les questions doivent être pertinentes pour répondre aux objectifs. Le résultat sera différent si la question est ouverte ou fermée. Les questions ouvertes permettront d'obtenir un avis plus détaillé de la personne interrogée et l'explication de sa réponse. Elles peuvent parfois décourager certains usagers car elles sont plus longues et difficiles à remplir mais fournissent beaucoup plus d'informations que les questions fermées. Les questions à choix multiples sont également beaucoup utilisées dans les questionnaires car la personne a plusieurs options de réponses. Les questions à échelles permettent quant à elles de nuancer les réponses.

La quatrième étape est la réalisation du questionnaire en rassemblant toutes les étapes précédentes. Les thèmes pourront être classés soit par ordre d'importance soit par ordre chronologique. Le questionnaire se conclut par des remerciements.

La cinquième et dernière étape est de tester le questionnaire sur une population réduite afin d'apporter les corrections nécessaires (vérifier la bonne compréhension des questions, la longueur du questionnaire, la structure...). (148)

4.2.3.1.1 Les échelles de satisfaction

Les questions à échelle sont composées de différents modèles et sont aujourd'hui beaucoup utilisées dans les questionnaires de satisfaction.

L'échelle de Likert ou échelle verbale est l'échelle d'attitude la plus utilisée. Les réponses sont notifiées sous forme de texte et nuancées de 3 à 10 choix possibles pour permettre à la personne interrogée de nous faire part de son degré de satisfaction ou d'insatisfaction. Les items peuvent être soit sous forme d'affirmations et dans ce cas les réponses seront : « tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord, pas du tout d'accord... » soit sous forme de questions et les réponses seront : « très satisfait, satisfait, plutôt satisfait, pas satisfait... ».

L'échelle d'évaluation de 1 à 5 est une échelle de note qui est utilisée quand il est parfois délicat d'utiliser un qualificatif pour illustrer sa satisfaction. Le système de notation est donc une solution pour faire part de son avis. La note 1 reflètera un mauvais niveau de satisfaction tandis que la note

5 un très bon niveau de satisfaction. L'échelle pourra parfois être étendue à 10 si nécessaire, ce qui permettra à la personne interrogée de donner un avis plus précis grâce à cette amplitude de mesure plus grande.

Les réponses peuvent être recueillies sous forme verbale, grâce à des notes mais également sous forme visuelle : smiley, étoiles... Par exemple l'échelle de satisfaction « smiley » ou émoticônes permet, grâce à ses éléments visuels personnifiés d'illustrer la satisfaction ou le mécontentement de la personne. Ils reproduisent les émotions humaines grâce à leurs formes, leurs couleurs et leurs traits visuels. Chaque smiley représente une réponse. Cette échelle peut être complémentaire de l'échelle verbale.

Il est à noter que l'échelle peut être soit paire soit impaire. L'échelle paire ne laisse pas le choix à la personne interrogée de donner un avis neutre alors que c'est le cas pour l'échelle impaire. (149)

4.2.3.2 La méthode « Voice Of Customer » [VOC]

Cette méthode de recueil est issue du management de la qualité et est fondée sur l'écoute des besoins des usagers. L'offre faite à ces derniers doit complètement les satisfaire car le but n'est pas d'acquiescer un bien mais d'obtenir la satisfaction d'un besoin. (98)

Selon Griffin et Hauser en 1993, la voix de l'utilisateur consiste à identifier les besoins des usagers, les structurer et établir des priorités toujours dans une optique d'amélioration et de correction des points critiques. Intégrer les besoins des consommateurs et leurs suggestions dans notre offre est primordial pour obtenir un usager engagé et motivé.

La première étape est de recueillir les informations et les feedbacks, en établissant un contact direct avec les usagers (téléphone, mail...) de les évaluer ensuite et pour finir de les exploiter. (150)

Le recueil inclut un dispositif de collecte et d'écoute pour analyser toutes les réponses des usagers. Ceux-ci pourront s'exprimer soit de manière spontanée via les forums, les réseaux sociaux, les mails, les discussions soit par l'intermédiaire d'enquêtes de satisfaction.

Obtenir la voix de l'utilisateur peut être réalisé de manière quantitative ou qualitative, ces deux notions étant complémentaires. (151)

4.2.3.3 Les enquêtes qualitatives avec entretiens semi-directifs

L'entretien semi directif est « une méthode d'étude qualitative basée sur la réalisation d'entretiens individuels ou collectifs durant lesquels l'animateur dicte uniquement les différents thèmes devant être abordés sans pour autant pratiquer un questionnement précis. » (152)

Le patient peut s'exprimer librement, emploie les mots qu'il souhaite, la conversation est naturelle. L'interviewé suivra juste un fil rouge établi par l'interviewer. Cet entretien est un dialogue dans

lequel des questions ouvertes sont posées par l'enquêteur permettant à l'interviewé de s'exprimer pour récolter le maximum d'informations sur le sujet. En posant une note seule, l'utilisateur ne peut pas expliquer son vécu et le « pourquoi » de sa réponse. S'ensuivront des plans d'amélioration imprécis et inefficaces. Grâce à cette méthode, nous comprenons l'avis de l'utilisateur et ce qui se cache derrière une note de satisfaction.

Au préalable, les objectifs de l'entretien doivent être clairement énoncés.

Les réponses obtenues sont sous la forme d'un verbatim, c'est-à-dire le compte-rendu fidèle d'un propos, qu'il faudra analyser ensuite de manière qualitative.

L'analyse du verbatim permet par diverses méthodes (analyse lexicale, étude sémiologique...) de dégager les attentes et jugements de l'interviewé.

Pendant cet entretien, l'interviewer devra adopter une posture éducative. (153) (98)

PARTIE B. Objectif, Matériel et Méthodes

1 Objectif

L'objectif est d'évaluer la satisfaction des professionnels de santé libéraux ayant bénéficié des formations à l'accompagnement thérapeutique MEDISIS. Ce travail s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

2 Matériel et Méthodes

2.1 Matériel

2.1.1 Échelle Visuelle Analogique [EVA]

À chaque séance de formation présentielle, une Échelle Visuelle Analogique [EVA] est utilisée pour évaluer la satisfaction relative à l'étape précédente de formation des participants. Il s'agit d'une échelle colorée et notée de 0 à 10 (voir figure 9).



Figure 9 : EVA des séances de formation à l'ATP MEDISIS

2.1.2 Enquête de satisfaction « à chaud »

Un questionnaire d'enquête « à chaud » est réalisé. Il est constitué de questions plutôt fermées, associées à quelques questions ouvertes et d'une échelle d'évaluation notée de 1 à 4 :

- 1 = Tout à fait d'accord
- 2 = Plutôt d'accord
- 3 = Plutôt pas d'accord
- 4 = Pas du tout d'accord

Elle est complétée par des smiley pour renforcer le caractère émotionnel et permettre une compréhension plus rapide de la réponse.

Les questions fermées sont associées à quelques questions ouvertes permettant aux participants de s'exprimer davantage.

Ce questionnaire permet d'obtenir des indicateurs semi quantitatifs sur la formation théorique, la formation pratique et la formation globale (voir figure 10).

Évaluation de la formation Accompagnement Thérapeutique du Patient MEDISIS

1 = Tout à fait d'accord - 2 = Plutôt d'accord - 3 = Plutôt pas d'accord - 4 = Pas du tout d'accord

FORMATION THÉORIQUE : E-LEARNING

Un e-learning à distance m'a convenu

	1	2	3	4	
------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	-------------------------------------------------------------------------------------

Le contenu du e-learning est adapté, je connais mieux MEDISIS

	1	2	3	4	
------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	-------------------------------------------------------------------------------------

La longueur du e-learning est adaptée

	1	2	3	4	
------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	-------------------------------------------------------------------------------------

La qualité globale du e-learning est satisfaisante

	1	2	3	4	
------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	-------------------------------------------------------------------------------------

Quels sont, selon vous, les éléments du e-learning à améliorer ? Une suggestion ?

.....

.....

FORMATION PRATIQUE : SÉANCE DE SIMULATION

La localisation de la formation vous semble pratique

	1	2	3	4	
------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	-------------------------------------------------------------------------------------

Le matériel et les outils pédagogiques utilisés sont adaptés

	1	2	3	4	
--------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---------------------------------------------------------------------------------------

Le planning de la formation est satisfaisant

	1	2	3	4	
--------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---------------------------------------------------------------------------------------

Les animateurs sont pédagogiques et disponibles

	1	2	3	4	
--------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---------------------------------------------------------------------------------------

Le contenu de la formation est adapté et me permet de progresser

	1	2	3	4	
--------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---------------------------------------------------------------------------------------

La qualité globale de la formation est satisfaisante

	1	2	3	4	
--------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---------------------------------------------------------------------------------------

Quels sont les éléments de la formation à améliorer ? Une suggestion ?

.....

.....

LA FORMATION GLOBALE

Je me sens prêt pour cette mission

	1	2	3	4	
--------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---------------------------------------------------------------------------------------

Je me sens prêt à argumenter l'intérêt de cette nouvelle mission

	1	2	3	4	
--------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---------------------------------------------------------------------------------------

Je recommande cette formation à mes collègues/confrères

	1	2	3	4	
--------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---------------------------------------------------------------------------------------

Figure 10 : Enquête "à chaud" des séances de formation à l'ATP MEDISIS

2.1.3 Enquête de satisfaction « à froid »

Une enquête est réalisée auprès des professionnels ayant pu mettre en application la formation. Une trame d'entretien est rédigée spécifiquement à cette occasion (voir figure 11). Elle est composée de questions fermées et ouvertes et d'une échelle d'évaluation notée de 1 à 4 :

- 1 = Tout à fait d'accord
- 2 = Plutôt d'accord
- 3 = Plutôt pas d'accord
- 4 = Pas du tout d'accord

Evaluation de la satisfaction des pharmaciens suite à la mise en pratique des ATP

1 = Très satisfait - 2 = Satisfait - 3 = Peu satisfait - 4 = Pas du tout satisfait

LA THÉORIE

Après 5 mois, avez-vous trouvé la formation adaptée à l'exercice professionnel demandé ?

	1	2	3	4	
------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	-------------------------------------------------------------------------------------

Comment aurait-elle pu mieux vous y préparer ?

.....

.....

.....

.....

.....

LA REALITÉ

Êtes-vous satisfait de votre nouvelle activité professionnelle suite à cette formation ?

	1	2	3	4	
------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	-------------------------------------------------------------------------------------

Quels sont vos frustrations ou vos succès ?

.....

.....

.....

.....

.....

Comment avez-vous géré la durée des séances ?

	1	2	3	4	
--------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---------------------------------------------------------------------------------------

.....

.....

.....

Avez-vous été confronté à la présence d'un aidant ? Si oui, comment avez-vous géré la situation ?

.....

.....

.....

.....

LES OUTILS

Êtes-vous satisfait des informations reçues par l'équipe MEDISIS ?

	1	2	3	4	
------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	-------------------------------------------------------------------------------------

Quelles informations vous en ont manqué ? / Quelles informations étaient inutiles ?

.....

.....

.....

.....

.....

Concernant les outils (schéma corporel, cartes, tableau 3 colonnes), j'ai utilisé :

- Schéma corporel
- Cartes de mise en situation
- Tableau 3 colonnes

Avez-vous transformé l'outil / trouvé un outil mieux adapté ?

.....

.....

.....

.....

.....

LES COMPTE-RENDU

Êtes-vous satisfait des compte-rendu ?

	1	2	3	4	
-------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	--------------------------------------------------------------------------------------

Quels éléments vous donnent satisfaction ? Quels éléments sont à modifier ?

.....

.....

.....

.....

.....

VOTRE POINT DE VUE PROFESSIONNEL

Quel est votre point de vue de professionnel sur cette nouvelle activité ?

.....

.....

.....

.....

.....

Autres remarques :

.....

.....

Figure 11 : Enquête "à froid" réalisée après la mise en pratique des entretiens

2.2 Méthodes

2.2.1 Échelle Visuelle Analogique [EVA]

Cette Échelle Visuelle Analogique [EVA] est projetée en début de séance. Cela permet d'obtenir un retour rapide sur les impressions qu'a laissées aux participants la séance précédente. Lors de la première séance présentielle c'est le e-learning qui est évalué. Lors des séances suivantes ce sont les séances préentielles qui sont évaluées.

Les animateurs prennent le temps d'expliquer l'exercice aux participants :

- Une note globale de satisfaction est demandée
- Puis trois questions sont posées aux participants : « A t-il été utile à vos connaissances ? », « Est-il suffisamment informatif ? », « Est-il compréhensif ? »
- À chaque question, les participants sont invités à se déplacer le long de l'EVA projetée pour manifester leur opinion, le 0 étant une réponse très négative, le 10 illustrant une réponse très positive.

Les participants sont ainsi amenés à se positionner physiquement au niveau de cette échelle afin de « noter » la prestation. Le positionnement physique permet l'engagement du participant et ajoute de la dynamique à la formation. Cela est un prétexte pour l'échange et chacun peut argumenter sur sa prise de position.

2.2.2 Enquête « à chaud »

Chaque participant à la formation aux ATP MEDISIS reçoit en début de séance une pochette contenant le diaporama projeté sous format papier, les outils utiles pour chaque séance (le LPS, le compte rendu d'ATP 1, le schéma corporel/cartes COMETE/tableau à 3 colonnes, le compte rendu de séance, le déroulé de l'entretien) et également l'enquête dite « à chaud ».

À l'issue de chaque séance de formation, tous les participants formés remplissent cette enquête de satisfaction. Un temps est dédié au remplissage du document qui est ensuite ramassé avant le départ des participants. Le temps pour répondre aux questionnaires est d'environ 5-10 minutes. L'avis de chacun est donc recueilli directement à la fin de la séance.

2.2.3 Enquête « à froid »

Cinq mois après la fin de la formation, les participants ayant pu mettre en œuvre l'activité sont rencontrés sur leur lieu d'exercice en entretien individuel d'environ 30 minutes.

Le déroulé type de l'entretien est présenté ci-dessous.

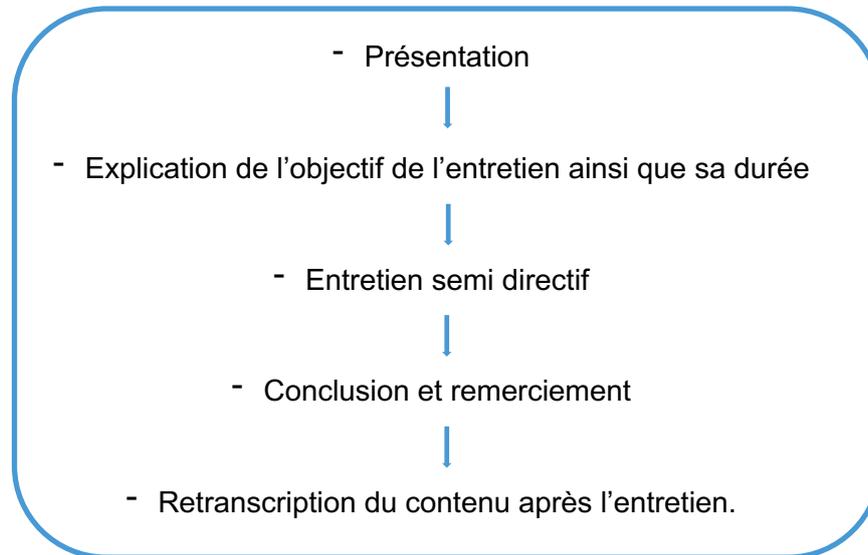


Figure 12. Déroulé de l'entretien effectué "à froid" suite aux formations ATP MEDISIS

Durant la discussion, une prise de note rapide est effectuée (remplissage des échelles d'évaluation et des mots clés) mais elle est limitée au maximum pour garder une véritable connexion. Une fois l'entretien terminé, une prise de note plus complète est nécessaire afin de remettre par écrit, le plus rapidement possible et de manière plus précise, les propos des participants.

Ce n'est pas un interrogatoire, le recueil d'information s'effectue de façon à laisser la personne parler librement. L'utilisation de questions ouvertes est primordiale pour obtenir le plus d'informations possibles et réaliser une étude qualitative. Néanmoins, afin de réaliser une étude semi quantitative, des questions fermées associées à une échelle d'évaluation sont également posées. Le guide d'entretien composé de toutes les thématiques à aborder permet de tisser un fil rouge.

PARTIE C. Résultats et Discussion

1 Résultats

1.1 Enquête de satisfaction

1.1.1 Formation théorique : E-learning

Le E-learning est réalisé par l'équipe MEDISIS. Il est constitué d'une présentation Powerpoint (pas de plateforme disponible au moment du lancement) de 102 diapositives. Il est prévu une heure pour prendre connaissance de son contenu.

1.1.1.1 Échelle Visuelle Analogique [EVA]

Les résultats sont présentés dans le tableau 1 ci-après.

Tableau 1. Résultats de l'EVA pour le e-learning de la formation à l'ATP MEDISIS

Questions posées par les animateurs	Note attribuée par les participants	Commentaires
Quelle note globale attribuez-vous au e-learning ?	7-8	« Trop long » « Complet » « Schémas et graphiques parfois peu compréhensibles »
Est-il utile à vos connaissances ?	8-10	Les participants n'ont rien eu à redire, ils se déclaraient satisfaits
Est-il suffisamment informatif ?		
Est-il compréhensible ?		

Les participants ont été surpris par l'exercice et s'y sont prêtés volontiers. Il a été bien accueilli et a permis de « détendre » l'atmosphère.

1.1.1.2 Enquête « à chaud »

Les résultats de l'enquête à chaud concernant le e-learning sont présentés dans le tableau 2. Les couleurs représentent les notations de façon visuelle. Vert/vert clair = plutôt positif et Rouge/orange = plutôt négatif.

Les cotations moyennes attribuées par participants sont plutôt positives concernant le e-learning. La cotation moyenne attribuée par les participants est de 1,7. (1 = très satisfaisant et 2 = satisfaisant).

Tableau II. Résultats de l'enquête "à chaud" pour le e-learning de la formation à l'ATP MEDISIS

		Participants																								Moy.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Thèmes abordés	Le format	2	2	1	1	1	2	1	2	3	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1,5
	Le contenu	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1,5	
	La longueur	2	2	2	2	1	2	2	2	3	1	1	3	1	1	4	2	2	1	1	1	2	3	3	4	2,0
	La qualité globale	1	2	2	1	1	1	1	2	3	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1,5
Moyennes		1,5	2,0	1,8	1,3	1,0	1,5	1,5	1,8	2,8	1,5	1,0	2,3	1,3	1,3	2,5	1,3	2,0	1,3	1,3	1,0	2,0	2,0	1,8	2,5	1,7

Pour rappel, 1 = très satisfait – 2 = satisfait – 3 = peu satisfait – 4 = pas du tout satisfait
Moy. = Moyenne

1.1.1.2.1 Le format

Concernant le format, la cotation moyenne attribuée par les participants est de 1,5 (= satisfaisant à très satisfaisant). Un seul participant juge le format e-learning à distance comme peu satisfaisant.

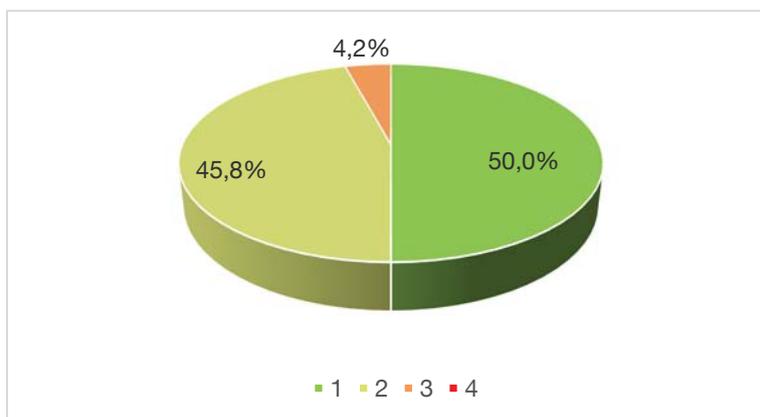


Figure 13. Satisfaction des participants relative au format e-learning

Un participant sur 2 déclare que la formation en format e-learning lui a pleinement convenu et 95.8% des participants se disent très satisfaits à satisfaits.

1.1.1.2.2 Le contenu

Concernant le contenu, la cotation moyenne attribuée par les participants est de 1,5 (= satisfaisant à très satisfaisant).

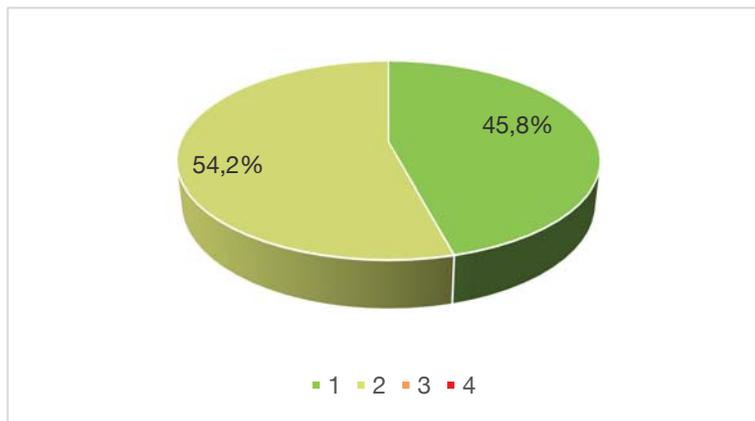


Figure 14. Satisfaction des participants relative au contenu du e-learning

Près de 46% des participants pensent mieux connaître MEDISIS et jugent le contenu adapté (cotation de 1 c'est à dire très satisfaisant). Les autres se déclarent satisfaits (cotation 2). Aucun participant ne montre d'insatisfaction concernant le contenu du e-learning.

1.1.1.2.3 La longueur

Concernant la longueur, la cotation moyenne attribuée est de 2 (= satisfaisant). Deux participants jugent la longueur du e-learning totalement inadaptée (trop long) et 4 autres participants la jugent peu satisfaisante.

