



Le parcours de soins MEDISIS : à propos de 3 ans d'expérimentation

Gwendoline Popart Lesperlette

► To cite this version:

Gwendoline Popart Lesperlette. Le parcours de soins MEDISIS : à propos de 3 ans d'expérimentation. Sciences pharmaceutiques. 2020. hal-03298175

HAL Id: hal-03298175

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298175>

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
2020**

FACULTE DE PHARMACIE

MEMOIRE du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES de PHARMACIE

Soutenu devant le Jury Interrégional

Le 7 octobre 2020

Par Gwendoline POPART LESPERLETTE
Née le 8 Janvier 1992

Conformément aux dispositions de l'arrêté du 4 octobre 1988 tient lieu de

THESE pour le DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR en PHARMACIE

Le Parcours de soins MEDISIS, à propos de 3 ans d'expérimentation

Membres du Jury

Président	Béatrice DEMORE	PU-PH en Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie, Université de Lorraine CHRU de Nancy
Directeur	Pauline SCHNEIDER	Pharmacien, PH, CH de Lunéville
Juges	Vanessa VOUAUX- HOLLINGER Bruno MICHEL	Médecin, PH, CH de Lunéville MCU-PH en Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie, Université de Strasbourg

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

Aline BONTEMPS

Innovation pédagogique

Alexandrine LAMBERT

Référente ADE

Virginie PICHON

Référente dotation sur projet (DSP)

Marie-Paule SAUDER

Référent vie associative

Arnaud PALLOTTA

Responsabilités

Filière Officine

Caroline PERRIN-SARRADO

Filière Industrie

Julien GRAVOULET

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Filière Hôpital

Béatrice DEMORE

Marie SOCHA

Pharma Plus ENSIC

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Pharma Plus ENSAIA

Xavier BELLANGER

Pharma Plus ENSGSI

Igor CLAROT

Cellule de Formation Continue et Individuelle

Luc FERRARI

Commission d'agrément des maîtres de stage

François DUPUIS

ERASMUS

Mihayl VARBANOV

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE

Francine PAULUS

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON

Max HENRY

Pierre LEROY

Philippe MAINCENT

Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Claude BLOCK
 Pierre DIXNEUF
 Chantal FINANCE
 Marie-Madeleine GALTEAU
 Thérèse GIRARD
 Pierre LABRUDE
 Vincent LOPPINET
 Alain NICOLAS
 Janine SCHWARTZBROD
 Louis SCHWARTZBROD

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE
 Annie PAVIS

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT
 Mariette BEAUD
 François BONNEAUX
 Gérald CATAU
 Jean-Claude CHEVIN
 Jocelyne COLLOMB
 Bernard DANGIEN
 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

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	<i>Biologie cellulaire oncologique</i>
Julien PERRIN	82	<i>Hématologie biologique</i>
Loïc REPPÉL	82	<i>Biothérapie</i>
Marie SOCHA	81	<i>Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique</i>

MAITRES DE CONFÉRENCES

Xavier BELLANGER ^H	87	<i>Parasitologie, Mycologie médicale</i>
Emmanuelle BENOIT ^H	86	<i>Communication et Santé</i>
Isabelle BERTRAND ^H	87	<i>Microbiologie</i>
Michel BOISBRUN ^H	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
Cédric BOURA ^H	86	<i>Physiologie</i>
Sandrine CAPIZZI	87	<i>Parasitologie</i>
Antoine CAROF	85	<i>Informatique</i>
Sébastien DADE	85	<i>Bio-informatique</i>
Dominique DECOLIN	85	<i>Chimie analytique</i>
Natacha DREUMONT ^H	87	<i>Biochimie générale, Biochimie clinique</i>
Florence DUMARCAY ^H	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
François DUPUIS ^H	86	<i>Pharmacologie</i>
Reine EL OMAR	86	<i>Physiologie</i>
Adil FAIZ	85	<i>Biophysique, Acoustique</i>
Anthony GANDIN	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Caroline GAUCHER ^H	86	<i>Chimie physique, Pharmacologie</i>
Stéphane GIBAUD ^H	86	<i>Pharmacie clinique</i>
Thierry HUMBERT	86	<i>Chimie organique</i>
Olivier JOUBERT ^H	86	<i>Toxicologie, Sécurité sanitaire</i>
Alexandrine LAMBERT	85	<i>Informatique, Biostatistiques</i>
Julie LEONHARD	86/01	<i>Droit en Santé</i>
Christophe MERLIN ^H	87	<i>Microbiologie environnementale</i>
Maxime MOURER ^H	86	<i>Chimie organique</i>
Coumba NDIAYE	86	<i>Epidémiologie et Santé publique</i>
Arnaud PALLOTTA	85	<i>Bioanalyse du médicament</i>
Marianne PARENT	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Caroline PERRIN-SARRADO	86	<i>Pharmacologie</i>
Virginie PICHON	85	<i>Biophysique</i>
Sophie PINEL ^H	85	<i>Informatique en Santé (e-santé)</i>
Anne SAPIN-MINET ^H	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Marie-Paule SAUDER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Guillaume SAUTREY	85	<i>Chimie analytique</i>
Rosella SPINA	86	<i>Pharmacognosie</i>
Sabrina TOUCHET	86	<i>Pharmacochimie</i>
Mihayl VARBANOV	87	<i>Immuno-Virologie</i>
Marie-Noëlle VAULTIER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Emilie VELOT ^H	86	<i>Physiologie-Physiopathologie humaines</i>
Mohamed ZAIYOU ^H	87	<i>Biochimie et Biologie moléculaire</i>

PROFESSEUR ASSOCIE

Julien GRAVOULET

86 Pharmacie clinique

PROFESSEUR AGREGÉ

Christophe COCHAUD

11 Anglais

^H 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 Maîtres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruite 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

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

Remerciements

A ma présidente de jury, Mme le Professeur Béatrice Demoré, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de mon jury. Recevez mes sincères remerciements pour votre disponibilité et votre encadrement tout au long de ma vie étudiante, à la faculté comme à la pharmacie et au moment de rédiger cette thèse. Pour votre soutien et les connaissances que vous avez m'apportés, je vous remercie infiniment.

A ma Directrice de thèse, Madame le Docteur Pauline Schneider, merci d'avoir accepté de diriger ma thèse. Je te remercie pour ces 3 dernières années, ta présence, ta patience, ton investissement et toutes les connaissances que tu m'as apportées. J'ai beaucoup appris grâce à ta bienveillance et ta joie de vivre. Merci mille fois pour les confettis (sur ma voiture, mon bureau et j'en passe), les blagues mais aussi les moments de calme si enrichissants. J'ai hâte de travailler à tes côtés.

A mes juges,

A Monsieur le Professeur Bruno Michel, merci de me faire l'honneur de faire partie de mon jury. Veuillez trouver l'expression de ma reconnaissance la plus sincère

A Mme le Docteur Vanessa VOUAUX-HOLLINGER, merci pour avoir accepté de juger ce travail. Travailler à vos côtés en tant qu'externe puis interne a toujours été agréable.

A mon mari, mon amour, mon ami, que te dire si ce n'est merci ? Tu as été là à chaque instant de ma vie étudiante, me supportant dans les meilleurs comme les pires moments. Merci pour ta motivation, tes blagues, ton amour et ton soutien tout au long de ce travail. Merci pour ta patience à toute épreuve. Tu es tout ce dont j'avais besoin durant ce parcours. Merci pour tout, merci d'être toi. A notre avenir qui sera je n'en doute pas merveilleux. Je t'aime.

A mes parents, je n'ai pas de mot pour vous remercier. Vous avez su, dès mon plus jeune âge, me donner le goût d'apprendre et de travailler, de parler aussi (parfois à votre plus grand regret), pour cela je vous suis infiniment reconnaissante. Je n'aurais jamais été celle que je suis et où je suis aujourd'hui sans vous, votre éducation et votre amour. Merci d'avoir supporté mon année de P1 et toutes celles qui ont suivi, de m'avoir poussée à avancer et de m'avoir toujours soutenue. Merci Maman pour les potins du CHL qui ont grandement animé mon internat et merci à toi Papa d'avoir supporté tout cela. Merci pour tout. Sans hésitation, ce travail je vous le dédie.

Merci à toute ma famille, qui a su me soutenir de près ou loin pendant toutes ces années d'études.

A mes copains de fac,

A Alexis, mon super binôme, merci d'avoir été un boute-en-train à chaque TP, TD et cours magistraux et un parfait passeur de serpillière ... Merci d'avoir supporté ma maladresse et de m'avoir toujours motivée.

A Chrystel, merci d'avoir été là du début à la fin, merci pour le voyage à Rungis et encore désolée pour les nuits pourries... Merci pour ton grain de folie et ta gentillesse. Reviens-nous, tu me manques !

A Norman, merci pour ton humour et ta joie de vivre. Les heures de cours défilaient bien plus vite à tes côtés. Merci pour les soirées jeux, les après-midi molky, kubb et compagnie.

A Anaïs, merci de supporter Norman et de t'être fait une place dans notre petit groupe, partager des moments avec toi est toujours un plaisir.

A J-P, merci d'être parfois le seul mec sérieux au milieu d'un groupe de fous qui nous empêche de bosser.

A Julie, merci pour tout ma cerise, d'être là pour moi depuis toutes ces années. Merci pour les fous-rires, les bêtises, etc. Merci d'avoir été une témoin en or et d'être aujourd'hui témoin d'un autre moment essentiel de ma vie. Nous avons grandi ensemble en quelque sorte, j'espère que nous veillerons l'une à côté de l'autre.

A Mathilde, mon petit cxx, au-delà des avis, nous sommes finalement compatibles ;) Merci pour les longues soirées à rire, refaire le monde et déguster du vin. Tu es un super petit crocro, sache-le !

A tous mes ami(e)s, Marion et Matt, Clément et Lauren, Thomas et Laura, Arnaud, Lambert, Lucie, etc. vous avez tous su chacun à votre façon me faire rire, sourire et même si vous ne vous en rendez pas compte me soutenir dans ce parcours, Merci !

A mes co-internes,

Sachez que grâce à vous l'internat étaient plus drôle (ou pas), plus fou et encore plus mémorable. A nos gardes, nos coups de gueule, nos conversations Teams, Messenger et j'en passe, aux soirées et aux journées, à ces 4 belles années.

A Madame Edith Dufay, merci d'avoir imaginé un si beau projet que MEDISIS. Votre dynamisme m'a toujours donné envie d'avancer, vous êtes une mine de connaissances et une source d'inspiration. Travailler dans votre équipe sera un honneur pour moi.

A Alexandre, Sébastien, Thomas, Géraldine, Emmanuelle, Marie-Océane, Nathalie, Arnaud, Pierre, David, merci pour votre accueil à chacun de mes stages. Merci pour toutes les connaissances que vous m'avez apportées. Et surtout merci pour l'ambiance de travail, grâce à vous je sais que travailler peut-être un vrai plaisir dans la joie et la bonne humeur. Merci pour les coups de marqueurs, le scotch, le poisson rouge, les coups de tampons, les confettis, les carafes d'eau, et j'en oublie certainement, vous êtes si imaginatifs. Travailler à vos côtés était très enrichissant et j'ai hâte d'être de nouveau parmi vous.

A l'ensemble de la pharmacie de l'hôpital de Lunéville, merci pour m'avoir donné envie de revenir. **A tout l'hôpital de Lunéville**, merci pour votre accueil sympathique à chacun de mes passages.

A l'ensemble des pharmaciens, préparateurs, médecins, internes, etc. avec qui j'ai pu travailler pendant toutes ces années d'études, merci d'avoir enrichi mon parcours par vos connaissances et votre bonne humeur.

A l'ensemble des professionnels de santé impliqués de près ou de loin au Parcours de soins MEDISIS, merci de rendre chaque jour ce si beau projet possible et de le faire grandir avec vous.

A toutes les personnes que j'ai pu croiser durant ces années et qui ont contribué à ma réussite.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	5
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	9
PARTIE I : CONTEXTE.....	11
I. LE CONTEXTE NATIONAL ET TERRITORIAL	11
A. <i>Contexte national</i>	11
1. La prévention en matière de santé	11
1. La pertinence des soins	12
2. Les parcours de soins	12
3. La démocratie sanitaire.....	13
B. <i>Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Sud Lorraine</i>	13
C. <i>Le Groupement Hospitalier de l'Est de la Meurthe-et-Moselle (GHEMM)</i>	15
D. <i>Le Centre Hospitalier de Lunéville (CHL)</i>	15
II. LES BESOINS GERIATRIQUES, LES SPECIFICITES	17
A. <i>Définition du vieillissement</i>	17
B. <i>Modifications pharmacocinétiques de la personne âgée</i>	17
1. L'absorption	17
2. La distribution	18
3. Le métabolisme	19
4. L'élimination	19
C. <i>Iatrogénie médicamenteuse et personnes âgées</i>	20
D. <i>Aspect cognitif et psychosocial du sujet âgé</i>	21
E. <i>La prise en charge médicamenteuse du patient âgé : une problématique multifactorielle</i>	22
III. LE PARCOURS DE SOINS MEDISIS	24
A. <i>La genèse</i>	24
1. Le médicament : un produit de santé à risque.....	24
2. La personne âgée : un patient « abonné » au recours à l'hospitalisation.....	25
3. La sortie d'hospitalisation, un problème de santé publique	25
4. Les recommandations pour améliorer la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées	26
B. <i>Le parcours de soins MEDISIS et ses étapes</i>	29
1. La conciliation des traitements médicamenteux à l'admission.....	31
2. Le profilage des patients	31
3. La revue clinique de pertinence des médicaments	32
4. La conciliation des traitements médicamenteux à la sortie.....	33
5. La remise d'un Livret Personnalisé de Sortie (LPS).....	34

6.	L'accompagnement thérapeutique du patient	35
C.	<i>Développement, calendrier, mise en place - 2017 à 2019</i>	36
D.	<i>Diminution du recours à l'hospitalisation (RH)</i>	39
IV.	OBJECTIFS	41
PARTIE II : L'ETUDE		43
V.	MATERIELS ET METHODES	43
A.	<i>Type d'étude</i>	43
B.	<i>Population : critères d'inclusion et d'exclusion</i>	43
C.	<i>Données recueillies</i>	43
1.	Données de population	43
2.	Indicateurs d'activité	44
3.	Retour d'expérience de l'équipe	45
D.	<i>Focus sur les séances d'Accompagnement Thérapeutique du Patient « Ma priorité » (ATP1)</i>	45
VI.	RESULTATS	47
A.	<i>L'année 2017, lancement du parcours MEDISIS</i>	47
1.	Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission (Ca)	47
2.	Repérage	48
3.	La revue clinique de médication	50
4.	La séance d'accompagnement thérapeutique n°1 « Ma priorité » (ATP 1)	52
5.	La conciliation des traitements médicamenteux à la sortie (Cs)	53
6.	La séance d'accompagnement thérapeutique n°2 « Mon Livret personnalisé de sortie »	54
7.	Analyse globale du parcours de soins MEDISIS en 2017	54
B.	<i>Année 2018, un parcours hospitalier totalement déployé</i>	57
1.	Caractérisation de la population	57
2.	Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission	57
3.	Le repérage du risque de ré-hospitalisation	58
4.	L'accompagnement thérapeutique n°1 « Mes priorités »	59
5.	La revue clinique de médication	59
6.	La conciliation des traitements médicamenteux de sortie (Cs)	60
7.	La séance d'ATP 2 « Mon livret de sortie »	60
8.	Coordination au sein du Parcours de soins MEDISIS	61
9.	Le retour à domicile	62
10.	Analyse globale du parcours de soins MEDISIS en 2018	63
C.	<i>Année 2019</i>	66
1.	Caractérisation de la population	66
2.	Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission	66
3.	Du repérage du risque de ré-hospitalisation au profilage des patients MEDISIS	67
4.	L'accompagnement thérapeutique séance 1 « Ma priorité »	67
5.	La revue clinique de médication	67

6.	La conciliation des traitements médicamenteux de sortie (Cs)	68
7.	La séance d'ATP 2 « Mon livret de sortie »	68
8.	Coordination au sein du parcours	69
9.	Le retour à domicile	70
10.	Analyse globale du parcours de soins MEDISIS en 2019	70
D.	<i>Évolution de l'activité MEDISIS de 2017 à 2019</i>	73
E.	<i>Focus sur les séances d'Accompagnement Thérapeutique du Patient « Ma priorité » (ATP1)</i>	75
1.	Déroulement des entretiens	76
2.	Les problématiques d'observance relevées	76
3.	La gestion du traitement médicamenteux à domicile	79
4.	Les problématiques liées à l'automédication	81
5.	Connaissances des patients vis à vis de leur santé	81
6.	Un entretien pour connaître les priorités des patients	82
7.	Un entretien permettant d'identifier des enjeux	83
8.	Bénéfices de la séance d'ATP1	84
9.	Limites de la séance d'ATP1 et propositions d'amélioration	86
VII.	DISCUSSION	88
	CONCLUSION	93
	ANNEXES : LPS	95
	BIBLIOGRAPHIE	99

Liste des abréviations

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
ATP	Accompagnement Thérapeutique du Patient
Ca	Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission
CH	Centre Hospitalier
CHL	Centre Hospitalier de Lunéville
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
Cs	Conciliation des traitements médicaments à la sortie
DRESS	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EIG	Évènement Indésirable Grave
ENEIS	Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins
FSS	Financement de la Sécurité Sociale
GHEMM	Groupement Hospitalier de l'Est de la Meurthe-et-Moselle
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
LPS	Livret Personnalisé de Sortie
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMSA	Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
RH	Recours à l'Hospitalisation
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SSR	Soin de Suite et de Rééducation
USLD	Unité de Séjour de Longue Durée

Table des illustrations

Figure 1 : Carte géographique du GHT Sud Lorraine	14
Figure 2 : Illustration des principales composantes à prendre en compte lors de la prescription d'un médicament chez le sujet âgé	23
Figure 3 : Parcours de soins MEDISIS	30
Figure 4 : Gestion de projet du Parcours de soins MEDISIS	38
Figure 5 : Évolution du taux de RH de 2014 à 2017	39
Figure 6 : Comparaison du taux de RH en 2016 et 2017	40
Figure 7 : Pastille « Équipe ».....	45
Figure 8 : Pastille « Patient ».....	46
Figure 9 : Evolution de l'activité de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission de janvier 2017 à octobre 2017	48
Figure 10 : Evolution de l'activité de repérage de janvier 2017 à octobre 2017.....	48
Figure 11 : Répartition des patients MEDISIS et MEDISIS de janvier 2017 à octobre 2017	49
Figure 12 : Evolution de l'activité de revue clinique de médication de janvier 2017 à octobre 2017	51
Figure 13 : Evolution de l'activité d'ATP1 janvier 2017 à octobre 2017	52
Figure 14 : Évolution de l'activité de conciliation des traitements médicamenteux à la sortie de janvier 2017 à octobre 2017	53
Figure 15 : Evolution de l'activité d'ATP2 janvier 2017 à octobre 2017	54
Figure 16 : Evolution de l'ensemble des actions MEDISIS en 2017.....	55
Figure 17 : Présentation du devenir des patients éligibles au parcours de soins MEDISIS en 2018	57
Figure 18 : Répartition des scores de la grille de repérage du risque de ré-hospitalisation en 2018	58
Figure 19 : Devenir des revues cliniques de médication en 2018	59
Figure 20 : Répartition LPS/plans de prise des médicaments en 2018.....	61
Figure 21 : Répartition des actions de coordination post séance d'ATP2 en 2018.....	61
Figure 22 : Evolution de l'ensemble des actions MEDISIS 2018.....	64
Figure 23 : Présentation du devenir des patients éligibles au parcours de soins MEDISIS en 2019	66
Figure 24 : Devenir des revues cliniques de médication en 2019	68
Figure 25 : Répartition LPS/plans de prise de médicaments en 2019.....	69
Figure 26 : Répartition des actions de coordination post séance d'ATP2 en 2019.....	69
Figure 27 : Evolution de l'ensemble des actions MEDISIS en 2019.....	71

Figure 28 : Activités totales réalisées au sein du Parcours de soins MEDISIS de 2017 à 2019	73
Figure 29 : Evolution de l'activité MEDISIS de 2017 à 2019	74
Figure 30 : Fiche « Accompagnement thérapeutique MEDISIS, compte rendu Séance 1 « Ma priorité »	75
Figure 31 : Professionnels de santé ayant mené les séances d'ATP1	76
Figure 32 : Adhésion thérapeutique selon le questionnaire de Girerd.....	77
Figure 33 : Exemple de questionnaire de Girerd "mauvaise adhésion".....	78
Figure 34 : Exemple de questionnaire de Girerd "adhésion non optimale".....	78
Figure 35 : Exemple de questionnaire de Girerd "bonne adhésion".....	78
Figure 36 : Répartition des problématiques liées à l'observance chez les patients MEDISIS.....	79
Figure 37 : Répartition des aidants impliqués dans la gestion des traitements médicamenteux à domicile	80
Figure 38 : Répartition des difficultés de compréhension des patients.....	81
Figure 39 : Priorités des patients	82
Figure 40 : Répartition du type d'enjeux identifiés	84
Figure 41 : Différents enjeux identifiés au cours de l'ATP1.....	84

Introduction

Au 1er janvier 2020, la France comptait 67,064 millions d'habitants dont 20,5% de personnes âgées d'au moins 65 ans (Insee, 2020). Ces personnes présentent une physiologie et une psychologie différentes d'un jeune adulte, actif physiquement, professionnellement et socialement. Ainsi, souvent fragilisés, poly-pathologiques et parfois isolés, nos aînés nécessitent une prise en charge médicale spécifique à l'hôpital comme en ville.

Depuis 2017, le centre hospitalier de Lunéville (CHL) a développé un parcours de soins visant à prendre en charge de façon optimale et efficiente les patients âgés de 65 ans et plus, hospitalisés au CHL après passage aux urgences : le Parcours de soins MEDISIS. Regroupant différentes actions et intégrant une équipe pluridisciplinaire, le Parcours de soins MEDISIS tend à répondre aux exigences de la stratégie nationale en santé 2018-2022 (Ministère des solidarités et de la santé, 2017). Expérimentation soutenue notamment par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Grand Est (ARS GE), elle a évolué tout au long de ces trois années de développement.

Ce travail a pour but de faire le bilan du déploiement du Parcours de soins MEDISIS au CHL, action par action, année après année et ainsi de procéder à un état des lieux à trois ans du lancement du parcours.

Cette étude présentera dans un premier temps, le contexte ayant amené à développer le Parcours de soins MEDISIS et la genèse de ce projet.

Une analyse descriptive des actions menées en 2017, 2018 et 2019 sera présentée. Une étude approfondie d'une des actions du parcours, la séance d'accompagnement thérapeutique n°1 « Ma priorité » sera réalisée en deuxième partie de cette thèse. Enfin, l'ensemble des résultats seront discutés et des actions d'amélioration seront proposées.

Partie I : Contexte

I. Le contexte national et territorial

A. Contexte national

La stratégie nationale de santé représente le cadre de la politique de santé en France. Chacun de ses objectifs a pour but de réduire l'ensemble des inégalités en matière de santé. Pour 2018-2022, quatre axes fondamentaux sont mis en avant (Ministère des solidarités et de la santé, 2017) :

- « Mettre en place une politique de **promotion de la santé**, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie »
- « Lutter contre les **inégalités sociales et territoriales** d'accès à la santé »
- « Garantir la **qualité**, la **sécurité** et la **pertinence** des prises en charge au bénéfice de la population »
- « **Innover** pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens »

1. La prévention en matière de santé

La prévention est un enjeu clé en matière de santé. En effet, l'importance de l'éducation de la population, la création d'environnements favorables à un maintien en bonne santé sont des moyens de prévenir et donc anticiper notamment le déclin physiopathologique des personnes âgées ou l'apparition de pathologies (Morisset, Chambaud, Joubert, et al., 2009). Il s'agit d'un réel défi afin d'améliorer le système de santé.

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) présente un panorama annuel de la santé. La mortalité évitable semble être un bon indicateur de la prévention en santé. En effet, en 2017, des meilleures interventions de prévention et du système de soins de santé auraient permis d'éviter environ 3 millions de décès prématurés dans l'ensemble des pays de l'OCDE, soit un quart du nombre total de décès. De même, 1,85 million décès auraient pu être évités grâce à une prévention primaire efficace et d'autres mesures de santé publique. En 2019, la France se situe en dessous de la moyenne des pays de l'OCDE en termes de mortalité évitable avec 254 décès évitables pour 100 000 habitants (moyenne à 208) (Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2019).

La prévention constitue ainsi une place de choix parmi les actions essentielles à mettre en place afin d'améliorer sans cesse le système de santé français. C'est pourquoi la prévention de la perte d'autonomie est une action importante dans la stratégie nationale de santé 2018-2022. Il s'agit de mettre en place une démarche globale de promotion de la santé où la « *polypathologie, l'adaptation de l'environnement de vie et les aides techniques* » sont prises en charge (Ministère des solidarités et de la santé, 2017). Pour cela un repérage est organisé afin de prendre en charge les personnes les plus fragiles et ainsi de lutter contre les inégalités.

1. La pertinence des soins

En plus d'améliorer la qualité des services proposés par le système de santé, il est nécessaire de garantir la pertinence des soins afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et de rendre le système de santé davantage performant. En effet, une part non négligeable des ré-hospitalisations est évitable et due à des problèmes médicamenteux (iatrogénie, observance/adhésion, traitement insuffisant). Les prescriptions inappropriées et l'usage irrationnel des médicaments sont présents en France mais aussi dans plusieurs pays européens et en Amérique du Nord, avec environ 20 % de prescriptions hors-AMM, ne pouvant être différenciées entre prescriptions hors-AMM justifiées et celles qui ne le sont pas (Bégaud et Costagliola, 2013). Il est donc essentiel de mettre en place un système d'évaluation de la pertinence des soins afin d'éviter des hospitalisations excessives.

2. Les parcours de soins

Des parcours de santé « *fluides, lisibles, sans redondance et sans rupture* » sont essentiels pour une prise en charge optimale des patients (Ministère des solidarités et de la santé, 2017). Les étapes de transition (ville/hôpital par exemple) doivent être mieux gérées afin d'améliorer la qualité des soins, l'expérience des patients et la performance du système de santé. Ainsi, la mise en place d'un parcours de soins complet de qualité est essentielle pour faire de notre système de santé un système de qualité. Le patient doit y prendre une place privilégiée en s'assurant notamment de sa satisfaction quant à l'expérience dont il bénéficie. Le concept d'expérience patient a émergé au début des années 2000, au Canada, au Royaume-Uni (Wilson, Kendall et Brooks, 2007), aux États-Unis (Cleveland Clinic : Patient first et Patient Experience Empathy & Innovation Summit), visant à la prise en compte du point de vue des patients mais aussi des aidants dans les parcours. Elle se définit comme « *l'ensemble des perceptions, des interactions entre l'organisation et sa clientèle, ainsi que des faits vécus par les patients tout au long de la trajectoire de soins et de services. Sa mesure fait appel à la fois aux éléments factuels des épisodes de soins et à la perception*

des patients à l'égard de la qualité des soins et des services reçus » (Institut de la Statistique du, 2017). Cette approche intégrée à la démarche qualité des établissements, permet d'analyser plus profondément les parcours de soins (Lazarotti, 2020).

3. La démocratie sanitaire

La stratégie nationale de santé met également en avant la démocratie sanitaire qui tend à s'améliorer depuis la loi du 4 mars 2002 (Légifrance, 2002). Elle a pour but de permettre à chacun « *d'être acteur de son parcours de santé et de participer aux processus de décision* ». Ainsi, chaque citoyen peut « *prendre des décisions éclairées* » concernant sa propre santé ou celle d'un proche (Ministère des solidarités et de la santé, 2017). Cette ambition peut être mise en application en favorisant l'autonomie et la participation des usagers à des démarches innovantes en matière d'éducation de la santé (« démarches de renforcement des capacités (« empowerment ») et d'éducation thérapeutique, mobilisation des technologies e-santé, démarches de type patient/usager « expert », médiateur de santé pair, accompagnement de l'observance ») (Budet, 2020).

B. Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Sud Lorraine

Afin de répondre à la nouvelle réglementation de la loi santé 2016 et de « renforcer la coopération entre hôpitaux publics », le 30 juin 2016, 11 établissements publics de santé lorrains ont signé une convention afin de se regrouper en un groupement hospitalier de territoire (GHT) le GHT Sud Lorraine. Le Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Nancy en est l'établissement support. On y retrouve également l'Institut de Cancérologie de Lorraine, les Centres Hospitaliers de Lunéville, de Toul, de Commercy, de Dieuze, de 3 H Santé, de Pompey-Lay Saint-Christophe, de Pont-à-Mousson, de Mirecourt et le Centre Psychothérapique de Nancy.

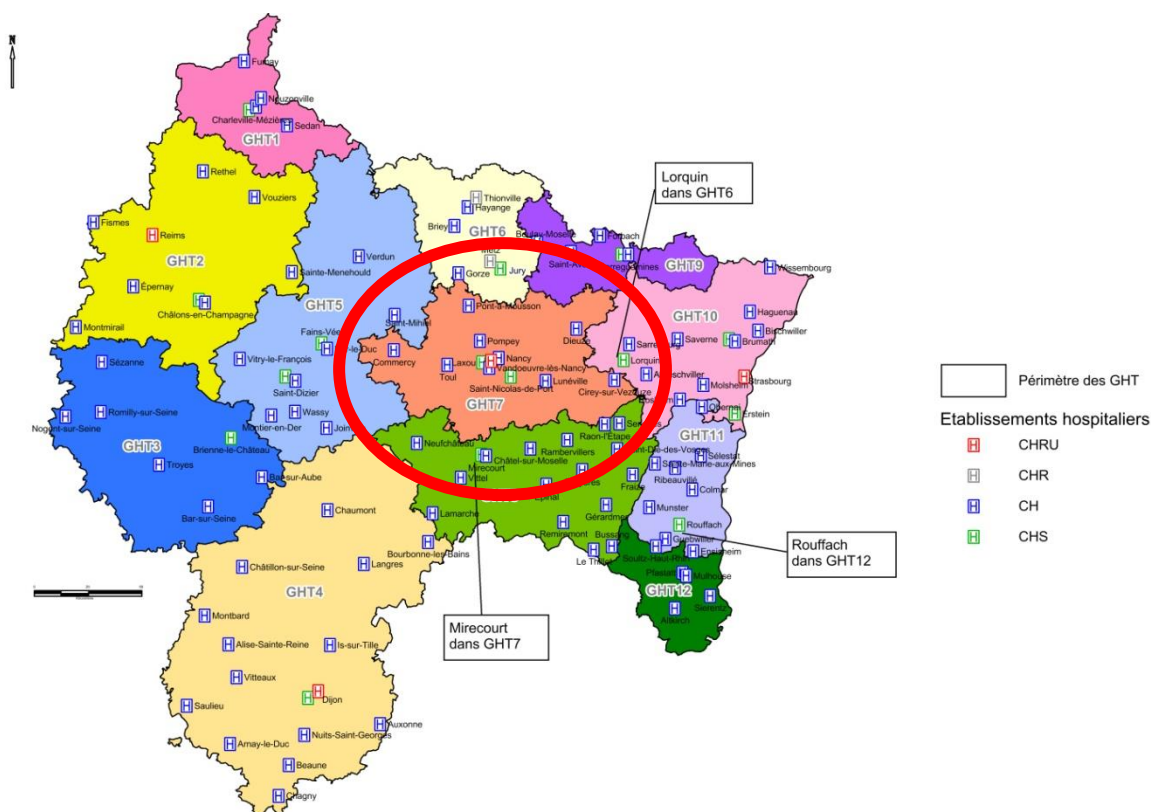


Figure 1 : Carte géographique du GHT Sud Lorraine

La stratégie nationale de santé et la loi santé promeut le développement de la médecine de parcours et souhaite garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins. C'est dans cette optique que se définissent les différents objectifs stratégiques du GHT Sud Lorraine (Groupement hospitalier de territoire Sud Lorraine, 2017). La convention propose 3 objectifs stratégiques :

- « Développer les activités de proximité et renforcer les activités de référence et de recours »
- « Structurer et améliorer les parcours de soins »
- « Améliorer l'attractivité, la gestion et le partage de la démographie médicale »

Différents objectifs opérationnels sont proposés afin de réaliser les objectifs stratégiques du GHT Sud Lorraine. L'amélioration de la communication ville-hôpital fait partie de ces objectifs. Pour ce faire, une articulation avec les autres professionnels de santé doit être développée. La généralisation de la messagerie sécurisée ou encore l'amélioration des délais de mise à dispositions des comptes rendus d'hospitalisations sont les moyens cités dans la convention du GHT pour y parvenir. La promotion de la conciliation des traitements médicamenteux est également une des clés avancées pour optimiser la communication.

