

EHESP

Master II Administration de la Santé

Parcours :

**ANALYSE et MANAGEMENT des
ORGANISATIONS de SANTÉ**

(AMOS-Paris)

Promotion : **2022 - 2023**

Date du Jury : **Septembre**

EMPOWERMENT DU PATIENT

FREINS ET LEVIERS

Expérience du PAAM

Patient en Auto Administration Médicamenteuse

Catherine VOLLET

Directrice de mémoire :

Karine FLAHAUT

AVERTISSEMENT

Les mémoires des étudiants du Master 2 AMOS-Paris, sont des travaux réalisés au cours de leur formation. Ils ne constituent donc pas nécessairement des modèles. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'EHESP.

Remerciements

Je souhaite remercier avant tout, ma directrice de mémoire, Karine FLAHAUT, directrice de l'amélioration continue du Centre Hospitalier de Dieppe, pour tout le temps qu'elle a consacré à m'apporter les conseils indispensables à la conduite de cette recherche.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'EHESP de Paris et les intervenants responsables de ma formation en MASTER 2 : Analyse et Management des Organisations de Santé. L'enseignement de qualité dispensé, a représenté pour moi une profonde satisfaction intellectuelle.

Je remercie les professionnels du service de soins médicaux et de réadaptations du Centre Hospitalier de Dieppe, pour leur accueil, leur attention et leur investissement dans ce projet.

Je remercie Madame MECHIN pharmacien du Centre Hospitalier de Dieppe, pour sa disponibilité et son investissement.

Je remercie la direction pour son engagement et son soutien.

Je remercie également toute l'équipe de la direction de l'amélioration continue, mes collègues qui m'ont encouragé dans cette formation.

Et enfin, je remercie, mon mari et mes enfants pour avoir fait que cette année se passe le mieux possible.

Sommaire

Introduction	1
1 EMPOWERMENT DU PATIENT FACE À SON TRAITEMENT MÉDICAL.....	3
1.1 EMPOWERMENT	3
1.1.1 Définitions	3
1.1.2 Modèles d'empowerment	4
1.1.3 L'empowerment à travers trois champs de diffusion	5
1.1.4 La notion de l'empowerment dans le champ de l'intervention sociale.....	6
1.2 MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE EN ETABLISSEMENT DE SANTE	10
1.2.1 Management de la prise en charge médicamenteuse par la qualité	10
1.2.2 Gestion des risques de la prise en charge médicamenteuse	15
1.2.3 Le PAAM Patient en auto administration médicamenteuse	23
2 ÉTUDE DE TERRAIN	27
2.1 Choix du terrain.....	27
2.2 Objectifs de l'enquête.....	27
2.3 Choix du type d'enquête.....	27
2.4 Population ciblée.....	28
2.4.1 Présentation des personnes auditées	28
2.5 Méthodologie de l'enquête de terrain	29
2.5.1 Mise en œuvre de l'enquête	29
2.5.2 Restitution des données.....	31
2.5.3 Discussion des résultats.....	44
3 PRÉCONISATION.....	49
Conclusion	53
Bibliographie	55
Liste des annexes	I
Annexes.....	II

Ps : mettre à jour via la touche F9

Liste des sigles utilisés

CDU	Commission Des Usagers
CME	Commission Médicale d'Établissement
CQPM	Commission de la Qualité de la Prise en charge Médicamenteuse
DAC	Direction de l'Amélioration Continue
DPA-PC	Développement du Pouvoir d'Agir des Personnes et des Collectifs
EI	Évènement Indésirable
EIAS	Évènement Indésirable Associé aux Soins
EIGS	Évènement Indésirable Grave associé aux Soins
EM	Erreur Médicamenteuse
EMIR	Effets indésirables des Médicaments Incidences et Risques
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IDEC	Infirmier Diplômé d'État de Coordination
IPA	Infirmier en Pratiques Avancées
PAAM	Patient en Auto Administration Médicamenteuse
PECM	Prise en charge Médicamenteuse
QGR	Qualité Gestion des Risques

Introduction

Dans un souci d'améliorer la santé de la population et d'améliorer la qualité des soins et des services délivrés par le système de santé, une des voies prometteuses est l'engagement des patients. Rappelons-le, il y a 21 ans, le 04 mars 2002 était publiée la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette loi avait pour but de répondre aux attentes des malades, de définir le rôle des professionnels de santé et d'améliorer les droits des patients. Elle a induit un changement dans les pratiques professionnelles et permis au patient de se positionner comme acteur de la santé. Depuis, la place du patient a évolué et il est devenu un partenaire actif de la relation de soins. On retrouve d'ailleurs dans la littérature, l'expérience du « Montreal model » où le patient est considéré comme un soignant et un membre de l'équipe de soins.

Le 10 Octobre 2022, le Ministère de la santé et de la prévention, publie un arrêté qui permet au patient hospitalisé après évaluation médicale, de s'auto administrer son traitement s'il le souhaite. Cet arrêté décrit une évolution de la loi du 06 Avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Cette loi qui est récente, peu connue des professionnels de santé, induit une augmentation du pouvoir d'agir du patient et des équipes soignantes.

Le processus de la prise en charge médicamenteuse est un processus à risque d'évènements indésirables médicamenteux pouvant être graves, il fait parti des critères impératifs d'évaluation par la Haute Autorité de Santé.

Pourquoi avoir donné au patient ce pouvoir d'agir, qui va bouleverser les pratiques des soignants ? Le patient acteur dans son auto administration, peut-il améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse en établissement de soins ?

Quels vont être les leviers et les freins de la part des professionnels de santé pour accompagner l'empowerment du patient dans son auto administration médicamenteuse ?

Ce mémoire propose d'étudier la mise en œuvre du Patient en Auto Administration Médicamenteuse dans un service de soins médicaux et de réadaptation.

Dans une première partie, je propose de présenter les différentes notions et champs de diffusion de l'empowerment. Je m'appui sur la définition de Yann LE BOSSÉ pour qui l'empowerment est « le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités » (Jouffray, 2018). Je fais également référence dans cette partie, à la législation qui encadre le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et la déclaration des évènements indésirables associés aux soins. Dans la deuxième partie, ils seront confrontés à la réalité du terrain, à travers l'expérience des professionnels et des patients afin de faire des préconisations pour permettre une évolution des droits du patient à travers le Patient en Auto Administration Médicamenteuse.

1 EMPOWERMENT DU PATIENT FACE À SON TRAITEMENT MÉDICAL

1.1 EMPOWERMENT

1.1.1 Définitions

Depuis les années 1990, la littérature anglaise propose différentes définitions de l'empowerment. Ce dernier articule deux dimensions, celle du pouvoir qui constitue la racine du mot « empower » et celle du processus d'apprentissage pour y accéder. Il peut désigner autant un état, qu'un processus. Cet état et ce processus sont à la fois individuels, collectifs, et sociaux ou politiques. S'il fallait traduire ce terme littéralement en français, cela donnerait : un processus d'acquisition (*em*) d'un pouvoir (*power*) qui aboutit à un résultat. Il n'existe pas de termes français qui rendent compte de l'ensemble de ces dimensions ce qui explique la difficulté de sa traduction et l'intérêt qu'éveille cette notion pour le public.

Le processus d'empowerment, consiste à favoriser le développement des capacités et des personnes qui sont supposées manquer de compétences nécessaires à une autre prise en charge. Pour certains, ce processus est un processus individuel qui appartient au modèle néolibéral et décrit des carences. Pour d'autres, il a une visée émancipatrice de groupes qui sont considérés comme des opprimés en référence à un idéal de justice sociale et doit transformer l'ordre social pour rétablir une plus grande égalité et redonner du pouvoir aux personnes en situation d'exclusion. Dans ce cas le processus d'empowerment est principalement collectif et renvoi à ce que Yann LE BOSSE appelle « l'hypothèse du grand soir qui revient à penser que c'est la société qu'il faut changer ». Pour Yann LE BOSSE l'empowerment est « un processus par lequel les personnes accèdent ensemble ou séparément à une plus grande possibilité d'agir de manière efficiente sur ce qui est important pour elle-même, leurs proches ou la collectivité à laquelle elles s'identifient » (Jouffray, 2018).

Au Québec c'est souvent le terme « affiliation » ou les formules « pouvoirs d'agir » et parfois « puissances d'agir » qui sont mobilisées. Les termes autonomisation, émancipation ou capacitation, qui indiquent bien un processus ne font cependant pas référence à la notion de « pouvoir » qui constitue la racine du mot « empowerment » (BACQUÉ et al., 2021) .

Les expressions « pouvoir d'agir » ou « pouvoir d'action » ne rendent quant à elle pas compte du processus pour arriver à ce résultat et à sa dimension collective. Ainsi dans le texte français de la déclaration et du programme d'action de la quatrième conférence mondiale sur les femmes de l'ONU en 1995 à Pékin, empowerment est traduit par « pouvoir

d'action », alors qu'en 2000, dans le texte du troisième objectif du millénaire pour le développement, il est traduit par « autonomisation ».

Selon Julian RAPPAPORT, l'empowerment est facile à définir par son absence : « manque de pouvoir, réel ou imaginé, intégration du sentiment d'impuissance, aliénation, perte du sentiment de contrôle de sa propre vie. Il est plus difficile de le définir positivement parce qu'il prend différentes formes selon les personnes et les contextes .Il s'agit avant tout d'une approche fondée sur l'action » (BACQUÉ et al., 2021).

1.1.2 Modèles d'empowerment

Marie Hélène BACQUÉ et Carole BIEWENER ont dégagé trois idéaux types qui constituent les modèles théoriques permettant de situer les pôles du débat et ses enjeux afin de dresser une cartographie de la mobilisation de la notion d'empowerment.

A) Le modèle radical

Un modèle issu des théories de Paolo FREIRE vise la transformation sociale pour davantage de justice et de redistribution.

« Les enjeux de l'empowerment sont la reconnaissance des groupes pour mettre fin à leur stigmatisation, l'autodétermination, la redistribution des ressources et les droits politiques. L'objectif d'émancipation individuelle et collective débouche sur un projet de transformation sociale qui, dans les approches les plus radicales, repose sur une remise en cause du système capitaliste. Schématiquement cette conception de l'empowerment prend son sens dans une chaîne d'équivalence qui lie les notions de justice, de redistribution, de changement social, de conscientisation et de pouvoir, celui-ci étant exercé par ceux d'en bas » (BACQUÉ et al., 2021).

B) Le modèle libéral

Parfois qualifié de socio libéral, le modèle libéral articule la défense des libertés individuelles et la prise en compte des conditions socio-économiques et politiques de l'exercice du pouvoir sans pour autant interroger les inégalités sociales. L'empowerment prend place dans une chaîne d'équivalences aux côtés des notions d'égalités d'opportunités, de lutte contre la pauvreté, de bonne gouvernance, d'autonomisation et de capacité de choix.

C) Le modèle néolibéral

Le modèle néolibéral invite les personnes en situation de pauvreté à activer leur capacité individuelle pour s'intégrer à nouveau dans le monde du travail et dans l'économie du marché. Dans le modèle néolibéral, la notion d'empowerment y est mobilisée dans une logique de gestion de pauvreté et des inégalités, pour permettre aux individus d'exercer

leurs capacités individuelles et de prendre des décisions « rationnelles » dans un contexte d'économie de marché.

1.1.3 L'empowerment à travers trois champs de diffusion

Marie Hélène BACQUÉ et Carole BIEWENER ont fait une analyse à partir de nombreux écrits issus de textes et d'entretiens auprès de professionnels, d'hommes politiques, administratifs et académiques, qui ont contribué à la diffusion et la théorisation de la démarche d'empowerment. Cette recherche analytique, s'est appuyée sur la littérature francophone et anglophone dans les archives du New York Times de 1960 à 2005. De cette analyse en ressort trois champs de diffusion qui mettent en lumière le spectre et les évolutions de l'empowerment.

A) Intervention sociale

Dès les années 1970, la notion d'empowerment est utilisée par les professionnels pour reconfigurer les pratiques. Le champ d'intervention sociale, représente une des premières théorisations et systématisations de la notion et illustre la façon dont elle est instrumentalisée dans les temps pour devenir une technique de travail social.

B) Développement international en faveur des femmes

Parallèlement à sa diffusion dans le domaine social en Amérique du Nord dans les années 1970, la notion d'empowerment est également utilisée par les femmes au sein d'organisations non gouvernementales ou bénévoles pour défendre une approche alternative aux modes conventionnels du développement centrée sur l'émancipation des femmes. La notion d'empowerment nourrie par des courants critiques émanant à l'échelle internationale de femmes économistes, universitaires et professionnelles, émerge dans les pays du Sud comme au Nord pour décrire une approche alternative du développement et la période d'internationalisation. Ainsi, sont retrouvées dans les discours dès 1980 des dimensions comme : « l'empowerment des femmes passe par une réflexion et un processus de décision collectifs. Les paramètres en sont la construction d'une image positive de soi, la confiance en soi, le développement d'une capacité à penser de façon critique, la construction de la cohésion du groupe dans l'action, une participation égalitaire dans le processus de construction du changement social, l'encouragement à l'action collective pour la transformation de la société et les moyens nécessaires à l'indépendance économique » (BACQUÉ et al., 2021) . .

Selon Srilatha BATLIWALA, pour transformer la société « *l'empowerment des femmes doit devenir une force politique, c'est-à-dire un mouvement de masse mobilisé qui conteste et transforme les structures existantes* » (BACQUÉ et al., 2021).

C) Politique urbaines et économiques

Au tournant du XXI^e siècle, fin des années 1990, le langage d'empowerment commence à être mobilisé dans d'autres perspectives que celles du genre, la banque mondiale notamment l'utilise en relation avec ses objectifs de bonne gouvernance, de réduction de la pauvreté et de développement économique. L'idée commence à s'imposer que le bon fonctionnement du marché dépendrait des conditions institutionnelles et sociales. La notion d'empowerment se transforme et se normalise pour participer à l'émergence d'un nouveau vocabulaire du développement. Le terme empowerment apparaît dans les programmes de micro finances et dans la littérature politico administrative. Cette remise en cause des politiques est marquée par la diffusion d'une nouvelle rhétorique selon laquelle la croissance économique et la réduction de la pauvreté dépendraient de la capacité des états, de la participation des citoyens, de l'existence de réseaux sociaux, de la cohésion et de l'inclusion sociale. Ainsi, permettre aux pauvres l'accès au travail, au marché et au « pouvoir de participation et de négociation » pour qu'ils puissent se sortir eux-mêmes de la pauvreté, devenir autonomes et responsables, contribueraient à la croissance économique.

1.1.4 La notion de l'empowerment dans le champ de l'intervention sociale

Sous le terme intervention sociale, sont entendues des formes diverses d'assistance, d'encadrement d'actions sanitaires et d'animations qui vont du travail social individuel au développement social en incluant des démarches plus militantes de mobilisations de citoyens. En France, la notion d'empowerment est particulièrement envisagée et explorée dans sa dimension collective. On lui fait dire tout et son contraire : cela va « d'inciter les habitants à se prendre en mains, lutter pour transformer eux-mêmes les conditions de vie dans leurs environnements », en passant par le fait de permettre aux habitants de se regrouper pour améliorer leurs conditions de vie. Dans la première acceptation, cette façon de penser l'empowerment nie l'oppression structurelle et fait poser le fardeau du changement sur les épaules des individus. Pour Marc-Henry SOULET, le succès de la notion d'empowerment dans l'intervention sociale, s'inscrirait dans cette logique de la responsabilisation : il s'agirait de mobiliser et soutenir l'utilisateur « pour qu'il engage ses propres ressources afin de développer des initiatives et d'élaborer un projet de vie » (Jouffray, 2018). Alors que Yann LE BOSSE, lui traduit l'empowerment en français par « le Développement du Pouvoir d'Agir des Personnes et des Collectifs (DPA-PC) ». Il s'agit donc d'un processus de la personne ou d'un collectif qui permet d'accéder à davantage de possibilité d'agir sur ce qui est important pour eux.

A) Transformer les pratiques professionnelles

La littérature du travail social est vaste et les interprétations de l'empowerment ne sont pas uniformes. Les démarches d'empowerment sont décrites comme des processus qui articulent plusieurs dimensions ou étapes qui passent par la redéfinition de la relation du travailleur social et de l'utilisateur. Trois dimensions d'empowerment se distinguent et sont plus ou moins mobilisées. La dimension individuelle permet à chaque individu de développer une « conscience critique » et sa capacité d'agir. Cette dimension passe par la construction d'une image positive de soi, par l'acquisition de connaissances et de compétences favorisant une compréhension critique de son environnement, par le développement de ressources individuelles et par l'élaboration de stratégies pour atteindre des objectifs personnels et collectifs. La dimension interpersonnelle, organisationnelle ou collective désigne le développement de la capacité d'« agir avec » et d'« agir sur » et la dimension politique ou sociale où se pose la question de la transformation de la société dans son ensemble, au travers de l'action collective.

Pour Lorraine GUTIÉRREZ, la combinaison de ces trois dimensions est constitutive de la démarche même d'empowerment. « *Le but n'est pas de faire face à ou de s'adapter au problème, mais de développer sa capacité à changer la situation et de prendre une part active à la résolution du problème* » (BACQUÉ et al., 2021).

La relation du travailleur social à son « client » est au centre de la démarche d'empowerment. Elle repose sur une « collaboration », une « alliance » dans une « réciprocité d'efforts, d'idées, de ressources et de respect ». L'utilisateur devient un acteur engagé dans un processus personnel et interpersonnel de construction du pouvoir d'agir qui nécessite capacité de prise d'initiative et estime de soi. Le rôle des praticiens s'en trouve redéfini. Le travailleur social, n'est plus ni « bienfaiteur » ni « libérateur ». Il est décrit par plusieurs images dont celles du « facilitateur », « partenaire » ou « mobilisateur de ressources ». Il facilite le processus d'empowerment « en aidant les usagers à mettre en relation leurs différentes expériences avec les facteurs structurels afin de développer une conscience sociale ». La notion d'empowerment sert ici un projet de transformation des pratiques professionnelles qui prend en compte les conditions sociales et repose sur les dynamiques individuelles et collectives, dans une chaîne d'équivalences qui articule prise de conscience, capacitation, estime de soi, réciprocité entre client et travailleur social, travail collectif. Au cours des années, cette chaîne tend à se réduire aux notions de capacitation, estime de soi, auto-détermination, auto-contrôle, pouvoir, réciprocité entre client, usager et travailleur social, pour décrire un projet avant tout centré sur la responsabilité des individus.