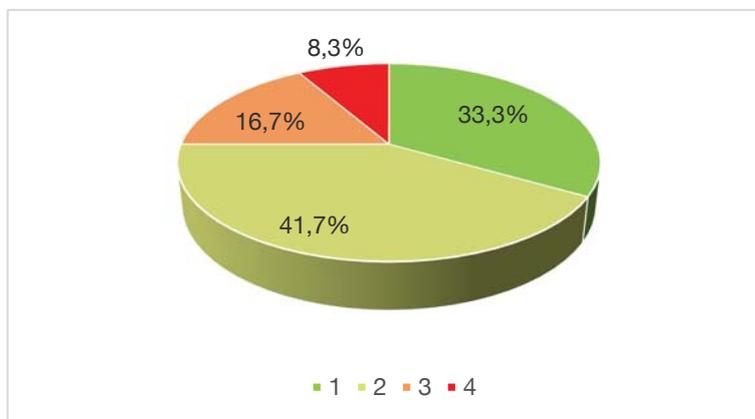


Figure 15. Satisfaction des participants relative à la longueur du e-learning

Seulement 33% des participants déclarent être très satisfaits par la longueur du e-learning, jugé trop long et trop chronophage par 25% des participants.

Le temps estimé à sa lecture et à sa bonne compréhension était estimé à une heure, en réalité deux heures étaient finalement nécessaires.

1.1.1.2.4 La qualité globale

Concernant la qualité globale du e-learning, la cotation moyenne attribuée est de 1,5 (= très satisfaisant à satisfaisant). Seulement 1 participant notifie la qualité globale comme peu satisfaisante mais il ne se prononce pas sur la raison de cette cotation.

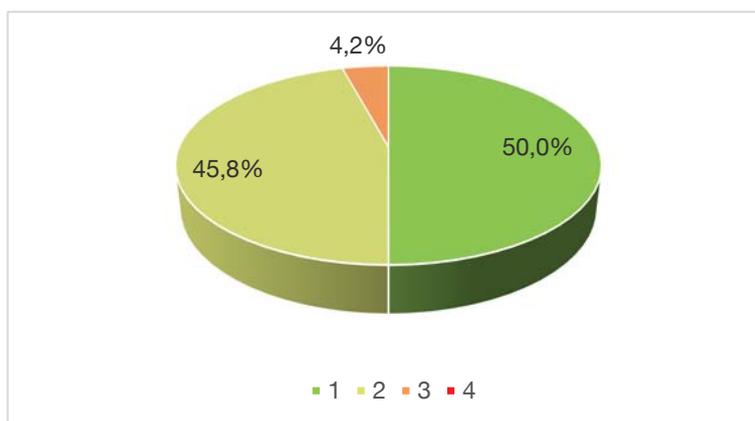


Figure 16. Satisfaction des participants relative à la qualité globale du e-learning

Cinquante pour cent des participants jugent la qualité globale très satisfaisante et 95,8% la jugent très satisfaisante à satisfaisante.

1.1.1.2.5 Commentaires libres

Parmi les commentaires notés sur l'enquête à chaud, 8 participants sur 24 évoquent des difficultés concernant la compréhension générale du e-learning. Sept mentionnent une difficulté de compréhension des graphiques, des schémas ainsi que leurs légendes et 2 participants insistent sur le fait que les acronymes et les abréviations ne sont pas assez explicites, notamment ceux utilisés pour les légendes des graphiques et schémas.

Neuf participants sur 24 évoquent la composition du e-learning. Quatre participants indiquent un diaporama trop dense en informations et suggèrent de synthétiser davantage. Quatre participants aimeraient que le e-learning soit principalement centré sur le parcours MEDISIS et que ses objectifs et différentes étapes soient plus explicités. Concernant la partie sur le risque de ré-hospitalisation du sujet âgé du e-learning, un des participants propose le fait de renvoyer à un module spécifique pour approfondir la physiopathologie et l'iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé. Cette partie serait donc allégée.

Concernant la satisfaction du e-learning :

- Spontanément, les participants se déclarent satisfaits à très satisfaits (EVA).
- **95,8%** des participants trouvent le format e-learning satisfaisant à très satisfaisant.
- Près de **46%** des participants pensent mieux connaître MEDISIS et jugent le contenu adapté (cotation de 1 c'est à dire très satisfaisant). Les autres se déclarent satisfaits (cotation 2).
- **95,8%** sont satisfaits à très satisfaits de la qualité globale du e-learning.
- Seulement **33%** des participants déclarent être très satisfaits par la longueur du e-learning, jugé trop long et trop chronophage par 25% des participants. Les éléments évoqués sont la clarté de l'information et le ciblage du contenu.

1.1.2 Formation pratique : Séance de simulation 1 et formation globale

1.1.2.1 Échelle Visuelle Analogique [EVA]

Lors du début de la 2^{ème} séance de formation, les animateurs MEDISIS demandent une nouvelle fois aux participants de se lever pour donner leur avis sur la séance précédente traitant l'ATP 3 « M'auto-observer ». Trois questions leur sont posées. Les résultats sont présentés dans le tableau 3 ci-dessous.

Tableau III. Résultats de l'EVA pour la séance de simulation 1 de la formation à l'ATP MEDISIS

Questions posées par les animateurs	Note attribuée par les participants	Commentaires
Quelle note globale attribuez-vous à la séance traitant l'ATP 3 « M'auto-observer » ?	8-10	Les participants n'ont rien eu à redire, ils se déclaraient satisfaits et l'exercice a été apprécié. Jeux de rôle et simulation jugés très utiles pour appréhender la situation.
Est-elle utile à vos connaissances ?		
Est-elle suffisamment informative ?		
Est-elle compréhensible ?		

1.1.2.2 Enquête « à chaud »

La séance 1 de formation se conclut par l'enquête de satisfaction dite « à chaud ». Chaque participant donne son avis sur la séance de formation concernant l'ATP 3 « M'auto-observer ».

1.1.2.2.1 La séance de simulation 1

Cette 1^{ère} séance de formation ponctuée de jeux de rôle et de simulation est jugée très satisfaisante d'après les résultats présentés dans le tableau 4 ci-dessous.

Les cotations moyennes attribuées par participant sont très positives concernant la formation pratique n°1 puisque la cotation moyenne est de 1,2.

Tableau IV. Résultats de l'enquête "à chaud" pour la séance de simulation 1 de la formation à l'ATP MEDISIS

		Participants																								Moy.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Formation pratique : séance de simulation 1 (ATP 3)	Localisation	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2
	Matériel et outils	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1,2
	Planning	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1,3
	Animateurs	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,0
	Contenu	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2
	Qualité globale	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	
Moyennes		1,0	1,0	1,0	1,0	1,2	1,5	1,0	1,3	1,8	1,5	1,2	1,7	1,0	1,0	1,5	1,0	1,2	1,2	1,0	1,0	1,2	1,2	1,0	1,2	1,2

Pour rappel 1 = très satisfait – 2 = satisfait – 3 = peu satisfait – 4 = pas du tout satisfaisant

Moy. = Moyenne

1.1.2.2.1.1 La localisation

La localisation de la formation, à savoir dans une salle se situant à l'EHPAD Saint-Charles de Lunéville, semble satisfaire les participants. La cotation moyenne est de 1,2 (c'est-à-dire satisfaisant à très satisfaisant).

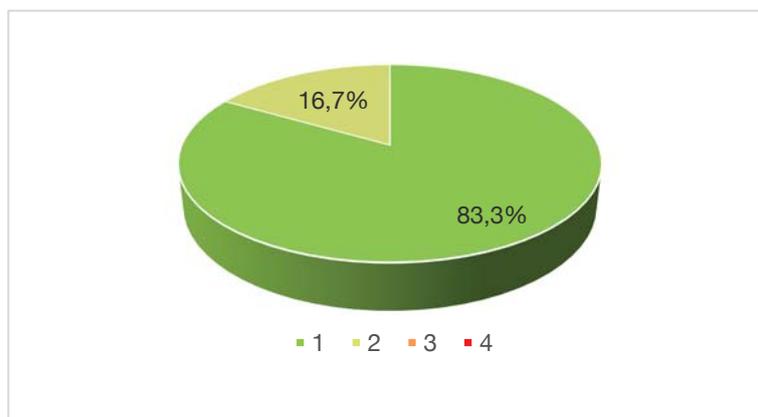


Figure 17. Satisfaction des participants relative à la localisation de la formation

La figure 17 représente la satisfaction des participants relative à la localisation de la formation et montre que les participants sont à 100% satisfaits (satisfaits et très satisfaits) des locaux choisis pour la formation. Certains participants ont évoqué le fait qu'il faisait un peu froid dans la salle.

1.1.2.2.1.2 Le matériel et les outils

Concernant le matériel et les outils utilisés lors de cette 1^{ère} séance pratique, ils sont jugés adaptés par l'ensemble des participants puisque la cotation moyenne attribuée est de 1,2. (1 = très satisfaisant et 2 = satisfaisant).

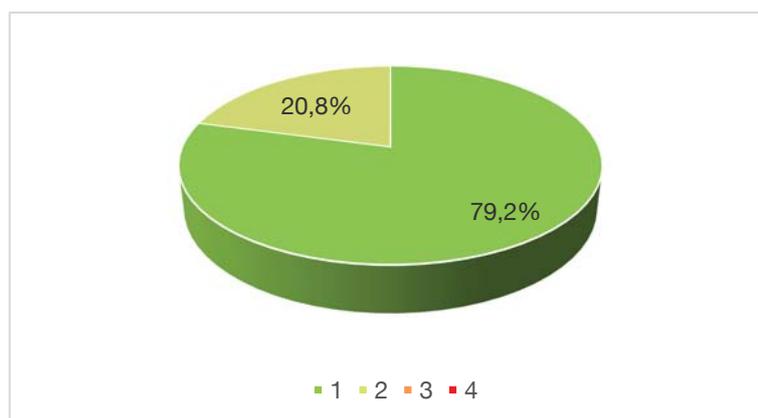


Figure 18. Satisfaction des participants relative au matériel et outils utilisés lors de la formation ATP 3 MEDISIS

D'après cette figure 18, 100% des participants trouvent le matériel et les outils utilisés adaptés. Près de 80% apprécient totalement le matériel et les outils, les autres sont plutôt satisfaits.

1.1.2.2.1.3 Le planning

Pour rappel, les séances de formation étaient au nombre de 3 (puisque 3 séances d'ATP étudiées) et se sont déroulées en soirée. Les participants étaient accueillis à partir de 19h30 avec un buffet. La formation débutait aux alentours de 20h et durait environ 2h30. Chaque participant avait le choix entre 2 dates pour les 2 premières séances de formation et entre 3 dates pour la 3^{ème} et dernière séance de formation. La cotation moyenne attribuée par les participants concernant le planning de la formation est de 1,3 (1 = très satisfaisant et 2 = satisfaisant).

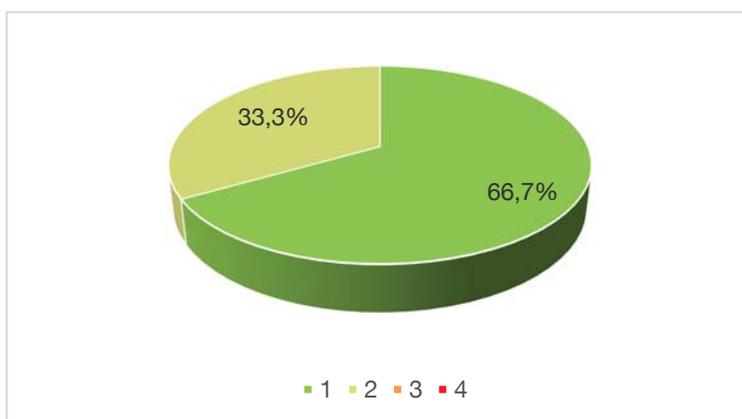


Figure 19. Satisfaction des participants relative au planning de la formation ATP MEDISIS

Concernant le planning de la formation, 100% des participants se déclarent être satisfaits (satisfaits à très satisfaits).

1.1.2.2.1.4 Les animateurs

Pour rappel, 2 membres de MEDISIS ont animé l'ensemble des séances de formation : 1 pharmacien et 1 infirmière. Les participants déclarent être pleinement satisfaits de la disponibilité et de la pédagogie des animateurs des formations ATP MEDISIS. La cotation moyenne donnée par les participants est de 1,0 (1 = très satisfaisant), soit la cotation maximale. Seul 1 participant a jugé les animateurs comme satisfaisants (cotation 2).

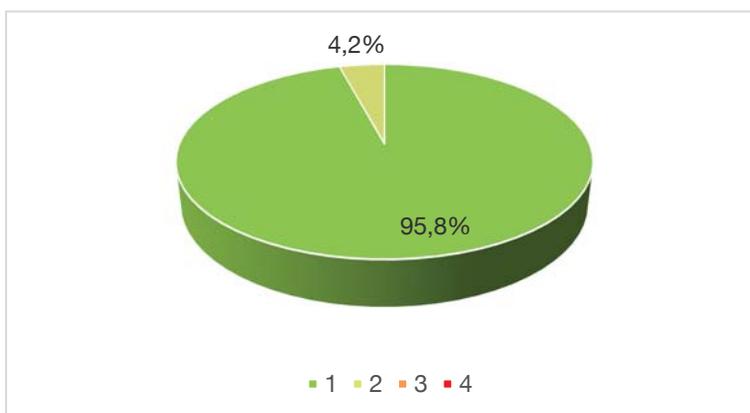


Figure 20. Satisfaction des participants relative aux animateurs de la formation ATP MEDISIS

Cent pour cent des participants déclarent être satisfaits, et même 95,8% des participants notifient être totalement satisfaits par la disponibilité et la pédagogie des animateurs.

1.1.2.2.1.5 Le contenu

Le contenu de la formation 1 est considéré comme satisfaisant par les participants puisque la cotation attribuée est de 1,2. (1 = très satisfaisant et 2 = satisfaisant).

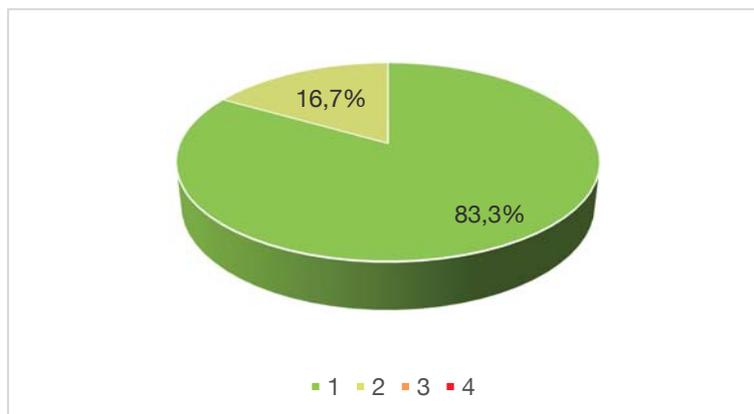


Figure 21. Satisfaction des participants relative au contenu de la formation ATP 3 MEDISIS

Une fois encore, 100% des participants jugent le contenu de la formation 1 adapté et considèrent qu'il leur a permis de progresser.

1.1.2.2.1.6 La qualité globale

La qualité globale de la formation est considérée comme satisfaisante par les participants puisque la cotation moyenne attribuée est de 1,2. (1 = très satisfaisant et 2 = satisfaisant).

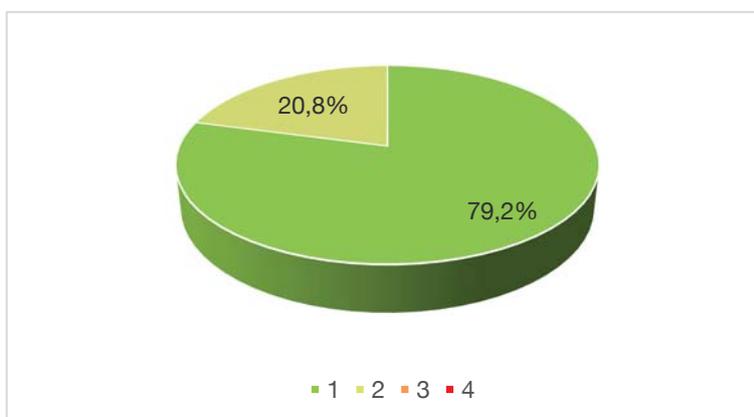


Figure 22. Satisfaction des participants relative à la qualité globale de la formation ATP 3 MEDISIS

La qualité globale est jugée satisfaisante pour 100% des participants d'après la figure 22.

1.1.2.2.2 La formation globale

L'évaluation de la formation globale à ce stade des séances de formation à l'ATP est plutôt satisfaisante, puisque les cotations moyennes des participants sont positives avec une moyenne de 1,5 (1 = très satisfaisant et 2 = satisfaisant).

Tableau V. Résultats de l'enquête "à chaud" pour la formation globale à l'ATP 3 MEDISIS

		Participants																								Moy.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Formation globale	Prêt à faire	2	2	1	2	2	2	2	3	1	2	1	2	1	2	1	2	2	NSP	1	2	2	2	1	2	1,7
	Prêt à expliquer	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	NSP	1	2	2	2	1	1	1,4
	Recommander	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	NSP	1	2	2	2	1	1	1,3
Moyennes		1,3	1,7	1,0	1,3	1,7	1,7	1,7	2,3	1,0	2,0	1,0	1,7	1,0	1,3	1,0	1,3	1,7		1,0	2,0	2,0	2,0	1,0	1,3	1,5

*NSP = Ne se prononce pas

*Moy. = Moyenne

Pour rappel 1 = tout à fait d'accord – 2 = plutôt d'accord – 3 = plutôt pas d'accord – 4 = pas du tout d'accord

1.1.2.2.2.1 Réalisation de la mission

La cotation moyenne attribuée à l'affirmation « je me sens prêt pour cette mission » est de 1,7 (1 = tout à fait d'accord et 2 = plutôt d'accord). Un seul participant ne semble pas tout à fait prêt à effectuer cette mission à ce stade de la formation mais n'en donne pas la raison.

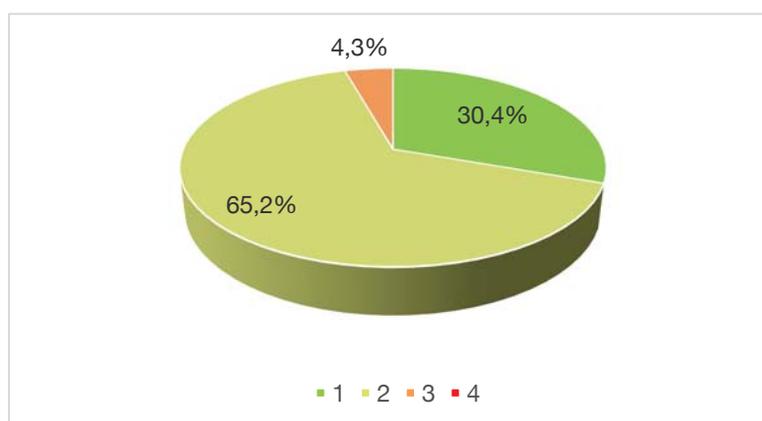


Figure 23. Sentiment du participant à pouvoir se lancer dans la réalisation de la mission après la formation ATP 3

À la suite de la formation à l'ATP 3 « M'auto-observer », 95,6% se sentent globalement prêts à effectuer l'entretien. Parmi eux, 65,2% le sont parfaitement, pour les autres ils pensent être plutôt prêts. Les 4,3% restants ne semblent pas tout à fait prêts.

1.1.2.2.2.2 Intérêt de la mission

La cotation moyenne donnée par les participants à l'affirmation « Je me sens prêt à argumenter l'intérêt de cette nouvelle mission » est de 1,4 (1 = tout à fait d'accord et 2 = plutôt d'accord).

Tous les participants sont donc convaincus de l'utilité de cet entretien « m'auto-observer » et se sentent relativement prêts à l'expliquer.

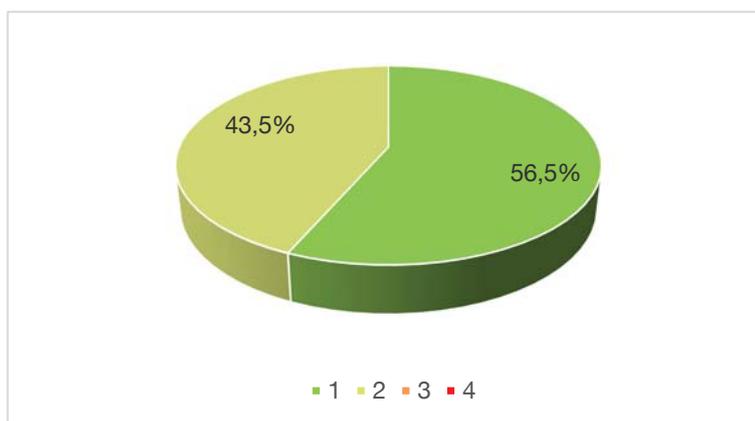


Figure 24. Sentiment du participant à pouvoir défendre l'intérêt de la mission après la formation ATP 3

Cent pour cent des participants se sentent plutôt prêts à argumenter l'intérêt de cette nouvelle mission (tout à fait prêt à plutôt prêt).

1.1.2.2.3 Recommandation de la formation aux confrères/consœurs

A ce stade de la formation, la cotation moyenne donnée par les participants à l'affirmation « Je recommande la formation à mes confrères/consœurs » est de 1,5. (1 = tout à fait d'accord et 2 = plutôt d'accord »).

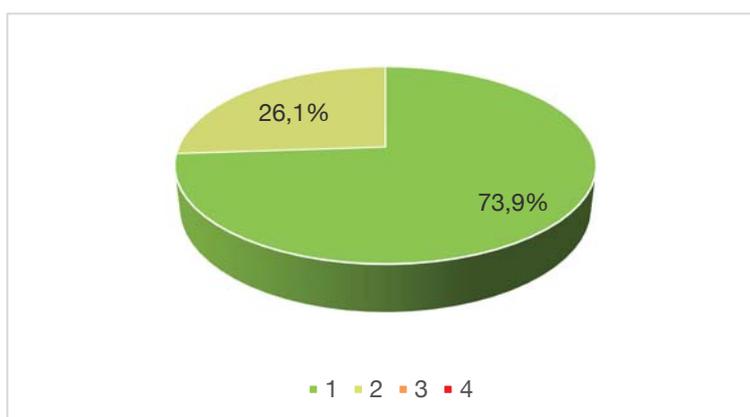


Figure 25. Volonté des participants à recommander la formation après l'ATP 3 MEDISIS

Cent pour cent des participants sont plutôt d'accord pour recommander la formation à leurs confrères/consœurs ce qui illustre leur satisfaction globale pour la formation. Parmi eux, près de 74% sont tout à fait d'accord pour la recommander, les autres sont plutôt d'accord.

