université de BORDEAUX

U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES DE BORDEAUX

_____

Année 2020 **N° 2**

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

par Emérentienne Vallier,

Née le 19 septembre 1988 à Saint Malo

Le 30 septembre 2019

Le Parcours de soins MEDISIS : extension d'une expérimentation au sein d'un service de Soins de Suite et de Réadaptation

Sous la direction du Docteur Pauline SCHNEIDER

Membres du jury :

Président du jury : Mme le Professeur Dominique BREILH

Membre du jury : M. le Docteur Pierre WOURMS

Membre du jury : M. le Docteur Eric SEIDL

Membre du jury : M. le Docteur Eric RUSPINI

« La vie c'est comme une bicyclette, il faut avancer pour ne pas perdre l'équilibre »
Albert Einstein

RESUME en français

Le parcours de soins MEDISIS, centré sur la personne âgée poly-pathologique et poly-médiquée permet la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Cette alliance thérapeutique rend possible une émulation positive entre usagers et professionnels libéraux et hospitaliers pour la prise en charge des aînés. L'objectif de ce travail est de réaliser un état des lieux des activités de pharmacie clinique au sein d'un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) afin d'étendre et d'harmoniser un parcours de soins sécurisé au sein de SSR. Dans une perspective d'amélioration des pratiques, de l'efficience et de la qualité des soins, les points à améliorer et les forces de l'existant sont analysés afin d'identifier les freins et les leviers de ce changement. Cela comprend également une compilation des activités de pharmacie clinique mise en œuvre au sein d'autres établissements de même typologie. En utilisant les outils de gestion de projet, l'harmonisation des pratiques s'établit en respectant le cahier des charges MEDISIS. L'exécution du projet est permise via le panel d'informations internes et la contribution de conceptions externes ; et l'élaboration d'outils de gestion de projet. Ainsi cette expertise permet de construire ce projet d'extension du parcours MEDISIS au sein d'un service de SSR. Cette démarche s'inscrit dans le cadre de l'amélioration de l'efficience et de la qualité des soins.

TITRE et RESUME en anglais :

MEDISIS healthcare path: extension of this experimentation in follow-up care and rehabilitation service

MEDISIS healthcare path is gravitating around the elderly patient with multiple illnesses and medication. This therapeutic alliance allows for a more secure medication therapy. It emulates a positive interaction between users and professionals independent as well as hospital clinicians, for a better care of the elderly. The point of this work is to carry out a situational analysis of the clinical pharmacy practices within a follow-up care and rehabilitation service in order to develop and harmonize a safe healthcare protocol. In order to improve the practices, the efficiency and the quality, there is the identification of the constraints and the levers following the analysis of any areas for improvement and any development opportunities. It also includes a compilation of effective clinical pharmacy practices in other comparable institutions. By using project management tools, the harmonization of the practices is established in respect of the MEDISIS' specifications. Through abundant internal information, the contribution of external designs and the conception of project management tools allow the project implentation. Thus this expertise allows building this project's extension within a follow-up care and rehabilitation service. This approach falls within the context of improving the efficiency and quality of care.

DISCIPLINE : Pharmacie hospitalière

MOTS-CLES : parcours de soins, gestion de projet, sécurisation de la prise en charge médicamenteuse

---

INTITULE et ADRESSE DE L'UFR
UFR des Sciences Pharmaceutiques de Bordeaux
146 rue Léo Saignat
33076 BORDEAUX

Remerciements

A l'ensemble du jury

A Mme la Professeur Dominique Breilh :

Soyez remerciée de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury. Soyez assurée de mon profond respect.

A ma Directrice de thèse Mme le Docteur Pauline Schneider :

Merci pour tes conseils et ta disponibilité. Ce sujet de thèse, mon terrain de travail a su m'intéresser de par son aspect concret.

A M. le Docteur Pierre Wourms :

Merci Pierre, j'apprécie la confiance que tu m'accordes en me laissant gérer le quotidien d'une pharmacie à usage intérieur. Sois assuré de ma profonde considération

A M. le Docteur Eric Seidl :

Je vous remercie très sincèrement d'avoir accepté d'intégrer mon jury de thèse. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

A M. le Docteur Eric Ruspini :

Je tenais à vous exprimer toute ma gratitude d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et de l'intérêt que vous avez porté au sujet.

Aux différentes équipes qui m'ont accueillie et formée

A Bordeaux, Nouméa, Arcachon, Grenoble et Montréal,

Je tiens à remercier particulièrement le docteur Claire Chapuis et l'ensemble des équipes médicale, soignante et paramédicale du service de réanimation chirurgicale polyvalente du CHUGA.

A mes collègues

A l'équipe de pharmaciens du CH de Lunéville, vous savez m'accepter comme que je suis.

A l'équipe de pharmaciens du CH de Saint Nicolas de Port et des Hôpitaux de 3H, je vous remercie de m'avoir rapidement intégrée à vos petites équipes.

Aux équipes de préparateurs du CH de Lunéville, de Saint Nicolas de Port et des Hôpitaux de 3H, merci pour votre accueil malgré mon « identité bretonne ».

Au cadre supérieur de santé du GHEMM, j'apprécie votre disponibilité, votre réactivité et votre soutien en toute occasion.

Dédicaces

A ma famille,

A mes parents, vous m'avez soutenue durant tout ce cursus.

A ma sœur Maclovie, je te remercie pour ton soutien, tes conseils, tes encouragements, et puis ton accueil lors de mes virées parisiennes.

A mes amis,

A Pierre, j'apprécie ta sincérité, ton honnêteté, ton soutien. Des soirées dans la cave aux moments posés à refaire le monde en tout lieu Rennes, Saint-Malo, Sainte-Barbe, Combourg, Cap-Coz, Paris, Arcachon , ce sont des souvenirs impérissables.

A Benoit, « fait que notre amitié n'est pas franchement plate ». Ce sont ton style, ton enthousiasme, tes idées de génies, tes talents de réalisateurs, ton soutien dont je suis fan !

A Nicolas, merci pour ton appui j'apprécie notre complicité. A nos prochaines virées en bateau en Normandie !

A Tifenn et Viviane, Bretagne et Normandie réunies une alliance gravée dans la roche

Aux Copains de l'ouest : Anne et Greg, Zabou et Laurent, Laurie et Mathieu, Armel et Amélie

Aux Malouins de cœur : François, Yayon, Basile et Gaëlle, Benoit, Xavier Vincent et Maig, Pierre

Aux Copains des périodes estivales : Sainte Barbe, Fouesnant, Arcachon etc

Aux nombreux rennais rencontrés durant ces six années passées dans la capitale bretonne

Aux grenoblois : Juliette et Nicolas, Carolina, Soso et Quentin et « la team RPC »

A Rachel, nos sorties durant cet été 2019 auront été ma bouffée d'oxygène. Merci pour ton franc soutien. Promis tu feras partie d'une de mes prochaines virées en Bretagne !

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **4**

DÉDICACES **5**

LISTE DES ABREVIATIONS **8**

LISTE DES FIGURES **10**

LISTE DES TABLEAUX **11**

LISTE DES ANNEXES **12**

INTRODUCTION **13**

PARTIE I : CONTEXTE **15**

1- Contexte national 15
2- Le Territoire 19
A- La Population 21
B- L'offre de soins 25
1- Principaux établissements de santé psychiatriques 25
2- Principaux établissements de santé privés 25
3- Principaux établissements de santé publics 25
a- Le Centre Hospitalier de Lunéville 26
b- Le Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port 26
c- Hôpitaux 3H Santé 27
4- Soins primaires: Médecins généralistes, Pharmaciens et Pharmacies Infirmiers, Service de Soins Infirmiers à Domicile SSIAD/Aide à Domicile en Milieu Rural ADMR 28
a- Médecins généralistes 28
b- Pharmaciens et Pharmacies d'officine 29
c- Infirmiers 30
d- Service de Soins Infirmiers à Domicile SSIAD et Aides à Domicile en Milieu Rural ADMR 30
C- Spécificité de la prise en charge gériatrique en SSR 31
1- Le financement de l'activité en SSR 31
2- La prise en charge en SSR polyvalent 32
D- Le parcours de soins MEDISIS 41
1- Le parcours de soins MEDISIS du Lunévillois 41
a- MEDISIS : définition et généralités 41
b- MEDISIS partie « hôpital » 44
o Interventions systématisées 45
o Interventions personnalisées 47
c- MEDISIS partie « ville » 49
2- Projet d'extension de l'expérimentation 51
a- La genèse du projet 51

PARTIE II : OBJECTIF, MATERIEL ET METHODE **56**

1- Objectif 56
2- Méthode 57
A- Observation, analyse et préconisations 57
1- Au Centre Hospitalier de Lunéville, établissement pilote du projet MEDISIS 58
2- Au Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port 58
a- Activités existantes 58
b- Mise en œuvre du parcours de soins MEDISIS dans sa globalité 58
3- Dans des établissements de santé extérieurs 59
a- Recueil de données 59
b- Analyse 59
B- Gestion de projet 62
1- Outils de pilotage 62
a- Note de cadrage 62
b- Organigramme 63
c- Tableau de répartition des activités 63
d- Diagramme de Gantt 63
e- Main courante 63
2- Réflexion et travaux entrepris 64

PARTIE III : RESULTATS **65**

1- Observation, analyse & préconisations 65

A- Au Centre Hospitalier de Lunéville, établissement pilote 65
B- Au Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port 70
1- Activités existantes 70
a- La conciliation médicamenteuse à l'admission 70
b- L'analyse pharmaceutique des prescriptions 73
2- Mise en œuvre du parcours de soins MEDISIS dans sa globalité 73
a- Les freins inhérents au SSR de Saint Nicolas de Port 74
b- Les forces et les opportunités inhérents au SSR de Saint Nicolas de Port 75
c- Les préconisations pour la mise en place du parcours de soins MEDISIS 77
C- Dans des établissements de santé extérieurs 87
1- Recueil de données 87
a- Mise en place 87
b- Conciliation à l'admission – Pratiques des établissements 89
c- Activité de conciliation de sortie 91
2- Analyse 92
a- Mise en place 92
b- Conciliation à l'admission – Pratiques des établissements 94
c- Activité de conciliation de sortie 96
2 - Gestion de projet 99
A- Outils de pilotage 99
1- Note de cadrage 99
2- Organigramme 101
3- Tableau de répartition des activités 101
4- Diagramme de Gantt 103
5- Main courante 104
B- Réflexion et travaux entrepris 105
1- Outils de communication 105
2- Décisions 105
3- Déploiement du projet 106
4- Conceptualisation du projet 109
5- Suivi et poursuite du projet 109

PARTIE IV : DISCUSSION 112

CONCLUSION 118

ANNEXES 121

BIBLIOGRAPHIE 142

SERMENT DE GALIEN 145

LISTE DES ABREVIATIONS

ADMR : Aides à Domicile en Milieu Rural
AM : Assurance Maladie
ANDPC : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu
AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARS : Agence Régionale de Santé
ATP : Accompagnement Thérapeutique du Patient
BM : Bilan Médicamenteux
CATTP : Centre Thérapeutique d'Accueil à Temps Partiel
CCNE : Comité Consultatif National d'Éthique
CH : Centre Hospitalier
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Établissement
CMP : Centre Médico-Psychologique
COMEDIMS : Commission des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles
CTM : Conciliation des Traitements Médicamenteux
DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMP : Dossier Médical Partagé
DPC : Développement Professionnel Continu
DPI : Dossier Patient Informatisé
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ES : Établissement de Santé
ETP : Équivalent Temps Plein
GE : Grand Est
GHEMM : Groupement Hospitalier de l'Est de la Meurthe et Moselle
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GME : Groupe Médico-Économique
GMT : Groupe Médico-Tarifaire
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
IDE : Infirmier Diplômé d'État
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MSAP : Mise Sous Accord Préalable
M6 : MEDISIS

OCDE : Organisation de la Coopération et de Développement Économique
OMA : Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission
OMAGE : Optimisation des Médicaments chez les sujets AGEs
OMéDIT : Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PAERPA : Parcours de santé des Aînés En Risque de Perte d'Autonomie
PMSA : Prescription Médicamenteuse du Sujet Âgé
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations
PRADO : Programme de Retour À Domicile
PRS : Projet Régional de Santé
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
T2A : Tarification à l'Activité
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Cartes des GHT de la région Grand Est 20

Figure 2- Densité de médecins généralistes libéraux (hors remplaçants) par bassin de vie au 01/01/2015 29

Figure 3. Le parcours de soins MEDISIS 44

Figure 4 Calendrier MEDISIS 53

Figure 5 Questionnaire Conciliation à l'admission en établissement de SSR 61

Figure 6 - Note de cadrage 100

Figure 7 - Organigramme et tableau de répartitions des activités 102

Figure 8 - Diagramme de Gantt 103

Figure 9 - Main courante 104

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1. LES FORCES DU CH DE LUNÉVILLE POUR LA MISE EN PLACE DU PARCOURS DE SOINS MEDISIS **69**

TABLEAU 2. OBSERVATION ET ANALYSE DE L'ACTIVITÉ DE CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE À L'ADMISSION AU SSR DE SAINT NICOLAS DE PORT **83**

TABLEAU 3. OBSERVATION ET ANALYSE DE L'ACTIVITÉ D'ANALYSE PHARMACEUTIQUE AU SSR DE SAINT NICOLAS DE PORT **84**

TABLEAU 4. INTERVENTIONS MEDISIS AU SSR DE SAINT NICOLAS DE PORT : FREINS, FORCES/OPPORTUNITÉS ET PRÉCONISATIONS **85**

TABLEAU 5. PRINCIPAUX FREINS ET LEVIERS IDENTIFIÉS À LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET DANS LES CH INTERROGÉS **93**

TABLEAU 6. RECUEIL ET ANALYSE DES GÉNÉRALITÉS DANS LES CH INTERROGÉS **94**

TABLEAU 7. OBSERVATION ET ANALYSE DE L'ACTIVITÉ DE CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE À L'ADMISSION AU SEIN DES CH INTERROGÉS **95**

TABLEAU 8. OBSERVATION ET ANALYSE DE L'ACTIVITÉ DE CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE À LA SORTIE AU CHU – SSR N°5 **96**

TABLEAU 9. OBSERVATION, ANALYSE ET PRÉCONISATIONS CONCERNANT L'ACTIVITÉ DE CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE À L'ADMISSION ET À LA SORTIE AU SEIN D'UN SSR **98**

TABLEAU 10. LES DIFFÉRENTS PARCOURS M6 AU SSR DE SAINT NICOLAS DE PORT **108**

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION POUR L'ADMISSION DES PATIENTS EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION..... 122

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE CONCILIATION À L'ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT DE SSR – CH N°1..... 122

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE CONCILIATION À L'ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT DE SSR – CH N°2..... 126

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE CONCILIATION À L'ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT DE SSR – CH N°3..... 129

ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE CONCILIATION À L'ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT DE SSR – CH N°4..... 131

ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE CONCILIATION À L'ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT DE SSR – CHU SSR N°5.... 134

ANNEXE 7 : PROCESS MEDISIS – SSR SAINT NICOLAS DE PORT..... 137

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) caractérise la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » [1]. Le bien-être est un ressenti, il s'agit d'une appréciation subjective personnelle. La Santé, le bien-être, le bien vivre en société sont devenues une problématique majeure pour nos sociétés actuelles.

De plus en plus, la notion de parcours en santé émerge. Cela permet le décloisonnement des champs de prévention, de l'offre de soins et de l'accompagnement médico-social. Dans un rapport, la Haute Autorité de Santé (HAS) présente des exemples d'analyse de parcours en santé [2]. Chaque parcours fait appel à une équipe pluridisciplinaire et s'intéresse à différentes populations de patients : enfant présentant un handicap, patient relevant de soins en psychiatrie et santé mentale, en périnatalité, patient âgé polypathologique... Il existe actuellement 3 catégories de parcours en santé : le parcours de vie qui englobe le parcours de santé qui englobe lui-même le parcours de soins. Les parcours de soins sont la réponse aux besoins sanitaires. Ils intègrent donc les soins ambulatoires et hospitaliers (soins de premiers recours et hospitalisation, hospitalisation à domicile, soins de suite et réadaptation, unités de soins de longue durée…) [3].

Dans le cadre du plan santé 2018-2022, des projets innovants peuvent être proposés et soutenus par le ministère de la santé via la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS) et l'Assurance Maladie (AM). L'innovation est ainsi favorisée et peut passer soit par la création de collaborations inédites entre les différents intervenants de la prise en charge globale d'un patient (innovation organisationnelle), soit par une innovation quant au mode de rémunération des épisodes de soins.

Plusieurs études ont montré, en France comme à l'étranger, l'abonnement de nos séniors à la ré-hospitalisation [4]. De plus, un pourcentage non négligeable des hospitalisations chez la personne âgée de plus de 65 ans a pour cause le médicament [5] [6] [7] [8].

C'est dans ce contexte que depuis novembre 2016, le Centre Hospitalier (CH) de Lunéville propose le parcours de soins MEDISIS. Ce parcours de soins a pour fil conducteur le

médicament. Ce projet, porté par Madame Édith Dufay, pharmacien et responsable du service pharmacie au CH de Lunéville, est un parcours de soins personnalisé qui contribue à améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse de nos seniors. Il fait l'objet d'une expérimentation soutenue par l'Agence Régionale de Santé Grand Est (ARS GE) depuis 2016 et d'un Article 51 en cours d'instruction.

Ce projet, initialement déployé au CH de Lunéville, a pour vocation d'être notamment étendu aux autres établissements du Groupement Hospitalier de l'Est de la Meurthe et Moselle (GHEMM). Le GHEMM comprend le CH de Lunéville, les Hôpitaux 3H Santé et le CH de Saint Nicolas de Port et porte un projet médical partagé. L'objet de ces travaux portera sur la mise en place du parcours de soins MEDISIS au sein d'un Service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), le SSR du Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port.

PARTIE I : CONTEXTE

1- Contexte national

En France, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) promulguée le 21 Juillet 2009, porte la réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires. Elle s'attelle à la modernisation des établissements de santé (ES), à l'accès universel à des soins de qualité, à la prévention, à la santé publique ainsi qu'à l'organisation territoriale du système de santé. Cette réforme majeure se traduit par l'élaboration de plan national de santé, une stratégie nationale de santé. Aujourd'hui le plan national de santé 2018-2022 porté par Mme Agnès BUZIN propose 4 grands axes :

- Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens.

Les sciences pharmaceutiques, fortement concernées par ces changements, se doivent d'être actrices sur cette nouvelle scène sanitaire. Le système de santé actuel en France ne remporte pas l'unanimité auprès des citoyens, au vue des différentes réformes entreprises au cours de ces dernières années. Michael E. Porter éminent conseiller en stratégie commerciale et professeur à la Harvard Business School, s'emploie depuis quelques années à analyser l'efficacité des systèmes de santé. La remarque principale est que les systèmes de santé actuels sont organisés comme si le traitement, et non la santé en était l'objectif. En 2017, une étude publiée par l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) réalisée auprès de 35 pays montre que les dépenses de santé jugées

inutiles sont de l'ordre de 20%. Dans ce contexte, la France s'active à moderniser son système de santé.

Les pharmaciens, de par leur activité transversale, sont des collaborateurs de choix autant pour le patient, la famille, l'infirmière libérale, le médecin de famille, le médecin spécialiste et l'hôpital. Le maillage territorial que constitue le réseau des officines, informatisé, connecté, en lien avec l'AM est une ressource précieuse. Dans ce domaine, les initiatives ne sont pas en reste. De nombreux groupements de pharmaciens d'officine proposent des campagnes de sensibilisation à telle ou telle pathologie. Les changements s'opèrent année par année. En 2018, l'arrêté du 9 mars [9] accorde aux pharmaciens d'officine de réaliser des bilans partagés de médication dans le cadre de prise en charge de pathologies chroniques. Afin d'obtenir la pleine satisfaction de ce programme, le pharmacien d'officine dispose d'un guide d'accompagnement du patient (annexe de l'arrêté) et de fiches de suivis validées par l'HAS. Dans le domaine de la pharmacie hospitalière, les projets de ces dernières années s'orientent vers les soins pharmaceutiques. Les sociétés savantes telle la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) s'appliquent à développer des programmes collaboratifs via les congrès, les universités d'été, la présence sur les réseaux sociaux. La SFPC stipule que la pharmacie clinique est un axe transversal fort au bénéfice des patients et sans frontière [10]. Pour passer de la théorie à la pratique, les experts des instances de santé privés ou publiques lancent des appels à projet pour financer des projets solidaires. Les enveloppes plus ou moins importantes permettent de concrétiser des programmes tels que des parcours-patient, des parcours de santé, des parcours de soins. La DGOS encourage pleinement le développement de la pharmacie clinique en récompensant 10 nouveaux projets. Le développement des soins pharmaceutiques est crucial. L'impact de la pharmacie clinique en ES se traduit par l'optimisation du parcours de soins du patient. Il faut pour cela renforcer la pertinence du recours aux produits de santé et leur efficience. Il est nécessaire de sécuriser la prise en charge lors des différents points de transitions : ville - établissement de santé, établissement de santé – établissement de santé [11].

Les lauréats du 2nd appel à projet de la DGOS répondent aux grands maux de la prise en charge en ES :

- la préparation et l'accompagnement du patient en cours d'hospitalisation et en sortie d'hospitalisation dans le cadre d'un traitement médicamenteux optimisé;
- l'intégration et l'impact de la pharmacie clinique en service de chirurgie, en service de pédiatrie, en oncologie, en transplantation rénale, en filière d'addictologie;
- le développement de la conciliation des traitements médicamenteux (CTM).

Sur le territoire national, les projets en matière de soins pharmaceutiques sont nombreux. La HAS se veut promoteur de cette modernisation de la prise en charge. Aussi dans le guide « Certification Version 2020 » apparaissent de nouveaux indicateurs catalogués pharmacie clinique. Les indicateurs en matière de CTM et d'analyse font leur apparition.

Au cours de ces dernières années, grâce au lobbying des associations, la place du patient et des usagers du système de santé s'est vu remise en premier plan des priorités politiques (par exemple OLD'UP, les associations de patients atteints de diabète, les associations de patients atteints de la maladie de Crohn…).

Fin 2018, Madame Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé et l'Assurance Maladie annonce la démocratisation du dossier médical partagé (DMP) sur l'ensemble du territoire français. Le DMP se définit comme un carnet de santé numérique qui conserve et sécurise vos informations de santé : traitements, résultats d'analyse, résultats d'examens, allergies, antécédents, dispositifs médicaux implantables… [12]. L'objectif du DMP est de promouvoir et d'optimiser la coordination des soins du patient [13]. Ce dossier patient digitalisé semble indispensable à la continuité des soins ville-hôpital. Ces nombreuses avancées en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurisation des soins complètent les différentes initiatives de certains ES.

Sur le plan régional, l'ARS GE finance depuis quelques années des postes d'assistants spécialistes partagés. Dans le Programme Régional de Santé Grand Est (PRS), l'ARS établit un cadre d'orientation stratégique [14]. Le financement de ces postes d'assistants spécialistes se constitue sur des projets pouvant répondre aux axes stratégiques de l'ARS GE.

Actuellement, au sein du CH de Lunéville, l'ARS soutient l'expérimentation de 2 projets innovants :

- Renforcer et structurer l'offre de soins de proximité (axe stratégique 2) et Faire évoluer le système de santé dans une logique de parcours (axe stratégique 4) : Le Parcours de soins MEDISIS

- Développer une politique d'innovation en accompagnant les transformations du système de santé (axe stratégique 7) : Algorithmes pharmaceutiques pour améliorer la prise en charge médicamenteuse des patients AVICENNE

L'évolution en matière de santé de ces dernières années semble promouvoir et conforter la communication, la collaboration entre les différents professionnels de santé. A cela s'ajoute, le renforcement de la coordination ville-hôpital.

2- Le Territoire

La nouvelle région Grand Est regroupe 10 départements.

Cette région est la 2ème région française industrielle mais reste fortement touchée par la déprise du secteur [15]. Ce déclin de l'industrie est inégalement réparti. Les territoires concernés sont situés autour de Saint Dizier et Bar le Duc, dans les Ardennes, dans les Vosges, dans le sud Alsace et dans les vallées minières et sidérurgiques (ex. : bassin du Grand Lunévillois). Cette constatation faite dans le domaine industriel fait écho à l'inégalité de l'offre de soins dans cette région [14].

La densité médicale est inférieure à la moyenne nationale avec d'importantes disparités territoriales. Cela concerne les départements de l'Aube, des Ardennes, de la Moselle, du Haut-Rhin, de la Meuse, des Vosges et de la Haute Marne [14]. Au sein de la région GE, l'organisation territoriale du système de santé s'articule autour de 11 Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). La liste suivante énumère l'ensemble des GHT selon un axe nord-sud, ouest-est :

- GHT Ardennes Nord / GHT 1
- GHT Champagne / GHT 2
- GHT de l'Aube et du Sézannais / GHT 3
- GHT Marne - Haute Marne - Meuse / GHT 5
- GHT Lorraine Nord / GHT 6
- GHT Sud Lorraine / GHT 7
- GHT Vosges / GHT 8
- GHT Moselle-Est / GHT 9
- GHT 10
- GHT Centre-Alsace / GHT 11
- GHT Haute-Alsace / GHT 12

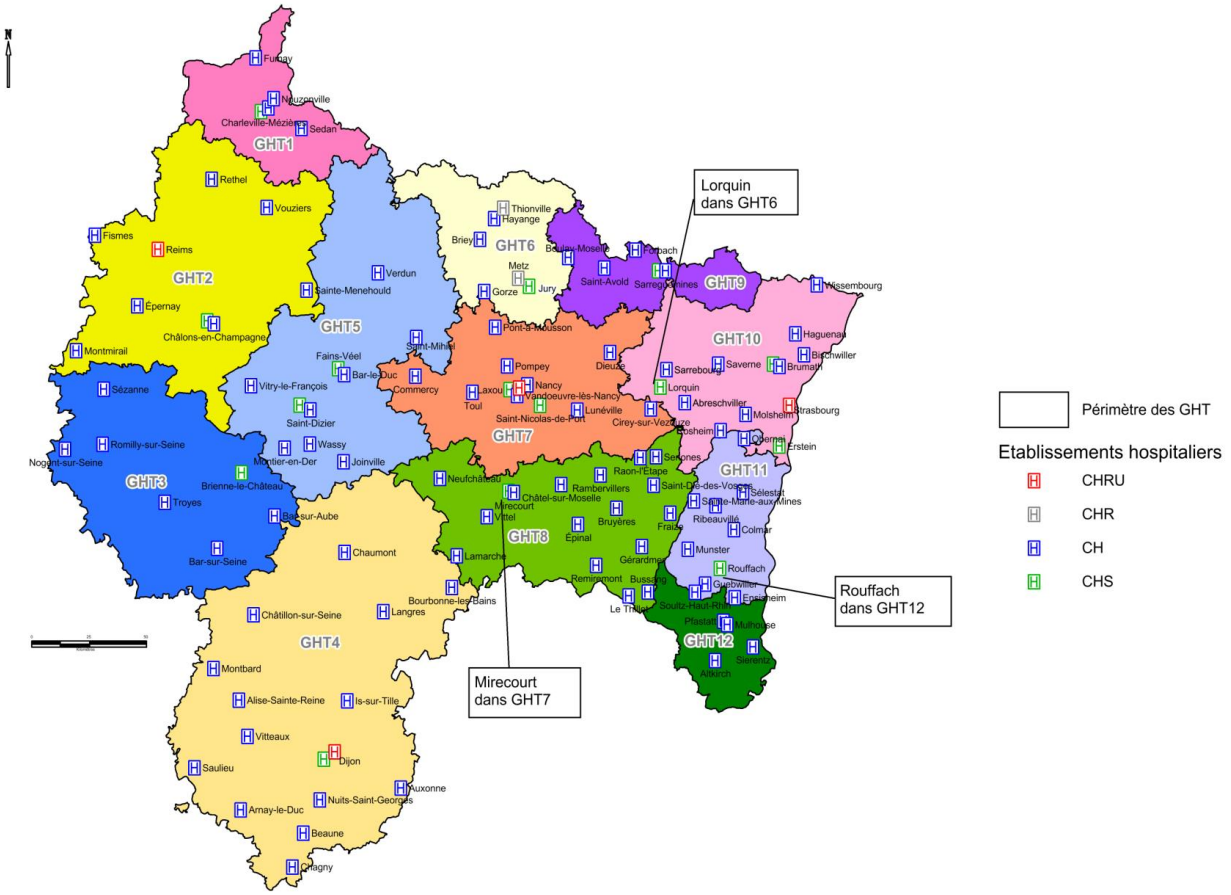


Figure 1. Cartes des GHT de la région Grand Est [16]

Le groupement hospitalier de l'Est de la Meurthe et Moselle, appelé plus communément GHEMM, regroupant le CH de Lunéville, les hôpitaux 3H Santé, le CH de Saint Nicolas de Port et l'Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de Gerbéviller, appartient au GHT numéro 7 dont l'ES support est le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy (CHRU).

