



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

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale  
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1  
FACULTE DE PHARMACIE  
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

THESE n°30

## THESE

pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée et soutenue publiquement le 18 mars 2024 par

**Mme GAGNIEUX Camille**  
Née le 19/01/1998 à Lyon 4<sup>ème</sup>

\*\*\*\*\*

LE PATIENT EN AUTO-ADMINISTRATION DE SES MEDICAMENTS, COMPARAISON DU  
MODELE FRANÇAIS AVEC LE MODELE ANGLOSAXON

\*\*\*\*\*

### JURY

Présidente du jury : Pr Christelle CHAUDRAY-MOUCHOUX, pharmacien PU-PH

Directeur de thèse : Dr Teddy NOVAIS, pharmacien MCU-PH

Autre membre du jury : Dr Sonia BELTRAN, PH, Coordinatrice du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse du Patient des Hospices Civils de Lyon

# UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Christophe VITON
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

## SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

## SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE
Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT

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

**LISTE DES DEPARTEMENTS PEDAGOGIQUES**

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

- **CHIMIE GENERALE, PHYSIQUE ET MINERALE**

Monsieur Raphaël TERREUX (PR)  
Madame Julie-Anne CHEMELLE (MCU)

- **CHIMIE ANALYTIQUE**

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)  
Monsieur Fabrice PIROT (PU-PH)  
Monsieur Eyad AL MOUAZEN (MCU)  
Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)  
Madame Danielle CAMPIOL ARRUDA (MCU)  
Madame Ghania HAMDİ-DEGOBERT (MCU-HDR)  
Monsieur Plamen KIRILOV (MCU)  
Madame Giovanna LOLLO (MCU-HDR)  
Madame Jacqueline RESENDE DE AZEVEDO (MCU)  
Monsieur Damien SALMON (MCU-PH)  
Madame Eloïse THOMAS (MCU)

Guillaume PLET (ATER)

- **BIOPHYSIQUE**

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

**DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE PHARMACEUTIQUE DE SANTE PUBLIQUE**

- **DROIT DE LA SANTE**

Madame Valérie SIRANYAN (PR)  
Madame Maud CINTRAT (MCU)

- **ECONOMIE DE LA SANTE**

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

- **INFORMATION ET DOCUMENTATION**

Madame Maryem RHANOUI (MCU)

- **INGENIERIE APPLIQUEE A LA SANTE ET DISPOSITIFS MEDICAUX**  
Monsieur Xavier ARMOIRY (PU-PH)  
Madame Claire GAILLARD (MCU)
- **QUALITOLOGIE – MANAGEMENT DE LA QUALITE**  
Madame Alexandra CLAYER-MONTEMBault (PU)  
Monsieur Vincent GROS (MCU-enseignant contractuel temps partiel)  
Madame Audrey JANOLY-DUMENIL (MCU-PH-HDR)  
Madame Pascale PREYNAT (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
- **MATHEMATIQUES – STATISTIQUES**  
Madame Claire BARDEL-DANJEAN (MCU-PH-HDR)  
Madame Marie-Aimée DRONNE (MCU)  
Madame Marie-Paule GUSTIN (MCU-HDR)
- **SANTE PUBLIQUE**  
Monsieur Claude DUSSART (PU-PH)

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

- **CHIMIE ORGANIQUE**  
Monsieur Pascal NEBOIS (PR)  
Madame Amanda GARRIDO (MCU)  
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)  
Monsieur François HALLE (MCU)  
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 Christelle CHAUDRAY-MOUCHOUX (PU-PH)  
Madame Catherine RIOUFOL (PU-PH)  
Madame Magali BOLON-LARGER (MCU-PH)  
Monsieur Teddy NOVAIS (MCU-PH)  
Madame Florence RANCHON (MCU-PH)  
Madame Delphine HOEGY (MCU-PH)  
Madame Céline PRUNET-SPANNO (MCU)  
Madame Chloë HERLEDAN (AHU)

## DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE PHARMACOLOGIE, PHYSIOLOGIE ET TOXICOLOGIE

- **TOXICOLOGIE**
  - Monsieur Jérôme GUITTON (PU-PH)
  - Madame Léa PAYEN (PU-PH)
  - Madame Francesca ANGILERI (MCU)
  - Monsieur David BARTHELEMY(AHU)
- **PHYSIOLOGIE**
  - Madame Elise BELAIDI (PU)
  - Madame Kiao Ling LIU (MCU)
  - Monsieur Ming LO (MCU-HDR)
- **PHARMACOLOGIE**
  - Monsieur Laurent BOURGUIGNON (PU-PH)
  - Monsieur Sylvain GOUTELLE (PU-PH)
  - Monsieur Luc ZIMMER (PU-PH)
  - Monsieur Roger BESANCON (MCU)
  - Madame Evelyne CHANUT (MCU)
  - Monsieur Nicola KUCZEWSKI (MCU)
  - Monsieur Romain GARREAU (AHU)
- **COMMUNICATION**
  - Monsieur Ronald GUILLOUX (MCU)
- **ENSEIGNANTS CONTRACTUELS TEMPS PARTIEL**
  - Madame Pauline LOUBERT (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
  - Monsieur Vincent LESCURE (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
  - Madame Hortense PRELY (MCU-enseignant contractuel temps partiel)

## DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES A

- **IMMUNOLOGIE**
  - Monsieur Guillaume MONNERET (PU-PH)
  - Madame Morgane GOSSEZ (MCU-PH)
  - Monsieur Sébastien VIEL (MCU-PH-HDR)
  - Madame Anaïs NOMBEL (AHU)
- **HEMATOLOGIE ET CYTOLOGIE**
  - Madame Christine VINCIGUERRA (PU-PH)
  - Madame Sarah HUET (MCU-PH)
  - Monsieur Yohann JOURDY (MCU-PH)
- **MICROBIOLOGIE ET MYCOLOGIE FONDAMENTALE ET APPLIQUEE AUX BIOTECHNOLOGIES INDUSTRIELLES**
  - Monsieur Frédéric LAURENT (PU-PH)
  - Madame Florence MORFIN (PU-PH)
  - Madame Veronica RODRIGUEZ-NAVA (PR)
  - Monsieur Didier BLAHA (MCU-HDR)
  - Madame Ghislaine DESCOURS (MCU-PH)
  - Monsieur Alexandre GAYMARD (MCU-PH)
  - Madame Anne DOLEANS JORDHEIM (MCU-PH-HDR)
  - Madame Emilie FROBERT (MCU-PH)
  - Monsieur Jérôme JOSSE (MCU)
  - Madame Floriane LAUMAY (MCU)

- **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)  
Madame Emilie BLOND (MCU-PH)  
Monsieur Karim CHIKH (MCU-PH)  
Madame Carole FERRARO-PEYRET (MCU-PH-HDR)  
Monsieur Anthony FOURIER (MCU-PH)  
Monsieur Boyan GRIGOROV (MCU-HDR)  
Monsieur Alexandre JANIN (MCU-PH)  
Monsieur Hubert LINCET (MCU-HDR)  
Monsieur Olivier MEURETTE (MCU-HDR)  
Madame Angélique MULARONI (MCU)  
Madame Stéphanie SENTIS (MCU)  
Monsieur Jordan TEOLI (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 MONTEBAULT (MCU)  
Madame Angélique MULARONI (MCU)  
Madame Marie-Françoise KLUCKER (MCU-enseignant contractuel temps partiel)  
Madame Valérie VOIRON (MCU-enseignant contractuel temps partiel)

**PR :** Professeur des Universités  
**PU-PH :** Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
**PHU :** Praticien hospitalo-universitaire  
**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  
**ATER :** Attaché temporaire d'enseignement et de recherche

## Remerciements

---

**A Madame Christelle CHAUDRAY-MOUCHOUX**, merci de me faire l'honneur de présider cette thèse. J'espère que ce travail pourra être une aide dans votre pratique. Veuillez trouver l'expression de mon plus grand respect et de ma sincère gratitude.

**A Monsieur Teddy NOVAIS**, merci pour votre incroyable patience lors des débuts de mon travail et pour votre disponibilité et soutien sur ce sujet. Merci également pour vos relectures éclairantes et vos commentaires pertinents. Je vous suis très reconnaissante pour votre aide et votre accompagnement tout au long de cette thèse.

**A Madame Sonia BELTRAN**, merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. J'espère que ce travail pourra aider à l'implémentation de l'auto-administration des médicaments. Soyez assurée de ma plus grande gratitude.

**A Madame Catherine STAMM**, merci de m'avoir encadrée pour mon stage de 5AHU et de m'avoir donnée envie d'explorer plus en détails l'auto-administration des médicaments.

**A ma famille**, merci d'avoir fait de moi celle que je suis aujourd'hui.

Merci papa et maman de m'avoir toujours encouragée à réaliser des études et merci de m'avoir donné la chance que vous n'avez pas eu. J'espère vous avoir rendu fiers ! Merci maman d'avoir relu tous mes documents importants. Promis après le dévouement que tu as mis dans mon mémoire de fin d'étude et ma thèse je vais maintenant pouvoir te laisser un peu tranquille ! Merci à mes sœurs, mon frère et mon beau-frère d'être toujours à mes côtés. Et enfin merci Lola et Louis de faire de moi une tatie comblée.

**A mes amis**, merci de me supporter au quotidien.

LBB, vous êtes ma deuxième famille et je vous aime du fond du cœur. Merci d'avoir grandi avec moi et d'être restés à mes côtés malgré la distance qui nous sépare maintenant. Je n'arriverais jamais à exprimer ce que notre amitié représente pour moi, mais vous avez contribué à faire de moi ce que je suis aujourd'hui et par conséquent à écrire cette thèse. Merci d'être toujours présents pour m'aérer l'esprit et de me faire découvrir la France à travers vos destinations de vie ! J'espère que vous pourrez très prochainement venir découvrir la mienne ! Notre amitié a encore de beaux jours devant elle...

A Gaëlle, merci d'avoir affronté cette PACES avec moi et merci pour ces longues soirées autour de nuggets.



A mes amies pharmaciennes, merci de m'avoir soutenue et d'avoir été avec moi dans toutes les galères que nos études ont mis sur notre chemin. Je garde en mémoire nos longues heures de révisions à l'approche des examens et nos longues heures de pause à la cafète quand on était « encore large ». C'est grâce à vous que j'ai réussi à tenir dans ces études si intenses. Merci Sarah d'avoir accepté le piètre binôme de TP que j'étais, je ne garde en mémoire que les moments les plus drôles. Merci Sophie d'avoir toujours su trouver les blagues pour me remonter le moral. Merci Emma d'avoir toujours su me faire sentir mieux (parfois à tes dépens il est vrai...Merci à ton timing en tout cas !) et merci d'être toujours très pointilleuse quand tu nous racontes tes aventures. Et merci Mathilde d'avoir été avec moi dans les bons comme dans les mauvais moments. Comme pour les mariages, notre amitié sera jusqu'à ce que la mort nous sépare (et encore tant que l'une de nous deux sera vivante notre amitié perdurera). J'attends que tu viennes me chercher à 30 ans avec impatience !

A mon bizuth, à qui j'ai adoré faire découvrir les joies de la pharma-ingé. Merci d'avoir suivi mes traces et de m'aider à ne pas me prendre au sérieux.

**A mes collègues de travail**, merci d'avoir rendu mes expériences si riches

Merci à toute l'équipe de la pharmacie Orset avec qui j'ai pu travailler au fil des années. Merci de m'avoir fait confiance, mais aussi et surtout de m'avoir formée. Vous avez fait de moi une meilleure pharmacienne et réussi à me faire apprécier l'officine, ce qui n'était pourtant pas gagné. Merci d'avoir rendu ces longues heures de travail aussi agréables. Je me sens encore comme à la maison à chaque fois que je viens vous voir et c'est grâce à chacun et chacune d'entre vous.

Merci à mes collègues de Sanofi pour m'avoir aidé à grandir professionnellement. Merci de ne jamais m'avoir fait me sentir comme une simple alternante et de m'avoir fait autant confiance. Vous avez été d'un énorme soutien tout au long de mon parcours et pour cela je vous en suis éternellement reconnaissante. Merci de m'avoir aidée à savoir ce que je voulais réellement faire plus tard et de m'avoir ouvert autant de porte. Plus tard c'est maintenant, je vais tâcher d'être à la hauteur de vos louanges à mon égard.

**A tous mes enseignants**, qui au fil des années ont fait de moi la femme forte que je suis aujourd'hui. Un merci tout particulier à M. Foncel, Mme Lakomy et Mme Gilet qui m'ont toujours encouragée, soutenue, et donné le goût d'approfondir ce que j'entreprends.

*Et enfin, merci à toutes les personnes que je ne cite pas, mais que je n'oublie pas.*

# Table des matières

---

<b>Remerciements</b> .....	<b>7</b>
<b>Liste des abréviations</b> .....	<b>11</b>
<b>Liste des figures</b> .....	<b>12</b>
<b>Liste des tableaux</b> .....	<b>13</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>14</b>
<b>Partie I : Partie bibliographie</b> .....	<b>16</b>
1. <i>Définition et enjeux</i> .....	16
2. <i>Le circuit du médicament</i> .....	16
3. <i>Historique réglementaire de l'AAM en France</i> .....	17
4. <i>Synthèse des recommandations de la HAS concernant l'AAM par le patient hospitalisé</i> .....	18
4.1. Critère d'exclusion des patients concernant l'AAM .....	19
4.1.1. Médicaments et condition du patient .....	19
4.1.2. Durée d'hospitalisation .....	20
4.1.3. L'adhésion médicamenteuse .....	23
4.2. Procédure d'inclusion dans le dispositif .....	24
4.2.1. Evaluation des compétences.....	24
4.2.2. Evaluation de l'adhésion médicamenteuse .....	25
4.3. Niveaux d'AAM .....	28
4.4. Rangement et approvisionnement des médicaments en AAM .....	30
4.5. Médicaments conditionnels en « si besoin » .....	31
4.6. Surveillance du patient .....	31
4.7. Le rôle des différents acteurs et responsabilité .....	32
4.7.1. Le rôle de la gouvernance, la direction et la commission des usagers .....	32
4.7.2. Le rôle des médecins et maïeuticiens .....	33
4.7.3. Le rôle de l'équipe pharmaceutique .....	33
4.7.4. Le rôle des infirmiers et cadres de santé .....	34
4.7.5. Responsabilité .....	34
4.8. Surveillance du programme d'AAM .....	35
4.8.1. Les EIAS.....	35

4.8.2. Autres moyens d'évaluation du dispositif.....	37
5. Les freins et leviers identifiés.....	37
6. L'AAM en France : exemple d'essai d'AAM .....	38
<b>Partie II : Partie expérimentale .....</b>	<b>41</b>
1. Contexte et objectifs.....	41
2. Etude 1 – Comparaison des pratiques de l'AAM : une pratique innovante parsemée d'obstacles .....	43
2.1. Méthode .....	44
2.1.1. Comparaison de la politique d'AAM d'UCLH à celle d'autres hôpitaux du Royaume- Uni	44
2.1.2. Freins et leviers à la pratique de l'AAM .....	44
2.2. Résultats .....	45
2.2.1. Comparaison de la politique d'AAM d'UCLH à celle d'autres hôpitaux du Royaume- Uni	45
2.2.2. Freins et leviers à la pratique de l'AAM .....	58
2.3. Discussion .....	63
2.3.1. Comparaison entre les politiques d'AAM .....	63
2.3.2. Freins et leviers de l'AAM.....	64
2.3.3. Limites .....	67
2.4. Conclusion sur la pratique d'AAM .....	67
3. Etude 2 – L'AAM en pratique au sein de l'UCLH : analyse sur 1 mois .....	68
3.1. Contexte et objectifs .....	68
3.2. Méthode .....	68
3.3. Résultats .....	70
3.3.1. Médicaments et produits de santé auto-administrés dans la structure entière .....	72
3.3.2. AAM au sein de chaque site .....	74
3.4. Discussion .....	84
3.5. Conclusion .....	86
<b>Discussion Générale et perspectives.....</b>	<b>87</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>93</b>
<b>Annexes : .....</b>	<b>99</b>

## Liste des abréviations

---

AAM : Auto-Administration des Médicaments

ABC : Ascertaining Barriers for Compliance

EIAS : Événement Indésirables Associés aux Soins

EIGS : Événements Indésirables Graves Associés à des Soins

FNEHAD : Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HS : Hors Site

OMS : Organisation Mondiale de la santé

PAAM : Patient en Auto-Administration de ses médicaments

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit

UCLH: University College London Hospital

## Liste des figures

---

Figure 1. l'étape d'administration dans le circuit du médicament (3,5).	16
Figure 2. Frise chronologique de la réglementation liée à l'AAM à l'hôpital en France (3,6).	18
Figure 3. Récapitulatifs des critères d'inclusion et d'exclusion émis par la HAS (4).	20
Figure 4. Mise en place de l'AAM en fonction de la durée de séjour – recommandations de la HAS (4).	21
Figure 5. Conditions d'inclusion selon la HAS (4).	22
Figure 6. Questionnaire pour évaluer les connaissances et les compétences du patient, réalisé par la HAS (4).	24
Figure 7. Questionnaire de Girerd (4).	25
Figure 8. Niveaux d'AAM selon la HAS (4).	28
Figure 9. Exemple de casiers permettant une sécurisation des médicaments au chevet du patient (15).	31
Figure 10. Chronologie d'administration pour un patient non autonome (22).	39
Figure 11. Chronologie d'administration pour les patients autonomes dans la gestion de leur traitement (22).	40
Figure 12. Nouvelle table de chevet des patients à l'UCLH.	42
Figure 13. Schéma des niveaux d'AAM (31–35,37,39,40).	46
Figure 14. Schéma des niveaux d'AAM à Southern Health (38).	46
Figure 15. Etapes clés de l'AAM d'après la plupart des politiques d'AAM.	57

## Liste des tableaux

---

Tableau 1. Détermination du niveau du patient selon la HAS (4).	29
Tableau 2. Répartition des tâches entre le patient et l'IDE en fonction du niveau d'AAM (4).	29
Tableau 3. Comparaison de la politique d'AAM de l'UCLH par rapport à d'autres du Royaume-Uni (27,30–40).	56
Tableau 4. Caractéristiques de chaque site et répartition de l'AAM.	71
Tableau 5. Médicaments auto-administrés par rapport au nombre de service par site.	72
Tableau 6. Classe ATC des médicaments auto-administrés avec les sous classes contenant plus de 300 médicaments.	74
Tableau 7. Nombre d'AAM dans les services du site A.	75
Tableau 8. Classe ATC des médicaments auto-administrés dans les services du site A avec les sous classes contenant plus de 300 médicaments.	77
Tableau 9. Nombre d'AAM dans les services du site B.	79
Tableau 10. Classe ATC des médicaments auto-administrés dans les services du site B avec les sous classes contenant plus de 300 médicaments.	80
Tableau 11. Nombre d'AAM dans les services du site C.	81
Tableau 12. Classe ATC des médicaments auto-administrés dans les services du site C avec les sous classes contenant plus de 300 médicaments.	82
Tableau 13. Nombre d'AAM dans les services du site D.	82
Tableau 14. Classe ATC des médicaments auto-administrés dans les services du site D.	83
Tableau 15. Nombre d'AAM dans les services du site E.	84
Tableau 16. Nombre d'AAM dans les autres services.	84

## Introduction

---

Dans les établissements de santé, chaque année, des erreurs sont commises concernant les produits de santé. En effet, une erreur de dose, de médicament ou même de patient est vite arrivée. De mars 2017 à décembre 2019, en France, sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) déclarés, 256 étaient liés à des produits de santé. Parmi ces erreurs, 65% ont été réalisées lors de l'étape d'administration (1). Dans le monde, les erreurs d'administration de médicaments sont estimées à un coût de 42 milliards de dollars américains chaque année (2). Pour lutter contre ces erreurs, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a mis en place un plan d'action mondial entre 2021 et 2030 pour la sécurité des patients. Ce projet consiste à tendre « vers l'élimination des préjudices évitables dans le cadre des soins de santé ». Pour mener à bien ce projet, l'un des sept principes directeurs de la démarche est d'inclure le patient et son entourage dans les démarches de soins en tant que « partenaires » (2). A travers ce principe, l'un des buts recherchés par l'OMS est de permettre au patient de gagner en autonomie. Dans ce cadre, l'une des actions proposées par l'OMS pour les établissements de santé est de « mettre en place des mesures visant à associer pleinement les patients et leurs familles » (2). L'auto-administration des médicaments (AAM) par le patient à l'hôpital est donc une pratique en accord avec le projet de l'OMS.

L'AAM est un dispositif qui permet à un patient de gérer lui-même ses traitements pendant son hospitalisation. Son niveau d'autonomie pour l'AAM dépend de l'hôpital dans lequel il se trouve et de ses propres connaissances concernant ses médicaments. L'objectif principal d'une telle pratique est double. D'un côté, elle permet au patient de ne pas perdre son autonomie vis-à-vis de son traitement lorsque l'hospitalisation s'étend dans la durée. D'un autre côté, elle aide également les patients moins à l'aise avec leur traitement à gagner en autonomie et ainsi d'éviter les erreurs médicamenteuses aussi bien à l'hôpital que lors de sa sortie. Depuis le 10 octobre 2022, la réglementation française permet la mise en place d'une telle pratique (3). Suite à cette autorisation par le gouvernement français, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis des recommandations à prendre en compte par les structures hospitalières pour l'introduction de programme d'AAM (4).

Dans ce contexte, il semble pertinent d'explorer comment mettre en place l'AAM par le patient dans l'environnement sécurisé qu'est l'hôpital. Cette pratique étant encore peu implémentée en France, cela revient à s'interroger sur les différences entre les recommandations émises par la HAS et les pratiques implémentées dans des pays plus avancés comme le Royaume-Uni.

Pour répondre à cette question, nous étudierons dans un premier temps ce qu'est l'AAM et les recommandations que la HAS a formulées à son encontre. Puis dans un second temps, nous observerons la pratique telle qu'elle est décrite et réalisée dans les hôpitaux qui l'ont déjà mise en place. Pour cela, nous étudierons l'exemple du Royaume-Uni en comparant les politiques d'AAM. A partir de la littérature scientifique, nous identifierons les principaux freins et leviers d'amélioration à cette pratique. Enfin, dans une deuxième étude, nous analyserons la pratique d'AAM sur une période d'un mois dans une structure qui la pratique.



# Partie I : Partie bibliographie

---

## 1. Définition et enjeux

L'AAM par les patients est un programme qui consiste à permettre au patient qui en exprime le souhait de prendre ses traitements à l'hôpital comme il en a l'habitude chez lui. Cette pratique est cependant conditionnée par l'approbation de l'équipe pluriprofessionnelle en charge du patient. De plus, un accompagnement peut être proposé aux patients qui en auraient besoin. L'administration doit ensuite être enregistrée selon leurs dires (4). Cette pratique doit être mise en œuvre conformément aux recommandations émises par la HAS afin de la sécuriser (3).

Les enjeux d'une telle pratique sont multiples. Celle-ci permet l'amélioration de la participation et de l'autonomie du patient avec son traitement. Ce qui va impacter significativement sa compréhension et ainsi consolider son adhésion médicamenteuse. De plus, cela va également permettre de minimiser le risque d'erreurs commises par le patient lors de son retour à domicile. Ensuite, cette pratique va également permettre de resserrer les liens entre les différents acteurs de la santé du patient du fait de la pluriprofessionnalité de la pratique (4).

## 2. Le circuit du médicament

L'administration de médicaments à l'hôpital est une des quatre étapes du circuit du médicament (Figure 1). Le circuit du médicament est décrit par le glossaire de l'arrêté du 6 avril 2011 par la succession d'événements suivants :

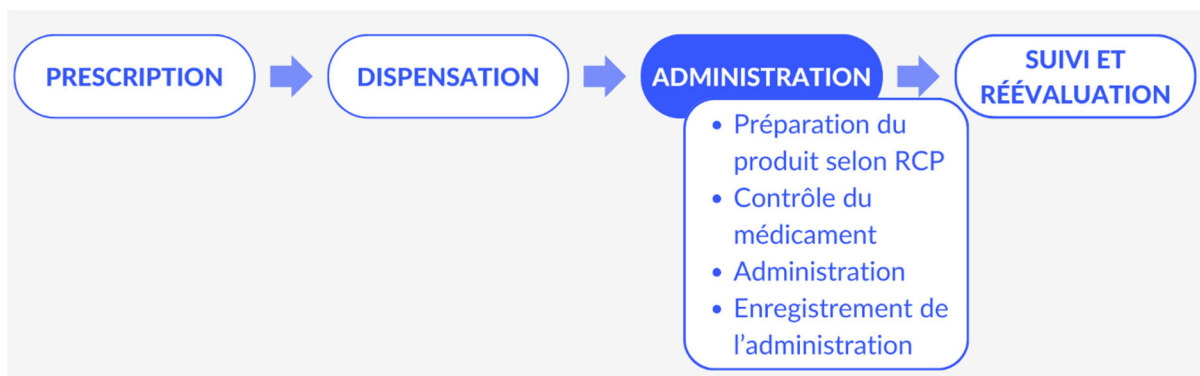


Figure 1. l'étape d'administration dans le circuit du médicament (3,5).

Cette étape d'administration ne consiste pas seulement à prendre le médicament dans les établissements de santé. En effet, avant de pouvoir administrer, il convient de préparer extemporanément le médicament selon le résumé des caractéristiques du produit (RCP). De plus, dans un environnement hospitalier, avant l'administration un contrôle doit être effectué pour vérifier la concordance entre le patient, la prescription et le médicament. L'aspect du médicament, le calcul de la dose et l'étiquetage vont également être vérifiés. Puis, un second contrôle doit être réalisé au chevet du patient avec la règle des 5B décrite par la HAS. Celle-ci consiste à « administrer au Bon patient, le Bon médicament, à la Bonne dose, sur la Bonne voie, et au Bon moment ». Enfin, pour réaliser le suivi il est nécessaire de tracer toutes les administrations sur le logiciel métier (5).

Pour un patient en AAM au niveau le plus élevé, dans cette étape d'administration, seul l'enregistrement est encore réalisé par les infirmiers en fonction de ce qu'il déclare avoir pris.

### 3. Historique réglementaire de l'AAM en France

La réglementation sur l'AAM a récemment évolué en France (Figure 2). Bien que des essais d'AAM par les patients hospitalisés soient décrits dans la littérature scientifique depuis au moins 1970 (6), l'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 n'autorisait toujours pas de telle pratique. Il faut attendre l'arrêté du 10 octobre 2022 modifiant celui de 2011 pour avoir un cadre réglementaire à l'AAM (3). La modification de l'arrêté du 6 avril 2011 permet aux établissements de santé de pouvoir intégrer un programme d'AAM s'ils le souhaitent.