Le développement de parcours au sein de chaque bassin de population est également un objectif du GHT. Il est notamment proposé d'organiser des parcours et d'adapter au mieux les structures pour répondre au vieillissement de la population. Différents moyens sont proposés afin d'y parvenir comme la création de filière spécifique, le repérage de la fragilité ou encore la révision des traitements.

Enfin, afin d'améliorer l'attractivité du GHT, il est notamment demandé de promouvoir la recherche clinique.

L'ensemble des objectifs opérationnels cités précédemment vise à améliorer la prise en charge des patients au sein des 11 établissements participants.

C. Le Groupement Hospitalier de l'Est de la Meurthe-et-Moselle (GHEMM)

Le GHEMM est un groupement hospitalier appartenant au GHT Sud Lorraine. Il regroupe 4 établissements : le Centre Hospitalier de Lunéville, 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.

Dans la lignée du GHT, le GHEMM présente différents objectifs stratégiques. Il vise à conforter le pôle territorial de compétences médicales de l'Est de la Meurthe-et-Moselle en renforçant l'offre de soins sur le territoire, développant les pratiques médicales et chirurgicales.

Tout comme le GHT Sud Lorraine, le GHEMM porte attrait au parcours de santé et notamment à la filière gériatrique. Il vise à participer à des filières de soins spécialisées. Il cherche à concevoir et intégrer des prises en charges coordonnées ciblées. Le GHEMM souhaite ainsi répondre aux défis de la prise en charge des seniors et s'adapter aux besoins gérontologiques en diminuant notamment le risque de ré-hospitalisations précoces associées aux produits de santé chez le sujet fragile. Ainsi, le Parcours de soins MEDISIS est inscrit dans le projet médical partagé : « *Plan 18 : Diminuer le risque de ré-hospitalisation précoce associé aux produits de santé chez le sujet fragile* ».

D. Le Centre Hospitalier de Lunéville (CHL)

Le CHL est un établissement public de santé appartenant au GHEMM. Il représente le premier acteur sanitaire de l'Est de la Meurthe-et-Moselle avec plus de 29 % des séjours réalisés sur son bassin de recrutement en 2017.

Le CHL est composé de plusieurs domaines d'activité (FHF (Fédération Hospitalière de France), 2019) :

- Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) avec 130 lits et places d'hospitalisation
- Hospitalisation à domicile : 40 places
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : 456 lits et places
- Unités de Soins de Longue Durée (USLD) : 30 lits et places
- Imagerie médicale
- Unité de médecine ambulatoire
- Unité de chirurgie ambulatoire
- Unité d'hospitalisation de très courte durée

La pharmacie à usage intérieur (PUI) du CHL possède un rôle majeur dans l'activité du centre hospitalier. En effet, l'ensemble des services de soins (hors service d'accueil des urgences) bénéficie d'une dispensation des traitements médicamenteux à délivrance nominative réalisée par les préparateurs en pharmacie, sous la responsabilité des pharmaciens, au sein de la PUI, bi-quotidiennement, par la préparation de piluliers nominatifs.

La PUI du CHL est fortement impliquée dans la mise en œuvre des activités de pharmacie clinique. Environ 42 000 prescriptions sont analysées par an, grâce à une analyse pharmaceutique réalisée selon les recommandations de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) (Allenet, Juste, Mouchoux, et al., 2019).

Afin de prévenir et intercepter les erreurs médicamenteuses notamment à l'admission et à la sortie des patients, depuis 2010, le CHL a développé la pratique de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission et à la sortie. En effet, le CHL a été établissement pilote du projet Med'Rec, afin d'établir une procédure standardisée de conciliation médicamenteuse en France. Cette expérimentation a abouti à des recommandations de la HAS (HAS (Haute Autorité de Santé), 2018). Ainsi, la conciliation à l'admission est effective dans l'établissement depuis 10 ans avec environ 2200 patients conciliés par an, plus de 12000 patients conciliés et plus de 15500 erreurs médicamenteuses évitées depuis 2010.

Ces deux activités de pharmacie clinique constituent le socle solide sur lequel le reste du Parcours de soins MEDISIS a pu être développé et mis en place progressivement au CHL.

II. Les besoins gériatriques, les spécificités

A. Définition du vieillissement

Le vieillissement se définit comme l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques modifiant la structure et les fonctions de l'organisme avec l'avancée en âge. Il résulte de l'effet de facteurs génétiques et environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif devant être distingué des manifestations des maladies.

Selon l'OMS, les sujets âgés correspondent aux personnes âgées de 65 ans et plus. En revanche, en France, selon les autorités de Santé, les sujets âgés sont définis comme les personnes âgées de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans et poly-pathologiques (Legrain Sylvie, 2005).

B. Modifications pharmacocinétiques de la personne âgée

Les changements physiologiques qui surviennent chez la personne âgée sont à l'origine de modifications de la pharmacocinétique des médicaments. Toutes les étapes du devenir du médicament dans l'organisme : absorption, distribution, métabolisme et élimination, peuvent être impactées par le vieillissement.

1. L'absorption

Au cours du vieillissement, différentes modifications physiologiques peuvent survenir et entraîner une diminution ou un ralentissement de l'absorption.

On observe notamment une diminution de la sécrétion en acide gastrique et ainsi une élévation du pH gastrique. Ce phénomène a pour conséquence une augmentation de l'ionisation des médicaments acides faibles et une réduction de leur passage systémique, c'est le cas notamment des anti-vitamines K (AVK), des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), des digitaliques ou encore des sulfamides. De même, le débit sanguin est diminué chez le sujet âgé. Tout ceci concourt à ralentir l'absorption des médicaments dans l'organisme.

La motilité gastro-intestinale est également diminuée, entraînant une diminution de la vitesse de la vidange gastrique. L'allongement du temps de transit intestinal des médicaments peut entraîner un pic de concentration plus tardif (Péhourcq et Molimard, 2004).

Il peut également exister une diminution de l'effet de premier passage hépatique par ralentissement du métabolisme. Ainsi, la biodisponibilité orale des médicaments subissant un effet de premier passage important peut être augmentée.

Enfin, chez la personne âgée de plus de 65 ans, les formes pharmaceutiques solides se délitent lentement et de manière souvent incomplète, ce qui limite la phase d'absorption. Les formes pharmaceutiques liquides semblent ainsi mieux indiquées (Collège National de Pharmacologie Médicale, 2019).

2. La distribution

La modification de la distribution des médicaments dans l'organisme peut être liée à plusieurs paramètres modifiés au cours du vieillissement.

Avec l'âge, les différents compartiments tissulaires de l'organisme et leur perfusion sanguine sont modifiés. La surface corporelle diminue et la composition corporelle est remaniée. La masse grasseuse augmente au détriment de la masse musculaire ayant pour conséquence une augmentation du volume de distribution des molécules lipophiles et une diminution du volume de distribution des molécules hydrophiles. Les molécules lipophiles s'accumulent alors au niveau du tissu adipeux puis sont relarguées, l'activité est ainsi retardée. De même, lorsque le volume de distribution est augmenté et la clairance rénale inchangée, la concentration en médicament est plus forte et la demi-vie d'élimination augmentée (Collège National de Pharmacologie Médicale, 2019; Péhourcq et Molimard, 2004).

De manière physiologique, la concentration en albumine est plus faible de 19 % chez le sujet âgé. Le vieillissement provoque une diminution de la capacité de synthèse protidique du foie résultant à une diminution de l'albuminémie (Péhourcq et Molimard, 2004).

De même, les personnes âgées sont souvent sujettes à une dénutrition caractérisée par une baisse de l'albuminémie. En effet, 4 % des personnes âgées jugées en bonne santé et vivant à domicile sont dénutries, à l'hôpital, la prévalence peut atteindre 50 à 60 %. Cette dénutrition est multifactorielle chez le sujet âgé. Elle peut être liée à des troubles du contrôle de l'appétit, une résistance à la renutrition ou encore des troubles du métabolisme énergétique (Hébuterne 2010).

Or, le pourcentage de liaison d'un médicament aux protéines plasmatiques et majoritairement à l'albumine est un facteur déterminant dans l'intensité de son action pharmacologique. En effet, la concentration libre de médicament est la seule forme active pharmacologiquement. Ainsi, les médicaments acides fortement liés, tels que les anti-inflammatoires peuvent circuler en plus grande quantité sous forme libre. L'effet de ces médicaments est alors majoré, pouvant entraîner des phénomènes toxiques pour les médicaments à marge thérapeutique étroite (Tillement, Zini, Glasson, et al., 1982).

3. Le métabolisme

Certains médicaments subissent une métabolisation importante au cours de leur devenir dans le corps humain. Or, la fonction hépatique est modifiée au cours du vieillissement : la masse hépatique, le flux sanguin hépatique et le pouvoir métabolique hépatique diminuent (Péhourcq et Molimard, 2004). Des études ont montré que le métabolisme hépatique diminue d'environ 30 % après 70 ans (Sotaniemi, Arranto, Pelkonen, et al., 1997). De ce fait, toute modification de la fonction hépatique est susceptible d'avoir des répercussions sur le devenir des médicaments.

L'activité des enzymes microsomiales et en particulier du cytochrome P450 est la plus touchée par le vieillissement, cytochrome impliqué dans le métabolisme d'une grande partie des médicaments.

De même, l'intensité du métabolisme peut être plus faible avec l'âge. La biodisponibilité d'un médicament avec un effet de premier passage hépatique important peut alors s'avérer plus importante, majorant les risques d'effets indésirables (Collège National de Pharmacologie Médicale, 2019).

Il est donc nécessaire de prendre en compte l'ensemble de ces paramètres lors de la prescription médicamenteuse chez un sujet âgé. Ces connaissances théoriques sont nécessaires également en cas d'effets indésirables afin de corriger la posologie le cas échéant.

4. L'élimination

Chez le sujet âgé plusieurs phénomènes physiologiques peuvent impacter l'élimination des médicaments de l'organisme. En effet, le vieillissement peut provoquer une diminution du flux sanguin rénal, de la filtration glomérulaire et de la fonction tubulaire (Collège National de Pharmacologie Médicale, 2019).

Tout médicament hydrosoluble est éliminé par voie rénale. Les modifications physiologiques liées à l'âge entraînent ainsi une diminution de la clairance rénale de ces molécules et donc une diminution de leur élimination et une augmentation de leur demi-vie plasmatique.

De même, le métabolisme hépatique conduit souvent à la formation de composés hydrosolubles éliminés par voie urinaire. L'élimination de ces métabolites est amoindrie en cas d'altération de la fonction rénale. Cependant, de nombreux médicaments produisent des métabolites aux propriétés pharmacologiques voisines de la molécule mère voire des métabolites toxiques.

Afin d'estimer l'état fonctionnel du rein, il est utile de mesurer la clairance à la créatinine. Un ajustement des posologies des médicaments éliminés majoritairement par voie rénale pourra alors être entrepris grâce à ce paramètre. Chez la personne âgée, la formule de Cockcroft et Gault n'est plus recommandée (Haute Autorité de Santé (HAS), 2012). En effet, elle sous-estime le débit de filtration glomérulaire. Il est donc préférable d'utiliser les formules MDRD et CKD-EPI. Néanmoins la majorité des études cliniques réalisées sur les médicaments concernant leur adaptation à la fonction rénale sont menées avec la clairance de la créatinine et donc la formule de Cockcroft et Gault.

C. Iatrogénie médicamenteuse et personnes âgées

Selon l'OMS l'iattrogénie se définit comme « *toute réponse néfaste et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement.* » (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1969). L'iattrogénie comprend les événements indésirables évitables dus à des mésusages, interactions, erreurs, problèmes logistiques, d'adhésion thérapeutique, etc. et les événements indésirables non évitables correspondant aux effets indésirables associés à des actes ou à des médicaments.

L'iattrogénie médicamenteuse représente un coût humain et économique considérable avec jusqu'à 30000 décès par an et 130000 hospitalisations par an (Bégaud et Costagliola, 2013). Selon les études, elle s'avère 3 fois plus fréquente et plus sévère après 65 ans. En effet elle représente 10 % des hospitalisations du sujet âgé et 20 % après 80 ans (Legrain, 2007). Différents paramètres expliquent le risque iattrogène majoré chez le sujet âgé.

La polypathologie, « *co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu sur la même période* » (Fortin, Bravo, Hudon, et al., 2005) est très fréquente chez le sujet âgé. Elle entraîne la plupart du temps une polymédication du patient « *administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments* » (OMS, 2004). En 2015, 30 à 40 % des personnes de 75 ans consommaient plus de 10 médicaments par jour et environ 85 % en consommaient au moins 5 par jour (Le Cossec, 2015). Le patient âgé est un patient traité par de nombreux médicaments et davantage sensible à ces derniers. Tout ceci entraîne une augmentation du risque d'iattrogénie pour la personne âgée, la rendant plus vulnérable.

Il semble donc nécessaire d'améliorer la prise en charge médicamenteuse du patient âgé afin de réduire au mieux les risques d'iattrogénie. Il est ainsi indispensable de prendre en

compte avant toute prescription les notions pharmacodynamiques et pharmacocinétiques des médicaments. De ce fait, de nombreux médicaments dit inappropriés chez la personne âgée sont à éviter car fortement pourvoyeurs d'iatrogénie. C'est le cas notamment de certains psychotropes, des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des médicaments anticholinergiques, etc. (Estaque, 2016).

Différents outils sont mis à disposition afin d'optimiser au mieux la prescription médicamenteuse du sujet âgé :

- Le site GPR.com afin d'adapter la posologie à la fonction rénale (GPR, s. d.)
- Le Guide PAPA (Hanon et Jeandel, 2015)
- Le Guide du bon usage du médicament en Gériatrie (Agence Régionale de Santé (ARS) Lorraine et Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) Lorraine, 2019)
- La Liste Start/Stopp v2 (Gallagher, Ryan, Byrne, et al., 2008)

D. Aspect cognitif et psychosocial du sujet âgé

Les personnes âgées peuvent être des patients fragiles également d'un point de vue cognitif et psychologique.

Elles peuvent présenter des troubles cognitifs liés à un vieillissement physiologique cognitif et sensitivomoteur. Les patients âgés peuvent ainsi présenter une baisse de leurs performances en termes de perception sensitive (visuelles notamment), de baisse de la vigilance et donc d'adaptation de leurs comportements aux modifications. De plus, elles peuvent également présenter une augmentation du temps de réaction, une baisse de la capacité de la mémoire de travail ou visio-spatiale, des difficultés pour ignorer les informations non pertinentes ou encore un moins bon partage des ressources de l'attention. Ce phénomène de vieillissement cognitif et sensori-moteur serait lié à la réduction de ressources de traitement disponibles au niveau du partage de l'attention, de la récupération mnésique et de la vitesse de traitement (Bertsch, Lobjois, Maquestiaux, et al., 2005). Tout ceci peut concourir à des démences mais aussi des dépressions et souffrances morales.

Les personnes âgées sont également souvent sujettes à des dépressions ou souffrances morales liées aux modifications de leur environnement. Hospitalisées provisoirement, placées en foyer en maison de retraite ou en foyer, leur rythme de vie et leur routine peuvent être bouleversés (Valter Lieshi et TOSca Bizzozzero, 2009). Leurs facultés physiques amoindries diminuent souvent leur autonomie, cela pouvant parfois être vécu comme une perte de la dignité (Monfort, 2001). Il semble donc essentiel de prendre en compte la

souffrance morale aussi bien que la douleur physique. Dans ces cas, il s'agit la plupart du temps plus d'une demande d'écoute, de mise en relation que d'un symptôme exprimé. L'action thérapeutique repose alors essentiellement sur la restauration de l'estime de soi et de la qualité de l'investissement relationnel.

Redonner des repères aux personnes âgées fait partie intégrante de l'éducation thérapeutique. Ainsi, l'ensemble des professionnels s'investissant dans la prise en charge du patient doit être identifié comme des personnes ressources au même titre que la famille et les aidants comme les voisins, etc....

Afin de faciliter l'échange avec les aînés, il paraît indispensable de les comprendre, prendre le temps de connaître leurs éléments de leur vie pouvant moduler leur façon de voir leur(s) maladie(s) et leur traitement, tel qu'un décès d'un proche, une maladie dans la famille, des antécédents personnels et familiaux.

Ainsi, l'écoute active est une approche inévitable pour garantir une qualité dans le contact avec la personne âgée. Les patients âgés sont souvent demandeurs d'écoute : « *C'est très rare qu'on nous téléphone, en nous demandant le pourquoi du comment, machin comme vous vous l'avez fait, moi j'étais ravi, c'est très rare.* » (Popart, 2018). Il faut avoir le temps et pouvoir prendre le temps de les écouter. Leur temps psychique et cognitif est plus lent que celui d'un sujet plus jeune.

L'ensemble de l'échange doit ainsi permettre la bonne compréhension des informations transmises. Pour cela, l'entretien doit être réalisé au calme, dans un environnement rassurant le patient, en s'adaptant à lui.

E. La prise en charge médicamenteuse du patient âgé : une problématique multifactorielle

La maîtrise des composantes pharmacocinétiques et pharmacodynamiques ne suffit pas à diminuer le risque iatrogène. Elle permet davantage d'anticiper un effet indésirable d'un médicament ou de savoir réagir en cas de problématique médicamenteuse.

En effet, il existe chez le sujet âgé un problème à ne pas négliger au cours de toute prise en charge médicamenteuse : l'adhésion thérapeutique.

Différentes entraves se présentent chez la personne âgée majorant le risque de non-adhésion thérapeutique :

- Déficits fonctionnels tels que la déficience, l'incapacité, le handicap entraînant une perte d'autonomie du patient. Il peut alors être compliqué pour le patient de veiller à une bonne administration : entrave à l'ouverture d'un blister, à la préhension, utilisation d'inhalateur, troubles de déglutition, etc.
- Déficits sensoriels avec une diminution ou perte de l'audition, la vision ou le toucher pouvant altérer la compréhension de la prescription et des explications médicales
- Déficits cognitifs pouvant être la raison d'erreurs d'administration entraînant des sur ou sous-dosage, des omissions, etc.

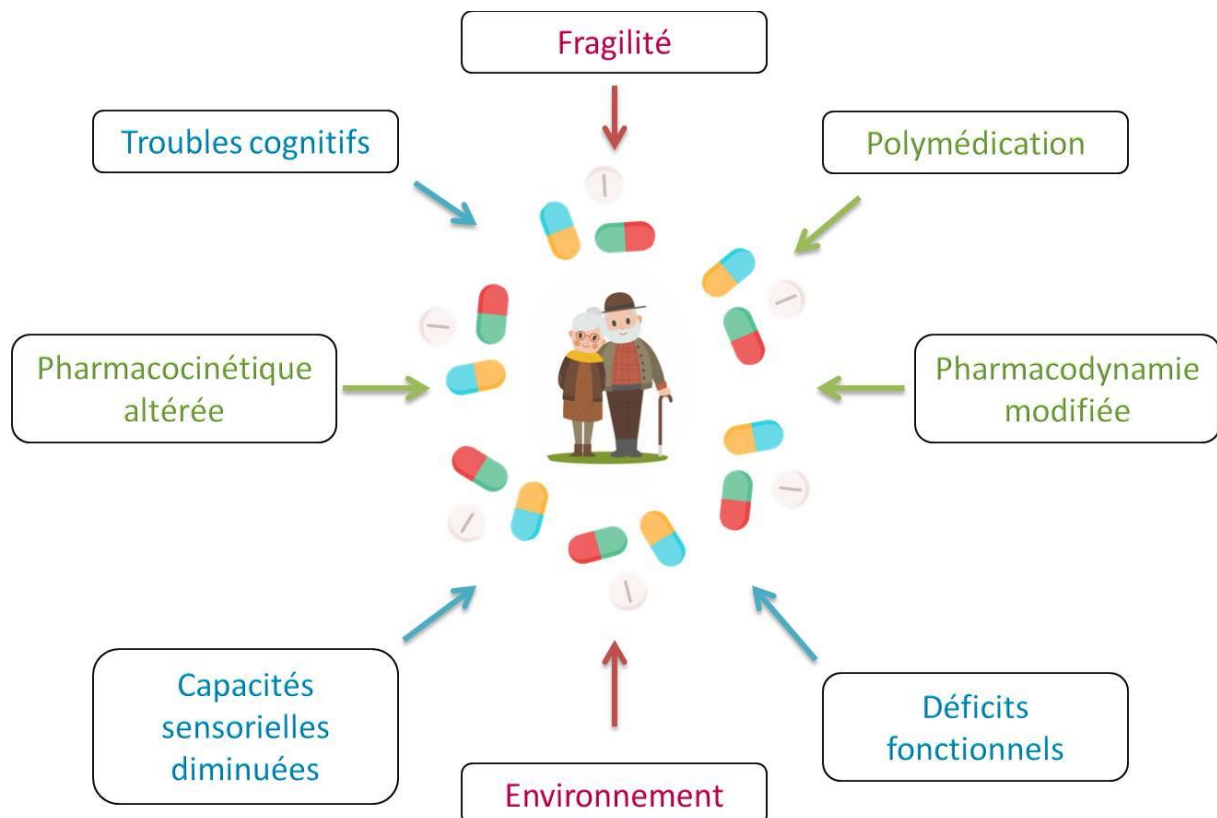


Figure 2 : Illustration des principales composantes à prendre en compte lors de la prescription d'un médicament chez le sujet âgé

Ainsi, il paraît essentiel d'informer et éduquer les patients au mieux dans leur prise en charge et d'informer et former tous les intervenants (médicaux et aidants) aux problématiques de la personne âgée.

En effet, selon l'OMS « *Pour mener une action de santé publique face au vieillissement, il faut employer des approches qui non seulement réduisent les pertes associées au vieillissement, mais aussi renforcent le rétablissement, l'adaptation et le développement psychosocial.* » (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2018).

Une prise en charge pluridisciplinaire semble donc impérative.

III. Le Parcours de soins MEDISIS

A. La genèse

1. Le médicament : un produit de santé à risque

L'Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) a été élaborée en 2004 à l'initiative de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Elle a pour but d'évaluer la survenue des événements indésirables graves (EIG) liés au processus de soins entraînant une admission en établissement de santé ou observés chez les patients pris en charge dans les établissements de santé. Elle vise également à repérer la part des événements jugés évitables. Cette enquête a été menée une seconde fois de mars à juin 2009 afin de mesurer l'atteinte des objectifs de réduction des EIG fixés par la loi de santé publique de 2004 (Michel, Minodier, Lathelize, et al., 2010).

Les rapports de ces enquêtes ont permis de mesurer la part d'EIG associée aux médicaments. Sur les 6,2 EIG qui surviennent pour 1000 jours d'hospitalisation, 1,1 EIG pour 1000 jours d'hospitalisation sont uniquement liés aux produits de santé en particulier aux médicaments. Dans ce cas, plus des deux tiers d'entre eux sont jugés comme évitables.

De même, plus de 80 % des EIG semblent être associés à la fragilité du patient (l'âge, une maladie grave, l'existence de comorbidités, l'état général altéré) et un cinquième des cas à son comportement (non compliance, refus de soins) (Michel, Minodier, Lathelize, et al., 2010).

De plus, le « rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France 2013 » de Costagliola-Bégaud, synthèse d'un travail sur la « pharmacosurveillance » confié par la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Madame Marisol TOURAINE annonce entre 10000 et 30000 décès attribuables à un EIG médicamenteux chaque année en France (Bégaud et Costagliola, 2013). Il a montré 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 d'autorisation de mise sur le marché (AMM) semblent les plus fréquentes. Dans ce rapport, les surcoûts induits sont estimés à 10 milliards d'euros par an.

Ces données sont confortées par les synthèses récurrentes de l'Organisation Mondiale de la Santé. En 2017, aux Etats-Unis, les données montraient que 1,3 millions de personnes subissaient des lésions suite à une erreur médicamenteuse et que ces erreurs faisaient au moins un mort par jour (Bennet, 2017). Cependant, comme l'a dit le Dr Margaret Chan,

ancien Directeur général de l'OMS, « *Quand on prend des médicaments, on s'attend tous à ce qu'ils nous fassent du bien, pas du mal* » (Margaret Chan, 2017).

2. La personne âgée : un patient « abonné » au recours à l'hospitalisation

Le rapport 2017 de l'Assurance maladie montre que parmi les patients de 65 ans et plus, 2 millions ont été hospitalisés dans l'année. Parmi ceux-ci, 40 % y sont retournés dans les 12 mois et près de 20 % y sont retournés 2 fois ou plus dans les 12 mois (Assurance Maladie, 2017). Les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) montrent que la France est un des pays où le nombre de séjours hospitaliers est le plus important (Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2019). Et selon les sources de la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) et de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), au moins 20 % des personnes de 60 à 84 ans hospitalisées le sont à nouveau dans un délai de 2 à 30 jours (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), 2018).

De même, différentes études ont étudié les taux de ré-hospitalisation. Un suivi d'une cohorte de patients français âgés de plus de 75 ans a permis d'observer un taux de ré-hospitalisations non programmées à 30 jours de 14 % (Lanièce, Couturier, Dramé, et al., 2008). Une méta-analyse réalisée en 2012 a estimée à 23 % la proportion de ré-hospitalisations évitables (van Walraven, Jennings et Forster, 2012).

3. La sortie d'hospitalisation, un problème de santé publique

La Haute autorité de santé (HAS) rapporte un problème majeur de santé : l'utilisation de principes actifs reconnus dangereux et l'organisation non sécurisée de l'activité de soins. En effet, les critères les plus liés aux décisions de recommandations, de réserves et de réserves majeures prononcées par la commission de certification des établissements de santé sont le management de la prise en charge médicamenteuse des patients hospitalisés et l'organisation de cette prise en charge (Service Certification des Etablissements de Santé et Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins, 2015).

Concomitamment, 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'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. Quant aux prescriptions médicamenteuses, elles ne sont pas sécurisées par la conciliation des traitements à l'admission comme à la sortie.

L'ensemble concourt à une insuffisance d'information, d'accompagnement et d'éducation du patient sur ses médicaments et les changements induits par une hospitalisation.

En 2016, l'enquête nationale e-Satis a montré que seulement 63 % des patients sont satisfaits des informations données à leur sortie. Dans 27 % des cas, le document de sortie a été envoyé le jour de la sortie et dans 53% dans les 8 jours (Haute autorité de santé (HAS), 2016). Selon l'enquête de 2017, « *près d'un patient sur 4 juge mauvaise, faible ou moyenne la façon dont leur sortie a été organisée* » et « *plus d'un tiers n'ont pas reçu d'information sur les signes ou complications devant les amener à recontacter l'hôpital, la clinique ou le médecin* » (Haute Autorité de Santé (HAS), 2017).

Au CHL, en 2016, seulement 56 % des patients étaient satisfaits des informations données à la sortie, avec un document de sortie envoyé le jour même dans 11 % des cas et dans les 8 jours dans 43 % des cas. En 2017, l'enquête e-Satis retrouve un score de 64,35 en termes de satisfaction de l'organisation de la sortie, avec 58,8 % des répondants jugeant l'organisation bonne et 21,6 % excellente. Plus précisément, 76,5 % des patients ont reçu des informations sur les médicaments à prendre, 72,5 % des patients ont reçu des informations sur la reprise de leurs activités, 52,9 % des patients ont reçu des informations sur les signes ou complications devant les amener à recontacter un médecin et 92,1 % des patients ont reçu des informations sur leur suivi.

2017 correspond au lancement du parcours MEDISIS au Centre hospitalier de Lunéville.

4. Les recommandations pour améliorer la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées

Afin de réduire le risque de ré-hospitalisation précoce des personnes âgées, l'HAS préconise l'amélioration de la transition entre l'hôpital et le domicile. Selon l' HAS « *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'événements de santé défavorables, incluant les réhospitalisations évitables* » (Haute Autorité de Santé (HAS), 2013). Afin d'atteindre cet objectif il est recommandé de combiner plusieurs actions au cours des étapes de transition :

- Un repérage précoce des patients à risque de ré-hospitalisation
- L'établissement d'un plan personnalisé de santé (PPS)
- Un compte rendu d'hospitalisation ou à défaut un document de sortie doit être remis au patient le jour de la sortie
- La poursuite à domicile des interventions débutées à l'hôpital
- Un suivi après la sortie.

A l'international, différents programmes multimodaux comprenant de la conciliation des traitements médicamenteux ont démontré une diminution des recours à l'hospitalisation et des coûts directs.

L'OMS a lancé en 2006 un projet international dénommé *HIGH 5s*. L'objectif général de ce projet était de réduire, de façon pérenne et mesurable, des problèmes majeurs liés à la sécurité des patients. Le programme visait notamment à évaluer la faisabilité et l'impact de solutions standardisées déployées au sein d'établissements volontaires dans huit pays participants, pendant 5 ans. En France, le projet coordonné par la HAS, a été engagé en 2009 avec le soutien du Ministère de la Santé. La précision de la prescription des médicaments aux points de transition du parcours de soins du patient a été un des thèmes retenus par la France. Le CHL a été l'établissement pilote du projet *Medication Reconciliation*. L'expérimentation sur 5 ans impliquant 9 établissements de santé Français a montré qu'une erreur médicamenteuse par patient est détectée et corrigée à l'admission grâce à la conciliation des traitements médicamenteux (Doerper, Godet, Alexandra, et al., 2015).

En 2009, Brian W. Jack et son équipe ont présenté leur programme RED à Boston : un parcours patient coordonné, pluri-professionnel et multimodal incluant la conciliation des traitements médicamenteux réalisée par les pharmaciens. Cette étude a montré une diminution d'environ 30 % du recours à 30 jours à l'hospitalisation et de 34 % des coûts directs. Le travail conclue également sur la nécessité d'un suivi du patient durant les 30 jours qui suivent la sortie d'hospitalisation (Jack, Chetty, Anthony, et al., 2009).