A- La Population

La Meurthe et Moselle est un département de la région GE entourée par les départements de la Meuse, des Vosges, du Bas-Rhin et de la Moselle et frontalier avec la Belgique et le Luxembourg. La superficie de ce département est de 5245,9 km².

Selon les chiffres de l'INSEE en 2015, la Meurthe et Moselle compte 734 403 habitants inégalement répartis sur le département ; cela correspond à une densité de population de 140 habitants au km².

Le taux de chômage des 15 à 64 ans est de 14,3%, plus élevé que celui de la moyenne nationale, et étroitement lié au taux de pauvreté qui s'élève à 14,6%.

La Meurthe et Moselle regroupe 592 communes, 23 cantons, 16 communautés de communes et 88 communes classées en zones de revitalisation rurale. D'après les derniers chiffres officiels, le département de la Meurthe et Moselle compte 326 863 ménages. Deux cent soixante-dix-sept mille soixante-sept des habitants sont mariés alors que 233 933 sont célibataires, 48 495 sont veufs et 45 331 sont divorcés. Les retraités constituent la catégorie socio-professionnelle la plus représentée (31,8% des ménages). Suivent les ouvriers (17,9%), les professions intermédiaires (12,7%), les cadres supérieurs (9,8%), les commerçants/artisans/chefs d'entreprises (3,5%) et enfin les agriculteurs (0,6%) [17].

L'est du département rassemble 178 communes, dont la plus importante est l'agglomération de Lunéville. Ce territoire, autrement appelé le territoire du Grand Lunévillois, a longtemps vécu des années florissantes. Son économie basée sur l'extraction minière était prospère jusque dans les années 1960. La crise de la sidérurgie a contraint ce territoire à une reconversion indispensable pour la survie de l'économie. Actuellement, le Grand Lunévillois est un territoire en grande difficulté [18]. Il détient le taux de chômage le plus élevé du département. Il est important de différencier la partie ouest du territoire, porté par le dynamisme de l'agglomération nancéienne, de la partie est, rurale, victime du vieillissement et du chômage de la population ainsi que des difficultés économiques. Cependant la mobilisation d'acteurs locaux s'appuyant notamment sur un savoir-faire réputé dans le monde entier (mécanique de précision, métrologie ou électronique) participe au renouveau

et au redressement économique du territoire. Pour exemple, l'essor du secteur tertiaire reflète un fort dynamisme au niveau de la création d'entreprises.

Le Territoire du Lunévillois regroupe 6 communautés de communes :

- communauté de communes Meurthe, Mortagne, Moselle,
- communauté de communes des Pays du Sel et du Vermois,
- communauté de communes du Pays du Sânon,
- communauté de communes du Territoire s'étendant de Lunéville à Baccarat,
- communauté de communes de Vezouze en Piémont
- communauté d'agglomération de Saint-Dié des Vosges couvrant 3 communes du sud-est du territoire.

D'après les données démographiques de 2015, le nombre d'habitants de l'ensemble de l'est du département de la Meurthe et Moselle est de 106 793. L'est du territoire est le plus confronté à un fort déficit migratoire. Citons comme exemple la ville de Lunéville, sur la période 2010 -2015, le déficit migratoire observé est de moins 180 habitants par an dû à des départs trop nombreux par rapport au nombre d'arrivées. Il est intéressant de noter un indice de jeunesse (rapport population âgée de moins de 20 ans sur population âgée de plus de 60 ans) inférieur à 1 depuis le début des années 2010 : les personnes de 60 ans et plus sont désormais plus nombreuses que les jeunes de moins de 20 ans. A l'instar de la Meurthe et Moselle qui est un des départements les moins féconds au niveau national (taux de fécondité : 47), le territoire du Lunévillois présente un taux de fécondité de 48 naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Les immigrés et les personnes de nationalité étrangère constituent respectivement 2,7 % et 1,5 % de la population du territoire du Lunévillois. Ces taux sont les plus bas du département.

Le territoire du Lunévillois est confronté au problème de la scolarisation de la jeunesse. Les taux de scolarisation sont quasi superposables au taux national jusqu'à 16 ans (scolarisation obligatoire). Au-delà de 17 ans, le taux global de scolarisation chute considérablement. Il existe une partition au sein même du territoire du Lunévillois : les chiffres de l'ouest du territoire reflètent l'influence de l'aire urbaine de Nancy (plus de 45% de jeunes âgés de 18 à 24 ans sont scolarisés dans le secteur de Dombasle sur Meurthe). Le taux de scolarisation

des jeunes de 18 à 24 ans de l'est du territoire est plus qu'alarmant : dans le secteur de Baccarat, moins d'un tiers des jeunes est scolarisé. La cartographie du taux de scolarisation se superpose avec celle du niveau de diplôme au sein de la population générale du département. Dans l'est du territoire, le nombre de diplômés reste très inférieur à la moyenne nationale, et faible par rapport à l'ensemble du territoire et du département de la Meurthe et Moselle.

En 2014, dans le département de la Meurthe et Moselle, le revenu disponible médian par unité de consommation est supérieur au niveau de vie médian de France métropolitaine. Néanmoins il est inférieur à celui de la région GE.

C'est encore dans l'est du territoire que le nombre de ménage est le plus faible avec une forte proportion de famille monoparentale.

Ceci est étroitement lié à la proportion de personnes âgées au sein de cette partie du territoire. Le rapport du niveau de vie des 10% les plus modestes sur celui des 10% les plus aisés est du même ordre dans les provinces françaises.

Cependant le niveau de vie médian des ménages fiscaux du Lunévillois est inférieur à la moyenne départementale, il subsiste une disparité entre l'ouest et l'est du territoire. La part des revenus via les prestations sociales représente 6% des revenus disponibles et jusqu'à 10% dans la ville de Lunéville. Au sein du territoire du Lunévillois, 14% de la population vit en dessous de seuil de pauvreté.

Le taux d'activité des 15 à 64 ans est supérieur à celui de la moyenne nationale et départementale, cependant il est particulièrement faible au sein du site principal de Lunéville Lamartine. Le taux de chômage est quant à lui plus élevé que la moyenne nationale mais reste moins élevé que la moyenne départementale. C'est sur la partie est du territoire que les taux de chômage battent des records, jusqu'à 27% pour la commune de Cirey-sur-Vezouze.

La voiture est le moyen de transport le plus utilisé, le recours aux transports en commun reste marginal, cela semble lié au faible développement du transport urbain (bus, train).

Le département de la Meurthe et Moselle n'est pas en reste concernant le développement de structures d'accueil pour la petite enfance. Le nombre d'assistants ne cesse de chuter depuis 2014. Mais cela affecte peu les ménages optant pour ce mode de garde, en raison de la baisse du nombre de naissances.

La Meurthe et Moselle est un département qui comprend un taux de chômage et de pauvreté plus élevé que la moyenne du reste du territoire. De fortes disparités territoriales sont observées.

Les catégories socio-professionnelles les plus représentées parmi les habitants sont les retraités: 31,8% et les ouvriers : 17,9%.

Le département présente un fort déficit migratoire.

Dans le lunévillois, le taux de scolarisation après 16 ans est très en dessous de la moyenne nationale.

Le moyen de transport le plus utilisé est la voiture : faible développement du transport urbain.

B- L'offre de soins

Le département de la Meurthe et Moselle recense en 2017, 49 établissements hospitaliers. Depuis la loi HPST et le regroupement en GHT, la Meurthe et Moselle est dotée de 2 GHT :

- GHT 7 avec le CHRU de Nancy
- GHT 6 avec le CHRU Metz-Thionville

Au sein du territoire du Lunévillois, l'offre de soins se compose d'ES publics, d'ES privés et d'ES de psychiatrie et est découpée ainsi :

1- Principaux établissements de santé psychiatriques

La ville de Saint Nicolas de Port est dotée de 2 centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP – Adultes et Enfants/adolescents) et de 2 centres médico-psychologiques (CMP - Adultes et Enfants/adolescents).
A Lunéville, les structures psychiatriques sont composées d'1 CATTP et de 2 CMP pour adultes et de 2 CATTP et 2 CMP à orientation infanto-juvénile.

2- Principaux établissements de santé privés

Un centre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) privé est implanté à Blâmont. Il s'agit du SSR de la Croix Rouge. Sur la commune de Baccarat, sont installés un centre de SSR et un centre de soins de suite de courte durée et pluridisciplinaire.

3- Principaux établissements de santé publics

Devant la pénurie de l'offre de soins au sein du territoire de l'est de La Meurthe et Moselle, un regroupement des structures hospitalières a été proposé afin de mutualiser les moyens financiers et humains. Le GHEMM a donc un projet médical partagé. Le GHEMM regroupe 4 établissements

hospitaliers : le CH de Lunéville, le CH de Saint Nicolas de Port, les hôpitaux 3H Santé et l'EHPAD de Gerbéviller.

a- Le Centre Hospitalier de Lunéville

Le CH de Lunéville est en mesure d'apporter une prise en charge complète en regroupant un service d'urgences - soins continus, un service de chirurgie (orientation urologique et orthopédique), des services de médecine spécialisés (hépato-gastrologie, diabétologie …), un service de gynéco-obstétrique (maternité de niveau 3), un service de pédiatrie et un service d'imagerie médicale (radiologie, échographie, scanner et IRM). L'ensemble regroupe 149 lits de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Le CH de Lunéville propose un service d'hospitalisation à domicile dont la capacité est de 20 lits ou places. Concernant la prise en charge de la personne âgée, les 2 EHPAD, rattachés au CH de Lunéville sont l'EHPAD Saint Charles et l'EHPAD Saint Stanislas. Ces établissements proposent 222 lits ou places dont 12 places au sein du pôle d'activités et de soins adaptés. Trente lits ou places sont proposés à l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD). L'hôpital de jour gériatrique est en mesure d'accueillir 6 patients.

En 2016, le CH de Lunéville employait 67 équivalents temps plein (ETP) pour le personnel médical, et 576 ETP pour le personnel non médical. Les départs en formation sont soutenus par la direction et généralement financés. Dans le cadre du GHT, la création de poste de praticiens et/ou d'assistants partagés permet de dynamiser et pérenniser certaines activités ainsi que d'apporter une certaine attractivité d'emploi. Dans le cadre du GHEMM, pour contrecarrer les problématiques budgétaires, le personnel médical et non médical se voit proposer des postes à temps partagé entre les 3 sites hospitaliers.

b- Le Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port

Le CH de Saint Nicolas de Port a orienté ses activités vers la prise en charge de la personne âgée. Il est composé de 50 lits de SSR dont des lits de soins palliatifs et de 5 lits SSR en hôpital de jour. Le CH de Saint Nicolas de Port propose 50 places de services de soins infirmiers à domicile. Les 3 EHPAD, rattachés au CH de Saint Nicolas de Port ont chacun une spécificité : EHPAD Pochon

patient non grabataire non désorienté, EHPAD PLI orientation patient désorienté et EHPAD C patient grabataire. La capacité globale est de 214 lits ou places, l'ES est doté de 30 lits ou places en USLD. Dans le cadre de la prise en charge de la personne âgée, des consultations mémoires sont proposées par un personnel médical formé : médecin gériatre ou médecin hospitalier avec capacité de gériatrie. En 2016, l'ES employait 376 ETP dont 11 ETP personnel médical.

c- Hôpitaux 3H Santé

Les Hôpitaux 3H Santé regroupent 3 sites : site de Blâmont, site de Badonviller, site de Cirey-sur-Vezouze. Le siège social de l'ES 3H Santé est établi sur le site de Cirey-sur-Vezouze. Notons que la pharmacie à usage intérieur (PUI) de l'ES est située sur le site de Blâmont. Du fait de sa localisation, à l'est du territoire du Lunévillois et de la typologie de la population, l'ES 3H Santé a une orientation gériatrique. L'ES 3H Santé propose 150 lits ou places EHPAD regroupés sur les 3 sites, EHPAD de Blâmont, EHPAD de Badonviller et EHPAD de Cirey-sur-Vezouze.

L'EHPAD de Badonviller propose un secteur fermé appelé « unité spécifique Alzheimer », qui offre une prise en charge des troubles sévères du comportement. Les 31 lits de l'USLD se situent sur le site de Blâmont, de par de la présence de la PUI. Le service de SSR composé de 40 lits se situe sur le site de Cirey-sur-Vezouze.

Pour conclure cette description de la prise en charge médicale en service public, plus de 90% des places ou lits installés dans les institutions sont destinés à l'hébergement permanent. Il est intéressant de remarquer que l'hébergement temporaire, l'accueil de jour ou de nuit tendent à se développer. A l'échelle départementale, le territoire du Lunévillois concentre le plus grand nombre d'équipements adaptés au vieillissement de la population. La ville de Cirey-sur-Vezouze tirant son épingle du jeu a été la première commune du département à proposer une résidence accompagnée ouverte en 2003. Ce mode d'accompagnement de la personne âgée est une alternative entre la vie à domicile et l'hébergement temporaire.

Les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le versement de cette indemnité publique concerne la personne âgée de 60 ans et plus, elle dépend de son âge et de sa perte d'autonomie. Les résidents en hébergement

temporaire, partiel ou permanent peuvent en bénéficier. Dans le cadre d'un maintien à domicile, le versement de cette allocation permet de subvenir aux dépenses nécessaires.

4- Soins primaires: Médecins généralistes, Pharmaciens et Pharmacies Infirmiers, Service de Soins Infirmiers à Domicile SSIAD/Aide à Domicile en Milieu Rural ADMR

a- Médecins généralistes

En 2017, la couverture médicale en Meurthe et Moselle est supérieure à la couverture régionale et départementale. Notons cependant, l'existence de grandes disparités au sein même du département et surtout au sein même du territoire du Lunévillois. Le secteur Sel et Vermois, compte une forte densité d'omnipraticiens, 145 médecins pour 100 000 habitants; alors que le secteur de Baccarat subit de plein fouet le « désert médical », 80 médecins pour 100 000 habitants. Confronter au vieillissement de la population, le nombre insuffisant d'omnipraticiens devient un véritable problème pour les autorités locales. Le territoire du Lunévillois doit faire face et essayer de répondre rapidement au vieillissement des médecins généralistes entraînant des départs à la retraite non remplacés. L'enjeu capital des prochaines années est d'assurer le remplacement de ces départs massifs à la retraite. Cela concerne la région GE dans sa globalité avec 30% de médecins généralistes partis d'ici 5 ans [14]

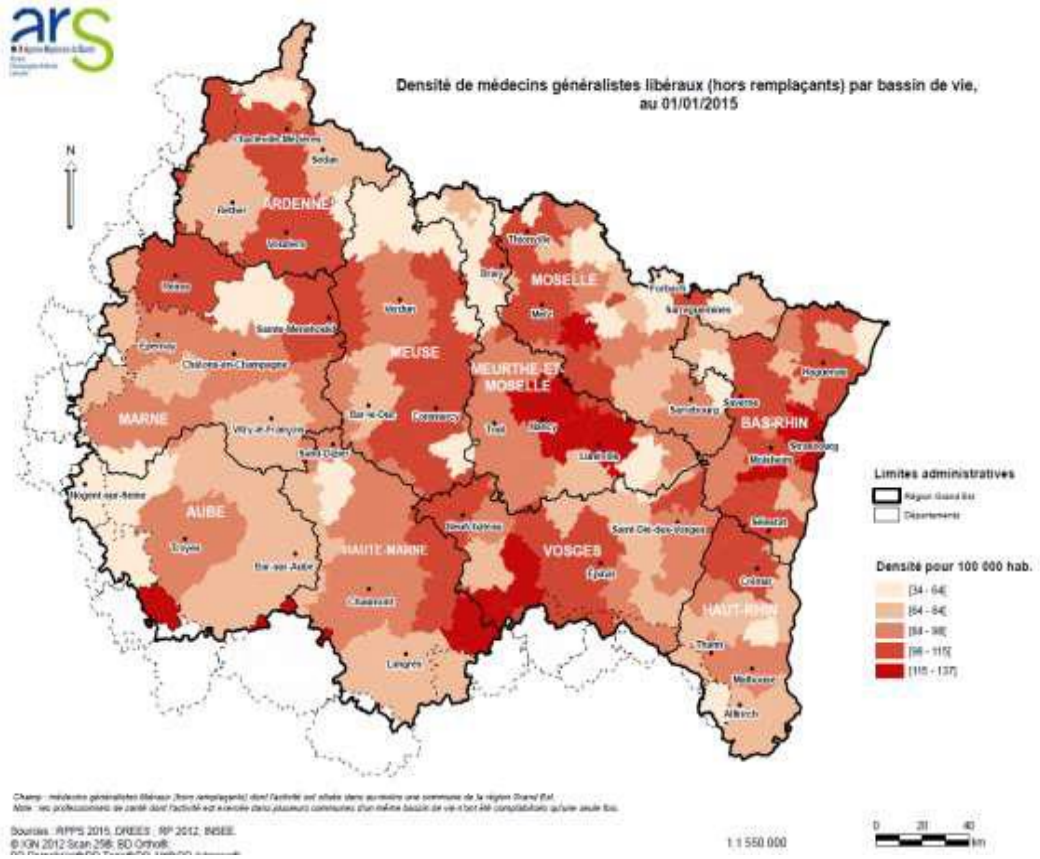


Figure 2- Densité de médecins généralistes libéraux (hors remplaçants) par bassin de vie au 01/01/2015

b- Pharmaciens et Pharmacies d'officine

Le département de la Meurthe et Moselle compte 261 officines. Le nombre de pharmaciens titulaires est de 310. Le nombre d'officine pour 100 000 habitants se chiffre à 35,6. Cela correspond à un quota de population de 2 812 habitants pour une officine [19]

c- Infirmiers

La prise en charge de la personne âgée s'accompagne, dans la majorité des cas, de soins infirmiers. La densité d'infirmiers au sein du territoire Lunévillois est inférieure à la moyenne régionale et nationale. Le secteur de Lunéville reste le mieux doté en nombre d'infirmiers libéraux. Les populations frontalières du département sont peu pourvues en cabinet infirmier; aussi le temps de trajet des infirmiers se trouvant allongé, l'offre de soins peut par conséquence être réduite.

d- Service de Soins Infirmiers à Domicile SSIAD et Aides à Domicile en Milieu Rural ADMR

Le territoire du Lunévillois se dote d'un service d'aide, d'accompagnement et de soins à domicile sous forme de service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et sous forme de service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Au sein du territoire Lunévillois, les SAAD étaient au nombre de 18 en 2017. Les populations sont également accompagnées par l'aide à domicile en milieu rural (ADMR). Le territoire du Lunévillois comptait 4 SSIAD en 2017. Les places offertes sont adaptées pour plus de 90% à la personne âgée (âge>65 ans), avec 19,5 places offertes pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Il existe encore et toujours une disparité entre l'ouest du territoire proche de la couronne nancéienne et l'est du territoire intégré à la diagonale du vide.

L'ADMR, service à la personne intervenant de la naissance à la fin de vie est basé sur 4 principes : autonomie, services de confort à domicile, famille et santé. Au sein du pays Lunévillois, l'ADMR de Meurthe et Moselle compte une équipe spécialisée Alzheimer. Le patient étiqueté Alzheimer par l'équipe médicale est orienté vers ce processus d'accompagnement. Notons qu'il s'agit d'une prise en charge pluridisciplinaire, l'équipe propose des séances d'accompagnement et de réhabilitation réalisées par l'ergothérapeute, les assistantes de soins en gérontologie. Ce réseau travaille avec de nombreux partenaires pour obtenir une prise en charge globale du patient : consultations mémoires, maison pour l'autonomie et l'intégration des patients Alzheimer, réseaux gérontologiques…

C- Spécificité de la prise en charge gériatrique en SSR

1- Le financement de l'activité en SSR

En préambule, rappelons que le défi majeur auquel est confrontée la société du XXI^{ème} siècle est le vieillissement de la population, associé par principe à la dépendance générée par les pathologies chroniques de notre temps. Face à cette situation quel que peu alarmante, les autorités se doivent de développer et promouvoir une adaptation. Un système d'information pertinent et valide sur l'état de santé de la population vieillissante permet de déployer de nombreux programmes en matière d'accompagnement, de recherche clinique… Il est nécessaire de planifier un programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) adapté à la population vieillissante dont la durée moyenne de séjour est augmentée. Le PMSI SSR est institué en juillet 1998 dès lors que l'activité SSR est financée pour une dotation globale. Il s'étend en 2003 aux ES dont l'activité SSR est financée par un objectif quantifié national. Le financement de l'hôpital ayant évolué ces dernières années suite à la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) lancée en 2004, la base PMSI SSR permet d'appréhender correctement cette transformation. La société française de gériatrie émet des réserves quant à la pertinence du modèle de groupes homogènes de malades au regard de la durée moyenne de séjour d'une personne âgée. Le cadre de financement de l'activité en SSR se voit maintenu malgré la mise en place de la T2A et ce jusqu'en 2017. De par les travaux débutés en 2011, la loi de financement de la sécurité sociale 2017 intègre les nouveautés de financement de l'activité SSR. Le décret n°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de SSR constitue la cadre de financement de l'activité de SSR.

L'essentiel des nouveautés est porté par les 2 arrêtés suivants :

- l'arrêté 2 du 5 mai 2017 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article R. 162-34-1 du même code ;
- l'arrêté 3 du 5 mai 2017 2017 fixant pour l'année 2017 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et aux 2° et 4° du E du III de

l'article 78 modifié de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Ce nouveau mode de financement entre en vigueur à compter du 1er mars 2017. Notons que cette mise en place est progressive. Dès 2017, les activités de SSR bénéficient d'un modèle de financement intégrant les modalités historiques de financement à une dotation modulée à l'activité. L'enveloppe « dotation à l'activité » correspond à la valorisation de l'activité à hauteur de 10% d'une fraction du tarif publié. Dès 2017, les activités de SSR se voient associer au programme mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), et au modèle d'incitation financière à la qualité.

Dans le cadre de prestations hospitalières, la valorisation de l'activité en SSR se base sur la classification des séjours de SSR en groupe médico-économique appelés GME. A l'exception de l'activité de soins palliatifs, notons qu'à chaque GME correspond un forfait de séjour et de soins appelé « groupe médico-tarifaire (GMT)». Pour les séjours d'hospitalisation complète d'au moins un jour de présence, il existe 3 zones de financement : valorisation du séjour en zone basse du GMT, valorisation du séjour en zone forfaitaire du GMT et valorisation du séjour en zone haute du GMT. Dans le cas de séjours non clos de plus de 90 jours, un système d'avance est mis en place dans la valorisation du séjour. Ce dernier s'effectue sur un tarif minimal journalier.

Le projet de mesure de la loi de financement de la sécurité sociale 2018 - article 48, cible 2 compartiments de ce mode de financement, ces derniers ne sont pas abordés dans ce travail. Il s'agit du compartiment « molécules onéreuses » : FICHComp, travaux sur les critères d'inscription sur la liste en sus. Le second compartiment concerné est le compartiment « plateaux techniques spécialisés » : élaboration de modèle et test sur un plateau technique spécialisé. Ces 2 démarches sont prévues pour être effectives au 1er janvier 2020.

2- La prise en charge en SSR polyvalent

La prise en charge d'une personne au sein d'un service de SSR est conditionnée par le motif d'hospitalisation nécessitant une période d'accompagnement pluridisciplinaire en structure médicalisée. Cette prise en charge est différente qu'il s'agisse d'une population pédiatrique, d'une population adulte ou d'une population âgée.

Dans le cadre du parcours de soins MEDISIS, c'est la population âgée de plus de 65 ans qui est concernée. Cette expérimentation s'implantant au sein d'un SSR, il est nécessaire de définir et comprendre les spécificités de la population âgée pour évaluer les adaptations nécessaires.

Dans le cadre de ce travail, notons que seule la prise en charge en SSR gériatrique est abordée. L'appellation SSR sous-entend SSR orientation gériatrique. Une unité de SSR gériatrique doit être composée de 20 lits minimum, ces lits peuvent être regroupés au sein d'une structure de SSR.

La circulaire du N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n°2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de SSR stipule les orientations et les éléments nécessaires à la structuration de l'activité en SSR. Elle prend en compte les modalités réglementaires d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de cette structure.

Toute activité de SSR oblige l'obtention d'une autorisation. Cela définit un SSR indifférencié et polyvalent. Une ou plusieurs mentions complémentaires sont nécessaires pour des prises en charge spécifiques et plus complexes. Les catégories d'affections concernées sont notamment : affection de l'appareil locomoteur, affection de personnes âgées poly-pathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance. Le décret DHOS n°2008-377 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de SSR et le décret DHOS n°2008-376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de SSR indiquent les socles d'organisation en vue d'optimiser la fluidité de la prise en charge du patient. Il s'agit de l'évaluation des besoins médicaux avant toute admission en SSR. C'est la mise en place de coordination en SSR. Le patient est inscrit dès lors dans des filières de prise en charge ou réseaux particuliers.

L'hospitalisation en SSR s'oriente vers un profil de patient nommé profil gériatrique. Il est important de distinguer un patient âgé d'un patient gériatrique.

Le patient âgé est nommé ainsi du fait de son âge physiologique, il s'agit d'une personne de plus de 65 ans. Les synonymes employés sont fréquents : senior, personne de grand âge, ancien, adulte de plus de 65 ans. Au-delà de 79 ans révolus, la littérature parle de personne du 4ème âge ou en anglais « old-old ».

