

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Soutenue publiquement le 10 Octobre 2022

Par Mme VANHAECKE Marie

AUTOGESTION MEDICAMENTEUSE A L'HOPITAL :
REVUE DE LA LITTERATURE ET EXPERIMENTATION DANS UN
SERVICE DE REEDUCATION AU CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES

Membres du jury :

Président :

Monsieur le Professeur DECAUDIN Bertrand, Pharmacien, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, Faculté de pharmacie, Université de Lille, Centre Hospitalier Universitaire de Lille.

Directeur, conseiller de thèse :

Madame le Docteur HENNION-COUSSEMACQ Marion, Pharmacien, Praticien Hospitalier - Chef du service médicament, Centre Hospitalier de Valenciennes.

Assesseur(s) :

Monsieur le Docteur DERVAUX Benjamin, Médecin, Praticien Hospitalier - Chef du service de rééducation appareil locomoteur et polyvalent, Centre Hospitalier de Valenciennes.

Madame le Docteur MASSE Morgane, Pharmacien, Maitre de Conférences Universitaire - Praticien Hospitalier, Faculté de pharmacie, Université de Lille, Centre Hospitalier Universitaire de Lille

Faculté de Pharmacie de Lille
3 Rue du Professeur Laguesse – 59000 Lille
03 20 96 40 40
<https://pharmacie.univ-lille.fr>

Université de Lille

Président	Régis BORDET
Premier Vice-président	Etienne PEYRAT
Vice-présidente Formation	Christel BEAUCOURT
Vice-président Recherche	Olivier COLOT
Vice-présidente Réseaux internationaux et européens	Kathleen O'CONNOR
Vice-président Ressources humaines	Jérôme FONCEL
Directrice Générale des Services	Marie-Dominique SAVINA

UFR3S

Doyen	Dominique LACROIX
Premier Vice-Doyen	Guillaume PENEL
Vice-Doyen Recherche	Éric BOULANGER
Vice-Doyen Finances et Patrimoine	Damien CUNY
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires	Sébastien D'HARANCY
Vice-Doyen RH, SI et Qualité	Hervé HUBERT
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie	Caroline LANIER
Vice-Doyen Territoires-Partenariats	Thomas MORGENROTH
Vice-Doyenne Vie de Campus	Claire PINÇON
Vice-Doyen International et Communication	Vincent SOBANSKI
Vice-Doyen étudiant	Dorian QUINZAIN

Faculté de Pharmacie

Doyen	Delphine ALLORGE
Premier Assesseur et Assesseur en charge des études	Benjamin BERTIN
Assesseur aux Ressources et Personnels	Stéphanie DELBAERE
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement	Anne GARAT
Assesseur à la Vie de la Faculté	Emmanuelle LIPKA
Responsable des Services	Cyrille PORTA
Représentant étudiant	Honoré GUISE

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CHAVATTE	Philippe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques	87
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86

M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bioinorganique	85
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques	87
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie	86
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BLONDIAUX	Nicolas	Bactériologie - Virologie	82
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81

Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maitres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique	85
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie	87
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
Mme	BARTHELEMY	Christine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	85
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie - Virologie	87
M.	BELARBI	Karim-Ali	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86

M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie	87
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86

Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques	85

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	GEORGE	Fanny	Bactériologie - Virologie / Immunologie	87
Mme	N'GUESSAN	Cécilia	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	RUEZ	Richard	Hématologie	87
M.	SAIED	Tarak	Biophysique - RMN	85
M.	SIEROCKI	Pierre	Chimie bioinorganique	85

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière

Faculté de Pharmacie de Lille

3 Rue du Professeur Laguesse – 59000 Lille
03 20 96 40 40
<https://pharmacie.univ-lille.fr>

**L'Université n'entend donner aucune approbation aux
opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont
propres à leurs auteurs.**

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Bertrand DECAUDIN,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et d'accepter de juger ce travail.
Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Marion HENNION-COUSSEMACQ,

Je te remercie pour la confiance que tu m'as accordée tout au long de ce travail.
Merci pour le temps et l'énergie que tu y as consacré.
Merci pour ton soutien, ta bienveillance et ton professionnalisme.
Mener ce projet à tes côtés est très enrichissant.

A Monsieur le Docteur Benjamin DERVAUX,

Je vous remercie de m'avoir permis d'effectuer ce travail dans votre service.
Je suis très honoré de vous compter parmi mon jury.
Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Morgane MASSE,

Je te remercie pour tous les enseignements que tu m'as transmis quand j'étais externe puis interne en Médecine Polyvalente Post-Urgence.
Je suis ravie que tu aies accepté de juger ce travail de thèse.
Sois assurée de ma reconnaissance et de toute ma considération.

A l'équipe médicale et paramédicale du service de soins de suite et réadaptation,

Merci pour votre accueil et votre collaboration pour la réalisation de ce travail.

A l'équipe de la DSI du Centre Hospitalier de Valenciennes,

Je vous remercie pour le temps passé à la construction et l'intégration des différents outils dans le dossier patient. Un grand merci à Stéphanie Delcroix pour son aide très précieuse.

A Amélie Pruvost,

Merci pour tes relectures qui ont amélioré l'écriture de ma thèse.
Merci pour ta gentillesse et ta bienveillance.

A Laurie Ferret et Quentin Hiver,

Merci pour votre aide et vos précieux conseils pour la mise en place de ce projet.

A tous les pharmaciens du Centre Hospitalier de Valenciennes,

Merci à tous pour cette année d'internat passée à vos côtés pendant laquelle j'ai beaucoup appris. Je suis heureuse de poursuivre ma dernière année au sein de votre équipe.

*A tous les pharmaciens, préparateurs, agents avec lesquels j'ai eu la chance de travailler au
CHU de Lille, CH de Douai, CH de Valenciennes et CH de Dunkerque,*

Merci pour ces 3 années d'internat en pharmacie hospitalière qui m'ont fait évoluer et qui ont été d'une grande richesse.

A mes parents et à Pierre, mon frère

Merci pour votre présence et votre soutien sans faille tout au long de mon parcours.

Merci pour vos nombreux encouragements.

Merci simplement pour tout !

A mes deux grands-mères, à Valérie et Francis, à ma cousine Amélie,

Merci d'avoir toujours cru en moi.

Merci pour vos pensées et votre soutien à chaque étape importante de mon cursus.

A Laurine,

Je suis heureuse que l'internat ait fait naître une si belle amitié !

A nos longues discussions aussi bien joyeuses que réconfortantes.

A tous mes co-internes,

Merci pour votre bonne humeur.

A mes copains de fac,

Merci pour tous ces bons moments partagés qui ont rendu ces années universitaires plus agréables.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES.....	19
LISTE DES TABLEAUX	19
LISTE DES ANNEXES	19
TABLE DES ABREVIATIONS	21
INTRODUCTION.....	23

I. GENERALITES.....	25
----------------------------	-----------

1 Nouveaux enjeux de santé publique	25
1.1 Concept de santé.....	25
1.2 Évolution de la population et des problématiques de santé publique.....	25
1.3 Éducation pour la santé	26
1.4 Éducation thérapeutique du patient.....	26
2 Circuit du médicament en établissement de santé	27
2.1 Définition.....	27
2.2 Étape d'administration médicamenteuse.....	28
2.3 Erreur médicamenteuse.....	28
3 Autogestion médicamenteuse	30
3.1 Définitions	30
3.2 Approche d'Orem sur les soins	30
4 Aspects réglementaires.....	32
4.1 En France	32
4.2 Évolution des recommandations françaises	32
4.3 Recommandations internationales	34
5 Contexte et objectifs.....	35

II. MATERIELS ET METHODES.....	37
---------------------------------------	-----------

1 Revue de la littérature.....	37
1.1 État actuel des connaissances.....	37
1.1.1 Revues de la littérature existantes.....	37
1.1.2 Données issues des études qualitatives.....	37

1.1.3	Données d'évaluation de l'impact de l'autogestion médicamenteuse en hospitalisation.....	38
1.2	Questions de recherche.....	39
1.3	Critères de sélection.....	39
1.4	Équations de recherches.....	40
1.5	Sélection et analyse des articles.....	41
2	Autogestion médicamenteuse dans le service de rééducation du CHV	41
2.1	Présentation du Centre Hospitalier de Valenciennes (CHV).....	41
2.1.1	Démographie de l'établissement et du service de soins.....	41
2.1.2	Circuit du médicament au CHV.....	42
2.2	Élaboration d'un processus d'autogestion médicamenteuse.....	44
III. RESULTATS.....		45
1	Revue de la littérature.....	45
1.1	Flux de recherche.....	45
1.2	Sélection des patients sous autogestion médicamenteuse.....	47
1.2.1	Services de soins et population de patients.....	47
1.2.2	Critères d'inclusion/exclusion des patients.....	48
1.2.3	Évaluation de l'éligibilité des patients.....	53
1.3	Structures des programmes d'autogestion médicamenteuse.....	54
1.3.1	Niveaux d'autogestion médicamenteuse.....	54
1.3.2	Choix des médicaments adaptés à l'autogestion médicamenteuse.....	56
1.3.3	Informations médicamenteuses fournies.....	60
1.3.4	Modalités de dispensation et de stockage des médicaments.....	60
1.4	Rôles et implications des différents professionnels de santé.....	61
1.4.1	Nécessité d'une coopération soignants-patient.....	61
1.4.2	Place du pharmacien.....	61
2	Autogestion médicamenteuse dans le service de rééducation du CHV	62
2.1	Évaluation de l'éligibilité du patient.....	62
2.2	Information et éducation du patient.....	64
2.2.1	Choix des thérapeutiques adaptées à l'autogestion.....	64
2.2.2	Entretien patient.....	64
2.3	Validation du démarrage effectif de l'autogestion médicamenteuse et documentation dans le DPI.....	66
2.4	Dispensation des médicaments aux patients.....	67
2.5	Traçabilité de la prise.....	68
2.6	Réévaluation du statut d'autogestion médicamenteuse du patient.....	68

IV. DISCUSSION.....71

1	Interprétation des principaux résultats de la revue de la littérature.....	71
1.1	Caractéristiques et évaluation de l'éligibilité des patients.....	71
1.2	Structure des programmes d'autogestion médicamenteuse.....	72
1.3	Rôle des différents professionnels de santé impliqués.....	74
1.4	Limites de la revue de la littérature.....	74
2	Autogestion médicamenteuse dans le service de rééducation du CHV	75
2.1	Choix du service de rééducation appareil locomoteur et polyvalent	75
2.2	Modalités de sélection des patients sous autogestion médicamenteuse.....	75
2.3	Choix des thérapeutiques adaptées à l'autogestion médicamenteuse	76
2.4	Utilisation de la DJIN comme support d'autogestion médicamenteuse.....	77
2.5	Support de prescription et traçabilité de la prise.....	78
2.6	Sécurisation du stockage des médicaments	78
2.7	Réévaluation du statut d'autogestion médicamenteuse.....	79
2.8	Outils mis en place au CHV	79
3	Perspectives	80
	CONCLUSION	81
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	83
	ANNEXES	89

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Le macro processus du circuit du médicament (9).....	28
Figure 2 : Modèle d'Orem (15)	31
Figure 3 : Circuit automatisé.....	42
Figure 4 : Anneaux médicamenteux.....	43
Figure 5 : Diagramme de flux.....	46
Figure 6 : Confirmation médicale de l'autogestion médicamenteuse.....	63
Figure 7 : Prescription de l'éducation à l'autogestion médicamenteuse	63
Figure 8 : Liste sur requête éducation autogestion.....	65
Figure 9 : Résumé du DPI.....	66
Figure 10 : Plan de soins IDE.....	67
Figure 11 : Alerte d'évaluation de la pratique de l'autogestion médicamenteuse	69
Figure 12 : Alerte de réévaluation de l'éligibilité à l'autogestion médicamenteuse	69

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Échelle de criticité de l'EM selon la REMED SFPC 2014 (12).....	29
Tableau 2 : Géographie des études	47
Tableau 3 : Inclusion/exclusion selon les études.....	52
Tableau 4 : Type de médicaments inclus/exclus de l'autogestion médicamenteuse.	59
Tableau 5 : Cotation des critères d'éligibilité	63

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Outil SAM (63).....	89
Annexe 2 : Questionnaire IDE d'évaluation de l'éligibilité (46)	92
Annexe 3 : Processus d'autogestion médicamenteuse	93
Annexe 4 : Formulaire d'éligibilité à l'autogestion des médicaments.....	94
Annexe 5 : Plan d'entretien d'éducation à l'autogestion médicamenteuse	95
Annexe 6 : Document d'information à l'autogestion médicamenteuse	97
Annexe 7 : Contrat d'observance	98
Annexe 8 : Formulaire d'éducation à l'autogestion médicamenteuse.....	99
Annexe 9 : Formulaire d'évaluation de la bonne pratique	100
Annexe 10 : Formulaire de réévaluation du patient non éligible	101

TABLE DES ABREVIATIONS

ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ARS	Agence Régionale de Santé
AVK	Anti-Vitamines K
CSP	Code de Santé Publique
CHV	Centre Hospitalier de Valenciennes
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DJIN	Dispensation Journalière Individuelle Nominative
DPI	Dossier Patient Informatisé
DSI	Direction des Systèmes d'Information
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EIGS	Événements indésirables graves associés à des soins
EM	Erreur Médicamenteuse
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
FIM	Functional Independence Measure
GHT	Groupement Homogène de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
HAD	Hospitalisation à domicile
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
NHS	National Health Service
NMC	Nursing and Midwifery Council
NPC	National Prescribing Centre
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEC	Prise En Charge
RCP	Résumé Caractéristiques Produit
REMED	Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs associés
RPS	Royal Pharmaceutical Society
SAM	Self-Administration Medication
SFPC	Société Française de Pharmacie Clinique
SHPA	Society of Hospital Pharmacists of Australia
SSR	Soins de Suite et Réadaptation
WMS	Warehouse Management System

INTRODUCTION

Avec l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques ces dernières années, l'adhésion du patient à son traitement médicamenteux est devenue une composante essentielle de la prise en charge thérapeutique. On définit l'adhésion médicamenteuse comme le degré avec lequel le patient comprend, accepte et suit les instructions de son médecin.

En France, dès lors qu'une personne est admise dans un service de soins, la responsabilité de l'administration médicamenteuse incombe à l'infirmier(e). Aussi, l'implication du patient dans la prise de ses traitements est limitée même lorsque celui-ci réalise habituellement cet acte de manière autonome au domicile. En autorisant l'auto-administration des médicaments en cours d'hospitalisation, la position du patient en tant que véritable partenaire de soins se trouve renforcée. Le patient bénéficie d'une compréhension accrue des réévaluations thérapeutiques effectuées. La mise en œuvre de l'autogestion médicamenteuse à l'hôpital permet également aux soignants d'identifier certaines difficultés du patient pour gérer ses traitements et d'y palier par une éducation ou des ajustements thérapeutiques. L'un des principaux objectifs de cette démarche est donc de sécuriser l'administration médicamenteuse lors du retour du patient à son domicile.

Dans les pratiques actuelles hospitalières, des démarches d'auto-administration médicamenteuse existent déjà notamment dans les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) mais celles-ci sont peu homogènes et très peu encadrées d'un point de vue réglementaire. L'absence de recommandations claires et le manque d'outils développés et validés pour mettre en œuvre l'autogestion médicamenteuse en établissement de santé est le frein principal au développement d'une telle pratique. La difficulté réside donc d'une part dans la construction d'un parcours patient structuré et adapté à l'auto-administration de ses médicaments et d'autre part dans la détermination de critères d'éligibilité cohérents pour sa mise en œuvre en pratique.

Les recherches effectuées dans le cadre de ce travail visent à répondre à l'ensemble de ces problématiques au travers d'une revue bibliographique puis à proposer une organisation adaptée au profil de patient et au circuit du médicament dans le service de soins de suite et réadaptation locomoteur et polyvalent du Centre Hospitalier de Valenciennes.

I. GENERALITES

1 Nouveaux enjeux de santé publique

1.1 Concept de santé

En 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme :
« un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (1).

1.2 Évolution de la population et des problématiques de santé publique

Avec les progrès de la médecine, l'espérance de vie est en constante progression. En parallèle, l'espérance de vie en bonne santé a tendance à stagner ces dernières années. Cette évolution s'explique par une augmentation de la prévalence des maladies chroniques.

Devant cette transition épidémiologique, le système de santé se trouve confronté à de nouveaux enjeux centrés sur un patient parfois polypathologique et souvent polymédicamenté (2). L'adhésion et l'implication de ces patients dans leur prise en charge sont primordiales afin de contrôler voire freiner l'évolution de leur(s) pathologie(s). En effet, ceux-ci doivent faire face à une surveillance quotidienne de leur état de santé, à l'évolution de la maladie, à la nécessité de se traiter quotidiennement et d'associer leurs proches à cette gestion quotidienne.

En 2011, Huber et al. ont donc suggéré une nouvelle approche de la santé davantage adaptée à l'augmentation mondiale de la prévalence des maladies chroniques. Ils proposent une définition dynamique centrée sur la capacité du patient à s'adapter et à s'autocontrôler face à des changements sociaux, physiques et émotionnels (3). Les modalités de prise en charge évoluent également en ce sens. Par exemple, l'axe 1 du programme national de sécurité patient 2013-2017 propose un modèle centré sur le patient (4).

1.3 Éducation pour la santé

L'éducation pour la santé a été définie par l'OMS comme « tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin. » (36e assemblée mondiale de la santé, 1983).

En 2001, le plan national d'éducation pour la santé (Ministère de l'emploi et de la solidarité, Secrétariat d'État à la Santé et aux Handicapés ; février 2001) précise : « [L'éducation pour la santé] a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité. [...] Elle aide chaque personne, en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses compétences, à comprendre l'information et à se l'approprier pour être en mesure de l'utiliser dans sa vie » (5).

1.4 Éducation thérapeutique du patient

Dans cette perspective, ces dernières années s'est développée l'éducation thérapeutique du patient (ETP) qui vise selon l'OMS « à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique, elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leur famille) à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et à améliorer leur qualité de vie » (6).

En 2009, la loi "Hôpital, patients, santé et territoires" (HPST) inscrit l'éducation thérapeutique du patient dans le Code de la Santé Publique. L'ETP est ainsi officiellement reconnue comme s'inscrivant dans le parcours de soins du patient.

