

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 13 octobre 2025**

**Par M. NOTTEAU Corentin**

---

**GESTION DU TRAITEMENT PERSONNEL EN HOPITAL DE JOUR  
D'ONCOLOGIE ADULTE : DU CONSTAT AUX PERSPECTIVES D'ACTION**

---

Membres du jury :

**Président :**

**Monsieur le Docteur DINE Thierry**, Professeur des universités – Université de Lille, Praticien hospitalier – Groupe Hospitalier de Loos Haubourdin

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur FOULON Valentine**, Praticien Hospitalier – Centre Hospitalier de Béthune-Beuvry

**Assesseur :**

**Madame le Docteur HENRY Héloïse**, Maître de conférences des universités – Université de Lille, Praticien Hospitalier – CHU de Lille

**Membre extérieur :**

**Madame le Docteur DESCAMPS Aurélie**, Praticien Hospitalier – Centre Hospitalier de Lens – Centre Hospitalier de La Bassée



## Université de Lille

Président  
Premier Vice-président  
Vice-présidente Formation  
Vice-président Recherche  
Vice-président Ressources Humaine  
Directrice Générale des Services

Régis BORDET  
Bertrand DÉCAUDIN  
Corinne ROBACZEWSKI  
Olivier COLOT  
Jean-Philippe TRICOIT  
Anne-Valérie CHIRIS-FABRE

## UFR3S

Doyen  
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité  
Vice-Doyenne Recherche  
Vice-Doyen Finances et Patrimoine  
Vice-Doyen International  
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires  
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie  
Vice-Doyen Territoire-Partenariats  
Vice-Doyen Santé numérique et Communication  
Vice-Doyenne Vie de Campus  
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX  
Hervé HUBERT  
Karine FAURE  
Emmanuelle LIPKA  
Vincent DERAMECOURT  
Sébastien D'HARANCY  
Caroline LANIER  
Thomas MORGENROTH  
Vincent SOBANSKI  
Anne-Laure BARBOTIN  
Victor HELENA

## Faculté de Pharmacie

Vice - Doyen  
Premier Assesseur et  
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement  
Assesseur à la Vie de la Faculté et  
Assesseur aux Ressources et Personnels  
Responsable de l'Administration et du Pilotage  
Représentant étudiant  
Chargé de mission 1er cycle  
Chargée de mission 2eme cycle  
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche  
Chargé de mission Relations Internationales  
Chargée de Mission Qualité  
Chargé de mission dossier HCERES

Pascal ODOU  
  
Anne GARAT  
  
Emmanuelle LIPKA  
Cyrille PORTA  
Honoré GUISE  
Philippe GERVOIS  
Héloïse HENRY  
Nicolas WILLAND  
Christophe FURMAN  
Marie-Françoise ODOU  
Réjane LESTRELIN

### 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	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bio inorganique	85
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
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	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	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
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80

Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

### Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BEDART	Corentin	ICPAL	86
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	
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	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
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
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	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
M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	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	ROGEL	Anne	Immunologie	
M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	87
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
Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

### Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BAILLY	Christian	ICPAL	86
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
M	AYED	Elya	Pharmacie officinale	
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
Mme	DANICOURT	Frédérique	Pharmacie officinale	
Mme	DUPIRE	Fanny	Pharmacie officinale	
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
Mme	GEILER	Isabelle	Pharmacie officinale	
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M	POTHIER	Jean-Claude	Pharmacie officinale	
Mme	ROGNON	Carole	Pharmacie officinale	

### Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	

Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	GISH	Alexandre	Toxicologie et Santé publique	
Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	

### Hospitalo-Universitaire (PHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	

### Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	
Mme	COMPAGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	FERRY	Lise	Biochimie	
M	HASYEOUI	Mohamed	Chimie Organique	
Mme	HENRY	Doriane	Biochimie	
Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M	LAURENT	Arthur	Chimie-Physique	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	RAAB	Sadia	Physiologie	

### Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	DELOBEAU	Iris	Pharmacie officinale
M	RIVART	Simon	Pharmacie officinale
Mme	SERGEANT	Sophie	Pharmacie officinale
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

### LRU / MAST

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FRAPPE	Jade	Pharmacie officinale
M	LATRON-FREMEAU	Pierre-Manuel	Pharmacie officinale
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique

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

# REMERCIEMENTS

*La rencontre de deux personnalités est comme le contact entre deux substances chimiques ; s'il se produit une réaction, les deux en sont transformées.*

*- Carl Gustav Jung –*

## **À mon jury,**

À Monsieur le **Professeur Thierry Dine**, merci d'avoir accepté sans hésiter de me faire l'honneur de présider ce jury. Tout au long de mon cursus à la faculté, vous avez su m'apporter les connaissances fondamentales indispensables à mon épanouissement professionnel.

À Madame le **Docteur Valentine Foulon**, tu as contribué à ma formation dès mes premiers pas d'interne et tu m'as donné le goût de la pharmacie clinique. Merci d'avoir accepté d'encadrer cette thèse et pour ta disponibilité tout au long de ce travail. Ton investissement et ton perfectionnisme m'ont été d'une aide précieuse : de multiples versions échangées en journée, en soirée, et même le week-end ! Tu as su faire grandir ce travail grâce à ton encadrement hors pair. Merci pour tout.

À Madame le **Docteur Héloïse Henry**, merci de me faire honneur de juger ce travail, en espérant que sa lecture puisse vous apporter satisfaction. Merci pour les six mois passés à vos côtés. Vous êtes un modèle de persévérance et d'exemplarité pour moi : sur tous les fronts, mais toujours dynamique et souriante et à la recherche de la perfection.

À Madame le **Docteur Aurélie Descamps**, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury et pour votre gentillesse durant nos échanges. J'espère que vous prendrez plaisir à lire cette thèse.

## **Aux belles découvertes de l'internat,**

*L'internat a été pour moi riche en découvertes : découvertes d'un savoir-faire, de pratiques, mais aussi découvertes humaines. Ces relations humaines sont pour moi indispensables à l'épanouissement personnel, mais aussi au rayonnement de notre profession.*

À toute l'équipe de la pharmacie du CH de Béthune-Beuvry, j'ai commencé avec vous et je termine avec vous ! Merci à Catherine Floret de m'avoir fait notamment découvrir l'éducation du patient, une passion de plus pour ma besace. Merci à Karine, Fanny, Marion, Aude, les deux Catherine et à l'ensemble des PPH pour votre gentillesse.

À l'équipe du CCA, pour leur disponibilité et leurs sourires. À **Pauline Lachery**, cadre du service, pour votre participation dans ce travail et pour vos conseils bénéfiques.

Aux **patients ayant participé à ce travail**, pour votre temps accordé et votre accessibilité, soyez assurés de ma reconnaissance.

À l'équipe de la pharmacie du CH de Calais, merci de m'avoir fait découvrir le monde mystérieux des dispositifs médicaux. Vous êtes une équipe chaleureuse et accueillante : restez comme vous êtes !

À l'EOH du GHICL, merci à Amélie et Nathalie pour ces six mois passés ensemble beaucoup trop courts, pour nos ballades du midi et nos rigolades. Merci à Anne-Adélaïde pour ton extrême gentillesse. Vous avez su me faire découvrir et aimer l'hygiène hospitalière, discipline indispensable

aux multiples facettes. Vous avez su également m'apprendre l'art de la négociation et de l'échange. Au moindre EPC, ERV, Pyo, laveur d'endoscope, bagues, bracelets... Je pense à vous !

À **l'équipe de la pharmacie du CHU de Lille**, merci à l'équipe de choc **nutrition-MTI** : Marine, Laure, Marie et Michèle. Vous savez naviguer entre bonne humeur et professionnalisme et cela est très précieux ! Merci à **Myriam B.** pour tes conseils et ta compagnie durant les gardes. Merci à **Erwin G.** pour ses conseils avisés au sujet de la revue de littérature.

Merci à l'équipe de **pharmacie clinique**. Votre excellence dans le travail m'a beaucoup apporté. Héloïse et Mathilde, vous m'avez eu en garde partagée et quelle garde ! Mathilde, tu m'as permis de me perfectionner en gériatrie. Tu es une personne pleine de gentillesse et ton accessibilité avec l'ensemble des équipes soignantes est à souligner.

Merci au **Professeur Pascal Odou**, sans sa rencontre en PACES, je ne me serais pas lancé dans l'aventure « pharmacie hospitalière ».

### **À ma famille,**

À **mes parents**, merci d'avoir toujours été là pour moi. Vous avez su me soutenir dans les moments difficiles et tout au long de ce doctorat. Votre accompagnement sans faille et votre amour me sont indispensables. Je suis heureux d'être votre fils. Merci pour tous les bons moments passés ensemble. Vous m'avez permis de m'ouvrir sur le monde, de le comprendre et d'être une personne complète. Ce travail est aussi le résultat de votre accompagnement. Merci également pour les relectures.

À **ma sœur**, avoir une jumelle est un cadeau. Avoir effectué notre cursus scolaire et universitaire ensemble a été précieux. Nous sommes comme les deux faces d'une carte ; toi à la ville, moi à l'hôpital. Merci pour ton soutien sans faille tout au long de ces années. Merci pour ta sincérité et pour ta relecture assidue. Ne doute jamais de toi.

À **ma famille**, pour votre soutien et pour votre intérêt, même si mon métier peut parfois sembler un peu mystérieux !

À **mes grands-parents**, Jeannette, Arthur Odilon, Thérèse et Jean, dont la mémoire m'accompagne. Je sais que, là-haut, vous êtes fiers. Je vous dédie cette thèse, sans jamais oublier d'où je viens.

### **À mes ami(e)s,**

À **mes ami(e)s musicos**, la musique adoucit les mœurs, unit, inspire et fait vibrer les cœurs. Elle permet une harmonie multi-générationnelle. Vous êtes un soutien indispensable à mon épanouissement personnel. Merci pour cela.

Merci Clémence et Valentin, vous êtes une de mes plus belles rencontres. Vous êtes des êtres sur qui compter et je sais que notre amitié traversera le temps et les périodes.

À **mes co-internes et amis de la faculté**, merci de m'avoir accompagné. Nous avons partagé de bons moments, en espérant que cela perdure.

À Dahbia, notre amitié s'est renforcée au fil du temps. Un début à la faculté puis le concours et enfin l'internat. Merci pour ton soutien, ton écoute et tes vocaux. Notre amitié m'est précieuse.

**À toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à ma réussite. Merci à vous.**

# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>17</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>18</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>18</b>
<b>TABLE DES ABRÉVIATIONS .....</b>	<b>19</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>21</b>
<b>I. GÉNÉRALITÉS .....</b>	<b>23</b>
<b>1. LA PECM EN ETABLISSEMENT DE SANTE.....</b>	<b>23</b>
1.1. Définitions .....	23
1.2. Objectifs.....	24
1.3. Réglementation.....	25
1.4. Évaluation de la PECM : la certification .....	26
1.5. Différents acteurs aux responsabilités variées.....	28
<b>2. LE PATIENT : ACTEUR CENTRAL DE LA PECM .....</b>	<b>29</b>
2.1. Évolution de l'image du patient : de la médecine imposée au choix libre .....	29
2.2. Droits des patients.....	31
2.3. Autonomie du patient : un concept émergent.....	31
2.4. Le patient en auto-administration de son traitement .....	32
<b>3. LE TRAITEMENT PERSONNEL DU PATIENT EN ETABLISSEMENT DE SANTE .....</b>	<b>33</b>
3.1. Définitions .....	33
3.2. Réglementation.....	34
3.3. Risques potentiels .....	35
<b>4. LES PARTICULARITES DE L'HOPITAL DE JOUR .....</b>	<b>36</b>
4.1. Aspects historiques .....	36
4.2. Définitions .....	37
4.3. Enjeux hospitaliers .....	38
4.4. Particularités de l'HDJ en oncologie.....	39
<b>II. MATÉRIEL ET MÉTHODE .....</b>	<b>43</b>
<b>1. GENERALITES.....</b>	<b>43</b>
1.1. Présentation du service .....	43
1.2. Méthodologie .....	43
<b>2. ÉTAT DES LIEUX EN FRANCE ET A L'ETRANGER.....</b>	<b>44</b>
2.1. Revue de la littérature .....	44
2.2. Réglementation française.....	46
<b>3. AUDIT AUPRES DES IDE.....</b>	<b>46</b>
3.1. Objectif de l'étude .....	46
3.2. Type d'étude .....	46
3.3. Population et recrutement .....	46
3.4. Recueil de données - Matériel.....	46

3.5.	<i>Analyse des données</i> .....	47
3.6.	<i>Éthique et réglementation</i> .....	47
<b>4.</b>	<b>ÉTUDE AUPRES DES PATIENTS</b> .....	<b>47</b>
4.1.	<i>Population et recrutement</i> .....	47
4.2.	<i>Entretiens directifs auprès des patients</i> .....	48
4.2.1.	Objectif de l'étude .....	48
4.2.2.	Type d'étude.....	48
4.2.3.	Recueil des données - Matériel .....	48
4.3.	<i>Élaboration des bilans médicamenteux des patients</i> .....	48
4.3.1.	Objectif .....	48
4.3.2.	Démarche d'élaboration des BM .....	48
4.4.	<i>Estimation des prises médicamenteuses en HDJ pendant la semaine d'étude</i> .....	50
4.4.1.	Objectif .....	50
4.4.2.	Type d'étude.....	50
4.4.3.	Recueil des données – Matériel .....	50
4.5.	<i>Analyse des données de l'étude</i> .....	51
4.6.	<i>Éthique et réglementation</i> .....	51
<b>III.</b>	<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>53</b>
<b>1.</b>	<b>ÉTAT DES LIEUX EN FRANCE ET A L'ETRANGER</b> .....	<b>53</b>
1.1.	<i>Revue de la littérature</i> .....	53
1.2.	<i>Réglementation française</i> .....	54
<b>2.</b>	<b>AUDIT AUPRES DES IDE</b> .....	<b>54</b>
2.1.	<i>Généralités</i> .....	54
2.2.	<i>Question 1 : Quel(s) message(s) donnez-vous aux patients venant en HDJ concernant leur traitement personnel ?</i> .....	54
2.3.	<i>Question 2 : Êtes-vous informés lorsque les patients prennent leur traitement ?</i> .....	55
2.4.	<i>Question 3 : Êtes-vous déjà intervenu(e)s auprès d'un patient pour l'aider à prendre son traitement ?</i> .....	56
2.4.1.	À quelle fréquence ? .....	56
2.4.2.	Pour quels types de traitements ?.....	56
2.4.3.	Y avait-il une prescription en regard ?.....	57
2.5.	<i>Question 4 : Concernant la prise de ces traitements, quelle traçabilité faites-vous dans le dossier du patient ?</i> .....	57
2.6.	<i>Question 5 : Avez-vous déjà fait une commande de médicaments à la pharmacie pour un traitement personnel d'un patient ? Si oui, à quelle fréquence ?</i> .....	57
2.7.	<i>Question 6 : Quels patients selon vous seraient plus susceptibles d'être en difficulté sur leurs prises de traitement ?</i> .....	57
2.8.	<i>Question 7 : Quelles seraient vos attentes en matière de gestion du traitement personnel au CCA afin d'optimiser et de sécuriser au mieux la prise en charge des patients ?</i> .....	58
<b>3.</b>	<b>ÉTUDE AUPRES DES PATIENTS</b> .....	<b>58</b>
3.1.	<i>Caractéristiques des patients inclus</i> .....	58
3.2.	<i>Réponses aux questionnaires de l'étude auprès de patients</i> .....	59
3.2.1.	Connaissance des TPP et gestion au domicile.....	59
3.2.2.	Gestion des TPP en HDJ.....	60
3.2.3.	Raisons pour lesquelles les traitements n'ont pas été apportés en HDJ .....	61
3.2.4.	Temps estimé des HDJ .....	61
3.3.	<i>Élaboration des bilans médicamenteux des patients</i> .....	62
3.3.1.	Généralités .....	62
3.3.2.	Voies d'administration des TPP .....	63
3.3.3.	DCI les plus fréquemment retrouvées .....	63
3.3.4.	Médicaments à risque et stupéfiants .....	64
3.3.5.	Répartition des médicaments en cas de besoin ou en systématique .....	65

3.3.6.	Analyse des médicaments pris de façon systématique .....	65
3.3.7.	Analyse des médicaments en cas de besoin.....	67
3.4.	Estimation des prises médicamenteuses en HDJ pendant la semaine d'étude .....	68
<b>IV.</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>71</b>
<b>1.</b>	<b>SYNTHESE GENERALE DES RESULTATS .....</b>	<b>71</b>
1.1.	<i>La polymédication chez les patients atteints de cancer .....</i>	71
1.2.	<i>L'impact de la durée des HDJ sur la prise de TPP .....</i>	72
1.3.	<i>Les administrations des TPP en HDJ.....</i>	73
1.4.	<i>Des comportements hétérogènes et des risques.....</i>	73
1.5.	<i>La nécessité d'une sécurisation des pratiques.....</i>	74
<b>2.</b>	<b>ÉVALUATION DE L'ELIGIBILITE AU DISPOSITIF DU PAAM.....</b>	<b>75</b>
<b>3.</b>	<b>REFLEXIONS D'AMELIORATION SUR LES DIFFERENTES ETAPES DU CIRCUIT DU MEDICAMENT .....</b>	<b>76</b>
3.1.	<i>Prescription.....</i>	77
3.2.	<i>Conciliation médicamenteuse et bilan de médication .....</i>	78
3.3.	<i>Dispensation .....</i>	78
3.4.	<i>Administration .....</i>	79
3.5.	<i>Traçabilité de l'administration des TPP .....</i>	79
3.6.	<i>Stockage.....</i>	80
3.7.	<i>Sensibilisation des patients et de leurs aidants.....</i>	80
3.8.	<i>Lien hôpital-ville .....</i>	80
<b>4.</b>	<b>LIMITES DE L'ETUDE .....</b>	<b>81</b>
4.1.	<i>Principales limites concernant les questionnaires patients et IDE.....</i>	81
4.2.	<i>Principales limites concernant les BM.....</i>	81
4.3.	<i>Autres limites .....</i>	82
<b>5.</b>	<b>PERSPECTIVES .....</b>	<b>82</b>
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>85</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>		<b>87</b>
<b>ANNEXES .....</b>		<b>93</b>



## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Le circuit du médicament : un macro-processus d'après l'HAS (6) .....	23
<b>Figure 2</b> : La règle des 5 B (9) .....	24
<b>Figure 3</b> : Les 15 objectifs de la certification (18) .....	27
<b>Figure 4</b> : E-Satis en quelques chiffres (29).....	30
<b>Figure 5</b> : Évolution du nombre de places en hospitalisation partielle selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (52) .....	37
<b>Figure 6</b> : Méthodologie générale de l'étude.....	43
<b>Figure 7</b> : Démarche d'élaboration des BM des patients .....	49
<b>Figure 8</b> : Méthodologie de l'estimation des prises médicamenteuses en HD.....	50
<b>Figure 9</b> : Flowchart de sélection des articles de la revue de littérature .....	53
<b>Figure 10</b> : Réponses des IDE concernant les messages donnés aux patients sur les TPP .....	55
<b>Figure 11</b> : Fréquence à laquelle les IDE sont informés d'une prise autonome de médicaments .....	55
<b>Figure 12</b> : Principales classes de médicaments ayant nécessité une intervention citées par les IDE .....	56
<b>Figure 13</b> : Flowchart de sélection des patients.....	58
<b>Figure 14</b> : Types de personnes gérant les TPP au domicile .....	60
<b>Figure 15</b> : Analyse de la conduite des patients indiquant avoir déjà ramené un traitement en HDJ.....	60
<b>Figure 16</b> : Répartition du nombre de médicaments par patient .....	62
<b>Figure 17</b> : Différentes voies d'administration des TPP de l'étude.....	63
<b>Figure 18</b> : Top 10 des DCI les plus retrouvées dans le BM des patients .....	63
<b>Figure 19</b> : Synthèse de répartition des patients ayant des TPP en cas de besoin ou en systématique .....	65
<b>Figure 20</b> : Différentes classes ATC des médicaments en systématique .....	66
<b>Figure 21</b> : Différentes sous-classes ATC des médicaments en cas de besoin .....	68

## **LISTE DES TABLEAUX**

<b>Tableau I</b> : Acteurs principaux de la PECM et responsabilités associées.....	28
<b>Tableau II</b> : Concepts et mots-clés utilisés pour la revue de la littérature blanche...	44
<b>Tableau III</b> : Critères d'inclusion et d'exclusion de la revue de littérature .....	45
<b>Tableau IV</b> : Concepts et mots-clés utilisés pour la revue de la littérature grise .....	45
<b>Tableau V</b> : Critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude auprès des patients .....	47
<b>Tableau VI</b> : Caractéristiques de l'échantillon de patients .....	59
<b>Tableau VII</b> : Raisons pour lesquelles les traitements n'ont pas été apportés en HDJ .....	61
<b>Tableau VIII</b> : Statistiques générales du nombre de médicaments présents dans les BM des patients.....	62
<b>Tableau IX</b> : Médicaments à risque retrouvés dans les BM.....	64
<b>Tableau X</b> : Stupéfiants et assimilés stupéfiants retrouvés dans les BM.....	64
<b>Tableau XI</b> : Nombre de patients et de lignes de médicaments selon les moments de prise.....	67
<b>Tableau XII</b> : Liste des médicaments obtenus suite à l'estimation des prises potentielles de TPP durant la semaine d'audit.....	69

## **LISTE DES ANNEXES**

<b>Annexe 1</b> : Attestation de déclaration Health Data Hub.....	93
<b>Annexe 2</b> : Attestation de conformité MR004 .....	94
<b>Annexe 3</b> : Note d'information destinée au patient .....	95
<b>Annexe 4</b> : Questionnaire IDE .....	97
<b>Annexe 5</b> : Questionnaire patients.....	99
<b>Annexe 6</b> : Exemple d'archivage de BM dans le DPI .....	101
<b>Annexe 7</b> : Tableau des réponses aux entretiens des IDE .....	102
<b>Annexe 8</b> : Tableau des différents protocoles suivis par les patients de l'étude ....	104
<b>Annexe 9</b> : Tableau de réponses aux questionnaires patients .....	105
<b>Annexe 10</b> : Tableau des classes médicamenteuses retrouvées dans les BM .....	106
<b>Annexe 11</b> : Listes des médicaments à risque et never events au CHBB .....	107
<b>Annexe 12</b> : Fiche d'information sur les TPP à destination des patients .....	107
<b>Annexe 13</b> : Logigramme envisagé de gestion des TPP au CCA.....	108

## **TABLE DES ABRÉVIATIONS**

ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ATC	Anatomique, Thérapeutique et Chimique
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
BM	Bilan Médicamenteux
CCA	Centre de Chimiothérapie Ambulatoire
CSP	Code de Santé Publique
CHBB	Centre Hospitalier de Béthune-Beuvry
DPI	Dossier Patient Informatisé
DCI	Dénomination Commune Internationale
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hôpital De Jour
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
OMEDIT	Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique
PECM	Prise En Charge Médicamenteuse
PAAM	Patient en Auto-Administration de ses Médicaments
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
SFPC	Société Française de Pharmacie Clinique
TPP	Traitement Personnel du Patient



## **INTRODUCTION**

Avec 433 136 nouveaux cas de cancers diagnostiqués en 2023 en France métropolitaine et des taux d'incidence estimés à 274,0 pour 100 000 femmes et 354,9 pour 100 000 hommes, l'oncologie représente un enjeu majeur de santé publique (1).

Avec un âge médian au diagnostic de 68 ans chez la femme et de 70 ans chez l'homme, le cancer apparaît comme une pathologie affectant majoritairement les personnes âgées (1). Or, cette population présente souvent d'autres comorbidités nécessitant généralement la prise de médicaments au long cours (2).

Lors d'une hospitalisation, qu'elle soit de courte ou de longue durée, ces médicaments doivent être pris en considération afin de permettre une prise en charge optimale des patients.

En cancérologie, une des stratégies thérapeutiques repose sur l'administration d'anticancéreux injectables, réalisée principalement en HDJ. Cependant, en HDJ d'oncologie, la PECM est centrée essentiellement sur ces thérapies injectables. La question de la gestion des médicaments pris au long cours, appelés « traitements personnels du patient, TPP », devient alors essentielle.

Au centre hospitalier de Béthune-Beuvry, cette gestion n'est actuellement pas formalisée dans le cadre spécifique de l'HDJ.

Cette absence de procédure spécifique souligne la nécessité d'étudier les pratiques actuelles pour préparer la prochaine certification et sécuriser la PECM des patients.

L'objectif de cette thèse est donc de réaliser un état des lieux sur la gestion des TPP en HDJ d'oncologie adulte afin de proposer des actions d'amélioration.

Pour répondre à cet objectif, une revue de la littérature et des textes réglementaires spécifiques à l'HDJ est réalisée. En parallèle, un état des lieux local au sein du service d'HDJ d'oncologie adulte est mené selon deux axes :

- Un audit auprès des infirmiers du service sous forme d'entretiens semi-directifs.
- Un état des lieux auprès d'un échantillon de patients composé d'entretiens directs, de l'élaboration des bilans médicamenteux et de l'estimation des prises potentielles des TPP pendant l'étude.



# I. GÉNÉRALITÉS

## 1. La PECM en établissement de santé

### 1.1. Définitions

La PECM du patient constitue un aspect central de la pratique médicale moderne. Il s'agit d'un processus combinant des étapes pluridisciplinaires et interdépendantes et qui repose sur l'organisation du circuit du médicament.

Selon l'arrêté du 6 avril 2011 ainsi que la HAS, la PECM est l'ensemble des étapes relatives à l'utilisation des médicaments dans un établissement de santé présentées ci-dessous :

- la prescription ;
- la préparation ;
- la dispensation ;
- l'approvisionnement ;
- le transport ;
- la détention et le stockage ;
- l'administration ;
- l'information du patient ;
- la surveillance du traitement (3–5).