Un patient à profil gériatrique se définit par la coexistence de certaines caractéristiques. Le profil gériatrique associe :

- diminution de l'homéostasie
- affections multiples
- risque d'incapacités
- risque de poly-médications
- modification du tableau clinique et de l'évolution de la pathologie
- imbrication des aspects somatiques, psychologiques et sociaux

Un patient âgé ne relève pas toujours d'une prise en charge de type profil gériatrique. Un profil gériatrique peut quant à lui correspondre à un adulte d'âge mûr, 40 à 65 ans.

L'hospitalisation en SSR ne relève pas d'une prise en charge aigüe, et concerne dans la majorité des cas un profil gériatrique. Les SSR ont pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales des déficiences et limitations de capacité du patient ; et de promouvoir la réadaptation du patient [20]. L'accueil en SSR est de 2 types: accueil en hospitalisation complète ou accueil en hospitalisation partielle en hôpital de jour. Les patients âgés accueillis font partie de la tranche d'âge des plus de 75 ans, ils présentent des risques particuliers de décompensation, pouvant relever d'1 ou de plusieurs pathologies chroniques ou invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une déficience source de dépendance physique ou psychique difficilement réversible [20].

Ces simples définitions ne se suffisent plus. Au 2ème trimestre 2011, la DGOS saisit l'HAS. La mission de l'HAS est d'établir une grille d'analyse de la pertinence des demandes de transfert et d'admission en SSR. Au vu du contexte, des enjeux et de la littérature, le service évaluation économique et santé publique de l'HAS publie en juillet 2013 un outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en SSR.

Lors de l'élaboration de cette grille, l'HAS a fortement insisté sur plusieurs points dont 2 points cruciaux (en gras):

- l'utilisation d'un dispositif de type « Trajectoire » pour effectuer toute demande de prise en charge en SSR

- **la réponse que pourrait apporter cette grille à la réduction des inadéquations hospitalières en médecine et chirurgie.**
- **la contribution au déploiement par l'Assurance Maladie de la mise sous accord préalable (MSAP) des séjours** (article L. 162-1617 du Code de la sécurité sociale)
- la réponse aux exigences de certification des établissements (pertinence des soins)

Le dispositif « Trajectoire », portail d'orientation est un outil de gestion sécurisé des demandes d'admission [21].

L'outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en SSR nécessite la constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire. Une étape de consultation de groupes d'essais préalablement définis et caractérisés et d'évaluation permet d'optimiser l'outil pilote.

Pour convenir aux objectifs de ce travail, les experts caractérisent le positionnement de l'outil dans le processus de décision d'orientation du patient. Cet outil s'adresse aux médecins exerçant en court séjour au sein d'un ES ou à tout praticien amené à décider la nécessité d'une prise en charge en SSR. Cet outil « permettrait de valider ou d'invalider l'adéquation de la prise en charge par une structure de SSR, au regard de la situation médicale et personnelle du patient, ainsi que des recommandations professionnelles existantes ». Il se présente sous forme d'un algorithme décisionnel afin d'apprécier la pertinence d'une prise en charge en SSR. (Annexe 1)

Les SSR occupent une place dans la filière de soins des patients. L'articulation des SSR avec les autres structures de soins de la filière et leurs obligations réciproques sont formalisées au sein de la convention constitutive de la filière (SSR gériatriques - référentiel d'organisation des soins).

L'entrée du patient en SSR est programmée dans la plupart des cas. Le patient est généralement accueilli à l'issu d'un séjour en ES suite à une affection médicale aigüe ou à une intervention chirurgicale. Le patient peut aussi provenir directement du domicile dans le cadre d'une approche programmée, par exemple hospitalisation du conjoint, vacances des aidants.

L'hospitalisation en SSR est une décision pluridisciplinaire. Le dossier administratif se découpe en 2 parties, la partie sociale relève de l'assistante sociale, le personnel médical se charge de remplir la partie médicale. L'envoi de la demande au SSR est dématérialisé, de nombreuses plates-formes

gratuites sont disponibles sur le web. Le SSR reçoit les demandes et étudie le profil du patient adressé, il s'agit de la procédure de pré-admission. Les critères pris en compte afin de rendre une décision appropriée sont le profil physiopathologique, le profil thérapeutique, le profil social du patient. Le type de pathologie et le devenir du patient conditionnent le choix du SSR. L'admission s'effectue après accord du médecin coordonnateur de la prise en charge des patients ou après évaluation par l'équipe mobile ou par l'unité de consultation ou d'hospitalisation de jour (SSR gériatriques - référentiel d'organisation des soins).

La sortie du patient préparée très en amont doit s'intégrer dans le parcours de soins. Les objectifs de prise en charge préalablement définis et, plus ou moins revus au cours du séjour étant atteints, la sortie est l'aboutissement de l'hospitalisation en ES d'un projet thérapeutique personnalisé. L'encadrement de la sortie fait intervenir différents acteurs et établit une étroite collaboration entre la ville et l'hôpital. Selon la typologie du patient, cela peut impliquer d'autres structures de soins de la filière, des partenaires médicaux, paramédicaux, médico-sociaux, des professionnels de santé libéraux, des réseaux de santé « personnes âgées » et de la famille du patient.

Un SSR gériatrique et plus généralement un SSR doit répondre à une double mission :

- assurer les soins médicaux, curatifs ou palliatifs, d'ajustement des thérapeutiques, de renutrition, de diagnostic et de traitement des pathologies déséquilibrées,
- assurer la rééducation et la réadaptation pour limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux.

Les actions de réadaptation comprennent notamment la restauration somatique et psychologique en particulier après un épisode aigu, la rééducation orthopédique et neurologique, la stimulation cognitive.

Un SSR gériatrique doit être en mesure de :

- prévenir l'apparition d'une dépendance,
- maintenir ou redonner de l'autonomie,
- assurer l'éducation thérapeutique du patient et de ses proches notamment dans les domaines tels que les troubles sensoriels et de l'équilibre, la nutrition, le diabète, la maladie d'Alzheimer,
- assurer l'information et le soutien des aidants,
- assurer le maintien de la socialisation de la personne âgée,
- assurer la préparation et l'accompagnement de la réinsertion familiale et sociale

Ces obligations ne relèvent pas d'une prise en charge médicale unique et simple, elle nécessite une prise en charge médicale pluridisciplinaire et l'intervention d'équipes soignantes, paramédicales et sociales.

Répondre aux critères de bonnes pratiques dans le cadre de l'accréditation de ces structures et de l'évaluation des pratiques professionnelles conditionne les modalités de prise en charge. Pour satisfaire au cahier des charges d'un parcours de soins optimal, la prise en charge semble devoir répondre à quelques critères :

- assurer et réévaluer le bilan médico-psycho-social
- rédiger un projet thérapeutique personnalisé et assurer sa réévaluation périodique
- accompagner l'acceptation de la perte d'autonomie
- accompagner la phase de retour dans le milieu de vie en collaboration avec le patient et l'entourage

Au sein de la filière SSR, le parcours de soins doit être personnalisé pour obtenir le meilleur résultat. Le patient doit être mis au centre du projet de vie personnalisé établi au début du séjour. Ce projet comprend un volet médical, un volet thérapeutique, un volet soignant, un volet social et un volet paramédical.

La filière SSR garantit une mission de réadaptation et de rééducation, associée à une prise en charge médicale. L'utilisation de locaux et équipements particuliers semble indispensable pour satisfaire à une récupération du patient la plus optimale possible. Le référentiel de l'organisation des soins en SSR pour personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance émet des recommandations d'installation. Les SSR accueillent en majorité des personnes âgées présentant une dépendance physique et/ou psychique.

L'adaptation des locaux et l'investissement en équipement doivent comprendre, au regard du référentiel d'organisation des soins en SSR gériatrique :

- des chambres à 1 ou 2 lits équipées en vide et en oxygène et adaptées à la dépendance (lits à hauteur variable électriques, systèmes de transferts…) disposant d'un cabinet de toilettes avec WC, douche avec siphon de sol et accessible aux personnes en fauteuil roulant,

- des espaces de circulation équipés de main courante,
- des locaux de rééducation : kinésithérapie, ergothérapie, rééducation d'incontinence, psychomotricité etc.
- des locaux polyvalents de consultations, entretiens, éducation,
- un lieu de réception des familles,
- des locaux de stockage de matériels pour personnes handicapées (fauteuils roulants, aides à la marche…),
- des lieux de convivialité (salons, salle à manger…).

Rappelons ici qu'une unité de SSR gériatrique se compose de 20 lits minimum. Le patient admis va être pris en charge par une équipe pluridisciplinaire, spécifiquement formée à la typologie du patient âgé à profil gériatrique. Afin de satisfaire au cahier des charges d'une structure de santé SSR gériatrique, les moyens humains pluridisciplinaires dont l'unité serait tenue de compter sont au minimum :

- 1 ETP médecin gériatre
- 8 ETP infirmiers et 12 ETP aides-soignants
- un temps de kinésithérapeute, d'ergothérapeute, d'orthophoniste, de podologue, de psychologue, de diététicien et d'assistant social.

La présence du personnel infirmier et soignant est obligatoire jour et nuit, l'unité SSR gériatrique s'organise pour assurer la permanence des soins.
L'ensemble du parcours de soins du patient de l'admission à la sortie est coordonné par un praticien gériatre, ou un chef de clinique en gériatrie ou un assistant inscrit en DESC de gériatrie.

Au vue de toutes ces informations, considérons le rôle du kinésithérapeute, de l'ergothérapeute dans le parcours de soins du patient orchestré par le bilan médico-psycho-social et le projet thérapeutique personnalisé. Le patient pris en charge est tenu de montrer une certaine motivation afin d'obtenir le résultat le plus concluant possible en terme de ré-autonomisation, de réadaptation, de rééducation.

Le kinésithérapeute est un spécialiste de la rééducation. Il intervient à plusieurs échelles : rééducation de l'appareil locomoteur, amélioration des capacités respiratoires, amélioration des capacités à faire des efforts.

Ce professionnel de santé établit un bilan de capacité englobant un bilan musculaire, un bilan articulaire, un bilan sensitif et un bilan d'équilibre. Avec le patient, il fixe les objectifs de la prise en charge, et élabore un programme de rééducation adapté. La personne âgée est un être humain fragilisé. Le kinésithérapeute doit acquérir la confiance de la personne âgée. Il faut donc noter l'importance du travail analytique : enjeux et priorités. Le kinésithérapeute doit connaître les souhaits du patient et les appréhender au mieux au travers d'explications claires du déroulement de la séance et des objectifs. Il est nécessaire d'évaluer la progression de la rééducation dans un but de réassurance et d'écoute du patient. Le fil conducteur de cette phase de rééducation est la volonté du patient à recouvrer l'autonomie passée et améliorer ou conserver l'autonomie actuelle [22].

L'intervention de l'ergothérapeute s'intègre dans la prise en charge pluridisciplinaire d'une personne en situation d'incapacité à réaliser les actes de la vie quotidienne.

Le programme d'accompagnement rédigé et réajusté au fil de la prise en charge concourt à

- la prévention et l'éducation
- la réduction et la thérapie
- la réadaptation
- la réinsertion
- la télésurveillance médicale

L'ergothérapeute s'efforce de rendre autonomie, sécurité et satisfaction dans la réalisation des activités quotidiennes [23].

Le SSR de Saint Nicolas de Port compte 50 lits répartis sur 2 étages. Le personnel médical se compose de 2 médecins hospitaliers à temps plein dont l'un suit actuellement une capacité en gériatrie et d'1 médecin hospitalier à 0,6 ETP. L'effectif du personnel soignant est de 11 infirmiers diplômés d'état, de 20 aides-soignantes et de 7 agents de services hospitaliers. Un cadre de santé apprenant à temps plein supervise l'équipe. Concernant le personnel paramédical, l'équipe est composée de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes et de psychologues. Le pool de kinésithérapeutes mis à disposition par l'Institut Régional de Réadaptation de Nancy s'organise en

2 personnes exerçant à 0,8 ETP et 1 personne exerçant à temps plein. Les 2 ergothérapeutes sont employés à 0,8 ETP chacune. Le temps « psychologue » équivaut à 1,4 ETP. L'équipe est dotée d'une assistante sociale à temps plein.

D- Le parcours de soins MEDISIS

1- Le parcours de soins MEDISIS du Lunévillois

a- MEDISIS : définition et généralités

Le projet MEDISIS s'inscrit dans une démarche de sécurisation et d'amélioration de la qualité des soins. Le CH de Lunéville a participé à l'expérimentation HIGH 5s Medication Reconciliation, en tant qu'établissement pilote.

Le rapport de l'HAS sur l'initiative de ce programme international publié en septembre 2015 relate les intentions de cette démarche.

« Le nom des High 5s découle de la volonté de réduire de manière significative, soutenue et mesurable 5 problèmes de sécurité pour le patient, identifiés comme prioritaires par l'OMS.

Il s'agit des thèmes suivants :

- la précision de la prescription des médicaments aux points de transition du parcours de soins ;
- la prévention des erreurs de site en chirurgie ;
- l'utilisation des médicaments concentrés injectables ;
- les défaillances dans les transmissions infirmières ;
- les infections associées aux soins. »

A l'époque, la France choisit de travailler sur le point numéro 1 « précision de la prescription des médicaments aux points de transition du parcours de soins ».

La précision de la prescription des médicaments aux points de transition du parcours de soins s'intègre dans les soins pharmaceutiques, démarche de pharmacie clinique.

Les principales recommandations émises à la suite de cette initiative sont :

- la clarification du concept de conciliation des traitements médicamenteux (glossaire des termes employés)
- la modélisation du processus de conciliation médicamenteuse

- l'identification des professionnels impliqués dans ce processus : formation, retour d'expérience, aide à la communication
- l'utilisation des nouvelles technologies soit en tant que source d'information (dossier pharmaceutique) soit en tant que moyen de réception ou de transmission d'informations médicales (messagerie sécurisée)
- l'intégration de la conciliation des traitements médicamenteux au sein du système d'information hospitalier.

L'HAS préconise alors que la CTM soit reconnue comme « une méthode puissante d'interception des erreurs médicamenteuses et de prévention de la iatrogénie médicamenteuse impactant grandement la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse ». En mars 2015, le Collège de l'HAS définit la conciliation médicamenteuse comme « un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient ». Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations comme sur une coordination pluri-professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses. Elle favorise la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts ». A la demande du groupe associant experts pluri-professionnels et patient, l'HAS publie, en février un guide intitulé « Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé » [24].

Riche de son expérience de plus de 6 ans sur la CTM du patient à l'admission (projet MED'REC), Mme Dufay responsable de service de pharmacie du CH de Lunéville et son équipe imaginent le projet MEDISIS, un projet innovant et pluri professionnel pour la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient aux points de transition. Ce projet s'appuie sur la maitrise de l'activité de conciliation médicamenteuse à l'admission du patient hospitalisé. Le parcours de soins MEDISIS s'inscrit dans une démarche collaborative et constructive de l'amélioration de la transition ville - hôpital, notamment au niveau de la sortie du patient et jusqu'à 30 jours après celle-ci. La finalité du projet est d'organiser la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient. Cela se traduit par la constitution de parcours personnalisés au sein desquels collaborent médecins, pharmaciens, infirmiers de ville et d'hôpital. La pertinence des traitements médicamenteux, l'information par harmonisation des messages et l'éducation du patient et/ou de ses aidants sont

au centre du projet. Ce parcours de soins original concerne les patients âgés de plus de 65 ans hospitalisés après passage aux urgences. MEDISIS prend comme fil conducteur le médicament, source majeure d'iatrogénie.

MEDISIS est un programme en 6 actions centré sur le patient et sur le médicament, basé sur 3 grands principes :

- la qualité de l'information pour une juste communication : conciliation des traitements médicamenteux à l'admission et à la sortie du patient selon les recommandations de l'HAS,
- l'identification des patients à risque pour une pertinence de leur prise en charge : repérage de son risque de ré-hospitalisation par une infirmière et révision des traitements médicamenteux par un gériatre et un pharmacien,
- la mobilisation des professionnels pour un patient acteur de sa santé : la remise d'un livret personnalisé de sortie, accompagnement thérapeutique et éducatif personnalisé, téléconsultation à 30 jours.

Ce parcours de soins s'est construit en partenariat avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Pharmaciens, des représentants des pharmaciens d'officine. Cet échange avec les pharmaciens d'officine a permis de connaître précisément leurs attentes, de constater les moyens disponibles en ville. Obtenir la satisfaction des professionnels de santé libéraux, créer une étroite collaboration ville – hôpital est capital pour construire un projet durable et profitable au patient.

Grâce au soutien du CH de Lunéville et de l'ARS GE, le recrutement du docteur Pauline SCHNEIDER, pharmacien chef de projet, en novembre 2016 a permis l'initiation de la gestion de projet, en collaboration avec l'ensemble de l'équipe du CH de Lunéville et les représentants des professionnels de santé libéraux. Après 2 mois de gestion de projet, le parcours de soins MEDISIS débute officiellement le 1er janvier 2017 avec le recrutement de l'infirmière de l'équipe à 0,5 ETP, Mme Nathalie de ABREU. Le gériatre à temps partagé avec le CHRU de Nancy rejoint l'équipe à raison de 0,2 ETP en mars 2017. L'ARS GE a renouvelé son soutien en 2017, 2018 et 2019 avec notamment la volonté d'extension du projet au CHRU de Nancy et au SSR de Saint Nicolas de Port et de 3H Santé.

A cette fin, 2 pharmaciens ont été recrutés dès novembre 2018 à poste partagé :

- Docteur Pierre LE QUINIO à 0,8 ETP au CHRU de Nancy et 0,2 ETP au CH de Lunéville,
- Mme Emérentienne VALLIER à 0,4 ETP au CH de Lunéville, à 0,3 ETP au CH de Saint Nicolas de Port et à 0,3ETP au CH 3H Santé.

Un calendrier sous forme de tableau récapitule les grandes dates du parcours de soins MEDISIS (figure 4).

b- MEDISIS partie « hôpital »

Le parcours de soins MEDISIS est une alliance thérapeutique pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient. L'équipe MEDISIS met en place des actions et coordonne les interventions avec les professionnels libéraux à la sortie des patients.

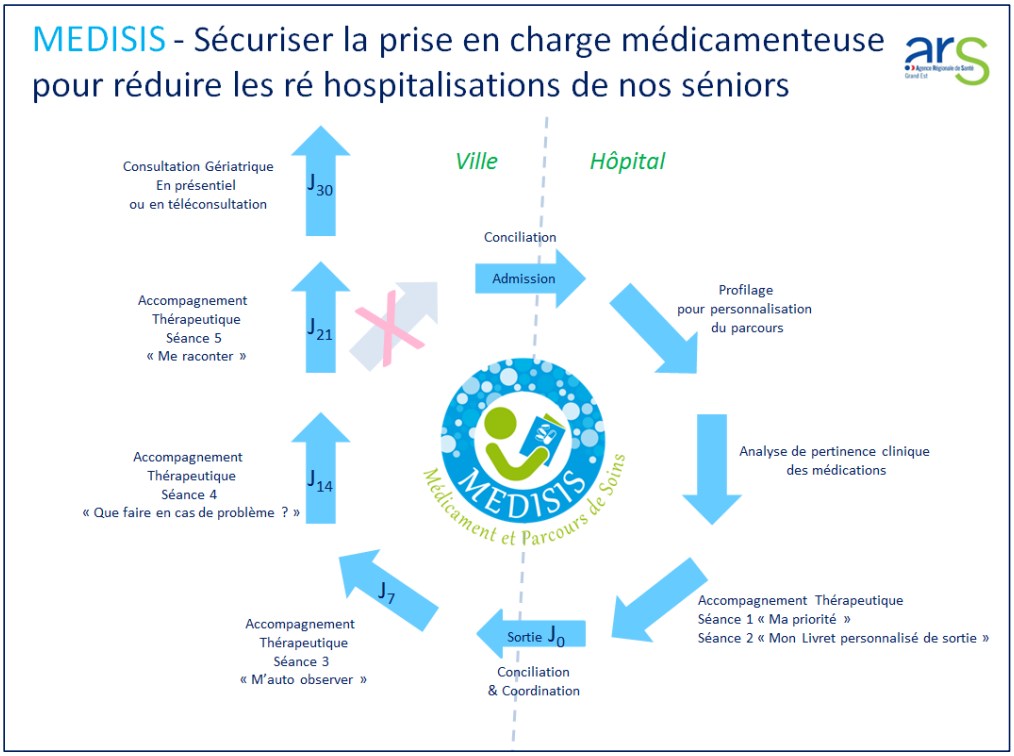


Figure 3. Le parcours de soins MEDISIS

- *Interventions systématisées*

Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission

La CTM est réalisée à l'admission à l'hôpital des patients âgés de 65 ans et plus. Cette population était celle choisie pour l'expérimentation MED'REC. L'activité est réalisée grâce à la *Fiche de recueil* et à la *Fiche de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission*. Cette activité est réalisée par une équipe composée de 4 externes en pharmacie à 0,6 ETP et 1 pharmacien senior à 0,3 ETP. Elle se répartit sur toute la journée (entretiens, établissement du bilan médicamenteux, validation, conciliation).

Au CH de Lunéville, les supports utilisés sont régulièrement mis à jour afin de satisfaire au mieux à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. La CTM est en majorité réalisée selon un mode rétroactif, seul 5% est mené en proactif. En jours ouvrés, la CTM est réalisée dans les 24h après le passage aux urgences; le délai de réalisation de la CTM peut s'élever à 72h en cas de fins de semaine ou de jours fériés. Le taux de patients conciliés par rapport aux patients éligibles se situe autour de 95%.

La CTM permet d'intercepter en moyenne 0,9 erreurs médicamenteuses par patient concilié. Chaque année, 2 200 patients sont conciliés à l'admission au CH de Lunéville.

L'entretien de conciliation permet également de remettre des flyers au patient et de lui expliquer brièvement la démarche MEDISIS.

Le profilage

Un profilage des patients est réalisé via une *Fiche de profilage MEDISIS* qui reprend :

- La capacité du patient à communiquer
- Son autonomie à domicile,
- Sa gestion des médicaments au domicile,
- Son adhésion thérapeutique (Questionnaire Girerd et al.).
- Sa situation sociale

Ces éléments permettent de prendre une décision : faut-il personnaliser le parcours? Ce profilage est débuté au cours de l'entretien de la CTM à l'admission. L'infirmière de l'équipe MEDISIS valide les informations. Elle est responsable de cette activité.

La revue clinique de pertinence des médications

Au cours de l'hospitalisation, tout changement dans les thérapeutiques est analysé par le pharmacien. Il peut également consacrer du temps aux révisions des médications par la méthode PMSA pour prescription médicamenteuse du sujet âgé (PMSA) via la *Fiche revue clinique de médication*. Lorsque cela est possible, cette analyse approfondie effectuée par un pharmacien clinicien est complétée par une analyse réalisée par le gériatre de l'équipe MEDISIS. Le statut physiopathologique, les antécédents du patient, l'habitus, le motif d'hospitalisation, les observations médicales et diverses prises en charge, le traitement médicamenteux sont pris en compte. Des propositions thérapeutiques sont émises : arrêt, ajout, modification selon les recommandations françaises, européennes ou internationales. Ces analyses sont discutées avec le médecin du service de soins et transmises au médecin généraliste. Cette démarche permet de détecter l'over-use, l'under-use et le mes-use.

La conciliation des traitements médicamenteux à la sortie

La CTM à la sortie est effectuée par les pharmaciens et l'infirmière de l'équipe MEDISIS via la *Fiche provisoire de conciliation des traitements médicamenteux* et la *Fiche de conciliation des traitements médicamenteux*. Les outils disponibles sont le dossier patient informatisé : observations médicales et notes infirmières, le courrier médical de sortie, l'ordonnance en cours d'hospitalisation, la dernière prescription rédigée par le médecin hospitalier ou l'ordonnance de sortie. Cette conciliation de sortie permet la mise en évidence de divergences médicamenteuses entre le bilan médicamenteux réalisé à l'admission, la prise en charge hospitalière et la prescription de sortie d'hospitalisation, et ainsi l'interception d'erreurs médicamenteuses potentielles. Après échange avec le prescripteur, cette divergence est classée soit en divergence intentionnelle, soit en erreur médicamenteuse, elle-même répartie en erreur médicamenteuse prise en compte et corrigée ou en erreur médicamenteuse non prise en compte non corrigée. Cette étape répond pleinement au principe de « sécurisation de la prise en charge médicamenteuse ».

La lettre de liaison avec conciliation

Le travail de CTM à la sortie est le 1er levier de la liaison ville-hôpital grâce au modèle de courrier *Lettre de liaison avec conciliation*. L'équipe MEDISIS en lien avec le corps médical se charge de rédiger un courrier de sortie contenant le tableau réglementaire en 3 colonnes : traitement avant hospitalisation, traitement après hospitalisation, commentaires avec explication des changements.

A ces éléments sont ajoutées les pathologies/indications en lien avec les médicaments. Ce courrier est adressé à J0, c'est-à-dire le jour de la sortie aux professionnels de santé libéraux en charge du patient : médecin traitant, spécialiste, pharmacien d'officine et le cas échéant, infirmier libéral. Cet envoi s'effectue par messagerie sécurisée et/ou par courrier postal. L'équipe MEDISIS se charge le cas échéant d'informer les professionnels de santé libéraux du retour à domicile du patient.
Cette lettre de conciliation représente l'élément de communication « professionnel » issu du travail réalisé tout au long du parcours de soins hospitalier du patient. A l'instar de celui-ci, le patient et son aidant bénéficie également d'un support de communication adapté et personnalisé.

- *Interventions personnalisées*

L'accompagnement thérapeutique du patient MEDISIS à l'hôpital
Le parcours de soins MEDISIS est centré sur le patient. Des séances d'accompagnement thérapeutique (ATP) lui sont consacrées. Au cours de l'hospitalisation, 1 ou 2 séances peuvent lui être proposées.

Séance 1 : Ma priorité
Il s'agit d'un entretien semi directif et ouvert avec écoute bienveillante active. Il est conduit tel un entretien de compréhension comme le propose l'équipe OMAGE pour « Optimisation des Médicaments chez la Personne Agée » [25]. Le but est de mieux connaître le patient, sa psychologie, son attitude face aux médicaments et à ses maladies, son niveau de littéracie afin de pouvoir lui donner par la suite des informations personnalisées et adaptées sur sa santé. L'entretien est réalisé à distance de l'admission et de la sortie du patient. L'entrevue dure généralement 30 minutes. Lors de cet entretien, l'adhésion thérapeutique du patient et sa gestion des médicaments à domicile est réévaluée, de manière plus approfondie qu'à l'admission. Cette séance permet de dégager des enjeux à travailler avec le patient, s'il le souhaite. Sont appréciés les ressources du patient, internes et/ou externes, les freins du patient et les zones d'ombre qui devront faire l'objet d'investigations. L'objectif de cette séance est aussi de définir la priorité voire les priorités du patient lors du retour à domicile, afin d'adapter au mieux le discours et obtenir des leviers motivationnels. Un compte rendu de la séance est réalisé via la *Fiche séance d'accompagnement thérapeutique 1.* Ces éléments sont ensuite transmis aux professionnels de santé du patient avec l'accord de celui-ci.