B) Empowerment et psychologie communautaire

C'est dans les écrits de Julian RAPPAPORT, psychologue clinicien et professeur de psychologie, que naît le terme empowerment dans la littérature de la psychologie communautaire. La psychologie communautaire, comme le travail social, cherche à se dégager d'une approche individuelle. Elle met en avant les causes structurelles des maladies mentales liées aux inégalités et aux formes de dominations qui traversent la société et entend développer des relations plus égalitaires entre professionnels et usagers. Il s'agit dans la santé mentale, comme pour le travail social, de reconnaître la compétence des usagers ; patients, et de transformer de ce fait les services de santé et de trouver des alternatives à l'hospitalisation. Ici, la démarche d'empowerment appelle à reconsidérer le rapport du « patient » au professionnel où la nature des relations entretenues entre « l'aidant » et « l'aidé » peut contribuer à perpétuer l'ordre et la hiérarchie sociale ou au contraire à les mettre en cause. Plutôt que d'attaquer les victimes, il convient de montrer l'influence des facteurs sociaux et environnementaux et de mettre en lumière les compétences, la volonté, les capacités des individus au lieu de leurs faiblesses, leurs maladies ou les facteurs de risques. Il s'agit de passer d'un travail sur un « patient » à une collaboration avec un « usager expert ». C'est ici le rapport à la science médicale et aux savoirs qui est en jeu. Si les problèmes sociaux nécessitent le recours aux experts, qui peuvent apporter techniques et ressources, les non experts peuvent aussi ouvrir de nouvelles voies, proposer des solutions qui leur permettront d'être maître de leur propre vie et de lui donner du sens. Deux modes de savoir complémentaires sont ainsi mobilisés : celui, théorique et technique, des professionnels, et celui des patients, fondé sur l'expérience. Les professionnels mettent leur savoir au service des individus et des groupes avec lesquels ils travaillent. Ainsi Julian RAPPAPORT relate l'expérience de professionnels. Ceux-ci apprennent des patients mentaux chroniques qui n'ont pas la connaissance médicale, que les médicaments prescrits avaient un meilleur effet sur leur pathologie (BACQUÉ et al., 2021).

La prise en compte des usagers ou des patients comme acteurs, ainsi que leurs savoirs d'usage, appelle à reconnaître les différences de normes et de comportements et donc à les accepter tels quels. Le rapport au savoir constitue une forme de pouvoir. Or dans la démarche d'empowerment, le travail social reste une relation établie par des professionnels, le plus souvent à leur initiative. C'est pour cette raison qu'une partie du mouvement communautaire refuse aujourd'hui d'utiliser la notion d'empowerment car « le pouvoir ne se donne pas, il se prend » (BACQUÉ et al., 2021).

C) L'Empowerment et le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs

Yann LE BOSSE entend la notion d'empowerment comme « le pouvoir d'agir des personnes et des collectivités ». Pour lui il s'agit d'un processus avec l'idée de « mouvement » d'une personne ou d'un collectif qui permet d'accéder à davantage de possibilité d'agir sur ce qui est important pour eux. Le terme « pouvoir » dans l'approche DPA-PC est entendu comme avoir « la possibilité de », ou « permettre » c'est-à-dire de créer des conditions pour que l'action soit possible. Il ne s'agit pas de puissance ou de capacité mais de possibilité. Quant au terme « agir », il s'entend ici comme « faire quelque chose » seul ou collectivement afin de sortir de l'impuissance par rapport à ce qu'on souhaite et ce à quoi on tient. L'approche DPA-PC s'appuie sur une conception philosophique des rapports humains et privilégie l'action comme levier du changement avec un préalable qui est la construction du problème avec les personnes les plus concernées. Cette démarche consiste à travailler avec les personnes concernées sur ce qui est important pour elles afin que leur situation s'améliore. La conduite du changement qui caractérise l'approche DPA-PC repose sur quatre points d'appui : le repérage des acteurs, de leurs enjeux et de leur contexte et l'implication des personnes concernées dans la définition des problèmes et des solutions. La démarche DPA –PC doit pour être efficiente, s'ancrer sur un problème concret et actuel et pour cela il faut identifier le problème, à savoir pourquoi la situation est un problème, pour qui cela représente un problème ou comment se manifeste le problème. Le repérage des acteurs, de leurs enjeux et de leur contexte, va permettre de montrer aux acteurs impliqués, qui pourraient être concernés que ce qui se passe, leur pose également un problème. Cela revient à dire qu'il faut que le problème touche plusieurs acteurs pour que les choses bougent ou s'améliorent.

Travailler à partir de l'approche DPA –PC nécessite de négocier avec les personnes que l'on souhaite impliquer pour qu'elles soient « actrices » de l'intervention et non « objet » de l'intervention.

Comment dans les établissements sanitaires, avec quels acteurs, quels moyens, pour quels enjeux et dans quelles conditions, le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs peut se développer ?

1.2 MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE EN ETABLISSEMENT DE SANTE

1.2.1 Management de la prise en charge médicamenteuse par la qualité

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) inscrit comme priorité la qualité et la sécurité des soins, avec un rôle renforcé de la Commission Médicale d'Établissement (CME) ou de la conférence médicale d'établissement. La politique de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient associe la direction de l'établissement, la commission médicale d'établissement, l'ensemble des professionnels et le patient dans le respect de la réglementation. Elle s'inscrit dans la politique globale de lutte contre les événements indésirables associés aux soins et a pour objectif prioritaire la diminution de la iatrogénie médicamenteuse.

La Commission pour la Qualité de la Prise en charge Médicamenteuse (CQPM) est l'instance de pilotage du management de la prise en charge médicamenteuse par la qualité. Nommé par le président de la CME, le président du CQPM est responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et du circuit des dispositifs médicaux implantables.

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.

A) Améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse

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 matérialise l'engagement d'améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Cela implique de la part des directions des établissements de santé :

- La mise en œuvre d'un système de management de la qualité qui s'inscrit dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et la gestion des risques associés aux soins selon l'article 3.
- La nomination d'un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse selon l'article 5.
- L'existence d'un système documentaire relatif à l'assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse qui contient des documents avec « Une étude des risques encourus par les patients au cours de la prise en charge médicamenteuse »selon l'article 6.

- La formalisation des responsabilités, des autorités et des délégations de responsabilité des personnels à toutes les étapes du processus de la prise en charge médicamenteuse dans le respect de la réglementation et des compétences en vigueur selon par l'article 7.
- La réalisation d'une étude des risques encourus par les patients, liés à la prise en charge médicamenteuse selon l'article 8.

Cette étude porte a minima sur les risques qui peuvent aboutir à un événement indésirable, à une erreur médicamenteuse ou un dysfonctionnement à chaque étape de :

- la prescription (y compris la gestion du traitement personnel du patient à l'admission et la prescription de sortie) ;
- la dispensation ;
- la préparation ;
- l'approvisionnement ;
- la détention et le stockage ;
- le transport ;
- l'information du patient ;
- l'administration ;
- la surveillance du patient.

Avec une attention particulière sur :

- les médicaments à risque et les patients à risque ;
- les traitements personnels des patients ;
- les transferts du patient au sein de l'établissement ou dans un autre établissement.
- les risques liés à l'utilisation d'une démarche informatisée.

De cette étude de risques et l'élaboration de procédures permettront en particulier de :

- s'assurer de l'identité du patient tout au long de sa prise en charge, notamment avant l'administration de médicaments ;
- s'assurer que la prescription est conforme aux données de référence et qu'elle permet de garantir la continuité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse de l'admission jusqu'à la sortie du patient ;
- garantir que le médicament à administrer, la dose à administrer, la forme pharmaceutique à administrer, la voie d'administration, le schéma posologique, la préparation et le suivi thérapeutique sont conformes à ceux de la prescription médicale.
- s'assurer de la qualité de l'approvisionnement, de la délivrance, du rapprochement entre le bon de réception et le bon de demande des

médicaments dans les unités de soins ainsi que des conditions de stockage des médicaments dans les pharmacies à usage intérieur et dans les unités de soins.

- s'assurer dans la mesure du possible que le patient est bien informé sur son traitement sauf urgence ou impossibilité.
 - Assurer la traçabilité des différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse.
- Selon l'article 9, la direction de l'établissement en concertation avec le président de la commission médicale, met en place une organisation en charge de l'analyse des événements indésirables, erreurs médicamenteuses ou dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse.
 - Et enfin selon l'article 13, l'administration des médicaments est effectuée par du personnel appartenant aux catégories définies réglementairement qui sont : les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmier(e)s et les infirmières puéricultrices. La gestion du traitement personnel des patients est définie et ne doit pas être mis ou laissé à la disposition des patients aucun médicament en dehors de ceux qui leur auront été prescrits dans l'établissement.

B) Approche « processus » de la prise en charge médicamenteuse

Cette approche processus est une méthode d'amélioration de la qualité par une gestion des risques « a priori », qui permet de travailler les interfaces organisationnelles ainsi que les pratiques professionnelles.

L'objectif visé étant l'utilisation sécurisée, appropriée et efficiente du médicament chez le patient pris en charge par un établissement de santé.

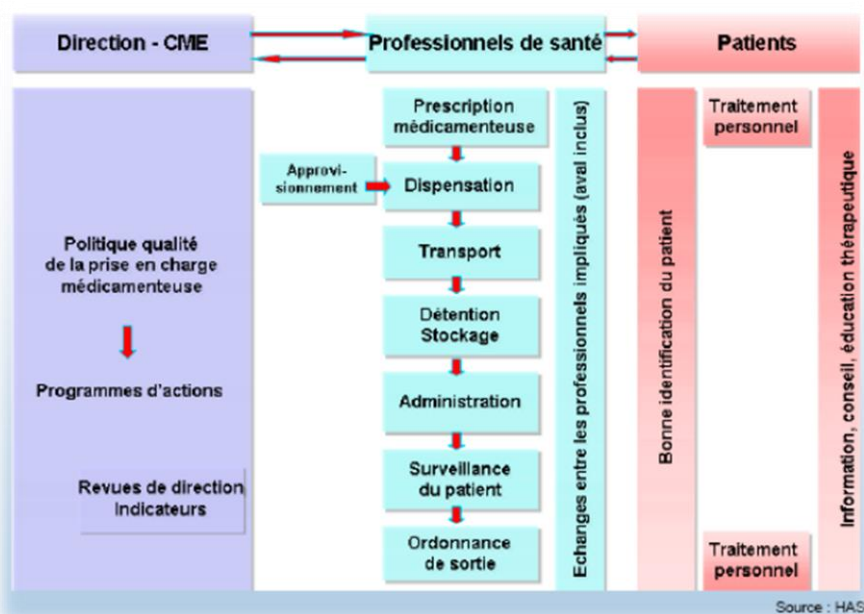
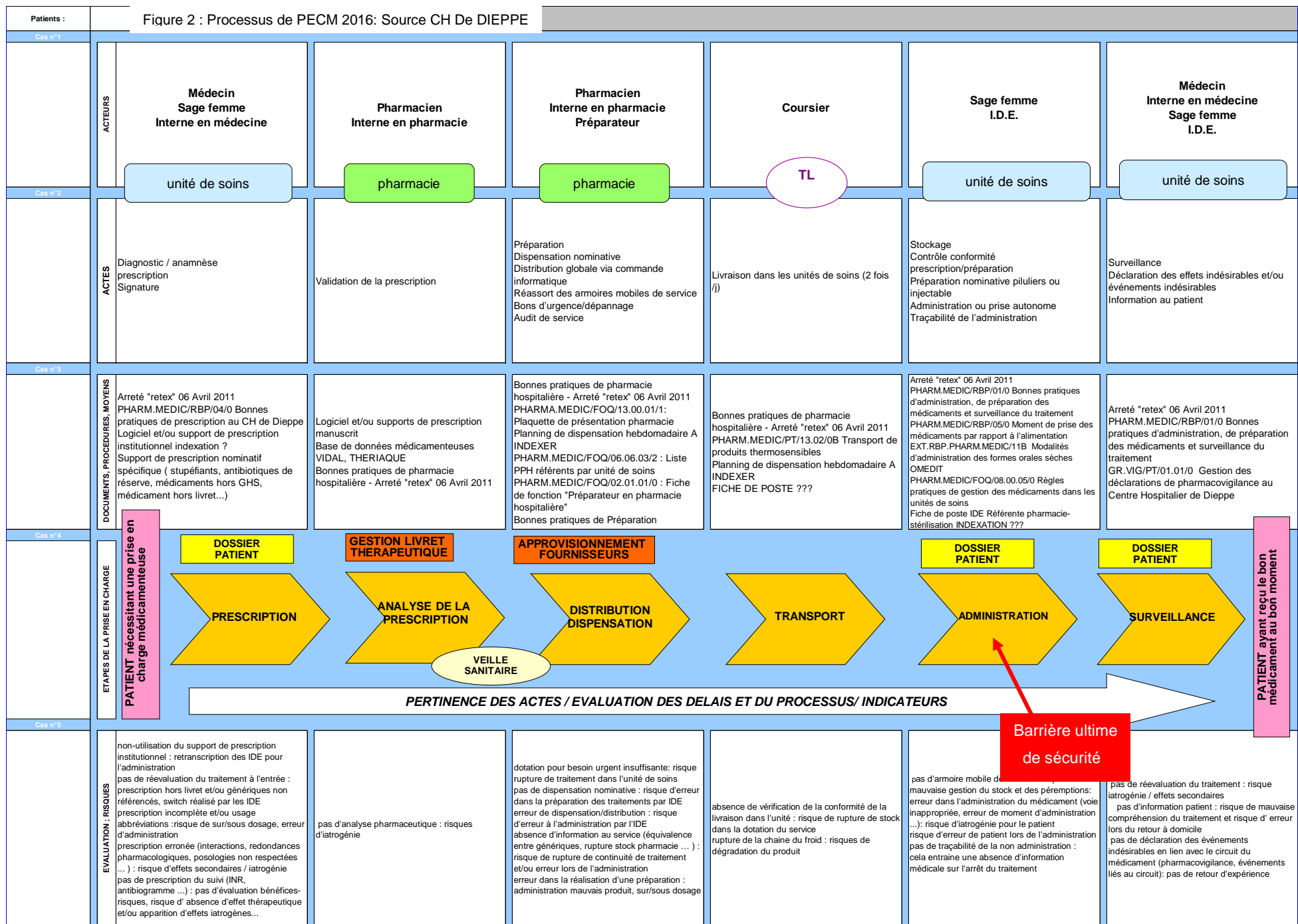


Figure 1 - Prise en charge médicamenteuse en établissement disposant d'une pharmacie à usage intérieur

Figure 2 : Processus de PECM 2016: Source CH De DIEPPE



Dans cet exemple sont décrits pour chaque étape du processus PECM : les acteurs, les actes, les moyens, procédures et les risques identifiés.

L'entrée du processus étant ici « le patient nécessitant une prise en charge médicamenteuse » et la sortie du processus, le résultat souhaité à savoir la règle des 5 B qui correspond à administrer au « bon patient, le bon médicament, au bon moment à la bonne dose selon la bonne voie d'administration ».

Chaque acteur contribue dans une logique d'enchaînement à sécuriser le processus, y compris le patient et/ou son entourage.

Prescripteur ¹	Pharmacien	Preparateur en pharmacie	Infirmier (ères)	Aide-soignant(e)s	Patient ²
Prend une décision thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> Analyse et valide la prescription Emet une opinion en tant que de besoin 	<ul style="list-style-type: none"> Prépare et fabrique les médicaments sous le contrôle effectif du pharmacien 	<ul style="list-style-type: none"> Vérifie la prescription 	<ul style="list-style-type: none"> Aide à la prise sous la responsabilité de l'infirmier(ère) 	<ul style="list-style-type: none"> Informe les précédents acteurs de ses traitements habituels pour conciliation
Prescrit les médicaments selon la conformité à la réglementation, aux référentiels scientifiques actuels et de manière adaptée à l'état du patient	<ul style="list-style-type: none"> Prépare et fabrique les médicaments en tant que de besoin Délivre les médicaments en s'assurant de la maîtrise des stocks 	<ul style="list-style-type: none"> Délivre les médicaments sous contrôle effectif du pharmacien Participe à la gestion des stocks 	<ul style="list-style-type: none"> Prépare les doses à administrer extemporanément Réassortit le stock Vérifie la concordance entre la prescription, le médicament et le patient 	<ul style="list-style-type: none"> Informe l'infirmier(ère) de toute modification d'état du patient Participe au maintien de l'autonomie et à l'éducation du patient 	<ul style="list-style-type: none"> Communique les renseignements relatifs à ses facteurs de risque et allergies connues
Finalise sa prescription par la rédaction d'une ordonnance, enregistre sa prescription dans le dossier du patient	<ul style="list-style-type: none"> Assure la mise à disposition des informations nécessaires au professionnel de santé et au patient 		<ul style="list-style-type: none"> Informe le patient et obtient son consentement Administre les médicaments au patient Enregistre l'acte d'administration Suit les effets attendus et les réactions éventuelles 		<ul style="list-style-type: none"> S'informe sur son traitement et les effets indésirables éventuels Observe les indications de bon usage du médicament
Informe le patient et s'assure de son consentement le cas échéant écrit					<ul style="list-style-type: none"> Participe en tant que partenaire de sa prise en charge médicamenteuse
Évalue l'efficacité du traitement et sa bonne tolérance					
Réévalue la balance bénéfices/risques					

Figure 3 : Exemple de macro processus PECM HAS 2013

L'acte d'administration est réalisé majoritairement par le personnel infirmier. L'administration étant la barrière ultime avant le patient, celui-ci doit être informé et suivi pour en faire un véritable acteur de sa prise en charge.

C) Le processus d'administration des traitements / Information patient

L'étape d'administration des médicaments peut être l'étape initiale de survenue d'une erreur médicamenteuse. Cette étape est la plus sensible car les moyens de détection d'une erreur médicamenteuse sont les moins nombreux et les plus difficiles à mettre en œuvre. L'administration est une étape cumulant les risques liés aux étapes précédentes de prescription et de dispensation. Elle est la dernière étape pour mettre en œuvre une barrière ultime d'interception.

Elle se décline elle-même en 5 sous étapes également génératrices de risques :

- Réalisation de la préparation extemporanée du médicament à partir d'une prescription médicale ou d'un protocole thérapeutique,
- Vérification des concordances entre le produit, le patient et la prescription,
- Administration proprement dite du médicament,
- Enregistrement de l'administration,
- Surveillance du patient

Chacune des sous étapes se décline en plusieurs actions et peut ainsi permettre à l'établissement de construire une cartographie des risques.

Cet arrêté nous démontre de part toutes ces recommandations, que le circuit du médicament en établissement sanitaire est un processus à risques qui nécessite pour chacun des acteurs concernés, un niveau de compétences et d'informations, nécessaires et indispensables.