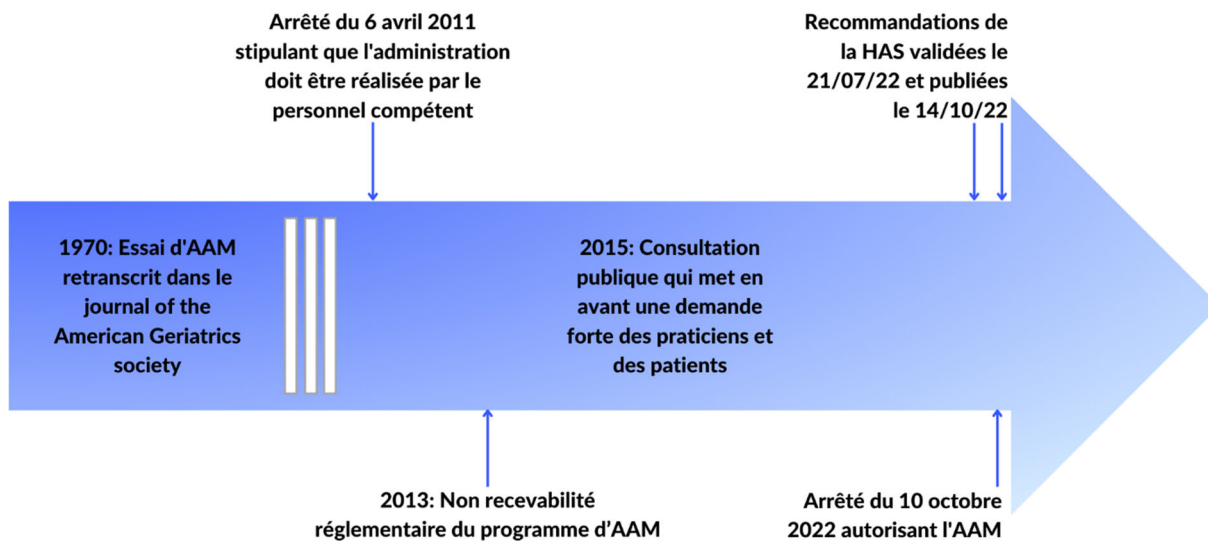


Figure 2. Frise chronologique de la réglementation liée à l'AAM à l'hôpital en France (3,6).

L'arrêté précise que la prise en charge du patient souhaitant s'auto-administrer se fait « conformément aux recommandations susvisées formulées par la Haute Autorité de santé » (3). Par conséquent, les hôpitaux souhaitant le mettre en pratique ont l'obligation de prendre en compte les recommandations rédigées par la HAS. Les recommandations de la HAS ont été ensuite publiées le 14 octobre 2022.

#### 4. Synthèse des recommandations de la HAS concernant l'AAM par le patient hospitalisé

La modification de l'arrêté du 6 avril 2011 a permis de résoudre le problème mis en avant en 2013 par la HAS et la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile (FNEHAD). En effet, en 2013 cet arrêté a empêché la publication du programme d'AAM et des outils réalisés par la HAS du fait de la réglementation. Cependant, une consultation publique réalisée en 2015 a permis de mettre en évidence une forte demande de la part du personnel soignant et des patients. Ce qui a permis le 10 octobre 2022 d'autoriser l'AAM en modifiant l'arrêté du 6 avril 2011. Dans ce contexte, la HAS a publié ses recommandations le 14 octobre 2022 qui avaient été préalablement validées le 21 juillet 2022. Celles-ci ont vu le jour grâce à

un groupe de travail qui a pu se baser sur les différents travaux déjà réalisés et sur l'expérience à l'étranger. Ce document de 76 pages complété par 15 outils présente ce qu'est l'AAM, avec les règles d'inclusions qui en découlent, et comment la mettre en œuvre. La HAS a décidé d'utiliser l'acronyme « PAAM » pour parler du Patient en Auto-Administration de ses Médicaments.

Pour étudier ces recommandations un cheminement d'un patient qui arriverait à l'hôpital a été mené. Pour cela, une réflexion sur ses critères d'exclusions est tout d'abord nécessaire. Suivi par la procédure qu'il doit suivre pour être inclus dans le programme d'AAM. En fonction de cette inclusion, un niveau va être attribué au patient, il conviendra par conséquent de le définir. Puis, une fois dans le programme, il sera pertinent de regarder l'approvisionnement et le rangement des médicaments. Certains médicaments ne sont à prendre qu'en cas de besoin, une attention sera donc portée sur ces traitements. Enfin, le patient devra être surveillé jusqu'à son départ de l'hôpital. En dehors de l'hospitalisation du patient, le rôle des différents acteurs, leur responsabilité et la surveillance du programme d'AAM sont également deux thématiques importantes à aborder qui seront par conséquent traitées à la suite.

#### 4.1. Critère d'exclusion des patients concernant l'AAM

##### 4.1.1. Médicaments et condition du patient

D'après la HAS, les critères d'inclusion sont à définir « selon les risques du service et du patient ». Néanmoins, les patients hospitalisés qui ne seraient pas volontaires, qui seraient à l'hôpital contre leur gré ou en « phase aiguë » d'une situation de « crise » ont été identifiés à exclure (4). Le champ d'opération de la pratique d'AAM semble donc large et permet une autonomie des hôpitaux. Cependant, elle nécessite au préalable que les différents services des hôpitaux s'interrogent sur les principaux risques qui peuvent constituer un frein à ce dispositif dans l'établissement où ils exercent. La HAS insiste sur la détection des risques liés aux troubles cognitifs, moteurs, psychiatriques, de la vigilance, mais aussi aux patients en sevrage ou avec un risque suicidaire. Cependant, cette détection n'exclut pas les patients cités précédemment du dispositif (4).

De plus, la HAS ne considère pas les mineurs comme un critère d'exclusion à condition que la maturité de l'enfant considéré soit suffisante pour le programme et que l'accord des tuteurs légaux soit recueilli (4).

En ce qui concerne les médicaments, sur le principe, la HAS n'exclut que les anticancéreux systémiques par voie injectable et les traitements administrés par sonde gastrique (Figure 3). Néanmoins, les connaissances, les compétences et l'adhésion du patient au traitement sont à évaluer. Il convient également de déterminer la complexité des prescriptions (polymédication, fréquence, changements, etc.) (4).

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<p>– <b>Toutes les formes et voies pharmaceutiques</b> sont susceptibles d'intégrer un PAAM :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• orale ;</li> <li>• nasale ;</li> <li>• topique ;</li> <li>• transdermique ;</li> <li>• ophtalmologique ;</li> <li>• rectale ;</li> <li>• vaginale ;</li> <li>• aérosol et thérapeutiques inhalées ;</li> <li>• parentérale (sous-cutanée, autres) ;</li> <li>• sous-cutanés prêts à l'emploi (ex. : insulines, EPO, Immunoglobulines, facteurs anti-hémophiliques, etc.).</li> </ul> <p><b>Tous les types de médicaments</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les stupéfiants sous réserve du respect de la réglementation.</li> </ul>	<p>– Les traitements médicamenteux systémiques des cancers par voie injectable.</p> <p>– Les médicaments administrés par sonde gastrique en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique</p> <div data-bbox="805 1075 869 1176" style="text-align: center;"> </div> <p>À chaque équipe de définir les médicaments à exclure.</p>

Figure 3. Récapitulatifs des critères d'inclusion et d'exclusion émis par la HAS (4).

#### 4.1.2. Durée d'hospitalisation

En fonction de la durée du séjour du patient, si elle est connue à l'avance, la mise en place de l'AAM ne sera pas la même (Figure 4). La HAS privilégie l'AAM à partir d'un séjour hospitalier de 6 jours ou plus. Au contraire, elle l'exclut complètement pour les patients qui ne viendraient que pour une demi-journée. Enfin, il est précisé que l'état du patient, sa gestion de son traitement ou même son désir de s'auto-administrer est à réévaluer au cours du séjour (4).

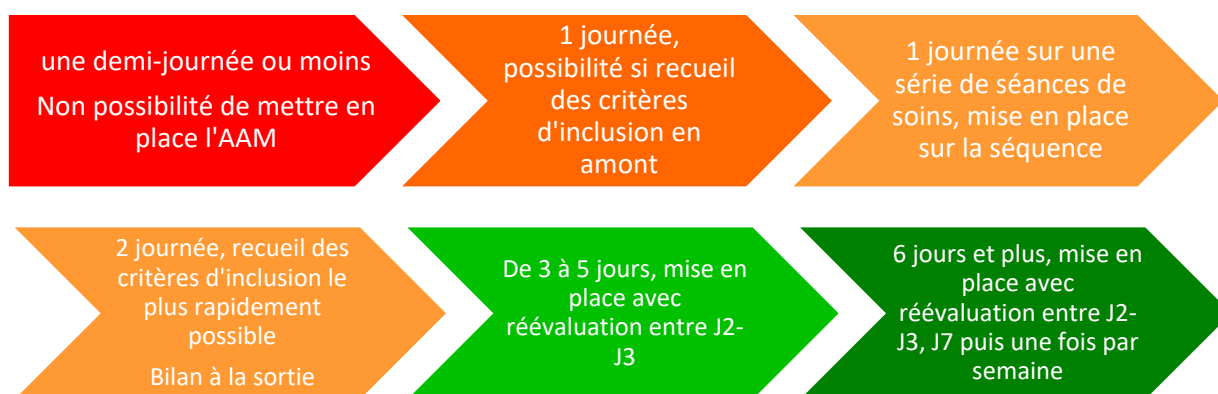


Figure 4. Mise en place de l'AAM en fonction de la durée de séjour – recommandations de la HAS (4).

Selon la HAS, l'inclusion d'un patient au programme d'AAM est une décision à prendre en équipe pluriprofessionnelle en incluant l'avis du pharmacien clinicien, mais dont la décision finale revient au médecin. Il s'agit donc d'un processus long qui prend en compte le patient dans sa globalité. Ce processus est détaillé dans le guide de la HAS (Figure 5).

CONDITIONS	LES ÉLÉMENTS
Le souhait du patient	S'assurer de l'accord préalable du patient
Les habitudes de gestion médicamenteuse	Échanger avec le patient sur ses habitudes de gestion des médicaments à domicile : le patient gère-t-il seul habituellement ses médicaments ? Quels sont ses besoins et objectifs ?
Les facteurs de risque du patient	<p>Les facteurs de risque du patient qui pourraient affecter la capacité du patient sont tracés dans le dossier médical du patient et évalués lors de la consultation médicale.</p> <p><b>! Points clés</b>            Les facteurs de risque <b>ne sont pas forcément bloquants</b> ! Ils sont appréciés en fonction du contexte du séjour du patient et du motif d'hospitalisation.</p> <p><b>Le repérage des risques suivants est obligatoire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Troubles cognitifs</b> : la désorientation temporo-spatiale, les troubles de la mémoire (maladie d'Alzheimer, dégénérescence sénile, etc.), les autres troubles pouvant perturber la bonne compréhension du patient (stress important lié à l'hospitalisation, etc.)</li> <li>• <b>Troubles moteurs</b></li> <li>• <b>Troubles de la vigilance</b> (sommolence, confusion, troubles post-anesthésie, etc.)</li> <li>• <b>Troubles psychiatriques</b> (dépression grave, trouble bipolaire, les troubles obsessionnels compulsifs, etc.)</li> <li>• <b>Risque suicidaire</b></li> <li>• <b>Patient en sevrage</b> (sevrage alcoolique, etc.)</li> </ul>



	L'analyse des facteurs de risque peut entraîner un arrêt de l'inclusion ; dans ce cas, il faut en rendre compte auprès du patient et partager la décision avec lui. Cette situation peut être momentanée.
<b>L'évaluation des compétences au sens connaissance des médicaments et capacité à faire et dire</b>	<p>L'investigation des 3 critères sur <b>la connaissance</b> est <b>obligatoire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le patient connaît ses médicaments par leur nom ou leur apparence</li> <li>- Le patient sait indiquer la dose et à quel moment les prendre</li> <li>- Le patient sait dire pourquoi il prend ce médicament</li> </ul> <p>L'investigation des 3 critères sur <b>la capacité à faire</b> est <b>obligatoire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le patient peut lire l'ordonnance ou le plan de prise, l'étiquetage des médicaments</li> <li>- Le patient manipule les médicaments sans problème (dé blistérer, ouvrir les emballages, couper en deux un comprimé, compter les gouttes) ou est capable de demander de l'aide</li> <li>- Le patient a la faculté de s'exprimer pour comprendre et se faire comprendre</li> </ul>
<b>L'adhésion au traitement médicamenteux</b> Définition de l'adhésion médicamenteuse	<p>Évaluer l'adhésion du patient vis-à-vis de la prise de ses médicaments est complexe et dépend de plusieurs facteurs. Différentes approches existent, du dosage plasmatique au comptage des médicaments ou au questionnaire, etc.).</p> <p>Des questionnaires standardisés sont disponibles :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <a href="#">Le questionnaire de Girerd</a> (soumis à des droits d'utilisation) cf. annexe 2</p>
« L'adhésion médicamenteuse, qui décrit le comportement de prise de médicaments, est définie selon trois paramètres opérationnels et quantifiables : A. l'initiation, B. l'implémentation et C. La persistance <sup>2</sup> »	<p><input checked="" type="checkbox"/> <a href="#">Le questionnaire de Morisky</a> (soumis à des droits d'auteur)</p> <p><b>! Points clés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si vous avez déjà votre outil, utilisez-le !</li> <li>- Il existe plusieurs outils pour mesurer l'adhésion médicamenteuse</li> <li>- Certains sont spécifiques à certaines pathologies, asthme, ostéoporose, l'hypertension artérielle</li> <li>- D'autres sont des grilles de repérage de la fragilité de ces personnes âgées, etc. ou des outils génériques</li> </ul>
<b>La complexité médicamenteuse</b>	<p>Les facteurs qui augmentent la complexité médicamenteuse :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la polymédication avec plus de cinq médicaments prescrits ;</li> <li>- une fréquence de prise supérieure à trois fois par jour ;</li> <li>- des changements fréquents de prescription (médicament et/ou dose) ;</li> <li>- l'existence de plusieurs modes d'administration ;</li> <li>- les médicaments qui ont une posologie particulière ;</li> <li>- la substitution de médicaments entre eux ;</li> <li>- la préparation complexe du médicament en une forme administrable ;</li> <li>- les médicaments à risque.</li> </ul> <p><b>Trois questions clés à aborder avec le patient pour définir les médicaments concernés :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe-t-il un médicament à risque ?</li> <li>2. Certains traitements ont-ils des modalités d'administration particulières ?</li> <li>3. La posologie des traitements est-elle stabilisée ?</li> </ol>

Figure 5. Conditions d'inclusion selon la HAS (4).

### 4.1.3. L'adhésion médicamenteuse

Il revient aux équipes pluridisciplinaires de juger de la conformité entre ce que prend le patient et ce qui lui a été prescrit. C'est ce qu'on appelle l'adhésion médicamenteuse. Elle est décrite par une initiative européenne *Ascertaining Barriers for Compliance (ABC)* par le processus suivant :

- L'initiation du traitement, le moment où la première dose de médicament prescrit est prise ;
- L'implémentation, correspondant à l'adéquation entre les prises réelles du patient et la posologie prescrite jusqu'à la dernière prise ;
- La persistance qui correspond à la durée entre l'initiation et l'arrêt du médicament (7).

Ainsi, pour favoriser l'adhésion il faudrait agir de manière adaptée lors de ces étapes. Cependant, l'adhésion médicamenteuse est un concept qui diffère d'un patient à un autre et qui peut même évoluer dans le temps pour un même individu (8). *Foley et al.* ont réalisé une revue systématique et une méta-analyse sur l'adhésion médicamenteuse chez des patients vivant avec une multimorbidité (deux maladies chroniques ou plus). Leur méta-analyse menée sur 8 études indique une prévalence de 42,6% de non adhérence. La non adhérence était comprise entre 16,4% et 61,4% parmi ces 8 études. Cependant, lorsque les 178 études de la revue systématique étaient prise en compte, l'intervalle était alors compris entre 7% et 83,5% (9). En fonction des études, l'adhésion médicamenteuse a été évaluée sur des critères subjectifs (questionnaire d'auto-évaluation) ou objectifs (nombre de dispensation, comptage de comprimés, surveillance électronique), ce qui a entraîné des différences d'estimation de l'adhérence. Toutefois, cette étude démontre que l'adhésion du patient n'est pas optimale à son domicile. Selon l'OMS, l'adhésion au traitement des patients est affectée par cinq facteurs :

- Le système de santé et les équipes de soignants,
- Sociaux-économiques,
- Liés au traitement,
- Liés au patient,
- Liés à la maladie.



C'est dans ces catégories que vont donc être retrouvées la plupart des déterminants de la non-adhésion thérapeutique des patients (10).

Pour éviter ces problèmes d'adhésion à l'hôpital, les critères d'inclusion et l'évolution du patient lors de son séjour doivent être par conséquent très contrôlés pour ceux qui souhaiteraient s'auto-administrer.

## 4.2. Procédure d'inclusion dans le dispositif

### 4.2.1. Evaluation des compétences

Avant de mettre en place l'AAM, les praticiens doivent s'assurer du consentement du patient, mais ne sont pas obligés d'en demander une preuve écrite (4).

L'inclusion d'un patient dans un schéma d'AAM met en jeu la recherche de critère d'exclusion, l'évaluation de ses compétences et de son adhésion à son traitement. Pour déterminer les compétences, la HAS a réalisé le questionnaire suivant, inclus dans l'outil n°4 (Recueil critères inclusion PAAM Fichier Excel VD). Cet outil s'apparente à un questionnaire sur la littératie en santé en matière de médicament (Figure 6).

Le patient :	Sélection réponse	
	Oui	Non
Connait ses médicaments (par leur nom ou leur apparence)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait indiquer la dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait dire à quel moment les prendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait dire pourquoi il prend ce médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut lire l'ordonnance ou le plan de prise, l'étiquette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manipule les médicaments sans problème (ex déblister, ouvrir les emballages) ou est capable de demander de l'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A la faculté de s'exprimer pour comprendre et se faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nombre de OUI</b>		<b>0</b>

Figure 6. Questionnaire pour évaluer les connaissances et les compétences du patient, réalisé par la HAS (4).

En fonction du nombre de oui, les compétences seront évaluées de 0 à 7. Les compétences seront jugées :

- Faibles entre 0 et 2 « oui »,
- Modérées entre 3 et 4 « oui »,
- Elevées à partir de 5 « oui ».

#### 4.2.2. Evaluation de l'adhésion médicamenteuse

Pour évaluer l'adhésion du patient, la HAS recommande l'usage du questionnaire de Girerd (Figure 7) ou de Morisky. Dans son outil n°4, la HAS utilise le questionnaire de Girerd et définit une mauvaise adhésion au traitement à partir de 3 réponses « oui » sur 6 questions. Si l'adhésion est considérée mauvaise, il s'agit d'un critère d'exclusion. Entre 1 et 2 réponses « oui » à ce questionnaire correspond à de « minimes problèmes d'adhésion ».

Le patient :	Sélection réponse	
	Oui	Non
1. Ce matin avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nombre de OUI</b>	<b>0</b>	

Figure 7. Questionnaire de Girerd (4).

La réalisation de ces deux questionnaires va permettre l'évaluation du patient et la définition de son niveau pour une inclusion dans le programme.

- Le questionnaire de Girerd

Le questionnaire de Girerd se base sur des interrogations sur la prise réelle de médicaments (questions 1, 2, 4 et 5), le retard de prise (question 3) et le ressenti du patient vis-à-vis de son traitement (question 6). Ce questionnaire présente des limites, notamment du fait de son caractère déclaratif. Une étude a été menée avec ce questionnaire sur 153 patients (11). Parmi les patients ayant répondu oui pour les cinq premières questions, un tiers de patients ont déclaré penser qu'ils avaient trop de comprimés à prendre. Cette dernière question entraîne ainsi la classification de patients dans la catégorie de problème d'adhésion sur le simple fait de leur ressenti. Or l'étude n'a pas démontré de lien statistiquement significatif entre ce ressenti et les déclarations de retard de prise ou de non-prise de médicament ( $p=0,057$ ). Ainsi, un patient prenant correctement son traitement peut tout de même avoir l'impression de prendre « trop de comprimés ». Dans cette étude, 24 patients ont été catégorisés avec un problème d'adhésion d'après le score de Girerd tandis que 48 ont répondu « oui » sur au moins une question impliquant la non prise du médicament (question 2, 4 et 5, la question 1 n'ayant pas été prise en compte du fait d'une seule réponse positive sur 153). Le faible résultat à la première question remet en cause son utilité. En effet, certains patients n'ont peut-être pas de traitements à prendre le matin. De plus, dans le cadre de l'AAM à l'hôpital, si le patient est déjà hospitalisé, son administration a été réalisée par le personnel infirmier le matin même et n'a par conséquent pas pu être oubliée. La question 3 semble également problématique sur certains points. Elle n'implique pas directement la non prise du médicament, mais peut s'avérer le reflet d'un retard dans la prise. Cependant, elle ne possède pas de limite de temps, contrairement aux questions 1 et 2, ce qui la rend très vaste. Le fait qu'il n'y ait pas d'indication sur la durée du retard la soumet également à l'interprétation du patient sur cette notion. Certains traitements comme par exemple les pilules contraceptives nécessitent une prise à horaire régulier. Pour une patiente ayant réglé une alarme à heure fixe tous les jours, la prendre une heure plus tard s'apparente à un retard. Toutefois, un tel retard une fois ne compromet pas son efficacité, mais serait tout de même considéré par le questionnaire de Girerd comme un défaut d'adhésion. Pour d'autres traitements, prenons l'exemple d'un

antidiabétique oral, la prise peut être décalée en fonction de la vie du patient (réveil plus tardif le week-end) qui entraînerait un décalage sur la prise habituelle en semaine sans compromettre l'efficacité du traitement ni remettre en cause l'adhésion du patient puisque le médicament est pris. Cependant, en fonction de l'interprétation, le patient pourra juger devoir répondre « oui » à cette question dû à son mode de vie ou à d'autres contraintes. Connaître l'attitude d'un patient face à un retard ou un oubli de prise semblerait plus révélateur de son adhésion plutôt qu'une simple question sur l'événement d'une prise plus tardive.

- **Le questionnaire de Morisky**

Le questionnaire de Morisky est également proposé par la HAS dans ses recommandations. Cette alternative à 8 questions a été publiée après le questionnaire de Girerd en reprenant certains éléments. Les six premières questions interrogent le patient sur la non prise de médicaments. Les deux dernières questions interrogent sur le ressenti de contrariété vis-à-vis de devoir prendre le traitement tous les jours et sur les difficultés qu'il peut avoir à se souvenir de prendre ses médicaments (12). Au lieu d'interroger sur la prise du traitement le matin même, ce questionnaire interroge sur la prise de la journée de la veille. Ce qui semble plus révélateur de l'attitude du patient au quotidien. Aucune question n'interroge le retard, mais plutôt les difficultés à se souvenir de prendre ses médicaments. La question sur le ressenti du patient peut encore être remise en question. Cependant, dans ce questionnaire, l'accent est mis sur un sentiment de contrariété vis-à-vis de la prise journalière. Ce qui est plus fort qu'un sentiment d'avoir trop de comprimés.

- **Autres alternatives**

En fonction des pathologies, des questionnaires ont été réalisés spécifiquement pour tester l'adhésion des patients pour certaines maladies. Par exemple, le « compliance questionnaire of rheumatology » a été réalisé pour connaître l'adhésion de patients atteints de la goutte, de la pseudopolyarthrite rhizomélique ou de la polyarthrite rhumatoïde. Il comporte 19 questions et il est plus spécifique ce qui le rend plus complet et précis pour évaluer l'adhésion du patient (13).

Cependant, il est important de noter que ces questionnaires sont réalisés selon les dires du patient. Ainsi, un patient souhaitant s'auto-administrer peut consciemment choisir de mentir dans le but de participer à l'AAM. Pour contrer cela, il pourrait être intéressant d'avoir accès au dossier médical partagé (DMP) du patient. Le DMP permet, entre autres, d'avoir accès à l'historique des délivrances sur les douze derniers mois (14). Ainsi, les professionnels de santé peuvent savoir si le patient récupère de manière régulière ses médicaments. Ce qui permettrait d'évaluer son adhésion à son traitement. Cependant, il n'est possible d'accéder au DMP que si le patient a créé un profil sur « Mon espace santé ». Si ce n'est pas le cas, il est possible de faire appel au pharmacien d'officine qui connaît le patient. L'équipe officinale a souvent un lien plus étroit avec le patient qu'elle suit quotidiennement pour la dispensation des médicaments chaque mois voire même plus régulièrement pour les maux du quotidien. De plus, elle a accès à l'historique des délivrances qu'elle a réalisé pour le patient. Elle peut ainsi vérifier que le patient vient de manière régulière pour récupérer ses traitements. Cependant, cela nécessite que le patient n'aille que dans une pharmacie pour prendre ses médicaments.

Il existe donc diverses manières d'évaluer l'adhésion médicamenteuse du patient. La double évaluation par un questionnaire et par une source externe (DMP ou pharmacien d'officine) permettrait des conditions optimales.

### 4.3. Niveaux d'AAM

Pour les patients entrant dans le dispositif, la HAS décrit 2 niveaux d'AAM (Figure 8).

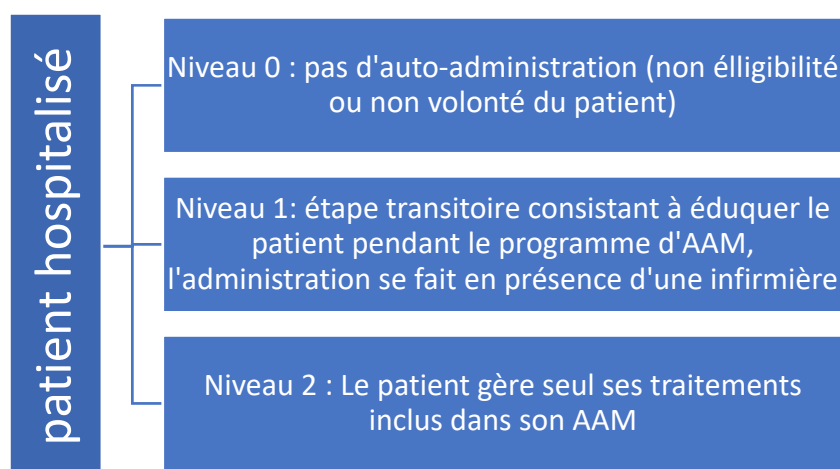


Figure 8. Niveaux d'AAM selon la HAS (4).

Que le patient soit au niveau 1 ou 2, il est en possession de ses médicaments. Pour les patients au niveau 2, l'enregistrement des prises sur le logiciel se fait une fois par jour par questionnaire du patient. Le patient est tenu de noter ses prises sur son plan de prise (4).

Pour déterminer le niveau, deux éléments sont à évaluer :

- L'adhésion médicamenteuse,
- Les compétences du patient sur son traitement.