Cet entretien peut se pratiquer au choix du patient : sans aucun support ou avec les cartes et la méthodologie OMAGE (sur formation codifiée uniquement). Ces cartes présentent des situations caractérisées, définies par des mots clés.

Séance 2 : Mon livret personnalisé de sortie

Cet entretien est le moment privilégié pour la remise d'un document individualisé adapté contenant des explications écrites sur le motif d'hospitalisation, les changements dans les médicaments, les professionnels de santé du patient, les conduites à tenir …. : le livret personnalisé de sortie. Cette séance permet de s'assurer de la compréhension d'éléments sécuritaires quant à la sortie. Elle s'enquiert également que le patient aille bien chercher le jour même son nouveau traitement médicamenteux et qu'il a compris la nécessité de consulter dans les prochains jours son médecin traitant et de contacter son infirmière libérale le cas échéant.

Le livret personnalisé de sortie

Le livret personnalisé de sortie MEDISIS est un document personnalisé, adapté en termes de littéracie. Le jour de la sortie du patient et avant son retour à domicile, l'équipe MEDISIS remet ce document au patient et/ou à ses aidants à l'occasion de la 2ème séance d'accompagnement thérapeutique (ATP2). Plusieurs pages ont été élaborées, en collaboration avec les instances (Centre de LUtte contre la Douleur, Groupe plaies et cicatrisation, psychologue, …), les médecins et les infirmières des équipes de soins :

- Mes professionnels
- Mes médicaments
- Mes rendez-vous
- Mes signes d'alerte
- Mon hospitalisation
- Mes pansements
- Ma gestion des médicaments à domicile
- Mon alimentation
- Mon poids
- Mon moral
- Mes douleurs
- Mon intimité

- Mes vaccinations
- Mes thérapies alternatives complémentaires
- Page de communication avec le médecin traitant
- ….

Le choix des pages et le contenu sont personnalisés en fonction de chaque patient et de la séance ATP1. Chaque livret est unique. Le but n'est pas de viser l'exhaustivité de l'information mais bien de se concentrer sur les messages clefs qui permettront au patient d'éviter les écueils en sortie d'hospitalisation et de prendre soin de lui et de sa santé. Les termes doivent être adaptés pour retenir l'attention du patient et obtenir le maximum de compréhension. Des messages de prévention peuvent également être véhiculés comme « Comment repérer un accident vasculaire cérébral » ou « Comment se relever en cas de chutes ». Le livret a été co-construit avec des associations de patients et des représentants de patients. Une enquête de satisfaction auprès des usagers en condition réelle a également été conduite en 2018 [26]. Elle a permis l'adaptation des messages et l'élaboration de contenus standardisés ; et ainsi l'amélioration de la qualité de la démarche.

Le déploiement du parcours de soins MEDISIS pour sa partie hospitalière, la construction du processus et des outils a été réalisée en 6 mois. La 2ème partie de l'année 2017 a permis l'implémentation de ce parcours.

Les résultats « parcours de soins MEDISIS » obtenus en 2018 font l'objet d'une thèse d'exercice du Diplôme d'Études Spécialisées de Pharmacie (DESC).

c- MEDISIS partie « ville »

L'accompagnement thérapeutique du patient MEDISIS « en ville »

La réalisation des séances d'ATP « ville » du parcours de soins MEDISIS est conditionnée par la validation de la formation à ATP MEDISIS, reconnue comme enseignement validant le DPC ou « développement de la formation continue » par l'Agence Nationale du DPC. L'enseignement comprend une partie E-learning (1h) et une partie présentielle (9h). Il peut être proposé aux professionnels de santé libéraux médecins, pharmaciens et infirmiers.

Chaque séance d'ATP réalisée par le professionnel de santé libéral dure en moyenne 20 minutes et est rémunérée 25€. Les séances prévues sont au nombre de 3 :

- A 7 jours post hospitalisation Séance ATP3 « M'auto-observer »
- A 14 jours post hospitalisation Séance ATP4 « Que faire en cas de problème ? »
- A 21 jours post hospitalisation Séance ATP5 « Me raconter »

Une séance supplémentaire peut être réalisée en fonction du besoin identifié.

Le compte rendu d'ATP1, la lettre de liaison avec conciliation et le livret personnalisé de sortie sont envoyés au professionnel de santé libéral. Les rendez-vous sont prévus avec le patient avant sa sortie de l'hôpital.

A l'issue de la 1ère session de formation, 24 pharmaciens d'officine (titulaires, assistants, étudiants) exerçant dans 15 pharmacies différentes ont été formés.

La consultation gériatrique à 30 jours : présentielle ou téléconsultation

Trente jours après la sortie d'hospitalisation, une consultation gériatrique est proposée au patient. Celle-ci permet de faire le point sur la situation du patient après retour à domicile.

Elle peut être proposée :

- en présentielle à l'hôpital sous la forme d'une consultation classique,
- au domicile, en cabinet libéral ou à la pharmacie d'officine en téléconsultation via une tablette numérique tactile.

La construction du parcours MEDISIS ville a été imaginée et conçue au cours de l'année 2018. La première formation des libéraux a été réalisée en janvier/février 2019 auprès de pharmaciens d'officine. Le parcours de soins complet hôpital/ville a été mis en place dès mars 2019. La prochaine étape est la mise en place de la téléconsultation gériatrique prévue pour septembre 2019 et la formation des infirmières libérales à l'accompagnement thérapeutique MEDISIS prévue pour fin 2019. Ainsi, fin 2019, la totalité du parcours de soins MEDISIS aura été mise en œuvre au CH de Lunéville. En parallèle, l'objectif est l'extension du parcours au CHRU de Nancy, à l'hôpital de Saint Nicolas de Port et aux Hôpitaux de 3H Santé. Celle-ci a débuté en 2019 avec un objectif de parcours fonctionnel minimal prévu pour fin 2019/début 2020.

2- Projet d'extension de l'expérimentation

a- La genèse du projet

Après 2 ans d'expérimentation, le souhait est de développer le parcours de soins MEDISIS au sein d'autres ES du GHT Sud Lorraine. Dans le cadre de l'extension du parcours MEDISIS, l'ARS GE et les ES du GHEMM financent le poste d'un pharmacien assistant spécialiste à temps partagé GHEMM, recruté en novembre 2018. Le projet d'extension a débuté par 2 mois d'immersion au sein de l'équipe MEDISIS du CH de Lunéville. Dès janvier 2019, le projet de mise en place du parcours de soins MEDISIS au SSR de Saint Nicolas de Port a été lancé.

Le parcours de soins MEDISIS est bien fonctionnel au CH de Lunéville et dans le Lunévillois. Il a été imaginé et construit dans ce berceau, par les professionnels de ville et d'hôpital. Il n'est cependant probablement pas transposable tel quel au sein d'un autre ES. Le contexte, la patientèle, l'historique, l'organisation, la prise en charge, les ressources, les acteurs ne sont a priori pas identiques d'un ES à un autre. Il parait nécessaire d'étudier l'existant et la possibilité de transférabilité du parcours de soins pour adapter au mieux cette prise en charge au sein de la nouvelle structure. Ce travail est l'objet de cette thèse d'exercice.

Le calendrier de cette expérimentation est résumé ci-dessous.

Commentaire [SP1]: Capture d'écran sans soulignage rouge

DATE	EVENEMENTS
2014	Prix Vidal Hôpital
Novembre 16	Convention GHEMM – ARS Grand Est : - Arrivée du pharmacien : docteur Pauline Schneider - Gestion de projet/Elaboration des outils
Janvier 17	Lancement MEDISIS : - Arrivée Infirmière Interventions MEDISIS : - Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission (activité depuis 2011) - Profilage patient - Séance ATP2 : Livret Personnalisé de Sortie - Conciliation des traitements médicamenteux de sortie avec courrier de liaison
Mars 17	Equipe MEDISIS au complet : - Arrivée du médecin gériatre : docteur Julien Azzi Interventions MEDISIS : - Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission (activité depuis 2011) - Profilage patient - Séance ATP2 : Livret Personnalisé de Sortie - Conciliation des traitements médicamenteux de sortie avec courrier de liaison - Revue de pertinence de médication : évaluation gériatrique et clinique pharmaceutique clinique
Avril 17- Février 19	Interventions MEDISIS : - Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission (activité depuis 2011) - Profilage patient - Séance ATP1 « Ma priorité » - Séance ATP2 : Livret Personnalisé de Sortie - Conciliation des traitements médicamenteux de sortie avec courrier de liaison - Revue de pertinence de médication : évaluation gériatrique et clinique pharmaceutique clinique
Janvier 18	Prix de la Fondation MACSF
Juin 18	Convention URPS Pharmacien – ARS Grand Est
Septembre 18	Dossier de dépôt de programme DPC
Juillet 18 – Décembre 18	Processus MEDISIS Ville : - Elaboration des supports et outils - Programmation du déroulé de la formation - Logistique
Octobre 18	Grand Prix de la prévention médicale 2018
Novembre 18	Extension MEDISIS : recrutement de deux assistants spécialistes en poste partagé - Poste partagé CHU de Nancy/CH de Lunéville : 20% CH et 80% CHU -> Docteur Pierre le Quinio - Poste partagé GHEMM : 30% 3H Santé/30% Saint Nicolas de Port/40% CH -> Mme Emérentienne Vallier Extension MEDISIS : - présentation en CME - présentation à l'équipe médicale - présentation à l'équipe soignante et paramédicale
Janvier 19	Soumission lettre d'intention article 51 à l'ARS Grand Est
Janvier 19 à février 19	MEDISIS Ville : Formation DPC Pharmacien d'officine - Partie théorique : E-learning - Partie pratique : 3 sessions de 3heures

Dès mars 19	Interventions MEDISIS Hôpital : - Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission (activité depuis 2011) - Profilage patient - Séance ATP1 « Ma priorité » - Séance ATP2 : Livret Personnalisé de Sortie - Conciliation des traitements médicamenteux de sortie avec courrier de liaison - Revue de pertinence de médication : évaluation gériatrique et clinique pharmaceutique clinique Interventions MEDISIS Ville : - Séance ATP3 « M'auto-observer » - Séance ATP4 « Que faire en cas de problème » - Séance ATP5 « Me raconter » - Séance ATP6 : Consultation gériatrique en présentiel ou en téléconsultation – Bilan MEDISIS
Janvier 19 – Juin 19	Extension MEDISIS – SSR Saint Nicolas de Port : - Phase d'observation - Etat des lieux - Gestion de projet
Juin 19	Extension MEDISIS – SSR Saint Nicolas de Port : - Processus MEDISIS - SSR
Juillet 19	Extension MEDISIS – SSR Saint Nicolas de Port : - Lancement MEDISIS

Figure 4 Calendrier MEDISIS

b- le projet Article 51

Le projet MEDISIS est un projet d'expérimentation. Le caractère innovant de ce projet soutenu par l'ARS GE répond aux critères imposés par le cahier des charges Article 51. En janvier 2019, une lettre d'intention Article 51 est transmise pour avis au comité technique de l'innovation. La sélection se fait sur plusieurs critères : le caractère innovant, la faisabilité, la reproductibilité et l'efficience [27].

L'expérimentation du parcours de soins MEDISIS est associée au projet de structurer un service de sortie, appelé SILVHIE, Service Interne de Liaison Ville/Hôpital pour Informer les professionnels de santé et Éduquer le patient. L'organisation de la sortie du patient en est l'idée centrale.

La durée envisagée du projet d'expérimentation Article 51 est de 5 ans. La mise en œuvre du projet d'expérimentation se divise en 3 phases permettant d'établir un planning prévisionnel.

Phase d'implantation :

- Identification des établissements investigateurs et conventionnement avec l'ARS GE et le CH de Lunéville
- Création d'une équipe de projet pour assurer la coordination des acteurs
- Démarrage du projet, institutionnalisation du mode de fonctionnement et de financement
- Recrutement et mise en place des équipes
- Création et formalisation du parcours de soins MEDISIS au sein de chaque établissement investigateur
- Formation des professionnels des établissements investigateurs
- Communication auprès de tous les acteurs : ARS et direction territoriale, Assurance maladie, directions des établissements investigateurs
- Mise en œuvre des financements alloués à l'expérimentation sur le territoire de l'établissement pilote, le CH de Lunéville

Phase d'implémentation :

- Mise en œuvre du parcours de soins MEDISIS avec tenue des indicateurs et bilan annuel
- Mise en œuvre des financements alloués à l'expérimentation sur le territoire des établissements investigateurs
- Évaluation de l'implantation de l'expérimentation et de sa reproductibilité
- Évaluation de l'impact attendu pour les patients, les professionnels de santé, les institutions via le relevé continu d'indicateurs de processus, de pertinence, de pratique clinique et de performance.

Phase de conclusion :

- Ré-ingénierie du processus de la prise en charge médicamenteuse associée à la maturation du système d'information hospitalier des établissements pilotes et investigateurs
- Rédaction du rapport de l'expérimentation MEDISIS
- Communication des résultats aux instances : ministère, ARS GE, AM, Professionnels de santé, Associations de patients, URPS, Conseil national des ordres, ES et leur Commission Médicale d'Établissement
- Publications orales et écrites, conférences, enseignement dans les universités
- Gestion du projet SILVHIE

PARTIE II : OBJECTIF, MATERIEL ET METHODE

1- Objectif

Étudier la transposabilité du parcours de soins MEDISIS implanté au CH de Lunéville dans le service de SSR du CH de Saint Nicolas de Port.

Mettre en œuvre une gestion de projet.

2- Méthode

A- Observation, analyse et préconisations

L'observation permet de connaitre l'existant et d'établir un état des lieux.

L'analyse des informations recueillies est effectuée en 2 temps.

La 1ère étape d'analyse prend en compte l'observation du processus MEDISIS au CH de Lunéville et l'état des lieux réalisé au CH de Saint Nicolas de Port. Elle permet de mettre en évidence les disparités entre les 2 structures, les opportunités et les freins de chacune. Au regard de cette première étape, le questionnaire « Questionnaire conciliation à l'admission en établissement de SSR » est élaboré dans le but de trouver des réponses au sein d'autres ES de SSR ayant effectué une démarche de pharmacie clinique comprenant à minima la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission.

La 2ème étape reprend les éléments issue de l'observation au sein des ES extérieurs au regard de la 1ère étape. Elle permet d'apporter des compléments à la 1ère analyse.

L'analyse de ces éléments rend possible l'élaboration du projet parcours de soins MEDISIS au sein du CH de Saint Nicolas de Port par:

- La création de la gestion de projet de la mise en place du parcours de soins MEDISIS au sein de l'établissement,
- Et plus largement, par la formulation de préconisations pour transposabilité de l'activité à tous autres établissements de ce type.

1- Au Centre Hospitalier de Lunéville, établissement pilote du projet MEDISIS

Deux mois à temps plein puis 3 mois à temps partiel sont consacrés à la découverte et à la formation au parcours de soins MEDISIS au CH de Lunéville.
Le but est la maitrise du processus et des outils du parcours de soins MEDISIS tels qu'ils existent au CH de Lunéville.

2- Au Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port

Cinq mois à temps partiel sont consacrés à la formation et à l'observation au Centre hospitalier de Saint Nicolas de Port.

Dans le cadre de ce déploiement, la PUI met à disposition l'ensemble des outils nécessaires, ainsi que des sessions de formation au logiciel métier. Le pharmacien s'imprègne de l'organisation du service : documents existants, outils disponibles, procédures validées…. Ce sont les pratiques en vigueur au moment qui sont observées. Aucun axe d'amélioration ne sera proposé durant cette phase d'observation.

a- Activités existantes

Les activités existantes sont observées et permettent d'établir un état des lieux détaillé.

b- Mise en œuvre du parcours de soins MEDISIS dans sa globalité

L'état des lieux des pratiques de pharmacie clinique et l'analyse ces observations déterminent les freins, les forces et opportunités, et les préconisations pour la transposabilité et l'adaptation du parcours de soins MEDISIS au sein du SSR.

3- Dans des établissements de santé extérieurs

Afin d'enrichir le travail d'expériences extérieures, une investigation est également menée au sein d'ES de SSR ayant déjà mis en place une activité de pharmacie clinique, comprenant a minima la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission. Les certains ES sélectionnés sont ceux qui ont également communiqué sur leur expérience [28].

a- Recueil de données

Le 1er contact s'effectue par téléphone pour expliquer la démarche. Un questionnaire « Questionnaire conciliation à l'admission en établissement de SSR » disponible ci-dessous, est créé au regard des éléments identifiés auparavant. Ce questionnaire est ensuite complété par les équipes de terrain avant d'être retourné. Si besoin, un 2ème échange téléphonique ou présentiel peut être organisé avec l'équipe. Une visite d'observation est organisée dans un des ES.

b- Analyse

Le but est de connaitre le processus de travail de ces équipes et de savoir comment ils ont solutionné les freins rencontrés.

Questionnaire conciliation à l'admission en établissement de SSR

Nom établissement	
Contact (Nom/mail/numéro)	
Nombre de lits concernés par activité de conciliation	
Nombre total de lits sur le SSR	
Spécificité/orientation du SRR	
Situation géographique en matière d'établissement de santé	
Personnel médical : nature et nombre	
Personnel para médical : nature et nombre	
Personnel pharmacie/activité de conciliation : nature et nombre	

I. Mise en place

Quand avez-vous mis en place la conciliation à l'admission dans votre établissement ?

Quels ont été les freins ?

Quels ont été les leviers ?

Les personnes ressources extérieures à l'établissement ? Pourquoi ?

Les personnes ressources dans l'établissement ? Pourquoi ?

Avez-vous institutionnalisé le projet ?

Comment avez-vous communiqué ? Dans l'établissement ? Avec les libéraux ?

Feriez-vous pareil maintenant ?

II. Conciliation à l'admission – Pratique de l'établissement

Comment réalisez-vous le bilan médicamenteux [BM]? Décrivez votre démarche.

Quel est le délai de réalisation de la conciliation à l'admission ?

Est-elle réalisée en proactif ? En rétroactif ?

Quels outils utilisez-vous ?

Décrivez les interactions avec votre logiciel métier.

Avec les substitutions validées en COMEDIMS.

Avec l'analyse pharmaceutique.

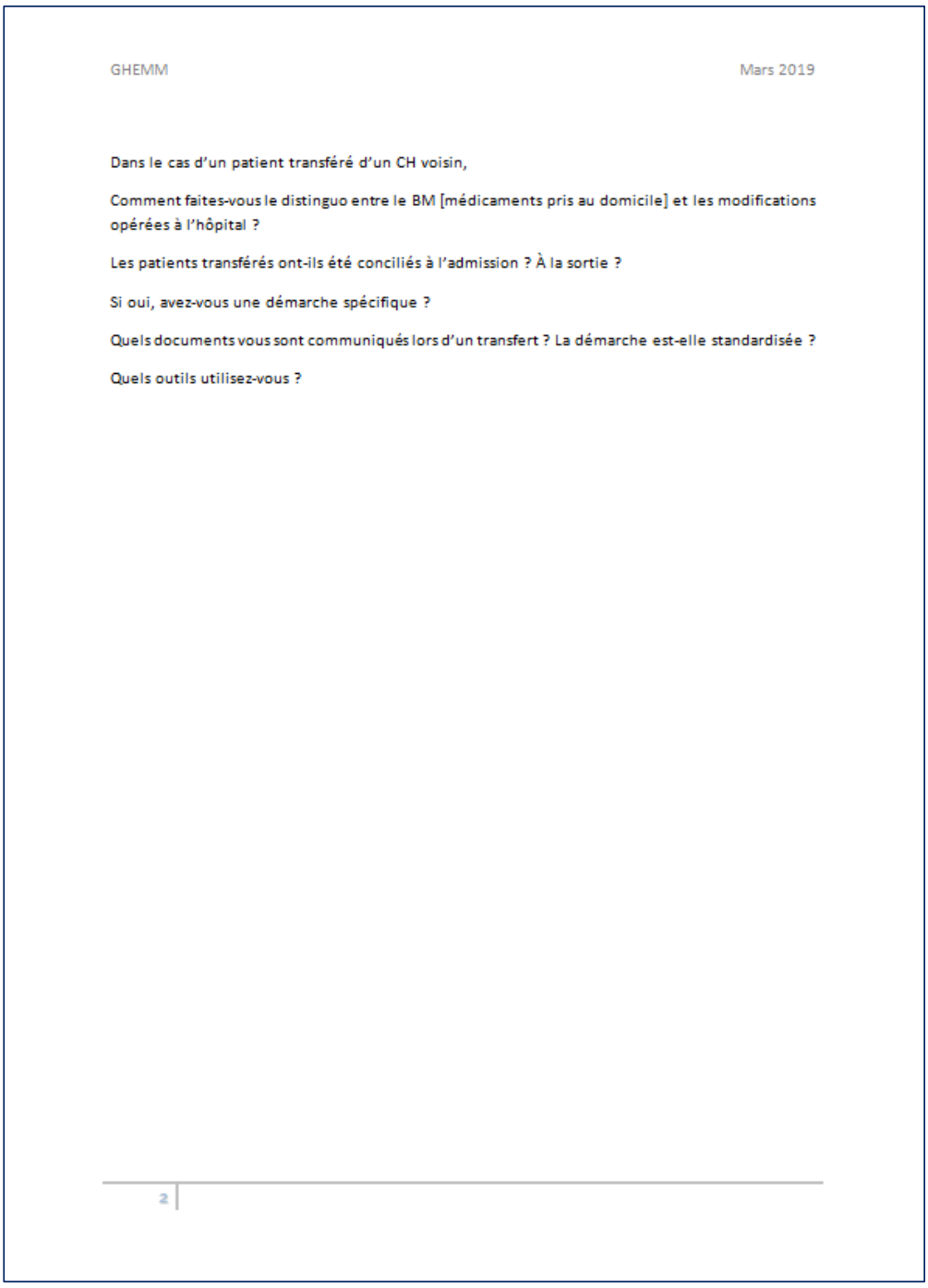


Figure 5 Questionnaire Conciliation à l'admission en établissement de SSR

B- Gestion de projet

1- Outils de pilotage

Transposer le parcours de soins MEDISIS implique la construction d'une gestion de projet.

Plusieurs outils de pilotage sont utilisés [29] :

- La note de cadrage,
- L'organigramme,
- Le tableau de répartition des activités,
- Le diagramme de Gantt,
- La création d'une main courante.

a- Note de cadrage

Elle reprend :

- L'état des lieux
- Le contexte du projet
- Les enjeux
- Les freins - problématiques - opportunités
- Les ressources
- Le déroulement prévisionnel du projet
- La communication - information
- La formation
- Le suivi
- L'évaluation - recherche de solutions – perspectives

b- Organigramme

L'organigramme est un outil informatif, organisationnel, instructif reprenant les liens hiérarchiques, organisationnels et fonctionnels entre les personnes d'une même structure. Cet outil reprend les activités transversales du service concerné. Il est utilisé ici pour structurer l'activité à déployer au sein du SSR.

c- Tableau de répartition des activités

Le tableau de répartition des activités reprend l'ensemble des tâches, des activités devant être réalisées en situation normale. Il s'avère être une aide pour organiser les remplacements, dégager des binômes de travail. Pérenniser l'ensemble des tâches au long cours.

d- Diagramme de Gantt

Le diagramme de Gantt est un outil permettant de visualiser dans le temps l'avancement du projet. Il décrit la chronologie « idéale » du projet. Selon le site Gantt.com [30], les avantages de cet outil sont de pouvoir visualiser rapidement :

- Les tâches à effectuer
- Les dates de début et les dates de fin de chaque tâche
- La durée escomptée de chaque tâche
- Le chevauchement des tâches et la durée éventuelle du chevauchement des tâches
- La date de début et la date de fin du projet

e- Main courante

Cet outil permet la synthèse et la traçabilité de tous les évènements marquant pour le projet. Il est un élément essentiel pour retracer l'historique du projet et des décisions stratégiques.

2- Réflexion et travaux entrepris

Il s'agit de discuter, de s'interroger sur la conduite du projet et la poursuite de cette extension. Cette discussion-réflexion intègre le professionnel de santé libéral.

Partie III : RESULTATS

1- Observation, analyse & préconisations

A- Au Centre Hospitalier de Lunéville, établissement pilote

La conciliation à l'admission, une prestation maîtrisée

La CTM à l'admission est mise en place au CH de Lunéville dès 2010. Actuellement, tous les patients âgés de plus de 65 ans hospitalisés après passage aux urgences sont conciliés. Pour cela est mise en place une requête informatique. Pour explorer cette requête, un mode opératoire est à disposition du personnel. La formation du personnel réalisant la conciliation consiste en une observation en binôme avec un personnel formé pendant 24 à 48h puis à la réalisation de l'activité en semi autonomie. A tout moment l'activité est validée par un pharmacien sénior ou junior. La formation à l'outil de recueil E-fichier se fait au fil de l'eau, lors de chaque étape MEDISIS.

Le profilage, une étape délicate

L'infirmière responsable du profilage des patients MEDISIS se rend disponible. Grâce à son travail et à celui de l'équipe de conciliation à l'admission, les informations indispensables au profilage telles que la gestion des médicaments et l'autonomie du patient à domicile sont trouvées et validées. L'étape de profilage est délicate car de celle-ci dépend la personnalisation du parcours de soins MEDISIS du patient. Des prestations pourront alors être proposées au patient. La décision est prise sur un faisceau d'argument dont la qualité dépend de la formation et des compétences du personnel. C'est une étape clé et donc critique du processus.

La revue clinique des médications, une activité temps médical dépendante

L'étape de revue clinique des médications est un apprentissage au long cours. Chaque patient est différent et demande une réflexion personnalisée. Être simple observateur ne

suffit pas à garantir une maitrise de cette activité. Il faut pratiquer cette activité en vue d'un perfectionnement. Il est nécessaire de connaitre les outils mis à disposition du pharmacien pour effectuer ces recherches et émettre des suggestions. Chaque suggestion se justifie sur des critères cliniques et sémiologiques, pharmacologiques (pharmacodynamie et pharmacocinétique du médicament), et bibliographiques; et avec bon sens. Il convient de justifier d'un changement de classe thérapeutique ou d'une molécule au sein d'une même classe thérapeutique. Les suggestions pharmaceutiques relèvent l'under-use, le mes-use, et l'over-use. L'analyse d'ordonnances réalisée au CH de Lunéville est la base de cette réflexion. Le regard du gériatre de l'équipe apporte une haute valeur ajoutée quant à l'aspect clinique et sémiologique à l'analyse pharmaceutique. Ces suggestions sont présentées au médecin responsable du patient au sein du service de soins. Cette prestation est bien codifiée mais demande du temps pluri-professionnel. C'est le frein principal pour le développement optimal de cette activité. Un accès aux prescriptions informatisées est un prérequis non négligeable pour la réalisation de cette activité. De plus elle est dépendante du temps gériatre disponible.