1.1.2.2.3 Commentaires libres

Parmi les commentaires notés sur l'enquête à chaud en réponse à la question ouverte « quels sont les éléments de la formation à améliorer ? », 1 participant mentionne une difficulté de lecture et de lisibilité du document papier mis à disposition (diapositives projetées mises sous format papier « plusieurs diapositives/pages A4 ») et suggère une écriture plus grosse.

Un participant évoque l'intérêt des simulations qui, selon lui, sont « intéressantes et permettent de progresser et de mieux s'approprier les outils pédagogiques ».

Concernant la satisfaction de la séance de formation 1 (ATP 3) :

- Spontanément, les participants se déclarent satisfaits à très satisfaits (EVA). Les jeux de rôle et de simulation sont jugés très utiles pour appréhender la situation.
- **100%** des participants sont satisfaits à très satisfaits des locaux choisis pour la formation (cotation moyenne de 1,2 avec 1 = très satisfaisant et 2 = satisfaisant).
- Près de **80%** apprécient totalement le matériel et les outils utilisés, les autres sont satisfaits.
- L'ensemble des participants (**100%**) déclarent être satisfaits à très satisfaits du planning de la formation.
- Les participants apprécient la disponibilité et la pédagogie des animateurs MEDISIS puisque **100%** d'entre eux sont satisfaits à très satisfaits. Un seul participant a attribué la cotation 2 (= satisfait), tous les autres participants ont attribué la cotation 1 (= très satisfaisant).
- **100%** des participants jugent le contenu de la formation 1 adapté et considèrent qu'il leur a permis de progresser (cotation moyenne de 1,2).
- La qualité globale de la formation est jugée satisfaisante pour **100%** des participants avec une cotation moyenne de 1,2.
- **95,6%** se sentent globalement prêts à effectuer l'entretien suite à cette formation.
- **100%** des participants se sentent plutôt prêts à argumenter l'intérêt de cette nouvelle mission.
- Tous les participants (**100%**) recommandent la formation à leurs confrères/consœurs : près de 74% des participants sont tout à fait d'accord pour la recommander, les autres sont plutôt d'accord.

1.1.3 Formation pratique : Séance de simulation 2 et formation globale

1.1.3.1 Échelle Visuelle Analogique [EVA]

Lors du début de la 3^{ème} séance de formation, les animateurs MEDISIS demandent une nouvelle fois aux participants de se lever pour donner leur avis sur la séance précédente traitant l'ATP 4 « Que faire en cas de problème ? ». Trois questions leur sont posées.

Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau VI. Résultats de l'EVA pour la séance de simulation 2 de la formation à l'ATP MEDISIS

Questions posées par les animateurs	Note attribuée par les participants	Commentaires
Quelle note globale attribuez-vous la séance traitant l'ATP 4 « Que faire en cas de problème ? » ?	8-10	Les participants n'ont rien eu à redire, ils se déclaraient satisfaits et l'exercice a été apprécié.
Est-elle utile à vos connaissances ?		
Est-elle suffisamment informative ?		
Est-elle compréhensible ?		

1.1.3.2 Enquête « à chaud »

Tout comme la séance précédente, à l'issue de la formation sur l'ATP 4 « Que faire en cas de problème ? », les enquêtes « à chaud » sont distribuées pour obtenir l'avis des participants sur cette séance de simulation 2.

1.1.3.2.1 La séance de simulation 2

D'après les résultats présentés dans le tableau 7 ci-dessous, la séance est jugée satisfaisante à très satisfaisante par les participants. La cotation moyenne attribuée est de 1,3 (1 = très satisfaisant et 2 = satisfaisant).

Tableau VII. Résultats de l'enquête "à chaud" pour la séance de simulation 2 de la formation à l'ATP MEDISIS

		Participants																								Moy.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Formation pratique : séance de simulation 2 (ATP 3)	Matériel et outils	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1,3
	Contenu	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1,4
	Qualité globale	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1,1
Moyennes		1,3	1,3	1,7	1,3	2	1,0	1,0	1,3	1,0	1,3	1,7	1,7	1,0	1,0	1,0	1,3	1,0	1,0	1,0	1,0	2	1,0	1,0	1,0	1,3

Pour rappel, 1 = très satisfait – 2 = satisfait – 3 = peu satisfait – 4 = pas du tout satisfait

Moy. = Moyenne

1.1.3.2.1.1 Le matériel et les outils

Le matériel et les outils utilisés lors de cette seconde séance de formation sont considérés comme adaptés par les participants. La cotation moyenne attribuée est de 1,3 donc les participants sont satisfaits à très satisfaits.

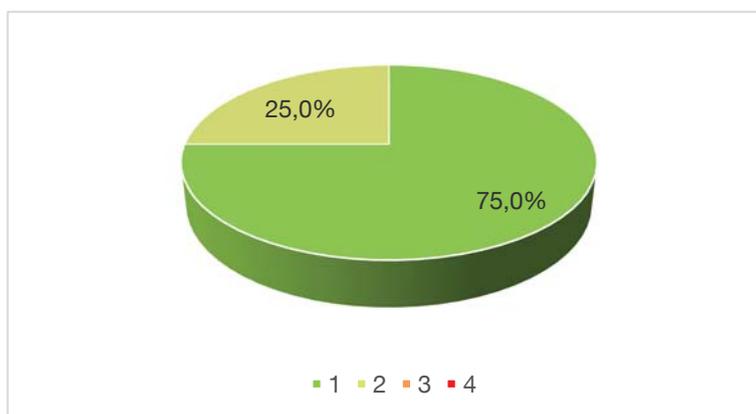


Figure 26. Satisfaction des participants relative au matériel et outils utilisés lors de la formation ATP 4 MEDISIS

Les $\frac{3}{4}$ des participants sont entièrement satisfaits par le matériel et les outils utilisés lors de cette séance, le $\frac{1}{4}$ restant est satisfait.

1.1.3.2.1.2 Le contenu

Les participants estiment que le contenu de la formation est adapté et leur a permis de progresser puisque la cotation moyenne est de 1,4 (1 = très satisfait et 2 = satisfait).

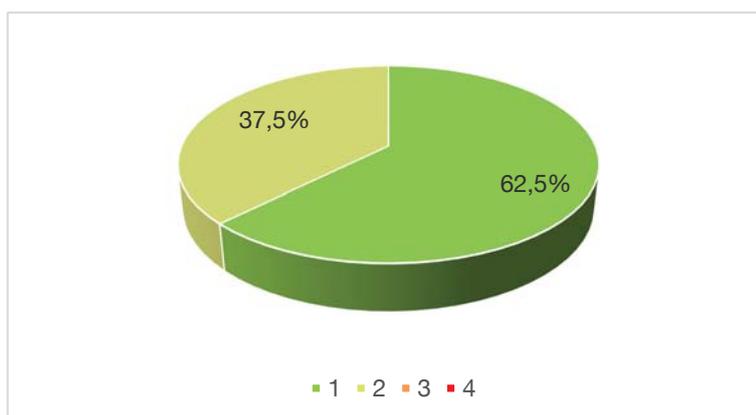


Figure 27. Satisfaction des participants relative au contenu de la formation ATP 4 MEDISIS

Le contenu est considéré comme adapté pour 100% des participants, 62,5% estiment qu'il est complètement adapté et leur a permis de progresser, les autres sont satisfaits.

1.1.3.2.1.3 La qualité globale

La qualité globale de la formation 2 traitant l'ATP 4 est considérée par les participants comme très satisfaisante à satisfaisante avec une cotation moyenne de 1,1 (1 = très satisfaisant et 2 = satisfaisant). Seuls 3 participants attribuent la cotation 2, tous les autres donnent une cotation 1.

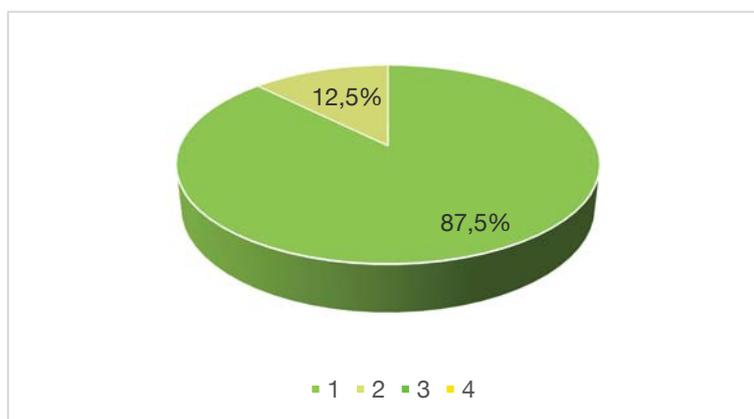


Figure 28. Satisfaction des participants relative à la qualité globale de la formation ATP 4 MEDISIS

L'ensemble des participants jugent la qualité globale de la formation à l'ATP 4 très satisfaisante à satisfaisante, parmi eux, 87,5% la jugent très satisfaisante, les autres la trouvent satisfaisante.

1.1.3.2.2 La formation globale

L'évaluation de la formation globale après la réalisation de 2 séances de formation est globalement satisfaisante puisque la cotation moyenne est de 1,3 (1 = très satisfaisant et 2 = satisfaisant).

Les résultats sont présentés dans le tableau 8 ci-dessus.

Tableau VIII. Résultats de l'enquête "à chaud" pour la formation globale à l'ATP 4 MEDISIS

		Participants																								Moy.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Formation globale	Prêt à faire	2	1	2	3	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1,5
	Prêt à expliquer	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1,3
	Recommander	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1,2
Moyennes		1,7	1,0	1,7	1,7	2,0	1,0	1,0	1,0	1,3	1,7	1,3	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	1,7	1,3	1,7	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,3

Pour rappel 1 = tout à fait d'accord – 2 = plutôt d'accord – 3 = plutôt pas d'accord – 4 = pas du tout d'accord
Moy. = Moyenne

1.1.3.2.2.1 Réalisation de la mission

Les participants déclarent globalement être prêts pour réaliser la mission puisque la cotation globale est de 1,5 (tout à fait d'accord à plutôt d'accord.)

Un seul participant ne semble pas tout à fait prêt à effectuer cette mission et justifie son propos de la manière suivante : « la situation réelle peut être différente du cadre évoqué pendant la séance de formation. ».

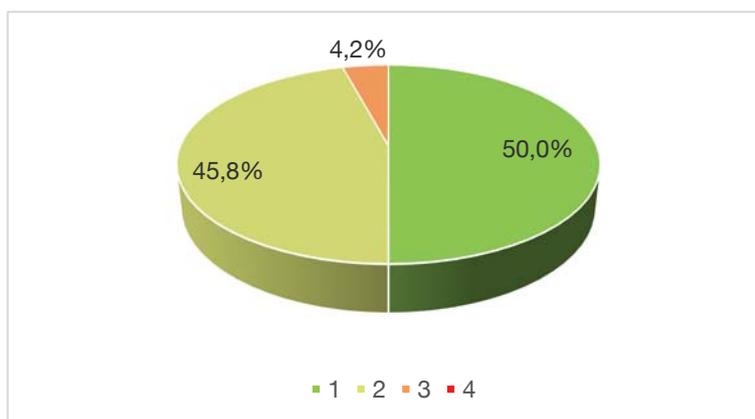


Figure 29. Sentiment du participant à pouvoir se lancer dans la réalisation de la mission après la formation ATP 4

Après cette seconde séance de formation, 95,8% des participants notifient être prêts à effectuer l'entretien, dont 50% qui le sont parfaitement.

1.1.3.2.2.2 Intérêt de la mission

Globalement, tous les participants se sentent prêts à argumenter l'intérêt de cette nouvelle mission puisque la cotation moyenne est de 1,3 (1 = tout à fait d'accord et 2 = plutôt d'accord).

Tous les participants sont donc convaincus de l'utilité de cet entretien « Que faire en cas de problème ? » et se sentent relativement prêts à l'expliquer.

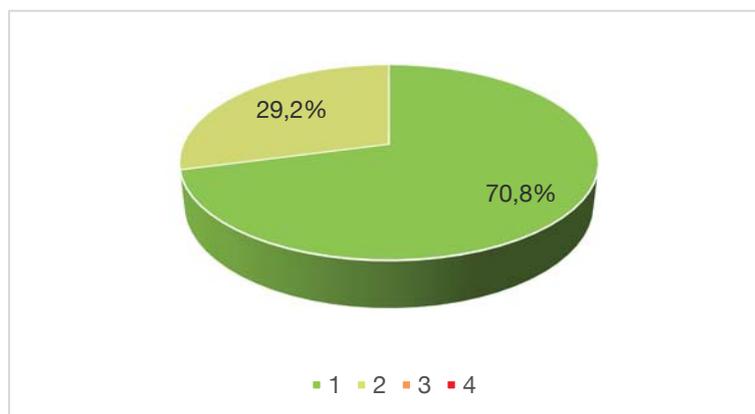


Figure 30. Sentiment du participant à pouvoir défendre l'intérêt de la mission après la formation ATP 4

L'ensemble des participants (100%) sont d'accord sur le fait que cette mission est utile et se sentent prêts à argumenter sur l'intérêt de l'entretien. Près de 71% le sont totalement, les autres sont plutôt d'accord.

1.1.3.2.2.3 Recommandation de la formation aux confrères/consœurs

La cotation moyenne pour l'affirmation « je recommande cette formation à mes confrères/consœurs » est de 1,2. Les participants sont donc pleinement satisfaits de cette 2^{ème} séance de formation.

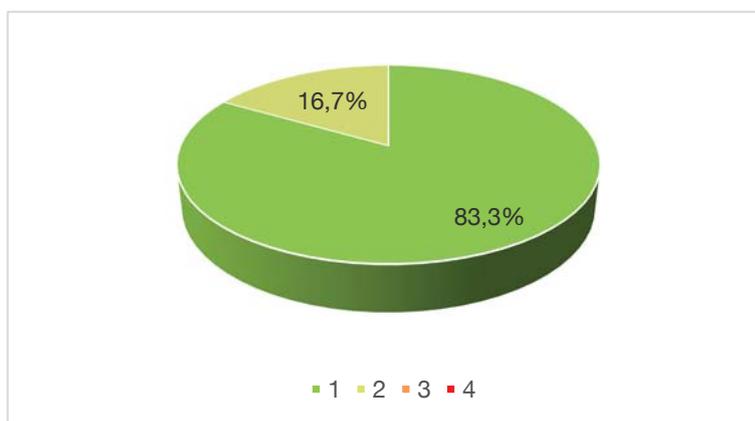


Figure 31. Volonté des participants à recommander la formation après l'ATP 4 MEDISIS

Cent pour cent des participants recommandent cette formation à leurs confrères/consœurs suite à la réalisation de la séance de formation n°2 dédiée à l'ATP 4 « Que faire en cas de problème ? ». Parmi eux, 83,3% sont totalement prêts à la recommander, les autres sont plutôt prêts.

1.1.3.2.3 Commentaires libres

Parmi les commentaires notés sur l'enquête à chaud en réponse à la question ouverte « quels sont les éléments de la formation à améliorer ? », un participant mentionne une difficulté de lecture et de lisibilité du document papier mis à disposition (diapositives projetées mises sous format papier) et suggère une écriture plus grosse.

Deux autres participants jugent le résumé du déroulé de l'entretien rassemblant les points clés de l'entretien « pas suffisamment adapté » car « ne suit pas trop la séance ».

Concernant la satisfaction de la séance de formation 2 (ATP 4) :

- Spontanément, les participants se déclarent satisfaits à très satisfaits (EVA). Les jeux de rôle et de simulation sont jugés très utiles pour appréhender la situation.
- Les $\frac{3}{4}$ des participants sont entièrement satisfaits par le matériel et les outils utilisés lors de cette séance, le $\frac{1}{4}$ restant est satisfait. **100%** sont donc globalement satisfaits.
- Le contenu est considéré comme adapté pour **100%** des participants, 62,5% estiment qu'il est complétement adapté et leur a permis de progresser, les autres sont satisfaits.
- **100%** des participants jugent la qualité globale très satisfaisante à satisfaisante : 87,5% la jugent très satisfaisante, les autres la trouvent satisfaisante.
- **95,8%** des participants pensent être prêts à effectuer l'entretien, dont 50% qui le sont parfaitement, les autres sont plutôt prêts.
- Tous les participants (**100%**) sont d'accord sur le fait que cette mission est utile et se sentent prêts à argumenter sur l'intérêt de l'entretien. Près de 71% le sont totalement, les autres sont plutôt d'accord.
- **83,3%** des participants sont tout à fait d'accord pour recommander la formation à leurs confrères/consœurs, les autres sont plutôt d'accord.

1.1.4 Formation pratique : Séance de simulation 3 et formation globale

1.1.4.1 Enquête « à chaud »

Les enquêtes « à chaud » concernant la séance de simulation 3 sont récupérées en fin de séance. Cette dernière séance de formation traite l'ATP 5 « Me raconter ».

1.1.4.1.1 Séance de simulation 3

Les résultats de l'enquête « à chaud » sont présentés dans le tableau 9 ci-dessous.

Ils montrent encore une fois une réelle satisfaction des participants pour cette séance 3. La cotation moyenne retrouvée est de 1,2 ce qui est très satisfaisant à satisfaisant (1 = très satisfaisant et 2 = satisfaisant).

Tableau IX. Résultats de l'enquête "à chaud" pour la séance de simulation 3 de la formation à l'ATP MEDISIS

		Participants																							Moy.	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23		
Formation pratique : séance de simulation 3 (ATP 4)	Matériel et outils	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1,3	
	Contenu	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,3	
	Qualité globale	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	
Moyennes		1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,7	1,3	2,3	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,3	1,0	1,0	1,2

Pour rappel, 1 = très satisfait – 2 = satisfait – 3 = peu satisfait – 4 = pas du tout satisfait
Moy. = Moyenne

À noter que le nombre de participants est passé de 24 à 23 puisqu'un des participants n'a pas pu continuer la formation pour des raisons personnelles.

1.1.4.1.1.1 Matériel et outils

La cotation attribuée au matériel et aux outils utilisés lors de cette 3^{ème} et dernière séance de formation est de 1,3. Les participants sont donc très satisfaits à satisfaits. Un seul participant trouve le matériel et les outils utilisés inadaptés mais n'en donne pas la raison.

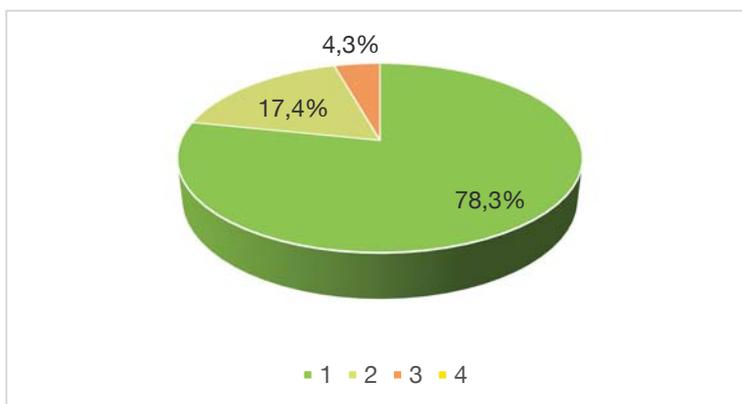


Figure 32. Satisfaction des participants relative au matériel et outils utilisés lors de la formation ATP 5 MEDISIS

Parmi les participants, 95,7% trouvent le matériel et les outils totalement adaptés ou adaptés, parmi eux près de 79% sont très satisfaits et les autres plutôt satisfaits.

1.1.4.1.1.2 Contenu

Le contenu de cette dernière séance de formation semble satisfaire les participants puisque la cotation moyenne attribuée est de 1,3 (donc très satisfaits à satisfaits).

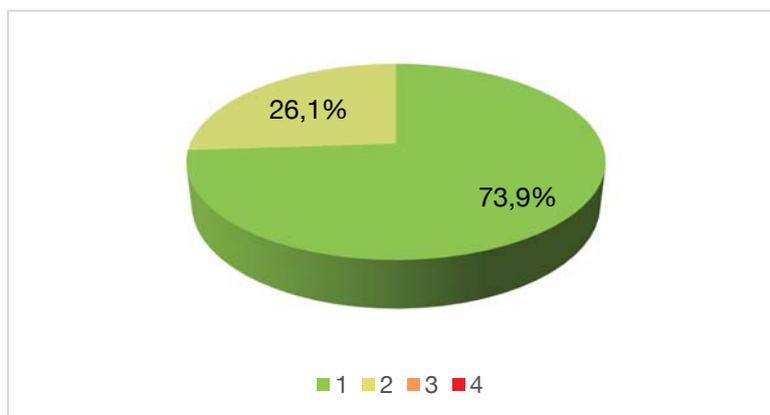


Figure 33. Satisfaction des participants relative au contenu de la formation ATP 5 MEDISIS

Pour 100% des participants, le contenu est adapté et leur a permis de progresser. Aucun ne montre son insatisfaction quant au contenu de la formation à l'ATP 5 « Me raconter ».

1.1.4.1.1.3 Qualité globale

La qualité globale suite à cette 3^{ème} formation est considérée comme très satisfaisante à satisfaisante puisque la cotation moyenne est de 1,2 (1 = très satisfaisant et 2 = satisfaisant).

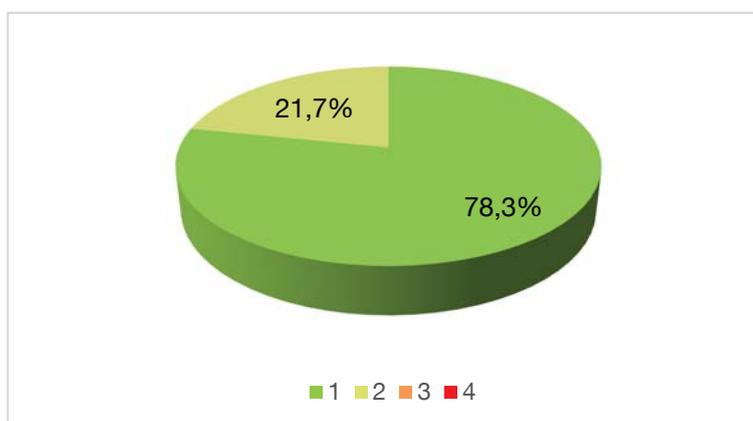


Figure 34. Satisfaction des participants relative à la qualité globale de la formation ATP 5 MEDISIS

Pour 100% des participants, la qualité globale de la formation à l'ATP 5 « Me raconter » est très satisfaisante à satisfaisante. Très satisfaisante pour 78,3% et satisfaisante pour les autres.