La HAS préconise de définir le niveau d'AAM en fonction du Score de Girerd et du calcul de compétences sur 7 points vu précédemment (tableau 1).

Identification du niveau PAAM	Mauvaise adhésion médicamenteuse Score Girerd $\geq 3$	Minime problème d'adhésion médicamenteuse Score Girerd = 1-2	Bonne adhésion médicamenteuse Score Girerd = 0
Compétence faible 2-0	NO	N1	N1
Compétence modérée 5-3	NO	N1	Envisager un N1 ponctuel puis N2
Compétence élevée 7-6	NO	Envisager un N1 ponctuel puis N2	N2

Tableau 1. Détermination du niveau du patient selon la HAS (4).

La répartition des tâches avec le patient est réalisée en fonction du niveau d'AAM (tableau 2).

	Préparation de la dose (si besoin)	Prise du médicament	Traçabilité de la prise		Surveillance	
Tâches	Niveau 0 L'infirmière (IDE)					
	Patient accompagné ou l'IDE	Patient accompagné	IDE		IDE	
	Patient	Patient	Patient	IDE*	Patient	IDE

\* Aux dires du patient *a posteriori*.

Tableau 2. Répartition des tâches entre le patient et l'IDE en fonction du niveau d'AAM (4).

Ces niveaux sont indicatifs et peuvent évoluer au cours du séjour du patient en fonction de son état, mais également des retours faits lors des surveillances réalisées (4).

Afin de faciliter l'AAM, la HAS préconise l'utilisation d'un plan de prise (Annexe 1) dont elle donne un exemple dans son outil 8 (exemple de plan de prise PAAM). Selon la HAS, ce plan de prise peut être généré grâce aux logiciels de prescription ou, dans le cas contraire, être réalisé à la main avec le patient (4). Le but étant de permettre au patient d'avoir un récapitulatif des traitements qu'il doit prendre. Ainsi, il peut également noter ses prises de la journée afin de pouvoir indiquer facilement au personnel infirmier lors de leur passage.

A la sortie du patient, un bilan est réalisé sur les traitements que le patient va prendre lors de son retour à domicile. Ce bilan peut faire l'objet d'une mise en situation avec le patient pour s'assurer que les changements effectués lors de son séjour ont été assimilés. Il convient également de vérifier que le patient sait qui contacter en cas de besoin (4).

#### 4.4. Rangement et approvisionnement des médicaments en AAM

Les médicaments sont délivrés par la pharmacie à usage intérieur (PUI) comme pour les patients n'étant pas dans le programme d'AAM. Si le traitement de fond n'est pas disponible, mais qu'il doit être continué pendant l'hospitalisation, le patient peut utiliser son traitement personnel jusqu'à approvisionnement par la PUI. Tout changement dans la prescription du patient doit faire l'objet d'une modification du plan de prise, des médicaments au chevet en conséquence et de l'information du patient (4).

La délivrance des médicaments au chevet du patient peut aller jusqu'à 7 jours si celui-ci ne possède pas de médicaments à risque (médicaments à marge thérapeutique étroite) ou de médicaments stupéfiants. Dans le cas contraire, elle sera limitée de 24 à 48h, pouvant aller jusqu'à 72h en cas de week-end ou jour férié pour l'ensemble des traitements du patient. De plus, le rangement de ce stock doit obligatoirement se faire dans un endroit sécurisé par clé, code ou autre moyen sûr. Plusieurs dispositifs permettent de répondre à ce besoin (Figure 9). Si le patient ne respecte pas les consignes de sécurisation de ses traitements, il est alors retiré du dispositif d'AAM. Pour les médicaments nécessitant un stockage au réfrigérateur, l'accès doit être permis au patient sur demande. Concernant les flacons multidoses, ils doivent porter la mention du nom du patient et la date d'ouverture. De plus, le stock doit être suivi à une

fréquence régulière avec une vigilance encore plus importante pour les patients qui n'auraient pas une chambre individuelle. Les médicaments non consommés doivent être retournés par le patient à la pharmacie (4).



Figure 9. Exemple de casiers permettant une sécurisation des médicaments au chevet du patient (15).

#### 4.5. Médicaments conditionnels en « si besoin »

Les médicaments en « si besoin » sont des traitements que l'on retrouve régulièrement pour la gestion de désagréments de passage comme la douleur, la constipation, la diarrhée, etc. Par exemple, le paracétamol est régulièrement retrouvé sur les prescriptions avec la mention maximale de prises autorisées pour 24h et l'intervalle minimal entre deux prises, le reste étant laissé à la gestion du patient en fonction de sa douleur. Pour ces médicaments, la HAS recommande une surveillance particulière de la part des infirmières. Les instructions sur le nombre de prises, l'intervalle entre deux prises et le nombre de jours de traitement maximal sur la prescription doivent être claires pour le patient (4).

#### 4.6. Surveillance du patient

Une surveillance des médicaments pris et des conditions de stockage sont à surveiller de manière régulière au cours du séjour du patient. La HAS préconise une vérification au 2<sup>ème</sup> ou



3<sup>ème</sup> jour après introduction du patient dans le schéma. Puis, au 7<sup>ème</sup> jour et à partir de ce moment toutes les semaines (4).

De plus, pour les patients au niveau 2, la traçabilité des doses se fait toutes les 24 heures. Pour ces patients, la déclaration des médicaments qu'ils ont pris et le moment de la prise ont lieu au moins une fois par jour par le personnel infirmier. Pour les aider un plan de prise leur est remis, sur lequel il leur est possible d'inscrire leurs prises en prévision de ce passage journalier (Annexe 1). Pour les patients au niveau 1, le plan de prise n'est pas obligatoire. Cependant, il est tout de même conseillé afin que le patient puisse participer plus activement lors des passages des soignants pour l'administration. À tout moment, il peut exprimer le souhait de diminuer de niveau ou même de sortir du programme d'AAM. Son niveau d'autonomie peut également être réévalué à tout moment. Chaque modification quant à son niveau d'éligibilité doit être tracé dans son dossier (4).

#### 4.7. Le rôle des différents acteurs et responsabilité

Tout au long du processus d'AAM, chaque acteur joue un rôle important. Tous les professionnels de la santé doivent aider à mettre en œuvre l'AAM. Il s'agit d'une activité pluridisciplinaire qui nécessite que les informations relatives à l'AAM du patient soient rigoureusement tracées. De plus, chacun contribue à l'évaluation du patient, de ses compétences et de son adhésion médicamenteuse. La décision finale doit être prise en équipe bien qu'elle revienne au médecin en cas de désaccord. L'équipe est en charge d'accompagner le patient afin qu'il puisse être autonome avec son traitement et réévalue le patient tout au long de son séjour. Pour favoriser l'AAM il est également du devoir de tous de réaliser une éducation adaptée aussi bien pour les patients que pour les professionnels de santé, mais également d'informer en cas de dysfonctionnement. Comme dans la pratique normale, les événements indésirables associés aux soins (EIAS) doivent être notifiés dans les plus bref délais (4).

##### 4.7.1. Le rôle de la gouvernance, la direction et la commission des usagers

La gouvernance, la direction et la commission des usagers sont en charge de la mise en place de l'AAM en l'inscrivant dans la politique de la prise en charge médicamenteuse. Pour cela, il

est nécessaire de vérifier la procédure d'introduction dans les services, tout en consultant les usagers à ce sujet. De plus, ils doivent permettre le déploiement en mettant en place les changements nécessaires au sein de la structure (matériel, formation des professionnels et des représentants des usagers) (4).

#### **4.7.2. Le rôle des médecins et maïeuticiens**

Les médecins et les maïeuticiens doivent évaluer les facteurs de risque du patient. Ils sont à l'origine de la validation finale de l'autorisation de l'AAM. La prescription des médicaments dans le cadre de l'AAM est réalisée avec le patient et les autres professionnels. Ils sont également en charge d'inclure le pharmacien clinicien dans le dispositif (4).

#### **4.7.3. Le rôle de l'équipe pharmaceutique**

Les pharmaciens et les préparateurs participent également à l'évaluation des facteurs de risque, notamment vis-à-vis des traitements, et des conditions d'inclusion. En tant qu'experts du médicament, leur domaine d'expertise est d'identifier les difficultés que peuvent rencontrer les patients. Ainsi, ils sont également en charge d'accompagner le patient dans l'éducation de ses traitements. Ils participent à la sécurisation de l'administration en prenant en compte l'AAM lors des activités de pharmacie clinique. La dispensation doit avoir lieu selon les critères établis (délivrance du nombre de médicaments en fonction du nombre de jour de détention autorisé, etc.) (4). La dispensation nécessite d'informer et conseiller le patient sur le bon usage de ses traitements (16). Il s'agit donc d'une première étape d'éducation très utile afin que le patient puisse avoir un aperçu global de ses produits de santé. La dispensation est suivie par le bilan de médication. Cette étape comprend principalement la conciliation médicamenteuse et l'entretien pharmaceutique. La conciliation médicamenteuse vise à prendre en compte les prescriptions et le patient dans leur globalité. Le but étant l'optimisation des traitements grâce à une coordination pluridisciplinaire. La conciliation a lieu à l'entrée et à la sortie du patient. A l'entrée, elle vise à connaître les traitements du patient et son adhésion, ce qui est un moment adéquat pour connaître les patients qui seraient éligible à l'AAM. A la sortie, les modifications qui ont eu lieu lors de son hospitalisation lui sont expliquées afin que le retour à domicile se fasse aisément. Les entretiens pharmaceutiques

sont des moments privilégiés d'échange entre le patient et le pharmacien qui peuvent avoir pour but l'éducation des patients, l'évaluation de l'adhésion médicamenteuse et son renforcement (16). Ainsi, ces entretiens peuvent avoir une action non négligeable pour l'AAM puisqu'ils peuvent mettre en avant les patients adhérents pour les inclure. Leur action éducative est également primordiale pour les patients qui ne connaîtraient pas encore suffisamment leurs médicaments.

#### **4.7.4. Le rôle des infirmiers et cadres de santé**

Les infirmiers évaluent les compétences et les conditions d'inclusion des patients. Ils doivent également vérifier les médicaments délivrés au patient et enregistrer les prises en fonction des déclarations du patient. Ils aident également à l'éducation des patients sur leurs traitements (4).

Les cadres de santé vont mettre en place les modifications d'organisation décidée par la gouvernance et la formation des professionnels. Ils vont également assurer la conformité à la politique d'AAM mise en place, analyser les EIAS et recueillir la satisfaction des patients (4).

#### **4.7.5. Responsabilité**

En cas d'erreur de la part du patient, l'arrêté du 10 octobre 2022 n'indique pas à qui revient la responsabilité (3). Cependant, d'après l'outil 13 (FAQ PAAM) réalisé par la HAS celle-ci reviendrait à la structure hospitalière. Par conséquent, afin que le programme se déroule dans les meilleures conditions, la procédure doit être la plus précise possible. Sa transmission aux professionnels de santé est importante afin que chacun connaisse le dispositif et sache ce qu'il doit mettre en place afin que l'AAM puisse avoir lieu. Il est également important de déterminer l'intérêt des équipes pour ce genre de programme (4). En effet, si elles n'y sont pas favorables, l'introduction sera plus difficile et par conséquent moins sécuritaire pour le patient.

#### 4.8. Surveillance du programme d'AAM

La sécurité du patient en environnement hospitalier est indispensable. Afin de mettre en place une culture de sécurité, la HAS met en avant l'importance :

- Du signalement et de la déclaration des EIAS,
- Du retour d'expérience,
- Du travail en équipe,
- De la culture juste (17).

##### 4.8.1. Les EIAS

Un EIAS est un événement associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient, et dont on ne souhaite pas qu'il se reproduise. Ainsi, les rapporter est un élément indispensable pour favoriser la sécurité dans une démarche de qualité de la prise en charge. Le but n'étant pas de pointer du doigt les professionnels concernés, mais au contraire de permettre à l'ensemble des professionnels de tirer des enseignements d'événements ayant eu lieu. Leur déclaration est par conséquent fortement incitée, mais encore sous déclarée. Parmi les EIAS, on retrouve les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS). Ils sont caractérisés par des EIAS « dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale ». Leur signalement est encadré par le Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients (18).

Pour éviter que ces événements ne se produisent à nouveau, il faut mettre en place une démarche de gestion des risques. La première étape étant de recueillir tous les EIAS. Ceux-ci étant nombreux, il convient de choisir des cas dont la fréquence et la gravité est importante. Puis une analyse des risques à postériori de l'EIAS va avoir lieu en reprenant la chronologie et en identifiant les problèmes ou dysfonctionnement qui ont eu lieu. Il existe plusieurs manières de réaliser cette analyse approfondie comme l'analyse REMED ou ALARME par exemple.

L'analyse ALARME (Association of Litigation and Risk Management Extended) consiste à s'interroger autour :

- Du patient,
- Des tâches à accomplir,
- Du soignant,
- De l'équipe,
- De l'environnement de travail,
- De l'organisation et du management,
- Du contexte institutionnel,
- De l'expérience du patient,
- De l'épisode de soins,
- Des modalités de détection et de récupération de l'EIAS,
- Et du contexte dans lequel l'EIAS a eu lieu (19,20).

L'analyse REMED (Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs médicaux associés) est spécifiquement dédiée aux erreurs médicamenteuses. Elle consiste à décrire factuellement ce qui a eu lieu de manière chronologique. Puis à caractériser l'erreur médicamenteuse en indiquant :

- Le produit de santé concerné
- La nature de l'erreur (erreur de médicament, de dosage, de patient, etc.),
- Le niveau de réalisation (potentielle, avéré et identification avant ou après atteinte du patient),
- La gravité (mineure, significative, majeure, critique ou catastrophique),
- S'il s'agit ou non d'une erreur médicamenteuse porteuse de risque,
- L'étape initiale de survenue

Pour finir, il faut également chercher les causes et facteurs contributifs en lien avec :

- Le produit de santé,
- Le patient,
- Le professionnel de santé,
- Les pratiques et procédures opérationnelles,
- L'équipe,
- L'environnement de travail,
- L'organisation et le management,
- Le contexte institutionnel (21).

A la suite de ces analyses, des actions de correction et de prévention sont à mettre en place et à suivre dans le temps pour éviter les EIAS (19).

Dans ce contexte, les EIAS survenus dans le cadre de l'AAM doivent également être notifiés pour permettre la surveillance de cette pratique. Les problèmes liés au programme en lui-même doivent également être identifiés et signalés afin de pouvoir améliorer la pratique (4).

#### 4.8.2. Autres moyens d'évaluation du dispositif

En dehors de cette surveillance, le programme doit également être évalué dans son intégralité en prenant également en compte la satisfaction des patients et praticiens vis-à-vis du dispositif. Pour cela, la HAS propose dans son Outil 10 (Grille d'audit dispositif PAAM) 11 éléments sur lesquels s'interroger lors de l'évaluation de l'AAM. Ainsi, dans son audit la HAS met l'accent sur l'accessibilité de la procédure d'AAM, l'information du patient, le traçage des documents nécessaires à la mise en place de l'AAM dans le dossier du patient, l'utilisation d'un dispositif sécurisé pour les médicaments au chevet du patient. Cette évaluation permet l'amélioration continue du programme. La HAS recommande dans son outil 12 (évaluation du dispositif PAAM) d'évaluer la pratique mensuellement lors de sa mise en place (4).

### 5. Les freins et leviers identifiés

Dans ces recommandations, la HAS met en avant quelques freins identifiés dans les expériences menées à l'étranger. Ainsi, on retrouve des barrières au niveau de la prescription (22,23), de la complexité thérapeutique (24), du dossier des patients (23,25), du moment d'administration ou même du patient lui-même. En effet, les prescriptions manuscrites peuvent être problématiques pour le patient au niveau de la lisibilité (22,23). De plus, le dossier patient peut devenir problématique si les documents reliés à l'AAM ne sont pas correctement implémentés. Les patients sont également souvent confrontés à un moment d'administration différent de celui dont ils ont l'habitude lorsqu'ils sont chez eux (24). Enfin, les capacités du patient, aussi bien sur le plan cognitif que physique ne sont pas toujours favorables à une telle pratique (26,27). Il convient par conséquent d'avoir des dispositifs d'inclusion avec des outils mis à disposition des professionnels pour faciliter la procédure

d'évaluation du patient. Cette démarche est fastidieuse (4,24,28) ce qui peut être un challenge pour la mettre en place vis-à-vis du manque d'IDE à combler dans les hôpitaux. Toutefois, une bonne répartition des tâches en équipe pluridisciplinaire peut aider à une meilleure répartition de la charge de travail supplémentaire.

Des leviers ont été identifiés pour les professionnels et le patient par la HAS (4). Pour le personnel soignant, l'étude des expériences à l'étranger montre que leur sensibilisation et leur formation régulière permet un déploiement facilité (23,29–31). De plus, leur engagement est un levier essentiel pour pouvoir mettre en place l'AAM. Enfin, il est indispensable de proposer une solution de stockage adaptée pour permettre l'AAM (31). Concernant le patient, les leviers à saisir se concentrent sur son information et son éducation (32). En effet, il est plus facile d'intégrer des patients ayant déjà connaissance de la possibilité de s'auto-administrer. De plus, pour aider à l'AAM leur éducation sur leur traitement est essentielle. Enfin, des outils adaptés pour simplifier la mise en pratique, comme par exemple un plan de prise, facilitent la mise en place (33).

## 6. L'AAM en France : exemple d'essai d'AAM

En France, les essais d'AAM sont relativement peu décrits. Ceci peut être en partie dû au fait qu'il n'existait pas de dénomination commune pour ce genre de pratique rendant les recherches plus compliquées. La HAS introduit la notion de PAAM en 2022 dans ses recommandations.

Le centre de réadaptation cardiovasculaire de Bois Gibert, situé en région Centre-Val de Loire, fait partie des précurseurs de l'AAM en France (34,35). Ce centre possède 5 unités fonctionnelles :

- La réadaptation cardiovasculaire où les patients sont généralement autonomes et suivent une éducation thérapeutique incluant une éducation à l'auto-gestion de l'administration des médicaments ;
- Les soins de suite cardiovasculaires où les patients sont dans une démarche de reprise d'autonomie, mais par conséquent plus dépendants ;
- L'hôpital de jour ;
- La prévention cardiovasculaire ;

- La cardiologie du sport (35).

C'est dans cette première unité que le centre a entrepris des essais d'AAM. A l'entrée du patient, une conciliation médicamenteuse est entreprise par le médecin. Puis, avec l'aide de l'IDE, le circuit du médicament est expliqué au patient, et son autonomie à gérer son pilulier est évaluée par le médecin puis par l'IDE (34,35). Trois cas sont à distinguer :

- Le patient n'est pas autonome
- Le patient est autonome pour la prise des traitements
- Le patient est autonome dans la gestion de son traitement.

Dans le premier cas, une chronologie pour l'administration a été définie (Figure 10).

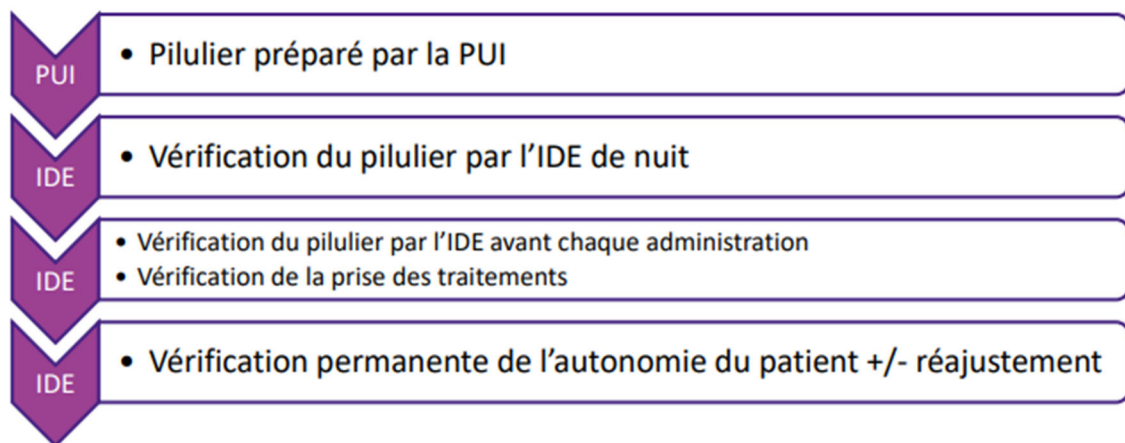


Figure 10. Chronologie d'administration pour un patient non autonome (34).

Pour les patients autonomes pour la prise de traitement, la seule différence réside à la troisième étape. La vérification de la prise des traitements par l'IDE est supprimée, et le patient devient acteur par la prise du traitement à chaque repas (34).

Pour les patients autonomes dans la gestion de leurs médicaments, leur pilulier leur est remis pour la journée avec l'ordonnance en cours. Pour cela, le patient s'engage à vérifier que les médicaments qui lui sont remis sont exacts et signaler toute erreur. Une fiche outil est remise au patient sur la méthode de vérification des médicaments qu'il doit appliquer et une autre lui permettant de notifier les erreurs médicamenteuses. Les comprimés sont reconditionnés, ou sur-conditionnés afin que le nom du médicament et le dosage soit apparents. Un « contrat d'observance » est signé par le patient, le médecin et l'IDE (34,35). Dans cette situation, l'administration ne suit pas les mêmes étapes (Figure 11).



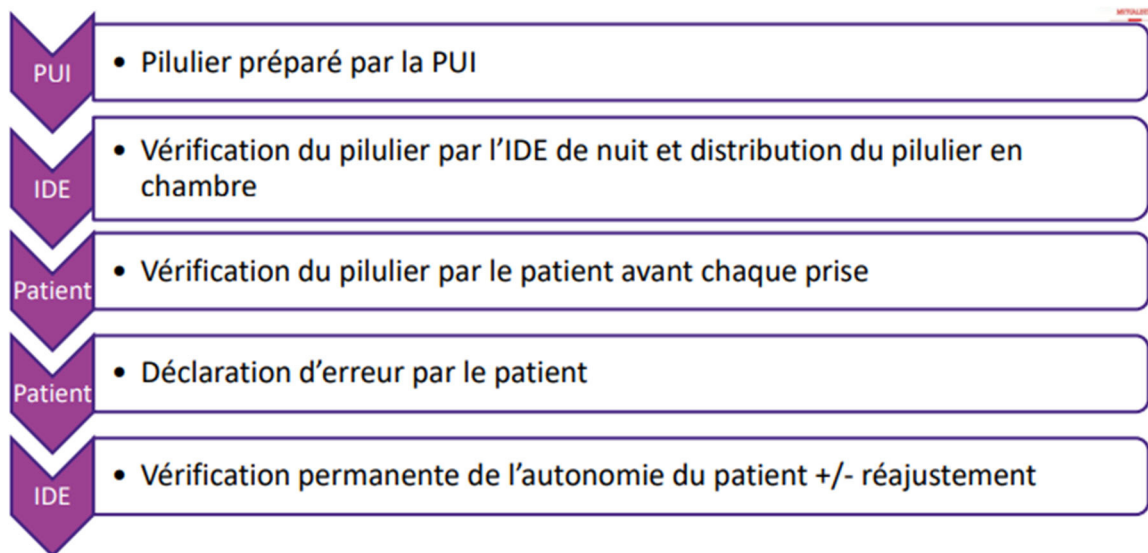


Figure 11. Chronologie d'administration pour les patients autonomes dans la gestion de leur traitement (34).

Sur la période de décembre 2016 à juin 2017, un audit interne a été réalisé pour évaluer cette pratique par le patient : 368 questionnaires ont été complétés sur les 383 distribués. Cet audit a révélé que 91% des patients vérifiaient la conformité du pilulier à l'ordonnance. La vérification du nom sur le pilulier (identitovigilance) au moins une fois par jour était réalisée par 91% des répondants. Une erreur dans le pilulier avait déjà été relevée par 4% des patients et 6% ont avoué avoir déjà omis une prise. Enfin, 100% des patients voulaient continuer cette gestion de leurs médicaments pendant leur séjour (34,35).

Cette approche est donc novatrice pour concilier l'éducation et la sécurité. Elle nécessite toutefois une implication forte des équipes (34,35).

## Partie II : Partie expérimentale

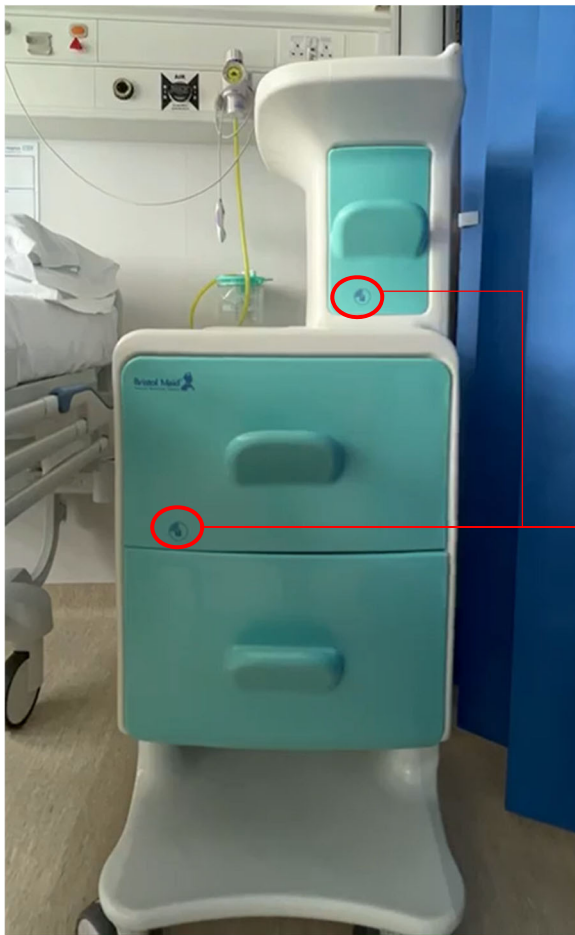
---

### 1. Contexte et objectifs

Cette partie expérimentale a pu être réalisée dans le cadre d'un stage hospitalo-universitaire avec l'hôpital universitaire de Londres (University College London Hospital, UCLH) entre juin et août 2022.

Dans cet hôpital, l'AAM par le patient a été laissée de côté pendant plusieurs années du fait du manque de matériel approprié – c'est-à-dire de casiers de rangement fermés au chevet du patient pour pouvoir mettre les médicaments en lieu sûr - et de la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19. Au cours de l'été 2022, une grande majorité des services ont été équipés en tables de chevet permettant l'accès à certains compartiments uniquement sur présentation d'une carte (Figure 12). La situation sanitaire commençant également à devenir gérable, l'attention s'est recentrée autour de cette pratique. Ainsi, ma mission était de faire un état des lieux de l'AAM. Celle-ci s'est découpée en deux parties et plusieurs objectifs :

- La première partie consistait à étudier la pratique d'AAM telle qu'elle était mise en œuvre dans différents hôpitaux au Royaume-Unis et dans le monde (étude 1). Ceci a permis de comparer les différentes pratiques, mais également d'identifier les freins et par conséquent les leviers d'amélioration pour cette pratique.
- La seconde partie consistait à étudier au sein de différents sites d'une même structure hospitalière la mise en pratique de l'AAM (étude 2). Pour cela, les différents médicaments pris dans le cadre de l'auto-administration à l'UCLH en juillet 2022 ont été analysés.