1.2.2 Gestion des risques de la prise en charge médicamenteuse

A) Gestion des risques associés aux soins

Une démarche de gestion des risques (GDR) a pour but d'assurer et d'améliorer la sécurité des patients, et en particulier de diminuer le risque de survenue d'événements indésirables associés aux soins. C'est une démarche à la fois managériale et technique qui vise à concilier la prise de risque avec la maîtrise des dangers qui l'accompagnent.

a) *Gestion des risques a priori*

Une approche de gestion des risques dite « a priori » permet d'anticiper au maximum la survenue d'événements indésirables éventuels, en se demandant ce qui pourrait mal se passer. Les outils utilisés pour la gestion des risques à priori peuvent être les analyses de processus comme cité précédemment pour le processus de management de la prise en charge médicamenteuse, les Check List opérationnelles utilisées pour les services de soins à risques comme le bloc opératoire ou encore l'organisation de visite de risque par des organismes spécialisés comme le CPIAS (réseau national de prévention des infections associées aux soins). L'objectif est après identification des risques éventuels, de mettre en place des outils pour les maîtriser (des procédures, processus et cartographie des risques).

b) *Gestion des risques a posteriori*

Une approche de gestion des risques dite « a posteriori » permet de s'interroger sur ce qu'il s'est passé. Par exemple en cas de déclaration d'évènement indésirable, une analyse des causes peut être réalisée afin d'observer quelles barrières (de prévention, de récupération et d'atténuation des effets) si elles existent, ont fonctionnées ou pas et quelles actions d'améliorations peuvent être mise en place pour éviter que l'évènement ne se reproduise.

B) Évènement Indésirable Associé aux Soins (EIAS)

Selon le ministère de la santé et de la prévention, un « événement indésirable » est un événement :

- non souhaité qui peut affecter la santé d'une personne.
- lié à la manipulation ou la consommation d'un produit, d'une substance
- survenue lors d'un acte de soins

En 2021, on retrouve dans un rapport de la Haute Autorité de Santé la définition d'un EIAS par l'Organisation Mondiale de la Santé qui définit un EIAS comme :

- un évènement défavorable survenant chez un patient ou une personne accompagnée ;
- associé aux actes de soins et d'accompagnement ;
- qui a ou aurait pu avoir des conséquences pour la personne ;
- qui s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin ou de l'accompagnement ;
- qui n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie ou à l'état de dépendance de la personne : il s'agit d'un évènement inattendu.

En fonction du niveau de gravité de l'EIAS, on parlera :

- d'un évènement porteur de risque (EPR) lorsqu'il n'a pas eu de conséquence ;
- d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) lorsque ses conséquences sont le décès, ou le risque de décès, la survenue probable d'un handicap, d'une anomalie ou d'une malformation congénitale (.Art. R. 1413-67 Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des EIGS).

a) *Obligation d'information et de communication des évènements indésirables*

La loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, implique par l'article 23, la Responsabilité des professionnels de santé.

En effet selon l'article L. 1413-13, l'autorité administrative peut mettre en demeure les professionnels, organismes ou établissements si une anomalie survenue lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention n'a pas fait l'objet d'une information auprès de la personne concernée.

De même, l'article L. 1413-14, stipule que tout professionnel ou établissement de santé qui a constaté ou suspecté la survenue d'un événement indésirable associé aux soins, doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente.

Le décret du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des évènements indésirables associés aux soins précise les modalités de déclaration par les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements ou services médico-sociaux des évènements indésirables graves associés aux soins.

La déclaration des EIGS s'effectue en deux parties : une première partie effectuée sans délai, qui comprend les premiers éléments relatifs à l'évènement et une seconde partie dans les trois mois suivants où sont présentées les mesures correctives prises ou envisagées qui émanent de l'analyse de l'évènement indésirable.

Le décret rappelle :

- Par l'article R. 1413-67 qu'un événement indésirable associé à des soins est grave lorsque les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.
- Par l'article R. 1413-68 que tout événement indésirable grave associé à des soins doit être déclaré au directeur général de l'agence régionale de la santé au moyen du formulaire prévu à l'article R. 1413-70. Ainsi, « *Un professionnel de santé qui informe par écrit le représentant légal de l'établissement de santé ou de l'établissement ou du service médico-social dans lequel il exerce de la survenue d'un événement indésirable grave associé à des soins dans cet établissement ou service est réputé avoir satisfait à son obligation de déclaration prévue à l'article L. 1413-14* ».

b) *Lutte contre les évènements indésirables aux soins*

Le décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé implique par :

- L'article R. 6111-1. la gestion des risques associés aux soins afin de prévenir l'apparition d'évènements indésirables associés aux soins et, en cas de survenance d'un tel évènement, à l'identifier, à en analyser les causes et les conséquences pour le patient et à mettre en œuvre les mesures correctrices permettant d'éviter qu'il se reproduise.
- L'article R. 6111-2. l'organisation de la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins, par le représentant légal de l'établissement de santé, après concertation avec le président de la commission médicale.

C) *Rapports publiés des EIGS sur la prise en charge médicamenteuse*

a) *Prévenir les effets indésirables et promouvoir le bon usage des médicaments*

En 2007, le réseau des Centres régionaux de pharmacovigilance a mené une étude nationale sur les Effets Indésirables des Médicaments Incidences et Risques (EMIR), dont l'objectif était de disposer de données actualisées de l'incidence des hospitalisations motivées par la survenus d'un effet indésirable médicamenteux et d'évaluer la proportion des effets qui peuvent être évités. Les résultats de cette étude ont estimés le nombre annuel d'hospitalisations en France dues à des effets indésirables de médicaments à 143 915 ce qui représente un taux d'incidence de 3.6%. Ce constat a conduit l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (afssaps) aujourd'hui agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) à mener des actions pour prévenir les effets indésirables et de promouvoir le bon usage des médicaments et l'éducation thérapeutique.

b) *Réduire les EIGS évitables médicamenteux*

En 2017, l'Organisation Mondiale de la Santé a pour objectif de réduire de 50% les évènements indésirables graves évitables médicamenteux dans tous les pays au cours des cinq prochaines années. Ce Défi mondial vise à remédier aux faiblesses des systèmes de santé qui sont à l'origine des erreurs médicamenteuses et des graves conséquences qu'elles entraînent. Il définit les moyens d'améliorer le circuit de la prise en charge médicamenteuse et sensibilise les patients aux risques que présente le mauvais usage des médicaments. Ce communiqué de presse précise qu'aux États-Unis d'Amérique, les erreurs médicamenteuses font au moins un mort par jour et causent des lésions chez 1,3 million de personnes chaque année. Le coût annuel de ces erreurs médicamenteuses estimé à 42 milliards de dollars représente près de 1% de l'ensemble des dépenses de santé au niveau mondial. La plupart des erreurs médicamenteuses résultent de failles dans

l'organisation et la coordination des soins, surtout lorsque les soignants sont nombreux à intervenir dans la prise en charge d'un patient.

c) *EIGS liés aux produits de santé = 3^{ème} cause d'EIGS*

Le rapport annuel HAS 2020 relatif aux événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) a mis en évidence, dès 2018, que les événements indésirables liés aux produits de santé constituaient la troisième cause d'EIGS déclarés. De mars 2017 à décembre 2019, il y a eu 256 déclarations EIGS avec des erreurs liées à des produits de santé.

Où surviennent ces erreurs ?

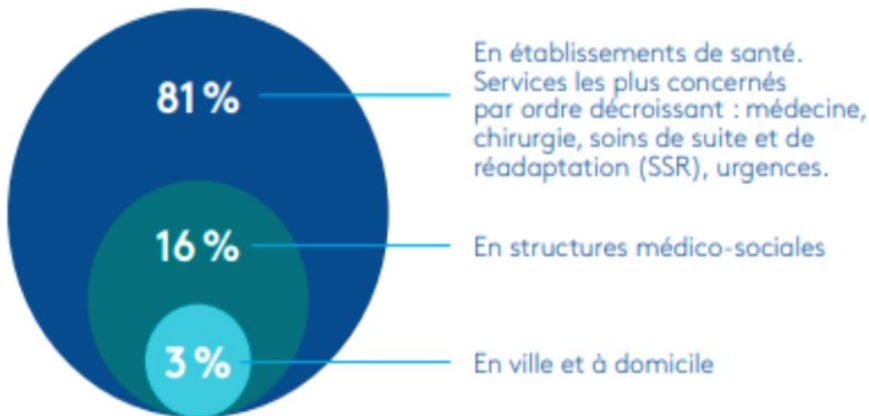


Figure 4 : Source HAS 2020
81% des erreurs médicamenteuses déclarées, se produisent en établissement de santé, contre seulement 3% en ville.

À quel moment surviennent-elles ?

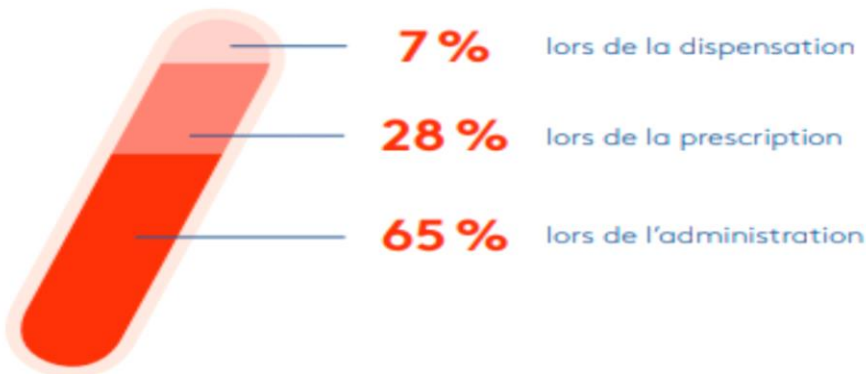


Figure 5 : Source HAS 2020
Dans 65% des cas, l'EI déclaré, s'est produit au moment de l'administration. Dernière étape pour mettre en œuvre une barrière ultime d'interception.

Les 3 types d'erreurs déclarées les plus fréquentes

Elles représentent 86 % de l'ensemble des erreurs médicamenteuses déclarées.

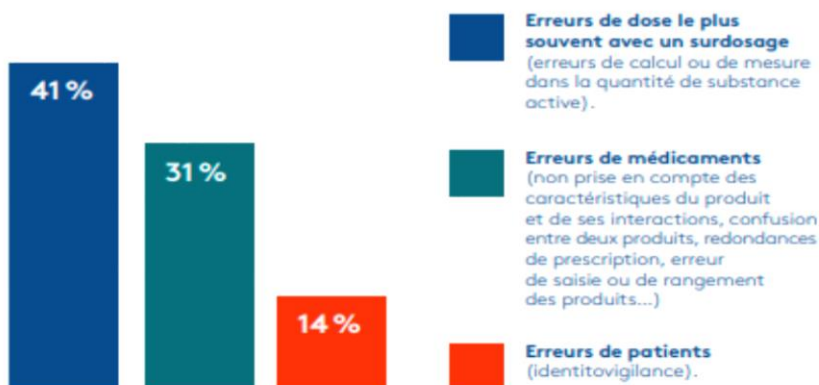


Figure 6 : Source HAS 2020
Dans 14% des cas, le traitement a été administré au mauvais patient. Et 41% des cas, il y avait une erreur de dose.

Ce rapport nous informe que :

- 75% des erreurs concernaient les médicaments dits « à risque ».C'est à dire, des médicaments qui présentent un risque accru de causer des préjudices importants aux patients s'ils sont utilisés par erreur.
- 55 % de ces erreurs médicamenteuses concernent les personnes de plus de 60 ans

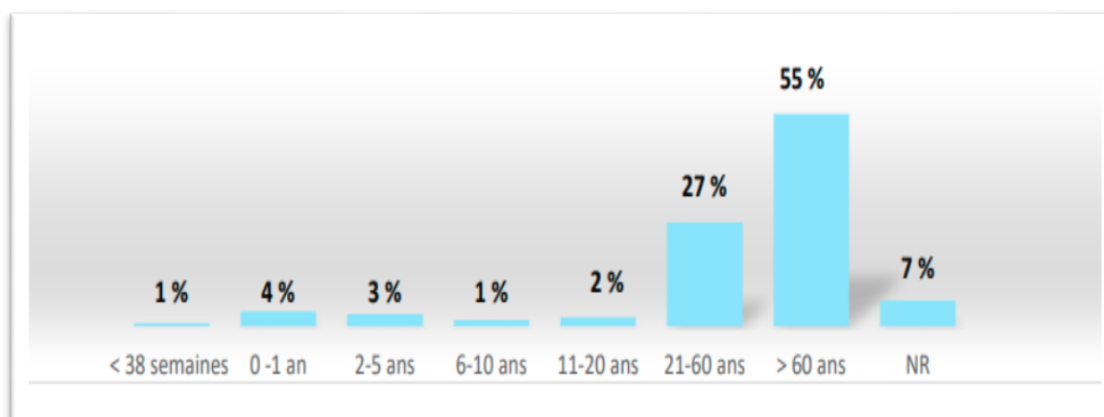


Figure 7 : Source HAS 2020
Les erreurs médicamenteuses déclarées se sont produites auprès des personnes âgées de plus de 60 ans

La prévalence des maladies chroniques inhérentes à l'âge, associée à une augmentation du nombre de traitements médicamenteux, auxquelles s'ajoute un allongement de l'espérance de vie, peuvent être des facteurs explicatifs.

d) *Évolution des EIGS médicamenteux de 2017 à 2021*

Le rapport annuel sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) de 2021 représente une base de recueil des EIGS qui ont été déclarés par les professionnels de santé qui les ont détectés et pour lesquels une analyse a été faite. L'objectif est de retracer la chronologie des faits afin de voir quelles actions d'améliorations peuvent être réalisées pour améliorer la sécurité du patient.

Le nombre de déclarations EIGS de 2017 à 2021 est passé de 3088 déclarations en 2020 à 4962 en 2021 soit une augmentation de 61 %. Sur les 5 années de déclarations, les erreurs de dose représentent 40 % de l'ensemble des erreurs médicamenteuses déclarées. Cette évolution peut s'expliquer par l'augmentation de la culture qualité sécurité des professionnels.

Base totale au 31 décembre 2021

Établissements de santé	4 096
dont HAD*	55
Médico-social	727
Ville*	62
Autre	77
TOTAL	4 962

* L'utilisation de 2 variables croisées cette année permet de gagner en précision et notamment de distinguer HAD et soins de ville.

Figure 8 : Source HAS abrEIGés 2022
2020 1874 EIGs déclarés
2021 4962 EIGs déclarés
Soit une ↗ de 61 % en 1 an

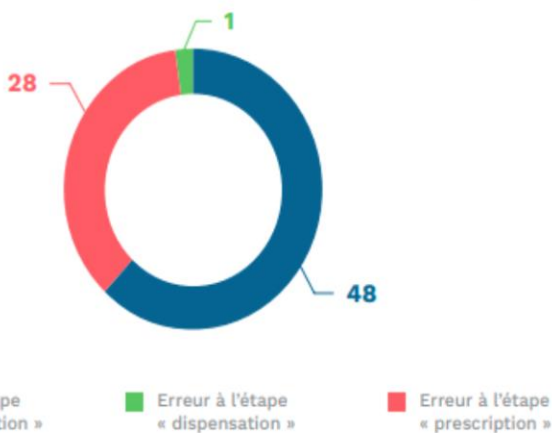


Figure 9 : Source HAS abrEIGés 2022
Dans les EIGs médicamenteux déclarés en 2021, l'étape d'administration, reste celle où il y a le plus de déclarations EIGs

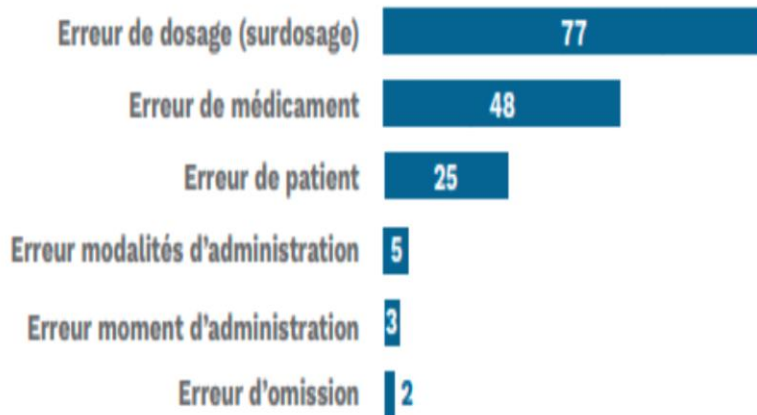


Figure 10 : Source HAS abrEIGés 2022
Les EIGs médicamenteux concernaient :

- Des erreurs de dosage
- Des erreurs de médicaments
- Des erreurs de patients

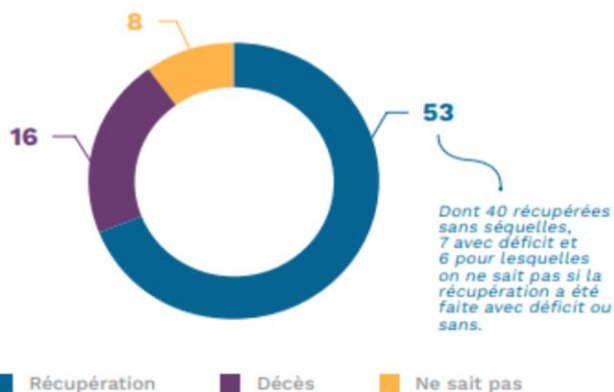


Figure 11 : Source HAS abrEIGés 2022
Les conséquences de ces EIGs médicamenteux sont :

- 8 DC
- 53 récupérations dont 7 avec séquelles

Les différents articles et rapports montrent une augmentation du nombre de déclarations d'erreurs médicamenteuses qui peuvent :

- Être un motif d'hospitalisation
- Être sources d'évènements indésirables graves
- Avoir un impact financier sur les dépenses en santé mondiale

1.2.3 Le PAAM Patient en auto administration médicamenteuse

A) Définitions

a) *Auto-administration :*

Selon la HAS, « l'auto administration-médicamenteuse, s'entend comme la possibilité pour un patient volontaire de s'administrer lui-même tout ou partie des médicaments prescrits au cours de son hospitalisation, sous réserve d'une décision médicale favorable tracée dans le dossier du patient ». Les cinq étapes du processus d'administration sont réalisées en totalité ou partiellement par le patient. L'auto-administration est conditionnée, pour le patient, par son information sur le dispositif, par la conduite d'une évaluation pluri professionnelle des facteurs de risque et de ses compétences (connaissance de son traitement, capacité à réaliser l'auto-administration de ses traitements et adhésion médicamenteuse), 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

b) *PAAM : Patient en Auto Administration Médicamenteuse*

Le PAAM, c'est donner la possibilité à un patient hospitalisé, volontaire, de s'auto-administrer seul ou accompagné, une partie ou la totalité des médicaments qui lui sont prescrits lors de son hospitalisation. Il concerne l'étape d'administration du médicament et peut s'appliquer dans les structures sanitaires avec tous les professionnels impliqués dans la prise en charge médicamenteuse. Le PAAM concerne tous les médicaments qui peuvent être gérés par le patient seul en adaptant si besoin l'accompagnement éducatif.