Cette loi distingue 3 modalités d'ETP :

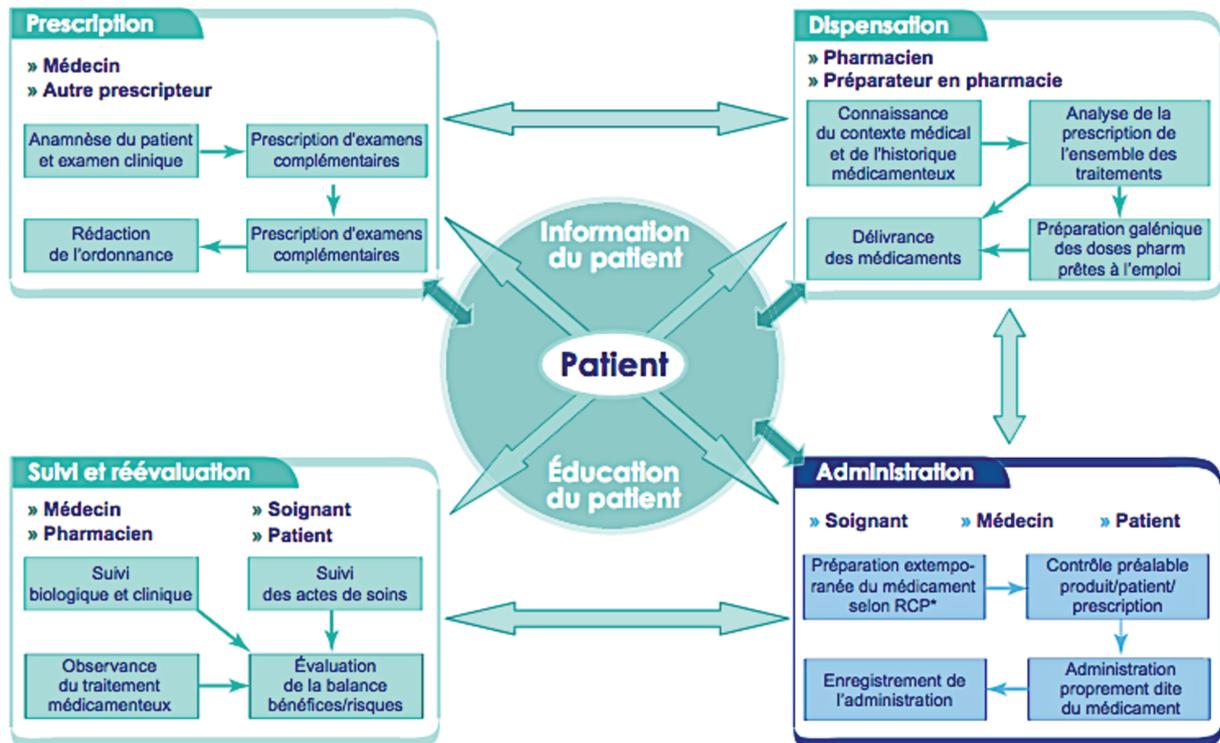
- Les programmes d'éducation thérapeutique du patient (Art. L. 1161-2 du CSP), qui sont soumis à une déclaration auprès des Agences Régionales de Santé (ARS) et au respect d'un cahier des charges national ;
- Les actions d'accompagnement (Art. L. 1161-3 du CSP), qui ont pour objet "d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie". Elles doivent être conformes à un cahier des charges national ;
- Les programmes d'apprentissage (Art. L. 1161-5 du CSP), qui ont pour objet "l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant". Ils sont soumis à une autorisation délivrée par l'ANSM (7).

2 Circuit du médicament en établissement de santé

2.1 Définition

La prise en charge médicamenteuse des patients s'organise autour du circuit du médicament. Le dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse de la SFPC en donne la définition suivante : « Processus de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient, hospitalisé dans un établissement de santé, résident d'un établissement social ou en soins ambulatoires. Ce processus interdisciplinaire est constitué par les étapes de prescription, de dispensation, d'administration et de suivi thérapeutique, et comprend le traitement de l'information » (8).

Les principaux éléments constituant le processus du circuit du médicament sont présentés sur la figure 1.



* RCP : Résumé des caractéristiques du produit - © Société française de pharmacie clinique 2005

Figure 1 : Le macro processus du circuit du médicament (9)

2.2 Étape d'administration médicamenteuse

L'administration est donc l'une des principales étapes du circuit du médicament. Il s'agit d'un « ensemble d'activités assurées par un soignant et comportant, à partir de la prise de connaissance de l'ordonnance : la préparation extemporanée conformément aux recommandations des modalités d'utilisation du RCP, les contrôles préalables ("3P" : prescription versus produit versus patient), l'administration proprement dite du médicament au patient, l'information du patient, l'enregistrement de l'administration » (8).

2.3 Erreur médicamenteuse

L'erreur médicamenteuse (EM) peut être définie comme « l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte au cours du processus de soins impliquant un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. L'erreur médicamenteuse peut être avérée ou potentielle (interceptée avant l'administration au patient) » (10).

L'erreur d'administration médicamenteuse correspond à une « erreur médicamenteuse survenant au niveau de l'administration du médicament à un patient, quel qu'en soit l'auteur y compris le patient lui-même, appréciée par toute déviation par rapport à la prescription par le médecin, telle qu'elle est inscrite sur le dossier du patient, ou par rapport aux recommandations d'emploi. C'est une étape de survenue de l'erreur médicamenteuse. L'erreur d'administration peut s'avérer secondaire à une erreur survenue lors d'une étape antérieure du circuit du médicament » (8).

L'administration médicamenteuse constitue la barrière ultime d'interception des erreurs médicamenteuses. L'acte d'administration est réalisé majoritairement par le personnel infirmier mais d'autres professionnels peuvent être concernés selon leurs domaines d'activité (9) : par exemple, les médecins peuvent être amenés à administrer des médicaments dans les situations d'urgence.

En novembre 2020, la HAS publiait un rapport portant sur l'analyse des événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) reçus entre mars 2017 et décembre 2019. Ce rapport révèle que 65% des erreurs associées aux produits de santé surviennent lors de l'étape d'administration (11).

La gravité des erreurs médicamenteuses peut être cotée selon l'échelle REMED de la SFPC (12) :

Mineure	EM sans conséquence pour le patient
Significative	EM avec surveillance accrue pour le patient mais sans conséquence clinique pour lui
Majeure	EM avec conséquences cliniques temporaires pour le patient : <i>à l'origine d'une atteinte physique ou psychologique réversible qui nécessite un traitement ou une intervention ou un transfert vers un autre établissement, induction ou allongement du séjour hospitalier.</i>
Critique	EM avec conséquences cliniques permanentes pour le patient : <i>à l'origine d'une atteinte physique ou psychologique permanente irréversible.</i>
Catastrophique	EM avec mise en jeu du pronostic vital ou décès du patient

Tableau 1 : Échelle de criticité de l'EM selon la REMED SFPC 2014 (12)

Afin d'éviter les erreurs médicamenteuses d'administration et sécuriser le circuit du médicament, la Haute Autorité de Santé (HAS) propose dans son guide *Outil de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments* plusieurs objectifs à atteindre basés sur la règle des 5B : « administrer au Bon patient, le Bon médicament, à la Bonne dose, sur la Bonne voie, au Bon moment » (9).

3 Autogestion médicamenteuse

3.1 Définitions

L'auto-soins est la « capacité des individus, des familles et des communautés à promouvoir la santé, à prévenir les maladies, à maintenir la santé et à faire face à la maladie et au handicap avec ou sans le soutien d'un professionnel de santé » [traduction de la définition de l'OMS] (13).

L'autogestion est définie comme la capacité de l'individu conjointement avec sa famille, communauté et les professionnels de santé, à gérer ses symptômes, traitements, changements de mode de vie, et les conséquences psychosociales, culturelles et spirituelles de sa maladie (en particulier des maladies chroniques) (14).

3.2 Approche d'Orem sur les soins

La théorie d'Orem est centrée sur les capacités d'auto-soins du patient (*self-care agency*). Ces capacités sont conditionnées par certains facteurs fondamentaux : l'âge, le sexe, le stade de développement, l'état de santé, l'orientation socio-culturelle, le système de santé, les facteurs familiaux, les modes de vie, les facteurs environnementaux, le niveau et la disponibilité des ressources.

Selon Orem, les soins infirmiers sont un ensemble d'actions permettant de surmonter et prévenir les déficits d'auto-soins. Ces derniers sont identifiés lorsque la demande de prendre soin de soi est supérieure à la capacité de l'individu à répondre à cette demande.

Ainsi, les infirmiers évaluent et déterminent les déficits du patient et définissent à la fois leur rôle et celui du patient afin de répondre aux demandes d'auto-soins (*self-care demands*). Ce processus de soins comprend 3 étapes :

- Une évaluation initiale pour déterminer le problème ou le déficit ;
- L'établissement du diagnostic infirmier ;
- La description du plan de soins.

Trois types de prise en charge sont ensuite proposés pour répondre aux besoins d'auto-soins des patients : un système de compensation total, partiel ou un système éducatif de support (15).

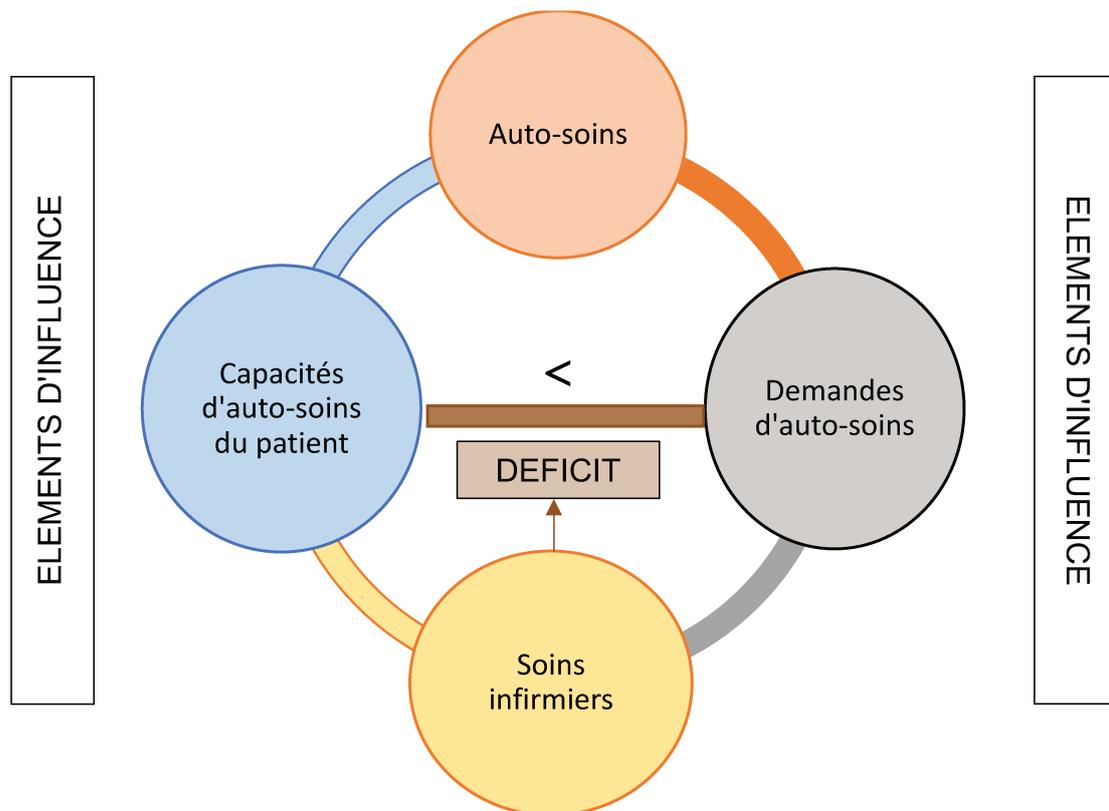


Figure 2 : Modèle d'Orem (15)

Les programmes d'autogestion médicamenteuse à l'hôpital s'apparentent à cette approche centrée sur les capacités d'auto-soins. En effet, une évaluation initiale permet d'identifier les aptitudes du patient pour ensuite définir la prise en charge d'administration médicamenteuse la plus adaptée. Au cours de l'autogestion médicamenteuse, des réponses peuvent être apportées à certains déficits identifiés en offrant par exemple une éducation du patient sur ses traitements.

4 Aspects réglementaires

4.1 En France

En France, l'arrêté du 6 Avril 2011, (*arrêté relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé*) constitue le texte réglementaire de référence concernant la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé (10). D'un point de vue réglementaire, la pratique d'administration du médicament par le patient lui-même ne repose actuellement sur aucune base légale (16).

En effet, l'article 13 de l'arrêté du 6 Avril 2011 précise que :

« L'administration des médicaments est effectuée par du personnel appartenant aux catégories définies réglementairement comme autorisées à administrer des médicaments ». Aussi, « il ne devra être mis ou laissé à disposition des patients aucun médicament en dehors de ceux qui auront été prescrits dans l'établissement » (10).

Pour les structures d'HAD, la réglementation envisage l'auto-administration des traitements. En effet, la circulaire du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé précise que l'administration peut être réalisée par le patient lui-même ou son entourage, suite à une réflexion menée en concertation avec les différents intervenants (17). Quant au guide de la HAS paru en Mai 2013, il évoque également la problématique de l'auto-administration au sein des structures HAD. L'IDE doit alors vérifier la prise par le patient et en assurer la traçabilité selon ses dires (9).

4.2 Évolution des recommandations françaises

En pratique, les attentes des professionnels sur l'auto-administration des traitements dans les établissements de santé français sont fortes. C'est pourquoi, la HAS a organisé une consultation publique en 2015 sur le sujet. Le rapport de cette consultation (16) met en évidence un réel souhait des professionnels de voir évoluer la réglementation pour encadrer et accompagner davantage la pratique de l'autogestion médicamenteuse : 75% des professionnels sont d'accord voire tout à fait d'accord avec le fait d'encourager l'autonomie du patient pour sécuriser sa prise en charge médicamenteuse et 78% pensent que la réglementation sur l'administration

médicamenteuse en établissement de santé doit évoluer. Dans la deuxième partie, le rapport propose l'adaptation du guide d'administration des médicaments en HAD pour prendre en compte l'auto-administration médicamenteuse.

Le manuel de certification HAS de septembre 2021 (18) et la fiche pédagogique *Évaluation de la prise en charge médicamenteuse selon le référentiel de certification* de mars 2022 (19) évoquent l'autonomie et l'autogestion du patient hospitalisé :

« La gestion de l'autonomie du patient est une évaluation clinique de l'IDE (sur protocole médical) avant toute administration.

Le patient autonome doit être capable de prendre son traitement selon la prescription médicale ; comprendre l'utilité du traitement ; connaître les effets secondaires et les risques liés à la prise médicamenteuse.

- Le patient autonome :
 - L'IDE doit déposer le comprimé ou la gélule dans un gobelet pour médicaments ou dans la main du patient (hygiène des mains).
 - L'IDE doit donner un verre d'eau au patient.
- Le patient dépendant :
 - L'IDE doit expulser le médicament de son emballage, sans le toucher avec les doigts avant de le donner au patient.
 - En cas de médicaments broyés ou de difficultés de déglutition, l'IDE doit utiliser une compote ou de l'eau gélifiée.
 - L'IDE doit disposer d'une liste de médicaments non broyables /non sécables.
- L'autogestion du traitement médicamenteux peut s'intégrer dans un programme d'éducation thérapeutique, notamment dans le cadre de pathologies chroniques.
 - La participation active du patient/entourage doit être recherchée
 - L'évaluation de la capacité d'autogestion du patient/entourage à gérer son traitement (préparation, administration proprement dite et surveillance) doit prendre en compte :
 - la complexité du traitement médicamenteux ;
 - la prise de médicaments à risque ;
 - le niveau d'autonomie du patient/entourage ;
 - la décision est prise avec son accord et celui de l'équipe, et est tracée dans le dossier de soins » (19).

Enfin, une concertation organisée par la DGOS en 2021 a proposé de modifier l'article 13 du 6 Avril 2011 (10) de sorte que : « l'acte d'administration proprement dite

des médicaments prescrits peut être effectué par le patient lui-même. Cet acte est mis en œuvre conformément aux recommandations formulées par la HAS » (20).

4.3 Recommandations internationales

Dans certains pays, l'autogestion médicamenteuse est davantage ancrée dans les pratiques.

Au Royaume-Uni, les sociétés savantes plébiscitent l'auto-administration médicamenteuse. En effet, la commission d'audit de Londres, la société pharmaceutique royale (RPS) et le conseil des infirmiers et sage femmes (NMC) encouragent son implantation à l'hôpital. Le Centre National de Prescription (NPC) définit l'autogestion médicamenteuse comme étant « une approche standardisée pour déterminer la capacité des patients à prendre leurs propres médicaments correctement et en toute sécurité, augmenter les connaissances du patient et la compréhension de ses médicaments, et promouvoir et maintenir l'indépendance et l'autonomie du patient » (21). Afin d'encadrer les pratiques, le système de santé national (NHS) a publié un guide destiné aux professionnels (22).

En Australie, la société des pharmaciens hospitaliers d'Australie (SHPA) s'est également positionnée sur le sujet et a publié ses lignes directrices permettant de guider la mise en place des programmes d'autogestion médicamenteuse (23).

En Belgique, il est possible d'autoriser l'auto-administration de médicaments. Cependant, si elle est mise en œuvre, cela doit être noté dans le dossier médical du patient et il doit être clairement indiqué quels sont les médicaments auto-administrés et quels sont ceux qui sont administrés par les IDE (24).

5 Contexte et objectifs

L'activité de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) a pour objet de « prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion » (25)(26). Dans cette optique, la fiche pédagogique de la HAS, *Évaluation de la prise en charge des soins de suite et de réadaptation* de novembre 2020, identifie l'implication du patient et de son entourage dans son projet de soins comme l'un des principaux enjeux nationaux.

Dans ce contexte, il est apparu essentiel aux médecins de SSR locomoteur et polyvalent de favoriser davantage, lorsque cela est possible, l'implication du patient dans l'administration de son traitement médicamenteux à l'hôpital afin d'accroître la compréhension de sa prise en charge et des changements thérapeutiques réalisés au cours de l'hospitalisation. Cela a pour but de renforcer l'autonomie du patient et son observance lors du retour au domicile. On estime en effet que 70% des séjours de SSR se terminent par un retour au domicile du patient (19).

Les objectifs de ce travail sont :

- D'une part, de proposer une revue de la littérature concernant les modalités de mise en place des programmes d'autogestion médicamenteuse à l'hôpital.
- D'autre part, de présenter le processus et les outils développés pour l'expérimentation de l'autogestion médicamenteuse dans le service de rééducation appareil locomoteur et polyvalent du CHV.

