



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**THESE**

pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée et soutenue publiquement le 10 octobre 2018 par

Marion ALLARD

Née le 24 mars 1993

A Lyon (69)

\*\*\*\*\*

**GESTION DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX HABITUEL DU PATIENT  
A L'HOPITAL  
UNE ETAPE DE SON PARCOURS DE SOINS  
APPLICATION AUX HOSPICES CIVILS DE LYON**

\*\*\*\*\*

JURY

Mme BOULIEU Roselyne, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Mme STAMM Catherine, Docteur en Pharmacie, Praticien Hospitalier

Mme BOLON-LARGER Magali, Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier

Mme JANOLY-DUMENIL Audrey, Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier



## UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

• Président de l'Université	Frédéric FLEURY
• Présidence du Conseil Académique	Hamda BEN HADID
• Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
• Vice-Président de la Commission Recherche	Fabrice VALLEE
• Vice-Président de la Formation et de la Vie Universitaire	Philippe CHEVALIER

### Composantes de l'Université Claude Bernard Lyon 1

#### SANTE

UFR de Médecine Lyon Est	Directeur : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud Charles Mérieux	Directrice : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directrice : Dominique SEUX
Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de formation et centre de recherche en Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT

#### SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Faculté des Sciences et Technologies	Directeur : M. Fabien DE MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : M. Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : M. Emmanuel PERRIN
I.U.T. LYON 1	Directeur : M. Christophe VITON
Institut des Sciences Financières et d'Assurance (ISFA)	Directeur : M. Nicolas LEBOISNE
ESPE	Directeur : M. Alain MOUGNIOTTE
Observatoire des Sciences de l'Univers	Directrice : Mme Isabelle DANIEL

**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1**  
**ISPB -Faculté de Pharmacie Lyon**

**LISTE DES DEPARTEMENTS PEDAGOGIQUES**

**DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE SCIENCES PHYSICO-CHIMIQUE ET PHARMACIE  
GALENIQUE**

- **CHIMIE ANALYTIQUE, GENERALE, PHYSIQUE ET MINERALE**

Monsieur Raphaël TERREUX (Pr)  
Madame Julie-Anne CHEMELLE (MCU)  
Madame Anne DENUZIERE (MCU)  
Monsieur Lars-Petter JORDHEIM (MCU-HDR)  
Madame Christelle MACHON (MCU-PH)  
Monsieur Waël ZEINYEH (MCU)

- **PHARMACIE GALENIQUE -COSMETOLOGIE**

Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (Pr)  
Madame Stéphanie BRIANCON (Pr)  
Madame Françoise FALSON (Pr)  
Monsieur Hatem FESSI (Pr)  
Monsieur Fabrice PIROT (PU - PH)  
Monsieur Eyad AL MOUAZEN (MCU)  
Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)  
Madame Ghania HAMDY-DEGOBERT (MCU-HDR)  
Monsieur Plamen KIRILOV (MCU)  
Madame Giovanna LOLLO (MCU)  
Madame Jacqueline RESENDE DE AZEVEDO (MCU)  
Monsieur Damien SALMON (MCU-PH)

- **BIOPHYSIQUE**

Madame Laurence HEINRICH (MCU)  
Monsieur David KRYZA (MCU-PH-HDR)  
Madame Sophie LANCELOT (MCU - PH)  
Monsieur Cyril PAILLER-MATTEI (Pr)  
Madame Elise LEVIGOUREUX (AHU)

**DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE PHARMACEUTIQUE DE SANTE PUBLIQUE**

- **DROIT DE LA SANTE**

Monsieur François LOCHER (PU – PH)  
Madame Valérie SIRANYAN (MCU - HDR)

- **ECONOMIE DE LA SANTE**

Madame Nora FERDJAOUI MOUMJID (MCU - HDR)  
Madame Carole SIANI (MCU – HDR)  
Monsieur Hans-Martin SPÄTH (MCU)

- **INFORMATION ET DOCUMENTATION**

Monsieur Pascal BADOR (MCU - HDR)

- **HYGIENE, NUTRITION, HYDROLOGIE ET ENVIRONNEMENT**

Madame Joëlle GOUDABLE (PU – PH)

- **INGENIERIE APPLIQUEE A LA SANTE ET DISPOSITIFS MEDICAUX**

Monsieur Gilles AULAGNER (PU – PH)  
Madame Claire GAILLARD (MCU)

- **QUALITOLOGIE – MANAGEMENT DE LA QUALITE**  
Madame Alexandra CLAYER-MONTEMBAULT (MCU)  
Monsieur Vincent GROS (MCU-PAST)  
Madame Audrey JANOLY-DUMENIL (MCU-PH)  
Madame Pascale PREYNAT (MCU PAST)
- **MATHEMATIQUES – STATISTIQUES**  
Madame Claire BARDEL-DANJEAN (MCU-PH-HDR)  
Madame Marie-Aimée DRONNE (MCU)  
Madame Marie-Paule GUSTIN (MCU - HDR)

#### **DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE SCIENCES DU MEDICAMENT**

- **CHIMIE ORGANIQUE**  
Monsieur Pascal NEBOIS (Pr)  
Madame Nadia WALCHSHOFER (Pr)  
Monsieur Zouhair BOUAZIZ (MCU - HDR)  
Madame Christelle MARMINON (MCU)  
Madame Sylvie RADIX (MCU -HDR)  
Monsieur Luc ROCHEBLAVE (MCU - HDR)
- **CHIMIE THERAPEUTIQUE**  
Monsieur Marc LEBORGNE (Pr)  
Monsieur Thierry LOMBERGET (Pr)  
Monsieur Laurent ETTOUATI (MCU - HDR)  
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)
- **BOTANIQUE ET PHARMACOGNOSIE**  
Madame Marie-Geneviève DIJOUX-FRANCA (Pr)  
Madame Anne-Emmanuelle HAY DE BETTIGNIES (MCU)  
Madame Isabelle KERZAON (MCU)  
Monsieur Serge MICHALET (MCU)
- **PHARMACIE CLINIQUE, PHARMACOCINETIQUE ET EVALUATION DU MEDICAMENT**  
Madame Roselyne BOULIEU (PU – PH)  
Madame Catherine RIOUFOL (PU- PH)  
Madame Magali BOLON-LARGER (MCU - PH)  
Madame Christelle CHAUDRAY-MOUCHOUX (MCU-PH)  
Madame Céline PRUNET-SPANO (MCU)  
Madame Florence RANCHON (MCU-PH)  
Monsieur Teddy NOVAIS (AHU)

#### **DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE PHARMACOLOGIE, PHYSIOLOGIE ET TOXICOLOGIE**

- **TOXICOLOGIE**  
Monsieur Jérôme GUITTON (PU – PH)  
Madame Léa PAYEN (PU-PH)  
Monsieur Bruno FOUILLET (MCU)  
Monsieur Sylvain GOUTELLE (MCU-PH-HDR)

- **PHYSIOLOGIE**  
Monsieur Christian BARRES (Pr)  
Madame Kiao Ling LIU (MCU)  
Monsieur Ming LO (MCU - HDR)
- **PHARMACOLOGIE**  
Monsieur Michel TOD (PU – PH)  
Monsieur Luc ZIMMER (PU – PH)  
Monsieur Roger BESANCON (MCU)  
Monsieur Laurent BOURGUIGNON (MCU-PH)  
Madame Evelyne CHANUT (MCU)  
Monsieur Nicola KUCZEWSKI (MCU)  
Madame Dominique MARCEL CHATELAIN (MCU-HDR)
- **COMMUNICATION**  
Monsieur Ronald GUILLOUX (MCU)
- **ENSEIGNANTS ASSOCIES TEMPORAIRES**  
Monsieur Olivier CATALA (Pr-PAST)  
Madame Mélanie THUDEROZ (MCU-PAST)

#### **DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES A**

- **IMMUNOLOGIE**  
Monsieur Guillaume MONNERET (PU-PH)  
Monsieur Sébastien VIEL (MCU-PH)  
Madame Morgane GOSSEZ (AHU)
- **HEMATOLOGIE ET CYTOLOGIE**  
Madame Christine VINCIGUERRA (PU - PH)  
Madame Brigitte DURAND (MCU - PH)  
Madame Sarah HUET (AHU)  
Monsieur Yohann JOURDY (AHU)
- **MICROBIOLOGIE ET MYCOLOGIE FONDAMENTALE ET APPLIQUEE AUX BIOTECHNOLOGIES INDUSTRIELLES**  
Monsieur Patrick BOIRON (Pr)  
Monsieur Frédéric LAURENT (PU-PH-HDR)  
Madame Florence MORFIN (PU – PH)  
Monsieur Didier BLAHA (MCU)  
Madame Ghislaine DESCOURS (MCU-PH)  
Madame Anne DOLEANS JORDHEIM (MCU-PH)  
Madame Emilie FROBERT (MCU - PH)  
Madame Véronica RODRIGUEZ-NAVA (MCU-HDR)
- **PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE MEDICALE**  
Monsieur Philippe LAWTON (Pr)  
Madame Nathalie ALLIOLI (MCU)  
Madame Samira AZZOUZ-MAACHE (MCU - HDR)

## DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES B

- **BIOCHIMIE – BIOLOGIE MOLECULAIRE - BIOTECHNOLOGIE**

Madame Pascale COHEN (Pr)  
Madame Caroline MOYRET-LALLE (Pr)  
Monsieur Alain PUISIEUX (PU - PH)  
Madame Emilie BLOND (MCU-PH)  
Monsieur Karim CHIKH (MCU - PH)  
Madame Carole FERRARO-PEYRET (MCU - PH-HDR)  
Monsieur Boyan GRIGOROV (MCU)  
Monsieur Hubert LINCET (MCU-HDR)  
Monsieur Olivier MEURETTE (MCU)  
Madame Angélique MULARONI (MCU)  
Madame Stéphanie SENTIS (MCU)  
Monsieur Anthony FOURIER (AHU)

- **BIOLOGIE CELLULAIRE**

Madame Bénédicte COUPAT-GOUTALAND (MCU)  
Monsieur Michel PELANDAKIS (MCU - HDR)

- **INSTITUT DE PHARMACIE INDUSTRIELLE DE LYON**

Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (Pr)  
Monsieur Philippe LAWTON (Pr)  
Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)  
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)  
Madame Alexandra MONTEMBault (MCU)  
Madame Angélique MULARONI (MCU)  
Madame Marie-Françoise KLUCKER (MCU-PAST)  
Madame Valérie VOIRON (MCU-PAST)

- **Assistants hospitalo-universitaires sur plusieurs départements pédagogiques (AHU)**

Monsieur Alexandre JANIN

- **Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)**

Madame Camille ROZIER

**Pr** : Professeur

**PU-PH** : Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

**MCU** : Maître de Conférences des Universités

**MCU-PH** : Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier

**HDR** : Habilitation à Diriger des Recherches

**AHU** : Assistant Hospitalier Universitaire

**PAST** : Personnel Associé Temps Partiel

## Remerciements et avant-propos

*Aux membres de mon jury,*

**A ma présidente de jury, Madame le Professeur Roselyne Bouliou,**

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

**A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Catherine Stamm,**

Je vous remercie de m'avoir encadrée et guidée tout au long de ce projet. Merci pour vos nombreuses relectures, vos conseils avisés et pour tout le temps que vous m'avez consacré dans le cadre de la direction de ce travail. J'ai réellement apprécié mon stage hospitalo-universitaire à vos côtés et j'ai beaucoup appris de votre expertise.

**A Madame le Docteur Magali Bolon-Larger,**

Merci d'avoir accepté de juger mon travail et pour votre accueil à la pharmacie de GHE pendant mon stage 5AHU.

**A Madame le Docteur Janoly-Dumenil Audrey,**

Je vous remercie de me faire l'honneur de faire partie de mon jury de thèse et d'évaluer mon travail.

Je remercie chacune d'entre vous chaleureusement d'avoir accepté de juger ce travail, je suis très honorée de votre participation à ce jury.

*A ma famille et mes amis,*

**A mes parents**, merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir soutenu pendant toutes ces années. Merci pour votre patience et vos nombreuses relectures (merci Maman !), même avec mon caractère de cochon dans les moments difficiles. Je vous remercie de m'avoir donné les moyens de réussir, je vous aime.

**A ma sœur**, merci de m'avoir toujours soutenue, écoutée et aidée tout au long de ces études. Je pense notamment aux longues heures de révision que tu as du supporter pendant nos années de colocation, tu es vraiment la meilleure des sœurs. Je suis fière de ta réussite, je t'aime.

**A mes amis du groupe 1**, PH, Alex, JB, merci d'être aussi géniaux, nos fous rires en TP et les torchons brulés resterons gravés !

**A ma team GHE**, Damien, Anaïs, Clément, sans vous le stage 5AHU n'aurait pas eu la même saveur, merci pour toutes ces parties de UNO endiablées, les déjeuners à la cantine, les après-midis entre indus', et j'en passe !

**A Audrey**, ma complice du master ATR, à nos retrouvailles cette année, qui l'eut cru ! Merci d'avoir été à mes côtés pour faire de cette année une période pétillante à ton image.

**A tous mes autres copains de pharmacie**, tous aussi géniaux les uns que les autres.

**A mes collègues de Boiron**, merci pour votre bienveillance, apprendre à vos côtés a été un réel plaisir. Je penserai toujours avec tendresse à mon équipe du DevAMM.

**A mes copines Decath'**, Amel, Imene, merci pour votre joie de vivre, et toutes les heures passées ensemble au travail, toujours prem's pour décompter les caisses...

**Aux autres précieuses rencontres** que j'ai pu faire au cours de mon cursus, Anaïs, ma pharma marseillaise, Justine, mon binôme de stage Boiron, Elodie, ma co-apprentie, nos expéditions me manquent déjà...

Avec tous mes remerciements.

# TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS ET AVANT-PROPOS</b> .....	<b>6</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>8</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>10</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>11</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES</b> .....	<b>13</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>15</b>
<b>PARTIE 1 : PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU PATIENT DANS UNE MEDECINE DE PARCOURS</b> .....	<b>17</b>
1.    LA MEDECINE DE PARCOURS, UNE APPROCHE GLOBALE AUTOUR DU PATIENT .....	17
1.1. <i>Définitions</i> .....	17
1.2. <i>Cadre juridique</i> .....	20
1.3. <i>Les acteurs de la médecine de parcours</i> .....	21
2.    ENJEUX ET DIFFICULTES LIES AUX PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT .....	25
2.1. <i>Enjeux et défis</i> .....	25
2.2. <i>Difficultés à la mise en œuvre d'une médecine de parcours</i> .....	27
2.3. <i>Leviers pour un parcours fluide et sécurisé</i> .....	28
2.3.1. <i>Axes d'amélioration potentiels</i> .....	28
2.3.2. <i>Outils disponibles pour atteindre les objectifs</i> .....	30
2.3.2.1. <i>Leviers pour les établissements de santé</i> .....	30
2.3.2.2. <i>Outils numériques contributifs</i> .....	31
3.    TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DU PATIENT DANS LES PARCOURS DE SOINS .....	33
3.1. <i>Prise en charge médicamenteuse du patient &amp; Parcours de soins</i> .....	33
3.2. <i>Traitement habituel du patient : une difficulté pour les établissements de santé</i> .....	35
3.3. <i>Place du traitement habituel dans le parcours de soins</i> .....	36
3.3.1. <i>Un élément clé dans la continuité du parcours de soins</i> .....	36
3.3.2. <i>Conciliation des traitements médicamenteux</i> .....	37
3.4. <i>Contraintes et problématiques liées à la gestion du traitement habituel du patient</i> .....	38
<b>PARTIE 2 : MES TRAVAUX SUR LA THEMATIQUE DU TRAITEMENT HABITUEL DU PATIENT AUX HOSPICES CIVILS DE LYON</b> .....	<b>41</b>
1.    CONTEXTE .....	41
1.1. <i>Organisation des HCL et du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse du Patient (SMQ PCMP)</i> .....	41
1.2. <i>Travaux HCL sur la thématique du traitement habituel</i> .....	44
1.2.1. <i>Gestion du traitement habituel aux HCL</i> .....	44
1.2.1.1. <i>Formalisation des premiers principes de gestion du traitement habituel du patient</i> .....	44
1.2.1.2. <i>Évaluation 2013 des pratiques HCL de gestion du traitement habituel du patient</i> .....	45

1.2.2.	Autres démarches HCL de suivi des pratiques « Gestion du traitement habituel ».....	47
1.2.2.1.	Analyses de risques InterDiag®.....	47
1.2.2.2.	Gestion du traitement habituel et survenue d'évènements indésirables aux HCL (démarche <i>a posteriori</i> )	50
1.2.2.3.	Suivi des Indicateurs SMQ PCMP.....	54
1.2.2.4.	Démarche patient traceur.....	55
1.2.3.	Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS).....	56
2.	REVISION DE LA PROCEDURE HCL « GESTION DU TRAITEMENT HABITUEL DU PATIENT EN EN UNITE DE SOINS CONVENTIONNELLE » .....	57
2.1.	<i>Objectif et contexte</i> .....	57
2.2.	<i>Méthode de travail/mon implication</i> .....	59
2.3.	<i>Résultats</i> .....	62
2.3.1.	Points discutés pendant la réunion.....	62
2.3.2.	Version finale validée.....	64
2.3.3.	Plan de communication .....	67
3.	FORMALISATION DE LA GESTION DU TRAITEMENT HABITUEL DU PATIENT EN HOPITAL DE JOUR (HDJ)	68
3.1.	<i>Objectifs et contexte</i> .....	68
3.2.	<i>Enquête État des lieux des pratiques « Gestion du traitement habituel du patient en hôpital de jour »</i>	69
3.3.	<i>Résultats</i> .....	74
3.3.1.	Traitement des données brutes.....	74
3.3.2.	Croisement des réponses .....	89
3.3.3.	Restitution de l'enquête « état des lieux des pratiques ».....	91
3.4.	<i>Poursuite des travaux après mon départ</i> .....	92
	<b>PARTIE 3 : DISCUSSION</b> .....	<b>96</b>
1.	PROGRESSION POSITIVE DES PRATIQUES AUX HCL SUR LA THEMATIQUE DE LA GESTION DU TRAITEMENT HABITUEL DU PATIENT .....	96
1.1.	<i>Cas des unités de soins d'hospitalisation complète ou de semaine</i> .....	96
1.2.	<i>Cas des unités d'hospitalisation de jour</i> .....	98
2.	L'INFORMATISATION DES UNITES DE SOINS, UN LEVIER INCONTESTABLE .....	99
3.	PLACE DES PHARMACIENS DANS LE PARCOURS DES PATIENTS .....	100
4.	POUR UNE MEILLEURE EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOINS .....	103
	<b>CONCLUSIONS</b> .....	<b>105</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>108</b>

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : RESULTATS DE L'AUDIT HCL (66).....	46
TABLEAU 2 : RESULTATS DES ANALYSES DE RISQUES A PRIORI (INTERDIAG®) CONDUITES AUX HCL.....	49
TABLEAU 3 : RESULTATS DES BILANS HCL DES EM SIGNALEES ENNOV 2014, 2015, 2016, 2017 .....	51
TABLEAU 4 : ÉVENEMENT HCL N°1.....	52
TABLEAU 5 : ÉVENEMENT HCL N°2.....	53
TABLEAU 6 : CODE VISUEL DE LA PROCEDURE HCL VERSION 2.....	61
TABLEAU 7 : ÉTAPES CLES DE LA GESTION DU TRAITEMENT HABITUEL DU PATIENT .....	61
TABLEAU 8 : POINTS CLES « GESTION DU TRAITEMENT HABITUEL DU PATIENT EN HC ET HS » .....	63
TABLEAU 9 : CARTOGRAPHIE DES UNITES D'HDJ DES HCL EN 2016 .....	69
TABLEAU 10 : AUDIT 1 HCL "ARMOIRES A PHARMACIE" : CONFORMITE SUR LES ITEMS "TRAITEMENT HABITUEL" .....	97

## LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : LES 3 TYPES DE PARCOURS DU PATIENT (7) .....	18
FIGURE 2 : SCHEMA DES ETAPES DE TRANSITION DU PARCOURS DU PATIENT AVANT ET APRES UN SEJOUR HOSPITALIER .....	36
FIGURE 3 : ORGANISATION DES HCL (61).....	41
FIGURE 4 : LA REGLE DES 6B AUX HCL.....	42
FIGURE 5 : IDENTITE DU PROJET SMQ PCMP DES HCL (2012) .....	42
FIGURE 6 : ITEMS RELATIFS AU TRAITEMENT HABITUEL DU PATIENT (GRILLE INTERDIAG® VERSION 2, 2014)	48
FIGURE 7 : SEMAINIER PREPARE POUR UN PATIENT .....	53
FIGURE 8 : AXES DU PROGRAMME PAQSS HCL 2017, DOCUMENT INTERNE HCL .....	56
FIGURE 9 : LOGIGRAMME « GESTION DU TRAITEMENT HABITUEL DU PATIENT EN HC ET HS »,.....	66
FIGURE 10 : EXTRAIT HCL FLASH® N°279, 15 JUIN 2017.....	67
FIGURE 11 : QUESTIONNAIRE HCL ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES « TRAITEMENT HABITUEL » EN HDJ, DECEMBRE 2016 (PAGE 1/2) .....	72
FIGURE 12 : QUESTIONNAIRE HCL ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES « TRAITEMENT HABITUEL » EN HDJ, DECEMBRE 2016 (PAGE 2/2) .....	73
FIGURE 13 : ENQUETE HCL ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES « TRAITEMENT HABITUEL » EN HDJ : REPONSE A LA QUESTION PRELIMINAIRE.....	75
FIGURE 14 : ENQUETE HCL ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES « TRAITEMENT HABITUEL » EN HDJ : REPONSE A LA QUESTION PRELIMINAIRE.....	76
FIGURE 15 : ENQUETE HCL ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES « TRAITEMENT HABITUEL » EN HDJ : REPONSE A LA QUESTION 1.1 .....	77
FIGURE 16 : ENQUETE HCL ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES « TRAITEMENT HABITUEL » EN HDJ : REPONSE A LA QUESTION 1.2 .....	78
FIGURE 17 : ENQUETE HCL ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES « TRAITEMENT HABITUEL » EN HDJ : REPONSE A LA QUESTION 1.3 .....	79
FIGURE 18 : ENQUETE HCL ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES « TRAITEMENT HABITUEL » EN HDJ : REPONSE A LA QUESTION 2 .....	80
FIGURE 19 : ENQUETE HCL ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES « TRAITEMENT HABITUEL » EN HDJ : REPONSE A LA QUESTION 3 .....	81
FIGURE 20 : ENQUETE HCL ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES « TRAITEMENT HABITUEL » EN HDJ : REPONSE A LA QUESTION 4 .....	82
FIGURE 21 : ENQUETE HCL ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES « TRAITEMENT HABITUEL » EN HDJ : REPONSE A LA QUESTION 5 .....	83
FIGURE 22 : ENQUETE HCL ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES « TRAITEMENT HABITUEL » EN HDJ : REPONSE A LA QUESTION 6 .....	84
FIGURE 23 : ENQUETE HCL ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES « TRAITEMENT HABITUEL » EN HDJ : REPONSE A LA QUESTION 7 .....	85
FIGURE 24 : ENQUETE HCL ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES « TRAITEMENT HABITUEL » EN HDJ : REPONSE A LA QUESTION 8 .....	86

FIGURE 25 : ENQUETE HCL ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES « TRAITEMENT HABITUEL » EN HDJ : REPONSE A LA QUESTION 9 .....	87
FIGURE 26 : ENQUETE HCL ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES « TRAITEMENT HABITUEL » EN HDJ : REPONSE A LA DERNIERE QUESTION .....	88

## LISTE DES ABREVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ACHA	Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire
ALD	Affection de Longue Durée
ARS	Agence Régionale de Santé
CAQES	Contrat d'Amélioration et de la Qualité, de la Sécurité et de la Pertinence des Soins et des Prescriptions
CLEI	Cellule Locale des Évènements Indésirables
CM	Circuit du Médicament
CME	Commission Médicale d'Établissement
CMEL	Commissions Médicales d'Établissement Locales
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COMEDIMS	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
CoPIL	Comité de Pilotage
CSG	Court Séjour Gériatrique
DCC	Dossier de Cancérologie Communicant
DCI	Dénomination Commune Internationale
DiCS	Direction Centrale des Soins
DMS	Dispositif Médical Stérile
DMP	Dossier Médical Partagé
DP	Dossier Pharmaceutique
DPI	Dossier Patient Informatisé
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EM	Erreur Médicamenteuse
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
GED	Gestion Électronique des Documents
GH	Groupement Hospitalier
GHC	Groupement Hospitalier Centre
GHE	Groupement Hospitalier Est
GHN	Groupement Hospitalier Nord
GHS	Groupement Hospitalier Sud
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé

HC	Hospitalisation Complète
HCL	Hospices Civils de Lyon
HDJ	Hôpital de Jour
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
HS	Hospitalisation de Semaine
IDE	Infirmier Diplômé d'État
INR	International Normalised Ratio
IPAQSS	Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
IQSS	Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAR	Médecin Anesthésiste-Réanimateur
PAM	Pôle d'Activité Médicale
PAQSS	Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
PCMP	Prise en Charge Médicamenteuse du Patient
PHEV	Prescriptions Hospitalières Exécutées en Ville
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
QGDR	Qualité Gestion Des Risques
RAQ	Responsable Assurance Qualité
REMED	Revue des Erreurs liées aux Médicaments et aux Dispositifs médicaux associés
SFPC	Société Française de Pharmacie Clinique
SLD	Soins de Longue Durée
SMQ	Système de Management de la Qualité
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
UT	Unité Thérapeutique

## Introduction

Construits entre les années 1940 et 1970 en Europe, les systèmes de santé se sont d'abord structurés autour de soins aigus et hautement spécialisés prodigués dans les établissements de santé. En France, le niveau de compétences et d'expertise de nos professionnels de santé et la qualité de l'offre de soins sont reconnus au niveau international (1). Néanmoins, au cours de ces 30 dernières années, les besoins de santé de la population ont considérablement changé et l'organisation de notre système de santé doit évoluer. En effet, la chronicisation des pathologies, le développement des poly pathologies avec le vieillissement de la population, les progrès médicaux mais aussi technologiques nécessitent de mettre en place une organisation des soins moins centrée sur l'hôpital pour favoriser la prise en charge des soins en ville. Ces évolutions entraînent des changements d'habitudes de vie et des patients plus autonomes autour de leurs parcours de santé, parcours de soins et parcours de vie.

Le traitement médicamenteux habituel du patient, que l'on peut définir comme l'ensemble des traitements médicamenteux en cours au moment de l'admission du patient en établissement de santé, devient un élément clé à prendre en considération pour optimiser le parcours de soins du patient et assurer sa prise en charge sécurisée. Cette organisation doit être fondée sur la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge, en plaçant au premier plan l'intérêt du patient et en contribuant à renforcer l'efficacité du système de soins (2).

L'objectif partagé des différents professionnels de santé est de parvenir à organiser ensemble, à l'échelle d'un territoire, le fonctionnement gradué du système de soins, en établissant des passerelles entre professionnels et secteurs et en réduisant les cloisonnements (3).

L'objectif de ce travail de thèse est de présenter l'importance de la gestion du traitement médicamenteux habituel du patient en cas d'hospitalisation pour optimiser son parcours de soins dans le cadre des évolutions de l'organisation du système de santé français. L'hospitalisation d'un patient est un événement qui peut arriver fréquemment dans le cadre de son parcours de soins. Ce sujet a constitué le socle de mes travaux lors de mon stage de 6 mois comme étudiante de 5<sup>ème</sup> année hospitalo-universitaire aux Hospices Civils de Lyon.

Dans un premier temps, nous présenterons l'approche globale autour du patient dans la médecine de parcours, les enjeux et difficultés à sa mise en œuvre et l'importance du traitement habituel dans le parcours de soins du patient.

Puis mes travaux sur la thématique du traitement habituel du patient aux Hospices Civils de Lyon au niveau des unités de soins d'hospitalisation complète et de semaine et des unités d'hospitalisation de jour seront détaillés.

Enfin, nous discuterons de la progression des pratiques des Hospices Civils de Lyon sur le sujet, mais aussi de manière plus générale des leviers incontestables à la mise en œuvre d'une prise en charge médicamenteuse sécurisée dans le parcours des patients comme l'informatisation des services cliniques et les activités des pharmaciens tant au niveau des établissements de santé que de l'officine.

# Partie 1 : Prise en charge médicamenteuse du patient dans une médecine de parcours

## 1. La médecine de parcours, une approche globale autour du patient

### **1.1. Définitions**

Une nouvelle organisation du système de santé des patients est actuellement en train de se mettre en place pour une véritable médecine de parcours. En effet, notre système de santé actuel peut être considéré comme excellent pour prendre en charge des épisodes aigus d'une pathologie à l'hôpital mais s'avère complexe et trop cloisonné pour prendre en charge dans la durée des maladies chroniques (4). La notion de « parcours du patient » est un concept récent qui dépasse l'approche traditionnelle d'organisation et de rationalisation (5).

Selon les Agences Régionales de Santé (ARS), le parcours se définit comme « la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné au plus près de son lieu de vie, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention de la promotion de la santé, du sanitaire, du médico-social, du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement » (6).

Il s'agit de moins penser de manière sectorisée mais plutôt comme une prise en charge globale structurée et continue du patient pour permettre au patient de recevoir les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment. Ce n'est plus le patient qui doit s'adapter au système de santé mais au système de s'organiser pour répondre aux besoins du patient.

Selon le Secrétariat Général des Ministères Chargés des Affaires Sociales, on distingue habituellement trois types de parcours :



Figure 1 : Les 3 types de parcours du patient (7)

➤ Le parcours de vie

La personne est prise en charge dans son environnement (famille entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...) (4). Ce parcours prend en compte les étapes successives de la vie de la personne pour un accompagnement global grâce à un examen de la situation du patient dans son ensemble avec une évaluation personnalisée. L'ajustement doit être régulier car la situation d'un patient peut évoluer rapidement.

➤ Le parcours de santé

Il organise les soins. En amont, il correspond à la prévention en santé et sociale et en aval à l'accompagnement médico-social et social par le maintien et le retour à domicile notamment. Il constitue la réponse aux besoins de prévention, médico-sociaux et sociaux (8).