En France, le programme d'accompagnement du retour à domicile « Intervention OMAGE » (Optimization of Medication in AGEd) a montré, quant à lui, une diminution de l'ordre de 30 % du recours à l'hospitalisation à 90 jours (Legrain, Tubach, Bonnet-Zamponi, et al., 2011). Ce programme a pour but d'améliorer la prise en charge médicamenteuse. Il comprend une optimisation diagnostique et thérapeutique de la prescription, une recherche systématique de dépression et dénutrition avec optimisation de leur prise en charge, pathologies régulièrement sous-diagnostiquées chez le sujet âgé, et un programme d'éducation thérapeutique centré sur les besoins du patient polypathologique. La finalité de l'intervention OMAGE vise à aider les professionnels de santé à comprendre comment accompagner les patients pour qu'ils deviennent acteurs de leur prise en charge. A ce jour, un programme national de formation des professionnels de santé à l'entretien de compréhension OMAGE est en cours. Le Parcours de soins MEDISIS est inspiré du travail de l'équipe OMAGE.

Le rapport Libault 2019 dresse le bilan d'une concertation, en matière de perte d'autonomie de la personne âgée, réalisée d'octobre à décembre 2018 sur l'ensemble du territoire français (Libault 2019). Ce dispositif a permis de recenser 1,7 millions de votes (personnes âgées, professionnels, aidants ...). De plus, 11 groupes d'expression regroupant 140 personnes et 46 entretiens individuels d'écoute qualitative ont été mis en place. Cinq forums régionaux ont été organisés en Hauts-de-France, Martinique, Normandie, Nouvelle-Aquitaine et Provence Alpes-Côte d'Azur. Un conseil d'orientation, un comité scientifique et 10 ateliers thématiques ont également permis une réflexion sur l'autonomie des personnes âgées en France.

Le but de ce travail est d'élaborer des recommandations afin de diminuer la perte d'autonomie du sujet âgé qui représente un risque social considérable. En effet, le nombre de personnes âgées ne cesse d'augmenter en France, la part des 75 ans ou plus est passée de 6,6 % en 1990 à 9,1 % en 2015. De plus, la DREES estime qu'en 2015 environ 1 459 000 personnes de plus de 60 ans vivant à domicile étaient en perte d'autonomie. Une projection pour les années futures estimerait passer de 1 265 000 personnes de plus de 60 ans bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à 141 582 000 en 2030 et 2 235 000 en 2050. La prévention de la perte d'autonomie représente donc un enjeu social de taille pour la France. Le rapport conseille une réorganisation de la prise en charge de la personne âgée grâce à la mise en place de parcours de soins leur étant dédiés. Il insiste également sur la notion de prise en charge globale du patient en raison de la polypathologie dont souffrent souvent les aînés. Au total, 175 propositions d'actions ont pu être rédigées suite à la concertation. Ces propositions s'appuient sur différents axes :

- « *Donner du sens au grand âge* »
- « *Aider les proches aidants et rompre l'isolement* »
- « *Garantir le libre choix* »
- « *Prévenir la perte d'autonomie pour augmenter l'espérance de vie sans incapacité* »
- « *Rénover les prestations* »
- « *Mettre un terme aux réponses en silos* »

Différentes recommandations sont en lien même avec le parcours de soins MEDISIS. En effet, il est recommandé afin de diminuer la perte d'autonomie des personnes âgées d'« *éviter toute rupture de parcours* » et d'« *engager l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans un décloisonnement de leurs interventions* ». L'activité de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission comme à la sortie va dans ce sens en facilitant la communication avec l'ensemble des professionnels de santé. Il est également suggéré de « *prévenir les hospitalisations et les passages aux urgences évitables* » et d'« *anticiper, préparer et organiser la sortie d'hospitalisation afin de limiter les réadmissions évitables des personnes âgées* ». Ces démarches représentent l'objectif même du Parcours

de soins MEDISIS (Disderot, 2020). Les comités scientifiques engagés dans la concertation pour la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées recommandent également de « *poursuivre les expérimentations et développer les dispositifs décloisonnés* ». Il est ainsi conseillé de généraliser le repérage des personnes à risque de perte d'autonomie, de développer des équipes mobiles de gériatrie « *en y intégrant les missions de prévention des fonctions avant la dépendance, pour éviter notamment la dépendance nosocomiale (acquise à l'hôpital mais évitable), limiter les hospitalisations inadéquates et fluidifier les parcours de santé* ». Il s'agit ici, d'actions menées au cours du Parcours de soins MEDISIS.

B. [Le parcours de soins MEDISIS et ses étapes](#)

Le parcours de soins MEDISIS est issu de la coopération entre les professionnels de santé du territoire lunévillois. La population cible est l'ensemble des patients âgés de 65 ans et plus, hospitalisés au CHL après un passage aux urgences et retournant à domicile.

Il comprend 6 actions (Schneider, Cerejo, Azzi, et al., 2017) :

- La conciliation des traitements médicamenteux à l'admission et à la sortie
- Le profilage du patient
- La revue clinique de pertinence des médications
- La remise au patient d'un livret personnalisé de sortie (LPS)
- L'accompagnement thérapeutique du patient à l'hôpital puis en ville
- La consultation présentielle ou téléconsultation gériatrique à 30 jours

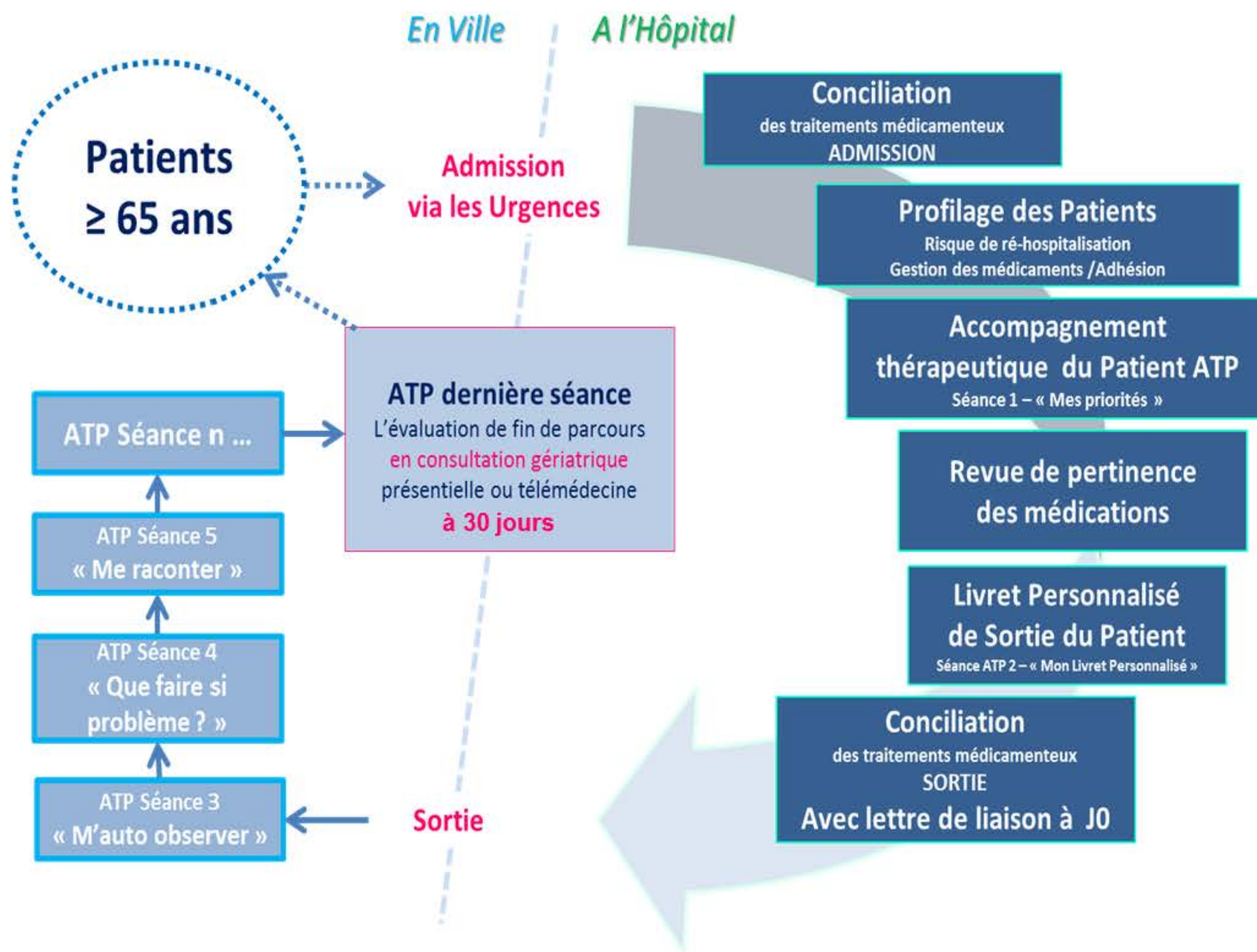


Figure 3 : Parcours de soins MEDISIS

1. La conciliation des traitements médicamenteux à l'admission

L'HAS définit la conciliation des traitements médicamenteux 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, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts.* » . Elle est réalisée par l'équipe pharmaceutique. Elle peut être pro-active, juste avant l'admission du patient dans le service de soins avec simple transmission du bilan médicamenteux en amont de la prescription. Elle peut également être rétro-active, au moment de l'admission du patient. Dans ce cas, elle comprend la transmission du bilan médicamenteux, la mise en évidence et la caractérisation des divergences (intentionnelle ou non intentionnelle = erreur médicamenteuse) et la prise en compte pour correction le cas échéant. Il s'agit d'une méthode puissante d'interception puissante des erreurs médicamenteuses (Dufay, Morice, Dony, et al., 2016).

2. Le profilage des patients

Le profilage des patients a pour but d'orienter le patient dans le Parcours de soins MEDISIS. Il vise également à repérer le risque d'évènements indésirables graves liés au médicament et donc le risque de ré hospitalisation 30 jours après la sortie du patient.

La grille permettant le profilage a été établie après plusieurs remaniements tout au long du développement du Parcours de soins MEDISIS.

En effet, au moment du lancement du parcours une grille de repérage était utilisée, elle est le fruit d'une étude réalisée au sein du CHL et d'une revue de la littérature. Elle comprenait différentes parties sur les médicaments prescrits, le motif d'hospitalisation, la présence de comorbidités, la recherche d'un syndrome gériatrique, la présence d'antécédents d'hospitalisation dans les 6 derniers mois, la recherche d'une altération de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, des critères de situation sociale défavorable et la présence d'erreur médicamenteuse à l'admission.

Aujourd'hui, le parcours évoluant et les besoins ayant changé, l'activité de repérage est devenue une activité de profilage, réalisée sous la responsabilité de l'IDE de l'équipe.

La grille actuelle comprend différentes sections :

- Le motif d'admission : trois pathologies sont retenues comme un critère essentiel pour la prise en charge par l'équipe MEDISIS. En effet, les patients hospitalisés pour la survenue d'une pathologie aiguë à résolution médicamenteuse, la découverte ou la décompensation d'une pathologie chronique sont les patients majoritairement ciblés

par l'équipe. Ces situations sont des points de départ pertinents pour le Parcours de soins de MEDISIS. Dans ces cas, l'équipe peut apporter des stratégies au patient pour la suite de la prise en charge.

- Le choix du parcours : plusieurs paramètres influent sur le parcours pouvant être proposé au patient. Des problématiques sont-elles identifiées ?
 - o Le patient a-t-il réagi de façon adaptée avant son hospitalisation ?
 - o La gestion des médicaments à domicile est relevée : Comment se passe l'approvisionnement, la préparation et l'administration ? Le patient est-il autonome ou pas ?
 - o L'adhésion thérapeutique est analysée grâce au question de Girerd (Girerd, Hanon, Anagnostopoulos, et al., 2001).
 - o La connaissance de la liste des médicaments est renseignée : Le patient connaît-il ses médicaments, comment les restitue-t-il ?
 - o Le patient a-t-il recours à des thérapies alternatives complémentaires ?

Les possibilités de communications avec le patient sont également évaluées : est-elle possible ? Le patient présente-t-il des troubles cognitifs, une barrière de la langue, une confusion, des troubles sensoriels (hypoacousie, troubles de la vue), etc. ? L'autonomie à domicile est aussi recherchée.

Une fois l'ensemble de ces critères relevés, la recherche dans le dossier patient et un entretien si nécessaire avec le patient, le choix du parcours MEDISIS peut être réalisé :

- Parcours A : des problématiques sont identifiées et les séances d'ATP sont possibles
- Parcours B : des problématiques sont identifiées mais les séances d'ATP ne sont pas possibles (communication impossible et/ou libéraux non formés aux ATP de ville et/ou pas de retour à domicile)
- Parcours C : pas de problématique identifiée.

3. La revue clinique de pertinence des médicaments

Le parcours de soins MEDISIS comporte une revue de pertinence via l'analyse pharmaceutique des prescriptions et une concertation pluri-professionnelle sur le cas clinique et thérapeutique des patients, entre un gériatre, le médecin hospitalier en charge du patient et le pharmacien clinicien. Elle vise à optimiser la prescription hospitalière afin d'améliorer la prise en charge médicamenteuse du patient et permet notamment de repérer les excès de traitements «overuse», la prescription inappropriée «misuse» et l'insuffisance de traitement «underuse». Un outil inspiré de la fiche PMSA pour Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé permet de réaliser cette revue clinique de médication. Des outils tels que l'outil STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment), le guide PAPA, les bases

documentaires Vidal®, Thériaque®, etc. sont utilisés pour mener à bien l'analyse pharmaceutique et gériatrique de la prise en charge médicamenteuse.

Le projet AVICENNE consiste en la numérisation de l'analyse pharmaceutique des prescriptions via l'élaboration d'Algorithmes dont l'utilisation est Valorisée par l'Informatisation de la démarche Clinique EN pharmacie. Le but est de couvrir la sécurité médicamenteuse de tous les patients hospitalisés et d'initier l'intelligence artificielle en thérapeutique. L'objectif est de performer l'analyse pharmaceutique pour gagner en qualité et en quantité, d'améliorer la pertinence des prescriptions et de sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients hospitalisés. Concomitamment le projet aboutira à la création des données de masse via la base nationale des algorithmes pharmaceutiques et la base de connaissances sur les interventions pharmaceutiques associant aux problèmes thérapeutiques la conduite à tenir. L'exploitation de Pharmaclass® à cette étape présente une valeur ajoutée pour sécuriser sa prise en charge médicamenteuse.

4. La conciliation des traitements médicamenteux à la sortie

Elle permet d'identifier les divergences entre les prescriptions hospitalières, l'ordonnance de sortie et le traitement habituel du patient. Ces divergences peuvent être volontaires ou involontaires : erreurs médicamenteuses. Elles sont analysées en regard de la prise en charge globale du patient. Elles sont corrigées par le médecin autant que de besoin. La conciliation médicamenteuse à la sortie est transmise le jour de la sortie aux médecins traitants, pharmaciens d'officine et infirmiers libéraux par messagerie sécurisée via une lettre de liaison avec conciliation. Cette lettre est envoyée le jour même de la sortie et permet de répondre à la réglementation sur l'organisation de la sortie d'hospitalisation (*Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison*, 2016). En effet elle contient un tableau en 4 colonnes reprenant les médicaments avant l'hospitalisation, les médicaments à poursuivre après l'hospitalisation, les indications ainsi que les raisons des modifications du traitement médicamenteux. Cette lettre de liaison avec conciliation est un outil précieux de coordination et de communication entre la ville et l'hôpital. Cet outil a été développé suite à la demande des professionnels de ville du Lunévillois pour davantage de communication de la part de l'hôpital. Une enquête de satisfaction établira prochainement si l'outil correspond aux attentes des professionnels dans la pratique et permettra l'amélioration de celui-ci.

5. La remise d'un Livret Personnalisé de Sortie (LPS)

MEDISIS a pour objet la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient. Pour cela, la sécurisation de l'information et sa structuration est assurée par la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission et à la sortie. Ces activités de conciliation des traitements médicamenteux permettent de sécuriser et de structurer les informations nécessaires à communiquer en sortie d'hospitalisation. De la même façon que les informations essentielles au suivi du patient sont communiquées aux professionnels au sein de la lettre de liaison avec conciliation, un support a été imaginé et conçu pour transmettre ces mêmes informations au patient. Le document remis au patient est personnalisé, c'est-à-dire qu'il est adapté en fonction de ce que l'équipe connaît du patient et en fonction de ce qu'il a compris et souhaite savoir sur ses pathologies, ses médicaments. Son vocabulaire est adapté en termes de « health literacy » afin de faciliter la compréhension du patient.

Ce Livret Personnalisé de Sortie ou LPS comprend plusieurs pages [Annexe I] :

- Une page « Mes professionnels » : dédiée aux professionnels de santé du patient, à ses aidants, éventuellement à ses aides à domicile, ses prestataires, etc. contenant le nom et les numéros de téléphone de chaque personne/service
- Une page « Mes rendez-vous » dédiée aux rendez-vous médicaux ou paramédicaux à venir
- Une page « Mon hospitalisation » dédiée à l'explication de l'hospitalisation, aux événements intercurrents et aux messages clés à retenir
- Une page « Mes médicaments » dédiée aux traitements médicamenteux avec un plan de prise des médicaments, une explication des modifications effectuées au cours de l'hospitalisation dans les médicaments à prendre à la sortie, des conseils de prises ...
- Une page « Mes signes d'alertes, savoir réagir » dédiée aux différents signes d'alerte en lien avec les pathologies du patient et des recommandations de conduites à tenir en cas de problème
- Une ou plusieurs pages dédiées aux conseils hygiéno-diététiques ou à la surveillance du poids si besoin (diabète, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, etc.)
- Une page dédiée à la communication avec son médecin traitant pour ne pas oublier de transmettre des informations importantes/d'évoquer des sujets avec lui.

Le LPS est remis au patient ou à l'aidant avec des explications lors d'une séance dédiée d'accompagnement thérapeutique. Il est support d'échange et d'éducation et le patient est incité à le présenter à tous ses professionnels de santé et à l'investir personnellement. Une enquête de satisfaction a été réalisée auprès d'une association de patients et de patients et aidants bénéficiaires du parcours de soins MEDISIS afin de co-construire cet outil (Popart, 2018).

6. L'accompagnement thérapeutique du patient

L'accompagnement thérapeutique du patient débute à l'hôpital et se poursuit en ville par les pharmaciens d'officine et les infirmiers libéraux.

Il consiste en un suivi débuté à l'hôpital et poursuivi jusqu'à 30 jours en ville pour permettre au patient de se saisir des nouvelles recommandations/consignes à appliquer à la sortie d'hospitalisation. L'idée est de les accompagner dans l'acceptation des modifications de la prise en charge et de répondre à leur question afin de sécuriser les changements effectués.

Plusieurs séances sont prévues :

- A l'hôpital
 - o La première séance « Ma priorité »
 - o La deuxième séance « Mon livret personnalisé MEDISIS »
- En ville
 - o « M'auto observer »
 - o « Que faire en cas de problème ? »
 - o « Me raconter »
 - o Séance supplémentaire si nécessaire
- A 30 jours : consultation gériatrique présentielle ou téléconsultation à domicile ou à la pharmacie d'officine avec l'aide du pharmacien formé.

La première séance est centrée sur « les priorités » du patient. L'adhésion thérapeutique du patient est évaluée grâce à un questionnaire de Girerd (Girerd, Hanon, Anagnostopoulos, et al., 2001). Les problématiques en matière de gestion des médicaments à domicile et d'automédication sont abordées. Une recherche des connaissances du patient sur ses traitements, son hospitalisation, ses pathologies est entreprise. Elle sert de base de travail pour la personnalisation du LPS et des autres séances d'accompagnement. Cet entretien peut être mené sur le mode d'un « entretien de compréhension OMAGE » (Legrain, Tubach, Bonnet-Zamponi, et al., 2011) grâce notamment à l'appui de cartes permettant de cibler les différentes problématiques du patient. Le patient prend ainsi pleinement possession de l'entretien en désignant les problématiques qu'il souhaite aborder tout en permettant au professionnel menant la séance d'insister sur différentes thématiques essentielles

(observance ...). Le but ultime est de dégager avec le patient sa priorité. Il est possible par la suite d'utiliser ses priorités pour les faire converger avec l'atteinte par exemple d'un objectif thérapeutique et ainsi de motiver le patient au changement.

La seconde séance correspond à la remise du Livret Personnalisé de Sortie. Des techniques de reformulation et de reflet sont utilisées pour s'assurer que le patient a compris les informations transmises. L'équipe s'assure également que les suivis ambulatoires reprennent bien et que la dispensation des médicaments pour le retour domicile est effectuée au moment adéquat.

La séance n°3 a lieu 7 jours après la sortie. Elle vise à « s'auto-observer » et permet au patient de connaître ses signes d'alerte.

La séance n°4 a lieu à 14 jours de la sortie. Elle vise à éduquer le patient à réagir de façon appropriée et efficiente devant la survenue d'un signe d'alerte.

La séance n°5 a lieu à 21 jours de la sortie. Elle permet au patient d'apprendre à « se raconter ». Le patient apprend à structurer son récit afin de s'exprimer de façon optimale auprès de ses professionnels de santé.

Enfin la séance n°6 est une séance « bilan » à 30 jours de la sortie. Elle a lieu avec un Médecin Gériatre, en présentiel à l'hôpital ou téléconsultation à l'officine ou à domicile avec le pharmacien d'officine du patient ou l'IDE libérale. Elle permet de réaliser un bilan clinique par le gériatre, d'évaluer la satisfaction du patient et le recours à l'hospitalisation et d'établir un bilan de compétences.

Un logiciel, mis à disposition par PULSY, le GRADE Grand Est, est utilisé pour faire le suivi ville-hôpital du patient.

C. [Développement, calendrier, mise en place - 2017 à 2019](#)

Le projet MEDISIS a vu le jour en 2012. Il est né de l'idée que les Parcours multimodaux ayant fait leur preuve doivent être adaptés en France et inclure la conciliation des traitements médicamenteux. Il est sans cesse enrichi d'une réflexion pluridisciplinaire (médecins, pharmaciens, infirmiers, gériatres, etc.). Le projet a reçu le prix VIDAL HOPITAL 2014 (Vidal, 2015). L'ARS Grand Est soutien le projet depuis 2016, permettant ainsi l'arrivée de nouveaux professionnels dans le parcours : infirmière et gériatre.

C'est en janvier 2017 que le Parcours de soins MEDISIS a été lancé, avec dès le mois d'avril 2017 une partie hospitalière complètement opérationnelle.

L'année 2018 a été une année de préparation au développement du parcours MEDISIS-ville avec la signature d'une convention URPS pharmacien et ARS Grand Est et le dépôt de programme de Développement Professionnel Continu (DPC) pour la formation des pharmaciens d'officine. Le projet a également été félicité en octobre 2018 par le grand prix de la prévention médicale. En novembre 2018, le Parcours de soins MEDISIS s'étend sur le territoire avec l'arrivée de pharmaciens en temps partagé au CHRU Nancy et au SSR de Saint Nicolas de Port et 3H Santé. Deux mille dix-huit est également l'année du projet Article 51 de la loi de financement de la Sécurité Sociale « Expérimentation en santé et innovation du parcours de soins ». Il s'agit d'un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits. Pour cela ces nouvelles organisations doivent contribuer à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé. L'hôpital de Lunéville avec le Parcours de soins MEDISIS a soumis sa lettre d'intention en décembre 2018.

L'année 2019 a permis de concrétiser le Parcours de soins MEDISIS – Ville avec les premières formations DPC en janvier et février et un parcours opérationnel dès mars et la mise en place de téléconsultation en décembre, soutenue par le PULSY et les Groupements Régionaux d'Appui au Développement de le e-Santé Grand Est.

Le projet Article 51 a également été au cœur de l'activité de l'équipe tout au long de cette année.

Les grandes étapes du projet sont résumées dans le schéma ci-dessous.

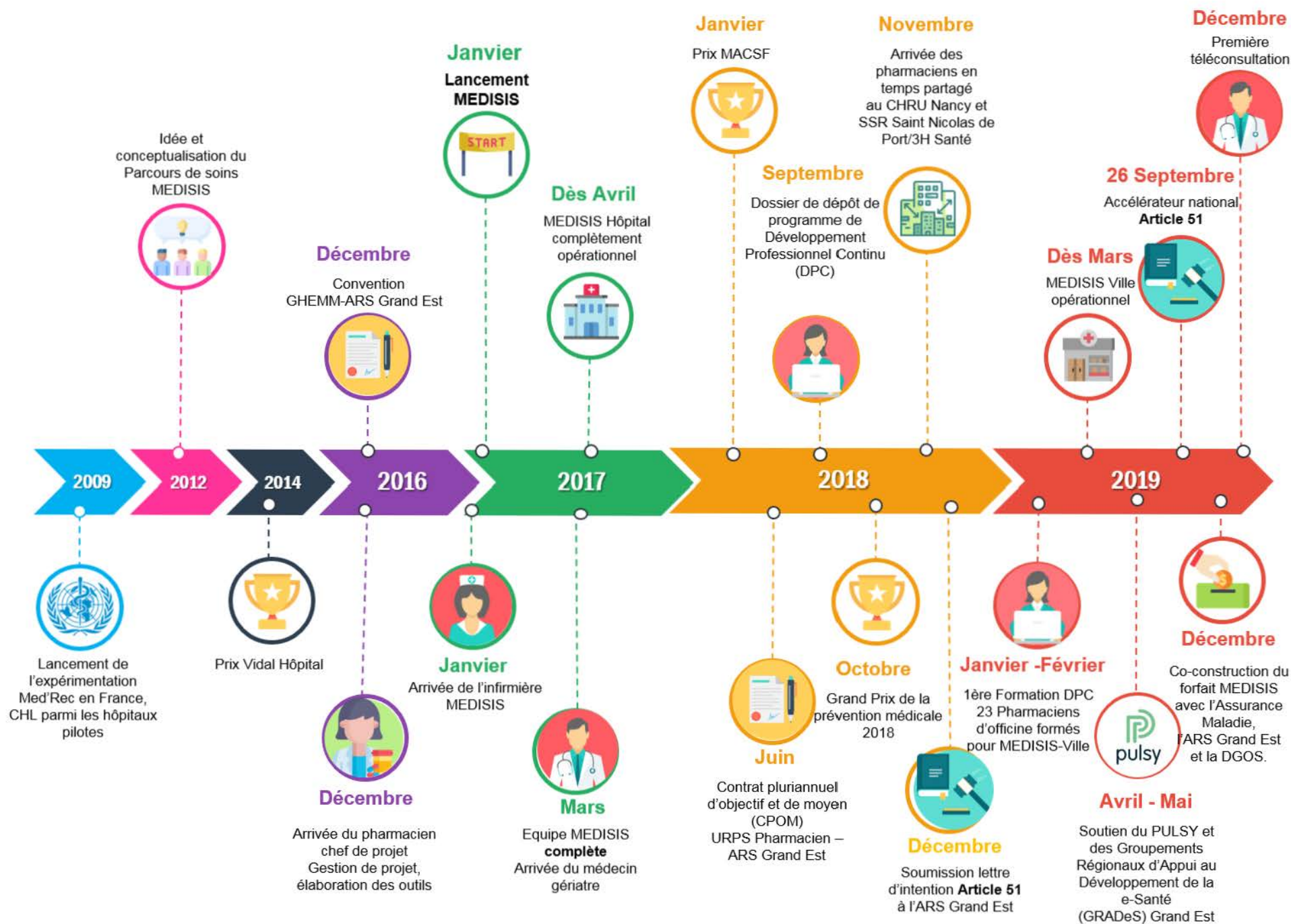


Figure 4 : Gestion de projet du Parcours de soins MEDISIS

D. Diminution du recours à l'hospitalisation (RH)

Un des objectifs du parcours de soins MEDISIS est de diminuer le recours à l'hospitalisation. Le recours à l'hospitalisation se différencie de la ré-hospitalisation. Le recours à la ré-hospitalisation comprend également la nécessité d'un passage dans le service d'accueil des urgences (SAU) sans hospitalisation tandis qu'une ré-hospitalisation correspond à un séjour hospitalier après passage aux urgences. Une ré-hospitalisation à 30 jours est considérée comme précoce, à 180 jours comme tardive.

Le Parcours de soins MEDISIS s'inspire fortement d'autres programmes (RED, OMAGE) ayant étudié et prouvé leur impact bénéfique sur le recours à l'hospitalisation. Se reposant sur ces bases solides, l'équipe MEDISIS s'intéresse davantage à démontrer qu'un tel programme peut être mis en œuvre en France et sur plusieurs centres hospitaliers. Le but ici est de trouver une ingénierie efficace et efficiente afin de développer au mieux un parcours de soins multidisciplinaire et permettant une liaison ville-hôpital.

Cependant, en 2017, dans le but de permettre une pérennisation du parcours, une étude a été menée afin de prouver la diminution du recours à l'hospitalisation à 30 jours. Ce travail a montré une diminution de 15,6 % du taux de recours à l'hospitalisation en 2017, date de lancement de MEDISIS. La population étudiée était celle éligible au Parcours de soins MEDISIS. L'évolution du taux de RH au cours des années précédant MEDISIS et l'arrivée de MEDISIS est présentée dans le graphique ci-dessous.

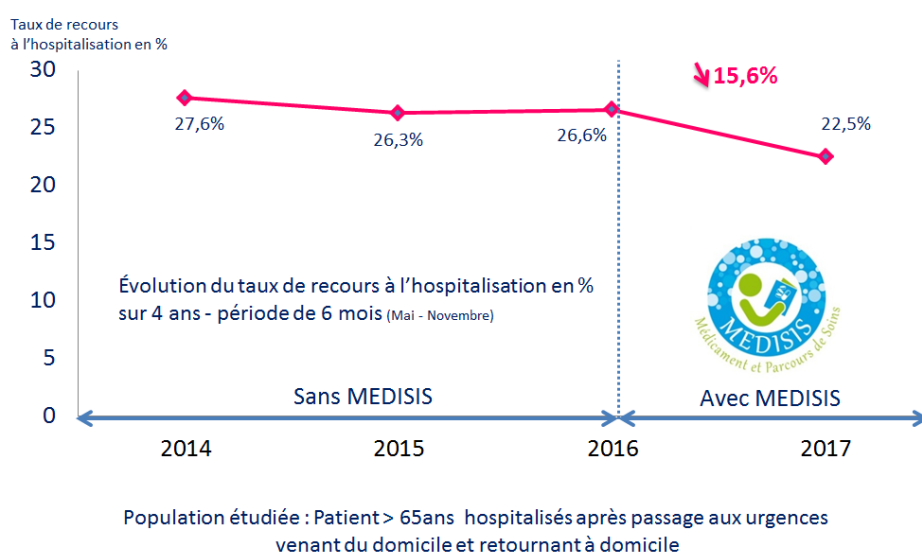


Figure 5 : Évolution du taux de RH de 2014 à 2017

Une enquête de cohorte de type exposés/non exposés, réalisée par l'équipe MEDISIS, en 2017 a permis d'observer de façon plus précise le RH au cours des années 2016 et 2017, permettant de confirmer de manière significative une diminution du taux de RH depuis l'arrivée du Parcours de soins MEDISIS.