II. MATERIELS ET METHODES

1 Revue de la littérature

1.1 État actuel des connaissances

1.1.1 Revues de la littérature existantes

Quatre revues de la littérature portant sur les programmes d'autogestion médicamenteuse dans les structures hospitalières sont disponibles (26)(27)(28)(29). Celles-ci évaluent et comparent l'impact de cette approche sur les connaissances médicamenteuses, l'observance, les erreurs d'administrations, la satisfaction du patient et du personnel.

1.1.2 Données issues des études qualitatives

Plusieurs travaux ont été menés afin de recueillir les attentes et perceptions des patients et des professionnels de santé sur l'auto-administration médicamenteuse en cours d'hospitalisation (16)(30)(31)(32).

Les bénéfices attendus des programmes d'autogestion médicamenteuse sur l'adhésion du patient sont majeurs. Ceux-ci pourraient permettre une meilleure communication entre les médecins, infirmiers et patients concernant les changements thérapeutiques. Aussi, cela permettrait aux patients d'être plus confiants dans la gestion de leurs traitements avant la sortie d'hospitalisation (30) et de favoriser leur observance lors du retour au domicile. En ce sens, un professionnel répondant à l'enquête publique de la HAS souligne : « en favorisant l'autonomie dans un milieu hospitalier encadré, on favorise également l'autonomie lors du retour au domicile. En lien avec une éducation thérapeutique, cela permet au patient de mieux gérer son traitement et d'augmenter la sécurité liée au médicament » (16). Par ailleurs, l'autogestion médicamenteuse pourrait permettre l'administration médicamenteuse aux moments de prise adaptés aux besoins individuels du patient et non conditionnée par la disponibilité des IDE (31).

Ce changement dans les pratiques d'administration médicamenteuse à l'hôpital présente certains risques potentiels auxquels il faut être vigilant :

- Erreurs d'administration médicamenteuses effectuées par le patient,

- Confusion pour certains patients liée à l'utilisation d'équivalences thérapeutiques à l'hôpital (limitation du livret thérapeutique hospitalier),
- Incompréhension du patient face à la coexistence de médicaments autogérés (administrés par le patient) et non autogérés (administrés par l'IDE) (30).

Par ailleurs, l'encadrement par les soignants de la pratique d'administration du patient semble être un élément primordial pour la réussite de l'autogestion médicamenteuse (31). De plus, il faut également s'assurer que ce procédé ne remette pas en cause les réévaluations thérapeutiques des traitements (16).

1.1.3 Données d'évaluation de l'impact de l'autogestion médicamenteuse en hospitalisation

Plusieurs publications évaluent l'impact de l'autogestion médicamenteuse en cours d'hospitalisation sur la sécurité d'administration, l'observance et les connaissances médicamenteuses du patient.

Certaines études se sont intéressées au nombre d'erreurs médicamenteuses pour les patients sous autogestion. Parmi celles-ci, quelques publications n'ont pas relevé d'erreurs médicamenteuses sur la période d'étude (33)(34)(35).

D'autres études comparatives ont conclu à l'absence de différence (36) ou à un nombre d'erreurs médicamenteuses plus faible dans le groupe autogestion par rapport au groupe témoin (37)(38)(39)(40).

Une étude a comparé le taux de réadmission des patients dans les 60 jours suivants leur sortie d'hospitalisation entre le groupe de patient sous autogestion et celui sous administration par les IDE. Cette publication conclut à un taux de réadmission significativement plus faible chez les patients du groupe autogestion par rapport au groupe témoin (39).

Plusieurs articles ont évalué l'impact des programmes d'autogestion médicamenteuse sur l'observance thérapeutique pendant l'hospitalisation et après la sortie. Ceux-ci concluent à l'absence de différence significative entre le groupe autogestion par rapport au groupe témoin (41) ou à une amélioration de l'observance médicamenteuse après la sortie d'hospitalisation (39)(42).

Enfin, plusieurs équipes ont étudié l'impact de l'autogestion sur les connaissances du patient concernant ses traitements. Certaines études ont démontré que les programmes d'autogestion conduisent à une amélioration des connaissances médicamenteuses par rapport au groupe contrôle (39)(41). Toutefois, une étude ne valide pas cette hypothèse (43). Par ailleurs, Polito et al. ont observé dans une population de patients ayant une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, une amélioration des scores globaux de connaissances médicamenteuses chez les patients qui ont suivi un programme d'autogestion médicamenteuse par rapport aux autres patients à la sortie et lors du suivi. Les auteurs soulignent néanmoins que cette amélioration n'est pas retrouvée concernant les connaissances portant sur les effets secondaires des médicaments (41).

1.2 Questions de recherche

Les revues de la littérature menées précédemment comparent peu les critères de sélection des patients pour l'autogestion médicamenteuse, l'organisation des programmes d'autogestion mis en œuvre ainsi que la manière dont les rôles des professionnels de santé sont redéfinis.

Au travers de cette revue systématique de la littérature nous cherchons à répondre aux questions suivantes :

- Quelles sont les caractéristiques des patients pour lesquels l'autogestion médicamenteuse en cours d'hospitalisation est adaptée ? Comment évaluer l'éligibilité des patients ?
- Quelles sont les modalités de mise en place et de contrôle de l'autogestion médicamenteuse ?
- Comment les différents professionnels de santé sont impliqués dans ces programmes ?

1.3 Critères de sélection

Les critères d'inclusion suivants ont été retenus :

- Études publiées en langue anglaise et française entre 1972 et 2022
- Études s'intéressant à la mise en place de programmes d'autogestion médicamenteuse en milieu hospitalier : établissements de santé publiques ou privés.

Ont été exclus :

- Les publications ne portant pas sur l'administration médicamenteuse ;
- Les études menées chez des patients non hospitalisés ou réalisées en ambulatoire ;
- Les articles qui ciblent une classe thérapeutique spécifique ;
- Les publications qui évaluent l'automédication : médicaments administrés sans prescription médicale ;
- Les études qui portent essentiellement sur l'évaluation de l'observance ou des connaissances médicamenteuses en dehors de la mise en place de programme d'autogestion médicamenteuse ;
- Les publications qui décrivent des entretiens pharmaceutiques ou des programmes d'éducation thérapeutiques sans application de l'autogestion médicamenteuse ;
- Les synthèses de connaissances, les études qualitatives, les actes de congrès et les études non disponibles en texte intégral.

1.4 Équations de recherches

Une revue systématique de la littérature a été effectuée en interrogeant les bases de données Pubmed et Embase. Les équations de recherches suivantes ont été utilisées :

- Pubmed : (("self admin* "[Title]) OR ("self management"[Title]) OR ("self efficacy"[Title]) OR ("self medication"[Title])) AND (("drug*" [Title]) OR ("medicine*" [Title]) OR ("medication*" [Title]) OR ("prescription*" [Title]) OR ("pharmac*" [Title])) AND (("hospital*" [Title/Abstract]) OR ("inpatient*" [Title/Abstract])) AND (("1972"[Date - Publication] : "2022"[Date - Publication]))
- Embase : ('self admin*':ti OR 'self management':ti OR 'self efficacy':ti OR 'self medication':ti) AND ('drug*':ti OR 'medicine*':ti OR 'medication*':ti OR 'prescription*':ti OR 'pharmac*':ti) AND ('hospital*':ab,ti OR 'inpatient*':ab,ti) AND [1972-2022]/py

La dernière recherche sur les bases de données Pubmed et Embase a été effectuée le 11 Avril 2022.

1.5 Sélection et analyse des articles

Plusieurs étapes ont conduit à la sélection des articles. La première étape a permis le regroupement et l'élimination des doublons en utilisant les outils Zotero® et Excel®. La seconde étape reposait sur la sélection des articles sur la base de la lecture du titre et du résumé. La dernière étape de sélection consistait à évaluer l'éligibilité par la lecture du texte intégral.

Pour chaque étude, les données suivantes ont été extraites puis compilées sur un fichier Excel® pour analyse comparative :

- Auteurs, titre, date de publication, pays et type d'étude
- Population étudiée (service de soins et nombre de patients inclus)
- Stratégie de recrutement des patients : critères d'inclusion, critères d'exclusion et modalités d'évaluation de l'éligibilité
- Modalités d'autogestion : description et structure des programmes d'autogestion médicamenteuse
- Modalités d'implication des professionnels de santé (IDE, pharmacien, médecin)
- Type d'information et d'éducation à l'autogestion mises en œuvre
- Outils utilisés
- Aspects organisationnels : type de médicaments auto-administrés, modalités de dispensation et de stockage des médicaments.

Les données ont ensuite été regroupées pour permettre une présentation descriptive des résultats.

2 Autogestion médicamenteuse dans le service de rééducation du CHV

2.1 Présentation du Centre Hospitalier de Valenciennes (CHV)

2.1.1 Démographie de l'établissement et du service de soins

Cette étude s'est déroulée au Centre Hospitalier de Valenciennes. Il s'agit d'un établissement de 2000 lits support du GHT Hainaut-Cambrésis. L'établissement comprend 603 lits de médecine, 450 lits d'EHPAD, 324 lits de psychiatrie, 264 lits de chirurgie, 105 lits de SSR et 63 lits de maternité.

L'activité de Soins de Suite et de Réadaptation du Centre Hospitalier de Valenciennes est localisée au niveau de l'institut Jean Stablinski et est composée de deux spécialités : les soins de suite locomoteurs et polyvalents et les soins de suite gériatriques. Les patients sont généralement admis en SSR après un séjour hospitalier en médecine chirurgie obstétrique (MCO) ou plus rarement directement depuis le domicile ou l'établissement d'hébergement du patient. La prise en charge est pluriprofessionnelle et a pour objectif la mise en œuvre de procédures permettant de réduire les conséquences des traumatismes ou des affections de l'appareil locomoteur sur l'état physique, fonctionnel, mental et social du patient.

La mise en place d'un programme d'autogestion médicamenteuse est envisagée dans le service de soins de suite locomoteurs et polyvalents. Le service comporte 45 lits d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour est de 25 jours.

Le personnel soignant est composé de :

- 4 équivalent temps plein médecins praticiens hospitaliers ;
- 11,6 équivalent temps plein IDE ;
- 18,2 équivalent temps plein aide-soignant.

2.1.2 Circuit du médicament au CHV

La particularité du circuit du médicament du Centre Hospitalier de Valenciennes est que la DJIN est automatisée pour la majorité des services de soins.

La figure 3 résume l'organisation du circuit de dispensation du CHV.

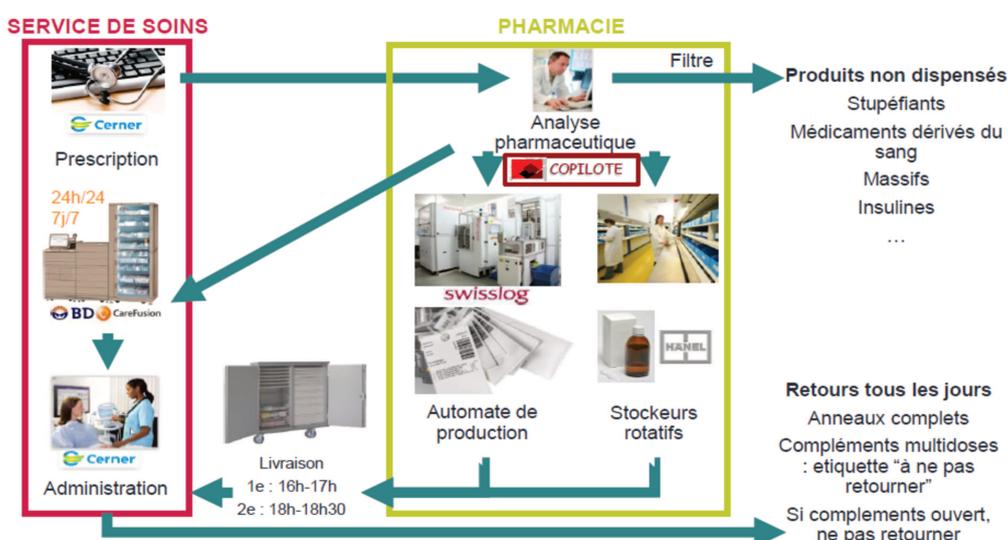


Figure 3 : Circuit automatisé

2.2 Élaboration d'un processus d'autogestion médicamenteuse

Un groupe de travail comportant un pharmacien, un interne en pharmacie, deux médecins de SSR et la cadre de santé du service a été constitué afin de structurer l'intégration de l'autogestion médicamenteuse dans le parcours de prise en charge du patient. Plusieurs axes de travail ont ainsi été définis : critères d'éligibilité des patients, choix des thérapeutiques inclus et exclus de l'autogestion médicamenteuse, information et éducation du patient, modalités de dispensation des médicaments au patient, traçabilité de la prise médicamenteuse, réévaluation du statut d'autogestion médicamenteuse des patients.

Des outils d'aide à la décision et à l'éducation du patient ont été élaborés. Une collaboration avec la direction des systèmes d'information (DSI) du CHV a permis d'intégrer ces outils dans le dossier patient informatisé (DPI).

Afin de structurer et harmoniser la pratique de l'autogestion médicamenteuse, une procédure spécifique décrivant le processus d'autogestion a été rédigée.

III. RESULTATS

1 Revue de la littérature

1.1 Flux de recherche

La recherche effectuée sur Pubmed a permis d'identifier 278 références bibliographiques. Sur la base de données Embase, 411 références ont été identifiées. Huit publications supplémentaires, issues d'autres bases de données ou non identifiées avec les équations de recherche, ont été incluses dans la revue de la littérature.

Au total, 697 références ont initialement été déterminées. Les références des 2 bases de données ont ensuite été comparées afin de supprimer les doublons. Le nombre de références après suppression des doublons est alors porté à 460. Les références ont ensuite été sélectionnées sur la lecture du titre et du résumé de l'article. Ainsi, 342 références n'ont pas été retenues car elles présentaient au moins un des critères d'exclusion définis précédemment. Sur les 118 études retenues pour l'évaluation en texte intégral, seules 46 ont finalement été incluses dans la synthèse qualitative. Les autres articles ont été exclus pour les raisons suivantes : ils ne portaient pas sur l'administration médicamenteuse (n = 2), leur application était ambulatoire (n = 6), ils abordaient l'automédication (n = 3), ils détaillaient des programmes d'éducation thérapeutique ou des entretiens pharmaceutiques sans application de l'autogestion médicamenteuse (n = 6), ils évaluaient l'observance ou les connaissances médicamenteuses sans mise en place de l'autogestion médicamenteuse (n = 4), la méthodologie d'étude n'était pas celle recherchée (synthèse de connaissance, études qualitative, étude de prévalence ou abstract d'une soumission de congrès) (n = 23), ils étaient indisponibles en texte intégral (n = 28). La figure 5 ci-dessous présente le diagramme de flux de l'étude bibliographique.

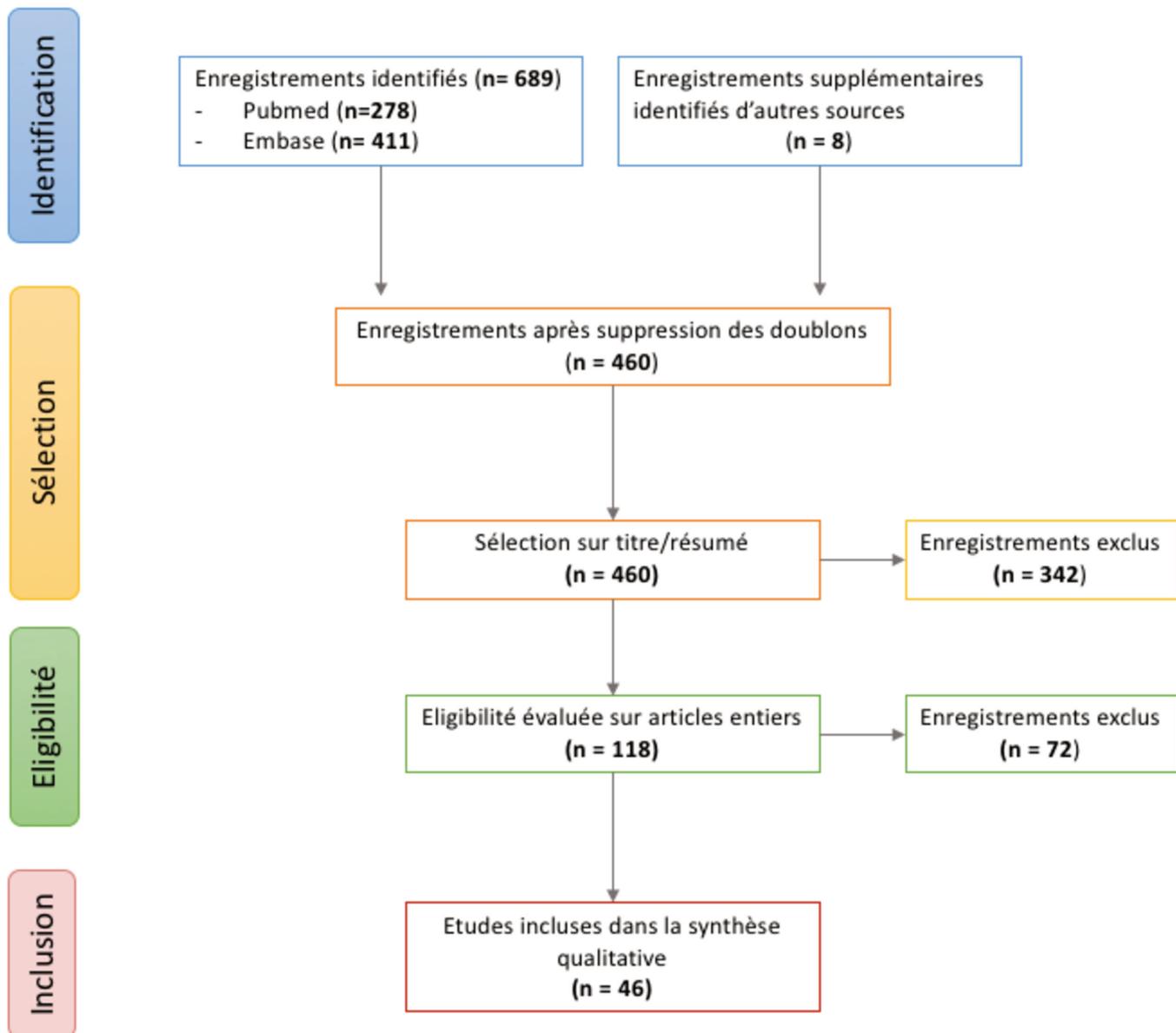


Figure 5 : Diagramme de flux

1.2 Sélection des patients sous autogestion médicamenteuse

1.2.1 Services de soins et population de patients

Les études sélectionnées ont été réalisées dans 12 pays. Le Royaume-Uni, les États-Unis, l'Australie et le Canada sont les principaux pays ayant publié sur le sujet de l'autogestion médicamenteuse en cours d'hospitalisation.