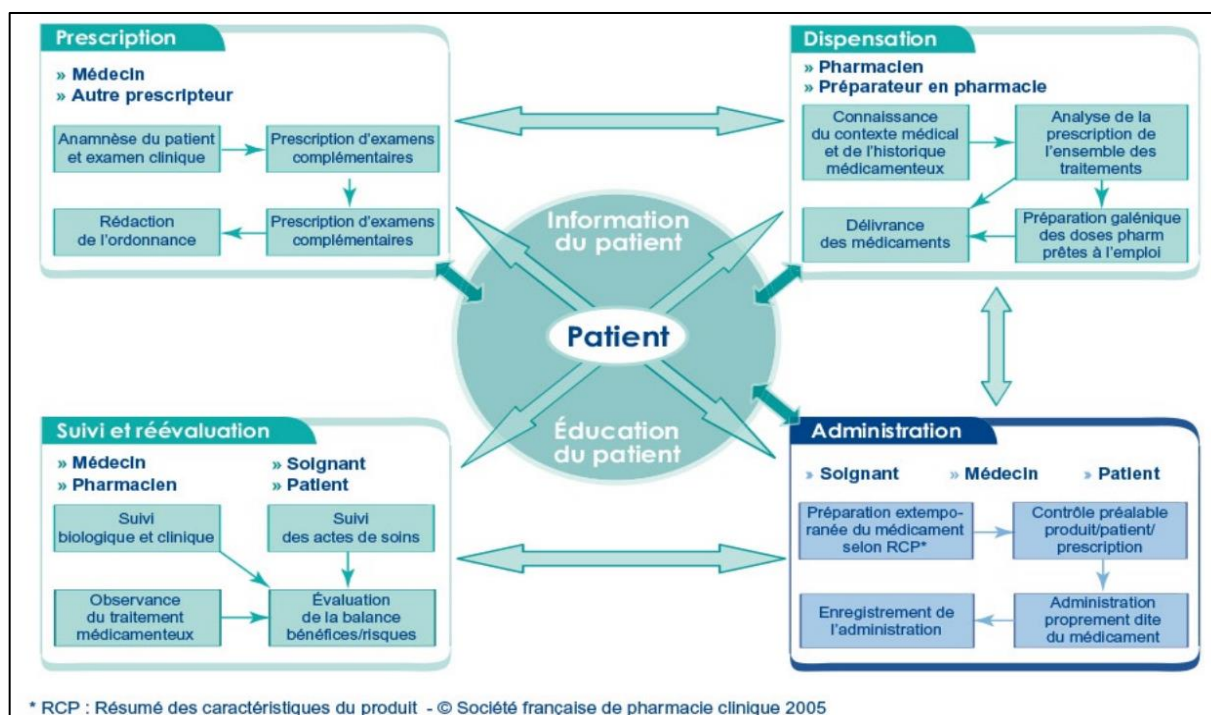


Figure 1 : Le circuit du médicament : un macro-processus d'après l'HAS (6)

La PECM du patient doit être appréhendée comme un processus, c'est-à-dire un « ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforment des éléments d'entrée en éléments de sortie » (d'après la norme ISO 9000 version 2000) (7). Les étapes clés de la PECM ont en effet été décrites sous forme d'un macro-processus par la HAS, dans son guide « Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments » (Figure 1).

## 1.2. Objectifs

L'objectif principal de la PECM du patient est l'utilisation sécurisée, appropriée et efficiente du médicament chez le patient pris en charge en établissement de santé (3).

Par conséquent, la prise en charge optimale des patients dépend de la bonne organisation du circuit du médicament (4).

La PECM vise également à réduire les risques, notamment iatrogènes, afin de renforcer la sécurité de cette prise en charge. Ces réductions de risques dépendent de facteurs plus ou moins intrinsèques au médicament. En effet, les médicaments à risque sont par exemple les médicaments pouvant causer des dommages aux patients et nécessitant une PECM sécurisée et spécifique (3). Réduire les erreurs médicamenteuses est effectivement primordial afin de proposer la meilleure prise en charge des patients mais aussi une réduction des coûts des soins dans un contexte économique tendu.

De plus, afin d'assurer des soins plus sûrs, une coordination optimale des professionnels de santé est indispensable.

Pour cela, des protocoles et des règles doivent être mis en place. Nous pouvons citer, par exemple, la règle des 5 R ou 5 B (« administrer au Bon patient, le Bon médicament, à la Bonne dose, sur la Bonne voie, au Bon moment ») visant à sécuriser une étape clé de la PECM : l'administration (8).

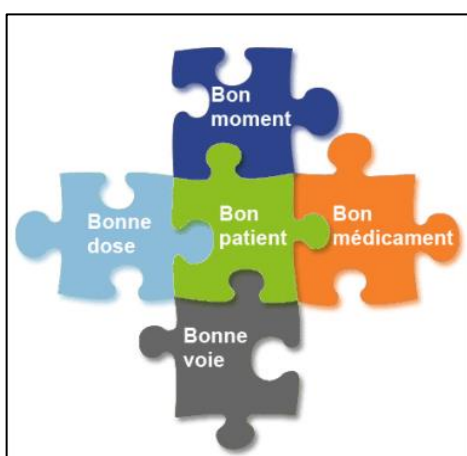


Figure 2 : La règle des 5 B (9)

### 1.3. Réglementation

Afin d'assurer la qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients hospitalisés, des dispositions réglementaires encadrent l'utilisation des produits de santé, et les risques liés aux médicaments sont identifiés.

Effectivement, le CSP contient par exemple de nombreuses dispositions encadrant les différentes étapes de la PECM. Nous pouvons citer l'article R5125-55 sur les règles de prescription (10), l'article L5121-5 relatif aux bonnes pratiques de dispensation (11) ou encore l'article R5121-150 relatif à l'étape de surveillance du traitement qui encadre la pharmacovigilance en France (12).

L'arrêté du 31 mars 1999 encadre également la prescription, la dispensation et l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur (13).

Dans ce cadre, la direction générale de l'offre de soins a également piloté l'élaboration d'un référentiel pour assurer la qualité de la PECM, composé de l'arrêté du 6 avril 2011 et de la circulaire du 14 février 2012.

L'arrêté du 6 avril 2011, mis à jour en 2022, relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé constitue actuellement, en France, le texte réglementaire de référence concernant la PECM en établissement de santé (3).

De plus, la circulaire DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012 présente les actions prioritaires à mettre en œuvre, les différents dispositifs d'accompagnement et d'évaluation visant à assurer la qualité de la PECM des patients. Par exemple, une liste de douze événements « qui ne devraient jamais arriver » dans le cadre de la PECM a été identifiée ainsi que des préconisations concernant son informatisation (15).

Cette circulaire est aussi couplée à la circulaire DGOS/PF2/2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret du 12 novembre 2010 (16). Ce décret est relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins. Il met en avant que la sécurisation et la gestion des risques liés à la PECM s'intègrent dans la gestion globale des risques associés aux soins.

Afin de répondre aux exigences législatives, les établissements de santé élaborent aussi des procédures institutionnelles de management de la PECM. Ces procédures sont le plus souvent propres à chaque établissement. En effet, les modalités pratiques varient dans les différents établissements. Ces procédures sont évaluées par les instances de santé, notamment via la certification des établissements de santé.

#### 1.4. Évaluation de la PECM : la certification

La sécurisation de la PECM est un objectif prioritaire inscrit dans l'ensemble des démarches nationales (tarification à l'activité, certification, contrat de bon usage des médicaments et prestations, contrats pluriannuels d'objectif et de moyens) (4). De ce fait, la PECM est entièrement intégrée dans les référentiels de certification des établissements de santé et notamment la nouvelle version de 2025 (17).

Cette certification est une procédure indépendante d'évaluation obligatoire du niveau de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé, publics et privés. Elle est réalisée tous les 4 ans par des professionnels mandatés par la HAS, les experts-visiteurs (18).

Cette procédure de qualité a plusieurs objectifs :

- Le développement de l'engagement des patients. De par ses critères d'évaluation, la HAS cherche à placer le patient comme un acteur central et proactif.
- Le développement de l'évaluation de la pertinence et du résultat. La certification permet de promouvoir des soins plus conformes aux besoins. Ces soins se doivent d'être justifiés et d'amener à des résultats évaluables permettant une démarche d'amélioration continue. Une des ambitions de la HAS est de progresser d'une culture d'évaluation principalement centrée sur les moyens à une culture davantage axée sur les résultats pour le patient.
- Le développement du travail en équipe, moteur d'amélioration des pratiques. La HAS cherche, par exemple, à renforcer la coordination pluridisciplinaire.
- L'adaptation des pratiques aux évolutions du système de santé (18).

La certification a pour support un référentiel structuré en quinze objectifs partagés en trois chapitres : le patient, les équipes de soins, l'établissement. Ces objectifs et chapitres sont présentés dans la figure 3 ci-dessous. Chaque objectif comprend plusieurs critères d'évaluation à 3 niveaux d'exigence : standards, impératifs et avancés. Ce référentiel est modulable selon l'activité de l'établissement de santé (18).

Par exemple, dans la dernière version du manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins de la HAS, il est intéressant de citer trois critères concernant la PECM : le critère 1.2-01 sur l'information au patient, le critère 2.1-02 sur la traçabilité et le critère 2.2-02 sur les bonnes pratiques de prescription (17).

Chapitres	Objectifs
Chapitre 1 – Le patient	1.1 – Le patient est informé et son implication est recherchée
	1.2 – Le patient est respecté
	1.3 – Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient
	1.4 – Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge
Chapitre 2 – Les équipes de soins	2.1 – La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions, est argumentée au sein de l'équipe
	2.2 – Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge
	2.3 – Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques
	2.4 – Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle
Chapitre 3 – L'établissement	3.1 – L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire
	3.2 – L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement
	3.3 – La gouvernance fait preuve de leadership
	3.4 – L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences
	3.5 – Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance
	3.6 – L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté
	3.7 – L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

Figure 3 : Les 15 objectifs de la certification (18)

### 1.5. Différents acteurs aux responsabilités variées

La PECM est un macro-processus complexe, hétérogène qui implique de nombreux professionnels de santé. Cette dernière repose sur une chaîne de compétences dans laquelle la communication entre les différents acteurs et la coordination des interventions de chacun sont des facteurs essentiels.

Les différents acteurs principaux ainsi que leurs responsabilités dans la PECM sont regroupés dans le tableau ci-dessous (tableau I).

Tableau I : Acteurs principaux de la PECM et responsabilités associées

Acteur	Étape concernée de la PECM	Principales responsabilités
<b>Le pharmacien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la préparation ;</li> <li>- la dispensation ;</li> <li>- l'approvisionnement ;</li> <li>- le transport ;</li> <li>- la détention et le stockage ;</li> <li>- l'information du patient ;</li> <li>- la surveillance du traitement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Validation pharmaceutique : vérifie la conformité de la prescription (posologie, interactions, allergies...).</li> <li>- Dispensation : préparation, délivrance du médicament par la pharmacie hospitalière et conseils associés.</li> <li>- L'approvisionnement et le stockage : gestion des stocks et sécurité du circuit, prévention des erreurs médicamenteuses, contrôle des péremptions, bonnes pratiques de stockage.</li> <li>- Surveillance : suivi des effets indésirables et mésusages (19).</li> </ul>
<b>Le préparateur en pharmacie hospitalière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la préparation ;</li> <li>- la dispensation ;</li> <li>- l'approvisionnement ;</li> <li>- le transport ;</li> <li>- la détention et le stockage ;</li> <li>- l'information du patient ;</li> <li>- la surveillance du traitement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assiste le pharmacien dans l'ensemble des missions décrites ci-dessus (20).</li> </ul>
<b>Le médecin prescripteur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la prescription ;</li> <li>- l'information du patient ;</li> <li>- la surveillance du traitement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescription médicale : doit être claire, conforme aux recommandations, adaptée au patient et réévaluée régulièrement.</li> <li>- Surveillance : suivi des effets indésirables et mésusages (19).</li> </ul>
<b>L'IDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'administration ;</li> <li>- l'information du patient ;</li> <li>- la surveillance du traitement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administration : selon les recommandations et avec traçabilité et sur prescription médicale.</li> <li>- Surveillance : suivi des effets indésirables et mésusages (21).</li> </ul>
<b>L'aide-soignant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'administration ;</li> <li>- l'information du patient ;</li> <li>- la surveillance du traitement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aide à la prise des médicaments sous la supervision de l'IDE.</li> <li>- Surveillance : suivi des effets indésirables et mésusages (22).</li> </ul>

En outre, le pharmacien joue un rôle clé dans la PECM des patients. Il assure le bon déroulement de ce processus grâce à l'accomplissement de missions essentielles : conseil et information, préparation et délivrance des médicaments, suivi thérapeutique, gestion des risques, optimisation des traitements et éducation thérapeutique entre autres. Il est également un acteur majeur de prévention en santé (23).

Par ailleurs, les évolutions constantes du système de santé exigent du pharmacien qu'il adapte et améliore en permanence la PECM. Cette optimisation doit être continue et en phase avec les transformations du paysage sanitaire afin de garantir une prise en charge efficiente et sécurisée des patients. Le pharmacien est ainsi un acteur polyvalent impliqué dans les évolutions de la PECM et du système de santé en général. Par exemple, Carine Wolf-Thal, présidente du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, a indiqué que « les pharmaciens sont, tous métiers confondus, des acteurs majeurs pour agir en faveur de la sobriété pharmaceutique et de la transition vers une santé décarbonée » (24).

Si les professionnels de santé occupent une place essentielle dans la sécurisation et l'optimisation du circuit du médicament, ils ne peuvent agir efficacement sans la participation active du patient lui-même. Assurément, ce dernier est désormais reconnu comme un acteur incontournable de sa propre prise en charge médicamenteuse, à la croisée des évolutions médicales, éthiques et sociétales.

## **2. Le patient : acteur central de la PECM**

### *2.1. Évolution de l'image du patient : de la médecine imposée au choix libre*

Au fil des siècles, la manière dont le patient est perçu en médecine a considérablement évolué, reflétant les transformations scientifiques, philosophiques et sociétales. De sujet passif obéissant, il est progressivement devenu un acteur central de sa propre santé, doté de droits et d'une autonomie croissante.

Dans l'Antiquité et surtout au Moyen Âge, l'approche paternaliste dominait largement en médecine. Le médecin, perçu comme un érudit ou un guérisseur, imposait son diagnostic et son traitement sans véritable dialogue avec le patient. Ce dernier était considéré comme passif face aux décisions médicales (25).

À la Renaissance, malgré l'avancée des découvertes médicales, le patient restait un objet d'étude et de soin, subissant les traitements parfois expérimentaux sans véritable considération pour son ressenti ou sa volonté (26).

Avec l'essor de la psychologie et de la psychanalyse, le développement des sciences sociales ainsi que les révélations des abus médicaux au cours de la Seconde Guerre Mondiale, un changement profond de l'image du patient s'est opéré. De fait, l'apparition d'un patient acteur et artisan de son ou ses parcours de soin est un phénomène central de la médecine du dernier tiers du XX<sup>e</sup> siècle et du début du XXI<sup>e</sup> siècle. Cette émergence participe du mouvement éthique, qui du Code de Nuremberg à la loi du 4 mars 2002, détermine les fondations scientifiques dont l'application clinique de la médecine contemporaine (27).

Avec l'augmentation mondiale de la prévalence des maladies chroniques, il est de plus en plus reconnu qu'il faut s'éloigner de l'approche traditionnelle des professionnels de la santé dirigée vers l'adhésion des patients, qui s'avère non optimale. Aujourd'hui, la vision du patient repose sur une approche plus participative et individualisée. Le patient est vu comme une personne autonome, acteur de sa santé. Sa relation avec les professionnels de santé, alliance thérapeutique indispensable, se veut respectueuse et transparente.

La pharmacie clinique, en développement depuis ces dernières années, permet de rendre le patient plus acteur de sa santé. Selon la Société Française de Pharmacie Clinique, « la pharmacie clinique est une discipline de santé centrée sur le patient, dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins » (28). Le patient est placé au cœur de sa PECM grâce à des activités comme l'éducation thérapeutique du patient mais également les entretiens pharmaceutiques.

De plus, d'autres dispositifs permettant de placer le patient au centre de la PECM sont développés. C'est le cas par exemple du dispositif national e-Satis sous la direction de la HAS permettant au patient de donner son avis sur diverses prises en charge et d'améliorer ainsi sa PECM (29). Quelques chiffres se rapportant à e-Satis sont présentés dans la figure 4.



Figure 4 : E-Satis en quelques chiffres (29)

## 2.2. Droits des patients

L'évolution vers une médecine plus éthique et centrée sur l'individu a conduit à une reconnaissance croissante des droits des usagers du système de santé. La loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est le texte de référence de cette dynamique. Ce texte affirme des principes majeurs tels que le droit à l'information, le consentement libre et éclairé, le respect de la vie privée et la possibilité d'accès au dossier médical (30).

Dans le cadre de la PECM, ces droits se traduisent notamment par le devoir pour les professionnels de santé, y compris les pharmaciens hospitaliers, d'informer le patient sur son traitement, ses effets indésirables potentiels, les modalités d'administration, ainsi que les alternatives thérapeutiques disponibles. De plus, le patient a par exemple le droit de refuser un traitement, de demander un second avis ou de participer activement aux décisions qui le concernent (30). Ce positionnement actif du patient, inscrit dans une logique de coconstruction du soin, participe à la sécurisation et à l'efficacité de la PECM.

Enfin, la généralisation de la démarche qualité, appuyée par la HAS, intègre le respect des droits des patients comme un critère d'évaluation central dans la certification des établissements de santé (17).

En pratique hospitalière, ces droits sont également soutenus par des dispositifs tels que le développement de l'autonomie du patient, qui impliquent directement le patient dans sa prise en charge.

## 2.3. Autonomie du patient : un concept émergent

L'autonomie est définie dans le dictionnaire Larousse comme la « capacité de quelqu'un à être autonome, à ne pas être dépendant d'autrui ; caractère de quelque chose qui fonctionne ou évolue indépendamment d'autre chose » (31).

Cependant, l'autonomie n'est pas synonyme d'indépendance, mais représente la capacité à gérer des dépendances. De fait, on peut dire encore qu'un patient autonome est l'auteur de son "agir" et non simplement acteur. Il décide lui-même des fins de son existence et pour une part des moyens qui lui permettront de les atteindre (32). Cette définition de l'autonomie permet d'établir, par exemple, qu'un patient recourant à un pilulier pour la gestion quotidienne de sa médication ne saurait être considéré comme dépourvu d'autonomie. Effectivement, s'il dépend d'un dispositif d'aide à la préparation et à l'administration de son traitement, il demeure néanmoins autonome dans l'acte même de prendre ses médicaments.

Deux nouveaux critères obligatoires du manuel de certification version 2025 de la HAS font référence à l'autonomie du patient dans la prise de son traitement :

- *Le critère 2.2-05 : « Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments ».*
  - « *La prise de son traitement par le patient autonome (hors programme PAAM) est tracée par les professionnels habilités, après prescription médicale. »*
- *Le critère 2.2-02 : « Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments ».*
  - « *La capacité d'autogestion et d'autonomie du patient (hors programme PAAM) dans la prise de son traitement est évaluée, réévaluée et tracée par le prescripteur. »* La traçabilité est ainsi aussi importante concernant l'autonomie du patient. (17)

#### 2.4. *Le patient en auto-administration de son traitement*

Par la volonté de préserver le plus longtemps possible l'autonomie des patients, le modèle hospitalier d'autogestion s'est développé. Selon Jones, MacGillivray, Lroll, Zohoor et Connaghan, le terme « autogestion » a été utilisé pour la première fois par Thomas Creer dans les années 1960 pour décrire la participation active des patients dans leur traitement (33).

L'autogestion peut être définie comme la capacité de l'individu, conjointement avec sa famille, sa 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 (34).

Différents concepts voisins de l'autogestion sont également retrouvés tels que l'auto-surveillance (*self-monitoring*), les auto-soins (*self-care*) ou l'auto-administration (*self-administration*). Le terme auto-administration est par exemple utilisé notamment au Royaume-Uni depuis 2001. Dans 100 hôpitaux du National Health Service, 93 % disposent d'une politique sur l'auto-administration des médicaments (35).

Suite aux évolutions devenues nécessaires en matière de prise en charge des patients, la HAS a organisé en 2015 une consultation publique et des rencontres avec les parties prenantes, afin de recueillir l'avis des professionnels de santé et des associations de malades. La consultation a mis en évidence une attente forte des professionnels de santé et des patients sur l'évolution de la réglementation nécessaire pour permettre l'auto-administration.

C'est ainsi que le terme « auto-administration » a été introduit officiellement dans le cadre réglementaire français par l'arrêté du 10 octobre 2022, modifiant l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé.

Désormais l'article 13 de cet arrêté prévoit que :

*« Sous réserve de l'accord du médecin, l'acte d'administration proprement dit de médicaments prescrits au cours de l'hospitalisation peut être effectué par le patient lui-même s'il le souhaite. Il s'agit alors d'un acte d'auto-administration. Cet acte est mis en œuvre par le patient, accompagné le cas échéant par les membres de l'équipe de soins prenant en charge ce dernier, conformément aux recommandations susvisées formulées par la Haute Autorité de santé. » (14).*

De ce concept « d'auto-administration du patient » découle un dispositif construit et proposé par la HAS. En effet, en juillet 2022, la HAS a élaboré un guide pour la mise en place dans les services hospitaliers du dispositif de « PAAM », Patient en Auto-Administration de ses Médicaments (36).

Le PAAM s'entend comme la possibilité pour tout patient volontaire de s'administrer lui-même (seul ou accompagné) tout ou une partie des médicaments prescrits au cours de son hospitalisation. Ce dispositif est conditionné, pour le patient, par son information sur le dispositif, par la conduite d'une évaluation pluriprofessionnelle des facteurs de risque et de ses compétences, validée par une décision médicale favorable, et par le consentement du patient. Un accompagnement éducatif, un suivi et des réévaluations au cours du séjour s'inscrivent dans le dispositif (36).

Le PAAM correspond à l'auto-administration des traitements du patient.

De plus, un nouveau critère avancé du manuel de certification version 2025 de la HAS fait référence au PAAM :

– *Le critère 2.2-07 : « L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM) ». (17)*

La mise en place du PAAM est ainsi encouragée. De plus, la HAS considère que le programme PAAM doit respecter des critères qui lui sont propres.

### **3. Le traitement personnel du patient en établissement de santé**

#### **3.1. Définitions**

Le « traitement personnel du patient » est défini comme l'ensemble des traitements médicamenteux en cours au moment de l'admission du patient dans un établissement de santé (3). Cette définition est précisée dans l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

Il correspond à l'ensemble des médicaments qui sont administrés au domicile du patient. Il peut s'agir des traitements chroniques ou habituels ou bien des traitements de courte durée pour une pathologie aiguë (infection, troubles digestifs, anxiété...) ainsi que des traitements administrés de manière occasionnelle pris au domicile avant l'entrée dans le circuit hospitalier. Ils sont propres au patient. Ce sont des traitements que le patient connaît ou non et qu'il a l'habitude de prendre de manière autonome et/ou avec l'aide d'un proche et/ou d'un professionnel de santé.

Ces TPP ont également d'autres dénominations : traitements habituels, traitements chroniques ou bien encore traitements au domicile (TAD).

Lors d'une hospitalisation, la pertinence de ces traitements est réévaluée en fonction du contexte clinique du patient. Ils pourront être poursuivis, ou bien être modifiés, ou encore être arrêtés ou se voir suspendus pendant l'hospitalisation.

### 3.2. Réglementation

Concrètement, l'article 17 de l'arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments dans les établissements de santé ainsi que l'article 13 de l'arrêté du 6 avril 2011 indiquent que :

*« Sauf accord écrit des prescripteurs mentionnés à l'article 2, il ne devra être mis ou laissé à la disposition des malades aucun médicament en dehors de ceux qui leur auront été prescrits et dispensés dans l'établissement. Les médicaments dont ils disposent à leur entrée leur seront retirés, sauf accord des prescripteurs précités. » (13)*

Ainsi, un patient peut disposer en chambre de ses traitements personnels seulement si le médecin responsable donne son accord et qu'il est tracé.

De plus, l'article 12 de l'arrêté précédent indique qu'avant :

*« Avant toute administration des médicaments au malade, le personnel infirmier vérifie l'identité du malade et les médicaments, au regard de la prescription médicale. Pour chaque médicament, la dose administrée et l'heure d'administration sont enregistrées sur un document conservé dans le dossier médical... Lorsque le médicament n'a pas été administré, le prescripteur et le pharmacien en sont informés. » (13)*

La traçabilité est ainsi primordiale. L'administration du traitement personnel doit donc être contrôlée par le personnel infirmier et tracée.

### 3.3. Risques potentiels

La gestion des traitements personnels à l'hôpital comporte plusieurs risques d'ordre sanitaire, organisationnel et juridique.

Concernant l'aspect sanitaire, la bonne gestion de certaines pathologies nécessite de ne pas interrompre le traitement. C'est le cas, par exemple, de l'épilepsie avec les antiépileptiques, des greffes avec les antirejets, des maladies neurovasculaires avec les anticoagulants ou bien du diabète avec les insulines. Cependant, l'exhaustivité des traitements pris par le patient n'est pas toujours facile à obtenir. Effectivement, du point de vue des soignants, la communication patient-soignant est parfois compliquée. Il existe parfois une incompréhension du risque potentiel de la part du patient mais aussi de sa famille et les changements d'habitudes au domicile ne sont pas toujours mentionnés (37). Des pertes d'informations sur la prise ou l'arrêt d'un traitement peuvent malheureusement survenir.

En l'absence de connaissance des TPP par les soignants, des erreurs médicamenteuses ainsi que des événements indésirables peuvent se produire : oubli de prescription, erreur d'administration, nouvelles prescriptions avec risque d'incompatibilité (38), perturbation de l'équilibre d'un traitement adapté, risques liés à un arrêt brutal, risques de surdosage ou d'interactions par automédication, risques de confusion dus à la multiplicité des génériques (39)...

Concernant l'aspect organisationnel, la gestion des traitements représente une part non négligeable du temps de travail du personnel soignant. L'absence de données sur les TPP à l'entrée du patient implique un temps de recherche au détriment d'autres missions. De plus, cela peut également engendrer des modifications dans l'organisation au sein des équipes médicales et paramédicales mais également entre les professionnels de santé d'équipes ou services différents.

Afin de limiter ces risques, des outils ont été développés. C'est le cas de la conciliation médicamenteuse d'entrée qui permet de recueillir la liste exhaustive des traitements actuels du patient avant son séjour à l'hôpital (40). La conciliation est indispensable pour une PECM des patients la plus optimale possible. Il existe dans la littérature de nombreuses études prouvant sa légitimité depuis plusieurs années. Déjà en 2015, le rapport d'expérimentation de la HAS sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français mettait en évidence l'intérêt de la conciliation. Durant cette étude de quatre années, 46 188 situations à risque ont été gérées grâce à la conciliation des traitements médicamenteux chez 27 447 patients conciliés à leur admission en

établissement de santé. En moyenne, un patient a présenté lors de la conciliation à son admission 1,7 divergences non documentées entre son traitement avant l'admission et la prescription hospitalière (41). La présence de divergences non identifiées augmente le risque d'erreurs médicamenteuses.