La mise en œuvre du PAAM qui repose sur une relation de confiance entre le patient et l'équipe soignante, requiert l'engagement institutionnel, l'engagement des équipes et l'engagement du patient.

- Le PAAM est volontaire (établissement, service, patient).
- Le PAAM s'inscrit dans une politique institutionnelle globale de la gestion des risques et de l'engagement du patient en tant qu'acteur à part entière de sa prise en charge médicamenteuse. Il s'agit d'une poursuite de l'application de l'arrêté du 6 avril 2011.

- L'application du PAAM associe l'ensemble des professionnels de santé (médico-soignants, équipes pharmaceutiques), le patient et son entourage.
- Le PAAM peut être appliqué aux différents séjours et secteurs d'activité, et notamment ceux de longue durée.
- Le PAAM peut se déployer de manière priorisée dans certains services de soins selon les niveaux de maturité existants, les organisations, la présence de pharmaciens cliniciens.
- Le PAAM peut être gradué en termes de niveau de participation du patient et du périmètre des traitements concernés.
- Le PAAM est adapté à chaque patient, à chaque médicament.
- Le PAAM ne dédouane pas l'établissement et les professionnels de santé de leur responsabilité vis-à-vis des médicaments pris, mais permet au patient de s'engager dans ses soins et de préparer sa sortie

B) Le contexte

La démarche du PAAM, s'inscrit comme une réponse à l'engagement du patient dans ses soins, pour maintenir, voire renforcer la capacité d'une personne de gérer ses symptômes et traitements.

Après une non recevabilité réglementaire en 2013 du processus PAAM, la HAS a en 2015 organisée une consultation publique et rencontrée les différentes parties prenantes du processus afin de recueillir l'avis des professionnels de santé et associations de malade sur la démarche du PAAM. La consultation a mis en évidence une attente forte des différents professionnels de santé et des patients sur l'évolution de la réglementation nécessaire pour permettre l'auto-administration médicamenteuse du patient en cours d'hospitalisation.

C) Évolution de la réglementation

Arrêté du 10 octobre 2022 modifie l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Il prévoit désormais la possibilité pour les patients hospitalisés de s'administrer eux-mêmes les médicaments prescrits au cours de l'hospitalisation, sous réserve d'une décision médicale favorable. Il permet au patient d'exprimer si il souhaite prendre seul ses médicaments ou pas.

Il précise par Article 1, les conditions pouvant être mise en œuvre pour accompagner le patient en fonction de son niveau d'implication dans le processus conformément aux recommandations susvisées formulées par la Haute Autorité de santé.

L'article 2 modifie l'Action d'amélioration de l'annexe à l'arrêté du 6 avril 2011 susvisé, en insérant une subdivision : « Administration. » ainsi rédigée :

« Administration.

« Cette étape repose sur :

- la prise de connaissance de la prescription médicale ;
- la planification des actes d'administration des médicaments (plan d'administration)
- la préparation de l'administration des médicaments ;
- l'acte "d'administration proprement dit" ;
- l'enregistrement de l'acte d'administration ;
- l'information du patient ;
- la surveillance thérapeutique du patient. »

D) Les conditions de mise en œuvre

Pour permettre la mise en œuvre du PAAM en veillant au respect des bonnes pratiques de sécurisation du processus de prise en charge médicamenteuse, la HAS a élaboré un guide de recommandations de bonnes pratiques de l'auto-administration des médicaments par le patient hospitalisé. Il recommande l'utilisation d'outils qui permettront de cadrer les différentes étapes à risques du processus.

Les enjeux de ce guide sont de :

- sécuriser l'auto-administration qui est considérée comme une activité à risque, dans le processus de prise en charge médicamenteuse ;
- encourager l'autonomie du patient et sa participation aux soins comme acteur : permettre au patient de prendre lui-même ses médicaments tels que prescrits « le bon médicament, selon la bonne dose, au bon moment, selon la bonne voie d'administration et de manière continue dans le temps » ;
- améliorer la compréhension du patient de ses médicaments qu'il doit prendre et renforcer son adhésion au traitement ;
- réduire les risques d'erreur médicamenteuse lors de la sortie d'hospitalisation des patients.
- renforcer le travail en équipe pluri professionnelle

Le guide d'accompagnement du PAAM publié par la HAS en juillet 2022, nous fait part de l'expérience étrangère, notamment au Royaume Uni où le terme d'auto administration médicamenteuse est utilisé depuis 2001. Le retour de cette expérience étrangère montre pour les patients qui sont associés à la démarche d'auto administration, une meilleure connaissance des médicaments prescrits et des erreurs de doses administrées qui sont

moindres du fait d'une détection des erreurs. Cependant les professionnels de santé, bien qu'ils soient satisfaits, trouvent que cette démarche est génératrice de stress et qu'elle a un impact sur l'organisation du travail au sein des services de soins avec notamment une augmentation de la charge de travail.

2 ÉTUDE DE TERRAIN

2.1 Choix du terrain

Aujourd'hui, la démarche de Patient en Auto Administration Médicamenteuse peut s'appliquer dans les établissements de santé et secteurs d'activité volontaires qui ont une durée d'hospitalisation supérieur à douze heures, et notamment ceux de longue durée. J'ai profité de la demande d'un médecin de rééducation qui souhaitait dans un objectif d'autonomisation des patients hospitalisés, savoir s'il était possible de prescrire dans le dossier du patient informatisé « autonomie de prise de traitements », pour étudier la mise en œuvre du PAAM dans leur unité, en respectant les recommandations de la HAS. Le service concerné est un service de soins médicaux et de réadaptation où la durée moyenne de séjour est d'environ trente jours. Il accueille des patients qui sont en cours de réadaptation. La pratique d'auto administration médicamenteuse est réalisée dans ce service depuis un certain temps sans avoir été formalisée auprès de l'institution. En accord avec le pharmacien responsable du conseil qualité de la prise en charge médicamenteuse et la Directrice du service de l'Amélioration Continue (DAC), nous avons décidé d'accompagner le projet du PAAM dans cette unité. Pour formaliser ce projet auprès de l'institution, nous avons présenté la démarche à la commission de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (CQPM), au chef de service médical et à l'encadrement supérieur paramédicale du pôle de médecine, au comité des usagers (CDU) en présence de la gouvernance, et enfin auprès de la direction des soins. Après présentation et validation de la démarche aux différentes instances, le projet a commencé début juin 2023. L'idée étant de faire une étude de cette démarche au sein du service de soins médicaux et de réadaptation pour ensuite l'étendre à d'autres secteurs d'activités.

2.2 Objectifs de l'enquête

L'objectif de cette enquête est de savoir s'il est possible de donner au patient ayant une pathologie chronique ou pas, le pouvoir d'agir sur la gestion de son traitement dans un service de soins intra hospitalier ? Quels sont pour le patient et l'institution les freins et les leviers qui pourront déterminer l'empowerment du patient hospitalisé sur son traitement médicamenteux ?

2.3 Choix du type d'enquête

Pour Jean Claude KAUFMANN, « *Enquêter par entretiens sert à investiguer des faits qui relèvent d'une part, des phénomènes ou des systèmes idéologiques et culturels collectifs – représentations, idéologies, croyances, valeurs, projets, savoirs sociaux ; en bref, tout ce qui relève de la sémantique collective de la vie sociale –, et d'autre part, des pratiques*

sociales – des faits issus de l'expérience, de récits de vie, des pratiques vécues, dont l'analyse permet de traduire les conduites et les épreuves individuelles en enjeux collectifs et de donner aux enjeux collectifs une dimension individuelle ». C'est dans cet objectif que nous avons décidé avec ma directrice de mémoire, de faire auprès des différents acteurs, une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi directifs. Ceux-ci, me permettront de collecter auprès des personnes interviewées, des informations sur l'organisation de la démarche du patient en auto administration tel qu'elle existe aujourd'hui, en leur laissant la liberté de s'exprimer librement sur leurs expériences et pratiques. Identifier les besoins des différents acteurs afin de déterminer les ressources financières, matérielles, et humaines nécessaires pour répondre à leur attente et assurer une sécurisation du processus tel qu'il doit l'être.

2.4 Population ciblée

2.4.1 Présentation des personnes auditées

Pour avoir un retour d'expérience de cette démarche du PAAM, j'ai souhaité rencontrer les différents acteurs qui font partie de ce processus qui sont : le médecin, le cadre de santé, l'infirmier de coordination (IDEC), l'infirmier (IDE), le pharmacien et le patient. J'ai choisi de réaliser les entretiens auprès d'eux car en tant qu'acteurs du PAAM et du processus de la prise en charge médicamenteuse, ils ont des rôles et des responsabilités qui sont différents et complémentaires.

Acteurs	Médecin	Cadre de santé	IDEC	IDE	Pharmacien	Patient
Nombre interviewé	2	1	1	2	1	2

Tableau 1 : Nombre et catégorie de personnes interviewées : Source création personnelle

Expérience des professionnels de santé		Médecin 1	Médecin 2	Cadre de santé	IDEC	IDE 1	IDE 2	Pharmacien
Nombre d'année	Établissement	4 ans	10 mois	15 ans	27 ans	12 ans	3 ans	15 ans
	Unité de soins	4 ans	10 mois	3 ans	25 ans	3 ans	2 ans	

Tableau 2 : Durée d'ancienneté des professionnels de santé dans l'établissement et dans l'unité de soins : Source création personnelle

2.5 Méthodologie de l'enquête de terrain

2.5.1 Mise en œuvre de l'enquête

A) Le guide d'entretien

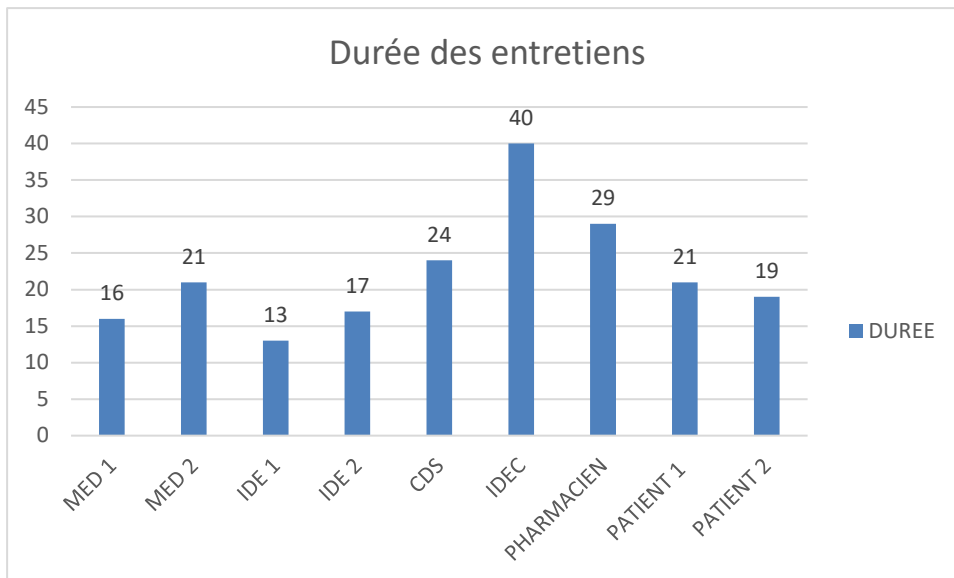
J'ai élaboré le guide d'entretien avec ma directrice de mémoire. Ensemble nous avons identifié des questionnements qui pourraient être communs à tous les acteurs bien que leurs rôles et les objectifs peuvent être différents. Pour cette raison, le guide d'entretien destiné au patient a été modifié afin de connaître leur vécu par rapport à cette démarche. Vous trouverez ces deux guides d'entretien en annexe. Après, une présentation succincte des personnes interviewées, une information sur l'objectif de ma démarche avec les modalités de saisies et de confidentialité, j'ai ouvert la séance en demandant aux professionnels s'ils connaissaient l'origine et les modalités de mise en œuvre de la démarche d'auto administration médicamenteuse par le patient. Ainsi, j'ai pu connaître l'organisation actuelle du processus en interne à ce jour. Ensuite, mes questions étaient centrées sur l'aspect sécuritaire et réglementaire de la prise en charge médicamenteuse et tous les risques que cette démarche pouvait induire si elle n'est pas cadrée. En ce qui concerne la rencontre avec les patients, j'ai souhaité savoir comment ils percevaient cette « autonomie », « ce pouvoir d'agir » qui leur était donné.

B) Programmation des entretiens

Ayant présenté ce projet d'étude au cours des différentes instances et auprès de l'encadrement médical et paramédical du pôle de médecine, j'ai pu programmer directement les entretiens avec les professionnels de santé. Pour les patients, comme ils sont peu actuellement à être engagés dans cette démarche, je contactais régulièrement le cadre de santé qui m'indiquait quel patient était volontaire pour me rencontrer. Les entretiens ont été programmés sur les mois de juin et juillet. J'avais avant cela, testé ma grille d'entretien auprès d'une infirmière qui avait exercé auparavant dans ce service.

C) Durée des entretiens

La durée de l'entretien réalisé avec l'infirmière qui a testé la grille, étant d'une vingtaine de minutes, j'ai proposé aux personnes interviewées des créneaux de trente minutes. Par facilité, les entretiens avec les professionnels de santé ont été réalisés dans le salon des familles au sein de l'unité, pour les patients, ils ont eu lieu dans leur chambre individuelle. J'ai réalisé au total neuf entretiens dont la durée moyenne est de vingt-deux minutes.



La durée moyenne des entretiens est de 22 minutes

Graph 1 : Durée des entretiens des personnes interviewées : Source création personnelle

J'ai pu malgré une durée des entretiens, inférieure à ce que j'avais programmé, recueillir des informations intéressantes à explorer pour mon sujet de recherche.

D) Les limites de l'enquête

Les principales limites de l'enquête ont été :

- Le temps pour réaliser l'enquête, car j'ai dû attendre de faire les présentations du projet d'étude au cours de différentes instances avant de rencontrer l'encadrement médical et paramédical pour enfin pouvoir programmer les entretiens avec les professionnels.
- Le nombre de patients interrogés, car au moment de l'enquête peu de patients étaient en administration médicamenteuse.
- Les disponibilités des professionnels de santé qui sont restreintes. Les programmations et durées des entretiens ont souvent été bousculées.
- Pour un des deux patients, la rencontre a été écourtée car une séance de kinésithérapie était programmée et étant bientôt sortant, le patient n'a pas souhaité programmer un autre rendez-vous.
- Le profil des patients interrogés qui étaient similaires de par leur pathologie et parcours de soins. Ces deux patients diabétiques, ont été admis au service de soins médicaux et de réadaptations suite à une amputation. Tous deux avaient déjà un traitement médical personnel à la maison.

2.5.2 Restitution des données

A) Recueil de données

L'ensemble des entretiens réalisés, enregistrés sur mon téléphone portable, on ensuite par soucis de confidentialité été effacés. J'ai pu, à l'aide de la fonction « dictée » présente sur mon ordinateur personnel, retranscrire les audio sur Word. La qualité des enregistrements, bien que correcte à nécessité néanmoins après retranscription, des réajustements à l'écrit. La durée moyenne de retranscription par entretien était environ de trente minutes.

B) Méthode d'analyse

Afin d'analyser les entretiens, j'ai élaboré trois grilles d'analyses. Pour chaque grille j'ai identifié un thème différent. Une première grille sur le thème du pouvoir d'agir du patient sur son auto administration médicamenteuse. Les questions portaient sur les origines, les objectifs et les modalités de la démarche. Pour cette grille nommée GR1TH1 (grille1, thème1), on retrouve les réponses des professionnels interrogés et pour quatre questions qui sont communes, les réponses des patients. La deuxième grille GR2TH2 (grille 2, thème 2) dont le thème était la réglementation et les événements indésirables médicamenteux, traite essentiellement les réponses des professionnels. Dans cette grille, une question est commune avec les patients. La troisième grille GR3 (grille 3) traite uniquement les questions à destination des patients. Le thème de cette grille concerne l'expérience du patient sur la démarche du PAAM.

C) Résultats de l'analyse

a) Thème 1 : Démarche d'auto administration médicamenteuse

Les premières questions avaient pour objectif de savoir comment et pourquoi les équipes soignantes ont estimé que le patient, pouvait avoir le pouvoir d'agir sur son auto administration médicamenteuse, alors qu'il est hospitalisé.

La première réponse des soignants a été l'autonomisation. Pour eux, l'objectif est de rendre le patient autonome pour un retour à domicile.

L'Infirmier de coordination (IDEC), m'informe que le service de soins médicaux et de réadaptation est le service qui « *recupère tous les patients provenant d'autres services pour les ré autonomiser* ». Pour cette raison, le fait de donner au patient le pouvoir d'agir sur sa prise de traitement « *ça rentre dans le projet de soins dans le projet médical et dans le projet de sortie de ré autonomiser le patient dans la gestion de son traitement* ». « *L'objectif c'est que le patient soit capable de gérer la prise de traitement, de reconnaître ses médicaments, de savoir pourquoi il prend ses médicaments* ». L'expérience de cette démarche avait déjà été faite « *Je crois que le tout premier ça date il y a peut-être une*

dizaine d'année, de temps en temps on avait quelques cas comme ça de patients qui étaient bien et qui pouvaient gérer leur traitement ».

Les médecins, qui ont été toutes les deux formées dans un Centre de rééducation, avaient lorsqu'elles étaient internes, l'habitude de prescrire « autonomie de prise de traitement » pour les patients hospitalisés. L'objectif « *c'est le retour à la maison* » et pour cela il faut savoir « *si le patient a la capacité de prendre ses médicaments, si cela se passe bien ou pas et savoir si il faut mettre une infirmière à la maison pour la préparation du pilulier* ».

Pour le pharmacien, qui a été contacté par un des deux médecins afin de savoir comment prescrire sur le dossier patient informatisé « l'auto administration médicamenteuse », elle m'informe que ce n'est pas la première fois qu'elle est sollicitée pour « *laisser l'autonomie au patient dans la gestion de son traitement* ». Bien que l'organisation actuelle ne soit pas « *autant verrouillée que le référentiel HAS du PAAM* », il lui « *paraît logique de commencer dans ce service-là* ». Elle pense que cette démarche a pour but de répondre à un besoin pour le patient, surtout ceux qui étaient déjà autonome sur la gestion de leur traitement avant hospitalisation.