Pays	Occurrence	Références
Royaume-Uni	11 publications	(36)(43)(44)(45)(46)(47)(48)(49)(50)(51)(52)
États-Unis	11 publications	(34)(40)(53)(54)(55)(56)(57)(58)(59)(60)(61)
Australie	6 publications	(23)(35)(42)(62)(63)(64)
Canada	6 publications	(41)(65)(66)(67)(68)(69)
Danemark	4 publications	(37)(38)(70)(71)
Japon	2 publications	(72)(73)
Chine	1 publication	(74)
Belgique	1 publication	(75)
Iran	1 publication	(76)
Singapour	1 publication	(33)
Thaïlande	1 publication	(39)
Israël	1 publication	(77)

Tableau 2 : Géographie des études

Les services de soins dans lesquels les programmes d'autogestion médicamenteuse ont été menés sont divers. Un grand nombre de programme d'autogestion a été mis en place en service de rééducation (33)(34)(35)(42)(48)(50)(55)(57)(60)(66)(67)(72)(73). Cinq études ont été menées dans des services de cardiologie (37)(38)(53)(71)(76), deux publications concernent un service de gynécologie (46)(69), une étude dans une unité de rhumatologie (54), une autre dans un service d'oncologie (49). Enfin, une étude a été menée en service de chirurgie abdominale et traumatologie aiguë (70).

Certaines publications ciblent un profil de patients en particulier : sujets âgés (42)(47)(50)(51)(64)(65)(66)(67)(68), patients atteints de mucoviscidose (36), patients épileptiques (57) et patients admis pour greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques (41).

1.2.2 Critères d'inclusion/exclusion des patients

Les critères d'inclusion et d'exclusion des patients dans les programmes d'autogestion sont variés selon les études.

Elles prennent en compte :

- Des critères liés à l'ordonnance du patient :
 - Dans plusieurs publications, le traitement du patient doit être stabilisé pour débiter l'autogestion médicamenteuse (23)(33)(36)(42)(55)(66).
 - Une étude indique que le traitement doit être adapté à l'autogestion sans précision supplémentaire (36).
 - Patrick et al. autorisent l'autogestion médicamenteuse pour les patients qui bénéficient de l'initiation d'une nouvelle prise en charge médicamenteuse de leur pathologie (67).
 - Lin et al. indiquent que le patient doit avoir au moins un an d'expérience avec le traitement oral (74).
 - Selon Lam et al., le patient doit avoir au moins trois traitements chroniques (42).
- Des critères liés à la pathologie et aux antécédents du patient :
 - Plusieurs études mentionnent dans leurs critères d'inclusion la nécessité d'avoir dans les antécédents du patient au moins une pathologie chronique (39)(74).
 - Certaines publications excluent les patients ayant une maladie instable (23)(34)(35)(62)(66)(68)(70)(76) ou les patients réadmis (41)(72).
 - De nombreuses études excluent les patients ayant des troubles cognitifs ou mnésiques (35)(41)(49)(62)(66)(67)(68)(70)(72)(76) ; des troubles psychiatriques (33)(34)(39)(42)(72)(76) ; des patients confus ou ayant des troubles de la conscience (36)(39)(49)(76)(77) ; des patients présentant des troubles mentaux (42)(55)(72) ou des troubles de la communication (72).
 - Plusieurs auteurs ne permettent pas l'autogestion médicamenteuse pour les patients ayant des antécédents d'abus médicamenteux (33)(36)(49)(70) ; les patients à risque d'automutilation ou de suicide (33)(36)(39)(70) ou ceux présentant des antécédents de toxicomanie ou d'alcoolisme (39)(49)(69).
 - Pour une étude réalisée dans un service de rééducation, le patient devait avoir un score d'indépendance fonctionnelle (score FIM) d'au moins 5 dans chacun des 5 domaines de l'évaluation cognitive pour être inclus (33). Ce test FIM comprends dix-huit tâches afin d'établir le niveau d'autonomie d'une personne dans ses activités quotidiennes. Treize tâches évaluent les capacités motrices

et cinq tâches évaluent les capacités cognitives. L'évaluation de chacune des tâches s'effectue sur une échelle allant de 1 à 7. Un score à 7 correspond à l'autonomie totale du patient.

- Cinq études évoquent d'autres incapacités pour l'autogestion médicamenteuse : une étude sans précision du type d'incapacité (72) ; une étude concernant des incapacités émotionnelles et physiques (55) ; les autres études excluent les patients en raison de problèmes de dextérité (49) ou de difficultés visuelles (77)(76)(49) ou auditives (76).
- Plusieurs études ont exclu des patients en raison de la barrière linguistique (37)(41)(42)(62)(63)(69)(70).
- Des critères organisationnels liés au patient : pour plusieurs études, l'auto-administration au domicile avant l'hospitalisation est un prérequis indispensable (33)(37)(72). Certaines publications considèrent, à l'inverse, que l'organisation à la sortie doit être prise en compte. Quatre d'entre-elles incluent les patients lorsqu'ils retournent au domicile (41)(51)(68)(77). Plusieurs autres excluent le patient lorsqu'il ne gère pas lui-même son traitement à la sortie (domicile ou établissement d'accueil) (33)(34)(42)(47)(55)(64)(66)(67). Enfin, un grand nombre d'articles soulignent l'importance d'obtenir l'accord et de s'assurer de la volonté du patient pour s'auto-administrer les médicaments à l'hôpital (62)(36)(43)(35)(55)(72)(42)(74)(47)(68)(64)(69).
- D'autres critères : trois études ont exclus les patients qui utilisaient des piluliers (42)(64)(70), une étude a exclu les patients présentant des problèmes d'observance ou pour lesquelles une éducation est nécessaire pour l'administration correcte de leur(s) médicament(s) (36).

Le tableau 3 présente les différents critères d'inclusion et d'exclusion selon les études.

	Critères d'inclusion											Critères d'exclusion														
	Age (ans)	Consentement autogestion	Autoadm° prévue à la sortie	Traitement stable	Retour au domicile	Autoadm° au domicile	Nb pathologie chronique	Traitement adapté	Score FIM d'évaluation cognitive ≥ 5	≥ 1 an d'exp avec tt oral	≥ 3 tt chroniques	Tb cognitifs/mnésique	Maladie instable	Barrière linguistiques	Tb psychiatriques	Confusion/Tb conscience	Autres Incapacités	Absence de prescription	Historique d'abus médx	Risque d'automutilation	Tb mentaux	Toxicomanie/alcoolisme	Utilisation de pilulier	Réadmission	Connaissance ou observance médicamenteuse limitée	Tb de communication
Occurrence	12	8	6	4	3	2	2	1	1	1	10	8	7	6	5	5	4	4	4	3	3	3	2	2	1	
Anderson et al. (2014) (62)	≥ 18	X									X	X	X													
Balfour-Lynn et al. (2020) (36)	≥ 12	X		X			X								X			X	X						X	
Davis et al. (2002) (23)				X								X														
Furlong et al. (1996) (43)		X																								
Grantham et al. (2005) (35)		X									X	X														
Hajjalibeigloo et al. (2021) (76)	18-60										X	X		X	X	X										
Houllind et al. (2018) (70)	≥ 18					X					X	X	X					X	X				X			
Kaday et al. (2020) (39)	18-75						X							X	X					X		X				
Kelly JM (1994) (55)		X	X	X												X				X						

	Critères d'inclusion										Critères d'exclusion																
	Age (ans)	Consentement autogestion	Autoadm° prévue à la sortie	Traitement stable	Retour au domicile	Autoadm° au domicile	Nb pathologie chronique	Traitement adapté	Score FIM d'évaluation cognitive ≥ 5	≥ 1 an d'exp avec tt oral	≥ 3 tt chroniques	Tb cognitifs/mnésiques	Maladie instable	Barrière linguistiques	Tb psychiatriques	Confusion/Tb conscience	Autres Incapacités	Absence de prescription	Historique d'abus médx	Risque d'automutilation	Tb mentaux	Toxicomanie/alcoolisme	Utilisation de pilulier	Réadmission	Connaissance ou observance médicamenteuse limitée	Tb de communication	
Pereles et al. (1996) (68)		X	X		X						X	X															
Polito et al. (2021) (41)					X						X		X											X			
Proos et al. (1992) (77)					X										X	X											
Schérer et al. (2017) (69)	≤ 18	X											X									X					
Sørensen et al. (2020) (37)	≥ 18					X							X														
Tran et al. (2011) (64)		X	X																				X				
Vanwesemael (2018) (75)	≥ 18																X										
Wood et al. (1992) (51)					X																						
Yunker et al. (1990) (34)			X									X		X													

Tableau 3 : Inclusion/exclusion selon les études

Abréviations : Autoadm° = auto-administration ; nb = nombre ; FIM = Functional Independence Measure ; exp = expérience ; tt = traitement ; tb = trouble ; medx = médicamenteux

1.2.3 Évaluation de l'éligibilité des patients

L'enquête publique de la HAS a interrogé les professionnels de santé sur les catégories de patients pouvant assurer l'administration de leurs médicaments : 96,8% des professionnels ayant répondu à l'enquête pensent qu'il faut définir des critères d'éligibilité (16).

Les modalités d'évaluation de l'éligibilité du patient pour l'autogestion médicamenteuse sont variables selon les études.

La plupart des publications alerte sur la nécessité d'une coopération multidisciplinaire dans cette prise de décision. Cette réflexion fait intervenir le médecin, l'IDE et parfois le pharmacien. Une étude indique que lorsque la décision repose uniquement sur l'IDE, cela peut constituer une limite car les IDE ne souhaitent pas assumer seuls la responsabilité d'évaluer les patients pour l'auto-administration (45).

Un article a développé et validé une procédure d'autogestion médicamenteuse : la procédure SelfMED (75). L'évaluation de l'éligibilité du patient est graduelle et implique différents intervenants dans la prise de décision. Une évaluation initiale est réalisée par l'IDE qui donne son niveau d'accord concernant 10 affirmations. Si l'IDE considère que le patient est capable de gérer ses médicaments, celui-ci est invité à compléter un questionnaire d'autoévaluation. A partir de ces deux questionnaires, l'IDE formule un avis au médecin pour autoriser ou non le démarrage de l'autogestion médicamenteuse. Le médecin prend alors la décision finale.

Plusieurs outils d'autogestion ont également été élaborés. Une étude a développé et validé l'outil SAM (self-administration of medication) (63). Cet outil comprend 29 items répartis en 2 parties (Annexe 1). La première partie, composée de 5 items, est utilisée pour recueillir le sentiment du patient concernant ses capacités à gérer son traitement et l'évaluation de l'IDE concernant l'organisation à la sortie d'hospitalisation. La deuxième partie comprend 24 items et évalue la capacité du patient à s'auto-administrer des médicaments en milieu hospitalier en utilisant 3 sous-échelles de comportement ou d'activité du patient : la capacité d'autogestion médicamenteuse, la connaissance des médicaments et l'expérience de l'autogestion médicamenteuse. Un score minimal de 60 est requis pour mettre en place l'auto-administration des

médicaments en cours d'hospitalisation. Une autre étude a cherché à examiner la validité, la fiabilité et l'utilité de cet outil dans une unité de réadaptation en Australie (62). Cette étude a mis en évidence une bonne corrélation entre le score total de l'outil SAM et les perceptions de l'évaluateur, du patient lui-même et des IDE prenant en charge le patient. L'outil SAM apparaît donc comme une solution adaptée à l'évaluation des capacités d'autogestion médicamenteuse du patient. Une version chinoise de cet outil a également été développée et validée (74). Enfin, une étude a testé l'acceptabilité et la validité d'un outil d'autogestion médicamenteuse gériatrique s'intéressant aux capacités fonctionnelles et cognitives des patients (65).

Jones et al. ont développé un questionnaire d'évaluation des capacités d'autogestion du patient à destination des IDE comportant 8 questions (Annexe 2).

- Les questions 1 et 2 traitent du niveau de confusion et des antécédents de dépendance à l'alcool ou d'abus médicamenteux du patient.
- Les questions 3 et 4 permettent de s'assurer que le patient a reçu toutes les informations au sujet de l'autogestion médicamenteuse.
- Les questions 5 et 6 évaluent les capacités visuelles et mnésiques du patient.
- La question 7 permet de s'assurer que le patient sait comment obtenir de l'aide ou des conseils supplémentaires.
- Enfin, la question 8 évalue la volonté du patient pour s'auto-administrer ses médicaments au cours de son hospitalisation (46).

Le groupe de travail de la HAS propose un outil d'évaluation et de maîtrise du risque pour les patients en HAD. Cet outil prend en compte : la complexité du traitement médicamenteux, la présence de médicaments à risque, les modalités de prise habituelle des traitements, une évaluation de l'autonomie du patient/entourage (concernant les domaines cognitifs, sociaux, comportementaux et émotionnels), une évaluation de l'adhésion (16).

1.3 Structures des programmes d'autogestion médicamenteuse

1.3.1 Niveaux d'autogestion médicamenteuse

Les recommandations Australiennes (SHPA) (21) indiquent que les patients impliqués dans l'auto-administration de leurs médicaments devraient progressivement se voir confier une responsabilité croissante dans cette prise en charge. Au démarrage, il

devrait il y avoir une supervision étroite de ces patients puis un passage progressif à l'auto-administration complète des médicaments.

Certaines études proposent également une gradation dans l'autonomie du patient en cours d'hospitalisation avec plusieurs niveaux d'autogestion médicamenteuse. La majorité distinguent 3 niveaux d'autogestion (33)(36)(42)(47)(48)(76) :

- Niveau 1 : l'administration reste sous l'initiative et la supervision directe de l'IDE.
- Niveau 2 : l'administration est initiée sur la sollicitation du patient aux moments de prise appropriés et est réalisée sous le contrôle direct des soignants.
- Niveau 3 : le patient administre ses médicaments aux heures de prise appropriées et le contrôle de la prise est effectué à postériori.

Yunker et al. proposent une organisation similaire avec une phase supervisée au cours de laquelle le patient demande les médicaments à l'IDE et une phase non supervisée où le patient a à sa disposition une réserve de médicaments. La vérification de la prise est, dans le dernier cas, réalisée à postériori (34).

La proposition de la HAS sur l'autogestion médicamenteuse en HAD (16) prévoit une organisation différente en 3 niveaux :

- Absence d'autogestion médicamenteuse (niveau « A ») : préparation et administration par l'IDE ;
- Auto-administration partielle (niveau « PA ») : l'IDE prépare les médicaments et le patient réalise l'administration ;
- Auto-administration complète (niveau « P ») : le patient/entourage prépare et prend seul ses médicaments.

D'autres études proposent une gradation dans la quantité d'unité médicamenteuse dispensée au patient entre les différents niveaux. Au premier niveau, les médicaments sont dispensés à la prise sur sollicitation du patient. Lors du second niveau, un stock de 24h est dispensé au patient. Enfin, au niveau 3, le patient reçoit plusieurs jours de traitements (55)(67)(68).

Jones et al. proposent une évolution dans les classes médicamenteuses mises à disposition des patients : ils prévoient d'appliquer l'auto-administration en premier lieu aux médicaments pour l'analgésie post opératoire puis de l'étendre à l'ensemble des thérapeutiques (46).

Meng et al. permettent la progression du patient dans le programme d'autogestion à condition que celui-ci réussisse certaines tâches évaluant les capacités d'autogestion du patient (33). Les 8 tâches suivantes sont examinées :

Le patient :

1. Identifie chaque médicament par emballage ou nom/couleur/forme
2. Indique le nombre d'unités de médicament ou la quantité de sirop à consommer
3. Indique le moment de prise des médicaments
4. Connaît l'indication des médicaments "si besoin"
5. Est capable d'ouvrir le conditionnement
6. Est capable de gérer des instructions spéciales telles que les indications de sécabilité
7. Comprend les conséquences de l'oubli de prise de ses traitements
8. Connaît les effets secondaires de chaque médicament

La capacité des patients est cotée en 3 niveaux : réussite de manière autonome, réussite après incitation et incapacité de réaliser la tâche.

Le patient passe du niveau 1 (initiation de la prise médicamenteuse, préparation des médicaments et réalisation de l'administration par l'IDE) au niveau 2 (le patient sollicite l'IDE pour la prise de ses médicaments, les prépare et les prend sous la supervision directe de l'IDE) s'il est capable d'effectuer les tâches 1 à 4 de manière autonome pour tous les médicaments évalués.

Le patient passe du niveau 2 au niveau 3 (le patient sollicite l'IDE pour la prise de ses médicaments, les prépare et les prend seuls) s'il est capable d'effectuer les tâches 1 à 6 pour tous les médicaments évalués.

1.3.2 Choix des médicaments adaptés à l'autogestion médicamenteuse

Selon le rapport de la consultation publique de la HAS, 75% des professionnels ayant répondu estiment qu'il existe des médicaments dangereux pour lesquels l'auto-administration médicamenteuse est inadaptée. (16)

Dans la plupart des publications, les médicaments administrés par voie injectable ont été exclus de l'autogestion médicamenteuse (34)(36)(37)(39)(53). Néanmoins, certaines études ont autorisé l'auto-administration de l'insuline (37) alors que d'autres ont décidé que celle-ci relevait de la responsabilité du personnel soignant (34). Grantham et al. ont autorisé l'auto-administration de l'insuline lente mais pas de

l'insuline rapide (35). Certains médicaments ont été exclus pour des aspects réglementaires ou parce qu'ils nécessitent une surveillance particulière : les médicaments dont la posologie est régulièrement adaptée selon le résultat de la biologie (AVK et digoxine par exemple) (35)(37)(53), les médicaments soumis à réglementation spéciale (dont les médicaments à risque de provoquer une dépendance) (34)(35)(36)(39)(55)(64) sont fréquemment exclus du programme d'autogestion médicamenteuse. Certaines publications ont également éliminé les médicaments de la chaîne du froid (36)(37)(70). Une étude réalisée dans le domaine de l'oncologie a inclus dans son programme d'autogestion des médicaments contrôlés tels que la morphine (49). Enfin, certains médicaments ont été exclus lorsqu'il s'agissait de prise unique (37), de médicaments en "si besoin" (39)(64)(70) ou de prescriptions à durée limitée (par exemple les antibiotiques) (64). Dans leur étude, Balfour et al. ont restreint l'auto-administration médicamenteuse aux médicaments pris avant l'admission et poursuivis à la sortie (36).

Le tableau 4 reprend les catégories de médicaments dont l'auto-administration est autorisée ou proscrite selon les études.