Enfin, concernant l'aspect juridique, tout non-respect de la bonne gestion des TPP peut entraîner une faute imputable. Ce qui peut impliquer la mise en place de sanctions (42). En cas d'erreur, de non-respect des prescriptions ou d'atteinte à la sécurité du patient, les responsabilités civile, disciplinaire, administrative et/ou pénale peuvent être engagées. Cela peut concerner l'établissement ou le professionnel de santé. Il peut s'agir par exemple, pour les sanctions administratives, d'une perte de certification, d'une suspension partielle ou totale de l'activité de l'établissement (43), de sanctions financières (44), d'une obligation d'indemnisation des patients pour les responsabilités civiles (45) ou de sanctions disciplinaires pour le soignant comme un rappel à l'ordre, un avertissement, un blâme, voire une interdiction d'exercice temporaire ou définitive (46) et enfin de sanctions pénales : amendes ou peines de prison (47).

#### **4. Les particularités de l'hôpital de jour**

##### *4.1. Aspects historiques*

Avant le XX<sup>e</sup> siècle, l'hospitalisation se caractérisait principalement par un séjour prolongé en établissement, souvent jugé nécessaire pour assurer un suivi médical rigoureux. Cependant, avec l'amélioration des techniques diagnostiques et thérapeutiques, il est progressivement apparu que certains soins pouvaient être dispensés sans nécessiter une hospitalisation complète.

Les premières expériences d'hospitalisation de courte durée, appelées « hôpitaux de jour », sont apparues en 1933 en Union soviétique, notamment dans le domaine de la psychiatrie avec le docteur Dzhagarov, médecin-chef du premier hôpital psychiatrique de Moscou (48). Dix ans plus tard, ils apparaissent en Angleterre, au Canada, aux États-Unis ; trente ans plus tard en France (49).

Aujourd'hui, la prise en charge en ambulatoire dont fait partie l'HDJ est un pilier de la pratique moderne. Par exemple, en 2019, la part annuelle de chirurgie ambulatoire était de 56 %, représentant environ 2,7 millions de patients (50). Les séjours réalisés en ambulatoire ont connu une forte hausse en 2021 (+20,7 %, à 8 899 226 séjours), traduisant le développement croissant de ces nouvelles prises en charge (51). En conséquence, le nombre de places en hospitalisation partielle

progresses régulièrement (figure 5) : de 2013 à 2018, 5 300 places ont été créées, soit une hausse de 7,4 % en cinq ans (52). En 2023, les données de l'ATIH révèlent que pour l'HDJ, 7,4 millions de patients ont été soignés durant cette année (53).

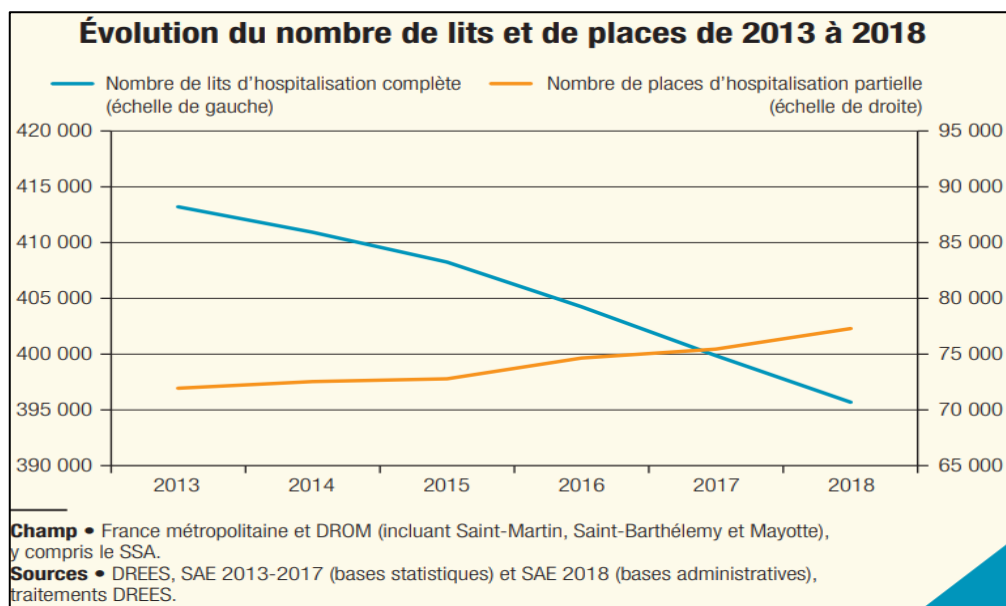


Figure 5 : Évolution du nombre de places en hospitalisation partielle selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (52)

Des stratégies de promotion de l'HDJ ont également été développées. C'est le cas de « Ma santé 2022, un engagement collectif », réforme du système de santé français qui se concrétise le 24 juillet 2019 par l'adoption de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, portée par la ministre de la santé Agnès Buzyn. Un des objectifs est que chaque hôpital devra à l'avenir adapter ses organisations en fonction du type de soins délivrés. L'enjeu est aujourd'hui d'adapter les ressources hospitalières pour des hospitalisations à bon escient avec des durées de séjours plus courtes en faveur des HDJ (54). Enfin, dans le cadre de la réforme du Ségur de la santé de juin 2020, l'HDJ a été explicitement promu comme une alternative efficace à l'hospitalisation complète, dans une logique d'optimisation des parcours de soins, de réduction des durées d'hospitalisation, de diminution des coûts et d'amélioration du confort et de l'autonomie du patient (55).

#### 4.2. Définitions

L'hôpital de jour se dénomme principalement par une question de temps. En effet, Dzhagarov, en 1937, a défini pour la première fois ce concept comme une « hospitalisation semi-permanente, c'est-à-dire ne faisant venir les malades que pendant la journée de travail et les laissant le reste du temps dans leur atmosphère familiale habituelle » (48).

Selon la circulaire Chenot du 15 mars 1960, l'HDJ est vu comme un « organisme de traitement, où les patients sont pris en charge dans la journée pour regagner leur foyer chaque soir » (56).

L'article D6124-301-1 du Code de santé publique définit l'HDJ comme « des structures d'hospitalisation à temps partiel de jour. Ces structures dispensent les prises en charge d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge » (57).

Les prestations ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale y sont ainsi mis en œuvre (58).

Ainsi, l'HDJ est désigné comme une structure de soin alternative à l'hospitalisation ou une structure de médecine ambulatoire. Dans le contexte hospitalier, la formulation « ambulatoire » désigne une modalité brève d'hospitalisation, dans laquelle le patient ne dort pas à l'hôpital ; l'acte, qu'il s'agisse d'une intervention chirurgicale (chirurgie ambulatoire), ou d'un bilan médical (médecine ambulatoire), est réalisé pendant la journée (entrée le matin, sortie le soir) (59).

Pour pouvoir mettre en place un HDJ, un établissement de santé doit recevoir une autorisation sanitaire de l'Agence Régionale de Santé. De plus, il doit respecter l'ensemble des obligations réglementaires et référentiels de bonnes pratiques prévus par la réglementation.

#### 4.3. Enjeux hospitaliers

Les principaux enjeux liés au développement de l'hospitalisation de jour résident dans :

- l'optimisation de l'organisation des soins ;
- l'amélioration de la prise en charge des patients ;
- le développement d'une organisation de soins moins couteuse.

Grâce aux progrès techniques, certaines hospitalisations de courte durée pour lesquelles l'hébergement n'est plus justifié sont ainsi transformées en HDJ. Dans ce contexte, les patients en HDJ ne sont donc plus soignés en hospitalisation conventionnelle. Ainsi, l'HDJ, orientant les patients vers d'autres parcours, semble permettre un désengorgement des services hospitaliers conventionnels (60).

De plus, ce système nécessite une continuité du parcours du soin entre la ville et l'hôpital. Cette continuité implique le développement d'une collaboration étroite avec

les médecins traitants et le domicile, renforçant ainsi la pluridisciplinarité et le lien hôpital-ville.

Au sujet de l'amélioration de la prise en charge des patients, le patient est maintenu dans son environnement habituel, favorisant la réduction des risques iatrogènes. Il est intéressant, par exemple, de citer un travail de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, montrant que ce système permet, par exemple, de prévenir la dépendance qui augmente avec la durée de séjour chez les personnes âgées fragiles (61). Un autre exemple est également de limiter le risque d'infections nosocomiales qui augmente aussi avec la durée d'hospitalisation (62).

De plus, les suivis des patients en HDJ sont davantage ciblés et planifiés.

Enfin, des HDJ multidisciplinaires sont de plus en plus créés, permettant de soigner mieux et plus efficacement les patients (60). Une étude portant sur des patients atteints de cancer rectal réalisée par la Baylor University Medical Center aux États-Unis a par exemple démontré les effets bénéfiques d'une équipe pluridisciplinaire sur l'optimisation de la prise en charge. En effet, il a été démontré que l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire au cours du diagnostic clinique et du traitement améliore son efficacité. Cela augmente aussi l'évaluation de l'état du patient avant le traitement et raccourcit le délai entre le diagnostic définitif et le premier traitement (63).

Sur le plan économique, l'HDJ est moins coûteux que l'hospitalisation conventionnelle. En effet, l'HDJ comporte des coûts d'hébergement plus faibles et est valorisé financièrement (64).

#### 4.4. Particularités de l'HDJ en oncologie

L'oncologie constitue une discipline médicale dans laquelle l'hospitalisation de jour s'est progressivement imposée comme mode de prise en charge de référence. Cette évolution s'inscrit dans un contexte d'innovations thérapeutiques constantes, marquées notamment par l'essor des traitements personnalisés.

En effet, les soins oncologiques sont complexes et nécessitent une adaptation individualisée. Les protocoles thérapeutiques tiennent compte du type de cancer, de son stade, des comorbidités, de la tolérance attendue ainsi que des préférences du patient (65). Parmi les stratégies thérapeutiques, la prise en charge peut reposer sur des anticancéreux injectables : immunothérapies, chimiothérapies cytotoxiques et thérapies ciblées, pouvant être utilisés seuls ou en association (66).

Les évolutions médicales ont permis l'émergence de protocoles thérapeutiques plus courts et avec de nouvelles cibles. En parallèle, l'ambulatoire s'est développé pour permettre l'administration de ces nouvelles thérapies, optimisant les parcours de soins.

Ces anticancéreux injectables présentent des toxicités qui varient en fonction du type de traitement. Certaines molécules sont connues pour entraîner des effets indésirables de façon fréquente (67). Ces effets indésirables sont dépendants des profils de toxicité intrinsèque des molécules.

Afin de limiter l'impact de ces thérapies, des soins de support sont mis en place. Ils sont indispensables à la bonne prise en charge des patients en oncologie. Ces soins comprennent la prise en charge de la douleur, la nutrition, l'accompagnement psychologique, la réhabilitation physique, et le soutien social (68).

D'autre part, le traitement du cancer nécessite ainsi une approche rigoureusement structurée et une collaboration multidisciplinaire avec une alternance de prise en charge ville-hôpital (66) : oncologues, chirurgiens, radiothérapeutes, psychologues, nutritionnistes, infirmiers spécialisés, pharmaciens, assistantes sociales, ergothérapeutes (69), etc.

Certains médicaments cytotoxiques sont aussi à marge thérapeutique étroite avec une toxicité proche du seuil d'efficacité et des schémas d'administration particuliers (66).

Les conséquences d'une erreur d'administration sont donc plus importantes. Les erreurs médicamenteuses dont les « sur- » ou « sous- » dosages peuvent en effet survenir (66). Un sous-dosage peut entraîner une progression délétère du cancer. Tandis qu'un surdosage peut provoquer une toxicité accrue.

Les anticancéreux sont intégrés à la liste des « never events » de l'ANSM (70). Les « never events », situations qui ne doivent jamais arriver, faisant référence aux anticancéreux, sont effectivement :

- erreur d'administration, notamment en pédiatrie ;
- erreur de préparation de spécialités injectables pour laquelle le mode de préparation est à risque ;
- mauvais usage de fluoropyrimidine : administration en l'absence de recherche pourtant obligatoire de déficit en dihydropyrimidine déshydrogénase (70).

Ces thérapies présentent un risque pour les patients mais également pour les professionnels de santé ainsi que pour l'environnement.

Elles nécessitent donc des circuits soumis à autorisation et spécifiques : production en Unité de Préparation Centralisée des Cytotoxiques (UPCC) avec le respect des Bonnes Pratiques de Préparation par des conditions sécurisées et stériles de manipulation, validation pharmaceutique, transport sécurisé, protocoles d'administration spécifiques (prémédication, hydratation, etc.), élimination particulière des déchets mais aussi une surveillance, un suivi des patients, etc. (71).

Une coordination optimale respectant les délais de production entre l'HDJ et la pharmacie (UPCC) est primordiale pour le respect de ces prérogatives et la bonne prise en charge des patients.





## II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

### 1. Généralités

#### 1.1. Présentation du service

Au sein du centre hospitalier de Béthune-Beuvry, le centre de chimiothérapie ambulatoire prend en charge ces patients adultes atteints d'un cancer. Les spécialités d'oncologie concernées au CCA sont :

- l'oncologie digestive : 4 médecins ;
- l'oncologie thoracique : 8 médecins ;
- la sénologie : 1 médecin.

Le service comprend 12 lits. Il est ouvert du lundi au vendredi de 8 heures à 17 heures 30 et accueille des patients avec des thérapies anticancéreuses injectables. Des HDJ multidisciplinaires sont également réalisés pour l'éducation des patients aux anticancéreux oraux.

En 2024, 493 patients ont été suivis et 8193 chimiothérapies injectables ont été administrées. Ces chimiothérapies sont préparées sur place au sein de l'unité de préparation centralisée des cytotoxiques de la PUI du CHBB.

Le patient est vu par l'oncologue en consultation pré-cure la veille de la chimiothérapie physiquement ou à défaut par téléphone. Le médecin prescrit la cure dans le logiciel CHIMIO®. Le patient est ensuite convoqué le lendemain ou le prochain jour ouvrable (pour le vendredi) pour l'administration de sa cure.

#### 1.2. Méthodologie

Les différentes étapes de ce travail sont synthétisées dans la figure 6.

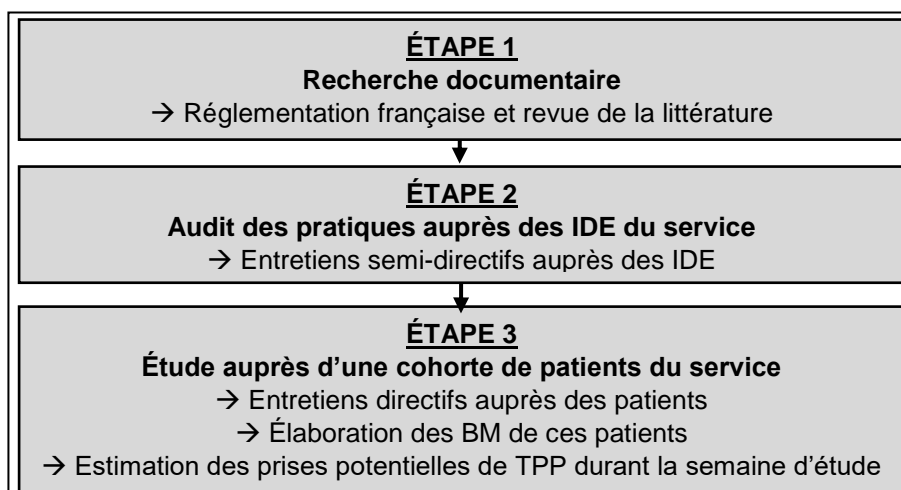


Figure 6 : Méthodologie générale de l'étude

## 2. État des lieux en France et à l'étranger

### 2.1. Revue de la littérature

Une équation de recherche a été identifiée : « *En l'état actuel des connaissances, qu'en est-il de la gestion du traitement personnel des patients en hôpital de jour ?* ».

La recherche a été effectuée dans trois bases de données que sont PubMed®, Embase® et Web of Science®. Ces bases de données ont été interrogées sur la période allant du 06/04/2011 au 18/09/2025.

Les concepts et les mots-clés utilisés sont décrits dans le tableau II ci-dessous.

Tableau II : Concepts et mots-clés utilisés pour la revue de la littérature blanche

	Concept 1 : hôpital de jour	Concept 2 : traitements personnels
Mots clés	"Day hospital" "Day centre"	"Personal treatments" / "Personal medications" / "Personal drugs" "Outpatient treatments" / "Outpatient medications" / "Outpatient drugs" "Home treatments" / "Home medications" / "Home drugs" "patient's own treatments" / "patient's own medications" / "patient's own drugs"
MeSH Terms (PubMed®)	"Ambulatory care facilities"[Mesh] "Ambulatory care"[Mesh]	
Emtree terms (Embase®)	'Adult day care'/exp 'Outpatient department'/exp 'Ambulatory care'/exp	
Web of Science®	Mots clés utilisés pour les deux autres bases de données	

Les mots-clés pour décrire nos concepts ont été choisis en consultant le site HeTOP® (Health Terminology/Ontology Portal), les MeSH (Medical Subject Headings) terms du système d'indexation de PubMed® et l'Emtree, système d'indexation d'Embase®. Ils ont été recherchés dans le titre et le résumé.

Les équations de recherche, selon les bases de données interrogées, sont :  
 Pubmed®: ("personal treatments"[Title/Abstract] OR ("personal medications"[Title/Abstract]) OR ("personal drugs"[Title/Abstract]) OR ("outpatient treatments"[Title/Abstract]) OR ("outpatient medications"[Title/Abstract]) OR ("outpatient drugs"[Title/Abstract]) ) OR ("home treatments"[Title/Abstract]) OR ("home medications"[Title/Abstract]) OR ("home drugs"[Title/Abstract]) ) OR ("patient's own treatments"[Title/Abstract]) OR ("patient's own medications"[Title/Abstract]) OR ("patient's own drugs"[Title/Abstract]) AND (("day hospital"[Title/Abstract]) OR ("day centre"[Title/Abstract]) OR ("ambulatory care"[MeSH Terms]) OR ("ambulatory care facilities"[MeSH Terms])).

**Embase®:** ('personal treatments':ti,ab OR 'personal medications':ti,ab OR 'personal drugs':ti,ab OR 'outpatient treatments':ti,ab OR 'outpatient medications':ti,ab OR 'outpatient drugs':ti,ab OR 'home treatments':ti,ab OR 'home medications':ti,ab OR 'home drugs':ti,ab OR 'patients own treatments':ti,ab OR 'patients own medications':ti,ab OR 'patients own drugs':ti,ab) AND ('adult day care'/exp OR 'outpatient department'/exp OR 'ambulatory care'/exp OR 'day hospital':ti,ab OR 'day centre':ti,ab).

**Web of Science®:** (TI=(personal treatments) OR TI=(personal medications) OR TI=(personal drugs) OR TI=(outpatient treatments) OR TI=(outpatient medications) OR TI=(outpatient drugs) OR TI=(home treatments) OR TI=(home medications) OR TI=(home drugs) OR TI=(patients own treatments) OR TI=(patients own medications) OR TI=(patients own drugs)) AND (TI=(adult day care) OR TI=(day hospital) OR TI=(day centre) OR TI=(ambulatory care) OR TI=(outpatient department)).

Les critères d'inclusion et d'exclusion appliqués dans la revue de littérature sont détaillés dans le tableau III.

Tableau III : Critères d'inclusion et d'exclusion de la revue de littérature

<u>Critères d'inclusion</u>	<u>Critères d'exclusion</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- publié en français ou en anglais ;</li> <li>- depuis 2011 inclus ;</li> <li>- portant sur l'HDJ ;</li> <li>- traitant de la gestion des TPP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- publié avant 2011 ;</li> <li>- ne traitant pas de la gestion des TPP ;</li> <li>- portant sur des longs séjours (&gt;12 heures) ;</li> <li>- portant sur des traitements aigus.</li> </ul>

Une recherche supplémentaire a été effectuée dans « Science Direct® » et dans la littérature grise afin de compléter les données. La recherche a été réalisée sur « Google Scholar® » et « Google® ». Elle a également été menée, depuis 2011, sur les moteurs de recherche de thèses françaises « theses.fr » et « pepite.univ-lille.fr », sur les sites des OMEDIT, de la HAS ainsi que les médiathèques de posters des différents congrès de pharmacie hospitalière (HOIPHARM, Convergences Santé Hôpital, SFPC).

La recherche a été effectuée par mots-clés, en associant les concepts 1 et 2 ou 1,2 et 3, présentés dans le tableau IV ci-dessous.

Tableau IV : Concepts et mots-clés utilisés pour la revue de la littérature grise

<b>Concept 1 : hôpital de jour</b>	<b>Concept 2 : traitements personnels</b>	<b>Concept 3 : autonomie du patient</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- HDJ ;</li> <li>- hôpital de jour ;</li> <li>- ambulatoire ;</li> <li>- hospitalisation semi-permanente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- traitement personnel ;</li> <li>- traitement habituel ;</li> <li>- traitement chronique ;</li> <li>- traitement au domicile.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- autonomie ;</li> <li>- autogestion ;</li> <li>- auto-administration ;</li> <li>- PAAM.</li> </ul>

## 2.2. Réglementation française

Une recherche sur la réglementation et les recommandations françaises a été menée sur le portail [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr) (72).

La recherche a été effectuée par mots-clés afin de cibler les textes faisant référence aux HDJ. Les mots-clés utilisés correspondent aux mots-clés employés pour la littérature grise.

## 3. Audit auprès des IDE

### 3.1. Objectif de l'étude

Cette étude a pour objectif principal de dresser un état des lieux des pratiques professionnelles au sein du CCA, en vue d'analyser les pratiques et les besoins exprimés par les IDE concernant la gestion des TPP.

### 3.2. Type d'étude

Afin de répondre à cet objectif, il a été décidé de réaliser une étude qualitative auprès des IDE de ce service sous la forme d'entretiens semi-directifs.

### 3.3. Population et recrutement

L'audit s'est déroulé au sein du CCA du CHBB sur une semaine en janvier 2025. Sont inclus dans l'étude tous les IDE du service sur la base du volontariat.

### 3.4. Recueil de données - Matériel

Les entretiens semi-directifs ont été menés par l'interne en pharmacie et se sont déroulés dans un lieu confidentiel afin de favoriser la liberté d'expression.

Un questionnaire, présenté en annexe 4, a été élaboré afin de recueillir un maximum d'informations concernant la gestion des traitements personnels au CCA. Il contient 7 questions à propos des TPP regroupées selon les thèmes suivants :

- information et communication auprès des patients ;
- pratiques des IDE (connaissance des prises autonomes des patients, aide à l'administration, traçabilité, délivrance par la PUI) ;
- ressentis et besoins exprimés par les IDE.

### 3.5. Analyse des données

Les réponses aux questions ont été écrites mot-à-mot à la main et retranscrites sur le logiciel Excel® (version 2013, Microsoft, Redmond, Washington, États-Unis). L'analyse des données a été réalisée sur ce même logiciel.

### 3.6. Éthique et réglementation

Toutes les retranscriptions des entretiens ont été anonymisées et ne sont accessibles qu'aux personnes responsables de l'étude.

Les IDE ont été informés oralement de leurs droits vis-à-vis de cette étude. Ces informations ont été répétées avant de démarrer chaque entretien afin d'obtenir un consentement oral éclairé des participants.

## 4. Étude auprès des patients

### 4.1. Population et recrutement

L'étude a été menée sur une semaine d'activité du 20 au 24/01/25 au sein du CCA du CHBB. Les patients respectant les critères du tableau V ci-dessous ont été inclus à l'étude.

Tableau V : Critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude auprès des patients

<u>Critères d'inclusion</u>	<u>Critères d'exclusion</u>
Tout patient : <ul style="list-style-type: none"><li>- hospitalisé pour une cure de chimiothérapie et/ou thérapie ciblée et/ou immunothérapie injectable ;</li><li>- souhaitant participer à l'étude ;</li><li>- ayant au moins un traitement personnel.</li></ul>	Tout patient : <ul style="list-style-type: none"><li>- venant en HDJ multidisciplinaire pour une éducation à un anticancéreux oral ;</li><li>- ayant refusé de participer à l'étude ;</li><li>- n'ayant pas de traitement personnel.</li></ul>

## 4.2. Entretiens directs auprès des patients

### 4.2.1. *Objectif de l'étude*

L'objectif principal est de recueillir les comportements des patients par rapport à leurs traitements personnels.

### 4.2.2. *Type d'étude*

Une étude observationnelle descriptive a été réalisée auprès des patients du CCA sous forme d'entretiens directs.

### 4.2.3. *Recueil des données - Matériel*

Les entretiens directs ont été menés par l'interne en pharmacie à l'aide d'un questionnaire et se sont déroulés dans la chambre des patients.

Le questionnaire, présenté en annexe 5, aborde :

- les médicaments : le nombre, les noms, les moments de prise ;
- la gestion au domicile des médicaments : l'organisation au domicile, la/les personne(s) responsable(s) de la gestion des médicaments, la pharmacie de ville, la connaissance des médicaments par le patient ;
- la gestion en HDJ des médicaments : le temps passé en HDJ, les médicaments ramenés en HDJ, la prise des médicaments pendant l'HDJ, l'aide demandée aux IDE, l'information donnée par les patients aux IDE.

Les questions ont été posées de façon identique d'un patient à l'autre.

## 4.3. Élaboration des bilans médicamenteux des patients

### 4.3.1. *Objectif*

L'objectif principal recherché est de déterminer la typologie des traitements personnels des patients en élaborant leur BM.

### 4.3.2. *Démarche d'élaboration des BM*

La réalisation des BM suit les recommandations de la Société Française de Pharmacie Clinique et du guide de conciliation des traitements médicamenteux en

cancérologie de la HAS et de l'Institut National du Cancer (66,73). La liste à établir concerne les médicaments pris par le patient, qu'ils soient prescrits ou non (y compris l'automédication). Le bilan médicamenteux a été réalisé par deux personnes formées à cette pratique : un interne en pharmacie hospitalière et un externe avec validation par l'interne. Trois sources minimum d'information ont été utilisées pour réaliser le BM. Le questionnaire de l'entretien patient, constituant une source, a permis de recueillir les coordonnées des professionnels de santé concernés ainsi que la liste des traitements connus par le patient. Le processus de réalisation est décrit par la figure 7 ci-dessous.

Le bilan médicamenteux obtenu a été archivé dans le dossier médical informatisé du patient afin de permettre à l'équipe soignante d'accéder à ces informations. Un exemple d'archivage est disponible en annexe 6.