➤ Le parcours de soins

Il s'agit de l'accès aux consultations de premier recours ou autres lieux de soins si besoin (Hospitalisation programmée ou non, Hospitalisation à Domicile (HAD), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), Unités de Soins de Longue Durée (USLD), Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), Médecine de ville) (4). Il s'appuie sur les bonnes pratiques de chaque professionnel mais aussi développe les actions d'anticipation, de coordination et d'échange d'informations entre tous les acteurs impliqués (6). Il permet d'améliorer la qualité de la prise en charge clinique et thérapeutique du patient

et de son accompagnement grâce au respect des bonnes pratiques professionnelles et au juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles (9).

La continuité du parcours de soins se définit selon 6 dimensions :

- Temporelle,
- Géographique,
- Interdisciplinaire (expertise),
- Relationnelle,
- Informationnelle (communication),
- Économique.

Garantir la continuité des soins permet une fluidité et une cohérence des soins rendus avec différentes ressources et services impliqués. Plusieurs éléments sont pris en compte : l'aspect informationnel par le transfert et l'accumulation de l'information sur le traitement du patient ou encore les éléments transmis au patient concernant sa prise en charge, l'aspect clinique par la cohérence des soins prodigués, et l'aspect relationnel par la stabilité de la relation entre patient et professionnel de santé (6).

De nos jours en France, l'objectif du système de soins est de repenser son organisation au plus près des usagers et des patients. Prévenir, mieux soigner et mieux prendre soin sont liés à la capacité de chaque professionnel de santé à intervenir en complémentarité aux autres, au bon moment et dans l'accompagnement pour la continuité du traitement. L'efficacité des parcours de soins passe par une communication facilitée entre les différents professionnels de santé et par une prise en compte des situations propres à chaque patient. Le parcours inclut bien sûr à la fois la totalité de la prise en charge hospitalière du patient mais aussi l'échange d'informations nécessaire à cette prise en charge en amont et en aval (10).

La continuité intra-épisode concerne le suivi du patient tout au long de sa maladie ou pendant les périodes de risque comme la grossesse tandis que la continuité inter-épisode représente le suivi du patient tout au long de sa vie entre ces périodes de risques (6). La prise en charge globale de l'utilisateur prend en compte ses choix et est en lien avec la définition de la santé selon la Charte d'Ottawa de novembre 1986 « Pour parvenir à un état de complet bien-être

physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter » (11).

## **1.2. Cadre juridique**

D'après l'article 1<sup>er</sup> de la Loi de modernisation de notre système de santé de 2015 modifiant l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, la politique de santé comprend : [...] 5° L'organisation des parcours de santé. Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico - sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale [...] (12).

La nécessité de modifier notre système de santé porte un des axes de la Loi Santé de Marisol Touraine et figure dans chacune des lois de financement de la Sécurité Sociale depuis 2012. Le projet est poursuivi par l'actuelle Ministre de la Santé, Agnès Buzyn. De nombreux plans de santé publique le citent dont la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 qui constitue le cadre de la politique de santé en France. La stratégie 2018-2022 vise notamment à adapter le système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux (8).

Selon le discours de Marisol Touraine sur le projet de loi de modernisation de la loi Santé de 2015, la volonté nationale majeure est d'innover dans l'organisation des soins, en passant d'un système de santé cloisonné à une médecine de parcours et de proximité centrée autour du patient et non plus autour de l'hôpital. L'organisation des soins de proximité fait partie des 3 grands piliers de la modernisation du système de santé français, les 2 autres étant le renforcement de la prévention et la progression des droits des patients. Le but est de centrer le système autour d'une médecine coordonnée par le médecin traitant, avec un hôpital tourné vers la ville et un parcours de soins défini autour du patient. La loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) avait ouvert de nombreuses voies d'amélioration de la fluidité des parcours de soins entre les secteurs de ville, médico-social et hospitalier (13).

De plus, l'article L. 1111-2 du Code de la Santé Publique (article 37 de la loi HPST précitée), crée une obligation légale pour les établissements de recueillir les coordonnées des professionnels de santé prenant en charge le patient hors établissement, afin de pouvoir échanger des informations entre professionnels de ville ou médico-sociaux et de l'hôpital.

Plusieurs mesures de la loi de modernisation du système de santé de 2015 favorisent la mise en place d'une médecine de parcours :

- Constitution de communautés territoriales de santé : contrats territoriaux de santé passés avec les ARS,
- Création d'un numéro d'appel national de garde pour un accès permanent à une offre médicale,
- Création d'un service public d'information en santé de façon à désengorger les services des urgences,
- Extension du tiers payant à tous les français,
- Création de plateformes territoriales d'appui (PTA) pour fluidifier les parcours de santé,
- Obligation d'une lettre de liaison dont le contenu et les modalités de transmission sont précisés dans le Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 (14). Le praticien adressant un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison qui est une synthèse des informations nécessaires pour l'établissement de santé. Pour la sortie de l'hôpital, c'est le même principe dans le sens inverse hôpital vers la ville pour assurer la continuité des soins hôpital-ville (3). Depuis janvier 2017, ce document doit être remis au patient en mains propres à sa sortie d'hospitalisation, envoyé par message sécurisé au médecin traitant et déposé si possible dans le Dossier Médical Partagé (DMP) le même jour. Ce document est inclus dans le Programme National de Sécurité du Patient (6), (15).

### **1.3. Les acteurs de la médecine de parcours**

De nombreux acteurs entrent en jeu pour une médecine de parcours efficace et réussie dans le cadre d'une relation partenariale avec la personne prise en charge (4), (16). Le rôle de chacun des acteurs est détaillé ci-après.

### ❖ Rôle du patient et de son entourage proche

Le patient est le sujet-acteur premier, le cœur de l'action et non au cœur de l'action. L'implication du patient doit être réelle pour une prise en charge de qualité de son parcours de soins et de santé. Il est le codécideur de sa prise en charge et a désormais une gestion proactive de sa santé. Son consentement et sa participation éclairée sont des exigences citoyennes et un enjeu majeur pour la réussite de la politique de santé française. Chaque citoyen doit pouvoir utiliser les connaissances disponibles sur la santé afin de prendre des décisions éclairées sur sa propre santé ou celle d'un proche. Le but est d'augmenter la prise en considération de son point de vue. Il représente une ressource majeure pour contribuer à la qualité et à la sécurité de son parcours (17).

Les aidants naturels, à savoir son entourage proche, en collaboration avec les aidants professionnels apportent un soutien personnalisé au patient (2), (10).

### ❖ Rôle des professionnels de santé, établissements de santé et autres structures

#### ○ Médecin généraliste/médecin traitant

Il a un rôle central et une mission d'éducation pour la santé inscrite dans un parcours, une trajectoire pluri-professionnelle et plurisectorielle autour des besoins de la personne. Le médecin généraliste est le pivot de la démarche et du parcours de soins et de santé. Il doit prendre appui sur les besoins des usagers et des professionnels de santé, avoir une vision collaborative du travail de chaque professionnel et des référentiels reconnus et appliqués pour adapter des réponses à l'évolution de la situation du patient.

#### ○ Médecin spécialiste

Le médecin spécialiste a également un rôle important dans le parcours du patient. Dans le cadre d'un parcours de soins coordonné, il est souvent consulté après une première visite chez le médecin généraliste qui oriente le patient vers le professionnel spécialiste le plus adapté pour répondre à son besoin de santé. Le spécialiste doit ensuite composer avec les traitements et pathologies du patient au-delà de son domaine de spécialité. La collaboration avec les autres professionnels de santé prenant en charge le même patient doit être opérante (18).

- Pharmacien d'officine

Cet acteur est primordial pour assurer une continuité du parcours de soins des patients au travers des conseils hors prescription, d'explication du bon usage du médicament ou des dispositifs médicaux prescrits, d'une éducation thérapeutique du patient (ETP) (programme d'ETP), pour une aide à l'observance des traitements du patient (10), (19), (20).

- Maisons et centres de santé au travers de réseaux de santé

Ces structures sont propices à construire un parcours pour les patients car leur exercice est coordonné et pluri-professionnel. Elles sont inscrites dans la loi depuis 2002 et il est prévu de les mutualiser au sein des PTA (4). Ces groupes de professionnels de santé favorisent l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges. En 2011, 716 réseaux ont été financés pour un montant de 167 millions d'euros (21). En parallèle, des structures médico-sociales, définies par l'article L321-1 du Code de l'action sociale et des familles, existent pour accueillir et accompagner pour une brève durée des personnes handicapées ou dépendantes (22). En 2018, l'Assurance maladie finance 16 400 structures de ce type en France (23).

- Établissements de santé

Les hôpitaux doivent ces dernières années se recentrer sur leur mission de soins et non d'hébergement. Dans un souci de continuité de prise en charge du patient, ils sont fortement incités à améliorer les relations avec le médecin traitant, *a minima* pour permettre au médecin d'accéder facilement à un confrère hospitalier au téléphone et pour que chaque compte-rendu d'hospitalisation parvienne à bonne date et à bonne destination dans un souci de continuité de prise en charge du patient. La transmission des informations relatives à la prise en charge du patient doit être mise en place entre les services face aux poly-pathologies et le recours aux traitements ambulatoires doit être favorisé quand la situation du patient le permet (10).

- ❖ Rôle des autres structures (Agences, etc.)

- Agences Régionales de Santé (ARS)

La création des ARS en 2010 a fortement engagé la réflexion sur les parcours de soins voire de santé en France. Les ARS, représentant du Ministère de la Santé en région

ont comme périmètre tous les types de soins et plus uniquement l'hospitalisation, contrairement aux Agences Régionales d'Hospitalisation. Ces agences sont à la fois des promoteurs et des régulateurs pour la construction des parcours de soins. Ils sont aujourd'hui fortement investis dans l'organisation territoriale permettant la structuration de ces parcours (4) : les ARS prennent des décisions au plus près des réalités de terrain comme le redéploiement de postes ou de compétences en animation pour anticiper et accompagner des projets de réorganisation des soins de proximité. Les ARS encouragent également les initiatives de coopération et accompagnent la création d'organisations innovantes pour offrir au patient un parcours fluide en optimisant la qualité de sa prise en charge (10).

- Haute Autorité de Santé (HAS)

La HAS fournit des recommandations de Bonnes Pratiques et un guide pour les parcours de soins avec la mise en place d'étapes : prévention, diagnostic/repérage, traitement de fond, gestion des situations de crise, transition hôpital – domicile, soins palliatifs avec objectifs, messages clés, rôles de chacun, coordination (10). Ce guide du parcours de soins est une référence pour les professionnels de santé et définit les rôles et responsabilités de chacun (9). Une synthèse du guide intitulée « Les points critiques du parcours de soins » est disponible avec un guide remis au patient dans le même temps pour chaque Affection de Longue Durée (ALD) (10). Cette synthèse clarifie le parcours de soins et améliore l'efficacité de la prise en charge. Les points critiques sont des éléments déterminants pour la qualité et sont nécessaires à maîtriser (l'interface ville-hôpital est notamment considérée comme un point critique).

La HAS propose d'autres outils pour les professionnels de santé comme le « Programme Personnalisé de Soins » partagé entre le patient et les professionnels de santé. Il tient compte des préférences et des attentes du patient pour planifier son parcours de soins. Les traitements à réaliser, leur durée, le lieu et les dates d'interventions permettent de planifier son suivi. Ceci permet de conjuguer l'harmonisation des pratiques et la personnalisation du parcours du patient, et faciliter l'implication du patient dans sa prise en charge (9).

- Assurance Maladie

Le système de protection offert en France par l'Assurance Maladie est l'un des meilleurs au monde. Les français peuvent ainsi accéder facilement à des soins de qualité. En 2018, la priorité absolue de l'Assurance Maladie est de favoriser les parcours de soins des patients

pour rendre le système de santé efficient dans un contexte où l'espérance de vie n'a jamais été aussi élevée. Les dépenses de santé de la Caisse nationale d'Assurance Maladie représentent 134 milliards d'euros en 2015. Améliorer la qualité du système de santé permet de maîtriser davantage les dépenses. Ces économies passent par la pertinence et le bon usage des soins en favorisant les prises en charge adaptées aux besoins des patients (24).

## 2. Enjeux et difficultés liés aux parcours de prise en charge du patient

### **2.1. Enjeux et défis**

Le système de santé repensé selon une approche de médecine centrée autour du patient doit faire face à de nombreux enjeux et défis.

- Défi de transitions épidémiologique et démographique. La chronicité des pathologies en partie due au vieillissement de la population et à l'allongement de la durée de vie augmente les dépenses de santé car les situations de chronicité pèsent pour plus des deux tiers dans la croissance des dépenses de santé (10), (25), (26). En 2018, vingt millions de personnes sont atteintes de maladies chroniques en France (2). Plus de 15 millions de patients français présentaient une maladie chronique en 2012, dont 9.5 millions de patients en ALD. En 2004, ils n'étaient que 6 millions (8).
- Défi soignant de la prise en charge des malades chroniques qui entraîne un changement dans l'organisation du système. Les dépenses sont davantage prévisibles dans le contexte des maladies aiguës. La fonction médicale dans un contexte de chronicité se modifie. En effet, la guérison n'est plus le seul objectif. L'objectif principal devient la qualité de l'accompagnement du patient avec préservation de sa qualité de vie.
- Défi économique de l'optimisation des dépenses de santé. L'organisation plus collaborative doit permettre d'optimiser l'utilisation des ressources en réduisant les dépenses inappropriées. Développer la médecine de proximité et le maintien à domicile permet de prévenir et réduire les prises en charge dans les établissements de santé et diminuer les hospitalisations complètes. Ceci permet aux services hospitaliers d'intervenir davantage en dehors des murs de l'hôpital. La médecine de parcours passe par des tarifications incitant à un travail plus transversal et plus coopératif entre hôpital et ville, dans un contexte de démographie médicale en

difficulté. En effet, les compétences médicales se raréfient dans plusieurs spécialités ce qui entraîne des tensions importantes sur les ressources humaines médicales dans certaines régions de France. Ces disparités territoriales se répercutent dans les réorganisations hospitalières et peut avoir des conséquences sur l'accès ou la qualité des soins pour le patient (27).

Le plus grand défi de la médecine reste tout de même de trouver le bon mode opératoire pour que le « prendre soin » reste central en prenant en compte l'environnement du patient et non seulement sa maladie (10). Les séjours d'hospitalisation complète doivent devenir plus pertinents et tendre vers le « juste soin » en devenant moins nombreux, moins longs et moins répétés car moins provoqués par une situation d'urgence. Cette organisation de soins doit être fondée sur la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge de façon à renforcer l'efficacité du système de soins et à accompagner le « virage ambulatoire » : développement de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital, et préférence de la mise en œuvre des soins en ville (28).

Plusieurs initiatives déjà mises en place prouvent que la dynamique est en marche et que chaque travail fait l'objet d'une réflexion sous la forme d'un parcours coordonné. Nous pouvons citer :

- Le parcours de santé des aînés (PAERPA) : il est déployé depuis 2014 sur des territoires pilotes et s'étend à l'ensemble des régions françaises depuis 2016. Le but est de prévenir le risque de perte d'autonomie pour diminuer le recours à l'hospitalisation inappropriée. Le dispositif s'articule autour de 5 actions clés : renforcer le maintien à domicile, améliorer la coordination des intervenants et des interventions, sécuriser la sortie d'hôpital, éviter les hospitalisations inutiles et mieux utiliser les médicaments (29),
- Les filières de maladies rares destinées à coordonner les centres de référence et de compétence, associations de patients ou équipes de recherche pour éviter l'errance thérapeutique des patients (4),
- Les maisons départementales des personnes handicapées pour faciliter le maintien en milieu de vie ordinaire, soutien aux aidants ou accueil en urgence (4).

## **2.2. Difficultés à la mise en œuvre d'une médecine de parcours**

Malgré la réelle volonté de formalisation des parcours des patients fluides et optimisés, la difficulté de coordination hôpital-ville ou hôpital-structure d'aval reste pourtant réelle. Quelques chiffres de 2016 en sont la preuve (10) :

- 25% des courriers de fin d'hospitalisation ne sont jamais retrouvés,
- 55% des courriers de fin d'hospitalisation sont incomplets.

Depuis 2006, ce délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation fait partie des indicateurs de qualité liés à la prise en charge médicamenteuse définis par le ministère et la HAS (30). En pratique normale, ce document doit être signé par le médecin de l'établissement et adressé au médecin de ville à la sortie du patient pour permettre notamment une continuité thérapeutique. Déjà évoquée précédemment, la lettre de liaison doit désormais accompagner toute demande d'hospitalisation ou d'avis spécialisé depuis 2016 (10). Les devoirs et responsabilités de chacun sont définis par la Conférence Nationale de Santé dans la charte du Parcours de Santé destiné aux usagers et aux professionnels de santé (31).

De plus, la mise en œuvre d'un parcours de santé fluide est difficile pour les maladies les plus chroniques et les plus handicapantes car elles impliquent de multiples acteurs intervenant dans des secteurs différents (sanitaire, social et médico-social). La relation entre l'hôpital et le secteur libéral reste également compliquée en partie à cause d'une relation trop hiérarchisée dans le monde médical, d'une reconnaissance insuffisante de la médecine générale et de soignants hospitaliers surchargés.

Certains outils mis en place dans le sens d'une médecine de parcours se heurtent également à des difficultés. Prenons pour exemple l'outil numérique de transmission et de partage d'informations entre les professionnels de santé représenté par le Dossier Médical Partagé (DMP) que nous développerons plus en détail dans la suite de ce travail. Il a vu le jour en 2011 avec cinq ans de retard sur le calendrier prévisionnel à cause de difficultés spécifiques mises en évidence lors de l'expérimentation (32). En 2018, il devrait être généralisé et servir d'outil pour la coordination des soins. Néanmoins, ce dispositif initialement prometteur se heurte à quelques difficultés de terrain. Premièrement, il est devenu purement facultatif alors qu'il était prévu obligatoire pour chaque assuré. De plus, il a du mal à se subsister aux nombreux dossiers patients ouverts par les établissements de santé ou encore les médecins

de ville. La problématique de protection des données est également très vite apparue, rendant inopérant le DMP : le patient dispose en effet du droit de rendre ces données inaccessibles à un professionnel. Pour finir, seul un médecin sur deux a un logiciel de gestion patient compatible avec le DMP. A ce jour, on compte seulement 422 833 ouvertures de DMP contre un objectif fixé à cinq millions (33), (34), (35).

Enfin, la fluidité du parcours de santé est freinée aussi par le cloisonnement interprofessionnel. En effet, l'hyperspécialisation de chaque métier de la santé, bien que nécessaire au progrès médical, entraîne la perte d'une approche globale du patient (10).

## **2.3. Leviers pour un parcours fluide et sécurisé**

### *2.3.1. Axes d'amélioration potentiels*

Pour optimiser et sécuriser le parcours du patient, plusieurs axes d'amélioration sont possibles :

- ❖ Investir sur les soins primaires, qui sont des soins de proximité ou de 1<sup>er</sup> recours, pour accompagner le virage ambulatoire. Ces soins représentent un maillon essentiel pour la performance globale du système de santé. Les médecins et les équipes de soins primaires sont des pivots et des coordonnateurs de parcours entre la ville, les cabinets libéraux, maisons et centres de santé dans le but de proposer une offre de soins pertinente (36), (37).
  
- ❖ Centrer les hôpitaux sur leur mission première : les soins et non l'hébergement avec une durée de séjour plus conforme aux besoins du patient. Leurs activités de recours et d'expertise en seront valorisées. Dans les établissements de santé, il est possible de transférer en hôpital de jour (HDJ) les hospitalisations de courte durée quand l'hébergement devient non justifié grâce aux progrès techniques et que le cas du patient le permet, en prenant exemple sur la chirurgie qui s'est beaucoup développée en ce sens. L'hôpital devient une étape au sein du parcours de soins et ne constitue plus le cœur de la prise en charge du patient.

- ❖ Proposer des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle comme l'Hospitalisation à domicile (HAD). L'évolution du système de soins permet désormais de concrétiser le souhait de toute personne : éviter un séjour à l'hôpital et se faire soigner chez soi si possible (38).
  
- ❖ Mise en place d'une meilleure coopération entre professionnels. Ceci nécessite le développement d'outils numériques pour l'échange et le partage d'informations comme le DMP ou encore le Dossier de Cancérologie Communicant (DCC). Ce type d'outils favorise le partage sécurisé des données médicales entre les professionnels de santé en développant la capacité des systèmes d'information à agir ensemble et la mise en commun des dossiers (2). Si le nom du médecin traitant est bien recueilli systématiquement à l'admission en établissement, il s'agit souvent d'une formalité administrative seulement, celui-ci étant très rarement contacté durant l'hospitalisation, rarement à l'admission, un peu plus souvent à la sortie. Les relations entre professionnels de ville, de l'hôpital et d'établissements médico-sociaux sont généralement non formalisées et très inégales. S'agissant des pharmaciens, les contacts entre hospitaliers et officinaux sont encore peu nombreux, alors même que, comme pour les médecins et les infirmiers, une culture commune issue de leur formation initiale les relie.
  
- ❖ Revoir les modes d'apprentissage des étudiants en médecine avec de nouveaux outils (numériques, développement des « massive on line open courses », outils de simulation) et méthodes pédagogiques (pédagogie active via un travail par équipe interdisciplinaire sur projet pour développer la médecine de parcours). La formation permettra de développer la qualité des pratiques en changeant les attitudes et les organisations pour développer le concept de parcours de soins en décloisonnant les formations (davantage de passerelles et d'enseignements mutualisés). Le savoir être devient aussi important que le savoir-faire pour favoriser la diversité socio-culturelle des futurs médecins et soignants, transférer une culture de compétition en une culture de partage des valeurs d'esprit d'équipe et orienter sur une pratique de parcours de soins et de santé avec une approche interniste de la médecine en segmentant moins les soins (10), (39).

- ❖ Dans le domaine de la prise en charge de la personne âgée, proposer une meilleure continuité des soins en EHPAD par un renforcement des compétences médicales et infirmières. Un lien contractuel entre les EHPAD et les équipes mobiles gériatriques hospitalières pourrait être instauré afin de diminuer le recours aux urgences.
- ❖ Mettre en place un intéressement sur objectif de santé publique pour favoriser les échanges d'informations entre professionnels de santé, tout comme la mise à disposition d'outils performants pour informer tous les acteurs de la chaîne de la prise en charge : prescription électronique pour permettre la gestion synchrone de l'ordonnance de sortie de l'hôpital, échanges entre professionnels de santé via messagerie sécurisée.

### 2.3.2. Outils disponibles pour atteindre les objectifs

#### 2.3.2.1. Leviers pour les établissements de santé

Plusieurs outils convergents sont disponibles pour les établissements de santé pour atteindre les objectifs et permettre de fluidifier et sécuriser les parcours des patients :

- La certification des établissements de santé. Cette démarche qualité en santé doit être renforcée pour établir un cadre de référence. C'est une procédure d'évaluation externe mise en œuvre par la HAS et réalisée tous les 4 ans. La 5<sup>ème</sup> version de la certification, applicable en 2020, sera plus centrée sur la qualité des résultats pour les patients et plus proche des pratiques des professionnels de santé. Cette nouvelle certification s'appuiera sur les parcours des patients et intégrera l'enjeu de pertinence de soins tout en conservant les acquis de la certification V2014. Les méthodes patient traceur, détaillées dans la deuxième partie de la thèse, seront démultipliées pour évaluer globalement le processus de prise en charge du patient (6) (10) (40). La certification prévoit une investigation par les experts-visiteurs sur la thématique « Droits des patients » pour vérifier que la gestion du dossier du patient permet la coordination des soins. Outil de partage d'informations, chaque soignant doit y avoir accès. Des critères relatifs à la prise en charge médicamenteuse sont définis et l'accent est porté sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé notamment dans le nouveau référentiel V2010 révisé en 2011 (30).

- Contrat d'Amélioration et de la Qualité, de la Sécurité et de la Pertinence des Soins et des Prescriptions (CAQES) dont le volet socle remplace le Contrat de Bon Usage (CBU) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018 (41). Ce contrat qui lie l'établissement de santé à l'ARS et l'Assurance Maladie a pour objectifs de poursuivre la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dont celle de la prise en charge médicamenteuse des patients et de garantir l'efficacité des pratiques concernant les produits de santé au sein de l'établissement de santé et pour les prescriptions exécutées en ville (sortie d'hospitalisation, passage aux urgences, consultations) (30).

#### 2.3.2.2. Outils numériques contributifs

D'autres outils contribuent au développement de la médecine de parcours, permettant d'assurer une continuité du parcours de soins par la transmission et le partage d'informations entre les professionnels de santé (6). Les promesses du numérique aident au développement de l'accès à une médecine innovante et de qualité sur l'ensemble du territoire. Les outils numériques abolissent les distances et étendent la capacité d'action des professionnels de santé, libérant du temps médical et améliorant la pertinence et la qualité des soins (2).

La télémédecine, en cours de déploiement en France, propose une autre manière de soigner grâce aux nouvelles technologies. C'est la loi HPST du 21 juillet 2009 qui reconnaît la possibilité de pratiquer la télémédecine (42). La téléconsultation, une consultation à distance entre un médecin et un patient, ou encore la télé-expertise, permettant de solliciter l'avis d'un confrère face à une situation médicale donnée, donnent le coup d'envoi de la pratique de la télémédecine en France. Le développement de cette pratique constitue une voie d'avenir pour avoir recours, à partir de consultations d'EHPAD ou d'établissements de santé à des consultations spécialisées, réduisant ainsi les déplacements pour les personnes âgées notamment. Cette pratique apporte donc une réponse aux difficultés d'accès aux soins sur le territoire déjà évoquées récemment et un suivi régulier des patients, compatible avec l'allongement de la durée de vie de la population et de la chronicité des pathologies (43).

Revenons maintenant sur le DMP, autre outil informatique créé par la loi (n°2004-810) du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie devrait permettre aussi de renforcer la qualité et l'efficacité des soins en répertoriant les antécédents médicaux, les allergies connues, le

traitement suivi, les pathologies importantes, etc. Comme on l'a expliqué, sa mise en œuvre depuis 2011 est compliquée et représente l'un des grands chantiers de l'amélioration de la qualité des soins délivrés en France. Néanmoins, une fois opérationnel, cet outil informatisé hautement sécurisé devrait faciliter grandement la communication entre les différents professionnels de santé. En effet, il contient les informations médicales pertinentes nécessaires à la prise en charge du patient pour faciliter la coordination des soins et les échanges d'informations entre les professionnels de santé. Son déploiement, sous la responsabilité de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé, devrait être facilité par l'autorisation des applications informatiques par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) en décembre 2010. Tout patient peut ouvrir son dossier médical partagé chez le professionnel de santé de son choix ainsi qu'à l'hôpital. Au-delà des données personnelles du patient, le DMP s'avère assez prometteur car il permet aussi au patient d'obtenir de nouveaux services, comme la réception automatique des résultats d'analyse sur le dossier personnel en ligne, ou encore d'accéder à des fonctions de rappels de vaccins, des échanges dématérialisés avec le médecin traitant ou des programmes d'accompagnement thérapeutique. Les patients disposant d'un dossier médical partagé peuvent également accéder à celui-ci à partir du site internet dédié [dmp.gouv.fr](http://dmp.gouv.fr). La réalité est que cela ne marche pas encore vraiment.

S'agissant de la nouvelle carte Vitale électronique, elle comporte une puce électronique contenant des informations personnalisées, comme le nom du médecin traitant, l'accès au DMP, les personnes à prévenir en cas d'accident ou encore le fait que le titulaire de la carte a été informé sur le don d'organes. Plus sécurisée et ayant une plus grande capacité de mémoire, la nouvelle carte offre plus de services aux assurés.

Enfin, 19 000 des 23 000 officines françaises sont actuellement équipées du dossier pharmaceutique (DP), rendant totalement obsolète le fameux carnet de santé créé en 1996. Cet outil, piloté par l'Ordre National des Pharmaciens, a vocation à terme d'alimenter le DMP précédemment cité. Ce dossier électronique, autorisé par la loi et la CNIL, enregistre l'ensemble des médicaments (prescrits ou non prescrits) que le patient a acquis au cours des 4 derniers mois ce qui permet de suivre les consommations médicamenteuses des patients ayant donné leur accord et de vérifier les contre-indications et interactions, dans n'importe quelle pharmacie de France, médicaments non prescrits compris. De nouvelles fonctionnalités sont régulièrement développées (circulation d'informations en matière de

sécurité sanitaire, base de données anonymisées, etc.). Le DP permet aux pharmaciens de partager les données nominatives relatives aux délivrances de médicaments, afin de prévenir les interactions médicamenteuses. Ainsi, en cas de délivrance d'un nouveau médicament, les pharmaciens peuvent vérifier qu'il n'y aura pas double emploi, ou que leur utilisation simultanée ne causera pas d'effets indésirables. En outre, en cas de renouvellement d'une ordonnance, il n'est plus nécessaire d'avoir le document sur soi, la prescription et sa durée étant inscrite dans le DP. Enfin, en cas de retrait d'un lot de médicaments par un laboratoire, il est facile d'en informer les patients concernés.

Pour finir, l'association des logiciels d'aide à la prescription en ville et à l'hôpital paraît également un enjeu d'avenir pour fluidifier la circulation des informations entre centres hospitaliers, structures d'HAD, hôpitaux de proximité, SSR, USLD, EHPAD (44) etc.

### 3. Traitement médicamenteux du patient dans les parcours de soins

L'un des enjeux forts de la coopération ville/hôpital est notamment celui de la gestion de la complexité de la prise en charge médicamenteuse du patient de l'entrée à l'hôpital avec ses ordonnances de ville et à la sortie avec des ordonnances prescrites au sein de l'établissement de santé. Le traitement médicamenteux habituel du patient est un élément clé à maîtriser pour assurer la qualité, la sécurité et la fluidité de sa prise en charge médicamenteuse dans le cadre d'une médecine de parcours (4).

#### **3.1. Prise en charge médicamenteuse du patient & Parcours de soins**

La complexité de la prise en charge médicamenteuse du patient au cours de son parcours est réelle. En effet, il s'agit d'un processus combinant plusieurs étapes pluridisciplinaires et interdépendantes et faisant intervenir plusieurs professionnels de santé et le patient lui-même avec un objectif commun : l'utilisation sécurisée, appropriée et efficiente de chaque médicament pour le patient (45). Elle est un des éléments du parcours de soins du patient : sa sécurisation doit être un objectif prioritaire (46).