1.1.4.1.2 Formation globale

Les résultats de l'enquête « à chaud » traitant la formation globale sont présentés dans le tableau 10 ci-dessous. À la vue des 1 = très satisfaisant et 2 = satisfaisant qui dominant ce tableau, le résultat semble très positif.

La cotation moyenne attribuée par les participants suite à cette séance de formation à l'ATP 5 « Me raconter » est de 1,3 (très satisfaisant à satisfaisant).

Tableau X. Résultats de l'enquête "à chaud" pour la formation globale à l'ATP 5 MEDISIS

		Participants																							Moy.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Formation globale	Prêt à faire	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,5
	Prêt à expliquer	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1,3
	Recommander	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1
Moyennes		1,3	2,0	1,3	1,7	1,3	1,3	1,0	1,7	1,3	1,3	1,7	1,0	1,3	1,0	1,7	1,0	1,0	1,3	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,3

Pour rappel 1 = tout à fait d'accord – 2 = plutôt d'accord – 3 = plutôt pas d'accord – 4 = pas du tout d'accord

Moy. = Moyenne

1.1.4.1.2.1 Réalisation de la mission

La cotation moyenne attribuée par les participants pour l'affirmation « je me sens prêt à effectuer la mission » est de 1,5. (1= tout à fait d'accord et 2 = plutôt d'accord).

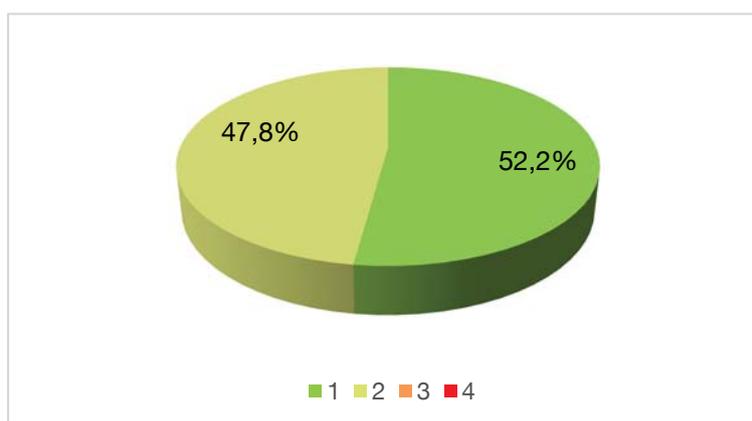


Figure 35. Sentiment du participant à pouvoir se lancer dans la réalisation de la mission après la formation ATP 5

Cent pour cent des participants se sentent prêts à effectuer l'entretien. Plus précisément, 52,2% se sentent totalement prêts et les autres plutôt prêts.

À noter que la part des participants étant totalement prêts à réaliser la mission était de 30,4% après la 1^{ère} séance de formation, 50% après la seconde séance et 52,2% après cette 3^{ème} séance ce qui démontre qu'au fil des séances, les participants se sentent de plus en plus armés pour effectuer les ATP.

1.1.4.1.2.2 Intérêt de la mission

À l'affirmation « Je me sens prêt à argumenter l'intérêt de cette mission », les participants ont répondu en moyenne « tout à fait d'accord » puisque la cotation attribuée est de 1,3. (1 = tout à fait d'accord et 2 = plutôt d'accord ».

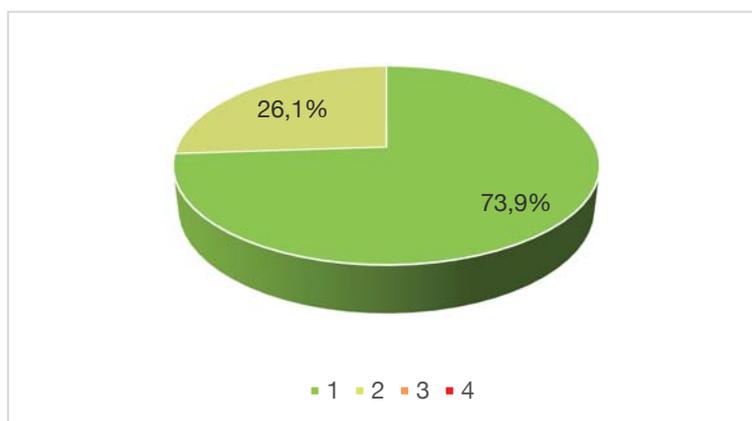


Figure 36. Sentiment du participant à pouvoir défendre l'intérêt de la mission après la formation ATP 5

Suite à la formation à l'ATP 5 « Me raconter », 100% des participants se sentent prêts à argumenter l'intérêt de la mission. Parmi eux, 73,9% le sont totalement, les autres sont plutôt prêts.

1.1.4.1.2.3 Recommandation de la mission aux confrères/consœurs

En ce qui concerne l'affirmation « Je recommande cette formation à mes confrères/consœurs », les participants attribuent la cotation moyenne de 1,1 ce qui est globalement très satisfaisant. (1 = tout à fait d'accord et 2 = plutôt d'accord). Seuls deux participants attribuent la cotation 2, tous les autres donnent la cotation 1.

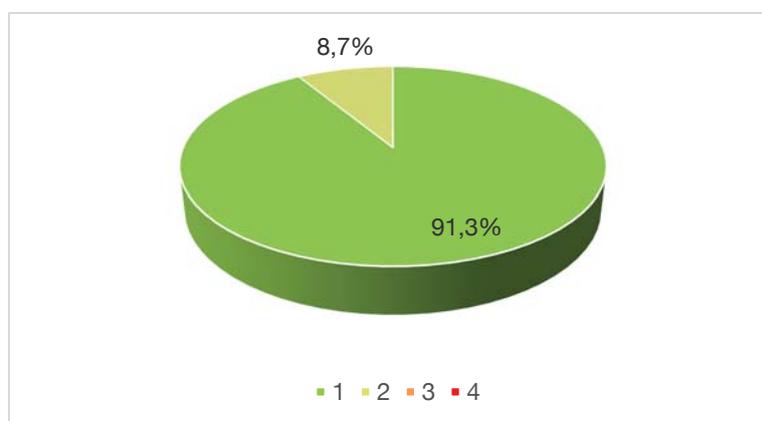


Figure 37. Volonté des participants à recommander la formation après l'ATP 5 MEDISIS

Suite à cette 3^{ème} et dernière formation, 100% des participants recommandent cette formation à leurs confrères/consœurs. D'ailleurs, 91,3% sont tout à fait d'accord pour la recommander, les autres sont plutôt d'accord.

1.1.4.1.3 Commentaires libres

Comme pour les autres séances de formation, des suggestions et commentaires sont rédigés par les participants sur l'enquête de satisfaction.

Un participant suggère de mettre en place une séance permettant l'échange et le retour d'expérience des personnes ayant réalisé les ATP.

Un autre suggère de présenter aux futures sessions de formation des vidéos d'ATP filmés avec un véritable patient afin de représenter au mieux la réalité d'un entretien.

Un des commentaires mentionne une difficulté de lecture des compte-rendu de séance due à l'utilisation d'une taille de police trop petite.

Un participant évoque également la notion suivante : « certains outils proposés pour les entretiens me paraissent difficiles à utiliser dans certains cas ».

Un autre envisage une trilogie pour organiser les idées. C'est-à-dire que pour cette séance (et même pour les autres séances ?), le participant propose de développer trois idées avec le patient, pas plus. Cognitivement, le patient âgé peut avoir quelques difficultés à retenir beaucoup d'informations lors d'un entretien de 20-30 minutes. L'idée est donc de cibler trois idées primordiales, de les développer avec le patient afin que celui-ci ne retienne que l'essentiel.

Enfin, un autre participant manifeste sa totale satisfaction avec le commentaire « tout me semble bien ».

Concernant la satisfaction de la séance de formation 3 (ATP 5) :

- **95,7%** des participants trouvent le matériel et les outils adaptés, parmi eux près de 79% sont très satisfaits et les autres plutôt satisfaits.
- Pour **100%** des participants, le contenu est adapté et leur a permis de progresser.
- La qualité globale est jugée très satisfaisante à satisfaisante par **100%** des participants : très satisfaisante pour 78,3% d'entre eux, satisfaisante pour les autres.
- **100%** des participants se sentent prêts à effectuer l'entretien. Plus précisément, 52,2% se sentent totalement prêts et les autres plutôt prêts.
- Tous les participants (**100%**) sont d'accord sur le fait que cette mission est utile et se sentent prêts à argumenter sur l'intérêt de l'entretien. Près de 74% le sont totalement, les autres sont plutôt d'accord.
- Les participants recommandent la formation à leurs confrères/consœurs puisque la cotation moyenne est de 1,1 (1 = tout à fait d'accord et 2 = plutôt d'accord). Seuls 2 participants attribuent la cotation 2, tous les autres donnent la cotation 1.

1.1.5 Enquêtes à froid

Cinq mois après la formation, 11 patients au total ont été éligibles et ont donné leur consentement pour réaliser les ATP en ville après leur hospitalisation.

Parmi ces 11 patients, deux patients ne se sont finalement pas présentés au rendez-vous ATP 3 et sont restés injoignables et un patient est en cours d'entretien à ce jour.

Tableau XI. Représentation des ATP MEDISIS réalisés par patients et par participants 5 mois après la formation

Participants	Patients	Nombre d'ATP réalisé
A	1	1
B	1	3
C	2	Patient 1 : 2 ATP Patient 2 : 3 ATP
D	1	3
E	1	3
F	1	3
G	1	3

Le participant A n'ayant réalisé qu'un seul ATP avec son patient n'a pas jugé utile que je le rencontre. A noter que je suis le participant C. Les 5 participants ayant pu réaliser un parcours complet ont donc été rencontrés afin d'obtenir leur avis après la mise en œuvre des ATP.

1.1.5.1 La théorie

Cinq mois après la formation, 100% des personnes interrogées se déclarent pleinement satisfaites et ont trouvé la formation adaptée à l'exercice professionnel. Les résultats sont présentés dans le tableau 11 ci-dessous.

Tableau XII. Résultats de l'enquête "à froid" pour les séances de formation à l'ATP MEDISIS

		Participants					Moyenne
		B	D	E	F	G	
La théorie	Formation aux ATP	1	1	1	1	1	1,0

Parmi les commentaires des participants, les mots « claire », « utile », « préparée », « bien conçue », « très bien » sont retrouvés pour qualifier la formation.

Un des participants aurait aimé voir et s'entraîner sur plus de cas pratiques pour pouvoir étudier davantage de pathologies lors de la formation.

1.1.5.2 La réalité

Les résultats de l'échelle quantitative sont présentés dans le tableau 12 ci-dessous :

Tableau XIII. Résultats de l'enquête quantitative "à froid" concernant les ATP MEDISIS

		Participants					Moyennes
		B	D	E	F	G	
La réalité	Satisfaction globale	2	2	1	1	2	1,6
	Durée des séances	1	2	2	1	1	1,4
	Informations reçues par l'équipe MEDISIS	1	1	1	1	1	1,0
	Compte rendu	2	1	1	1	1	1,2
Moyennes		1,5	1,5	1,3	1,0	1,3	1,3

Pour rappel, 1 = très satisfait – 2 = satisfait – 3 = peu satisfait – 4 = pas du tout satisfait.

Les participants sont globalement très satisfaits puisque les cotations moyennes pour chaque question sont toutes comprises entre 1,0 et 1,6.

Il en est de même pour les notes moyennes par participant. Le participant F montre sa réelle satisfaction avec une cotation moyenne de 1,0.

La cotation moyenne attribuée par les participants est de 1,3.

1.1.5.2.1 Satisfaction globale

La cotation moyenne attribuée à cette question est de 1,6. Les participants sont donc globalement satisfaits de leur nouvelle activité professionnelle suite à la formation.

Tous auraient aimé avoir plus de patients. Une de leurs frustrations est de ne pas avoir pu davantage mettre en pratique les séances de formation avec d'autres patients.

C'est pour cette raison que la plupart des participants ont donné une cotation 2 au lieu de 1 à cette question.

Un des participants évoque un cas compliqué en raison d'un motif d'hospitalisation « difficile à appréhender ». La patiente était en effet hospitalisée suite à une chute, le participant me fait part de sa frustration face à ce motif d'hospitalisation : « Ce n'est pas comme les cas de pyélonéphrite ou d'insuffisance cardiaque vus en formation, il y avait moins matière à dire, surtout pour les signes d'alerte. De plus, la patiente n'avait pas du tout compris pourquoi elle venait me voir, elle a été très difficile à cadrer ce qui a davantage compliqué l'entretien. »

Deux participants mentionnent en effet une certaine difficulté à « cadrer » les patients qui ont tendance à se disperser facilement. « Comme tout entretien, il faut revenir à l'essentiel, laisser s'exprimer le patient sans trop le laisser s'éparpiller. » me confie l'un des participants.

Tous les participants évoquent une réelle satisfaction dans la réalisation de leurs entretiens car ils ont eu la nette impression d'aider le patient. Un des participants se rappelle : « Quand j'ai retrouvé mon patient au second entretien, il avait acheté un thermomètre pour mieux se surveiller, comme je le lui avais suggéré. » Un autre évoque : « Le patient a eu un déclic quand je lui ai proposé la boulangère en face de chez lui comme personne ressource. » Un dernier me confie : « Mon patient a sept enfants, aucun de leurs numéros de téléphone n'était préenregistré dans son propre téléphone. Après mon entretien il l'a fait sans hésiter pour pouvoir les prévenir en cas d'urgence. »

1.1.5.2.2 Durée des séances

La note moyenne concernant la satisfaction sur la durée des séances est de 1,4. (1 = très satisfaisant et 2 = satisfaisant).

Trois participants ont trouvé la durée des séances (20-30min) optimale et adaptée pour effectuer les entretiens. Un participant a quant à lui effectué les entretiens avec une moyenne de 40 min et a donc trouvé le temps imparti un peu court. Un autre a quant à lui trouvé la durée un peu longue car il a fallu « gratter pour obtenir les éléments ».

En ce qui concerne l'intervalle des sept jours entre chaque séance d'ATP, l'ensemble des participants ont trouvé cela cohérent. Certains ont eu besoin de reprogrammer un entretien, soit du fait du patient : oubli du rendez-vous, impossibilité de se déplacer sur le lieu du rendez-vous... soit du fait du pharmacien : imprévu, grosse charge de travail... « Il est important de programmer les entretiens au fur et à mesure de la venue du patient » me signale un participant.

1.1.5.2.3 Présence ou non d'un aidant

Parmi les 5 participants, 2 ont été confrontés à la présence d'un aidant lors de/des entretien(s). Dans le premier cas, il s'agissait de la voisine de la patiente qui n'a pas été utile à l'entretien, bien au contraire car il a fallu « la recadrer ». Pour le participant, sa présence a été un handicap plutôt qu'un avantage. Elle a été présente lors du 1^{er} entretien mais pas aux suivants.

Dans le second cas, le patient est venu accompagné de sa femme lors des trois séances d'ATP. Sa présence a été un moteur à l'entretien et a apporté un réel avantage à la fois pour le patient et pour le participant. Une dynamique très positive s'est instaurée grâce à ses dires.

1.1.5.2.4 Les outils

Tous les participants se sont déclarés complètement satisfaits quant aux informations reçues par l'équipe MEDISIS (à travers le LPS, le compte rendu d'ATP 1 et la lettre de liaison contenant la conciliation de sortie). Aucune information ne leur a manqué, ni considérée comme inutile pour mener à bien les entretiens.

Concernant les outils des séances (schéma corporel, cartes et tableau 3 colonnes), trois participants ont utilisé les trois outils. Certains participants qualifient ces outils comme « adaptés » et « faciles d'utilisation. »

Un participant n'a utilisé que le schéma corporel lors de l'ATP 3 car il trouve que les deux autres outils « infantilisent le patient ». Il s'est donc inspiré des outils mais n'a pas jugé nécessaire de les utiliser. Il est vrai que l'utilisation des outils n'est pas obligatoire, il faut savoir s'adapter à la personnalité du patient et les utiliser à bon escient.

Le dernier participant s'est servi des 2 premiers outils, à savoir le schéma corporel et les cartes de mise en situation mais n'a pas utilisé le tableau 3 colonnes lors de l'ATP 5. L'outil utilisé était plus informel.

Un des participants a également utilisé un outil supplémentaire lors de la séance d'ATP 3 : le questionnaire d'évaluation de l'observance (Girerd).

Un participant a réadapté la taille des outils à un format plus important car la patiente souffrait de DMLA.

1.1.5.2.5 Les compte-rendu

La note moyenne attribuée pour la satisfaction des compte-rendu est de 1,2. (1 = très satisfaisant et 2 = satisfaisant)

Les participants sont tous d'accord pour mentionner leur rapidité de remplissage. Les items sont compris et faciles à remplir.

Néanmoins, tous les participants sans exception trouvent que la partie rédaction est trop petite. Plus de place pour s'exprimer dans les commentaires est largement souhaitable par tous.

1.1.5.2.6 Le point de vue professionnel

Cette nouvelle activité professionnelle est considérée comme très positive par tous les participants. « C'est l'avenir de la profession, et elle fait partie des nouvelles missions ». Deux participants insistent sur le rôle primordial que cela apporte dans la continuité hôpital/ville.

Cette activité, prend du temps, certes, mais est très utile à la bonne prise en charge du patient. Une certaine proximité s'instaure avec le patient, sa sortie d'hospitalisation est étudiée en profondeur. Un des participants évoque le fait que ces entretiens ont un rôle essentiel dans la prévention de la ré-hospitalisation du patient.

vis-à-vis des thèmes abordés pendant les séances :
M'auto-observer, ...
À la fin de la 1^{ère} séance de formation, j'étais conquis ! »

compris les messages clés malgré un cadrage un peu compliqué. Une fois l'entretien terminé, j'ignore si la patiente appliquera mes conseils, mon travail s'arrête là, c'est un peu

formation pour une

« Lors du 1^{er} entretien, le patient ne savait pas pourquoi il était là. À l'issue de la séance, il est revenu avec plaisir aux 2 autres. »

« Grâce aux entretiens, on insiste sur les messages clés. Les patients sont souvent submergés par toutes les informations données à l'hôpital. La page du LPS traitant les signes d'alerte est pour moi primordiale pour appuyer et répéter LE message. »

seul patient ! C'est bien dommage, j'aurais aimé réitérer l'expérience avec d'autres cas. »

téléconsultation seront vraiment un plus, selon moi, car le mot « gériatre » fait peur. Ma patiente ne souhaitait surtout pas retourner à l'hôpital pour le rencontrer. »

séances sont faciles et

« La sortie d'hospitalisation est une étape compliquée pour les patients est étudiée en profondeur grâce aux entretiens. Pour moi, ils sont très utiles, et confèrent une certaine proximité avec les patients. La patiente m'a

« Très utile. Activité chronophage mais je pense que cela peut éviter au patient de retourner à l'hôpital. Je suis très intéressée par l'impact de ces entretiens (pourcentage de ré-hospitalisation avant et après la réalisation des séances

« Ces séances d'ATP sont essentielles pour les patients ! C'est la suite logique de la conciliation qui d'ailleurs, selon moi, est devenue indispensable. »

« C'est l'avenir de notre métier de pharmacien, ces séances sont très intéressantes et renforcent le lien hôpital/ville À poursuivre avec d'autres cas ! »

1.2 Analyse et préconisations

Tableau XIV. Analyse des résultats et préconisations associées

Éléments identifiés	Préconisations
Longueur et contenu du e-learning (considéré comme trop long et trop chronophage)	Synthétiser les informations et revoir le contenu (centrer un peu plus sur le parcours MEDISIS).
Compréhension générale du e-learning	Adapter les schémas, graphiques et leurs légendes pour améliorer leur compréhension. Expliciter les abréviations et acronymes.
Diaporama en version papier imprimé en écriture trop petite	Revoir l'impression du diaporama fourni en version papier lors de chaque séance de formation ATP afin d'optimiser sa lisibilité.
Compte rendu des séances d'ATP pas assez lisibles (écriture trop petite) et ne laissant pas assez d'espace pour une expression écrite optimale (notamment pour l'item « commentaire »)	Les compte-rendu d'ATP sont dorénavant remplis via la tablette numérique, l'espace d'écriture n'est donc plus restreint. La lisibilité des compte-rendu est également améliorée. Le questionnaire de Girerd a été ajouté au compte rendu de l'ATP 3 pour qu'il soit plus facile à compléter.
Nombre de patients insuffisant	Réaliser une nouvelle session de formation aux ATP pour former plus de pharmacies du Lunévillois. Prouver la faisabilité du parcours MEDISIS, obtenir des financements et renforcer l'équipe MEDISIS.
Présence d'un aidant durant les ATP	Aider les professionnels libéraux à mieux appréhender l'ATP lorsqu'un aidant est présent (en l'évoquant pendant la formation, par des jeux de rôle/simulation...)
Outils (schéma corporel, cartes, tableau) adaptés mais pas indispensables, parfois modifiés	Communiquer avec les professionnels libéraux sur les outils utilisés : s'ils les modifient, en trouvent d'autres... toujours dans le but d'améliorer les ATP. S'inspirer d'outils déjà existants ?
Consultation avec le gériatre à l'hôpital « fait peur » au patient	Mettre en place la téléconsultation pour éviter aux patients de retourner à l'hôpital.
Beaucoup de patients ignorent la raison de leur rencontre avec le pharmacien ou le gériatre	Reformuler, bien choisir les mots utilisés pour expliquer la nature des ATP. Donner certains détails sans pour autant submerger le patient.
Certaines frustrations éprouvées par les pharmaciens après les ATP « comment être sûr que mes conseils ont été appliqués ? »	Mise en place d'un entretien de consolidation à 3 mois et/ou 6 mois ?
Volonté d'étudier et de s'entraîner sur d'autres cas cliniques	Grâce à la tablette numérique, nous pouvons envisager d'introduire de nouveaux cas cliniques (sous forme de fiches ou en vidéos).
Nouvelle mission qui prend du temps	Organisation nécessaire de l'équipe officinale.

2 Discussion

2.1 La formation

La formation a été conçue par trois personnes et animée par deux formateurs MEDISIS : une pharmacienne et une infirmière. Pour compléter l'équipe, un médecin, voire même le gériatre MEDISIS, aurait été une très bonne ressource.

Les séances de formation n'ont pas excédé 13 participants et le nombre moyen de participants par séances était de 10 ce qui a permis à l'ensemble des participants de pouvoir s'exprimer.