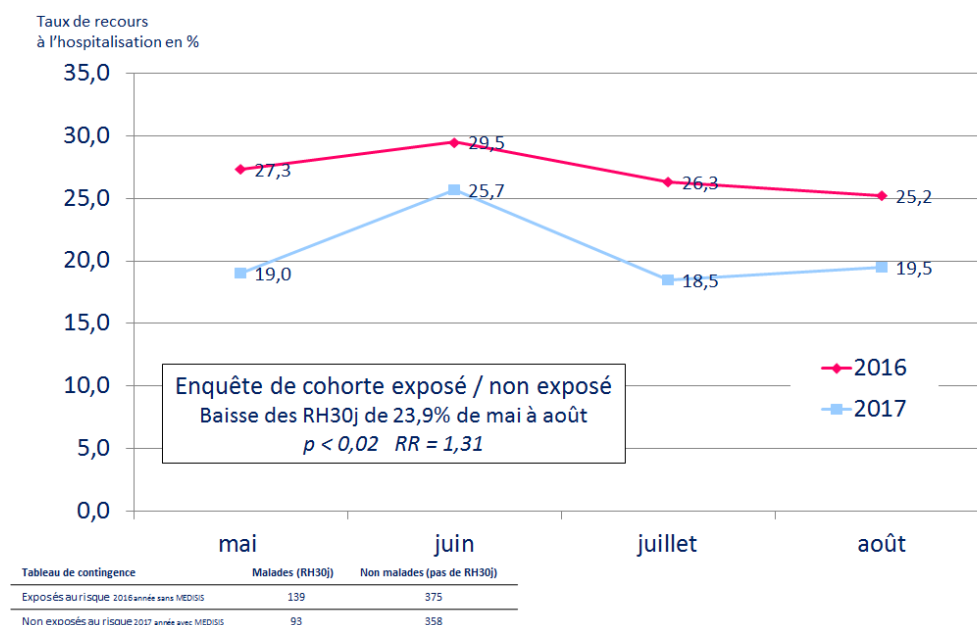


Figure 6 : Comparaison du taux de RH en 2016 et 2017

IV. Objectifs

L'objectif est de réaliser une analyse descriptive des données issues des 3 premières années d'expérimentation du Parcours de soins MEDISIS :

- 2017, année de lancement du parcours de soins,
- 2018, année de consolidation de la partie hospitalière du parcours et de développement de la partie « ville »,
- 2019, année de mise en place du parcours dans sa globalité (hôpital + ville).

Dans un second temps, un bilan des séances d'Accompagnement Thérapeutique du Patient « Ma priorité » sera effectué.

Partie II : L'étude

V. Matériels et méthodes

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude de cohorte monocentrique et descriptive.

La première partie de ce travail consistera à analyser les données des trois premières années d'expérimentations du Parcours de soins MEDISIS sur le CHL.

Dans un second temps, une analyse des séances d'ATP1 sera réalisée.

B. Population : critères d'inclusion et d'exclusion

Critère d'inclusion :

Sont inclus dans l'étude, les patients âgés d'au moins 65 ans, admis au CHL après passage aux urgences.

Critères d'exclusion :

Sont exclus les patients non francophones sans aidant, les patients s'opposant à une action de MEDISIS ou ne pouvant manifester leur opposition.

C. Données recueillies

Les données sont recueillies grâce à une requête informatique automatisée. Elle permet d'établir une base de données de l'ensemble des patients ayant bénéficié de tout ou partie du Parcours de soins MEDISIS sur la période du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019. L'ensemble des données sont analysées via le un tableur Excel®.

1. Données de population

Une caractérisation de la population est réalisée. Différentes données sont recueillies :

- Des données démographiques du patient :
 - o Date de naissance, permettant de calculer l'âge du patient
 - o Identifiant permanent patient qui permet d'accéder au dossier informatisé du patient et d'y trouver davantage de données
 - o Sexe
- Des données concernant le séjour du patient :
 - o Numéro de séjour

- Date d'admission du séjour initial
- Date de sortie du séjour initial
- Mode de sortie : retour à domicile, soins de suite et réadaptation (SSR), établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), etc.

2. Indicateurs d'activité

Différents indicateurs d'activité sont recueillis via la base de données :

- La conciliation des traitements médicamenteux à l'admission (Ca) :
 - Date de conciliation qui permet également de tracer la réalisation de l'acte
 - Nombre de divergences repérées entre le bilan médicamenteux et la primo prescription hospitalière
 - Nombre d'erreurs médicamenteuses repérées
 - Nombre d'erreurs médicamenteuses prise en compte et corrigées
- Le profilage du patient pour personnalisation du Parcours de soins :
 - Date du profilage qui permet également de tracer la réalisation de l'acte
 - Enjeux repérés en termes d'adhésion
 - Enjeux repérés en termes de gestion des médicaments à domicile
- La revue clinique de médication :
 - Nombre de propositions effectuées
 - Nombre de propositions acceptées
 - Professionnels ayant réalisés la revue : médecin du service de soins + Pharmacien et/ou Gériatre
 - Descriptif des propositions
- La séance d'accompagnement thérapeutique n°1 « Ma priorité » (ATP 1) :
 - Date de l'entretien qui permet également de tracer la réalisation de l'acte
 - Enjeux identifiés
 - Priorités du patient
- La conciliation des traitements médicamenteux à la sortie (Cs) :
 - Date de conciliation qui permet également de tracer la réalisation de l'acte
 - Nombre de divergences repérées entre le bilan médicamenteux et la prescription hospitalière de sortie
 - Nombre d'erreurs médicamenteuses repérées
 - Nombre d'erreurs médicamenteuses prise en compte et corrigées
- La séance d'accompagnement thérapeutique n°2 « Mon Livret personnalisé de sortie » (LPS) :
 - Date de l'entretien qui permet également de tracer la réalisation de l'acte

- Professionnels ayant réalisés la séance
- Support remis au Patient : Livret Personnalisé de sortie (LPS) ou plan de prise des médicaments
- Contact téléphonique avec professionnels de santé de ville
- La lettre de liaison avec conciliation :
 - Date de l'envoi du courrier qui permet également de tracer la réalisation de l'acte

3. Retour d'expérience de l'équipe

Si besoin, tout au long du travail, les différents acteurs de santé du Parcours de soins MEDISIS sont interrogés sur le contexte. Ainsi, leur retour d'expérience permet d'explicitier l'ensemble des résultats présentés et de mettre en parallèle l'activité de routine du parcours et la gestion de projet.

Chaque fois que cela est nécessaire la pastille « Équipe » représente la réponse apportée et enrichi l'analyse descriptive des données de 2017, 2018 et 2019.



Figure 7 : Pastille « Équipe »

D. Focus sur les séances d'Accompagnement Thérapeutique du Patient « Ma priorité » (ATP1)

Trente bilans de séance d'ATP1 sont sélectionnés aléatoirement. Seuls des ATP1 menés en 2019 sont analysés. En effet, au cours du développement du Parcours de soins MEDISIS la conduite de ces séances a évolué. Il a ainsi été décidé de sélectionner uniquement les bilans de 2019 afin qu'ils représentent au plus près les pratiques actuelles.

Différents thèmes sont analysés :

- Conduite de la séance
 - Pourcentage de séances réalisées sur le mode « entretien de compréhension OMAGE »
 - Répartition des professionnels de santé ayant réalisé la séance
 - Durée moyenne de la séance d'ATP1
- L'observance médicamenteuse :

- Taux de patients ayant un score de Girerd correspondant à une observance non optimale
- Problèmes d'inobservance les plus couramment rencontrés
- Gestion des traitements à domicile
 - Taux de patients gérant seul son traitement médicamenteux
 - Aidant les plus retrouvés
 - Problématiques de gestion des médicaments les plus fréquemment retrouvées
- Automédication
 - Taux de patients ayant recours à l'automédication
 - Problématiques justifiant l'automédication
 - Taux de patients ayant recours à des thérapeutiques non médicamenteuses.
- Compréhension de la maladie et de l'hospitalisation
 - Taux de patients en mesure de restituer sa liste de médicaments
 - Taux de patients rencontrant des difficultés à expliquer le motif d'hospitalisation
 - Problématiques de compréhension majoritairement détectées
- Priorités
 - Priorités des patients regroupées par thème
 - Priorités des soignants regroupées par thème

L'outil Google Form® et un tableur Excel® sont utilisés pour collecter l'ensemble des données.

Chaque fois que cela est possible, des exemples concrets de problématiques rencontrées au cours des entretiens d'ATP1 sont présentés, ils seront mis en avant par la pastille « Patient ».



Figure 8 : Pastille « Patient »

Enfin, les bénéfices majeurs de cette séance et d'éventuelles propositions d'améliorations à apporter à ses séances sont présentés.

VI. Résultats

Les résultats 2017, 2018 et 2019 ont été analysés séparément.

A. L'année 2017, lancement du parcours MEDISIS

Après 2 mois de gestion de projet, le parcours de soins MEDISIS a été lancé en janvier 2017 avec le soutien de l'ARS Grand Est. Une soirée de présentation réunissant médecins, pharmaciens et infirmières de ville et d'hôpital a officialisé ce lancement. Les différentes actions du parcours hospitalier ont été mises en place au fur et à mesure de l'année. Une description de la mise en place du parcours de soins MEDISIS est présentée ici. La période étudiée s'étend de janvier 2017 à novembre 2017.



Le parcours de soins MEDISIS a été mis en pause au cours en novembre et décembre 2017 afin de permettre à l'équipe de se consacrer à la gestion de projet pour notamment établir le bilan de l'année et répondre aux appels à projet. La fin d'année a également été marquée par un arrêt maladie du pharmacien « chef d'équipe » du parcours.

1. Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission (Ca)

L'activité de conciliation des traitements médicamenteux au Centre hospitalier de Lunéville est installée et pérennisée depuis 2010. En effet, le CHL a participé au projet Med'Rec des High 5's de l'OMS en tant qu'établissement pilote. Le Parcours de soins MEDISIS s'appuie donc sur cette expertise.

De janvier à novembre 2017, 2058 patients de plus de 65 ans ont été hospitalisés au CHL via le service des urgences, les rendant éligibles au Parcours de soins MEDISIS. Parmi eux, 1953 patients ont bénéficié d'une conciliation des traitements médicamenteux à l'admission, soit 94,9 %.

Sur l'ensemble de l'année, le taux de Ca est resté constant, allant de 92,3 % à 97,1 %.

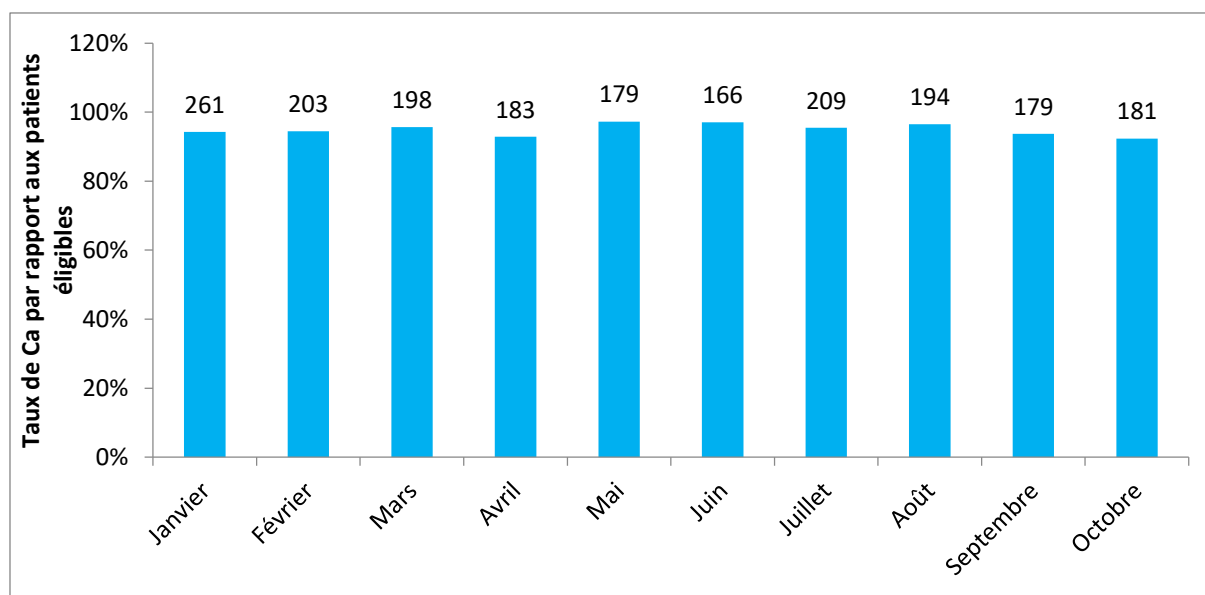


Figure 9 : Evolution de l'activité de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission de janvier 2017 à octobre 2017

2. Repérage

L'activité de repérage des patients à risque de ré-hospitalisation est la première activité mise en place par le Parcours de soins MEDISIS en 2017.

Sur l'ensemble des 1953 patients conciliés, 1581 repérages ont pu être réalisés, soit 81 %.

Une variation de l'activité est observable au cours de l'année 2017. Lors de son lancement en février, 96,6 % des patients conciliés ont été repérés. La quasi-totalité des patients conciliés en mars ont bénéficiés d'un repérage du risque de ré-hospitalisation, avec 196 patients sur 207 repérés, soit 99 %. Jusqu'en juin 2017, on constate plus de 90 % de patients repérés. Les taux de repérage ont diminué en juillet et août allant de 70,6 % à 89,8 % de patients repérés. En octobre 2017, le pourcentage de dossier repéré était inférieur à 50 %, en raison d'une importante diminution de l'ensemble de l'activité.

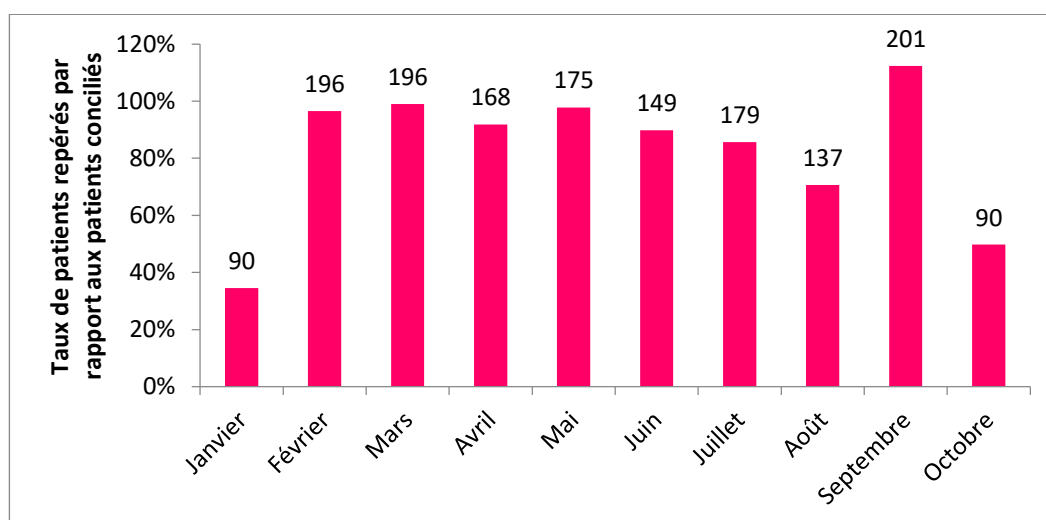


Figure 10 : Evolution de l'activité de repérage de janvier 2017 à octobre 2017



La période estivale présente une baisse d'activité, probablement en raison d'une baisse d'activité estivale générale, le département n'étant pas une zone touristique. Une autre raison est que l'équipe est alors réduite à sa plus simple expression (1 équivalent temps plein (ETP) pharmacien pour gestion de projet ET production, 0,5 ETP IDE et 0,2 ETP gériatre). Au mois de septembre, l'activité dépasse les 10 0%. Ce pourcentage important est expliqué par un rattrapage de l'activité du mois d'août. Les patients non repérés fin août et toujours hospitalisés en septembre ont ainsi été repérés rétroactivement.

En 2017, le score obtenu par la grille de repérage permettait de prioriser les patients MEDISIS et de définir leur prise en charge. Tout patient avec un score supérieur ou égal à 3 sur 6 était intégré dans le Parcours de soins MEDISIS. Pour ceux avec un score inférieur à 3 sur 6, ils bénéficiaient du parcours « allégé » appelé MEDISIS Light. Ainsi, sur 1581 patients ayant bénéficié du repérage de risque de ré-hospitalisation, 205 patients avaient un score supérieur ou égal à 3 sur 6 et étaient susceptibles de bénéficier du Parcours de soins MEDISIS, contre 699 patients inclus dans le parcours de soins MEDISIS light. Six-cent-soixante-dix-sept patients n'ont pas été inclus au sein du parcours de soins MEDISIS suite au repérage (patients présentant des critères de non-inclusion).

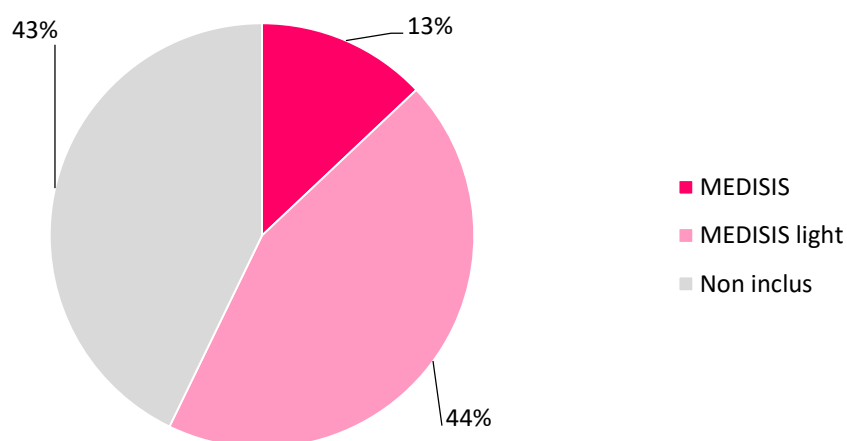


Figure 11 : Répartition des patients MEDISIS et MEDISIS de janvier 2017 à octobre 2017



Les causes de non-inclusion sont diverses. Les patients transférés dans un autre établissement avant le repérage ne peuvent pas être inclus, les patients en soins palliatifs terminaux ne sont pas inclus. Lorsque les patients présentent des troubles cognitifs importants et qu'aucun aidant n'est disponible pour participer au parcours, les patients ne peuvent être inclus. De même, la barrière de langue présente un frein à l'inclusion.

Par la suite, l'activité de repérage a évolué en profilage des patients.

3. La revue clinique de médication

L'activité de revue clinique de médication au sein du Parcours de soins MEDISIS a commencé en avril 2017 suite à la mise à disposition à 0,2 ETP d'un médecin gériatre, praticien à temps partagé avec le CHRU de Nancy, courant mars 2017.

Parmi les 1291 patients conciliés à l'admission, d'avril à octobre 2017, les prescriptions de 123 patients ont été analysées et révisées par l'équipe pluridisciplinaire de MEDISIS (pharmacien + médecin gériatre), soit 9,5 %. Seuls les traitements des patients ayant bénéficié d'un repérage ont été traités par l'équipe pharmaco-médicale, soit 123 patients sur 619 patients repérés et inclus dans le parcours de soins (19,9 %).

L'activité a varié au cours de l'année, avec un faible pourcentage de traitements révisés au démarrage de cette action MEDISIS, 6 traitements sur 94 patients inclus, soit 6,4 %. Une augmentation est observable les deux mois suivants avec respectivement en mai et juin 28,8 % et 37,3 % de prescriptions analysées par l'équipe sur l'ensemble des patients repérés. La période estivale marque une diminution notable de l'activité moyenne de 13,2 %. Au mois d'octobre, avant la mise en suspens du parcours MEDISIS, 25 révisions cliniques de médication ont été réalisées pour 75 patients repérés, soit 33,3 %.

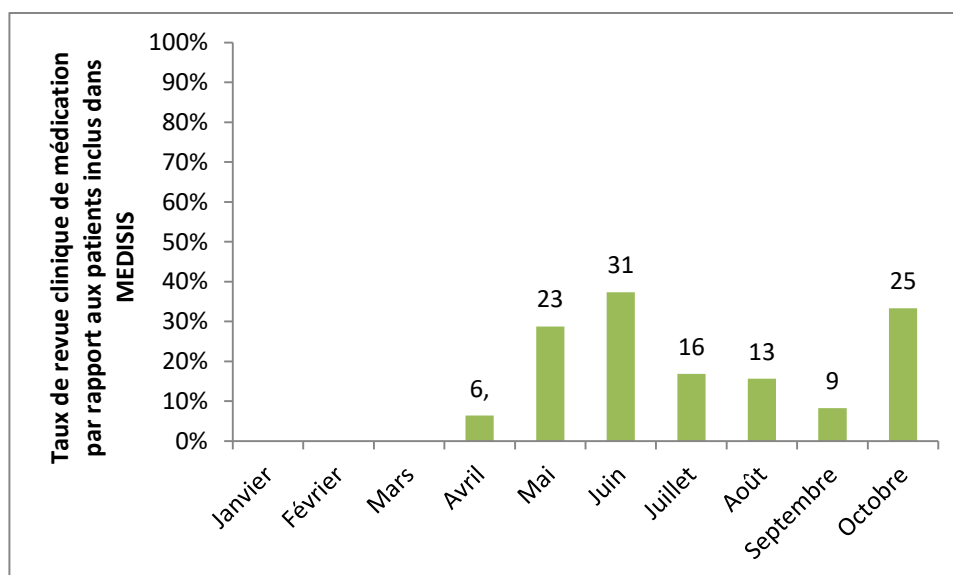


Figure 12 : Evolution de l'activité de revue clinique de médication de janvier 2017 à octobre 2017



Lors des mois de mai et juin, l'activité plus importante est notamment expliquée par une plus grande disponibilité du médecin gériatre et la réalisation de revue clinique de médication chez des patients non inclus dans MEDISIS sur demande médicale. La période estivale est également marquée par une baisse de l'activité suite aux congés annuels, notamment en septembre lors des congés du médecin gériatre et de sa présence à seulement 0,2 équivalent temps plein.

4. La séance d'accompagnement thérapeutique n°1 « Ma priorité » (ATP 1)

Les premières séances d'ATP 1 ont été réalisées dès mai 2017. Seuls les patients repérés avec un score supérieur ou égal à 3 sur 6 pouvaient bénéficier de cette séance.

Au cours de l'année 2017, 10 séances d'ATP1 ont pu être réalisées, soit 11 % des patients éligible au parcours MEDISIS complet de mai à octobre 2017 et 1,9 % de l'ensemble des patients inclus suite au repérage.

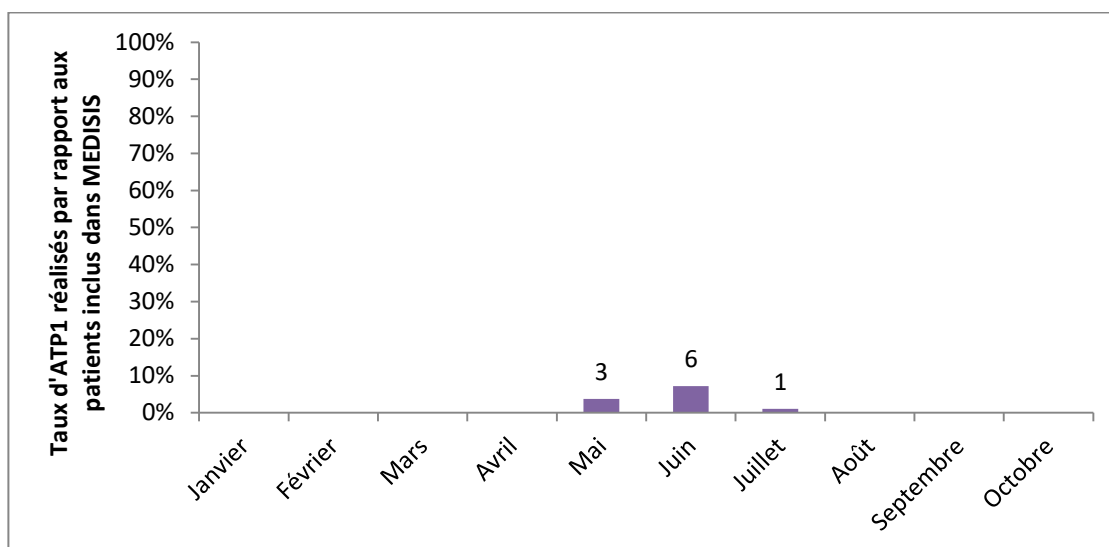


Figure 13 : Evolution de l'activité d'ATP1 janvier 2017 à octobre 2017



L'activité d'accompagnement thérapeutique a commencé en mai 2017. Le pharmacien de l'équipe s'est formé au cours de l'année à l'éducation thérapeutique du patient (ETP), formation de niveau 2. L'infirmière de l'équipe était, quant à elle, formée au niveau 1 et bénéficiait d'une expérience en UTEP (unité transversale d'accompagnement thérapeutique) sur un programme d'ETP diabétologie. Les séances et le programme d'accompagnement thérapeutique MEDISIS ont été créés par l'équipe MEDISIS. Le reste de l'équipe s'est formé par la suite à l'ETP. En juin, davantage de séances ont pu être réalisées. En revanche, la période estivale a, à nouveau, entraîné une diminution de l'activité. La gestion de projet ainsi que le développement des autres activités de MEDISIS avec l'effet de vase communicant induit n'ont pas permis à ce moment une montée en activité plus importante.

5. La conciliation des traitements médicamenteux à la sortie (Cs)

L'activité de conciliation de sortie a été lancée dès mars 2017. Cette action est dédiée à l'ensemble des patients ayant bénéficié d'un parcours MEDISIS ou MEDISIS light. L'activité préexistait dans une première forme mais uniquement au sein du service de chirurgie viscérale et urologique. Le déploiement a été mis en œuvre dans les autres services de soins et l'outil a été révisé pour satisfaire aux exigences du parcours.

De mars à octobre 2017, 343 conciliations des traitements médicamenteux à la sortie ont été réalisées pour 729 patients repérés et inclus dans cette période, soit 47,1 % de Cs.

Durant le premier mois d'activité, 15 conciliations des traitements médicamenteux à la sortie ont été établies, soit 13,6 % des patients inclus suite au repérage. Une augmentation est observable avec un maximum en juin avec 58 Cs pour 83 patients inclus, soit 69,9 %.

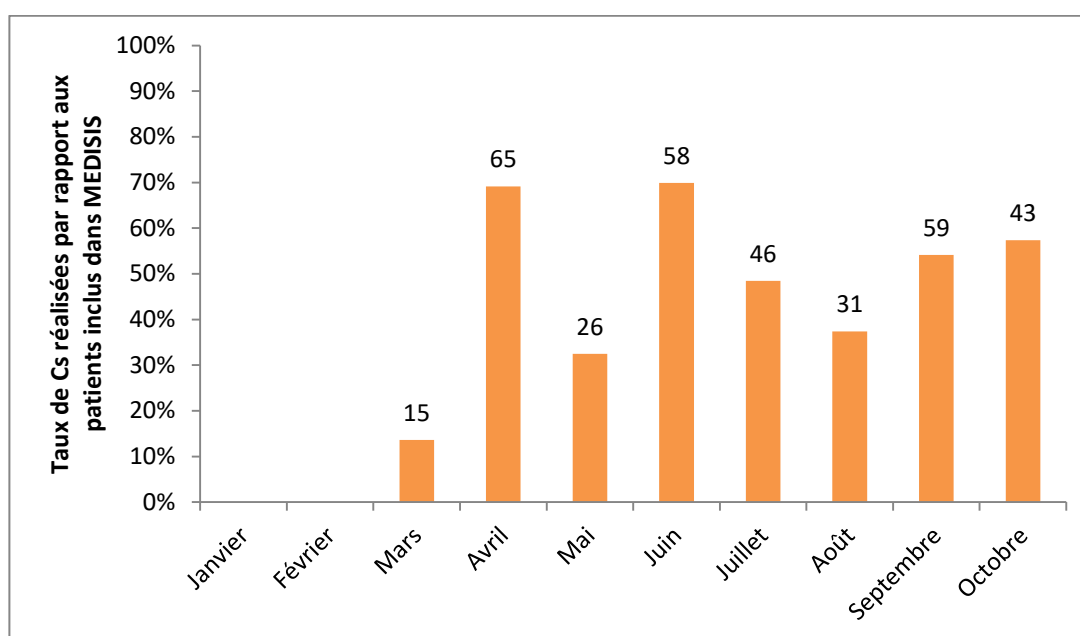


Figure 14 : Évolution de l'activité de conciliation des traitements médicamenteux à la sortie de janvier 2017 à octobre 2017



La période estivale reste le signe d'une diminution de l'activité étant donné le non remplacement du personnel affecté à la mission. Il a fallu s'adapter à d'autres types de fonctionnement pour déployer dans les autres services du CHL. En effet, tous les services, tous les médecins et toutes les infirmières n'ont pas la même organisation pour la sortie.

6. La séance d'accompagnement thérapeutique n°2 « Mon Livret personnalisé de sortie »

Dès mars 2017, des livrets personnalisés de sortie ont été réalisés pour les patients et remis au cours de la séance d'ATP2.

De mars à octobre 2017, 106 séances d'ATP2 avec remise d'un LPS ont été menées, soit 14,5 % de l'ensemble des patients inclus suite au repérage.

Le premier mois, un LPS a été réalisé pour chaque Cs, soit 15 LPS réalisés des patients inclus suite au repérage. L'activité du mois d'avril a été plus importante avec 29 LPS réalisés sur 94 patients inclus, soit 30,9 %.

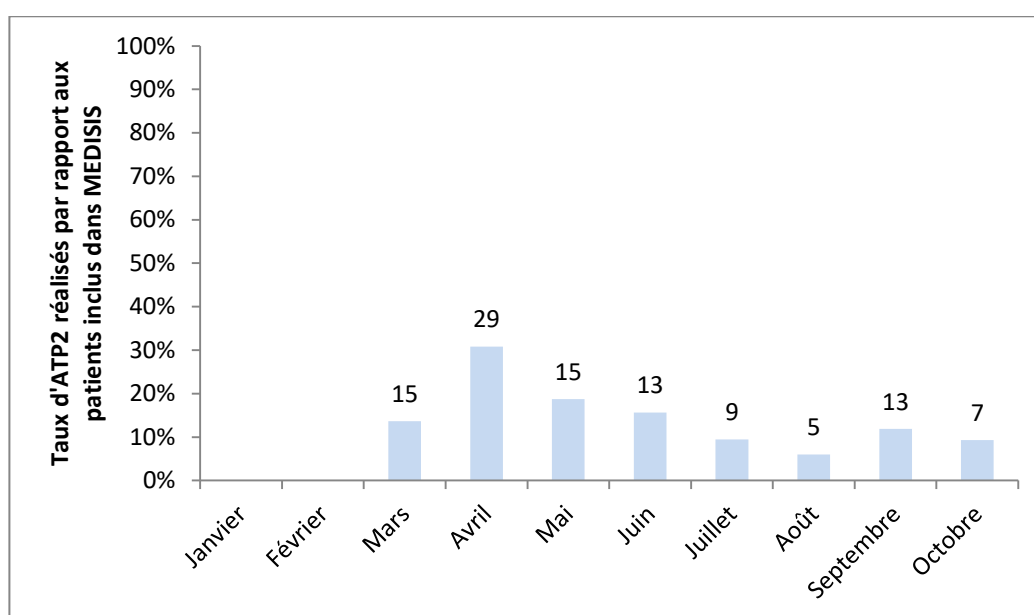


Figure 15 : Evolution de l'activité d'ATP2 janvier 2017 à octobre 2017



Les deux premiers mois, cette action était menée pour les patients à la fois MEDISIS et MEDISIS light. A partir de mai 2017, seuls les patients MEDISIS bénéficiaient de la séance d'ATP2, expliquant la diminution d'activité.