En ville, la multiplicité des intervenants ne facilite pas la sécurisation du parcours. Le médecin généraliste, les différents médecins spécialistes ou encore le pharmacien d'officine peuvent prendre en charge un même patient sans disposer forcément d'informations sur les autres traitements ou son historique médical. Par ailleurs, la prise en charge d'épisodes aigus

et des pathologies chroniques peut être différente et rendre difficile une vue d'ensemble du traitement en cours à un instant donné. Le patient dispose donc de différentes ordonnances, aucun support partagé de prescription n'étant disponible. L'intérêt de l'utilisation du DP est alors évident pour faciliter cette vue d'ensemble de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Les recommandations internationales de l'Organisation Mondiale de la Santé de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse poussent à réduire le risque médicamenteux évitable et les erreurs liées à la continuité du traitement médicament en vérifiant les prescriptions aux points de transition du parcours de soins du patient notamment l'admission, les transferts éventuels ou la sortie d'un établissement. Parce que ces multiples points de transition majorent le risque médicamenteux, la prise en charge médicamenteuse repose sur la transmission et le partage d'informations complètes des traitements du patient entre les professionnels de santé et le patient (45), (47).

Néanmoins, une fois le patient admis à l'hôpital, de nombreuses problématiques émergent : transmission d'informations inexistante, outils inopérants, incompatibilité des traitements en cours avec la prise en charge prévue durant le séjour, etc.

A la sortie, la démarche est plus simple depuis la mise en place de la lettre de liaison qui permet de résumer tous les traitements introduits et/ou suspendus pendant le séjour hospitalier. La continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient peut se faire plus facilement dans ce sens. Ces douze dernières années, les prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville ont augmenté de 8 % en moyenne par an, modérant ainsi la décroissance des remboursements de médicaments de ville. La progression des prescriptions liée au renouvellement par les médecins de ville des prescriptions initiées à l'hôpital apparaît alors très dynamique (200 M€) (48). Ces dépenses continuent de croître chaque année. Les classes de médicaments prescrits, souvent associées à des pathologies lourdes, et les nouvelles modalités de prise en charge en ambulatoire favorisant une sortie précoce de l'hôpital expliquent en partie cette évolution (49).

### **3.2. Traitement habituel du patient : une difficulté pour les établissements de santé**

La gestion du traitement médicamenteux habituel fait partie intégrante de la prise en charge médicamenteuse du patient. On entend par traitement habituel l'ensemble des traitements médicamenteux en cours au moment de l'admission du patient, médicaments faisant l'objet d'une prescription pré hospitalière ou d'une automédication, qu'ils soient ou non référencés au livret thérapeutique de l'hôpital, y compris les produits de phytothérapie et d'homéopathie (50). Il a remplacé le terme historique « traitement personnel », terme qui est aujourd'hui plutôt adapté lorsque l'on souhaite faire référence à la notion de propriété du patient. L'utilisation de ce terme était associée au retrait des médicaments au patient, alors que l'aspect « continuité des soins » restait en second plan. Le terme de gestion du « traitement habituel » largement usité aujourd'hui intègre davantage des notions de gestion des risques en vue de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient.

Une gestion optimisée du traitement habituel du patient à son admission en unité de soins doit permettre d'éviter (30) :

- De perturber l'équilibre du traitement adapté,
- Les risques liés à l'arrêt brutal de traitement,
- Les risques de surdosage et d'interactions médicamenteuses par automédication,
- Les risques de confusion par multiplicité des génériques (50).

donc de limiter l'iatrogénie médicamenteuse.

Plusieurs textes réglementaires encadrent la gestion du traitement habituel du patient en établissement de santé :

- *«...les modalités de gestion du traitement personnel des patients sont définies afin d'assurer la continuité des soins et de garantir la sécurité du patient », « il ne devra être mis ou laissé à la disposition des patients aucun médicament en dehors de ceux qui leur auront été prescrits dans l'établissement » (28) ;*
- *« Tout traitement personnel habituel pris par le patient au cours d'un séjour hospitalier est inclus dans le forfait séjour. Il ne peut être ni à la charge du patient, ni à celle de l'Assurance Maladie » (51).*

Des recommandations de bonnes pratiques en termes de gestion du traitement habituel du patient hospitalisé dans le cadre d'une chirurgie ont été faites par la Société Française d'Anesthésie-Réanimation en octobre 2014 (52). Cette même société savante avait formalisé en 2009 par ailleurs des recommandations formalisées d'experts sur la gestion péri opératoire des traitements chroniques et dispositifs médicaux (53).

### **3.3. Place du traitement habituel dans le parcours de soins**

#### *3.3.1. Un élément clé dans la continuité du parcours de soins*

Une véritable gestion du traitement médicamenteux habituel du patient fait partie intégrante d'une médecine globalisée autour du patient et permet, lors de son parcours de soins, d'assurer sa qualité, sa sécurité et sa continuité (54).

Le parcours de soins du patient se décompose en plusieurs points de transition comme illustré dans la figure 2 ci-après : l'admission, la sortie et les transferts. Ce sont des moments déterminants du parcours pendant lesquels le patient passe d'un lieu ou d'un système à un autre incluant un changement de responsabilités (54).

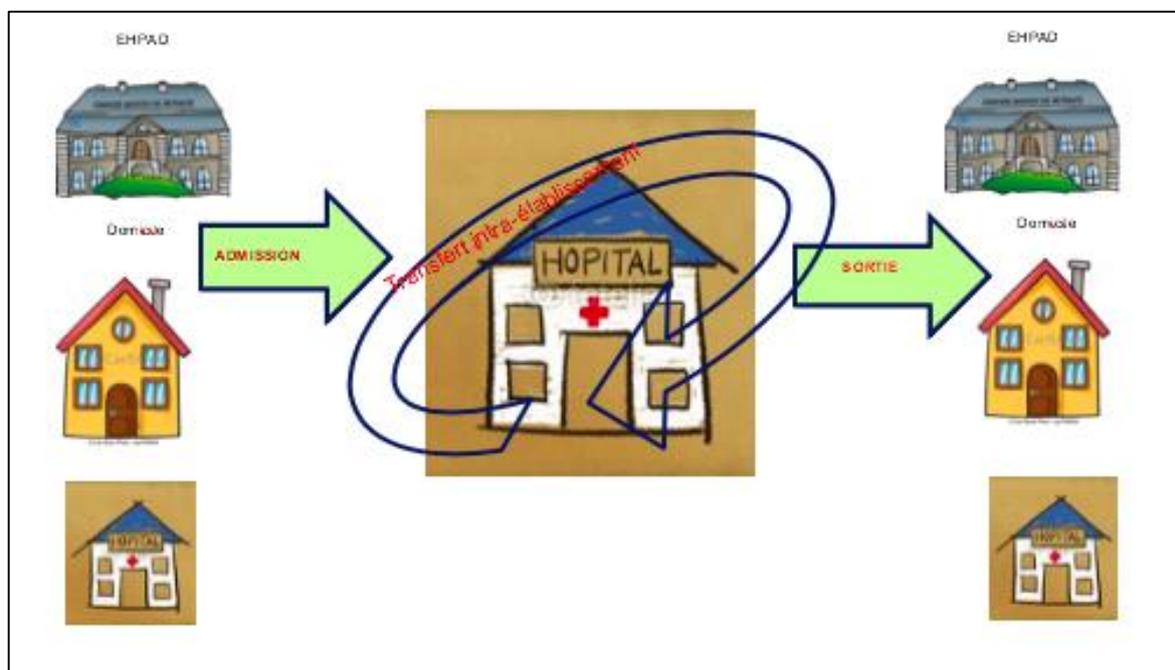


Figure 2 : Schéma des étapes de transition du parcours du patient avant et après un séjour hospitalier

L'enchaînement de ces différentes étapes du parcours du patient peut mettre en péril la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient qui reste un objectif prioritaire de qualité et de sécurité des soins (45). Cela nécessite de prendre en compte le traitement

habituel du patient à l'admission dans l'hôpital, de documenter l'exhaustivité du traitement médicamenteux lors des transferts et de la sortie et d'établir une coordination efficace avec les professionnels de ville. En effet, au cours du séjour hospitalier du patient, celui-ci est amené à être modifié : certains médicaments peuvent être arrêtés définitivement ou suspendus temporairement, de nouveaux médicaments peuvent être introduits. Lors de la sortie du patient, la lettre de liaison est réalisée pour documenter de façon exhaustive le traitement du patient avec les traitements en cours et la mention de la poursuite ou de l'arrêt des traitements habituels du patient pendant le séjour hospitalier. Comme l'illustre la figure 2, la prise en charge médicamenteuse du patient à l'hôpital est une étape de son parcours de soins qui se déroule majoritairement hors de l'hôpital (30).

### *3.3.2. Conciliation des traitements médicamenteux*

Comme nous l'avons expliqué précédemment, une réorganisation de la prise en charge de la santé de la population est en cours, prenant comme point central du système non plus l'offreur de soins comme auparavant, mais véritablement le malade et la santé publique de la communauté des individus. Cette nouvelle organisation permet une évolution vers une nouvelle conception de la pratique médicale, plus globale, plus collective, plus normée, plus évaluée et plus intégrée (55).

Cette évolution est favorisée par la conciliation des traitements médicamenteux qui est un processus pluri-professionnel et interactif garantissant la continuité des soins en intégrant à une nouvelle prescription les traitements en cours. Cette démarche structure l'organisation de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins et a pour objectif d'intercepter les erreurs médicamenteuses aux points de transition du parcours de soins du patient (56). Le traitement habituel fait partie des éléments à prendre en compte dans le processus de conciliation médicamenteuse. Celui-ci se fait de l'admission à la sortie par le recueil d'informations à chaque point de transition, une synthèse sous forme d'un bilan médicamenteux et son partage. L'exploitation du bilan médicamenteux permet de servir la démarche diagnostique, d'optimiser la prescription, la dispensation et l'administration des médicaments. Son partage permet aussi d'améliorer l'information du patient et de son entourage (28).

La conciliation est considérée comme proactive lorsqu'un bilan médicamenteux du patient est réalisé avant la rédaction de toute ordonnance. Elle permet de prévenir la survenue d'erreurs médicamenteuses dues à un défaut de transmission d'informations. Elle devient rétroactive quand le bilan médicamenteux du patient est réalisé après la rédaction de toute ordonnance. Elle permet dans ce cas-là d'intercepter et de corriger d'éventuels écarts entre le bilan et l'ordonnance (54).

La conciliation médicamenteuse est d'autant plus délicate lorsqu'il s'agit d'hospitalisations non programmées. En effet, la programmation permet de demander au patient d'apporter ses prescriptions, voire ses médicaments au moment de son admission. La conciliation médicamenteuse de sortie permet d'expliquer les modifications éventuelles du traitement du patient intervenues au cours de son séjour à l'hôpital aux professionnels de santé en ville. Ces éléments constituent le volet médicamenteux de la lettre de liaison (57).

Une autre pratique, l'observation pharmaceutique, développée par le pharmacien en unité de soins permet d'améliorer la sécurisation de la transition thérapeutique : l'analyse des prescriptions, le suivi pharmaceutique, les programmes d'éducation thérapeutique et la visite de sortie.

La connaissance des médicaments pris par les patients au sein de l'établissement, l'anticipation de la sortie pour assurer la continuité des traitements ainsi que la transmission des analyses et des avis pharmaceutiques sont d'importantes problématiques à étudier et à protocoliser. Le bénéfice de l'expertise hospitalière en serait renforcé, tout comme l'adhésion du patient aux éventuelles modifications apportées à son traitement habituel.

### **3.4. Contraintes et problématiques liées à la gestion du traitement habituel du patient**

Des contraintes pratiques liées à la gestion du traitement habituel du patient pendant son parcours de soins existent en raison de la multiplicité des intervenants et des moyens de communication entre professionnels de santé encore peu opérants. Il est vrai que les prescripteurs sont parfois nombreux : le médecin traitant qui assure le suivi, le prescripteur

hospitalier, initial ou non, les divers médecins spécialistes, intervenant au coup par coup, rendant la sécurisation du parcours de soins du patient hautement délicate.

➤ Focus sur l'hôpital

Durant son parcours de soins, le patient peut lors d'un épisode aigu ou d'un suivi chronique programmé être amené à être hospitalisé. Ces transitions entre la ville et l'hôpital peuvent entraîner une perte d'information sur sa prise en charge médicamenteuse. A son admission à l'hôpital, il est souvent difficile de connaître le traitement habituel du patient. La connaissance rapide et complète du traitement médicamenteux habituel est difficile à obtenir et devient un obstacle à la continuité de sa prise en charge médicamenteuse notamment en cas d'hospitalisation en urgence ou de difficultés de communication avec le patient (56). Au mieux, celui-ci se présente avec ses ordonnances de ville s'il en a. Le praticien doit alors les analyser et décider de sa prise en charge à savoir le maintien, l'arrêt ou la suspension du traitement habituel pendant le séjour hospitalier. Chaque médicament du traitement habituel du patient maintenu dans la prescription hospitalière doit être saisi par le médecin dans l'outil de prescription informatique utilisé dans l'établissement pour son administration pendant le séjour. Lorsque les ordonnances sont longues, cette activité peut vite devenir chronophage pour les équipes de soins. Une organisation doit alors être adaptée pour chaque type de service pour diminuer ces contraintes de saisie du traitement habituel, au dépend de certaines autres activités.

Certains services choisissent de ne pas intervenir voire de suspendre le traitement habituel du patient pour les séjours hospitaliers de très courte durée comme les prises en charge en ambulatoire ou les HDJ que nous aborderons plus loin. D'autres ont réparti le travail au sein de l'équipe médicale, notamment en chirurgie où les anesthésistes se chargent souvent du traitement habituel des patients programmés quand les autres praticiens s'occupent des ordonnances des patients pris en charge en urgence (52). D'autres encore se servent des fonctionnalités des logiciels de prescription pour faciliter la saisie des traitements habituels des patients. Ceci permet de récupérer parfois le traitement habituel qui a été prescrit lors d'un séjour hospitalier précédent ou enregistré dans le DP ou bien de récupérer les ordonnances en amont de l'admission du patient afin de pré-saisir le traitement. Cette dernière pratique proactive est souvent réalisée par la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) et permet d'anticiper les commandes ou les substitutions (54).

Enfin, d'autres services laissent au patient la possibilité de prendre les médicaments de son traitement habituel au cours de son séjour hospitalier après une évaluation de son autonomie. Il s'agit d'auto-administration médicamenteuse lorsque les médicaments du traitement habituel ont été prescrits par le médecin sur le support de prescription en vigueur dans l'unité de soins et distribués par l'Infirmier Diplômé d'État (IDE). Cette pratique complexifie la gestion du traitement habituel du patient et n'est pas conforme à la réglementation en vigueur en établissement de santé (58).

Autre pratique, l'auto gestion liée au traitement habituel du patient, est aussi observée dans les établissements de santé. Dans ce cas, les médicaments du traitement habituel ne sont pas prescrits par le médecin sur le support de prescription en vigueur et le patient prends seul les médicaments de son traitement habituel. Ces deux pratiques constituent des freins à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient pendant son séjour hospitalier.

Ces obstacles à une prise en charge coordonnée au service du patient ont conduit la Société Française de Pharmacie Clinique à engager, sur la base notamment des articles L. 1111-2 et L. 5125-1-1 du code de la santé publique, des travaux en collaboration avec la HAS afin de faire évoluer les relations ville-hôpital-médico-social avec notamment le référentiel officinal, des protocoles de suivi du patient ambulatoire, une continuité des soins et réseau ville/hôpital et le développement professionnel continu.

L'intégration des traitements habituels dans la prise en charge à l'admission reste une source majeure de risques, dont les équipes ont pour la plupart pleine conscience, chacune tentant d'y pallier au mieux en fonction des outils et des moyens dont elles disposent (5). Compte tenu de ces éléments, il est primordial de simplifier la gestion du traitement habituel pour diminuer les contraintes des équipes de soins tout en maintenant la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients (54). Ceci représente le socle de mes travaux réalisés lors de mon stage hospitalo-universitaire de 5ème année aux Hospices Civils de Lyon (HCL).

## Partie 2 : Mes travaux sur la thématique du traitement habituel du patient aux Hospices Civils de Lyon

### 1. Contexte

#### 1.1. **Organisation des HCL et du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse du Patient (SMQ PCMP)**

Les HCL sont le deuxième Centre Hospitalier Universitaire de France et un établissement de recours pour un certain nombre de spécialités médicales et chirurgicales grâce à des techniques et des équipes de pointe. Près de 16 000 professionnels de santé œuvrent chaque jour à l'amélioration constante de la santé avec plus de 5 300 lits et places à gérer (59), (60).

Les HCL sont constitués d'un ensemble de sites hospitaliers, eux-mêmes regroupés en cinq groupements hospitaliers :

- Groupement Hospitalier Centre (GHC),
- Groupement Hospitalier Est (GHE) au sein duquel j'ai réalisé mon stage Hospitalo-Universitaire de 5<sup>ème</sup> année d'octobre 2016 à mars 2017,
- Groupement Hospitalier Nord (GHN),
- Hôpital Renée Sabran dans le Sud de la France,
- Groupement Hospitalier Sud (GHS).

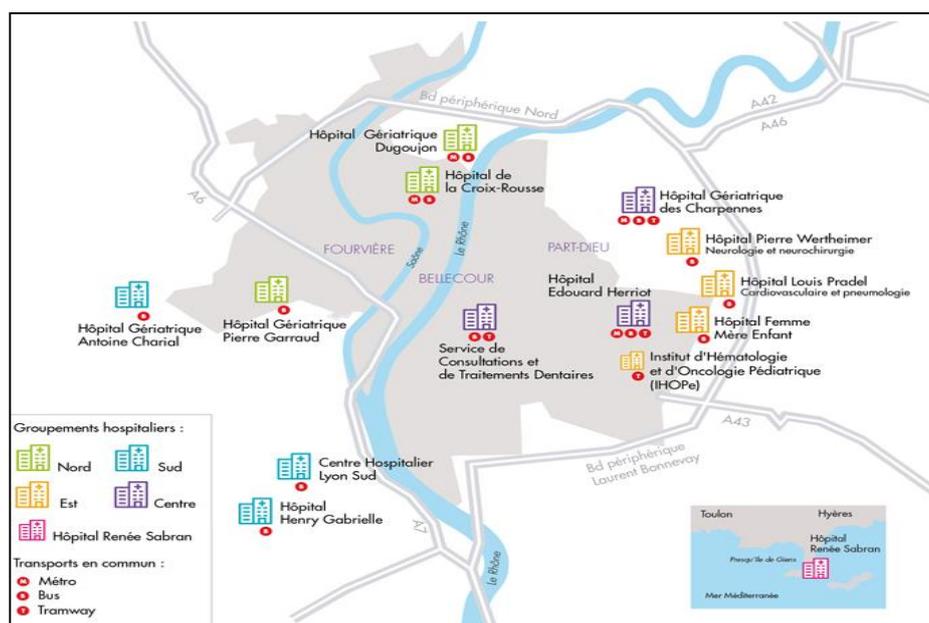


Figure 3 : Organisation des HCL (61)

Le Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse (SMQ PCMP) a été mis en place aux HCL en 2012 en vue d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient. En raison de la taille des HCL, de la complexité de ce processus, de l'implication des différents professionnels de santé, de l'existence de multiples interfaces et d'enjeux organisationnels forts, des risques pour le patient sont indéniables. Les HCL ont donc fait de l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la PCMP une priorité institutionnelle afin de s'inscrire dans une démarche pérenne et de garder toujours en objectifs la règle des 6B.



Figure 4 : La règle des 6B aux HCL

L'identité de la démarche a été dès 2012 représentée par le visuel « *priorité patient !* », qui accompagne la démarche HCL dans toutes ses étapes et à chaque communication.



Figure 5 : Identité du projet SMQ PCMP des HCL (2012)

De l'entrée à la sortie du patient, chacun des professionnels HCL (Médecins, Infirmiers, Sages-femmes, Pharmaciens, Préparateurs, Patient...) a un rôle défini. L'enjeu de la démarche SMQ est d'établir une véritable coopération pluri professionnelle autour de la gestion du risque médicamenteux.

Comme le prévoit la réglementation, le pilotage de cette organisation est réalisé par la Direction Générale et le président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) (62).

Compte tenu de la taille de la structure, des coordonnateurs issus de chaque Groupement Hospitalier (GH) et un Responsable Assurance Qualité (RAQ) HCL PCMP & Circuit du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (DMS), responsable du Système Documentaire, accompagnent le responsable HCL du SMQ PCMP. Le rôle des coordonnateurs SMQ PCMP de GH est de structurer avec une équipe pluri professionnelle l'organisation interne au GH la plus adaptée à la mise en œuvre de la démarche institutionnelle. En interne dans le GH, le coordonnateur est l'interface et fait le lien avec les différentes instances, directions, structures, professionnels au niveau du GH pour tous les thèmes touchant à la prise en charge médicamenteuse du patient :

- Gouvernance locale,
- Direction du GH,
- Commission Médicale d'Établissement Locale (CMEL),
- Direction des soins de GH,
- Pôles d'activité médicale (PAM) et leurs référents,
- PUI,
- CoQUA (Comité Qualité),
- Cellule Locale des Évènements Indésirables (CLEI),
- Cellule Qualité, etc.

Les référents SMQ PCMP de GH ont un rôle fort en termes de mobilisation des professionnels et des équipes de terrain et de communication et sensibilisation sur le thème et les actions d'amélioration « *Qualité et Sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient* ». Ils participent à l'information et à l'accompagnement des différents professionnels du GH sur la mise en œuvre de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient notamment : rôles et responsabilités des professionnels, analyse des évènements indésirables médicamenteux du GH, actions d'amélioration identifiées, priorisées et planifiées, suivi et évaluation des actions locales, analyse de risques *a priori* au fur et à mesure du déploiement de la démarche HCL, formation, déploiement documents qualité PCMP, contribution aux démarches de certification (Compte Qualité, Démarche Patient Traceur), etc. Ils participent aux échanges du niveau GH avec le niveau institutionnel (travaux collaboratifs, mutualisation, etc.).

Le responsable HCL SMQ PCMP assure l'analyse des pratiques à l'échelle HCL à l'aide des démarches d'analyse de risques *a priori* et *a posteriori* et propose la mise en place des actions

d'amélioration institutionnelles nécessaires. La prévention des erreurs médicamenteuses évitables et la minimisation du risque pour le patient en cas d'Erreur Médicamenteuse (EM) avérée constituent un axe fondamental de la démarche HCL SMQ PCMP :

- Signaler pour connaître,
- Analyser pour comprendre,
- Agir et faire savoir pour prévenir.

## **1.2. Travaux HCL sur la thématique du traitement habituel**

La gestion du traitement habituel du patient se heurte aux HCL, comme dans les autres établissements de santé, à des difficultés récurrentes. Nous l'avons vu, la gestion du traitement habituel du patient à l'hôpital est une problématique majeure et représente une source d'erreurs potentielles ou avérées. Des règles institutionnelles doivent être définies pour accompagner les équipes et uniformiser les pratiques au sein des différents services. C'est, entre autres, le rôle du SMQ PCMP aux HCL dont l'investissement fort passe par des actions concrètes pour les pratiques des équipes de soins et la sécurité des patients. Les démarches présentées ci-après conduites dans le cadre du SMQ PCMP contribuent à améliorer les pratiques professionnelles dans un but d'optimisation de la prise en charge du patient.

### *1.2.1. Gestion du traitement habituel aux HCL*

#### *1.2.1.1. Formalisation des premiers principes de gestion du traitement habituel du patient*

La formalisation des principes institutionnels de gestion du traitement habituel du patient a été initiée aux HCL en 2010.

Un groupe de travail a été mis en place à cet effet : ce groupe était constitué de pharmaciens et d'un représentant de la Direction Centrale des Soins ; en revanche, aucun médecin n'avait été associé à cette réflexion. En effet, avant la mise en place du SMQ PCMP, la prise de conscience des professionnels des HCL au sujet du traitement habituel était encore faible, seuls les pharmaciens et certains paramédicaux étaient sensibilisés à cette thématique.

Ces premiers travaux ont permis d'identifier les grands principes suivants au sein d'une première version de la procédure HCL « *Gestion du traitement personnel en hospitalisation complète* » validée en novembre 2011 :

- Le traitement médicamenteux personnel du patient est à retirer dès le début de l'hospitalisation du patient,
- La prescription hospitalière fait figurer tous les médicaments administrés au patient en cours d'hospitalisation,
- La PUI du GH fournit les médicaments référencés au livret thérapeutique HCL pour le patient hospitalisé,
- Les différentes étapes de la gestion des différents traitements médicamenteux du patient sont tracées dans le dossier médical.

La diffusion de cette procédure n'a pas été véritablement organisée en 2011 et la mobilisation des professionnels médicaux des HCL a été réduite sur cette thématique. Néanmoins, les HCL disposaient de règles définies en termes de modalités de gestion du traitement personnel des patients afin d'assurer la continuité des soins et de garantir la sécurité du patient comme le prévoyait l'article 13 de l'arrêté du 6 avril 2011 (51).

En 2012, après la mise en place du SMQ PCMP HCL, la révision des Bonnes pratiques de prescription médicamenteuse et surtout la formalisation des Rôles et responsabilités des professionnels HCL dans la Prise en Charge Médicamenteuse ont été réalisées (63), (64), (65). Ces documents institutionnels rappellent notamment le principe essentiel « Tout médicament doit être prescrit pour être administré » et constituent un socle majeur de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient. Ils ont fait l'objet d'une campagne de communication au niveau HCL et au sein de chaque GH.

#### 1.2.1.2. Évaluation 2013 des pratiques HCL de gestion du traitement habituel du patient

Conformément aux exigences du CBU, un audit des pratiques concernant la gestion du traitement habituel du patient hospitalisé s'est déroulé en juillet 2013 aux HCL. Il avait pour but d'évaluer les pratiques des équipes HCL deux ans après la mise en place de la procédure institutionnelle version 1. Il avait aussi pour objectif d'évaluer le niveau d'information et de satisfaction des patients hospitalisés sur cette thématique.

Il s'agissait d'un audit de grande envergure :

- 30 unités de soins de spécialités médicales différentes réparties sur l'ensemble des GH,
- 183 personnes interrogées (60 paramédicaux, 58 médecins, 36 pharmaciens & préparateurs, 29 patients),
- 48 prescriptions auditées.

Les questionnaires élaborés permettaient de cibler les étapes critiques du parcours du patient et abordaient 3 thèmes : gestion du traitement habituel du patient à l'entrée (bilan exhaustif des traitements habituels, utilisation du traitement habituel, synergie avec la PUI), connaissance des outils mis à disposition (livret thérapeutique, procédure HCL de gestion du traitement habituel du patient) et transmission des informations (information du patient, consignes médicales). Les spécialités médicales et chirurgicales ont été investiguées.

Les résultats ont été découpés selon les 3 thèmes : un taux de réponse de 100% signifie que la totalité des soignants ont répondu correctement à la question (tableau 1).

Tableau 1 : Résultats de l'audit HCL (66)

	US médecine	US chirurgie
<b>Thème 1 : Transmission des informations</b>		
Informations au patient si modification du traitement pendant le séjour (substitution, ajout ou arrêt d'un médicament)	69%	47%
Traçabilité du retrait du traitement habituel et de sa restitution à la sortie du patient	44%	29%
<b>Thème 2 : Gestion du traitement personnel du patient</b>		
Stockage du traitement personnel du patient dans un endroit sécurisé et identification	48%	40%
Réévaluation du traitement habituel du patient à son admission	94%	47%
<b>Thème 3 : Connaissance des outils</b>		
Connaissance de la procédure institutionnelle HCL	Paramédicaux 50% Médicaux 31%	Paramédicaux 62% Médicaux : 0%

Les spécialités médicales obtiennent de meilleurs résultats que les spécialités chirurgicales. Ceci s'explique en partie par la durée plus courte des séjours en chirurgie qui relègue souvent au second plan la réévaluation du traitement habituel du patient.

L'audit a fait ressortir plusieurs axes d'amélioration : améliorer la connaissance de la procédure institutionnelle en fait partie. Les professionnels déclarent connaître les règles institutionnelles mais leur mise en application s'avère difficile car les pratiques sont service-dépendantes. De plus, les patients déclarent être peu informés sur leur traitement médicamenteux à cause d'un manque d'informations avant, pendant et à l'issue du séjour hospitalier.

Cet audit a montré que, aux HCL comme dans d'autres établissements de santé, la gestion du traitement habituel du patient est emblématique de la difficulté à maîtriser la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient aux différents points de transition. Les coordinations et la collaboration entre les différents professionnels de santé sont des éléments clés pour optimiser le parcours du patient (66).

### 1.2.2. *Autres démarches HCL de suivi des pratiques « Gestion du traitement habituel »*

#### 1.2.2.1. *Analyses de risques InterDiag®*

InterDiag® est un outil d'auto-évaluation et de diagnostic des risques liés à la prise en charge médicamenteuse des patients au niveau de l'unité de soins. Il permet d'établir la cartographie des principaux risques puis d'identifier les axes prioritaires d'amélioration du processus et d'engager les équipes dans des plans d'actions concrets pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la PCMP. InterDiag® Médicaments couvre les principaux aspects de la prise en charge médicamenteuse du patient pour susciter un dialogue pluri professionnel au sein de l'unité de soins.

Trois thématiques principales sont explorées :

- « **Contexte et politique** » de sécurisation dans l'établissement (pilotage, organisation, information/formation, synergie avec la PUI...),
- « **Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse** » (de la prescription à l'administration du médicament, l'aide à la prise),
- « **Sécurisation du stockage du médicament** » (armoire des médicaments, qualité du stockage...).

Ces trois thématiques sont déclinées en neuf axes de sécurisation : prévention, pilotage, entrée et sortie du patient, prescription, dispensation, préparation et administration, organisation du stockage, gestion du stock et gestion du chariot d'urgence.

La problématique de la gestion du traitement habituel du patient est abordée dans les sections suivantes :

- La thématique « *Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse* »,
- L'axe « *Entrée et sortie du patient* »,
- L'item J « *Traitement personnel du patient* »

J Traitement personnel du patient			
J.01	Un document décrit les règles de gestion du traitement personnel du patient.		
J.02	Une modification importante du traitement du patient fait l'objet d'une concertation entre le médecin hospitalier et le médecin traitant du patient.		
J.03	Les médicaments personnels du patient sont isolés dès l'admission et stockés dans un emplacement spécifique du poste de soins de l'unité.		
J.04	Les médicaments personnels sont rendus à la famille ou au patient lors de sa sortie seulement si la prescription de sortie mentionne ces mêmes médicaments.		

Figure 6 : Items relatifs au traitement habituel du patient (Grille Interdiag® version 2, 2014)

Nota Bene : Le terme « traitement personnel », remplacé par « traitement habituel » à ce jour, reste utilisé dans l'outil InterDiag® car la version 2 remonte à 2014 et n'a pas été mise à jour depuis.