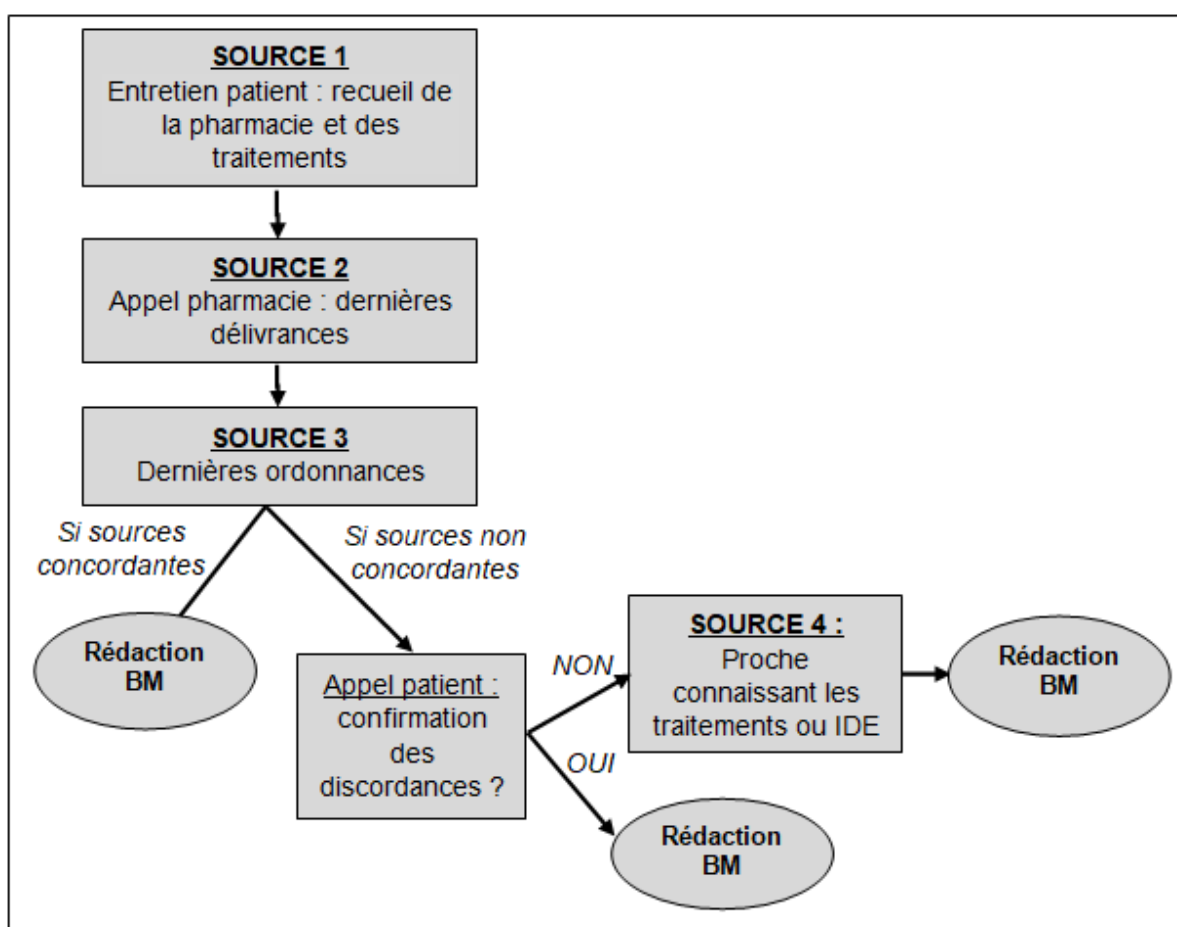


Figure 7 : Démarche d'élaboration des BM des patients

#### 4.4. Estimation des prises médicamenteuses en HDJ pendant la semaine d'étude

##### 4.4.1. Objectif

L'objectif est ici d'estimer si les patients audités avaient un médicament à prendre le jour de l'audit.

##### 4.4.2. Type d'étude

Il s'agit d'une analyse rétrospective basée sur les données de vie réelle pendant la semaine d'étude (du 20 au 24/01/25).

##### 4.4.3. Recueil des données – Matériel

Une analyse croisée des données des précédents travaux a été effectuée : BM des patients, informations du DPI et du logiciel CHIMIO®. Les données utilisées correspondent à la durée théorique des protocoles ainsi qu'à l'heure d'arrivée attendue des patients au CCA et enfin aux moments de prise des TPP pris de manière systématique et journalière (figure 8). Seuls les traitements administrés de manière chronique ont été pris en compte dans l'analyse. En analysant ces données pour chaque patient, la nécessité d'une prise pendant l'HDJ peut être supposée.

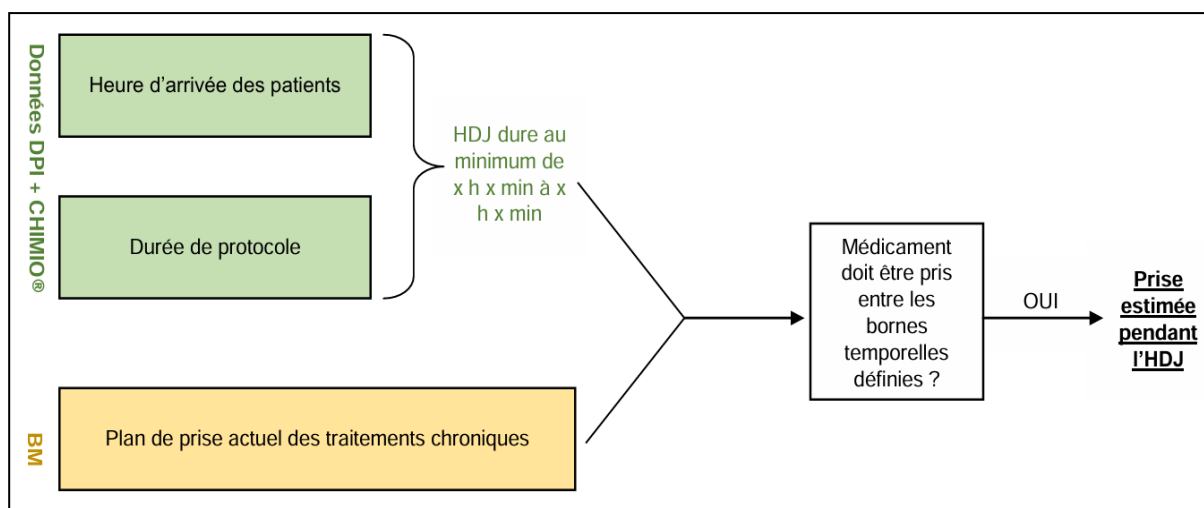


Figure 8 : Méthodologie de l'estimation des prises médicamenteuses en HD

#### 4.5. Analyse des données de l'étude

Les réponses ont été écrites à la main sur le questionnaire puis retranscrites sur Excel® (version 2013, Microsoft, Redmond, Washington, États-Unis). Le fichier a été protégé par un code.

L'ensemble des traitements ont été retranscrits de manière anonyme sur ce même logiciel. La dénomination commune internationale, le nom de spécialité, le dosage, la posologie, la forme, la classe ATC, la sous-classe ATC ainsi que le type de prescripteur ont été renseignés sur le logiciel.

Une analyse statistique descriptive de ces réponses a été réalisée sur le même logiciel.

#### 4.6. Éthique et réglementation

Toutes les retranscriptions des entretiens ont été anonymisées et ne sont accessibles qu'aux personnes responsables de l'étude.

Les patients ont été informés de leurs droits vis-à-vis de cette étude avant chaque entretien de manière orale ainsi que par un document écrit disponible en annexe 3. Le consentement éclairé des participants a été tracé sur le DPI du centre hospitalier (annexe 3).

Le protocole de l'étude réalisée auprès des patients est hors loi Jardé. Une déclaration de conformité a tout de même été réalisée auprès du délégué à la protection des données du CHBB. Un avis a été prononcé favorablement. Ce protocole est référencé au registre DPO du groupement hospitalier de territoire. De plus, l'étude a été enregistrée sous méthodologie MR004 auprès de la Health Data Hub (annexe 1). Le CHBB est en accord avec la MR004 (annexe 2).



### III. RÉSULTATS

#### 1. État des lieux en France et à l'étranger

##### 1.1. Revue de la littérature

Durant notre recherche dans la littérature blanche, nous n'avons pas pu trouver d'article portant sur la gestion des traitements personnels en HDJ. Le flowchart est présenté dans la figure 9.

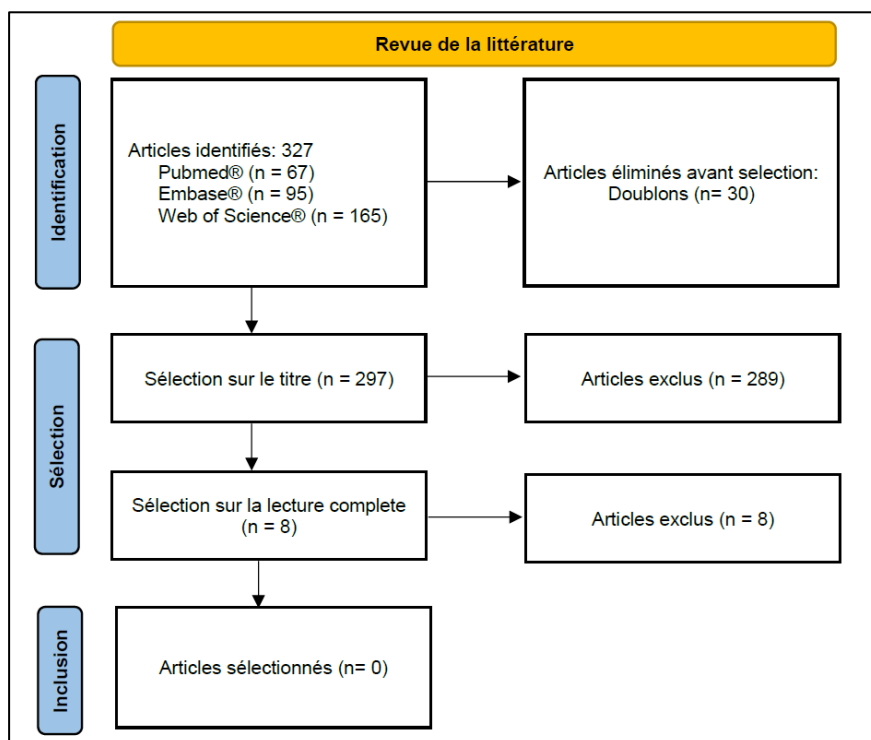


Figure 9 : Flowchart de sélection des articles de la revue de littérature

Concernant la revue de la littérature grise, un seul poster présenté en congrès durant ces dernières années faisait référence aux TPP en HDJ. Il s'agit d'un audit réalisé au sein du service d'oncologie médicale de l'hôpital Cochin à Paris. L'objectif était d'évaluer la fréquence de prise de médicaments en auto-administration par les patients d'HDJ et de vérifier la notification de ces prises aux IDE (74).

Concernant les documents des OMEDIT, un protocole de sécurisation de la PECM en HDJ a été trouvé. Il a été élaboré par l'établissement public de santé mentale de Caen. Ce protocole met en avant une démarche d'amélioration de la PECM en HDJ à une échelle locale (75). De plus, une présentation d'un processus de PAAM en HDJ a été trouvée. Il s'agit d'un accompagnement de l'OMEDIT Nouvelle-Aquitaine Guadeloupe Guyane pour la mise en place du PAAM dans les HDJ Baudin à Limoges. Les HDJ concernent la rééducation fonctionnelle, la réadaptation visuelle, l'obésité infantile et la prévention des chutes chez le patient âgé (76).

Par ailleurs, le guide de mise en place du PAAM, mis à jour en février 2025, permet depuis l'extension de son application aux HDJ dits « itératifs » (36). Le protocole proposé pourrait être mis en place au sein d'HDJ où les patients reviennent régulièrement.

Enfin, le référentiel de certification de la HAS ne comprend pas de critère spécifique aux TPP en HDJ (17).

## 1.2. Réglementation française

C'est dans le CSP qu'on peut retrouver un cadre législatif avec l'article D6124-301-1 :

« Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet. » (57)

Il n'a pas été trouvé d'autres textes réglementaires faisant référence spécifiquement aux HDJ et notamment à la gestion des TPP en HDJ. Ainsi, en l'absence de texte spécifique, la gestion des traitements en HDJ doit respecter la législation en vigueur concernant l'hospitalisation à temps complet.

## 2. Audit auprès des IDE

### 2.1. Généralités

L'ensemble des IDE travaillant à temps plein ou à temps partiel au sein du CCA, soit sept IDE, a été interrogé.

Un tableau détaillant les réponses selon les personnes interrogées est disponible en annexe 7 pour une analyse plus détaillée.

### 2.2. Question 1: Quel(s) message(s) donnez-vous aux patients venant en HDJ concernant leur traitement personnel ?

La majorité des IDE (5 sur 7) ont indiqué demander aux patients de ramener leur traitement. Une seule personne a fait référence aux ordonnances en demandant de les ramener. Les messages donnés sont décrits dans la figure 10 ainsi que dans le tableau de synthèse en annexe 7. Cependant, deux soignants mentionnent ne donner aucune consigne.

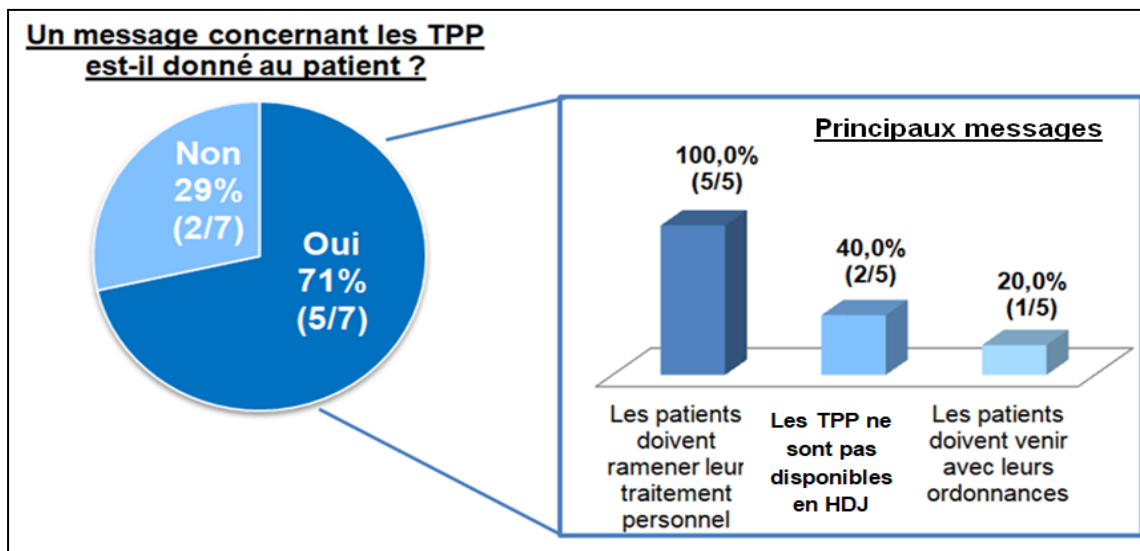


Figure 10 : Réponses des IDE concernant les messages donnés aux patients sur les TPP

### 2.3. Question 2 : Êtes-vous informés lorsque les patients prennent leur traitement ?

Les IDE estiment dans l'ensemble qu'ils sont très rarement, voire pas du tout, au courant lorsque les patients prennent leur traitement. En effet, cinq soignants ont indiqué n'avoir aucune information et les deux autres à des fréquences peu importantes (figure 11).

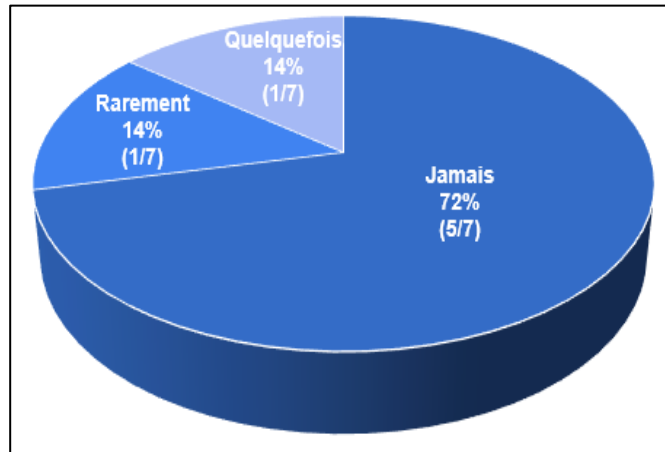


Figure 11 : Fréquence à laquelle les IDE sont informés d'une prise autonome de médicaments

Ce sont, pour les IDE informés des prises (2/7), les patients qui les alertent parce qu'ils se questionnent sur la possibilité de poursuivre leur traitement ou qui expriment spontanément ce besoin.

## 2.4. Question 3 : Êtes-vous déjà intervenu(e)s auprès d'un patient pour l'aider à prendre son traitement ?

La totalité des IDE (7/7) mentionne être déjà intervenue pour aider un patient à prendre son traitement.

### 2.4.1. À quelle fréquence ?

Trois IDE considèrent leurs interventions aléatoires. Cependant, tout de même quatre soignants estiment la fréquence à au moins une fois par semaine.

### 2.4.2. Pour quels types de traitements ?

Les médicaments les plus cités sont :

- les insulines : sept IDE les ont mentionnées ;
- les anticoagulants : trois IDE les ont mentionnés.

D'autres traitements sont également mentionnés : les antalgiques dont des morphiniques, les antihypertenseurs en lien avec certaines cures ainsi que les formes galéniques non adaptées (figure 12).

En réponse à cette question, un IDE mentionne également au sujet des insulines un contexte de « glycémie élevée avec suivi du protocole patient mais pas forcément de suivi par la suite au domicile ». Un autre soignant indique : « appeler l'IDE à domicile quand aucune information sur la posologie n'est retrouvée. »

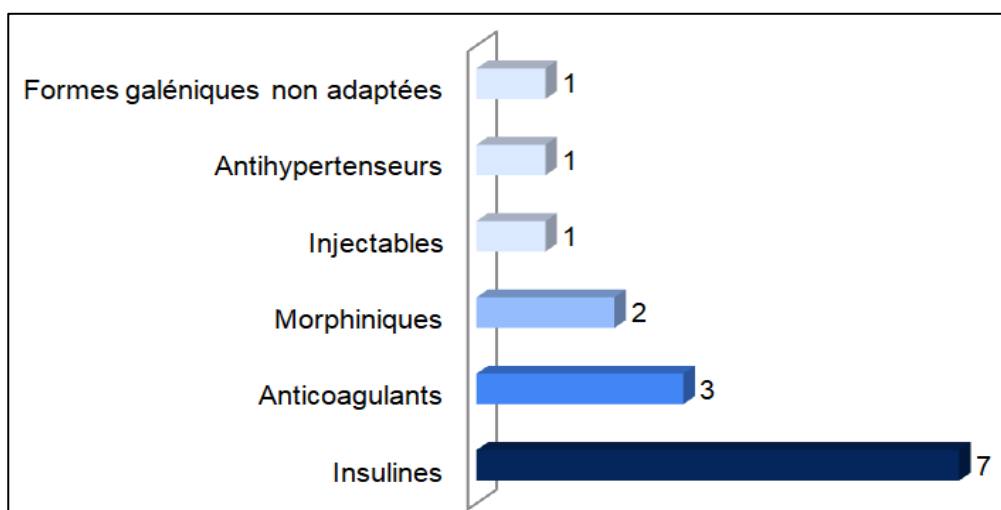


Figure 12 : Principales classes de médicaments ayant nécessité une intervention citées par les IDE

Légende : en abscisse : nombre d'IDE les ayant mentionnées

### 2.4.3. Y avait-il une prescription en regard ?

Cinq IDE ont indiqué n'avoir jamais de prescription en regard tandis que les deux autres IDE mentionnent que l'apport d'ordonnances dépend des patients.

### 2.5. Question 4 : Concernant la prise de ces traitements, quelle traçabilité faites-vous dans le dossier du patient ?

Cinq IDE disent ne pas tracer systématiquement les administrations, que ce soit dans le DPI et/ou les dossiers papiers et/ou les documents des patients. Les deux autres ne tracent pas la prise des TPP.

Parmi les IDE indiquant ne pas tracer systématiquement, cinq mentionnent le cas particulier de l'administration d'insuline tracée sur le carnet de suivi des patients et trois indiquent avoir déjà tracé dans le DPI.

### 2.6. Question 5 : Avez-vous déjà fait une commande de médicaments à la pharmacie pour un traitement personnel d'un patient ? Si oui, à quelle fréquence ?

Six IDE ont répondu avoir déjà dû faire une commande de médicaments à la pharmacie pour un TPP. Un IDE a répondu négativement.

Concernant les TPP, trois IDE disent s'être déjà fourni à la PUI pour des traitements personnels non ramenés. Deux soignants mentionnent cependant le contexte « d'absence d'ordonnance ramenée par le patient ».

En dehors des TPP, trois IDE mentionnent avoir déjà dû se procurer des traitements à la PUI pour des « pathologies aiguës ou bien des initiations de traitements » lors de l'HDJ sur prescription médicale de l'oncologue.

La fréquence de ces demandes reste « rare » selon quatre IDE. Un IDE a indiqué ne jamais faire de demande, un autre mentionne des demandes « très aléatoires » et le dernier une fréquence de « quelques fois par an ».

### 2.7. Question 6 : Quels patients selon vous seraient plus susceptibles d'être en difficulté sur leurs prises de traitement ?

Selon les IDE, les patients qui pourraient rencontrer des difficultés sont surtout les patients non autonomes (cinq IDE). Ce sont aussi les patients ayant des troubles cognitifs et/ou un âge avancé et/ou un diabète et/ou perdus suite à l'annonce du cancer et/ou ayant besoin d'être rassurés.

2.8. Question 7 : Quelles seraient vos attentes en matière de gestion du traitement personnel au CCA afin d'optimiser et de sécuriser au mieux la prise en charge des patients ?

Cinq IDE souhaitent que les informations sur les traitements personnels soient davantage indiquées dans les dossiers patients, notamment dans le classeur de prise en charge. Quatre IDE ont mentionné vouloir demander aux patients de ramener les ordonnances récentes. Trois IDE souhaitent garder les ordonnances pour avoir une référence dans le dossier des patients. De plus, deux infirmiers ont proposé de demander lors de la première cure de ramener les ordonnances et les médicaments à chaque HDJ.

Une de ces deux personnes souhaite également une meilleure traçabilité pour reconnaître les actes puisque de plus en plus d'injections doivent être réalisées. Enfin, il est mentionné par deux personnes de renforcer le lien ville-hôpital en retranscrivant les informations dans le dernier courrier ou en insérant les TPP du patient dans le document de lien ville-hôpital (figure 14).

### 3. Étude auprès des patients

#### 3.1. Caractéristiques des patients inclus

Au cours de la semaine d'étude, 74 patients étaient programmés en HDJ pour une thérapie anticancéreuse. Parmi ces patients, 60 ont été inclus à l'étude. En effet, 7 patients sont sortis avant de pouvoir réaliser l'entretien, 5 ont refusé de participer à l'étude et 2 n'avaient aucun traitement personnel (figure 13).

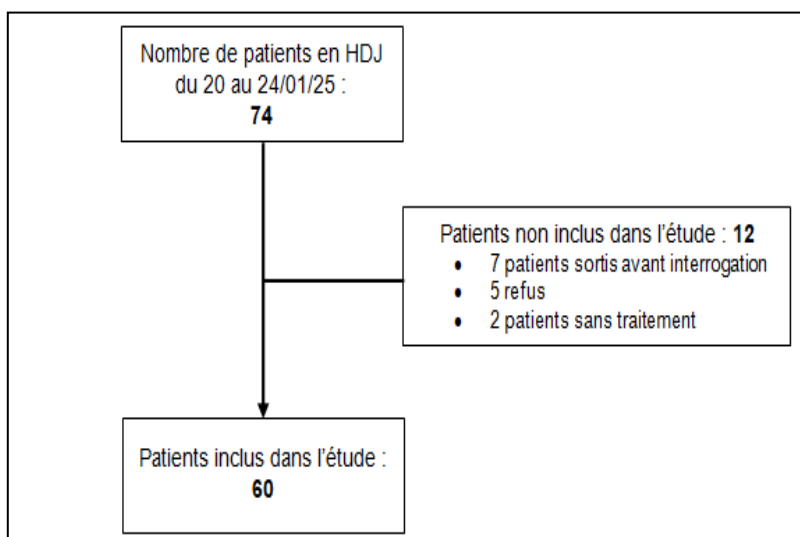


Figure 13 : Flowchart de sélection des patients

Les statistiques descriptives ainsi que les pourcentages exposés pour la présentation de l'échantillon reposent donc sur ces 60 patients.

Les caractéristiques de l'échantillon de patients ayant été inclus à l'étude sont présentées dans le tableau VI. L'âge moyen des patients est de 67 ( $\pm$  8) ans.

Tableau VI : Caractéristiques de l'échantillon de patients

Caractéristiques		n (p) (n=60)	
<b>Âge</b>			
	<25 ans	0 (0,0 %)	
	25-34 ans	0 (0,0 %)	
	35-49 ans	2 (3,3 %)	
	50-64 ans	21 (35,0 %)	
	65-79 ans	34 (56,7 %)	
	$\geq$ 80 ans	3 (5,0 %)	
	Âge moyen (ans)	67 (42 ; 90)	$\sigma=8$
<b>Sexe</b>			
	Féminin	35 (58,3 %)	
	Masculin	25 (41,7 %)	
<b>Spécialité oncologique</b>			
	Oncologie digestive	33 (55,0 %)	
	Oncologie thoracique	22 (36,7 %)	
	Sénologie	5 (8,3 %)	

L'échantillon compte davantage de femmes (58,3 %) que d'hommes et la spécialité oncologique la plus représentée est l'oncologie digestive (55,0 %).

Les patients suivent 33 protocoles différents présentés en annexe 8. Les durées de ces protocoles ont été calculées à partir des durées renseignées sur le logiciel CHIMIO® (version 6, Computer Engineering 2019, Paris, France). La durée moyenne des protocoles est de 2 heures et 27 minutes ( $\pm$  1 heure et 13 minutes) avec une durée minimum de 40 minutes et maximum de 4 heures 50 minutes.

### 3.2. Réponses aux questionnaires de l'étude auprès de patients

#### 3.2.1. Connaissance des TPP et gestion au domicile

Les résultats aux questionnaires sont présentés par le tableau en annexe 9.

L'audit met en avant que 38 patients (63,3 %) indiquent connaître leurs traitements. De plus, c'est principalement le patient qui s'occupe lui-même ou en partie de ses traitements : 77 % des réponses (figure 14).

Enfin, le pilulier n'est pas employé dans la majorité des cas. 22 patients, soit 36,7 %, l'utilisent.