Dans les 30 jours suivant le retour à domicile, 43 consultations gériatriques ont été organisées.

7. Analyse globale du parcours de soins MEDISIS en 2017

En observant l'ensemble de l'activité MEDISIS sur le court de l'année, différents aspects organisationnels peuvent être mis en évidence.

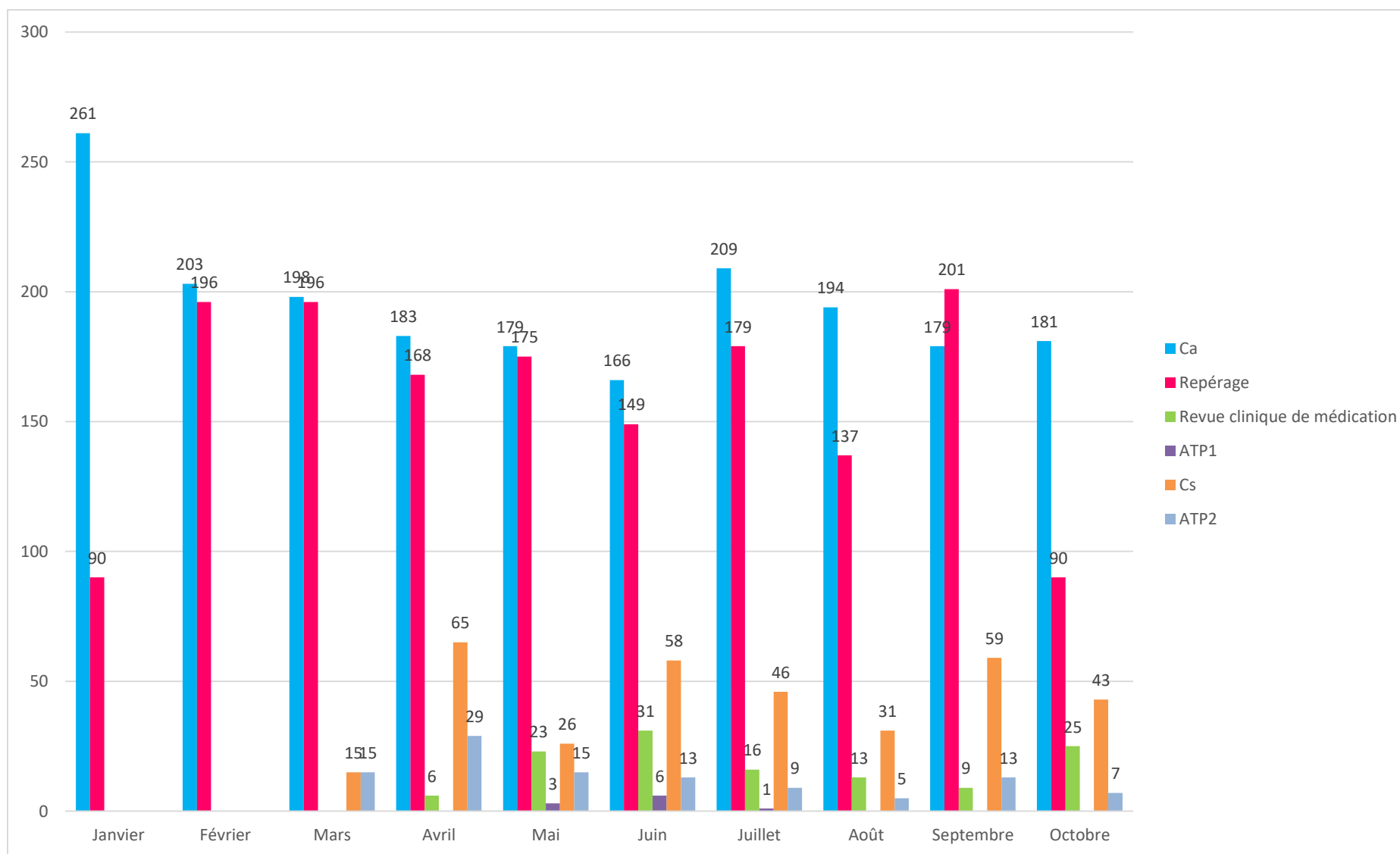


Figure 16 : Evolution de l'ensemble des actions MEDISIS en 2017

La période estivale semble être pour l'ensemble des actions MEDISIS une période d'activité amoindrie. L'équipe étant à sa plus simple expression en ce début de projet, il apparaît impossible d'effectuer des remplacements de postes, impactant ainsi l'activité. Cela révèle une activité fortement personnel-dépendante.

De même, l'analyse montre un accroissement du nombre d'actions menées proportionnel à l'arrivée de nouveau personnel au sein de l'équipe.

L'observation des différents taux d'activités au fil de l'année permet également d'observer que la mise en place d'une nouvelle action se fait la plupart du temps au détriment des actions réalisées précédemment notamment en raison d'un effectif limité dans l'équipe.



Enfin, la mise en suspens de l'ensemble du parcours de soins MEDISIS fin octobre met en avant l'aspect chronophage de la gestion de projet. En effet, la période de novembre-décembre 2017 représentait une période charnière pour l'établissement de différents dossiers de subventions notamment. La constitution de ces dossiers requérant quasiment un temps plein, n'a pu que limiter les activités de routine.

L'année 2017 constitue donc l'année de lancement et de déploiement du Parcours de soins MEDISIS-hôpital. Sa mise en place s'est faite progressivement avec succès sur tous les services de soins du CHL, malgré un effectif limité au sein de l'équipe.

B. Année 2018, un parcours hospitalier totalement déployé

En 2018, l'ensemble du Parcours de soins MEDISIS est pleinement développé au niveau hospitalier. De la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission jusqu'à la sortie du patient avec la conciliation des traitements médicamenteux à la sortie, la lettre de liaison et le livret personnalisé de sortie, le parcours a pu être réalisé en routine par l'équipe MEDISIS.

1. Caractérisation de la population

Au cours de l'année 2018, 2612 patients étaient éligibles au parcours de soins MEDISIS. Le sexe ratio homme/femme est de 0,76. La moyenne d'âge des patients s'élève à 81 ans. Mille sept soixante et un patients, soit 67 % des patients, bénéficient d'une affection de longue durée. La durée moyenne de séjour de ces patients est de 9 jours.

Le devenir des patients a également pu être recueilli. Il est représenté ci-dessous.

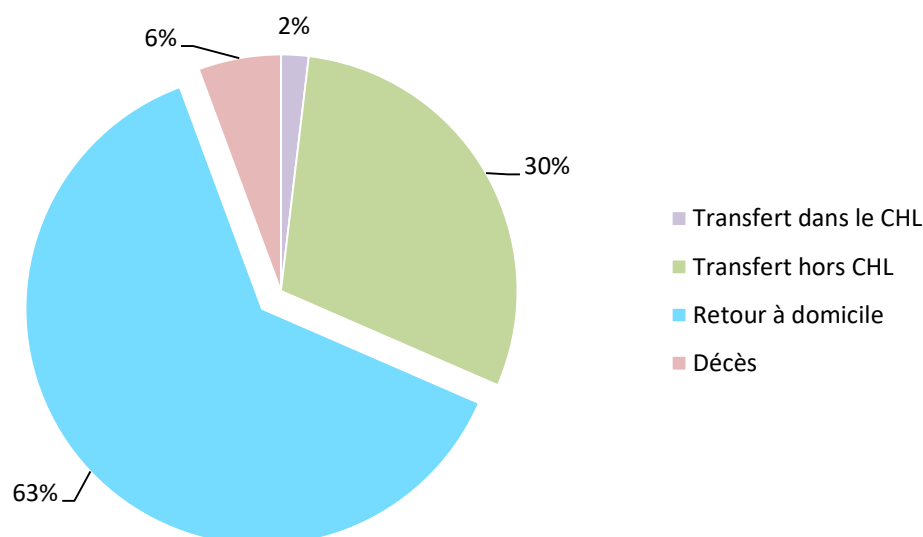


Figure 17 : Présentation du devenir des patients éligibles au parcours de soins MEDISIS en 2018



Les transferts au sein du CHL correspondent à des changements de service. Les transferts hors CHL correspondent eux à un transfert en Soins de Suite et Réadaptation (SSR), EHPAD ou autres centres hospitaliers.

2. Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission

Au total, en 2018 2176 ont bénéficié d'une conciliation des traitements médicamenteux à l'admission, soit 83 % des patients âgés de plus de 65 ans admis au CHL via les urgences. La conciliation médicamenteuse à l'admission a permis de détecter en moyenne 3 erreurs médicamenteuses par patient.

Neuf conciliations ont pu être réalisées en proactif sur l'ensemble de l'année.

3. Le repérage du risque de ré-hospitalisation

En 2018, 91 %, soit 2002 patients pour lesquels une conciliation des médicaments à l'admission a été entreprise ont été repérés par l'infirmière de l'équipe MEDISIS. A cette période, la grille de repérage du risque de ré-hospitalisation permettait à l'équipe MEDISIS de prioriser les patients bénéficiant de l'ensemble de parcours de soins, en privilégiant les patients présentant un score supérieur ou égal à 3. Ainsi, 657 grilles sur 1605 présentaient un score supérieur ou égal à 3, soit 33 % des patients repérés et 30 % des patients conciliés à l'admission.

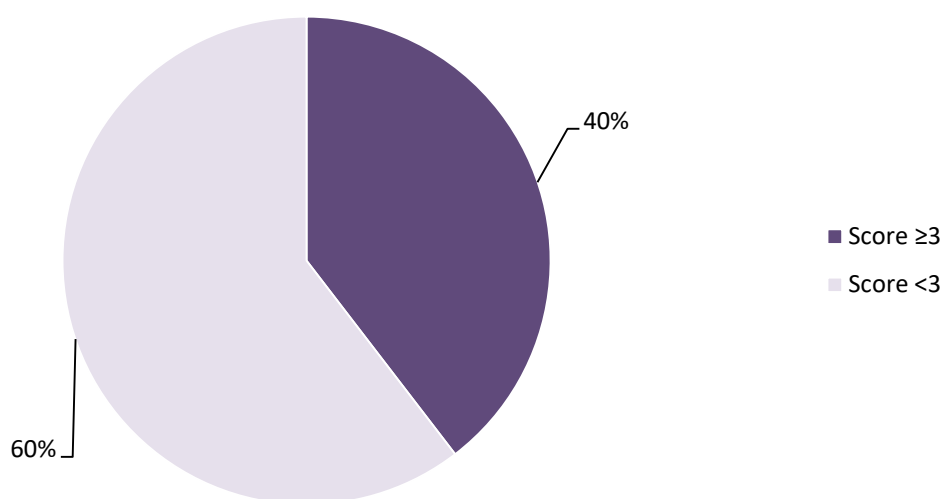


Figure 18 : Répartition des scores de la grille de repérage du risque de ré-hospitalisation en 2018

Le travail de repérage réalisé par l'infirmière MEDISIS permet également de mettre en évidence différentes problématiques liées au patient, notamment d'objectiver un état grabataire. En effet, en 2018, 39 patients ont été repérés comme grabataires. Cela a permis au département d'informations médicales de valoriser les séjours hospitaliers et ainsi à l'établissement de percevoir une juste rémunération pour la prise en charge des patients plus « lourds ».

4. L'accompagnement thérapeutique n°1 « Mes priorités »

Le nombre de séance d'accompagnement thérapeutique n°1 « Mes priorités » a considérablement augmenté en 2018 par rapport à l'année de lancement. En effet, 76 séances ont été réalisées. Il s'agit alors de 3 % de l'ensemble des patients conciliés à l'admission.



Fin 2018, le pharmacien et le gériatre ont bénéficié d'une formation à l'entretien de compréhension. Ils sont ainsi devenus formateurs OMAGE et ont pu former l'équipe MEDISIS à cette pratique et ainsi la mettre en application au cours des séances d'ATP1. Cette méthode, mise en place par une équipe parisienne, permet de faire émerger facilement les priorités en santé des patients (Legrain, Tubach, Bonnet-Zamponi, et al., 2011).

5. La revue clinique de médication

L'activité de revue clinique de médication a quant à elle diminué par rapport à 2017. Soixante-quatre ordonnances ont pu être analysées et révisées conjointement par un pharmacien et le médecin gériatre, soit 3 % des patients conciliés à l'admission. Trente-trois revues ont été réalisées uniquement par le médecin gériatre. La totalité des prescriptions ont été analysées par un pharmacien au cours de l'hospitalisation des patients.



Le médecin gériatre en charge de participer à la revue clinique de médication est mis à disposition de l'équipe MEDISIS pour 0,2 équivalent temps-plein. Un temps d'activité augmenté permettrait une revue clinique de médication davantage systématisée.

En moyenne, 1,5 problèmes liés à la thérapeutique (PLP) dans la prescription étaient mis en évidence par l'équipe pluridisciplinaire. Pour 22 prescriptions, la revue clinique de médication n'a pas détecté de problèmes liés à la thérapeutique. Plus d'une proposition par prescription étaient acceptées en moyenne par l'équipe hospitalière en charge du patient.

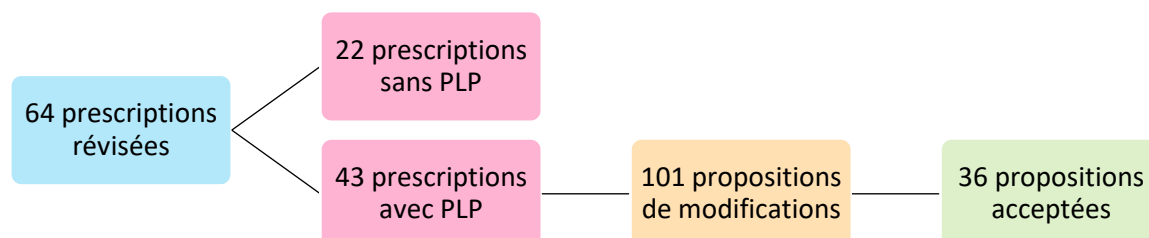


Figure 19 : Devenir des revues cliniques de médication en 2018



Il est possible que certaines acceptations n'aient pas été tracées, le médecin gériatre, faute de temps, ne se rend pas systématiquement sur la base de données après avoir donné un avis. De plus, l'outil de traçabilité informatique n'a été développé que progressivement, certaines revues n'ont donc pas pu être tracées.

6. La conciliation des traitements médicamenteux de sortie (Cs)

En 2018, 545 patients ont bénéficié d'une conciliation des traitements médicamenteux à la sortie, soit 21 % des patients éligibles. En moyenne, 0,5 erreur médicamenteuse était retrouvée par Cs.

Cette activité a permis de réaliser 316 lettres de liaison avec conciliation des traitements médicamenteux à la sortie, soit pour 15 % des patients conciliés à l'admission et 120 % des patients conciliés présentant un score supérieur à 3 lors du repérage.



Le score de la grille de repérage du risque de ré-hospitalisation permet de prioriser les patients bénéficiant du parcours de soins MEDISIS. Cependant la lettre de liaison représente une obligation réglementaire, le score n'a donc pas d'impact dans cette activité. Ainsi, des lettres de liaisons ont également été réalisées pour des patients avec un score inférieur à 3.

7. La séance d'ATP 2 « Mon livret de sortie »

Grâce à la Cs, un LPS ou un plan de prise des médicaments peuvent être élaborés afin d'informer et éduquer le patient. Ce document est remis au cours d'une séance d'accompagnement thérapeutique n°2 « Mon livret de sortie ». Cette séance permet l'explication des changements dans les médicaments pour renforcer l'adhésion thérapeutique et s'assurer de la continuité des soins.

Au cours de l'année 2018, 270 séances d'ATP2 ont eu lieu, correspondant à 12 % des patients ayant reçu une Ca. Ces séances ont permis de remettre 189 LPS et 96 plans de prise des médicaments.

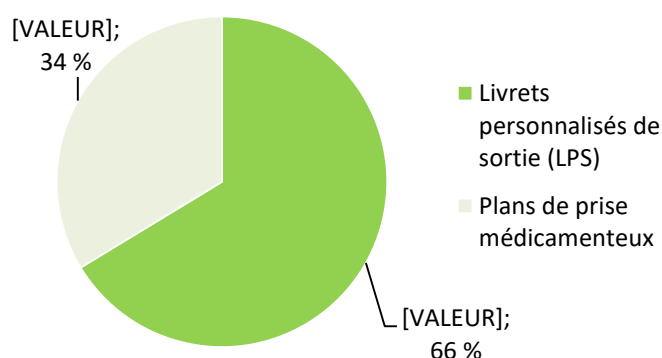


Figure 20 : Répartition LPS/plans de prise des médicaments en 2018



Dans certains cas, ces documents ne peuvent pas être remis par l'équipe MEDISIS car le patient est déjà sorti de l'hôpital. L'équipe peut faire intervenir un professionnel de santé libéral pour la remise du document et l'explication des changements dans les médicaments. En 2018, 23 LPS et 2 plans de prise des médicaments ont été remis par le pharmacien d'officine du patient. Dans 100 % des cas le pharmacien a accepté de réaliser la remise du document lorsqu'il a été sollicité.

8. Coordination au sein du Parcours de soins MEDISIS

Suite à la séance d'ATP 2, l'équipe MEDISIS a parfois été amenée à contacter les professionnels de santé de ville du patient. Ainsi, le médecin traitant a été contacté 92 fois sur 270 séances d'ATP 2 menées, ce qui représente la moitié des contacts téléphoniques réalisés.

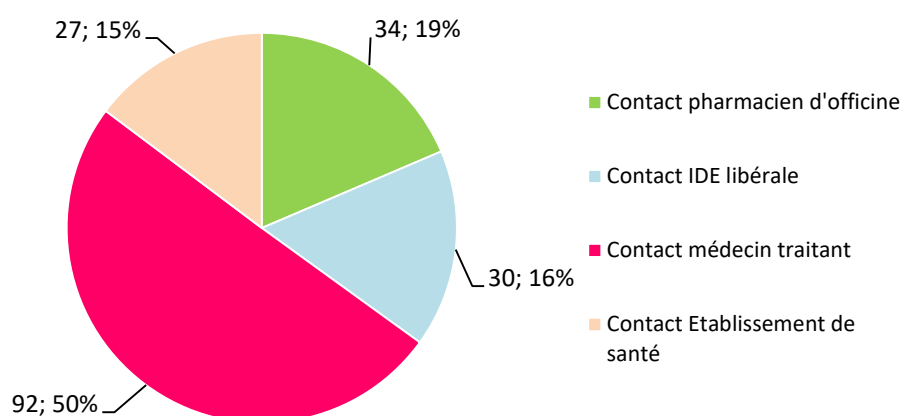


Figure 21 : Répartition des actions de coordination post séance d'ATP2 en 2018



Il est parfois nécessaire de demander aux pharmaciens d'officine de remettre un LPS ou un plan de prise à son patient. Ceci est notamment dû au court laps de temps entre l'annonce de la sortie à l'équipe MEDISIS et la sortie effective du patient. En effet, l'équipe ne bénéficie la plupart du temps que de quelques heures pour réaliser plusieurs LPS en même temps et totalement individualisés et personnalisés. Il arrive ainsi que le patient soit déjà sorti lorsque l'équipe a pu achever son travail. Le document est alors remis par le pharmacien d'officine qui réalise alors la séance d'ATP2 après avoir reçu les explications nécessaires auprès de l'équipe MEDISIS.

Les professionnels de santé de ville du patient sont régulièrement contactés par téléphone afin de renforcer la communication ville-hôpital. En effet, il peut être important de contacter le médecin traitant en plus du courrier de liaison pour lui signaler une problématique mise en évidence au cours des séances d'ATP par exemple. Il peut également être judicieux de contacter l'IDE à domicile ou l'établissement de santé où le patient est transféré (SSR, EHPAD) pour les informer des changements de thérapeutiques ou encore pour l'IDE lui signaler la présence d'un LPS qu'elle pourra consulter avec le patient. C'est souvent dans les cas le plus complexes que cette coordination est la plus importante :

- Ce fut notamment le cas pour une patiente sourde et malvoyante à qui un plan de prise a été remis sans explication. Sa fille, professionnel de santé, a été contactée pour explication des modifications du traitement.
- Dans un autre cas, une IDE libérale a été contactée car la patiente était démente.
- Devant un problème de stockage intempestif de médicaments à domicile, le médecin traitant d'un patient a été contacté. Il lui a été proposé de faire le tri dans les médicaments stockés à domicile lors d'une prochaine visite.
- Une IDE libérale a été contactée pour explication détaillée des protocoles de pansement de son patient.

9. Le retour à domicile

En 2018, la partie MEDISIS –Ville n'était pas développée dans sa totalité. La partie « ville » était en cours de création. Seule la consultation de suivi à 30 jours de la sortie avec le médecin gériatre de l'équipe était effective.

Ainsi, 108 consultations gériatriques ont été organisées à partir de mi-février 2018.



Grâce à la base de données complétée en temps réel, il est également possible de relever le nombre de recours à l'hospitalisation à 30 jours. En 2018, 450 patients ayant bénéficiés du parcours de soins MEDISIS ont dû retourner à

l'hôpital dans les 30 jours (hospitalisation ou simple passage aux urgences), soit 21 % des patients conciliés à l'admission.

10. Analyse globale du parcours de soins MEDISIS en 2018

De la même façon qu'en 2017, une analyse globale de l'activité du parcours de soins MEDISIS a pu être établie en 2018.

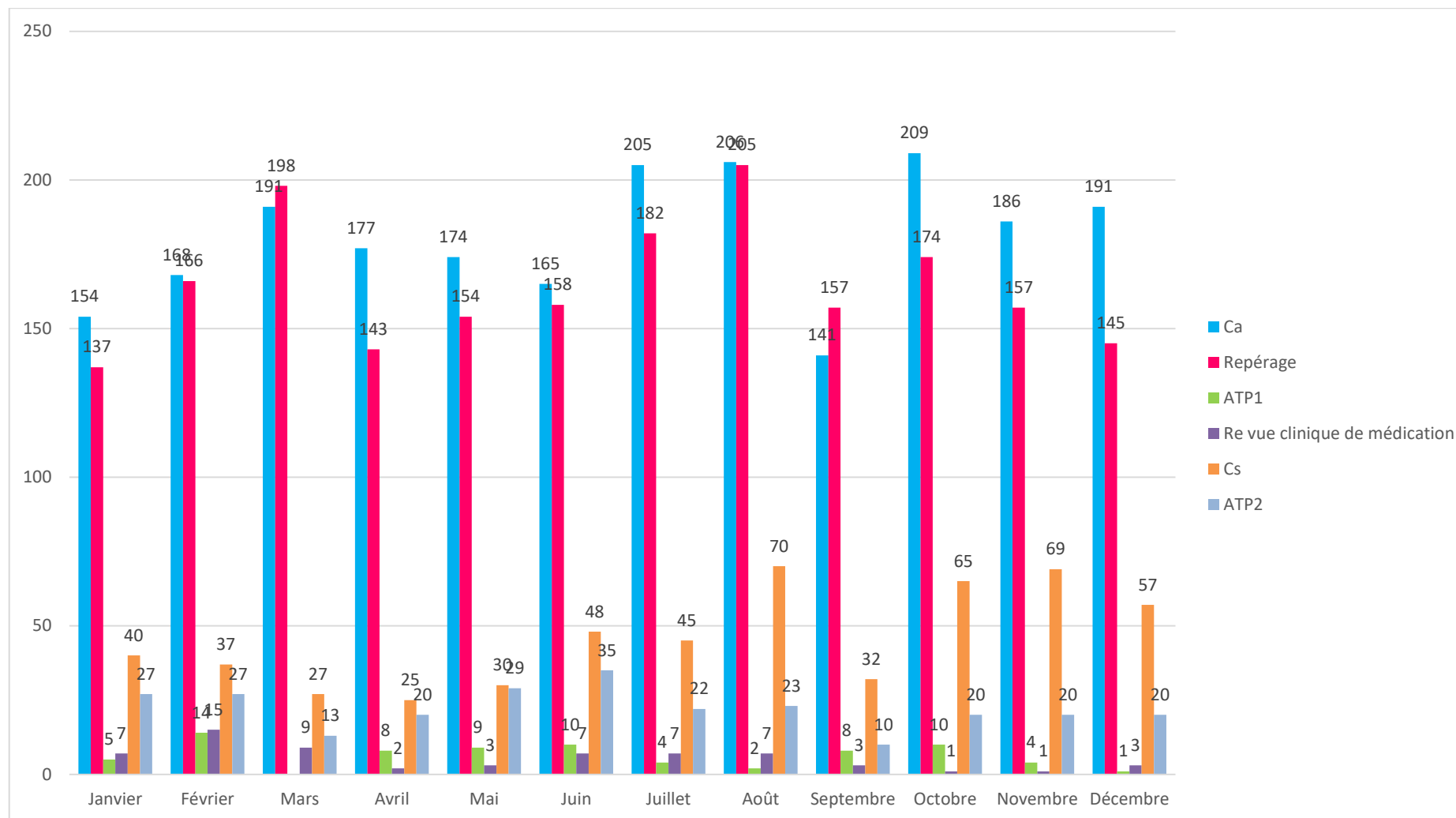


Figure 22 : Evolution de l'ensemble des actions MEDISIS 2018



Une diminution de l'activité d'ATP1 au cours des mois de Mars et Avril est constatée. Cette période a été une période charnière pour l'équipe MEDISIS, qui a élaboré le parcours MEDISIS-Ville, limitant ainsi l'activité de routine. De plus, la diminution conséquente d'activité de Ca en septembre est justifiée par l'absence d'externes en pharmacie au cours du mois. Les externes en pharmacie ont pour mission majeure la réalisation des conciliations médicamenteuses à l'admission au sein des services du CHL.

Au cours de l'année 2018, l'ensemble du Parcours de soins MEDISIS – Hôpital est pleinement déployé permettant comparativement à l'année 2017 de gérer l'ensemble des actions MEDISIS de façon plus pérenne. En effet, la gestion de projet ou l'effet vase communicant lors de la mise en place d'une nouvelle activité ne sont pas retrouvés ici.

C. Année 2019

L'année 2019 a permis le lancement de la partie ville du parcours de soins MEDISIS. Après avoir complètement développé le parcours au niveau hospitalier en 2018, MEDISIS s'est développé en dehors de l'hôpital et ce notamment grâce à l'avenant 11 du CPOM (contrat pluri annuel d'objectif et de moyen) entre URPS Pharmaciens Grand Est et l'ARS. Cet avenant a créé le cadre expérimental pour la rémunération des pharmaciens d'officine pour chaque séance d'ATP réalisée en ville.

1. Caractérisation de la population

En 2019, 2610 patients étaient éligibles au parcours de soins MEDISIS. Le sexe ratio homme/femme est de 0,81. La moyenne d'âge des patients s'élève à 81 ans. Mille sept cinquante et un patients, soit 67 % des patients, bénéficient d'une affection de longue durée. La durée moyenne de séjour est de 9 jours.

Le devenir des patients à la sortie du service de soins a été recueilli et est présenté ci-dessous.

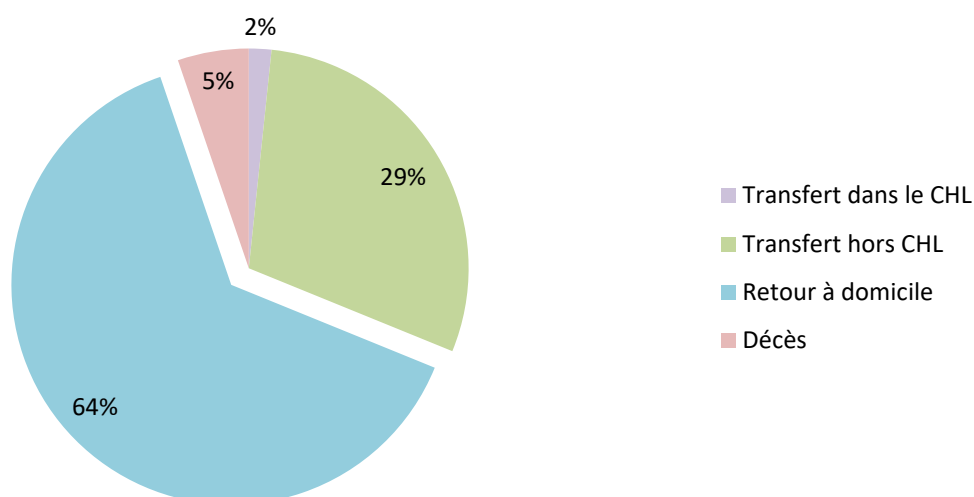


Figure 23 : Présentation du devenir des patients éligibles au parcours de soins MEDISIS en 2019

2. Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission

Au cours de l'année 2019, 2354 patients ont bénéficié d'une conciliation des traitements médicamenteux à l'admission, soit 90 % des patients âgés de plus de 65 ans admis au CHL via les urgences.

Grâce à la conciliation à l'admission 3 erreurs médicamenteuses ont été interceptées en moyenne par patient.

Vingt-huit conciliations ont été réalisées en proactif sur l'ensemble de l'année.

3. Du repérage du risque de ré-hospitalisation au profilage des patients MEDISIS

En 2019, 1931 patients pour lesquels une conciliation des médicaments à l'admission a été entreprise ont été repérés par l'infirmière de l'équipe MEDISIS, soit 82 %.

L'IDE MEDISIS permet également d'objectiver un état grabataire chez les patients MEDISIS. En effet, en 2019, 40 patients ont été étiquetés grabataires suite au profilage.



L'année 2019 a été un tournant pour l'activité de repérage. En effet, au cours de l'année, cette action du parcours de soins MEDISIS a évolué pour devenir une activité de profilage et non plus de repérage du risque de ré-hospitalisation. Le score a été abandonné et l'équipe s'est davantage consacrée au profil des patients admis dans le parcours de soins : adhésion thérapeutique, gestion des traitements, problématiques du patient pouvant nécessiter une prise en charge par l'équipe MEDISIS. Ainsi, l'IDE a en charge de profiler les patients bénéficiant des différentes actions du parcours pour personnaliser davantage celui-ci : « Le patient nécessite-t-il une séance d'ATP 1 ? » par exemple.

4. L'accompagnement thérapeutique séance 1 « Ma priorité »

Le nombre de séance d'accompagnement thérapeutique séance 1 « Ma priorité » a continué d'augmenter en 2019 par rapport aux années précédentes. Quatre-vingt-douze séances ont été réalisées. Il s'agit alors de 4 % de l'ensemble des patients conciliés à l'admission.

Vingt et un parcours « ville-hôpital » ont été réalisés.

Cette activité sera détaillée en seconde partie de ce travail.

5. La revue clinique de médication

Quatre-vingt-treize ordonnances ont pu être analysées et révisées par un pharmacien et le médecin gériatre au cours de l'année 2019, soit une augmentation de 45 % de l'activité par rapport à l'année 2018.