Des analyses de risque *a priori* dans le domaine de la prise en charge médicamenteuse avec InterDiag® ont été réalisées au sein de différents types de services cliniques aux HCL. Les résultats, indiqués en pourcentage de maîtrise de risque, sont résumés dans le tableau 2 ci-après. Plus le pourcentage est élevé, plus le risque est maîtrisé.

Tableau 2 : Résultats des analyses de risques a priori (Interdiag®) conduites aux HCL

Date d'analyse	Périmètre investigué		Score moyen HCL de maîtrise du risque axe « Entrée et sortie du patient »
Juillet 2012 à septembre 2013	Chirurgie programmée		<b>68%</b> [44%-94%]
Février 2013 à août 2014	Urgences		<b>63%</b> [44%-92%]
Juin 2014 à janvier 2017	Gériatrie	Soins de Courte Durée (CSG)	<b>82%</b> [74%-93%]
		Soins de Longue Durée (SLD)	<b>93%</b> [63%-100%]
		Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique (SSR)	<b>78%</b> [63%-100%]

Le score pour le périmètre de chirurgie programmée est peu élevé du fait de la diversité des pratiques concernant la gestion du traitement habituel du patient dans ces services avec des durées de séjour courtes et souvent une mise en œuvre peu conforme aux recommandations institutionnelles (Procédure HCL « Gestion Traitement Personnel du Patient, V1 septembre 2011). Ces éléments sont concordants avec les résultats de l'audit HCL de 2013. Plusieurs équipes ont signalé les difficultés de gestion du traitement médicamenteux en post-opératoire liées à l'arrivée du patient dans l'unité alors que la feuille d'anesthésie informatisée (DIANE®), non interfacée avec le logiciel de prescription de l'unité de chirurgie est le support utilisé par les anesthésistes lors de la consultation d'anesthésie pré-opératoire (recueil des informations sur le traitement habituel du patient) et pendant la période péri-opératoire (enregistrement des doses médicamenteuses administrées au bloc opératoire). Des dérives de pratiques entre les deux logiciels (DIANE® et OPIUM®) ont pu s'installer ; elles peuvent notamment hypothéquer la prescription du traitement habituel du patient en phase post-opératoire lors du retour du patient dans l'unité de chirurgie. Il est envisagé à terme une interface entre DIANE® et l'environnement du logiciel HCL EASILY® afin de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient.

Les diagnostics InterDiag® réalisés dans les unités de Gériatrie font apparaître des scores de niveaux de maîtrise supérieurs aux autres spécialités grâce à une mise en œuvre en général

conforme aux recommandations institutionnelles de septembre 2011. Les pratiques des médecins gériatres, fortement sensibilisés à l'iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé, sont historiquement en adéquation avec les attentes en termes de gestion des risques chez des patients souvent poly médicamenteux.

Malgré une progression positive du score de maîtrise de risque au fil des analyses, des actions restent à mener en faveur d'une sensibilisation des équipes de soins et de l'actualisation de la procédure datant de 2011, qui sera décrite dans la suite de notre travail.

#### 1.2.2.2. Gestion du traitement habituel et survenue d'évènements indésirables aux HCL (démarche *a posteriori*)

Des démarches *a posteriori* d'analyse d'évènements indésirables sont conduites aux HCL. Un événement indésirable associé aux soins est un événement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou qui impacte directement le patient dans sa santé (67). L'erreur médicamenteuse (EM) est l'omission ou la réalisation non interventionnelle d'un acte relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient (68).

Les HCL disposent du logiciel ENNOV® pour le signalement des évènements indésirables liés aux soins par les professionnels. Une organisation de gestion des évènements indésirables a été mise en place : l'analyse approfondie permet d'identifier les causes et facteurs contributifs de leur survenue pour proposer des mesures adaptées afin d'éviter leur récurrence.

Aux HCL, la prise en charge des erreurs médicamenteuses signalées s'appuie sur la méthode REMED (Revue des Erreurs Médicamenteuses et dispositifs Médicaux Associés) développée par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC). L'EM est ainsi qualifiée et caractérisée selon 6 éléments signifiants : produit de santé impliqué, nature de l'EM, niveau de réalisation, gravité constatée, EM porteuse de risque ou non, étape initiale de survenue (69). La conduite d'une REMED, démarche structurée d'analyse *a posteriori* d'erreurs médicamenteuses permet de prendre en compte de tous les éléments (organisationnels, techniques et humains) de la prise en charge médicamenteuse d'un patient et se base sur une analyse collective, pluri-professionnelle et systémique. Elle permet de mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

médicamenteux, de diminuer les risques liés à la prise en charge médicamenteuse des patients et de tirer des enseignements sur les forces et les vulnérabilités du système de soins (70).

La démarche de signalement et d'analyse des événements indésirables s'est généralisée sur l'ensemble des GH des HCL depuis 2011. On note depuis 2015 une vraie adhésion au système avec une augmentation constante du nombre de signalements. Un bilan HCL des EM signalées ENNOV® est rédigé chaque année par l'équipe HCL SMQ PCMP. Les produits de santé impliqués dans les EM aux HCL sont principalement les médicaments. Les EM liées aux traitements du patient occupent une faible part des EM. Ces résultats, présenté dans le tableau 3, sont relativement constants depuis 2014 et confirment l'intérêt de travailler sur la question de la continuité du parcours de soins du patient dans son ensemble dont le traitement habituel du patient.

*Tableau 3 : Résultats des bilans HCL des EM signalées ENNOV 2014, 2015, 2016, 2017*

	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Produit de santé impliqué dans l'EM : médicament	91%	88%	83%	84%
EM liées aux traitements du patient	9%	7%	10.5%	8%

Un défaut de gestion du traitement habituel du patient a été plusieurs fois à l'origine d'erreurs médicamenteuses. Les deux EM présentées dans les tableaux 4 et 5 ci-après ont eu lieu au sein de services cliniques des HCL ces dernières années et permettent d'illustrer la problématique réelle que pose la gestion du traitement habituel au sein des services cliniques au quotidien.

Tableau 4 : Événement HCL n°1

	<i>PATIENT</i> : FEMME AGÉE DE 72 ANS, ANCIENNE INSTITUTRICE, DIABÉTIQUE, PORTEUSE D'UNE FIBRILLATION ATRIALE NON VALVULAIRE
<i>Contexte</i>	Hospitalisation : contexte hyperalgique pour un mal perforant plantaire le 5 mars 2008. Traitement depuis plusieurs années par fluindione (PREVISCAN®).
<i>Faits</i>	Patiente fébrile à l'admission. Examen et interrogatoire de la patiente, reconduite de la prescription de fluindione par le médecin dans le logiciel de prescription avec posologie usuelle (1/2 comprimé par jour, le soir, à ajuster dès le lendemain selon les résultats biologiques). Prévision d'un contrôle d'INR ( <i>International Normalised Ratio</i> ) le lendemain. Mardi 5 mars au soir : administration de PREVISCAN® par l'infirmière à la dose de ½ comprimé soit 10 mg. Traçabilité de la dose administrée dans le logiciel infirmier.
<i>Problème</i>	Mercredi 6 mars : résultat INR = 5.7 (risque hémorragique avéré) : résultat communiqué en urgence, état de la patiente non inquiétant. → <b>Prescription de vitamine K (10 mg),</b> → <b>Suspension temporaire du PREVISCAN® + surveillance rapprochée de la patiente.</b>
<i>Cause décelée après interrogatoire</i>	La patiente a pris son PREVISCAN® en arrivant à l'hôpital comme à son habitude, n'a pas pensé à le dire à l'équipe médicale et paramédicale. Le mardi soir, patiente fatiguée qui ne s'est pas préoccupée des médicaments qui lui ont été administrés le soir. « <i>Tout ce qui comptait, c'est que j'aie moins mal</i> » dit-elle. Dans les 48 heures suivantes, aucun événement hémorragique identifié. Contrôle de l'INR fait quotidiennement : le 07/03 (3,5) puis le 08/03 (2,9). Traitement par PREVISCAN® repris à partir du 09/03.
<i>Caractérisation de l'EM</i>	Évènement caractérisé selon les critères REMED définis par la SFPC : Produit(s) de santé impliqué(s) : <b>Traitement du patient,</b> Nature de l'EM : <b>Erreur de dose,</b> Niveau de réalisation de l'EM : <b>EM avérée,</b> Gravité constatée de l'EM : <b>significative,</b> EM porteuse de risque : <b>OUI,</b> Étape initiale de survenue de l'erreur médicamenteuse : <b>Étape d'information.</b>
<i>Causes et Facteurs contributifs</i>	Manque d'informations données à la patiente sur son traitement habituel par l'équipe soignante et vérifications insuffisantes des traitements en cours de la patiente par l'équipe.

La patiente a reçu une double dose de son traitement anticoagulant habituel : dose prise par la patiente le 05/03 à son arrivée à l'hôpital et dose administrée par l'infirmière le 05/03 au soir dans l'unité de soins après la prescription médicale. L'analyse de ce cas permet de mettre en évidence le défaut d'information de la patiente sur son traitement habituel et l'absence de retrait du traitement personnel à l'entrée. Un rappel des bonnes pratiques auprès de l'équipe a été effectué.

Tableau 5 : Évènement HCL n°2

<i>PATIENT : HOMME AGE DE 78 ANS</i>	
<i>Contexte</i>	Hébergé dans l'EHPAD X, patient qui doit subir une intervention chirurgicale sous anesthésie topique. Hospitalisé le 30 janvier 2012 à 9h dans l'unité de Chirurgie pour une intervention programmée à 13h le même jour. Sortie de l'hôpital prévue le lendemain de l'intervention.
<i>Faits</i>	<p>Patient très anxieux à son admission. Découverte par l'IDE dans ses affaires de 2 piluliers journaliers étiquetés à son nom et visiblement extraits du semainier du patient préparé à l'EHPAD, comme illustré dans la figure 7.</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;"><i>Figure 7 : Semainier préparé pour un patient</i></p>
<i>Problème</i>	<p>Différences entre le contenu du pilulier et les informations obtenues sur le traitement habituel en cours via la fiche de liaison transmise + médicaments déconditionnés non identifiables.</p> <p>En l'absence de médecin disponible, la cadre de santé de l'unité appelle l'EHPAD X pour obtenir des informations sur le traitement du patient en cours : la dernière prescription faite à l'EHPAD est faxée.</p> <p>→ <b>L'interne de l'unité de Chirurgie réalise la prescription,</b></p> <p>→ <b>Les médicaments apportés dans les piluliers ne seront pas utilisés.</b></p>
<i>Caractérisation de l'EM</i>	<p>Évènement caractérisé selon les critères REMED définis par la SFPC :</p> <p>Produit(s) de santé impliqué(s) : <b>Traitement du patient,</b></p> <p>Nature de l'EM : <b>Erreur par omission,</b></p> <p>Niveau de réalisation de l'EM : <b>EM potentielle,</b></p> <p>Gravité constatée de l'EM : <b>Non Applicable,</b></p> <p>EM porteuse de risque : <b>OUI,</b></p> <p>Étape initiale de survenue de l'erreur médicamenteuse : <b>Étape d'information.</b></p>
<i>Causes et Facteurs contributifs</i>	<p>Changement dans le traitement habituel du patient depuis la consultation réalisée 8 semaines plus tôt,</p> <p>Informations incomplètes et/ou non actualisées sur le traitement en cours,</p> <p>Vérifications insuffisantes du dossier patient par l'équipe la veille de l'intervention,</p> <p>Médicaments non identifiables dans les piluliers.</p>

L'erreur initiale d'informations incomplètes et mal communiquées sur le traitement habituel du patient a pu être interceptée grâce à la vigilance des soignants.

L'analyse de ce cas permet de mettre en évidence les barrières qui ont fonctionné :

- Communication aisée au sein de l'équipe qui a facilité la réactivité face à une situation identifiée comme anormale,
- Équipe sensibilisée aux notions : tout médicament doit être identifiable jusqu'au lit du patient, tout médicament administré doit être prescrit, bonnes pratiques de préparation des piluliers.

La mise en évidence des causes et facteurs contributifs a permis de faire émerger les plans d'actions suivants :

- Mise en place d'une « Check list » et de consignes spécifiques à communiquer aux structures de type EHPAD selon le type d'intervention et d'anesthésie et la durée prévisionnelle du séjour en chirurgie,
- Rendre systématiques les entretiens téléphoniques entre les paramédicaux des unités de soins de Chirurgie et les EHPAD la veille de l'intervention pour les patients pour lesquels des informations pourraient manquer suite à la revue des dossiers,
- L'équipe de chirurgie exprime clairement la nécessité d'échanger avec les professionnels de l'EHPAD.

Ces deux exemples illustrent parfaitement la complexité du parcours du patient avec des intervenants multiples. La poly médication pour les sujets âgés représente un risque majoré par les multiples points de transition. La prévention des erreurs de médication résultant d'informations incomplètes ou mal communiquées sur le traitement habituel du patient aux étapes de transition de la prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé (l'admission, les transferts et la sortie de l'hôpital) doit être organisée et mise en œuvre.

#### 1.2.2.3. [Suivi des Indicateurs SMQ PCMP](#)

Les indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins (IQSS) développés par la HAS constituent des outils d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients, de comparaison inter-établissements et d'aide à la décision. Ils sont aussi utilisés afin de répondre à l'exigence de transparence portée par les usagers et d'aider à la décision et au pilotage des politiques d'intervention à l'échelon régional et national.

Ce principe de mesure d'indicateurs qualité généralisés à tous les établissements de santé s'articule avec la procédure de certification des établissements de santé qui vise les mêmes objectifs. Les critères de validation des IQSS développés par la HAS sont :

- la pertinence clinique,
- la faisabilité,
- la pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins,
- les qualités métrologiques et l'ajustement.

La gestion du traitement habituel du patient dans les Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) est mentionnée dans l'indicateur « Tenue du Dossier d'Anesthésie » qui évalue la tenue du dossier d'anesthésie sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. Plus le score est proche de 100, plus la qualité de la tenue du dossier d'anesthésie est bonne.

L'indicateur comprend le critère suivant : Mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement dans le document traçant la phase pré-anesthésique (si applicable). Le critère est satisfait si le document traçant cette phase indique formellement soit l'existence et la mention du traitement habituel soit l'absence de traitement. Sur ce critère, le taux HCL de conformité est de 97% depuis 2013. Néanmoins, il ne s'agit pas de se satisfaire de ce résultat. En effet, les informations inscrites dans le dossier d'anesthésie sont très pertinentes pour les anesthésistes qui ont compris l'enjeu du traitement habituel mais elles ne sont pas consultables par les autres professionnels des HCL. Ce taux de conformité peut apparaître alors comme faussement rassurant.

#### 1.2.2.4. [Démarche patient traceur](#)

La méthode HAS d'évaluation de la prise en charge du patient, dite « Patient Traceur » analyse de façon rétrospective le parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval. C'est une méthode d'amélioration de la qualité de soins utilisable par les établissements de santé et utilisée par les experts-visiteurs lors de la certification. Aux HCL, la CME a validé en 2015 le principe de la mise en œuvre de cette méthode sur l'ensemble des services ; aujourd'hui, l'appropriation de cette démarche par les professionnels est forte. Plus de 150 évaluations ont été réalisées en 2016 dans tous les services de manière pluri professionnelle à propos d'un dossier de patient correspondant à une pathologie courante dans le service. Les écarts observés par rapport à la prise en charge optimale du patient sur

un certain nombre de thèmes donnent lieu à un plan d'actions pour les 6 mois à venir. La thématique du traitement habituel du patient est analysée : prescription, administration et traçabilité du traitement habituel du patient pendant le séjour, document et ordonnance de sortie etc.

Lors des démarches « patient traceur » conduites aux HCL en 2016 et 2017, des pratiques non conformes lors du séjour du patient concernant son traitement habituel ont été identifiées.

### 1.2.3. Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS)

Proposé par la CME, le PAQSS prend en compte les évolutions réglementaires et les orientations fixées par les autorités nationales ou régionales. Ce programme est établi pour 4 ans et implique l'ensemble des professionnels des HCL. C'est le cadre dans lequel le SMQ PCMP inscrit ses actions :

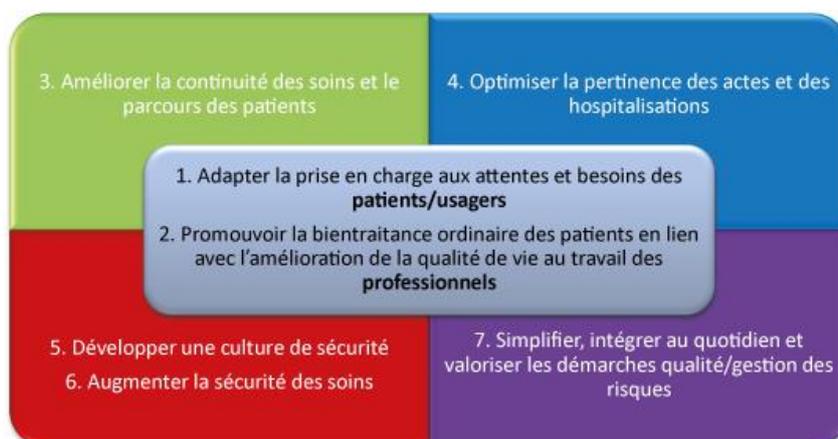


Figure 8 : Axes du Programme PAQSS HCL 2017, Document interne HCL

Depuis la mise en place du SMQ PCMP HCL, plusieurs actions visant à améliorer la qualité et la sécurité de la PCMP ont été mises en place dans le cadre du PAQSS.

En 2015-2016, l'action PCMP retenue concernait, dans les suites de l'audit HCL de 2013, le déploiement de la plaquette « Mes médicaments à l'hôpital ». Cette action était en adéquation avec les objectifs d'amélioration de la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient dont son traitement habituel et de réduction du nombre d'erreurs médicamenteuses liées ou non au traitement habituel du patient. Elle a pour objectifs de faire passer des messages clés au patient pour qu'il comprenne que prendre un médicament n'est jamais anodin. La plaquette permet de comprendre notamment ce que vont devenir les médicaments habituels du patient et de le rassurer. C'est un outil de communication entre

les professionnels de santé et le patient qui permet de renforcer l'information sur la gestion de son traitement médicamenteux tout au long de son parcours de soins.

La plaquette, établie selon les recommandations HAS, est destinée aux patients et disponible sur le site internet « MyHCL » dans la rubrique « *préparer sa venue aux Hospices Civils de Lyon* ». Elle est divisée en plusieurs parties de façon à englober toutes les étapes du parcours de soins du patient hospitalisé aux HCL :

- « *Je vais être hospitalisé* »,
- « *Pendant l'hospitalisation* »,
- « *A la sortie* »,
- « *De retour à mon domicile* ».

En raison du nombre conséquent d'actions consécutives aux démarches patient traceur sur les différents GH sur ce même thème, l'action prioritaire PCMP inscrite au PAQSS 2017 des HCL était l'amélioration de la gestion du traitement habituel du patient en Hospitalisation Complète et de Semaine : la révision de la procédure formalisée en 2011 a alors été programmée. Les résultats des démarches Patient Traceur en 2017 ont incité à travailler sur une communication plus travaillée et plus poussée de la procédure révisée version 2 par rapport à celle mise en œuvre après validation de la version 1.

## 2. Révision de la procédure HCL « Gestion du traitement habituel du patient en en unité de soins conventionnelle »

### 2.1. Objectif et contexte

Malgré un fort investissement de l'équipe du SMQ PCMP des HCL sur la thématique de la gestion du traitement habituel, il semble que la version 1 de la procédure HCL formalisée en 2011 ne soit pas réellement maîtrisée, comme le confirme l'audit de pratiques de 2013. Ceci pose des difficultés allant également au-delà de la prise en charge directe des patients :

- La nécessité d'un arbitrage sur la poursuite ou non des traitements non disponibles dans l'établissement sachant que le médecin qui prend en charge les patients dans le service d'hospitalisation n'est pas forcément au fait des recommandations thérapeutiques actualisées du diabète ou des pathologies cardiaques par exemple.

- La disponibilité dans l'établissement des médicaments habituellement utilisés en ville : l'inscription dans le livret thérapeutique de spécialités utilisées de façon ponctuelle peut être préjudiciable tant à la sécurisation (car ce qui est utilisé rarement est moins bien maîtrisé et les substitutions peuvent être génératrices de risques) qu'à la performance économique.

La révision de la procédure version 1 était inscrite dans le programme de travail 2016 « *Qualité & Sécurité Prise en Charge Médicamenteuse du patient* » : en effet, il était nécessaire de toiletter ce document et d'aller plus loin sur un certain nombre de points. Par ailleurs, il apparaissait que cette procédure pouvait s'appliquer pour les séjours en hospitalisation complète (HC) ou de semaine (HS) mais ne pouvait s'adapter telle que aux séances d'hôpital de jour ou à la chirurgie ambulatoire. En HC ou HS, les principes validés en 2011 dans la première version de la procédure HCL « *Gestion du traitement personnel du patient* » n'étaient pas remis en cause mais il s'est avéré nécessaire d'introduire des notions complémentaires :

- « *Traitement habituel* » au lieu de « *Traitement personnel* »,
- Conditions d'utilisation des Unités Thérapeutiques (UT) apportées par le patient,
- Ordonnance de sortie notamment dans le contexte de la Maîtrise des Prescriptions Hospitalières Exécutées en Ville (PHEV), document de sortie et lettre de liaison : importance des éléments constitutifs de l'ordonnance de sortie et le document de sortie/lettre de liaison donnant des informations sur les médicaments prescrits à la sortie (durée de traitement, posologie), sur les médicaments du traitement habituel suspendus et/ou arrêtés avec le motif,
- Prescription en Dénomination Commune Internationale (DCI), Génériques et PHEV.
- Adéquation avec les principes HCL définis dans les documents institutionnels « Rôles et Responsabilités des professionnels HCL dans la PCMP » formalisés en 2012-2013 (postérieurs à la procédure HCL version 1),
- Organisation de la Prescription médicamenteuses en chirurgie : organisation dans les services de chirurgie, support de prescription (à terme Diane préopératoire),

- Traçabilité renforcée dans le dossier patient et dans le support de prescription en vigueur,
- Spécificités du logiciel Easily,
- Mention éventuelle de l'auto administration des médicaments par le patient lui-même dans le contexte des règles institutionnelles.

## **2.2. Méthode de travail/mon implication**

Participer à la révision de la procédure institutionnelle version 1 « *Gestion Traitement Habituel en unités de soins d'hospitalisation complète* » a été l'une de mes missions pendant la durée de mon stage de 6 mois au sein du SMQ PCMP des HCL.

Cette révision a été pilotée par le Responsable HCL SMQ PCMP et le Responsable Assurance Qualité (RAQ) PCMP & Circuit du Médicament et des DMS.

De façon à instruire la mise à jour de cette procédure, un groupe de travail pluri professionnel a été créé. Il était primordial d'impliquer des médecins et de s'assurer de la représentation des principales spécialités médicales. Par ailleurs, le groupe devait intégrer des professionnels issus de chaque GH.

Début octobre 2016, en amont de la constitution du groupe de travail, nous nous sommes rendus à la réunion du Collège HCL d'Anesthésie-Réanimation afin d'exposer le projet institutionnel en cours et de faire part de notre besoin d'expertise des MAR. Ils sont en effet très sensibilisés à la thématique et il était impératif d'obtenir la caution du Collège pour que les MAR s'impliquent dans ce projet.

La composition du groupe de travail mis en place en octobre 2016 a été la suivante :

- 9 Paramédicaux (IDEs et Cadres de santé),
- 8 Médecins (dont 4 Médecins Anesthésistes-Réanimateurs (MAR) et 1 chirurgien),
- 3 Pharmaciens,
- Le Président de la Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS),
- Le RAQ PCMP & CMDMS,
- Le Responsable HCL SMQ PCMP,
- Moi-même, étudiante 5<sup>ème</sup> hospitalo-universitaire.

La méthode de travail retenue pour avancer au plus vite et éviter de mobiliser les professionnels de santé au cours de N réunions a été la suivante :

✓ 1ère étape :

Préparation d'un document version 2 (V2) « martyr » pour la procédure Gestion du traitement habituel du patient en HC et HS. En collaboration avec le Responsable Assurance Qualité PCMP & CMDMS et le Responsable HCL SMQ PCMP, nous avons retravaillé la forme et le fond du document de façon à rendre le document plus lisible et plus attractif pour les professionnels HCL. Contrairement à la version 1, le nouveau plan de la version 2 a été construit en fonction du cheminement logique du séjour du patient avec un rappel du rôle de chaque professionnel à chaque étape :

1- Objet et champ d'application

1.1- Objet

1.2- Champs d'application ou personnes concernées

2- Description

2.1- Information au patient

2.2- Accueil du patient

2.3- Pendant le séjour hospitalier

2.3.1- Prescription

2.3.2- Dispensation

2.3.3- Administration au patient

2.4- Sortie du patient

2.4.1- Prescription de sortie (retour à domicile, transfert dans une autre structure)

2.4.2- Restitution des médicaments du traitement habituel apportés par le patient

3- Définitions et abréviations

4- Document de références

4.1- Recommandations (Organisation Mondiale de la Santé, HAS, Sociétés savantes)

4.2- Références réglementaires

5- Documents Associés

6- Logigramme gestion du traitement habituel

Des éléments visuels dans le texte du document V2 ont été ajoutés de façon à s'approprier plus facilement la nouvelle version du document comme illustré dans le tableau 6 :

Tableau 6 : Code visuel de la procédure HCL version 2

	Éléments avec une attention particulière à porter
	Pour les définitions et les aides à la saisie rapide du traitement habituel du patient
	Éléments à proscrire concernant les prescriptions sur Opium/Easily
	Pour les grands principes à connaître

Les points clés pour chaque étape de la gestion du traitement habituel du patient ont été identifiés et définis comme précisé dans le tableau 7 :

Tableau 7 : Étapes clés de la gestion du traitement habituel du patient

	Information au patient	Le patient est incité à apporter la totalité de ses ordonnances en cours ainsi qu'une boîte de chacun des médicaments qu'il prend à domicile (y compris automédication).
	Accueil du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recueillir les données relatives au traitement habituel et à l'automédication en cours,</li> <li>- Expliquer au patient que les médicaments qu'il a apportés lui sont retirés le temps de son hospitalisation pour éviter tout risque d'erreur,</li> <li>- Isoler les médicaments du patient dans un sac identifié par une étiquette PASTEL<sup>1</sup> à son nom.</li> </ul>
	Pendant le séjour hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescription sur le support en vigueur des médicaments à maintenir pendant le séjour,</li> <li>- Traçabilité des modifications du traitement habituel, <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispensation par la PUI,</li> </ul> </li> <li>- Administration au patient tracée dans le dossier patient.</li> </ul>
	Sortie du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescription de sortie (ordonnance, informations relatives au traitement, document de sortie),</li> <li>- Restitution des médicaments du traitement habituel.</li> </ul>

<sup>1</sup> Logiciel mis en place aux HCL pour l'identification et la gestion administrative des patients.

De plus, un logigramme d'une page schématisant les paragraphes de la procédure a été proposé à la fin de document pour une approche visuelle et plus synthétique du contenu de la procédure.

✓ 2ème étape :

Envoi fin octobre 2016 du document « martyr » aux membres du groupe de travail. Dans cette version, plusieurs couleurs de police ont été utilisées pour différencier facilement les éléments identiques dans la V2 et la V1, les éléments ajoutés dans la V2, et les éléments déjà existants dans la V1 mais reformulés dans la V2.

Les points que les membres souhaitent reformuler voire compléter étaient attendus par retour de mail au plus tard mi-novembre 2016.

✓ 3ème étape :

Nous avons été en charge de rédiger une synthèse de toutes les réponses pour la transmettre ensuite à tous les membres du groupe de travail incluant les compléments, les demandes de reformulation, etc. La synthèse a été envoyée en amont de la réunion de synthèse finale programmée début décembre 2017, selon les disponibilités de chacun des membres.

✓ 4ème étape :

L'unique réunion du groupe de travail HCL Révision de la procédure "*Gestion traitement habituel en unités de soins d'hospitalisation complète et de semaine*" a été organisée le 7 décembre 2016. Le contenu de la procédure et les formulations précises de chaque phrase ont été abordés. Les éléments discutés pendant la réunion sont décrits dans le paragraphe suivant.