Présentation de la carte d'accès nécessaire pour l'ouverture des casiers.

Figure 12. Nouvelle table de chevet des patients à l'UCLH.

## 2. Etude 1 – Comparaison des pratiques de l’AAM : une pratique innovante parsemée d’obstacles

En 2017, l’OMS a lancé l’initiative mondiale « Médicament sans méfaits ». Elle se base sur la priorisation de la sécurité des médicaments dans trois domaines :

- La polymédication,
- Les transitions de soins,
- Les situations à haut risque.

L’objectif de cette initiative est de réduire de moitié les préjudices médicamenteux évitables au cours des cinq années suivantes (36). Dans le rapport technique réalisé sur le sujet de la transition des soins, l’OMS souligne la nécessité d’un partenariat avec le patient. Étant donné qu’il est au centre des soins, son engagement pourrait être une grande aide pour la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (37).

Dans ce contexte, la mise en œuvre de l’AAM par les patients hospitalisés semble nécessaire. En effet, ce programme consiste à donner au patient suffisamment de connaissances sur ses traitements pour qu’il puisse être suffisamment confiant pour prendre ses propres médicaments à l’hôpital. Elle permet aux patients d’être plus observants avec leurs traitements même après leur sortie (38). Bien qu’il donne au patient les moyens de développer ses connaissances sur sa maladie, l’AAM est également redoutée par les praticiens en raison des risques de sous-dosage ou de surdosage (intentionnel ou accidentel) (38).

Selon la dernière politique d’AAM de l’UCLH, en vigueur depuis 2014, cette pratique permet à des patients hospitalisés, en ambulatoire ou de jour dans un service ou une zone clinique désignée, d’être responsables du stockage et de l’administration de leurs propres médicaments (39). L’objectif de ce document est de donner une structure afin de rendre l’AAM sûre et efficace (39).

Pour vérifier la conformité à cette politique, certains audits ont déjà été effectués. Un audit portant sur l’auto-administration d’insuline réalisé en 2016, a montré que 41,1 % des membres du personnel n’avait pas connaissance de la politique d’AAM (40). Un autre audit a été mené en 2018 sur l’auto-administration d’insuline ou d’antiparkinsoniens. Sur 80 patients traités inclus dans l’audit, 19 s’auto-administraient. Or sur ces 19 patients, seuls 3 avaient été évalués pour l’AAM (41). Cela démontre soit d’un manque de connaissance de la politique

d'AAM, soit d'un manque de temps de l'équipe soignante qui empêcherait ainsi de suivre chaque étape.

Ainsi, le but de l'étude 1 était d'analyser l'AAM dans les hôpitaux britanniques. Les objectifs étaient les suivants :

- Comparer les politiques d'AAM au Royaume-Uni et d'identifier un ensemble standard de principes dans le schéma de l'AAM ;
- Identifier les freins et les leviers de l'AAM.

## 2.1. Méthode

Cette première étude est une revue de la littérature narrative sur l'AAM en milieu hospitalier.

### 2.1.1. Comparaison de la politique d'AAM d'UCLH à celle d'autres hôpitaux du Royaume-Uni

Pour réaliser cette partie, les politiques d'AAM de différents hôpitaux du Royaume-Uni ont été utilisées. Elles ont pu être trouvées à partir des mots clés « self-administration of medicines policy » sur un moteur de recherche. Puis, elles ont été lues afin de pouvoir identifier les catégories pertinentes à comparer. Ensuite, un tableau avec ces catégories a été créé afin de mettre en avant les spécificités de chaque hôpital par rapport à UCLH sur les thématiques principales. L'étude de toutes ces politiques a également permis de réaliser un schéma des étapes clés pour la réalisation de l'AAM.

### 2.1.2. Freins et leviers à la pratique de l'AAM

Afin d'analyser les freins et leviers à la pratique de l'AAM, une recherche d'articles scientifiques a été menée. Pour ce faire, une analyse des publications sur medline et pubmed a été réalisée en utilisant les termes « self-administ\* » et « self-management ». Les articles pertinents ont été soigneusement identifiés à partir des titres et des résumés. En effet, la plupart des articles parlaient de l'AAM pour des patients non hospitalisés ce qui a grandement limité la recherche.

## 2.2. Résultats

### 2.2.1. Comparaison de la politique d'AAM d'UCLH à celle d'autres hôpitaux du Royaume-Uni

Douze politiques d'AAM ont été étudiées afin de vérifier les différences entre les hôpitaux de Londres (39,42–44) (Heart of England, East London, Camden et Islington, UCLH) et de tout le Royaume-Uni (45–52) (Angleterre : Birmingham, Southern Health, Solent, Leicester, Northern Devon, Medway ; Ecosse : Lothian ; Pays de Galles : University Health Board). Le but était de mettre en évidence les différences.

Chaque hôpital disposant d'un programme d'AAM devait décliner une politique expliquant :

- Les critères d'inclusion des patients,
- Les médicaments exclus du programme d'AAM,
- Le fonctionnement de l'AAM dans l'hôpital concerné
- La méthode de surveillance du programme d'AAM.

En effet, chaque hôpital a ses propres règles et chacune d'entre elles peut être différente d'un endroit à l'autre. C'est pourquoi nous allons comparer les hôpitaux du Royaume-Uni sur quelques critères afin d'avoir une vue plus globale de cette pratique.

- Niveaux d'AAM

La plus grande différence entre les hôpitaux au Royaume-Uni réside dans l'utilisation ou non de niveaux d'AAM. De nombreux hôpitaux essayaient d'impliquer autant de patients que possible dans le processus d'AAM afin qu'ils puissent améliorer leur autonomie vis-à-vis de leur pathologie pendant leur séjour. Tandis que d'autres, comme l'UCLH ou Heart of England, ont décidé de mettre l'accent sur le maintien des capacités lors des séjours hospitaliers en privilégiant les patients déjà autonomes. Cette décision permettait également de mettre en avant une pratique basée sur une sécurité plus importante.

Pour les structures ayant recourt à des niveaux d'AAM, la plupart d'entre elles sont sur le même schéma. Il est basé sur 3 étapes, niveaux 1, 2 et 3, décrites dans le Nursing and Midwifery council (2010) (Figure 13).

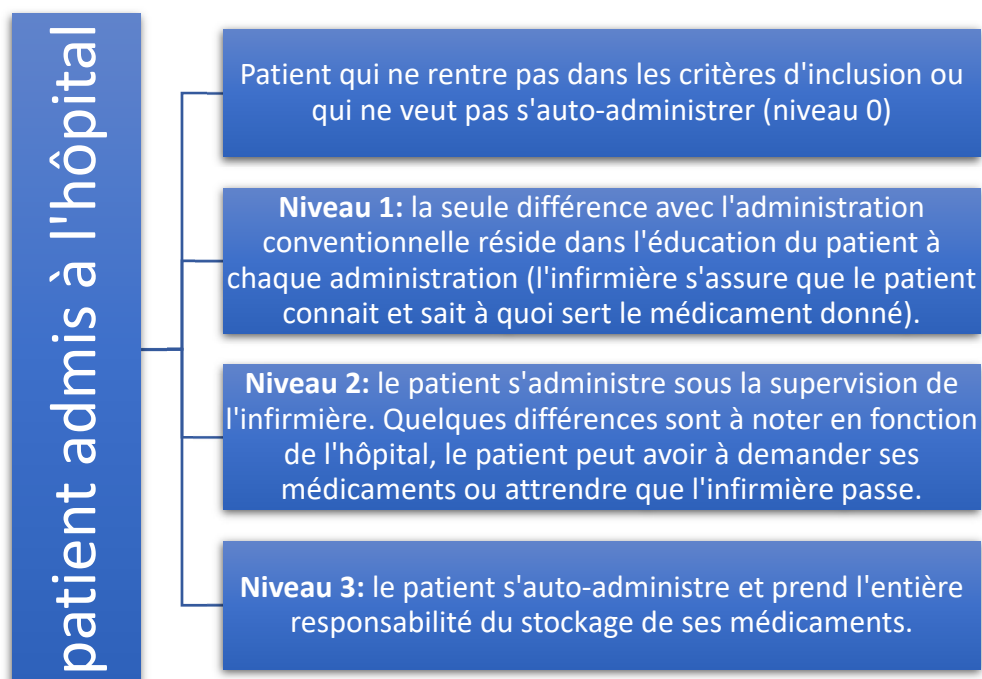


Figure 13. Schéma des niveaux d'AAM (43–47,49,51,52).

Cependant, quelques hôpitaux ont décidé de l'adapter en ajoutant un niveau 0 par exemple à Medway (52), signifiant que le patient ne s'auto-administre pas. Il peut s'agir d'une démarche intéressante si le logiciel ou dossier patient l'affiche afin que le patient puisse facilement être identifié comme étant dans le programme ou non.

De son côté, Southern Health a décidé de tout redéfinir et de se concentrer sur le nombre de jours d'approvisionnement que le patient est autorisé à recevoir (Figure 14) (50).

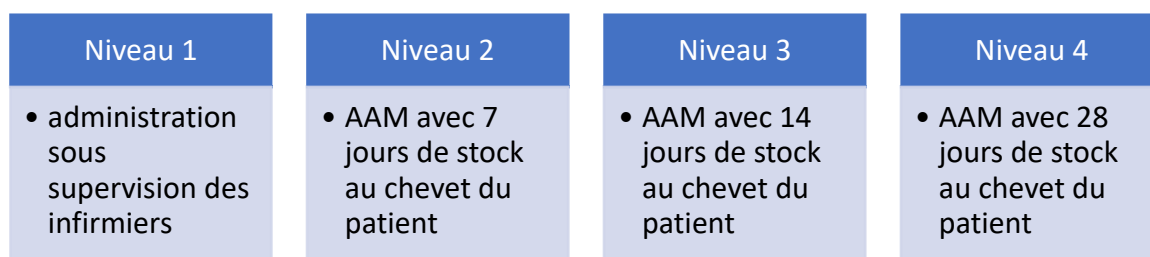


Figure 14. Schéma des niveaux d'AAM à Southern Health (50).

- Critères d'exclusion du patient

Le programme d'AAM peut être risqué pour les patients dont le traitement est complexe s'ils ont à le gérer seuls. C'est pourquoi les hôpitaux doivent le rendre aussi sûr que possible. Ainsi,

certaines critères d'exclusion ont été identifiés afin d'assurer la sécurité du patient. A travers les différents hôpitaux étudiés, ces critères concernent généralement les mêmes sujets, mais certaines nuances sont fournies en fonction de l'hôpital :

- L'âge : l'AAM est autorisée pour les personnes âgées de plus de 12 ans à l'UCLH (39); en ce qui concerne les autres structures, la pratique n'est parfois autorisée qu'à partir de 16 ans (42,45) ou de 18 ans (47) mais il peut y avoir des critères associés tels que le fait d'être dans un service pour adultes (42) ;
- L'état psychologique : l'AAM n'est pas autorisé si les patients présentent un risque d'automutilation (39) ou s'ils sont confus. À Birmingham, le patient confus ou atteint de troubles cognitifs peut s'auto-administrer des médicaments jusqu'au niveau 2 d'AAM (Figure 13) (45) ;
- État physique : les capacités du patient doivent être évaluées concernant sa prise de traitement. De plus, moins de 24 heures après une anesthésie générale (39) le patient n'est pas suffisamment conscient pour s'auto-administrer ses médicaments. De même s'il présente un traumatisme crânien (42) ou s'il est dans une unité de soins intensifs (39) ;
- Capacité à s'auto-administrer : s'il est jugé inapte à gérer ses médicaments de manière sûre et efficace (39), si une non adhésion au traitement est suspectée ou confirmée (42) et s'il n'est pas attendu qu'il gère lui-même ses propres médicaments après sa sortie (39) ou ne souhaite pas participer à l'AAM (45) ;
- Autre : les patients ayant des schémas posologiques instables (44,45), ayant des problèmes d'addiction d'alcool ou de drogues (39) ou ayant des antécédents de tels abus (48), se trouvant dans un service qui ne possède pas l'équipement de stockage requis (52) ou dont la durée de séjour est de moins de 7 jours (52) peuvent également être exclus des programmes d'AAM.

Les nuances dans les critères dépendent également du fait que l'hôpital mette en place ou non un système de niveaux d'AAM. En effet, si ce système n'est pas en place, comme c'est le cas de l'UCLH, il n'y a pas possibilité de l'autoriser pour des patients qui auraient besoin d'une surveillance plus importante. De la même manière, certains médicaments sont également exclus afin de garantir la sécurité des patients.



Avant de décrire les médicaments exclus, il convient de définir ce qu'est la catégorie des médicaments contrôlés (controlled drugs) au Royaume-Uni. Il s'agit des substances sensibles qui nécessitent des mesures de délivrance et de conservation particulières. Les médicaments qui en font partie, disponibles uniquement sur prescription, sont régulés de par leur caractère dangereux et les risques de mésusage (53). Les substances encadrées par ce terme sont réparties dans différentes listes de 1 à 5 par ordre décroissant de dangerosité :

- La liste 1 comprend les drogues non utilisées en médecine à fort risque d'addiction comme par exemple l'ecstasy et le cannabis ;
- La liste 2 contient ceux qui peuvent avoir un usage médical, mais qui ont également un fort potentiel d'addiction. On y retrouve la plupart des médicaments considérés stupéfiants en France, mais également la codéine ;
- La liste 3 contient les médicaments avec un potentiel modéré à bas d'abus et/ou d'addiction. On retrouve dans cette catégorie la buprénorphine et la gabapentine ;
- La liste 4 contient des médicaments à risque faible de mésusage avec par exemple l'alprazolam ;
- La liste 5 comprend des substances avec un faible potentiel d'abus, c'est le cas de la rétigabine et du cannabidiol (53–55).

Comme pour les patients, les critères d'exclusions des médicaments se trouvent généralement dans les mêmes catégories, mais des nuances sont observées en fonction des hôpitaux :

- Voie d'administration : l'UCLH exclut les injections si le patient n'est pas supposé les réaliser à domicile (39) tandis que certains hôpitaux n'excluent que les médicaments à administrer en intraveineuse (42). Pour d'autres, c'est la voie intramusculaire qui est exclue (52); d'autres excluent l'injection/la perfusion sans exception (46). En dehors des injectables, l'UCLH n'autorise pas l'AAM de préparation rectale et de thérapie nébulisée pour les patients qui ne sont pas en mesure d'utiliser l'équipement (39) ;
- Spécificité des médicaments : Pour les médicaments contrôlés, les patients ne peuvent s'auto-administrer que jusqu'au niveau d'AAM 1 (45) ou au niveau 2 selon l'hôpital (44). L'UCLH n'autorise pas ceux des listes 1 à 3 (39) alors que d'autres hôpitaux n'en autorisent aucun (43,46,48). Les médicaments à dose unique (39) ou qui possèdent un schéma thérapeutique variable (doses de charge de warfarine, cycles de réduction,

traitement à dose variable d'insuline, titration de la clozapine, etc.) (42,44,45,48,50), ou qui ne sont à prendre que lorsque c'est nécessaire (médicaments Pro Re Nata, PRN qui signifie quand ils sont requis) (43) peuvent être exclus. Ils peuvent également l'être du fait de leur toxicité (cytotoxique) (43) ;

- Stockage : L'UCLH exclut les médicaments nécessitant une réfrigération (39). Si les médicaments sont dans un système d'aide à l'observance (pilulier), un pharmacien doit vérifier s'il est approprié avant utilisation. Les flacons/boîtes non étiquetés sont interdits (39).

- **Stockage et approvisionnement en médicaments**

Pour mettre en œuvre l'AAM, il est nécessaire d'avoir un stockage sécurisé afin que le patient puisse tenir ses traitements à distance des autres patients et des visiteurs. L'objectif étant que seuls le patient et le personnel hospitalier puissent y avoir accès. Dans la majeure partie des hôpitaux, le stockage se fait dans des tables de chevet qui peuvent être fermées à clé ou par carte magnétique (Figure 12) (42,45,48). Dans certains hôpitaux, les médicaments ne se trouvent pas au chevet du patient, mais dans le chariot de médicaments ou dans l'armoire à médicaments individuelle en fonction du niveau d'AAM du patient (43,44,46,47,49–52). Cela peut également dépendre de l'équipement du service.

Comme tous les hôpitaux, l'UCLH souhaite sécuriser les médicaments au chevet du patient avec un accès par clé. Cependant, comme il n'y a pas de système de niveau, tous les patients inclus dans le programme sont en possession de la clé de leur casier. Dans les hôpitaux où des niveaux d'AAM sont en place, il peut y avoir des différences en fonction du niveau auquel se trouve le patient. En effet, aux niveaux les plus bas, les patients n'ont pas accès au casier (à East London et au Pays de Galles (43,48) par exemple). Ils doivent demander pour s'auto-administrer tant qu'ils ne sont pas au 3<sup>ème</sup> niveau d'AAM.

Lorsqu'un patient s'auto-administre, il doit demander un réapprovisionnement à l'infirmière lorsqu'il n'a plus de médicament (39). Cependant, à l'hôpital de Camden and Islington, l'approvisionnement dépend de leur niveau d'AAM. Les niveaux 1 et 2 étant toujours sous la supervision du personnel, un approvisionnement mensuel est réalisé. Tandis qu'au niveau 3, quatre lots de 7 jours sont préparés pour le patient, mais un seul lot à la fois est donné au patient (44). Southern Health a également un modèle d'AAM par niveau, mais, comme

expliqué précédemment, il est basé sur l'approvisionnement que le patient recevra pour les niveaux 2, 3 et 4 (respectivement 7, 14 et 28 jours d'approvisionnement) (50).

- Brochure et procédure d'évaluation de l'AAM

Avant de proposer l'AAM, chaque hôpital met à disposition une brochure destinée au patient. Le but de celle-ci étant d'expliquer le principe de l'AAM et de répondre à la plupart de leurs questions. Par exemple, UCLH a rédigé des réponses (Annexe 2) aux questions suivantes :

- Qu'est-ce que le système d'auto-administration ?
- En quoi cela m'aide-t-il ?
- Qu'advient-il de mes médicaments ?
- Comment puis-je participer au programme, que se passera-t-il si je ne souhaite pas participer ?
- Quelles sont mes responsabilités si je choisis de m'auto-administrer ?
- A qui puis-je demander de l'aide ou des conseils ?
- Que se passe-t-il lorsque je rentre chez moi ?
- Contact à connaître en cas de besoin (39)

Les dépliants de certains hôpitaux comprenaient des explications supplémentaires telles que :

- Comment puis-je m'auto-administrer mon médicament ? (47)
- Auto-administration de l'insuline pour les patients diabétiques (47)
- Que se passe-t-il si je fais une erreur ? (47)
- Quels sont les avantages du programme ? (51)

Les questions présentées par l'UCLH n'étaient pas toujours rédigées de la même manière dans les autres hôpitaux, mais étaient équivalentes. Cette brochure a pour but d'aider les patients dans leur choix d'AAM à l'hôpital ou non. Si d'autres questions persistent, c'est aux praticiens d'aider les patients en leur apportant les réponses.

Si à la suite de cette lecture le patient souhaite participer au programme d'AAM, il doit être évalué par un professionnel de santé dûment formé. L'évaluation consiste généralement à poser des questions visant à vérifier les connaissances et la capacité du patient à gérer son propre traitement. A l'UCLH, le patient doit répondre à tous les critères d'inclusion pour s'auto-administrer (39). Cependant, à East London, ce n'est pas obligatoire. Le patient peut

s'auto-administrer au niveau 1 ou 2 s'il n'est pas totalement à l'aise avec son traitement (43). Chaque patient participant à ce programme doit signer un formulaire d'accord. Puis, l'équipe vérifiera que les traitements pris par le patient sont adaptés à l'AAM (39).

Si le patient est venu à l'hôpital avec ses propres médicaments, il est possible pour lui de s'auto-administrer avec dans certains hôpitaux (39,42,43,45–47,51,52). Pour ce faire, à l'UCLH, une vérification est effectuée pour contrôler si les médicaments propres aux patients sont adaptés à l'utilisation (39).

- **Les médicaments conditionnels en « si besoin »**

Ces médicaments sont plus difficiles à contrôler car ils ne sont pas pris régulièrement. À l'UCLH, les patients du programme d'AAM doivent informer le personnel infirmier lorsqu'ils ont pris un médicament « si besoin » afin qu'il puisse être enregistré sur le logiciel (39). Dans d'autres hôpitaux, il peut y avoir certaines nuances. En effet, selon le niveau, ils n'ont pas tous accès aux médicaments qui sont pris à la demande. Ils peuvent avoir à demander à une personne responsable de leur apporter. Cependant, tous les hôpitaux s'accordent sur le fait que les patients doivent informer le personnel infirmier afin que la prise puisse être enregistrée sur le logiciel.

- **Surveillance du patient**

L'objectif de l'AAM à l'hôpital est d'aider le patient à comprendre ce qu'il prend, pourquoi il le prend et qu'il soit capable de se souvenir quand il doit le prendre. Pour ce faire, chaque hôpital a sa propre façon de faire. À l'UCLH, une feuille d'information médicamenteuse est remise au patient. Il s'agit d'un tableau contenant chaque médicament, la dose, la raison pour laquelle il doit être pris et des instructions supplémentaires (39). La plupart des hôpitaux ont une feuille similaire. A East London, ils ont également ajouté une colonne pour le nom que le patient donne au médicament. En effet, il peut être différent du nom du principe actif (par ex., nom de marque, surnom, etc.) (43). À Camden and Islington, les patients peuvent demander une aide à l'observance. Dans ce cas, ils remplissent le pilulier sous la supervision d'une infirmière accréditée (44). En cas de modification des traitements, une colonne est ajoutée et doit être signée par le praticien indiquant ce qui a été changé (39).

À l'UCLH, les médicaments nouveaux/modifiés sont administrés par le personnel infirmier. Le patient est informé de la modification et l'équipe de pharmacie est chargée de retirer les médicaments arrêtés du chevet du patient, de réétiqueter les changements de dose et de dispenser les nouveaux médicaments (39). Dans certains hôpitaux, ils peuvent continuer à s'auto-administrer le médicament qui a été modifié. Par exemple, à Birmingham, le patient doit recevoir suffisamment d'informations pour s'auto-administrer en cas de modification de sa prescription. De plus, son évolution vers l'autonomie de la prise de son nouveau traitement doit être renseignée dans son dossier (45).

Chaque hôpital dispose d'une procédure pour enregistrer l'AAM sur son logiciel. À l'UCLH, lorsqu'un patient entre dans le programme, l'AAM doit être mentionnée dans les notes de soins infirmiers disponibles dans le dossier électronique du patient. Ensuite, le praticien doit indiquer lorsque le traitement a été pris avec la mention « auto-administré » sur EPIC (leur logiciel).

Chaque hôpital a sa propre manière de vérifier l'observance des patients. A UCLH, pour vérifier la conformité à la prescription, un pharmacien ou un préparateur en pharmacie contrôle les médicaments au chevet du patient deux fois par semaine (39). Dans certains hôpitaux, le contrôle pour vérifier la quantité de chaque médicament est effectué une fois par semaine et par le personnel infirmier (44,50). À Birmingham, ils réalisent un comptage des comprimés si le patient est suspecté de ne pas être observant (45). A Heart of England, après avoir intégré le programme, un examen est effectué 24 h après, puis à 72 h, puis chaque semaine pour vérifier s'il est toujours approprié qu'il s'auto-administre (42).

Si une erreur est commise, comme l'oubli d'une dose ou un surdosage, un formulaire d'incident doit être rempli. Si cette erreur est intentionnelle, le patient est retiré de l'AAM. Si elle ne l'est pas, l'évaluation à l'AAM doit être renouvelée (39). A Solent, la perte d'une clé est également considérée comme une erreur et doit par conséquent être signalée dans un formulaire d'incident (46).

- Responsabilité

La responsabilité est un problème majeur pour les professionnels de santé. En effet, que se passe-t-il si le patient ne prend pas la quantité prescrite de médicament ? Est-il responsable

de ses actions ? Ou, comme il est à l'hôpital, la responsabilité est-elle du côté de la structure ? Et comme il y a un devoir de soin, si l'hôpital est responsable, est-ce la responsabilité du médecin qui l'a prescrit ? Du pharmacien qui l'a délivré ? Ou de l'infirmière en charge du patient ?

Dans la politique d'AAM de l'UCLH, il est écrit en introduction que le patient est responsable de la conservation et de l'administration de son traitement. Cependant, dans l'accord que le patient signe, il est écrit : « J'ai lu les informations fournies et j'accepte de prendre mes propres médicaments comme prescrit sur le tableau médicamenteux et de les conserver dans le casier à médicaments verrouillé au chevet du patient. J'accepte d'assumer la responsabilité de la clé de casier/carte-clé pendant que je suis hospitalisé dans le service ».

La responsabilité est clairement indiquée pour la clé de casier alors qu'il accepte seulement de prendre ses médicaments (39). Dans ce cas, que se passe-t-il s'il oublie ou en prend trop sans le faire exprès ? Sur le principe, la responsabilité peut être partagée entre le patient et l'équipe pluridisciplinaire. Cependant, aucune politique ne l'indique clairement. Ce manque de clarté en cas d'erreur est un problème important pour les soignants. En effet, ils peuvent craindre d'être responsables en cas de problème, ce qui peut avoir comme conséquence de limiter l'AAM à l'hôpital.

Northern Devon est le seul hôpital à faire signer au patient une « déclaration d'acceptation de responsabilité ». Néanmoins, rien dans la politique n'indique ce qui se passe en cas d'erreur du patient (51). C'est le point principal sur lequel les équipes de santé veulent être rassurées ou du moins avoir connaissance.

- **Surveillance du dispositif d'AAM**

Aucun schéma d'AAM n'est parfait et chacun d'entre eux doit être régulièrement évalué et adapté à l'hôpital. A l'UCLH, un audit des incidents survenant lors de l'auto-administration par le patient doit être effectué tous les six mois par le pharmacien responsable de la sécurité des médicaments (39). À Birmingham et à Heart of England, un examen des incidents est effectué chaque trimestre (42,45). Dans certains hôpitaux, des systèmes de surveillance sont mis en place tous les mois sur la gestion des médicaments (42,44). La documentation de l'AAM peut

également être évaluée dans un audit (42). Certains hôpitaux surveillent également la satisfaction des patients par un audit (46) ou une enquête tous les 12 mois (47).