La satisfaction des participants vis-à-vis des formateurs est flagrante, ils ont apprécié la méthode pédagogique utilisée et leur disponibilité. La localisation de la formation leur a semblé pratique tout comme le planning de la formation.

Ce sont des éléments primordiaux à considérer pour un apprentissage de qualité des apprenants. Dans la littérature, il est bien décrit que le formateur, sa personnalité, sa manière d'enseigner, son niveau de compétence, sa motivation, son énergie et ses traits personnels influent sur l'efficacité de l'apprentissage. Il s'agit de la base de la relation pédagogique. La bonne réussite d'une formation ne dépend pas que du formateur mais également des apprenants qui doivent être motivés et dans une optique d'apprentissage. (154)

2.2 Le E-learning

Le format e-learning est intéressant car il est plutôt simple d'utilisation et asynchrone, chacun peut le lire à son rythme, où il le souhaite, indépendamment des autres. Certains peuvent néanmoins être réticents face à ce format numérique, et appréhender plus difficilement l'outil informatique. L'apprenant doit évidemment gérer seul son implication, sa motivation et sa concentration afin de prendre connaissance le mieux possible du contenu du e-learning.

L'apprenant est plutôt acteur de sa formation mais a l'inconvénient de ne pas avoir de contacts directs avec le formateur au moment de sa lecture. L'avantage avec la formation MEDISIS est qu'elle se poursuit par des séances en présentiel, permettant aux apprenants de poser toutes les questions souhaitées. D'ailleurs selon le document « E-learning » publié en avril 2015 par la HAS, le e-learning est « plus efficace s'il est associé à du présentiel. » (155)

Il peut être facilement mis à jour et adapté, ce qui est utile puisque le parcours MEDISIS est en pleine expansion.

En passant par un format e-learning, celui-ci se doit d'être parfaitement clair pour les apprenants. L'explication écrite n'est pas envisagée de la même manière qu'une communication orale, il faut donc veiller à transmettre les bonnes informations et s'assurer de leur parfaite compréhension. Ne faudrait-il pas terminer l'e-learning par un petit questionnaire ? Les questions seraient suivies immédiatement par les réponses pour poursuivre l'apprentissage. Cela permettrait de vérifier les acquis, d'insister sur les informations essentielles.

Après la lecture du e-learning, les participants arrivent en formation en ayant tous les mêmes connaissances sur le sujet, notamment sur le parcours MEDISIS. Ils sont donc relativement bien armés avant d'entamer la formation aux ATP. De surcroît, avec ce format en e-learning, le gain de temps est considérable : les informations du e-learning n'ont pas à être expliquées en présentiel, les animateurs MEDISIS peuvent néanmoins apporter des précisions si le besoin se fait ressentir. La formation aux ATP peut donc démarrer rapidement, en revenant le moins possible sur cet e-learning, considéré comme acquis.

Comme dit dans les résultats, la longueur du e-learning est à revoir puisqu'une heure était prévue pour sa lecture, en réalité le temps nécessaire était plutôt de deux heures. Son contenu est également à modifier : cibler davantage sur le parcours MEDISIS, mieux expliciter les graphiques et leurs légendes, tout comme les abréviations et les acronymes.

Lors de la formation aux ATP MEDISIS qui s'est déroulée courant février, le e-learning était sous la forme d'un Powerpoint distribué par mail. Par la suite, l'idée est de le déposer sur une plate-forme d'hébergement disponible via internet permettant d'y ajouter plus d'interactivité, de dynamique et de recourir à divers supports d'apprentissage (vidéos, questionnaires, tests, exercices, quiz, sondages, enquêtes, jeux interactifs, partage de documents...).

Il serait ainsi intéressant de développer ces supports et notamment d'intégrer à la fin du e-learning une enquête de satisfaction dite « à chaud » permettant d'obtenir l'avis des participants directement après la lecture du e-learning, et non pas lors de la 1^{ère} séance de formation comme ce fut le cas. Pour cela, une plateforme serait nécessaire. PULSY, l'opérateur de l'e-santé dans le Grand-Est, possède une telle plateforme qui pourrait donc être utile pour le parcours MEDISIS.

2.3 Les jeux de rôle et de simulation

Les jeux de rôle et de simulation permettent d'obtenir une bonne représentation de la réalité. (156) Les deux formatrices MEDISIS montrent un exemple d'ATP avec le cas d'un patient hospitalisé pour pyélonéphrite aiguë. Bien entendu, ce jeu de rôle/simulation a été répété avant la séance de formation, ce n'est donc pas totalement conforme à la réalité. Le patient peut être qualifié de patient « modèle » puisque dans ces jeux, il a tendance à donner les bonnes réponses, à comprendre vite et emmener le pharmacien là où il faut. Cependant, en présentant en direct devant les participants un exemple comme celui-ci, les formatrices sortent de leur zone de confort et laissent tout de même place à une part de stress et d'improvisation à l'instar d'un véritable entretien.

Comme le suggère un des participants dans l'enquête dite « à chaud », de véritables entretiens pourraient être filmés et présentés lors des séances de formation. Cela permettrait d'avoir une véritable représentation de la réalité, grâce à la présence d'un patient réel et du professionnel de santé. Un des autres avantages serait d'étudier plus de cas et donc de pathologies, ce que

souhaiteraient quelques participants d'après l'enquête « à chaud ». En diffusant des vidéos d'entretiens, les formateurs perdraient moins d'énergie lors de la formation mais cela demanderait forcément un travail en amont dans la réalisation des vidéos (obtenir le consentement du patient et du professionnel de santé, réaliser le montage vidéo...).

Néanmoins, avec l'utilisation de vidéos, la formation perd son côté interactif, authentique et vivant amené par la réalisation en direct de l'échange.

L'idée serait donc d'allier la vivacité d'un jeu de rôle en direct avec la présentation d'autres cas en vidéos. Mais qui dit plus de cas à présenter, dit une formation qui s'allonge dans la durée.

En ce qui concerne la réalisation du jeu de rôle/simulation par les participants, il est très intéressant et formateur que chacun joue les deux rôles, celui du pharmacien et du patient. Bon nombre de participants ont déclaré leur satisfaction pour ce fonctionnement. Lors de ces séances de formation, un cas d'insuffisance cardiaque a été choisi, maladie chronique venue compléter le cas aigu de la pyélonéphrite.

Cela nécessite que le nombre de participants soit pair puisque les jeux de rôle/simulation fonctionnent en binôme. Pour pallier à ce problème, une personne doit être présente lors de la formation pour participer aux jeux de rôle si les participants sont impairs. En participant à toutes les sessions de formation, il a semblé logique que je sois cette personne.

2.4 L'Échelle Visuelle Analogique [EVA]

Les séances de formation ont toutes débuté par l'EVA. Chaque participant était invité à se mettre debout pour donner son avis. L'EVA permet d'engager le dialogue et détendre l'atmosphère en début de séance. Elle a pour objectif d'obtenir un retour quelques jours après, soit sur l'e-learning, soit sur la séance de formation précédente. Chacun argumente sur sa prise de position et peut renchérir ce que dit l'autre, la discussion apporte beaucoup.

Elle mesure la satisfaction mais a également pour rôle d'effectuer un rappel des éléments abordés lors de la séance précédente et pouvoir ainsi introduire la suite de la formation.

À travers cette EVA, nous demandons à plusieurs reprises aux participants de donner leur avis et de noter les prestations. Les apprenants se retrouvent donc à ce moment en position de force par rapport aux formateurs qui sont dans l'attente de leurs commentaires. Les formateurs sont tout au long des formations dans une optique d'enseignement, de transmission d'informations et de pédagogie. Malgré tout, ils apprennent également énormément des participants en raison du partage des idées. L'apprenant et le formateur se soutiennent et s'instruisent mutuellement. En favorisant la discussion, la communication et la transmission d'opinions, la formation s'enrichit. L'EVA est un outil simple mais efficace au service de cette argumentation. Elle permet de rééquilibrer les rapports entre le formateur et l'apprenant car lui aussi a beaucoup de poids dans une formation et son avis compte énormément.

L'EVA est un outil mesurant rapidement et simplement la satisfaction des participants. La réponse à la question est vite obtenue grâce à l'échelle numérotée de 0 à 10. Malgré des questions posées plutôt fermées, elle laisse le choix au participant de mesurer son propos et surtout de l'argumenter. L'EVA est effectivement un tremplin pour lancer la discussion.

Cependant, elle manque de précision et ne fait que mesurer une tendance. Un autre outil d'évaluation doit être utilisé pour obtenir plus d'éléments quantitatifs ce qui n'était pas l'objectif premier lors des formations MEDISIS.

De plus, la présence des formateurs peut intimider et fausser les réponses de certains participants. Les notes données ne sont pas forcément le reflet de la réalité car il est difficile de nier le fait qu'il existe une certaine pression sociale quant à la prise de position de chacun. Selon la personnalité des participants, elle aura d'ailleurs plus ou moins d'impact sur le résultat de l'EVA. À quel point cet « effet de groupe » biaise les notes attribuées ? Cela dépend des caractères des personnes présentes.

Justement, l'EVA permet de cerner le type de personnalité des apprenants et donc d'adapter la méthode pédagogique par la suite.

Cet outil est donc loin d'être parfait, mais possède tout de même certains avantages.

2.5 L'enquête « à chaud »

Réalisée en fin de séance, l'enquête dite « à chaud » permet d'obtenir une réponse et l'avis de tous les participants directement après la fin de la formation. Leur ressenti est donc accessible aussitôt ce qui peut être un avantage mais également un inconvénient car ils peuvent manquer de recul.

L'enquête « à chaud » proposée peut être améliorée. La même enquête a été distribuée pour toutes les séances de formation. Or, lors de la seconde formation, il aurait été judicieux d'adapter l'enquête en supprimant les questions sur l'e-learning puisqu'elles n'ont plus lieu d'être. Et effacer les questions traitant le planning, la localisation de la formation ou encore les formateurs car ces items ne varient pas au fil des formations.

Cette enquête plutôt simple, a été élaborée dans le but d'être remplie assez rapidement et facilement à la fin de la formation tout en obtenant des éléments permettant l'amélioration de la formation.

L'enquête à chaud allie des questions fermées à des questions ouvertes dans le but d'obtenir des résultats quantitatifs et qualitatifs. Les réponses obtenues sont d'ailleurs très intéressantes et seront bien entendu prises en compte pour améliorer les prochaines séances de formation.

Globalement, la tendance retenue grâce cette enquête à chaud est la réelle satisfaction des participants pour la formation aux ATP.

Parmi les propositions effectuées dans ces enquêtes à chaud, un des participants a proposé le fait de mettre en place une séance rassemblant les professionnels de santé libéraux ayant réalisé les ATP afin qu'ils partagent leur expérience. Il serait très intéressant de développer ce concept en organisant un rassemblement tous les six mois environ de ces libéraux associés à l'équipe MEDISIS. Lors de ces séances de partage, chacun pourrait communiquer sur ses différentes expériences d'ATP, bonnes ou moins bonnes. Cela permettrait d'entretenir la motivation des libéraux pour la réalisation des ATP, de renforcer le lien tissé lors des formations entre l'équipe MEDISIS et les professionnels de santé libéraux. Ces derniers pourraient s'exprimer sur les éléments de satisfaction ou d'insatisfaction que leur procurent les ATP. La présence d'un médecin lors de ces réunions serait un réel avantage : celui-ci aurait l'opportunité d'exposer un cas clinique, de développer les signes d'alerte en lien avec la pathologie, de répondre aux questions et d'entretenir les connaissances des libéraux. En évoquant différentes pathologies et leurs signes d'alertes, les participants seront d'autant plus à l'aise en aval pour mener à bien les ATP.

Un participant s'interroge sur la population éligible au parcours MEDISIS : « Ne devrait-il pas s'ouvrir aux populations plus jeunes ? » Pour le moment, le parcours MEDISIS concerne les patients de 65 ans et plus passés par les urgences.

La prévention en santé s'applique en effet à tous. En France, le gouvernement en fait l'une de ses priorités puisque notre pays connaît un certain retard sur la question. (157) Nous avons eu cette volonté avec le parcours MEDISIS, de reprendre les bases solides et efficaces de Med'Rec tout en considérant la définition de la personne âgée par l'OMS et l'étape délicate qu'est le passage par les urgences. Le but est de cibler des patients pas trop abîmés par l'âge, sur lesquels des actions d'ATP seraient utiles. Évidemment, plus les actions préventives ont lieu précocement plus elles peuvent être efficaces. Ne faudrait-il pas débiter ces actions MEDISIS à 55 ans, à 45 ans ?

L'un des objectifs in fine est d'étendre le parcours MEDISIS à toute la population, sans limite d'âge puisque la notion de prévention en santé est applicable à tous.

2.6 L'enquête « à froid »

L'enquête dite « à froid » a été réalisée auprès des 5 pharmaciens ayant réalisé les séances d'ATP entre le mois de mars et juillet 2019. Recueillir leur ressenti après une mise en pratique est primordiale pour déceler les éléments à modifier, à supprimer ou à garder.

Pour mener cet entretien semi-directif avec les participants, la trame de mon enquête à froid (figure 11) a été réalisée au préalable et m'a servi de fil rouge. En m'appuyant sur ce guide d'entretien, cela m'a permis à la fois de n'oublier aucune question importante, de cadrer la discussion, d'obtenir un résultat qualitatif et également quantitatif grâce aux questions fermées. Le guide d'entretien est une preuve du sérieux de la personne menant l'entretien mais il faut apprendre à s'en détacher pour que la discussion reste naturelle et spontanée. (158)

Tout au long de cet entretien, j'ai pris note des réponses fermées et de quelques mots-clés et idées qui me semblaient primordiaux. À la fin de la discussion, après avoir quitté le professionnel de santé, je prenais le temps d'inscrire les éléments importants, de manière plus détaillée.

Avant mon choix pour cette méthode, j'ai longtemps envisagé l'enregistrement complet de l'entretien afin d'obtenir le verbatim exact des participants. En effet, utiliser un dictaphone aurait été utile pour réécouter la discussion, étudier les mots utilisés, le champ lexical employé. L'enregistrement est beaucoup plus précis et exhaustif par rapport à la prise de notes.

Néanmoins, l'utilisation de dictaphone peut gêner certaines personnes et les rendre mal à l'aise, au risque qu'ils ne se livrent peut-être pas totalement, alors que l'objectif est d'obtenir leur véritable ressenti. L'utilisation du dictaphone nécessite de demander l'autorisation à la personne interrogée, lui en expliquer l'utilité, lui assurer le respect de l'anonymat et la fidélité de ses propos.

Certains participants ont réadapté légèrement les outils tels que le schéma corporel, les cartes, ou le tableau 3 colonnes (taille plus grosse pour une patiente atteinte de DMLA...). Peut-être serait-il intéressant de proposer aux participants de partager leurs outils afin que les autres les utilisent s'ils le souhaitent ?

En ce qui concerne les outils MEDISIS, nous pouvons également nous demander s'il serait utile de nous appuyer, nous inspirer ou réutiliser d'autres outils déjà disponibles. Comme par exemple ceux du programme lorrain PICTO porté par le Dr Véronique NOIREZ et Nathalie FABIÉ. Il s'agit d'un programme d'ATP développé spécifiquement pour les anticancéreux oraux et qui propose également aux pharmacies des séances d'ATP. (159) (160)

Un des participants a appuyé sur le fait que les ATP prennent du temps. Ils nécessitent un temps de préparation pour prendre connaissance du dossier patient (LPS, lettre de liaison avec conciliation de sortie, compte-rendu de l'ATP 1), se l'approprier et cerner les fragilités du patient.

Le temps pendant lequel se déroulent les ATP est un moment où le pharmacien n'est pas au comptoir. La mise en place de ces entretiens nécessite donc une organisation particulière de la part de l'équipe officinale. L'éducation thérapeutique est un domaine en pleine expansion, notamment à l'officine avec les entretiens anticoagulants, asthme ou les bilans partagés de médication. Certaines pharmacies pensent d'ailleurs engager spécifiquement un pharmacien pour effectuer ce genre de missions. Pour cela, davantage de patients devront être envoyés aux officines afin de trouver un équilibre adéquat. Une rémunération sans délai et logique est attendue par les pharmacies effectuant ces accompagnements personnalisés des patients.

Ces cinq pharmaciens ont eu l'opportunité de réaliser 3 ATP avec un seul patient. Il est donc légitime de se demander si cette enquête à froid n'a pas été effectuée précocement. Néanmoins, patienter quelques mois supplémentaires aurait posé le problème suivant : pour certains participants, revenir et exposer son ressenti sur des entretiens effectués plusieurs mois auparavant peut être ennuyeux.

Durant ces cinq mois, 11 patients ont été envoyés par l'équipe MEDISIS aux libéraux pour la réalisation des entretiens. Sur ces 11 patients, 2 patients ne se sont pas présentés à l'ATP 3 programmé et sont restés injoignables. D'ailleurs, grâce à l'enquête « à froid », il est intéressant de noter que la plupart des patients ignoraient la raison de leur rendez-vous chez le pharmacien (alors qu'évidemment leur consentement a été recueilli et toutes les précisions ont été transmises par l'équipe MEDISIS à l'hôpital). Cela peut venir du fait le patient perçoit énormément d'informations lors de son hospitalisation et un grand nombre de rendez-vous sont pris (cardiologue, néphrologue, gériatre...). Les mots utilisés à l'hôpital ne sont peut-être pas les meilleurs pour informer les patients sur ces ATP. Une meilleure formulation est éventuellement à envisager.

L'un des participants a mentionné « Je suis frustré de laisser partir le patient en ignorant s'il va appliquer les conseils donnés lors des ATP ». Peut-être serait-il intéressant de développer une séance de consolidation avec le patient à distance de l'hospitalisation au bout de trois mois, ou six mois ? Cette séance permettrait de refaire le point sur les besoins du patient, sur ses fragilités et entretenir les éléments évoqués lors des premiers ATP. De plus si le parcours se généralise, nous pouvons imaginer par la suite que le médecin généraliste adresse le patient au pharmacien dans le but de réaliser un nouvel ATP.

Vient ensuite la question légitime : pourquoi seulement 11 patients en cinq mois ?

Le premier élément de réponse concerne l'équipe MEDISIS composée d'un pharmacien à temps plein, et d'une infirmière, un gériatre, un médecin généraliste (en formation pour compléter le temps gériatre) tous trois à temps partiel. Le personnel impliqué dans le parcours n'est donc pas suffisant pour obtenir une réelle capacité de production. À ce stade du parcours MEDISIS, l'objectif n'est clairement pas de « produire » mais de montrer sa faisabilité, son utilité, son ambition. L'équipe MEDISIS effectue essentiellement de la gestion de projet et met en place la stratégie opérationnelle mais n'a pas encore les moyens de rendre efficiente la phase de production. L'équipe doit être renforcée si nous souhaitons appliquer le parcours à l'ensemble des 2200 patients pris en charge tous les ans au CHL. Depuis 2017, 7000 patients ont été conciliés, quasiment tous ont été profilés et une partie d'entre eux ont bénéficié de la suite des étapes du parcours.

Le second élément concerne le hasard des patients hospitalisés et de la pharmacie concernée. Certaines pharmacies auront davantage de patients alors que d'autres ne se verront pas ou très peu sollicitées. Cela dépend des patients qui se présentent à l'hôpital. La pharmacie du patient éligible doit être également formée aux ATP MEDISIS. Actuellement 15 pharmacies sont formées dans le Lunévillois, le but est d'étendre la formation et d'augmenter le cercle des professionnels de santé libéraux formés aux ATP MEDISIS. La mise en place d'une seconde session de formation est envisagée début 2020.

Le recrutement des patients est effectué grâce à l'étape de profilage permettant de cibler les patients pour lesquels les ATP seraient le plus utile. Le troisième élément de réponse concerne en effet le ciblage des patients. Un constat existe : certains n'ont pas besoin des ATP. Proposer les ATP à tous les patients n'aurait aucun sens et nécessiterait un coût trop important. Le but est évidemment d'accorder les coûts avec l'efficacité. Ces ATP doivent répondre à un besoin.

Néanmoins, le patient peut en avoir réellement besoin mais ne pas avoir envie de les réaliser. L'équipe MEDISIS se heurte en effet à quelques refus. Dans ce cas, elle prend contact avec la pharmacie afin que celle-ci tente de convaincre à son tour le patient de prendre part aux ATP.

Pour finir, le patient ne rentre pas toujours à son domicile après son hospitalisation ce qui rend difficile la réalisation des ATP en ville.

Aujourd'hui, l'objectif premier est de montrer que le parcours MEDISIS est faisable et efficace avec peu de ressources. La suite des événements est d'obtenir les financements nécessaires (via l'article 51 notamment) au développement des ressources et du parcours dans son ensemble.

2.7 La téléconsultation

Les tablettes numériques distribuées en septembre 2019 aux libéraux formés aux ATP MEDISIS ont été introduites pour la téléconsultation entre le patient et le gériatre prévue à 30 jours après la sortie de l'hospitalisation.

Mais l'avantage est que, grâce à ces tablettes et à la technologie de la téléconsultation, nous avons pu utiliser ces tablettes et l'application Odys (161) pour créer un dossier patient partagé et communiquer instantanément tous les documents nécessaires à l'ATP en format dématérialisé à tous les acteurs du parcours.

Le patient a bien entendu le choix entre effectuer la consultation directement à l'hôpital ou en téléconsultation à l'officine (ou sur le lieu de travail du professionnel de santé libéral). Parmi les réponses de l'enquête à froid, deux participants m'ont fait part de la réserve du patient pour cet ATP 6 avec le gériatre en invoquant la raison suivante : « Je ne souhaite pas retourner à l'hôpital ». Effectivement, l'hôpital peut être un lieu anxiogène, pas toujours simple d'accès, où le patient doit souvent se faire véhiculer. De plus, « le mot « gériatre » fait peur », d'après les dires d'un des participants lors de l'enquête à froid. S'il ne fait pas « peur », d'autres participants indiquent que certains patients ignorent simplement ce qu'est un gériatre, et ne trouvent donc pas l'intérêt de le rencontrer, par simple ignorance.

La téléconsultation via la tablette numérique peut être une solution intéressante pour le patient. (162) (163) La qualité des soins est préservée, tout comme le confort du patient. En effet, il connaît plutôt bien son pharmacien et a souvent une relation privilégiée avec lui. L'officine est largement plus facile d'accès que l'hôpital, cela peut donc éviter le problème du transport et des déplacements des patients.