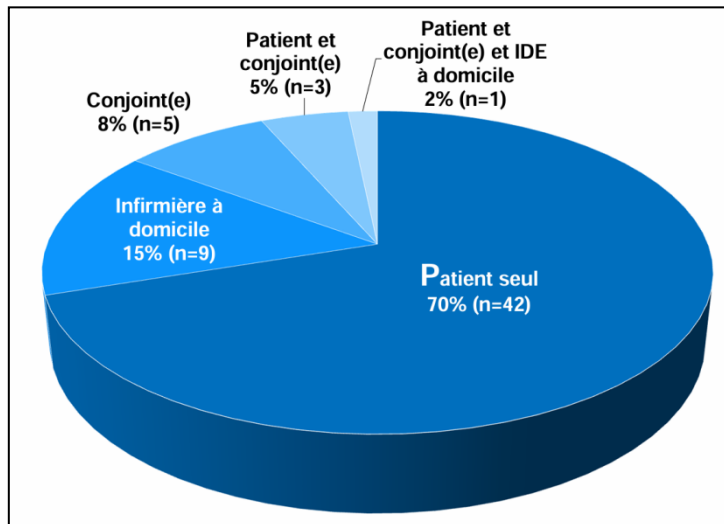


Figure 14 : Types de personnes gérant les TPP au domicile  
Légende : n, nombre de patients ayant répondu

### 3.2.2. Gestion des TPP en HDJ

Sur les 60 patients interrogés, 16 patients (26,7 %) ont indiqué avoir déjà apporté avec eux leurs médicaments en HDJ et 15 (25,0%) se les être administrés lors d'un HDJ.

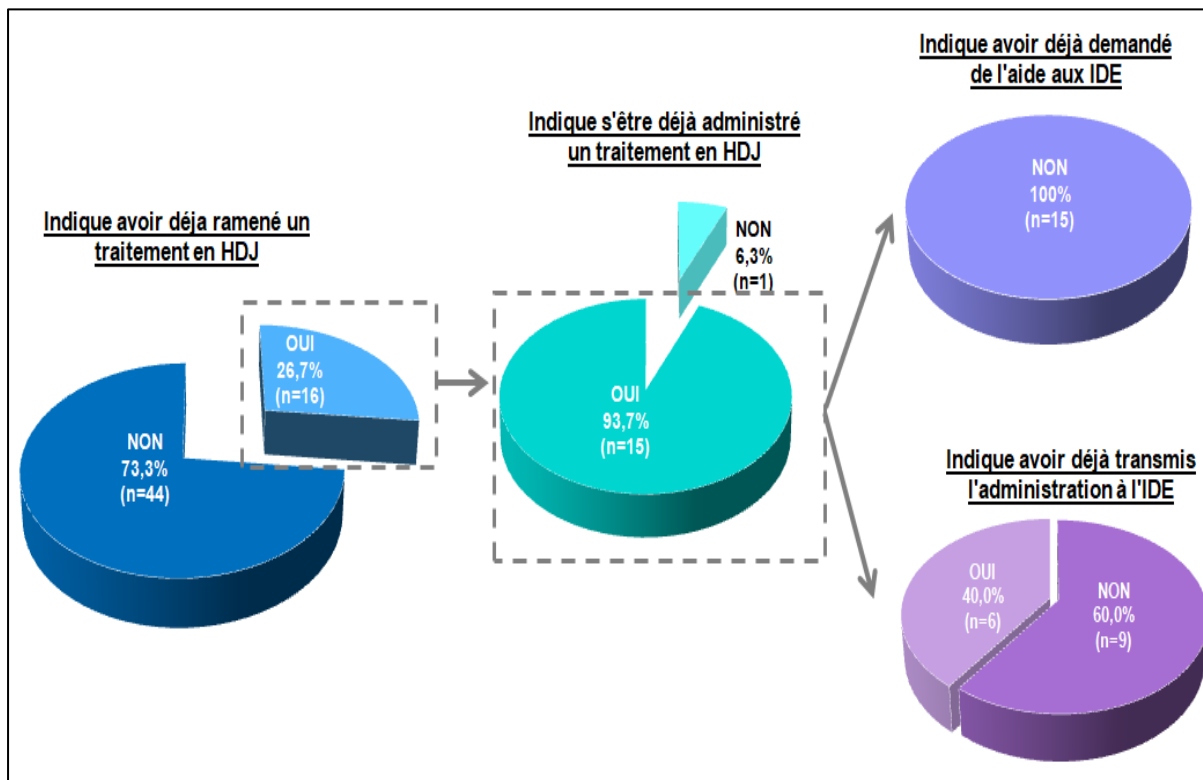


Figure 15 : Analyse de la conduite des patients indiquant avoir déjà ramené un traitement en HDJ  
Légende : n, nombre de patients

Parmi ces 15 patients :

- 11 patients (73,3 %) ont mentionné apporter leurs ordonnances ;
- 6 patients (40,0 %) disent transmettre la prise aux IDE ;
- la totalité a indiqué n'avoir jamais eu besoin de solliciter les IDE pour une aide à l'administration (figure 15).

Enfin, sur les 60 patients, 15 patients (25,0 %) indiquent avoir déjà ramené leurs ordonnances.

### 3.2.3. *Raisons pour lesquelles les traitements n'ont pas été apportés en HDJ*

Concernant les patients ayant répondu ne pas avoir apporté leurs traitements en HDJ, les raisons évoquées sont présentées dans le tableau VII.

Parmi ces patients, 43,2 % indiquent prendre principalement leurs traitements avant de se rendre en HDJ. 43,2 % indiquent n'avoir tout simplement pas de prises prévues pendant leur HDJ.

*Tableau VII : Raisons pour lesquelles les traitements n'ont pas été apportés en HDJ*

<b>Raisons pour lesquelles les traitements n'ont pas été apportés en HDJ</b>	<b>Nombre de patients</b>	<b>Proportion</b>
La venue pour ma cure de chimiothérapie ne modifie pas mon quotidien concernant mes médicaments.	19	43,2 %
Je prends mes traitements avant de me rendre en cure de chimiothérapie.	19	43,2 %
Je ne prends pas mes médicaments le jour de la chimiothérapie.	4	9,0 %
Je prends mes traitements après ma cure de chimiothérapie.	2	4,6 %
Autre raison.	0	0,0 %

### 3.2.4. *Temps estimé des HDJ*

La moitié des patients estime leur durée d'HDJ (comprenant le temps de trajet aller-retour et le temps passé au CCA) entre 2 et 4 heures. 30,6 % des patients l'estiment entre 4 et 6 heures.

### 3.3. Élaboration des bilans médicamenteux des patients

#### 3.3.1. Généralités

Au total, les traitements (tout confondus) des patients de l'échantillon représentent 606 lignes de traitements comprenant 181 DCI différentes. L'analyse de ces 606 lignes de médicaments met en avant un nombre moyen de médicaments par patient de 10. Le maximum correspond à 26 médicaments à prendre en une journée (tableau VIII et figure 16).

Tableau VIII : Statistiques générales du nombre de médicaments présents dans les BM des patients

Médicaments/patient	
Moyenne	10
Ecart-type	4
Minimum	1
Maximum	26
Médiane	10
1er Quartile	8
3ème Quartile	14

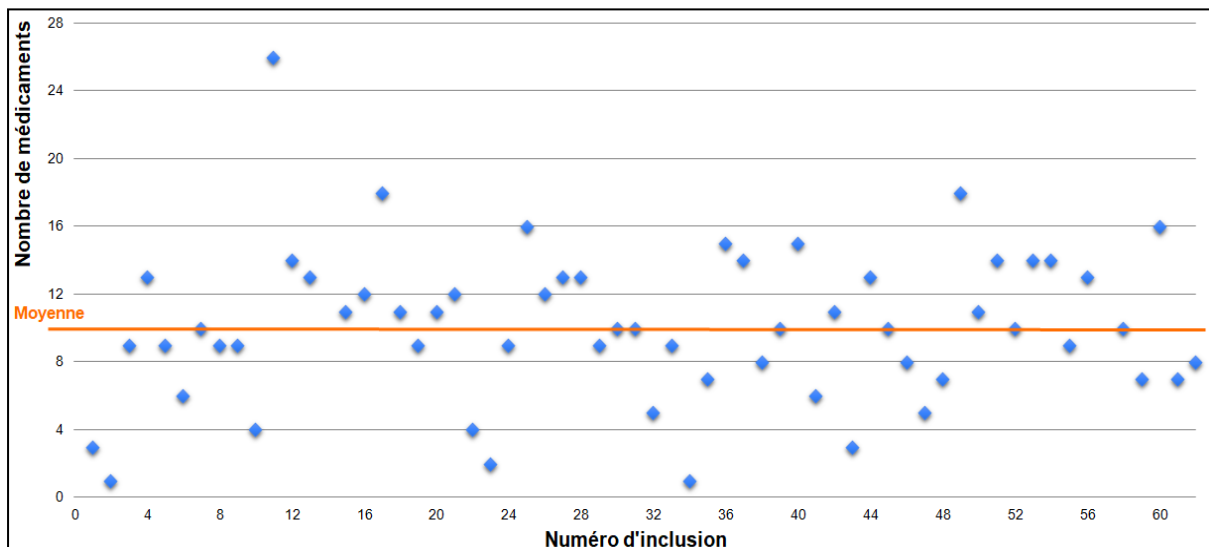


Figure 16 : Répartition du nombre de médicaments par patient

Légende : en abscisse : numéro d'inclusion du patient ; en ordonnée : nombre de médicaments

La répartition globale des lignes de médicaments de BM recueillies en classes et sous-classes est décrite dans le tableau en annexe 10.

### 3.3.2. Voies d'administration des TPP

Concernant les voies d'administration, 81 % des TPP sont pris par voie orale (494 lignes de médicaments). La voie injectable (majoritairement sous-cutanée ou intramusculaire), minoritaire par rapport à la voie orale, ne représente que 8 % des lignes des BM (46 lignes de médicaments). Les autres voies restent très peu représentées (66 lignes de médicaments) (figure 17).

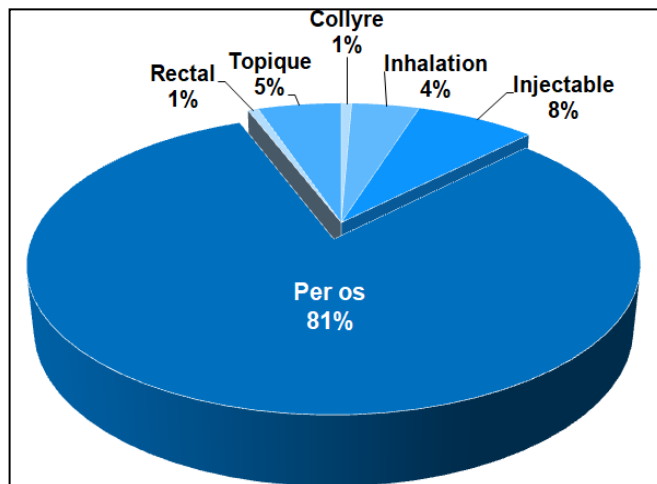


Figure 17 : Différentes voies d'administration des TPP de l'étude

### 3.3.3. DCI les plus fréquemment retrouvées

Les 10 DCI les plus présentes dans les TPP, tout type de médicaments confondus (systématique et en cas de besoin), sont représentées par la figure 18. 30 patients, soit 50 % des patients, ont du paracétamol dans leur BM, ce qui en fait le médicament le plus représenté.

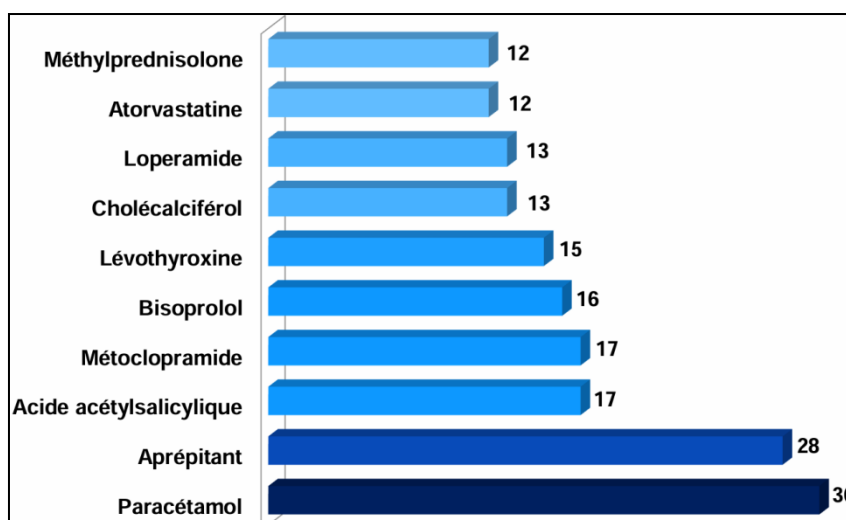


Figure 18 : Top 10 des DCI les plus retrouvées dans le BM des patients  
Légende : en abscisse : nombre de patients

### 3.3.4. Médicaments à risque et stupéfiants

La liste spécifique des médicaments à risque de l'établissement a été utilisée afin d'identifier les médicaments concernés (annexe 11). L'ensemble des médicaments à risque retrouvés dans les BM, représentant 4,6 % des lignes, sont décrits dans le tableau IX ci-dessous.

Tableau IX : Médicaments à risque retrouvés dans les BM

Classe ATC	Spécialité (DCI)	Voie	Chronicité	Nombre de patients
A : Système digestif et métabolisme	INSULATARD®	Sous-cutané	Chronique	1
	FIASP® (insuline Asparte)	Sous-cutané	Chronique	1
	NOVORAPID® (insuline Asparte)	Sous-cutané	Chronique	3
	TOUJEO® (insuline Glargine)	Sous-cutané	Chronique	4
B : Sang et organes hématopoïétiques	COUMADINE® (Warfarine)	Per os	Chronique	2
	ELIQUIS® (Apixaban)	Per os	Chronique	9
	XARELTO® (Rivaroxaban)	Per os	Chronique	2
	INNOHEP® (Tinzaparine)	Sous-cutané	Chronique	6

L'ensemble des stupéfiants et assimilés stupéfiants, retrouvés dans les BM, représentant 3,5 % des lignes, sont décrits dans le tableau X ci-dessous.

Tableau X : Stupéfiants et assimilés stupéfiants retrouvés dans les BM

Classe ATC	Spécialité (DCI)	Voie	Chronicité	Nombre de patients
N : Système nerveux	Méthadone	Per os	Chronique	1
	ACTISKENAN® (morphine sulfate)	Per os	Si besoin	2
	SKENAN LP® (Morphine sulfate)	Per os	Chronique	4
	Morphine seringue auto-pulsée	Injectable	Chronique	1
	OXYNORMORO® (Oxycodone)	Per os	Chronique	1
	Tramadol LI	Per os	Chronique	2
	Tramadol LP	Per os	Chronique	3
	DUROGESIC® (Fentanyl patch)	Cutané	Chronique	3
	LAMALINE® (Paracétamol/opium/codéine)	Per os	Si besoin	1
	Paracétamol codéiné	Per os	Chronique	1
	Prégabaline	Per os	Chronique	1
	Zolpidem	Per os	Chronique	1

### 3.3.5. Répartition des médicaments en cas de besoin ou en systématique

Concernant les médicaments en systématique, 98,3 % (n=59) des patients en ont au moins un à prendre.

81,7 % (n=49) des patients ont au moins un médicament en cas de besoin (figure 19).

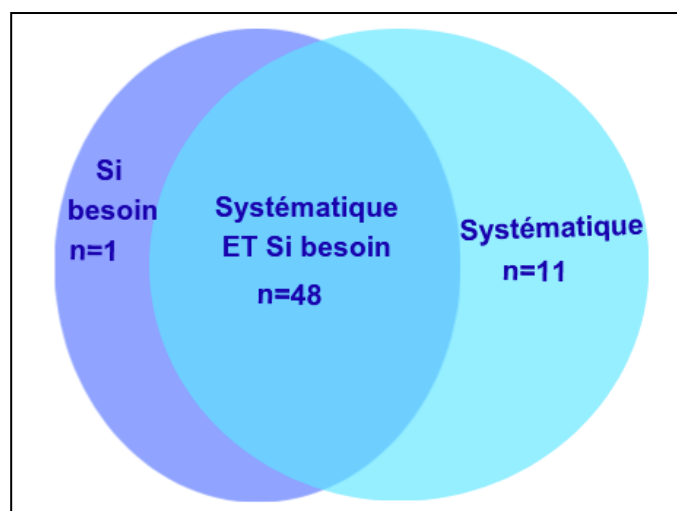


Figure 19 : Synthèse de répartition des patients ayant des TPP en cas de besoin ou en systématique

### 3.3.6. Analyse des médicaments pris de façon systématique

Les médicaments en systématique représentent 479 lignes de BM (79 % des lignes). Les médicaments en systématique figurent dans l'ensemble des classes de la classification ATC à l'exception de 3 classes (figure 20). Cela correspond à, en moyenne,  $9 \pm 4$  médicaments par patient par jour. Cependant la répartition est assez étendue, allant de 1 médicament à 21.

Les classes dominantes correspondent au système digestif et au métabolisme (136 lignes sur 479, 54 patients concernés), au système cardiovasculaire (109 lignes, 45 patients concernés) et au système nerveux (76 lignes, 37 patients concernés).

Concernant le système digestif, les sous-classes les plus représentées sont les antiémétiques/nauséux (31 lignes, 29 patients concernés), les médicaments des troubles de l'acidité (29 lignes, 29 patients concernés) et les médicaments du diabète (29 lignes, 16 patients concernés). Les médicaments majoritaires sont l'ésoméprazole, l'aprépitant et la pancréatine.

Au sujet du système cardiovasculaire, il s'agit surtout des médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine (29 lignes, 28 patients concernés), des hypolipémiants (26 lignes, 26 patients concernés) et des bêtabloquants (25 lignes, 25 patients concernés). Les médicaments majoritaires sont le ramipril, le bisoprolol et l'atorvastatine.

Enfin, concernant le système nerveux, les sous-classes les plus représentées sont les analgésiques (28 lignes, 20 patients concernés) et les psycholeptiques (22 lignes, 17 patients concernés). Les médicaments majoritaires sont le paracétamol et le zopiclone.

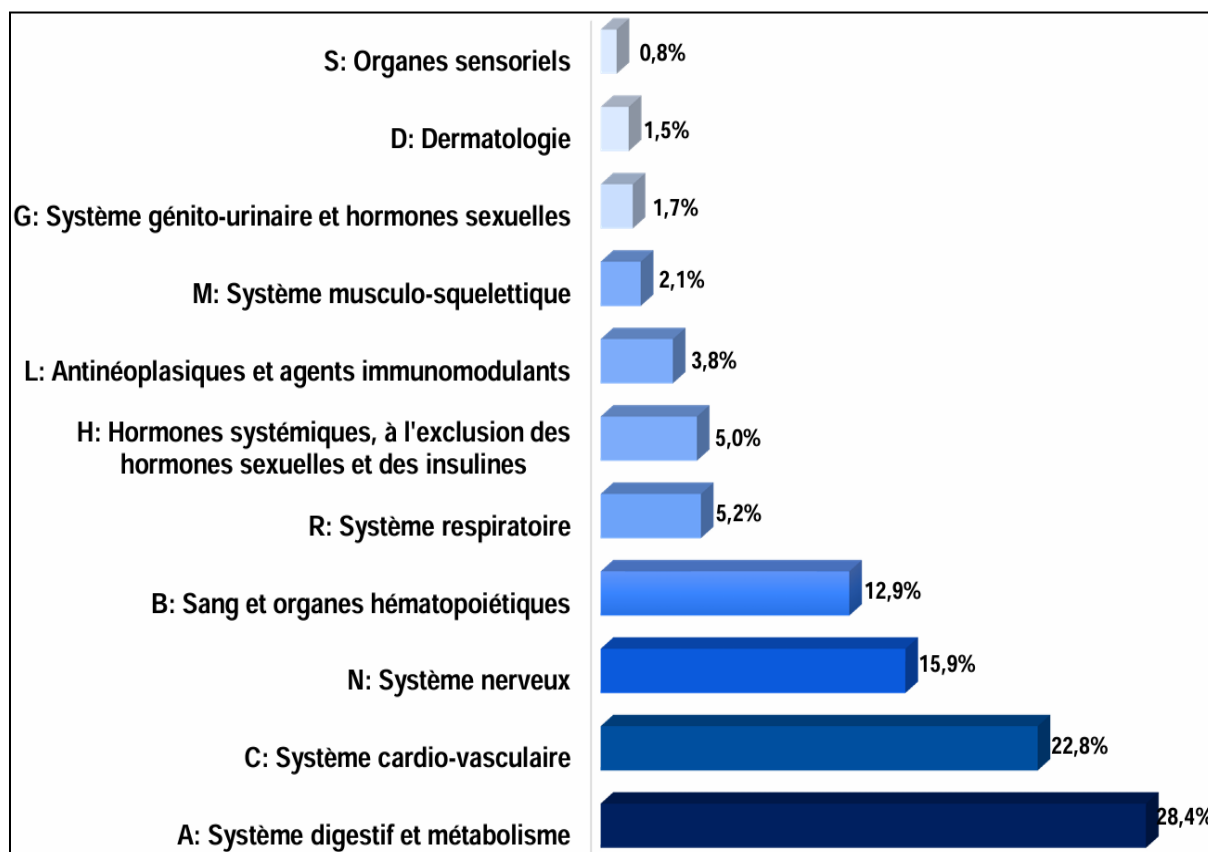


Figure 20 : Différentes classes ATC des médicaments en systématique  
Légende : en abscisse : pourcentage de lignes de BM concernées

Les moments de prise pour les médicaments en systématique ont été définis grâce au BM. Les nombres de patients et de lignes de médicaments concernés par les différents moments de prise journalière sont détaillés dans le tableau XI.

Les prises du matin représentent la majorité des prises (256 des lignes de médicaments), viennent ensuite les prises du soir (185 lignes de médicaments).

Enfin, pour 34 lignes, il n'a pas été possible de définir les moments de prise car les informations recueillies ne sont pas assez précises : « 1/jour », « 2/jour » par exemple.

Tableau XI : Nombre de patients et de lignes de médicaments selon les moments de prise

Moments de prise	Journalier				
	Matin	Midi	Soir	Coucher	Non défini
Nombre de patients concernés par au moins une prise de médicament	58	30	43	10	20
Nombre de lignes de médicaments (proportion)	256 (47,4 %)	54 (10,0 %)	185 (34,3 %)	11 (2,0 %)	34 (6,3 %)

S'ajoutant aux autres lignes, 28 lignes concernent des médicaments avec des prises systématiques mais non quotidiennes. Il s'agit de prises hebdomadaires ou mensuelles. Concernant les prises hebdomadaires, 10 patients sont concernés. Cela représente 13 lignes de médicaments (2,7 %). 13 patients sont concernés par des prises mensuelles, représentant 15 lignes de médicaments (3,1 %).

Concernant les médicaments encadrant la cure, 34 patients (55 lignes) en ont.

### 3.3.7. Analyse des médicaments en cas de besoin

Au total, les médicaments en cas de besoin représentent 127 lignes (21 % des lignes) et concernent 49 patients. En moyenne, les patients ont  $3 \pm 1$  traitements en cas de besoin (min = 1 ; max = 6). Les médicaments en cas de besoin recueillis dans les BM ne représentent que 5 classes ATC (figure 21) :

- classe A : système digestif et métabolisme (51,2 % des lignes en cas de besoin des BM et 33 patients concernés) ;
- classe N : système nerveux (27,6 % des lignes et 29 patients concernés) ;
- classe H : hormones systémiques, à l'exclusion des hormones sexuelles et des insulines (9,4 % des lignes et 12 patients) ;
- classe D : dermatologie (7,9 % des lignes et 9 patients concernés) ;
- classe R : système respiratoire (3,9 % des lignes et 5 patients).

Les médicaments les plus représentés sont les analgésiques (29 lignes et 28 patients concernés) avec majoritairement le paracétamol. Les médicaments de la classe A ont également une importance pour les prises occasionnelles : 22 lignes et 20 patients concernés par les antiémétiques ou antinauséeux (métoclopramide, métopimazine, ondansétron), 15 lignes et 9 patients par les médicaments de la constipation (majoritairement macrogol) et enfin 14 lignes et 13 patients concernés par les antidiarrhéiques, anti-inflammatoires et anti-infectieux intestinaux (lopéramide).

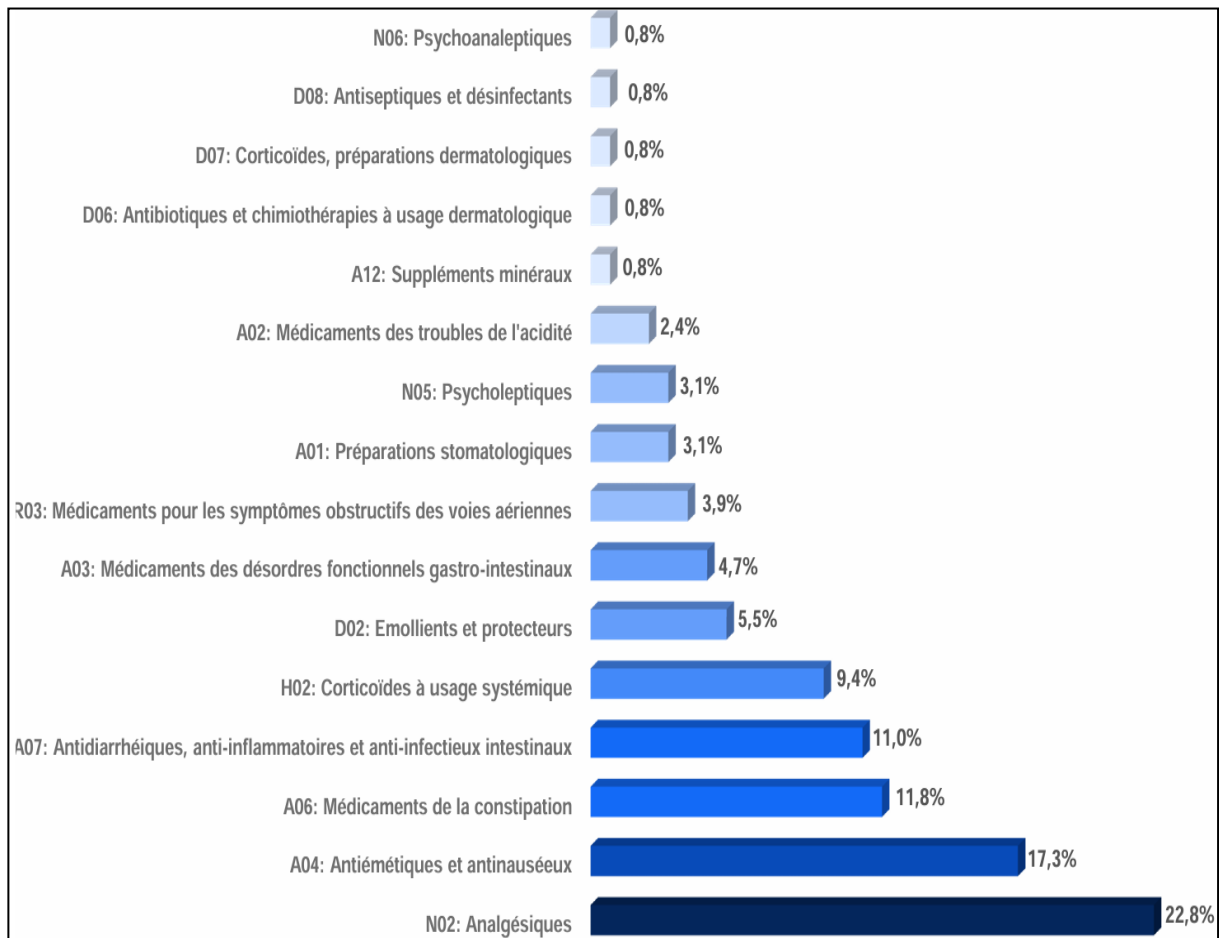


Figure 21 : Différentes sous-classes ATC des médicaments en cas de besoin  
Légende : en abscisse : pourcentage de lignes de BM concernées

### 3.4. Estimation des prises médicamenteuses en HDJ pendant la semaine d'étude

L'estimation met en évidence que 16 patients avaient potentiellement au moins un TPP chronique à prendre durant l'HDJ sur la semaine de l'étude. Cela représente 26,7 % des patients interrogés sur cette semaine d'étude. Au total, 33 lignes de BM sont concernées pour cette semaine.