L'accompagnement thérapeutique du patient, des séances nécessitant une formation robuste

Le parcours de soins MEDISIS est un accompagnement du patient au cours de son hospitalisation en particulier aux points de transition. Au cours de l'hospitalisation, à plus de 48h de l'admission, l'équipe MEDISIS propose une première séance d'accompagnement thérapeutique au patient « Ma priorité ». Les différents items à aborder figurent sur la trame d'entretien. Pour mieux connaitre le patient, le membre de l'équipe MEDISIS formé s'imprègne en amont du dossier médical du patient. Pour cela, il consulte les observations médicales, les transmissions infirmières, la CTM à l'admission et le profilage. Lors de l'ATP1, le protagoniste structure son entrevue avec le patient. Une formation permet d'acquérir les techniques d'entretien, d'écoute active bienveillante, de reformulation, … Une formation spécifique permet de réaliser cette séance sous la forme d'un entretien de compréhension OMAGE en utilisant le jeu de cartes dédié. Il a été développé par l'équipe OMAGE de l'Assistante Publique des Hôpitaux de Paris AP-HP et de l'Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques OMéDIT Ile de France. Il permet de « forcer » un juste positionnement du professionnel envers le patient au cours de

l'entretien. Cette prestation est bien codifiée et reproductible. Elle est peu dépendante de la structure dans laquelle elle est exercée.

La conciliation médicamenteuse de sortie et la remise du Livret personnalisé de sortie MEDISIS : prestations à timing serré

L'organisation de la sortie s'articule autour de la réalisation de la conciliation de sortie puis de la remise du livret personnalisé de sortie MEDISIS et de l'envoi de la lettre de liaison avec conciliation.

L'acte de conciliation médicamenteuse en sortie d'hospitalisation nécessite une formation rigoureuse, à l'instar de la conciliation d'admission. Celle-ci doit s'effectuer sous la responsabilité d'un pharmacien senior formé.

La réalisation d'un livret personnalisé de sortie doit être précise. En effet il s'agit du document auquel le patient se réfèrera après sa sortie. Cette prestation prend du temps. Elle doit tenir compte du compte rendu d'ATP1 pour être adaptée au mieux au niveau de health-literacy du patient. La compétence nécessaire à la réalisation du livret s'acquière progressivement. Le principal frein est relatif au timing d'organisation de la sortie du patient. Le point fort est sans doute la co-construction de l'outil avec des usagers du territoire du Lunévillois et une association de patient. L'évaluation régulière de la satisfaction des usagers et des professionnels est essentielle pour faire vivre l'outil en améliorant sa qualité de façon continue. C'est l'objet de l'enquête de satisfaction réalisée auprès des patients menée selon la méthode Voice of Customers (VOC) [26]. Chaque patient est différent mais nécessite d'être entendu. La personnalisation du livret contribue à obtenir une entière satisfaction du public. Cependant, harmoniser les pratiques est essentiel. Un glossaire des principales pathologies est un support très contributif à la réalisation d'un livret personnalisé de sortie. L'équipe MEDISIS l'alimente au fil de l'eau permettant ainsi un gain de temps, de la pertinence et d'efficience.

L'envoi de la lettre de liaison avec conciliation à J0, une brique essentielle à la sécurisation du parcours de soins

Le courrier de sortie reprenant la conciliation des traitements médicamenteux à la sortie doit être envoyé à J0. Il est diffusé aux différents professionnels de santé ayant pris en charge le patient en amont et en aval de l'hospitalisation et pour lesquels il est jugé

pertinent de diffuser ces données. Il est indispensable d'être le plus exhaustif possible tout en restant clair et concis : ne pas noyer l'importance d'un détail dans un « blabla » informatif. Le système d'information du CH du Lunéville permet d'envoyer facilement ce courrier aux professionnels par messagerie sécurisée et par courrier. Cette prestation ne prend pas beaucoup de temps une fois la CTM de sortie d'hospitalisation réalisée.

Dans le cadre du caractère innovant de ce projet, l'exploitation des résultats de cette expérimentation de bientôt 3 ans 2017-2019 est primordiale. Actuellement, 2 travaux sont consacrés à l'impact de ce parcours de soins. Le 1er travail, faisant office de thèse de Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires de Pharmacie Hospitalière s'intéresse notamment au bilan sur 2 ans et à l'impact de MEDISIS. Le 2nd travail est une thèse doctorante en science économiques et de gestion. Ce travail doctoral vise à appréhender et dégager les « conditions de transférabilité d'un processus inter-organisationnel innovant dans le secteur de la santé ». Cette démarche recherche-action/intervention se déroulera au sein du CH de Lunéville, site pilote durant 3 années. Le terrain de recherche s'étend aux différents sites où l'extension du projet MEDISIS est effective ou prévue d'ici 12 mois. Ce sont les ES suivants : CHRU de Nancy, SSR de Saint Nicolas de Port, Hôpitaux 3H Santé.

La formation de 2 mois à temps plein puis de 3 mois à temps partiel a permis une autonomisation progressive avec une montée en compétence graduelle, sous la responsabilité du pharmacien de l'équipe MEDISIS. Ce modèle de formation est intéressant puisqu'il permet de garder une culture professionnelle commune, et ainsi une standardisation des processus.

Le tableau ci-après présente de façon synthétique les forces du Centre hospitalier de Lunéville ayant permis le succès de l'implantation du Parcours de soins MEDISIS.

Type	Nature
Système d'information	Dossier patient informatisé pour tous les services concernés Service informatique, Département d'information médical et service qualité de l'établissement qualifié et disponible
Ressources humaines	Equipe MEDISIS compétente mise en place avec le soutien de l'ARS GE : 1 ETP Pharmacien pour gestion de projet + production 0,5 ETP Infirmière pour production 0,2 ETP Gériatre pour production Tous les membres de l'équipe MEDISIS sont formés à l'éducation thérapeutique du patient (niveau 1 ou niveau 2) Fonctionnement de l'équipe dans la suite de l'activité de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission du CHL. Equipe déjà formée comprenant : 0,3 ETP Pharmacien pour production 4 x 0,5 ETP Etudiant pharmacien pour production
Institutionnel	Soutien de la direction et de la commission médicale d'établissement du CHL depuis le début du projet Soutien de l'ARS Grand Est
Matériel	Personnel qualifié pour l'utilisation/la création/la maintenance des outils informatiques MEDISIS
Soutien	Professionnels hospitaliers enthousiastes pour le projet Professionnels libéraux du lunévillois et du Grand Est très dynamiques et moteurs : médecins, pharmaciens, infirmiers, URPS & association

Tableau 1. Les forces du CH de Lunéville pour la mise en place du parcours de soins MEDISIS

B- Au Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port

1- Activités existantes

Au CH de Saint Nicolas de Port, sont d'ores et déjà en place les activités de

- Conciliation médicamenteuse à l'admission
- Analyse pharmaceutique des prescriptions

a- La conciliation médicamenteuse à l'admission

Concernant la CTM à l'admission, plusieurs différences de pratiques ont été relevées au cours de la phase d'observation.

Les outils

L'outil de recueil et de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission n'a pas évolué depuis plusieurs années. Le modèle utilisé est fonctionnel mais gagnerait à être optimisé.

Il n'existe pas d'annuaire téléphonique des professionnels de santé libéraux.

L'entretien patient

Celui-ci ne permet pas l'obtention de l'exhaustivité et de la complétude de l'information relative aux médicaments du patient. Les points identifiés comme pas ou peu abordés sont les suivants :

- l'évocation des modalités de prise : heure de prise, prise quotidienne
- la formulation de questions relatives aux voies d'administration et aux formes galéniques des médicaments pris pour atteindre la complétude de l'information. A la fin de cet entretien, le pharmacien doit être en mesure de savoir si le patient a recourt à des formes galéniques autres que comprimés ou sachets par exemple formes injectables, crèmes, collyres, inhalateurs, dispositifs transdermiques
- l'évocation au cours de l'entretien de la notion d'allergie qu'elle soit médicamenteuse ou alimentaire ou autre

D'autres points sont absents du processus mais cette absence peut s'expliquer par le fait que les autres prestations du parcours de soins MEDISIS ne sont pas encore construites. En effet, ces éléments ont été ajoutés au CH de Lunéville lors de la construction de MEDISIS afin d'affiner les prestations à proposer par la suite par l'étape de profilage.

- la recherche d'automédication, de recours à des thérapies alternatives complémentaires
- la gestion des médicaments à domicile, et le cas échéant la prise de contact de l'infirmière ou du principal aidant
- l'évaluation de l'adhésion thérapeutique du patient.

Les sources consultées pour l'établissement du BM

L'appel de la pharmacie d'officine n'est pas systématique. Il s'agit pourtant d'une des sources d'informations la plus complète et exhaustive.

Le personnel

Le pharmacien senior responsable de l'activité de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission est présent à 0,4 ETP. Lors de ses absences, les autres pharmaciens seniors assurent l'encadrement de cette activité. Un externe en pharmacie présent 11 mois par an réalise la production à raison 0,5 ETP.

La formation du personnel

Il ressort la nécessité de rappeler les différentes définitions et les modalités de conduite d'un bilan médicamenteux. Un bilan médicamenteux est le reflet de la prise des médicaments au domicile. Il est important de confronter plusieurs sources d'informations pour être le plus exhaustif possible.

L'organisation du travail

Le pharmacien sénior responsable de l'activité est présent uniquement sur l'établissement le jeudi et le vendredi. Le temps de présence de l'externe varie selon les semaines.

Le délai quant à la réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux des entrées est en moyenne de 48h, avec minimum de 3h et un maximum de 96h post-admission.

Le dossier médical patient

Au sein du SSR, le dossier médical patient est non informatisé. Les prescriptions sont informatisées mais les observations médicales, les transmissions et notes infirmières, les résultats d'examens sont manuscrits et intégrés au dossier médical patient papier.

Le logiciel d'aide à la prescription et le livret thérapeutique de l'établissement

Le livret thérapeutique de l'établissement est intégré au logiciel de prescription ainsi que les équivalences validées en Commission des Médicaments des Dispositifs Médicaux Stériles COMEDIMS. Le médecin ne peut prescrire le traitement pris au domicile par le patient si celui-ci est hors livret. Il est tenu de prescrire les médicaments détenus par la PUI.

La transmission de l'information

Entre établissements

La quasi-totalité des patients sont admis en SSR à la suite d'une hospitalisation. Les entrées en SSR sont donc en réalité des transferts inter établissements de santé. Au cours d'un transfert, le service en amont joint un dossier dit « dossier de transfert » comportant les éléments principaux de la prise en charge au cours de l'hospitalisation. Selon l'ES d'origine, la composition du dossier de transfert du patient varie.

Avec les libéraux

Actuellement les échanges d'informations confidentielles avec les pharmacies d'officine ou autres professionnels libéraux (lien ville-hôpital) et avec les autres établissements de santé (lien hôpital-hôpital) se font par fax ou par courrier postal ou par messagerie sécurisée. Le texte de loi en date du 30 mai 2019 stipule que dorénavant tout échange de donnée personnelle d'ordre médical devra se faire par messagerie sécurisée. Il revient donc à l'hôpital de promouvoir ce moyen de communication.

b- L'analyse pharmaceutique des prescriptions

Concernant l'analyse pharmaceutique des prescriptions, l'observation a mis en évidence plusieurs éléments notables.

Les ressources humaines, la formation et l'organisation du travail
0,6 ETP pharmacien est dédié à l'analyse pharmaceutique des prescriptions. L'analyse pharmaceutique et la validation des prescriptions se répartissent selon les jours de présence des 3 pharmaciens différents.
Les pharmaciens sont sollicités par les médecins concernant des substitutions, certaines équivalences ou des demandes particulières.

Le matériel et les systèmes d'information
L'accès au dossier médical patient n'est pas simple puisqu'il n'est pas informatisé. Il faut se rendre dans le service de soins afin de consulter les éléments de la prise en charge.
Le logiciel d'aide à la prescription comporte une limite non négligeable : il n'est pas possible de se connecter à plus de dix utilisateurs.
Le logiciel de prescription comporte un module de détection des interactions médicamenteuses peu intuitif.

2- Mise en œuvre du parcours de soins MEDISIS dans sa globalité

L'institutionnalisation du parcours de soins MEDISIS s'est effectuée suite à une phase d'observation. Sont concernées les 2 étapes du parcours de soins MEDISIS déjà réalisées au sein du SSR de Saint Nicolas de Port. De cette observation analysée résulte des préconisations essentielles pour satisfaire le cahier des charges du parcours de soins MEDISIS. Des freins et des leviers existent au regard des recommandations émises.
Il convient présentement de s'interroger sur la stratégie à promouvoir et adapter quant à la suite du parcours de soins MEDISIS pour satisfaire le cahier des charges. L'analyse de l'existant permet d'identifier les freins inhérents au SSR de Saint Nicolas de Port.

a- Les freins inhérents au SSR de Saint Nicolas de Port

Le profilage

L'outil E-fichier et les grilles de recueil non adaptés ne permettent pas d'effectuer le profilage conforme au cahier des charges MEDISIS. Il est prévu une étape de vérification réalisée par un des membres de l'équipe pluridisciplinaire MEDISIS. Cette étape semble délicate à réaliser sur plusieurs critères : la non-informatisation du dossier, la présence à temps partagé du pharmacien, l'absence d'une équipe pluridisciplinaire à temps plein sur site.

Présentement, le travail de profilage est effectué par le pharmacien ses jours de présence. Ce travail est donc réalisé « hors délai ». Compte tenu du volume de patientèle, il convient également de s'interroger sur la nécessité/l'intérêt du profilage dans cet établissement.

Au cours de l'hospitalisation

ATP1 « Ma priorité »

En service de SSR, le patient peut avoir un « emploi du temps chargé ». Il est pris en charge à la fois par le médecin et le personnel soignant mais aussi par les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes. Il peut bénéficier d'un soutien psychologique. A cela s'ajoute des rendez-vous en consultation externe. Généralement, le patient reçoit de la visite au cours de l'après-midi. La disponibilité du patient est à prendre en compte.

Revue des médications

Lors de la revue des médications, le pharmacien émet ses propositions au médecin. Afin d'obtenir un niveau de performance, le pharmacien reprend le BM. Actuellement comme indiqué ci-dessus, le logiciel de prescription ne permet au médecin de prescrire librement toutes les spécialités mais seulement celles présentent au livret sauf rares exceptions.

A la sortie : lettre de conciliation de sortie et livret personnalisé de sortie

Lors de la réalisation de la fiche de conciliation de sortie, le médecin rédige une ordonnance via le logiciel de prescription. Il est dans l'impossibilité de reprendre les traitements figurant sur le bilan médicamenteux mais seulement ceux intégrés au logiciel de prescription.

Cet aspect majeur dans la qualité et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse à la sortie soulève une certaine ambivalence. Deux points de vue sont défendables. Le premier est d'instaurer une étape de retranscription « pharmaceutique » de l'ordonnance de sortie en reprenant les équivalences validées en COMEDIMS. Cette retranscription imprimée sur

ordonnance vierge du service est signée du prescripteur. Les effets escomptés c'est-à-dire adéquation avec le bilan médicamenteux sont en balance avec le risque d'erreur médicamenteuse lié à l'étape de retranscription, le temps dédié à l'activité et la disponibilité du personnel médical et pharmaceutique. Se pose la question du caractère « légal » de cette ordonnance. En France seuls les médecins et certaines professions paramédicales avec restriction ont le droit prescrire. Le pharmacien n'a donc aucun droit de prescription [31]. A la sortie, la collaboration médecin-pharmacien permettant l'interception d'une éventuelle erreur médicamenteuse lors de la rédaction de l'ordonnance de sortie n'a plus franchement d'intérêt dans ce schéma proposé. En effet le pharmacien se voit attribuer un rôle de retranscription et de vérificateur/intercepteur des erreurs médicamenteuses. Il est en mesure de comparer l'ordonnance de sortie avec la dernière rédigée en hospitalisation ; mais manque une étape de contrôle des potentielles erreurs.

La transmission d'information

Selon l'établissement d'origine, la composition du dossier de transfert varie. Cela engendre une hétérogénéité des processus de prise en charge. C'est une contrainte importante quant à l'élaboration d'un processus standardisé de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission en SSR.

Exploitation des données

De la non-informatisation du dossier médical patient résulte l'absence de requête permettant d'extrapoler des données telles que les dates d'admission des patients, l'origine des patients, l'âge etc… D'où l'importance d'utiliser une base de données manuelle actuellement pour recueillir les indicateurs d'activité, et de construire dans DxCare pour demain un formulaire permettant de recueillir les données pour la construction de ces indicateurs.

b- Les forces et les opportunités inhérents au SSR de Saint Nicolas de Port

Le profilage

La mise en place des nouveaux supports structurera cette étape, et ceci dans un but d'homogénéiser les pratiques et satisfaire au cahier des charges du parcours de soins

MEDISIS. Il s'agit d'une opportunité pour réaliser un profilage plus adapté à ce type de parcours patient. A la mise en place du nouvel outil, ces données seront archivées au sein du E-fichier patient faute de dossier médical patient informatisé.

L'organisation du service

Les entrées en SSR s'effectuent en majorité dans la matinée, l'externe en pharmacie interroge le patient dès son arrivée. Il peut aussi être présent lors de l'examen médical du patient. Cela facilite le travail de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission et resserre les liens avec l'équipe médicale. Il est possible d'effectuer une conciliation de type pro-active.

La durée moyenne de séjour est de 21 jours en SSR versus 7 jours en MCO. Quand on sait le défi que représente le timing de préparation de la sortie, cela est une véritable opportunité pour réaliser de beaux parcours complets et bien organisés.

Le parcours de soins MEDISIS s'intègre dans le projet médical commun du GHEMM. Il reflète le dynamisme de l'ensemble des équipes libérale et hospitalière du territoire. Au sein du GHEMM, les transferts CH de Lunéville – CH de Saint Nicolas de Port sont fréquents. Les parcours patient MEDISIS initié au CH de Lunéville peuvent donc s'aboutir au CH de Saint Nicolas de Port. C'est là une véritable opportunité de développer une activité clinique transversale au service du patient.

Des postes partagés pour des professionnels de territoires

L'équipe médicale est composée d'un médecin ayant préalablement été formé au cours de son internat par les équipes du CH de Lunéville. Il a par la suite exercé au CH de Lunéville. Il a côtoyé l'équipe de pharmaciens du CH de Lunéville et connait les tenants et aboutissants de l'activité de conciliation médicamenteuse à l'admission. Le chef de service du SSR du CH de Saint Nicolas de Port concède quant à lui un poste partagé entre les urgences du CH de Lunéville et le service du SSR du CH de Saint Nicolas de Port.

Au sein du GHEMM, le partage de données est facilité du fait de l'accès à l'ensemble des données du serveur pour le pharmacien à temps partagé. S'agissant d'un groupement hospitalier, le pharmacien à temps partagé possède une adresse de messagerie unique. Son bureau est identifié au sein du CH de Saint Nicolas de Port, possédant une ligne téléphonique directe.

S'appuyer sur ces personnes est un atout majeur. Cela permet une vue d'ensemble transversale, une vision territoriale. Au sein de l'équipe soignante, quelques agents ont travaillé au CH de Lunéville et savent ce qu'est la conciliation médicamenteuse. La cadre apprenant du SSR est quant à elle la première infirmière recrutée dans le cadre de l'équipe pluridisciplinaire MEDISIS. Quant aux pharmaciens, ils désirent pleinement développer les activités de pharmacie clinique au sein de l'établissement.
Le personnel médical, le personnel soignant et le personnel paramédical se montrent intéressés par le projet. Au sein du personnel médical exerce un médecin passant actuellement une capacité de gériatrie. Cela s'avère un atout majeur lors des revues des médications regroupant une équipe pluridisciplinaire : un médecin, un médecin capacité de gériatrie et un pharmacien. La cadre apprenant du SSR, ancienne infirmière MEDISIS est un véritable relai entre l'équipe MEDISIS et les services. Les équipes soignantes travaillant en 7h30, l'équipe MEDISIS peut être amenée à s'entretenir avec 2 équipes différentes.

L'extrapolation du parcours de soins MEDISIS se veut effective dans sa globalité. L'observation de l'existant c'est-à-dire l'activité de conciliation médicamenteuse à l'admission débouche sur l'identification d'axes d'amélioration. D'une part cela permet présentement d'apporter une plus-value à l'activité de conciliation médicamenteuse à l'admission : renforcement et perfectionnement. D'autre part, cela justifie les freins, et les forces et opportunités identifiées en vue de l'extrapolation du parcours de soins MEDISIS.
Il convient alors d'élaborer des préconisations au regard du cahier des charges MEDISIS.

c- Les préconisations pour la mise en place du parcours de soins MEDISIS

De l'état des lieux des pratiques de pharmacie clinique et de l'analyse de ces observations se dégagent des préconisations quant à la mise en place du parcours de soins MEDISIS au sein de cet établissement de SSR.
Au lancement du parcours de soins MEDISIS au sein du SSR de Saint Nicolas de Port, certaines pratiques de pharmacie clinique préalablement observées sont présentement structurées. Cette mise en place récente ne permet pas encore de dégager des axes d'améliorations à moyen et long terme.

A l'admission : le biais du logiciel de prescription

L'intégration du livret thérapeutique et des équivalences validées en COMEDIMS dans le logiciel de prescription impactent la CTM. Rappelons que le médecin ne peut pas prescrire toutes les spécialités. Suite aux discussions inter-établissements, il est admis que cette inadéquation entre le bilan médicamenteux et l'ordonnance de médicaments à l'admission soit notée comme divergence intentionnelle. Il est indiqué en commentaire « adaptation au livret thérapeutique de l'établissement ». Il est rappelé qu'une spécialité prescrite sur l'OMA à la place d'une autre spécialité présente au livret thérapeutique de l'établissement est une erreur médicamenteuse. Dans ce cas-là, le prescripteur est en mesure d'intervenir et de modifier sa prescription.

En l'absence d'éléments de prise en charge suffisants et justifiant un ajout, un arrêt ou une modification dans le bilan médicamenteux ; il convient de prendre contact avec le service précédent. Cette démarche peut être faite en collaboration avec le médecin auprès duquel le pharmacien intervient en lui présentant le bilan médicamenteux, les ajouts ou arrêts ou modifications non documentés.

L'entretien patient

L'entretien avec le patient est nécessaire à l'élaboration du BM. L'entretien avec le patient aborde la gestion des médicaments, et le cas échéant le contact de l'infirmière à domicile ou du principal aidant, la question de l'allergie les autres formes galéniques utilisées par le patient.

Pour faciliter le travail, l'équipe MEDISIS du CH de Lunéville met à disposition l'annuaire téléphonique créé et mis à jour régulièrement. Cet annuaire reprend les pharmacies d'officine, les médecins et les infirmières du bassin lunévillois. La version Saint Nicolas de Port est mise à jour au fur et à mesure. L'équipe pharmaceutique est alors sensibilisée à l'importance des informations recueillies lors de ce travail.

Pôle PUI

Dès la rentrée 2019/2020, les congés et absences de l'externe devraient être palliées par l'aménagement du temps partagé du pharmacien en charge de développer le parcours de soins MEDISIS. A cela s'ajoute le renforcement de l'équipe de 5ème année hospitalo-universitaire, la demande d'un externe en pharmacie à temps plein 6 mois a été formalisée

auprès de la direction. Il reste à définir la période qui serait soit d'octobre à mars (filière industrie) ou de mars à août (filière internat). Cette demande n'est pas justifiée par le nombre d'entrée patient par semaine variant entre 4 et 10 mais plus précisément par le déploiement du parcours de soins MEDISIS.

Le profilage

Du fait de la non-informatisation du dossier médical patient, les renseignements du profilage doivent être stockés sur un autre support.

La réalisation « hors délai » est envisageable du fait de la durée moyenne de séjour de trois semaines mais reste tout de même une solution à court terme. Cependant certaines informations concernant l'autonomie du patient à domicile, la gestion des médicaments au domicile peuvent être perdues ou mal interprétées.

Pôle SSR

Pour éviter toute perte de temps et d'informations, un patient MEDISIS est identifiable via un code couleur : pastille bleue collée sur le dossier. Les renseignements concernant les étapes du parcours MEDISIS réalisées figurent dans les observations médicales.

Au cours de l'hospitalisation

ATP1 « Ma priorité »

Réaliser la séance d'accompagnement thérapeutique « Ma priorité » demande une certaine souplesse du pharmacien. Il devra se renseigner sur « l'emploi du temps » du patient.

Revue des médications

Le revue de médication s'effectue via l'E-fichier et est présenté au médecin en regard du bilan médicamenteux et non de l'ordonnance des médicaments à l'admission.

A la sortie : lettre de conciliation de sortie et livret personnalisé de sortie

Après concertation interne et consultations externes, il est décidé d'établir la fiche de conciliation médicamenteuse de sortie au regard de l'ordonnance de sortie issue du logiciel de prescription malgré la non poursuite des traitements pris en domicile. Il est important de préciser au sein du courrier de sortie envoyé aux professionnels libéraux qu'il s'agit d'une modification au regard de l'adaptation au livret thérapeutique de l'établissement. Cette modification ne doit être pas vécue comme une remise en question de la pratique du médecin traitant.

Lors de la remise au patient du livret personnalisé de sortie et compte-tenu de la situation exposée ci-dessus, l'équipe MEDISIS sensibilise le patient à ces changements et l'invite à rapporter les boites de médicaments inutiles à la pharmacie.

Le dossier médical patient

Dans le cadre du déploiement du Dossier Patient Informatisé au sein du GHT, le site du CH de Saint Nicolas de Port s'avère être le pôle pilote. Le logiciel devrait être mis en place courant novembre 2019. Au déploiement du dossier patient informatisé, la requête se fera et il sera possible d'identifier les patients selon des critères définis en amont.

La transmission d'information

Entre les établissements

Dans le cadre du poste de pharmacien à temps partagé au sein du GHEMM, ce dernier a accès à l'ensemble des données du serveur. L'accès aux E-fichier des patients transférés du CH de Lunéville est possible. Dans tous les cas et en l'absence de courrier « conciliation médicamenteuse de sortie », l'externe se charge de réaliser l'étape « conciliation médicamenteuse de transfert » a posteriori puis élabore la fiche de conciliation médicamenteuse à l'admission. Lors d'un transfert de patient venant du CH de Lunéville, les informations du parcours de soins MEDISIS sont disponibles via le serveur. Seule l'étape « Profilage patient » conditionnant la personnalisation ou non du parcours de soin MEDISIS, n'apparait pas dans le E-fichier. Lors d'un transfert de patient, l'équipe MEDISIS CH de Lunéville transmet ces informations indispensables. Le lancement du parcours MEDISIS au sein du SSR datant de mi-juillet, il convient de s'interroger sur un envoi plus systématisé de ce travail de profilage.

Avec les libéraux

Dans un premier temps sera créée une boite mail sécurisée, type MSSanté option authentification de manière forte, puis dans un second temps les pharmaciens d'officine devront être sensibilisés à ce mode de communication. Concernant les autres professionnels libéraux contactés que sont actuellement les médecins généralistes ou les infirmières, le sujet est évoqué dans un autre paragraphe.

Le tableau 2 reprend de façon synthétique l'ensemble des points à améliorer pour l'activité de conciliation à l'admission mis en lumière au cours de cet état des lieux, l'analyse réalisée, les préconisations formulées ainsi que les freins et les leviers au regard de ces préconisations.