La consultation se déroulera dans un climat de confiance, puisque le patient connaît les lieux et les personnes présentes. Le pharmacien est d'ailleurs autorisé à rester pendant la téléconsultation si le patient le souhaite. De plus, pendant les 30 jours séparant la sortie d'hôpital et la téléconsultation, le pharmacien peut rappeler au patient l'importance de l'ATP 6 et l'encourager à y assister.

La première téléconsultation aura lieu fin octobre 2019, reste à savoir comment elle sera perçue par les patients MEDISIS. Ces derniers peuvent être réfractaires et éprouver une certaine retenue face à l'outil numérique. La qualité des flux audio et vidéo devra être très satisfaisante pour le bon déroulement de la téléconsultation.

Le développement de la téléconsultation à l'officine via MEDISIS est totalement d'actualité puisque l'avenant 15 à la convention pharmaceutique précisant les modalités de participation des pharmaciens d'officine aux téléconsultations médicales a été signé le 6 décembre 2018. (164)

La tablette permet également le partage d'informations entre l'hôpital et le professionnel libéral et la réalisation d'un véritable dossier patient partagé. En effet, jusqu'à lors, les documents utiles aux ATP (compte rendu de l'ATP 1, LPS, lettre de liaison de sortie) étaient transmis aux libéraux via la messagerie sécurisée ou par fax. Dorénavant grâce à cette tablette numérique, les documents sont synchronisés directement et accessibles très rapidement et facilement. La transmission d'informations de l'hôpital vers les professionnels en ville est simplifiée. Ne se pose plus la problématique de la qualité médiocre des documents reçus par fax (noir et blanc). De la même manière, la tablette permet d'envoyer rapidement un retour d'informations au gériatre qui a accès aux compte-rendu des ATP complétés par les libéraux. Grâce à la tablette, le problème d'écriture trop petite et de place insuffisante pour le remplissage des compte-rendu en format papier ne se pose plus.

Parmi les propositions évoquées dans les enquêtes de satisfaction, certains participants ont émis le souhait de voir et s'entraîner sur plus de cas pratiques pour pouvoir étudier davantage de pathologies lors de la formation. Grâce à la tablette numérique mise à disposition des professionnels de santé formés aux ATP MEDISIS, des documents peuvent être partagés en ligne par l'équipe MEDISIS. Tous les libéraux auraient accès aux mêmes documents, au même moment. Par exemple, il est possible de créer et de mettre à disposition des documents contenant un motif d'hospitalisation, les signes d'alerte qui y correspondent et les réflexes pour savoir y réagir correctement et rapidement. Cela permettrait aux professionnels de santé libéraux de détenir quelques exemples de pathologies pour mieux appréhender les ATP avec les patients.

2.8 Mon point de vue personnel

En m'impliquant dans la réalisation de cette thèse, j'ai pu développer un point de vue global et unique sur l'ATP MEDISIS. En effet, j'ai eu l'occasion de participer à l'élaboration de la formation, à son animation et à l'organisation tout en participant à la formation. Les séances de formation m'ont paru riches, intéressantes et réussies. À chaque séance de formation, j'ignorais à l'avance si j'allais être plutôt observatrice ou actrice en fonction du nombre de personnes présentes, ce qui nécessitait une certaine capacité d'adaptation. Les deux cotés étaient captivants puisque, pour l'un, je recueillais l'avis des pharmaciens, leurs ressentis en échangeant avec eux ; pour l'autre, je participais aux jeux de rôle/simulation tout comme les autres pharmaciens ce qui me permettait d'avoir mon propre ressenti sur les ATP.

Ensuite, la construction des enquêtes de satisfaction, le recueil et l'analyse des résultats m'ont permis de développer une relation toute particulière avec les participants. J'étais dans une position privilégiée puisque je réalisais moi-même les entretiens à l'officine, cela permettait peut-être de mieux comprendre le ressenti et les dires des participants lors de l'enquête « à froid ». La difficulté lors de ces entretiens avec les pharmaciens était de garder un certain recul et de l'objectivité, pour ne pas influencer leurs réponses et mêler mon propre avis aux leurs. Depuis mars, j'ai eu l'occasion de réaliser les ATP avec quatre patients différents ce qui est très enrichissant pour mon expérience professionnelle et personnelle. En exerçant à l'officine, cela me permet d'être proche des pharmaciens d'officine réalisant les ATP tout en étant en contact avec le CHL et l'équipe MEDISIS. Cette place me confère donc un statut assez particulier et intéressant. Comme tous les autres pharmaciens, j'ai été formée à l'utilisation de la tablette numérique, je suis donc impatiente de démarrer la téléconsultation et de découvrir comment elle sera perçue par les patients. La tablette numérique est pour moi essentielle et constitue l'avenir.

J'ai également eu l'opportunité de participer aux réunions de pilotage du projet, le temps de ma thèse, à l'instar de la soirée MEDILUN le 17 octobre 2019 qui a réuni les professionnels de santé libéraux du Lunévillois (médecins, pharmaciens, infirmiers) pour parler du parcours MEDISIS.

Depuis quelques années, j'ai assisté au développement du parcours MEDISIS et je suis très fière d'y contribuer. L'envie de continuer à m'investir pour le parcours MEDISIS est réelle. C'est pourquoi, je serais motivée pour participer, si elles sont mises en place, aux séances de partage entre les différents professionnels de santé libéraux ayant effectué les ATP et l'équipe MEDISIS.

Par la suite, il serait également intéressant d'envisager la création d'un réseau MEDISIS, voire même une association qui regrouperait différents acteurs MEDISIS, dont le but serait d'aider les libéraux sur le terrain, faire le lien entre les actions MEDISIS à l'hôpital et en ville, faire remonter les informations nécessaires au développement du parcours MEDISIS. L'association pourrait rassembler des acteurs hospitaliers ainsi que des acteurs de ville (pharmaciens officinaux, médecins, infirmiers, patients, ...) qui auraient envie de s'investir dans le parcours MEDISIS.

Conclusion

Le parcours de soins MEDISIS constitue une initiative locale qui a pour objectif de décloisonner l'hôpital et la ville. Il incarne l'échange entre les professionnels de santé libéraux et hospitaliers afin de sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients, les rendre acteurs dans leur prise en charge et éviter leur ré-hospitalisation.

La phase du parcours MEDISIS dans sa partie ville est désormais lancée et en pleine expansion à ce jour. Les résultats et les nombreuses idées évoqués dans cette thèse sont très encourageants pour la suite des évènements et nous font penser que MEDISIS va prendre de l'envergure.

L'idée est désormais d'ouvrir le projet au niveau régional puis national tout en continuant à le développer localement. Une transposition du parcours dans d'autres établissements de santé est donc à envisager dans le futur. L'article 51 est une opportunité pour développer le parcours à plus grande échelle. En plus d'un élargissement du territoire, le but *in fine* est également d'étendre le parcours à tout type de patient.

Bibliographie

1. GHEMM (Groupe Hospitalier de l'Est de la Meurthe-et-Moselle). Le groupe hospitalier, disponible sur : <http://www.ghemm.fr/ghemm/> (page consultée le 11/06/2019).
2. ARS GE (Agence Régionale de Santé Grand Est). Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), disponible sur : <http://www.grand-est.ars.sante.fr/groupements-hospitaliers-de-territoire-ght> (page consultée le 11/06/2019).
3. INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques). Population par âge – Tableaux de l'économie française - Édition 2018, disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488> (page consultée le 12/06/2019).
4. INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques). Les personnes âgées. I.N.S.E.E Paris Ed. France. 1990, 165 p.
5. ENNUYER B. À quel âge est-on vieux ? *Gérontologie et Société*, 2011, 34 (138), pp.127-142.
6. MOISY M. Les femmes vivent neuf fois de plus en bonne santé en 2017. *Études et Résultats*, 2018, (1083), 2 p.
7. HAS (Haute Autorité de Santé). Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires - Note méthodologique et synthèse documentaire, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf (page consultée le 23/06/2019).
8. GIMBERT V., GODOT C. Vivre ensemble plus longtemps, enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française. La Documentation Française Ed. Paris, 2010, 306 p.
9. WHO (World Health Organization). Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project, disponible sur : <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> (page consultée le 16/06/19).
10. ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé). Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé, disponible sur : https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9641eb3f4a1e67ba18a6b8aecd3f1985.pdf (page consultée le 16/06/19).
11. CISMef (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française). Sujet âgé, disponible sur : <http://www.chu-rouen.fr/page/sujet-age> (page consultée le 25/10/19).
12. WHO (World Health Organization). Rapport mondial sur le vieillissement et la santé, disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186469/WHO_FWC_ALC_15.01_fre.pdf?sequence=1 (page consultée le 16/06/19).
13. VELLAS B. Livre blanc - Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, disponible sur : <http://www.medcomip.fr/--82/tg-formations/fragilite/livre-blanc-fragilite-2015.pdf> (page consultée le 16/06/19).
14. SOULIÉ D. Communiqué de presse - Le livre blanc « Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles » témoigne du virage de la médecine gériatrique vers l'ambulatorio, disponible sur : https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/20150303_cp_chu_toulouse_publication_livre_blanc_gerontopole.pdf (page consultée le 16/06/19).

15. WHO (World Health Organization). Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity, disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK488250/> (page consultée le 17/06/19).
16. WHO (World Health Organization). Brochure SIPA (Soins intégrés pour les personnes âgées), disponible sur : https://www.who.int/ageing/publications/WHO-ALC-ICOPE_brochure_fr.pdf?ua=1 (page consultée le 17/06/19).
17. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES SPORTS. Plan National « Bien vieillir » 2007-2009, disponible sur : https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf (page consultée le 17/06/19).
18. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf (page consultée le 16.06/19).
19. VINQUANT J.P., MAYO-SIMBSLER S. Vieillesse et prise en charge des maladies chroniques. ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique), 2010, (72), pp.33-36.
20. AQUINO J.P. Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf (page consultée le 19/06/19).
21. ARS (Agence Régionale de Santé). Le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, disponible sur : <http://www.ars.sante.fr/le-plan-national-daction-de-prevention-de-la-perte-dautonomie> (page consultée le 20/06/19).
22. SAWICKI E. Communiqué de presse - Rapport Libault, disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cp_mars_2018__remise-rapport-libault.pdf (page consultée le 20/06/19).
23. LIBAULT D. Concertation Grand âge et autonomie, disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf (page consultée le 20/06/19).
24. OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économique). Recours aux soins de santé - Taux de sortie d'hôpital, disponible sur : <http://data.oecd.org/fr/healthcare/taux-de-sortie-d-hopital.htm> (page consultée le 20/06/19).
25. ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). Hospitalisation, chiffres clés 2017, disponible sur : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_2017.pdf (page consultée le 20/06/19).
26. ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). Synthèse - Analyse de l'activité hospitalière 2017, disponible sur : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3478/synthese_aah_2017.pdf (page consultée le 20/06/19).
27. OR Z., PENNEAU A. Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation - Document de travail n°72 IRDES 2017, disponible sur <https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/072-analyse-des-determinants-territoriaux-du-recours-aux-urgences-non-suivi-d-une-hospitalisation.pdf> (page consultée le 20/06/19).
28. L'ASSURANCE MALADIE. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018, disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-18_assurance-maladie.pdf (page consultée le 22/06/19).

29. BOISGUÉRIN B., MAURO L. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. *Études et Résultats*, 2017 (1007), 6 p.
30. ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). Analyse de l'activité hospitalière 2016, disponible sur : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3245/synthese_mco_had_psy_ssr_2016_vd.pdf (page consultée le 20/06/19).
31. HAS (Haute Autorité de Santé). Note méthodologique et de synthèse documentaire - Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées, disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/prevenir_la_dependance_iatrogene_liee_a_lhospitalisation_chez_les_personnes_agees_-_note_methodologique.pdf (page consultée le 20/06/19).
32. HAS (Haute Autorité de Santé). Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/prevenir_la_dependance_iatrogene_liee_a_lhospitalisation_chez_les_personnes_agees_-_fiche_points_cles.pdf (page consultée le 20/06/19).
33. CAILLAVET-BACHELLEZ V. Le parcours de soins du patient : un dispositif fédérateur pour les Communautés Hospitalières de Territoire. Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique. Rennes, 2010, 38 p.
34. HAS (Haute Autorité de Santé) - Questions / Réponses sur le parcours de soins, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf (page consultée le 24/06/19).
35. DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques). Les établissements de santé édition 2016, disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche12-4.pdf> (page consultée le 20/06/19).
36. HAS (Haute Autorité de Santé). Comment réduire le risque de ré-hospitalisation évitables des personnes âgées ? disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf (page consultée le 20/06/19).
37. LANIÈCE I., COUTURIER P., DRAMÉ M. *et al.* Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age and Ageing*, 2008, 37 (4), pp.416-422.
38. VAN WALRAVEN C., JENNINGS A., FORSTER A.J. A meta-analysis of hospital 30-day avoidable readmission rates. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2012, 18 (6), pp.1211-1218.
39. JENCKS S.F., WILLIAMS M.V., COLEMAN E.A. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *The New England Journal of Medicine*, 2009, 360 (14), pp.1418 - 1428.
40. GUSMANO M., RODWIN V., WEISZ D. *et al.* Comparison of rehospitalization rates in France and the United States. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2015, 20 (1), pp.18-25.
41. BRADLEY E.H., CURRY L., HORWITZ L.I. *et al.* Contemporary evidence about hospital strategies for reducing 30-day readmissions: a national study. *Journal of the American College of Cardiology*, 2012, 60 (7), pp.607-614.
42. BURTON R. Health Policy Brief: Improving Care Transitions. *Health Affairs*, 2012, 6 p.
43. BLANC A., FUMEUX T., BONNABRY P. Réadmissions hospitalières : problématique actuelle et perspectives. *Revue Médicale Suisse*, 13 (544-545), pp.117-120.

44. FAUCONNIER A., SOLOMIAC A., CHOSSEGROS L. Les ré-hospitalisations à 30 jours (RH30) - Guide méthodologique de calcul de l'indicateur et présentation des principaux résultats, disponible sur : https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/396/vf_-_rh30_-_2018_03_20.pdf (page consultée le 20/06/19).
45. SOLOMIAC A., TOWNSEND A., HERNANDO I. Les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) - Guide méthodologique de calcul de l'indicateur HPE et présentation des principaux résultats, disponible sur : https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/396/vf_-_guide_hpe_2018_03_20.pdf (page consultée le 20/06/19).
46. ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). Indicateurs de coordination, disponible sur : https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-coordination/submit?snatnav=&mbout=dummy&annee=2018&niv_geo=REG_FRA&indic=rh30 (page consultée le 20/06/19).
47. MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. Journal Officiel n°0169 du 22 juillet 2016 texte n°22.
48. HAS (Haute Autorité de Santé). Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé - Résultats 2018, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-12/presse_dp_indicateurs_resultats_2018.pdf (page consultée le 20/06/19).
49. HAS (Haute Autorité de Santé). Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » en MCO, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-01/fiche_descriptive_qls_mco_2019.pdf (page consultée le 24/06/19).
50. HAS (Haute Autorité de Santé). Indicateurs de qualité et de sécurité des soins - Rapport des résultats nationaux de la campagne 2018, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-12/rapport_iqss_2018.pdf (page consultée le 24/06/19).
51. PARKER S.G., PEET S.M., MCPHERSON A. *et al.* A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technology Assessment*, 2002, 6 (4), pp.1-183.
52. RENNKE S., NGUYEN O.K., SHOEB M.H. *et al.* Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 2013, 158 (5), pp.433-440.
53. HAS (Haute Autorité de Santé). Note méthodologique et de synthèse bibliographique - Comment réduire le risque de ré-hospitalisation évitables des personnes âgées ? disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/annexe_methodo__rehospitalisations_evitables_vf.pdf (page consultée le 20/06/19).
54. LEGRAIN S., TUBACH F., BONNET-ZAMPONI D. *et al.* A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2011, 59 (11), pp.2017-2028.
55. HWU S., BOUTWELL A. Effective Interventions to Reduce Rehospitalizations: A Survey of the Published Evidence, disponible sur : http://www.breecollaborative.org/wp-content/uploads/bree_readmissions_background_reading.pdf (page consultée le 24/06/19).
56. ALLEN J., OTTMANN G., ROBERTS G. Multi-professional communication for older people in transitional care: a review of the literature. *Int J Older People Nurs.*, 2013, 8 (4), pp.253-269.
57. SCHOEN C., OSBORN R., SQUIRES D. *et al.* A survey of primary care doctors in ten countries shows progress in use of health information technology, less in other areas. *Health Affairs*, 2012, 31 (12), pp.2805-2816.

58. CHIU W.K., NEWCOMER R. A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. *Professional Case Management*, 2007, 12 (6), pp.330-336.
59. HAS (Haute Autorité de Santé). Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients « e-Satis » Patients hospitalisés plus de 48h dans un établissement de Médecine - Chirurgie - Obstétrique, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-12/rapport_esatis48h_2018.pdf (page consultée le 20/06/19).
60. GUILLET M. Document de sortie d'hospitalisation en médecine polyvalente : Les attentes des médecins généralistes. Thèse de docteur en médecine. Angers : Faculté de Santé d'Angers, 2018, 60 p.
61. HAS (Haute Autorité de Santé). Document de sortie d'hospitalisation - Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_fiche_utilisation_23102014.pdf (page consultée le 20/06/19).
62. DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins). Guide qualité de la prise en charge médicamenteuse - Outils pour les établissements de santé, disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_qualite_de_la_prise_en_charge_medicamenteuse.pdf (page consultée le 20/06/19).
63. HAS (Haute Autorité de Santé). Sécuriser la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2574453/fr/securiser-la-prise-en-charge-medicamenteuse-en-etablissement-de-sante#toc_1 (page consultée le 20/06/19).
64. ANKRI J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gérontologie et Société*, 2002, 25 (103), pp.93-106.
65. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. L'enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS), disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies-aux-soins-eneis> (page consultée le 20/06/19).
66. KOHN L.T., CORRIGAN J., INSTITUTE OF MEDECINE, *et al.* To Err is Human: Building a Safer Health System. National Academies Press (US) Ed. Washington (DC), 2000, 312 p.
67. BÉGAUD B., COSTAGLIOLA D. Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France, disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Begaud_Costagliola.pdf (page consultée le 20/06/19).
68. BÉGAUD B., MARTIN K., FOURRIER A. *et al.* Does age increase the risk of adverse drug reactions? *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2002, 54 (5), pp.550-552.
69. DOUCET J., CAPET C., JÉGO A. *et al.* Drug use in the elderly. Undesirable drug effects in the elderly: epidemiology and prevention. *La Presse Médicale*, 1999, 28 (32), pp.1789-1793.
70. PEROCHON J.M., BARBERIS S., GOURAIN COLOMBO *et al.* Étude prospective sur les admissions des personnes âgées pour iatrogénie médicamenteuse dans les services d'urgence de 18 établissements d'hospitalisation, disponible sur : <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=305020> (page consultée le 20/06/19).
71. ATKIN P.A., VEITCH P.C., OGLES S.J. *et al.* The epidemiology of serious adverse drug reactions among the elderly. *Drugs & Aging*, 1999, 14 (2), pp.141-152.
72. HAS (Haute Autorité de Santé). Prescription des Psychotropes chez le Sujet Âgé - Programme Pilote 2006-2013, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_677086/fr/ensemble-ameliorons-la-prescription-des-psychotropes-chez-le-sujet-age-psycho-sa (page consultée le 20/06/19).

73. LABETOULLE M. La iatrogénie : quelle ampleur, pourquoi et comment la réduire ? *Journal Français d'Ophtalmologie*, 2009, 32 (1), pp.79-82.
74. HAS (Haute Autorité de Santé). PMSA - Programmes complets, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_656210/fr/pmsa-programmes-complets (page consultée le 20/06/19).
75. HAS (Haute Autorité de Santé). Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/prescription_psychotropes_sujet_age_court.pdf (page consultée le 20/06/19)
76. OMEDIT (L'Observatoire du Médicament, des dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques) GRAND EST. Bon usage des médicaments en gériatrie, disponible sur : <http://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/bon-usage-des-medicaments-en-geriatrie> (page consultée le 20/06/19).
77. LAROCHE M-L., BOUTHIER F., MERLE L. *et al.* Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *La Revue de Médecine Interne*, 2009, 30 (7), pp.592-601.
78. LANG P., BOLAND B., DALLEUR O. Prescription médicamenteuse inappropriée : les nouveaux critères STOPP/START. *Revue Médicale Suisse*, 2015, 11 (494), pp.2115-2123.
79. PAITRAUD D. Iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées : enquête, campagne de sensibilisation et actions annoncées du Leem, disponible sur : https://www.vidal.fr/actualites/15365/iatrogenie_medicamenteuse_chez_les_personnes_agees_enquete_campagne_de_sensibilisation_et_actions_annoncees_du_leem/ (page consultée le 20/06/19).
80. HAS (Haute Autorité de Santé). Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez le sujet âgé, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/fpcs_prescription_web.pdf (page consultée le 20/06/19).
81. HAS (Haute Autorité de Santé). Guide conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf (page consultée le 20/06/19).
82. HAS (Haute Autorité de Santé). Fiche projet international High5s. [Internet]. [cité 20 juin 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/fiche_descriptive_projet_high5s.pdf (page consultée le 20/06/19).
83. HAS (Haute Autorité de Santé). L'initiative OMS High 5s, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1498429/fr/l-initiative-oms-high-5s (page consultée le 20/06/19).
84. DELL'OVA M., ROUDAUT M., LOULIERE B. *et al.* Initiative des High5s - Medication Reconciliation, disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexperimentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf (page consultée le 20/06/19).
85. HAS (Haute Autorité de Santé). Exemple de support de formation à la conciliation, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/exemple_de_support_de_formation_a_la_conciliation.pdf (page consultée le 20/06/19).
86. DUFAY E., MORICE S., DONY A. *et al.* The clinical impact of medication reconciliation on admission to a French hospital: a prospective observational study. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 2016, 23 (4), pp.207-212.