	Modalités de prescription			Classe / Statut du médicament							Voie d'administration								
	Prise unique	Médicaments si besoin	Prescription de courte durée	Médicaments pris avant l'admission et poursuivis à la sortie	Médicaments dont la posologie est adaptée à la biologie	Médicaments à réglementation spéciale	Médicaments de la dépendance	Médicaments de la chaîne du froid	Antalgiques post-opératoires	Insuline rapide	Insuline lente	Voie orale	Voie injectable	Voie Inhalée	Voie oculaire	Voie cutanée	Suppositoires	Patchs	Nébulisation
Balfour et al. (2019) (36)				✓		X		X	X				X						
Buchanan et al. (1972) (53)		✓			X	✓						✓	X						
Grantham et al. (2005) (35)		✓			X		X		X	✓		✓					✓	✓	
Hajjalibeigloo et al. (2021) (76)											✓								
Houliind MB et al. (2018) (70)		X						X											
Kaday et al. (2020) (39)		X			X						✓	X							

	Modalités de prescription				Classe / Statut du médicament								Voie d'administration						
	Prise unique	Médicaments si besoin	Prescription de courte durée	Médicaments pris avant l'admission et poursuivis à la sortie	Médicaments dont la posologie est adaptée à la biologie	Médicaments à réglementation spéciale	Médicaments de la dépendance	Médicaments de la chaîne du froid	Antalgiques post-opératoires	Insuline rapide	Insuline lente	Voie orale	Voie injectable	Voie Inhalée	Voie oculaire	Voie cutanée	Suppositoires	Patches	Nébulisation
Kelly JM (1994) (55)						x													
Peet et al. (1996) (49)						✓													
Sørensen et al. (2020) (37)	x				x			x		✓	✓		x						x
Tran T et al. (2011) (64)		x	x					x											
Yunker et al. (34)						x				x	x		x						

Tableau 4 : Type de médicaments inclus/exclus de l'autogestion médicamenteuse

✓ = Inclus dans l'autogestion médicamenteuse x = Exclus de l'autogestion médicamenteuse

1.3.3 Informations médicamenteuses fournies

Plusieurs études précisent le type d'informations médicamenteuses délivrées aux patients dans le cadre de la mise en place de l'autogestion médicamenteuse. Dans certaines publications, un plan de prise médicamenteux comprenant la liste des médicaments, l'indication, la posologie et la durée du traitement est remis au patient en complément des médicaments (64)(70)(75)(76). Kaday et al. ont inclus dans leur matériel pédagogique des symboles et images pour faciliter la compréhension du patient (39). Enfin, de nombreuses études ont prodigué aux patients des conseils verbaux et ont éduqué leur patient par discussion orale sur les traitements, leurs effets indésirables ainsi que la conduite à tenir en cas de survenue d'effets secondaires (33)(34)(55)(57)(75).

1.3.4 Modalités de dispensation et de stockage des médicaments

Les modalités de dispensation des médicaments pour l'autogestion sont variables selon les études. Certaines publications privilégient la dispensation dans un conditionnement unitaire (53)(69)(75) alors que d'autres utilisent des systèmes multi doses (34)(37)(47)(57). Deux études utilisent les emballages d'origine (33)(64). Balfour et al. ont utilisé les médicaments personnels du patient après vérification de ceux-ci (36). Enfin, certains auteurs ont utilisé ou envisagé l'utilisation de piluliers (34)(76). La quantité de traitement mise à disposition des patients est très variable selon les études, souvent comprise entre 24h et 7j de traitement.

Selon les recommandations de la SHPA, le stockage des médicaments doit être sécurisé afin d'empêcher l'accès au stock de médicaments par les autres patients du service de soins (35). Ainsi, certaines études stockent les médicaments sous autogestion dans un casier verrouillé (33)(36)(37)(47)(49)(64)(70)(75). Une étude utilise un stockage sécurisé uniquement en cas de chambres partagées par plusieurs patients (34). Dans son programme d'autogestion, Kelly JM a été confronté à la difficulté de certains patients à déverrouiller le stockage sécurisé de médicaments. La politique d'autogestion a ensuite été modifiée et il a été décidé d'utiliser des boîtes non verrouillées avec une traçabilité accrue des anomalies de stockage (55).

1.4 Rôles et implications des différents professionnels de santé

1.4.1 Nécessité d'une coopération soignants-patient

L'autogestion médicamenteuse ne peut se concevoir que dans le cadre d'une collaboration impliquant l'équipe médicale, paramédicale et le patient. Elle résulte d'une décision partagée entre les soignants et nécessite le consentement et l'adhésion du patient pour sa mise en place.

1.4.2 Place du pharmacien

Dans les différentes publications portant sur les programmes d'autogestion en milieu hospitalier, les pharmaciens interviennent à différentes étapes :

- Évaluation du patient : l'équipe pharmaceutique intervient dans les programmes pour évaluer et vérifier la capacité des patients à gérer leur traitement (36)(42)(47) (68)(70). Cette évaluation comporte l'appréciation du niveau de compréhension des patients, ses connaissances médicamenteuses et l'identification des obstacles potentiels à l'auto-administration des médicaments. Buchanan et al. prévoient aussi qu'occasionnellement les pharmaciens puissent initier la demande d'autogestion médicamenteuse (53). Dans l'étude de Tran T et al., l'évaluation pharmaceutique permet au pharmacien de déterminer la méthode d'administration appropriée pour le patient (emballage d'origine ou contenant d'administration de dose) (64). Néanmoins, une étude de prévalence réalisée en Belgique indique que les pharmaciens hospitaliers ne sont impliqués que dans 0,1% des 300 décisions d'autogestion médicamenteuse (78).
- Éducation/information du patient : le pharmacien a également dans les programmes d'autogestion un rôle d'information et de conseils au patient concernant ses médicaments (33)(34)(35)(36)(39)(53)(57)(64)(68) (73)(75). Ce rôle est indiqué dans les recommandations du SHPA : « Un pharmacien doit conseiller le patient sur le médicament, y compris l'indication, la posologie et les exigences de stockage » (23).
- Suivi des patients sous autogestion : au cours de certains programmes d'autogestion médicamenteuse, le pharmacien intervient pour s'assurer que l'autogestion se déroule correctement (33)(34)(53) : il vérifie les plans de prise et les stocks de médicaments du patient, il apporte si nécessaire des compléments

d'informations sur ses traitements et réévalue parfois le statut d'autogestion du patient. Dans certaines études, il intervient avant la sortie dans le cadre d'une conciliation de sortie (53)(57)(68)(75).

- Optimisation de l'ordonnance : dans quelques publications, le pharmacien propose des simplifications/modifications de la prescription médicale pour permettre une autogestion médicamenteuse optimisée (34)(64).

2 Autogestion médicamenteuse dans le service de rééducation du CHV

Le groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises afin de statuer sur l'organisation des étapes clés du déroulement de l'autogestion médicamenteuse au sein du service de rééducation du CHV. L'annexe 3 décrit et résume le processus envisagé pour la réalisation de cette pratique. Une coopération avec la DSI de l'établissement a permis de créer des outils spécifiques pour chaque étape de l'autogestion médicamenteuse.

2.1 Évaluation de l'éligibilité du patient

Nous avons considéré que l'évaluation initiale et la décision du statut d'autogestion médicamenteuse pour un patient devait être, en premier lieu, médicale et devait être tracée au niveau du formulaire d'observation médicale du DPI.

Une section dédiée à l'autogestion médicamenteuse a été incluse dans le formulaire d'observation médicale des patients du SSR locomoteur et polyvalent (Annexe 4). Ce formulaire comporte cinq questions qui permettent d'établir un score guidant le médecin dans sa décision d'autogestion médicamenteuse :

- La première question évalue les modalités de gestion habituelle des traitements du patient. Si celui-ci ne gère pas son traitement lui-même au domicile, le projet d'autogestion médicamenteuse dans le service est exclu ;
- La deuxième question du formulaire recherche d'éventuels troubles cognitifs, mnésiques ou dépressifs majeurs qui pourraient remettre en cause les capacités du patient à gérer seul l'administration de ses médicaments ;
- Les troisième et quatrième questions évaluent la présence de troubles de la déglutition et de troubles de la préhension ;
- La dernière question porte sur l'observance médicamenteuse.

Un score a été élaboré sur la base des réponses aux 5 questions du formulaire (tableau 5).

Critère	OUI	NON
<i>Le patient prend-il habituellement ses médicaments seuls</i>	(1)	(0)
<i>Le patient présente-t-il des troubles cognitifs, mnésiques ou dépressifs majeurs ?</i>	(0)	(1)
<i>Le patient présente-t-il des troubles de déglutition ?</i>	(0)	(1)
<i>Le patient présente-t-il des troubles de la préhension ?</i>	(0)	(1)
<i>La prise des médicaments du patient est-elle irrégulière (oubli, non-respect des heures de prise) ?</i>	(0)	(1)
<i>Score total</i>		/5

Tableau 5 : Cotation des critères d'éligibilité

Lorsque le score maximal (de 5) est atteint, le patient est considéré comme éligible à l'autogestion médicamenteuse. Pour chaque patient éligible d'après ce score, le médecin doit confirmer ou infirmer sa volonté de mettre en place l'auto-administration des médicaments dans le service (figure 6).

Figure 6 : Confirmation médicale de l'autogestion médicamenteuse

Si le médecin confirme le projet d'autogestion médicamenteuse, une prescription automatisée de l'éducation du patient sera générée (figure 7).

Cette prescription est visible dans le DPI au niveau des prescriptions de soins.

	Nom de la prescription	Statut	Début	Données
▲	V UT MED HC; ATT0999 IEP:688861634	Admission	09/11/2021 8:56	
▲	Divers			
	Education autogestion des médicaments	Prescrire	25/03/2022 9:52	25/03/2022 09:52:00 , Une fois, 0323 PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Figure 7 : Prescription de l'éducation à l'autogestion médicamenteuse

A l'inverse, le médecin peut décider de ne pas inclure un patient considéré éligible d'après les critères définis. Il devra alors cocher « non » à la dernière question de validation du formulaire et documenter la raison de la non inclusion (par exemple : refus du patient).

2.2 Information et éducation du patient

Un patient éligible se verra donc prescrire, un entretien d'éducation à l'autogestion médicamenteuse (Figure 7). Cet entretien est réalisé par le pharmacien accompagné ou non de l'IDE.

Une fiche récapitulative des éléments à aborder lors de l'éducation à l'autogestion médicamenteuse a été établie afin de préparer et structurer l'entretien du patient (Annexe 5).

2.2.1 Choix des thérapeutiques adaptées à l'autogestion

Le pharmacien effectue en premier lieu une synthèse des médicaments de la prescription active dans le service. Il détermine quels traitements seront sous auto-administration et ceux qui seront gérés classiquement par l'IDE. En effet, afin de limiter le risque d'erreurs médicamenteuses, il a été convenu que certaines thérapeutiques soient systématiquement exclues de l'autogestion médicamenteuse : il s'agit des médicaments injectables et des médicaments à statut particulier (réglementation des stupéfiants, médicaments dérivés du sang).

2.2.2 Entretien patient

L'entretien permet de fournir au patient un certain nombre d'informations médicamenteuses portant notamment sur les indications des médicaments prescrits et les principaux éléments de vigilance et de surveillance du traitement. Le pharmacien donne une explication détaillée concernant le parcours d'autogestion médicamenteuse et les modalités d'approvisionnement en médicaments. Il présente au patient un anneau médicamenteux et en explique la composition et le fonctionnement (synthèse des traitements au début de l'anneau et sachets individuels comportant chaque prise médicamenteuse).

Il insiste sur les éléments suivants :

- Tout d'abord, les **heures de prise** notées sur la synthèse des anneaux sont indiquées par défaut : 8h pour la prise du matin, 12h pour la prise du midi, 18h pour la prise du soir et 22h pour la prise du coucher.
- Il rappelle ensuite l'importance de cocher, après la prise médicamenteuse, la case située sur la synthèse des anneaux devant le nom et l'heure de prise du médicament pour permettre la **traçabilité** et le suivi de l'administration.
- Il vérifie également que le patient est en mesure de lire les informations sur la synthèse des anneaux et sur les sachets (absence de problèmes de vue qui pourraient empêcher la **lecture des inscriptions**).
- Par ailleurs, le pharmacien rappelle l'importance de l'**observance** médicamenteuse et de signaler auprès de l'équipe soignante tout problème associé à l'administration.
- Il n'omet pas d'alerter le patient sur les **cas particuliers** liés à la prise en charge à l'hôpital : équivalence thérapeutique, fraction de comprimé, médicament à administration conditionnelle, médicament non dispensé nominativement.
- Il est également indiqué au patient de **ne pas déplacer les médicaments** en dehors de sa chambre.
- Enfin, le pharmacien signale qu'une **réévaluation** sera effectuée toutes les trois semaines et/ou à chaque fois que nécessaire.

A la fin de l'entretien, le pharmacien vérifie que le patient a bien compris les informations données et qu'il est favorable à l'auto-administration de ses traitements. Il lui remet le document d'information à l'autogestion médicamenteuse (Annexe 6) et fait signer le contrat d'observance (Annexe 7) qui sera conservé dans le DPI.

A noter que pour suivre en temps réel l'ensemble des prescriptions d'éducation à l'autogestion, une liste sur requête est mise à disposition des pharmaciens (figure 8).

Code VIP	Emplacement	Nom	Date de naissance	Âge	Médecin responsable	Admis	Sorti IPP	Numéro de séjour	Service médical
V	SSUITE LOC2 HC 140 LIT 140	GI	15/04/1960	61 a		23/03/2022 10:08	9000157302 689090211		3401 SOINS DE SUITE SPEC LOCOMOTEUR
V	SSUITE LOC2 HC 139 LIT 139P	VA	20/02/1945	77 a		23/03/2022 10:48	9000178379 689090396		3401 SOINS DE SUITE SPEC LOCOMOTEUR
V	SSUITE LOC2 HC 133 LIT 133	RE	31/10/1955	66 a		28/02/2022 11:47	9000102905 689050155		3401 SOINS DE SUITE SPEC LOCOMOTEUR

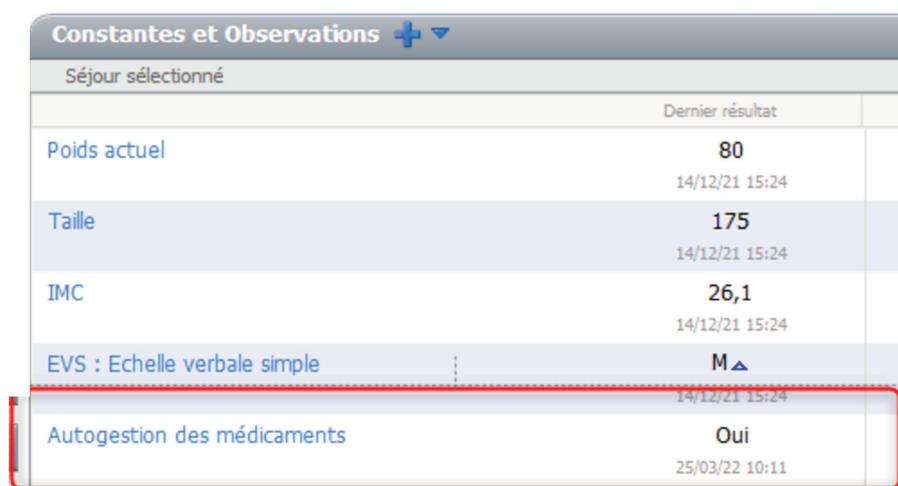
Figure 8 : Liste sur requête éducation autogestion

2.3 Validation du démarrage effectif de l'autogestion médicamenteuse et documentation dans le DPI

A l'issue de l'entretien d'éducation à l'autogestion, le pharmacien documente un formulaire dédié : « Éducation à l'autogestion des médicaments » dans le DPI (Annexe 8).

Il renseigne dans ce formulaire la check-list des informations transmises et des documents remis au patient ainsi que les éventuelles difficultés identifiées lors de l'entretien d'éducation. Si celles-ci remettent en cause les capacités du patient à gérer seul son traitement, le pharmacien peut, en concertation avec l'équipe médicale, différer ou refuser le projet d'auto-administration des médicaments dans le service. Au contraire, s'il confirme le démarrage effectif de l'autogestion médicamenteuse, le pharmacien indique la liste des thérapeutiques sous autogestion par le patient et sous gestion par les IDE.

Suite à la documentation et la validation du formulaire, l'information que le patient réalise ou non lui-même l'administration de ses médicaments dans le service apparaît alors automatiquement dans le DPI : au niveau de la section « Constantes et Observations » du résumé individuel du patient (figure 9) ainsi qu'au niveau du plan de soins infirmier permettant une vision globale du statut de tous les patients (figure 10).



Constantes et Observations + ▾	
Séjour sélectionné	
	Dernier résultat
Poids actuel	80 14/12/21 15:24
Taille	175 14/12/21 15:24
IMC	26,1 14/12/21 15:24
EVS : Echelle verbale simple	M ▲ 14/12/21 15:24
Autogestion des médicaments	Oui 25/03/22 10:11

Figure 9 : Résumé du DPI

Nom	Sex	Age	Lit	Précautions	Allergie	Régime	Motif d'hospit	Autogestion méd
AMI	Féminin	80 a	LIT 106			Complément alim	Prise en charge m	
CAB	Masculin	58 a	LIT 104			Régime Normal éc		Oui
CHV	Féminin	47 a						
DIAL	Féminin	24 a	LIT 111			Régime Normal éc		
HEN	Masculin	60 a	LIT 110			Régime Normal éc	amputation transf	Oui
HUII	Masculin	57 a	LIT 106			Régime Normal éc	reautonomisation	
LAN	Masculin	65 a	LIT 101			Enrichi Régime P	PEC médico-réedu	
LERC	Masculin	44 a	LIT 133			Eau Régime Norn		
LION	Masculin	65 a	LIT 121			Enrichi Complèm		
NOE	Féminin	69 a	LIT 103			Régime Normal éc	PTG G le 17/08/202	Oui
REG	Féminin	66 a	LIT 102			Complément alim		

Figure 10 : Plan de soins IDE

2.4 Dispensation des médicaments aux patients

Nous avons fait le choix d'utiliser le mode de dispensation existant dans le service pour l'autogestion médicamenteuse. Les traitements sont préparés quotidiennement par la pharmacie après analyse et validation pharmaceutique de l'ordonnance. Les anneaux et compléments identifiés au nom du patient sont ensuite dispensés aux services de soins. L'IDE réceptionne chaque jour les médicaments des patients dans le service. Cela comprend les médicaments du soir (à partir de 18h) jusqu'au lendemain soir (J+1,17h59). L'IDE rassemble les anneaux de médicaments et les médicaments en compléments pour le patient. Il (elle) vérifie la conformité des traitements avec la prescription informatique et complète éventuellement avec les médicaments non dispensés nominativement ou non dispensés (en raison de la prescription après l'heure de production par exemple). L'IDE délivre au patient les médicaments de l'ordonnance pour lesquels l'autogestion est possible pour une durée de 24h. Les antalgiques d'administration conditionnelle seront délivrés au patient lors des évaluations quotidiennes de la douleur par l'IDE ou sur sollicitation du patient.