En moyenne, 2 propositions de modifications dans l'ordonnance étaient apportées par l'équipe pluridisciplinaire. Pour 25 ordonnances, la revue clinique de médication n'a pas abouti à des propositions de modifications. Deux propositions et demie étaient acceptées en moyenne par l'équipe hospitalière en charge du patient.

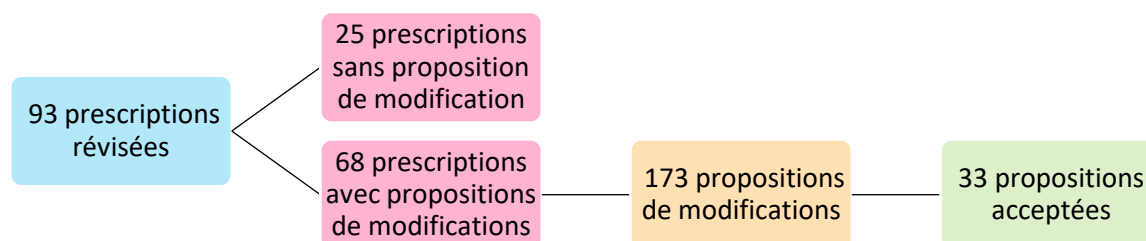


Figure 24 : Devenir des revues cliniques de médication en 2019



En analysant la base de données, il est constaté que l'onglet « Nombre de propositions acceptées » n'est que très peu complété. L'équipe MEDISIS ne prend pas toujours le temps de retourner sur l'onglet pour valider la prise en compte par le médecin hospitalier.

6. La conciliation des traitements médicamenteux de sortie (Cs)

En 2019, 466 patients ont bénéficié d'une conciliation des traitements médicamenteux à la sortie, soit 20 % des patients conciliés lors de leur admission. En moyenne, 0,3 erreur médicamenteuse était retrouvée par Cs.

Cette activité a permis de réaliser davantage de lettres de liaisons, soit 431 lettres de liaison avec conciliation des traitements médicamenteux à la sortie, soit pour 18 % des patients conciliés à l'admission.



En octobre 2019, une réunion a eu lieu entre médecins généralistes libéraux, pharmaciens d'officines et IDE libérales du territoire lunévillois. Cette réunion avait pour but d'échanger autour des courriers de conciliations médicamenteuses à la sortie. La lettre de liaison établie par l'équipe MEDISIS semble avoir « révolutionné » la pratique des médecins traitants. L'ensemble des retours de cette réunion a conforté l'équipe dans l'intérêt du travail élaboré.

7. La séance d'ATP 2 « Mon livret de sortie »

Tout au long de l'année 2019, 161 séances d'ATP2 ont eu lieu, correspondant à 7 % des patients ayant reçus une Ca. Ces séances ont permis de remettre 79 LPS et 88 plans de prise des médicaments.

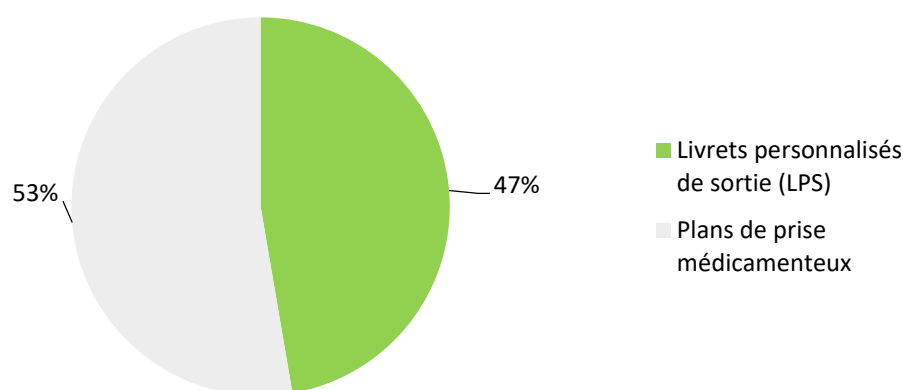


Figure 25 : Répartition LPS/plans de prise de médicaments en 2019



L'activité d'accompagnement thérapeutique n°2 avec remise d'un LPS ou d'un plan de prise des médicaments a diminué par rapport à l'année 2018. Plusieurs facteurs rentrent en jeu dans cette baisse d'activité. D'une part, au cours de l'année 2019, le poste d'interne en pharmacie a été supprimé. De même, la gestion de projet autour du développement du parcours ville et la réalisation d'un dossier Article 51 a été extrêmement prenante, obligeant alors l'équipe MEDISIS à réduire son activité de routine.

8. Coordination au sein du parcours

Dix LPS et 15 plans de prises des médicaments ont été remis par le pharmacien d'officine du patient.

Suite à la séance d'ATP2, l'équipe MEDISIS a contacté 79 fois le pharmacien d'officine du patient, représentant quasiment la moitié des contacts téléphoniques et plus du double par rapport à l'année 2018.

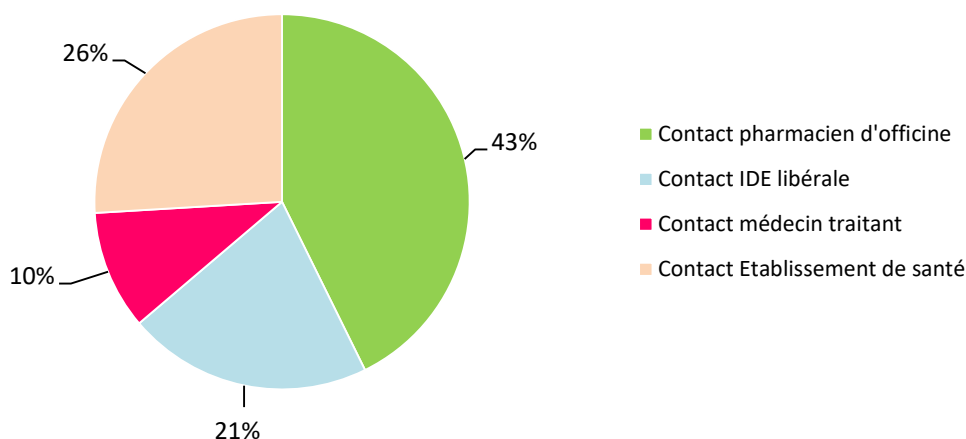


Figure 26 : Répartition des actions de coordination post séance d'ATP2 en 2019



Les pharmaciens d'officine ont davantage été contactés en 2019. En effet, suite au développement du parcours de soins MEDISIS-Ville il a été nécessaire de contacter les pharmaciens d'officine des patients afin de les informer en cas de programmation de séance d'ATP 3, 4 et 5. Le médecin traitant est également prévenu pour chaque patient bénéficiant du parcours A.

9. Le retour à domicile

C'est au cours de l'année 2019 que la globalité du Parcours de soins MEDISIS (Hospitalier + Ville) a pu être mise en œuvre.

La première séance d'ATP en ville a été menée en mars 2019.

Depuis le début du parcours MEDISIS-Ville, 45 séances ont été réalisées au bénéfice de 25 patients. Neuf pharmacies ont pu proposer la prestation aux patients parmi les 15 pharmacies formées en 2019.

Parmi ces séances, 17 séances d'ATP 3 ont été menées, 12 ATP 4, 13 ATP 5 et 3 séances d'ATP6 organisée pour préparer une téléconsultation.

Soixante-treize consultations gériatriques ont été organisées à 30 jours après le retour à domicile dont 3 en téléconsultation.

Le nombre de recours à l'hospitalisation à 30 jours a également pu être relevé. En 2019, 238 patients ayant bénéficiés du parcours de soins MEDISIS ont dû, après un retour à domicile, retourner à l'hôpital dans les 30 jours (hospitalisation ou simple passage aux urgences).

10. Analyse globale du parcours de soins MEDISIS en 2019

Une analyse globale de l'activité du Parcours de soins MEDISIS a pu être établie en 2019.

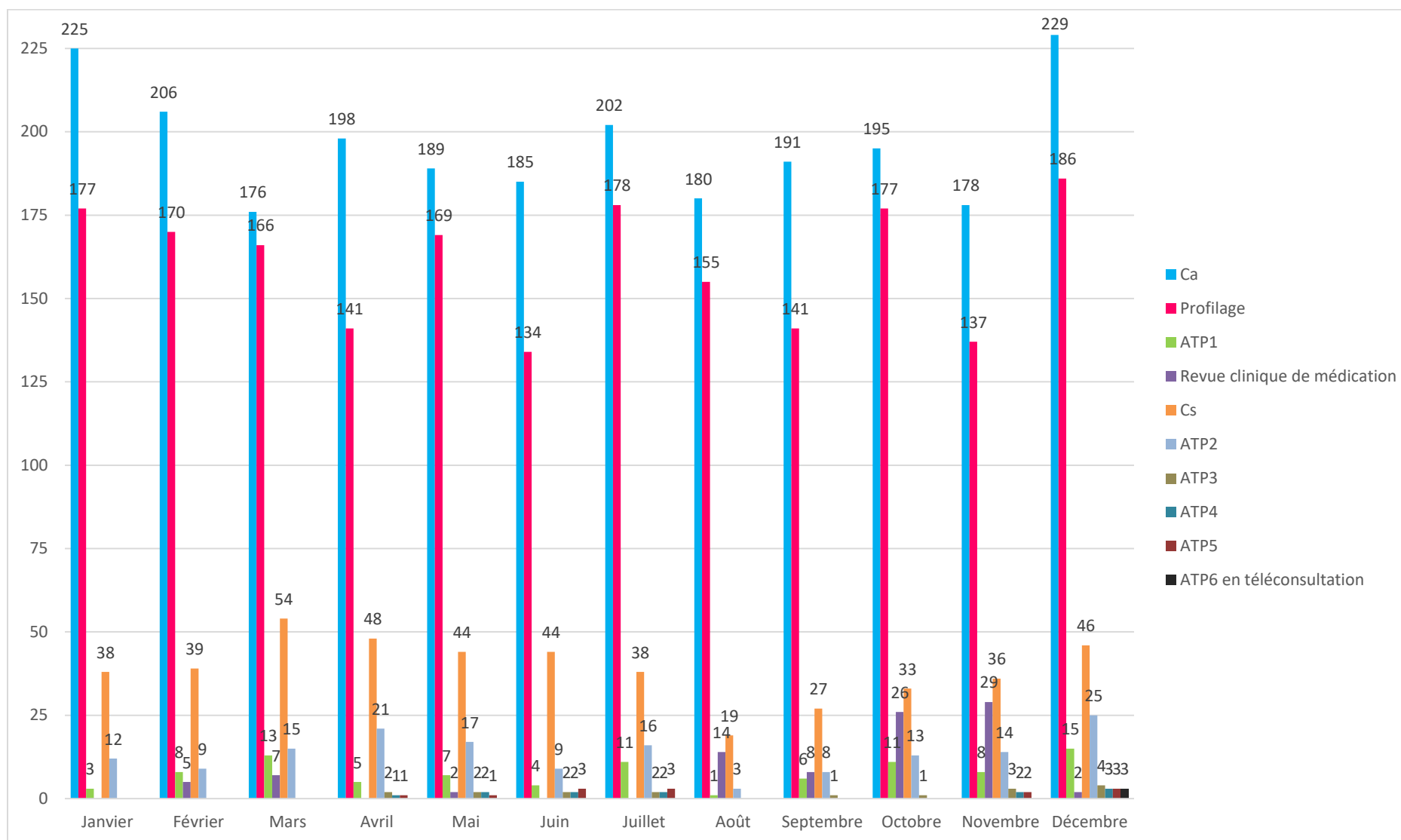


Figure 27 : Evolution de l'ensemble des actions MEDISIS en 2019



On constate une activité plus réduite début 2019. Le début d'année a été une période charnière dans la formation des pharmaciens d'officine aux séances d'ATP-Ville (25 heures de formation dispensées en tout ou temps de préparation de celles-ci), induisant une diminution de l'activité de l'équipe. L'activité d'ATP est également très diminuée de mai à novembre. Cela s'explique par l'absence d'interne en pharmacie au cours de ce semestre. L'activité a peu à peu ré-augmenté à partir du mois d'octobre. En effet, un pharmacien assistant a été recruté et a commencé à exercer en octobre, permettant ainsi d'insuffler une nouvelle dynamique à l'équipe MEDISIS et de pouvoir continuer l'activité de routine malgré la gestion de projet. De même, dès novembre, le poste d'interne en pharmacie a été de nouveau pourvu. Ainsi, l'augmentation d'activité met à nouveau en avant l'aspect personnel-dépendant du parcours. En effet, en 2017, en début de projet l'équipe n'était composée que d'un pharmacien, d'une IDE à 0,5 ETP et d'un médecin gériatre à 0,2 ETP, en renfort de l'équipe Med'Rec de conciliation à l'admission (0,3 ETP pharmacien et 4 x 0,6 ETP externe en pharmacie).

D. Évolution de l'activité MEDISIS de 2017 à 2019

Du lancement du parcours en 2017 au déploiement de MEDISIS-Ville en 2019, le Parcours de soins MEDISIS et ses activités ont évolué au fil du temps. Une augmentation des activités de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission est observée chaque année. Le nombre de patients repérés a augmenté d'environ 25 % entre 2017 et 2018, signant une activité opérationnelle après un an de développement. Le nombre de revues cliniques de médication, quant à lui, est variable d'une année à l'autre, dépendant de la disponibilité notamment du médecin gériatre de l'équipe. Les séances d'accompagnement thérapeutique n°1 « Ma priorité » ont, elles, nettement augmenté au fil des années, avec 6,5 fois plus de séances en 2018 qu'en 2017 et encore 43 % de plus de 2018 à 2019. Les activités de conciliations des traitements médicamenteux à la sortie et d'ATP 2 ont augmenté en 2018 par rapport à 2017, de 59 % et 151 % respectivement, puis diminué avec une baisse d'activité de 15 % pour les Cs et de 39 % pour les ATP 2. Cette diminution d'activité en sortie d'hospitalisation peut être expliquée par le temps plus important consacré à chaque sortie et les actions de coordination avec les professionnels de santé libéraux. En effet, l'année 2019 est marquée par le début des séances d'ATP en ville avec 59 séances réalisées au total. L'évolution de l'activité en « vases communicants » est sans doute le témoin de l'atteinte d'un plateau. En effet l'activité, pour être davantage développée pour plus de patient, nécessite plus de ressources humaines.

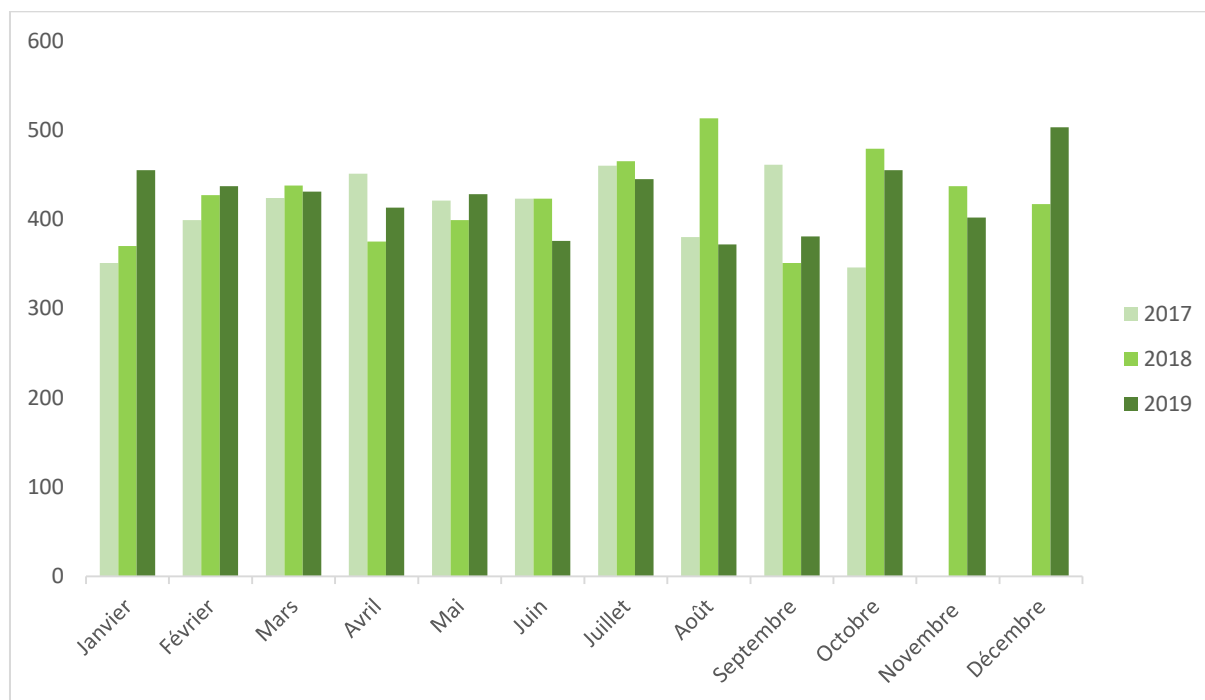


Figure 28 : Activités totales réalisées au sein du Parcours de soins MEDISIS de 2017 à 2019

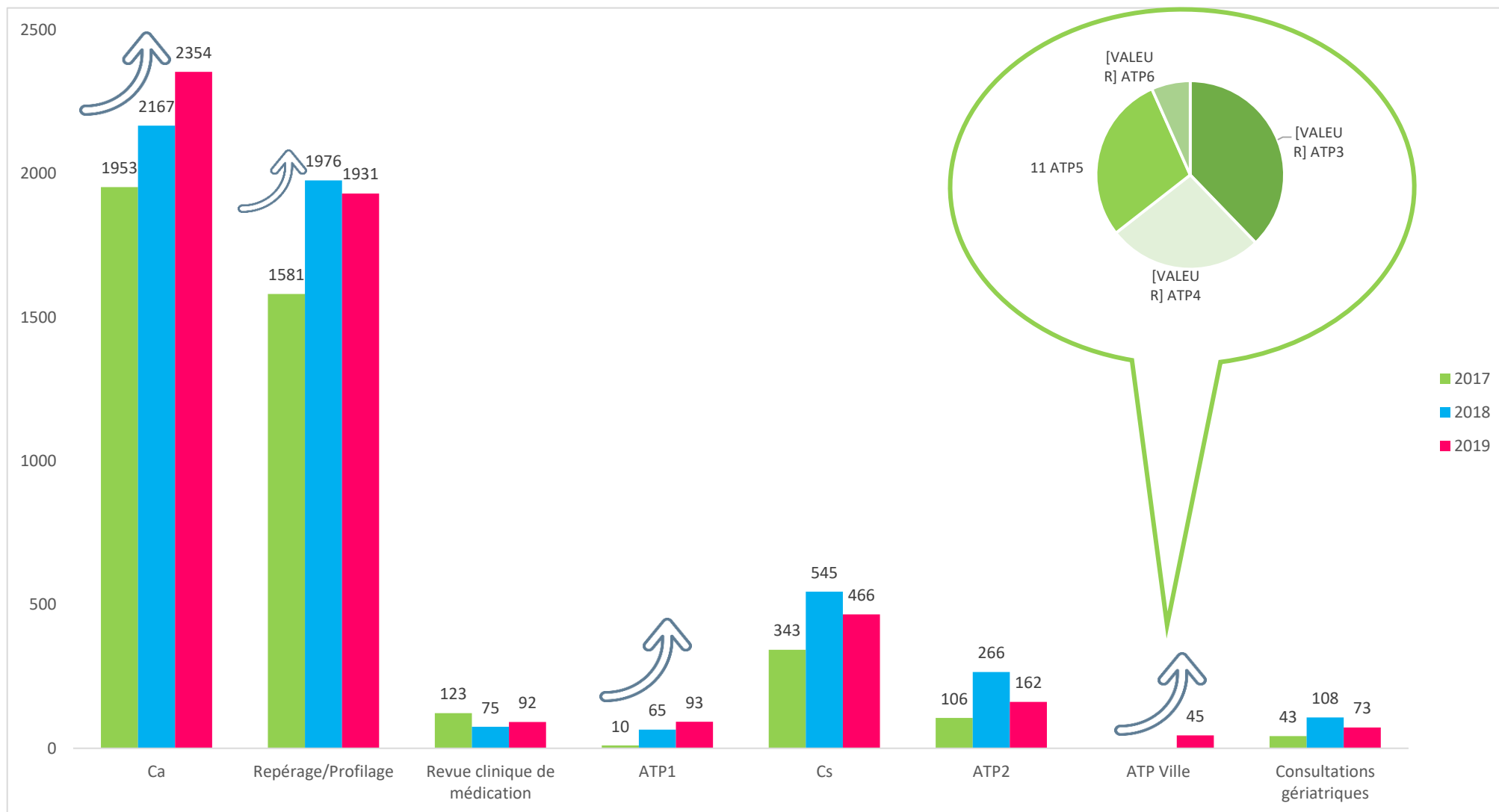


Figure 29 : Evolution de l'activité MEDISIS de 2017 à 2019

E. Focus sur les séances d'Accompagnement Thérapeutique du Patient « Ma priorité » (ATP1)

Trente comptes rendus de séances d'accompagnement thérapeutique du patient « Ma priorité » menées au cours de l'année 2019 ont été analysés.

Différentes thématiques sont abordées au cours du questionnaire : Adhésion thérapeutique, gestion des médicaments, automédication, compréhension du patient, priorités du patient et du soignant, freins et zones d'ombre.

Centre hospitalier de Lunéville		mai 2020	
Réalisé par		NOM	
Le ☐ Entretien de compréhension OMAGE		Accompagnement thérapeutique MEDISIS	
		Compte rendu Séance 1 "Ma priorité"	
		Prénom	Date de naissance
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	
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 ?		NON	
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 non optimale au traitement			
Problématiques mises en évidence			
Positionnement du patient ?			
GESTION DES MEDICAMENTS A DOMICILE			
Qui cherche les médicaments à la pharmacie ?			
Comment est effectué le stockage ?			
Par qui et comment sont préparés les médicaments à prendre ?			
Ecrasez vous vos médicaments/Ouvrez vous vos gélules ? Pourquoi ?			
Qui administre les médicaments ?			
Gardez vous les médicaments qui ne vous servent plus ?			
Problématiques mises en évidence			
Positionnement du patient ?			
AUTOMEDICATION			
Vous arrive-t-il d'être constipé ?		Si oui, que faites-vous ? Pourquoi ?	
Vous arrive-t-il d'avoir des douleurs ?			
Vous arrive-t-il d'avoir du mal à dormir ?			
Vous arrive-t-il de ressentir du stress ?			
Vous arrive-t-il d'avoir un autre trac au quotidien ?			
Lequel ?			
Avez-vous recours à des thérapies alternatives complémentaires ?			
Problématiques mises en évidence			
Positionnement du patient ?			
CONNAISSANCES/COMPÉTENCES DU PATIENT "le patient est capable de"			
Restituer la liste complète de ses médicaments			
Expliquer le rôle et l' intérêt de ses médicaments			
Expliquer les effets indésirables			
Expliquer pourquoi il a été hospitalisé			
Restituer les signes qui doivent l'alerter			
Réagir de façon adaptée aux signes d'alerte			
Problématiques mises en évidence			
Positionnement du patient ?			
PRIORITÉ(S) DU PATIENT			
ENJEUX IDENTIFIÉS			
RESSOURCES DU PATIENT			
Internes			
Externes			
FREIN(S) DU PATIENT			
ZONE(S) D'OMBRE			
Parcours MEDISIS à proposer au patient*			
Commentaires			

Figure 30 : Fiche « Accompagnement thérapeutique MEDISIS, compte rendu Séance 1 « Ma priorité »

1. Déroulement des entretiens

Sur l'ensemble des entretiens d'ATP1 sélectionnés, plus de la moitié, 16 sur 30, ont été réalisés selon la méthode de l'entretien de compréhension OMAGE, avec les cartes adaptées.

Les entretiens ont été menés soit par un pharmacien, soit par l'infirmière de l'équipe, soit par un interne en pharmacie ou encore en binôme pharmacien et infirmière.

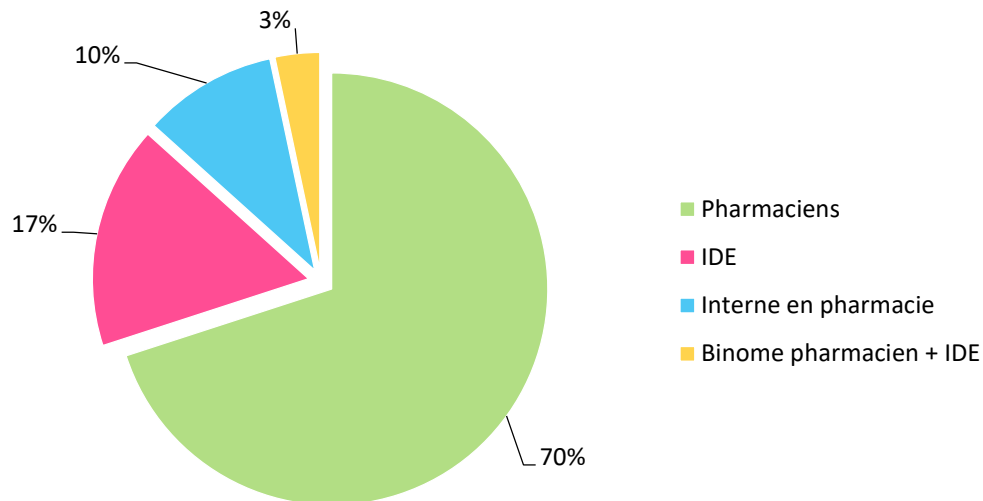


Figure 31 : Professionnels de santé ayant mené les séances d'ATP1



La majorité des entretiens sont réalisés par un pharmacien. En effet, dès novembre un pharmacien assistant spécialiste a été recruté dans l'équipe MEDISIS. Déchargé de gestion de projet, contrairement au pharmacien chef de projet, et à temps plein contrairement à l'IDE de l'équipe, ce dernier peut réaliser davantage de séances d'ATP 1 que le reste de l'équipe. Seul 10 % des entretiens ont été conduits par un interne en pharmacie. En effet, à partir de mai 2019 le poste d'interne MEDISIS a été fermé.

2. Les problématiques d'observance relevées

Les séances d'ATP 1 ont permis notamment de déceler des problématiques liées à l'observance thérapeutique des patients.

Sur les 30 comptes rendus analysés, 20 patients présentaient des difficultés d'adhésion thérapeutique, soit 67 % des patients. Ces problèmes d'adhésion ont été objectivés grâce à la réalisation systématique d'un questionnaire de Girerd au cours de la séance.

Chaque réponse positive correspond à 1 point. Un score total à 0 traduit une bonne adhésion thérapeutique. Un score compris entre 1 et 2 équivaut à une adhésion thérapeutique non optimale. Au-dessus de 3 l'adhésion est considérée comme mauvaise.

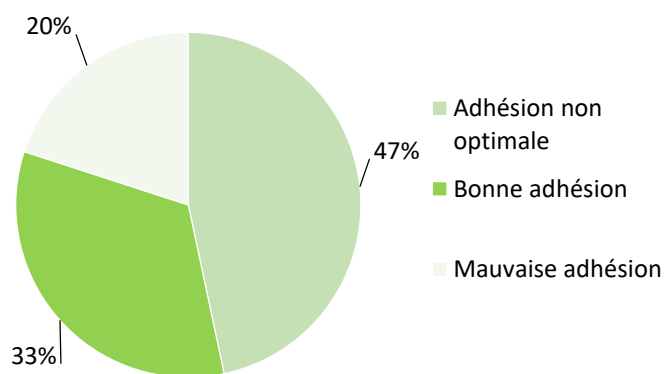


Figure 32 : Adhésion thérapeutique selon le questionnaire de Girerd



Le questionnaire de Girerd permet d'évaluer l'observance du patient. Cependant, il présente des limites, car de nombreux patients considérés comme bons observants selon le questionnaire de Girerd présentent néanmoins des problèmes d'adhésion thérapeutique.



Nombreux sont les exemples de divergence entre résultat de Girerd et problèmes d'adhésion thérapeutique réels rencontrés. Des exemples de questionnaire de Girerd sont présentés ci-dessous.

Une patiente a obtenu « bonne adhésion » au questionnaire cependant elle a d'elle-même diminué la posologie de son diurétique de 2 comprimés à $\frac{1}{2}$ comprimé par jour.

Une autre patiente est dite « bonne observante » mais elle confond régulièrement les deux dosages de LEVOTHYROX qu'elle doit prendre. De plus, elle les prépare dans des petits pots étiquetés mais en déblistérant l'ensemble des comprimés et en coupant en deux ceux nécessaires.

Un patient peut obtenir « bonne adhésion » alors qu'il ne gère pas du tout son traitement. C'est le cas d'un patient dont la femme gère l'ensemble de sa prise en charge.

Des divergences entre résultat du questionnaire de Girerd sont également repérées en termes d'importance des problèmes rencontrés. Par exemple, une patiente obtient « Adhésion non optimale au traitement », résultat intermédiaire du questionnaire. Cependant, la problématique majeure relevée concerne l'oubli de son traitement anticoagulant et l'absence d'inquiétude de la patiente à ce sujet.

ADHESION THERAPEUTIQUE (Girerd et al.)	
Vous arrive t il régulièrement d'oublier de prendre vos médicaments ?	OUI
Vous arrive t il d'être en panne de médicaments ?	OUI
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 ?	NON
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 ?	OUI
Pensez vous que vous avez trop de médicaments à prendre ?	NON
Mauvaise adhésion au traitement	
Problématiques mises en évidence	La patiente oublie régulièrement son traitement.
Positionnement du patient ?	"Il y a tellement de chose à penser aujourd'hui". Cela ne lui semble pas trop grave car elle ne ressent pas les effets bénéfiques.

Figure 33 : Exemple de questionnaire de Girerd "mauvaise adhésion"

ADHESION THERAPEUTIQUE (Girerd et al.)	
Vous arrive t il régulièrement d'oublier de prendre vos médicaments ?	OUI
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 ?	NON
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 non optimale au traitement	
Problématiques mises en évidence	La patiente oublie son PREVISCAN le soir lorsqu'elle sort. Tous les autres traitements sont prescrits le matin.
Positionnement du patient ?	Cela ne semble pas trop important pour elle.

Figure 34 : Exemple de questionnaire de Girerd "adhésion non optimale"

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
Vous est il déjà arrivé de prendre vos médicaments avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	NON
Vous est il déjà arrivé de ne pas prendre vos médicaments car vous ne vous en souveniez plus ?	NON
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
Bonne adhésion au traitement	
Problématiques mises en évidence	La patiente a beaucoup de traitement (mais s'en incomode).
Positionnement du patient ?	

Figure 35 : Exemple de questionnaire de Girerd "bonne adhésion"

Parmi les problématiques relevées au moment du questionnaire de Girerd, plus de 40 % des patients se sont plaints d'avoir un trop grand nombre de médicaments. De même, 13 patients soit 43 % ont confié avoir déjà arrêté un médicament en raison d'effets indésirables. Parmi eux, 5 déclarent l'avoir fait de leur propre chef sans information médicale au préalable, 2 ont informé leur médecin de leur souhait d'arrêter le traitement et 1 patiente a réalisé l'arrêt en collaboration avec son médecin.