Alors que certains hôpitaux évaluent de petites parties de l'AAM chacune à la fois, d'autres effectuent un audit général sur l'AAM (44,45,52).

Le Tableau 3 récapitule les différences mises en évidence dans les politiques d'AAM étudiées.

	UCLH	Autres hôpitaux
<i>Niveaux d'AAM</i>	Pas de niveau à l'UCLH, le patient est en mesure de s'auto-administrer complètement ou non (39).	La plupart des autres hôpitaux ont mis en place des niveaux pour appliquer l'AAM en fonction des besoins des patients (43–47,49–52) ce qui permet à certains patients d'intégrer le programme sans être complètement autonomes au début.
<i>Exclusion des patients hospitalisés</i>	Selon : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge,</li> <li>• État psychologique ou physique,</li> <li>• Capacité à s'auto-administrer.</li> </ul>	La plupart des hôpitaux s'accordent sur le sujet des critères d'exclusion de l'UCLH. Cependant, il existe des <b>nuances</b> , certains hôpitaux sont plus stricts sur certains points que d'autres. Par exemple, les patients ayant des antécédents d'alcoolisme ou de toxicomanie ne sont pas nécessairement exclus à l'UCLH (39), ils ne peuvent pas dépasser le 1 <sup>er</sup> niveau à Southern Health (50) alors qu'ils sont complètement exclus dans l'exemple de politique d'AAM du Pays de Galles (48).
<i>Médicaments exclus</i>	Selon : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voie d'administration,</li> <li>• Spécificité du médicament,</li> <li>• Stockage.</li> </ul>	Comme pour l'exclusion des patients, des nuances sont visibles entre les hôpitaux. Par exemple pour les injectables, certains hôpitaux n'excluent que les médicaments

		IV (42) d'autres n'autorisent pas la voie IM (52) et d'autres excluent complètement les injections (46).
<i>Stockage des médicaments</i>	Casier verrouillable au chevet du patient (Figure 12) (39).	chariot à médicaments ou armoire à médicaments individuelle en fonction du niveau d'AAM (43,44,46,47,49–52).
<i>Brochure destinée aux patients</i>	Répond aux questions les plus fréquentes des patients (39).	La brochure peut être plus détaillée pour certains types de maladies (par ex. diabète) ou d'autres sujets spécifiques (47).
<i>Procédure d'évaluation AAM</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation des connaissances et des capacités des patients ;</li> <li>• Signature du formulaire d'accord ;</li> <li>• Vérification des médicaments pour inclusion ;</li> <li>• Si médicaments du patient : vérification de leur possibilité d'AAM (39).</li> </ul>	La principale différence entre les hôpitaux repose sur le professionnel qui évalue le patient. A Lothian Scotland, elle est réalisée par une équipe pluridisciplinaire (patient, infirmier, pharmacien et consultant des patients) (49).
<i>Approvisionnement</i>	Le patient informe le personnel s'il arrive à court d'un médicament (39).	La quantité de médicaments délivrés peut être soumise au niveau d'AAM (44,50).
<i>Médicaments « si besoin »</i>	Le patient doit informer le personnel infirmier s'il est pris afin que la prise soit enregistrée.	S'il n'a pas accès à ses médicaments, le patient doit en demander pour en prendre.
<i>Aide donnée au patient</i>	Tableau médicamenteux récapitulant les traitements du patient (39).	Pilulier d'aide à l'adhésion sur demande (44).
<i>Changements dans la prescription</i>	Information du patient et administration des médicaments	A Birmingham, le patient peut continuer à s'auto-administrer tout le traitement sous certaines conditions (45).



	nouveaux ou modifiés par le personnel infirmier (39).	
<i>Suivi de l'observance des patients</i>	Contrôle bi-hebdomadaire des médicaments par pharmacien ou technicien en pharmacie (39).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comptage des comprimés si manque d'observance suspectée (45),</li> <li>• Contrôles hebdomadaires (44,50),</li> <li>• Contrôle à 24h, 72h, puis de manière hebdomadaire (42).</li> </ul>
<i>Gestion des risques</i>	<p>Erreur : formulaire d'incident à remplir</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erreur intentionnelle : retrait de l'AAM ;</li> <li>• Erreur Non intentionnelle : réévaluation du patient à poursuivre l'AAM (39).</li> </ul>	Les clés perdues peuvent également être considérées comme un incident (46).
<i>Surveillance du schéma AAM</i>	Audit des incidents liés à l'auto-administration rapportés dans le système de signalement des incidents (Datix) (39).	Audit, examen, surveillance de l'AAM en fonction des hôpitaux.
<i>Responsabilité</i>	Pas clairement indiqué.	A Northern Devon le patient signe une « déclaration d'acceptation de responsabilité » (51).

Tableau 3. Comparaison de la politique d'AAM de l'UCLH par rapport à d'autres du Royaume-Uni (39,42–52).

- Les étapes de l'AAM

L'AAM est une pratique qui peut donc varier d'un hôpital à un autre sur de nombreux critères. Cependant, d'après l'analyse des différentes politiques d'AAM, les étapes clés de la mise en place de l'AAM sont retrouvées dans un ordre précis (Figure 15).

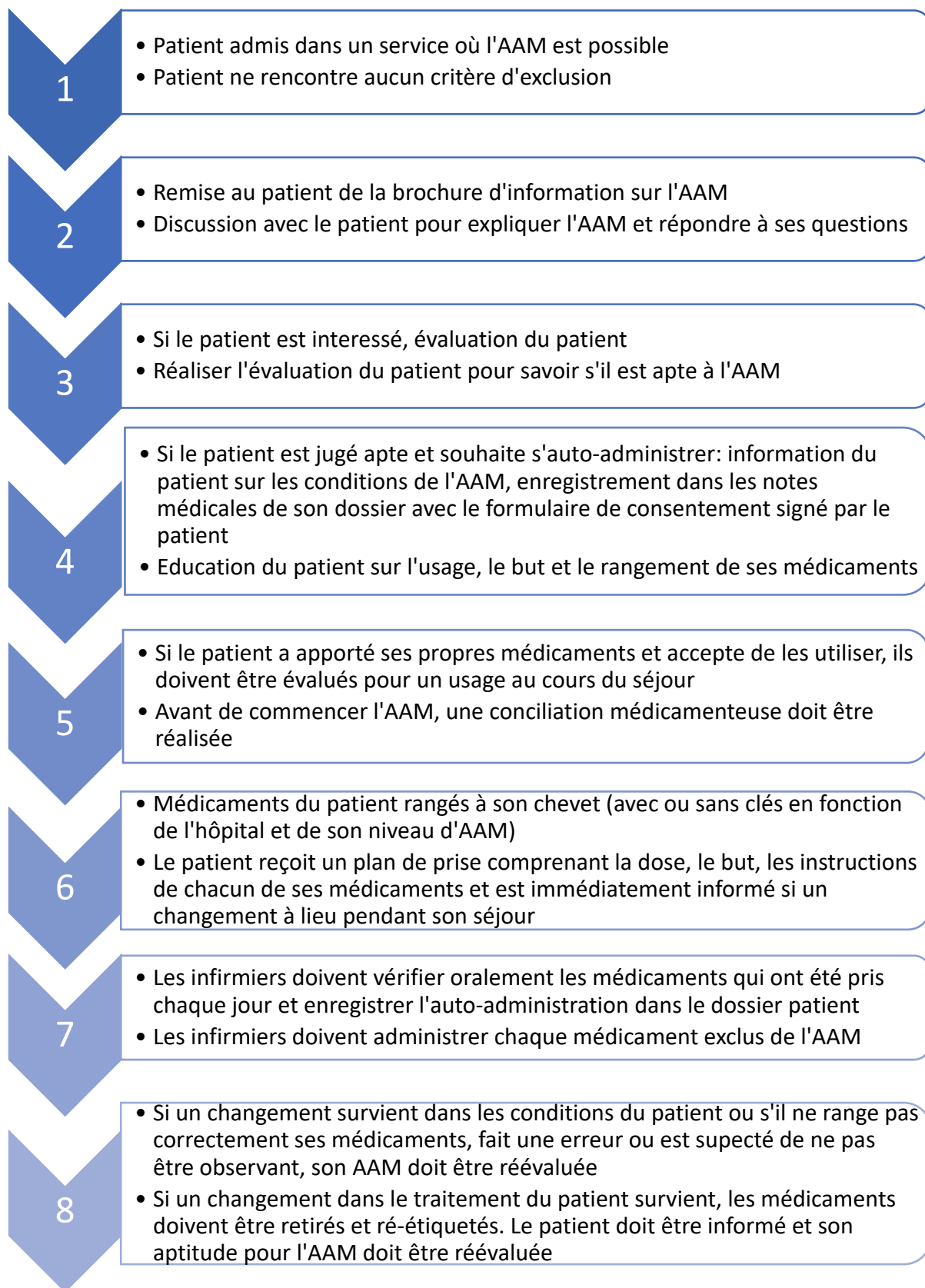


Figure 15. Etapes clés de l'AAM d'après la plupart des politiques d'AAM.

### 2.2.2. Freins et leviers à la pratique de l'AAM

L'AAM est réalisé dans de nombreux hôpitaux à travers le monde. Ce programme présente de nombreux avantages. En effet, il contribue à renforcer les connaissances du patient sur son traitement. De plus, l'équipe soignante peut l'aider dans cette démarche durant son séjour hospitalier, lui permettant ainsi une plus grande autonomie vis-à-vis de son traitement. Tous ces éléments vont permettre de réduire la probabilité d'erreurs lors de son retour à domicile. A plus grande échelle, cette diminution peut entraîner une décroissance dans le nombre de réadmission à l'hôpital (56). Dans une étude recueillant l'avis des patients et des professionnels de santé sur cette pratique, les deux parties ont déclaré qu'il s'agissait d'un bon exercice dans un environnement contrôlé (57). Cependant, il existe encore des freins qui empêchent son développement à un plus grand nombre. Lors d'un audit effectué par l'UCLH (40) certains de ces freins ont été détectés, tels que :

- Le manque de connaissance de la politique d'AAM auprès des professionnels de santé ;
- Ne pas savoir ce que prend le patient en raison d'un problème de communication ;
- Le manque de stockage sûr et facilement accessible ;
- La crainte que les formalités administratives ne prennent beaucoup de temps ;
- La confusion concernant la responsabilité des professionnels de santé.

Malgré ces freins, plus de la moitié des membres du personnel (56,2 %) étaient en faveur de la permission aux patients de s'auto-administrer et moins d'un quart (20,5 %) s'opposaient à ce schéma. Une majorité des membres du personnel (87,7 %) s'accordaient à dire que ce dispositif permettait aux patients de garder le contrôle et la compréhension de leurs médicaments (40). Dans la littérature, d'autres freins ont été soulevés, tels que la sécurité du patient, qui peut être en partie liée au manque de communication craint par le personnel de l'UCLH, mais qui est également liée à la peur des erreurs et à l'aptitude du patient à s'auto-administrer (56).

Concernant cette partie, douze articles sur l'AAM ont été trouvés grâce à une recherche sur pubmed et medline ou grâce à la bibliographie d'articles pertinents sur le sujet.

- **Sensibilisation à la politique AAM**

D'un côté, le manque de connaissance de la politique d'AAM semble limiter cette pratique du point de vue de l'inclusion des patients. En effet, l'audit réalisé au Warrington General Hospital NHS Foundation Trust a montré qu'aucun des patients diabétiques compétents sous agent oral n'avait connaissance de la politique d'AAM tandis que 76 % sous traitements injectables en avaient connaissance (31). Dans une autre étude menée à l'hôpital Charing Cross, seuls 37 % des patients ont déclaré avoir connaissance de ce programme (29). Ce programme n'est pas suffisamment connu même pour les patients. Afin de développer l'AAM, aussi bien les patients que les praticiens doivent connaître cette option comme moyen d'améliorer l'autonomie du patient sur ses traitements. Il est nécessaire de sensibiliser les patients et les professionnels de santé à la politique d'AAM pour améliorer la pratique. Les travaux de Garfield *et al.* ont montré qu'augmenter la connaissance de l'équipe à ce programme permet d'inclure plus de patients (29).

D'un autre côté, la connaissance du dispositif seul ne suffit pas. Afin que la pratique soit fiable et sécuritaire, il faut également que les professionnels soient sensibilisés aux étapes que l'AAM requière. Une étude à l'hôpital Charing Cross a enregistré 31 % de patients déclarant qu'ils s'auto-administraient leur traitement alors qu'ils n'étaient pas inscrits au programme d'AAM sur le logiciel de prescription (29). Ce pourcentage peut être le reflet d'un manque de connaissance de la politique d'AAM ou de temps de la part des praticiens, puisqu'ils n'indiquent pas l'AAM dans le dossier patient. Il peut également mettre en avant un manque de communication avec le patient qui s'administrerait sans que l'équipe ne le sache. Les deux situations peuvent être dangereuses et induire des erreurs. En outre, dans cette étude, il n'y avait aucun dossier de patient complété avec les documents nécessaires à l'AAM (29).

- **La sécurité du patient**

L'un des plus grands obstacles à l'AAM identifié est la sécurité des patients, puisqu'ils sont sous la supervision de professionnels de la santé (58). Cependant, une étude a montré que moins de médicaments étaient omis lorsque les patients s'auto-administraient en comparaison de l'administration traditionnelle (29).

Cependant, le patient peut présenter des difficultés avec l'AAM si les médicaments administrés ne sont pas dans le même conditionnement que ce qu'il a l'habitude d'avoir à la

maison. En effet, le générique et le nom de marque peuvent différer et pour un même médicament, les génériques de plusieurs laboratoires peuvent avoir un conditionnement différent. Du point de vue hospitalier, il n'est pas toujours possible de fournir au patient ce qu'il a habituellement en dehors de la structure (57). Pour sa sécurité, il est important de savoir ce qu'il a l'habitude de prendre et de lui expliquer s'il y a une différence par rapport à ce qu'il a chez lui. Pour pallier ce problème, certains hôpitaux permettent au patient d'utiliser leurs propres médicaments. Cependant, s'il souhaite les utiliser, certains critères doivent être respectés, ce qui pourrait modifier ses habitudes (l'utilisation d'un pilulier peut ne pas être autorisée ou dans des conditions strictes, etc.) (39).

Enfin, les médicaments changent souvent pendant l'hospitalisation. Par exemple, dans le travail de Polito *et al.*, les praticiens ont rapporté des difficultés suite à des changements fréquents de médicament et dose (59). Si le patient en fait l'expérience, il peut être difficile pour lui de suivre et ainsi être une source de confusion sur ce qu'il doit prendre ou ce qu'il a pris. L'hôpital est une structure adaptée pour tester un traitement sur un patient afin de déterminer celui qui lui convient le mieux. Pour cette raison, ce type de pratique doit être suivi attentivement dans son intérêt. Si l'AAM n'est pas adapté au séjour du patient il est préférable de ne pas l'inclure pour sa propre sécurité.

- Stockage et approvisionnement

Pour introduire un programme d'AAM, il est nécessaire d'avoir un casier verrouillé au chevet du patient pour lui permettre de ranger ses médicaments en toute sécurité (57). Lors d'une réflexion sur l'implémentation d'un programme d'AAM dans une structure, il s'agit du premier obstacle à surmonter. Bien qu'il ne soit pas obligatoire que les médicaments se trouvent au chevet du patient, ils doivent néanmoins être dans un lieu sûr.

Comme l'étude à travers le Royaume-Uni le montre, certains hôpitaux permettent, dans certaines conditions, aux patients d'apporter leurs propres médicaments et de les utiliser lors de leur séjour. Balfour-Lynn *et al.* ont analysé l'impact sur le coût d'une telle pratique. Leur étude a permis une économie de 20 022 £ grâce à l'utilisation des traitements du patient et de 4 819 £ qui auraient dû être payés pour la taxe sur les médicaments coûteux (une taxe au Royaume-Uni qui n'est pas payée lorsqu'ils sont délivrés au domicile du patient) sur 123 admissions (60).

- La problématique du temps

Du point de vue des patients, l'AAM est un moyen de faire gagner du temps au personnel infirmier dans l'administration des médicaments qui peut ainsi être consacré à d'autres tâches (24,57). L'un des résultats attendus de ce programme est d'ailleurs la réduction de la charge de travail infirmier (61). Cependant, le motif de non-implémentation au début des années 2000 était lié, au contraire, à l'augmentation attendue de la charge de travail des soins infirmiers (58). En effet, il permet de gagner du temps de préparation et d'administration, mais les praticiens doivent, à la place, éduquer le patient sur son traitement, ce qui peut prendre encore plus de temps (57).

L'AAM prend également du temps pour les équipes du fait du nombre de documents administratifs important qu'elle requière. En effet, elle est perçue par les praticiens comme un processus contraignant. Un médecin de l'étude de Garfield *et al.* a souligné un taux d'observance généralement faible pour cette partie administrative (29). Cependant, une étude pilote portant sur un programme d'automédication conduite par Polito *et al.*, a montré que seulement six praticiens avaient trouvé une augmentation de la charge de travail sur vingt-deux répondants (59).

- Responsabilité

Un des problèmes fréquemment soulevés pour l'AAM est la responsabilité en cas d'erreur médicamenteuse réalisée par le patient. Dans l'étude de Vanwesemael *et al.*, les médecins craignaient de se sentir personnellement responsables (57). Mais la situation semble un peu plus complexe puisqu'elle dépend de la loi. Juridiquement, cette situation n'est pas très bien décrite. Au Royaume-Uni, les patients étant hospitalisés, il existe un devoir de vigilance, le « duty of care », et de surveillance pour les praticiens. De fait, si un problème survient, le médecin est tenu responsable (57).

En Angleterre, dans les directives professionnelles sur l'administration des médicaments dans les établissements de santé, la responsabilité revient au patient tant que l'évaluation décrite dans la politique d'AAM a été réalisée et lui permet de s'auto-administrer. Ce qui implique également que chaque document doit être correctement enregistré dans le dossier du patient

en cas de litige. Cependant, les praticiens sont « responsables de leurs actions, non-actions et omissions, et font preuve de professionnalisme et de jugement professionnel à tout moment » (62). Pour cette raison, ils peuvent être considérés comme responsables s'il arrive quelque chose à un patient qui n'est pas soigneusement évalué, par exemple, ou si les documents ne sont pas correctement remplis et téléchargés dans son dossier.

- Logiciel

Une autre limite du système d'AAM se pose sur la facilité de prise en main par l'équipe soignante du système électronique. En effet, le taux de documents administratifs complétés est généralement faible (29). C'est pourquoi l'amélioration du logiciel de prescription est un élément primordial à prendre en considération.

Tous les hôpitaux étudiés semblent être d'accord sur le fait que le patient peut ne pas être autorisé à s'auto-administrer son traitement dans son entièreté. Dans les hôpitaux ayant mis en place des niveaux, la pratique peut-être encore plus complexe. En effet, le patient peut ne pas avoir le droit de s'auto-administrer un de ses médicaments, être à un certain niveau pour un autre (par exemple les médicaments contrôlés) et à un autre niveau pour le reste de son traitement. Le dispositif de prescription et de dispensation doit donc être très clair pour les professionnels de santé. En effet, les infirmiers doivent pouvoir très facilement connaître le niveau du patient. Ainsi ils pourront leur donner les médicaments qui doivent l'être, les assister dans la prise des traitements qui le nécessitent et leur demander si l'AAM a bien eu lieu pour le reste.

Au fil des ans, beaucoup d'améliorations ont été apportées aux logiciels. Bien que tous les hôpitaux n'aient pas la même application, certaines sont vraiment utiles pour les infirmiers comme celle utilisée dans les hôpitaux belges étudiés par Vanwesemael *et al.* Cette application est appréciée par le personnel infirmier car elle permet de différencier de façon aisée, les médicaments à administrer de ceux qui sont auto-administrés. Cependant, il reste à améliorer pour les autres professionnels de santé qui n'ont pas la même vue d'ensemble (57). Ainsi, disposer d'un logiciel bien conçu et facile à utiliser pour tous les praticiens pourrait vraiment aider à rendre la pratique d'AAM plus facilement gérable.

- Les recherches menées au Royaume-Uni pour améliorer l'AAM

Le programme d'AAM est très bien implémenté au Royaume-Uni. Sur une enquête menée auprès de 100 hôpitaux, 93 % ont répondu avoir une politique d'AAM en 2014 (63). Cependant, la plupart d'entre eux ne permettent pas aux enfants ou aux services pédiatriques de participer.

Bien que la plupart des hôpitaux excluent les enfants de l'AAM, des études sont menées afin d'inclure les enfants prenant des médicaments au long court. Par exemple, Balfour-Lynn *et al.* ont tenté de le mettre en place pour les enfants atteints de mucoviscidose (60). Sa mise en œuvre dans une population non adulte soulève la question de la personne responsable de l'administration au domicile. Comme les patients peuvent être très jeunes, une pratique de l'AAM sur cette population doit permettre aux parents ou aux aidants de gérer l'administration au patient (60).

## 2.3. Discussion

### 2.3.1. Comparaison entre les politiques d'AAM

Au Royaume-Uni, les hôpitaux publics sont gérés de manière décentralisée et sont regroupés en « Trust » par zone. Par exemple, UCLH est une « Foundation Trust » composée de plusieurs hôpitaux dans le nord de Londres. McLeod *et al.* ont étudié les systèmes de médicaments pour patients hospitalisés dans les hôpitaux du National Health Service anglais. Ils ont découvert que 93 % des « trusts » répondants avaient une politique d'AAM en 2014. Cependant, seuls 13 « trusts » sur 100 utilisaient un système de prescription électronique (63). Cela explique pourquoi les politiques d'AAM peuvent être très différentes d'un établissement à l'autre. En effet, toutes les structures hospitalières ont dû gérer avec l'équipement dont ils disposaient et le mettre à jour en conséquence. Ceci peut également être une des raisons qui fait que les logiciels électroniques ne sont toujours pas bien programmés pour une telle pratique.

Prises une par une, ces différences ne sont pas très importantes. Cependant, lorsqu'on les prend dans leur globalité, on obtient une pratique qui peut être très différente d'un endroit à l'autre. Il n'est pas possible de savoir laquelle est la meilleure puisqu'il faudrait pouvoir les comparer en action. De plus, la plupart doivent avoir été ajustées en fonction des besoins des patients et de la capacité des praticiens dans leur établissement. La planification d'une



harmonisation pourrait être très intéressante afin d'obtenir l'avis de ceux qui mettent en œuvre l'AAM des patients dans les hôpitaux, mais serait certainement très difficile à planifier au niveau national.

Bien que les politiques d'AAM soient très différentes, un standard de principes peut être identifié. En effet, bien que l'ordre des étapes ou les critères d'exclusion puissent diverger, toutes les structures s'accordent sur quelques principes primordiaux. Tout d'abord, ils ont tous une brochure pour expliquer ce qu'est l'AAM au patient. Il s'agit d'un bon moyen de répondre aux questions des patients sans perte de temps pour le personnel. Ensuite, si le patient souhaite participer au programme, les critères d'exclusion doivent être étudiés conformément à l'état du patient et de son traitement. Cependant, il doit également être évalué grâce à un formulaire à réaliser par l'équipe soignante. S'il est considéré apte, le patient peut entrer dans le dispositif d'AAM de l'hôpital. Puis, jusqu'à sa sortie, son adhésion médicamenteuse sera vérifiée d'une manière propre à chaque hôpital.

Néanmoins, nous ne pouvons pas savoir en lisant la politique d'AAM si l'équipe soignante en a connaissance ou si elle est scrupuleusement suivie. La théorie est très intéressante pour savoir ce qui devrait être fait, cependant la pratique peut être très différente. Pour cette raison, une recherche de l'AAM dans la littérature a été réalisée.

### 2.3.2. Freins et leviers de l'AAM

Tout d'abord, les études mettent en avant un manque de connaissance de la politique d'AAM (29,40). Par conséquent, il est nécessaire de sensibiliser les professionnels à la politique afin de promouvoir ce type de pratique, mais aussi de protéger les patients. En effet, dans certaines études probablement en raison du manque de connaissances sur la politique, certains patients s'auto-administraient sans que les documents appropriés n'aient été complétés. Cette situation peut s'avérer dangereuse pour le patient. Effectivement, comme les équipes tournent régulièrement, si l'AAM n'est pas enregistrée dans le dossier du patient, une double administration pourrait survenir. De plus, si le patient n'a pas été évalué pour l'AAM, aucune connaissance n'est documentée sur son adhésion ou sa capacité à prendre ses traitements. Ce qui peut être une source d'erreurs. De plus, si le patient a été soigneusement évalué mais que les documents ne sont pas implémentés dans son dossier et que sa situation

change, l'évaluation devra être effectuée à nouveau depuis le début, ce qui est une perte de temps.

Comme le suggère l'étude de Garfield et al., les affiches et les brochures sont des solutions efficaces pour sensibiliser les patients et les praticiens (29). De plus, afin de soutenir ces améliorations, il est nécessaire d'avoir un processus continu. Cette étude proposait une formation sur l'AAM lors de l'arrivée du personnel, mais également des mises à jour régulières (29). D'ailleurs, Polito *et al.* ont également mentionné le souhait des équipes d'avoir plus de formation sur cette pratique (59). Derrière ce besoin se cache un véritable obstacle. Les praticiens n'ont pas suffisamment de connaissance sur ce dispositif pour le mettre en pratique. Les politiques d'AAM peuvent parfois être très longues et les équipes n'ont généralement pas suffisamment de temps pour les lire. Donner des informations sur l'AAM lors de l'intégration et proposer des formations au moins une fois par an pourrait considérablement améliorer l'AAM. De plus, proposer des formats synthétiques, de type vidéo courte ou fiche récapitulative par exemple, mettant en avant les éléments principaux à vérifier pour la mise en place de l'AAM, permettrait aux soignants d'y avoir recours plus rapidement en cas de besoin.

L'éducation du patient est un levier indispensable à saisir. Elle permet de faciliter de manière significative l'AAM. En effet, si le patient sait ce qu'il doit prendre, pourquoi et quand, quel que soit le conditionnement ou le nom du médicament, alors le retour chez lui n'en sera que plus aisé. L'environnement hospitalier et ses contraintes ne peuvent pas convenir à chaque patient. Le processus d'évaluation et de réévaluation est justement en place pour vérifier s'il peut s'auto-administrer en toute sécurité dans cet environnement particulier. Afin de faciliter l'éducation, il pourrait être envisageable de réaliser des séances d'éducation thérapeutique du patient sur la gestion des médicaments. Ces séances collectives permettraient de mobiliser moins de personnel à la fois, mais également d'aider le patient grâce au groupe.

Bien que n'étant pas autorisée en France, une réflexion sur l'utilisation des médicaments que le patient se procure en officine pourrait être pertinente. Cette pratique pourrait permettre de diminuer le gaspillage des médicaments qui sont stoppés au cours de l'hospitalisation. En effet, si un traitement est arrêté lors d'un séjour hospitalier, le patient devra rapporter les médicaments restants en pharmacie pour permettre leur recyclage. Cependant, ces produits

seront détruits. Or si le patient les utilisait à l'hôpital, le nombre de médicaments à recycler serait un peu moins important en fonction de la date d'arrêt du traitement. De plus, étant à l'hôpital le médicament pourrait être immédiatement retiré afin d'éviter le risque d'erreur en prenant son ancien traitement de retour chez lui.