2.5 Traçabilité de la prise

La documentation de la prise dans le DPI ne peut être effectuée qu'à posteriori. Comme décrit précédemment, pour les médicaments dispensés dans les anneaux, le patient coche la prise sur la synthèse présente au début des anneaux. Il trace également tout problème ou erreur d'administration sur le document d'information à l'autogestion (Annexe 6) et les signale à l'équipe médicale et/ou paramédicale lors de leurs passages. Tous les soirs, vers 18h, l'IDE vérifie la prise des médicaments des 24h écoulées par interrogation du patient et s'assure de l'absence de médicaments non administrés dans la chambre du patient. L'IDE récupère l'anneau pour vérification et recyclage puis trace la prise des 24h dans la synthèse d'administration du DPI. Les traitements des prochaines 24h sont ensuite délivrés au patient.

2.6 Réévaluation du statut d'autogestion médicamenteuse du patient

La réévaluation de l'autogestion médicamenteuse du patient pour la prise de ses traitements est réalisée systématiquement, quel que soit le mode de gestion des traitements, toutes les 3 semaines par les médecins. Une réévaluation sera également effectuée chaque fois que nécessaire si des problématiques ou erreurs d'administrations sont identifiées.

Trois semaines après la précédente évaluation, si le patient était éligible, une alerte apparaît au niveau du DPI (figure 11). Celle-ci est rattachée à un formulaire d'évaluation de la bonne pratique (Annexe 9).

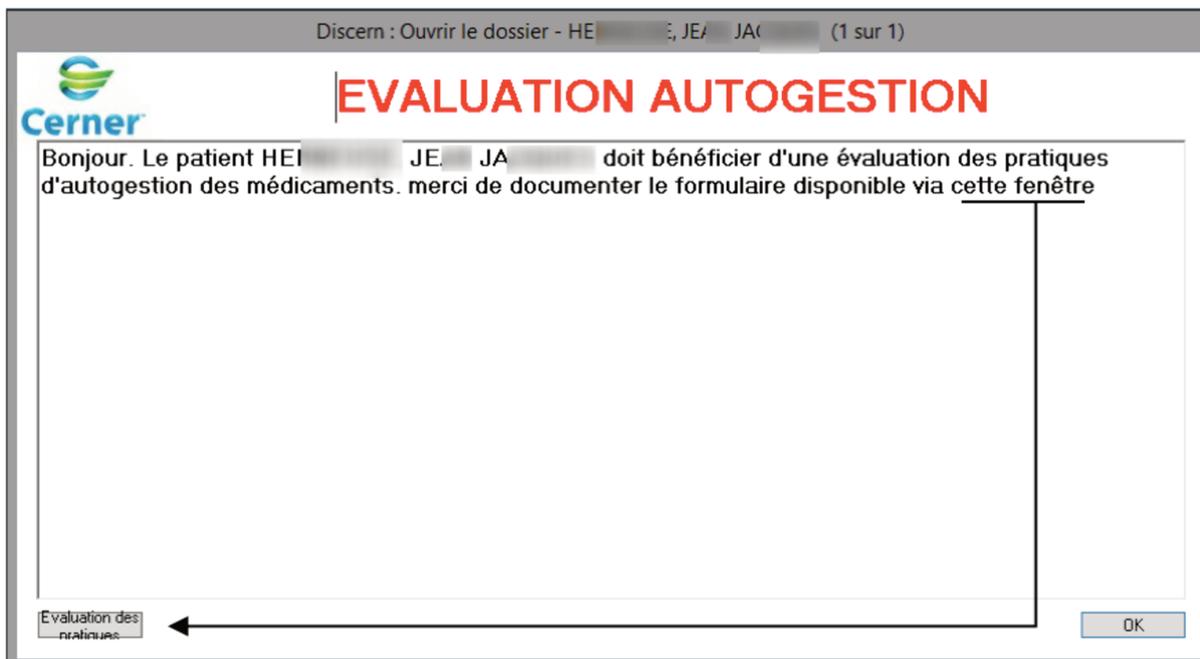


Figure 11 : Alerte d'évaluation de la pratique de l'autogestion médicamenteuse

Si le patient n'était pas éligible lors de la précédente évaluation, une autre alerte s'affiche à l'ouverture du dossier patient (figure 12). Elle est rattachée au formulaire d'évaluation de l'éligibilité (identique au formulaire initial – Annexe 10).

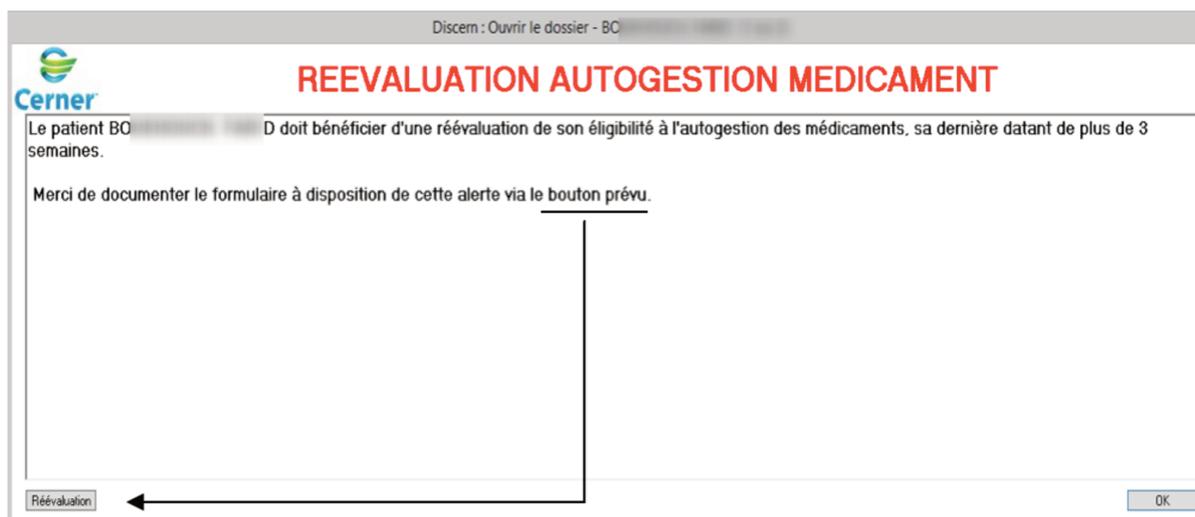


Figure 12 : Alerte de réévaluation de l'éligibilité à l'autogestion médicamenteuse

IV. DISCUSSION

1 Interprétation des principaux résultats de la revue de la littérature

1.1 Caractéristiques et évaluation de l'éligibilité des patients

Au travers de la revue de la littérature, il apparaît que l'autogestion médicamenteuse ne peut concerner que certains profils de patients. Le prérequis indispensable est la présence de médicaments chroniques. Par ailleurs, afin de limiter le risque d'erreurs médicamenteuses, il convient de s'assurer de l'état cognitif du patient (absence de troubles psychiatriques et mentaux). D'autre part, le programme d'autogestion n'est pertinent que si le patient est responsable de l'administration médicamenteuse au domicile. Sa mise en place résulte généralement d'une décision multidisciplinaire car elle engage la responsabilité des différents professionnels prenant en charge le patient.

Il existe à ce jour assez peu de recommandations claires et d'outils développés et validés permettant d'évaluer l'éligibilité des patients pour l'autogestion médicamenteuse. L'outil SAM est un outil intéressant car il permet une évaluation objective et relativement exhaustive des capacités d'autogestion du patient mais cet outil comprend 29 items et apparaît chronophage pour sa mise en œuvre systématique dans un service de soins.

Aussi, il est nécessaire de développer un outil rapide et simple afin d'aider les professionnels de santé à sélectionner les patients pour lesquels l'inclusion dans les programmes d'autogestion médicamenteuse serait bénéfique, appropriée et à moindre risque d'erreur(s) médicamenteuse(s). La HAS devrait prochainement mettre à disposition des professionnels de santé des recommandations et des outils afin de sécuriser le processus d'auto-administration médicamenteuse en cours d'hospitalisation.

1.2 Structure des programmes d'autogestion médicamenteuse

La majorité des programmes d'autogestion médicamenteuse documentés dans la littérature propose un modèle gradué dans lequel l'autonomie du patient est croissante. L'avantage de cette organisation à plusieurs niveaux est le renforcement de l'accompagnement du patient dans sa prise en charge médicamenteuse avec un transfert de responsabilité progressif ce qui peut favoriser l'échange entre le patient et les différents professionnels de santé et prévenir la survenue d'incidents médicamenteux. Le suivi du patient renforcé dans le cadre de ces programmes est intéressant et pertinent mais est néanmoins chronophage pour les équipes médicales et paramédicales.

La limitation ou non des classes thérapeutiques incluses dans l'autogestion médicamenteuse est un élément de discussion important. Certaines études excluent les prises uniques et/ou les médicaments prescrits sur une courte durée. Cela apparaît pertinent lorsque ceux-ci ne sont pas poursuivis au domicile. En revanche, de nombreuses études ne permettent pas l'auto-administration des médicaments en "si besoin". Or, il pourrait être intéressant que le patient gère ces traitements parfois utilisés comme tels au domicile afin de lui permettre d'accroître ses connaissances sur ces médicaments occasionnels et de limiter les risques de mésusage. Quelques études limitent l'autogestion médicamenteuse aux médicaments de la voie orale et excluent donc les médicaments injectables. Cependant, certains médicaments par voie injectable sont administrés par les patients au domicile et nécessitent une éducation thérapeutique spécifique. Par exemple, certains médicaments présentés en stylo pré-rempli comme l'insuline (*insuline glargine* Lantus[®], *insuline degludec* Tresiba[®]) et/ou les analogues du GLP-1 (Glucagon-like peptide-1) (*liraglutide* Victoza[®], *dulaglutide* Trulicity[®], *semaglutide* Ozempic[®]) sont parfois gérés par les patients au domicile. S'agissant d'un médicament considéré à risque, l'inclusion des insulines dans les programmes d'autogestion médicamenteuse permettrait au patient d'apprendre l'utilisation correcte dans un milieu encadré au cours de son hospitalisation et cela pourrait améliorer le bon usage lors du retour au domicile. Enfin, les médicaments à réglementation particulière ne peuvent, en raison de leur statut, être laissés à disposition du patient au cours de l'hospitalisation afin d'éviter tout risque de mésusage ou de détournement. Néanmoins, dans la mesure où certains de ces médicaments peuvent également être prescrits au domicile du patient (*sulfate de*

morphine skenan[®] dans la prise en charge de la douleur par exemple), l'éducation du patient sur leur utilisation et les modalités d'administration est incontournable.

La sécurité de la mise à disposition des patients de médicaments à risque et nécessitant une surveillance biologique étroite (AVK par exemple) doit également être discutée. Ceux-ci sont généralement exclus des programmes d'autogestion en cours d'hospitalisation afin de limiter tout risque d'erreurs médicamenteuses graves.

De plus, dans le cadre d'une hospitalisation, les adaptations posologiques des médicaments nécessitant un suivi biologique sont plus fréquentes qu'en ambulatoire car la clinique du patient est parfois instable. Ces adaptations thérapeutiques récurrentes peuvent limiter la compréhension du patient et engendrer un risque d'erreur d'administration plus important.

La quantité de médicaments mise à disposition du patient doit être définie dans la construction des programmes d'autogestion médicamenteuse : dans la plupart des études, la quantité est limitée à 24h ou à quelques jours. Cela permet de prévenir le risque d'erreur médicamenteuse grave par surdosage. Néanmoins, cette dispensation s'éloigne de la gestion habituelle des traitements des patients au domicile. La dispensation d'une quantité croissante à mesure de l'évolution du patient dans les programmes d'autogestion médicamenteuse est une démarche intéressante. Elle permet aux professionnels de s'assurer de la prise correcte des traitements avant la délivrance d'une quantité plus importante de médicaments. Cependant, délivrer une durée de traitement de plusieurs jours présente le risque de retarder la prise en compte d'éventuelles modifications ou réévaluations thérapeutiques fréquentes en cours d'hospitalisation.

Plusieurs publications dans la littérature évoquent la nécessité de fournir un emplacement sécurisé de stockage des médicaments pour les patients sous autogestion médicamenteuse. L'accès aux thérapeutiques est alors limité au patient et à l'équipe soignante. Cette sécurisation est particulièrement nécessaire lorsque les chambres sont partagées par plusieurs patients.

1.3 Rôle des différents professionnels de santé impliqués

L'autogestion médicamenteuse entraîne une réorganisation majeure du rôle des différents professionnels de santé dans l'administration médicamenteuse. L'évaluation des capacités du patient et la décision de l'inclusion du patient dans le programme d'autogestion est souvent dans la littérature de la responsabilité du médecin du service. Néanmoins celle-ci s'inscrit dans le cadre d'une réflexion pluri-professionnelle qui sollicite l'ensemble des professionnels du service de soins impliqués dans la prise en charge du patient.

La pharmacie a bien souvent un rôle de support dans l'approvisionnement, le suivi et la sécurisation du processus d'autogestion médicamenteuse. Le pharmacien est régulièrement sollicité dans le cadre d'entretiens d'information et d'éducation du patient sur ses thérapeutiques.

Par ailleurs, l'auto-administration médicamenteuse en cours d'hospitalisation entraîne une modification majeure dans les pratiques infirmières. En effet, dans le cadre de l'autogestion, le rôle des IDE ne consiste plus à la réalisation de l'acte d'administration en tant que tel mais correspond alors à la supervision et au contrôle des prises médicamenteuses du patient.

1.4 Limites de la revue de la littérature

La revue de la littérature menée dans le cadre de ce travail présente certaines limites. Cette revue a permis de mettre en évidence un grand nombre d'articles en exploitant principalement deux bases de données. D'autres publications auraient éventuellement pu être déterminées en utilisant d'autres bases de données scientifiques. Par ailleurs, notre recherche a inclus uniquement des articles de langue anglaise et française. Finalement, la sélection des articles retenus n'a été effectuée que par une seule personne. Une seconde lecture par une deuxième personne et la sélection des divergences par un troisième lecteur aurait peut-être permis d'affiner la sélection des publications.

2 Autogestion médicamenteuse dans le service de rééducation du CHV

2.1 Choix du service de rééducation appareil locomoteur et polyvalent

Le service de soins de rééducation appareil locomoteur et polyvalent est apparu comme étant le service le plus adapté pour l'expérimentation et le développement de l'autogestion médicamenteuse pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, s'agissant d'un service de moyen séjour (durée moyenne de séjour de 25 jours), un suivi du patient et une réévaluation du statut d'autogestion médicamenteuse à distance sont possibles.

Ensuite, un des objectifs majeurs de l'hospitalisation en rééducation consiste à maintenir et renforcer l'autonomie du patient dans la perspective de son retour au domicile. La démarche d'autogestion médicamenteuse s'inscrit parfaitement dans cette finalité.

De plus, la plupart des patients admis en rééducation appareil locomoteur et polyvalent ont un état cognitif et mnésique correct et gèrent eux-mêmes leur traitement au domicile. Ces patients satisfont généralement les critères d'éligibilité pour l'auto-administration médicamenteuse.

Enfin, une réévaluation complète du traitement chronique des patients est souvent effectuée au décours de l'hospitalisation en SSR afin d'adapter la prise en charge médicamenteuse. Dans ce contexte, instaurer l'auto-administration médicamenteuse permet de s'assurer de la compréhension par le patient des réévaluations effectuées.

2.2 Modalités de sélection des patients sous autogestion médicamenteuse

Sur la base de la revue de la littérature, les critères d'inclusion qui nous semblaient les plus pertinents et adaptés au profil des patients du service ont permis la construction d'un score simplifié permettant de guider la décision d'autogestion médicamenteuse.

Nous avons fait le choix de construire l'évaluation du patient sur les réponses obtenues à cinq questions : chaque question permet de détecter d'éventuels éléments qui pourraient remettre en cause les capacités du patient pour assurer seul l'auto-administration de ses médicaments.

- La première question évalue les modalités d'administration habituelles des médicaments du patient au domicile. Cet élément est primordial car il présume de la pertinence de la démarche d'autogestion médicamenteuse en cours d'hospitalisation.
- La deuxième question interroge sur la présence d'éventuels troubles cognitifs, mnésiques ou dépressifs majeurs qui pourraient indiquer que le patient nécessite un soutien ou une vigilance particulière pour la prise médicamenteuse.
- Les questions 3 et 4 concernent les capacités fonctionnelles du patient. En cas de troubles de la déglutition ou de troubles de la préhension, la prise médicamenteuse nécessite une surveillance et il est parfois nécessaire d'adapter la galénique des traitements. Dans ce cas, l'autogestion médicamenteuse n'est pas pertinente.
- La dernière question s'intéresse à l'observance médicamenteuse. Dans le cas d'un patient non ou peu observant, l'administration médicamenteuse doit être effectuée par l'IDE.

Les critères présents dans ce score n'étant pas exhaustifs, une confirmation médicale est nécessaire avant la réalisation de l'éducation à l'autogestion médicamenteuse. Il est donc possible pour le médecin, même dans le cas d'un score de 5 lors de l'évaluation initiale du patient, d'infirmer l'autogestion médicamenteuse dans le service de soins et d'en documenter la raison.

Une limite de ce score est que certains critères d'évaluation sont subjectifs. En effet, les critères d'observance, d'évaluation des capacités cognitives et mnésiques sont à l'appréciation du médecin et ne sont pas toujours évalués au moyen d'un test validé. Cela présente le risque d'engendrer des variations interindividuelles du score selon l'évaluateur et selon les déclarations du patient.

2.3 Choix des thérapeutiques adaptées à l'autogestion médicamenteuse

Les thérapeutiques exclues de l'autogestion médicamenteuse comprenaient, comme dans la plupart des études présentées dans la revue de littérature, les médicaments de la voie injectable et les médicaments à statut particulier. S'agissant de médicaments à risque, nous avons fait le choix, pour les insulines, de conserver l'administration par les IDE. Toutefois, sous réserve d'une éducation spécifique du

patient, il n'est pas exclu d'autoriser à terme individuellement l'auto-administration de ces médicaments en cours d'hospitalisation.