## **2.3. Résultats**

### *2.3.1. Points discutés pendant la réunion*

Les points discutés plus particulièrement lors de la réunion de finalisation de la procédure sont synthétisés dans le tableau 8 suivant :

Tableau 8 : Points clés « Gestion du traitement habituel du patient en HC et HS »  
discutés lors de la réunion du groupe de travail HCL le 7 décembre 2016

SECTION CONCERNEE	FORMULATION PROPOSEE	DISCUSSION LORS DE LA REUNION	DECISION
<b>Information au patient</b>	« Document interne à l'unité »	Incompréhension du terme proposé car confusion avec les documents internes disponibles pour chaque unité.	Remplacer par « <i>document spécifique à l'unité</i> » pour plus de clarté.
<b>Prescription</b>	« La mention « <i>Traitement habituel</i> » sous la ligne de prescription (dans la zone « <i>remarque</i> ») peut constituer une aide pour repérer les lignes de prescription correspondantes. »	Risque de confusion par les IDE pour la mention en zone remarque : OK pour prévenir que ce médicament fait partie du traitement habituel du patient mais risque d'être pris comme une information incitant à prendre dans le traitement habituel du patient pour assurer la prise du médicament.	« Pour la gestion optimale du traitement habituel du patient, il est nécessaire d'identifier les médicaments concernés par la mention <i>Traitement habituel</i> ».
<b>Dispensation</b>	« En l'absence de produit d'action similaire, le pharmacien en concertation avec le prescripteur, choisit [...] d'utiliser les médicaments apportés par le patient dans les autres cas. »	Pharmacien ne préconise pas d'utiliser les médicaments apportés par le patient en cas d'absence de médicament d'action similaire.  Remplacer par un <i>Nota Bene</i> pour les cas d'utilisation des médicaments apportés par le patient possible.	« NB : L'utilisation des médicaments apportés par le patient est possible dans les cas suivants : médicaments non substituables par des médicaments référencés au Livret Thérapeutique HCL, médicaments non disponibles via la pharmacie de l'établissement dans le cadre d'un séjour très court, médicaments non agréés aux collectivités et, en accord avec l'Assurance Maladie, médicaments particulièrement onéreux (anticancéreux voie orale par exemple) dont le conditionnement n'est pas adapté à des séjours hospitaliers de durée courte. »
<b>Administration au patient</b>	« L'auto administration des médicaments par le patient, compétence d'auto-soins reconnue au patient par le médecin, constitue une exception à cette règle. Elle pourra être mise en œuvre uniquement dans le contexte des règles définies institutionnellement. »	Définition de l'auto administration pas assez claire.  Ajout de la notion de distribution par l'IDE du médicament.	« On entend par <b>auto administration</b> , pour un patient autonome dans la prise de son traitement médicamenteux, la possibilité de s'administrer lui-même au cours du séjour hospitalier certains médicaments prescrits et distribués par l'IDE. Elle pourra être mise en œuvre uniquement dans le contexte des règles définies institutionnellement ».
<b>Prescription de sortie</b>	« Le document de sortie/la lettre de liaison remis au patient lors de sa sortie est adressé le jour de la sortie au médecin traitant et/ou au praticien qui a adressé le patient. Il contient les médicaments prescrits à la sortie du patient en précisant la posologie et la durée de traitement, les médicaments du traitement habituel ayant été suspendus/arrêtés durant le séjour hospitalier et le motif d'arrêt. Ce courrier est accompagné de la photocopie de l'ordonnance de sortie. »  « Le personnel soignant médical et/ou paramédical vérifie que le patient dispose à sa sortie de tous les éléments de compréhension pour assurer la continuité de son traitement (information, ordonnance de sortie...) »	Ajout : -numéro du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (+ signification du terme dans le glossaire) -lien hypertexte renvoyant aux Bonnes Pratiques de Prescription Médicamenteuse. - « <i>mention contraire</i> » pour les médicaments substituables.  Évoquer délai entre sortie du patient et visite chez le médecin traitant.  Avis divergents sur la présence paramédicale pendant le temps d'échange du prescripteur avec le patient.	« L'ordonnance de sortie doit <b>comporter le numéro RPPS du prescripteur hospitalier</b> . Elle est établie conformément aux règles de bonnes pratiques de prescription. <b>Tout médicament sur cette ordonnance est substituable</b> sauf si mention contraire. »  « L'ordonnance de sortie pourra comporter, en sus des médicaments introduits pendant le séjour hospitalier, les médicaments du traitement habituel pour une durée qui permette d'éviter toute interruption de traitement jusqu'à la prochaine visite chez le médecin traitant. »  « L'équipe médicale donne au patient toutes les <b>informations nécessaires à la bonne compréhension de son traitement de sortie</b> . Si nécessaire, une reformulation par l'IDE pourra être proposée au patient. »

Le groupe de travail signale également qu'il ne sera pas possible d'aller aussi loin qu'on le souhaiterait en termes de préconisations sur certains points compte tenu de l'état d'avancement des outils informatiques existants aux HCL (pas d'outil de substitution existant à ce jour). Le but est de rester sur des éléments généraux applicables de suite sur l'ensemble des services des HCL.

A l'issue de cette réunion, nous avons rédigé puis diffusé par mail aux membres du groupe de travail :

- Le compte rendu de la réunion,
- La procédure version 2 intégrant toutes les modifications évoquées lors de la réunion.

Une dernière relecture de chaque membre était requise par retour de mail et au plus tard le vendredi 23 décembre 2016.

### 2.3.2. Version finale validée

Le groupe de travail valide définitivement et de manière unanime le plan proposé pour la version 2 de la procédure et les grands principes suivants arrêtés (71) :

- ***Les médicaments du traitement habituel apportés par le patient, en complément des ordonnances de ville :***
  - *Permettent de faciliter un recueil d'informations le plus complet possible sur le traitement en cours*
  - *Lui sont retirés dès le début de son hospitalisation pour la sécurisation de sa prise en charge.*
- ***Tous les médicaments administrés au patient en cours d'hospitalisation doivent figurer dans sa prescription hospitalière. Le médecin prescripteur détermine les médicaments du traitement habituel à maintenir pendant le séjour hospitalier et les prescrits.***
- ***La pharmacie à usage intérieur (PUI) du groupement hospitalier fournit les médicaments référencés au livret thérapeutique HCL (eLivret) pour le patient hospitalisé.***
- ***A chaque étape du séjour du patient, la traçabilité de la gestion du traitement habituel doit être retrouvée dans le dossier patient.***

Par rapport à la version 1 de la procédure, certains points de vigilance ont été ajoutés aux grands principes :

- Le recueil d'informations le plus exhaustif possible sur le traitement en cours à son admission,
- La prescription du traitement habituel par le médecin prescripteur pour les médicaments maintenus pendant le séjour suite à son évaluation,
- La traçabilité dans le dossier du patient indispensable tout au long du séjour du patient.

Le logigramme finalisé et intégré dans le V2 de la procédure est présenté dans la figure 9 ci-après.

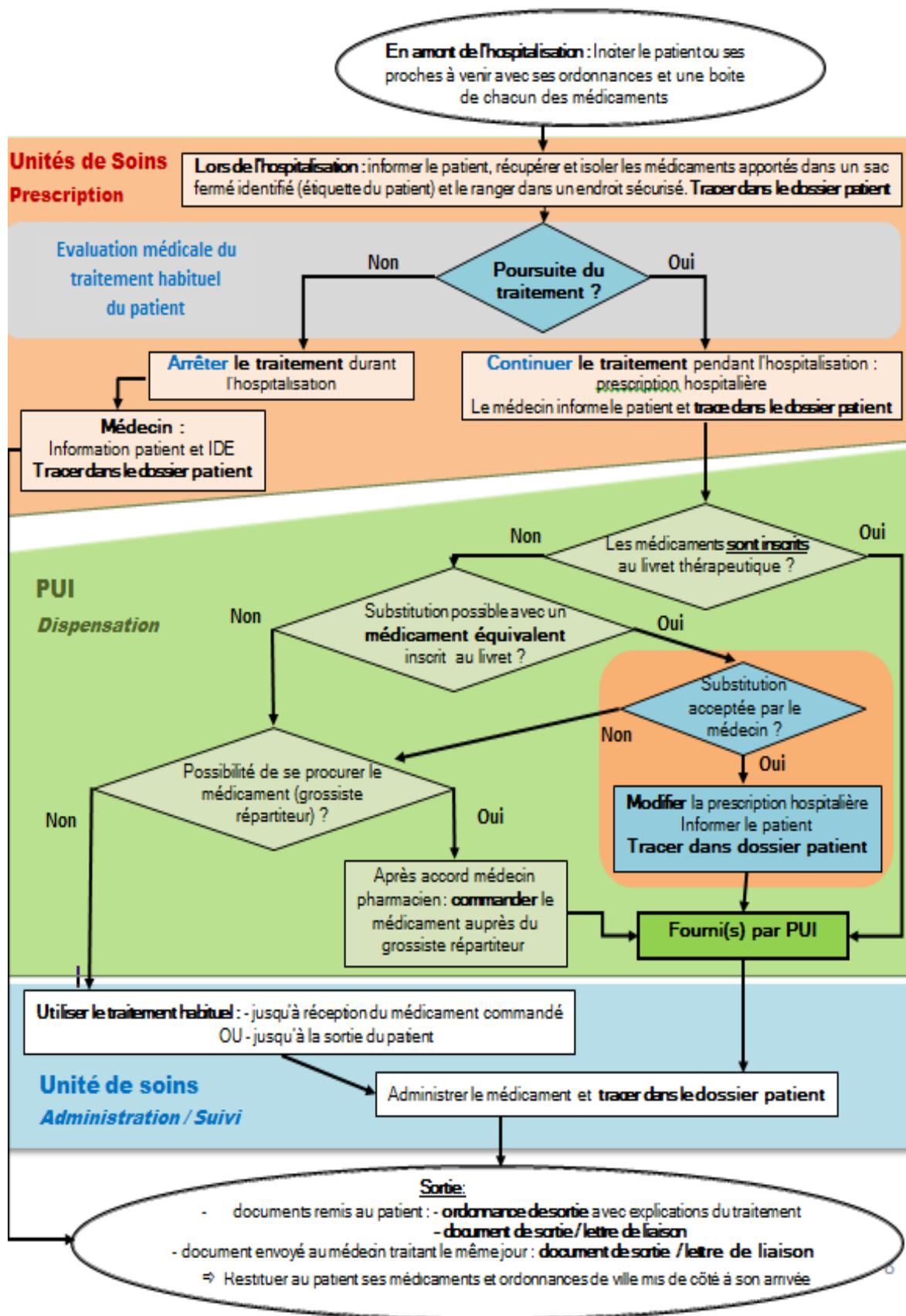


Figure 9 : Logigramme « Gestion du Traitement Habituel du patient en HC et HS », Procédure HCL, version 2

La procédure version finale a été présentée le 12 janvier 2017 en COMEDIMS, en Comité de Coordination Générale des Soins en mars 2017, en CoPil QGDR puis soumis à la validation en CME le 27 mars 2017. Elle est depuis accessible à tous à partir de la gestion électronique documentaire (GED) des HCL qui compile l'ensemble des documents institutionnels.

### 2.3.3. Plan de communication

Après validation de cette nouvelle version de la procédure HCL « Gestion du Traitement Habituel du Patient en HC et HS », comme le prévoit l'article 12 de l'arrêté du 6 avril 2011, il était indispensable de prévoir un plan de communication pour que tous les professionnels de santé HCL soient informés de la version 2 de cette procédure institutionnelle (72). En raison du nombre très important de professionnels de santé HCL et d'équipes médicales et paramédicales nombreuses et dispersées, la communication a été construite à 2 niveaux :

- En transversal HCL,
- Mais aussi au sein de chaque GH par les référents SMQ PCMP. En effet, il était essentiel de compléter la communication institutionnelle par des messages adaptés et personnalisés au niveau de chaque équipe soignante. Au quotidien, la sensibilisation de tous les professionnels des HCL s'appuie aussi sur des évaluations locales et la communication se fait à l'occasion d'analyses d'évènements indésirables, de démarche patient traceur etc.

La communication institutionnelle concernant la procédure a été publiée sur l'Intranet HCL (visible depuis la page d'accueil) et dans la rubrique ACTUALITES. Les messages clés en termes de bonnes pratiques à chaque étape du parcours du patient (arrivée, séjour et sortie) ont été diffusés également dans la publication électronique bimestrielle à usage interne HCL Flash® (N°279 du 15 juin 2017 (figure 10)). La mention « En savoir plus » permettait d'accéder aux messages essentiels et à la procédure, version 2, elle-même.

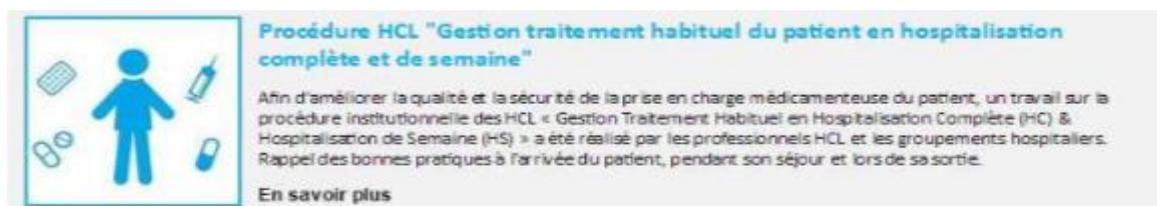


Figure 10 : Extrait HCL Flash® N°279, 15 Juin 2017

### 3. Formalisation de la gestion du traitement habituel du patient en Hôpital de Jour (HDJ)

#### **3.1. Objectifs et contexte**

Nous l'avons vu, les HCL disposent depuis l'automne 2011 d'une procédure « *Gestion du traitement personnel en hospitalisation complète* ». La version 2 de cette procédure destinée aux unités de soins d'hospitalisation complète (HC) et de semaine (HS) a été validée en début d'année 2017.

Néanmoins, il n'existait pas de recommandations HCL destinées aux HDJ. En hôpital de jour, l'admission, le traitement, le diagnostic et la sortie se font le même jour. Ce mode d'hospitalisation se développe aux HCL comme ailleurs, y compris pour des patients disposant d'un traitement médicamenteux complexe à domicile. Il paraissait nécessaire de s'intéresser à ce sujet.

Le travail effectué en unités de soins d'hospitalisation complète et de semaine a permis d'engager la réflexion sur le même sujet « Gestion du traitement médicamenteux habituel du patient accueilli en Hospitalisation de jour (HDJ) ». En effet, la procédure, même révisée, ne semblait pas transposable au sein des différents hôpitaux de jour, en raison de contraintes spécifiques à ce mode d'hospitalisation (présence du patient limitée à quelques heures seulement, nombre important de patients accueillis chaque jour, disponibilité médicale restreinte, etc.) et de pratiques *a priori* très hétérogènes des équipes sur cette question. Des organisations spécifiques se sont mises en place dans certains sites et un nombre conséquent d'actions consécutives aux démarches patient traceur sur ce même thème sont d'ores et déjà identifiées au sein de certaines équipes.

De façon à appréhender au mieux les besoins et particularités d'organisation des hôpitaux de jour aux HCL, il est très vite apparu nécessaire de réaliser un état des lieux exhaustif des pratiques sur l'ensemble des hôpitaux de jour HCL. Les unités de Chirurgie Ambulatoire (ACHA) ont été exclues de cet état des lieux et feront l'objet d'un travail spécifique ultérieur).

### **3.2. Enquête État des lieux des pratiques « Gestion du traitement habituel du patient en hôpital de jour »**

Ce travail collaboratif entre la Direction Centrale des Soins et le SMQ PCMP a été proposé sous la forme d'une enquête déclarative sur la thématique du traitement habituel du patient au sein des HDJ des HCL. J'ai eu, début 2017, l'opportunité de travailler sur sa conception, sa diffusion puis à l'analyse de ses résultats.

En amont, une cartographie des unités d'HDJ (tableau 9) a été réalisée afin d'identifier les hôpitaux de jour dans chaque GH. Cette cartographie nous a permis de cibler les HDJ de chaque GH des HCL, ainsi que le nombre de spécialités médicales par plateforme d'HDJ. Les différents GH se sont orientés depuis quelques années sur le regroupement des places d'HDJ notamment entre les différentes spécialités médicales. Ces regroupements prennent la forme de véritables plateaux d'HDJ assurant en un même lieu des séances personnalisées pour chaque patient. A fin 2016, le nombre de places d'HDJ aux HCL s'élevait à plus de 400.

*Tableau 9 : Cartographie des unités d'HDJ des HCL en 2016*

<b>GROUPEMENT HOSPITALIER</b>	<b>POLE D'ACTIVITE MEDICALE</b>	<b>NOMBRE DE PLACES</b>	<b>NOMBRE DE SPECIALITES DU PLATEAU</b>
GHC	Chirurgie	20	2
	HDC	24	1
	Urgences, anesthésiologie, réanimations médicales et chirurgicales	16 assises ou 4 couchées	1
	Médecine	46	11
GHE	Spécialités pédiatriques	39	12
	Couple Nouveau ne	6	1
	Spécialités neurologiques	17	7
	Coeur Poumons Métaboliques Hormones	38	5
GHN	Médecine	18	4
	Médico-chirurgical	12	2
	Gériatrie	5	1
Renée Sabran	Médecine	34	5
GHS	SSR	9	3
	Chirurgie	28	5
	Urgences	3	3
	Médecine	99	15

Après avoir mis en évidence les HDJ concernés par la réflexion, le SMQ PCMP et la Direction Centrale des Soins ont travaillé ensemble à la conception du questionnaire, travail auquel j'ai été associée. Ce travail a donné lieu à plusieurs réunions de réflexion et d'échanges.

Le questionnaire, volontairement court et présenté en figures 11 et 12, est composé de 4 parties :

- 2 questions préliminaires,
- 7 questions dans le cas où les patients ont un traitement habituel,
- 4 questions dans le cas où les patients doivent prendre des doses médicamenteuses de leur traitement habituel pendant la séance d'hôpital de jour,
- Une question finale.

Pour chaque question, les réponses suivantes sont proposées : toujours, souvent, parfois, jamais et non concerné (NC), excepté pour les 2 questions préliminaires et la question finale pour lesquelles une réponse binaire OUI/NON est requise. Une colonne « commentaires » est prévue pour permettre à l'équipe de soins d'explicitier sa réponse ou d'ajouter des éléments complémentaires qu'elle jugerait pertinents.

De façon à obtenir des résultats, reflets des pratiques, homogènes et exploitables, des consignes étaient à respecter :

- Le questionnaire était à remplir en équipe pluri professionnelle,
- Dans les hôpitaux de jour avec plusieurs spécialités médicales, lorsque les pratiques étaient différentes d'une spécialité à une autre, il était demandé de compléter autant de questionnaires que de spécialités ayant des pratiques différentes en associant chaque référent médical de la spécialité concernée.

Les questions balayent les points essentiels de la prise en charge médicamenteuse du patient au cours de son séjour en HDJ. Une question spécifique sur l'auto gestion par le patient a été prévue (question 8) afin d'identifier si des équipes pensaient encore que le traitement habituel du patient n'était pas une préoccupation lors de sa prise en charge en HDJ. Il est vrai que, souvent, les patients admis en HDJ ne comprennent pas pourquoi ils sont autant cadrés alors qu'à domicile, ils gèrent leur traitement médicamenteux de façon complètement autonome. L'auto gestion est à proscrire lors d'un séjour hospitalier comme le décrit l'article

13 de l'arrêté du 6 avril 2011 : « *Il ne devra être mis ou laissé à la disposition des patients aucun médicament en dehors de ceux qui leur auront été prescrits dans l'établissement* » (51). Cette notion est à différencier de l'auto administration. En établissement de santé, les médicaments doivent être administrés sous la responsabilité de l'infirmier ou du médecin. L'auto administration par le patient lui-même constitue une exception à cette règle. L'évaluation de son aptitude à prendre seul ses médicaments s'inscrit dans le cadre de son parcours de soins. Cette pratique ne peut être occultée quand on considère comme aujourd'hui que les patients sont des acteurs de leur santé bien qu'elle ne soit pas véritablement prévue par la réglementation (58).



**Gestion du traitement habituel du patient en hôpital de jour  
Questionnaire d'état des lieux des pratiques**

Groupement Hospitalier : ..... Hôpital de jour : .....

Pôle d'Activité Médicale : ..... Nom du cadre de l'hôpital de jour : ..... Nom du Responsable de l'hôpital de jour (médecin) : .....

Date de réponse :

Dans le cadre du travail de réflexion destiné à formaliser les règles institutionnelles de gestion du traitement habituel du patient en hôpital de jour, ce questionnaire est destiné à réaliser un état des lieux des pratiques dans chacun des hôpitaux de jour des HCL. Nous vous remercions de remplir ce questionnaire en équipe pluriprofessionnelle.

Dans les hôpitaux de jour avec plusieurs spécialités médicales et lorsque les pratiques sont différentes d'une spécialité à une autre, nous vous remercions de compléter autant de questionnaires que de spécialités ayant des pratiques différentes en associant chaque référent médical de la spécialité concernée.

Préciser alors la spécialité concernée : .....

		OUI	NON	COMMENTAIRES
<b>Questions préliminaires</b>	Votre unité de soins est-elle informatisée pour la prise en charge médicamenteuse du patient (prescription, administration...) ?			Précisez
	Une prescription est-elle rédigée pour les médicaments spécifiques à la séance d'hôpital de jour (chimiothérapie, prémédication...) ?			Sur quel support ?

		TOUJOURS	SOUVENT	PARFOIS	JAMAIS	NC*	COMMENTAIRES
<b>Pour les patients qui ont un traitement habituel :</b>							
<b>1</b>	<b>1.1</b> Avant la séance d'hôpital de jour, des recommandations sont-elles données au patient concernant son traitement habituel ?						Si oui, lesquelles ? Recommandations orales ou écrites ?
	<b>1.2</b> Avant la séance d'hôpital de jour, des consignes sur les prises médicamenteuses du traitement habituel du patient lui sont-elles communiquées ?						Consignes orales ou écrites ?
	<b>1.3</b> Par qui ces recommandations et consignes sont-elles données ?						Médecin, secrétaire, cadre de santé, myhcl, document d'informations... ?

Figure 11 : Questionnaire HCL État des lieux des pratiques « Traitement Habituel » en HDJ, décembre 2016 (page 1/2)



		TOUJOURS	SOUVENT	PARFOIS	JAMAIS	NC*	COMMENTAIRES
2	Le patient se présente-il toujours avec son ou ses ordonnance(s) correspondant à son traitement habituel à chaque séance d'hôpital de jour ?						
3	La connaissance sur le traitement habituel du patient vous paraît-elle importante (pour l'évaluation de la compatibilité et des interactions avec les médicaments qui seront administrés pendant la séance d'hôpital de jour) ?						
4	Une copie de l'ordonnance du traitement habituel du patient est-elle conservée dans le dossier du patient ?						
5	Les médicaments du traitement habituel du patient à prendre pendant la séance d'hôpital de jour sont-ils prescrits sur le support de prescription en vigueur ?						
<b>Pour les patients qui doivent prendre des doses médicamenteuses de leur traitement habituel pendant la séance d'hôpital de jour :</b>							
6	Sont-elles toujours fournies par l'hôpital ?						
7	Sont-elles toujours tracées ?						Précisez
8	Laisse-t-on les patients s'auto administrer des médicaments de leur traitement habituel pendant la séance d'hôpital de jour ?						
9	A la fin de la séance d'hôpital de jour, des consignes sur les prises médicamenteuses sont-elles communiquées au patient pour son retour à domicile ?						Consignes orales ou écrites ?

\*NC : Non Concerné

**Pour vous, la gestion du traitement habituel du patient en hôpital de jour est-elle une préoccupation ?**

Oui

Non

Commentaires de l'équipe : .....

*Au sein de votre Groupement Hospitalier, la direction des soins du groupement et l'équipe Système du Management de la Qualité et de la Prise en Charge Médicamenteuse du Patient (SMQ PCMP - Priorité patient) sont à votre disposition pour vous aider dans la compréhension du questionnaire.*

Questionnaire à retourner à François MARTIN ([francois.martin@chu-lyon.fr](mailto:francois.martin@chu-lyon.fr)) et Catherine STAMM ([catherine.stamm@chu-lyon.fr](mailto:catherine.stamm@chu-lyon.fr)) **au plus tard le 18/01/2017.**

Figure 12 : Questionnaire HCL État des lieux des pratiques « Traitement Habituel » en HDJ, décembre 2016 (page 2/2)

Après validation du questionnaire en transversal HCL par le SMQ PCMP et la Direction Centrale des Soins, l'enquête déclarative a pu être lancée en décembre 2016. Elle a fait l'objet d'une information conjointe

- De l'ensemble des référents médicaux des HDJ existants au sein de chaque pôle d'activité médicale par le responsable HCL SMQ PCMP,
- Des Directions de soins de GH et cadres de santé concernés par la Direction Centrale des Soins.

Le cadre de chaque HDJ était chargé du retour du questionnaire complété. Celui-ci était attendu au plus tard le 18/01/2017 aux professionnels suivants :

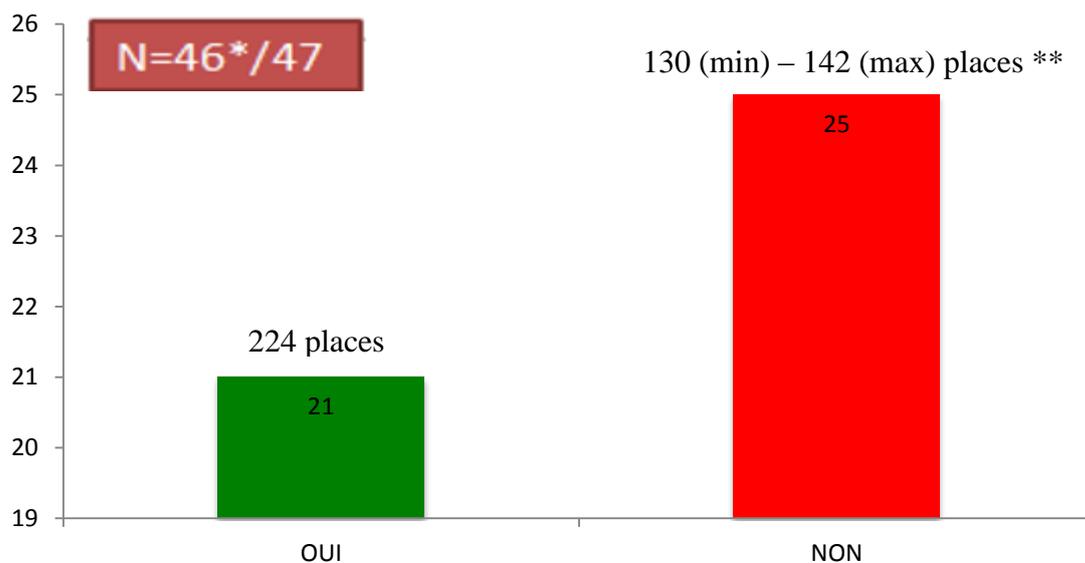
- Directeur Central des Soins,
- Responsable HCL SMQ PCMP,
- *En copie pour information* : le Responsable médical et le cadre supérieur de chaque PAM, le Directeur de soins et le Coordonnateur SMQ PCMP du GH concerné.

Après un contrôle qualité des réponses obtenues, les résultats des questionnaires retournés par les différents HDJ ont ensuite été exploités par mes soins et sont présentés ci-après.

### **3.3. Résultats**

#### *3.3.1. Traitement des données brutes*

Sur les 48 questionnaires attendus, seul un questionnaire n'a pas été retourné. Chacune des 47 réponses aux différents items des questionnaires a été saisie dans un tableau Excel par question et par GH. Un contrôle de cohérence des données a été réalisé. Les réponses aux questionnaires ont ensuite fait l'objet d'une analyse statistique afin de dégager des axes de travail et de réflexion. Ce travail d'exploitation des résultats est détaillé ci-après.



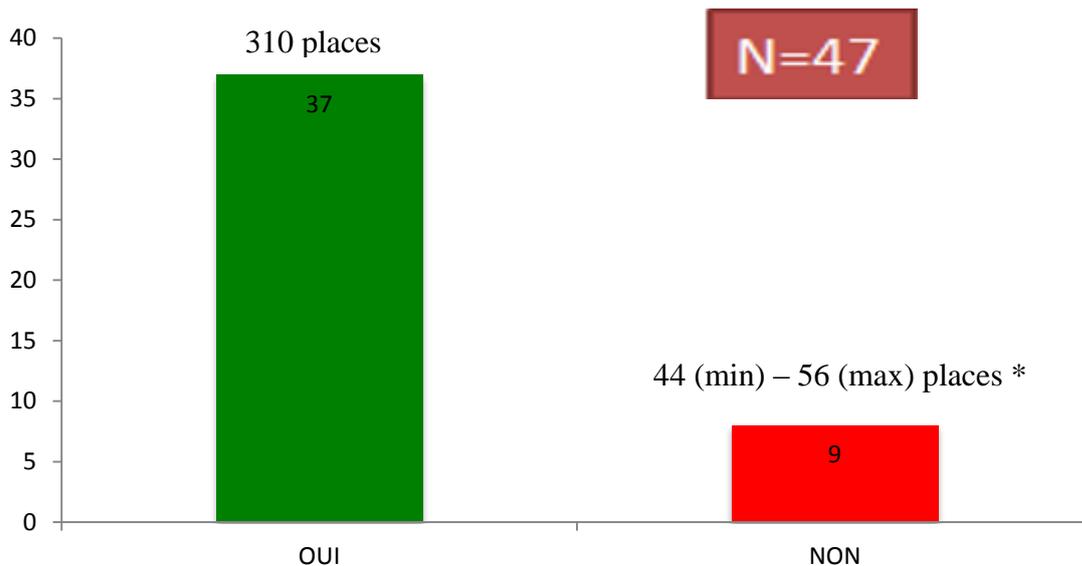
\* Aucune réponse d'un HDJ de Pathologie Digestive

\*\*Bornes inférieure et supérieure pour la réponse « NON » prennent en compte les 16 places assises ou les 4 places couchées de l'unité de médecine hyperbare.

Figure 13 : Enquête HCL État des lieux des pratiques « Traitement habituel » en HDJ  
 Réponse à la question préliminaire :  
 « Votre unité de soins est-elle informatisée pour la prise en charge médicamenteuse du patient ? »

Les HCL se sont engagés dans l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse du patient depuis le milieu des années 2000 (le logiciel CristalNet® est progressivement remplacé par Easily® Prescription). 98% des unités d'HC et d'HS sont informatisées mais le déploiement en HDJ reste très GH dépendant.

Une part non négligeable des HDJ des HCL ne sont pas encore informatisés à la date de l'enquête. Pour les HDJ qui le sont, la plupart des unités indiquent utiliser le logiciel Cristalnet® ; seules 2 unités d'HDJ de Médecine utilisent Easily® Prescription au moment de l'enquête.



*\*Bornes inférieure et supérieure pour la réponse « NON » prennent en compte les 16 places assises ou les 4 places couchées de l'unité de médecine hyperbare.*

*Figure 14 : Enquête HCL État des lieux des pratiques « Traitement Habituel » en HDJ  
Réponse à la question préliminaire :  
« Une prescription est-elle rédigée pour les médicaments spécifiques à la séance d'HDJ ? »*

En majorité, les équipes indiquent réaliser des prescriptions manuscrites. Quelques-unes indiquent utiliser le logiciel de prescription Cristalnet®. Sur les 9 HDJ qui indiquent ne pas rédiger de prescription pour les médicaments spécifiques à la séance d'HDJ, six ne sont pas informatisés.