87. DUFAY E. La conciliation des traitements médicamenteux - Sécuriser le parcours de soins du patient, disponible sur : <http://assiphar.adiph.fr/files/2014/07/2014-E-DUFAY-Conciliation-medicamenteuse-Paris-ASSIPHAR.pdf> (page consultée le 26/06/19).
88. JACK B.W., CHETTY V.K., ANTHONY D. *et al.* A Reengineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization. *Ann Intern Med.*, 2009, 150 (3), pp.178-187.
89. STILL K.L., DAVIS A.K., CHILIPKO A.A. *et al.* Evaluation of a pharmacy-driven inpatient discharge counseling service: impact on 30-day readmission rates. *The Consultant Pharmacist*, 2013, 28 (12), pp.775-785.
90. HAS (Haute Autorité de Santé). OMAGE : Optimisation des prescriptions chez le sujet âgé, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/symphas-bmj_co251.pdf (page consultée le 20/06/19).
91. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Stratégie nationale de santé 2018-2022, disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf (page consultée le 24/06/19)
92. DUFAY E. Accompagner son patient - Une affirmation et sa confirmation par une déclinaison MEDISIS, disponible sur : https://www.urpspharmaciensgrandest.fr/system/document_autres/fichiers/000/000/040/original/Mission_3_-_Accompagner_son_patient_-_Une_affirmation_et_sa_confirmation.pdf?1538946689 (page consultée le 30/06/19).
93. GIRERD X., HANON O., CIUPEK C. *et al.* Assessment of antihypertensive compliance using a self-administered questionnaire: development and use in a hypertension clinic. *Presse Medicale Paris.*, 2001, 30 (21), pp.1044-1048.
94. GIRERD X. Test d'évaluation de l'observance, disponible sur : <http://www.questionnaire-de-girerd.com/document/questiongirerdFR.pdf> (page consultée le 30/06/19).
95. ANDRO M., ESTIVIN S., GENTRIC A. Prescriptions médicamenteuses en gériatrie : overuse (sur-utilisation), misuse (mauvaise utilisation), underuse (sous-utilisation). Analyse qualitative à partir des ordonnances de 200 patients entrant dans un service de court séjour gériatrique. *La Revue de Médecine Interne*, 2012, 33 (3), pp.122-127.
96. DUFAY E., SCHNEIDER P. Le parcours de soins MEDISIS - Pour une valorisation à la qualité des parcours de soins Ville-Hôpital, disponible sur : https://www.urpspharmaciensgrandest.fr/system/document_autres/fichiers/000/000/109/original/05_-_PS_-_Agora_12_09_2019_-_Parcours_de_soins_MEDISIS.pdf?1568379422 (page consultée le 29/09/19).
97. DUFAY E. Patient, Médicament, Ré-hospitalisation, la triangulation positive de MEDISIS, disponible sur : http://www.uclmontgodinne.be/files/3_2017-10-26_e_dufay.pdf (page consultée le 25/06/19).
98. POPART G. Le livret Personnalisé de Sortie : qu'en pensent nos patients ? Mémoire en vue de l'obtention de l'UV " Économie de la santé " du Diplôme d'Études Spécialisées de Pharmacie. Nancy : Faculté de pharmacie de Nancy, 2018, 42 p.
99. RIVIERE J.P. Le 1er Prix VIDAL Hôpital attribué au programme MEDISIS d'accompagnement thérapeutique des seniors, disponible sur : https://www.vidal.fr/actualites/14985/le_1er_prix_vidal_hopital_attribue_au_programme_medisis_d_acc_ompagnement_therapeutique_des_seniors/ (page consultée le 23/06/19).

100. DUCROS M., COHEN. A. Communiqué de Presse - Remise des prix et partenariat - Pauline Schneider, Pharmacien lauréate 2018 du Grand Prix de la Prévention Médicale au SIM U Santé d'Amiens, disponible sur : http://www.macsf.fr/groupe/content/download/1655/15202/version/1/file/CP_MACSF_%20Prix_de_la_prevention_medicale.pdf (page consultée le 23/06/19).
101. SILVERNIGHT. Centre Hospitalier de Lunéville - Silver Eco - Le Show SilverNight, disponible sur : <http://www.silvernight.fr/nomines-2019/centre-hospitalier-de-luneville-2/> (page consultée le 24/06/19).
102. PAUL M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique: l'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Recherche en Soins Infirmiers*, 2012, 3 (110), pp.13-20.
103. RUIZ J. Accompagnement thérapeutique: le chemin du suivi à long terme. *Revue Médicale Suisse*, 2008, 4 (160), pp.1405-1409.
104. FOUCAUD J., BALCOU-DEBUSSCHE M., BANNEUX P. *et al.* Former à l'éducation du patient : quelles compétences ? Réflexions autour du séminaire de Lille 11-13 octobre 2006. INPES Ed. Saint Denis, France, 2008, 112 p.
105. BOUCHEREAU X. La posture éducative. ERES Ed. France, 2016, 264 p.
106. CADDEO B. Communication pharmacien-patient à l'officine : situation actuelle et édition d'un guide pratique. Thèse de docteur en pharmacie. Grenoble : Université de Grenoble Alpes, 2017, 109 p.
107. HAS (Haute Autorité de Santé). Écoute active, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-02/outil_12_ecoute_active.pdf (page consultée le 20/06/19).
108. HESBEEN W. Éduquer ou informer et accompagner, une question d'intention. *Soins Cadres*, 2010, 19 (73), pp.45-46.
109. EHRENBERG A. Les changements de la relation normal-pathologique. A propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. *ESPRIT*, 2004, 304 (5), pp.133-156.
110. ALLIANCES MALADIES RARES. Guide pratique de l'Éducation Thérapeutique du Patient, disponible sur : <https://www.alliance-maladies-rares.org/wp-content/uploads/2017/06/guide-etp-majjuin2017.pdf> (page consultée le 20/06/19).
111. GRENIER B., BOURDILLON F., GAGNAYRE R. Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles. *Santé Publique*, 2007, 19 (4), pp.283-292.
112. WHO (World Health Organization). Éducation Thérapeutique du Patient, disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf (page consultée le 20/06/19).
113. HAS (Haute Autorité de Santé). Éducation thérapeutique du patient - Définition, finalités et organisation, disponible sur : <http://link.springer.com/10.1007/s11690-009-0174-4> (page consultée le 25/06/19).
114. HAS (Haute Autorité de Santé). Structuration d'un programme d'ETP dans le champ des maladies chroniques - Guide méthodologique, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf (page consultée le 25/06/19).
115. HAS (Haute Autorité de Santé). Programmes d'éducation thérapeutique du patient: la HAS publie un guide pour l'auto-évaluation annuelle, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1239136/fr/programmes-d-education-therapeutique-du-patient-la-has-publie-un-guide-pour-l-auto-evaluation-annuelle (page consultée le 25/06/19).

116. MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel n°0167 du 22 juillet 2009 texte n°1.
117. MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. Journal Officiel n°0019 du 23 janvier 2015 texte n°19.
118. HAS (Haute Autorité de Santé). Éducation thérapeutique du patient (ETP), disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp (page consultée le 25/06/19).
119. HAS (Haute Autorité de Santé). L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions/réponses, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/questions_reponses_vvd_.pdf (page consultée le 25/06/19).
120. HAS (Haute Autorité de Santé) - ETP Comment la proposer et la réaliser ? disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf (page consultée le 26/06/19).
121. SANDRIN - BERTHON B. Éducation thérapeutique du patient : de quoi s'agit - il ? - ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique), 2009, (66), pp.10-15.
122. CRSA Bretagne (Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie). Éducation ou accompagnement thérapeutique de quoi parle-t-on ? Bilan des débats publics organisés en 2012-2013, disponible sur : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/bilanDebatsPublicsEtp.pdf> (page consultée le 26/06/19).
123. HAS (Haute Autorité de Santé). Critères de qualité d'un ETP, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/criteres_de_qualite_dune_education_therapeutique_du_patient_web.pdf (page consultée le 25/06/19).
124. D'IVERNOIS J.F., GAGNAYRE R. Vers une démarche de qualité en éducation thérapeutique du patient - ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique), 2002, (39), pp.14-16.
125. SAOUT C. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient, disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf (page consultée le 26/06/19).
126. ALLIANCES MALADIES RARES. Guide pratique de l'ETP - Développer des actions d'accompagnement, disponible sur : <https://www.alliance-maladies-rares.org/wp-content/uploads/2017/06/04-etp-developper-actions-etp-pageapage.pdf> (page consultée le 20/06/19).
127. LEGRAIN S., BONNET-ZAMPONI D., SAINT-GAUDENS P. Éducation thérapeutique des personnes âgées polypathologiques : quelle approche ? Éducation Santé, 2014, (3), pp.17-13.
128. HAS (Haute Autorité de Santé). Adaptations de l'ETP chez les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/adaptations_de_letp_chez_les_personnes_agees_en_risque_de_perte_dautonomie.pdf (page consultée le 26/06/19).
129. LEGRAIN S. Éducation thérapeutique du sujet âgé - Un défi à relever, disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-08/3.3_etp_pa_has_2012_11_29_lecture_seule_2013-08-30_14-37-41_780.pdf (page consultée le 26/06/19).

130. OMEDIT Ile de France (L'Observatoire du Médicament, des dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques). OMAGE OMEDIT Ile de France, disponible sur : <http://www.omedit-idf.fr/qualite-securite/parcours-du-patient/omage/> (page consultée le 27/06/19).
131. Ordre National des Pharmaciens. Le développement professionnel continu (DPC) - Nos missions, disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/L-examen-de-la-capacite-a-exercer-la-pharmacie/Le-developpement-professionnel-continu-DPC> (page consultée le 26/06/19).
132. CRES PACA (Comité Régional d'Éducation pour la Santé Provence Alpes Côte d'Azur). COMETE : pour développer les compétences psychosociales en éducation du patient, disponible sur : <http://www.cres-paca.org/a/288/comete-pour-developper-les-competences-psychosociales-en-education-du-patient/> (page consultée le 26/06/19).
133. HAS (Haute Autorité de Santé). Rapport de mission - État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf (page consultée le 21/06/19).
134. LE JEUNNE C. Enseigner par le jeu de rôle, disponible sur : http://www.chups.jussieu.fr/diupmweb/2017/3Mars/1_Enseigner_Par_Le_Jeu_De_Role.pdf (page consultée le 22/06/19).
135. CHAMBERLAND G., PROVOST G. Jeu, simulation et jeu de rôle. Presses de l'Université du Québec Ed. Sainte-Foy, Québec. 1996, 196 p.
136. PATIN B. Le jeu de rôles : pratique de formation pour un public d'adultes. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 2005, 3-4 (67-68), pp.163-178.
137. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL PAFEU. La simulation et le jeu de rôle, disponible sur : http://www.cefes.umontreal.ca/pafeu/parcours_formation/enseigner/simulation_jeu_de_role.html (page consultée le 21/06/19).
138. KIMBERLIN C.L. Communicating With Patients: Skills Assessment in US Colleges of Pharmacy. The American Journal of Pharmaceutical Education, 2006, 70 (3), 9 p.
139. GIVRON H., DESSEILLES M. L'utilisation de jeux de rôle filmés pour l'apprentissage de la communication médecin patient : une expérience pilote sur 262 étudiants. Acta Psychiatrica Belgica, 118 (3), pp.8-15.
140. HAS (Haute Autorité de Santé). Évaluation et amélioration des pratiques - Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_format2clics.pdf (page consultée le 21/06/19).
141. YEDIDIA M.J., GILLESPIE C.C., KACHUR E. *et al.* Effect of communications training on medical student performance. JAMA Internal Medicine, 2003, 290 (9), pp.1157-1165.
142. HAS (Haute Autorité de Santé). Jeux de rôle, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/08_jeux_de_roles.pdf (page consultée le 21/06/19).
143. BINDLER L. Le jeu de rôle dans l'apprentissage de la relation médecin-malade aux étudiants en médecine. À propos d'une expérience de 2 ans... Mémoire du diplôme interuniversitaire pédagogie médicale. Paris : Hôpital St Antoine, 2010, 19 p.
144. BATHELOT B. Définitions Qualité, disponible sur : <https://www.definitions-marketing.com/definition/qualite/> (page consultée le 28/07/19).

145. HAS (Haute Autorité de Santé). Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en santé, disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese_rapport_college_has_horizons.pdf (page consultée le 28/07/19).
146. DRISS E. Démarche qualité et satisfaction des clients. Revue Marocaine de recherche en management et marketing, 2018, (18), pp.150-168.
147. KESSEL P. L'entreprise, les Opca et la formation des salariés. Tome 1, Saint-Denis La Plaine Cedex : Centre Inffo Ed. Saint-Denis, France. 2011, pp.670-672.
148. FAUGERAS S. Comment évaluer la satisfaction des usagers ? disponible sur : https://www.federationsolidarite.org/images/stories/migration/2035_satisfaction_des_usagers_sylvie_faugeras.pdf (page consultée le 28/07/19).
149. COSTE G. Comment choisir une échelle d'attitude pour son questionnaire de satisfaction ? disponible sur : <https://www.appvizer.fr/magazine/marketing/sondages-et-questionnaires/comment-choisir-echelle-d-attitude-questionnaire-de-satisfaction> (page consultée le 28/07/19).
150. GRIFFIN A., HAUSER J. The Voice of the Customer. Marketing Science, 1991, 12 (1), 124 p.
151. EWBS (Service de simplification administrative et d'administration numérique de la Wallonie et de la Fédération Wallonie-Bruxelles). Méthode pour questionner les usagers ou « la Voix de l'utilisateur », disponible sur : http://www.ensemblesimplifions.be/sites/default/files/fiche_2_methode_pour_questionner_les_usagers.pdf (page consultée le 28/07/19).
152. BATHELOT B. Définitions Entretien semi-directif, disponible sur : <https://www.definitions-marketing.com/definition/entretien-semi-directif/> (page consultée le 02/07/19).
153. IMBERT G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en Soins Infirmiers, 2010, 102 (3), pp.23-34.
154. MIALARET G. HOUSSAYE J. La Pédagogie : une encyclopédie pour aujourd'hui. Revue Française de Pédagogie, 1995, 110 (1), pp.123-126.
155. HAS (Haute Autorité de Santé). E-learning - Guide de conception de formation ouverte et à distance (FOAD) dans le monde de la santé, disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-09/guide_e-learning_rapport_complet.pdf (page consultée le 05/10/19).
156. BERNARD L. Guide pratique de la formation par la simulation. 1^{ère} Édition. VA Presse Ed. Versailles, France. 2015, 21 p.
157. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Dossier de presse sur la priorité prévention, rester en bonne santé tout au long de sa vie, disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf (page consultée le 20/10/19).
158. GODFROID T. Préparer et conduire un entretien semi-directif, disponible sur : <http://cruh.univ-lorraine.fr/sites/cruh.univ-lorraine.fr/files/documents/Tiphaine%20Godefroid.pdf> (page consultée le 20/10/19).
159. NOIREZ V., FABIEZ N. Suivre et sécuriser le patient atteint de cancer de retour à domicile, disponible sur : https://www.urpspharmaciensgrandest.fr/system/document_autres/fichiers/000/000/043/original/Suivre_et_sécuriser_le_patient_atteint_de_cancer_de_retour_à_domicile.pdf?1539091621 (page consultée le 20/10/19.)

160. HAS (Haute Autorité de Santé). La conciliation des traitements médicamenteux par le pharmacien d'officine dans le cadre du programme PICTO, disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/ctm_par_le_pharmacien_dofficine_picto_region_grand_est.pdf (page consultée le 20/10/19).
161. PULSY. Télémedecine, disponible sur : <https://www.pulsy.fr/portail/nos-services-e-sante/telemedecine-48-56.html> (page consultée le 30/10/19).
162. LAJAPF (Association des Laboratoires Japonais Présents en France). Dossier presse Télémedecine, disponible sur : <https://www.leem.org/sites/default/files/2018-12/Dossier%20presse%20Telemedecine%20%28VF%29.pdf> (page consultée le 30/10/19).
163. HAS (Haute Autorité de Santé). Fiche Mémo - Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise, disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-04/fiche_memo_qualite_et_securite_des_actes_de_teleconsultation_et_de_teleexpertise_avril_2018_2018-04-20_11-05-33_441.pdf (page consultée le 20/10/19).
164. AMELI (Assurance Maladie En Ligne). Déploiement de la téléconsultation dans les pharmacies, disponible sur : <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/deploiement-de-la-teleconsultation-dans-les-pharmacies> (page consultée le 30/10/19).

Annexes

Annexe 1 : Compte-rendu de l'ATP 1 « Ma priorité »

Centre hospitalier de Lunéville		19/04/2019	
Réalisé par :		Compte rendu Accompagnement thérapeutique MEDISIS	
Le 15/04/2019		Séance 1 "Ma priorité"	
<input type="checkbox"/> Avec Cartes OMAGE			
ADHESION THERAPEUTIQUE (Girerd et al.)			
Vous arrive-t-il régulièrement d' oublier de prendre vos médicaments ?			NON
Vous arrive-t-il d'être en panne de médicaments ?			NON ABORDE
Vous est-il déjà arrivé de prendre vos médicaments avec retard par rapport à l'heure habituelle ?			OUI
Vous est-il déjà arrivé de ne pas prendre vos médicaments car vous ne vous en souveniez plus ?			OUI
Vous est-il déjà arrivé de ne pas prendre vos médicaments car vous aviez l'impression qu'il vous faisait plus de mal que de bien ?			NON
Pensez-vous que vous avez trop de médicaments à prendre ?			NON
Adhésion correcte mais non optimale au traitement			
Problématiques mises en évidence		Il arrivait à M. P d' oublier ses médicaments du soir , sa femme les retrouvait le lendemain matin. Il n'oublie plus maintenant. Il arrive au patient de prendre ses traitements plus tard que l'heure habituelle le soir, lorsqu'il sort avec son épouse (22h au lieu de 18h30-19h).	
Positionnement du patient ?		M. P reconnaît oublier de temps en temps des médicaments le soir (sauf PREVICAN). Selon lui, son médecin traitant lui aurait dit que "c'est pas grave si c'est de temps en temps et pas tous les jours" . Il ne pense pas avoir trop de médicaments, auparavant il prenait jusque 12 médicaments/jour, depuis sa dernière hospitalisation, il prend moins de médicaments et est content.	
GESTION DES MEDICAMENTS A DOMICILE			
Qui cherche les médicaments à la pharmacie ?		Patient	
Comment est effectué le stockage ?		Dans une armoire à la maison	
Par qui et comment sont préparés les médicaments à prendre ?		L'épouse de Monsieur prépare un pilulier	
Ecrasez-vous vos médicaments/Ouvrez-vous vos gelules ? Pourquoi ?		NON ABORDE	
Qui administre les médicaments ?		Patient	
Gardez-vous les médicaments qui ne vous servent plus ?		Les médicaments sont déposés à la pharmacie	
Problématiques mises en évidence		M. P explique ne pas connaître ses médicaments, sa femme gère ses traitements . Depuis, il n'y a plus d'oubli selon eux.	
Positionnement du patient ?		Il se repose beaucoup sur sa femme. Celle-ci essaie de plus le responsabiliser par rapport à l'administration.	
AUTOMEDICATION			
Vous arrive-t-il d'être constipé ?		OUI	Si oui, que faites-vous ? Pourquoi ?
Vous arrive-t-il d'avoir des douleurs ?		OUI	
Vous arrive-t-il d'avoir du mal à dormir ?		NON	
Vous arrive-t-il de ressentir du stress ?		NON	
Vous arrive-t-il d'avoir un autre trac au quotidien ? Lequel ?		NON	
Avez-vous recours à des thérapies alternatives complémentaires ?		NON	
Problématiques mises en évidence		M. P se plaint de douleurs en raison d'une hernie discale et d'un zona depuis 2 mois.	
Positionnement du patient ?		Son MT lui a prescrit ACUPAN, qu'il a arrêté de prendre car "ça marchait pas" . Le patient ne prend aucun médicament en dehors des prescriptions de son MT.	
CONNAISSANCES/COMPÉTENCES DU PATIENT "le patient est capable de ..."			
PRIORITÉ(S) DU PATIENT			
"Boire un café à la maison". M. P est gêné par sa restriction hydrique, ne peut pas boire de café dans la journée, présente une sensation de soif. Proposition de spray d'eau type AEQUASYAL?			
ENJEUX IDENTIFIÉS			
Faire le lien pathologie-signes d'alerte-traitement Optimisation de la prise en charge antalgique ? L'épouse de M. P présente des problèmes d'épaule et de dos, nécessité davantage d'aide à domicile ? Passage assistante sociale ?			
RESSOURCES DU PATIENT			
Internes	Ancien ambulancier au CHL, connaît le personnel notamment Dr WEBER, a confiance en eux. Fort caractère, sait ce qu'il veut, ne se laisse pas abattre. Autonome, conduit encore		
Externes	Epouse Petite fille, sage femme Relation de confiance avec son MT et son Pharmacien d'officine		
FREIN(S) DU PATIENT			
Fort caractère, semble avoir besoin d'être convaincu par sa prise en charge = frein ou levier ?			
ZONE(S) D'OMBRE			
M. P explique en début d'entretien avoir eu un souci avec une "fausse ordonnance" et des "mauvais médicaments" prescrits lors de sa dernière hospitalisation. Son MT a du appeler l'hôpital. Le patient et sa femme ne savent pas expliquer le problème et les médicaments concernés. M. P explique avoir perdu à nouvel an un couple d'amis à deux semaines d'intervalle et son beau-frère présente des soucis de santé : "cela fait beaucoup". Il explique ne plus pouvoir partir en vacances avec eux comme les années précédentes. Il exprime également une perte d'activité, ne peut plus faire de bois, joue aux cartes et petits chevaux. Le moral du patient est-il bon ?			
PLAN PERSONNALISÉ MEDISIS			
Conciliation de sortie + Envoi de la lettre de liaison avec conciliation à J0			OUI
Revue clinique pluri professionnelle de médication			OUI
Remise d'un livret personnalisé ou d'un plan de prise MEDISIS			OUI
Proposition d'aide à la gestion des médicaments à domicile (pilulier, infirmière)			NON
Accompagnement thérapeutique pendant l'hospitalisation par le pharmacien hospitalier			OUI
Accompagnement thérapeutique à la sortie d'hospitalisation par le pharmacien d'officine			OUI
Consultation Gériatrique bilan MEDISIS à 30 jours après l'hospitalisation			OUI
Coordination à la sortie (prise de contact avec professionnels de santé, famille ou établissements d'aval)			NON
Commentaires		Entretien réalisé en présence de l'épouse du patient M. P ne semble pas contre l'idée de réaliser des ATP en ville, va y réfléchir pendant l'hospitalisation, à revoir à la sortie	

Annexe 2 : Lettre de liaison incluant la conciliation de sortie du patient



Centre Hospitalier de Lunéville
Lettre de liaison avec conciliation

Lettre de liaison avec conciliation

M. le Dr XXXXXXXXXX
tel : 03 83 76 XX XX
fax : 03 83 76 XX XX

TEST AGFA
N°9 TESTIMALES le 23/02/1957
Sex: Féminin
Date de naissance: Lunéville
N°000 PEPPIGIAN

Lunéville, le 12/09/2018

PARCOURS MEDISIS Sécuriser, Prévenir, Informer, Éduquer

Chère confrère/Chère confrère

Votre patient M. XXXXX, né le 23/02/1957, a été hospitalisé du 03/09/2018 au 12/09/2018 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.