Le tableau 3 présente de façon synthétique l'ensemble des points à améliorer pour l'activité d'analyse pharmaceutique des prescriptions mis en lumière au cours de cet état des lieux, l'analyse réalisée, les préconisations formulées ainsi que les freins et les leviers au regard de ces préconisations.

Le tableau 4 synthétise pour chaque étape MEDISIS nouvellement lancée les freins, les forces et opportunités en présence et les préconisations émises.

Observation	Analyse	Préconisation	Freins	Forces/opportunités
La mise en œuvre				
BM non satisfaisant en termes de qualité	Nombre de sources consultées succinct Appel du pharmacien d'officine non systématique considérée comme meilleure source d'information (exhaustivité et complétude) Prise en compte insuffisante de ce qui est effectivement pris à domicile par le patient	Rappeler la définition du bilan médicamenteux au cours d'une formation théorique pour le personnel Appel systématique du pharmacien d'officine ou de la PUI en cas d'institutionnalisation	Temps d'appel des libéraux et de la formation à prendre en compte Ressenti des libéraux par rapport aux appels en cas de non communication auprès des libéraux en amont	Formations « clef en main » déjà disponible au CH de Lunéville Annuaire téléphonique des libéraux du territoire et des EHPAD et éléments de communication disponible au CH de Lunéville
Non évolution des outils (Fiche recueil, Fiche conciliation, base de données ….)	Existence d'un outil plus complet au sein du GHEMM Besoin d'homogénéité au sein du GHEMM	Utiliser les outils MEDISIS	Nécessité d'adapter les outils à la prise en charge en SSR Mise en place du Pack Office® sur les ordinateurs dédiés	Pharmacien MEDISIS formé au CH de Lunéville et à temps partagé au CH de Lunéville Outils du parcours de soins MEDISIS du CH de Lunéville disponibles
Entretien patient incomplet	Risque d'incomplétude de l'information Pas de recueil de la totalité des données du patient relatives aux médicaments	Proposer une journée de formation pratique au CH de Lunéville pour le personnel Utiliser les outils MEDISIS	/	

Observation	Analyse	Préconisation	Freins	Forces/opportunités
Les ressources humaines, la formation et l'organisation du travail				
Temps pharmaceutique dédié à la CTM : 0,5ETP étudiant en pharmacie + jours de présence variable 0,4ETP pharmacien responsable le jeudi et le vendredi	Pas de permanence pharmaceutique pour assurer l'activité de CTM Pas de condition favorable à une stabilisation de l'activité Délai de réalisation de la CTM jusqu'à 96h après admission	Accueillir un étudiant en pharmacie en plus Optimisation et lissage du temps de présence pharmaceutique junior et sénior pour l'activité	Postes d'externes non pérennes	Capacité d'encadrement des externes
Formation du personnel	Rotation sur les postes juniors Mutation récente du pharmacien responsable de la CTM dans un autre établissement	Proposer une formation théorique et pratique pour les étudiants Proposer une formation théorique puis pratique pour les pharmaciens (one shot)	Temps de formation à prendre en compte	Formations « clef en main » déjà disponible au CH de Lunéville

Observation	Analyse	Préconisation	Freins	Forces/opportunités
Le matériel et les systèmes d'information				
Dossier patient non informatisé Notes infirmières, observations médicales manuscrites, non consultables à la PUI	Pas de possibilité de consultation rapide, multiple, Pas de module de requête possible	Consultation du dossier en service en attente du déploiement du DPI	Difficulté de lecture, perte d'informations, risque d'erreur	Mise en place d'un dossier patient informatisé prévu novembre 2019
Livret thérapeutique de l'établissement intégré au logiciel d'aide à la prescription : impossibilité de prescrire un traitement hors livret	A prendre en compte lors de l'établissement du BM Risque de perte d'information	Faire le BM normalement en donnant le statut « divergence intentionnelle » à ces lignes de médicaments et ajouter en commentaire « adaptation au livret thérapeutique de l'établissement » en attendant le déploiement du DPI avec Livret d'aide à la prescription intégré	/	
Transfert de patient : incomplétude, contradiction des données de prise en charge de l'établissement de santé d'amont	Risque d'erreur Complexité pour la réalisation du BM	Optimiser et standardiser la transmission des informations inter-établissements Collecter les différents éléments de la prise en charge de la précédente hospitalisation par contact avec établissement	Temps de transmission à prendre en compte	Apporter une plus-value pharmaceutique au BM documenté par des éléments de prise en charge non connus du médecin
Communication avec libéraux	Contact des libéraux via fax, ou appel téléphonique	Développer un moyen de communication sécurisé	Collecte des messageries sécurisées des professionnels	Création d'une messagerie sécurisée Annuaire des messageries médicales APICRYPT disponible sur internet

Tableau 2. Observation et analyse de l'activité de conciliation médicamenteuse à l'admission au SSR de Saint Nicolas de Port

Observation	Analyse	Préconisation	Freins	Forces/opportunités
La mise en œuvre				
Dossier patient non informatisé Notes infirmières, observations médicales manuscrites, non consultables à la PUI	Pas de possibilité de consultation rapide, multiple, Pas de module de requête possible Analyse pharmaceutique sommaire par la non disponibilité de données patient	Consultation du dossier en service en attente du déploiement du DPI	Temps dédié à la consultation Difficulté de lecture, perte d'informations, risque d'erreur	Mise en place d'un dossier patient informatisé prévu novembre 2019
Les ressources humaines, la formation et l'organisation du travail				
0,6 ETP pharmacien est dédié à l'activité Reparti sur 3 pharmaciens différents	/	/	/	/
Le matériel et les systèmes d'information				
Dossier patient non informatisé	Pas de possibilité de consultation rapide, multiple, Pas de module requête possible Analyse pharmaceutique sommaire par la non disponibilité de données patient	Consultation du dossier en service en attente du déploiement du DPI	Temps dédié à la consultation Difficulté de lecture, perte d'informations, risque d'erreur	Mise en place d'un dossier patient informatisé prévu novembre 2019
Nombre de connexions simultanées restreintes	Perte de temps médical et pharmaceutique précieux Désorganisation	Attente du déploiement du DPI	/	Mise en place d'un dossier patient informatisé prévu novembre 2019
Pas de module intuitif de détection automatique des interactions	Risque de non détection	Utiliser l'outil de Vidal Hoptimal®, l'outil THERIAQUE, et la base de données de l'ANSM en attente du déploiement du DPI	Temps dédié	Outils efficaces et intuitifs

Tableau 3. Observation et analyse de l'activité d'analyse pharmaceutique au SSR de Saint Nicolas de Port

Intervention MEDISIS	Freins	Forces/opportunités	Préconisations
Profilage	Outil/grille de recueil CTM incomplet Dossier médical patient non informatisé	Grille de recueil MEDISIS du CH de Lunéville disponible Mise en place d'un DPI prévu en novembre 2019	Utilisation des outils du CH de Lunéville Identifier le dossier médical patient MEDISIS via une pastille bleue
	Présence du pharmacien à temps partiel Absence d'échange faute d'équipe pluridisciplinaire sur place	Durée moyenne de séjour du patient de l'ordre de 21 jours Pharmacien MEDISIS formé au CH de Lunéville + temps partiel au CH de Lunéville	Réaliser le profilage « hors délai » momentanément recommandé au regard de la durée moyenne de séjour
ATP1	« emploi du temps » du patient chargé	Durée moyenne de séjour du patient de l'ordre de 21 jours	Souplesse du pharmacien
Revue des médications	/	/	Réaliser cette activité à partir du BM et non de l'ordonnance d'admission
Conciliation des traitements médicamenteux à la sortie	Livret thérapeutique de l'établissement intégré au logiciel d'aide à la prescription : impossibilité de reprendre l'ensemble des médicaments pris au domicile	Mise en place d'un DPI prévu en novembre 2019	Indiquer en commentaire sur la CTM de sortie et le courrier de sortie pour ces changements inhérents au logiciel « adaptation au livret thérapeutique de l'établissement
Livret personnalisé de sortie	Livret thérapeutique de l'établissement intégré au logiciel d'aide à la prescription : impossibilité de reprendre l'ensemble des médicaments pris au domicile	Mise en place d'un DPI prévu en novembre 2019	Expliquer simplement au patient l'ensemble de ces changements Sensibiliser le patient à rapporter les boites des médicaments arrêtés à la pharmacie

Tableau 4. Interventions MEDISIS au SSR de Saint Nicolas de Port : freins, forces/opportunités et préconisations

Cette phase d'observation permet des échanges enrichissants avec le corps médical. De cela sont dégagées les attentes des médecins. Malgré l'utilisation d'un outil peu adapté et désuet, l'amélioration est effective à ce jour suite aux recommandations citées ci-dessus. Le bilan médicamenteux validé par un pharmacien ainsi que la fiche de conciliation provisoire de sortie sont déposés dans le dossier médical papier du patient. L'harmonisation des pratiques promeut la réussite d'un projet. Cependant il est jugé peu pertinent de mettre en place un outil certes performant et adapté mais amené à disparaitre au profit d'un nouvel outil. Le format de ce dernier outil est adapté au nouveau logiciel DPI déployé au sein du GHT Sud Lorraine. Cette première étape conditionne l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse. Il s'agit de la « nouvelle version » conciliation médicamenteuse à l'admission au sein du SSR du CH de Saint Nicolas de Port.

C- Dans des établissements de santé extérieurs

Sur les 7 établissements contactés, 5 établissements ont répondu. Il se trouve que ce sont des établissements appartenant au même GHT.

L'ensemble des réponses au questionnaire « Questionnaire Conciliation à l'admission en établissement de SSR » est disponible en annexe 2. Les établissements sont identifiés par un numéro afin de respecter l'anonymat des données.

L'item « Conciliation de sortie » non abordé dans le Questionnaire, est évoqué au cours d'une journée d'observation et d'analyse effectué au CHU site SSR n°5.

1- Recueil de données

Le Questionnaire « Conciliation à l'admission en établissement de SSR » se divise en 2 parties. Il convient, dans la première partie, d'interroger l'établissement de santé sur la mise en place. Dans la seconde partie, il convient de comprendre et d'apprendre la pratique du CH interrogé par des questions semi-dirigées.

a- Mise en place

La conciliation des traitements médicamenteux a été mise en place en novembre 2018 dans le CH n°4, le CH n°3, au CHU site SSR n°5. Dans le CH n°1, la CTM date de février 2019. Au sein du CH n°2, la CTM est en place depuis mai 2016 dans certains services, mais seulement depuis janvier 2019 en service de SSR.

Freins identifiées

Les freins identifiés sont les suivants :

- le manque d'ETP pharmaceutique,
- l'absence de médecin titulaire au sein de l'établissement,
- la faible adhésion médicale
- la difficulté de communiquer avec le corps médical
- la désorganisation du service
- les outils informatiques peu adaptés

Leviers identifiés
Les leviers identifiés sont les suivants :

- bonnes relations entre la pharmacie et le personnel soignant
- bonnes relations entre la pharmacie et le personnel médical
- financement du projet par l'appel à projet DGOS
- recrutement de personnel supplémentaire : création poste d'interne et d'assistants
- paramétrage des outils informatiques

Personnes ressources extérieures à l'établissement identifiées
Ce sont les pharmaciens de l'équipe du projet. Il s'agit de pharmaciens assistants recrutés dans le cadre de l'appel à projet DGOS. Au sein du CH n°4 et du CH n°3, les préparateurs sont amenés à suivre une formation de 2 jours sur la CTM, organisée par le CHU du GHT concerné. Elle se compose d'une partie théorique et d'une partie pratique. Le CH n°2 s'est tourné vers le monde libéral. Le pharmacien souligne les échanges opérés avec une association. Il y a eu une campagne de communication faite auprès des pharmaciens libéraux dans les territoires des CH n°1 et CH n°2.

Personnes ressources dans l'établissement identifiées
Dans chacun des établissements, les pharmaciens sont assurés de l'appui de la direction. La Commission Médicale d'Établissement (CME) soutient le projet dans l'ensemble des CH. Au sein de ces établissements, les médecins titulaires ou libéraux sont convaincus du bien-fondé et de l'intérêt de la CTM.
Les externes en pharmacie présents sur le CHU site SSR n°5 sont des ressources humaines indispensables.

Institutionnalisation du projet
Au sein de chaque établissement, le projet a été institutionnalisé en CME et/ou en directoire.

Communication
Les moyens de communications évoqués sont essentiellement internes avec des présentations lors de réunions de la CME, en COMEDIMS. Les chefs de services et médecins se sont vus présenter le sujet au cours de ces réunions. La communication a été faite auprès

des cadres et des équipes soignantes. Le projet a été évoqué dans le journal interne du CH n°2.
Les libéraux exerçant autour du CH n°4 ont également été avertis par courrier postal.

Si c'était à refaire aujourd'hui
L'ensemble des établissements est satisfait de la stratégie adoptée. Cependant, la plupart des établissements évoque l'information aux pharmaciens libéraux du bassin du CH, qui n'a pas été réalisée ou très peu. L'utilisation de la messagerie sécurisée n'est pas effective chez les tous pharmaciens libéraux. Le pharmacien du CHU site SSR n°5 évoque l'absence des internes du service lors de la réunion de présentation. Ces jeunes prescripteurs ont été informés du projet plus tard.

Concernant la gestion de projet, tous les établissements ont présenté le projet en CME, en directoire. Les équipes médicales et soignantes ont été informées du lancement du projet. Au sein de certains de ces établissements, cette présentation a permis de sensibiliser les équipes à la présence du pharmacien dans un service clinique. S'agissant d'un parcours ville - hôpital, peu de réponses évoquent la communication avec les professionnels libéraux. Un établissement concède qu'il s'agit d'un manquement.

b- Conciliation à l'admission – Pratiques des établissements

Réalisation du BM
Certains établissements définissent le bilan médicamenteux comme « le traitement figurant sur l'ordonnance de sortie de la précédente hospitalisation ». Or l'HAS stipule que « Le bilan médicamenteux n'est ni une prescription, ni une ordonnance. Il établit la liste habituelle exhaustive et complète des médicaments pris ou à prendre par le patient, qu'ils soient prescrits par le médecin traitant ou le spécialiste, ou qu'ils soient pris en automédication » [24]. Les logiciels « dossier patient informatisé » ne sont pas identiques au sein de ce GHT.
L'absence d'un outil de recueil commun ne permet pas un échange structuré de l'information lors d'un transfert de patients.
Les sources consultées sont le dossier patient informatisé, le dossier médical papier, le patient, les contacts avec les professionnels libéraux (pharmacien, médecin traitant,

médecin spécialiste, IDE, aidants…), le contact avec les médecins des services de soins du CH d'amont.
Le BM est validé par un pharmacien sénior.

Délai de réalisation de la Conciliation à l'admission
Les délais de réalisation de la CTM varient peu d'un CH à l'autre. Le patient est concilié dans un laps de temps de 1 à 4 jours post admission. Les patients admis au CH n°1 et au CH n°2 ne sont pas conciliés passé le délai de 72h post admission. Il s'agit pour eux d'un critère d'exclusion.

Proactif ou rétroactif ?
La CTM est majoritairement réalisée de manière rétroactive. Seul le CH n°1 effectue 100% de la CTM d'admission en rétroactif.

Quels outils utilisés ?
Les CH utilisent des outils différents. Excepté le CH n°2, les autres établissements utilisent la plateforme HOSPIVILLE de MaPUI Labs. Actuellement le CHU site SSR n°5 réalise la CTM via le dossier patient informatisé, module CTM du logiciel DxCare de MEDASYS. Tous les services prenant en charge le patient peuvent accéder au module CTM, et ce à tout moment. L'utilisation de la plateforme HOSPIVILLE sur le site SSR n°5 nécessite un interfaçage avec le logiciel DPI, en cours d'élaboration par le concepteur. L'intérêt de ce changement est l'utilisation d'un outil commun sur l'ensemble sur le GHT, accessible à tout établissement de ce GHT.

Interactions avec le logiciel métier/les substitutions validées en COMEDIMS/l'analyse pharmaceutique ?
Seul le CHU site SSR n°5 réalise la CTM directement sur le logiciel métier. L'interaction avec le logiciel métier est absente sur les autres CH. Ces établissements intègrent un document sous format PDF dans le dossier patient informatisé.

Concernant les substitutions validées en COMEDIMS, le CH se trouve dépendant du paramétrage de son logiciel métier. Sur le CHU site SSR n°5, le module CTM étant intégré au

logiciel de prescription, il est possible de sélectionner lors de la comparaison BM/Ordonnance des médicaments à l'admission (OMA) l'onglet « équivalent livret ». Au CH n°4, le paramétrage des « substituts obligatoires » est en cours de modification. Ce paramétrage est effectif au CH n°3. Au CH n°2, cela n'est pas être problématique. Au CH n°1 la question des substitutions validées en COMEDIMS fait l'objet d'un travail futur.

Au CHU site SSR n°5, l'analyse pharmaceutique est toujours associée à la validation de la CTM d'entrée. Elle est réalisée par le pharmacien rentrant dans un processus de pharmacie clinique.
Les autres CH procèdent à la CTM puis effectuent une validation de l'ordonnance. Les informations issues de la CTM sont prises en compte dans l'analyse pharmaceutique.

Cas des transferts d'un établissement d'amont vers le SSR d'aval : démarche spécifique ? démarche standardisée ?
Lors d'un transfert de patient et en présence d'un courrier de conciliation médicamenteuse de sortie, le pharmacien du service d'aval reprend l'intégralité de ce document pour effectuer une conciliation médicamenteuse d'entrée.
Lors d'un transfert et en l'absence de courrier de conciliation médicamenteuse de sortie, le pharmacien du service d'aval prend contact avec le service d'amont qui l'informera si oui ou non une conciliation médicamenteuse d'entrée a été réalisée. Dans le cas présent, le pharmacien du service d'amont transmet la conciliation médicamenteuse à l'admission ou au minimum le bilan médicamenteux au pharmacien du service d'aval. Ce dernier s'appuie sur ce document pour réaliser la conciliation médicamenteuse d'entrée.
Lors d'un transfert de patient non concilié au préalable, le pharmacien du service d'aval réalise l'intégralité du processus de conciliation médicamenteuse à l'admission.

c- Activité de conciliation de sortie

Dans un seul établissement interrogé, la conciliation médicamenteuse de sortie est réalisée, il s'agit du CHU site SSR n°5. Au sein des structures dépendant du CHU, cette étape s'effectue directement sur le logiciel DPI. Le pharmacien reprend la prescription en cours et la compare au bilan médicamenteux. Le courrier se génère automatiquement : le tableau comparatif traitement à l'entrée versus traitement à la sortie. Les colonnes « statut » et

« commentaires » sont évaluées avec le prescripteur. Il n'y a pas d'étape formalisée de détection/interception d'erreur médicamenteuse en sortie d'hospitalisation.
Le courrier « conciliation médicamenteuse de sortie » est signé du médecin. Une note de bas de page stipule que le tableau comparatif établi par le pharmacien est rempli sous couvert des propos du médecin. Le pharmacien n'est pas co-signataire du courrier.

La transmission du courrier de sortie reprenant le tableau comparatif BM – ordonnance des médicaments à la sortie est envoyée par messagerie sécurisée. L'envoi est fait au médecin traitant et au pharmacien de ville.

2- Analyse

L'analyse de ces données reprend les deux parties du Questionnaire. L'analyse de l'item « Conciliation de sortie » est le reflet de la journée d'observation effectuée au CHU, site SSR n°5.

a- Mise en place

La date de lancement du projet se confond avec le financement du projet. Le recrutement d'assistants sur chaque site renforce la mise en place du projet. L'organisation interne de chaque site facilite l'activité de la CTM. L'ensemble des établissements de santé relate une bonne entente avec le personnel médical et soignant. La relation entretenue avec la pharmacie et les services confère une dynamique d'ensemble. L'esprit d'ouverture, le professionnalisme des équipes est une opportunité. Le personnel se sent concerné par le sujet et par conséquent s'investit plus facilement. L'institutionnalisation du projet auprès des instances hospitalières témoigne du soutien de l'ensemble de la communauté médicale. La direction certifie la cohérence du projet.

Freins identifiées	*Leviers identifiés*
Manque d'ETP pharmaceutique	Recrutement de personnel supplémentaire : création poste d'interne et d'assistants
Absence de médecin titulaire au sein de l'établissement	Bonnes relations entre la pharmacie et le personnel soignant et médical
Faible adhésion médicale	
Difficulté de communiquer avec le corps médical	
Désorganisation du service de soins	
Outils informatiques peu adaptés	Paramétrage des outils informatiques

Tableau 5. Principaux freins et leviers identifiés à la mise en œuvre du projet dans les CH interrogés

Concernant la gestion de projet, tous les établissements ont présenté le projet en Commission Médicale d'Établissement (CME), en directoire. Les équipes médicales et soignantes ont été informées du lancement du projet. S'agissant d'un parcours ville - hôpital, peu de réponses évoquent la communication avec les professionnels libéraux. Un des CH concède qu'il s'agit d'un hiatus. Le manque de communication aux professionnels de santé extérieurs à l'ES s'avère être un handicap pour conduire à bien ce projet. Établir une relation Ville-hôpital est indispensable pour mener à bien des projets impliquant les libéraux. Mettre une personne devant un fait accompli est rarement bien perçu. Il convient de créer une collaboration entre les professionnels hospitaliers et libéraux à l'heure où certains CH créent des services de sécurisation de la sortie du patient hospitalisé. Le tableau 6 ci-dessous présente les informations recueillies concernant la mise en œuvre et l'analyse faite.

Informations recueillies	Analyse
Mise en œuvre / Généralités	
Communications	
Il ne s'agit pas d'équipe pluridisciplinaire.	Seuls des pharmaciens, des internes en pharmacie, des externes en pharmacie participent au projet. La participation de préparateurs en pharmacie est évoquée par une des structures de santé. A aucun moment il est question d'une participation d'infirmiers, de gériatres ou d'autres professionnels de santé hospitaliers ou libéraux.
Ce projet ne revendique pas un outil de recueil commun.	Cela peut engendrer une disparité dans les pratiques.
Évaluation et suivi du projet	Maintien des ressources humaines recrutées pour la mise en œuvre du projet. Indicateurs, grille de recueil

Tableau 6. Recueil et analyse des généralités dans les CH interrogés

b- Conciliation à l'admission – Pratiques des établissements

Il est étonnant de voir qu'au sein même d'un projet, les pratiques ne sont pas harmonisées. L'outil de recueil n'étant pas homogène la perte d'informations est clairement possible et probable. Lors d'un transfert, cette hétérogénéité pose question. Les documents transmis : CTM à l'admission, et/ou CTM de transfert, et/ou CTM de sortie, et/ou courrier de sortie sont la principale source consultée. Il semble que l'entretien avec le patient, l'appel de la pharmacie, l'appel du médecin traitant, et/ou les contacts avec IDE, aidants ne soient pas faits. L'outil de recueil étant différent, certaines données peuvent ne pas figurer sur le document et être d'une importance. A titre d'exemple, la notion d'allergie ou d'automédication contribue à l'optimisation de la prise de la charge ; seul l'entretien patient peut confirmer ou infirmer ce renseignement. La CTM d'admission est réalisée de manière structurée au sein d'un même ES. Le critère d'exclusion évoqué par les CH n°1 et n°2, au-delà de 72h le patient n'est pas concilié, ne semble pas justifié. Effectivement, dans le cas de longues fins de semaine, le délai de 72h est atteint sans que cela soit dû à un manque de moyen humain ou matériel. Aucun CH ne mentionne la durée de l'hospitalisation précédente, comme un potentiel critère d'exclusion. Cette donnée soulève un point

important : comment jugez-vous la pertinence d'un BM réalisé chez un patient hospitalisé depuis plus de 30 jours ?

Dans certains ES, il semblerait que la conciliation médicamenteuse soit directement retranscrite dans le dossier patient informatisé. Se pose la question de la fiabilité du support informatique. Perpétuer un outil de recueil type Excel permet de garder une indépendance vis à vis du logiciel informatisé.

Informations recueillies	Analyse
Activité de conciliation d'admission	
Sources consultées CTM d'admission	Seuls des documents transmis sont consultés. Entretien patient non évoqué.
Critères d'inclusion et d'exclusion des patients	Critères d'inclusion non évoqués car non abordés dans le questionnaire. Critères d'exclusion : patient admis depuis plus de 72h -> manque de moyen humain ? Se pose la question de la perte de chance pour les patients non conciliés. Se pose la question de la pertinence d'un BM réalisé à plus de 30 jours.
Temporalité du procédé	Procédé réalisé majoritairement en rétroactif.
Outils de recueil	Projet commun mais absence de pratiques homogènes. Plusieurs supports utilisés.
Interactions avec logiciel métier	Variable selon le CH : tous les logiciels métiers ne comportent pas la fonctionnalité CTM.
Substitutions/Équivalences validées en COMEDIMS	La question abordée dans tous les CH : situation réglée, en discussion, à l'ordre du jour des proches CME selon les CH.

Tableau 7. Observation et analyse de l'activité de conciliation médicamenteuse à l'admission au sein des CH interrogés

c- Activité de conciliation de sortie

Au sujet de l'activité de conciliation de sortie, le tableau 8 ci-dessous présente les informations recueillies concernant la mise en œuvre, notre analyse et nos préconisations au regard de celle-ci.

Informations recueillies	Analyse
Activité de conciliation à la sortie	
Comparaison dernière prescription/BM quasi automatisée	Outils semble performant pour comparaison Timing semble important pour bien prendre la dernière prescription Aucune donnée de sémiologie, aucun élément pertinent d'ordre pharmacologique n'apparaît dans ce tableau.
Il n'y a pas d'étape formalisée de détection/interception d'erreur médicamenteuse en sortie d'hospitalisation.	Ce mode opératoire ne reflète pas la plus-value que peut apporter le pharmacien.
Travail aboutissant sur la rédaction d'un courrier signé uniquement du médecin	Le pharmacien n'est pas co-signataire du courrier. Une note de bas de page stipule que le tableau comparatif établi par le pharmacien est rempli sous couvert des propos du médecin.
La transmission du courrier de sortie reprenant le tableau comparatif BM – ordonnance des médicaments à la sortie est envoyée par messagerie sécurisée. L'envoi est fait au médecin traitant et au pharmacien de ville.	L'assurance que les libéraux consultent leur messagerie sécurisée n'est pas mentionnée. Aucune diffusion au personnel soignant, paramédical

Tableau 8. Observation et analyse de l'activité de conciliation médicamenteuse à la sortie au CHU – SSR n°5

Le tableau 9 résume au regard de l'observation et de l'analyse, les préconisations dégagées pour la mise en place des activités de conciliations d'admission et de sortie au sein d'un établissement ou d'un service de SSR.