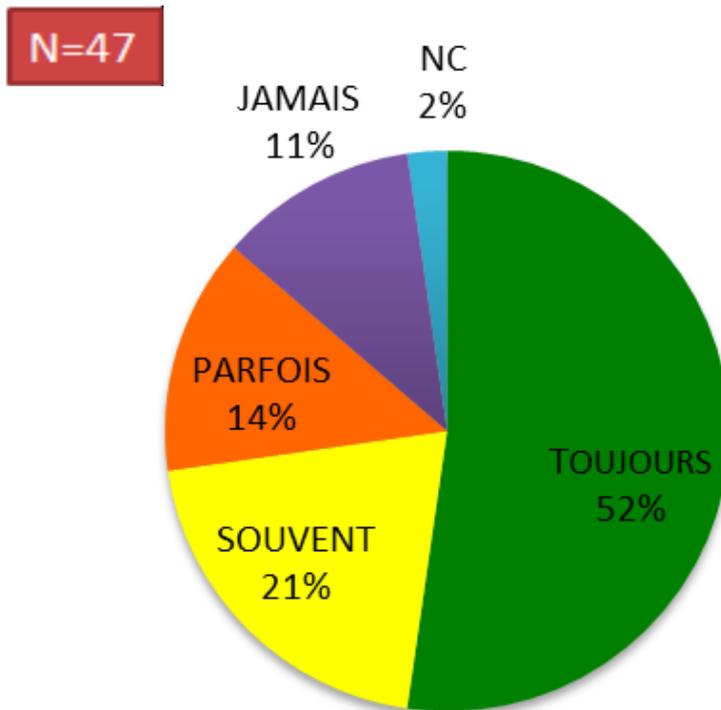


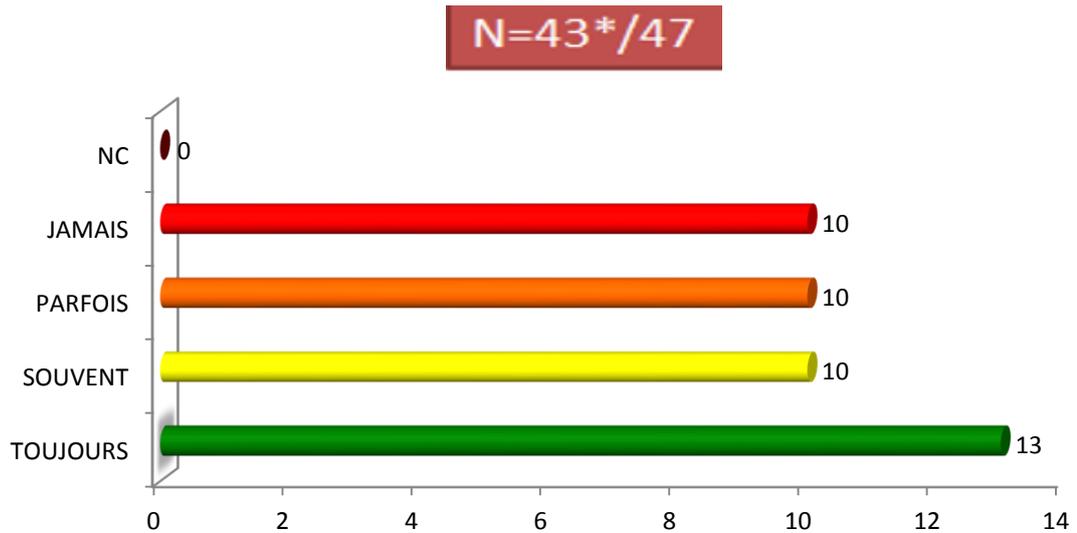
Figure 15 : Enquête HCL État des lieux des pratiques « Traitement habituel » en HDJ  
Réponse à la question 1.1 :

« Avant la séance d'HDJ, des recommandations sont-elles données au patient concernant son traitement habituel ? »

La majorité des unités d'HDJ recommandent aux patients d'apporter leurs ordonnances et leur traitement habituel en cours pour la séance d'HDJ. Les recommandations sont le plus souvent communiquées par oral (contact téléphonique) ou bien par écrit (sur la convocation) ou les deux.

5 unités d'HDJ ne donnent « JAMAIS » de recommandations au patient concernant son traitement habituel. Par exemple, en chirurgie urologie/néphrologie, les secrétaires qui prennent les rendez-vous ne donnent aucune information concernant les traitements habituels et aucune consigne sur la convocation. En immunologie/allergologie, les seules recommandations données par écrit concernent les traitements antiallergiques.

Le centre de médecine hyperbare indique qu'il ne se sent pas concerné par cette problématique. Néanmoins, cette équipe indique « aucune prise de traitement habituel pendant la séance de caisson, par contre il est important de connaître le traitement habituel du patient et les effets secondaires de ce dernier et ainsi les éviter (exemple : prise de tramadol entraîne une baisse seuil épiléptogène et un des risques lors d'une séance est de convulser) » ...



\* Aucune réponse de 4 HDJ : Médico-chirurgical, Réentraînement cardiaque, Pneumologie, Médecine physique et réadaptation

*Figure 16 : Enquête HCL État des lieux des pratiques « Traitement Habituel » en HDJ  
Réponse à la question 1.2 :  
« Avant la séance d'HDJ, des consignes sur les prises médicamenteuses du traitement habituel  
du patient lui sont-elles communiquées ? »*

Dans la plupart des unités d'HDJ, des consignes sur les prises médicamenteuses de son traitement habituel sont communiquées au patient oralement et parfois sur la fiche de convocation envoyée par courrier pour rappeler le rendez-vous.

Dix unités répondent « JAMAIS » à cette question notamment des HDJ de Rhumatologie, Médecine interne, Gériatrie, Immunologie/allergologie, Pneumologie, Gastrologie, ou Spécialités Neurologiques.

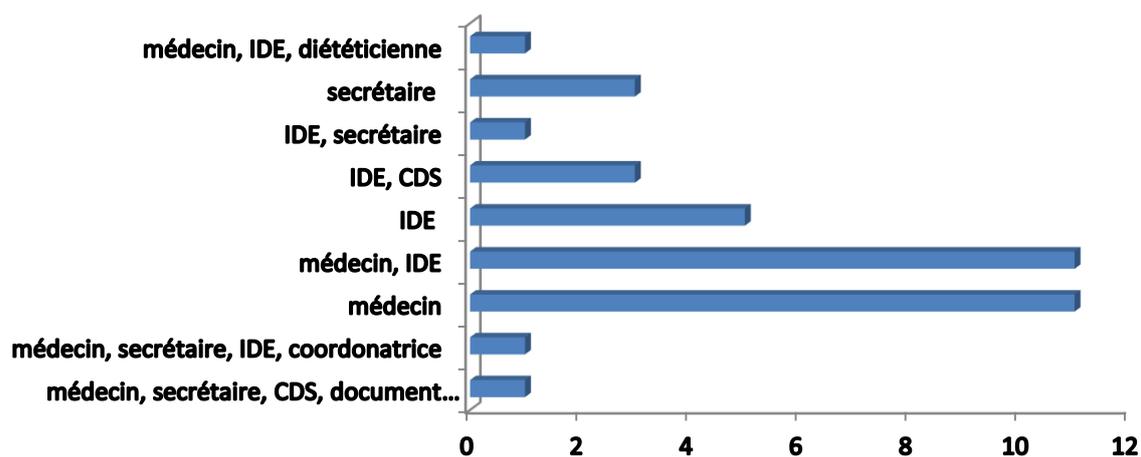


Figure 17 : Enquête HCL État des lieux des pratiques « Traitement Habituel » en HDJ

Réponse à la question 1.3 :

« Par qui les recommandations et consignes sur les prises médicamenteuses de son traitement habituel sont-elles données au patient ? »

Les recommandations et consignes sont majoritairement données par le médecin, seul ou avec l'IDE. Dans ce cas, le document d'information utilisé est la plaquette HCL « *Mes médicaments à l'hôpital* », décrite précédemment dans ce manuscrit.

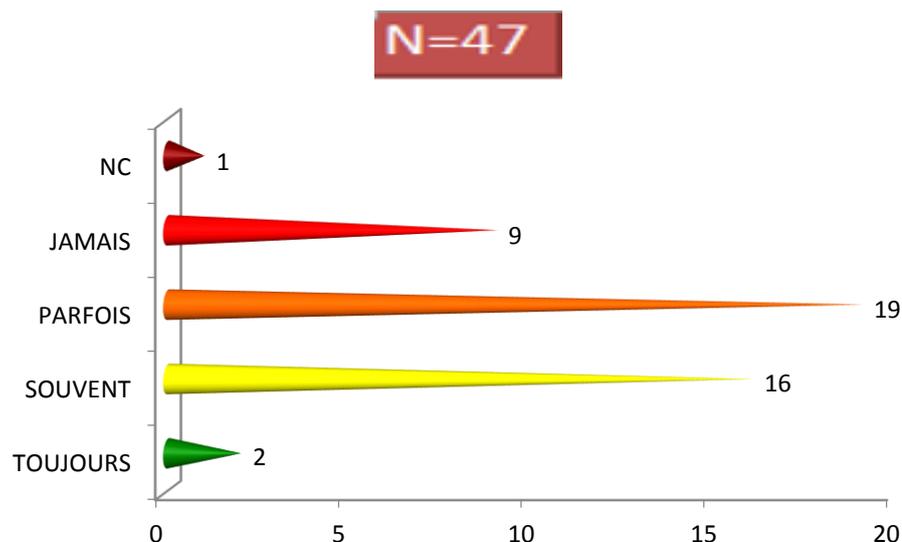


Figure 18 : Enquête HCL État des lieux des pratiques « Traitement Habituel » en HDJ  
 Réponse à la question 2 :  
 « Le patient se présente-t-il toujours avec son ou ses ordonnance(s) correspondant à son traitement habituel à chaque séance d'HDJ ? »

Il apparaît que, malgré des consignes données au patient, ceux-ci n'apportent pas régulièrement les ordonnances et les médicaments de leur traitement habituel. Dans de nombreux cas, il est pourtant demandé au patient d'apporter son/ses ordonnance(s) du traitement habituel uniquement lors de la 1ère séance d'HDJ et en cas de modifications pour les séances suivantes.

Seuls les patients de l'HDJ Réhabilitation respiratoire viennent « TOUJOURS » avec leurs ordonnances suite aux consignes qui leur ont été données en amont de la séance. En revanche, les patients de l'HDJ de médecine hyperbare viennent toujours avec leur ordonnance bien que les professionnels communiquent seulement « PARFOIS » des consignes en amont.

L'unité non concernée par cette question est l'HDJ de réentraînement cardiaque : l'équipe indique que « les patients viennent sur des séances de 3h30 et les traitements habituels sont pris à domicile. Aucun médicament n'est administré durant les séances. Le traitement habituel figure dans le dossier de chaque patient ». Cette unité répondra aussi « NC » pour les questions suivantes (Question 3 à Question 9).

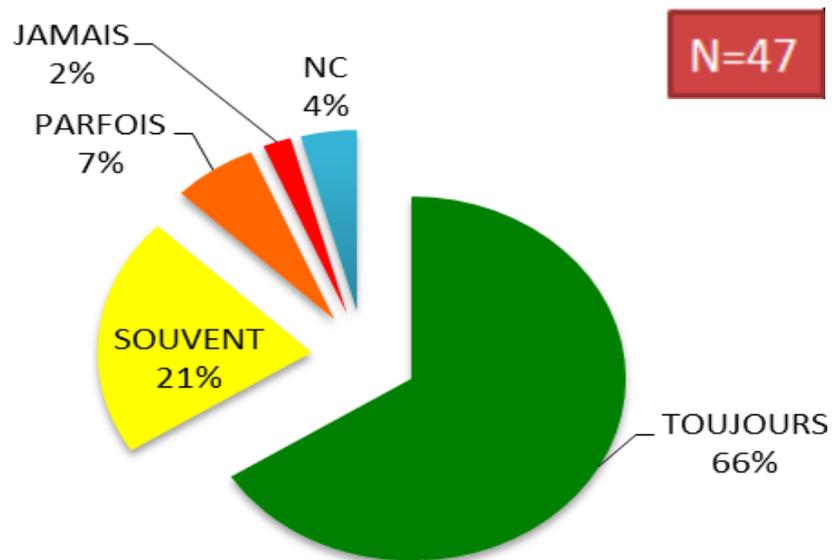
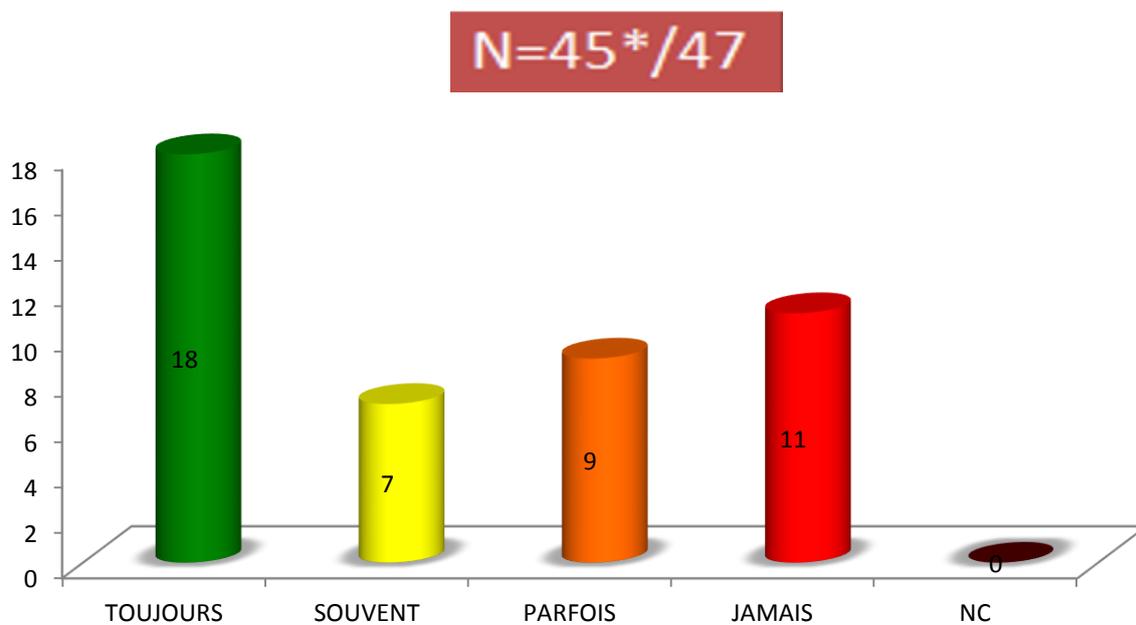


Figure 19 : Enquête HCL État des lieux des pratiques « Traitement Habituel » en HDJ  
 Réponse à la question 3 :  
 « La connaissance sur le traitement habituel du patient vous paraît-elle importante ? »

Pour près de 90% des unités d’HDJ, la connaissance sur le traitement habituel du patient apparaît comme importante pour l’évaluation de la compatibilité et des interactions avec les médicaments qui seront administrés pendant la séance. Seul l’HDJ Maladies métaboliques répond « JAMAIS » à cette question.



\* Aucune réponse de 2 HDJ : Réentrainement cardiaque et Hémodialyse

*Figure 20 : Enquête HCL État des lieux des pratiques « Traitement Habituel » en HDJ  
Réponse à la question 4 :  
« Une copie de l'ordonnance du traitement habituel du patient est-elle conservée dans le dossier du patient ? »*

Les unités de soins conservent majoritairement une copie de l'ordonnance du traitement habituel dans le dossier du patient. Celle-ci est le plus souvent scannée dans le dossier informatisé du patient. Néanmoins, la deuxième réponse qui revient le plus souvent est « JAMAIS ».

■ TOUJOURS ■ SOUVENT ■ PARFOIS ■ JAMAIS ■ NC

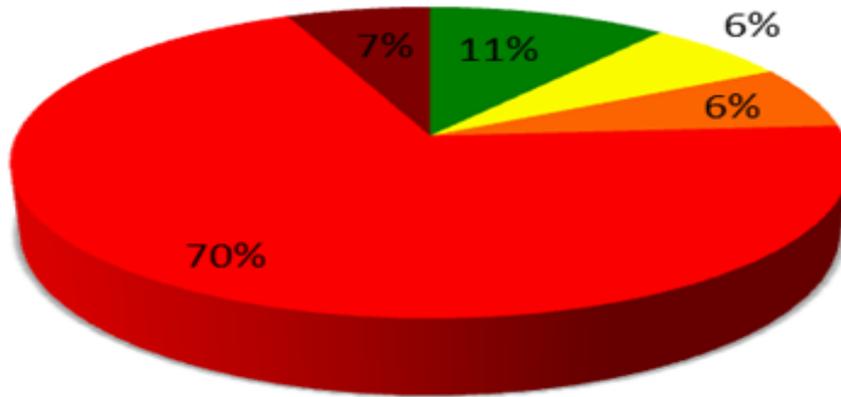


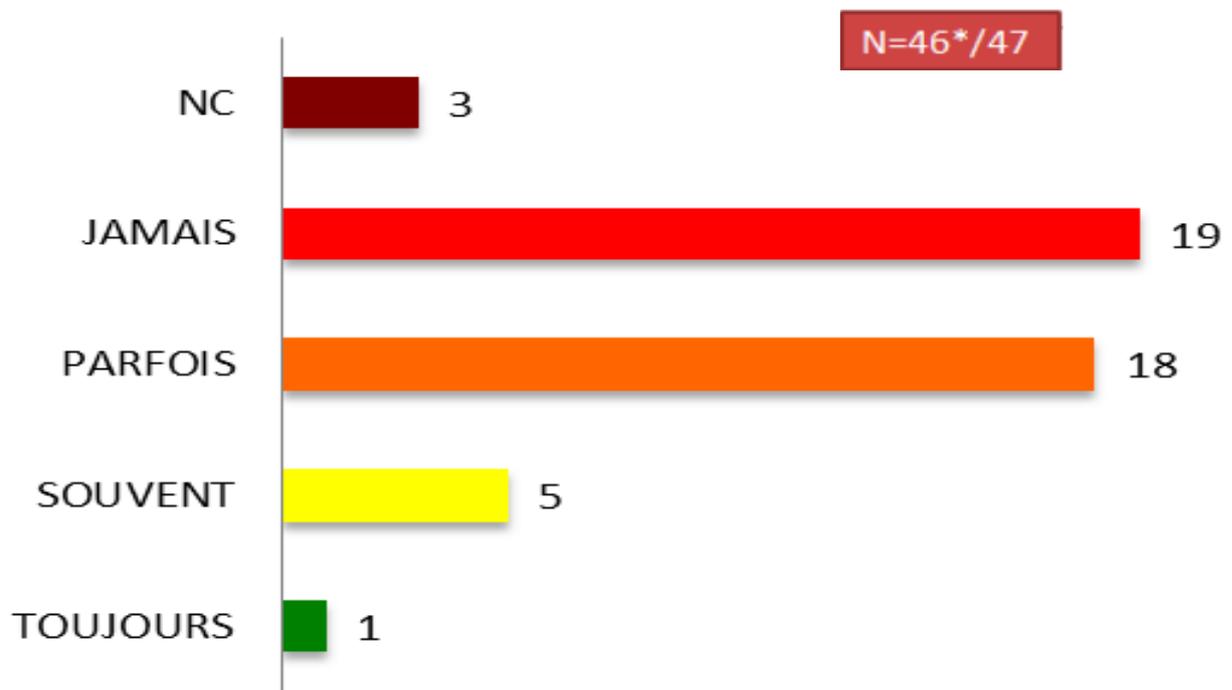
Figure 21 : Enquête HCL État des lieux des pratiques « Traitement Habituel » en HDJ  
Réponse à la question 5 :

« Les médicaments du traitement habituel du patient à prendre pendant la séance d'HDJ sont-ils prescrits sur le support de prescription en vigueur ? »

70% des unités d'HDJ répondent « JAMAIS » à cette question pour plusieurs raisons comme :

- « Pas d'accès Easily, ni Cristalnet. Prescription par photocopie de l'ordonnance signée par le médecin lors de la 1<sup>ère</sup> séance. Le traitement est amené par le patient »,
- « Les médecins refusent de faire une prescription car ils estiment que la pharmacie n'est pas réactive et perte de temps en recopiage ».

*A contrario*, cinq unités prescrivent « TOUJOURS » le traitement habituel du patient (HDJ de Gériatrie, Spécialités pédiatriques, Maladies métaboliques, Réhabilitation respiratoire). Trois unités d'HDJ répondent « SOUVENT » à cette question (HDJ de Dialyse, Pédopsychiatrie et Spécialité neurologiques). L'un de ces HDJ indique que les prises médicamenteuses des patients sont « listées dans le dossier patient ».



\* Aucune réponse d'un HDJ Médico-chirurgical

Figure 22 : Enquête HCL État des lieux des pratiques « Traitement Habituel » en HDJ

Réponse à la question 6 :

« Les médicaments du traitement habituel du patient à prendre pendant la séance d'HDJ sont-ils toujours fournis par l'hôpital ? »

La grande majorité des unités d'HDJ répondent « JAMAIS » ou « PARFOIS » à cette question. Dans ces cas, les doses médicamenteuses du traitement habituel du patient ne sont pas fournies par l'hôpital car le patient apporte son traitement, sauf dans le cas où le patient l'a oublié.

Cinq unités d'HDJ répondent « SOUVENT » à cette question : HDJ de Dialyse, Cardiologie pédiatrique, Pneumologie, Maladies métaboliques pédiatriques et Médecine. L'HDJ de Maladies métaboliques pédiatriques indique que les doses médicamenteuses sont parfois apportées par les parents et l'HDJ de Médecine indique que les doses médicamenteuses sont fournies par l'hôpital uniquement si le médicament est disponible au livret thérapeutique HCL.

A *contrario*, l'unité d'HDJ de Réhabilitation respiratoire est la seule à indiquer « TOUJOURS » fournir le traitement habituel du patient.

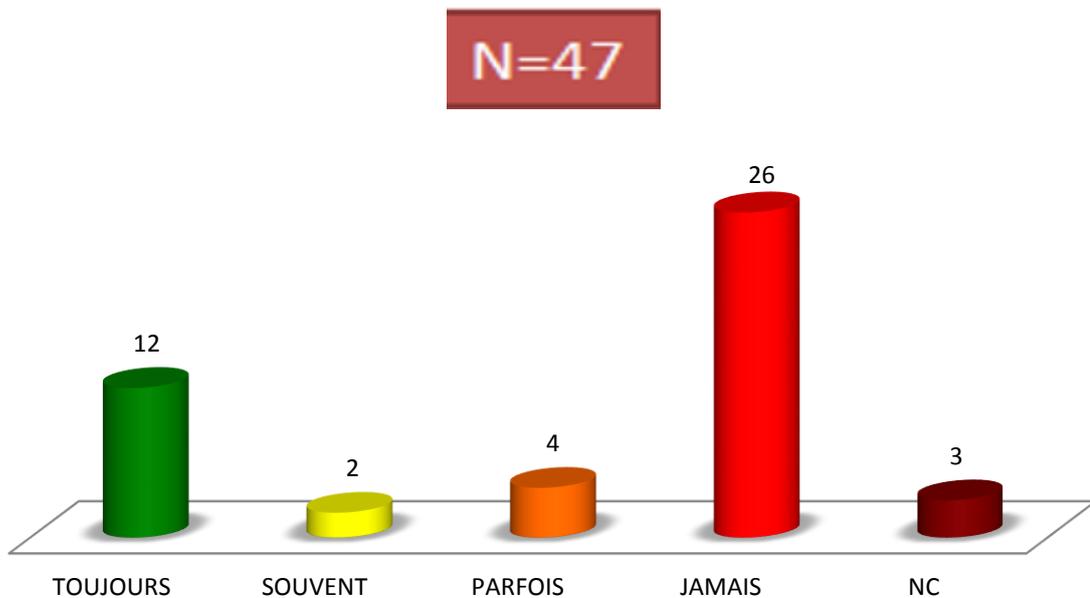


Figure 23 : Enquête HCL État des lieux des pratiques « Traitement Habituel » en HDJ  
 Réponse à la question 7 :  
 « Les médicaments du traitement habituel du patient pris pendant la séance d'HDJ sont-ils toujours tracés ?

La plupart des unités d'HDJ répond « JAMAIS » à cette question. Quelques unités seulement répondent « TOUJOURS » et indiquent :

- « Les patients sont présents à l'HDJ pour une période variant de 1,3 ou 6 mois ce qui explique une traçabilité rigoureuse, les patients viennent à la journée il y a un contrôle des prises de traitement mais pas de traçabilité »,
- « Support papier ou prescription orale qui est ensuite tracée par les IDE dans Easily dans cible admission »,
- « Par les infirmières y compris les prémédications prises au domicile »,
- « Prescription du jour par l'interne si le patient mange à l'HDJ »,
- « Dans la feuille de soin du patient »,
- « Prescription papier et délivrance de même »,
- « Heure, et signature de l'IDE sur support papier »,
- « Sur la feuille de traçabilité »,
- « Par les IDE sur la fiche de l'HJ »,
- « Dans Cristalnet ».

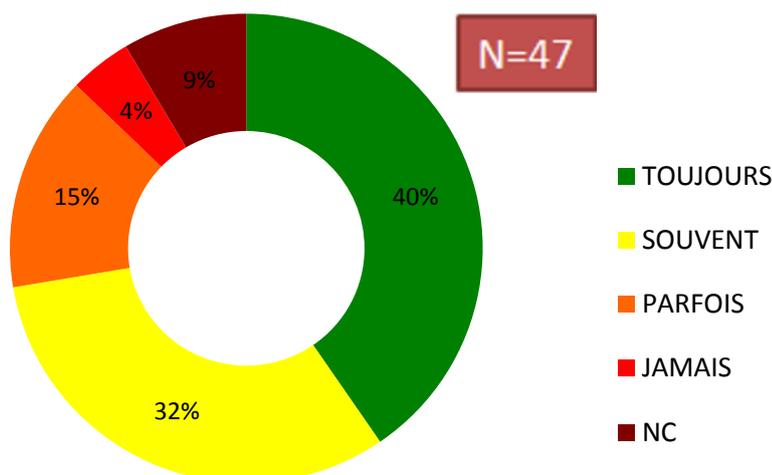


Figure 24 : Enquête HCL État des lieux des pratiques « Traitement Habituel » en HDJ  
 Réponse à la question 8 :  
 « Laisse-t-on les patients s'auto administrer des médicaments de leur traitement habituel pendant la séance d'HDJ ? »

Près de 70% des HDJ répond positivement à cette question. Il convient de mettre en regard les réponses recueillies à la question 5 relative à la prescription des médicaments du traitement habituel avec cette question pour mettre en évidence les réelles situations d'auto administration. En effet, les HDJ qui indiquent laisser « SOUVENT » le patient prendre ses médicaments seul tout en prescrivant les médicaments du traitement habituel pratiquent l'auto administration médicamenteuse : c'est le cas pour 2 HDJ.

Sur le même principe, on peut aussi mettre en évidence les situations d'auto gestion en s'intéressant aux HDJ qui répondent ne pas prescrire sur le support de prescription en vigueur les médicaments du traitement habituel et qui indiquent laisser le patient prendre seul ses médicaments : sur les 32 unités d'HDJ qui ne prescrivent jamais les médicaments du traitement habituel du patient à prendre pendant la séance d'hôpital de jour, 28 laissent les patients auto gérer la prise de leur traitement habituel pendant la séance, ce qui représente près de 90%.

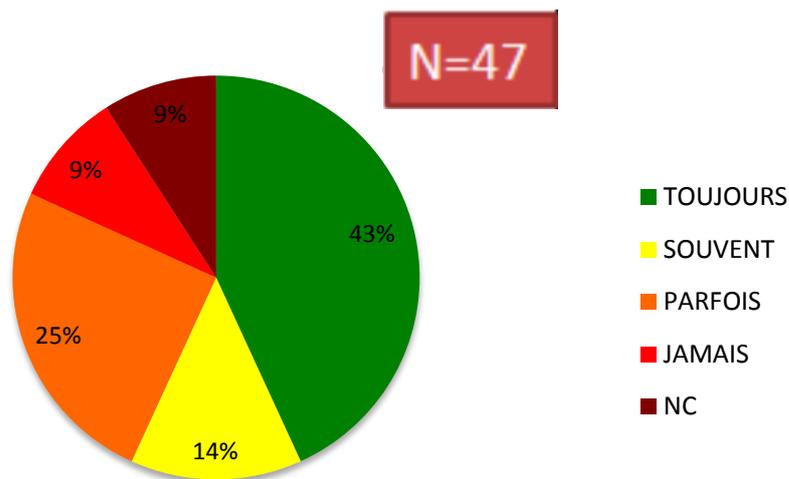


Figure 25 : Enquête HCL État des lieux des pratiques « Traitement Habituel » en HDJ  
Réponse à la question 9 :

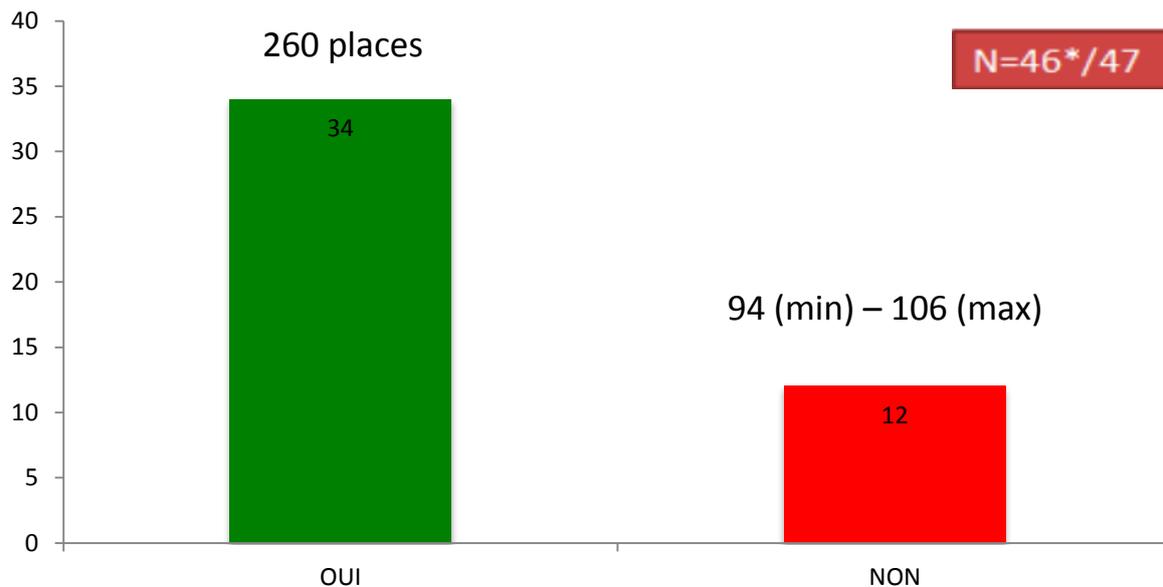
« A la fin de la séance d'hôpital de jour, des consignes sur les prises médicamenteuses sont-elles communiquées au patient pour son retour à domicile ? »

Plus de la moitié des HDJ communiquent des consignes sur les prises médicamenteuses au patient pour son retour à domicile (par oral si une instauration de nouveaux traitements est faite pendant la séance d'HDJ).

Quatre HDJ répondent « JAMAIS » à cette question :

- Deux d'entre eux (Gériatrie, Immunologie/allergologie) apportent en précision « *Uniquement concernant les médicaments pour lesquels il est allergiques, consignes écrites* »,

- Un HDJ de Médecine indique « *pour traitement habituel consignes orales et écrites pour les changements : ordonnances antibiotiques, jamais de changement dans traitement habituel* ».