La responsabilité en cas d'erreur du patient est une interrogation qui persiste. Ce manque de clarté pourrait constituer un obstacle pour les praticiens dans la mise en œuvre de l'AAM. C'est pourquoi une indication claire dans les politiques d'AAM serait la bienvenue. Bien que cela puisse changer d'un pays à l'autre, le personnel de santé doit savoir ce qui se passe si un problème concernant un patient en AAM est soulevé.

Les nombreux documents à remplir restent un challenge pour l'AAM. Pour aider les praticiens à une meilleure observance des tâches administratives, la solution pourrait être d'améliorer les systèmes de prescriptions. En effet, les formulaires d'AAM directement disponibles dans le logiciel métier (par exemple, EASILY aux Hospices Civils de Lyon) serait idéal pour les praticiens (29). En 2014 au Royaume-Uni, seulement 13 « trust » sur 100 avaient un système de prescription électronique (63). Avec les améliorations que ce secteur a connues, ce nombre a dû croître au fil des années. En moins de 10 ans, la prescription électronique a été grandement développée. Cependant, certains hôpitaux n'en font l'expérience que depuis quelques années. De fait, ce logiciel doit être facile d'utilisation et d'accès pour tous. Une concertation avec les personnes qui gèrent les systèmes de prescription hospitalière semble nécessaire afin de pouvoir prendre en compte l'AAM à l'hôpital.

Un tel programme est une très bonne réponse à l'initiative de l'OMS « Médicament sans méfaits » dans les transitions de soins (37) puisque son but est de faire gagner le patient en confiance dans son traitement. Avec la mise en place de ce programme, il serait beaucoup plus à même de gérer son traitement à sa sortie de l'hôpital.

### 2.3.3. Limites

Cette étude comporte un certain nombre de limites. En effet, la politique d'AAM peut être différente de ce qui se passe réellement en pratique, puisque les praticiens doivent gérer les problèmes de temps et de personnel limité. Cependant, nous pouvons considérer que le fait d'avoir des politiques en provenance de tout le Royaume-Uni a été une force de ce travail. Bien qu'il aurait été préférable de trouver plus qu'un exemple de politique pour le Pays de Galles.

La limitation la plus importante dans la recherche de la littérature était le nombre important d'articles ne rentrant pas dans les critères d'inclusion de l'étude. En effet, les articles pertinents étaient difficiles à trouver du fait d'un nombre important d'articles sur l'auto-administration dans un contexte non hospitalier. Ces articles ne pouvaient pas être exclus avec les critères de recherche. Néanmoins, les bibliographies des publications pertinentes ont aidé à trouver des publications qui l'étaient tout autant. Il existe encore un nombre limité de documents disponibles sur le sujet et la plupart des études sont réalisées sur de faibles populations de patients. Par conséquent, il existe un réel besoin de nouvelles études avec une bonne méthodologie pour évaluer cette pratique.

### 2.4. Conclusion sur la pratique d'AAM

L'AAM peut être très différent d'un endroit à un autre. Bien que cette pratique respecte généralement certaines étapes clés : l'admission du patient, la présentation du programme d'AAM, l'évaluation de l'adhésion du patient, la mise en pratique lorsque le patient est jugé apte, l'éducation sur son traitement, la vérification quotidienne et en cas de changement dans le traitement ou dans l'état du patient.

Il est important de donner des informations au patient et au praticien pour que l'AAM puisse avoir lieu dans de bonnes conditions. De plus, les équipes doivent être formées avec soin pour se sentir suffisamment en confiance pour inclure les patients dans le programme. Bien que des progrès aient été réalisés en matière de prescription électronique, il existe toujours un besoin d'un logiciel mieux conçu qui pourrait aider à une mise en œuvre facilitée.

### 3. Etude 2 – L’AAM en pratique au sein de l’UCLH : analyse sur 1 mois

#### 3.1. Contexte et objectifs

Pour mettre en pratique l’AAM, certaines étapes clés ont été identifiées. Cependant, il reste quelques obstacles à surmonter pour que ce programme se généralise réellement. En effet, les logiciels de prescription pourraient être plus pratiques, les hôpitaux doivent être équipés de casiers verrouillés au chevet du patient, mais surtout, les praticiens doivent connaître et être sensibilisés à la politique d’AAM afin d’inclure les patients.

La dernière version de l’AAM par les patients hospitalisés a été approuvée à l’UCLH en 2014. Cette politique est disponible sur l’intranet de l’hôpital et il s’agit de la troisième version de celle-ci. Elle n’a pas été modifiée depuis en raison de certains obstacles qui devaient d’abord être pris en compte, comme équiper les services avec des tables de chevet verrouillés. Pour cette raison, puis à cause de la pandémie de Covid-19, l’AAM a été laissée de côté ces dernières années. Lors de l’été 2022, presque tous les services ont été équipés de nouveaux casiers. Ce travail est donc une première étape pour évaluer la pratique d’AAM depuis le retrait de ce frein.

L’objectif de cette étude était de décrire les pratiques d’AAM au sein des différents sites de l’UCLH, notamment le site d’Euston Road (regroupant l’University College Hospital et l’Elizabeth Garrett Wing), de Westmoreland Street, le Grafton Way Building, le Macmillan Cancer Centre et le National Hospital for Neurology and Neurosurgery.

Ce document vise à examiner ce qui se passe à l’UCLH vis-à-vis de l’AAM lorsque cette barrière est levée et d’identifier des pistes d’amélioration de l’AAM. Pour rappel, l’UCLH ne met pas en place de niveaux d’AAM. Le patient ne peut s’auto-administrer que s’il est jugé apte à gérer ses traitements seul.

#### 3.2. Méthode

L’UCLH est composée de 10 hôpitaux répartis dans 6 sites différents. Chaque année, ils prodiguent des soins à plus d’un million de patients (64).

Ce travail est une étude descriptive de l'AAM à UCLH avec une méthode quantitative. La comparaison entre les sites a été réalisée grâce à une méthode quantitative et vise à comparer la pratique entre ses différents hôpitaux.

Cette étude a été menée dans un grand hôpital universitaire tertiaire qui utilise des dossiers médicaux électroniques. Grâce à ces dossiers, l'équipe soignante peut commander des médicaments pour un patient, documenter quel traitement a été pris et quand. Ils peuvent également indiquer si un patient participe au programme d'AAM et quels médicaments ont été auto-administrés.

Ces données ont été extraites à partir du système d'administration électronique dans un fichier Excel pour tous les médicaments ayant été auto-administrés du 01/07/22 au 31/07/22. Chaque patient ayant eu recours à l'AAM pour au moins un médicament pendant cette période a été inclus dans l'étude.

Cette feuille de calcul Excel comprend, sous forme de colonnes, les éléments suivants :

- Le numéro de dossier médical du patient
- La date de commande du médicament
- L'identifiant de la commande,
- Le site où a eu lieu la commande
- L'emplacement du patient,
- Le nom du médicament commandé,
- La fréquence à laquelle le patient doit le prendre,
- Le statut de la commande,
- Le service
- L'enregistrement d'administration de médicaments (cette case regroupe toutes les dates et heures de chacune des administrations du médicament par le patient).

Afin d'analyser ces médicaments, une colonne a été ajoutée afin d'intégrer la classe ATC de niveau 2 de chacun. Les administrations de médicaments sont enregistrées par commande, ce qui signifie que pour une commande, il peut y avoir plusieurs administrations à une date ou une heure différente. Celles-ci sont regroupées sur la même ligne de la feuille. Afin de pouvoir réaliser des tableaux croisés dynamiques, chaque administration a été séparée afin de n'avoir qu'une administration par ligne. Cependant, au-delà de 24 auto-administrations, la case

recueillant les dates et heures d'administrations contient « ... » signifiant que ce nombre a été dépassé, mais il n'est pas possible de savoir combien de fois.

Les données ont ensuite été analysées à l'aide de Microsoft Excel. Pour cette étude, le nombre de médicaments auto-administrés, le nombre de patients en AAM et les classe ATC les plus fréquemment retrouvées par site et parmi l'ensemble de la structure ont été analysés.

Certains tableaux ont été créés parmi lesquels on retrouve des tableaux de classe ATC. Pour que ceux-ci soient plus compréhensibles, les sous-catégories ayant moins de 300 administrations n'ont pas été incluses dans les tableaux suivants. De plus, une catégorie Z a été ajoutée pour tous les produits auto-administrés qui n'étaient dans aucune classe ATC (par exemple les compléments nutritionnels, etc.). Cette catégorie a été divisée en fonction de la forme du produit (crème, liquide, orale, nasale, gouttes auriculaires, oculaire, nutrition). La nutrition et la forme liquide ont été séparées afin de différencier les substituts de repas liquide et la forme orale liquide.

Une comparaison a tout d'abord été effectuée en prenant en compte tous les sites, puis a été effectuée au sein de chaque site.

### 3.3. Résultats

Les données analysées portent sur 18 874 médicaments, compris dans 5 046 commandes faites pour 1 603 patients s'étant auto-administrés entre le 01/07/22 et le 31/07/22. 121 commandes comprenaient la mention « ... » signe de plus de 24 auto-administrations par le patient avec le médicament. Il existe une grande différence dans le nombre de commandes pour l'AAM en fonction du site considéré (Tableau 4). Les patients pour lesquels la mention « OFFSITE OUTREACH LOCATIONS » était indiqué comme site ont été regroupés sous le terme Hors Site (HS).

Site	Caractéristiques du site	Nb <sup>1</sup> d'AAM	% d'AAM	Nb <sup>1</sup> com. <sup>2</sup>	% de com. <sup>2</sup>	Nb <sup>1</sup> de patient	Nb <sup>1</sup> moyen de médicaments en AAM par patient $\pm \sigma^3$
<b>Site A</b>	Centre de cancérologie en ambulatoire	6691	35,45%	1099	21,78%	287	3,83 $\pm$ 3,65
<b>Site B</b>	Une grande installation de diverses spécialités	6542	34,66%	1920	38,05%	789	2,43 $\pm$ 2,57
<b>Site C</b>	Centre de neurologie et de neurochirurgie	2924	15,49%	963	19,08%	233	4,13 $\pm$ 4,11
<b>Site D</b>	Centre de cancérologie	1629	8,63%	638	12,64%	154	4,14 $\pm$ 3,31
<b>Site E</b>	Centre de chirurgie (urologie et thoracique)	844	4,47%	330	6,54%	131	2,52 $\pm$ 2,38
<b>HS</b>		126	0,67%	31	0,61%	12	2,58 $\pm$ 2,57
<b>Site F</b>	Centre de neurologie et de neurochirurgie	117	0,62%	64	1,27%	20	3,20 $\pm$ 2,63
<b>Site G</b>	Blessures sportives et maladies infectieuses	1	0,01%	1	0,02%	1	1
<b>Total</b>		18874	100%	5046	100%		

1. Nombre, 2. Commande, 3. Ecart-type

Tableau 4. Caractéristiques de chaque site et répartition de l'AAM.

La plupart des AAM ont été réalisées sur les sites A et B. Toutefois, il faut tenir compte du fait que le site B est l'hôpital avec le plus grand nombre de services (41 départements sur 82 au total ayant pratiqué l'AAM, soit la moitié des services l'ayant pratiqué sont au site B). Si le nombre de commandes est rapporté au nombre de services ayant réalisé de l'AAM (Tableau 5), le site B n'est pas le site avec le nombre moyen d'AAM le plus élevé.

Le site A compte en moyenne environ 600 auto-administrations par service. Il s'agit du site ayant le plus d'AAM par département. Cependant, il a presque autant de commandes d'AAM qu'au site C. Cela peut s'expliquer par un séjour plus long des patients ou moins de changements dans leurs traitements au site A par rapport aux autres sites.



Hospital	Site A	Site E	Site D	Site C	Site F	Site B	Autre	Site G	Total
Nb de services	11	4	8	14	1	41	2	1	82
Nb d'AAM/Nb de services	608,27	211	203,63	208,86	117	159,56	63	1	19,17

Tableau 5. Médicaments auto-administrés par rapport au nombre de service par site.

Néanmoins, au sein de chaque site, l'AAM est très différent d'un service à l'autre. Par exemple, sur le site B, 10 services ont moins de 10 auto-administrations tandis que le service qui en a le plus en compte 918. C'est la même chose sur le site A, où un service ne présente qu'une AAM tandis qu'un autre en a réalisé 1348.

### 3.3.1. Médicaments et produits de santé auto-administrés dans la structure entière

Pour analyser les items auto-administrés, les classes ATC ont été analysées (Tableau 6). Parmi les items marqués comme auto-administrés, les médicaments parmi les catégories système digestif et métabolisme (A), système respiratoire (R) et système nerveux (N) ont été majoritairement retrouvés.

Dans le système respiratoire, les médicaments des sous-catégories R01 à R03 sont des sprays nasaux, des bains de bouche et des inhalateurs. Étant donné que ces médicaments sont généralement administrés par le patient, le choix entre « auto-administré » et « administré » sur le logiciel peut être déroutant pour le personnel de santé. En effet, pour les infirmiers qui n'ont pas connaissance de la politique d'AAM, ils pourraient considérer que si le patient applique la crème ou le collyre seul par exemple, il s'auto-administre. Alors qu'il ne s'agit pas de la définition de l'auto-administration car les patients ne gèrent pas eux-mêmes leur traitement si les médicaments sont apportés par les professionnels dans cette structure.

	Classe ATC	Nombre	Pourcentage
A	SYSTÈME DIGESTIF ET MÉTABOLISME	4673	24,76%
A07	Antidiarrhéiques, anti-inflammatoires intestinaux/agents anti-infectieux	1363	7,22
A10	Médicaments utilisés en cas de diabètes	754	3,99

A02	Médicaments liés à des problèmes d'acidité	638	3,38
A03	Médicaments utilisés en cas de problèmes fonctionnels gastro-intestinaux	527	2,79
A04	Antiémétiques et antinauséux	486	2,57
R	SYSTÈME RESPIRATOIRE	3883	20,57%
R03	Médicaments pour les maladies obstructives des voies respiratoires	2602	13,79
R02	Médicaments pour la gorge	920	4,87
Z	AUTRE	1954	10,35%
	Nutrition	652	3,45
	Crème	410	2,17
	Forme liquide	318	1,68
N	SYSTÈME NERVEUX	1851	9,81%
N03	Antiépileptiques	639	3,39
N06	Psychoanaleptiques	391	2,07
N02	Analgésiques	371	1,97
C	SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE	1490	7,89%
C05	Vasoprotecteurs	530	2,81
S	ORGANES SENSORIELS	1107	5,87%
S01	Ophtalmologie	1105	5,85
D	DERMATOLOGIE	1028	5,45%
D07	Préparations dermatologiques à base de corticostéroïdes	623	3,30
J	ANTI-INFECTIEUX (USAGE SYSTÉMIQUE)	916	4,85%
J05	Antiviraux (usage systémique)	547	2,90
B	SANG ET ORGANES HÉMATOPOIÉTIQUES	779	4,13%
B01	Agents antithrombotiques	396	2,10
H	HORMONES SYSTÉMIQUES (EXCL. HORMONES SEXUELLES ET INSULINES)	445	2,36%
L	ANTINÉOPLASIQUES ET AGENTS IMMUNOMODULANTS	259	1,37%
G	SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE ET HORMONES SEXUELLES	237	1,26%
M	SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE	191	1,01%

P	ANTIPARASITAIRES, INSECTICIDES ET RÉPULSIFS	48	0,25%
V	DIVERS	13	0,07%
Total		18874	100,00%

Tableau 6. Classe ATC des médicaments auto-administrés avec les sous classes contenant plus de 300 médicaments.

Les classes ATC les plus retrouvées sont les suivantes :

- R03 Médicaments pour les maladies obstructives des voies respiratoires
- A07 Antidiarrhéiques, anti-inflammatoires intestinaux/agents anti-infectieux
- S01 Ophtalmologie
- R02 Médicaments pour la gorge
- A10 Médicaments utilisés en cas de diabète
- N03 Antiépileptiques
- Nutrition : complément nutritionnel par voie orale

Cependant, les médicaments auto-administrés dépendent du site étudié. C'est pourquoi chaque site a ensuite été étudié de manière indépendante.

### 3.3.2. AAM au sein de chaque site

Il est compliqué de comparer les sites entre eux, puisqu'au sein d'un même site il existe de nombreuses différences entre les services. De fait, pour analyser quels sont les départements ayant le plus d'AAM, chaque hôpital a été étudié séparément. Les hôpitaux ont été analysés dans l'ordre de ceux ayant le plus grand nombre d'AAM selon le Tableau 4.

- AAM au site A

Les sites A et B sont côte à côte lorsqu'ils sont comparés sur la quantité totale d'AAM au cours du mois de juillet. Cependant, lorsqu'on rapporte ces AAM au nombre de services qu'ils ont tous les deux, le site A a plus de 600 AAM par service, ce qui est au moins 3 fois plus important que pour le site B. Mais parmi les 11 services du site A, plus de la moitié des AAM ont été réalisées par les trois premiers services (Tableau 7).

Service	Nombre d'AAM	Pourcentage
Service A.1	1348	20,15%
Service A.2	1140	17,04%
Service A.3	906	13,54%
Service A.4	873	13,05%
Service A.5	844	12,61%
Service A.6	702	10,49%
Service A.7	461	6,89%
Service A.8	246	3,68%
Service A.9	167	2,50%
Service A.10	3	0,04%
Service A.11 (Salle d'opération)	1	0,01%
<b>Total</b>	<b>6691</b>	<b>100,00%</b>

Tableau 7. Nombre d'AAM dans les services du site A.

Pour rappel, le site A est un centre de cancérologie dont la plupart des patients viennent de quelques heures à une journée pour leur chimiothérapie. En tant que patients ambulatoires, ils prennent donc tous leurs traitements seuls. Par conséquent, ces administrations ont lieu en dehors du champ d'application de l'hôpital. De cette manière, ils peuvent poser des questions sur leur traitement s'ils en ont, mais aucune infirmière ne peut contrôler ce qui a été pris. Les patients ne peuvent pas non plus être retirés du programme en cas de suspicion de mauvaise adhésion. Lorsqu'ils entrent dans un processus de chimiothérapie au sein du site A, un document leur est remis dans lequel est stipulé, entre autres, qu'ils géreront eux-mêmes leurs traitements, sauf celui pour lequel ils viennent. De fait, ce site ne suit pas la politique d'AAM, ils possèdent d'autres standards à suivre.

La chimiothérapie a beaucoup d'effets secondaires. Parmi les plus fréquents, on peut rencontrer la constipation, la diarrhée, les nausées et vomissements, les infections, des changements d'appétit et de poids, des problèmes au niveau de la gorge (tels que des douleurs à la déglutition) (65). Ces effets secondaires expliquent la plupart des classes ATC les plus répandues dans ce site (Tableau 8), telles que A07, A03 et R02. Afin d'assurer une

meilleure qualité de vie aux patients, ces médicaments sont ajoutés. Il s'agit de traitements de support (66).

Dans cet hôpital, 287 patients s'auto-administraient en juillet 2022. Le nombre moyen de médicaments par patient est de  $3,8 \pm 3,6$ . Ce nombre montre que les patients sous chimiothérapie peuvent avoir de longues prescriptions.

Classe ATC		Nombre	Pourcentage
A	SYSTÈME DIGESTIF ET MÉTABOLISME	1885	28,17%
	Antidiarrhéiques, anti-inflammatoires intestinaux/agents anti-		
A07	infectieux agents	792	
	Médicaments utilisés en cas de problèmes fonctionnels gastro-		
A03	intestinaux	310	
R	SYSTÈME RESPIRATOIRE	1118	16,71%
	R02 Médicaments pour la gorge	692	
	Médicaments pour les maladies obstructives des voies		
	R03 respiratoires	387	
Z	AUTRE	1053	15,74%
	Nutrition	305	
S	ORGANES SENSORIELS	688	10,28%
	S01 Ophtalmologie	688	
C	SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE	561	8,38%
	C05 Vasoprotecteurs	368	
D	DERMATOLOGIE	418	6,25%
J	ANTI-INFECTIEUX (USAGE SYSTÉMIQUE)	426	6,37%
N	SYSTÈME NERVEUX	218	3,26%
B	SANG ET ORGANES HÉMATOPOIÉTIQUES	130	1,94%
L	ANTINÉOPLASIQUES ET AGENTS IMMUNOMODULANTS	89	1,33%
H	HORMONES SYST. (EXCL. HORMONES SEXUELLES ET INSULINES)	43	0,64%
G	SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE ET HORMONES SEXUELLES	12	0,18%
M	SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE	43	0,64%
P	ANTIPARASITAIRES, INSECTICIDES ET RÉPULSIFS	7	0,10%

V	DIVERS	0	0,00%
Total		6691	100,00%

Tableau 8. Classe ATC des médicaments auto-administrés dans les services du site A avec les sous classes contenant plus de 300 médicaments.

- AAM au site B

Comme le montre le Tableau 9, il y a 7 services avec plus de 300 AAM au site B. Sur plus de 41 départements représentés, la moitié des AAM ne sont réalisées que par sept d'entre eux. Cela peut indiquer un manque de connaissances de ce programme dans les services avec moins d'AAM. Le service en ayant le plus est spécialisé dans l'oncologie. Une des explications peut donc se trouver dans la polymédication habituellement retrouvée chez les patients atteints de cancer. Comme mentionné auparavant, la chimiothérapie et autres traitements anticancéreux ont beaucoup d'effets secondaires. C'est pourquoi de nombreux médicaments leurs sont prescrits dans le but de les contrôler ou au moins de les réduire. Ce sont des soins de support (66).

Dans ce site, 789 patients se sont auto-administrés au moins un médicament en juillet 2022. Cependant, plus de la moitié des patients (402) ne l'ont fait que pour un seul médicament sur cette période. Cela peut indiquer que les patients avaient de petites prescriptions ou qu'ils ne s'auto-administraient pas tout leur traitement.

Service	Nombre d'AAM	Pourcentage
Service B.1 (Oncologie)	918	14,03%
Service B.2	527	8,06%
Service B.3	429	6,56%
Service B.4	396	6,05%
Service B.5	377	5,76%
Service B.6	365	5,58%
Service B.7	338	5,17%
Service B.8	294	4,49%
Service B.9	272	4,16%
Service B.10	262	4,01%

Service B.11	260	3,97%
Service B.12	236	3,61%
Service B.13	213	3,26%
Service B.14	197	3,01%
Service B.15	167	2,55%
Service B.16	152	2,32%
Service B.17	150	2,29%
Service B.18	110	1,68%
Service B.19	109	1,67%
Service B.20	107	1,64%
Service B.21	107	1,64%
Service B.22	103	1,57%
Service B.23	86	1,31%
Service B.24	57	0,87%
Service B.25	56	0,86%
Service B.26	50	0,76%
Service B.27	44	0,67%
Service B.28	42	0,64%
Service B.29	34	0,52%
Service B.30	33	0,50%
Service B.31	26	0,40%
Service B.32	9	0,14%
Service B.33	4	0,06%
Service B.34	3	0,05%
Service B.35 (Salle d'opération)	2	0,03%
Service B.36	2	0,03%
Service B.37 (Salle d'opération)	1	0,02%
Service B.38	1	0,02%
Service B.39	1	0,02%
Service B.40 (Salle d'opération)	1	0,02%
Service B.41	1	0,02%

Total	6542	100,00%
-------	------	---------

Tableau 9. Nombre d’AAM dans les services du site B.

La plupart des médicaments auto-administrés (Tableau 10) étaient des médicaments pour les maladies obstructives des voies respiratoires (R03), les antidiarrhéiques, les agents intestinaux et anti-inflammatoires/anti-infectieux (A07), les médicaments utilisés dans le diabète (A10) et les substituts de repas liquides (nutrition). L’inhalateur qui compose la majeure partie de la classe R03 a été prescrit jusqu’à 4 fois par jour ou selon les besoins. Dans ce cas, l’AAM peut permettre plus de confort. Cependant, nous ne savons pas si ces patients ont été évalués pour l’AAM ou s’ils s’auto-administrent uniquement leur inhalateur. En effet, il peut être parfois difficile pour le personnel infirmier de suivre ces traitements qui peuvent être administrés à tout moment de la journée ou de la nuit.

Pour les médicaments utilisés dans le diabète, environ 2 médicaments sur 3 (272) sont des insulines (A10A). Ce traitement injectable doit souvent être pris à un moment précis ou avant les repas, ce qui n’est pas toujours en adéquation avec la tournée du personnel infirmier.

Dans la classe ATC A07, les fréquences de prescription les plus retrouvées sont « au besoin », 4 fois par jour ou plus (48 sur 69). Il s’agit donc également d’une fréquence difficile à suivre pour les infirmiers.

Classe ATC	Nombre	Pourcentage
R	1806	27,61%
SYSTÈME RESPIRATOIRE		
R03	1497	
Médicaments pour les maladies obstructives des voies respiratoires		
A	1431	21,87%
SYSTÈME DIGESTIF ET MÉTABOLISME		
A07	473	
Antidiarrhéiques, anti-inflammatoires intestinaux/agents anti-infectieux		
A10	380	
Médicaments utilisés en cas de diabètes		
Z	746	11,40%
AUTRE		
	323	
Nutrition		
D	492	7,52%
DERMATOLOGIE		



N	SYSTÈME NERVEUX	460	7,03%
B	SANG ET ORGANES HÉMATOPOIÉTIQUES	427	6,53%
C	SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE	407	6,22%
S	ORGANES SENSORIELS	259	3,96%
	HORMONES SYSTÉMIQUES (EXCL. HORMONES SEXUELLES ET		
H	INSULINES)	135	2,06%
J	ANTI-INFECTIEUX (USAGE SYSTÉMIQUE)	126	1,93%
G	SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE ET HORMONES SEXUELLES	87	1,33%
L	ANTINÉOPLASIQUES ET AGENTS IMMUNOMODULANTS	85	1,30%
M	SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE	40	0,61%
P	ANTIPARASITAIRES, INSECTICIDES ET RÉPULSIFS	31	0,47%
V	DIVERS	10	0,15%
<b>Total</b>		<b>4736</b>	<b>100,00%</b>

Tableau 10. Classe ATC des médicaments auto-administrés dans les services du site B avec les sous classes contenant plus de 300 médicaments.

- AAM au Site C

Comme indiqué dans le Tableau 11, la moitié des AAM sont réalisées par trois services. Dans cet hôpital, 244 patients s'auto-administraient des médicaments en juillet 2022 avec un nombre moyen de  $4,13 \pm 4,11$  médicaments par patient. L'écart-type est très élevé, montrant une grande différence dans la taille de la prescription.