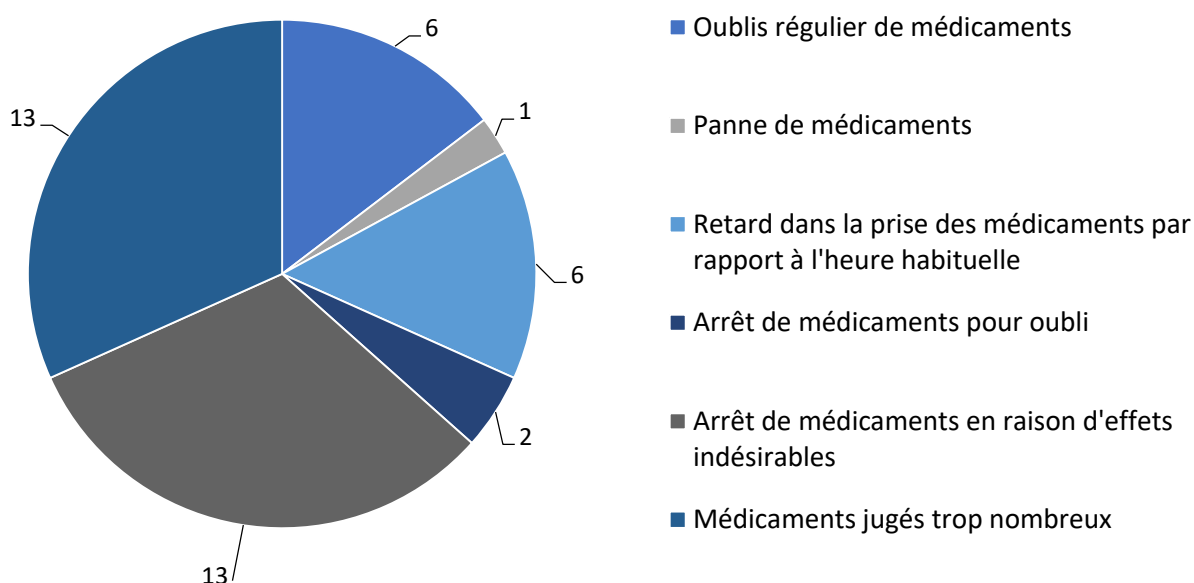


Figure 36 : Répartition des problématiques liées à l'observance chez les patients MEDISIS

Ce questionnaire a permis de mettre en avant une gestion parfois anarchique des traitements par le patient pouvant justifier notamment l'hospitalisation.



Ainsi, un patient a reconnu ne prendre son traitement antiagrégant plaquettaire par KARDEGIC qu'un jour sur deux estimant seul son sang « *trop fluide* ».

Une autre patiente hospitalisée pour décompensation cardiaque a expliqué au cours de l'entretien ne prendre qu'un demi comprimé de FUROSEMIDE contre 2 prescrits par son médecin traitant se plaignant d'urines trop fréquentes et d'une sensation de soif trop importante, effets inconfortables mais totalement liés à l'efficacité du traitement.

De même, une patiente explique avoir stoppé tout traitement dans les 2 semaines précédant son hospitalisation pour décompensation cardiaque. La majorité de ces adaptations thérapeutiques ont été réalisées par le patient sans concertation avec son médecin traitant.

3. La gestion du traitement médicamenteux à domicile

Au cours des séances d'ATP 1, le patient est interrogé quant à la gestion de ses médicaments à domicile. Parmi les 30 patients ayant bénéficié de cette séance, 10, soit 33 % semblent présenter des problèmes de gestion des traitements à domicile.

Sur les 30 comptes rendus analysés, 12 patients semblaient gérer seuls leur traitement, sans l'aide d'un tiers pour l'ensemble de la gestion : approvisionnement, préparation et administration. Pour les 18 autres patients, différents aidants intervenaient pour la gestion des médicaments. Les enfants semblent être les aidants majoritaires. Certains patients ont quant à eux différents aidants, le fils gérant l'approvisionnement et la préparation étant

laissée à la charge d'une IDE libérale par exemple. Parmi les 30 patients sélectionnés, 1 patient n'était pas du tout acteur de sa santé, laissant sa femme gérer l'entièreté de sa prise en charge, d'un point de vue organisationnel comme en matière de connaissances de sa pathologie et de son traitement.

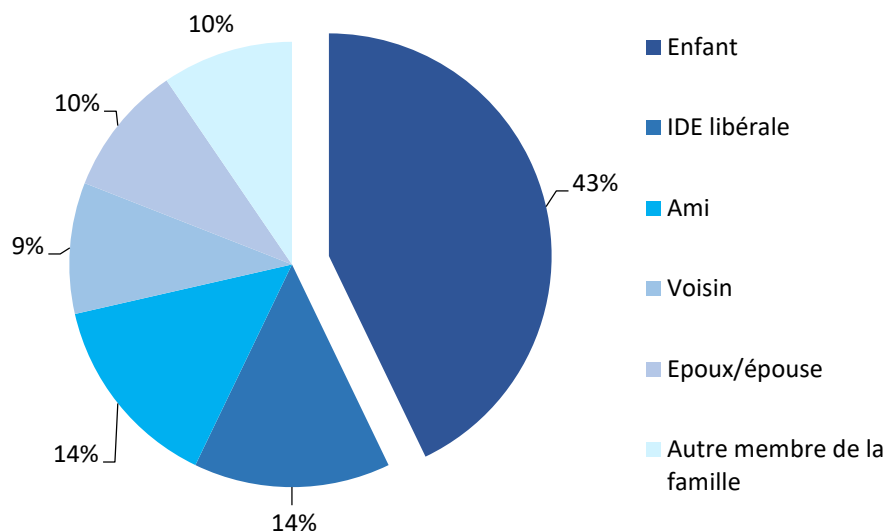


Figure 37 : Répartition des aidants impliqués dans la gestion des traitements médicamenteux à domicile

Les séances d'ATP 1 sont un temps d'échange permettant de révéler certaines problématiques rarement mises en avant. Au cours de ces 30 séances, 6 patients ont exprimé des difficultés pour avaler les comprimés prescrits par leur médecin. Dans ce cas, les patients coupaient ou écrasaient leurs comprimés sans avoir été informés au préalable des risques que cela pouvait comporter et sans en avoir informé leurs professionnels de santé. Certains exprimaient une gêne si importante qu'elle portait préjudice à la bonne observance du traitement.



Un patient aux antécédents de cancer ORL présentait des troubles de la déglutition. Suite à l'entretien, le pharmacien ayant rencontré le patient a constaté que parmi les 9 médicaments pris par le patient, 4 pouvaient être ouverts ou écrasés, pour les 4, une alternative était disponible pour faciliter la prise médicamenteuse et 1 seul médicament ne pouvait ni être écrasé, ni remplacé par une autre forme galénique. Grâce à la remise du compte-rendu au médecin hospitalier en charge du patient une adaptation du traitement a pu être réalisée, améliorant ainsi le confort et l'observance du patient.

4. Les problématiques liées à l'automédication

Une partie de l'entretien est consacrée à l'automédication. La majorité des patients ne semblent pas avoir recours à l'automédication, seulement 11 patients sur 30 déclarent s'automédiquer, soit 37 %. La constipation et les douleurs sont les désagréments prédominants rencontrés par les patients et justifiant le recours à l'automédication.

Seulement 4 patients, soit 13 %, déclarent utiliser des thérapeutiques alternatives, prenant de l'homéopathie ou de la phytothérapie pour traiter des troubles du transit ou du sommeil notamment.

5. Connaissances des patients vis à vis de leur santé

Un des objectifs primordiaux de la séance d'accompagnement thérapeutique du patient « Mes priorités » est d'établir un état des lieux des connaissances du patient envers sa ou ses pathologies et leur prise en charge. Ainsi, il est possible d'adapter au mieux la suite du Parcours de soins MEDISIS en apportant au patient les connaissances dont il a besoin.

Les patients sont questionnés sur leur traitement médicamenteux. Parmi les 30 comptes rendus d'ATP 1 analysés, seulement 10 patients étaient capables de restituer en entier la liste de leurs médicaments, soit 1/3 seulement.

La moitié des patients ne savent pas expliquer le rôle et l'intérêt de leur traitement. Un peu plus de la moitié (17) des patients étaient capables d'expliquer leur motif d'hospitalisation de manière plus ou moins détaillée. Les signes d'alerte sont dans l'ensemble connus des patients, avec seulement 11 patients ne les connaissant pas. En revanche 14 patients ne savent pas y réagir.

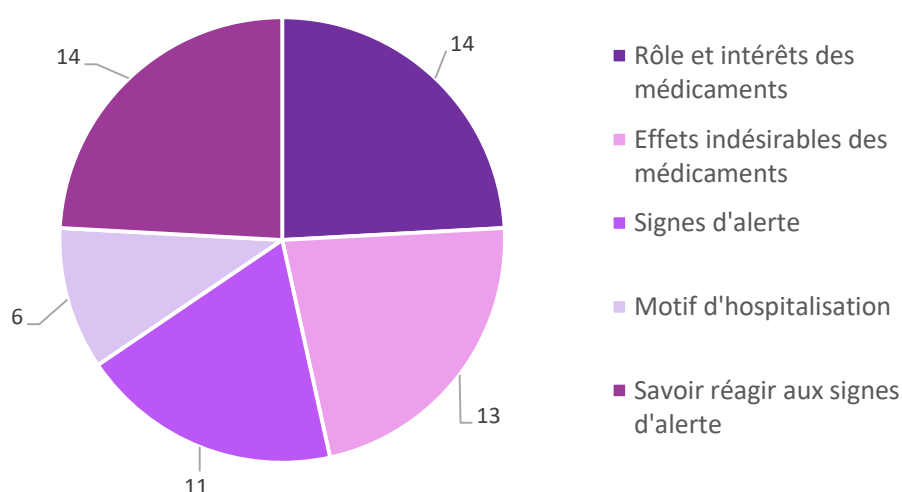


Figure 38 : Répartition des difficultés de compréhension des patients



L'entretien permet de mettre en avant le manque de lien entre pathologie-traitements-hospitalisation-signes d'alerte. Une patiente expliquait par exemple être hospitalisée car ses « *jambes étaient gonflées* » sans faire le lien avec l'arrêt de son diurétique et son insuffisance cardiaque. Certains patients présentent de réelles difficultés à réagir de façon appropriée aux signes d'alerte. C'est le cas notamment d'une patiente présentant une toux et ayant attendu très longtemps avant d'alerter son médecin traitant. De la même façon elle a attendu toute la nuit avant de contacter les secours. Une amie avait finalement dû l'amener aux urgences le matin. En revanche, une patiente a quant à elle su expliquer l'ensemble des signes d'alerte d'une décompensation cardiaque et réagir de façon adaptée : « *Quand il commence à y avoir trop d'eau accumulé, je suis fatiguée et j'ai du mal à respirer. Je ne sale pas beaucoup car c'est mauvais* ». Dans ce cas la patiente contacte son médecin traitant.

6. Un entretien pour connaître les priorités des patients

Les priorités du patient sont abordées au cours de l'entretien. En effet, elles peuvent apparaître comme un levier et une motivation pour la bonne adhésion thérapeutique. En analysant l'ensemble des 30 comptes rendus d'ATP1, des thématiques se sont avérées récurrentes. De même, certains patients expriment plusieurs priorités.

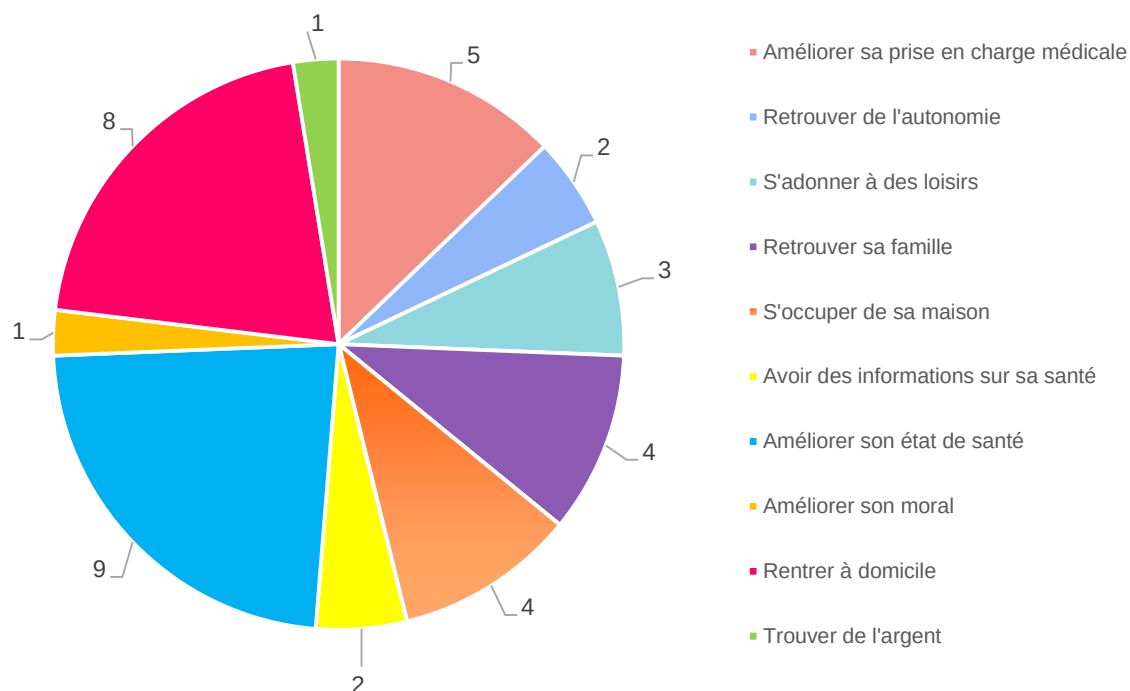


Figure 39 : Priorités des patients



Plusieurs patients s'expriment au cours de la séance en employant le champ lexical de l'autonomie et de l'hédonisme :
« *Je veux rester active.* »

Prendre le temps à sa sortie d'hospitalisation « *de bien faire les choses* » vis à vis de sa prise en charge médicale

« *Je souhaite rentrer chez moi, faire un bon repas, une bonne sieste et retourner voir mes amis place Léopold.* »

Cela peut donc constituer un levier motivationnel certain pour augmenter l'adhésion thérapeutique du patient.

Aux premiers abords, la majorité des priorités des patients ne semble pas avoir de lien avec leur prise en charge médicale. Cependant, elles permettent d'en connaître davantage sur les patients et de trouver des sources de motivation afin de rendre le patient acteur majeur de sa santé. En effet, un patient souhaitant rentrer à domicile est un patient qui ne veut pas retourner à l'hôpital. L'éduquer sur ses signes d'alerte et la façon optimale d'y réagir permettra au patient d'éviter un recours à l'hospitalisation précoce. Pour cela nous pouvons aider le patient à prendre conscience que les objectifs thérapeutiques et ses propres objectifs sont en réalité convergents.

De même, connaître les priorités du patient permettra au pharmacien d'adapter au mieux la suite du parcours de soins MEDISIS. Un patient souhaitant avoir davantage d'informations sur sa santé sera plus sensible à un LPS complet et détaillé. Le niveau d'« health literacy » est ainsi adapté à chaque patient.

7. Un entretien permettant d'identifier des enjeux

A la fin de l'entretien, au cours de la rédaction du compte-rendu le professionnel de santé ayant conduit l'ATP 1 porte sa réflexion sur les enjeux identifiés via la séance.

La majorité des enjeux décelés peut être pris en charge par le Parcours de soins MEDISIS et l'ensemble de son équipe.

En revanche, 33 % des enjeux identifiés nécessitent une mise en contact avec un professionnel de santé ou du domaine social extérieur à l'équipe MEDISIS.

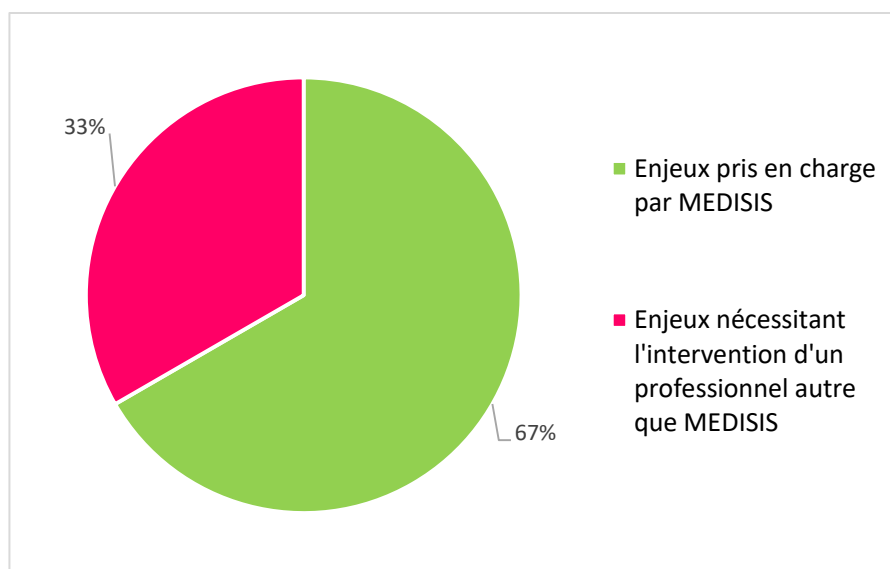


Figure 40 : Répartition du type d'enjeux identifiés

Les enjeux sont variés mais relèvent majoritairement du champ d'action de MEDISIS, en expliquant les médicaments au patient, en faisant le lien entre pathologie, traitement et signes d'alerte, en proposant des adaptations de traitement ou encore en augmentant l'adhésion thérapeutique du patient.

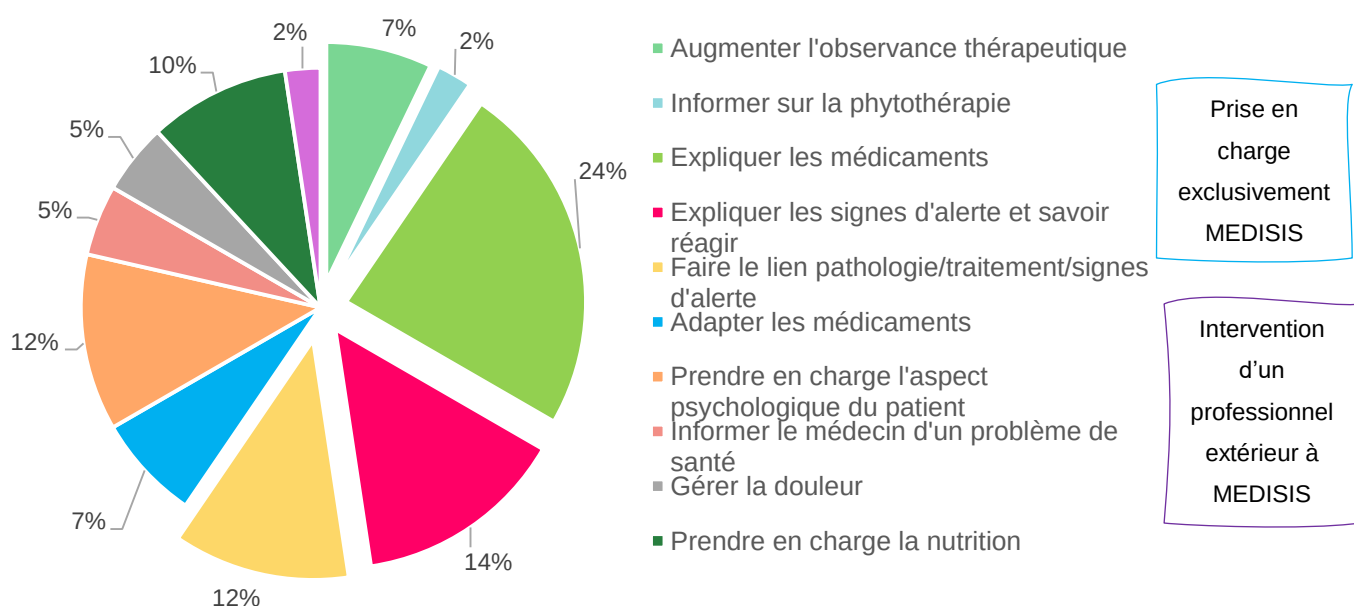


Figure 41 : Différents enjeux identifiés au cours de l'ATP1

8. Bénéfices de la séance d'ATP1

Intégrée dans le Parcours de soins MEDISIS la séance « Ma priorité » a pour bénéfice premier d'enrichir le parcours MEDISIS. Elle permet de personnaliser le parcours. Est-il pertinent de réaliser un LPS ou un plan de prise médicamenteux est-il suffisant ? Ce patient aurait-il un bénéfice à participer aux séances d'ATP réalisées en ville ? Une coordination

accrue avec les professionnels de santé libéraux est-elle nécessaire ? Serait-il judicieux de proposer une aide à la gestion des médicaments à domicile (pilulier ou IDE libérale) ? etc.

Cette séance apporte également des informations sur le niveau d'« health literacy » du patient, ses connaissances et ses besoins. Elle permet alors une adaptation optimale de la suite du parcours. Les enjeux identifiés par le professionnel de santé ayant mené l'entretien permettent d'orienter la création du LPS. Par exemple, une attention particulière est apportée dans le LPS et au cours de la séance d'ATP2 pour expliquer l'hospitalisation lorsque le patient ne semble pas l'avoir comprise au cours de l'ATP1. Un patient déclarant avoir recours à l'automédication ou à la phytothérapie sera davantage sensibilisé aux risques de ces pratiques dans la suite du parcours.

La séance d'ATP 1 permet un temps d'échanges avec le patient et ainsi de revaloriser la parole de ce dernier. Le patient « ose » peut-être davantage s'exprimer. Un moment d'écoute privilégié lui est offert au cours d'une hospitalisation souvent mouvementée en examens, visites médicales et soins paramédicaux. Le patient est acteur de la séance, bien qu'une trame soit établie, il mène l'entretien par ses réponses.

De même, le temps dédié, environ 20-30 minutes, permet de respecter le temps psychique et cognitif d'une personne âgée. Il s'agit alors d'une parenthèse dans l'hospitalisation où le patient peut se livrer sur diverses problématiques. L'écoute active utilisée ici consiste ainsi déjà en une démarche thérapeutique.

Ces entretiens permettent alors de relever des problématiques inconnues jusqu'alors par les professionnels de santé hospitaliers du patient, permettant ainsi une amélioration de la prise en charge.



Grâce à ces séances, des prises en charge diététiques, psychologiques, des consultations mémoires ont pu être abordées avec le médecin hospitalier en charge du patient. Des modifications dans les thérapeutiques ont également été proposées afin d'améliorer l'observance.

Un patient a pu, durant une séance d'ATP 1, exprimer une réelle anxiété et des troubles du sommeil pour lesquels aucun suivi psychologique n'existait : « *Depuis qu'il m'est arrivé cela je n'ai plus jamais été tranquille... J'ai arrêté avec l'aide de mon médecin les anxiolytiques mais je ne dors plus* ». Au cours de l'entretien il n'a pas été opposé à une prise en charge psychologique qui a pu être proposée au médecin hospitalier.

Un entretien avec une patiente a permis de mettre en lumière une grande difficulté à gérer son insuffisance cardiaque et notamment la restriction hydrique. La patiente avoue au cours de la séance qu'elle « *a soif constamment pendant l'hospitalisation* » et demande à sa fille

de lui remplir sa carafe en chambre sans en informer le personnel soignant. Cette information essentielle en service de cardiologie, chez une patiente hospitalisée pour décompensation d'insuffisance cardiaque, a pu être relayée au médecin et à l'équipe soignante. Un spray d'eau a pu être proposé à la patiente pour supporter plus facilement la restriction hydrique.

9. Limites de la séance d'ATP1 et propositions d'amélioration

Les séances d'ATP1 présentent un bénéfice non négligeable pour le parcours de soins MEDISIS et la prise en charge globale du patient, cependant elles comportent des limites.

Le compte-rendu de la séance d'ATP1 comporte une partie « Freins du patient ». Cette partie permet d'inscrire l'ensemble des caractéristiques entraînant un frein dans la prise en charge du patient. Ces freins peuvent présenter une limite pour le bon déroulement de la séance.



Une patiente « passive » ne s'impliquant pas dans sa prise en charge, ne comprend pas la gravité de ses symptômes, représente un réel frein dans l'aboutissement du Parcours de soins MEDISIS.

Un patient avec des troubles auditifs importants et une perte de mémoire n'est pas pleinement apte à participer aux différentes actions MEDISIS.

Une catégorie zone d'ombre est également incluse dans chaque compte-rendu de séance. En effet, au cours de l'entretien certaines problématiques peuvent être soulevées sans aboutir. Certains patients restent évasifs, expriment clairement un refus d'aborder un sujet ou présentent parfois des troubles cognitifs limitant l'exploration approfondie d'une thématique.



Un patient parle d'un événement passé, source d'anxiété et de troubles du sommeil, sans vouloir en exprimer davantage et en y faisant référence uniquement par le terme « cela ».

Certaines zones d'ombres sont également rencontrées par manque de temps. Une séance d'ATP 1, bien que durant 20-30 minutes, ne permet pas d'aborder tous les sujets pouvant poser problème à un patient. Certaines thématiques doivent être privilégiées car elles assurent la suite du parcours ou font partie intégrante de l'aspect sécuritaire du Parcours de soins MEDISIS. **L'utilisation de l'entretien de compréhension OMAGE permet dès le**

début de la séance de cibler les problématiques majeures du patient et les points incontournables de la séance.



Au cours d'un entretien un patient a parlé d'une opération du genou non réalisée, provoquant des douleurs et nécessitant la prise d'antalgique. Le motif d'annulation n'a pu être abordé.

Un patient déclare consulter des sites internet pour « *s'informer* » sur ses médicaments et ses pathologies, tout en « *gardant un esprit critique* ». La liste des sources consultées n'a pas été établie et le sujet n'a pas pu être davantage approfondi.

La temporalité des séances d'ATP 1 présente également une limite à la bonne tenue de celles-ci. En effet, elles se déroulent au cours de l'hospitalisation. Il est cependant recommandé de réaliser toute forme de séance d'éducation thérapeutique à distance d'une hospitalisation (Popart, 2018). Le patient hospitalisé vit une situation perturbante, il perd parfois ses repères et est face à une « crise » aigue. Il ne semble pas toujours adéquat de le rencontrer à ce moment précis. **Cependant, il paraît impossible de réaliser les séances d'ATP 1 à distance de l'hospitalisation afin de remettre un LPS complet et adapté au moment de la sortie du patient.**

Les séances d'ATP 1 sont menées dans la chambre du patient. Cependant, certains patients sont en chambre double, limitant grandement l'aspect confidentiel de l'échange. **Un lieu dédié pourrait être mis en place afin d'améliorer la confidentialité de la séance.** De même, les entretiens sont parfois proposés au moment d'une visite familiale. Les familles sont alors invitées à laisser l'entretien se conduire uniquement avec le patient ou sont invitées à se joindre à l'entretien. La présence d'un aidant peut s'avérer bienfaitrice et parfois même indispensable lorsque le patient a perdu une part importante de son autonomie dans sa prise en charge médicamenteuse notamment. En revanche, la compagnie d'un proche peut également limiter les échanges, le patient n'étant pas suffisamment libre de s'exprimer. **Une organisation sous forme de rendez-vous pourrait être réfléchie afin de permettre au patient d'envisager en amont la présence ou non d'un proche.**



Un entretien a été mené avec l'épouse du patient. Celle-ci a répondu à l'ensemble des questions à la place de son mari. Le point de vue du patient n'a pu être recueilli sur la totalité de la séance.

VII. Discussion

Ce travail a permis dans un premier d'établir un bilan d'activité du parcours de soins MEDISIS depuis sa mise en place en 2017.

Nous avons pu constater que l'ensemble du parcours MEDISIS est un moyen de sécuriser la prise en charge médicale et surtout médicamenteuse des patients grâce à une équipe pluridisciplinaire. Les activités de conciliation médicamenteuses, à l'admission comme à la sortie, mettent en avant des erreurs médicamenteuses qui, interceptées à temps, peuvent être prises en compte et corrigées. La revue clinique de médication est quant à elle, un moyen de réévaluer la pertinence des prescriptions et de collaborer entre pharmacien, gériatre et médecins en charge du patient.

MEDISIS est également un outil de communication entre la ville et l'hôpital, diminuant la rupture entre l'ambulatoire et le domaine hospitalier, comme le recommande la stratégie nationale de santé 2018-2022 par le biais de parcours « *fluides, lisibles, sans redondance et sans rupture* ». Le lien ville-hôpital est alors établi grâce à la lettre de liaison, au LPS ou au plan de prise des médicaments qui peut être consulté par les professionnels de santé libéraux du patient mais aussi par l'intermédiaire des actions de coordination au moment de la sortie du patient et la mise en place de séance d'ATP en ville.

Ce travail a également été un moyen de confirmer la possibilité de mettre en place un projet tel que le Parcours de soins MEDISIS. Grâce à plusieurs années de développement et une constante réévaluation des activités, le projet a pu porter ses fruits, laissant penser que la logistique mise en œuvre est opérationnelle et efficace.

Cette étude a également mis en avant les limites et améliorations à apporter au Parcours de soins MEDISIS. L'ensemble des activités MEDISIS s'est révélé personnel-dépendant. L'absence pour congés ou maladie d'un membre de l'équipe peut ainsi entraîner une diminution importante de l'activité, comme il a pu l'être constaté en période estivale. De même, le parcours de soins MEDISIS étant en cours d'expérimentation, une activité considérable de gestion de projet est réalisée en parallèle des actions propres à MEDISIS. L'élaboration de dossiers d'appel à projet, de formations, etc. sont des missions chronophages, perturbant également le bon déroulement du parcours. Il en est de même pour l'activité de revue clinique de médication qui ne semble pas pouvoir être davantage développée avec la présence d'un gériatre à 0,2 équivalent temps plein uniquement. Ainsi, il apparaît que le parcours de soins MEDISIS puisse rapidement atteindre ses limites sans ressources humaines supplémentaires. De même, il est important de rappeler que la gestion de projet et la production ne peuvent raisonnablement pas être réalisées par les mêmes

personnes. Or, la constitution des équipes dans les expérimentations est majoritairement imaginée en ce sens, entraînant une quasi-négation de l'aspect gestion de projet dans les expérimentations alors que cet aspect est crucial pour la réussite du projet.

Ce travail a également été le moyen d'analyser de manière plus précise les séances d'ATP1. Ces séances sont un moyen de mettre le patient au centre de sa prise en charge et de le rendre acteur de sa santé. Elles permettent une mise en lumière des problèmes d'adhésion thérapeutique et sont ainsi, une étape clé pour la suite du parcours de soins MEDISIS. Ainsi, nous constatons, au cours de l'entretien, les différentes problématiques personnelles des patients les conduisant à une mauvaise observance. Elles sont multifactorielles dans la majorité des cas. Il apparaît que les problématiques de nos patients MEDISIS soient semblables aux problématiques d'observance analysées dans d'autres études comme l'aspect psychologique, les effets indésirables des médicaments, le manque de connaissance de la maladie ou encore les problèmes cognitifs (Jin, Sklar, Min Sen Oh, et al., 2008; Naghavi, Mehroolhassani, Nakhaee, et al., 2019).