\* Aucune réponse d'un HDJ de Pédopsychiatrie

Figure 26 : Enquête HCL État des lieux des pratiques « Traitement Habituel » en HDJ  
 Réponse à la dernière question :  
 « Pour vous, la gestion du traitement habituel du patient en hôpital de jour est-elle une préoccupation ? »

La gestion du traitement habituel du patient en HDJ est une préoccupation majeure pour la majorité des hôpitaux de jour questionnés, soit un nombre total de 260 places.

En revanche, quelques unités d'HDJ représentant une centaine de lits ne sont pas préoccupées par la gestion du traitement habituel du patient en HDJ. Les équipes d'HDJ apportent les commentaires suivants :

- « Aucune prise de traitement habituel pendant la séance de caisson, par contre il est important de connaître le traitement habituel du patient et les effets secondaires de ce dernier et ainsi les éviter (exemple : prise de tramadol entraîne une baisse seuil épileptogène et un de risque lors d'une séance est de convulser) »,
- « Le temps d'HDJ étant réduit, le patient n'a pas besoin de prendre son traitement habituel sur le temps de sa dialyse donc pas de problème de prescription ou de traçabilité de l'administration »,
- « Patients chroniques qui connaissent très bien leur pathologie et leurs traitements »,
- « Pour les patients qui ne peuvent pas prendre seul leur traitement, il sera alors prescrit et donné par l'équipe – si le médecin prescrit un nouveau traitement habituel lors de l'hospitalisation de jour, il sera alors prescrit et donné par l'infirmière »,

- « *Patients chroniques qui ont l'habitude de gérer leur traitement habituel* »,
- « *Les patients viennent sur des séances de 3h30 et les traitements habituels sont pris à domicile. Aucun médicament n'est administré durant les séances. Le traitement habituel figure dans le dossier de chaque patient* »,
- « *Pour les patients transplantés de moins de trois mois, ils sont suivis par les chirurgiens qui revoient leurs traitements lors de chaque venue avec modification des corticoïdes et des traitements immunosuppresseurs* »,
- « *Important quand le patient a des troubles cognitifs : sinon le médecin traitant est le référent pour le traitement habituel* ».

### 3.3.2. Croisement des réponses

Les réponses à certaines questions ont été croisées en fonction de plusieurs thématiques afin d'identifier plus facilement des points de blocage et des axes de travail.

#### **Prescription, dispensation, et traçabilité**

25 HDJ ne prescrivent jamais les médicaments du traitement habituel du patient à prendre pendant la séance d'hôpital de jour et ne réalisent aucune traçabilité concernant les prises médicamenteuses. 4 HDJ seulement prescrivent toujours les médicaments du traitement habituel du patient à prendre pendant la séance d'hôpital de jour et les tracent. Il s'agit des HDJ de Gériatrie, Maladies métaboliques, Cardiologie pédiatrique et Réhabilitation respiratoire.

L'unité d'HDJ Réhabilitation respiratoire est la seule unité qui prescrit toujours les médicaments du traitement habituel du patient à prendre pendant la séance d'hôpital de jour et qui les fournit systématiquement.

Deux unités d'HDJ ne prescrivent jamais les médicaments du traitement habituel du patient à prendre pendant la séance d'hôpital de jour et ne donnent jamais de consignes sur les prises médicamenteuses au patient pour son retour à domicile.

17 HDJ sur les 47 HDJ répondants ne prescrivent jamais ni ne fournissent les médicaments du traitement habituel du patient à prendre pendant la séance d'hôpital de jour.

Sur 32 HDJ qui ne prescrivent jamais les médicaments du traitement habituel du patient à prendre pendant la séance d'hôpital de jour, 17 communiquent tout de même toujours ou souvent au patient des consignes sur les prises médicamenteuses pour son retour à domicile, ce qui représente un peu plus de la moitié.

### **Copie de l'ordonnance du traitement habituel**

Parmi les 9 unités d'HDJ pour qui les patients ne se présentent jamais avec leurs ordonnances en séance d'HDJ, 3 unités conservent une copie de l'ordonnance dans le dossier du patient : Maladies métaboliques, Endocrinologie et Hématologie.

Sur 18 unités d'HDJ qui conservent une copie de l'ordonnance du traitement habituel du patient dans le dossier du patient, huit ne sont pas informatisées pour la prise en charge médicamenteuse du patient. Sur les 10 unités d'HDJ qui ne conservent pas de copie de l'ordonnance du traitement habituel du patient dans le dossier du patient, deux sont informatisées pour la prise en charge médicamenteuse du patient.

13 unités d'HDJ conservent une copie de l'ordonnance du traitement habituel du patient dans le dossier du patient et ne prescrivent jamais les médicaments du traitement habituel du patient à prendre pendant la séance d'HDJ. Une confusion semble apparaître entre la copie de l'ordonnance du traitement habituel et la prescription pour les médicaments concernés pendant la séance comme précisé en commentaire par un HDJ de Cardiologie « *Ordonnance vue par médecin et fait office de prescription médicamenteuse* ».

### **Préoccupation des équipes sur la gestion du traitement habituel**

12 unités d'HDJ ne se préoccupent pas de la gestion du traitement habituel du patient en hôpital de jour. Trois d'entre eux ne prescrivent pas, ni ne fournissent, ni ne tracent les médicaments du traitement habituel du patient. Néanmoins, ces trois unités d'HDJ communiquent toujours ou souvent des consignes sur les prises médicamenteuses au patient pour son retour à domicile. Ce sont des HDJ d'Hématologie, d'Oncologie et de Pathologies digestives.

Deux de ces 12 unités d'HDJ prescrivent, fournissent, tracent les médicaments du traitement habituel du patient et donnent des consignes sur les prises médicamenteuses au patient pour son retour à domicile, pourtant la gestion du traitement habituel du patient en hôpital de jour n'est pas une préoccupation : « *Le temps d'HDJ étant réduit, le patient n'a pas besoin de prendre son traitement personnel sur le temps de sa dialyse donc pas de problème de prescription ou de traçabilité de l'administration* ».

Une seule unité, à savoir l'HDJ de Réhabilitation respiratoire, est préoccupée par la gestion du traitement habituel et semble avoir de bonnes pratiques concernant la prescription, la dispensation et la traçabilité du traitement habituel du patient pendant la séance d'HDJ (réponses « TOUJOURS » ou « SOUVENT » à partir de la question 4). L'équipe indique

que « *la gestion du traitement habituel fait par ailleurs partie intégrante du diagnostic et de la prise en charge éducatifs* ».

Deux unités d'HDJ sont préoccupées par la gestion du traitement habituel du patient en hôpital de jour mais ne communiquent aucune consigne sur les prises médicamenteuses au patient pour son retour à domicile à la fin de la séance d'hôpital de jour ou donnent les consignes « *Uniquement concernant les médicaments pour lesquels il est allergiques, consignes écrites* » (cas de l'HDJ d'Immunologie/Allergologie).

L'HDJ d'hémodialyse est préoccupée par la gestion du traitement habituel du patient en hôpital de jour mais déclare ne pas être concernée pour les consignes sur les prises médicamenteuses au patient pour son retour à domicile.

Cette enquête montre que les professionnels travaillant en HDJ considèrent que le traitement médicamenteux fait partie intégrante du diagnostic et de la prise en charge du patient. Pour autant, il semble important que le patient, autonome chez lui, le reste lors de son hospitalisation, pour pouvoir évaluer la gestion de son traitement habituel et si besoin la réadapter. Les professionnels semblent également rencontrer des difficultés à obtenir des informations fiables et à jour sur le traitement habituel notamment pour une séance d'HDJ souvent courte. On remarque que les pratiques sont différentes et très hétérogènes en fonction des équipes sur cette thématique en HDJ. Des organisations sont d'ores et déjà mises en place dans certains sites tenant compte de la spécificité des activités. La plupart des HDJ des HCL ne sont pas informatisés, la prescription des médicaments du traitement habituel n'est pas toujours réalisée et souvent aucune consigne n'est donnée au patient pour son retour à domicile. Cette enquête a donc permis de mettre en avant les points essentiels à travailler pour formaliser la gestion du traitement médicamenteux habituel du patient en HDJ et établir des bonnes pratiques pour une prise en charge médicamenteuse du patient optimisée.

### 3.3.3. *Restitution de l'enquête « état des lieux des pratiques »*

Les résultats ci-dessus ont fait l'objet d'une présentation sous forme d'un diaporama synthétique intégrant des données graphiques pour chaque question. En février 2017, nous nous sommes rendus à la Direction Centrale des Soins pour restituer ces résultats. Lors de

cet échange, la Direction Centrale des Soins a pu prendre connaissance des résultats globaux HCL mais aussi des résultats de chaque GH.

J'ai ensuite été chargée de préparer, à l'intention de chaque GH en vue d'une restitution par les équipes SMQ PCMP de GH aux différents HDJ, une présentation de ses propres résultats en regard des résultats globaux HCL.

Avant la fin de mon stage, j'ai pu présenter ce diaporama à l'équipe SMQ PCMP du GHE. Les présentations destinées aux autres GH ont été mises à disposition après mon départ des équipes référentes SMQ PCMP.

### **3.4. Poursuite des travaux après mon départ**

L'état des lieux des pratiques réalisé grâce à notre enquête montre que l'écart est important entre l'existant et la bonne pratique souhaitable pour une prise en charge médicamenteuse du patient de qualité. Il s'avère que les pratiques décrites par les équipes de soins sont très hétérogènes et que certaines d'entre elles exposent le patient à des risques. Pour la Direction Centrale des soins et le Responsable HCL SMQ PCMP, il est apparu néanmoins nécessaire de proposer des principes consensuels sur la gestion du traitement habituel du patient en HDJ applicables de manière transversale.

Depuis la fin de mon stage fin mars 2017, le groupe de réflexion DiCS- SMQ PCMP constitué pour travailler sur cette thématique, s'est réuni trois fois au cours du mois de mai 2017 pour proposer ces grands principes dans le contexte réglementaire existant.

Il est apparu très vite que 2 typologies de prise en charge en HDJ existaient :

- Hospitalisation de jour à visée thérapeutique avec un traitement médicamenteux administré pendant la séance (chimiothérapie injectable ou non, biothérapies, immunoglobulines etc.). Ces hospitalisations sont souvent répétées et régulières pour le même patient. Le groupe de réflexion estime à 80% la part de cette typologie de prise en charge en HDJ aux HCL.
- Hospitalisation de jour à visée diagnostique au niveau de plateaux techniques ou non (réalisation d'explorations fonctionnelles, d'enregistrements, etc.). Il s'agit souvent d'hospitalisations ponctuelles. Le groupe de réflexion estime à 20% la part de cette typologie de prise en charge en HDJ aux HCL.

Enfin, il a semblé important d'envisager différemment pour un même patient :

- la première venue en HDJ, avec une documentation sur le traitement habituel du patient la plus exhaustive possible,
- les séances ultérieures, avec une documentation moins importante s'il n'y a pas de modification du traitement.

Les grands principes suivants ont été retenus en fonction des 2 typologies définies sur les points essentiels suivants :

➤ **Séance d'HDJ à visée thérapeutique**

1. Recueil nécessaire d'informations sur le traitement habituel du patient. Sur ce point, le rôle respectif des professionnels paramédicaux et médicaux reste à définir. La consigne donnée au patient serait la même que celle donnée en hospitalisation complète ou de semaine à savoir venir avec ses ordonnances et une boîte de chacun de ses médicaments. Ceci serait impératif pour la première séance et idéalement pour les suivantes sauf si aucune modification n'a été apportée au traitement habituel. Les consignes données au patient par le médecin en amont de la séance d'HDJ concernant le traitement habituel devraient figurer par écrit dans le formulaire de rendez-vous d'HDJ et seront tracées dans le dossier du patient.
2. La prescription de tout médicament à administrer au cours de la séance d'HDJ est nécessaire sur le support de prescription de l'unité d'HDJ. Chacune des prises médicamenteuses, administrées par l'IDE ou prises par le patient, pourront alors être racées par l'IDE dans le dossier patient selon le support en vigueur de l'unité d'HDJ.
3. Le patient peut s'auto-administrer les unités thérapeutiques de son traitement habituel pendant la séance d'HDJ, après évaluation de ses capacités et dans le cadre des consignes qui lui ont été données.
4. Les unités thérapeutiques (UT) apportées par le patient peuvent être utilisées pendant la séance d'HDJ si la dispensation du traitement par la Pharmacie du GH est impossible dans le délai imparti.

5. Une information doit être donnée à la sortie du patient sur la poursuite du traitement habituel par des consignes orales et écrites.

➤ **Séance d'HDJ à visée diagnostique**

1. Mêmes dispositions que dans le cas précédent : après prise de connaissance du traitement habituel du patient et au moment de la décision de la programmation de l'HDJ, le médecin informe le patient des consignes concernant son traitement habituel. Ces consignes figurent par écrit dans le formulaire de rendez-vous d'HDJ. La consigne donnée au patient resterait la même que celle donnée en HC ou HS (venir avec ses ordonnances et une boîte de chacun de ses médicaments). Ceci serait impératif pour la première séance et idéalement pour les suivantes sauf si aucune modification n'a été apportée au traitement habituel.
2. Si le patient doit prendre des médicaments au cours de la séance d'HDJ, deux cas peuvent se présenter :
  - Le patient est autonome pour les prises de médicaments pendant la séance d'HDJ. Une trace des prescriptions en cours devra alors figurer dans le dossier du patient avec copie de l'ordonnance ou des ordonnances de ville en cours. Les UT apportées par le patient peuvent être utilisées et la traçabilité des doses prises par le patient n'est alors plus considérée comme une obligation pour l'IDE.
  - Le patient n'est pas en capacité de prendre son traitement habituel pendant la séance d'HDJ. Les médicaments seront alors prescrits sur le support de prescription en vigueur au sein de l'unité d'HDJ, les médicaments sont obligatoirement administrés par l'IDE et les prises médicamenteuses sont tracées par l'IDE sur le support en vigueur de l'unité d'HDJ. En revanche, si la PUI du GH ne peut pas fournir les médicaments nécessaires dans le délai imparti, les UT apportées par le patient peuvent être utilisées.

Le rôle des IDEs concernant l'administration des médicaments, dont le traitement habituel en HDJ, a été défini plus précisément. Quel que soit le type de séance d'HDJ, l'IDE trace les doses de médicaments qu'il administre lorsque la prescription est réalisée sur le support

de prescription existant. En effet, l'ordonnance de ville ne permettant pas la traçabilité de l'administration, l'IDE n'administrera pas les médicaments du traitement habituel sans prescription sur le support de prescription HCL. Si le patient est autonome et utilise ses propres médicaments apportés, aucune traçabilité de l'administration n'est attendue par l'IDE, comme évoqué dans les grands principes.

Ces grands principes issus de la réflexion du groupe DiCS-SMQ PCMP ont été présentés pour validation par le binôme DiCS - SMQ PCMP au Président de la CME HCL en juin 2017. En effet, la validation institutionnelle à ce niveau était nécessaire pour envisager la mise en œuvre opérationnelle de ces principes. A cet effet, un groupe de travail pluri professionnel et multidisciplinaire a été mis en place. Celui-ci s'est réuni pour la première fois à l'automne 2017 pour travailler sur la formalisation d'un document de bonnes pratiques de type procédure. Les travaux du groupe sont encore en cours actuellement.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse du patient, à l'aide des logiciels d'aide à la prescription, est un atout indéniable pour faire évoluer les pratiques.

## Partie 3 : Discussion

### 1. Progression positive des pratiques aux HCL sur la thématique de la gestion du traitement habituel du patient

Les HCL s'intéressent depuis près de 10 ans à la thématique du traitement habituel du patient et on peut remarquer une progression positive des pratiques cliniques à ce sujet.

L'action prioritaire 2017 inscrite au PAQSS HCL 2017 était l'amélioration de la gestion du traitement habituel du patient (prescription, administration, traçabilité) de l'entrée à la sortie du patient sur le périmètre hospitalisation complète ou de semaine. Cette action est poursuivie en 2018.

#### 1.1. **Cas des unités de soins d'hospitalisation complète ou de semaine**

Suite à la validation et la diffusion de la procédure HCL « *Gestion du traitement médicamenteux habituel du patient hospitalisé en unité de soins d'hospitalisation complète et de semaine* » version 2, une évaluation de l'amélioration des pratiques sur le périmètre hospitalisation complète et de semaine s'est appuyée sur les résultats des nouvelles démarches Patient Traceur. L'indicateur de suivi proposé était la diminution de 50% des points à améliorer et dysfonctionnements identifiés sur la gestion du traitement habituel du patient par ces démarches Patients Traceurs en HC ou HS au dernier trimestre 2017 par rapport au dernier trimestre 2016.

La diminution obtenue de 44% des points à améliorer et dysfonctionnements identifiés sur la gestion du traitement habituel du patient n'atteint pas tout à fait l'objectif. Elle témoigne néanmoins de l'amélioration de l'adhésion des médecins aux préconisations institutionnelles en termes de prescription des médicaments du traitement habituel maintenus pendant le séjour sur le support de prescription en vigueur. Le retrait du traitement habituel à l'entrée et l'information du patient restent toutefois encore perfectibles.

La tendance à l'amélioration des pratiques observée entre les 2 derniers trimestres 2016 et 2017 se retrouve nettement sur les résultats globaux des démarches Patient Traceur conduites

en 2017. En effet, la thématique « Management de la prise en charge médicamenteuse du patient » n'arrive plus dans le trio de tête en termes de points à améliorer ou dysfonctionnements relevés. Un suivi semestriel est désormais réalisé pour confirmer l'amélioration observée notamment sur la gestion du traitement médicamenteux habituel du patient.

De plus, les HCL ont mis en place en octobre 2017 une grille HCL d'audit des armoires à pharmacie dans les unités de soins avec l'ajout de 2 points de vérification de la procédure HCL sur le stockage des unités thérapeutiques du traitement habituel apportées par le patient :

- Item 11 : « *Les médicaments du traitement habituel des patients hospitalisés sont stockés dans un sac ou casier identifié avec étiquette PASTEL du patient* »,
- Item 12 : « *Les sacs ou casiers identifiés contenant les médicaments du traitement habituel des patients hospitalisés sont rangés dans un dispositif de stockage sécurisé (fermant à clé)* ».

Cet audit sera dorénavant est réalisé au minimum 2 fois par an dans toutes les unités de soins. La première évaluation à l'aide de cette grille HCL a eu lieu entre début décembre 2017 et fin janvier 2018. Les résultats observés sur les différents GH pour ce premier tour d'audit figurent dans le tableau 10. Une synthèse HCL des résultats de cet audit est prévue au cours de l'année 2018, elle n'est pas disponible à ce jour.

*Tableau 10 : Audit 1 HCL "Armoires à pharmacie" : conformité sur les items "Traitement habituel"*

<b>GH</b>	<b>Nombre d'US auditées</b>	<b>Nombre d'US concernées par l'item</b>	<b>Taux de conformité à l'item 11</b>	<b>Taux de conformité à l'item 12</b>
GHC	78	38	87,5%	52,5%
GHE	80	52	77%	68%
GHN	58		86,7% <sup>[2]</sup>	
GHR	10	10	100%	100%
GHS	104	46	73,9%	76,1%

<sup>2</sup> Le GHN a conduit l'audit quelques jours avant la mise à disposition de la grille d'audit HCL finalisée et avait choisi de sa propre initiative de fusionner les items 11 et 12 en un seul item : « *Les médicaments du traitement habituel des patients hospitalisés sont stockés dans un sac ou casier identifié avec une étiquette PASTEL du patient **ET** dans un dispositif de stockage sécurisé* »

Sur le premier item concernant les modalités de stockage des médicaments du traitement habituel retirés aux patients (sac fermé et étiquetage avec étiquette PASTEL), les résultats montrent que les équipes paramédicales HCL ont en grande majorité intégré les préconisations HCL dans leurs pratiques. En revanche, sur le second item (*rangement dans un dispositif de stockage sécurisé*), un taux de conformité aux préconisations HCL un peu moins important illustre les difficultés rencontrées par quelques équipes compte-tenu des équipements de stockage disponibles dans l'unité de soins. Certaines équipes ont, au cours de l'audit, signalé utiliser le bureau du cadre de santé pour ce stockage.

## **1.2. Cas des unités d'hospitalisation de jour**

Pour les unités d'hospitalisation de jour ou assimilées, les travaux préliminaires à la rédaction d'une procédure sont en cours. Les pratiques cibles ont été définies et validées par le Président de la CME en juin 2017. Il apparaît cependant qu'elles restent encore complexes à mettre en œuvre du fait de l'hétérogénéité des activités et de la résistance au changement de nombreuses équipes. La montée en charge de l'informatisation de la PCMP en HDJ devrait permettre à terme d'aboutir aux objectifs cibles afin de sécuriser et d'optimiser également la PCMP dans le cadre de séances d'HDJ, éléments du parcours de soins du patient. Les travaux institutionnels se poursuivent donc en ce sens. L'analyse d'évènements indésirables pourrait permettre dans certains secteurs d'HDJ particulièrement récalcitrants l'évolution de leurs pratiques.

Dans ce contexte de formalisation de la gestion du traitement habituel du patient aux HCL, des travaux similaires à ceux précédemment présentés seront engagés prochainement sur le périmètre de la Chirurgie ambulatoire (ACHA).

L'optimisation des pratiques pour favoriser la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient trouve donc son impulsion dans les actions des équipes SMQ PCMP des HCL. Chaque année, son fonctionnement permet aux HCL de témoigner d'une dynamique de progression et de maîtrise des objectifs fixés par l'ARS et l'Assurance Maladie notamment dans le cadre du nouveau contrat CAQES. La question de la gestion du traitement habituel est un sujet majeur sur lequel les actions SMQ PCMP porteront encore au cours des années à venir.

Un des axes forts du projet d'établissement des HCL 2018-2022, en cours de finalisation, porte sur l'amélioration des parcours de soins du patient afin d'offrir aux patients une prise en charge :

- plus coordonnée (fluidité du parcours),
- plus intégrée (continuité ville/hôpital et soins/recherche/innovation),
- harmonisée (équité de prise en charge),
- personnalisée (soutien aux patients les plus fragiles),
- évaluée en termes de qualité,
- globalement plus efficiente (parcours structuré adapté aux évolutions et innovations).

Il est aussi prévu d'améliorer le premier accueil et l'information donnés aux patients en augmentant notamment le taux de décrochés téléphoniques, réduisant les délais de prise de rendez-vous, informant sur la prise en charge et diffusant les supports adaptés.

La prise en charge médicamenteuse du patient tout au long du parcours de soins sera l'un des éléments clés particulièrement suivi dans le cadre de ce projet HCL.

## 2. L'informatisation des unités de soins, un levier incontestable

Aux HCL, l'informatisation progressive de la PCMP des patients pris en charge en HDJ aidera à mettre en place des pratiques plus conformes aux objectifs de sécurité de gestion du traitement médicamenteux habituel du patient dans ces secteurs dans les mois à venir aux HCL.

Dans l'ensemble, l'époque de la transition numérique permet aux établissements de santé de faire progresser leurs pratiques pour optimiser le parcours de soins du patient grâce à l'informatisation et au déploiement des logiciels d'aide à la prescription (73). Ces logiciels permettent un gain de temps considérable pour les équipes de soins et favorisent la sécurisation de sa prise en charge médicamenteuse.

Prenons notamment pour exemple les prescriptions conservées entre les différents séjours en établissement de santé du patient qui permettent de constituer un historique de prescriptions. La traçabilité se fait dans le dossier patient informatisé (DPI). La constitution d'un dossier pour chaque patient hospitalisé est une obligation décrite dans la loi du 4 mars 2002, quel que soit le support (papier ou informatisé) (74). En 2018, la plupart des

établissements de santé ont commencé à informatiser le dossier patient. L'existence du dossier médical du patient a été progressivement imposée aux établissements de santé privés par la loi du 31 juillet 1991 (loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n° 179 du 2 août 1991) (75). Son importance s'est ensuite confirmée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui prévoit son accès direct et reprecisé par la charte de la personne hospitalisée du 4 mars 2006 (76), (77). Dans sa version informatisée, il assure une traçabilité et devient un réel outil de communication, de coordination et d'information entre les différents professionnels acteurs de soins et avec les patients. Il permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient. Il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle et multidisciplinaire. Au-delà d'un ensemble de comptes rendus en lien avec le séjour du patient, le DPI constitue désormais un véritable dossier médico-soignant du patient pour faciliter et sécuriser la prise en charge et améliorer la performance de l'établissement. Il permet de récolter les informations médicales antérieures à l'épisode actuel (allergies, vaccins, facteurs de risques etc.), les informations médicales produites au cours du séjour ou encore les informations relatives aux soins paramédicaux dispensés par les IDE ou autres professionnels de santé (78).

Les bouleversements technologiques et numériques sont des facteurs clairement identifiés comme moteurs dans notre système de santé en mutation autour des parcours des patients. La place prise par le numérique dans notre environnement constitue un puissant vecteur de l'évolution attendue de l'organisation du système de santé en France car le partage des données facilite une approche centrée sur les parcours de santé.

### 3. Place des pharmaciens dans le parcours des patients

Désormais, l'objectif du système de santé français est d'assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient et d'améliorer le lien ville-hôpital au travers également du déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux en collaboration pluri professionnelle et des activités de pharmacie clinique dans le parcours des patients. Des actions sont conduites chaque jour par les différents professionnels de santé dans le cadre de leur exercice quotidien à savoir analyses pharmaceutiques de prescriptions, informations thérapeutiques, programme d'ETP.

La pharmacie clinique a une place de plus en plus importante dans l'optimisation du parcours de soins du patient car elle permet de lutter entre autres contre l'iatrogénie médicamenteuse. Cette activité est hautement prioritaire pour un pharmacien hospitalier et s'inscrit dans une logique de prise en charge globale des patients (79), (80). Le rôle du pharmacien clinicien est prépondérant dans l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse grâce à l'analyse pharmaceutique des prescriptions notamment. Dans le contexte actuel où le temps pour l'analyse pharmaceutique est précieux, une méthode sélective d'analyse de prescriptions les plus à risques a montré son efficacité lors d'une récente étude menée en 2016 dans deux centres hospitaliers généraux de Villefranche-sur-Saône et de Chalon-sur-Saône (81). Cette étude montre que le ciblage des prescriptions et des patients les plus à risque permettrait d'augmenter la pertinence des interventions pharmaceutiques.

Les critères de ciblage étaient les suivants :

- INR  $\geq$  4,
- Dyskaliémie,
- Insuffisance rénale sévère.

L'analyse de 13000 prescriptions ciblées sur 18 mois d'étude montre un taux d'intervention pharmaceutique de 27%, taux supérieur à celui obtenu lors d'analyse ordinaire à savoir 12%. Les prescriptions ciblées sont davantage susceptibles de faire l'objet de remarques pharmaceutiques (81). Une chose est sûre, l'activité de pharmacie clinique progresse et favorise la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient, à l'aide du développement des outils informatiques.

Évoquée en partie 2 de notre travail, la conciliation des traitements médicamenteux, démarche pluriprofessionnelle conduite à l'admission ou à la sortie du patient par le recueil d'informations à chaque point de transition, permet de servir la démarche diagnostique, d'optimiser la prescription, la dispensation et l'administration des médicaments. Une seconde étude menée sur 3 mois en 2016 dans le service de gériatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Besançon montre que l'analyse pharmaceutique devient plus pertinente lorsque les patients sont conciliés (82). Trente jours après la sortie du patient, chaque médecin traitant était contacté pour évaluer le devenir des prescriptions réalisées à la sortie d'hospitalisation. Le bilan à 30 jours montre moins de modifications pour les patients conciliés. Quand une modification est rapportée, elle est dans la plupart des cas justifiée. La

conciliation médicamenteuse est un outil qui facilite l'analyse pharmaceutique des ordonnances et renforce le lien ville-hôpital.

S'agissant du pharmacien d'officine, il a un rôle prépondérant de relais dans le parcours de soins du patient. Une fois de retour à son domicile, le patient sollicitera les services du pharmacien pour la continuité de son traitement. Le pharmacien hospitalier qui réalise le bilan médicamenteux lors du séjour du patient peut être amené à transmettre des informations au pharmacien d'officine référent du patient. Le pharmacien d'officine pourra alors mieux répondre aux besoins du patient et ainsi délivrer les conseils et une prise en charge adaptée. La relation partenariale mise en place pour optimiser le parcours du patient entre tous les professionnels de santé prend ainsi tout son sens (83), (84).

Le Dossier Pharmaceutique du patient peut permettre de repérer notamment les redondances de traitements liées aux différentes prescriptions (de ville et issues de l'hôpital voire entre médecins généralistes et spécialistes). Au comptoir, le pharmacien sensibilise au quotidien les patients à l'importance de la gestion de leur traitement médicamenteux, accompagnant sa dispensation de conseils pharmaceutiques précieux. Il participe à l'éducation thérapeutique du patient et peut mettre en place des entretiens pharmaceutiques pour aider le patient à gérer sa maladie au quotidien pour les patients traités par des anti vitamines K ou anticoagulants oraux directs, les patients asthmatiques, etc. Il peut alors intervenir aux côtés d'autres professionnels (médecins, infirmiers, diététiciens, ou encore psychologues). Le pharmacien peut désormais devenir depuis peu le correspondant au sein d'une équipe de soins. En effet, le patient peut, par l'article 38 de la loi HPST, désigner un pharmacien correspondant au sein de l'équipe de soins (13). Le pharmacien d'officine désigné peut, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement le traitement concerné, ajuster au besoin sa posologie au vu d'un bilan de médication qu'il effectue, selon un protocole qui détermine le nombre de renouvellements autorisés et leur durée. La durée maximum de prescription et de renouvellement est de 12 mois (85). Ce bilan de médication s'inscrit dans le cadre d'un protocole portant sur un traitement chronique, prévu à l'article L. 4011-1 du Code de la Santé publique. L'arrêté du 9 mars 2018 définit depuis peu les modalités de mise en œuvre du bilan partagé de médication pour les personnes âgées polymédiquées (86). Il concerne toute personne de plus de 65 ans souffrant d'une ALD ou de plus de 75 ans avec au moins 5 molécules prescrites pour 6 mois (87), (88). Il comprend l'évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement ainsi que tous les éléments prévus

avec le médecin pour le suivi du protocole (89). Dans ce bilan, les effets indésirables sont recensés et les interactions avec d'autres traitements en cours identifiées. Ce bilan est ensuite communiqué au médecin prescripteur (54). Le bilan de médication constitue une nouvelle mission pour le pharmacien d'officine et renforce encore davantage son rôle auprès des patients.

Le pharmacien, qu'il exerce en milieu hospitalier ou en officine, permet donc d'optimiser la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient et d'améliorer le lien ville-hôpital au travers des nombreuses activités dont il a la charge grâce à son champ d'expertise très large. Son importance dans le parcours du patient est primordiale.