Concernant les TPP avec prise théorique en HDJ durant la semaine d'étude, il s'agit principalement de médicaments de la classe ATC A (13 lignes) et N (11 lignes) (tableau XII).

Concernant les médicaments à risque, stupéfiants et assimilés, il s'agit de l'insuline asparte, de la méthadone, du paracétamol codéiné et du tramadol à libération immédiate.

Tableau XII : Liste des médicaments obtenus suite à l'estimation des prises potentielles de TPP durant la semaine d'audit

Classe ATC	DCI	Dosage	Posologie	Nombre de lignes
A : système digestif et métabolisme	Alginate de sodium		1-1-1	1
	Calcium	500 mg	0-1-0	1
	Insuline Asparte	selon protocole	1-1-1	4
	Metformine	500 mg	1-1-1	1
	Ondansétron	8 mg	1-1-1	1
	Pancréatine	25 000 U et 35 000 U	2-2-2 et 1-1-1	3
	Pantoprazole	40 mg	0-1-0	1
	Potassium	600 mg	1-1-1	1
B : sang et organes hématopoïétiques	Acide acétylsalicylique	75 mg	0-1-0	1
	Acide folique	0,4 mg	1-1-0	1
C : système cardio-vasculaire	Bumétanide	1 mg	1-1-1	1
G : système génito-urinaire et hormones sexuelles	Dutastéride	0,5 mg	0-1-0	1
H : hormones systémiques, à l'exclusion des hormones sexuelles et des insulines	Hydrocortisone	10 mg	2-1-1/2	1
N : système nerveux	Alprazolam	0,25 mg	1-1-0 + si besoin	1
	Gabapentine	300 mg	1-1-1 et 1-1-0	4
	Hydroxyzine	25 mg	1-1-1	1
	Méthadone	10 mg	1-1-1	1
	Paracétamol	1 g	1-1-1	1
	Paracétamol + codéine	500 mg / 30 mg	1-1-1	1
	Tramadol LI	50 mg	1-1-1 et 1-1-0	2
R : système respiratoire	Fénotérol + Ipratropium	50 / 20 µg	2-2-2	2
	Ipratropium nébulisation	0,5 mg	1-1-1-1	1
	Salbutamol nébulisation	5 mg	1-1-1-1	1

Lorsqu'on analyse les réponses à l'entretien patient, 31,3 % (5 patients sur 16) disent s'administrer leurs médicaments en HDJ.



## **IV. DISCUSSION**

La réalisation de la revue de la littérature et des audits auprès des patients et des IDE du service d'HDJ d'oncologie adulte au CHBB nous a permis de répondre à notre objectif. Cet objectif était de réaliser un état des lieux sur la gestion des TPP en HDJ d'oncologie.

### **1. Synthèse générale des résultats**

#### **1.1. *La polymédication chez les patients atteints de cancer***

Les patients pris en charge en HDJ disposent de traitements personnels en parallèle de leurs protocoles de chimiothérapie. Ces traitements sont destinés à la prise en charge d'autres pathologies et/ou de symptômes cliniques liés ou non au cancer.

Dans notre étude, en dehors des deux patients non inclus en raison de l'absence de traitement, une polymédication importante avec une moyenne de 10 traitements personnels par patient est observée.

Cette polymédication est également décrite dans d'autres études françaises. C'est le cas, par exemple, d'une étude réalisée au centre hospitalier universitaire de Strasbourg sur une cohorte de 100 patients âgés atteints de cancers bronchiques montrant une moyenne de 6 médicaments par patient (76).

Ces médicaments, variables d'un patient à un autre, représentent un grand nombre de classes ATC.

Certains sont administrés de manière systématique (79 % des médicaments recueillis), tandis que d'autres relèvent de prises ponctuelles en cas de besoin (21 % des médicaments recueillis).

Parmi ces médicaments figurent notamment des médicaments identifiés comme à risque (4,6 % des lignes de médicaments des BM) nécessitant une vigilance accrue, tout comme les médicaments injectables (8 % des lignes de médicaments des BM) dont l'administration requiert fréquemment l'intervention d'un professionnel de santé et les stupéfiants ou assimilés soumis à une réglementation spécifique (3,5 % des lignes de médicaments des BM).

## 1.2. L'impact de la durée des HDJ sur la prise de TPP

Lorsque les patients viennent en HDJ, ils peuvent rester pendant plusieurs heures selon les protocoles. En effet, la durée moyenne d'un protocole de chimiothérapie dans notre cohorte était de 2 heures et 27 minutes (minimum : 40 minutes ; maximum : 4 heures 50 minutes). À cette durée de protocole s'ajoute le temps incluant la prise en charge globale et le transport. La moitié des patients estiment le temps total entre 2 et 4 heures.

Cette temporalité suggère que certaines prises médicamenteuses peuvent théoriquement avoir lieu pendant l'HDJ. Cela est en particulier le cas lorsqu'elles sont programmées dans la matinée, le midi et l'après-midi. Les médicaments du matin et du soir peuvent théoriquement être pris avant ou après la venue en HDJ puisque le CCA n'ouvre qu'après 8 heures et ferme à 17 heures 30. Une proportion importante de patients a confirmé cela : 43,2 % indiquent prendre généralement leurs médicaments avant leur HDJ et 4,6 % après leur HDJ. Sur la base de l'analyse des BM des patients, aucune prise au cours de la matinée et de l'après-midi n'a été mise en avant. Cependant, la moitié des patients ont au moins une prise de traitement chronique programmée le midi. Il s'agit donc de patients qui pourraient avoir un médicament à prendre pendant leur HDJ. À cela, peut s'ajouter d'autres prises dont le moment de prise n'a pu être défini dans l'étude.

En fonction de l'heure de convocation des patients, la proportion de patients concernés par une prise médicamenteuse en HDJ pourrait varier d'une cure à une autre.

L'estimation réalisée à partir de l'heure d'arrivée des patients, de la durée des protocoles et du plan de prises des traitements, pendant la semaine d'audit, a montré que 26,7 % avaient au moins une prise à prendre pendant le séjour.

Toutefois, ces résultats sont sous-estimés puisqu'à cela s'ajoutent les médicaments en cas de besoin, part non négligeable de médicaments (21 % des lignes des BM) pour lesquels il n'a pas été possible d'estimer si une prise est prévue pendant l'hôpital de jour.

En comparaison, l'étude de l'hôpital Cochin basée sur des questionnaires auprès de 90 patients du service d'HDJ d'oncologie montre des résultats légèrement plus élevés. La proportion de patients avec des prises prévues dans la temporalité des HDJ (entre 8 heures 30 et 17 heures) était de 65,0 % versus 50,0 % dans notre étude. De plus, à la différence de notre étude, ils ont quantifié et ont montré que seulement 7 patients sur les 90 interrogés ont pris un médicament pendant l'hospitalisation (74).

### 1.3. Les administrations des TPP en HDJ

Les estimations de prises médicamenteuses potentielles sont objectivées avec les résultats des audits effectués auprès des patients et des IDE du service.

En effet, une proportion non négligeable de patients, soit 25,0 % des patients, a répondu avoir déjà pris (administration) au moins un médicament lors de leur venue en HDJ. Bien qu'aucun de ces patients ne dise avoir sollicité un IDE pour l'administration de ces TPP, les IDE, quant à eux, confirment à l'unanimité intervenir auprès des patients pour l'administration de TPP et ce de façon fréquente. Certains estiment même intervenir au moins une fois par semaine.

Ces interventions concernent principalement des injections sous-cutanées (anticoagulants et insulines), médicaments pour lesquels l'autonomie au domicile est plus rare, avec généralement le passage d'un IDE libéral pour permettre l'administration.

D'autre part, les IDE estiment qu'ils ne sont que rarement au courant des administrations des patients. Cela est corrélé avec l'interrogatoire patient puisque seulement 40,0 % des patients ont répondu les informer d'une prise.

### 1.4. Des comportements hétérogènes et des risques

Tout d'abord, l'audit IDE a mis en évidence l'absence de message uniforme auprès des patients sur les TPP. Malgré une majorité de soignants demandant aux patients de ramener les TPP, deux IDE ne le font pas.

Bien que ce ne soit pas établi, on ne peut pas exclure un lien avec les comportements variables révélés par l'audit auprès des patients. En effet, parmi les patients qui ne prennent pas leurs traitements le jour de l'HDJ, certains disent prendre leurs médicaments avant, d'autres après, mais l'attention doit être portée principalement sur les quatre patients qui ont déclaré ne pas prendre leur traitement le jour de l'HDJ. Même si les médicaments de ces patients n'ont pas été analysés, l'absence de certaines prises médicamenteuses pourrait entraîner le déséquilibre de pathologies.

Ensuite, les traitements des patients ne sont pas toujours connus par l'équipe soignante. Lorsqu'une administration est réalisée par une IDE, elle ne s'accompagne pas d'une prescription selon cinq IDE. L'obtention des ordonnances des patients pour l'administration figure d'ailleurs parmi les attentes les plus citées par les IDE. Ce problème est également mis en avant dans l'enquête patients puisqu'il a été remarqué l'absence d'apport d'ordonnances pour les trois quarts des patients.

Enfin, l'absence de traçabilité a été démontrée. Lorsque les IDE gèrent les TPP, cette activité n'est pas systématiquement tracée, rendant leur intervention difficilement identifiable au sein de l'établissement.

Les absences de prescription et de traçabilité peuvent exposer les soignants à une mise en cause de leur responsabilité en cas d'incident.

### 1.5. La nécessité d'une sécurisation des pratiques

Le constat d'administrations de TPP en HDJ souligne l'importance de leur prise en compte dans une démarche globale de sécurité médicamenteuse. Pour cela, il est utile de proposer des actions aboutissant à un processus sécurisé, standardisé et pratique. C'est d'ailleurs ce que les IDE ont mentionné dans leurs attentes. Ils souhaitent obtenir d'avantage d'informations concernant les prescriptions, davantage de traçabilité et un meilleur lien ville-hôpital.

Ces actions doivent respecter la réglementation en vigueur. Toutefois, il n'existe pas de texte réglementaire encadrant la gestion des traitements personnels spécifiquement dans le contexte de l'HDJ. Comme le dit le Code de la Santé Publique : *“les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet”* (57).

Pourtant, l'HDJ, et particulièrement en oncologie, présente des spécificités rendant difficile l'intégration des TPP à la PECM.

Afin de trouver des modèles de gestion de ces TPP en HDJ, une recherche documentaire a été menée. Cependant, celle-ci s'est montrée très limitée dans le contexte spécifique des HDJ. La réalisation de cette revue a été limitée par la spécificité du sujet qui repose davantage sur les aspects réglementaires et organisationnels du circuit du médicament que sur des données cliniques ou expérimentales. En effet, dans la littérature, les données retrouvées concernent surtout les erreurs médicamenteuses et l'auto-administration de traitements à modalité d'administration particulière en HDJ comme les antibiotiques injectables ou bien les corticoïdes inhalés.

De ce fait, elle ne permet pas d'aider à sécuriser nos pratiques dans ce cadre spécifique.

Toutefois, il est apparu que le PAAM, protocole proposé par la HAS pour l'auto-administration des médicaments par les patients, peut s'appliquer dans le cadre d'un HDJ itératif, ce qui est le cas en oncologie.

## **2. Évaluation de l'éligibilité au dispositif du PAAM**

Afin de proposer des actions concrètes, la question de l'éligibilité au dispositif du PAAM s'est donc posée.

L'objectif du protocole PAAM est de sécuriser et d'encadrer l'auto-administration tout en responsabilisant le patient.

La mise en place du PAAM au sein d'un service nécessite une prise en charge hospitalière sur l'ensemble des étapes du circuit du médicament : une prescription hospitalière, une dispensation par la PUI, un stockage sécurisé, une préparation par l'IDE ainsi qu'une traçabilité systématique.

Par ailleurs, l'analyse du guide rédigé par la HAS précise que le PAAM « n'est pas seulement de l'autogestion des traitements chroniques par le patient » (36). C'est également ce que dit l'OMEDIT Centre, dans son module de formation. Il rappelle que « l'auto-administration n'est pas l'autorisation d'utiliser le traitement personnel du patient » (77).

L'application de ce protocole de la HAS demande en plus, pour permettre l'auto-administration, une évaluation rigoureuse de l'éligibilité du patient avec détermination de son autonomie à l'aide d'un score prédéfini, un accompagnement des patients avec un temps d'éducation et avec, plus ou moins, l'élaboration d'un plan de prise. Trois niveaux d'autonomie sont définis dans le guide :

- le patient autonome dans la prise de ses traitements personnels ;
- le patient autonome mais seulement avec certains médicaments ou qui a besoin de l'aide d'un IDE ou bien d'un dispositif comme les piluliers ;
- le patient non autonome (36).

La principale limite identifiée à sa mise en place reste le temps réduit d'hospitalisation. D'autre part, un autre frein identifié est la nature des traitements. En effet, il s'agit de traitements personnels dont l'hétérogénéité constitue un facteur supplémentaire de complexité, d'autant plus que les médicaments concernés par une prise peuvent varier d'une hospitalisation à une autre.

De plus, ce protocole ne s'applique pas aux patients non autonomes. Or, l'audit a montré l'existence de patients non autonomes qui n'auraient donc pas la possibilité d'être inclus dans ce dispositif.

Toutefois, dans le contexte des HDJ en oncologie, il pourrait facilement être envisagé de mettre en place ce dispositif pour l'administration d'un médicament instauré dans le cadre de la prise en charge cancérologique. Par exemple, l'aprépitant, médicament indiqué dans la prévention des nausées et des vomissements dus à certaines chimiothérapies anticancéreuses. Cette thérapeutique

est prescrite sur le logiciel CHIMIO® et à prendre une heure avant la cure puis pendant deux jours après la cure. De plus, l'aprépitant est en dotation dans le service, ce qui pourrait faciliter son incorporation au dispositif PAAM. Cependant, la question se pose des bénéfices pour les soignants au vu du temps d'évaluation et d'accompagnement nécessaire sur un temps réduit d'HDJ.

Aussi, aucun retour d'expérience de sa mise en place dans des HDJ d'autres centres n'a été retrouvé. En effet, seul disponible, le retour d'expérience de l'HDJ Baudin à Limoges (78) montre que finalement le PAAM n'a pas pu être mis en place. Il a été mis en évidence des difficultés à sélectionner les patients autonomes ainsi que des difficultés d'implication de l'équipe.

Afin de compléter notre analyse, la HAS a été contactée mais nous sommes en attente d'un retour (pas de retour à ce jour, début septembre).

À l'inverse, le PAAM se développe davantage dans les hospitalisations de long séjour. C'est le cas par exemple du service de soins de suite locomoteurs et polyvalents du centre hospitalier de Valenciennes mais également à la clinique de Bondigoux (78, 79).

Bien que l'application du PAAM ne soit pas retenue, les actions d'amélioration et de sécurisation pourraient, en partie, se baser sur ses attentes.

### **3. Réflexions d'amélioration sur les différentes étapes du circuit du médicament**

Plusieurs réunions ont été organisées de manière pluriprofessionnelle impliquant des médecins oncologues, un cadre de santé, un pharmacien responsable du système de management et de la qualité et des IDE.

Ces réunions ont permis de partager les résultats de l'état des lieux patient et IDE, d'échanger sur les difficultés liées à la gestion des TPP, et d'identifier les leviers d'amélioration. Différentes actions sécurisant la prise en charge de ces traitements personnels ont ainsi été discutées.

### 3.1. Prescription

Conformément à la réglementation, tout traitement administré à l'hôpital doit faire l'objet d'une prescription par un médecin hospitalier (81).

Toutefois, plusieurs limites organisationnelles compliquent son application systématique :

- les consultations médicales ont lieu la veille de la cure ;
- les horaires de convocation des patients varient d'une cure à une autre et ne sont pas systématiquement connus par les médecins en amont ;
- le logiciel utilisé pour les cures de chimiothérapie, non interfacé avec le dossier patient informatisé, oblige le médecin à deux prescriptions dans deux logiciels différents ;
- avec un séjour différent à chaque cure, la prescription doit être réalisée à chaque cure.

Deux solutions ont été réfléchies :

- Proposition 1 : prescription des TPP en anticipé lors de chaque consultation pré-cure par le médecin référent. Cette prescription pourrait se limiter aux prises prévues durant l'HDJ.  
Cependant, il est difficile de savoir de façon anticipée pour le médecin si une prise médicamenteuse est prévue puisqu'il n'est jamais sûr de l'heure à laquelle le patient vient.
- Proposition 2 : prescription des TPP le jour de la cure par le médecin présent après qu'il ait connaissance qu'une prise est prévue.  
La principale limite est que le médecin présent physiquement au CCA n'est pas forcément le médecin référent du patient.

De plus, se pose la question du support utilisé pour la traçabilité de la prescription. Le DPI est le support le plus sécurisé.

L'étape de prescription semble être l'étape la plus difficile à sécuriser au vu des particularités organisationnelles citées ci-dessus.

Une solution alternative pratique évoquée lors des échanges est l'utilisation des ordonnances du patient rédigées par le médecin traitant et en cours de validité. Ces ordonnances pourraient être contresignées par le médecin hospitalier, attestant ainsi l'autorisation à poursuivre les traitements et être archivées dans les dossiers des patients. Une retranscription des traitements dans le dossier médical pourrait être également effectuée.

Dans tous les cas, les traitements à domicile doivent être connus par le médecin hospitalier. L'apport des ordonnances par les patients est indispensable.

De plus, pour permettre d'obtenir les informations sur les thérapeutiques, la place de la conciliation médicamenteuse d'entrée est évoquée.

### 3.2. Conciliation médicamenteuse et bilan de médication

D'après la synthèse de l'Institut National du Cancer sur la sécurisation médicamenteuse des patients traités par anticancéreux injectables en HDJ d'oncologie-hématologie, la conciliation médicamenteuse est une étape essentielle du parcours de soin des patients en cancérologie (82).

Son impact clinique et économique est en effet mis en avant dans le guide de conciliation des traitements médicamenteux de la HAS (65).

C'est pourquoi sa mise en place est une des pistes en réflexion puisqu'elle n'est actuellement pas réalisée de façon systématique. D'une part, elle permettrait d'obtenir les informations sur les traitements des patients, leur autonomie au domicile mais aussi sur leur adhésion. D'autre part, elle servirait de base pour la réalisation d'un bilan de médication afin notamment de détecter les potentielles interactions médicamenteuses avec les chimiothérapies.

Cependant, la conciliation médicamenteuse ne permet le recueil que pour un instant donné et peut rapidement devenir obsolète dans le temps.

Le principal frein à son déploiement est la disponibilité en ressources humaines. Il est prévu de réaliser une phase test sur un échantillon de patients.

### 3.3. Dispensation

Lors d'une hospitalisation, les TPP doivent être retirés et dispensés par la PUI, sauf en cas de mention contraire par le médecin. Cette mention doit être tracée dans le DPI (13).

En HDJ, la dotation en médicaments est souvent limitée et spécifique. Envisager de commander les médicaments à la PUI alourdirait la charge de travail des infirmiers, d'autant plus que tous les médicaments des patients ne sont pas au livret de l'établissement.

Suite aux différents échanges, il a été convenu en première intention d'utiliser les TPP. Pour le permettre, il est nécessaire de renforcer l'information patient afin qu'ils apportent leurs médicaments lorsqu'une prise est prévue pendant l'HDJ.

De plus, pour permettre leur vérification et leur administration au sein d'un HDJ, il est indispensable qu'ils restent identifiables.

Une traçabilité médicale de l'autorisation à utiliser les TPP dans le DPI sous forme de case à cocher est une piste envisagée pour permettre leurs utilisations.

En deuxième intention, en l'absence de médicaments apportés par le patient, une commande sur prescription médicale auprès de la PUI pourra être envisagée.

### 3.4. Administration

La réglementation montre que l'acte d'auto-administration est possible (14). Pour le permettre, plusieurs conditions doivent être respectées. Il est nécessaire que toute prise autonome soit évaluée, réévaluée et tracée (17). La réglementation indique également que le personnel infirmier doit vérifier l'identité du malade et les médicaments, au regard de la prescription médicale, avant toute administration (13).

En amont de l'HDJ, lors de la consultation, il est envisagé une évaluation de l'autonomie avec traçabilité dans le dossier patient. Le jour de l'HDJ, un processus est en cours d'élaboration, composé de différentes étapes :

- Interrogatoire à l'entrée afin de vérifier auprès du patient s'il a des médicaments à prendre.
- Vérification des traitements apportés.
- Vérification de l'adéquation aux ordonnances apportées.
- Vérification du degré d'autonomie du patient.

Enfin, l'administration des médicaments pourra s'effectuer soit par le patient s'il est autonome, soit par l'IDE si une aide est nécessaire.

En tenant compte de l'ensemble de ces réflexions et afin de standardiser les pratiques des IDE dans le service, un logigramme avec une conduite à tenir a été élaboré (Annexe 13).

### 3.5. Traçabilité de l'administration des TPP

L'arrêté du 31 mars 1999 indique que l'acte d'administration doit être enregistré sur un document conservé dans le dossier médical (13). Cela concerne le nom de la spécialité, la dose administrée ainsi que l'heure d'administration (13, 17).

Deux cas de figure se présentent :

- Le patient en autonomie : il a été réfléchi qu'une feuille avec les prises médicamenteuses pourra être complétée par le patient autonome. Cette feuille sera ensuite transmise à l'IDE qui pourra en faire la traçabilité dans le DPI.
- Le patient nécessitant l'aide de l'IDE : la prise devra être tracée dans le DPI à chaque administration par l'IDE.

### 3.6. Stockage

La réglementation indique que les patients peuvent disposer de leurs traitements personnels durant l'HDJ si le prescripteur a donné son accord (13).

Il est envisagé, dans un premier temps, un stockage des médicaments apportés en chambre dans les affaires personnelles des patients le temps de l'HDJ, sachant que la quasi-totalité des chambres sont individuelles. Le stockage devra s'adapter à chaque patient en prenant en compte leur compréhension, leur autonomie et leurs pathologies dans le but de limiter les risques. Une optimisation sera à envisager par la suite.

### 3.7. Sensibilisation des patients et de leurs aidants

Afin de permettre cette sécurisation des TPP, il est indispensable de sensibiliser les patients et leurs aidants. Les patients doivent apporter des médicaments identifiables ainsi que leurs ordonnances afin de mettre à la connaissance des médecins et des IDE leurs traitements. Sans cela, la gestion optimisée des TPP est impossible.

Pour cela, il faut sensibiliser les patients et leurs aidants lors des consultations pré-cures et lors des HDJ. Plusieurs actions de sensibilisation sont identifiées :

- une fiche d'information disponible dans leur classeur fourni pour leur prise en charge (annexe 12) ;
- une information supplémentaire dans le livret d'accueil des patients ;
- une affiche avec les informations importantes.

### 3.8. Lien hôpital-ville

Le décret du 20 juillet 2016 relatif à la lettre de liaison impose une transmission des informations d'hospitalisation entre l'hôpital et la ville (83).

Afin de renforcer le lien hôpital-ville en permettant la transmission des informations vers la ville, il est envisagé de tracer les administrations réalisées par les IDE dans le dossier personnel du patient.

## **4. Limites de l'étude**

Plusieurs limites liées à la méthodologie utilisée sont à noter et à prendre en considération pour l'analyse des résultats.

### **4.1. Principales limites concernant les questionnaires patients et IDE**

La principale limite identifiée concernant les questionnaires réside dans un potentiel biais de mesure.

En effet, pour l'étude menée auprès des patients, le choix a été fait d'orienter le formulaire de l'entretien directif davantage sur les comportements des patients que sur une quantification le jour de l'audit. Les résultats reposent donc essentiellement sur les dires des personnes questionnées, exposant à des oublis, omissions voire surestimations. Cette limite concerne également le questionnaire destiné aux IDE qui se base sur leurs propres déclarations.

Un biais de sélection peut également être relevé.

Au sujet de l'audit patient, la semaine retenue pour l'étude pourrait ne pas refléter l'ensemble des patients pris en charge au CCA. En effet, l'échantillon de l'étude ne représente qu'une petite partie de la cohorte de patients pris en charge au CCA.

Un biais de formulation est également envisageable.

En effet, la manière dont certaines questions des deux audits ont été rédigées a pu influencer les réponses des IDE et/ou des patients.

### **4.2. Principales limites concernant les BM**

Concernant les BM, bien que trois sources aient été mobilisées, il peut substituer des données manquantes, ce qui limite la fiabilité globale.

De plus, certaines données manquent de précision. En effet, les médicaments pris en si besoin ainsi que certaines prises médicamenteuses non définies n'ont pas été davantage explorés. Cela peut entraîner, par exemple, une sous-estimation des prises prévues en HDJ.

Enfin, il n'y a pas eu d'analyse approfondie de la concordance entre les réponses des patients aux entretiens et les informations récupérées dans les BM. Il n'a pas été vérifié si les dires des patients étaient en cohérence avec les BM obtenus.