Service	Nombre d'AAM	Pourcentage
Service C.1	542	18,54%
Service C.2	535	18,30%
Service C.3	512	17,51%
Service C.4	340	11,63%
Service C.5	293	10,02%
Service C.6	264	9,03%
Service C.7	188	6,43%
Service C.8	151	5,16%

Service C.9	38	1,30%
Service C.10	29	0,99%
Service C.11	13	0,44%
Service C.12	9	0,31%
Service C.13	5	0,17%
Service C.14	5	0,17%
<b>Total général</b>	<b>2924</b>	<b>100,00%</b>

Tableau 11. Nombre d'AAM dans les services du site C.

Le site C est un centre de neurologie et de neurochirurgie. Ceci explique pourquoi, parmi les médicaments les plus auto-administrés le système nerveux et plus particulièrement les antiépileptiques sont très représentés (Tableau 12). Parmi les médicaments du système nerveux, les médicaments les plus retrouvés après les antiépileptiques sont les antiparkinsoniens (192 médicaments N04).

Classe ATC		Nombre	Pourcentage
N	SYSTÈME NERVEUX	862	29,48%
	N03 Antiépileptiques	341	
A	SYSTÈME DIGESTIF ET MÉTABOLISME	598	20,45%
R	SYSTÈME RESPIRATOIRE	442	15,12%
	Médicaments pour les maladies obstructives des voies		
	R03 respiratoires	354	
C	SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE	301	10,29%
	HORMONES SYSTÉMIQUES (EXCL. HORMONES SEXUELLES ET		
H	INSULINES)	147	5,03%
G	SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE ET HORMONES SEXUELLES	110	3,76%
D	DERMATOLOGIE	101	3,45%
B	SANG ET ORGANES HÉMATOPOIÉTIQUES	91	3,11%
Z		91	3,11%
J	ANTI-INFECTIEUX (USAGE SYSTÉMIQUE)	62	2,12%
S	ORGANES SENSORIELS	58	1,98%

M	SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE	44	1,50%
L	ANTINÉOPLASIQUES ET AGENTS IMMUNOMODULANTS	11	0,38%
P	ANTIPARASITAIRES, INSECTICIDES ET RÉPULSIFS	4	0,14%
V	DIVERS	2	0,07%
<b>Total</b>		<b>2062</b>	<b>100,00%</b>

Tableau 12. Classe ATC des médicaments auto-administrés dans les services du site C avec les sous classes contenant plus de 300 médicaments.

- SAM at site D

Au sein du site D, la plupart des AAM sont effectués dans un service ambulatoire (Tableau 13). Par conséquent, les patients ne viennent que pour la journée ou moins dans ce service. Ceci suggère que l'AAM peut être réalisée même pour un court séjour. Tout comme le site A, le site D est un centre de lutte contre le cancer.

Service	Nombre d'AAM	Pourcentage
Service D.1 (Ambulatoire)	981	60,22%
Service D.2 (Chimiothérapie)	201	12,34%
Service D.3	201	12,34%
Service D.4	119	7,31%
Service D.5	79	4,85%
Service D.6	28	1,72%
Service D.7	14	0,86%
Service D.8	6	0,37%
<b>Total</b>	<b>1629</b>	<b>100,00%</b>

Tableau 13. Nombre d'AAM dans les services du site D.

Il devient de plus en plus difficile d'analyser les classes ATC du fait du nombre moins important d'AAM (Tableau 14). Aucune des sous-classes ne possède plus de 300 médicaments auto-administrés. En divisant nombre de moitié, on retrouve 3 classes ATC :

- J05 : antiviral à usage systémique (192)
- A03 : médicaments pour les troubles gastro-intestinaux fonctionnels (164)
- A04 : antiémétiques et antinauséeux (155)

A03 et A04 peuvent facilement s'expliquer par les effets secondaires du traitement anticancéreux. Il s'agit donc de traitement de support (66). Pour les antiviraux, ils sont souvent utilisés pour les infections virales ou en prophylaxie chez les patients fragiles. Le principal antiviral utilisé (187 sur 192) est l'aciclovir qui est un médicament indiqué dans la prévention ou le traitement des infections à virus *Herpes simplex* (67).

Classe ATC	Nombre	Pourcentage
A SYSTÈME DIGESTIF ET MÉTABOLISME	571	35,05%
J ANTI-INFECTIEUX (USAGE SYSTÉMIQUE)	286	17,56%
N SYSTÈME NERVEUX	171	10,50%
R SYSTÈME RESPIRATOIRE	144	8,84%
H HORMONES SYSTÉMIQUES (EXCL. HORMONES SEXUELLES ET INSULINES)	106	6,51%
C SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE	72	4,42%
S ORGANES SENSORIELS	62	3,81%
L ANTINÉOPLASIQUES ET AGENTS IMMUNOMODULANTS	62	3,81%
B SANG ET ORGANES HÉMATOPOIÉTIQUES	61	3,74%
M SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE	44	2,70%
Z AUTRE	36	2,21%
G SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE ET HORMONES SEXUELLES	8	0,49%
D DERMATOLOGIE	3	0,18%
P ANTIPARASITAIRES, INSECTICIDES ET RÉPULSIFS	2	0,12%
V DIVERS	1	0,06%
<b>Total</b>	<b>1629</b>	<b>100,00%</b>

Tableau 14. Classe ATC des médicaments auto-administrés dans les services du site D.

- AAM au site E

Le site E est une petite structure. Il s'agit d'un centre de chirurgie urologique et thoracique. Plus de la moitié des AAM est effectuée par un seul service (Tableau 15). Dans cet hôpital, une seule sous-classe ATC possède plus de 50 médicaments auto-administrés : R03 (médicaments pour les maladies obstructives des voies respiratoires) avec 261 auto-administrations.

Service	Nombre d'AAM	Pourcentages
Service E.1	493	58,41%
Service E.2	206	24,41%
Service E.3	140	16,59%
Service E.4	5	0,59%
<b>Total</b>	<b>844</b>	<b>100,00%</b>

Tableau 15. Nombre d'AAM dans les services du site E.

- AAM dans les autres sites

D'autres services sont mentionnés dans les données Excel. Cependant, avec moins de 300 auto-administrations. De plus, ils sont indépendants des sites précédents. Par conséquent, il est difficile d'en extraire des informations pertinentes (Tableau 16).

Service	Nombre d'AAM	Pourcentages
Service HS.1	124	50,82%
Service F.1	117	47,95%
Service HS.2	2	0,82%
Service G.1	1	0,41%
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100,00%</b>

Tableau 16. Nombre d'AAM dans les autres services.

### 3.4. Discussion

Comme le montrent les résultats, la pratique peut être très différente d'un site à l'autre. Par exemple, les patients ne sont pas vraiment évalués au site A puisqu'ils viennent à l'hôpital uniquement pour leur chimiothérapie. Cependant, il existe un lien clair entre les caractéristiques des sites et les médicaments auto-administrés. C'est pourquoi la comparaison des classes ATC pour l'ensemble des sites peut ne pas s'avérer pertinente.

Parmi les 7 classes ATC les plus représentées, 4 (R03, S01, R02 et Nutrition) sont composées de médicaments qui peuvent être administrés par le patient (inhalateur, collyre, bain de

bouche, spray, bouteilles) sans faire partie du programme d'AAM. En effet, le choix que les infirmiers doivent faire sur le logiciel entre l'administration et l'auto-administration peut induire certaines erreurs pour les soignants qui ne connaissent pas la politique d'AAM. Il pourrait être intéressant de changer la dénomination « auto-administré » par « auto-géré », ce qui pourrait être moins déroutant. La différence notable portant sur le fait que la gestion n'implique pas seulement l'administration. Le terme « auto-administré » peut sembler réducteur. En effet, l'étape d'administration nécessite la préparation selon les RCP, le contrôle des médicaments et la prise. De plus, ce terme peut également être trompeur. En effet, un patient sous insuline, par exemple, peut demander à l'IDE de réaliser lui-même l'injection s'il en a l'habitude chez lui pour se sécuriser. Cependant, il ne s'agit pour autant pas forcément d'une AAM si le traitement a été apporté par l'infirmier qui aura également calculé la dose à injecter. Pour le personnel n'ayant pas connaissance de la politique d'AAM, cette dénomination peut ainsi s'avérer trompeuse dans ce genre de situation. Pour les limiter, le challenge de la sensibilisation des équipes à la politique d'AAM reste encore à relever.

De plus, la plupart des AAM sont des médicaments qui ne sont pas vraiment adaptés à la tournée du personnel infirmier (trop souvent dans la journée ou à des horaires précis). D'un côté, on peut se demander si les patients dans ce cas ont été évalués ou si le personnel infirmier le fait parce qu'ils n'ont pas le temps de faire autrement. D'un autre côté, c'est le type de défi que l'AAM pourrait relever. Par exemple, un médicament à prendre 4 fois par jour ou lorsque cela est nécessaire est difficile à suivre pour les soignants. Mais si certains des patients ayant une telle prescription sont aptes à l'AAM, cela pourrait permettre aux infirmiers d'avoir plus de temps pour ceux ayant le même type de prescription, mais qui ne le sont pas.

Bien qu'une barrière ait été supprimée grâce à la mise en œuvre de casiers verrouillés au chevet du patient, il reste encore quelques défis à relever. Pour améliorer davantage ce programme, une observation des services où l'on retrouve le plus d'AAM et où on en retrouve le moins pourrait être un excellent exercice (Annexe 3). En effet, il pourrait être utile de décrire la pratique des services ayant le plus grand nombre d'AAM. Il serait également intéressant de vérifier la conformité à la politiques d'AAM dans ces services et connaître leurs besoins. De la même manière, l'observation des départements avec le moins d'AAM pourrait permettre de vérifier qu'il s'agit réellement d'AAM. Comme ils ne la pratiquent pas beaucoup, leurs connaissances de la politique d'AAM peuvent être plus fragiles. C'est pourquoi ils pourraient

avoir besoin d'aide pour l'implémenter de la bonne façon. Cela pourrait également les aider à recruter plus de patients dans le programme. En effet, 19 services sur 82 ont réalisé moins de 10 AAM. Ainsi, il serait probablement pertinent de choisir un département parmi le premier quart et un dans le troisième quart dans l'ordre du plus grand nombre d'AAM au plus petit pour comparer les services ayant une pratique importante à ceux ayant une pratique encore faible. Les services étant dans le dernier quart ayant une pratique encore trop faible pour récolter suffisamment d'informations. Toutes ces informations pourraient aider à mettre en avant les sujets sur lesquels les praticiens ont une réelle nécessité de conseils afin de réaliser des formations en fonction de leurs véritables besoins.

Pour aller plus loin, une étude qualitative permettrait de compléter les résultats trouvés dans cette étude. Elle peut notamment être réalisée grâce à une enquête auprès des professionnels de santé afin de vérifier leur sensibilisation à la politique d'AAM. Une autre méthode, plus chronophage, pourrait consister à vérifier que les documents nécessaires à l'AAM ont bien été implémentés dans les dossiers des patients s'auto-administrant. La réalisation de ces deux enquêtes pourrait permettre d'avoir un aperçu de la conformité à la politique d'AAM.

Cette étude comporte également certaines limites. En effet, l'utilisation de « ... » dans le fichier Excel, indiquant une AAM de plus de 24 auto-administrations a eu lieu pour 121 commandes. Cependant, il n'est pas possible de savoir combien d'administration il y a eu en plus. Le document comporte donc un biais d'au moins 121 AAM. Bien que l'utilisation de la classe ATC puisse être considérée comme un point fort de ce travail, il est important de rappeler que cela a été réalisé à la main, il n'est donc pas exclu qu'il puisse y avoir des confusions.

### 3.5. Conclusion

En conclusion, l'AAM est un programme bien implémenté à l'UCLH. Cependant, il existe de nombreuses disparités entre les sites qui pourraient être traitées avec des directives et des formations appropriées. Ces formations aideraient non seulement à préparer le personnel à savoir réagir dans les situations que ce programme peut présenter, mais pourraient également aider à sensibiliser à la politique d'AAM.

## Discussion Générale et perspectives

---

Bien que les avantages de l'AAM par le patient à l'hôpital ne sont plus à démontrer, une telle pratique se doit d'être sécurisée. C'est dans cette optique que la HAS a émis des recommandations en 2022. En les comparant aux politiques d'AAM des hôpitaux du Royaume-Uni, où la pratique est en place depuis plusieurs années, un certain nombre d'éléments peuvent ainsi être mis en avant.

Tout d'abord, les risques du patient mentionnés par la HAS dans les critères d'exclusion semblent avoir bien été cernés par les hôpitaux pratiquants déjà l'AAM. Ainsi, il conviendra de s'interroger sur :

- Les services (obstétrique, neurologie, endocrinologie, etc.) pouvant permettre une telle pratique et l'âge d'inclusion des patients,
- Le statut psychique et cognitif du patient : adhésion au traitement, confusion, troubles cognitifs, etc.,
- Le statut fonctionnel du patient : capacité à s'auto-administrer, troubles sensoriels, etc.

Selon la HAS, le patient doit être en capacité de reconnaître ses traitements par « leur nom ou leur apparence ». Cependant, l'apparence visuelle du médicament peut varier d'un laboratoire à un autre et donc être différente à l'hôpital. La reconnaissance du médicament sur ce seul critère peut s'avérer dangereuse car sujette à interprétation pour le patient en fonction de ce qu'il a chez lui.

Les niveaux proposés au Royaume-Uni sont différents de ceux proposés par la HAS. Dans les hôpitaux proposant des niveaux, les patients n'ont accès à leurs médicaments qu'au dernier niveau. Or, la HAS propose que le patient dispose de ses médicaments du moment qu'il intègre le programme. Dans la mesure où les patients au niveau 1 de la HAS ne sont pas considérés comme autonomes dans leur traitement, laisser l'accès aux médicaments peut s'avérer être un risque. A ce niveau, l'administration doit se faire en présence d'un infirmier qui va



enregistrer la prise pendant que le patient s'auto-administre. En sachant cela, il peut être moins risqué que le patient n'ait pas la clé du casier renfermant ses médicaments. En effet, cela enlèverait tout risque que le patient s'administre sans présence de soignant. Cette démarche ne serait pas non plus une perte de temps pour les infirmiers qui doivent de toute manière encadrer l'administration à ce niveau.

Concernant le consentement du patient, la HAS n'exige pas une preuve écrite au contraire des hôpitaux au Royaume-Uni. Dans son outil 13 (FAQ PAAM), la réponse à la 15<sup>ème</sup> question indique pour le consentement que le « recueil écrit n'est pas obligatoire ». Cependant, un des critères de conformité de l'outil 12 (Evaluation du dispositif PAAM) est « Le consentement du patient est retrouvé et il est signé ». Les consignes du recueil de l'accord du patient semblent donc en contradiction. Il s'agit d'un élément qui nécessiterait d'être clarifié. De plus, la traçabilité de l'accord du patient est un élément important. Sans trace écrite de la part du patient, la situation peut être problématique en cas de litige. Il semble par conséquent indispensable de revoir cette limite dans les recommandations de la HAS.

Les documents rédigés par la HAS, bien qu'intéressants, sont parfois redondants comme l'outil 3 (grille à remplir par le patient) et l'outil 2 (fiche de recueil des informations pour l'inclusion et suivi du patient à l'auto-administration de ses médicaments). De même, les outils 5 et 6 qui sont tous les deux des pactes d'engagement, le premier intégrant seulement des éléments spécifiques au diabète qui pourraient aisément être intégrés à la fiche plus générale. Le document de recommandation étant déjà bien consistant en lui-même (76 pages), donner des outils uniques permettrait une moindre perte de temps lors de la lecture de ses documents. Le nombre d'outils et la longueur du document de recommandations peut freiner les professionnels dans leur volonté de se documenter sur ce genre de pratique. Pour pallier à ce problème, un format plus facile à consulter, comme par exemple un format vidéo serait une approche intéressante. De plus, ce genre de format semble bien plus ludique et fixé dans la durée. Il pourrait ainsi être plus facilement intégré à l'emploi du temps des praticiens hospitaliers.

Le plan de prise réalisé par la HAS dans son outil 8 semble complet. Cependant, avec un seul médicament il comprend déjà une feuille complète. C'est pourquoi le séparer du plan de traçabilité semble être une solution qui permettrait un gain de place, mais également une meilleure lisibilité pour le patient. En effet, mettre la traçabilité sous forme de lignes plutôt

que de colonnes permettrait un suivi sur une plus longue durée et une moindre perte de place. En comparaison, la traçabilité sous forme de colonnes retire de la lisibilité car elle suppose que si le patient possède plus de 2 médicaments, ils ne pourront pas se trouver tous sur la même feuille. Or, plus le patient aura de feuilles différentes pour sa prise en charge, plus le risque qu'il en perde une ou se trompe dans ses traitements est grand. Ainsi avoir un document avec, au recto, toutes les informations nécessaires à la connaissance du traitement et ne reprenant que le nom du médicament, au verso, pour laisser la place à la traçabilité semble plus facile à gérer et plus pratique.

Concernant la durée minimale requise pour pouvoir prétendre entrer dans un programme d'AAM, la HAS l'autorise à partir d'une journée d'hospitalisation. Néanmoins, il convient ici de s'interroger sur la maturité des équipes avec un tel schéma. La sécurité du patient étant primordiale et les débuts pouvant être plus difficiles à gérer pour les équipes, il peut être pertinent de commencer par prioriser les séjours de longue durée. Une fois les équipes familiarisées avec ce genre de dispositif, il sera plus aisé pour elles de le mettre en place sur des hospitalisations plus courtes.

La HAS rapporte dans ses recommandations que des maladies comme le diabète, la maladie de Parkinson, l'asthme, les maladies auto-immunes ou certaines conditions comme les femmes enceintes sont des situations qui semblent favorables à la mise en pratique de l'AAM. De fait, la mise en place de ce dispositif pour ces exemples devrait être priorisée (4). De plus, il semble disproportionné de mettre en place un programme d'une telle envergure à l'échelle d'un hôpital entier. Par conséquent, commencer par les services où les patients dont la condition semble plus favorable peut être un bon compromis pour commencer l'instauration d'une telle pratique. Ceci aurait pour impact immédiat le gain d'autonomie à l'hôpital pour ces patients, mais aiderait également à la mise en place à plus grande échelle grâce aux retours d'expérience des praticiens et patients concernés.

Ce genre de pratique a pour but de s'adapter à un maximum de patients et nécessite d'étudier les patients au cas par cas. Cependant, dans le but de ne pas nuire au patient, il serait plus judicieux d'avoir des critères de sélection stricts pour éviter les risques. Dans son point de vigilance, la HAS pousse à prendre en compte le contexte dans lequel évolue le patient pour l'autoriser ou non à participer au dispositif. Néanmoins, ce genre de technique est chronophage et difficile à décrire dans des politiques d'AAM qui sont déjà très souvent bien

chargées et longues à lire pour les professionnels de soins qui n'ont pas beaucoup de temps à donner à ce genre de tâches. Par conséquent, il semble dans un premier temps plus intéressant de commencer à prendre en compte les patients pour qui les situations sont moins complexes, mais qui permettront ainsi de mieux appréhender ce genre de pratique. Dans un second temps, pour arriver à impliquer le plus de patients possible, la prise en compte de leur individualité pourra être pertinente. Cependant, ce genre d'évolution implique que l'inclusion dépendra du professionnel la réalisant et ne sera donc pas équitable au sein d'un même hôpital. Il est important de préciser qu'aucune des politiques d'AAM anglaises ne suggère de la prendre en compte alors que ces modèles sont en applications depuis déjà plusieurs années. Cela montre la difficulté supplémentaire qu'implique de prendre en compte la singularité du patient dans les questionnaires d'évaluation déjà disponibles.

Dans son analyse, la HAS mentionne l'utilisation d'une tablette et/ou d'une application pour gagner en efficacité sur l'inclusion des patients. Il s'agit en effet d'innovations qui pourraient permettre un gain de temps. Pour plus de praticité, il est nécessaire que les formulaires d'AAM soient intégrés au logiciel métier qui est disponible sur les ordinateurs ou les tablettes des hôpitaux.

Enfin, les applications se développent de manière exponentielle dans l'ère du numérique dans laquelle les patients évoluent maintenant. Il existe aujourd'hui un certain nombre d'applications qui permettent une meilleure autonomie dans la gestion de leurs traitements. La plupart de ces applications possèdent un rappel pour les prises de médicaments ce qui pourrait aider à ce que l'AAM ait lieu dans les conditions les plus favorables possibles. Au-delà de l'hospitalisation, ces applications peuvent favoriser le retour au domicile et la gestion du traitement au quotidien. Certaines proposent même d'aider à la gestion du stock de médicament. Par conséquent, il existe de nombreuses applications qui pourraient permettre au patient d'avoir un soutien en cas de doute ou juste d'aider à éviter les oublis. Ainsi, il pourrait être intéressant de mettre à leur disposition une fiche récapitulative des applications qu'il peut exister avec leurs principales fonctionnalités. Cela ne demanderait pas de budget d'impression puisque cette fiche serait à destination des patients pour qui l'utilisation des outils électroniques est aisée. De cette manière, un simple QR code renvoyant vers cette fiche pourrait avoir un grand impact sur leur gestion et leur approche de leurs problèmes de santé.

## CONCLUSIONS GENERALES

THESE SOUTENUE PAR Mme GAGNIEUX Camille.

En 2021, en France, l'erreur médicamenteuse fait encore partie des trois thématiques les plus déclarées d'événements indésirables graves associés aux soins. Dans ce contexte, l'Organisation Mondiale de la Santé a mis en place l'initiative « les médicaments sans les méfaits » en appelant à la sécurisation de l'utilisation des médicaments dans les transitions de soins, notamment par l'implémentation d'un partenariat avec le patient et son entourage. Ainsi, l'auto-administration des médicaments (AAM) au sein des structures de soins peut avoir un réel impact dans cette démarche. Le principe étant de permettre au patient de pouvoir réaliser lui-même l'administration de son traitement, s'il le souhaite et selon certains critères, pendant son séjour hospitalier. Cette pratique est étudiée depuis plus de 50 ans. Les études ont mis en évidence que l'éducation du patient sur ses traitements et son *empowerment* dans la gestion de celui-ci permettait de limiter les erreurs lors du retour à domicile. Au Royaume-Uni, la plupart des hôpitaux ont mis en place une politique d'AAM afin de l'encadrer. En France, la loi autorise l'AAM en établissement de santé depuis l'arrêté du 10 octobre 2022. Suite à cette modification, la Haute Autorité de Santé a émis des recommandations le 14 octobre 2022 afin d'encadrer l'implémentation de cette pratique.

Dans ces conditions, comment mettre en place l'AAM dans les établissements de santé français, en tirant profit des enseignements issus des pratiques dans le monde, et conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé ?

L'objectif de cette thèse était d'étudier les recommandations émises par la Haute Autorité de Santé en 2022 et de comparer avec les pratiques d'AAM au Royaume-Uni et dans le monde.

Ce travail de thèse a pu être réalisé grâce à un stage au sein de l'University College London Hospital, où j'ai été supervisée par le Dr Yani Yogini. La partie expérimentale comprend 2 études menées à partir des données issues du Royaume-Uni.

La première étude consistait à comparer les politiques d'AAM des établissements de santé au Royaume-Uni et de mettre en avant les freins et les leviers de cette pratique. Pour cela, une recherche bibliographique a été menée. Douze politiques d'AAM ont été retrouvées et

comparées selon des critères. Les différents critères étaient les suivants : critères d'inclusion des patients et des médicaments pour l'AAM, les niveaux d'autonomie du patient, le stockage, l'approvisionnement en médicaments, la gestion des médicaments conditionnels en « si besoin », les brochures explicatives, la procédure d'entrée dans le programme, la responsabilité, la surveillance du patient et du programme d'AAM. Cette étude a mis en évidence des pratiques très hétérogènes au sein du Royaume-Uni. L'analyse de la littérature internationale a permis de mettre en évidence les principaux freins et leviers. Ainsi, la sécurité du patient, le manque de praticité des logiciels de prescription et la gestion du temps étaient des éléments qui pouvaient grandement impacter la pratique. L'apprentissage par l'expérience de services plus avancés dans cette pratique semblait un levier intéressant à saisir. En parallèle de ce projet, une seconde étude a été menée dans l'objectif était d'analyser la pratique d'AAM au sein de l'University College London Hospital où j'étais en stage. Pour cela, j'ai analysé les données d'AAM d'une même structure répartie sur huit sites différents sur une période d'un mois (juillet 2022). Cette analyse a été permise grâce au recueil des données sur les médicaments auto-administrés dans le logiciel de prescription. Sur cette période 18 874 médicaments ont été auto-administrés, avec une grande variabilité entre les services (de 1 médicament par hôpital à 6 691 pour un autre hôpital, de 1 médicament par service à 1 348 médicaments pour un autre service). Par ailleurs, la classe pharmacologique des médicaments auto-administrés variait également d'un hôpital à un autre et d'un service à un autre, en lien notamment avec les spécialités médicales.

Ce travail de thèse a permis d'illustrer les différentes façons d'implémenter l'AAM en établissement de santé et de comparer ces pratiques aux recommandations de la Haute Autorité de santé. Ainsi, il s'agit d'un nouveau challenge que les établissements de santé français devront relever afin de sécuriser la prise en charge médicamenteuse, promouvoir l'*empowerment* des patients, et de faciliter la transition entre l'hôpital et le domicile.