Quant aux infirmières et à la cadre de santé, l'objectif prioritaire est de rééduquer le patient dans sa prise de traitement. Pour l'IDE 2, « *ça évite du jour au lendemain qu'on le lâche et qu'il se retrouve à gérer seul ses traitements sans l'avoir fait pendant quelques temps* ». Pour la cadre de santé, « *parce que on n'est pas là pour l'infantiliser, on est là aussi pour qu'il reste adulte et maître de sa vie* ».

À travers ces réponses, je comprends que pour le service de soins médicaux et de réadaptation, l'objectif prioritaire est de rendre autonome les patients accueillis en vue de préparer le retour à domicile. Un patient hospitalisé doit pouvoir rester responsable et maître de sa vie. L'autonomisation du patient fait partie de son projet de soins. De plus, l'auto administration médicamenteuse représente pour le médecin une aide à la décision pour la sortie. À savoir, si le patient peut gérer son traitement seul ou s'il aura besoin d'une infirmière libérale à la sortie.

Ensuite, j'ai voulu savoir comment se passait la sélection des patients qui intégraient la démarche du patient en auto administration médicamenteuse. Quels étaient les modalités de mise en œuvre, existaient ils des critères de sélections, des grilles d'évaluations ?

Alors que l'IDE 2 dit « *C'est un peu à notre demande, aussi parce qu'il y a longtemps que ça existe et on l'a relancé un petit peu* », l'IDE 1 pense que « *c'est aussi beaucoup à la demande du patient* ».

Les patients hospitalisés dans ce service ont une durée moyenne de séjour qui est longue, en moyenne supérieure à trente jours. Les infirmières, identifient les patients autonomes qui pourraient intégrer la démarche d'auto administration médicamenteuse et proposent

leurs noms au staff hebdomadaire. (IDE 1) « *En fonction des capacités du patient, si on sent que le patient est capable de gérer lui-même ses traitements, on essaie. On en parle entre l'infirmière et le médecin. En fait, c'est un quand on fait notre staff le matin, on en parle. Et puis c'est le médecin qui nous donne son accord ou non* ».

Le médecin 2 m'informe que « *la sélection des patients se fait surtout chez les patients qui ont des atteintes orthopédiques. L'intégration des patients atteints de pathologies neurologiques, se fait sous réserve d'un bilan cognitif* ». (Médecin 2) « *Il y a 2 grades. Donc on met d'abord le grade le plus faible avec la surveillance infirmière et si ça se passe bien le grade le plus fort* ». (Le médecin 1), « *Et si on a le doute, on fait l'évaluation par les ergothérapeutes, il faut faire un essai. Enfin, elles ont l'ordonnance, les traitements et elles voient avec le patient, elles font une mise en situation* ».

(IDE 2) « *On ne le décide pas comme ça du jour au lendemain. C'est une prescription médicale* ».

(IDEC) « *Donc, c'est le médecin qui évalue la capacité du patient à gérer son traitement sur la journée* ». (IDE 1) « *Au début, oui, on arrive avec le pilulier. On lui présente, on lui montre le fonctionnement et puis les premiers jours à chaque repas, donc le matin, le midi et le soir, on vérifie sa prise de médicaments pour être sûr qu'il n'ait pas d'erreur* ».

(IDE 2) « *D'accord, il y a des moments, c'est arrivé où on a essayé et on a dû revenir en arrière parce que il y avait des petits soucis, des oublis ou des petites erreurs, donc on a dû abandonner chez certains patients mais sinon dans la moyenne ça se passe plutôt très bien à chaque fois* ».

Le pharmacien pense que cette démarche ne peut pas s'appliquer pour tous les patients, « *il y a quand même une évaluation préalable pour savoir si le patient est éligible* ». Elle dit « *pour moi ça s'adresse pas à tous les patients. Il serait même peut-être souhaitable au début de faire, un ciblage du patient type pour tester le dispositif. Il faudrait définir un profil de patient à mon avis restreint quand même, avant d'élargir un petit peu plus* ».

Pour ce qui est du traitement, le patient en auto administration médicamenteuse, gère l'intégralité de son traitement per os. (Médecin 1) « *Principalement, je dirais tout le traitement, si on dit qu'il est autonome, c'est qu'il peut le gérer* ». (IDE 2) « *C'est pour les morphiniques. Est ce qu'on les donne ou pas ? Donc ça, c'est avec l'avis du médecin* ».

(IDE 2) « *C'est tout le traitement. Sauf les injectables, tout ce qui est injectable, c'est nous qui gérons* ». « *Et par contre, sur le week-end quand ils sortent en permission, ceux qui ont des injections, on évalue, soit les patients savent le faire donc ils le font eux-mêmes. Soit il faut qu'on soit en contact avec une infirmière libérale* ».

Quant au pharmacien il pense qu'il faut « *Laisser gérer le patient, ses médicaments par voie orale, mais pas les médicaments injectables. Ou alors on peut décider qu'il gère son traitement du diabète, mais pas le reste* ».

Il y a plusieurs modalités pour décider si le patient peut être en auto administration médicamenteuse à l'hôpital. Pour qu'un patient entre dans ce processus il faut qu'il soit consentant, informé, de son traitement médicamenteux et des risques. Aussi il doit être en mesure de pouvoir le faire physiquement. Les équipes pensent que les patients en auto administration médicamenteuse gèrent une seule voie d'administration : la voie orale. Pour les injections par voie sous cutanée, une éducation peut être faite pour les patients diabétiques ou sous anti coagulant. Cela leur permet de pouvoir également aller en permission et anticiper la sortie. Souvent ce sont des patients hospitalisés pour des pathologies orthopédiques ou neurologiques. Le choix du patient se fait souvent par les infirmières. Elles identifient les patients qui pourraient être en auto administration et font ensuite une proposition en staff pluridisciplinaire. C'est le médecin qui valide la proposition et fait la prescription médicale sous réserve d'une évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire telle que l'ergothérapeute. L'équipe soignante explique au patient son traitement et l'accompagne les premiers jours pour déterminer le niveau d'auto administration. Une évaluation est faite chaque jour lors de la visite avec le médecin avec un retour au cours du staff pour déterminer si le patient peut rester ou non dans le processus.

Après, j'ai souhaité connaître quels étaient, pour le patient et pour le soignant, les avantages et les inconvénients de cette démarche. Ces questions ont été posées aux patients et aux professionnels de santé.

➤ Les avantages pour le patient

Pour les patients, l'avantage c'est d'être autonome sur ses médicaments. Les patients connaissent et gèrent leurs prises de médicaments. (PAT 1) « *Je crois être un type assez malin pour ne pas faire de bêtise, ils ont estimé que je n'étais pas assez idiot pour tout manger d'un coup* ». (PAT2) « *Je connais bien mes cachets, je peux aller en permission avec mon pilulier* ».

Les médecins ont une vision différente, le médecin 1 pense que « *les avantages, c'est surtout d'être autonome et d'avoir le traitement sans forcément attendre le passage de l'infirmière. C'est d'être impliqué dans sa prise en charge* » et le médecin 2 « *ça permet de savoir s'il y a un risque à la maison, et du coup de mettre en place des moyens de pallier s'il y a des besoins* ». Pour les IDE comme pour la cadre de santé, le gros avantage c'est surtout de laisser au patient son autonomie quant à la gestion de son traitement dans la journée. Car dans ce service, de nombreux soins comme la rééducation ou les séances avec les ergothérapeutes, sont réalisés en dehors de l'unité. Les séances sont programmées tôt le matin et le fait d'être en auto administration médicamenteuse permet

au patient (IDE 2) « *le patient, c'est qu'il n'est pas bridé par le temps* ». (IDE 2) « *Donc ça permet de l'autonomiser et de le forcer un petit peu à ne pas compter sur nous pour être à l'heure, il est obligé, de se réguler de lui-même* ». Pour le cadre de santé « *les avantages ça va être sur son autonomie, sur l'organisation de sa journée, ça leur permet de prendre leur traitement de ne pas attendre après l'infirmière qui des fois peut prendre un peu de temps pour venir* ».

L'IDEC, pense également que cette démarche permet au patient de savoir pourquoi il prend ce traitement « *Je remarque qu'il y a beaucoup de patients qui prennent des médicaments et qui ne savent pas ce que c'est. Ça boulotte à longueur de journée, ça prend des médicaments, ils ne connaissent pas le traitement, ils ne savent pas pourquoi ils prennent tel ou tel médicament, alors que dans ce cadre-là on est obligé d'expliquer aux patients. Donc c'est ça, c'est de l'information, de l'autonomisation* ».

Le pharmacien lui y voit deux avantages : le premier, c'est pour les patients qui étaient déjà autonomes sur la gestion de leur traitement « *garder son autonomie pour certains, ne pas les dés autonomiser, ils ne seront pas perdus dans la gestion de leurs traitements à la sortie* » et l'autre avantage, « *c'est quelque part vraiment sécuriser la sortie du patient, acquérir des compétences sur les nouveaux traitements* ».

➤ Les inconvénients pour le patient

Aucun inconvénient n'a été cité par les patients.

Les inconvénients cités par le médecin 1 et l'IDEC, sont le risque d'erreurs de la part du patient ou de stockage des médicaments. (IDEC) « *S'il n'a pas mal, est ce que le patient n'a pas tendance à faire un petit stock dans un coin, pour ça il faut être vigilant parce que on ne sait jamais le patient peut, soit le refile à son voisin ou faire du stock pour lui* ». Pour la cadre de santé, bien qu'elle dise que les soignants passent régulièrement voir les patients, pense que « *le manque de passage du soignant, du fait que le patient ait son traitement* » peut être un inconvénient pour certain patient. Le pharmacien ne cite pas d'inconvénient mais suggère de faire un questionnaire de sortie de satisfaction par rapport à la prise en charge car « *certains patients vont peut-être trouver bizarre qu'on leur laisse gérer les traitements* ».

➤ Les avantages pour le soignant

L'autonomie est le premier avantage cité par l'ensemble des personnes que j'ai rencontré. Le patient en auto administration est impliqué et acteur de sa prise en charge. De part cette démarche, il est obligatoirement informé de son traitement et des risques potentiels. Cela permet de sécuriser le retour à domicile. Le patient acquiert de nouvelles compétences sur son traitement ce qui permet d'éviter les erreurs médicamenteuses. De plus, cette autonomie, lui permet d'organiser son programme de soins sans dépendre de l'équipe soignante.

Les inconvénients pour le patient, peuvent être le risque d'erreurs ou alors il ne respecte pas son engagement et il fait du stock. Bien que les soignants passent régulièrement, le manque de passage peut aussi être un inconvénient. Pour optimiser la démarche, le mieux serait de faire systématiquement un questionnaire de satisfaction auprès de ces patients et pour savoir ce qu'ils en pensent.

Les patients n'ont pas trouvés d'avantages à me citer pour les soignants. Le patient 1 pense « *elles ont certainement autre chose à faire que de m'apporter mes médicaments. C'est comme ça que je l'ai pris, comme une marque de confiance* ».

Tout comme le cadre de santé, les infirmières pensent que l'avantage qui peut ressortir de cette démarche pour elles, c'est la maîtrise du temps. (IDE 1) « *Une charge mentale en moins quand on sait que le patient va prendre le traitement lui-même* ». Par exemple lors des séances de rééducations (IDE 2) « *soit il va partir sans ses traitements, soit il va louper sa séance* ». Cette démarche est parfois à la demande des IDE car « *c'est que nous on a un gros service et on a les kinés qui commencent assez tôt le matin. Les premiers partent à 08h30 donc c'est vrai que quand on est pris dans les prises de sang, des choses comme ça, on a tendance à courir un peu partout donc ça permet du coup d'autonomiser le patient dans sa prise en charge et d'être prêt à l'heure du kiné sans devoir nous attendre* ».

L'IDEC pense également que c'est un gain de temps et surtout il dit que « *lorsqu'on sait que le patient sort et qu'il connaît son traitement et qu'il sait le gérer et bien c'est un plus pour nous, c'est un point de gagné dans le projet de soins* ».

Le pharmacien et les médecins n'ont pas cité d'avantages pour les soignants, car cette démarche nécessite quand même un passage des soignants pour une évaluation du patient.

➤ Les inconvénients pour les soignants

Plusieurs inconvénients ont été cités pour les soignants. Sauf de la part des patients qui n'en n'ont pas identifiés.

Pour les infirmières la difficulté se trouve dans la traçabilité de l'acte dans le dossier patient informatisé qui n'est pas adapté pour cette démarche. (IDE 2) « *Ce n'est pas moi qui ai vérifié les traitements du patient, c'est ma collègue de la veille donc si la traçabilité sur le ordinateur n'a pas été faite moi je ne peux pas la valider, c'est l'inconvénient* ». (Médecin 1) « *C'est un peu plus dur à valider sur l'ordinateur, c'est à dire qu'elle valide le traitement administré alors qu'au final, c'est le patient qui a géré* ».

Pour le cadre de santé, l'IDEC et le médecin 1, c'est surtout le manque de surveillance qui est cité (IDEC) « *est ce qu'on est bien sûr que le patient a bien compris la démarche* », (cadre de santé) « *est-ce que derrière on peut lui faire confiance à 100%* ».

Le pharmacien pense que comme pour les patients, il faudra surement faire un questionnaire de satisfaction ou d'évaluation de cette démarche auprès des infirmières car « *L'administration du traitement, c'est vraiment le rôle propre de l'infirmière dans lequel elle est vraiment actrice, donc peut-être que l'infirmière aussi, elle va se sentir un peu dépossédée de quelque chose en termes de surveillance* ». Le médecin 2 précise qu'à ce jour « *je n'ai pas eu de retour négatif sur cette démarche* ».

Cette démarche, suppose une relation de confiance entre le patient et le soignant. Il s'agit d'un travail d'équipe avec le patient.

L'auto administration médicamenteuse par le patient, représente une « charge mentale » en moins pour les soignants lorsqu'il y a une charge de travail importante et qu'ils doivent se presser pour réaliser les soins. Cela permet aux patients, de respecter l'horaire de prise de certains médicaments, et d'être au rendez-vous pour leurs séances de kinésithérapie. Les équipes retrouvent du sens dans leurs pratiques professionnelles et estiment avoir remplis les objectifs du projet de soins du patient.

Les inconvénients pour les soignants sont le manque de surveillance, le soignant n'est pas sûr à 100% des actes du patient. La notion de confiance est importante. La traçabilité des actes représente également un inconvénient car les supports administratifs et informatiques, ne sont pas paramétrés pour ce genre de prise en charge. Une évaluation de cette démarche par les soignants via un questionnaire de satisfaction est suggérée pour savoir ce que les soignants en pensent.

Pour conclure sur ce thème, j'ai demandé aux professionnels interrogés s'ils avaient une idée sur les réticences, que pourraient avoir leurs collègues médicaux et paramédicaux, par rapport à la diffusion de cette démarche sur les autres secteurs d'activités de l'établissement. Quels seraient les freins ou les leviers de l'empowerment du patient en auto administration médicamenteuse.

Pour le médecin 2, la raison pour laquelle certains médecins pourraient être réticents, c'est le temps que cela demande « *ça prend du temps en fait de savoir si le patient est cognitivement apte à gérer seul ses traitements ou pas* », « *Ils ont peut-être moins l'habitude et c'est plus facile de dire bon bah l'infirmière va donner les médicaments a tout le monde* ». Pour l'IDE 1, ça peut être la crainte des erreurs et de ce fait, (IDE1) « *on a une perte de contrôle* ». Cependant, la cadre de santé et le pharmacien, même s'ils pensent que cette démarche peut être difficilement réalisable dans les secteurs aigus comme la réanimation ou les secteurs de gériatries et de psychiatrie, elles disent que cette démarche pourraient être réalisable dans les secteurs comme la chirurgie orthopédique ou auprès de patients chroniques qui connaissent bien leur pathologie comme les greffés qui ont des horaires strictes à respecter dans leur prise de traitement. (Cadre de santé) « *Pour avoir été infirmière en pendant 8 ans en chirurgie orthopédique, il y a beaucoup de jeunes ça pourrait être faisable. Je pense que sur les services comme la traumatologie c'est réalisable* ». (Pharmacien) « *Je pense que c'est possible pour les services qui accueillent des personnes jeunes valides qui viennent pour un problème ponctuel peut être même complètement autre de leur traitement chronique* ». (Pharmacien) « *oui ça irait bien pour un patient greffé hospitalisé dans un service qui prend ces médicaments en décalé toutes les 2 h car les infirmières, bah elles ont du mal à se caler sur les horaires et souvent le patient ne va pas les prendre à la bonne heure en hospitalisation. En fait, donc sur ces patients-là, c'est top parce qu'ils vont justement peut-être mieux le faire* ».

Par contre, pour les secteurs de gériatrie de psychiatrie, (Pharmacien) « *Je pense qu'il y a une partie de prise en charge médicale en gériatrie ou en psychiatrie, où finalement l'aide la prise du traitement fait vraiment partie de la prise en charge, je pense que ça leur conviendrait moins. C'est quand même un acte à risque aussi dans la vie courante. Pour ces patients-là, les médecins seront plus réticents, ça c'est sûr* ». (Pharmacien) « *Et en psychiatrie alors c'est encore autre chose puisqu'il y a du médico-légal. Je pense qu'on ne pourrait pas imaginer ce genre de choses* ».

La démarche du PAAM demande du temps aux médecins, elle nécessite une habitude et suppose, une expertise pour l'évaluation des patients, connaître les contre indications à la démarche. Les praticiens hospitaliers ne sont pas habitués à ce genre de pratique et c'est plus facile de prescrire l'administration médicamenteuse par l'infirmière. La prise en charge médicamenteuse est un processus à risque où la réglementation est stricte et cela peut faire peur aux soignants qui n'ont plus le contrôle de ce qui est fait.