Motif d'hospitalisation : Décompensation cardiaque et découverte d'une fibrillation atriale.

Pathologies	Avant hospitalisation		Traitement à poursuivre		Commentaires	
	BISSOC 5MG CP	1 - 0 - 0 - 0	modifié	BISSOC 10MG CP		1 - 0 - 0 - 0
Insuffisance cardiaque	LASILUX 20MG CP	1 - 0 - 0 - 0	modifié	LASILUX 40MG CP	1 - 0 - 0 - 0	Restriction hydrique = 1,25 L/jen K ⁺ = 2 fois/jour 1200mg
Fibrillation atriale	DIFFU K 600MG GLE	1 - 0 - 1 - 0	modifié	DIFFU K 600MG GLE	1 - 1 - 1 - 0	Surveillance biologique à réaliser 3 jours après la sortie
			ajouts	RAMIPRIL 2.5MG CP	1 - 0 - 0 - 0	AVIS CARDIO : Balance bénéfice/risque en faveur d'une anticoagulation par anti-vitamine K pour la prévention du risque d'accident thrombotique thromboembolique
Hypertension artérielle	LANSOPRAZOLE 30MG CP	0 - 0 - 1 - 0	modifié	KARDECIC 75MG SACH	0 - 1 - 0 - 0	Prévention du risque d'ulcération
	TAMISULOSINE 0.4MG GLE	0 - 0 - 1 - 0	poursuivi	LANSOPRAZOLE 30MG CP	0 - 0 - 1 - 0	
Insomnie	ZOLPIDEM 10MG CP	0 - 0 - 0 - 0.5	poursuivi	TAMISULOSINE 0.4MG GLE	0 - 0 - 1 - 0	
				ZOLPIDEM 10MG CP	0 - 0 - 0 - 0.5	

Parcours MEDISIS	Conciliation des traitements médicamenteux	Sécuriser	Évaluation du risque de ré-hospitalisation	Prévenir	Accompagnement thérapeutique	Informer et Éduquer	Revue clinique de médication	Sécuriser et Prévenir	Livrer personnalisé de sortie avec explication des changements de traitement
ENTRÉE à la sortie									

Problèmes identifiés	Adresses thérapeutiques	Adresses pharmaceutiques

Rendez-vous prévus(s)

Devenir du patient à la sortie d'hospitalisation

Docteur XXXXXXXXXX
Service de Cardiologie

Docteur Schneider Pauline
Service de Pharmacie
Equipe MEDISIS
03 83 76 13 73

Destinataires : Médecin Traitant - Pharmacien d'officine - Infirmière Libérale le cas échéant

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

Envoyée par messagerie sécurisée ou par fax
- Au médecin traitant
- Infirmière libérale
- Pharmacien d'officine

Motif d'hospitalisation

Tableau à 3 volets réglementaires
- Traitements avant hospitalisation
- Traitements à poursuivre
- Commentaires

Détails du parcours MEDISIS

Problèmes liés au comportement du patient vis-à-vis de ses traitements

Rendez vous/Devenir patient

Signature Médecin et Pharmacien

Annexe 3 : Le livret personnalisé de sortie utile à l'ATP 2

Centre hospitalier de Lunéville Date : 12/03/18

LIVRET PERSONNALISÉ



Mes professionnels

Hospitalisation du	13/02/2018	Au	27/02/18	au Centre hospitalier de Lunéville	03 83 76 12 12
Service d'hospitalisation :	CARDIOLOGIE				 03 83 76 13 16
Médecin du service :	Dr Olivier FERRY				
Médecin traitant :	Dr Jean Pascal PILLUT				03 83 72 90 08
Pharmacien d'officine :	Dr Philippe LAURAIN - Lunéville				03 83 74 19 91
Infirmière à domicile :	Mme Martine ROUHAUD				03 83 74 14 76
Aide à domicile :	ADMR Lunéville				03 83 74 13 88
	Équipe MEDISIS CH de Lunéville Dr AZZI, Mme DE ABREU, Dr SCHNEIDER				03 83 76 13 73 medisis@ch-luneville.fr

Centre hospitalier de Lunéville mars 2018

**Mon histoire,
Mon hospitalisation**



Pourquoi ai-je été hospitalisé ?

Décompensation d'insuffisance cardiaque

Insuffisance cardiaque :
Le muscle du coeur ne pompe pas suffisamment le sang pour permettre aux organes de recevoir l'oxygène et les éléments essentiels à leur fonctionnement. L'eau et le sel entraînent une rétention d'eau qui rend encore plus difficile le travail du coeur ce qui peut créer des oedèmes.

Que s'est-il passé au cours de l'hospitalisation ?	Message clé
<p>Des médicaments vous ont été administrés pour traiter votre décompensation cardiaque.</p> <p>Au cours des examens, un trouble du rythme cardiaque a été découvert. Votre coeur battait trop rapidement. Pour réguler votre coeur, un nouveau médicament (cordarone) a été ajouté et un choc électrique a été réalisé.</p>	<p>Bien boire 1,5L par jour afin d'éviter la déshydratation (manque d'eau dans le corps).</p> <p>Surveiller votre poids pour détecter une prise de poids rapide qui signifierait peut être une décompensation de l'insuffisance cardiaque.</p>

Mes Rendez-vous



Date et horaire	Motif	Nom du professionnel	Adresse	Téléphone
4/04/19 10h30	Consultation gériatrique MEDISIS	Dr Julien AZZI	Hopital de Lunéville	03 83 76 13 30
Dans 1 mois	Consultation cardiologique	Dr François EDEL	2 B Rue du Colonel Clarenthal Lunéville	03 83 75 80 79



Mes médicaments

S'assurer que ce plan de prise est à jour !



Vous venez d'être hospitalisé(e) au Centre Hospitalier de Lunéville pour :

Décompensation cardiaque

en service de

Médecine A

A partir du 12 mars 2018

voici les médicaments à prendre :

Pourquoi ?	Quels médicaments ?	Changements	Quand ? Comment ?				A quoi ça sert ?
			Matin	Midi	Soir	Nuit	
Coeur	FUROSEMIDE 40MG CP	a été ajouté	1	0	0	0	Elimine l'excès d'eau et de sel par les urines, lié à l'insuffisance cardiaque
	BISOCE 5MG CP	a été ajouté	0	1	0	0	Aide le travail du coeur, le protège et le ralentit
	CORGARD 80MG CP	a été arrêté					Remplacé par BISOCE
	CORDARONE 200MG CP	a été ajouté	1	0	0	0	Régularise le coeur
	PREVISCAN 20MG CP	a changé	0	0	1/2	0	Diminué à 1/2 tous les jours Rend le sang plus liquide
Manque de potassium	DIFFU K 600MG GEL	a été ajouté	1	1	1	0	Apporte du potassium éliminé par la prise de FUROSEMIDE. Le potassium permet au coeur de battre.
Diabète	METFORMINE 500MG CP	a été arrêté					Diminue le sucre dans le sang A été arrêté en raison des capacités insuffisantes de filtration des reins
Estomac	LANSOPRAZOLE 30MG GEL	doit être continué	0	0	1	0	Diminue l'acidité dans l'estomac et le protège
Peau	DEXERYL CR	a été arrêté					Hydrate la peau

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

Prévenir tous les professionnels que vous prenez PREVISCAN. C'est un anticoagulant qui expose au risque de saignement.

Mes médicaments sans ordonnance :

Aspirine, anti-inflammatoire et millepertuis en automédication sont interdits.
Eviter la canneberge ou les cramberies. Eviter les compléments alimentaires.

	Traitement arrêté
	Traitement modifié
	Traitement ajouté
	Traitement poursuivi

Service de Médecine A
Dr Emilie CARRE

Dr Pauline SCHNEIDER
Equipe MEDISIS
03 83 76 13 73
medisis@ch-luneville.fr

Les signes d'alerte, savoir réagir



Signes d'alerte	A quoi cela correspond ?	Que dois je faire ?	Comment surveiller/prévenir
Prise de poids rapide, Difficulté à respirer/essoufflement, Oedeme des jambes, Fatigue	Peut être le signe d'une "poussée" d'insuffisance cardiaque, le médecin traitant va éventuellement adapter le traitement	Prévenir rapidement le médecin traitant	Surveillance du poids régulière (balance), Observer ses jambes et sa respiration
Vertiges, sensations de palpitations cardiaques	Peut être le signe d'un trouble du rythme cardiaque	Prévenir rapidement le médecin traitant	Bien prendre les traitements prescrits en sortie d'hospitalisation

Mes situations à risque	M'auto observer
Un repas riche en sel	Mon souffle lorsque je fais un effort habituel : je ne dois pas être essoufflé
Un effort violent	Mes jambes : elles ne doivent pas être trop gonflées

Je surveille mon poids Pour repérer les "poussées" d'insuffisance cardiaque



Le **20/03/18** vous pesiez **75** kg

| Date | Poids |
|----------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| __/__/__ | kg |
| __/__/__ | kg |
| __/__/__ | kg |
| __/__/__ | kg |
| __/__/__ | kg |
| __/__/__ | kg |
| __/__/__ | kg |

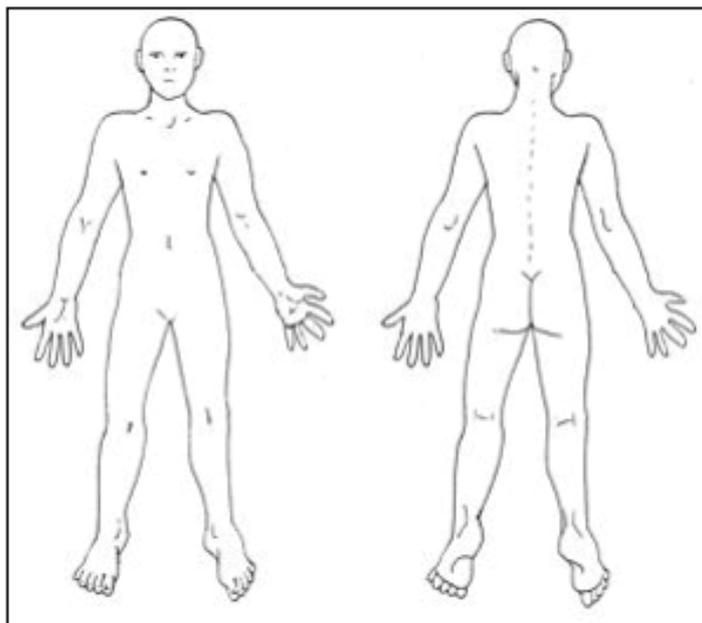
Pesez vous 3 fois par semaine. En cas de prise de poids rapide (2 kilos en quelques jours) je préviens mon médecin traitant ou mon cardiologue.

Cela peut être le signe d'une accumulation d'eau et de sel dans mon corps et donc d'une "poussée" d'insuffisance cardiaque.

Prendre du poids est une bonne chose si la prise de poids témoigne d'une augmentation de la masse musculaire et donc de la force. Dans ce cas :

- la prise de poids est progressive
- je me sens bien, je me lève et me déplace plus facilement, je gagne en autonomie.

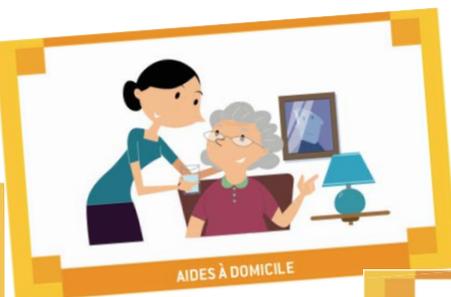
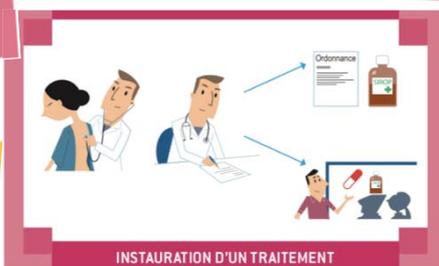
Annexe 4 : Le schéma corporel utile à l'ATP 3 « M'auto-observer »



Annexe 5 : Compte-rendu des séances d'ATP 3, 4 et 5

Centre hospitalier de Lunéville	11/02/19		
 <h3 style="margin: 0;">CR Accompagnement thérapeutique Du patient (ATP) MEDISIS</h3>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p style="margin: 0;">0</p> <p style="margin: 0; font-size: small;">30/12/99 IPP :</p> </div>	
Réalisé par (nom et tampon de la pharmacie) :			
Séance ATP "M'auto observer"			
Conditions de réalisation (personnes présentes, durée, lieu...) :			
Orientation spatiotemporelle du patient :	<input type="checkbox"/> Orienté	<input type="checkbox"/> Non orienté	
Connaissance du motif d'hospitalisation par le patient :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Tolérance du traitement :	<input type="checkbox"/> Bien toléré	<input type="checkbox"/> Moyennement toléré	<input type="checkbox"/> Mal toléré
Effets indésirables ressentis :	0 1 2 3 4 5 6		
Adhésion thérapeutique (Girerd) :	0 1 2 3 4 5 6		
Point de vigilance :	0 1 2 3 4 5		
Capacité du patient à verbaliser l'importance de l'auto observation :	0 1 2 3 4 5		
Capacité du patient à connaître les signes :	Cite 4 signes d'alertes sur 5		
Nécessité de joindre le médecin traitant pour signalement :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Commentaire :			
Date :	Signature :		
Séance ATP "Que faire en cas de problème ?"			
Conditions de réalisation (personnes présentes, durée, lieu...) :			
Tolérance du traitement :	<input type="checkbox"/> Bien toléré	<input type="checkbox"/> Moyennement toléré	<input type="checkbox"/> Mal toléré
Effets indésirables ressentis :	0 1 2 3 4 5 6		
Capacité du patient à verbaliser l'importance de l'auto observation :	0 1 2 3 4 5 6		
Capacité du patient à connaître les signes :	Cite ___ signes d'alertes sur ___		
Mise en pratique de l'auto observation au quotidien :	<input type="checkbox"/> Réalisée	<input type="checkbox"/> Non réalisée	
Ressources identifiées :			
Situation à risques identifiées :			
Capacité du patient à verbaliser l'importance de réagir assez tôt :	0 1 2 3 4 5		
Capacité du patient à réagir de façon adaptée :	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Mauvaise
Nécessité de joindre le médecin traitant pour signalement :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Commentaire :			
Date :	Signature :		
Séance ATP "Me raconter"			
Conditions de réalisation (personnes présentes, durée, lieu...) :			
Modification du traitement entraînant une re explication :	<input type="checkbox"/> Oui, nombre de lignes de médicaments : __ <input type="checkbox"/> Non		
Ouverture d'un Dossier Pharmaceutique :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Déjà ouvert	
Ouverture d'un Dossier Médical Partagé :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Déjà ouvert	
Tolérance du traitement :	<input type="checkbox"/> Bien toléré	<input type="checkbox"/> Moyennement toléré	<input type="checkbox"/> Mal toléré
Effets indésirables ressentis :	0 1 2 3 4 5		
Capacité du patient à verbaliser l'importance de réagir assez tôt :	0 1 2 3 4 5		
Capacité du patient à réagir de façon adaptée :	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Mauvaise
Capacité du patient à verbaliser l'importance de bien se raconter à ses professionnels :	0 1 2 3 4 5		
Capacité du patient à se raconter à ses professionnels :	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Mauvaise
Point de vigilance :			
Nécessité de joindre le médecin traitant pour signalement :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Commentaire :			
Date :	Signature :		

Annexe 6 : Cartes COMETE utiles à l'ATP 4 « Que faire en cas de problème ? » (132)



Annexe 7 : Le déroulé de l'entretien de l'ATP 4 « Que faire en cas de problème ? »

Centre hospitalier de Lunéville

Janvier 2019

Formation à l'Accompagnement Thérapeutique du Patient MEDISIS

Déroulé type ATP4

- « M'auto observer »
- Utiliser les cartes COMETE : ressources (jaunes) et situation à risques (vertes et rouges)
- Faire converger avec signes d'alerte
- Valider les acquis

A la fin de la séance le patient doit être capable de

- *Verbaliser l'importance de réagir au bon moment*
- *Expliquer comment il s'y prendrait et en fonction de quels signes*

Annexe 8 : Outil « 3 colonnes pour me raconter » utile à l'ATP 5 « Me raconter »

Ce qui est toujours présent	Ce qui est nouveau	Ce qui a changé



Centre hospitalier de Lunéville
Outil « 3 colonnes pour me raconter »

Février 2019

Annexe 9 : Le déroulé de l'entretien de l'ATP 5 « Me raconter »

Formation à l'Accompagnement Thérapeutique MEDISIS

Déroulé synthétique – séance 3 « Me raconter »

- Rappel dernière séance « Que faire en cas de problème ? »
- Utiliser la feuille blanche : mise en évidence la non structuration du discours
- utiliser l'outil « 3 colonnes pour me raconter ».
- Proposer au Patient d'ouvrir un DP/DMP
- Valider les acquis avec le patient (vérifier que les objectifs sont atteints) :

A la fin de la séance le patient doit être capable de

- *Verbaliser l'importance de communiquer de façon structurée sur sa santé*
- *Expliquer quelle stratégie il peut mettre en œuvre pour se préparer à un échange avec un professionnel de santé*

N° d'identification :

TITRE

LE PARCOURS DE SOINS MEDISIS : FORMATION À L'ACCOMPAGNEMENT THÉRAPEUTIQUE, ENQUÊTE DE SATISFACTION AUPRÈS DES PHARMACIENS D'OFFICINE

Thèse soutenue le 11 décembre 2019

Par Cécile THOUVENOT

RESUME :

Le parcours de soins MEDISIS est un projet déployé en 2017 par le Centre Hospitalier de Lunéville ayant pour objectif la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients. Il s'intéresse essentiellement à la sortie d'hospitalisation du patient, étape considérée comme critique. Afin de garantir la continuité des soins, favoriser la transition Hôpital/Ville et rendre le patient acteur de sa santé, des séances d'accompagnement thérapeutique ont été mises en place à l'officine.

Ce travail de thèse porte sur la formation des pharmaciens d'officine à ces séances d'accompagnement thérapeutique du patient, et évalue leur satisfaction. La formation consiste en une présentation E-learning suivie par 3 séances présentiels. Pour évaluer la satisfaction des 23 participants, une échelle visuelle analogique est utilisée lors des séances de formation. Les professionnels libéraux formés sont amenés à donner leur avis à travers une enquête dite « à chaud » à la fin de chaque séance de formation. Pour finir, une enquête dite « à froid » est réalisée, 5 mois après les formations, auprès des pharmaciens d'officine ayant effectué les séances d'accompagnement thérapeutique avec les patients.

Les résultats obtenus sont très positifs puisque concernant la présentation E-learning, la cotation moyenne attribuée par les participants est de 1,7 (1 = très satisfaisant et 2 = satisfaisant). La 1^{ère} séance de formation traitant l'accompagnement thérapeutique nommé « M'auto-observer » a été appréciée, avec une cotation moyenne de 1,2 pour la séance de simulation, et de 1,5 pour la formation globale. La seconde séance de formation abordait l'accompagnement thérapeutique « Que faire en cas de problème ? » et a été jugée très satisfaisante à satisfaisante par les participants avec une cotation moyenne de 1,3. La dernière séance de formation dont le thème était « Me raconter » a semblé contenter les professionnels de santé puisque la cotation moyenne de 1,2 a été attribuée pour la séance de simulation et 1,3 pour la formation globale.

L'enquête à froid a elle aussi montré une réelle satisfaction des 5 pharmaciens d'officine interrogés après la mise en œuvre des entretiens avec les patients. Ils se sont déclarés totalement satisfaits (cotation moyenne maximale de 1,0) par la formation théorique. Un entretien semi-directif est réalisé afin de connaître leur ressenti sur les entretiens, l'analyse quantitative qui apparaît est également très positive avec une cotation moyenne attribuée de 1,3.

Des tablettes numériques ont été distribuées aux professionnels de santé libéraux en septembre 2019 permettant de répondre à certains besoins et de mettre en place la téléconsultation.

Ce parcours de soins MEDISIS est une réelle réussite locale qui a pour envergure de se généraliser au niveau régional voire national via l'article 51.

MOTS CLES :

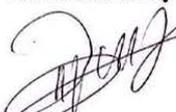
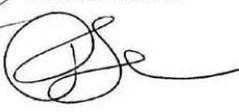
Parcours de soins MEDISIS – Accompagnement thérapeutique du patient – Enquêtes de satisfaction – Parcours de soins Ville-Hôpital – Ré-hospitalisation précoce – Formation pharmacien d'officine – Personnes âgées

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature	
Dr Pauline SCHNEIDER		Expérimentale	<input checked="" type="checkbox"/>
		Bibliographique	<input checked="" type="checkbox"/>
		Thème	3-6

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

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 11 décembre 2019

<p align="center">DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE</p> <p>présenté par : Cécile THOUVENOT</p> <p><u>Sujet</u> : Le parcours de soins MEDISIS : formation à l'accompagnement thérapeutique, enquêtes de satisfaction auprès des pharmaciens d'officine</p> <p><u>Jury</u> :</p> <p>Président : M. François DUPUIS, Maître de Conférences Directeur : Mme Pauline SCHNEIDER, Pharmacien Juges : M. Eric RUSPINI, Pharmacien Mme Emilie CARRE, Médecin généraliste Mme Nathalie DE ABREU, Infirmière</p>	<p align="center">Vu, Nancy, le 04/11/2019</p> <p>Le Président du Jury Directeur de Thèse</p> <p> </p> <p>M. François DUPUIS Mme Pauline SCHNEIDER</p>
<p align="center">Vu et approuvé, Nancy, le 12.11.2019</p> <p align="center">Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Lorraine,</p> <p align="center"> Pr. Raphaël DUYVAL</p>	<p align="center">Vu, Nancy, le 19 NOV. 2019</p> <p align="center">Le Président de l'Université de Lorraine,</p> <p align="center"> Pierre MUTZENHARDT</p> <p>N° d'enregistrement : 11007</p>