**Le Président de la thèse,**  
Nom : Pr Christelle MOUCHOUX

Vu et permis d'imprimer, Lyon, le **19 FEV. 2024**  
Vu, le Directeur de l'Institut des Sciences  
Pharmaceutiques et Biologiques, Faculté de Pharmacie

Signature :



Pour le Président de l'Université Claude Bernard Lyon 1,  
Professeur C. DUSSART



## Bibliographie

---

1. HAS. Haute Autorité de Santé. 2021 [cité 27 nov 2023]. Les erreurs associées aux produits de santé déclarées dans la base EIGS. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3231881/fr/les-erreurs-associees-aux-produits-de-sante-declarees-dans-la-base-eigs](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3231881/fr/les-erreurs-associees-aux-produits-de-sante-declarees-dans-la-base-eigs)
2. OMS. Projet de plan d'action mondial pour la sécurité des patients 2021–2030 : vers l'élimination des préjudices évitables dans le cadre des soins de santé [Internet]. Genève; 2022 [cité 27 nov 2023]. 116 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/?locale-attribute=fr&>
3. République française. 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 [Internet]. ETSH1109848A oct 10, 2022. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000023865866/2023-11-27/>
4. Sami Y, May-Michelangeli L, Anne M. Le patient en autoadministration de ses médicaments en cours d'hospitalisation (PAAM) | HAS [Internet]. HAS; 2022 juill [cité 23 nov 2023] p. 76. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/\\_spa\\_187\\_paam\\_version\\_longue\\_cd\\_vd.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/_spa_187_paam_version_longue_cd_vd.pdf)
5. HAS. Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments [Internet]. 2013 mai [cité 14 déc 2023] p. 180. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/3ebad\\_guide\\_adm\\_reduit\\_261113.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/3ebad_guide_adm_reduit_261113.pdf)
6. Libow LS, Mehl B. Self-Administration of Medications by Patients in Hospitals or Extended Care Facilities. *J Am Geriatr Soc.* 1970;18(1):81-5.
7. Haag M, Lehmann A, Hersberger KE, Schneider MP, Gauchet A, Vrijens B, et al. The ABC taxonomy for medication adherence translated into French and German. *Br J Clin Pharmacol.* 2020;86(4):734-44.
8. Velmuradova M. Adhésion thérapeutique chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde : les facteurs associés et les leviers d'accompagnement : Revue systématique de littérature [Internet]. SAS Polygie; 2020 juill [cité 21 déc 2023]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-03254482>
9. Foley L, Larkin J, Lombard-Vance R, Murphy AW, Hynes L, Galvin E, et al. Prevalence and predictors of medication non-adherence among people living with multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 1 sept 2021;11(9):e044987.
10. WHO. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action, 2003 - PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. 2003 [cité 21 déc 2023]. 209 p. Disponible sur: <https://www.paho.org/en/documents/who-adherence-long-term-therapies-evidence-action-2003>

11. Cerqueira N. Repérage des difficultés concrètes à l'aide d'un questionnaire auprès de 153 patients atteints de maladies chroniques [Internet] [thèse d'exercice]. [Versailles]: Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2015 [cité 30 déc 2023]. Disponible sur: [https://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/1338/fichier\\_these\\_nathalie\\_cerqueirace14f.pdf](https://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1338/fichier_these_nathalie_cerqueirace14f.pdf)
12. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Retracted: Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *J Clin Hypertens*. 2008;10(5):348-54.
13. Beausir A, Rousselière C, Devillers-Castelain D, Philippe P, Odou P, Cortet B, et al. Évaluation de l'adhésion médicamenteuse dans la polyarthrite rhumatoïde : Compliance Questionnaire of Rheumatology versus Morisky-Green? *Rev Rhum*. 1 déc 2016;83(6):433-8.
14. Assurance Maladie. SI-Portail. 2023 [cité 4 janv 2024]. Découvrir le DMP. Disponible sur: <https://www.dmp.fr/ps/je-decouvre>
15. Bristol Maid. Bedside Cabinets & Overbed Tables - Products [Internet]. 2023 [cité 4 janv 2024]. Disponible sur: <https://bristolmaid.com/default/products/bedside-cabinets-overbed-tables.html>
16. Allenet, Roux-Marson, Juste, Honoré. Lexique de la Pharmacie Clinique 2021. *Pharm Hosp Clin*. juin 2021;56(2):119-23.
17. HAS, FORAP. Enquêtes sur la culture de sécurité | partenariat HAS avec la Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2019 mai [cité 7 janv 2024] p. 43. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/spa\\_123\\_guide\\_culture\\_securite\\_cd\\_2019\\_05\\_29\\_v1.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/spa_123_guide_culture_securite_cd_2019_05_29_v1.pdf)
18. République française. Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients - Légifrance [Internet]. 2016 [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479591>
19. HAS. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité 7 janv 2024]. Repères – Quand Alarm devient Alarme. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\\_2974346/en/reperes-quand-alarm-devient-alarme](https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974346/en/reperes-quand-alarm-devient-alarme)
20. HAS. Haute Autorité de Santé. 2022 [cité 7 janv 2024]. Grille ALARM. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1215806/fr/grille-alarm](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1215806/fr/grille-alarm)
21. Société Française de Pharmacie Clinique. Manuel de la REMED [Internet]. 2014 [cité 8 janv 2024]. 88 p. Disponible sur: [https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/11/Manuel\\_de\\_la\\_remed-jan\\_2013\\_-\\_version\\_dfinitive\\_300114-copie.pdf](https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/11/Manuel_de_la_remed-jan_2013_-_version_dfinitive_300114-copie.pdf)



22. Schwappach DLB, Wernli M. Am I (un)safe here? Chemotherapy patients' perspectives towards engaging in their safety. *Qual Saf Health Care*. 1 oct 2010;19(5):e9-e9.
23. Garfield S, Jheeta S, Husson F, Lloyd J, Taylor A, Boucher C, et al. The Role of Hospital Inpatients in Supporting Medication Safety: A Qualitative Study. Li D, éditeur. *PLOS ONE*. 19 avr 2016;11(4):e0153721.
24. Manias E, Beanland C, Riley R, Baker L. Self-administration of medication in hospital: patients' perspectives. *J Adv Nurs*. avr 2004;46(2):194-203.
25. Milne H, Huby G, Buckingham S, Hayward J, Sheikh A, Cresswell K, et al. Does sharing the electronic health record in the consultation enhance patient involvement? A mixed-methods study using multichannel video recording and in-depth interviews in primary care. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. juin 2016;19(3):602-16.
26. Badawoud AM, Salgado TM, Lu J, Peron EP, Parsons P, Slattum PW. Medication self-management capacity among older adults living in low-income housing communities. *J Am Pharm Assoc*. 28 oct 2023;64(1):88-95.
27. Orwig D, Brandt N, Gruber-Baldini AL. Medication management assessment for older adults in the community. *The Gerontologist*. oct 2006;46(5):661-8.
28. Richardson SJ, Brooks HL, Bramley G, Coleman JJ. Evaluating the Effectiveness of Self-Administration of Medication (SAM) Schemes in the Hospital Setting: A Systematic Review of the Literature. Hernandez-Boussard T, éditeur. *PLoS ONE*. 2 déc 2014;9(12):e113912.
29. Garfield S, Bell H, Nathan C, Randall S, Husson F, Boucher C, et al. A quality improvement project to increase self-administration of medicines in an acute hospital. *Int J Qual Health Care*. 1 juin 2018;30(5):396-407.
30. Rowse V, Richards M. Self Administration of Insulin in Hospital A guide to Implementation.pdf [Internet]. 2017 janv [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: <https://healthinnovationwessex.org.uk/img/projects/Self%20Administration%20of%20Insulin%20in%20Hospital%20A%20guide%20to%20Implementation.pdf>
31. Ahmed SH, Chiran P, Chattington P. Self administration of medicines by inpatients: are we making any progress? *Clin Med*. août 2013;13(4):419-20.
32. Kaday R, Ratanajamit C. Inpatient self-administered medication under the supervision of a multidisciplinary team: a randomized, controlled, blinded parallel trial. *Pharm Pract*. 2020;18(2):1766.
33. Vanwesemael T, Dilles T, Van Rompaey B, Boussery K. An Evidence-Based Procedure for Self-Management of Medication in Hospital: Development and Validation of the SelfMED Procedure. *Pharmacy*. 26 juill 2018;6(3):77.
34. Kubas S. Quand le patient participe à la sécurisation du circuit du médicament [Internet]. 2018 [cité 11 janv 2024]; Centre de réadaptation cardiovasculaire de Bois Gibert. Disponible sur: <http://static.eole->



web.fr/sites/default/files/documents/table%20ronde\_patient%20acteur\_Dr%20S.KUBAS.pdf

35. Cirot E, Rakotoson N. Le Patient en Auto-Administration de ses Médicaments Retour d'Expérience du Centre Bois-Gibert [Internet]. 2023 janv 26 [cité 11 janv 2024]; Journée plénière OMEDIT CVL. Disponible sur: [http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery\\_files/site/136/2953/4197/4674/11388/11493.pdf](http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/4197/4674/11388/11493.pdf)
36. WHO. Medication Without Harm [Internet]. 2017 [cité 12 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>
37. WHO. Medication Safety in Transitions of Care [Internet]. Geneva; 2019 [cité 12 oct 2023] p. 52. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/325453/WHO-UHC-SDS-2019.9-eng.pdf?sequence=1>
38. Collingsworth S, Gould D, Wainwright SP. Patient self-administration of medication: a review of the literature. *Int J Nurs Stud*. août 1997;34(4):256-69.
39. Medication Safety Officer. Self-administration of Medicines UCLH policy. London: UCLH; 2022 mars p. 26. (clinical). Report No.: 060/CLN/T.
40. Lanza S, Khachi M, Jani Y. Clinical Audit Report Audit of the Self- Administration of Insulin (Staff Survey on Barriers to Implementation). 2016 déc p. 25. (clinical).
41. Setra A. Clinical Audit Report Inpatient self-administration of insulin and parkinson's medication. London: UCLH; 2018 p. 15.
42. Medicines Management Group. Procedure for Patient Self- Administration of Medicines in Adults v1.0 [Internet]. Heart of england; 2020 mars [cité 8 août 2022] p. 14. Disponible sur: <https://hgs.uhb.nhs.uk/wp-content/uploads/Patient-Self-Administration-of-Medicines-in-Adults-Procedure.pdf>
43. Khaki Z. SELF-ADMINISTRATION OF MEDICINES (SAM) BY INPATIENTS [Internet]. London: East London; 2020 nov [cité 8 août 2022] p. 16. (clinical). Disponible sur: [https://www.elft.nhs.uk/sites/default/files/2022-01/self\\_admin\\_policy\\_5.0.pdf](https://www.elft.nhs.uk/sites/default/files/2022-01/self_admin_policy_5.0.pdf)
44. Coker A, Lead Pharmacist for Clinical Services. SELF-ADMINISTRATION OF MEDICATION (SAM) POLICY. London: Camden and Islington; 2021 nov p. 23. (clinical). Report No.: PHA15.
45. Chief Pharmacist. Guidelines for Patient Self-Administration of Medicines [Internet]. Birmingham; 2017 août [cité 8 août 2022] p. 20. (clinical). Report No.: 578. Disponible sur: <https://hgs.uhb.nhs.uk/wp-content/uploads/578-Guidelines-for-Patient-Self-Administration-of-Medicines-V3-August-2017.pdf>
46. Acting Chief Pharmacist. Policy for Self Administration of Medicine on Solent NHS Trust Inpatient Wards [Internet]. Solent; 2019 [cité 8 août 2022] p. 26. Report No.: MMT023. Disponible sur:

[https://www.solent.nhs.uk/media/1339/mmt023\\_selfadministrationofmedicines\\_policy.pdf](https://www.solent.nhs.uk/media/1339/mmt023_selfadministrationofmedicines_policy.pdf)

47. Flint H, Senior Nurse Medicines Management. Self-Administration of Medicines by Patient, Parent and/or Carers [Internet]. Leicester: UHL; 2023 nov [cité 9 déc 2023] p. 18. (clinical). Report No.: B13 / 2004. Disponible sur: <https://secure.library.leicestershospitals.nhs.uk/PAGL/Shared%20Documents/Self%20Administration%20of%20Medicines%20UHL%20Policy.pdf>
48. Dicomidis J. Self-Administration of Medicines (SAM) In Care Homes - Example Policy [Internet]. NHS wales; 2022 mars [cité 9 sept 2022] p. 6. (clinical). Disponible sur: <https://abuhb.nhs.wales/files/governance-pharmacy-resource-bank-for-nursing-homes/self-administration-of-medicines-sam-policy-pdf/>
49. Medicines Policy Subcommittee. Self-administration of medicines programme for inpatients [Internet]. Lothian Scotland: Lothian; [cité 9 août 2022] p. 6. (clinical). Disponible sur: <https://policyonline.nhslothian.scot/wp-content/uploads/2023/03/Self-administration%20of%20Medicines%20Programme%20for%20Inpatients%20Procedure.pdf>
50. Lacey K, Clinical pharmacist. Self-Administration of Medicines Guideline [Internet]. Southern health; 2020 mars p. 20. (clinical). Disponible sur: [https://www.southernhealth.nhs.uk/application/files/1617/0852/6744/SH\\_CP\\_168\\_MM\\_-\\_Self-Administration\\_of\\_Medicines\\_Guideline\\_V5.pdf](https://www.southernhealth.nhs.uk/application/files/1617/0852/6744/SH_CP_168_MM_-_Self-Administration_of_Medicines_Guideline_V5.pdf)
51. Carr H, Poh M. SELF-ADMINISTRATION OF MEDICATION STANDARD OPERATING PROCEDURE [Internet]. Northern Devon; 2018 nov [cité 9 août 2022] p. 24. Disponible sur: <https://www.northdevonhealth.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/06/Self-administration-of-Medication-Final-v4.1.pdf>
52. Maunick L. SELF ADMINISTRATION OF MEDICINES GUIDELINES [Internet]. Medway: Medway; 2018 nov [cité 9 août 2022] p. 17. (clinical). Report No.: GUCMM018. Disponible sur: <https://www.medway.nhs.uk/downloads/3933%20-%20Self%20Administration%20of%20Medicines%20Guidelines.pdf>
53. Crane M. American Addiction Centers. 2023 [cité 1 déc 2023]. Drug Scheduling & Classifications (Schedule I-V Controlled Drugs). Disponible sur: <https://americanaddictioncenters.org/prescription-drugs/classifications>
54. UK government. GOV.UK. 2022 [cité 6 déc 2023]. List of most commonly encountered drugs currently controlled under the misuse of drugs legislation. Disponible sur: <https://www.gov.uk/government/publications/controlled-drugs-list--2/list-of-most-commonly-encountered-drugs-currently-controlled-under-the-misuse-of-drugs-legislation>
55. Head of Pharmacy. Controlled Drug UCLH. Londres: UCLH; 2022 mars p. 79.
56. Journal of Clinical Nursing - 2022 - Herpen-Meeuwissen - Inpatients Self-Administration of Medication Stakeholders views.pdf.

57. Vanwesemael T, Boussery K, Manias E, Petrovic M, Fraeyman J, Dilles T. Self-management of medication during hospitalisation: Healthcare providers' and patients' perspectives. *J Clin Nurs*. févr 2018;27(3-4):753-68.
58. Wright J, Emerson A, Stephens M, Lennan E. Hospital inpatient self-administration of medicine programmes: a critical literature review. *Pharm World Sci*. juin 2006;28(3):140-51.
59. Polito S, Ho L, Pang I, Dara C, Viswabandya A. Evaluation of a patient self-medication program in allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. *J Oncol Pharm Pract*. déc 2022;28(8):1790-7.
60. Balfour-Lynn IM, Khan K, Pentayya N, Pheasant C, Bentley S, Makhecha S. Initiating Self-Administration of Medicines for inpatients with cystic fibrosis. *Arch Dis Child*. oct 2020;105(10):986-90.
61. Lin B, Mei Y, Ma F, Zhang Z, Chen Q, Wang S. Testing the validity and reliability of the Self-Administration of Medication (SAM) instrument in Chinese chronic disease patients: A cross-cultural adaptation. *Int J Nurs Pract*. avr 2018;24(2):e12625.
62. Royal Pharmaceutical Society R, Royal College Nursing R. Professional Guidance on the Administration of Medicines in Healthcare Settings [Internet]. 2023 janv [cité 22 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.rpharms.com/Portals/0/RPS%20document%20library/Open%20access/Professional%20standards/SSHM%20and%20Admin/Admin%20of%20Meds%20prof%20guidance.pdf>
63. McLeod M, Ahmed Z, Barber N, Franklin BD. A national survey of inpatient medication systems in English NHS hospitals. *BMC Health Serv Res*. déc 2014;14(1):93.
64. University College London Hospitals NHS Foundation Trust. UCLH | Annual Report and Accounts 2022-23 [Internet]. Londres: UCLH; 2023. Disponible sur: <https://www.uclh.nhs.uk/about-us/what-we-do/our-performance/annual-report-annual-plan-and-quality-account>
65. American Cancer Society. Chemotherapy Side Effects [Internet]. 2020 [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/treatment-types/chemotherapy/chemotherapy-side-effects.html>
66. Institut national du cancer. A quoi servent les soins de support ? - Qualité de vie [Internet]. 2023 [cité 9 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Soins-de-support>
67. VIDAL. ZOVIRAX 200 mg cp [Internet]. 2022 [cité 9 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/zovirax-200-mg-cp-18172.html>

# Annexes :

## Annexe 1. Exemple de plan de prise réalisé par la HAS (4).

Étiquette patient

### Mon plan de prise PAAM

Début du PAAM :

Quel(s) médicament(s)/dose et forme	POURQUOI	QUANTITÉ ET FRÉQUENCE	QUAND					Date de début/fin	COMMENT	Commentaires, questions
			le matin	à midi	le soir	Au coucher	Autre :			
Nom du médicament (DCI) Forme	Raison de la prise du médicament	Indications relatives à la fréquence						Explication Conseils pour la prise	Remarques conservation	
<b>Exemple</b>										
Metformine 500 mg comprimé (GLUCOPHAGE)	Diabète	1 cp matin et soir	1cp		1cp			D : 1 <sup>er</sup> janvier 2021 F : pas de date de fin	Prise au milieu ou fin de repas pour limiter les effets indésirables (nausées, diarrhées) Ne pas prendre d'ibuprofène (antidouleur) en automédication	
Traçabilité de la prise (mettre une croix pour confirmer la prise)			x		x			Remarques/questions éventuelles : est-ce que je peux écraser le comprimé ?		
								D : F :		
								D : F :		
								D : F :		
								D : F :		
<b>Médicaments si besoin PAAM</b>										
								D : F :		
Traçabilité de la prise (mettre une croix pour confirmer la prise)								Remarques/questions éventuelles :		
								D : F :		
<b>Vérification/Validation IDE</b>										

## Annexe 2 : Brochure d'information sur l'AAM mise à disposition des patients par l'UCLH (39).

UCLH

Self-administration of Medicines Policy

### Appendix 4: Patient Information Leaflet for the SAS

## 1. Introduction

At UCLH, we are working towards safer and more efficient practices with medicines. Please read this leaflet carefully if you are interested in self-administering your medicines whilst in hospital. Your pharmacist or nurse will be able to answer any questions you might have.

## 2. What is the self-administration scheme?

It allows you to take your own medicine whilst you are in hospital, just as you would at home.

## 3. How does it help me?

The self-administration scheme on this ward will help you understand:

- ✓ The purpose of your medicines
- ✓ How to take your medicines
- ✓ How to manage your medicines at home

## 4. What will happen to my medicines?

All your medication will be stored in a locked medicines cabinet by your bedside during your stay, which can only be opened pharmacy and nursing staff and by yourself.

If you have brought in your own medication with you, please hand it to your named nurse on admission, so it can be safely locked away. This allows us to see what you are taking and will let you continue taking medicines you are familiar with.

This medication may be used during your stay but will not be given to other patients. It will be returned to you when you leave hospital, unless any changes have been made by a doctor. We will tell you of these changes during your stay so that you can continue taking your medicines safely.

## 5. How can I join the scheme?

Before starting on the self-administration scheme, the nurse or pharmacist will discuss your medicines with you and complete an assessment form. You will be asked to sign an agreement form when you join the scheme.

## 6. What happens if I don't wish to participate?

It is entirely your choice to participate in the scheme and you may opt out at any time. This will not change the treatment and care you receive from the hospital. Your named nurse and pharmacist will offer you support or guidance throughout your stay.

If you choose to enter the scheme, we will explain:

- ✓ How self-administration works and its benefits
- ✓ Which medicines you will be taking in hospital
- ✓ Dosages and timings
- ✓ Any possible side effects, precautions and special instructions

## 7. What are my responsibilities if I choose to self-administer?

You will be expected to take your medicines at the appropriate time independently of nursing staff.

You will be given your own locker key/ key card. Please keep this safely on your person at all times. Return the key/ key card to your named nurse when you are discharged to go home, or if you leave the ward for more than one hour, for example, if you go for an X-ray.

Your medicines are only for your use; please do not share them with others and inform a nurse if anyone tries to take your medicines.

Your named nurse will ask you if you have taken your medicines correctly at least once a day. Inform a nurse or pharmacist immediately if you have forgotten to take a dose or have taken an extra dose by mistake.

## 8. Who can I ask for help or advice?

Your pharmacist or nurse will be happy to answer any questions you may have about taking your medicines.

## 9. What happens when I go home?

You will be given at least two weeks supply of medication which should allow you time to visit your GP to arrange a further supply.

## 10. Contact details

If you have any questions about medicines, you can contact the Pharmacy Medicines Helpline.

Direct line: 020 3447 9779

Switchboard: 0845 155 5000 / 020 3456 7890

Website: [www.uclh.nhs.uk](http://www.uclh.nhs.uk)

UCLH - 2014

Published Date: 09/12/14 [09/04/21]

Review Date: 31/03/22 [review rescheduled, author has confirmed policy remains fit for purpose: reference to non-administration of medicine codes within Epic added - see Appendix 1 section 4]

Policies, procedures and guidelines only current on date printed refer to Insight for definitive version

### Annexe 3 : Nombre d'AAM par département.

Étiquettes de lignes	Nombre d'AAM	Pourcentages	Pourcentage cumulé
Service A.1	1348	7,14%	7,14%
Service A.2	1140	6,04%	13,18%
Service D.1 (Ambulatoire)	981	5,20%	18,38%
Service B.1 (Oncologie)	918	4,86%	23,24%
Service A.3	906	4,80%	28,04%
Service A.4	873	4,63%	32,67%
Service A.5	844	4,47%	37,14%
Service A.6	702	3,72%	40,86%
Service C.1	542	2,87%	43,73%
Service C.2	535	2,83%	46,57%
Service B.2	527	2,79%	49,36%
Service C.3	512	2,71%	52,07%
Service E.1	493	2,61%	54,68%
Service A.7	461	2,44%	57,13%
Service B.3	429	2,27%	59,40%
Service B.4	396	2,10%	61,50%
Service B.5	377	2,00%	63,49%
Service B.6	365	1,93%	65,43%



Service C.4	340	1,80%	67,23%
Service B.7	338	1,79%	69,02%
Service B.8	294	1,56%	70,58%
Service C.5	293	1,55%	72,13%
Service B.9	272	1,44%	73,57%
Service C.6	264	1,40%	74,97%
Service B.10	262	1,39%	76,36%
Service B.11	260	1,38%	77,74%
Service A.8	246	1,30%	79,04%
Service B.12	236	1,25%	80,29%
Service B.13	213	1,13%	81,42%
Service E.2	206	1,09%	82,51%
Service D.2 (Chimiothérapie)	201	1,06%	83,58%
Service D.3	201	1,06%	84,64%
Service B.14	197	1,04%	85,68%
Service C.7	188	1,00%	86,68%
Service A.9	167	0,88%	87,56%
Service B.15	167	0,88%	88,45%
Service B.16	152	0,81%	89,26%
Service C.8	151	0,80%	90,06%
Service B.17	150	0,79%	90,85%
Service E.3	140	0,74%	91,59%
Service HS.1	124	0,66%	92,25%
Service D.4	119	0,63%	92,88%
Service F.1	117	0,62%	93,50%

Service B.18	110	0,58%	94,08%
Service B.19	109	0,58%	94,66%
Service B.20	107	0,57%	95,23%
Service B.21	107	0,57%	95,79%
Service B.22	103	0,55%	96,34%
Service B.23	86	0,46%	96,79%
Service D.5	79	0,42%	97,21%
Service B.24	57	0,30%	97,52%
Service B.25	56	0,30%	97,81%
Service B.26	50	0,26%	98,08%
Service B.27	44	0,23%	98,31%
Service B.28	42	0,22%	98,53%
Service C.9	38	0,20%	98,73%
Service B.29	34	0,18%	98,91%
Service B.30	33	0,17%	99,09%
Service C.10	29	0,15%	99,24%
Service D.6	28	0,15%	99,39%
Service B.31	26	0,14%	99,53%
Service D.7	14	0,07%	99,60%
Service C.11	13	0,07%	99,67%
Service C.12	9	0,05%	99,72%
Service B.32	9	0,05%	99,77%
Service D.8	6	0,03%	99,80%
Service E.4	5	0,03%	99,83%
Service C.13	5	0,03%	99,85%



Service C.14	5	0,03%	99,88%
Service B.33	4	0,02%	99,90%
Service B.34	3	0,02%	99,92%
Service A.10	3	0,02%	99,93%
Service B.35 (Salle d'opération)	2	0,01%	99,94%
Service HS.2	2	0,01%	99,95%
Service B.36	2	0,01%	99,96%
Service B.37 (Salle d'opération)	1	0,01%	99,97%
Service A.11 (Salle d'opération)	1	0,01%	99,97%
Service B.38	1	0,01%	99,98%
Service B.39	1	0,01%	99,98%
Service B.40 (Salle d'opération)	1	0,01%	99,99%
Service B.41	1	0,01%	99,99%
Service G.1	1	0,01%	100,00%
<b>Total général</b>	<b>18874</b>	<b>100,00%</b>	

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.

**GAGNIEUX Camille**

**Le patient en auto-administration de ses médicaments, comparaison du modèle français avec le modèle anglosaxon.**

Th. D. Pharm., Lyon 1, 2024, 106 p.

## **RESUME**

L'auto-administration des médicaments (AAM) à l'hôpital est une pratique qui consiste à permettre aux patients volontaires répondant à des critères d'inclusion stricts de pouvoir réaliser eux-mêmes l'étape d'administration lors de leur hospitalisation. Cette pratique vise à promouvoir l'*empowerment* du patient, mais également à éviter qu'il ne perde son autonomie dans la prise de ses traitements lors de séjours hospitaliers longs. Cette pratique est autorisée en France depuis l'arrêté du 10 octobre 2022. La Haute Autorité de Santé (HAS) a donc émis des recommandations le 14 octobre 2022 pour encadrer cette pratique. Dans ce contexte, l'objectif de ce travail de thèse était d'étudier ces recommandations et de les comparer avec l'AAM au Royaume-Uni et dans le monde.

Ainsi, une étude des recommandations sur cette pratique émises par la HAS a été réalisée. Puis, afin de comparer les recommandations françaises, deux études ont été menées. Une première visant à identifier l'état de la pratique grâce aux politiques d'AAM au Royaume-Uni et à des publications scientifiques dans le monde. Ce qui a permis à partir de recherches bibliographiques d'identifier les éléments principaux de cette pratique. La deuxième étude consistait à étudier la pratique au sein d'une structure hospitalière londonienne par l'étude des produits de santé auto-administrés au cours du mois de juillet 2022. Cette étude a mis en avant les disparités dans la pratique des différents services au sein d'un même établissement.

Ce travail de thèse permet d'appréhender les challenges de l'AAM pour en faciliter sa mise en pratique en France et ainsi améliorer la transition entre l'hôpital et le domicile.

## **MOTS CLES**

Auto-administration des médicaments  
Hôpital

## **JURY**

Pr CHAUDRAY-MOUCHOUX Christelle, Professeure des Universités – Praticien Hospitalier

Dr NOVAIS Teddy, Maître de Conférences – Praticien Hospitalier

Dr BELTRAN Sonia, Coordinatrice du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse du Patient des Hospices Civils de Lyon

## **DATE DE SOUTENANCE**

18 mars 2024

## **CONTACT**

teddy.novais@chu-lyon.fr