### 4.3. Autres limites

D'autres limites peuvent être également énoncées.

L'analyse n'a pas été approfondie sur certains aspects car l'objectif principal était la réalisation d'un état des lieux.

C'est notamment le cas concernant l'adhésion thérapeutique des patients. Elle n'a pas été évaluée et mesurée pour les patients. Pourtant, cette adhésion peut avoir un impact sur l'acte d'auto-administration en HDJ.

C'est également le cas au sujet de l'analyse pharmaceutique. Les interactions médicamenteuses entre médicaments des BM et avec les thérapies anticancéreuses n'ont pas été recherchées.

Concernant la revue de littérature, certains mots-clés ont pu être omis pouvant être à l'origine de faux négatifs. Les pratiques à l'étranger n'ont pas été aussi davantage explorées considérant la réglementation non similaire à la France.

## **5. Perspectives**

Après la validation de toutes les étapes de PECM des TPP ainsi que l'élaboration d'une procédure spécifique au sein du service d'oncologie adulte, une évaluation sera à prévoir.

Un retour d'expérience des IDE du service, de la cadre du service, des oncologues mais aussi des patients sera effectué afin d'optimiser les problématiques éventuelles. Par la suite, ce modèle de gestion des TPP pourra s'étendre aux autres HDJ du centre hospitalier.

D'autre part, l'absence de réglementation et de recommandations spécifiques à ce type d'hospitalisation de courte durée rend difficile l'élaboration d'un processus de gestion des TPP en HDJ. Les réalités de terrain compliquent la mise en place de dispositifs comme le PAAM. Face à ces difficultés, il serait pertinent d'examiner les pratiques des autres centres hospitaliers.

Pour cela, la réalisation d'un audit régional et/ou national semble intéressante.

Il pourrait aussi être utile de se questionner sur l'élaboration d'un protocole national spécifique sur la gestion des TPP en HDJ. Ce protocole ainsi que la mutualisation des outils pourraient permettre d'harmoniser les pratiques et de renforcer la sécurisation de la PECM.

Enfin, une évolution des textes réglementaires en parallèle au développement de l'HDJ pourrait aider à mieux encadrer ces pratiques tout en tenant compte des réalités de terrain des établissements.





## **CONCLUSION**

Les audits combinés auprès des patients et des IDE ont permis de mettre en évidence l'administration de TPP lorsque les patients viennent pour l'administration d'anticancéreux injectables en HDJ.

La durée de présence en HDJ peut en effet avoir des répercussions sur des prises médicamenteuses programmées chez ces patients qui apparaissent polymédiqués.

Devant l'absence de formalisation de la gestion des TPP en HDJ au sein de l'établissement, ces audits ont mis en avant des pratiques très hétérogènes tant du côté des soignants que des patients.

En parallèle, l'absence de réglementation et recommandations spécifiques au contexte de l'hospitalisation de courte durée est également mise en avant. Ce contexte spécifique est très peu étudié dans la littérature, soulignant l'originalité de notre travail et son importance.

Le protocole PAAM récemment rédigé par la HAS pour permettre l'auto-administration ne permet pas l'autogestion complète des traitements chroniques et demande une implication hospitalière importante dans un contexte de temps limité.

Cet état des lieux est donc la première étape nécessaire pour la mise en place d'actions de sécurisation.

La PECM de ces TPP a été discutée de manière pluriprofessionnelle afin de sécuriser chaque étape du circuit du médicament. Plusieurs perspectives d'action ont été mises en avant. Après l'élaboration d'un processus de sécurisation de la gestion des TPP spécifique aux HDJ d'oncologie, une évaluation de sa mise en place sera réalisée et un élargissement aux autres HDJ de l'établissement pourra être envisagé.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Institut national du Cancer. Données globales d'épidémiologie des cancers [Internet]. 2024 [cité 8 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/statistiques-et-chiffres-sur-les-cancers/epidemiologie-des-cancers/donnees-globales>
2. Deckx L, van den Akker M, Metsemakers J, Knottnerus A, Schellevis F, Buntinx F. Chronic Diseases among Older Cancer Survivors. *J Cancer Epidemiol.* 2012;2012:206414.
3. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000023865866/2022-04-12/>
4. Direction générale de l'offre de soins. Qualité de la prise en charge médicamenteuse. Outils pour les établissements de santé [Internet]. 2022 [cité 14 janv 2025]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_qualite\\_de\\_la\\_prise\\_en\\_charge\\_medicamenteuse.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_qualite_de_la_prise_en_charge_medicamenteuse.pdf)
5. HAS. Certification des établissements de santé- Fiche pédagogique-Evaluation de la prise en charge médicamenteuse selon le référentiel de certification [Internet]. 2022 [cité 14 janv 2025]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche\\_pedagogique\\_pec\\_medicamenteuse.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_pec_medicamenteuse.pdf)
6. Guide « Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments » [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2025 [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_946211/fr/guide-outils-de-securisation-et-d-auto-evaluation-de-l-administration-des-medicaments](https://www.has-sante.fr/jcms/c_946211/fr/guide-outils-de-securisation-et-d-auto-evaluation-de-l-administration-des-medicaments)
7. Norme ISO 9000 version 2000. 2000.
8. Grissinger M. The Five Rights. *Pharm Ther.* oct 2010;35(10):542.
9. OMEDIT centre. Prévenir les erreurs médicamenteuses liées aux injections de potassium. « Never Event » POTASSIUM [Internet]. 2024 [cité 30 avr 2025]. Disponible sur: [https://www.omedit-centre.fr/Potassium\\_web\\_web/co/2\\_regle\\_des\\_5B.html](https://www.omedit-centre.fr/Potassium_web_web/co/2_regle_des_5B.html)
10. Article R5125-55 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 25 mai 2025]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006915239](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006915239)
11. Article L5121-5 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 25 mai 2025]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032906195](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032906195)
12. Article R5121-150 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 25 mai 2025]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043761864](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043761864)
13. Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000393107/>
14. Arrêté du 10 octobre 2022 modifiant l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046422300>
15. Circulaire n° DGOS/PF2/2012/72 [Internet]. févr 14, 2012. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-03/ste\\_20120003\\_0100\\_0037.pdf](https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-03/ste_20120003_0100_0037.pdf)

16. Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé [Internet]. 2010-1408 nov 12, 2010. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000023086417>
17. Haute Autorité de Santé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. 2025 [cité 19 févr 2025]; Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-01/referentiel\\_certification\\_es\\_qualite\\_des\\_soins\\_version\\_2025.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-01/referentiel_certification_es_qualite_des_soins_version_2025.pdf)
18. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 14 mai 2025]. Comprendre la certification pour la qualité des soins. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_411173/fr/comprendre-la-certification-pour-la-qualite-des-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/c_411173/fr/comprendre-la-certification-pour-la-qualite-des-soins)
19. CUBAYNES M hélène, NOURY D, DAHAN M, FALIP E. Le circuit du médicament à l'hôpital [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2011 [cité 27 mai 2025]. Disponible sur: [https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/files-spip/pdf/Circuit\\_du\\_medicament.pdf](https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/files-spip/pdf/Circuit_du_medicament.pdf)
20. Titre IV : Professions de préparateur en pharmacie et de préparateur en pharmacie hospitalière. (Articles L4241-1 à L4244-2) - Légifrance [Internet]. [cité 26 mai 2025]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155065/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155065/)
21. DGOS\_Michel.C, DGOS\_Michel.C. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 27 mai 2025]. Infirmier(ère) en soins généraux (IDE). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/le-repertoire-des-metiers-de-la-sante-et-de-l-autonomie-fonction-publique/soins/sousfamille/soins-infirmiers/metier/infirmier-ere-en-soins-generaux-ide>
22. DGOS\_Michel.C, DGOS\_Michel.C. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 27 mai 2025]. Aide-soignant(e). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/le-repertoire-des-metiers-de-la-sante-et-de-l-autonomie-fonction-publique/soins/sousfamille/assistance-aux-soins/metier/aide-soignant-e>
23. Bouchaud L, Bluze E, Dussart C, Massoubre B, Boulliat C. Le rôle du pharmacien en officine et en pharmacie hospitalière dans la prévention en santé publique en France. *Ann Pharm Fr.* 1 nov 2022;80(6):769-77.
24. CNOP [Internet]. [cité 15 juin 2025]. Sobriété des produits de santé : vers une nécessaire transition. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/la-revue/tous-pharmaciens-la-revue-n-26-novembre-2024/sobriete-des-produits-de-sante-vers-une-necessaire-transition?>
25. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg.* 1 févr 2007;5(1):57-65.
26. Foucault M. Naissance de la clinique. 1963.
27. Klein A. Contribution à l'histoire du « patient » contemporain. *Hist Médecine Santé* [Internet]. printemps 2012 [cité 21 févr 2025];1. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/hms/230#quotation>
28. Ordre National des Pharmaciens. Cahier thématique 13 : la pharmacie clinique [Internet]. 2018 [cité 9 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/mediatheque/fichiers/les-cahiers-thematiques/cahier-thematique-13-pharmacie-clinique>
29. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2025 [cité 29 mai 2025]. IQSS - e-Satis : mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2030354/fr/iqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2030354/fr/iqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises)

30. loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCATA000000889846>
31. Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Définitions: autonomie. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autonomie/6779>
32. Masson E. EM-Consulte. [cité 21 févr 2025]. Qu'est-ce que l'autonomie du patient? Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1094876/qu-est-ce-que-l-autonomie-du-patient>
33. Jones MC, MacGillivray S, Kroll T, Zohoor AR, Connaghan J. A thematic analysis of the conceptualisation of self-care, self-management and self-management support in the long-term conditions management literature. *J Nurs Healthc Chronic Illn.* 2011;3(3):174-85.
34. Richard AA, Shea K. Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *J Nurs Scholarsh.* 2011;43(3):255-64.
35. McLeod M, Ahmed Z, Barber N, Franklin BD. A national survey of inpatient medication systems in English NHS hospitals. *BMC Health Serv Res.* 27 févr 2014;14:93.
36. HAS. Guide: Le patient en auto- administration de ses médicaments en cours d'hospitalisation (PAAM) [Internet]. 2025 [cité 1 janv 2025]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/\\_spa\\_187\\_paam\\_version\\_longue\\_cd\\_vd.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/_spa_187_paam_version_longue_cd_vd.pdf)
37. Demarez V. Partage d'un point de vue avec un soignant sur la gestion des traitements personnels des patients [Internet]. Journée régionale: prise en charge médicamenteuse à l'hôpital, comment gérer le traitement du patient? (AP-HP/OMEDIT); 2014 nov 7 [cité 21 févr 2025]; Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris. Disponible sur: <https://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/2016/02/Point-de-vue-du-soignant-Hop-Henri-Mondor.pdf>
38. De Courcel P. Le traitement personnel du patient, point de vue du patient [Internet]. Journée régionale: prise en charge médicamenteuse à l'hôpital, comment gérer le traitement du patient? (AP-HP/OMEDIT); 2014 nov 7 [cité 21 févr 2025]; Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris. Disponible sur: <https://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/2016/02/Point-de-vue-du-patient-Representant-des-usagers.pdf>
39. Fiche de bon usage sur la gestion des traitements personnels des patients hospitalisés [Internet]. OMEDIT Région centre; 2011 [cité 2 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.omedit-centre.fr/medias/Gestion-traitements-personnels-patients-hospitalises.pdf>
40. Société Française de Pharmacie Clinique. Fiche mémo: préconisations pour la pratique de la conciliation des traitements médicamenteux. 2015.
41. HAS. Rapport d'expérimentation sur la mise en oeuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français. 2015.
42. Article L1142-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. 2009 [cité 8 juin 2025]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000020628252](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020628252)
43. Article L6122-13 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 20 juin 2025]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043499510](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043499510)
44. Article L5421-8 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 20 juin 2025]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000048703358](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000048703358)
45. Article 1240 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 20 juin 2025]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006437044/1804-02-17](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006437044/1804-02-17)
46. CNOP [Internet]. 2022 [cité 20 juin 2025]. Les chambres de discipline. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/l-ordre/les-missions/les-chambres-de-discipline>

47. Bourret R, Vialla F, Martinez É, Terral A. Les fondements des responsabilités juridiques du pharmacien des établissements publics de santé. *Droit Déontologie Soins*. 1 mars 2015;15(1):32-50.
48. Bleanonu G, Despinoy M. Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté [Internet]. 1974 [cité 25 févr 2025]. (*Science de l'Homme*). Disponible sur: <https://www.edenlivres.fr/p/469128?f=pdf>
49. Henri B. Le temps des hôpitaux de jour. *PSY-CAUSE*. 1998;(11-12):70-9.
50. ATIH. Chiffres clés de l'hospitalisation en 2019 [Internet]. 2019 [cité 25 févr 2025]. Disponible sur: [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih\\_chiffres\\_cles\\_hospitalisation\\_2019.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_hospitalisation_2019.pdf)
51. APMnews - Le nombre de séjours en ambulatoire a augmenté de plus de 20% en 2021 (infographies) [Internet]. [cité 25 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.apmnews.com/freestory/10/389303/le-nombre-de-sejours-en-ambulatoire-a-augmente-de-plus-de-20--en-2021-%28infographies%29>
52. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Etudes et résultats: en 2018, le nombre de places en hospitalisation à temps partiel progresse à un rythme soutenu [Internet]. 2019 [cité 4 mars 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1130.pdf>
53. ATIH. Chiffres clés de l'hospitalisation en 2023 [Internet]. 2023 [cité 25 févr 2025]. Disponible sur: <https://chiffres-cles.scansante.fr/pdf/ATIH-chiffres-cles-2023.pdf>
54. Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022, un engagement collectif, dossier de presse [Internet]. 2018 [cité 29 juin 2025]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_pages\\_vdef\\_.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf)
55. Ministère des solidarités et de la santé. Ségur de la sante - Les conclusions, dossier de presse [Internet]. 2020 [cité 29 juin 2025]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_-\\_conclusions\\_segur\\_de\\_la\\_sante.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf)
56. Ministère de la santé publique et de la population. Circulaire Chenot relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. [Internet]. Circulaire mars 15, 1960. Disponible sur: [https://bdoc.ofdt.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=21540](https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=21540)
57. Article D6124-301-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 25 févr 2025]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000026305664/2021-05-14](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000026305664/2021-05-14)
58. Article R6121-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 25 févr 2025]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000022072779](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022072779)
59. Dictionnaire médical [Internet]. [cité 25 févr 2025]. Définition de « Ambulatoire ». Disponible sur: <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/589-ambulatoire/>
60. DGOS\_Michel.C, DGOS\_Michel.C. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 9 juill 2025]. Parcours de santé, de soins et de vie. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
61. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Etude portant sur 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. 2011.

62. Isigi SS, Parsa AD, Alasqah I, Mahmud I, Kabir R. Predisposing Factors of Nosocomial Infections in Hospitalized Patients in the United Kingdom: Systematic Review. *JMIR Public Health Surveill.* 19 déc 2023;9(1):e43743.
63. Richardson B, Preskitt J, Lichliter W, Peschka S, Carmack S, de Prisco G, et al. The effect of multidisciplinary teams for rectal cancer on delivery of care and patient outcome: has the use of multidisciplinary teams for rectal cancer affected the utilization of available resources, proportion of patients meeting the standard of care, and does this translate into changes in patient outcome? *Am J Surg.* janv 2016;211(1):46-52.
64. Hôpital de jour (HDJ) : principes et perspectives [Internet]. EM Produits de santé. 2024 [cité 25 févr 2025]. Disponible sur: <https://emfps.fr/hopital-de-jour-principes-et-perspectives/>
65. Darrason M, Zelek L. 6. La médecine personnalisée en cancérologie : vers une complexification des stratégies thérapeutiques ? In: *Le cancer : un regard sociologique* [Internet]. La Découverte; 2018 [cité 29 mai 2025]. p. 87-104. Disponible sur: <https://stm-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/le-cancer-un-regard-sociologique--9782707195784-page-87>
66. HAS, Institut national du Cancer. Guide sur la conciliation des traitements médicamenteux en cancérologie. 2019.
67. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 8 juin 2025]. Gestion des effets indésirables du traitement du cancer - Hématologie et oncologie. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/hematologie-et-oncologie/principes-therapeutiques-en-oncologie/gestion-des-effets-indesirables-du-traitement-du-cancer>
68. NCCN [Internet]. [cité 29 mai 2025]. Supportive Care. Disponible sur: [https://www.nccn.org/guidelines/category\\_3](https://www.nccn.org/guidelines/category_3)
69. Cancer : la prise en charge médicale, sociale et psychologique | Fondation ARC pour la recherche sur le cancer [Internet]. [cité 29 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-la-prise-en-charge-medicale-sociale-psychologique>
70. ANSM [Internet]. [cité 10 août 2025]. Never events. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/documents/referance/never-events>
71. Girault É. Analyse Globale des Risques appliquée au processus de préparation des cytotoxiques injectables en milieu hospitalier. 2018 [cité 8 juin 2025]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02147071/file/GIRAULTElise.pdf>
72. Légifrance - Le service public de la diffusion du droit [Internet]. [cité 15 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
73. SFPC. Fiche mémo: préconisations pour la pratique de la conciliation des traitements médicamenteux [Internet]. 2015 [cité 17 avr 2025]. Disponible sur: <https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/FicheMemoConciliationMedicamentouseSFPC.pdf>
74. Ripoch P, Moine Picard C, Guilhaumou S, Rui B, Bardin C, Boudou-Rouquette P, et al. Évaluation de la prise de médicaments en autonomie par les patients en hôpital de jour d'oncologie. *Pharm Clin.* 1 juin 2024;59(2):e128-9.
75. EPSM Caen. Protocole de sécurisation de la PECM pour les patients adultes admis en HDJ [Internet]. [cité 1 août 2025]. Disponible sur: <https://www.omedit-normandie.fr/media-files/34139/4-mo-pecm-019-securisation-de-la-pecm-des-patients-adultes-en-hdj-juillet-2022.pdf>
76. Masson E. EM-Consulte. 2017 [cité 29 août 2025]. Évaluation de la polymédication des patients âgés atteints de cancers bronchiques. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1214965/evaluation-de-la-polymedication-des-patients-ages->

77. OMEDIT Centre. Le PAAM ! - Patient en Auto-Administration de ses Médicaments, module de formation [Internet]. 2022 [cité 15 mai 2025]. Disponible sur: [https://www.omedit-centre.fr/PAAM/co/module\\_Opale\\_1.html](https://www.omedit-centre.fr/PAAM/co/module_Opale_1.html)
78. OMEDIT Nouvelle-Aquitaine Guadeloupe Guyane. Patient en auto- administration de ses médicaments, organisation PAAM, HDJ BAUDIN 87 (HDJ/SMR) [Internet]. Poster présenté à; 2024 [cité 10 août 2025]. Disponible sur: <https://www.omedit-nag.fr/sites/default/files/public/2024-03/POSTERS%20PAAM%20-%20CAS%20.pdf>
79. Syndicat National des Pharmaciens des Etablissements Publics de Santé [Internet]. [cité 24 août 2025]. Mise en place du PAAM (Patient en auto-administration de ses médicaments) : Premiers retours d'expérience patients. Disponible sur: <http://mediatheque.synprefh.cyim.com/mediatheque/media.aspx?mediaId=241548&channel=23854>
80. Vanhaecke M, Hennion-Coussemaq M, Dervaux B, Accaoui P, Pruvost A, Ferret L, et al. Évaluation d'une pratique d'auto-administration médicamenteuse mise en place dans un service de rééducation. *Ann Pharm Fr.* 1 mars 2024;82(2):329-41.
81. Article R5132-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 18 août 2025]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041579588/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041579588/)
82. Institut National du Cancer. Sécurisation médicamenteuse des patients traités par anticancéreux injectables en hôpital de jour d'oncologie-hématologie [Internet]. 2024 [cité 20 août 2025]. Disponible sur: [https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/2025/02/SYNTSECUMED25\\_Synthese\\_securisation\\_medicamenteuse.pdf](https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/2025/02/SYNTSECUMED25_Synthese_securisation_medicamenteuse.pdf)
83. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. 2016-995 juill 20, 2016.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Attestation de déclaration Health Data Hub



demarches-simplifiees.fr

Attestation de dépôt

Enregistrement d'une étude réalisée sous Méthodologie de référence 004  
(MR004)

Ce document atteste que CENTRE GERMON ET GAUTHIER - BEUVRY a déposé le 14 janvier 2025 un dossier sur la démarche « Enregistrement d'une étude réalisée sous Méthodologie de référence 004 (MR004) ».

### Identité du demandeur

Dénomination : CENTRE GERMON ET GAUTHIER - BEUVRY  
SIRET : 26620929500010  
Adresse électronique : mverlay@ch-lens.fr

### Dossier

Numéro de dossier : 21831453  
Dossier déposé le : 14 janvier 2025  
État du dossier : en cours d'instruction par l'administration

### Service administratif

Service : Health Data Hub, Health Data Hub  
Adresse postale : 9 rue Pitard 75015 Paris  
Adresse électronique de contact : accesteam@indsante.fr  
Téléphone : 0145184390

Fait le 10 avril 2025,  
La direction de demarches-simplifiees.fr

## Annexe 2 : Attestation de conformité MR004

# CNIL.

3 Place de Fontenay - 75334 PARIS Cedex 07  
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00  
www.cnil.fr

DUPLICATA DE RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À  
UNE MÉTHODOLOGIE DE  
RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

**2211789 v 0**

du 20-02-2019

Monsieur MACKOWIAK Edmond  
CENTRE HOSPITALIER GERMON ET GAUTHIER  
27 RUE DELBECQUE  
62408 BÉTHUNE

### À LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).

### Organisme déclarant

Nom : CENTRE HOSPITALIER GERMON ET GAUTHIER

Service : DIRECTION

Adresse : 27 RUE DELBECQUE

Code postal : 62408

Ville : BÉTHUNE

N° SIREN ou SIRET :

266209295 00010

Code NAF ou APE :

8610Z

Tél. : 03.21.61.45.60

Fax. : 03.21.61.45.68

### Traitement déclaré

Finalité : MR4 - Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 20-02-2019  
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN  
Présidente

Duplicata émis le 12 mars 2019

## Annexe 3 : Note d'information destinée au patient



### NOTE D'INFORMATION DESTINEE AU PATIENT

#### **Enquête sur la gestion des traitements personnels en hôpital de jour d'oncologie adulte**

Responsable du traitement de données : CH de Béthune-Beuvry

Investigateur : NOTTEAU Corentin, interne en pharmacie

Directeur de thèse : Docteur Valentine FOULON, Pharmacien

Madame, Monsieur,

Vous êtes suivis au sein du service de chimiothérapie ambulatoire (CCA) du Centre Hospitalier de Béthune-Beuvry en hôpital de jour (HDJ) pour la prise en charge de votre cancer. Nous vous sollicitons pour participer à une étude intitulée : **Enquête sur la gestion des traitements personnels en HDJ d'oncologie adulte** menée par le Centre Hospitalier de Béthune-Beuvry.

Ce travail entre dans le cadre de la thèse en pharmacie de Corentin Notteau, interne en pharmacie hospitalière, réalisée sous la direction du Docteur Valentine FOULON au Centre Hospitalier de Béthune-Beuvry.

Avant de prendre une décision, il est important que vous lisiez attentivement cette notice qui vous apportera les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles aux personnes en charge de l'étude. Bien évidemment la participation à cette recherche est entièrement volontaire et vous avez le droit de vous opposer à y participer, sachez que cela n'aura aucun impact. Nous respectons votre décision et en aucun cas nous ne voulons vous convaincre d'en changer.

**Enfin, vous pouvez vous retirer de l'étude à n'importe quel moment sans avoir à vous justifier.**

#### **Objectif de la recherche**

Dans une démarche d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse et l'accompagnement des patients tout au long du parcours de soin, l'objectif est de réaliser un état des lieux sur la prise des traitements personnels au cours des hôpitaux de jour d'oncologie.

Cela permettra de mettre en évidence des axes d'amélioration concernant la gestion des traitements personnels en HDJ.

#### **Déroulement de la recherche**

Un questionnaire à remplir vous est mis à disposition. Les informations recueillies concernent les traitements à domicile/personnels, la gestion à domicile, votre pharmacie de ville, la gestion en HDJ, la durée passée en HDJ ainsi que le type de cure. Ce questionnaire est à retourner à la personne responsable vous ayant expliqué cette étude.

Votre pharmacie de ville sera également jointe afin de compléter et/ou confirmer votre liste de traitements.

Si besoin, vous pouvez recevoir un appel téléphonique si des informations complémentaires sont nécessaires.

### **Informations relatives au traitement de vos données**

Le responsable de traitement est le Centre Hospitalier de Béthune-Beuvry, dont le siège est situé 27 rue Delbecque 62408 Béthune, représenté par son directeur général en exercice. La base juridique du traitement de données est la mission d'intérêt public.

Les données collectées seront vos réponses au questionnaire et/ou appel téléphonique. Les destinataires des données recueillies dans le cadre de l'étude sont le personnel de recherche de votre hôpital, l'interne en charge de la recherche, le directeur de mémoire et le statisticien. **Tous sont soumis au secret médical.**

Vos données ne font pas l'objet d'un transfert en dehors de l'Union Européenne. Elles seront conservées jusqu'à la publication des résultats de la recherche puis archivées conformément au droit en vigueur.

### **Vos droits**

**Vous êtes libre de refuser l'utilisation des données vous concernant dans le cadre de cette étude.**

Conformément au droit en vigueur (le Règlement Général sur la Protection des Données et la loi n°2018-493 du 20 juin 2018), vous disposez de droits sur les données personnelles vous concernant, à savoir :


- **Un droit d'accès** : vous avez le droit à l'accès et à la communication des données collectées et traitées vous concernant à tout moment.
- **Un droit de rectification** : vous pouvez demander la rectification des données inexactes et l'effacement des données obsolètes.
- **Un droit à la limitation du traitement de vos données** : vous pouvez demander la limitation des traitements de vos données, dans les limites du droit applicable.
- **Un droit d'opposition**.

Pour exercer vos droits, vous pouvez contacter l'interne en charge de l'étude qui connaît votre identité (Corentin NOTTEAU, à l'adresse [cnotteau@ch-bethune.fr](mailto:cnotteau@ch-bethune.fr) ou par téléphone au 03.21.64.42.35, ou le docteur Valentine Foulon, [vfoulon@ch-bethune.fr](mailto:vfoulon@ch-bethune.fr) ou au 03.21.64.42.35) ou le délégué à la protection des données (DPD) du responsable de traitement par courriel à l'adresse [dpo@ght-artois.fr](mailto:dpo@ght-artois.fr) ou par téléphone au 03.21.69.77.53.

Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés ou que le dispositif de contrôle d'accès n'est pas conforme aux règles de protection des données, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés sur le site internet de la CNIL <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> ou par courrier à l'adresse suivante : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Nous vous remercions pour votre participation à cette étude et vous rappelons que **vous pouvez vous retirer de l'étude à tout moment sans subir le moindre préjudice, ni la moindre conséquence sur votre prise en charge, quel que soit le motif et sans avoir à vous justifier.**

**Corentin NOTTEAU**  
Interne, service de la pharmacie

Signature 

**Dr Valentine FOULON**  
Le Directeur de thèse



## Annexe 4 : Questionnaire IDE



### Entretien semi-directif pour les soignants du CCA.

### Audit sur la gestion des traitements personnels en

### Hôpital de jour d'oncologie adulte.



Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

ID : \_\_-\_\_/\_

(Initiales nom-prénom / numéro d'inclusion)

Fonction: .....

Dans le cadre de la thèse de Monsieur Notteau Corentin, interne en pharmacie, une enquête est réalisée au sein du CCA. Celle-ci porte sur la gestion du traitement personnel des patients. Dans ce contexte, cet entretien vous est proposé, un grand merci pour le temps accordé!

Vous êtes libre de participer ou non à l'étude.

1. Quel(s) message(s) donnez-vous aux patients venant en HDJ concernant leur traitement personnel?

2. Êtes-vous informés lorsque les patients prennent leur traitement ?

Si oui, par quel moyen ?

3. Êtes-vous déjà intervenu(e)s auprès d'un patient pour l'aider à prendre son traitement?

Si oui, à quelle fréquence ?

Si oui, quel type de traitement ?

Dénomination/spécialité	Forme	Dosage


Si oui, aviez-vous une prescription en regard?

4. Concernant la prise de ces traitements, quelle traçabilité faites-vous dans le dossier du patient?



5. Avez-vous déjà fait une commande de médicaments à la pharmacie pour un traitement personnel d'un patient?

Si oui, à quelle fréquence ?

6. Quels patients selon-vous seraient plus susceptibles d'être en difficulté sur sa prise de traitement?

7. Quelles seraient vos attentes en matière de gestion du traitement personnel au CCA afin d'optimiser et sécuriser au mieux la prise en charge des patients ?

## Annexe 5 : Questionnaire patients

	<b>QUESTIONNAIRE</b> <b>Audit sur la gestion des traitements personnels en</b> <b>Hôpital de jour d'oncologie adulte.</b>	
Date : __/__/____	ID : __-__/____ <small>(initiales nom-prénom / numéro d'inclusion)</small>	Date de naissance: __/____ <small>(mois/année)</small>
<b>Vous avez accepté de participer à l'étude intitulée « Enquête sur la gestion des traitements personnels en Hôpital de jour d'oncologie adulte ».</b> Un grand merci pour votre participation ! Le temps de remplissage de ce questionnaire est estimé à 10-20 minutes. Veuillez cocher les items qui vous correspondent ou écrire si nécessaire :		
<p><b>1. Prenez-vous des médicaments à votre domicile ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0 médicament <input type="checkbox"/> entre 1 et 5 <input type="checkbox"/> entre 6 et 10 <input type="checkbox"/> &gt; 20 médicaments</p> <p><b>Si pas de médicament, il n'est pas nécessaire de répondre aux questions suivantes</b></p>		
<p><b>2. Qui s'occupe (préparation et administration) de vos médicaments à votre domicile ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vous-même <input type="checkbox"/> Conjoint/conjointe <input type="checkbox"/> Infirmière à domicile (Nom/prénom: ..... Ville: .....) <input type="checkbox"/> Autre : Précisez .....</p>		
<p><b>3. Quelle est votre organisation concernant vos médicaments ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Les médicaments restent dans leurs boîtes <input type="checkbox"/> Un pilulier est réalisé <input type="checkbox"/> Autre : .....</p>		
<p><b>4. Si des prises médicamenteuses sont prévues pendant que vous êtes en chimio, avez-vous déjà ramené vos médicaments le jour de votre chimiothérapie ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>		
<p><b>5. SI OUI à la question 4, avez-vous pris (administration) vos médicaments durant l'HDJ ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>		
<p><b>6. SI OUI à la question 5, l'avez-vous transmis à l'équipe soignante ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>		
<p><b>7. SI OUI à la question 5, avez-vous déjà sollicité une infirmière pour vous aider à prendre les médicaments ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>		
<p><b>8. SI NON à la question 4, que faites-vous le jour de votre chimiothérapie avec votre traitement ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> La venue pour ma cure de chimiothérapie ne modifie pas mon quotidien concernant mes médicaments <input type="checkbox"/> Je prends mes traitements avant de me rendre en cure de chimiothérapie <input type="checkbox"/> Je prends mes traitements après ma cure de chimiothérapie <input type="checkbox"/> Je ne prends pas mes médicaments le jour de chimiothérapie <input type="checkbox"/> Autre raison : .....</p>		
<p><b>9. Prenez-vous, avec vous, vos ordonnances le jour de votre chimiothérapie ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>		
<p><b>10. A combien de temps estimez-vous le temps passé hors de votre domicile le jour de la chimiothérapie (temps de cure + temps de trajet) ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> &lt; 1 heure <input type="checkbox"/> Entre 1 et 2 heures <input type="checkbox"/> Entre 2 et 4 heures <input type="checkbox"/> Entre 4 et 6 heures <input type="checkbox"/> &gt;6 heures</p>		



## Annexe 6 : Exemple d'archivage de BM dans le DPI

**Bilan Médicamenteux** dans le cadre de l'"enquête sur la gestion des traitements personnels en hôpital de jour d'oncologie adulte" le 20/01/2025 au CCA

### TAD:

- INNOHEP® 11000UI/jour
- Amiodarone 200mg (1-0-0)
- Bisoprolol 2.5mg (1-0-0)
- Lansoprazole 15mg (1-0-0)
- KEPBRA® (Lévétiracétam) 250mg (1-0-1)
- AERIUS® (desloratadine) 5mg (0-0-1)
- Acide folique 5mg (1-0-1)

### Traitement de support cure:

- XGEVA® 120mg (1 inj/4 semaines)
- EMLA PATCH® (Lidocaïne/prilocaine) (1h avant)
- Bain de bouche, bicarbonate de sodium (3/jour)
- Glycerol 15% + Vaseline 8% + paraffine 2% (2/jour)
- Lopéramide 2mg (si besoin)
- PRIMPERAN® 10mg (si besoin)
- EMEND 125mg J1 puis 80mg J2 et J3
- SMECTA® (3/jour)
- Méthylprednisolone 50mg (1-0-0) (les 2 jours suivant cure)
- ZARZIO® 30mUI (avant cure)
- CREON 25000UI (1-1-1) du 03 au 17/01/25 puis EUROBIOL® 25 000UI (1-1-1) depuis le 17/01

BM réalisé le 06/02/2025

Sources: ordonnances avec délivrances le 17/01/25, le 23/12/24 et le 13/01/25, patient, conjoint, lettre consultation cure 17/01, pharmacie

### Gestion au domicile :

Préparation par le patient.  
Pilulier non réalisé.

## Annexe 7 : Tableau des réponses aux entretiens des IDE

Question posée	Réponses retranscrites	Réponses par IDE nommé de A à G (coché = a répondu)							TOTAL (/7)
		A	B	C	D	E	F	G	
Quel message donnez-vous aux patients venant en HDJ concernant leur traitement personnel ?	Les patients doivent ramener leur traitement personnel	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	5
	Traitement personnel non disponible en HDJ				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			2
	Les patients doivent venir avec leurs ordonnances							<input checked="" type="checkbox"/>	1
	Pas de message donné		<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	2
Êtes-vous au courant lorsque les patients prennent leur traitement ?	<b>Non</b>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	5
	Rarement							<input checked="" type="checkbox"/>	1
	Quelquefois		<input checked="" type="checkbox"/>						1
Si oui par quel moyen ?	Le patient demande s'il peut prendre son traitement		<input checked="" type="checkbox"/>						1
	Le patient mentionne qu'il a un traitement à prendre							<input checked="" type="checkbox"/>	1
Êtes-vous déjà intervenu(e)s auprès d'un patient pour l'aider à prendre son traitement ?	Oui	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	7
Si oui, à quelle fréquence ?	Au moins 1 fois/semaine	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			4
	Au moins 1 fois/mois		<input checked="" type="checkbox"/>						1
	Aléatoire	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
Si oui, quel type de traitement ?	Insulines	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	7
	Anticoagulants				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
	LOVENOX®		<input checked="" type="checkbox"/>						1
	HBPM	<input checked="" type="checkbox"/>							1
	INNOHEP®			<input checked="" type="checkbox"/>					1
	ELIQUIS®						<input checked="" type="checkbox"/>		1
	Antalgiques		<input checked="" type="checkbox"/>						1
	Morphiniques			<input checked="" type="checkbox"/>					1
	Antihypertenseur			<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>	2
	Injectables	<input checked="" type="checkbox"/>							1
Forme galénique non adaptée				<input checked="" type="checkbox"/>				1	
Si oui, aviez-vous une prescription en regard ?	<b>Non</b>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5
	Carnet de suivi de prise pour les insulines	<input checked="" type="checkbox"/>							1
	Cela dépend des patients	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>				1
Concernant la prise de ces traitements, quelle traçabilité faites-vous dans le dossier du patient ?	Tracer sur le carnet de suivi des prises du patient (insulines)	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5
	<b>Pas systématique</b>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5
	Dans le DPI	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3

Question posée	Réponses retranscrites	Réponses par IDE nommé de A à G (coché = a répondu)							TOTAL (/7)
		A	B	C	D	E	F	G	
<b>Avez-vous déjà fait une commande de médicaments à la pharmacie pour un traitement personnel d'un patient?</b>	Traitement d'une pathologie aiguë et/ou instauration de traitement avec prescription		X	X	X				3
	Traitement non ramené par patient <b>et sans prescription</b>	X				X			2
	Traitement non ramené par patient et avec prescription							X	1
	Non						X		
<b>Si oui, à quelle fréquence?</b>	Jamais						X		1
	Rare	X	X			X		X	4
	Quelques fois/an			X					1
	Très aléatoire				X				1
<b>Quels patients selon vous seraient plus susceptibles d'être en difficulté sur leurs prises de traitement?</b>	Non autonome	X	X	X		X	X		5
	Avec des troubles cognitifs	X			X		X		3
	Avec un âge avancé					X	X	X	3
	Avec un diabète						X		1
	Perdu suite à l'annonce de sa maladie				X				1
	Ayant besoin d'être rassuré						X		1
<b>Quelles seraient vos attentes en matière de gestion du traitement personnel au CCA afin d'optimiser et sécuriser au mieux la prise en charge des patients ?</b>	Informations sur les traitements personnels davantage indiquées dans les dossiers patients (classeur de prise en charge)		X	X	X	X	X		5
	Garder les ordonnances pour avoir une référence			X	X			X	3
	A la première cure, demander de ramener les ordonnances et les médicaments à chaque HDJ	X				X			2
	Une meilleure traçabilité pour reconnaître les actes (de plus en plus d'injection à réaliser)					X			1
	Retranscrire les informations dans le dernier courrier						X		1
	Insérer les traitements personnels du patient dans le document de lien ville-hôpital						X		1

## Annexe 8 : Tableau des différents protocoles suivis par les patients de l'étude

Spécialité	Protocole de cure	Durée du protocole	n patients
<b>Gastro-entérologie</b>	ATEZOLIZUMAB	40 min	2
	ATEZOLIZUMAB - BEVACIZUMAB	1h50	2
	BEVACIZUMAB / AVASTIN®	40min	2
	CISPLATINE - GEMCITABINE	2h05	1
	DURVALUMAB – CISPLATINE - GEMCITABINE	2h15	1
	FOLFIRI	3h15	3
	FOLFIRI - AVASTIN	3h50	1
	FOLFIRINOX	4h50	4
	FOLFOX	3h10	3
	FOLFOX - AVASTIN	4h20	2
	FOLFOX - NIVOLUMAB	4h20	2
	GEMCITABINE / GEMZAR®	1h05	3
	IRINOTECAN / CAMPTO®	2h05	1
	LV5FU2	2h25	4
	LV5FU2 - AVASTIN	3h30	1
TRASTUZUMAB – DERUXTECAN / ENHERTU®	2h05	1	
<b>Pneumologie</b>	CARBOPLATINE - NAVELBINE	3h	1
	CEMIPLIMAB	40min	2
	DURVALUMAB	1h10	2
	DURVALUMAB – CARBOPLATINE - ETOPOSIDE	4h20	1
	GEMCITABINE / GEMZAR®	1h05	2
	NIVOLUMAB	40min	1
	PEMBROLIZUMAB	40min	1
	PEMBROLIZUMAB – PEMETREXED / ALIMTA®	1h45	8
	PEMBROLIZUMAB – CARBOPLATINE - ALIMTA	3h35	1
TAXOL	3h20	3	
<b>Gynécologie</b>	CISPLATINE	3h10	1
	PERTUZUMAB - TRASTUZUMAB	2h50	1
	TAXOL	3h20	1
	TAXOL - TRASTUZUMAB	3h00	1
	TAXOTERE	1h50	1
	TRASTUZUMAB	1h50	1
	TRASTUZUMAB – DERUXTECAN / ENHERTU®	2h20	1

## Annexe 9 : Tableau de réponses aux questionnaires patients

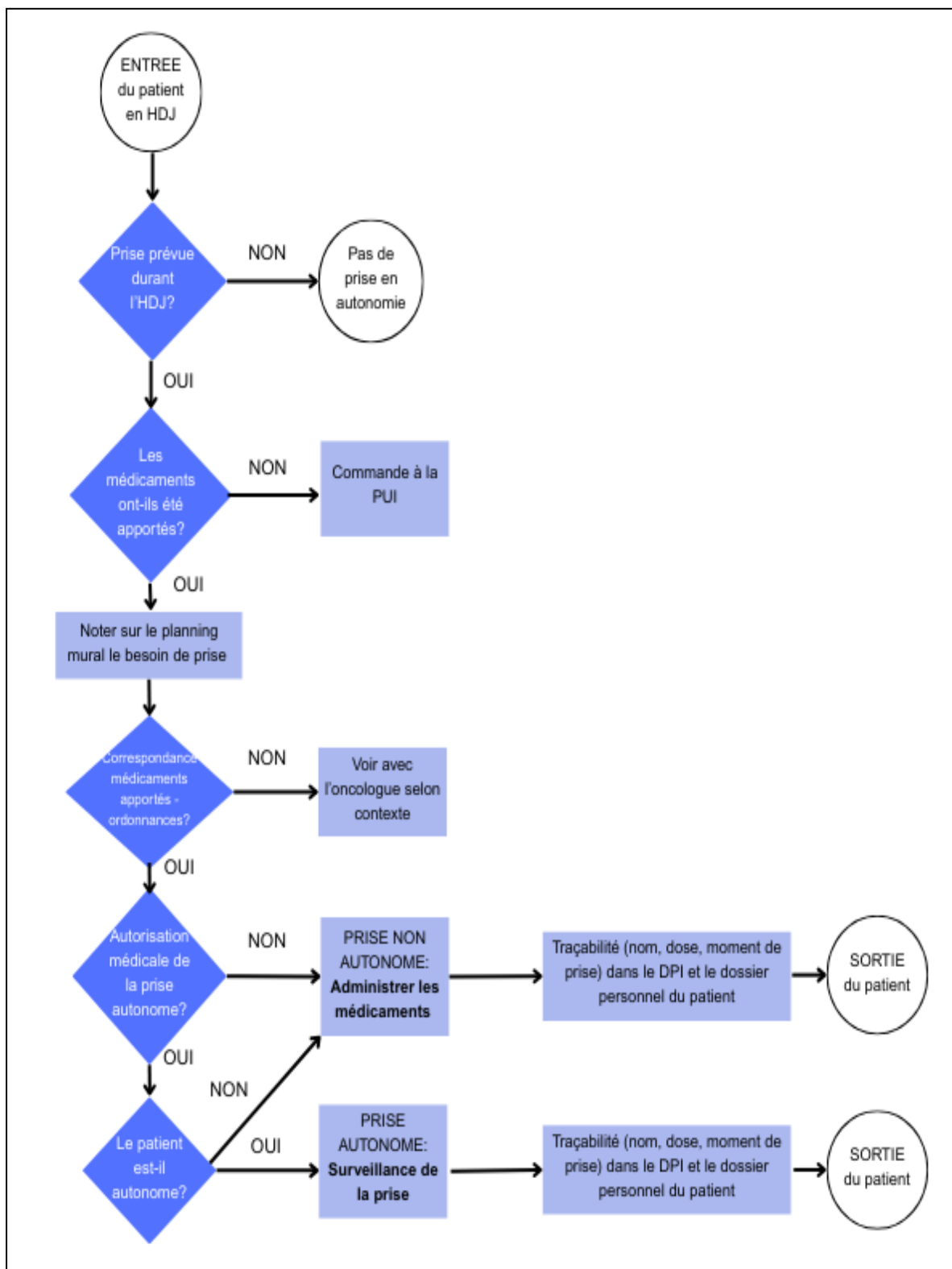
Réponses au questionnaire		<i>n (p)</i> <i>μ (min ; max)</i>
<b>• Prenez-vous des médicaments à votre domicile ?</b>		
	0	2 (3,2 %)
	1-5	27 (43,6 %)
	6-10	24 (38,7 %)
	>10	9 (14,5 %)
<b>• Qui s'occupe (préparation et administration) de vos médicaments chez vous ?</b>		
	Patient lui-même	46 (76,7 %)
	Conjoint(e) uniquement	5 (8,3 %)
	IDE	9 (15,0 %)
<b>• Quelle est votre organisation concernant vos médicaments ?</b>		
	Les médicaments restent dans leurs boîtes	38 (63,3 %)
	Pilulier	22 (36,7 %)
<b>• Si des prises médicamenteuses sont prévues pendant que vous êtes en chimio, avez-vous déjà ramené vos médicaments le jour de votre chimiothérapie ?</b>		
	Oui	16 (26,7 %)
	Non	44 (73,3 %)
<b>• Avez-vous pris (administration) vos médicaments durant l'HDJ ?</b>		
	Oui	15 (25,0 %)
	Non	45 (75,0 %)
<b>• L'avez-vous transmis à l'équipe soignante?</b>		
	Oui	6 (10,0 %)
	Non	10 (16,7 %)
	Non concerné	44 (73,3 %)
<b>• Avez-vous déjà sollicité une infirmière pour vous aider à prendre les médicaments?</b>		
	Oui	0 (0,0 %)
	Non	16 (26,7 %)
	Non concerné	44 (73,3 %)
<b>• Si vous n'apportez pas vos médicaments, que faites vous le jour de votre chimiothérapie avec votre traitement ?</b>		
	La venue pour ma cure de chimiothérapie ne modifie pas mon quotidien concernant mes médicaments	19 (43,2 %)
	Je prends mes traitements avant de me rendre en cure	19 (43,2 %)
	Je prends mes traitements après ma cure de chimiothérapie	2 (4,5 %)
	Je ne prends pas mes médicaments le jour de chimiothérapie	4 (9,0 %)
	Autre raison	0 (0,0 %)
<b>• Prenez-vous, avec vous, vos ordonnances le jour de votre chimiothérapie?</b>		
	Oui	15 (25,0 %)
	Non	45 (75,0 %)
<b>• A combien de temps estimez-vous le temps passé hors de votre domicile le jour de la chimiothérapie (temps de cure + temps de trajet) ?</b>		
	Entre 1 et 2 heures	5 (8,3 %)
	Entre 2 et 4 heures	30 (50,0%)
	Entre 4 et 6 heures	19 (31,7%)
	> 6 heures	6 (10,0 %)
<b>• Connaissez-vous les noms et les moments de prise de vos médicaments ?</b>		
	Oui	38 (63,3 %)
	Non	22 (36,7 %)

## Annexe 10 : Tableau des classes médicamenteuses retrouvées dans les BM

CLASSE ATC	SOUS-CLASSE ATC	Nombre de lignes	TOTAL / classe
A: Système digestif et métabolisme	A01: Préparations stomatologiques	5	201
	<b>A02: Médicaments des troubles de l'acidité</b>	32	
	A03: Médicaments des désordres fonctionnels gastro-intestinaux	8	
	<b>A04: Antiémétiques et antinauséux</b>	53	
	A06: Médicaments de la constipation	24	
	A07: Antidiarrhéiques, anti-inflammatoires et anti-infectieux intestinaux	14	
	A09: Médicament de la digestion	6	
	A10: Médicaments du diabète	29	
	A11: Vitamines	15	
	A12: Suppléments minéraux	15	
B: Sang et organes hématopoïétiques	<b>B01: Antithrombotiques</b>	38	59
	B03: Préparations antianémiques	21	
C: Système cardio-vasculaire	C01: Médicaments en cardiologie	5	109
	C02: Antihypertenseurs	2	
	C03: Diurétiques	15	
	C05: Vasculoprotecteurs	1	
	C07: Béta-bloquants	25	
	C08: Inhibiteurs calciques	6	
	C09: Médicaments agissant sur le système Rénine Angiotensine	29	
	C10: Hypolipémiants	26	
D: Dermatologie	D01: Antifongiques à usage dermatologique	2	17
	D02: Emollients et protecteurs	7	
	D06: Antibiotiques et chimiothérapies à usage dermatologique	3	
	D07: Corticoïdes, préparations dermatologiques	3	
	D08: Antiseptiques et désinfectants	1	
G: Système génito-urinaire et hormones sexuelles	G04: Médicaments urologiques	8	8
H: Hormones systémiques, à l'exclusion des hormones sexuelles et des insulines	H02: Corticoïdes à usage systémique	21	36
	H03: Médicaments de la thyroïde	15	
L: Antinéoplasiques et agents immunomodulants	L01: Antinéoplasiques	1	21
	L02: Thérapeutique endocrine	3	
	L03: Immunostimulants	17	
M: Système musculo-squelettique	M02: Topiques pour douleur articulaire ou musculaire	3	10
	M04: antigoutteux	5	
	M05: Médicaments pour le traitement des désordres osseux	2	
N: Système nerveux	N01: Anesthésiques	10	111
	<b>N02: Analgésiques</b>	57	
	N03: Antiépileptiques	2	
	N05: Psycholeptiques	26	
	N06: Psychoanaleptiques	12	
R: Système respiratoire	N07: Autres médicaments du système nerveux	4	30
	R03: Médicaments pour les symptômes obstructifs des voies aériennes	26	
S: Organes sensoriels	R06: Antihistaminiques à usage systémique	4	4
	S01: Médicaments ophtalmologiques	4	



## Annexe 13 : Logigramme envisagé de gestion des TPP au CCA



**Nom : NOTTEAU Prénom : Corentin**

**Titre de la thèse : Gestion du traitement personnel en hôpital de jour d'oncologie adulte : du constat aux perspectives d'action**

**Mots-clés :** prise en charge médicamenteuse du patient, circuit pharmaceutique, autonomie, traitement personnel/chronique/à domicile, hôpital de jour, oncologie, état des lieux, auto-administration, sécurisation

---

**Résumé :**

**Contexte :** En hôpital de jour (HDJ) d'oncologie, la prise en charge médicamenteuse (PECM) est centrée sur la gestion des traitements anticancéreux. Cependant, le patient en oncologie est souvent porteur de pathologies chroniques dont les traitements au long cours sont indispensables. Actuellement, cette gestion des traitements personnels des patients (TPP) n'est pas formalisée au sein de ces HDJ de notre établissement.

**Objectifs :** Réaliser un état des lieux sur la gestion des TPP en HDJ d'oncologie adulte afin de proposer des actions d'amélioration pour sécuriser leur prise en charge.

**Matériel et méthodes :** Dans un premier temps, une revue de la littérature et une recherche des textes réglementaires spécifiques aux TPP en HDJ ont été réalisés. Dans un second temps, un état des lieux local a été mené selon deux axes : un audit des infirmiers du service sous forme d'entretien semi-directifs ainsi qu'un état des lieux auprès d'un échantillon de patients composé d'entretiens directifs, de l'élaboration des bilans médicamenteux et de l'estimation des prises potentielles des TPP pendant l'étude.

Toutes les données ont été analysées sous forme de statistiques descriptives sur le logiciel Excel® (version 2013, Microsoft, Redmond, Washington, Etats-Unis).

**Résultats :** Ce sujet est très peu décrit dans la littérature. Il a été constaté également l'absence de réglementation et recommandations spécifiques au contexte d'HDJ.

L'audit auprès des 7 IDE révèle qu'ils sont tous déjà intervenus auprès d'un patient pour l'administration de médicaments. La prescription en regard n'est pas systématique. Les pratiques sont aussi hétérogènes notamment sur la communication auprès des patients et la traçabilité de l'administration.

Concernant l'état des lieux auprès des patients, sur les 60 patients inclus, 15 ont indiqué s'être déjà administré un traitement en HDJ en autonomie et 6 en informe l'IDE. Parmi les patients qui ne prennent pas leurs traitements le jour de l'HDJ, 43,2 % disent prendre leurs médicaments avant, 4,6 % après et quatre patients ont déclaré ne pas prendre leur traitement le jour de l'HDJ.

Concernant les bilans médicamenteux, les patients ont en moyenne 10 médicaments. Ces derniers présentent une grande diversité : certains sont administrés de manière systématique (chez 59 patients), d'autres en cas de besoin (chez 49 patients). La majorité des TPP sont à prendre par voie orale (81,0 %), 8,0 % par voie injectable. Environ 50,0 % des patients avaient un moment de prise programmé pendant les heures d'ouverture (le midi).

Enfin, l'estimation réalisée à partir de l'heure d'arrivée des patients pendant la semaine d'audit, de la durée des protocoles et des plans de prise des patients a montré que 26,7 % des patients audités avaient théoriquement au moins une prise de médicament systématique à prendre.

**Discussion/conclusion :** Des administrations de TPP sont réalisées en l'absence de procédure structurée. Les pratiques observées demeurent hétérogènes et ne répondent pas aux exigences de sécurité. Il est donc nécessaire de sécuriser la gestion des TPP en HDJ. Cet état des lieux est le point de départ permettant la réflexion autour d'un plan d'action sur l'ensemble des étapes du circuit du médicament.

**Membres du jury :**

**Président :**

**Monsieur le Docteur DINE Thierry**, Professeur des universités, Université de Lille – Praticien Hospitalier, Groupe Hospitalier de Loos Haubourdin

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur FOULON Valentine**, Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier de Béthune-Beuvry

**Asseseurs :**

**Madame le Docteur HENRY Héloïse**, Maître de conférences des universités, Université de Lille - Praticien Hospitalier, CHU de Lille

**Membre extérieur :**

**Madame le Docteur DESCAMPS Aurélie**, Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier de Lens – Centre Hospitalier de La Bassée.