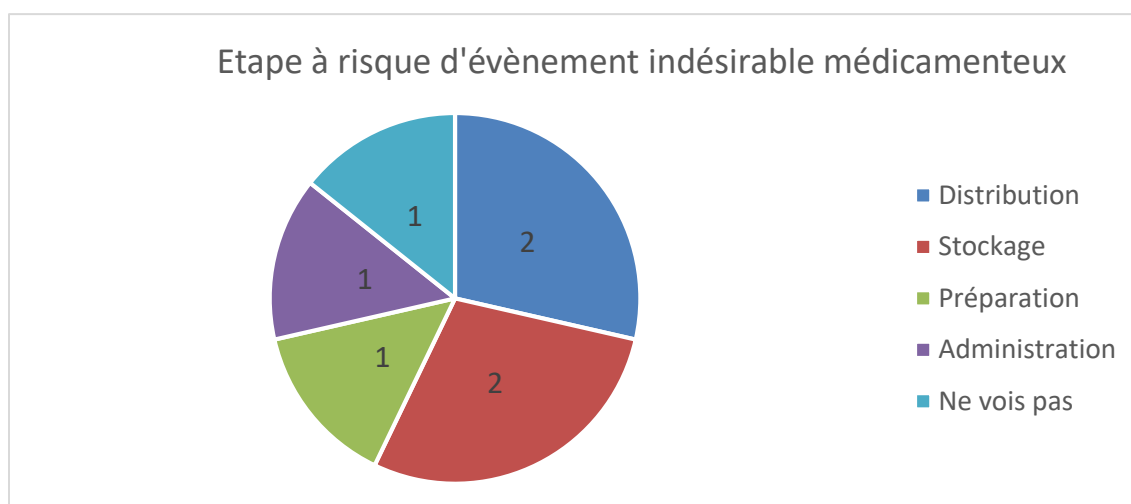
Les secteurs aigus comme la réanimation, la gériatrie ou la psychiatrie qui accueillent des patients où l'aide à la prise médicamenteuse fait partie de la prise en charge pourraient être réticents à prescrire le PAAM.

Cependant, cette pratique pourrait être réalisée dans les secteurs qui accueillent, de jeunes patients comme la chirurgie orthopédique, des patients ayant des pathologies chroniques, ou pour des patients greffés où il est important de respecter les horaires de prise de médicaments.

b) Thème 2 : Règlements et sécurisation du processus

La première question concernait le circuit du médicament et les étapes à risques. J'ai souhaité savoir si les soignants connaissaient l'étape du circuit de la prise en charge médicamenteuse (en dehors du PAAM) où il y avait le plus de déclaration d'évènement indésirable. La deuxième question était destinée à savoir, si le soignant pensait qu'un patient en auto administration médicamenteuse, pouvait contribuer à la diminution des erreurs médicamenteuses.

Évènements indésirables et circuit du médicament

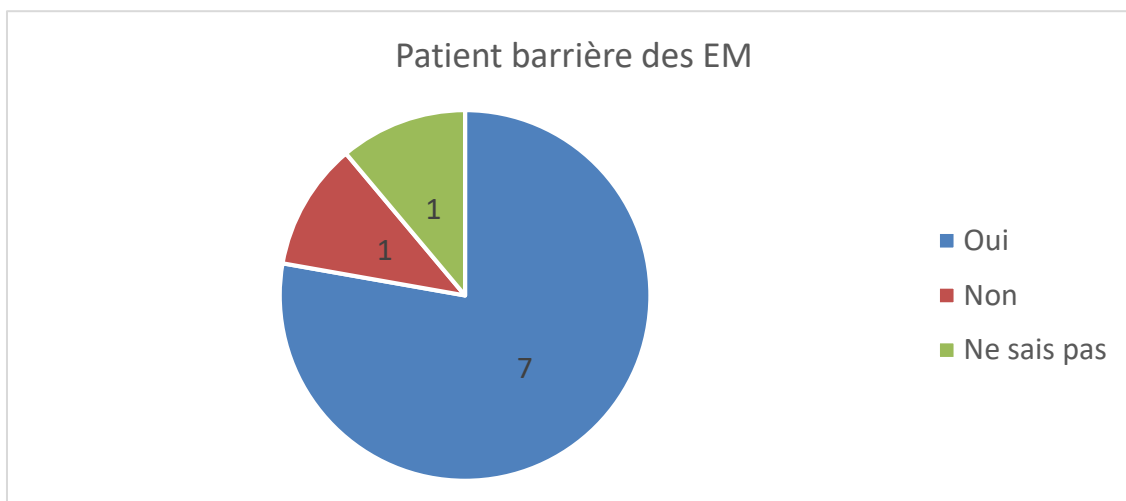


Graph 2 : Étape à risque du circuit du médicament, déclarée par les professionnels de santé : Source création personnelle

Parmi les réponses, toutes les étapes du processus du circuit du médicament ont été citées, sauf l'étape de la prescription médicale.

Le pharmacien a cité l'administration comme étant l'étape où il y avait le plus de déclaration d'évènement indésirable. (Pharmacien) « *L'administration, pas parce que l'infirmière travaille moins bien que les autres, mais parce que c'est la dernière barrière, donc c'est là où les erreurs ne sont pas arrêtées. C'est aussi là où souvent les erreurs sont déclarées. Parce que voilà, le patient, il l'a eu. Quand il y a une erreur à la prescription, et que l'infirmière s'en aperçoit, elle ne rentre pas la déclaration. Mais le problème de l'administration, c'est que c'est la dernière barrière* ». L'IDE 1 a cité la préparation, car pour elle, on peut faire des erreurs lors de la préparation de piluliers. L'IDE 2 et le médecin 1 pensent que c'est au moment de la distribution réalisée par la pharmacie. L'IDE 2 a déjà constaté à la réception des médicaments, des erreurs de dosage. Le médecin 2 et la cadre de santé pensent que c'est au moment du stockage des médicaments qu'il y a le plus de déclarations d'évènements indésirables. (Cadre de santé) « *Sur le stockage, parfois on va avoir des traitements qui doivent être mis au réfrigérateur ou à l'abri de la lumière* », « *Après, je ne vois pas plus que ça puisque sur les médicaments on n'a pas trop de fiches d'évènement désirable* ».

Patient barrière de l'erreur médicamenteuse



Graph 3 : Nombre de professionnels identifiant le patient comme une « barrière » d'interception des EM :

Source création personnelle

Par rapport au rôle du patient, le médecin 1 ne pense pas que le patient en auto administration médicamenteuse puisse être une barrière supplémentaire pour éviter que l'erreur médicamenteuse ne se produise. « *Ceux qui font attention, de toute façon, que ce soit en auto-administration ou pas, ils vont voir l'erreur. Et ceux qui vont laisser passer l'erreur, sans se rendre compte, c'est qu'ils ne savent pas ce qu'ils prennent, pourquoi ils le prennent. Donc ils ne seront pas en auto-administration* ».

Pour les autres soignants sauf pour le médecin 2 qui ne savait pas, oui le patient en auto administration peut contribuer à diminuer les erreurs médicamenteuses.

(IDE 1) « *C'est vrai que quand l'infirmière arrive pour donner les médicaments, le patient fait confiance à l'infirmière. Je pense qu'il les avale parfois sans trop regarder alors que le fait de leur donner leur pilulier, je pense qu'ils regardent un peu plus, à mon avis, ce qu'ils prennent* ». (IDE2) « *Oui ça peut réduire. Ils peuvent s'apercevoir qu'il y a une erreur le patient vérifie aussi. Moi j'ai le cas d'un patient où il était en auto-administration et c'est lui qui m'a dit le matin. Par contre je n'ai pas eu ma morphine et en effet ma collègue de la veille ne lui avait pas donné. Donc c'est lui qui s'en est rendu compte parce qu'il n'avait pas les mêmes traitements de d'habitude. Et on a des patients qui nous posent des questions avant de les prendre. Bah d'habitude je n'ai pas ça, pourquoi là j'ai ça ?* ».

(IDEC) « *Oui, je pense que cela peut contribuer à la diminution des erreurs. C'est pour ça que cette démarche repose sur un travail d'équipe avec le médecin et que l'on sache bien si le patient il a bien compris les différentes prises de médicaments, à quoi ça sert et cetera* ».

(Cadre de santé) « *Je pense que oui, ça peut, parce que le patient connaît son traitement, le patient en fait sait ce qu'il a comme traitement, donc je pense qu'il serait plus une alerte pour nous* ».

Le pharmacien est également convaincu que le patient qui connaît son traitement et ses doses, remarquera et signalera l'erreur. Cependant elle termine sa phrase en disant « *Oui, il remarquera l'erreur et il le dira. Faut il encore l'écouter* ».

Seul le pharmacien a cité l'administration comme étape où il y avait le plus de déclaration d'évènement indésirable médicamenteux. Le patient qui est en auto administration médicamenteuse, pourra, parce qu'il est informé et connaît son traitement, signaler si il y a une erreur dans ses médicaments. Le patient représente une barrière de sécurité supplémentaire et peut, prévenir et éviter un évènement indésirable médicamenteux.

Après, les questions posées portaient sur l'arrêté du 10 octobre 2022 et les recommandations de la HAS permettant d'encadrer et de sécuriser la démarche du PAAM. La première question qui consiste à savoir si la démarche du patient en auto administration médicamenteuse est réglementaire ou pas, a également été posé aux patients.

Les réponses sont plus ou moins évasives. Le patient 1 et patient 2 pensent que cette démarche doit être réglementaire puisqu'ils en bénéficient. (PAT 1) « *Franchement, ça doit l'être puisque j'en bénéficie* ». (PAT 2) « *Réglementaire, non je sais que c'est quand on est proche de la sortie* ». Les IDE pensent que c'est réglementaire « *étant donné que c'est une prescription médical* ». Les médecins, cadre de santé, IDEC et pharmacien pensent que cette démarche est réglementaire. (Pharmacien) « *Ce n'est pas hors la loi, mais ça doit être*

réalisée dans des conditions bien stricte ». (IDEC) « À l'heure actuelle, elle est pas du tout réglementaire. Et j'aime bien tout ce qui est réglementation ». (Cadre de santé) « Je pense que oui, ça doit être réglementaire si on respecte tous les critères et toutes les feuilles à faire signer ».

La plupart des professionnels interrogés ne connaissent pas l'arrêté du 10 octobre 2022 autorisant la démarche du PAAM, ni le guide de recommandation élaboré par la HAS. Un médecin sur deux, l'IDEC, la cadre de santé et le pharmacien en avaient connaissance. Ils étaient présents aux différentes instances où je présentais la démarche et les conditions de mise en œuvre.

Pour conclure sur cette partie, j'ai voulu savoir quel pourrait être l'impact de cette réglementation sur la décision de mise en œuvre du PAAM dans les unités de soins. Un frein ou un levier ?

Le médecin 2 et le pharmacien pensent que le guide de recommandations ainsi que les outils proposés vont permettre un meilleur suivi et que c'est une aide à la mise en œuvre. Cependant (Médecin 2) *« la partie administrative qui est importante peut-être un frein, c'est plus facile de mettre les patients en administration médicamenteuse par l'infirmière »*. *« Il y a des patients, je pourrais les mettre en auto-administration, mais la partie informatique reste compliquée »*. Pour le pharmacien *« C'est lourd mais c'est logique, c'est à mon sens, quelque chose qui peut paraître séduisant, mais j'ai peur quand ils vont voir en concret la réalité du dossier à faire, les évaluations, et cetera. Bah on a deux possibilités, soit ils le font et du coup c'est lourd et ça les décourage. Soit en fait ils le feront mais pas de manière complète et il nous manquera des choses pour répondre au référentiel. Et si on se lance complètement dedans, il faudra qu'on audite ce genre de pratique pour voir si les dossiers sont complets. S'il y a bien eu des évaluations avant, pendant et après, parce que j'ai du mal à croire qu'on aura un truc complètement correct »*.

Les IDE, la cadre de santé, l'IDEC et le médecin 1, pensent que le fait que cette démarche soit cadrée avec des recommandations, permettra d'être sécuritaire au niveau des pratiques et plus ou moins sélectif au niveau des patients intégrant le dispositif. (Médecin1) *« À voir quand ça va être tout bien cadré pour le faire sûrement un peu plus »*. (IDE 1) *« Je pense que ça peut être un plus, justement, surtout s'il y a des outils pour les patients »*. (IDE 2) *« Un levier, ça ouvrira peut-être plus facilement sur d'autres patients, sur des patients qui peuvent peut-être le faire dès le début de l'hospitalisation »*. (IDEC) *« Ça permet de cadrer les choses et puis de savoir où on va dans cette démarche. Non, au contraire c'est un levier »*.

Pour l'ensemble des professionnels interrogés, même si la lourdeur administrative et la traçabilité des évaluations peuvent représenter un frein, tous sont d'accord pour dire qu'ils sont nécessaires. Ces outils représentent des leviers pour la sécurisation de la démarche, pour l'information et l'évaluation des patients. Ils pourront peut-être aider à étendre le dispositif sur une population plus nombreuse et plus large.

c) *Thème 3 : Expérience patient*

Pour cette partie, j'ai élaboré un guide d'entretien en utilisant quelques questions issues du questionnaire de satisfaction patient, outil proposé par la HAS.

	Durée d'hospitalisation	Date de début de PAAM	Traitement Personnel	Initiative
Patient 1 69 ans	3 mois	2 mois après admission	Oui	Équipe soignante
Patient 2 72 ans	5 mois et demi	4 mois après admission	Oui	Équipe soignante

Tableau 3 : Renseignements des patients interviewés en Auto Administration Médicamenteuse : Source création personnelle

Cette partie m'a permis de savoir ce que les patients retenaient de cette expérience.

Par ces questions, j'ai voulu savoir comment ils avaient été accompagnés, quelles informations orales ou écrites ils avaient eu, et s'ils en étaient satisfaits.

Ces patients, qui avaient déjà un traitement personnel chez eux, ont répondu qu'ils n'avaient pas reçus d'informations écrites ou orales et qu'ils en n'attendaient pas plus. Ils connaissaient bien leur traitement et qu'ils avaient l'habitude de les prendre. (PAT1) « *Je sais pourquoi je prends tel cachet, on m'a donné cette boîte où il y a ce qui est à prendre le matin, le midi et le soir* ». (PAT2) « *Je connais tous mes cachets, je sais s'il en manque un ou s'il y en a un en trop. Je vérifie tous les jours* ». J'ai demandé s'ils avaient déjà constaté des erreurs dans la préparation (PAT 2) « *C'est déjà arrivé et je l'ai mis de côté* ». (PAT1) « *Quand j'ai une question à poser, je la pose aux IDE aux médecins. Non, franchement, je trouve que je ne rencontre pas de problème ici* ».

J'ai voulu savoir si à l'admission ils avaient pu conserver ou non leur traitement personnel avec eux, ils ont répondu oui. (PAT 1) « *Je l'ai ramené ici parce que. Je suis habitué des cliniques et hôpitaux. Je n'y touche pas, vous savez* ».

La question suivante concernait le retour à domicile. Les patients interrogés, qui avaient déjà un traitement personnel, où qui avaient pu bénéficier de permission pendant leur hospitalisation n'étaient pas inquiets par rapport à leur sortie. Ils avaient l'habitude.

(PAT1) « *J'avais exactement le même système chez moi* ». (PAT2) « *Je suis déjà rentré à la maison, j'avais mon pilulier avec mes médicaments* ».

Et enfin la dernière question consistait à savoir si en cas de nouvelle hospitalisation, ils souhaiteraient avoir le même dispositif, tous deux ont répondu que pour eux c'étaient pareil. Que ce soient l'infirmière ou eux, il n'y avait pas de problème. (PAT1) « *Je ne serais pas vexé qu'une infirmière me mette un plateau comme je faisais avant* ». (PAT2) « *Que j'ai mon pilulier ou qu'on me les donne, les infirmières passent tous les jours* ».

Les patients n'ont pas reçu d'informations particulières par rapport à ce dispositif. Néanmoins, ils connaissent, gèrent leur traitement et remarquent si il y a des erreurs ou des modifications. L'évènement s'est déjà produit et le patient a signalé l'erreur au soignant. Le patient et le soignant se posent des questions mutuellement, ils établissent une relation de confiance et travaillent en équipe. Les patients n'avaient jamais testé ce dispositif de PAAM avant.

2.5.3 Discussion des résultats

Ma question de recherche, portait sur l'empowerment du patient hospitalisé et son auto administration médicamenteuse. Quels sont les freins et les leviers qui pourraient déterminer la faisabilité ou pas de cette démarche dans un établissement de santé ?

Nous avons pu voir dans la première partie, différents points de vue de la notion d'empowerment. De ce que je retiens de ces différentes notions, c'est que l'empowerment est un processus d'action qui permet aux personnes impliquées d'agir de manière efficiente sur ce qui est important pour eux. Dans le domaine de l'action sociale qui nous intéresse ici, il modifie la relation du travailleur social au patient et implique aux professionnels de reconfigurer les pratiques professionnelles. Cette relation basée sur une relation de confiance, s'inscrit dans une logique de responsabilisation pour mobiliser et soutenir le patient. C'est pour ces raisons que le PAAM, récemment autorisé, répond pleinement à l'empowerment du patient. Afin de légitimer ce processus la loi a dû s'adapter et c'est en ce sens que l'arrêté du 10 octobre 2022 a modifié celui du 06 avril 2011. En effet le processus de la prise en charge médicamenteuse où des évènements indésirables médicamenteux sont déclarés, met en cause, l'organisation, la coordination des soins et l'intervention de nombreux soignants.

L'expérience du patient en auto administration médicamenteuse, nous a permis de montrer que l'autonomisation du patient était un objectif prioritaire dans son projet de soins. Cette autonomie, lui permet de rester responsable et maître de sa vie. Nous avons vu que pour

permettre au patient ce pouvoir, qu'il fallait qu'il soit éligible au dispositif. Parce qu'il est informé et accompagné par les soignants, il acquiert des compétences et peut organiser son programme de soins. Le patient établit avec les soignants une relation de travail et de confiance. Il a des responsabilités vis-à-vis de son traitement. On retrouve ces éléments dans les différentes notions de l'empowerment. Notamment dans la littérature du travail social où la dimension individuelle permet à chaque individu de construire une image positive de soi par l'acquisition de compétences. Dans la psychologie communautaire, reconnaître la compétence des patients, appelle à reconsidérer le rapport du patient au professionnel où deux modes de savoir complémentaires sont mobilisés. Celui de professionnels sous des aspects techniques et théoriques et celui du patient fondé sur son expérience.

Les infirmières nous ont informées que cette démarche d'auto administration médicamenteuse avait été relancée à leur demande car elles estimaient que certains patients en avaient les compétences. Cela signifie, qu'il y a un partage de savoir et de pouvoir, qui fait qu'il y aura un changement dans les pratiques professionnelles. Comme dans le travail social, ce changement de relation est à l'initiative des professionnels.

Dans le PAAM, les soignants acceptent de déléguer au patient une action qui relève de leur compétence et de leur responsabilité. Par ce changement de pratiques professionnelles, d'autant plus considéré comme un processus à risque, les soignants prouvent aux patients qu'ils ont confiance en lui et intègrent ainsi le patient dans le travail collectif. Cette notion de travail collectif, on la retrouve dans la démarche du DPA –PC de Yann LE BOSSÉ qui privilégie l'action comme levier du changement. Pour lui, l'empowerment permet aux personnes ou à un collectif d'avoir la possibilité d'agir sur ce qui est important pour eux. Dans notre cas, c'est de permettre au patient d'être autonome et de garder le pouvoir sur son traitement. Yann LE BOSSÉ précise que travailler sur la démarche du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs nécessite de négocier avec les personnes impliquées pour qu'elles soient « actrices » de l'intervention et non « objet » de l'intervention. Le PAAM permet par ses modalités, de laisser le choix au patient. Pour entrer dans cette démarche, il doit être volontaire. Le patient décide s'il veut être acteur ou non de son auto administration médicamenteuse.