#### 4. Pour une meilleure efficacité du système de soins

Comme évoqué tout au long de cet écrit, le système de santé français est en complète restructuration et s'articule de plus en plus autour des parcours des patients en mettant en place une collaboration renforcée entre les professionnels de santé. Au-delà de l'intérêt que suscite cette nouvelle façon de soigner pour les patients, l'enjeu économique est essentiel. Dans ce sens, l'Assurance Maladie propose chaque année un plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins. Le système de santé français doit permettre de garantir un accès pour tous à des soins innovants et qualitatifs, dans un cadre financier maîtrisé. L'efficacité du système de soins passe par la pertinence des soins dispensés aux patients dans un contexte de ressources inchangées ou presque. L'objectif fixé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie est d'éviter un surcoût de 18 Mds d'euros dans les 5 ans à venir autour des thématiques qui s'articulent autour de l'ensemble du parcours du patient et du décloisonnement ville et établissements de santé évoqués tout au long de la thèse (90). Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de développer la prévention pour éviter les dépenses, restructurer l'offre de soins autour du parcours des patients et d'améliorer la pertinence des prises en charge en réduisant les actes inutiles. Le but est de réduire les actes inutiles ou redondants de -20% d'ici 2022 pour garantir l'efficacité et la pertinence de chaque acte (90).

Le mode de financement des soins, quant à lui, doit aussi s'adapter à la transformation du système de santé français. Le modèle actuel de tarification à l'activité et de rémunération à l'acte lancée en 2004 ne semble plus très adapté car il favorise la quantité des actes produits

au détriment de la qualité et de la pertinence des prises en charge. Ceci entraîne la concurrence entre les établissements, la surconsommation d'actes et une augmentation du volume de soins. Récemment, l'article 51 de loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 a introduit des modes de financement inédits ancrés dans une logique de parcours de soins pour améliorer la qualité et la pertinence des prise en charge (91). Ce modèle de financement au parcours de soins permettrait un paiement forfaitaire par patient atteint d'une maladie chronique pour un ensemble de services sur une période donnée avec contrôle de la qualité (92). Celui-ci apparaît alors mieux adapté à la pathologie et aux besoins du patient pour favoriser les coopérations, la continuité de la prise en charge et les liens entre la ville et l'hôpital (93). Ce type de rémunération incite les opérateurs de soins à prendre en considération l'ensemble des étapes pour une meilleure efficacité du système, une réduction des coûts et une amélioration de la qualité au travers d'une réduction des taux de complications, de ré-hospitalisation et d'admission en urgence. Il peut sembler difficile de juger de l'utilité d'un parcours dans le système de soins pour obtenir son financement. Des critères d'évaluation doivent être construits pour justifier d'une rémunération. La réponse apportée par le parcours doit répondre à la finalité d'améliorer la prise en charge et permettre aux acteurs impliqués de bénéficier d'une juste rémunération de leurs interventions dans le cadre du parcours (94). Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé, a formé un conseil stratégique de l'innovation en santé pour favoriser l'émergence d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé. Un fonds d'innovation du système de santé a été créé en parallèle pour financer ces projets (20M€ pour l'année 2018) (95). Des expérimentations nationales de financement au parcours de soins sont prévues et les modalités de mise en œuvre du dispositif sont décrites dans le décret du 21 février 2018. Chaque projet doit faire l'objet d'au moins une dérogation aux règles de facturation et de tarification qui sont listées à l'article 51 de la LFSS pour 2018 (96).

La transformation du système de santé français permet non seulement un accès aux soins facilité pour le patient et une sécurité de prise en charge, mais aussi une économie certaine dans le budget des dépenses de santé. Réduire les ruptures dans les parcours de santé est la voie la plus sûre pour mieux soigner et mieux dépenser (26), (94).

## Conclusions

Parcours de soins, Parcours de santé, Parcours de vie... ces notions n'ont jamais été autant d'actualité en France qu'en 2018. Les raisons sont multiples mais toutes liées aux évolutions structurelles nécessaires du système de santé français qui ne doit plus être hospitalo-centré mais dans lequel les soins ambulatoires occuperont de plus en plus une place essentielle.

Le parcours de soins du patient constitue donc une gageure en termes de coordination des différents professionnels de santé, quel que soit leur lieu d'exercice. Au sein de ce parcours, la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient est un des points clés en raison des intervenants multiples et des possibilités de rupture notamment aux interfaces ville-hôpital ou hôpital-ville. L'organisation de la prise en charge médicamenteuse du patient en parcours de soins implique de centrer l'énergie des professionnels de santé au profit du juste soin.

Les Hospices Civils de Lyon, comme nombre d'établissements de santé français, se sont engagés il y a déjà plusieurs années sur la formalisation de bonnes pratiques de gestion du traitement habituel du patient dans le cadre de l'hospitalisation : une procédure institutionnelle a pu être validée à l'automne 2011. Un audit des pratiques réalisé 2 ans plus tard a permis de constater que nombre de professionnels, tout en ne connaissant pas forcément la procédure de 2011, adhéraient aux recommandations institutionnelles. En suite de l'audit, une action de mobilisation de l'ensemble des équipes (« *Mes médicaments à l'hôpital* ») conduite de fin 2014 à fin 2016 a permis de faire évoluer nettement les pratiques sur ce sujet au sein des unités d'hospitalisation complète et de semaine. En termes de sécurisation, des progrès ont été nettement objectivés.

Le travail de révision de la procédure institutionnelle formalisée en 2011 en unités d'hospitalisation complète et de semaine, auquel j'ai participé lors de mon stage hospitalo-universitaire, a été mené fin 2016 aux Hospices Civils de Lyon. Le but était d'introduire des notions complémentaires à la première version de 2011 et de retravailler la forme et le contenu du document en fonction du cheminement logique du séjour du patient pour améliorer l'adhésion des professionnels de santé aux principes exposés. La version 2 de cette procédure a fait l'objet d'une campagne de communication institutionnelle transversale mais aussi au sein de chaque groupement hospitalier pour communiquer sur le contenu de cette nouvelle version et sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé des Hospices Civils

de Lyon.

S'intéresser à la gestion du traitement habituel du patient en établissement de santé ne se décrète pas. Cette démarche doit se travailler au quotidien et être conduite avec les professionnels de santé pour minimiser les risques de rupture dans la prise en charge médicamenteuse du patient, risques importants dans le contexte de séjours à l'hôpital de plus en plus courts.

Dans le cadre de l'hospitalisation de jour, la problématique de la gestion du traitement habituel du patient apparaît plus complexe : présence du patient réduite à quelques heures seulement, *turn-over* de patients très important, équipes médicales et paramédicales en effectif restreint, plateaux d'hôpitaux de jour de dimension parfois importante. Dans un tel contexte, il est nécessaire de définir des règles adaptées et d'emporter la conviction des professionnels afin de garantir un socle minimal pour des pratiques de gestion du traitement habituel du patient en hôpital de jour plus sécurisées.

Pour mieux appréhender les particularités d'organisation de chaque hôpital de jour aux Hospices Civils de Lyon, un questionnaire a été élaboré fin 2016 puis diffusé dans le cadre d'une enquête déclarative sur la thématique du traitement habituel du patient en hospitalisation de jour. Ce travail, auquel j'ai été associée de sa conception à l'analyse de ses résultats, a permis de réaliser un état des lieux des pratiques des équipes soignantes sur la thématique. La mobilisation conjointe des équipes d'hôpitaux de jour, médicale et paramédicale, pour répondre au questionnaire était importante pour une prise de conscience partagée des problématiques rencontrées dans le cadre des pratiques quotidiennes de chaque hôpital de jour. L'exploitation des résultats de cette enquête a montré une grande variabilité des pratiques rendant difficile la mise en place rapide et facile de principes partagés au sein des Hospices Civils de Lyon. En lien avec un groupe de travail pluri professionnel et multidisciplinaire, le travail de formalisation des principes institutionnels pour cette typologie de séjour hospitalier se poursuit actuellement aux Hospices Civils de Lyon sur le périmètre Hôpital de jour et va prochainement démarrer en Chirurgie Ambulatoire.

Enfin, en ville, les médecins étant les premiers adresseurs des patients admis à l'hôpital, un lien ville-hôpital particulièrement important sur la question du traitement médicamenteux doit se tisser de manière plus approfondie pour permettre une prise en charge du patient optimisée.

Ce travail nous permet d'affirmer que la gestion du traitement médicamenteux habituel du patient est une démarche transversale essentielle pour la sécurisation de sa prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé mais aussi aux points de transition du parcours de soins du patient.

La communication et la formation des professionnels de santé d'une part, et l'informatisation de la prise en charge des patients, d'autre part, demeurent les principaux outils essentiels à l'amélioration des pratiques. Outre le développement d'une véritable culture de la qualité-sécurité partagée, une nouvelle démarche d'amélioration et de sécurisation avec le déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux, dont les pharmaciens, spécialistes du médicament, sont des acteurs majeurs, est aujourd'hui encouragée.

A l'hôpital, au-delà des procédures mises en place, de l'éducation des équipes dans les unités de soins, des nombreuses démarches du système de management de la qualité, il convient d'entretenir, chaque jour, une ambition partagée et une « envie collective ».

Enfin, la place du patient, véritable partenaire voire acteur de sa prise en charge dont son traitement médicamenteux, constitue un véritable challenge pour tous les professionnels de santé.

Le Président de la thèse,

Nom :

Professeur Roselyne BOULIEU

Signature :



Vu et permis d'imprimer, Lyon, le 14 SEP. 2018  
Vu, la Directrice de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et  
Biologiques, Faculté de Pharmacie

Pour le Président de l'Université Claude Bernard Lyon 1

Professeure C. VINCIGUERRA

P/La Directrice  
de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques  
P. Vinciguerra  
Pr. Vinciguerra

## Bibliographie

1. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier MC, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*. 26 mars 2015;S1(HS):41-50.
2. Ministère des Solidarités et de la Santé. La stratégie nationale de santé 2018-2022. [En ligne]. 2017 [cité le 28 juin 2018]. Disponible : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
3. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé, et des Droits des femmes. Intervention de Marisol Touraine, Discussion générale du projet de loi de modernisation du système de santé [En ligne]. 2015 [cité le 20 février 2018]. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-discours/article/intervention-de-marisol-touraine-a-l-assemblee-nationale-lors-de-la-discussion>
4. Ministère des Solidarités et de la Santé. Parcours de santé, de soins et de vie [En ligne]. 2015 [cité le 23 avr 2018]. Disponible : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
5. Fontan G, Durou D, Mercé C. Analyse et modélisation du parcours du patient. *Logistique Manag*. 1 janv 2004;12(Suppl 1):111-8.
6. Agence Régionale de Santé. Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. Lexique des parcours de A à Z. [En ligne]. 2016 [Cité le 10 avr 2018] . Disponible : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11\\_lexique\\_vf.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf)
7. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. Elaboration d'un parcours en psychiatrie et santé mentale : méthode et outils pour les territoires. 12 mai 2017;28.
8. Fery-Lemonnier E. Les parcours, une nécessité. *Actualité et dossier en santé publique*. sept 2014;(88):12.
9. Haute Autorité de Santé. Parcours de soins : Questions/Réponses. [En ligne]. 2012 [Cité le 20 avr 2018]. Disponible: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep\\_parcours\\_de\\_soins.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf)
10. Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport Cordier : un projet global pour la stratégie nationale de santé, 19 recommandations du comité des « sages ». [En ligne]. 2013. 147 p. Disponible: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-cordier-SNS-sages.pdf>

11. Organisation Mondiale de la santé. Charte d'Ottawa. [En ligne]. 1986 [Cité le 03 jan 2018]. Disponible: <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
12. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
13. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
14. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.
15. Bansard M, Clanet R, Raginel T. Proposition d'un contenu standardisé et raisonné pour les lettres de liaison et les comptes-rendus d'hospitalisation à destination du médecin traitant. *Santé Publique*. 14 mars 2017;29(1):57-70.
16. Geurts MME, Talsma J, Brouwers JRBJ, Gier JJ de. Medication review and reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and the benefit for the patient: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 1 juill 2012;74(1):16-33.
17. Batifoulier P, Domin JP, Gadreau M. Mutation du patient et construction d'un marché de la santé, l'expérience française. *Abstract. Rev Fr Socio-Économie*. 15 avr 2008;(1):27-46.
18. Breuil-Genier P. Généraliste puis spécialiste : un parcours peu fréquent. *Insee Première*. 2000:4.
19. Gillet D, Heritier S, Garcia-Porra C, Varigas M, Bochet E, Ramponneau JP, et al. La concertation pluriprofessionnelle au service du parcours de santé du patient douloureux chronique. *Douleur Analgésie*. 1 sept 2016;29(3):158-62.
20. Tanguay C, Guérin A, Bussièrès JF. Caractéristiques des revues systématiques présentant les interventions de pharmaciens. *Ann Pharm Fr*. 1 nov 2014;72(6):429-39.
21. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les réseaux de santé. [En ligne]. 2012 [cité le 1 mai 2018]. Disponible : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>
22. Code de l'action sociale et des familles - Article L312-1 [En ligne]. Code de l'action sociale et des familles. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006797382&dateTexte=&categorieLien=cid>
23. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les établissements et les services médico-sociaux. [En ligne]. 2018 [cité 1 sept 2018]. Disponible: <https://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service/les-etablissements-et-les-services-medico-sociaux>

24. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2018 [En ligne]. 2017 [cité le 7 sept 2018]. Disponible : [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/cnamts\\_rapport\\_charges\\_produits\\_2018.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2018.pdf)
25. Cudennec T, Sauze S, Chouhan C, Meziere A. Parcours de soins et pluridisciplinarité. Dossier. Soins Gerontol. 1 mars 2018;(130):11-31.
26. Cordier A. Les parcours de soins et de santé sont-ils une évolution inéluctable de notre système de santé ? Actualité et dossier en santé publique. sept 2014;(88):43.
27. Hugerot A. Le territoire comme réponse aux tensions sur la démographie médicale. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2017.
28. Hunsinger V. Lien ville-hôpital : transformer l'essai. L'infirmière magazine. sept 2017:8-10.
29. Ministère des Solidarités et de la Santé. Le dispositif Paerpa. [En ligne]. 2017 [cité le 6 juin 2018]. Disponible: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
30. Cubaynes MH, Noury D, Dahan M, Falip E. Rapport n°RM2011-063P : Le circuit du médicament à l'hôpital [En ligne]. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2011. 113 p. Disponible: [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Circuit\\_du\\_medicament.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Circuit_du_medicament.pdf)
31. Ministère des Solidarités et de la Santé. Charte du parcours de santé : usagers et professionnels : ensemble pour notre santé ! Guide d'accompagnement. [En ligne]. 2016 [cité le 15 juin 2018]. Disponible: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_parcours\\_sante\\_web.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_parcours_sante_web.pdf)
32. Manaouil C. Le dossier médical personnel (DMP) : « autopsie » d'un projet ambitieux ? Médecine Droit. janv 2009;2009(94):24-41.
33. Allodocteurs.fr. Dossier médical personnel, la bonne idée qui tourne au fiasco. [En ligne]. 2014 [cité le 16 août 2018]. Disponible: [https://www.allodocteurs.fr/se-soigner/droits-et-demarches/dossier-medical/dossier-medical-personnel-la-bonne-idee-qui-tourne-au-fiasco\\_12498.html](https://www.allodocteurs.fr/se-soigner/droits-et-demarches/dossier-medical/dossier-medical-personnel-la-bonne-idee-qui-tourne-au-fiasco_12498.html)
34. Capodano J. Dossier médical partagé (DMP) et secret professionnel : Les nouveaux enjeux. Revue Droit et Santé. 1 mars 2017;76:233-7.
35. Hecquet M. Le dossier médical, un outil de la relation de soins ? Éthique Santé. 1 mars 2012;9(1):11-3.
36. Safon MO. Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France et à

- l'étranger. [En ligne]. 2018 [cité le 5 août 2018]. Disponible: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf>
37. Crismer A. Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais. *Santé conjugulée*. 2010;52:5-8
38. Couillerot-Peyron AL, Leclerc S, Bongiovanni-Delarozière I. Modalités d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) dans le parcours de soins. *Rev d'épidémiologie Santé Publique*. mars 2018;66:S39.
39. Loignon C, Boudreault-Fournier A. Du paternalisme à l'encadrement bienveillant. *Can Fam Physician*. nov 2012;58(11):618-9.
40. Haute Autorité de Santé. Une certification des établissements de santé renouvelée en 2020. [En ligne]. 2017 [cité le 11 juill 2018]. Disponible: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2796000/fr/une-certification-des-etablissements-de-sante-renovee-en-2020](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2796000/fr/une-certification-des-etablissements-de-sante-renovee-en-2020)
41. Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique. Contrat de bon usage des médicaments, produits et prestations. [En ligne]. 2017 [cité le 21 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.omedit-normandie.fr/contractualisation/contrat-de-bon-usage/contrat-de-bon-usage-des-medicaments-produits-et-prestations,2137,2377.html>
42. Martin L. La télémédecine doit prouver son efficacité. Dossier. *La Gazette Santé Social*. 2018:15-22
43. Assurance Maladie. Coup d'envoi de la télémédecine en France à la rentrée 2018 avec la signature de l'avenant 6. [En ligne]. 2018 [cité le 2 juill 2018]. Disponible: [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Dossier\\_de\\_presse\\_telemedecine\\_18062018.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dossier_de_presse_telemedecine_18062018.pdf)
44. La documentation française. Rapport Hubert : Mission de concertation sur la médecine de proximité. [En ligne]. 2010 [cité le 2 avril 2018]. Disponible: [http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000622/index.shtml#book\\_presentation](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000622/index.shtml#book_presentation)
45. Direction générale de l'offre de soins. Qualité de la prise en charge médicamenteuse - Outils pour les établissements de santé. [En ligne]. 2012 [cité le 4 juin 2018]. Disponible: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_qualite\\_de\\_la\\_prise\\_en\\_charge\\_medicamenteuse.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_qualite_de_la_prise_en_charge_medicamenteuse.pdf)
46. Haute Autorité de Santé. La prise en charge médicamenteuse du patient en établissement de santé [En ligne]. 2012 [cité le 3 sept 2018]. Disponible: <https://www.has->

sante.fr/portail/jcms/c\_1085346/fr/la-prise-en-charge-medicamenteuse-du-patient-en-etablissement-de-sante

47. Organisation Mondiale de la Santé. Solutions Pour La Sécurité Des Patients - Préambule. [En ligne]. 2007 [cité le 3 juill sept 2018]. Disponible: [http://www.who.int/patientsafety/events/07/patientsafety\\_solutions\\_french.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/07/patientsafety_solutions_french.pdf)
48. Assurance Maladie. N° 49 - Les prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville en 2016. [En ligne]. 2018 [cité le 16 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/points-de-repere/n-49-phmev-en-2016.php>
49. Chourbagi A. Evolution d'un programme de conciliation médicamenteuse : vers l'optimisation de la prise en charge du patient [Thèse d'exercice]. Poitiers, France : Université de Poitiers; 2016.
50. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. Comprendre comment gérer le traitement habituel du patient. [En ligne]. 2015 [cité le 14 mai 2018]. Disponible: <http://numerique.anap.fr/publication/693-comprendre-comment-gerer-le-traitement-habituel-du-patient>
51. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé - Article 13.
52. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Modalités de prescription du traitement habituel du patient hospitalisé. 2014.
53. Gestion periopératoire des traitements chroniques et dispositifs médicaux. Preamble. Ann Fr Anesth Réanimation. déc 2009;28(12):1035-6.
54. Haute Autorité de Santé. Mettre en oeuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé [En ligne]. 2018 [cité le 2 mai 2018]. Disponible: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante)
55. Sauze L. La transition thérapeutique, une révolution culturelle. Trib Santé. 1 avr 2010;(26):125-34.
56. Noblot-Rossignol M, Vailleau JL, Hamad M, Denis F, Beye F. Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission : expérimentation en établissement de santé mentale et éligibilité des patients pouvant en bénéficier en priorité. Pharm Hosp Clin. 1 juin 2017;52(2):177-85.
57. Ledroit M, Megne Wabo M, Berroneau A, Xuereb F, Breilh D. Conciliation médicamenteuse et lien ville-hôpital. Actual Pharm. 1 déc 2017;56(571):39-41.

58. Haute Autorité de Santé. Consultation publique - L'auto-administration des médicaments par le patient/entourage en établissement de santé sanitaire, dont l'Hospitalisation A Domicile (HAD). [En ligne]. 2015 [cité le 10 sept 2018]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1770419/fr/consultation-publique-l-auto-administration-des-medicaments-par-le-patient/entourage-en-etablissement-de-sante-sanitaire-dont-l-hospitalisation-a-domicile-had](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1770419/fr/consultation-publique-l-auto-administration-des-medicaments-par-le-patient/entourage-en-etablissement-de-sante-sanitaire-dont-l-hospitalisation-a-domicile-had)
59. Hospices Civils de Lyon. 2ème CHU de France [En ligne]. 2017 [cité le 15 août 2018]. Disponible: <http://www.chu-lyon.fr/fr/2eme-chu-de-france>
60. Hospices Civils de Lyon. La santé, notre engagement à vie [En ligne] 2007 [cité le 15 août 2018]. Disponible: [https://www.reseau-chu.org/fileadmin/reseau-chu/chiffres\\_cles/lyon-chiffres-2006.pdf](https://www.reseau-chu.org/fileadmin/reseau-chu/chiffres_cles/lyon-chiffres-2006.pdf)
61. Hospices Civils de Lyon. Au plus près des lyonnais [En ligne]. 2017 [cité le 1 sept 2018]. Disponible: <http://www.chu-lyon.fr/fr/carteau-plus-pres-des-lyonnais>
62. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé - Article 4.
63. Hospices Civils de Lyon. Personnel Médical et Odontologique : Prise en charge Médicamenteuse Patient « Responsabilités Autorités et Délégations de responsabilité ». 2012.
64. Hospices Civils de Lyon. Personnel Paramédical et sages-femmes : Prise en charge Médicamenteuse Patient « Responsabilités Autorités et Délégations de responsabilité ». 2012.
65. Hospices Civils de Lyon. Personnel Pharmaceutique : Prise en charge Médicamenteuse Patient « Responsabilités Autorités et Délégations de responsabilité ». 2012.
66. Laurut T, Novais T, Janoly-Dumenil A, Stamm C, Pivot C, Paillet C. Traitement personnel du patient hospitalisé : audit de pratiques. 2 sept 2016;74(5):370-9.
67. Haute Autorité de Santé. Comprendre pour agir sur les événements indésirables associés aux soins (EIAS) [En ligne]. 2015 [cité le 3 sept 2018]. Disponible: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2011561/fr/comprendre-pour-agir-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2011561/fr/comprendre-pour-agir-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias)
68. Haute Autorité de Santé. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé [En ligne]. 2015 [cité le 3 sept 2018]. Disponible: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2574453/fr/securiser-la-prise-en-charge-medicamenteuse-en-etablissement-de-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2574453/fr/securiser-la-prise-en-charge-medicamenteuse-en-etablissement-de-sante)

69. Doerper S, Julien Godet, Alexandra JF, Allenet B, Andres E, Bedouch P, et al. 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.* sept 2015;26(7):491-7.
70. Société française de pharmacie clinique. REMED [En ligne]. 2014 [cité le 14 mai 2018]. Disponible: <http://sfpc.eu/fr/pratiques-professionnelles/remed.html>
71. Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse du Patient des Hospices Civils de Lyon. Procédure « Gestion du traitement médicamenteux habituel du patient en unité de soins d'hospitalisation complète et de semaine » version 2. 2016.
72. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé - Article 12.
73. Damon J. Révolution numérique : sécurité sociale 2.à et médecine « 5p ». *Rev Droit Sanit Soc.* 1 sept 2017;(5):925-31.
74. Baujard C, Hamouda IB. La gestion de projet à l'Hôpital :dossier patient informatisé et qualité de soins. *Rech En Sci Gest.* 2015;(109):147-64.
75. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
76. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
77. Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur. Charte de la personne hospitalisée : circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées. [En ligne]. 2007 [cité le 9 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.cnrdr.fr/Charte-de-la-personne-hospitalisee-702.html>
78. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. Identifier les spécificités du DPI dans les différents champs d'activité [En ligne]. 2017 [cité le 17 juill 2018]. Disponible: <http://numerique.anap.fr/publication/2244-identifier-les-specificites-du-dpi-dans-les-differents-champs-d-activite>
79. Ordonnance n°2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur.
80. Arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale.
81. Philippe M, Jean-Bart E, Coutet J, Bourdelin M, Renzullo C, Coursier S, et al. Application en routine de la priorisation de l'analyse pharmaceutique vers les prescriptions à haut risque iatrogène. *Pharm Hosp Clin.* sept 2017;52(3):229-36.

82. Tissot M, Gerard B, Koeberle S, Berthou J, Clairet A, Limat S. L'analyse pharmaceutique est-elle plus pertinente lorsque les patients sont conciliés ? *Pharm Hosp Clin.* mars 2017;52(1):3-4.
83. Akbar Z. Le pharmacien d'officine en France : un acteur de santé qui s'adapte à l'évolution de sa profession [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux; 2017.
84. Delande E. Le développement de la pharmacie clinique en établissement de santé en France et ses conséquences juridiques [Thèse d'exercice]. Marseille, France : Université d'Aix-Marseille; 2017.
85. Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants - Article 1.
86. Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
87. Ordre National des Pharmaciens. Bilans partagés de médication, c'est parti ! [En ligne]. 2018 [cité le 5 sept 2018]. Disponible : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Bilans-partages-de-medication-c-est-parti>
88. Société Française de Pharmacie Clinique. Lettre d'information Septembre 2018 - Bilan partagé de médication (BPM) à l'officine. 2018.
89. Gallois P, Vallee JP, Le noc Y. L'observance des prescriptions médicales : quels sont les facteurs en cause ? Comment l'améliorer ? *Médecine.* nov 2006;2(9):402-6.
90. Sécurité sociale. Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins (PNGDRESS) 2018-2019 [En ligne]. 2018 [cité le 18 juill 2018]. Disponible: <http://www.securite-sociale.fr/Plan-national-de-gestion-du-risque-et-d-efficience-du-systeme-de-soins-PNGDRESS-2018-2019?type=presse%26amp%3Bamp%3Bquot%3B>
91. Ministère des Solidarités et de la Santé. Expérimenter et innover pour mieux soigner. [En ligne]. 2018 [cité le 10 sept 2018]. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-10918/article-51>
92. Beija M, Georges-Picot A. Quelles leçons tirer du financement au parcours de santé à l'étranger ? *Financ Hosp.* 2018;15-20.
93. Couty E. Financer l'hôpital, le professionnel ou le parcours du patient ? *Trib Santé.* 29 oct 2013;(40):23-35.

94. Emery G, Le Fur C, Epis-de-Fleurian AA, Jossieran A, Blin O, Debroucker F, et al. Parcours de soins, vers la mise en place d'un financement adapté : raisons et conditions de réussite. *Thérapie*. févr 2018;73(1):25-32.
95. Ministère des Solidarités et de la Santé. Discours de Madame Agnès Buzyn : Installation du conseil stratégique de l'innovation en santé. [En ligne]. 2018 [cité le 10 sept 2018]. Disponible : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/busyn\\_discours\\_installatin\\_conseil\\_strategique\\_innovation\\_sante\\_050418.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/busyn_discours_installatin_conseil_strategique_innovation_sante_050418.pdf)
96. Décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

L'ISPB - Faculté de Pharmacie de Lyon et l'Université Claude Bernard Lyon 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

L'ISPB - Faculté de Pharmacie de Lyon est engagé dans une démarche de lutte contre le plagiat. De ce fait, une sensibilisation des étudiants et encadrants des thèses a été réalisée avec notamment l'incitation à l'utilisation d'une méthode de recherche de similitudes.

**ALLARD Marion**

**Gestion du traitement médicamenteux habituel du patient à l'hôpital, une étape de son parcours de soins – Application aux Hospices Civils de Lyon**

Th. D. Pharm., Lyon 1, 2018, 118 p.

**RESUME**

Dans un contexte de chronicisation des maladies, du vieillissement de la population et d'inégalités territoriales, les attentes des patients en termes de santé ont évolué vers une prise en charge globale et personnalisée. Celle-ci place les thématiques de décloisonnement et de coopération ville - hôpital au cœur de la politique de transformation du système de santé français dont l'hôpital ne constitue plus le cœur du dispositif. Les différents types de parcours dans la nouvelle organisation du système de santé, les enjeux et les difficultés associés et les leviers indispensables pour améliorer leur fluidité sont successivement décrits.

La prise en charge médicamenteuse du patient est un processus pluri professionnel et multidisciplinaire complexe au sein duquel la coordination entre tous les professionnels de santé constitue un enjeu fort. Sa continuité et sa sécurisation doivent être assurées à chaque point de transition du parcours de soins du patient notamment lors de son admission à l'hôpital, de son transfert vers un autre service ou de sa sortie en vue du retour à son domicile. La question du traitement médicamenteux habituel du patient pendant son séjour hospitalier, zone de risques importants pour la sécurité de sa prise en charge, est largement décrite.

Nous présentons les travaux réalisés sur la thématique du traitement habituel du patient aux Hospices Civils de Lyon et auxquels nous avons participé pendant notre stage hospitalo-universitaire : révision de la procédure institutionnelle de gestion du traitement habituel du patient en unités d'hospitalisation complète et de semaine puis réalisation d'une enquête des pratiques sur le même thème en hospitalisation de jour. Les méthodes et les résultats sont détaillés pour chacune des démarches.

Pour terminer, une discussion est engagée sur la progression nettement positive des pratiques des professionnels observée aux Hospices Civils de Lyon sur cette thématique. Quelques éléments clés qui peuvent contribuer à optimiser la prise en charge médicamenteuse des patients pour une meilleure efficacité du système de soins français sont abordés.

**MOTS CLES**

Parcours de soins  
Prise en charge médicamenteuse  
Traitement habituel  
Coordination ville-hôpital  
Qualité et Sécurité

**JURY**

Mme BOULIEU Roselyne, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier  
Mme STAMM Catherine, Docteur en Pharmacie, Praticien Hospitalier  
Mme BOLON-LARGER Magali, Maître de Conférences des Universités,  
Praticien Hospitalier  
Mme JANOLY-DUMENIL Audrey, Maître de Conférences des Universités,  
Praticien Hospitalier

**DATE DE SOUTENANCE**

Mercredi 10 octobre 2018

**ADRESSE DE L'AUTEUR**

61, Rue du Repos – 69007 Lyon