L'adhésion au traitement dépend donc du patient, de ses attentes mais aussi de ses professionnels de santé. Comme il l'est recommandé, MEDISIS permet d'associer les compétences diverses et complémentaires de l'ensemble des professionnels de santé impliqué dans la prise en charge du patient afin d'améliorer l'observance thérapeutique (Petermans, Suarez et Hees, 2010).

En revanche, elles comportent des limites spatiotemporelles qui devront être prises en compte et améliorées.

Cette analyse descriptive et qualitative de l'expérience MEDISIS est un moyen d'imaginer des axes d'améliorations pour le parcours. Cependant, elle comporte des limites. La base de données a évolué au fil des années. Ainsi, les données collectées pour 2017 ne sont pas exactement les mêmes en 2018 ou 2019. Il n'est donc pas possible de comparer de manière précise les activités d'une année à l'autre. De plus, certaines données sont enregistrées automatiquement (données démographiques notamment) dans la base de données. En revanche, un nombre important d'informations sont saisies informatiquement par les différents membres de l'équipe. Cette saisie peut comporter des erreurs : nombres d'erreurs médicamenteuses au cours de la conciliation, score de repérage, absence de saisie en particulier concernant la revue clinique de médication, saisie des consultations organisées avec le gériatre. Ceci concourt à biaiser la base de données. Une collecte automatique des informations rendrait la base de données plus juste et permettrait une interprétation plus pertinente et représentative de la réalité de l'activité MEDISIS. De même, certaines données

ont pu être collectées en interrogeant l'équipe et non grâce à la base. C'est le cas notamment des accompagnements thérapeutiques en ville. Ces informations pourraient être intégrées au sein de la base de données.

Concernant la partie ATP 1, il a été décidé en amont de sélectionner uniquement des comptes rendus de séances réalisées en 2019. Cette décision a été prise afin de refléter au mieux la méthodologie actuelle. L'échantillon sélectionné, ne reflète donc pas l'ensemble de l'expérience et de la population mais une période d'un an. De plus, les séances sélectionnées au hasard ont majoritairement été menées par le même membre de l'équipe MEDISIS. Les données collectées sont sensiblement les mêmes pour l'ensemble de l'échantillon. En effet, bien que standardisées grâce à une fiche de compte-rendu, les données recueillies au cours d'une séance d'ATP peuvent être différentes d'une personne à l'autre, selon l'appétence de chacun à aborder tel ou tel sujet. L'échantillon ici observé n'est donc pas représentatif de l'ensemble des séances menées par l'équipe MEDISIS mais davantage par le pharmacien de l'équipe MEDISIS ayant intégré l'équipe en novembre 2019. Ceci s'explique car davantage de séances ont été réalisées depuis l'arrivée de ce nouveau membre. La probabilité de sélectionner des séances réalisées de novembre à décembre 2019 par ce pharmacien était donc importante.

De plus, afin de réaliser un bilan annuel de cette activité, la fiche de recueil utilisé dans ce travail pourrait être intégrée à la base de données et complétée systématiquement, permettant un recueil plus rapide et plus standardisé des informations collectées au cours de chaque séance. En effet, actuellement, seul un encart libre permettant de noter les différentes priorités est disponible.

Le Parcours de soins MEDISIS peut être comparé à différents programmes en France et dans le monde. Inspiré du programme RED mené par l'équipe de Bryan W. Jack à Boston, MEDISIS est également un parcours de soins pluridisciplinaire visant à diminuer le recours à l'hospitalisation. Ce travail n'avait pas pour but d'évaluer l'impact de MEDISIS sur le recours à l'hospitalisation. Celui-ci a été évalué par une étude de type avant/après comparant 2016 et 2017. Pour aller plus loin, les requêtes et les bases de données ayant évolué, une comparaison avant/après ne peuvent plus répondre à la question de l'évolution de la RH30. Afin de rendre compte de l'influence de MEDISIS sur le RH30, une étude prospective et randomisée avec groupe contrôle serait nécessaire. Une telle étude représente un coût non négligeable, pour lequel, actuellement, le CHL n'a pas trouvé de financement. De plus, l'équipe MEDISIS constatant au quotidien le bienfait de la démarche autant auprès des patients, de leurs aidants que de leurs professionnels, il paraît difficile de délibérément ne pas inclure ces patients. De plus, le Parcours MEDISIS composé de multiples actions différentes, nécessite beaucoup de temps de communication et de mise en place pour être

opérationnel. Réduire alors le volume de patients une fois le parcours installé apparaît donc contre-productif et contre intuitif.

En revanche, ce travail visait à montrer l'impact qualitatif des séances d'ATP 1 de MEDISIS, quant à elles fortement inspirées de programme OMAGE. Tout comme OMAGE, MEDISIS permet rendre le patient et ses aidants acteur de sa santé. La séance d'ATP 1 reprend l'entretien de compréhension du parcours OMAGE. Cependant, le parcours OMAGE n'intègre pas de conciliations médicamenteuses, ni de communication aux professionnels de santé libéraux du patient. Il s'agit d'un programme patient-centré. Le Parcours de soins MEDISIS semble ainsi être une fusion de plusieurs programmes, permettant d'intégrer à la fois la prise en charge sécuritaire du patient (conciliation, revue de pertinence et lettre de liaison), l'implication du patient via les séances d'ATP et la communication/coordination entre différents professionnels de santé que ce soit en milieu hospitalier ou en ville.

En analysant la littérature, différentes améliorations du parcours de soins MEDISIS peuvent être apportées, notamment en termes d'évaluation de l'observance du patient.

Les limites en termes de ressources humaines mises en avant au cours de cette étude semblent être les mêmes que pour d'autres programmes tel que RED, où seuls deux ou trois patients pouvaient être inclus par jour et aucun le week-end et durant les vacances. Ces parcours permettent une amélioration de la prise en charge des patients, il paraît indispensable de les rendre pérennes et efficaces.

Pour ce faire, l'équipe MEDISIS du centre hospitalier de Lunéville s'est investie dans la rédaction d'un article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (FSS) afin d'imaginer un nouveau moyen de financement de la santé et ainsi apporter des ressources suffisantes pour la pérennité du parcours de soins MEDISIS. En effet, associant réingénierie de la prise en charge médicamenteuse dans le parcours de soins du patient et rémunération forfaitaire du nouveau processus de soins sécurisé, le Parcours de soins MEDISIS s'inscrit parfaitement dans l'article 51 de la loi FSS 2018. La formalisation d'un modèle économique du Parcours de soins MEDISIS permettra ainsi d'envisager une rémunération forfaitaire qui devrait garantir la soutenabilité du parcours et donc le développement des équipes et le déploiement dans d'autres établissements. Six établissements sont préinscrits pour participer au projet MEDISIS et le Centre hospitalier de Lunéville en est l'établissement pilote. Pour débiter, le centre hospitalier de Lunéville assurera l'accompagnement du Centre hospitalier de Saint Nicolas de Port et organisera les parcours complexes de MEDISIS. Il accompagnera également 5 autres établissements.

Ce travail, au-delà de son but premier, a été également un apprentissage personnel. En effet, future assistante au sein du Centre hospitalier de Lunéville et du Centre hospitalier de Saint Nicolas de Port, avec pour mission le développement du Parcours de soins MEDISIS,

l'ensemble de cette thèse est une base précieuse pour mon avenir professionnel. L'étude du développement d'un tel projet me permettra, je l'espère, de comprendre les différentes problématiques qui se présenteront au cours de ma mission. De même, l'analyse approfondie des séances d'ATP 1 m'a permis d'enrichir mes connaissances en termes d'observance thérapeutique, de posture éducative. Il m'apparaît essentiel de remettre sans cesse en question sa pratique, sa communication avec le patient. Mieux comprendre les problématiques rencontrées par ces derniers, me permettra ainsi de mieux appréhender les entretiens à venir.

Conclusion

Le Parcours de soins MEDISIS est une expérience innovante. Elle vise à optimiser la prise en charge médicale des patients âgés de plus de 65 ans. Inspirée d'autres programmes et forte de l'expérience de dix années de conciliations médicamenteuses au centre hospitalier de Lunéville, elle se veut des plus complètes. Cependant, en l'état d'expérience, elle nécessite davantage de professionnels impliqués dans le projet, tant en termes de gestion de projet que d'application du parcours. Le Parcours de soins MEDISIS s'engage dans une démarche d'amélioration de la communication entre professionnels de santé et patient mais aussi entre professionnels de santé eux-mêmes. Afin de se tenir au plus près de la réalité, il se doit d'être en constante évolution et de s'adapter toujours plus aux patients. Son déploiement dans d'autres établissements est ainsi dépendant de son efficacité au sein même du CHL. Une étude identique pourra être menée dans plusieurs années afin d'évaluer l'évolution du parcours. De même, une étude prospective et randomisée versus témoins sur la diminution du recours à l'hospitalisation sera à réaliser pour démontrer les bénéfices de ce parcours.

Annexe : LPS

Centre hospitalier de Lunéville

Date : 29/01/19

MON LIVRET PERSONNALISÉ

M. PILULE

01/01/32 225776

Mes professionnels

Hospitalisation du 19/11/18 Au 25/11/18 au Centre hospitalier de Lunéville

Service d'hospitalisation : CARDIOLOGIE

Médecin du service : Dr MEYER

Médecin traitant : Dr DUPONT

Cardiologue : Dr COEUR

Pharmacien d'officine : Dr SIROP

Infirmière à domicile : Mme AIGUILLE

Aide à domicile :

Prestataire oxygénothérapie :

PRADO

PAERPA

Équipe MEDISIS
CH de Lunéville
Dr AZZI, Mme DE ABREU, Dr SCHNEIDER

03 83 76 12 12

03 83 76 13 16

03 83 XX XX XX

03 83 XX XX XX

03 83 XX XX XX

03 83 XX XX XX

03 83 XX XX XX

03 83 XX XX XX

03 83 XX XX XX

03 83 76 13 73

medisis@ch-luneville.fr

Centre hospitalier de Lunéville

29/01/2019

**Mon histoire,
Mon hospitalisation**

Pourquoi ai-je été hospitalisé ?

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.

Mes allergies

Pas d'allergie connue

Que s'est-il passé au cours de l'hospitalisation ?

Les médecins ont diagnostiqué une insuffisance cardiaque. Ils ont augmenté les médicaments BISOCE, LASILIX et DIFFU K et ajouté le médicament RAMIPRIL pour aider le coeur à mieux fonctionner. Grace au LASILIX et à la limitation de votre boisson quotidienne, votre corps a éliminé l'excès d'eau et de sel. Vous avez ainsi perdu 4kg d'eau et de sel (=mauvais poids) pendant l'hospitalisation. Pendant l'hospitalisation, les médecins ont également détecté un trouble du rythme du coeur. Ils ont alors instauré le médicament KARDEGIC pour prévenir le risque de formation de bouchon de sang dans la circulation au niveau du cerveau. Le médicament LANSOPRAZOLE a été diminué car une dose plus forte n'était pas nécessaire.

Message clé

Vos médicaments ont été réajusté pour que votre coeur fonctionne le mieux possible

Il est très important de prendre vos médicaments pour éviter une autre poussée aiguë d'insuffisance cardiaque

Mes Rendez-vous



M. PILULE

01/01/32

225776

Date et horaire	Motif	Nom du professionnel	Adresse	Téléphone
Le jour de la sortie	Délivrance des médicaments	Dr SIROP, Pharmacien d'officine	Pharmacie de la source, 13 rue de la fontaine, Lunéville	03 83 XX XX XX
Le jour de la sortie	Administration des médicaments	Mme AIGUILLE, Infirmière à domicile	14 rue de la fontaine, Lunéville	03 83 XX XX XX
Dès que possible	Suivi médical après le retour à domicile	Dr DUPONT, Médecin traitant	15 rue de la fontaine, Lunéville	03 83 XX XX XX

Centre hospitalier de Lunéville

Mes médicaments

S'assurer que ce plan de prise est à jour !

M. PILULE

01/01/32 225776

A partir du **29 janvier 2019** voici les médicaments à prendre :

Pourquoi ?	Quel médicament ?	Changements ?	Combien et quand ?				A quoi ça sert ?	Prescrit ?
			Matin	Midi	Soir	Nuit		
Le coeur Et les vaisseaux	RAMIPRIL 2,5MG CP	a été ajouté	1	0	0	0	Baisse la tension artérielle et protège le coeur	x
	KARDEGIC 75MG SACH	a été ajouté	0	1	0	0	Rend le sang plus liquide pour éviter la formation de bouchons de sang dans la circulation	x
	BISOCE 10MG CP	a été modifié	1	0	0	0	Baisse la tension artérielle et protège le coeur	x
	LASILIX 40MG CP	a été modifié	1	0	0	0	Elimine l'excès d'eau et de sel lié à l'insuffisance cardiaque	x
	DIFFU K 600MG GLE	a été modifié	1	1	1	0	Apport de potassium qui régularise le coeur	x
L'estomac	LANSOPRAZOLE 15MG CP	a été modifié	0	0	1	0	Diminue l'acidité gastrique et protège l'estomac	x
La prostate	TAMSULOSINE 0,4MG GLE	poursuivi	0	0	1	0	Régule l'envie d'uriner	x
Le sommeil	ZOLPIDEM 10MG CP	poursuivi	0	0	0	0,5	Aide à s'endormir	x

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

Service de Cardiologie
Dr COEUR

Service de Pharmacie
Dr Pauline SCHNEIDER
Equipe MEDISIS
03 83 76 13 73
medisis@ch-luneville.fr

Légende

Médicament poursuivi
 Médicament modifié
 Médicament ajouté
 Médicament arrêté

Les signes d'alerte, savoir réagir



M. PILULE

01/01/32

225776

Signes d'alerte	A quoi cela correspond ?	Que dois je faire ?	Comment surveiller/prévenir
Prise de poids rapide, Difficulté à respirer/essoufflement, Oedème 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

Mes situations à risque
Je suis à risque si je ne prends pas mes médicaments, si je ne préviens pas mon médecin devant ces signes d'alerte ...

M'auto observer
Chaque jour je prends quelques minutes pour observer : - mon poids - mon souffle - mes jambes - mon état général

Je surveille mon poids Pour repérer les "poussées" d'insuffisance cardiaque



M. PILULE

01/01/32

225776

Le 12/09/18 vous pesiez 70 kg

Date	Poids	Date	Poids	Date	Poids	Date	Poids	Date	Poids	Date	Poids
__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg
__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg
__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg
__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg
__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg
__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	kg	__/__/__	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.

Je surveille mon alimentation Pour prévenir les récurrences



M. PILULE

01/01/32

225776

Le sel et l'eau sont essentiels au bon fonctionnement de l'organisme mais en excès ils favorisent l'insuffisance cardiaque.
L'insuffisance cardiaque entraîne une rétention d'eau et de sel dans le corps.
C'est le sel qui retient l'eau.
Limiter vos apports de sel et en eau évite la prise de poids et les œdèmes.

Vos apports en eau

Consommation recommandée pour vous : **1,25 Litres par jour**

Cela comprends tous les liquides comme les soupes, les tisanes, les cafés ...

- 1 verre = 150 ml (15 cl)
- 1 bol = 300 ml
- 1 tasse à café = 100 ml
- 1 tasse à thé = 200 ml
- 1 assiette à soupe = 300 ml

Vos apports en sel

Consommation recommandée pour vous : **4-6 grammes par jour**

Astuces pour limiter votre consommation de sel :

- les aliments les plus salés sont : le pain, la charcuterie, les fromages, les plats cuisinés, les conserves, les soupes, les quiches, les pizzas, les sandwichs, les condiments, les sauces, les pâtisseries.
- Identifier le sel sur les étiquettes : "sel", "sodium", "chlorure de sodium".
1 gramme de sodium = 2,5 gramme de sel.
- Éviter les formes effervescentes des médicaments comme le paracétamol
- Buvez une eau peu salée, éviter les eaux minérales si possible

Teneur en sel des principaux aliments (1)



1 g de sel correspond à

- 1 tranche de jambon blanc (50 g)
- 2 saucisses de Francfort
- 1 tranche de pâte en croûte
- 1 tranche de saucisson
- 3 tranches de saucisson sec
- 50 g de reblochon ou 25 g de mozzarella ou 100 g de camembert
- 1/3 de baguette soit 60 g de pain
- 1 croissant
- 30 g de céréales pour petit déjeuner
- 1 olive
- 1 poignée de biscuits apéritifs ou cacahuètes salées
- 2 poignées de chips
- 1 part de poisson pané industriel
- 4 anchois ou des fruits de mer dans une salade composée
- 50 g de tarama
- 1 tranche fine de saumon fumé (40 g)
- 50 g de surimi
- 1 part de tarte aux pommes

1 à 2 g de sel correspondent à

- 1 croque-monsieur
- 1 portion de quiche

2 à 3 g de sel correspondent à

- 1 hot-dog
- 1 sandwich ou jambon
- Un ragoût systématique

Je pense à discuter des sujets suivants avec mon médecin traitant



M. PILULE

01/01/32

225776

Reconnaître les signes d'un AVC.



Visage
paralysé



Inertie
d'un membre



Trouble
de la parole



En urgence
appelle le 15

Les signes surviennent brutalement,
un seul signe suffit
et chaque minute est essentielle.



1 Allongé sur le dos, vous basculez sur le côté en ramenant le bras opposé.



2 En appui latéral, ramenez une jambe vers le haut.



3 Relevez-vous en prenant appui sur les 2 coudes et sur le genou.



4 Mettez-vous à quatre pattes.



5 Prenez appui pour vous relever en douceur.

Bibliographie

- Agence Régional de Santé (ARS) Lorraine et Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) Lorraine. (2019). Guide de bon usage du médicament en gériatrie. Disponible sur <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-07/Guide%20bon%20usage%20du%20m%C3%A9dicament%20en%20g%C3%A9riatrie.pdf> (page consultée le 24/06/2020)
- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). (2018). Scansanté. *StatATIH*. Disponible sur <https://www.scansante.fr/> (page consultée le 01/07/2019)
- Allenet, B., Juste, M., Mouchoux, C., Collomp, R., Pourrat, X., Varin, R. et Honoré, S. (2019). De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique. *Pharm Hosp Clin* 54(1), 56-63. doi:10.1016/j.phclin.2018.12.003
- Assurance Maladie. (2017). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018, 206.
- Bégaud, B. et Costagliola, D. (2013). Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France, 57.
- Bennet, S. (2017, 29 mars). L'OMS inaugure une initiative mondiale pour réduire de moitié les erreurs médicamenteuses en 5 ans. *Organisation mondiale de la santé*. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/detail/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years> (page consultée le 23/03/2017)
- Bertsch, J., Lobjois, R., Maquestiaux, F. et Benguigui, N. (2005). Vieillesse cognitive et effets de l'exercice. *Bulletin de psychologie*, Numéro 475(1), 39-45.
- Budet, J.-M. (2020, janvier). L'expérience patient. *Gestions Hospitalières*. Disponible sur <http://gestions-hospitalieres.fr/dossier/l'experience-patient/> (page consultée le 23/06/2020)
- Collège National de Pharmacologie Médicale. (2019). Populations physiologiques (normales) particulières. pharmacomedical.org. Disponible sur <https://pharmacomedicale.org/pharmacologie/les-sources-de-variabilite-de-la-reponse-au-medicament/45-variabilites-pharmacocinetiques/97-populations-physiologiques-normales-particulieres> (page consultée le 23/06/2020)
- Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. , 2016-995 (2016).
- Disderot, P.-H. (2020). Autonomie et grand âge : Où se situe le pharmacien ? *PHARMA*, (176), 18-19.
- Doerper, S., Godet, J., Alexandra, J. F., Allenet, B., Andres, E., Bedouch, P., Desbuquois, A. C., Develay-Rambourg, A., Bauge-Faraldi, O., Gendarme, S., Gourieux, B., Grain, A., Long, K., Loulière, B., Roudot, M., Roussel-Galle, M. C., Roux-Masson, C., Thilly, N., Dufay, E. et Michel, B. (2015). Development and multi-centre evaluation of a method for assessing the severity of potential harm of medication reconciliation errors at hospital admission in elderly. *Eur. J. Intern. Med.* 26(7), 491-497. doi:10.1016/j.ejim.2015.07.014
- Dufay, E., Morice, S., Dony, A., Baum, T., Doerper, S., Rauss, A. et Piney, D. (2016). The clinical impact of medication reconciliation on admission to a French hospital: a prospective observational study. *Eur J Hosp Pharm*, 23(4), 207-212. doi:10.1136/ejhp-2015-000745
- Estaque, E. (2016, 20 avril). *Les prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées chez les sujets âgés de 75 ans et plus en ambulatoire: impact d'une*

- hospitalisation dans un service de gériatrie* (Docteur en médecine). Université de Bordeaux.
- FHF (Fédération Hospitalière de France). (2019, 30 octobre). Centre hospitalier Centre Hospitalier de Lunéville (Lunéville) – Fédération Hospitalière de France (FHF). Disponible sur https://etablissements.fhf.fr/annuaire/hopital-fiche.php?id_struct=1391 (page consultée le 23/06/2020)
- Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C., Vanasse, A. et Lapointe, L. (2005). Prevalence of Multimorbidity Among Adults Seen in Family Practice. *Ann Fam Med*, 3(3), 223-228. doi:10.1370/afm.272
- Gallagher, P., Ryan, C., Byrne, S., Kennedy, J. et O'Mahony, D. (2008). STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *J Int J Clin Pharmacol Ther*, 46(2), 72-83.
- Girerd, X., Hanon, O., Anagnostopoulos, K., Ciupek, C., Mourad, J. J. et Consoli, S. (2001). [Assessment of antihypertensive compliance using a self-administered questionnaire: development and use in a hypertension clinic]. *Presse Med*, (Paris, France: 1983), 30(21), 1044-1048.
- GPR. (s. d.). Accueil - SiteGPR. Disponible sur <http://sitegpr.com/fr/> (page consultée le 24/06/2020)
- Groupement hospitalier de territoire Sud Lorraine. (2017, 7 juin). Projet médical partagé. Disponible sur <https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-07/PMP%20GHT%20Sud%20Lorraine.pdf> (page consultée le 01/05/2020)
- Hanon, O. et Jeandel, C. (2015). *Prescriptions médicamenteuses adaptée aux personnes âgées : Le guide P.A.P.A.* (Frison Roche).
- HAS (Haute Autorité de Santé). (2018, février). Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf (page consultée le 01/06/2020)
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2012, juillet). Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique : - Estimer le débit de filtration glomérulaire par l'équation CKD-EPI - Doser la créatininémie par méthode enzymatique. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/evaluation_du_debit_de_filtration_glomerulaire_et_du_dosage_de_la_creatininemie_dans_le_diagnostic_de_la_maladie_renale_chronique_chez_ladulte_-_fiche_buts.pdf (page consultée le 01/06/2020)
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2013, juin). *Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ?* Disponible sur https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf (page consultée le 24/03/2019)
- Haute autorité de santé (HAS). (2016). *Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins Dispositif national e-Satis Mesure de la satisfaction des patients hospitalisés + de 48h en Médecine – Chirurgie – Obstétrique Résultats nationaux de la campagne 2016.* Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-12/synthese_esatis_2016_vf.pdf (page consultée le 18/04/2018)
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2017). *Résultats des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins Mesure de la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures dans un établissement de Médecine - Chirurgie - Obstétrique*

- Campagne 2017. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-12/synthese_essatis_2017.pdf (page consultée le 08/04/2018)
- Insee. (2020, 27 février). Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291> (page consultée le 01/06/2020)
- Institut de la Statistique du Québec (2017, 14 novembre). Les enquêtes de type expérience patient : un outil essentiel pour évaluer la qualité des services de santé. Disponible sur <https://www.stat.gouv.qc.ca/salle-presse/communiqu%C3%A9/communiqu%C3%A9-2017-novembre-nov1714.html> (page consultée le 23/06/2020)
- Jack, B. W., Chetty, V. K., Anthony, D., Greenwald, J. L., Sanchez, G. M., Johnson, A. E., Forsythe, S. R., O'Donnell, J. K., Paasche-Orlow, M. K., Manasseh, C., Martin, S. et Culpepper, L. (2009). A Reengineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization. *Ann Intern Med*, 150(3), 178-187.
- Jin, J., Sklar, G. E., Min Sen Oh, V. et Chuen Li, S. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag*, 4(1), 269-286.
- Lanièce, I., Couturier, P., Dramé, M., Gavazzi, G., Lehman, S., Jolly, D., Voisin, T., Lang, P. O., Jovenin, N., Gauvain, J. B., Novella, J.-L., Saint-Jean, O. et Blanchard, F. (2008). Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age Ageing*, 37(4), 416-422. doi:10.1093/ageing/afn093
- Lazarotti, V. (2020, 1 janvier). Expérience patient, évaluation du parcours de soins. *Gestions Hospitalières*. Disponible sur <http://gestions-hospitalieres.fr/experience-patient-evaluation-du-parcours-de-soins/> (page consultée le 23/06/2020)
- Le Cossec, C. (2015). *La polymédication au regard de différents indicateurs de sa mesure: impact sur la prévalence, les classes thérapeutiques concernées et les facteurs associés*. Paris : IRDES.
- Légifrance. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. , 2002-303 (2002).
- Legrain, S. (2007). Mieux prescrire chez le sujet âgé 11La définition proposée pour "sujet âgé" comprend les personnes de plus de 75 ans, ou de plus de 65 ans et polypathologiques. en diminuant l'« underuse », la iatrogénie et en améliorant l'observance. *Bull. Acad. Natl. Med.*, 191(2), 259-270. doi:10.1016/S0001-4079(19)33073-0
- Legrain, S., Tubach, F., Bonnet-Zamponi, D., Lemaire, A., Aquino, J.-P., Paillaud, E., Taillandier-Heriché, E., Thomas, C., Verny, M., Pasquet, B., Moutet, A. L., Lieberherr, D. et Lacaille, S. (2011). 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. *J Am Geriatr Soc*, 59(11), 2017-2028. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03628.x
- Legrain Sylvie. (2005). *Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé : Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance*. Haute Autorité de Santé (HAS). Disponible sur https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf (page consultée le 24/06/2020)
- Michel, P., Minodier, C., Lathelize, M., Moty-Monnereau, C., Domecq, S., Chaleix, M., Izotte-Kret, M., Bru-Sonnet, R., Quenon, J.-L. et Olier, L. (2010). *Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé :*

- Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201017.pdf> (page consultée le 01/06/2020)
- Ministère des solidarités et de la santé. (2017). *Stratégie nationale de Santé 2018-2022*. Disponible sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf (page consultée le 01/05/2020)
- Monfort, J.-C. (2001). Spécificités psychologiques des personnes très âgées. *Gerontologie et société*, 24 / n° 98(3), 159-187.
- Morisset, J., Chambaud, L., Joubert, P. et Rochon, J. (2009). La prévention dans les systèmes de soins : défis communs pour la France et le Québec. *Pratiques et Organisation des Soins*, 40(4), 275. doi:10.3917/pos.404.0275
- Naghavi, S., Mehrolhassani, M. H., Nakhaee, N. et Yazdi-Feyzabadi, V. (2019). Effective factors in non-compliance with therapeutic orders of specialists in outpatient clinics in Iran: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 19. doi:10.1186/s12913-019-4229-4
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2019). *Panorama de la santé 2019: Les indicateurs de l'OCDE*. OECD. doi:10.1787/5f5b6833-fr
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2018, 5 février). Vieillesse et santé. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (page consultée le 25/06/2020)
- Péhourcq, F. et Molimard, M. (2004). Pharmacocinétique chez le sujet âgé. *Rev. des Mal. Respir.*, 21(5), 25-32. doi:10.1016/S0761-8425(04)71559-4
- Petermans, J., Suarez, A. S. et Hees, T. V. (2010). Observance thérapeutique en gériatrie. *Rev Med Liège*, (65), 6.
- Popart, G. (2018). Le Livret Personnalisé MEDISIS : Qu'en pensent nos patients ? Université de Lorraine. Nancy
- Schneider, P., Cerejo, M., Azzi, J. et Dufay, E. (2017). Le parcours Medisis : six actions pour remédier à un problème de santé publique. *Techniques hospitalières*, (766). Disponible sur <https://www.techniques-hospitalieres.fr/article/1304-le-parcours-medisis-six-actions-pour-remedier-a-un-probleme-de-sante-publique.html> (page consultée le 31/07/2020)
- Service Certification des Etablissements de Santé et Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins. (2015). *Bilan des résultats de certification Visites initiales V2010*. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-07/20150626_bilan_v2010_vd_020715.pdf (page consultée le 01/01/2019)
- Sotaniemi, E. A., Arranto, A. J., Pelkonen, O. et Pasanen, M. (1997). Age and cytochrome P450-linked drug metabolism in humans: an analysis of 226 subjects with equal histopathologic conditions. *Clin. Pharmacol. Ther.*, 61(3), 331-339. doi:10.1016/S0009-9236(97)90166-1
- Tillement, J.-P., Zini, R., Glasson, S. et Jacotot, B. (1982). Fixation plasmatique et pharmacocinétique des médicaments. *Rev Med Interne*, 3(1), 75-80. doi:10.1016/S0248-8663(82)80011-8
- Valter Lieshi et TOSca Bizzozzero. (2009). La dépression du sujet âgé. *Rev Med Suisse*, 5, 1785-1789.
- Van Walraven, C., Jennings, A. et Forster, A. J. (2012). A meta-analysis of hospital 30-day avoidable readmission rates. *J Eval Clin Pract*, 18(6), 1211-1218. doi:10.1111/j.1365-2753.2011.01773.x

- Vidal. (2015, 12 février). VIDAL - Le 1er Prix VIDAL Hôpital attribué au programme MEDISIS d'accompagnement thérapeutique des seniors - Actualités. *Vidal.fr*. Disponible sur https://www.vidal.fr/actualites/14985/le_1er_prix_vidal_hopital_attribue_au_programme_medisis_d_accompagnement_therapeutique_des_seniors/ (page consultée le 31/07/2020)
- Wilson, P. M., Kendall, S. et Brooks, F. (2007). The Expert Patients Programme: a paradox of patient empowerment and medical dominance: Expert Patients Programme: a paradox? *Health Soc Care Community*, 15(5), 426-438. doi:10.1111/j.1365-2524.2007.00701.x

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 7 octobre 2020

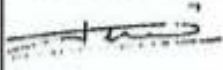
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR
EN PHARMACIE

présenté par : Gwendoline POPART

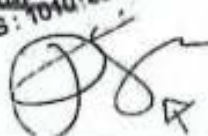
Sujet : Le parcours de soins MEDISIS, à propos de 3 ans
d'expérimentationJury :Président et Co-Directeur : Mme Béatrice DEMORE, Professeur
Directeur : Mme Pauline SCHNEIDER, Pharmacien
Juges : Mme Vanessa VOUAUX-HOLLINGER, Médecin
M. Bruno MICHEL, Maître de Conférences

Vu,

Nancy, le 1er septembre 2020

Le Président du Jury
Et Co-Directeur

Mme DEMORE
 Pharmacien gérant
 Section 105832 H
 PUI CHRU NANCY

Directeur de Thèse

D^r Pauline SCHNEIDER
 Pharmacien praticien hospitalier
 Equipe Medisis
 Centre Hospitalier de LUNEVIL
 N° RPPS : 10401203056


Vu et approuvé,

Nancy, le 12.09.2020

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

Pr. Raphaël D'ARVAL

Vu,

Nancy, le 29.09.2020

Le Président de l'Université de Lorraine,


Pierre MUTZENHARDT

N° d'enregistrement : 11409 C