2.4 Utilisation de la DJIN comme support d'autogestion médicamenteuse

Nous avons choisi d'utiliser le système existant de dispensation nominative journalière des médicaments pour l'autogestion médicamenteuse. Ce choix permet de maintenir le niveau de dispensation sécurisée des médicaments par la pharmacie du CHV mais présente plusieurs limites pour l'auto-administration des médicaments.

En effet, la dispensation de la pharmacie comprend pour un même patient à la fois les anneaux de médicaments (produits par l'automate) et les compléments (non obtenus par l'automate mais dispensés nominativement avec les anneaux). D'autre part, certains médicaments ne sont pas dispensés nominativement et sont présents dans la dotation du service. Une étape préliminaire de regroupement des médicaments sous anneaux, des compléments et des médicaments non dispensés nominativement mais prescrits en systématique est donc nécessaire. Celle-ci est effectuée dans le service de soins par les IDE. Enfin, ce type de dispensation s'éloigne de la pratique ambulatoire mais présente l'avantage d'être nominative, de permettre un suivi quotidien des prises médicamenteuses et donc de limiter la quantité de médicaments mis à disposition du patient tout en renforçant son autonomie.

Parmi les médicaments non dispensés nominativement, certains sont des médicaments en "si besoin", tel que le paracétamol. Les modalités d'autogestion des "si besoins" non dispensés nominativement sont différentes des autres traitements. S'agissant de médicaments antalgiques, il a été décidé de délivrer ces médicaments sur sollicitation du patient à l'équipe soignante ou lors de l'évaluation de la douleur par l'IDE. Néanmoins, d'autres médicaments en "si besoin" sont présents dans les anneaux de médicaments du patient (tramadol par exemple). Cela risque d'entraîner un défaut de compréhension pour les patients avec une prise systématique des médicaments en "si besoin" présents dans l'anneau. L'entretien d'éducation à l'autogestion du patient doit donc prendre en compte ce risque et une explication détaillée et personnalisée sur la base de l'ordonnance doit être donnée au patient.

Les médicaments nominatifs sont produits et dispensés par la pharmacie dans l'après-midi. Les changements d'ordonnances effectués après 15h30 (heure limite de la validation pharmaceutique du service) ne sont pas pris en compte pour la dispensation quotidienne. Les médecins sont avertis et vigilants à faire la plupart des réévaluations thérapeutiques avant cet horaire. Il est également demandé à l'IDE de vérifier la concordance entre l'ordonnance informatique et la dispensation par la pharmacie lors de la distribution des traitements au patient.

2.5 Support de prescription et traçabilité de la prise

La distribution d'un plan de prise médicamenteux au patient en même temps que les médicaments a été discutée. Malheureusement il n'était pas possible de générer un plan de prise automatisé à partir du DPI. Un plan de prise construit manuellement n'est pas apparu comme étant une solution pérenne.

Un récapitulatif des médicaments dispensés par l'automate est présent au niveau de l'anneau. Nous avons donc choisi de l'utiliser comme support pour le patient et d'être vigilant à l'observance des compléments médicamenteux. Ce récapitulatif comprend l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance), la date de prise médicamenteuse, l'heure de prise et le nom du (des) médicament(s) (figure 4). Le patient peut y tracer la prise en cochant la case associée au médicament. Une limite à ce système est que l'heure de prise est indiquée automatiquement et par défaut : 8h pour les médicaments du matin, 12h pour les médicaments du midi, 18h pour les médicaments du soir et 22h pour les médicaments du coucher. Ces horaires de prise peuvent dans certains cas ne pas correspondre aux habitudes du patient. Enfin, un inconvénient majeur de l'autogestion médicamenteuse, indépendant de notre circuit, est que la traçabilité de la prise est effectuée par l'IDE à posteriori dans le DPI sur déclaration du patient et constatation des sachets vides.

2.6 Sécurisation du stockage des médicaments

Il n'a pas été prévu dans notre expérimentation la mise à disposition de casiers verrouillés pour le stockage des médicaments. La plupart des chambres du service étant des chambres individuelles, le risque d'échange de médicaments entre les patients est apparu comme limité. Néanmoins, cela constitue un élément de réflexion et d'amélioration du circuit pour les chambres partagées.

2.7 Réévaluation du statut d'autogestion médicamenteuse

Nous avons choisi de réévaluer systématiquement les capacités d'autogestion médicamenteuse de tout patient. Sur la base de la durée moyenne de séjour du service, nous avons fixé le délai de réévaluation à 3 semaines d'hospitalisation. L'ensemble des patients quel que soit leur statut initial d'autogestion est réévalué. Pour les patients qui n'étaient pas éligibles, le formulaire de réévaluation est identique au formulaire initial. La pertinence de la réévaluation du patient non éligible doit être discutée. Le score de réévaluation de ces patients pourrait éventuellement être revu pour prendre en compte, par exemple, les modalités d'administration médicamenteuse non pas avant l'hospitalisation mais celles envisagées pour le retour du patient au domicile. Cette information est davantage connue après 3 semaines d'hospitalisation plutôt qu'au cours de l'évaluation initiale.

2.8 Outils mis en place au CHV

Plusieurs outils ont été élaborés dans le cadre de ce projet. Une collaboration étroite avec la DSI était un atout précieux dans la construction de ces outils et la création de règles afin d'automatiser les étapes du processus d'autogestion médicamenteuse. Par exemple, l'auto-administration des médicaments débute après confirmation et validation du formulaire d'éducation à l'autogestion médicamenteuse et signature du contrat d'observance par le patient. L'information du statut d'autogestion est facilement accessible dans le dossier patient. Le DPI du CHV présente l'avantage de permettre la réalisation et l'inclusion de différents formulaires et alertes de réévaluation. La possibilité de créer une liste sur requête est un outil intéressant qui permet de bénéficier en continu et en temps réel de la liste des patients pour lesquels une éducation ou un entretien patient est nécessaire.

3 Perspectives

L'attente des professionnels de santé concernant l'autogestion médicamenteuse est grande. Ce travail constitue une première étape de réflexion dans la construction d'un processus d'autogestion médicamenteuse pertinent au sein de l'établissement.

L'autogestion médicamenteuse en cours d'hospitalisation entraîne un remodelage dans les organisations d'administration et en termes de responsabilité. L'éducation à l'autogestion médicamenteuse est une activité qui peut être chronophage pour les professionnels de santé. Elle s'avère toutefois indispensable afin de s'assurer de la sécurité d'administration des médicaments et limiter le plus possible les risques d'erreurs médicamenteuses.

Les outils mis en place et intégrés dans le DPI doivent encore être utilisés et testés pour être améliorés avec la mise en pratique de l'autogestion médicamenteuse dans le service. L'absence d'encadrement réglementaire de la pratique d'autogestion médicamenteuse constitue une limite pour sa mise en application et une évolution de la réglementation est attendue dans les prochains mois.

Une étude devra être réalisée au Centre Hospitalier de Valenciennes au sein du service de rééducation afin d'évaluer l'impact de ce changement de pratique d'administration médicamenteuse sur les potentielles erreurs d'administration, l'observance du patient ainsi que la satisfaction du patient et du personnel. Par ailleurs, ce travail pourra servir de support pour la mise en place de démarches similaires dans d'autres services de soins.

CONCLUSION

L'autogestion médicamenteuse est une approche qui bouleverse les pratiques actuelles d'administration médicamenteuse en cours d'hospitalisation en France.

La revue systématique de la littérature a permis l'inclusion de nombreux articles et a conduit à l'identification d'un certain nombre d'éléments pertinents pour la mise en place d'un tel programme dans un service de soins. L'analyse des publications a permis de cibler différents critères d'éligibilité des patients. Ces critères sont multifactoriels et liés à la fois aux traitements du patient, à ses antécédents et au mode de gestion des médicaments au domicile. Cette revue de la littérature a également permis de nous guider en termes d'organisation pour adapter le circuit du médicament à l'autogestion médicamenteuse dans le service de rééducation appareil locomoteur et polyvalent. De nombreuses publications soulignent l'importance d'une réflexion pluri professionnelle dans la prise de décision et le suivi du patient dans cette pratique.

Ce travail a permis le développement d'un parcours spécifique pour l'autogestion médicamenteuse en cours d'hospitalisation qui s'adapte aux organisations actuelles de dispensation automatisée au Centre Hospitalier de Valenciennes. Sur la base de la revue de la littérature, plusieurs outils simples ont été mis en place. Ceux-ci ont été inclus dans le dossier patient et permettront de structurer et d'encadrer la pratique dans le service de rééducation appareil locomoteur et polyvalent. Ces outils pourront également servir de support pour le déploiement de démarches similaires dans d'autres services de soins ou dans d'autres hôpitaux.

Une évaluation de l'impact de la pratique de l'autogestion médicamenteuse sur les erreurs médicamenteuses, l'observance et la satisfaction du patient et des professionnels de santé sera effectuée dans le service en utilisant les outils développés au travers de cette recherche.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Constitution [Internet]. [cité 24 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
2. L'état de santé de la population en France - Rapport 2017 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 17 avr 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
3. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H van der, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ*. 26 juill 2011;343:d4163.
4. HCSP. Évaluation du programme national de sécurité des patients 2013-2017 [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2018 mai [cité 5 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=677>
5. Bulletin Officiel n°2001-46 [Internet]. [cité 24 avr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-46/a0463058.htm>
6. World Health Organization. Regional Office for Europe. Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases: report of a WHO working group [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 1998 [cité 24 avr 2022]. viii, 76 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108151>
7. Titre VI : Education thérapeutique du patient (Articles L1161-1 à L1162-1) - Légifrance [Internet]. [cité 24 avr 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020891754/#LEGISCTA000020892073
8. Société française de pharmacie clinique. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse. Paris: Société française de pharmacie clinique; 2006.
9. Guide « Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments » [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 11 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_946211/fr/guide-outils-de-securisation-et-d-auto-evaluation-de-l-administration-des-medicaments
10. 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.
11. Les erreurs associées aux produits de santé déclarées dans la base EIGS [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 8 août 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3231881/fr/les-erreurs-associees-aux-produits-de-sante-declarees-dans-la-base-eigs

12. LA REMED : La revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés. Une amélioration de la qualité des soins. Société française de pharmacie clinique; 2013.
13. WHO | What do we mean by self-care? [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 24 déc 2021]. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/self-care-interventions/definitions/en/>
14. Delineation of Self-Care and Associated Concepts - Richard - 2011 - Journal of Nursing Scholarship - Wiley Online Library [Internet]. [cité 24 déc 2021]. Disponible sur: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x>
15. Dorothea Orem: Self Care Deficit Theory Study Guide [Internet]. Nurseslabs. 2014 [cité 24 déc 2021]. Disponible sur: <https://nurseslabs.com/dorothea-orems-self-care-theory/>
16. Consultation publique - L'auto-administration des médicaments par le patient/entourage en établissement de santé sanitaire, dont l'Hospitalisation A Domicile (HAD) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 11 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1770419/fr/consultation-publique-l-auto-administration-des-medicaments-par-le-patient/entourage-en-etablissement-de-sante-sanitaire-dont-l-hospitalisation-a-domicile-had
17. Circulaire n° DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé - APHP DAJDP [Internet]. [cité 11 avr 2022]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-dgospf2201272-du-14-fevrier-2012-relative-au-management-de-la-qualite-de-la-prise-en-charge-medicamenteuse-dans-les-etablissements-de-sante/>
18. La certification des établissements de santé pour la qualité des soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 11 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3219705/fr/la-certification-des-etablissements-de-sante-pour-la-qualite-des-soins
19. Mettre en œuvre la certification pour la qualité des soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 11 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1495044/fr/mettre-en-oeuvre-la-certification-pour-la-qualite-des-soins
20. Yasmina S. Auto-administration des médicaments par le patient en cours d'hospitalisation. 2021;12.
21. Service Improvement Guide: Self administration of medicines in Mental Health Trusts. National Prescribing Centre; 2008.
22. Self-Administration of Medicines – Brief Guidance and examples from practice [Internet]. SPS - Specialist Pharmacy Service. 2020 [cité 11 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.sps.nhs.uk/articles/self-administration-of-medicines/>
23. Davis A, Muir P, Allardice JA, Clark K, Groves J, Molenaar M, et al. SHPA guidelines

- for self-administration of medication in hospitals and residential care facilities. *J Pharm Pract Res.* 2002;32(4):324-5.
24. Care inspection of the Flemish division of Wellbeing, Public Health, and Family, personal communication. 2015.
 25. Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. 2008-377 avr 17, 2008.
 26. 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. *PloS One.* 2014;9(12):e113912.
 27. Wright J, Emerson A, Stephens M, Lennan E. Hospital inpatient self-administration of medicine programmes: a critical literature review. *Pharm World Sci.* 27 sept 2006;28(3):140.
 28. Collingsworth S, Gould D, Wainwright SP. Patient self-administration of medication: a review of the literature. *Int J Nurs Stud.* 1 août 1997;34(4):256-69.
 29. Vanwesemael T, Boussery K, Dilles T. Self-Administration of Medication in Hospital: A Literature Review. *Nurs Sci Q.* juill 2020;33(3):249-57.
 30. 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.
 31. Manias E, Beanland C, Riley R, Baker L. Self-administration of medication in hospital: patients' perspectives. *J Adv Nurs.* 2004;46(2):194-203.
 32. Vanwesemael T, Boussery K, van den Bemt P, Dilles T. The willingness and attitude of patients towards self-administration of medication in hospital. *Ther Adv Drug Saf.* juin 2018;9(6):309-21.
 33. Meng KK, Chao WT, San San T. A novel program of self-administration of medications within an acute inpatient rehabilitation unit. *Proc Singap Healthc.* 1 juin 2021;30(2):131-7.
 34. Yunker NS, Flint NB, Carpenter ED. Patient self-medication on a rehabilitation unit. *Patient Educ Couns.* 1 juin 1990;15(3):261-8.
 35. Grantham G, McMillan V, Dunn SV, Gassner LA, Woodcock P. Patient self-medication--a change in hospital practice. *J Clin Nurs.* août 2006;15(8):962-70.
 36. 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.* 1 oct 2020;105(10):986-90.
 37. Sørensen CA, de Thurah A, Lisby M, Olesen C, Sørensen SB, Enemark U. Cost-consequence analysis of self-administration of medication during hospitalization: a pragmatic randomized controlled trial in a Danish hospital setting. *Ther Adv Drug Saf.* 1 janv 2020;11:2042098620929921.

38. Sørensen CA, Lisby M, Olesen C, Enemark U, Sørensen SB, de Thurah A. Self-administration of medication: a pragmatic randomized controlled trial of the impact on dispensing errors, perceptions, and satisfaction. *Ther Adv Drug Saf.* 4 mai 2020;11:2042098620904616.
39. 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.
40. Phelan G, Kramer EJ, Grieco AJ, Glassman KS. Self-administration of medication by patients and family members during hospitalization. *Patient Educ Couns.* 1 janv 1996;27(1):103-12.
41. 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.* 27 sept 2021;10781552211043524.
42. Lam P, Elliott RA, George J. Impact of a self-administration of medications programme on elderly inpatients' competence to manage medications: a pilot study. *J Clin Pharm Ther.* 2011;36(1):80-6.
43. Furlong S. Do programmes of medicine self-administration enhance patient knowledge, compliance and satisfaction? *J Adv Nurs.* 1996;23(6):1254-62.
44. Deeks PA, Byatt K. Are patients who self-administer their medicines in hospital more satisfied with their care? *J Adv Nurs.* févr 2000;31(2):395-400.
45. 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.* 2018;30(5):396-407.
46. Jones L, Arthurs GJ, Sturman E, Bellis L. Self-medication in acute surgical wards. *J Clin Nurs.* 1996;5(4):229-32.
47. Lowe CJ, Raynor DK, Courtney EA, Purvis J, Teale C. Effects of self medication programme on knowledge of drugs and compliance with treatment in elderly patients. *BMJ.* 13 mai 1995;310(6989):1229-31.
48. Noy K. A self-medication scheme in a post-coronary care unit. *Br J Nurs Mark Allen Publ.* 1997;6(7):369-74.
49. Peett A, Cox K. Self-administration of drugs on an oncology ward. *Br J Nurs.* 14 mars 1996;5(5):283-6.
50. Can drug compliance in the elderly be improved? - PMC [Internet]. [cité 11 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ressources-electroniques.univ-lille.fr/pmc/articles/PMC1604494/>
51. Wood SI, Calvert RT, Acomb C, Kay EA. A self medication scheme for elderly patients

- improves compliance with their medication regimens. *Int J Pharm Pract.* 1992;1(4):240-1.
52. Salmon, K. (2002) Self-administration of medicines and the reuse of patients' own drugs. In Shaw, T. and Sanders, K. (Eds) *Foundation of Nursing Studies Dissemination Series*. Vol. 1. No. 3.
 53. Buchanan EC, Brooks MR, Greenwood RB. A Self-Medication Program for Cardiology Inpatients. *Am J Hosp Pharm.* 1 nov 1972;29(11):928-34.
 54. Kallas KD. Establishing a self-administered medication program. *J Nurs Adm.* nov 1984;14(11):38-42.
 55. Kelly JM. Implementing a patient self-medication program. *Rehabil Nurs Off J Assoc Rehabil Nurses.* 1994;19(2):87-90, 95.
 56. Klein RH, Lynn EJ, Axelrod H, Dluhy J. Self administration of medication by psychiatric inpatients. *J Nerv Ment Dis.* 1974;158(6):450-5.
 57. Nelson WJ, Edwards SA, Roberts AW, Keller RJ. Comprehensive self-medication program for epileptic patients. *Am J Hosp Pharm.* juill 1978;35(7):798-801.
 58. Roberts CJ, Miller WA. Clinical Pharmacy, Self-Administration, and Technician Drug Administration Services in a 72-Bed Hospital. *Drug Intell Clin Pharm.* 1 déc 1972;6(12):408-15.
 59. Newcomer DR, Anderson RW. Effectiveness of a Combined Drug Self-Administration and Patient Teaching Program. *Drug Intell Clin Pharm.* 1 juin 1974;8(6):374-81.
 60. Macauley C, Murray L, Ellis H. Patient-administered drugs in a municipal hospital. *Geriatr Nur (Lond).* 1 juill 1980;1(2):104-8.
 61. Reibel EM. Study to determine the feasibility of a self-medication program for patients at a rehabilitation center. *Nurs Res.* févr 1969;18(1):65-8.
 62. Anderson J, Manias E, Kusljic S, Finch S. Testing the validity, reliability and utility of the Self-Administration of Medication (SAM) tool in patients undergoing rehabilitation. *Res Soc Adm Pharm.* 1 janv 2014;10(1):204-16.
 63. Manias E, Beanland CJ, Riley RG, Hutchinson AM. Development and Validation of the Self-Administration of Medication Tool. *Ann Pharmacother.* 1 juin 2006;40(6):1064-73.
 64. Tran T, Elliott RA, Taylor SE, Woodward MC. A Self-Administration of Medications Program to Identify and Address Potential Barriers to Adherence in Elderly Patients. *Ann Pharmacother.* 1 févr 2011;45(2):201-6.
 65. Irvine-Meek J, Gould ON, Wheaton H, Todd LE. Acceptability and face validity of a geriatric self-medication assessment tool. *Can J Hosp Pharm.* 2010;63(3):225-32.
 66. Maddigan SL, Farris KB, Keating N, Wiens CA, Johnson JA. Predictors of older adults' capacity for medication management in a self-medication program: A retrospective chart review. *J Aging Health.* 2003;15(2):332-52.