Les soignants interrogés, savent que le processus de prise en charge médicamenteuse est un processus à risque d'événements indésirables. Par contre, seul le pharmacien a cité l'administration comme étant l'étape où il y avait le plus de déclaration d'événements indésirables médicamenteux. Le pharmacien sait que l'administration est la dernière étape où il y a une barrière pour éviter les erreurs. Cela nous ramène à la notion du pouvoir, comme le dit Julian RAPPAPORT pour qui, le rapport au savoir constitue une forme de pouvoir. Même si lui fait ici référence aux patients, on constate également cette notion du

pouvoir dans les relations professionnels. Et effectivement, les guides et rapports de la HAS nous montrent que les erreurs médicamenteuses, représente la troisième cause d'EIGS. L'étape d'administration des médicaments est l'étape la plus sensible car c'est à ce niveau que les moyens de détections d'une erreur sont les moins nombreux et les plus difficiles à mettre en œuvre.

Les soignants disent que le patient en auto administration remarque lorsqu'il y a une erreur dans son pilulier. Il alerte les soignants et évite ainsi l'évènement indésirable. Le patient acteur de sa prise en charge médicamenteuse, représente la barrière ultime d'interception de l'erreur médicamenteuse. Ce rôle qui est donné au patient répond à plusieurs objectifs du PAAM. En effet comme il est noté dans le guide de recommandations de la mise en œuvre du PAAM édité par la HAS, le patient, de par sa relation qu'il établit avec les soignants, améliore sa compréhension sur son traitement et permet de réduire les erreurs médicamenteuses notamment lors de sa sortie d'hospitalisation.

L'ensemble de ces éléments démontrent que le patient en auto administration de par ses objectifs et l'implication des personnes concernées représente un véritable levier pour l'empowerment du patient en établissement de soins. Néanmoins, bien qu'elle présente de nombreux aspects positifs, pour que cette démarche s'applique à d'autres secteurs de soins, il faut que les professionnels de santé se sentent concernés par ce problème d'autonomie et de pouvoir d'agir des patients. Point essentiel de la démarche DPA –PC, où Yann LE BOSSÉ dit que pour être efficiente, la démarche doit s'ancrer sur un problème concret et actuel qui, si on veut que les choses bougent ou s'améliorent, touchent plusieurs acteurs. Or, comme le disent les médecins interrogés, il est surement plus facile de prescrire l'administration médicamenteuse par les infirmières que de prescrire l'auto administration qui demande aux professionnels de santé une charge de travail supplémentaire. Effectivement, aujourd'hui, lorsqu'un patient entre pour une hospitalisation, qu'il soit jeune, âgé, avec une pathologie chronique ou pas, avec un handicap ou pas, et qu'il ait déjà un traitement personnel ou pas, il n'a pas ou plus le pouvoir de prendre ses médicaments seul. Le médecin parce qu'il a le pouvoir et que ce sont les pratiques habituelles, fait la prescription médicale à l'infirmier qui administre autant de fois qu'il est nécessaire les médicaments au patient. Le PAAM implique une conduite du changement, qui consiste pour les équipes à changer de vision vis-à-vis des patients. Ne plus les voir comme des personnes qui ont des problèmes, des faiblesses, mais plutôt comme des personnes qui ont des ressources et avec qui il faut établir un projet de soins individualisé. Comme dit Yann LE BOSSÉ, l'approche DPA-PC repose sur quatre points d'appui : le repérage des acteurs, de leurs enjeux et de leur contexte et l'implication des personnes concernées dans la définition des problèmes et des solutions.

Je terminerai cette discussion par un extrait du livre Développement du Pouvoir D'agir des Personnes et des Collectifs qui dit :

« Nous sommes tous d'accord sur les principes de base du travail social : rendre les personnes acteurs, accompagner vers l'autonomie, respecter les choix des personnes, faire avec et non pour ou à la place de, contribuer au changement. Mais concrètement comment s'y prendre ? Nous avons tous du mal à transposer ces valeurs dans nos pratiques »

3 PRÉCONISATION

L'objectif de mon enquête était de savoir s'il était possible, avec toute la réglementation et les risques qui peuvent en découler, laisser au patient hospitalisé la gestion de son traitement médicamenteux afin qu'il puisse en être acteur. L'empowerment du patient a éclairé cette démarche.

L'analyse des entretiens, m'a permis d'en déduire que cette nouvelle démarche est réalisable, qu'elle présente des avantages pour les patients et pour les soignants. Cependant, elle est peu connue et si l'établissement de santé souhaite donner aux personnes concernées et impliquées le pouvoir de maintenir cette démarche, il faudra les accompagner. Je préconise trois actions pour favoriser le maintien et le développement de cette démarche. Ses actions sont : L'aide à la mise en œuvre du respect des bonnes pratiques règlementaires, l'évaluation de cette démarche par un suivi d'indicateurs et la communication de cette pratique auprès des soignants et des usagers avec l'approche DPA-PC.

En prérequis, il est important de s'assurer que le repérage des acteurs, de leurs enjeux, et de leur contexte et l'implication des personnes concernées, tel que le préconise Yann LE BOSSÉ, soient effectifs avant de débiter un tel projet.

A) Applications des bonnes pratiques règlementaires

Lorsque je suis allée à la rencontre de l'encadrement pour savoir avec quels outils ils travaillaient, j'ai pu constater qu'il n'y avait rien de formalisé. J'ai senti qu'ils étaient en difficulté par rapport à cela et qu'ils souhaitaient profiter de cette étude pour cadrer la démarche. J'ai commencé par leur présenter l'ensemble des outils proposés par la HAS. Cela représente une dizaine d'outils ou de formulaires qui peuvent être utilisés. Ce sont principalement :

- Un formulaire d'informations destinées aux patients pour expliquer la démarche.
- Un formulaire de pacte d'engagement du patient pour auto administration.
- Une grille d'enquête pour savoir comment se passe la gestion du traitement personnel à la maison.
- Une fiche de recueil d'informations pour l'inclusion et le suivi du patient en auto administration de ses médicaments. Cette fiche comporte une évaluation des facteurs de risques, un bilan de l'entretien avec la décision du niveau d'implication dans le PAAM et un tableau de suivi et de réévaluation.
- Un plan de prise pour le patient. Outil de traçabilité pour le patient
- Questionnaire expérience patient PAAM
- Une grille d'évaluation du dispositif PAAM (évalue la mise en œuvre du PAAM)

- Une grille d'audit du dispositif PAAM. (évalue les recommandations du PAAM). Cela représente un nombre important de documents administratifs à remplir, parce que c'est une démarche à risque, il est important de les mettre en place. Le but n'est pas de tous les utiliser, ce sont des exemples, des propositions. L'objectif est de respecter les bonnes pratiques afin de sécuriser le dispositif. Nous avons programmé avec l'encadrement médical et paramédical, d'étudier ces documents afin de les adapter à notre fonctionnement interne. Ce groupe de travail est constitué d'un médecin, du cadre de santé, de l'IDEC, du pharmacien, d'une infirmière, d'une personne responsable du dossier patient informatisé et de moi-même, en qualité de coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins. Ensemble nous souhaitons travailler sur ses documents afin d'alléger la lourdeur administrative que cette démarche suppose. Ses documents seront soumis à la validation du président du CQPM, de la direction de l'amélioration continue, de la direction des soins et du président de la CME.

Cette démarche, impose également une sécurisation du pilulier dans la chambre du patient. Pour cela, nous proposons avec le pharmacien de différencier le pilulier du PAAM par une autre couleur pour éviter le risque d'erreur, et de mettre systématiquement celui-ci dans le coffre de la chambre du patient.

Enfin pour le plan de prise du patient, afin qu'il puisse tracer chaque prises de médicaments sur la journée, l'idéal serait de lui mettre à disposition une tablette informatique avec un fichier destiné au suivi quotidien de ses prescriptions médicamenteuses.

B) Évaluation de la démarche du PAAM

Je propose pour évaluer cette démarche, de faire un tableau de suivi d'indicateurs de qualité pour le PAAM qui sont :

- Le nombre de patients impliqués dans le PAAM
- Le niveau d'implication du patient dans le PAAM
- Le nombre de patients qui ont abandonné
- Le nombre d'évènements indésirables médicaments PAAM
- Le nombre d'évènements indésirables médicamenteux hors PAAM. Il est important de faire le comparatif avec cet indicateur qui d'une part, informera les soignants et les sensibilisera sur les étapes à risques, et d'autre part mettra en évidence l'impact du PAAM sur la gestion des erreurs médicamenteuses.
- Une évaluation de la satisfaction des patients inclus dans le PAAM
- Une évaluation de la satisfaction des professionnels impliqués dans le PAAM

Pour s'assurer du respect des bonnes pratiques, je propose de faire dans les six mois la mise en œuvre de l'ensemble des outils, un audit du dispositif PAAM. Cet audit permettra de faire un bilan de l'ensemble de la démarche pour une présentation auprès des différentes instances institutionnelles.

C) Communication

Comme je l'ai entendu pendant les entretiens, la démarche du PAAM n'est pas connue et elle peut faire peur aux professionnels par les différents freins que nous avons évoqués qui sont la lourdeur du dispositif et les risques éventuels. Néanmoins, elle présente également de nombreux points positifs. Je propose dans un premier temps, une communication en interne puis en externe.

- Communication en interne :

Si on veut donner au patient le pouvoir d'agir sur son auto administration médicamenteuse, il faut convaincre les professionnels de santé. Il faut leur donner des résultats d'où l'intérêt des indicateurs de suivi de la démarche, des questionnaires de satisfactions et des audits du dispositif.

Je propose de faire une communication et une présentation des bilans, auprès des professionnels via les instances institutionnelles comme la CME, le CQPM, le COPIL d'amélioration continue, la CDU où sont présents les usagers et les associations, les instances polaires et les réunions de cadres de santé.

Ensuite, si les résultats sont concluants, je propose de faire un sondage auprès des différents praticiens hospitaliers pour savoir s'ils accepteraient de faire un essai au sein de leur unité de soins. Les professionnels soignants volontaires, médecins et infirmiers devront se former au PAAM. Je ferai le sondage auprès des secteurs qui répondent aux critères d'inclusion du PAAM. Psychiatrie inclus car contrairement à ce que pensait le pharmacien, le PAAM est également réalisable dans ce secteur hormis pour les hospitalisations sous contraintes. La HAS a intégré dans son guide, un focus santé mentale destiné aux soignants qui souhaiteraient appliquer cette démarche.

- Communication en externe

La communication doit également se faire en ville, auprès des médecins traitants, des pharmacies et des cabinets d'infirmiers libéraux. Dans un but de faire des entretiens, j'avais contacté des cabinets d'infirmiers libéraux qui avaient en sortie d'hospitalisation pris en charge des patients PAAM. Malheureusement, ne connaissant pas cette démarche, ils n'avaient pas eu de suivi de la continuité de la démarche. Il me paraît indispensable, pour que cette démarche soit efficiente, qu'il y ait toujours un suivi avec les professionnels de ville.

Conclusion

Ce mémoire avait pour but de savoir, pourquoi aujourd'hui, il est permis au patient hospitalisé, d'être acteur impliqué dans un processus à risque d'évènement indésirable, qui entrainera un bouleversement des pratiques professionnelles des soignants ?

Pour réaliser cette étude, je me suis appuyée sur les concepts, de l'empowerment à travers la démarche du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs qui caractérise la conduite du changement, la réglementation du management de la prise en charge médicamenteuse par la qualité. Cette dernière permet, par une étude de risques encourus par le patient de sécuriser le processus à chacune des étapes du circuit du médicament et les recommandations de la HAS pour les modalités règlementaires de mise en œuvre du PAAM.

Les résultats de cette enquête nous informent que l'autonomie du patient dans sa globalité dont son auto administration médicamenteuse, fait partie de son projet de soins en prévision du retour à domicile. Le patient impliqué dans son auto administration organise la programmation de ses soins et de ce fait, établit avec l'équipe soignante une relation de confiance et d'équipe. De plus, par l'acquisition de ses compétences vis-à-vis de l'évolution de son traitement médical, il renforce la sécurisation de l'administration médicamenteuse qui est l'étape où les erreurs médicamenteuses sont majoritairement déclarées. Cependant, les conditions de mise en œuvre de la démarche du PAAM à ce jour, ne répondent pas aux recommandations de la HAS qui suppose pour les professionnels de santé une expertise et une gestion administrative supplémentaire.

Néanmoins, la conclusion de cette étude confirme l'évolution de l'empowerment du patient hospitalisé.

Le pouvoir d'agir tend également à évoluer du côté des soignants qui depuis la loi de modernisation du système de santé de 2016 permet aux infirmières d'élargir leurs missions par rapport à leur pratique initiale. Ce sont les Infirmières en Pratiques Avancées (IPA).

Bibliographie

Articles de presses

CASTOT A., et al., 2008, « Hospitalisations dues aux effets indésirables des médicaments », Les matinées avec la presse de l'Afssaps, p.1-3.

Articles scientifiques :

AUBERTIN C., 2004, « La démarche qualité : normalisation des procédures de recherche et/ou amélioration des rapports humains ? », Dans Natures Sciences Sociétés, 1.n°12, p.83-84.

BERKESSE A.,et al.,2016, « L'application d'un modèle intégré de partenariat-patient dans la formation des professionnels de la santé : vers un nouveau paradigme humaniste et éthique de co-construction des savoirs en santé », Dans Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences, 2.n°27,p.59-72.

BERKESSE A.,et al.,2020 « Patient partenaire : de la pratique à la recherche », Dans Santé Publique, 4.n°32 ?P.3716374.

BERNARD V.,et al.,2006, « Le développement du pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement », Dans Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle,3.p.87-100.

CALVÈS A.-E., 2009, « Empowerment : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement »,4.n°200, p.735-749.

DURAND G., 2019, « Évaluer l'autonomie du patient : le médecin à l'épreuve de la métaphysique », Dans Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences, 2.n°30, p.169-180.

FAYN M.-G., et al., 2017, « Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient », Recherches en Sciences de Gestion, 2.n°119,p.55-73.

GIRER M., 2014, « Les droits des patients : les enjeux d'une autonomie affirmée », n°32, p29-37.

JOUET E., 2014 « Prendre pouvoir sur sa vie en santé mentale », Dans Le sujet dans la cité, 2.n°5, p.63-75.

KLEIN G.-H., 2009, « L'empowerment Réflexions sur le concept d'empowerment et l'Approche centrée sur la personne en soins infirmiers », Dans Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche, 2.n°10, p.52-67.

LABELLE A., 2021, « Importer le Montreal Model dans l'éducation spécialisée française : un rebond démocratique du modèle associatif de 1901 » Dans Pensée plurielle, n°53, p.123-139.

LAUDE A., 2013, « Le patient entre responsabilité et responsabilisation », Dans Sciences sociales et santé, 41, p.79-87.

LE GULUDEC D., 2022, « Les professions de santé et les droits des malades », Dans Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance – Maladie, 4.n°34, p.59-62.

MARMILLOUD L., 2019 « Donner vie à la relation de soin », Dans Donner vie à la relation de soin, p. 241-246. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/donner-vie-a-la-relation-de-soin--9782749264394-page-253.htm>

MARRAULD L .,et al.,2018, « Manager en impliquant les usagers », Le management en santé, Presse EHESP, p179-201.

MICHEL P, et al., 2022, « Incidence des événements indésirables graves associés aux soins dans les établissements de santé (Eneis 3) quelle évolution dix ans après ? », BEH ,p.229-237.

MOUGEOT F.,et al.,2018, « L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique », Dans Santé Publique, 1.n°30, p.73-81.

NOLTE E., 2017, « Placer la personne au centre de la démarche de soins : analyse et évolution des notions de patient-centredness et person-centredness et de leur signification dans le domaine de la santé », Revue française des affaires sociales, n°1, p.97-115.

OMEDIT., 2023, « Les erreurs médicamenteuses », Dans Omedit Grand Est, France, 9p

POMEY M.-P.,et al., 2015 « Montreal model : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé » , Dans Santé Publique, HS,p.41-50.

SAINTOYANT V., et al., 2012, « Gestion des risques associés aux soins : état des lieux et perspectives », Dans Pratiques et Organisation des Soins, 1.n°43, p.35-45.

SIFER-RIVIÈRE L., 2016, « se saisir du discours et de l'expérience des personnes », Les recherches qualitatives en santé, 4, p.86-101.

VISSAC P., 2017, « Quand la démarche qualité devient un processus de management innovant ou un outil de pilotage par la démarche projet », Dans Empan, 3 .n°107,p.42-47.

Communiqué de presses :

SIMEON B., 2017, « L'OMS inaugure une initiative mondiale pour réduire de moitié les erreurs médicamenteuses en 5 ans », Organisation mondiale de la santé, Genève, p1

Ouvrages :

BACQUÉ M.- H., BIEWENER C., 2021, L'empowerment, une pratique émancipatrice ?, Paris, France, La Découverte ,154p.

DUCALET P., LAFORCADE M., 2008, Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales, Paris, France, Seli Arslan, 288p.

JOUFFRAY C., 2018, Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs, Rennes, France, EHESP, 230p.

MOUSSIER C., et al., KWOCZ F., 2018, Gestion des risques en établissement de santé, Paris, France, Sup Foucher, 192p.

Recommandations DGOS :

Direction générale de l'offre de soins., 2012, « Qualité de la prise en charge médicamenteuse .Outils pour les établissements de santé », Paris, France, 45p

Recommandations HAS :

HAS., 2012, « Amélioration des pratiques et sécurité des soins, La sécurité des patients, Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, Des concepts à la pratique », Paris, France ,156p.

HAS., 2013 « Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments », Paris, France, 195p.

HAS., 2020, « Erreurs associées aux produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux, produits sanguins labiles) déclarées dans la base de retour d'expérience nationale des événements indésirables graves associés aux soins », Paris, France, 55p.

HAS., 2020, « Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire », Paris, France, 9p.

HAS., 2021, « Engager le patient pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en équipe », Paris, France, 40p.

HAS., 2021 « abrEIGÉS, Un condensé du rapport annuel sur les événements indésirables graves associés aux soins », Paris, France, 13p.

HAS., 2022 « Retour d'expérience national », Paris, France, 55p.

HAS., 2022 « Le patient en auto-administration de ses médicaments en cours d'hospitalisation », Paris, France, 76p.