Informations recueillies	Analyse	Préconisations
Mise en œuvre		
Mise en place du projet	Évolution des outils Mise à jour des outils	Prévoir un consulting à distance ?
Évaluation et suivi du projet	Pérennité du projet Justification du projet Obtention de financements	Utiliser des outils de gestion de projet : main courant
Personnel	Personnel labile + Réflexion sur la charge de travail Connaissance du personnel, pratique du personnel	Prévoir des formations pour le personnel en charge de la CTM. Utiliser du personnel permanent.
Communication aux professionnels internes	Présentation en directoire, en CME, en COMEDIMS, en réunions de service	Indispensable pour une adhésion de tous Doit être régulière et renouvelée La réussite du projet dépendant de la façon dont le professionnel libéral se l'approprie, à l'instar des professionnels hospitaliers
Communication aux professionnels externes	Pharmaciens mais pas les autres libéraux ? Pas assez réalisée selon eux Campagne de communication auprès des libéraux Utilisation de la messagerie sécurisée pas assez répandu	

Informations recueillies	Analyse	Préconisations
Activité de conciliation d'admission		
Sources consultées	Cohérence des informations consultées Rappel de la définition du bilan médicamenteux	Être le plus exhaustif possible S'entretenir avec le patient Contacter l'entourage personnel et soignant du patient Renseigner posologie, heures de prise
Critères inclusion et exclusion	Aucune information complémentaire quant au délai de 72h au-delà duquel la CTM n'est pas réalisée.	Prendre en compte la durée de la précédente hospitalisation Réaliser la CTM dans un délai acceptable concordant avec durée de séjour, et sémiologie
Outil de recueil	Absence d'homogénéité	Utiliser un outil de recueil unique et commun permettant transfert de données
Temporalité du procédé	Organisation du service	Promouvoir un procédé proactif : personnel CTM présent à l'admission du patient et réalisation de l'entretien patient
Interactions avec le logiciel métier	Développement du DPI	Intégrer et optimiser fonctionnalité CTM au sein du DPI Faciliter les éventuelles modifications, l'évolution

Substitutions/Équivalences validées en COMEDIMS	Désidérata de la PUI pris en compte	Soulever la problématique en amont : - considérer substitutions obligatoires dès la prescription ou - réaliser substitutions par pharmacien après prescription pour garder historique du BM
Informations recueillies	Analyse	Préconisations
Activité de conciliation de sortie		
Tableau provisoire de la CTM de sortie	Tableau réglementaire à trois colonnes CTM de sortie établie à partir de dernière ordonnance prescrite à l'hôpital : présentation au prescripteur de CTM de sortie réalisée en proactif	Comparer dernière ordonnance prescrite à l'hôpital et ordonnance de sortie Établir un tableau à 4 colonnes (sémiologie-BM-statut-ordonnance de sortie-commentaires) Détecter et intercepter erreur médicamenteuse en sortie d'hospitalisation Travailler en collaboration avec les médecins
Courrier de sortie	Modèle standardisé Lettre issue du logiciel métier Signature unique médicale du courrier reprenant le tableau pré-rempli par le pharmacien et validé par le médecin	Définir ce travail comme activité pharmaceutique : rédaction du courrier de sortie par un pharmacien Aborder les points essentiels de l'hospitalisation (prescription d'antibiotiques…) Intégrer notions d'adhésion thérapeutique, de gestion de médicaments à domicile
Transmission du courrier de sortie	Étape de correction/validation par un membre de l'équipe du projet	Transmettre à l'ensemble des professionnels de santé prenant en charge le patient à J0 - par messagerie sécurisée - par courrier postal - par fax Contribuer au lien ville-hôpital Avertir IDE et/ou aide à domicile et/ou pharmacien

Tableau 9. Observation, analyse et préconisations concernant l'activité de conciliation médicamenteuse à l'admission et à la sortie au sein d'un SSR

L'ensemble des réponses au questionnaire « Questionnaire Conciliation à l'admission en établissement de SSR » est disponible en annexe.

2 - Gestion de projet

Pour la transposition du Parcours de soins MEDISIS, une gestion de projet est créé au regard des éléments des préconisations, des leviers et des freins, des forces et opportunités identifiés plus haut. Pour cela des outils de pilotage sont utilisés. Ces outils structurent la réflexion et les travaux entrepris

A- Outils de pilotage

1- Note de cadrage

Au travers de l'item « Quoi ? », la note de cadrage reprend le titre du projet. Le contexte du projet, autrement dit le « Pourquoi » du projet est issu d'un constat national. Le médicament est une source majeure d'iatrogénie médicamenteuse. Il s'avère être responsable d'un tiers des hospitalisations chez la personne âgée. Les enjeux du projet sont résumés dans l'item « dans quel but ». L'item « Comment ? » reprend les freins, les problématiques et les opportunités». L'intitulé « Combien ? » récapitule les aspects communication et information. La notion de temporalité « Quand ? » synthétise le déroulement prévisionnel du projet. Les ressources mises en œuvre sont renseignées dans l'item « Qui ? ». L'item « quel suivi » aborde la notion de suivi de projet, et l'évaluation de projet.

La note de cadrage a de multiples fonctions « plan, de configuration de stratégies ». Au vu des résultats, la stratégie adoptée permet de distinguer six types de parcours MEDISIS. Effectivement suite à l'observation, l'état des lieux, se dégage des parcours M6. La finalité de ces six parcours doit être identique : parcours de soins M6 hôpital effectué dans son intégralité.

La note de cadrage est présentée ci-après en figure 6

Quoi ?	Adaptation du parcours de soins MEDISIS en vue d'une extrapolation à un établissement de SSR.
Pourquoi ?	Constat national : médicament, source majeur d'iatrogénie médicament, responsable d'un tiers des hospitalisations chez la personne âgée
Dans quel but ?	Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients entrant en SSR : - Renforcement de la coordination entre le professionnel de ville et l'établissement de santé - Projet de structurer un service des sorties
Où ?	Service de Soins de Suite et de Réadaptation de Saint Nicolas de Port
Comment ?	Phase d'apprentissage et de formation au sein de l'établissement pilote CH de Lunéville : - Observer, se former, être mis en situation : devenir autonome Phase d'observation au sein de l'établissement du SSR de Saint Nicolas de Port : - Observer l'existant - Établir un état des lieux Phase de réflexion : - S'interroger sur les projets similaires : s'enrichir d'expériences externes - Identifier les forces et les écueils - Déterminer les leviers et les freins
Combien ?	Ressources humaines : - 0.3 ETP Pharmacien - 0.5 ETP Externe en pharmacie Équipements : - Bureau - Ordinateur équipé du Pack Office - Ligne téléphonique - Adresse mail Outlook Outil de travail : - Outil de recueil : «E-fichier MEDISIS » - Calendrier des entrées / sorties des patients Ressources à prévoir et à créer : - Outils de communication o Affiches o Flyers o Carte de visite o Diaporama - Ressources humaines (ETP à définir par la suite) : o Recrutement infirmière o Recrutement Pharmacien
Quand ?	Début du projet : - Date de recrutement du pharmacien assistant spécialiste : 2 novembre 2018 Lancement du projet : - Mi-juillet 2019 Premiers résultats du projet annoncés pour fin septembre 2019
Qui ?	Concepteur du projet : Madame Édith Dufay, chef de service de la pharmacie CH de Lunéville Chef de projet : Docteur Pauline Schneider, praticien hospitalier CH de Lunéville Pharmacien développeur : Emérentienne Vallier Groupe de travail : membres appartenant au GHEMM – site Saint Nicolas de Port Comité de pilotage : membres internes au GHEMM et professionnels libéraux
Avec quel suivi ?	Avancée du projet : utilisation d'une main courante/journal de bord Suivi des patients MEDISIS : Base de données sur Excel Exploitation des résultats : Requête

Figure 6 - Note de cadrage

2- Organigramme

Cet outil reprend les activités transversales du service concerné. Il est utilisé ici pour structurer l'activité à déployer au sein du SSR.

L'organigramme du service de pharmacie mettant en avant les activités transversales atteste de l'importance des échanges entre les acteurs d'un même ES. MEDISIS doit s'avoir s'appuyer sur les leviers évoqués dans les résultats. Visualiser au travers d'un organigramme permet de cibler les interventions à effectuer et les acteurs à réunir.

3- Tableau de répartition des activités

Le tableau de répartition des activités reprend l'ensemble des tâches, des activités devant être réalisées en situation normale. Il s'avère être une aide pour organiser les remplacements, dégager des binômes de travail. Pérenniser l'ensemble des tâches au long cours.

L'organigramme et le tableau des répartitions sont rassemblés dans un même tableau. Cet ensemble est présenté en figure 7

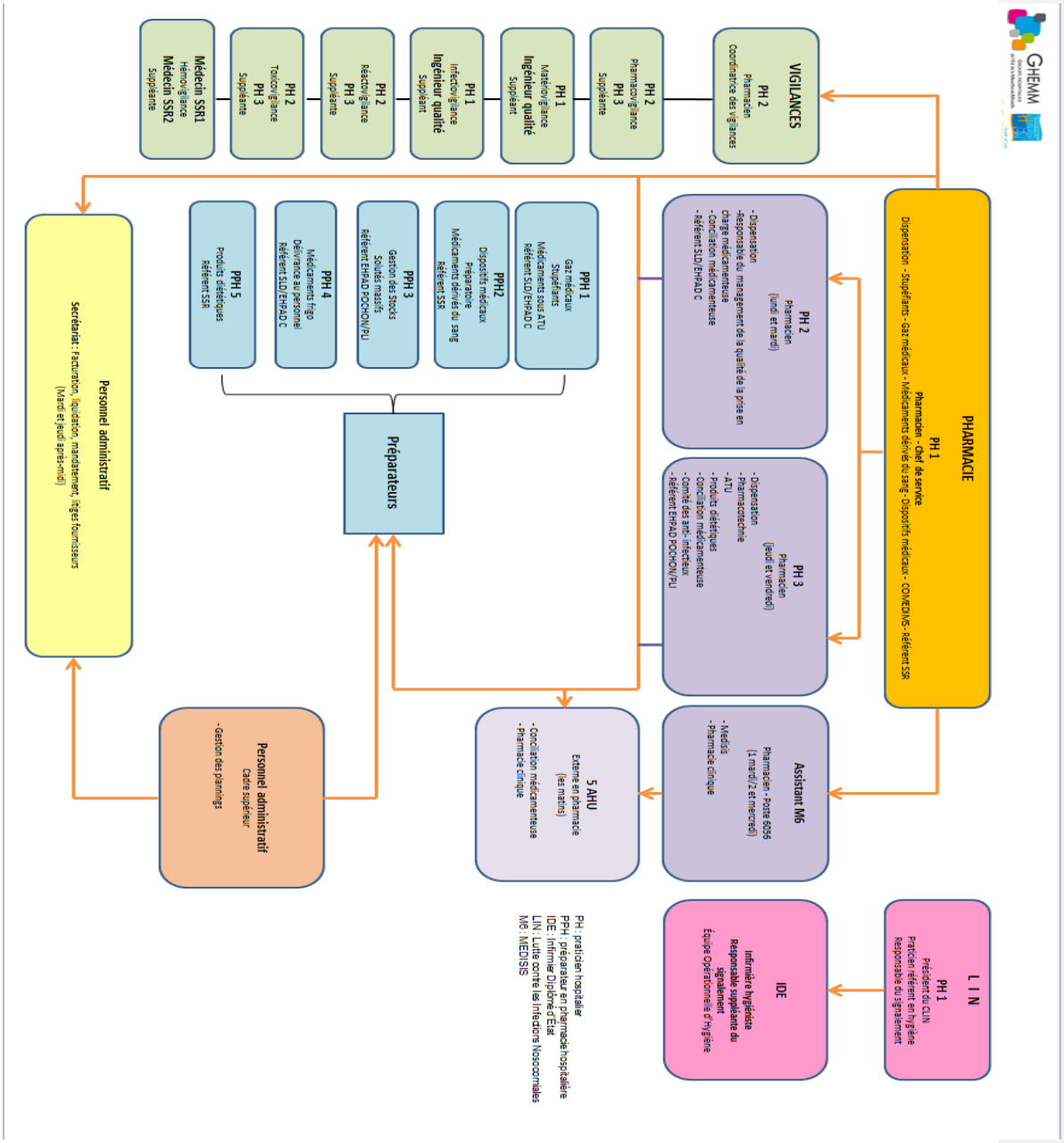


Figure 7 - Organigramme et tableau de répartitions des activités

4- Diagramme de Gantt

Le diagramme de Gantt établi à partir de novembre 2018 permet de visualiser la chronologie de la gestion de projet avec des dates cibles et des objectifs temporels souvent oubliés. Il se décline en 3 phases. La 1ère phase correspond à la formation. La 2ème phase s'intitule phase d'observation. La 3ème phase compile l'analyse, la gestion de projet et le lancement de l'activité, autrement dit la mise en œuvre et la production.

Le diagramme de Gantt est présenté en figure 8.

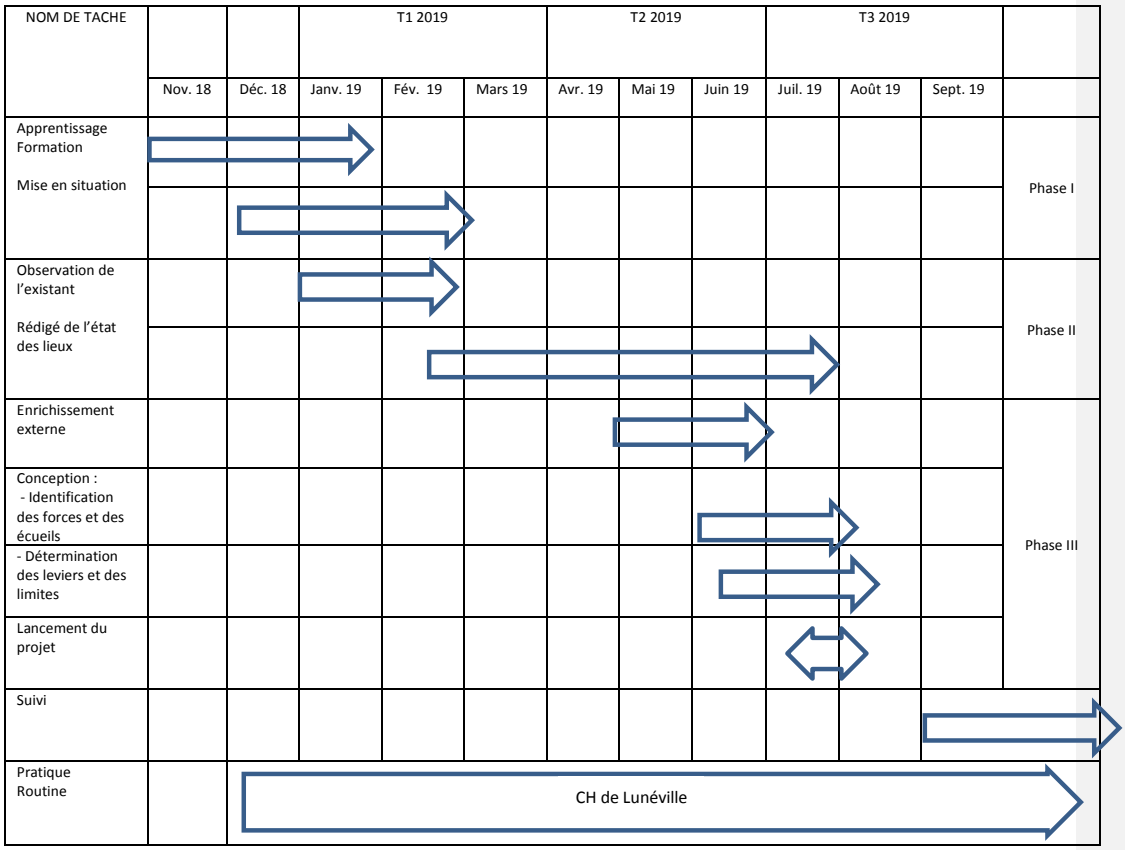


Figure 8 - Diagramme de Gantt

5- Main courante

Il s'agit du fil conducteur de la gestion de projet. Elle permet la traçabilité des décisions prises et des faits marquants dans le développement du projet.

Une main courante est créée. Son modèle est présenté en figure 9.

<table>
<tr><td colspan="3">Main courante – A faire</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">MEDISIS démarrage au 15/07/2019</td><td>Chef de projet : P. Schneider</td><td rowspan="4">En jaune : actions menées
En bleu : ordres du jour des réunions du GT M6
En orange : ordres du jour des réunions</td></tr>
<tr><td>Groupe de travail MEDISIS : membres appartenant au GHEMM</td></tr>
<tr><td>E Dufay, Pauline Schneider, Pierre Wourms, Emérentienne Vallier, Eric Seidl, Abelia Gellencourt, Rachel Blanck, Marie Cerejo, Elodie Vilisseck</td></tr>
<tr><td>Comité de pilotage MEDISIS : à mettre en place septembre/octobre 2019
membres internes aux GHEMM et professionnels libéraux (médecins, pharmaciens, IDE, maison de santé pluridisciplinaire, association pluri-professionnelle)</td></tr>
<tr><td>Date</td><td>Initiales</td><td>À FAIRE</td><td>Échéance / Commentaire</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

Figure 9 - Main courante

B- Réflexion et travaux entrepris

1- Outils de communication

Le volet « information-communication » d'un projet stipulé dans la note de cadrage complète le lancement officiel du projet. Le service « Communication » est commun aux 3 établissements de santé du GHEMM. Sur les outils de communication tels que affiches, flyers, autocollants, carte de visite sont simplement modifiés les coordonnées de l'établissement. Les présentations type power-point reprennent la trame défendant l'uniformité, l'homologation du parcours de soins MEDISIS. Sont intégrées des slides exposant les différents parcours M6 spécifiques d'un SSR.

2- Décisions

Les prises de décisions sont faites en concertation avec l'ensemble des acteurs du groupe MEDISIS. L'expérience, le recul de près de 3 ans mais surtout cette envie grandissante de faire vivre et évoluer le projet donne une dynamique d'action. Le processus est en constante évolution, il n'est pas figé. Il est alimenté par de nouvelles idées internes et externes. Travailler au sein d'une équipe entreprenante et aspirant au perfectionnement quotidien, légitime l'adaptation du processus à un ES type SSR. Les fondamentaux du parcours de soins MEDISIS restent identiques, MEDISIS étant un projet commun. Seules les premières étapes du processus divergent. La sélection des patients se fait sur le critère de l'âge. Cependant convenir de la pertinence d'un historique médicamenteux après une longue hospitalisation supérieure à 6 semaines interroge. Aucune donnée temporelle n'a été trouvée dans la littérature (Pubmed, Google Schoolar, Google). Cette recherche non exhaustive amène à discuter des paramètres sémiologiques non évoqués jusqu'à lors dans les critères d'inclusion des patients. Après concertation avec plusieurs professionnels de santé, médecins et pharmaciens, l'historique médicamenteux est jugé peu pertinent après 30 jours. Ce choix se base sur des notions de sémiologie et de pratique clinique. Dans le cadre d'un traitement chronique, le patient peut être hospitalisé en service de réanimation ou soins intensifs ou soins continus pour un tout autre motif qu'un déséquilibre de sa pathologie. La prise en charge contribue à maintenir les fonctions vitales et désengager le pronostic vital du patient.

Ce séjour peut être long, supérieur à 30 jours se prolongeant par un séjour en service de soins. Durant ce séjour en réanimation, soins intensifs ou soins continus, le bilan médicamenteux n'est que très rarement réalisé. Lors de l'arrivée du patient en service de soins, se pose la question de réaliser un bilan médicamenteux après plus de 30 jours d'hospitalisation. L'interruption inopinée d'un traitement pharmacologique pris au long cours faute d'avoir l'information est que très rarement sans conséquence. Effectivement, sur des critères physiopathologiques, le médecin est à même d'évoquer, de diagnostiquer un déséquilibre d'une maladie chronique voire sub-chronique. Sur des signes cliniques, des résultats biologiques, des résultats à l'imagerie, et autres tests (ex. signe de Babinski), le médecin s'interroge sur la non reconduite d'une thérapeutique prise en chronique. Il faut donc avoir à l'esprit qu'en cas d'hospitalisation de plus de 30 jours, la prise en charge aura foncièrement été globale. Auront été évoqués les antécédents, les médecins hospitaliers et libéraux auront su échanger.

3- Déploiement du projet

Malgré une rupture dans la continuité de la prise en charge médicamenteuse ville - hôpital, le bilan médicamenteux établi à l'entrée en SSR rapporte les médicaments prescrits sur la dernière ordonnance de la précédente hospitalisation. Il interroge le médecin sur l'absence d'éléments de prise en charge justifiant tel ou tel médicament. Dans le cadre de la prise en charge en SSR, les critères d'exclusion du parcours de soins MEDISIS sont les patients âgés de moins de 65 ans. Les patients définis comme patient MEDISIS sont les patients âgés de plus de 65 ans. La prise en charge lors de leur précédente hospitalisation varie sur des critères intrinsèques et extrinsèques.

Au vue des stratégies évoquées dans la note de cadrage, il se dégage 6 parcours MEDISIS ou parcours M6 différents :

- Parcours M6 « A » : patient arrivant du CH de Lunéville concilié-M6 ayant bénéficié d'une séance d'ATP1, transféré avec courrier de sortie M6
- Parcours M6 «B » : patient arrivant du CH de Lunéville concilié-M6 ayant bénéficié d'une séance d'ATP1, transféré sans courrier de sortie M6

- Parcours M6 « C » : patient arrivant du CH de Lunéville concilié-M6, transféré avec courrier de sortie M6
- Parcours M6 « D » : patient arrivant du CH de Lunéville concilié-M6
- Parcours M6 « E » : patient arrivant du CH de Lunéville non concilié-M6
- Parcours M6 « F » : patient conciliable-M6 arrivant d'un autre ES

Ces différents parcours sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Nom du parcours	Type de parcours	Poursuite du parcours MEDISIS
Parcours M6 « A »	Patient arrivant du CH de Lunéville concilié-M6 ayant bénéficié d'une séance d'ATP1, transféré avec courrier de sortie M6	Envisager une revue clinique des médications Remettre au patient un livret personnalisé de sortie MEDISIS Envoyer un nouveau courrier de sortie
Parcours M6 «B »	Patient arrivant du CH de Lunéville concilié-M6 ayant bénéficié d'une séance d'ATP1, transféré sans courrier de sortie M6	Reprendre la CTM d'admission et réaliser une CTM de transfert Envisager une revue clinique des médications Remettre au patient un livret personnalisé de sortie MEDISIS Réaliser CTM de sortie Envoyer un courrier de sortie
Parcours M6 « C »	Patient arrivant du CH eu Lunéville concilié-M6, transféré avec courrier de sortie M6	Réaliser une séance ATP1 « Ma priorité » Envisager une revue clinique des médications Remettre au patient un livret personnalisé de sortie MEDISIS Réaliser CTM de sortie Envoyer un nouveau courrier de sortie
Parcours M6 « D »	Patient arrivant du CH de Lunéville concilié-M6	Reprendre la CTM d'admission et réaliser une CTM de transfert Réaliser une séance ATP1 « Ma priorité » Envisager une revue clinique des médications Remettre au patient un livret personnalisé de sortie MEDISIS Réaliser CTM de sortie Envoyer un courrier de sortie
Parcours M6 « E »	Patient arrivant du CH de Lunéville non concilié-M6	Ensemble du parcours MEDISIS Réaliser une CTM d'admission Réaliser une séance ATP1 « Ma priorité » Envisager une revue clinique des médications Remettre au patient un livret personnalisé de sortie MEDISIS Réaliser CTM de sortie Envoyer un courrier de sortie
Parcours M6 « F »	Patient conciliable-M6 arrivant d'un ES	Ensemble du parcours MEDISIS Réaliser une CTM d'admission Réaliser une séance ATP1 « Ma priorité » Envisager une revue clinique des médications Remettre au patient un livret personnalisé de sortie MEDISIS Réaliser CTM de sortie Envoyer un courrier de sortie

Tableau 10. Les différents parcours M6 au SSR de Saint Nicolas de Port

Cette 1ère adaptation de la matrice du processus MEDISIS n'est pas figée. Dans le cadre de la prise en charge en SSR, les patients à typologie inhabituelle ne sont pas rares. Il peut s'agir de patients à profil gériatrique mais âgés de moins de 65 ans. Ces séjours patients reconsidérés doivent être intégrés dans le parcours de soins MEDISIS à leur juste mesure, dans un souci d'amélioration de la qualité et de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et de promouvoir le lien ville - hôpital. Tous ces enjeux rencontrés ne peuvent pas être considérés et traités dans leur intégralité dès à présent. L'aboutissement d'un projet est de travailler étape par étape, avec toujours l'idée d'une constante amélioration.

Le déploiement de ce Parcours de soins ne peut se limiter à des discernements purement hospitaliers. Il est indispensable de prendre en considération les pratiques du monde libéral, pour obtenir leur approbation et leur implication. Les professionnels de santé libéraux sont le relai en ville des travaux effectués à l'hôpital. Travailler, collaborer ensemble permet de créer une connexité étroite et harmonieuse.

4- Conceptualisation du projet

L'aspect matériel du projet « adaptation du Parcours de soins MEDISIS en SSR » évoqué précédemment confirme la volonté de travailler sur un outil commun hautement performant. Le support du 1er outil modifié, le travail de l'ensemble de l'équipe MEDISIS aboutit à un nouvel outil. Les remarques des concepteurs et utilisateurs lors de la phase test prises en compte, ce nouvel outil est officiellement mis en place en juillet 2019 au CH de Lunéville, et dans les 2 sites d'extension du parcours de soins MEDISIS que sont le service de gériatrie du CHRU de Nancy et le service de SSR du CH de Saint Nicolas de Port. Au SSR de Saint Nicolas de Port, cela officialise le lancement du parcours de soins MEDISIS. Les premiers patients M6 seront pris en charge à partir d'août 2019.

5- Suivi et poursuite du projet

Gérer un projet ne s'arrête pas à la conception et au lancement. La pérennité d'un projet implique de définir des indicateurs. Ces marqueurs sont des preuves d'avancée du projet,

des preuves de résultats. La base de données de ces indicateurs peut être amenée à évoluer. Elle doit être le reflet des nouveaux éléments apportés nécessitant d'être justifiés au courant de la vie d'un projet. Traiter l'extraction de ces données notamment les résultats motive la demande de moyens humains ou matériels supplémentaires. Les chiffres attestant du retour sur investissement montrent la nécessité d'un poste déjà créé ou la portée d'un nouveau poste auprès d'une direction des ressources humaines. La base de données des indicateurs existante au SSR ne permet pas actuellement de côter le parcours de soins MEDISIS. Il faut s'interroger sur des indicateurs d'efficience à prendre en considération pour être à la fois exhaustif, précis. Il faut que l'exploitation de ces données soit simple.