67. Patrick L, Howell K. Mental status and self-medication ability in the hospitalized elderly. *Can J Aging*. 1998;17(4):425-39.
68. Pereles L, Romonko L, Murzyn T, Hogan D, Silvius J, Stokes E, et al. Evaluation of a Self-Medication Program. *J Am Geriatr Soc*. 1996;44(2):161-5.
69. Schérer H, Bernier E, Rivard J, Yu L, Duchesne-Côté G, Lebel D, et al. Self-administered medications in the postpartum wards: A study on satisfaction and perceptions. *J Eval Clin Pract*. 2017;23(3):540-7.
70. Houlind MB, McNulty HBØ, Trelidal C, Andersen SL, Huneck Haupt T, Petersen J, et al. One-Stop Dispensing: Hospital Costs and Patient Perspectives on Self-Management of Medication. *Pharm Basel Switz*. 28 mai 2018;6(2):E46.
71. Sørensen CA, Olesen C, Lisby M, Enemark U, de Thurah A. Self-administration of medication during hospitalization-a randomized pilot study. *Pilot Feasibility Stud*. 2020;6:116.
72. Kose E, Endo H, Hori H, Hosono S, Kawamura C, Kodama Y, et al. Pharmacist medication instructions are associated with continued medication self-management in older adults: a retrospective observational study. *J Pharm Health Care Sci*. 3 mars 2021;7(1):11.
73. Suzuki R, Uchiya T, Nakamura A, Okubo N, Sakai T, Takahashi M, et al. Analysis of factors contributing to medication errors during self-management of medication in the rehabilitation ward: a case control study. *BMC Health Serv Res*. 3 mars 2022;22(1):292.
74. 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*. 2018;24(2):e12625.
75. 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. *Pharm Basel Switz*. 26 juill 2018;6(3):E77.
76. Hajialibeigloo R, Mazlum SR, Mohajer S, Morisky DE. Effect of self-administration of medication programme on cardiovascular inpatients' medication adherence and nurses' satisfaction: A randomized clinical trial. *Nurs Open*. 2021;8(4):1947-57.
77. Proos M, Reiley P, Eagan J, Stengrevics S, Castile J, Arian D. A study of the effects of self-medication on patients' knowledge of and compliance with their medication regimen. *J Nurs Care Qual*. 1992;Suppl:18-26.
78. Vanwesemael T, Van Rompaey B, Petrovic M, Boussery K, Dilles T. SelfMED: Self-Administration of Medication in Hospital: A Prevalence Study in Flanders, Belgium. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs*. mai 2017;49(3):277-85.

Statement relating to patient behaviour or activity	Never 0	Rarely 1	Sometimes 2	Frequently 3	Always 4	Don't know/N.A. 0	Minimum expected score
Capable to self-medicate							
6. Converses in a lucid and rational manner.							≥ Frequently
7. Accurately reports the correct time of day.							≥ Frequently
8. Accurately identifies current location.							≥ Frequently
9. Accurately reports own identity (name).							≥ Frequently
10. Makes needs understood to the nurse.							≥ Frequently
11. Independently manages self-care activities.							≥ Frequently
12. Requests medication for symptom relief when required.							≥ Frequently
13. Is able to communicate effectively with staff.							≥ Frequently
14. Uses an interpreter when required.							≥ Never
15. Reports ability to remove medication from its container or packaging.							≥ Frequently
16. Uses an aide-memoire to assist in self-medication.							≥ Never
Knowledge about medications							
17. Names own prescribed medication(s).							≥ Frequently
18. Recalls when the last medication dose was taken.							≥ Frequently
19. Recognises physical alterations to own well-being in relation to taking medication(s).							≥ Frequently

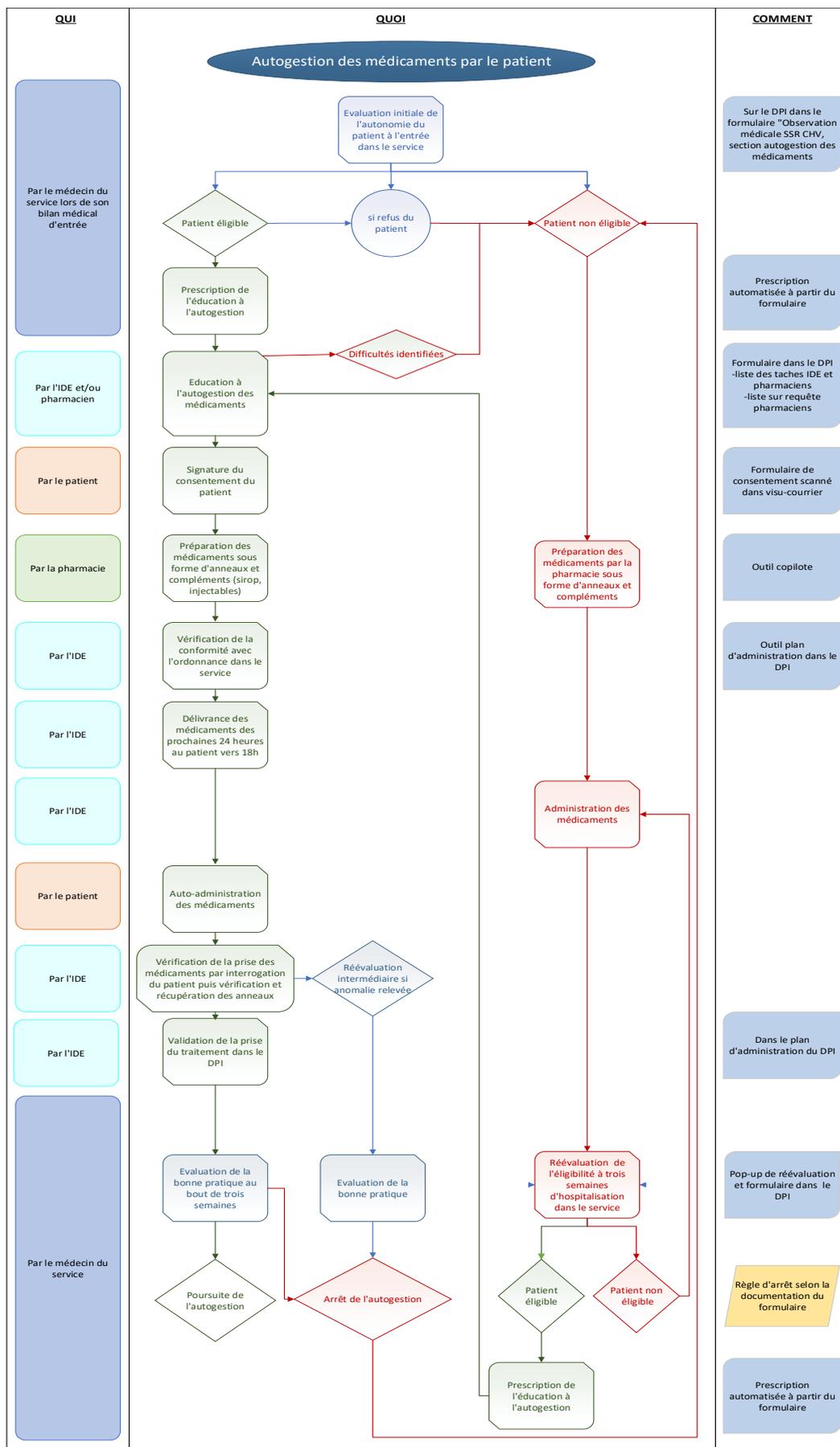
Annexe 2 : Questionnaire IDE d'évaluation de l'éligibilité (46)

Table 1 Self-medication nursing assessment form

Name.....	Hospital number.....		
Ward.....	Nurse interviewing.....		
1 Is the patient confused, or does he/she have a history of drug or alcohol abuse?	YES	NO	
2 Does the patient look after their own medication at home?	YES	NO	
3 Have you explained what self-medication is to the patient?	YES	NO	
4 Has the patient read the information sheet?	YES	NO	
5 Is the patient able to read the labels?	YES	NO	
6 Is the patient able to record when drugs have been taken?	YES	NO	
7 Does the patient know how to obtain help or further advice?	YES	NO	
8 Is the patient willing to use self-medication?	YES	NO	

There needs to be a positive answer to each question (except for 1 and 5) in order for the patient to be permitted to self medicate. If the answer to question 1 is yes then do not proceed. If the answer to question 5 is positive refer to the pharmacist for larger print labels.

Annexe 3 : Processus d'autogestion médicamenteuse



Annexe 4 : Formulaire d'éligibilité à l'autogestion des médicaments

AUTOGESTION DES MEDICAMENTS

Evaluation initiale

Critère d'autogestion

Le patient prend-il habituellement ses médicaments seul? Oui Non

Le patient présente-t-il des troubles cognitifs, mnésiques ou dépressifs majeurs? Oui Non

Le patient présente-t-il des troubles de la déglutition? Oui Non

Le patient présente-t-il des troubles de la préhension? Oui Non

La prise des médicaments du patient est-elle irrégulière (oubli, non respect des heures de prise)? Oui Non

Score obtenu

Si le score est égal à 5, votre patient est éligible à l'autogestion de ses médicaments, répondez à la question suivante

Si le score est inférieur à 5, votre patient n'est pas éligible.

Si le patient n'est pas éligible, une réévaluation vous sera proposée dans trois semaines (pop-up en ouvrant le dossier)

Patient éligible

Votre patient est éligible à l'autogestion, confirmez-vous l'autogestion médicamenteuse pour ce patient?

Oui Non Une règle automatise la prescription de l'éducation si vous confirmez l'autogestion

Motif pour réponse négative

Annexe 5 : Plan d'entretien d'éducation à l'autogestion médicamenteuse

ENTRETIEN AUTOGESTION MEDICAMENTEUSE

Nom du patient : _____

Prénom du patient : _____

Chambre : _____ IEP : _____

Âge : _____ ans Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Documents à apporter :

- Fiche d'information patient
- Contrat d'observance du patient

Éléments d'éducation du patient

- Synthèse des médicaments de la prescription en cours
- Information médicamenteuse : indications des médicaments, principaux éléments de vigilance

Explication du circuit :

- Distribution des médicaments à 18h tous les jours pour une période de 24h
- Vérification IDE de la prise, traçabilité et récupération du contenant médicamenteux

Explication du fonctionnement des anneaux :

- Synthèse au début de l'anneau médicamenteux avec identité du patient, date d'administration, liste des médicaments présents dans les anneaux, heure d'administration approximative et case à cocher.
- Cocher la case en face du nom du médicament pour tracer que le médicament a été pris
- Un sachet par prise avec nom du médicament, lot et date d'expiration.
- Encoche sur chaque sachet permettant d'ouvrir plus facilement le sachet.

Points d'attention :

- Heure de prise sur la synthèse des anneaux est indiquée par défaut
- Vérifier que le patient n'a pas de problème de vue qui pourrait gêner la lecture de la synthèse des traitements ou des inscriptions sur le sachet
- Rappel sur l'importance de l'observance et de signaler tout problème médicamenteux

Cas particuliers :

- Équivalences thérapeutiques
- Médicaments en « si besoin »
- Fractions de comprimés
- Médicaments « filtrés »

Annexe 7 : Contrat d'observance

Centre Hospitalier de Valenciennes

Pharmacie
Contrat d'observance

Madame/Monsieur.....

Né(e) le..... /..... /.....

Valenciennes, le /..... /.....

Je soussigné(e).....

hospitalisé(e) au Centre Hospitalier de Valenciennes dans le service de.....
accepte de recevoir les anneaux de médicaments pour 24h et de gérer moi-même la prise des médicaments aux différentes heures de la journée.

Je m'engage à signaler à l'infirmier(e) toute anomalie ou difficulté de prise de mon traitement. De la même manière, en cas d'incompréhension, j'avertis l'équipe médicale ou paramédicale.

Si éventuellement, je ne prends pas le(s) médicament(s), je préviens les soignants et je rend le(s) médicament(s) non utilisé(s).

Nom :

Signature :

Centre Hospitalier de Valenciennes - Directeur de la communication - 2022

Votre sécurité, notre priorité



CENTRE HOSPITALIER
DE VALENCIENNES

Annexe 8 : Formulaire d'éducation à l'autogestion médicamenteuse

Education à l'autogestion des médicaments

L'éducation à l'autogestion médicamenteuse a été réalisée le

Professionel(s) ayant réalisé l'éducation

Infirmier(ère)

Pharmacien

Distribution de la documentation sur l'autogestion médicamenteuse
 Education du patient concernant son traitement (nom, indication, modalités de prise)
 Explications et mise en pratique concernant le fonctionnement des anneaux
 Signature du formulaire de consentement par le patient

Date de réévaluation (à programmer dans trois semaines)

Démarrage de l'autogestion Oui Non

Motif d'exclusion à l'autogestion suite à la séquence éducative:

Problème de vue
 Problème de préhension
 Difficulté de compréhension du fonctionnement des anneaux
 Nombreux médicaments à risque
 Complexité du traitement
 Refus du patient
 Autre :

Médicaments gérés par le patient

Médicaments gérés par les IDE

Commentaire

Segoe UI 9

Annexe 9 : Formulaire d'évaluation de la bonne pratique

Evaluation de la bonne pratique de l'autogestion médicamenteuse

Le patient présente-t-il des difficultés pour gérer ses traitements? Oui Non

Des erreurs d'administration ont-elles été identifiées lors de l'autogestion? Oui Non

Le patient souhaite-t-il poursuivre l'autogestion médicamenteuse? Oui Non

Souhaitez-vous poursuivre l'autogestion médicamenteuse? Oui Non

Commentaire

Segoe UI 9

 **B** U / *I* ~~S~~

- ≡
- ≡
- ≡

Annexe 10 : Formulaire de réévaluation du patient non éligible

Réévaluation pour mise en place de l'autogestion des médicaments

Le patient n'était pas éligible lors de l'évaluation précédente ou réfuté lors de l'éducation

Le motif d'exclusion suite à l'éducation était le suivant:
Rapatrié du formulaire d'éducation

- Problème de vue
- Problème de préhension
- Difficulté de compréhension du fonctionnement des anneaux
- Nombreux médicaments à risque
- Complexité du traitement
- Refus du patient
- Autre :

Critères d'autogestion

Le patient prend-il habituellement ses médicaments seul? Oui Non

Le patient présente-t-il des troubles cognitifs, mnésiques ou dépressifs majeurs? Oui Non

Le patient présente-t-il des troubles de la déglutition? Oui Non

Le patient présente-t-il des troubles de la préhension? Oui Non

La prise des médicaments du patient est-elle irrégulière (oubli, non respect des heures de prise)? Oui Non

Score obtenu

Si le score est égal à 5, votre patient est éligible à l'autogestion de ses médicaments, répondez à la question suivante
Si le score est inférieur à 5, votre patient n'est pas éligible.

Si le patient n'est pas éligible, une réévaluation sera proposée dans trois semaines (pop-up en ouvrant le dossier)

Patient éligible

Votre patient est éligible à l'autogestion, confirmez-vous l'autogestion médicamenteuse pour ce patient?

Oui Non **Une règle automatise la prescription d'éducation si vous confirmez l'autogestion.**

Motif pour réponse négative

Les infirmiers continuent de gérer les produits de la réglementation des stupéfiants

Université de Lille
FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2021/2022

Nom : VANHAECKE

Prénom : Marie

Titre de la thèse : Autogestion médicamenteuse à l'hôpital : Revue de la littérature et expérimentation dans un service de rééducation au Centre Hospitalier de Valenciennes

Mots-clés : Administration, Autogestion médicamenteuse, Soins de Suite et Réadaptation

Résumé :

Les pratiques d'administration médicamenteuse en milieu hospitalier sont en cours d'évolution afin d'accroître l'implication du patient dans sa prise en charge thérapeutique. Dans ce contexte, l'autogestion médicamenteuse à l'hôpital est de plus en plus discutée. L'objectif de ce travail est de présenter une revue de la littérature sur les modalités de mise en place à l'hôpital et de développer un processus et des outils pour l'expérimentation de l'auto-administration médicamenteuse dans le service de rééducation du Centre Hospitalier de Valenciennes (CHV).

La revue systématique de la littérature a inclus 46 publications portant sur des programmes d'autogestion médicamenteuse développés dans différents services de soins. Plusieurs critères d'éligibilité des patients ont été identifiés dans les études liés à l'ordonnance, au(x) pathologie(s) ou aux habitudes d'administration médicamenteuse du patient. Néanmoins, il existe peu d'outils simples et validés permettant de sélectionner les patients. La plupart des programmes identifiés proposent un transfert progressif de responsabilité pour l'administration médicamenteuse vers le patient au cours de l'hospitalisation. La pharmacie intervient dans cette démarche à différents niveaux : éducation et information du patient, dispensation des traitements, réévaluation et suivi. Ainsi, plusieurs outils ont été développés au CHV afin de structurer l'expérimentation de l'autogestion médicamenteuse dans le service de rééducation. Un score simple d'éligibilité, des formulaires de réévaluation du patient, des alertes et des listes sur requêtes ont été intégrés dans le dossier patient informatisé.

Une évaluation de l'impact de la pratique de l'autogestion médicamenteuse sur les erreurs médicamenteuses, l'observance et la satisfaction du patient et des professionnels de santé sera effectuée dans le service en utilisant les outils développés au travers de cette recherche.

Membres du jury :

Président : Monsieur le Professeur DECAUDIN Bertrand, Pharmacien, Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier Universitaire de Lille - Professeur des Universités, Université de Lille.

Directeur, conseiller de thèse : Madame le Docteur HENNION-COUSSEMACQ Marion, Pharmacien Praticien Hospitalier - Chef du service médicament - Centre Hospitalier de Valenciennes.

Assesseur(s) :

Monsieur le Docteur DERVAUX Benjamin, Médecin Praticien Hospitalier - Chef du service de rééducation appareil locomoteur et polyvalent, Centre Hospitalier de Valenciennes.

Madame le Docteur MASSE Morgane, Pharmacien Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier Universitaire de Lille - Maître de Conférences Universitaire, Université de Lille.