HAS., 2022 « Patient en auto-administration de ses médicaments (PAAM) en hospitalisation », Paris, France, 3p.

Recommandations OMEDIT :

OMÉDIT., 2013 Commission « Qualité de la prescription à l'administration », Dans Politique du Médicament, Omédit Centre, France ,14p.

Textes législatifs ou réglementaires :

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.
Journal officiel, n° 0090 du 16 avril 2011

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. Journal officiel, n° 0239 du 14 octobre 2022

Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé. Journal officiel n° 0265 du 16 novembre 2010

Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients. Journal officiel n° 0276 du 27 novembre 2016

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1).Journal officiel Texte n°1 du 05 mars 2002.

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel n° 0167 du 22 juillet 2009

Liste des annexes

- I. Arrêté du 10 octobre 2022 modifiant l'arrêté du 06 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments
- II. Guide entretien patient : Source création personnelle
- III. Guide entretien professionnel de santé : Source création personnelle
- IV. Grille d'analyse professionnelle de santé / Patient GR1TH1 : Source création personnelle
- V. Grille d'analyse professionnelle de santé / Patient GR2TH2 : Source création personnelle
- VI. Grille d'analyse patient GR3 : Source création personnelle
- VII. Grille d'audit du dispositif PAAM HAS
- VIII. Questionnaire expérience patient PAAM HAS

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

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

NOR : SPRH2226215A

Le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la santé publique, notamment son article R. 6111-10 ;

Vu 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 ;

Vu la décision n° 2022.0273/DC/SEVOQSS du 21 juillet 2022 du collège de la Haute Autorité de santé portant adoption du guide et de ses outils « Le Patient en Auto-Administration de ses Médicaments en cours d'hospitalisation : le PAAM »,

Arrête :

Art. 1^{er}. – La subdivision : « Administration » de l'article 13 de l'arrêté du 6 avril 2011 susvisé est ainsi modifiée :

1° Après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 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. » ;

2° Le sixième alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « toute administration » sont remplacés par les mots : « tout acte d'administration proprement dit » ;

b) Il est complété par la phrase suivante : « En cas d'auto-administration, l'acte est enregistré *a posteriori* conformément aux déclarations du patient. »

Art. 2. – Après la subdivision : « Actions d'amélioration. » de l'annexe à l'arrêté du 6 avril 2011 susvisé, il est inséré une subdivision : « Administration. » ainsi rédigée :

« Administration.

« Cette étape repose sur :

- « – la prise de connaissance de la prescription médicale ;
- « – la planification des actes d'administration des médicaments (plan d'administration) ;
- « – la préparation de l'administration des médicaments ;
- « – l'acte "d'administration proprement dit" ;
- « – l'enregistrement de l'acte d'administration ;
- « – l'information du patient ;
- « – la surveillance thérapeutique du patient. »

Art. 3. – La directrice générale de l'offre de soins et le directeur général de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 10 octobre 2022.

Pour le ministre et par délégation :

*La directrice générale
de l'offre de soins par intérim,*
C. LAMBERT

Le directeur général adjoint de la santé,
G. EMERY

ANNEXE II. Guide Entretien Patient : Source Création Personnelle.

Bonjour. Je m'appelle Catherine VOLLET, je fais actuellement une formation, un MASTER 2 et dans le cadre de mon mémoire de recherche, je souhaite faire une étude sur la démarche d'auto administration médicamenteuse du patient. L'objectif de cet entretien est d'enrichir mon travail de recherche et de vérifier mon hypothèse avec l'expérience que vous en avez en tant qu'acteur sur le terrain. Afin de ne pas oublier d'éléments importants j'aimerais enregistrer notre entretien, est ce que cela vous convient ? Les échanges seront ensuite supprimés afin de garantir l'anonymat.

1 / Pouvez-vous me dire depuis quand vous êtes hospitalisé dans ce service ?

2 / Cela fait combien de temps que vous êtes en Auto Administration Médicamenteuse ?

3 / Était-ce à votre demande, ou on vous l'a proposé ?

- Comment cela s'est passé ?

4 / Avez-vous eu des informations écrites ? Des informations orales ?

- Était-ce suffisant ?

5 / Aviez-vous déjà un traitement personnel avant votre hospitalisation ?

- Avez-vous pu le conserver ?

6 / Pour vous, quels sont les avantages et les inconvénients de cette démarche pour le patient ?

7 / Pour vous, quels sont les avantages et les inconvénients de cette démarche pour le soignant ?

8 / Savez-vous si cette démarche d'auto administration est réglementaire ?

9 / Diriez-vous que vous êtes plus à l'aise au moment de la sortie pour gérer vos médicaments à domicile ? (1 seule réponse possible)

10 / Souhaiteriez-vous le même dispositif si vous êtes ré hospitalisé ?

Conclusion : Souhaitez-vous ajouter un commentaire sur ce sujet dans le cas où j'aurai oublié une information importante que vous souhaiteriez partager ? Je vous remercie de m'avoir accordé du temps pour cet entretien. Je vous souhaite un bon rétablissement pour votre retour à la maison.

ANNEXE III. Guide Entretien Professionnel De Santé : Source Création Personnelle

Bonjour. Je m'appelle Catherine VOLLET, je fais actuellement une formation, un MASTER 2 et dans le cadre de mon mémoire de recherche, je souhaite faire une étude sur la démarche d'auto administration médicamenteuse du patient. L'objectif de cet entretien est d'enrichir mon travail de recherche et de vérifier mon hypothèse avec l'expérience que vous en avez sur le terrain. Afin de ne pas oublier d'éléments importants j'aimerais enregistrer notre entretien, est ce que cela vous convient ? Les échanges seront ensuite supprimés afin de garantir l'anonymat.

1 / Pourquoi avez-vous mis en place le Patient en Auto Administration dans cette unité de soins ?

- Pour quelle raison / Pourquoi ce service ?
- Quelle est l'origine de cette démarche ?
- Quels sont les objectifs ?

2 / Cela s'applique-t-il à tous les patients ?

- Comment se fait la sélection des patients
- Avez-vous des critères de sélections

3 / Cela concerne tout le traitement du patient ?

- Pourquoi ?

4 / Quels sont les avantages et les inconvénients de cette démarche pour le patient

5 / Quels sont les avantages et les inconvénients de cette démarche pour le soignant

6 / Pour vous quelles seraient les réticences de vos collègues ?

7 / Dans le circuit de la PECM : PM, dispensation, transport, stockage, administration, surveillance : pour vous quelle est l'étape pouvant être à l'origine d'évènement indésirable ?

8 / Savez-vous si cette démarche d'auto administration est réglementaire ?

9 / Connaissez-vous l'arrêté du 10 octobre 2022 ?

10/Connaissez-vous les recommandations HAS pour la mise en œuvre de cette démarche ?

11 / Ces recommandations sont pour vous, un levier ou un frein ?

- Pourquoi ?

Conclusion : Souhaitez-vous ajouter un commentaire sur ce sujet dans le cas où j'aurai oublié une information importante que vous souhaiteriez partager ? Je vous remercie de m'avoir accordé du temps pour cet entretien et vous souhaite une bonne journée.

ANNEXE IV. Grille D'analyse Professionnelle De Santé Et Patient GR1TH1 : Source Création Personnelle

Thème 1 : Le pouvoir d'agir du patient en Auto Administration Médicamenteuse									
	MED 1	MED 2	IDE 1	IDE 2	IDEC	CDS	PHAR	PAT 1	PAT 2
Savez vous pourquoi la démarche du PAAM est effective dans cette unité de soins									
Pour quelle raison									
Pourquoi ce service									
Quelle est l'origine de cette démarche									
Quels sont les objectifs									
Cela s'applique-t-il pour tous les patients									
Comment se fait la sélection et pourquoi									
Cela concerne tout le traitement du patient									
Pourquoi									
Quels sont les avantages pour le patient									
Quels sont les inconvénients pour le patient									
Quels sont les avantages pour le soignant									
Quels sont les inconvénients pour le soignant									
Pour vous quelles seraient les réticences de vos collègues									
Commentaires									

ANNEXE V. Grille D'analyse Professionnelle De Santé Et Patient GR2TH2 : Source Création Personnelle

Thème 2 : Processus de prise en charge médicamenteuse / LE PAAM									
	MED 1	MED 2	IDE 1	IDE 2	IDEC	CDS	PHAR	PAT 1	PAT 2
Dans le circuit de la PECM vous quelle est l'étape pouvant être à l'origine d'évènement indésirable									
Et pour vous le fait d'impliquer le patient dans son administration ? Est-ce que ça peut contribuer à la diminution de des événements indésirables									
Savez-vous si cette démarche d'auto administration est réglementaire									
Connaissez-vous l'arrêté du 10 octobre 2022									
Connaissez-vous les recommandations HAS pour la mise en œuvre de cette démarche									
Ces recommandations sont pour vous, un levier ou un frein									
Commentaires libres									

ANNEXE VI. Grille D'analyse Patient GR3 : Source Création Personnelle

Guide entretien PATIENT		
	PAT 1	PAT 2
Depuis quand êtes vous hospitalisé?		
Depuis quand êtes vous en AAM ?		
Est-ce à votre demande ?		
Comment cela s'est passé ?		
Avez-vous eu des informations écrites?		
Avez-vous eu des informations orales?		
Etait ce suffisant?		
Avez vous un traitement personnel avant d'être hospitalisé?		
Avez-vous pu le conserver avec vous?		
Diriez vous que vous êtes plus à l'aise au moment de la sortie pour gérer vos médicaments à domicile ?		
Souhaiteriez vous le même dispositif si vous êtes réhospitalisé?		

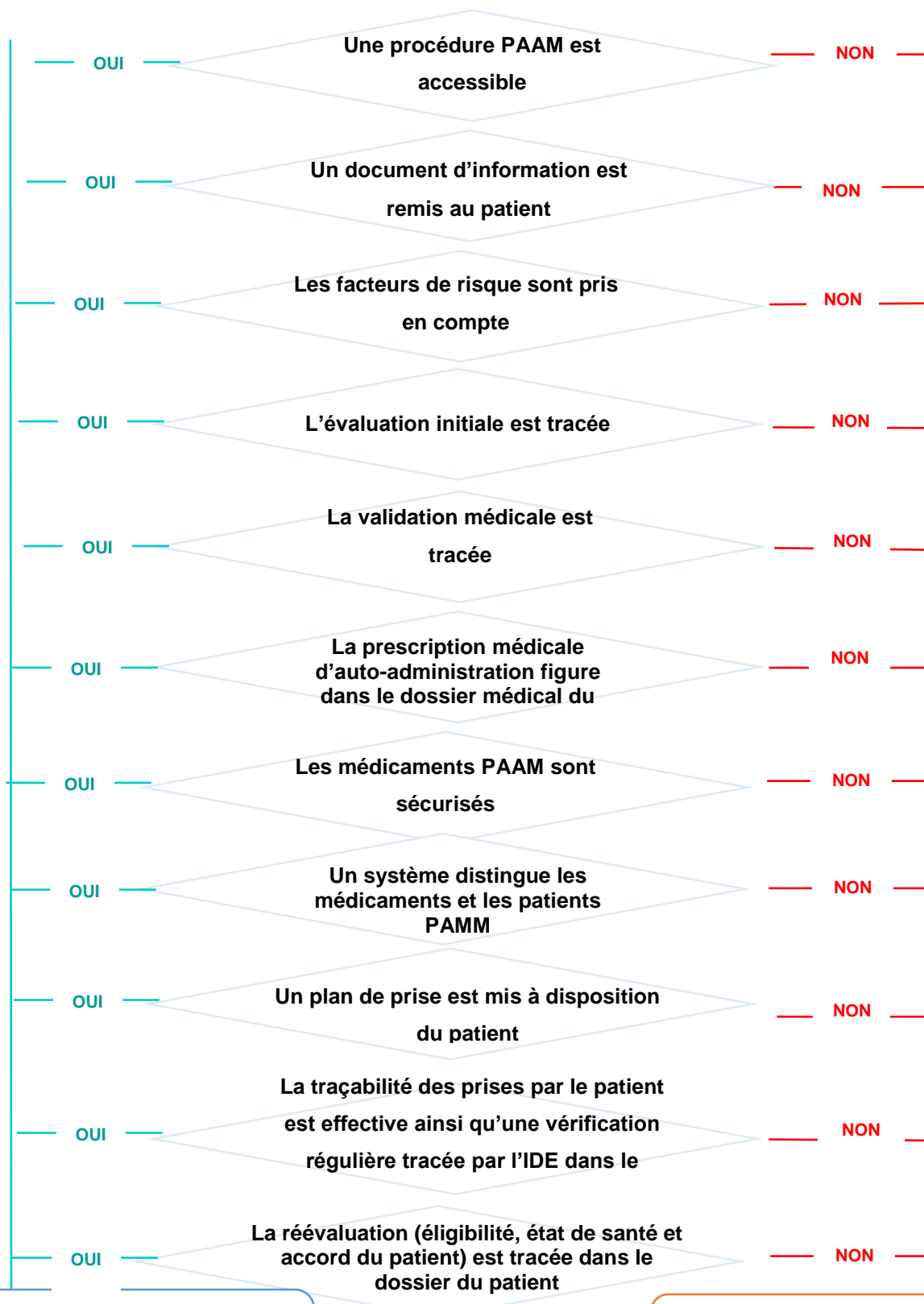
VII. Grille D'audit Du Dispositif PAAM

Évaluation du processus PAAM

Date :

Service :

Évaluateur :



Féliciter l'équipe et compléter par l'évaluation de la satisfaction des patients et des professionnels de santé

Poursuivre l'analyse des dysfonctionnements

Enquête « Expérience patient dans le processus “patient en auto-administration de ses médicaments (PAAM)” »

Date :

Service :

Évaluateur :

Votre expérience en tant que patient

Date : / /

Madame, Monsieur,

Notre établissement a mis en place la possibilité pour un patient de gérer en partie ou la totalité de ses médicaments dans le service où vous avez été hospitalisé.

Nous souhaitons recueillir votre avis sur le dispositif PAAM dont vous avez pu bénéficier. Notre objectif est de nous améliorer et de répondre à vos attentes et besoins.

Merci par avance de répondre à ce questionnaire.

Nous vous rappelons que ce questionnaire est **ANONYME**.

Une fois rempli, nous vous demandons de déposer le questionnaire selon les consignes que l'équipe vous a communiquées.

Merci d'indiquer qui a rempli le questionnaire :

- Vous-même (patient)
- Avec un membre de votre entourage
- Avec un bénévole ou un représentant des usagers
- Autre (précisez) :

Question introductive

Aviez-vous déjà été intégré dans une démarche PAAM au cours d'une hospitalisation précédente ?

Oui Non Ne sais pas

INSTRUCTION : cochez la case qui décrit le mieux votre point de vue.

1. Diriez-vous que vous êtes plus à l'aise au moment de la sortie pour gérer vos médicaments à domicile ? (1 seule réponse possible)

- Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord Ne sais pas

2. Que pensez-vous de l'information écrite que vous avez reçue sur le dispositif PAAM ? (Plusieurs réponses possibles)

- Simple Compliquée Utile Indispensable Ne sais pas

3. Que pensez-vous de l'information orale que vous avez reçue sur le dispositif PAAM ? (Plusieurs réponses possibles)

- Complète Incomplète Utile Indispensable Ne sais pas

4. Souhaiteriez-vous le même dispositif si vous êtes réhospitalisé ?

- Pas du tout d'accord Pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord Ne sais pas

Citez 1 à 3 mots qui décrivent l'avantage de ce dispositif PAAM selon vous (ce que vous avez apprécié, ce qui vous a plu, etc.)

Exemple : je me suis senti(e) sécurisé(e) de continuer à faire moi-même mon insuline comme à la maison

Citez 1 à 3 mots qui décrivent une limite de ce dispositif PAAM selon vous (ce qui vous a moins plu, embêté, etc.)

Exemple : je n'ai pas pu me servir de mes propres médicaments

Nous vous remercions pour votre participation

Check-list mémoire

(inspiré du M2 MOSMS Rouen)

- ai-je fait émerger **une problématique pertinente** (justifiée, légitimée) répondant à une préoccupation du secteur, énoncée de façon explicite sous forme d'une question ?
- ai-je effectué une conceptualisation creusée **appuyée sur une littérature académique en gestion pertinente et récente** soigneusement choisie (répondant au nombre de références académiques attendu : livres et articles) me permettant de traiter ma problématique ?
- ai-je **décrit l'approche (qualitative/quantitative/mixte)** de la recherche et la **méthodologie de recueil des données** (par entretiens semi-directifs/observation/questionnaire, etc)?
- ai-je **présenté les résultats « bruts »** de mon étude (i.e. des verbatims/tableaux synthétiques/ Encadrés des CR d'observations) ?
- ai-je **discuté de façon approfondie mes résultats en les confrontant à ma conceptualisation et selon mon point de vue argumenté ?**
- ai-je **proposé des préconisations concrètes discutées au niveau master** (et non de simples intentions) ?
- ai-je **présenté les limites, les biais et les perspectives de mon étude** (et non celles du stage, mission d'apprentissage) ?
- ai-je vérifié **que les références mentionnées** dans le corps de texte sont **bien présentées** dans la bibliographie ?

VOLLET

Catherine

Septembre 2023

Master 2 AMOS-Paris

EMPOWERMENT DU PATIENT FREINS ET LEVIERS : LE PAAM

Résumé :

Depuis octobre 2022, la loi permet au patient hospitalisé, de prendre après validation du médecin, ses médicaments de façon autonome. C'est le PAAM : Patient en Auto Administration Médicamenteuse. Les enjeux de cette démarche sont de rendre le patient autonome, d'améliorer la compréhension de son traitement et de réduire les événements indésirables notamment à la sortie d'hospitalisation.

L'évolution de la législation concerne le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé et suppose une évolution des pratiques professionnelles dans un processus à risques.

Pour être réalisable les établissements de santé, les soignants, et les patients s'engagent à respecter les conditions de mise en œuvre du PAAM.

Pour ces raisons, la Haute Autorité de Santé propose un guide de recommandations de bonnes pratiques qui permettront de sécuriser la démarche.

Ce mémoire nous informe des modalités de mise en œuvre du PAAM, à partir de l'expérience de professionnels de santé et de patients dans un service de soins médicaux et de réadaptations. Les entretiens semi directifs réalisés auprès des soignants et des patients, m'informent du développement de l'empowerment du patient à travers le PAAM.

En effet, le patient en auto administration, de par l'acquisition de ses compétences, l'évolution des pratiques professionnelles, organise ses soins et intègre peu à peu l'équipe soignante comme un partenaire de soins.

Mots clés :

Empowerment – Management – Médicament – Patient – PAAM – Risque – Qualité.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.