La requête doit comporter :

- données d'identito-vigilance (nom, prénom, date de naissance et âge)
- origine du patient
- état des lieux au domicile (autonome, IDE, ADMR, principal aidant)
- devenir du patient (RAD, placement, HADALU, transfert vers autre établissement)
- conciliation des traitements médicamenteux à l'admission effectuée : M6 mixte
    - profilage patient effectué au CHL ou au CHU (adhésion thérapeutique, gestion des médicaments au domicile)
    - personnalisation du Parcours de soins MEDISIS
    - MEDISIS : revue de pertinence pluridisciplinaire de médication
    - MEDISIS : séance ATP1 « Ma priorité »
    - MEDISIS : conciliation des traitements médicamenteux à la sortie envoyée au SSR
- conciliation des traitements médicamenteux à l'admission réalisée au SSR : M6 SSR
    - profilage patient réalisé au SSR
    - personnalisation du Parcours de soins MEDISIS
    - pharmacie formée
    - MEDISIS : revue de pertinence pluridisciplinaire de médication
    - MEDISIS : séance ATP1 « Ma priorité »
    - MEDISIS : séance ATP2 « livret personnalisé de sortie »

Selon la catégorie parcours-patient M6, les données ne sont pas informatives ou ne concernent pas le parcours-patient M6. L'ensemble de ces données est récolté dans un tableau type Excel. Pour obtenir des données homogènes, il est important de créer des menus déroulants pour les questions à choix multiples. La date de réalisation des étapes du Parcours de soins MEDISIS est à renseigner.

Le prochain défi à relever est la mise en place du parcours de soins MEDISIS ville. Il s'avère qu'une pharmacie formée MEDISIS ville est installée à Saint Nicolas de Port. Le personnel formé est dès à présent intégré au Comité de pilotage du projet.

Le processus MEDISIS Saint Nicolas de Port est présenté également en annexe 7.

Partie IV : DISCUSSION

Le parcours de soins MEDISIS est le fruit d'une réflexion débutée dès 2012 par l'équipe du CH de Lunéville. Il s'est construit en collaboration avec de nombreux professionnels, de ville et d'hôpital mais également avec des patients, représentant et association. Ce parcours est porté tant par les instances : ARS GE, Directions des établissements de santé, que par les professionnels de terrains et les URPS GE Pharmaciens, Médecins et Infirmiers. C'est l'union de tous ces acteurs qui a créé un terreau favorable au développement de tels parcours patients. Ce travail de thèse arrive dans la continuité de la démonstration de la faisabilité du parcours de soins MEDISIS versant hôpital, mis en place dès 2017. Ce déploiement sur un autre établissement de santé du GHEMM est la preuve de l'intérêt que suscite le projet. Ce défi et cette expérience passionnante conditionneront la transposition ultérieure du parcours de soins à d'autres structures de santé. Du dossier d'expérimentation Article 51 et de son passage en « accélérateur national » le 26 septembre 2019 va dépendre la pérennité du projet. La construction d'un financement à la qualité pour le Parcours de soins MEDISIS constitue l'enjeu majeur de ce dossier d'expérimentation. A cela s'ajoute les perspectives de déploiement à plus grande échelle au sein du SSR avec la constitution d'une « véritable » équipe pluridisciplinaire MEDISIS. Les conclusions apportées par la thèse doctorale de Mme Sabrina GRANDCLAUDE quant aux « conditions de transférabilité d'un processus inter-organisationnel innovant dans le secteur de la santé » seront primordiales pour l'extension de ce projet à l'échelle départementale, régionale voire nationale.

Pour être appelé parcours de soins, la HAS préconise de répondre à plusieurs critères. Cela permet de développer une démarche consistant à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondées sur de bonnes pratiques, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme [32]. L'équipe MEDISIS est composée d'une équipe pluri professionnelle comprenant infirmier, médecin, et pharmacien. Les interventions de l'équipe ne s'effectuent pas « à la demande » mais elles sont systématiquement proposées à la population cible. Le parcours de soins MEDISIS s'organise sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients.

De par ces divers plans d'action, le parcours MEDISIS répond parfaitement aux critères qualifiants un parcours patient de Parcours de soins. Ce projet consiste à créer des parcours personnalisés. Ils sont obtenus par la collaboration et la mise en commun des compétences et connaissance des médecins, pharmaciens, infirmiers etc de ville et d'hôpital de manière coordonnée. La pertinence des traitements médicamenteux, l'information par harmonisation des messages et l'éducation du patient sont au centre du projet.

Le marché des seniors est en plein essor. En 2050, la France comptera 20 millions de personnes de plus de 65 ans. Il est donc essentiel de s'interroger sur les mesures à prendre dès maintenant pour s'adapter à cette nouvelle société. Les dispositions peuvent être prises à différentes échelles de la société. Au cours de ces dernières années, des associations s'intéressent de près au vieillissement de la population. Il s'interroge sur le bien vivre de nos aînés. La Silver Economie s'attelle à fédérer l'ensemble des projets, des programmes, des investissements orientés population âgée. Ces mouvements s'adressent aux seniors qu'ils soient actifs et indépendants, fragiles ou en perte d'autonomie. Le parcours de soins MEDISIS peut revendiquer son affiliation à ces nouveaux concepts de prise en charge des seniors. Il convient de réorienter, de développer de nouvelles stratégies adaptées à tout type de seniors. Sur le plan national, il existe une véritable disparité sociétale au sein de la population des séniors. Les uns sont adeptes des nouvelles technologies de la digitalisation du numérique ; les autres préfèrent converser des outils plus traditionnels « de leur époque ». Le professionnel de santé doit savoir s'adapter à tout type de profil. Cependant à l'heure de la mondialisation, il est difficile de revenir aux méthodes de l'âge de pierre. L'enjeu des développeurs de la Silver Économie est de s'appuyer sur les nouvelles technologies en instaurant une part d'humanité et de bien vivre ensemble. Pour être efficient auprès de la population du 3ème âge, il est important de construire des concepts, des projets pluri-professionnels. Le sénior doit être l'élément central. Les projets retenant l'attention de la Silver Economie sont autant d'ordre sanitaire que social. Cela montre ainsi le dynamisme et la pertinence des projets conçus en équipe à multiples ressources. L'association OLD'UP [33] appréhende la place que peuvent prendre les seniors. Cette plateforme créée par des seniors atteste du bien vieillir au regard de son souhait de « donner du sens et de l'utilité à l'allongement de la vie ». Des antennes sont présentes dans

plusieurs villes de France proposant des programmes d'actions locales. OLD'UP « s'impose comme objectif le vieillissement participatif ».

Actuellement le devenir du troisième âge sensibilise de nombreux secteurs d'activités. L'enjeu économique est de taille. Il faut dans un premier temps évaluer la part de l'économie impactée par les seniors Silver Valley. L'économiste juge du coût d'acquisition du client, la phase business to business autrement dit le marketing BtoB. S'en suit la création de l'écosystème entre les acteurs principaux, le marketing BtoC business to consumer. Cela vient à créer une économie dessinée sur mesure avec et pour les seniors. Le senior doit être inclus dans le business plan de la société actuelle. Le secteur du digital doit adapter certaines de ces stratégies à la personne âgée. C'est le cas de cette montre connectée design Ikarya Watch développée par une start-up bordelaise Vitalbase [34]. Cette montre permet de détecter la chute via bouton SOS et signal GPS, mais surtout elle revendique la fonction d'anticiper, de prévenir et de différer la chute. Le développement de ce produit se construit via des algorithmes, des bases de données « signes de prédictivité des chutes » traités par machine learning, entité de l'intelligence artificielle. Cette montre se revendique être indépendante du téléphone.

Fin mars 2019, à la suite d'une demande du gouvernement Philippe, Monsieur LIBAULT remet un rapport sur l'autonomie du grand âge [35]. Chapitre par chapitre, ce rapport fait un état des lieux de la considération globale du senior. Ce rapport préconise de promouvoir une société plus bienveillante et plus inclusive. Le respect de la personne âgée interroge. Le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) note ainsi dans son avis de février 2018, dans des termes forts qui interpellent, que « le regard que la société porte sur la personne âgée en perte d'autonomie, ou plus généralement sur la vieillesse, s'assimile trop à un « naufrage » et dès lors aboutit à une marginalisation de la personne, à sa dévalorisation, ou encore à son isolement. Le rapport LIBAULT met l'accent sur le statut des aidants. Il est étonnant de s'apercevoir que dans notre société actuelle le principal aidant n'est pas reconnu comme travailleur en terme administratif. Dans certains cas, il s'agit d'une reconversion forcée par la dégradation d'un proche et fortement influencée par un aspect financier. Il n'est donc pas surprenant de découvrir que le budget français « Perte d'autonomie » est nettement plus faible que celui des Pays Bas et des pays nordiques Suède et Danemark. Le rapport LIBAULT

préconise de reconnaitre le travail d'aidant comme un véritable métier pouvant bénéficier d'un salaire et d'une reconnaissance législative et juridique. Ce point de vue est résumé ainsi. « Il convient de s'inspirer et de diffuser les modèles d'organisations innovantes intégrant de nouvelles cultures managériales qui responsabilisent et redonnent du sens aux métiers, qui libèrent du temps pour être avec la personne, qui permettent des temps de coordination, d'analyse de pratique, de formation continue, de réflexion éthique. Et ceci, tout autant au bénéfice des personnes soignées ou accompagnées que des professionnels » [36].

Se pose présentement la question des critères d'inclusion des patients dans ces différents projets, parcours de soins. Dans la majorité des projets, l'âge est le critère de sélection des patients. Cela revient à ne pas prendre en considération la personne humaine dans sa globalité. Il semble nécessaire de prendre en compte des critères d'ordre sémiologique/clinique d'ordre social, d'ordre psychologique, d'ordre environnemental/géographique etc… Ceci se fera dans une émulation du bien-vieillir.

Dans le domaine de la pharmacie hospitalière, plus particulièrement en termes de pharmacie clinique, les ES veillent à satisfaire leur hiérarchie et les autorités étatiques. Seulement dans de nombreux endroits, le dialogue avec les autres professionnels notamment le personnel soignant et paramédical est absent. Cela rend le projet purement pharmaceutique. Les équipes soignante et paramédicale se sentent exclues et l'image du pharmacien se trouve dépréciée. Ces équipes s'occupent quotidiennement du patient, elles le connaissent au mieux et s'entretiennent avec les familles. Elles peuvent être amenées à faire le lien entre le médecin et le patient. Le pharmacien lors de son intervention en service de soins doit savoir s'appuyer sur ces ressources humaines. Les infirmiers donnent des conseils en termes de posture, d'attitude à avoir vis à vis de tel ou tel patient. Leur avis est précieux pour susciter chez le patient un intérêt à l'intervention du pharmacien dans la prise en charge globale. L'échange avec le patient s'en trouvera enrichi. Le pharmacien ne peut accaparer un patient en chambre sans en avertir le personnel soignant. Effectivement un service de soins a des contraintes horaires et organisationnelles à respecter, il ne faut en aucun cas que le pharmacien s'interpose au fonctionnement d'un service de soins.

Le déploiement du parcours de soins MEDISIS sur le CH de Saint Nicolas de Port est une opportunité précieuse de s'arrêter sur les pratiques et de prendre le temps d'en améliorer la qualité. Implanter le parcours de soins MEDISIS ne consiste pas juste à rajouter des couches de prestations à l'existant. Il s'agit d'une refonte globale en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse de chaque patient.

Dans le cadre de l'extrapolation du parcours MEDISIS au sein du SSR de Saint Nicolas de Port, certains patients admis arrivent du service d'orthopédie. La prise en charge par le kinésithérapeute est indispensable. En SSR gériatrique, le kinésithérapeute, au moyen d'actes et de techniques manuels ou instrumentales de rééducation s'efforce de rétablir ou de suppléer les capacités fonctionnelles altérées. Se pose dès à présent la pertinence d'une nouvelle page « rééducation » dans le livret personnalisé de sortie. Ces informations seront là pour rappeler au patient son cheminement lors de son séjour en SSR, pour dispenser des conseils et servir de support aux professionnels libéraux qui interviendront par la suite. Un item « rééducation » sera intégré au courrier de conciliation de sortie envoyé aux professionnels libéraux. Il faudra introduire dans la boucle des interlocuteurs à privilégier les kinésithérapeutes libéraux.

Cette stratégie évoquée trouve un appui en la maison de santé pluriprofessionnelle portoise, créée à l'initiative du Docteur GRANG. Cette maison de santé regroupe des médecins, des infirmiers, des kinésithérapeutes et des orthophonistes. Cette proximité entre professionnels de santé permet une étroite collaboration : développement de parcours patient personnalisés en ville.

Dans le cadre d'un retour à domicile ou d'une prise en charge en SSR en post hospitalisation, le médecin libéral s'interroge sur la rupture de la prise en charge médicamenteuse entre la ville et l'hôpital. La perte d'informations concernant les éléments de prise en charge au cours de l'hospitalisation est fréquente et quelque peu déstabilisante pour un médecin de famille. L'envoi de la lettre de conciliation de sortie à J0 devient un enjeu majeur. Les médecins libéraux s'ouvrent aux nouvelles technologies. Il faut les sensibiliser à vérifier quotidiennement leur messagerie sécurisée pour optimiser la transmission de la lettre de conciliation de sortie et promouvoir le zéro papier.

Après ces semaines de recul et la réflexion faite sur ce travail, il semble que le frein majeur actuel est la non-informatisation des données médicales patient. Cela nécessite à l'heure actuelle un stockage des données sur un support dont l'accès est restreint et une faible contribution des données sémiologiques et cliniques. Les préconisations émises s'avèrent être globalement des axes d'amélioration à moyen terme, excepté celles concernant la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission. Par exemple, il est déjà convenu avec l'équipe conciliation du CH de Lunéville de dates de formation des externes de la rentrée 2019/2020.

S'interroger sur sa pratique fréquemment reste un exercice fastidieux. Il est estimable de savoir se remettre en question afin de progresser et d'aller de l'avant.

CONCLUSION

Le parcours de soins MEDISIS est un cercle vertueux gravitant autour de la personne âgée hospitalisée après passage aux urgences. Depuis début 2017, ce projet n'a cessé de s'enrichir humainement et matériellement. L'engouement suscité auprès d'autres établissements de santé, de professionnels de santé libéraux et d'associations de patient montre l'impact d'un service de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse aux points de transition lors d'une hospitalisation. Il convient de s'interroger sur les retombées médico-économiques en matière de ré-hospitalisation ou de recours à l'hospitalisation à 30 jours pour un patient MEDISIS.

Le parcours de soins MEDISIS intervient auprès de différents acteurs ce qui fait la force de ce projet. Il intercepte les erreurs médicamenteuses à l'admission en informant le médecin hospitalier et assure la continuité ville-hôpital via le bilan médicamenteux. Il sait récolter le ressenti du principal intéressé « le patient ». Il est en mesure de satisfaire le professionnel de santé de par le caractère concis, clair et pertinent du courrier de sortie.

Réinventer dans sa globalité l'organisation de la sortie du patient est l'enjeu de ces prochaines années. Le projet SILVHIE, Service Interne de Liaison Ville Hôpital pour Informer les professionnels et Éduquer les patients revendique être la nouvelle ingénierie de la sortie. Selon le type de patient et la typologie de la prise en charge, le SILVHIE fait intervenir une ou plusieurs de ces 5 organisations : Service Social, Cellule mobile de gériatrie, MEDISIS, PRADO, PAERPA. A l'heure actuelle, le parcours de soins MEDISIS coordonne la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse au cours de l'hospitalisation de l'admission à la sortie. Il assure aussi le suivi du retour à domicile et s'interroge sur la compréhension, le savoir réagir du patient. Il interpelle le patient quant à son ressenti, sa satisfaction, son dépit, ses remarques, ses désidératas.

Cette extrapolation en SSR révèle l'importance d'échanger les informations entre professionnels de santé qu'ils soient hospitaliers ou libéraux pour optimiser la prise en

charge du patient. Il convient donc que chaque établissement de santé puisse proposer un service de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse aux points de transition.

« Le passé c'est bien, mais l'exaltation du présent, c'est une façon de se tenir, un devoir.

Dans notre civilisation, on maltraite le présent, on est sans cesse tendu vers ce que l'on voudrait avoir, on ne s'émerveille plus de ce que l'on a.

On se plaint de ce que l'on voudrait avoir.

Drôle de mentalité ! Se contenter n'est pas péjoratif.

Revenir au bonheur de ce que l'on a, c'est un savoir vivre ».

Olivier de Kersauson

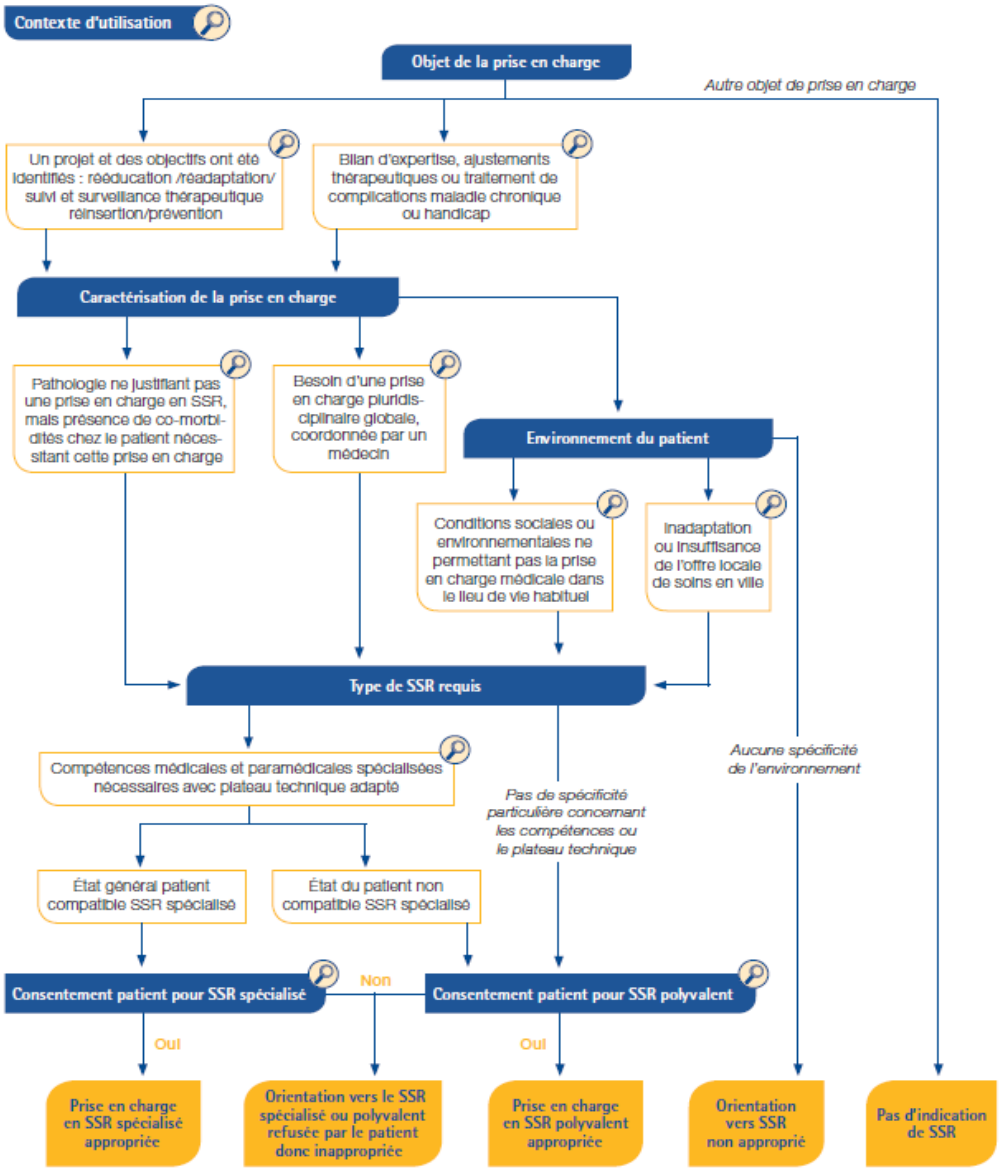
ANNEXES

Annexe 1 : Outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en soins de suite et de réadaptation

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en soins de suite et de réadaptation

Juillet 2013



Annexe 2 : Questionnaire Conciliation à l'admission en établissement de SSR – CH n°1

Nom établissement	CH n°1
Contact (Nom/mail/numéro)	[redacted] @ch- [redacted] .fr [redacted]
Nombre de lits concernés par activité de conciliation	26
Nombre total de lits sur le SSR	26 + 10 + 10 = 46
Spécificité/orientation du SRR	Spécialisé (locomoteur + neuro)
Situation géographique en matière d'établissement de santé	Périmètre de 60 km : CHU, CH autre, CH n°2
Personnel médical : nature et nombre	1 PH
Personnel para médical : nature et nombre	4 IDE (sollicitées pour la CTM) + 1 cadre
Personnel pharmacie/activité de conciliation : nature et nombre	Assistant : 0.2 ETP

I. Mise en place

- Quand avez-vous mis en place la conciliation à l'admission dans votre établissement ? Mise en place en FEVRIER 2019 dans le service de SSR spécialisé.

- Quels ont été les freins ? manque d'ETP pharmaceutique, service désorganisé avec d'autres problématiques que de mettre en place la conciliation (recrutement de kiné, recrutement d'un médecin référent de l'unité), adhésion médicale, outils informatique en cours de paramétrage (HOSPVILLE), logiciel métier peu adapté pour faire de la pharmacie clinique (OSIRIS), PUI à moderniser pour libérer du temps sur la pharmacie clinique

- Quels ont été les leviers ? poste ASP dans le cadre du projet [redacted] en novembre 2018 (0.6 ETP CH n°2, 0.4 ETP CH n°1), très bonne relation entre pharmacie et le cadre du service, patience de la pharmacie

- Les personnes ressources extérieures à l'établissement ? Pourquoi ?

  Pharmaciens du projet [redacted], médecins du CHF qui témoignent l'intérêt et les bienfaits de la CTM, officines du bassin coopérantes

- Les personnes ressources dans l'établissement ? Pourquoi ? Président de CME, signataire du projet [redacted], directeur d'établissement

- Avez-vous institutionnalisé le projet ? oui

- Comment avez-vous communiqué ? Dans l'établissement ? Avec les libéraux ? CME (programmé depuis décembre mais jamais en tête des ordres du jour donc toujours reporté), direction, cadres, médecin coordonnateur, médecin référent, réunion lancement [redacted]

- Feriez-vous pareil maintenant ?

Non : Modernisation de la PUI en amont, mise à disposition d'un ETP pharmacien plus conséquent (présence tous les jours) pour convaincre le corps médical, sondage des services enthousiastes pour démarrer avec un service facile.

II. Conciliation à l'admission – Pratique de l'établissement

- Comment réalisez-vous le bilan médicamenteux [BM]? Décrivez votre démarche.

Sélection des entrants (pharmacien ou interne) : patient hospitalisé la veille aux urgences, âgé > 65 ans

Pharmacien, interne, PPH :

Lecture du Compte-Rendu des urgences, pré renseignement fiche d'entretien patient (nom, prénom, âge, motif d'hospitalisation, état cognitif, numéro de chambre, ATCD)

Entretien patient (15 min)

Recherche ordonnance dans dossier médical

Appel pharmacie (systématique)

Appel aidant, bureau infirmier si manque des sources ou si entretien patient non contributif

Si préparateur en pharmacie, synthèse du travail réalisé pour validation

- Quel est le délai de réalisation de la conciliation à l'admission ?

Idéalement < 48h, max 72h. Au delà = critère d'exclusion

- Est-elle réalisée en proactif ? En rétroactif ?

100% rétroactif

- Quels outils utilisez-vous ?

Fiche de recueil/entretien patient, compte-rendu urgence, HOSPIVILLE

- Décrivez les interactions avec votre logiciel métier.

Avec les substitutions validées en COMEDIMS : non concerné, travail futur à réaliser

Avec l'analyse pharmaceutique : réalisation de la conciliation puis validation de l'ordonnance

Dans le cas d'un patient transféré d'un CH voisin,

- Comment faites-vous le distinguo entre le BM [médicaments pris au domicile] et les modifications opérées à l'hôpital ?

Prise en compte de l'ordonnance de sortie du service en amont et de l'ordonnance à l'admission du service en aval dans le processus de conciliation d'entrée sur un transfert

- Les patients transférés ont-ils été conciliés à l'admission ? À la sortie ?

Processus en cours de mise en place mais le plus souvent, absence de conciliation réalisée en amont (ou défaut de transmissions des informations)

- Si oui, avez-vous une démarche spécifique ?

Annuaire des pharmaciens cliniciens GHT [redacted] (services où la conciliation est effective sont identifiés)

- Quels documents vous sont communiqués lors d'un transfert ? La démarche est-elle standardisée ?

A minima : conciliation d'entrée (cas des transferts internes sans ordo de sortie), +/- ordo de sortie (si transfert vers un autre établissement sans avoir pu faire la conciliation de sortie), +/- conciliation de sortie complète

- Quels outils utilisez-vous ?

Messagerie sécurisée (MSsanté) entre pharmaciens. Volonté d'utiliser un outil de conciliation commun avec les intervenants du GHT (HOSPIVILLE).

Annexe 3 : Questionnaire Conciliation à l'admission en établissement de SSR – CH n°2

Nom établissement	CH [redacted]
Contact (Nom/mail/numéro)	[redacted] @ch- [redacted] .fr
Nombre de lits concernés par activité de conciliation	28 +29+25 = 82
Nombre total de lits sur le SSR	25
Spécificité/orientation du SRR	polyvalent
Situation géographique en matière d'établissement de santé	Périmètre de 60 km : CHU [redacted], et de 2 CH
Personnel médical : nature et nombre	10 ph, 0.5 assistant, 3 internes
Personnel para médical : nature et nombre	9 IDE (sollicités pour la CTM)
Personnel pharmacie/activité de conciliation : nature et nombre	PH 0.1 ETP x1 (supervise l'activité) assistant 0.5 ETP X2 interne 0.8 ETP X1 PPH X3 (1 conciliation/j au total)

I. Mise en place

- Quand avez-vous mis en place la conciliation à l'admission dans votre établissement ? Mise en place en mai 2016 dans le service de cardio pneumo puis en médecine interne en novembre 2016, proposition de conciliation à la demande depuis 2017 et SSR en janvier 2019.
- Quels ont été les freins ? manque d'ETP pharmaceutique, adhésion médicale (chirurgie, cardio/pneumo), performant sur les conciliations de sorties
- Quels ont été les leviers ? Création d'un poste d'interne en mai 2016 puis poste d'assistant partagé avec le CHU en novembre 2016 et poste ASP dans le cadre du projet [redacted] en novembre 2018, très bonnes relations entre pharmacie et services de médecins interne et SSR, Paramétrage outils informatiques, critères d'éligibilité des patients, prescription de conciliations par le corps médical, planning prévisionnel des sorties (SSR)
- Les personnes ressources extérieures à l'établissement ? Pourquoi ? Association « soigner ensemble en pays de [redacted] » : interrogation des professionnels de ville via un questionnaire sur la conciliation, poster sur la conciliation réalisée pour une journée porte ouverte de l'association
- Les personnes ressources dans l'établissement ? Pourquoi ? Présidente de CME, Médecin gestionnaire des risques, médecins convaincus par l'intérêt de la conciliation
- Avez-vous institutionnalisé le projet ? oui
- Comment avez-vous communiqué ? Dans l'établissement ? Avec les libéraux ? CME, COMEDIMS, CREX, chefs de pôles, réunion de cadres, journal interne (Bulletin d'Information pharmaceutique)
- Feriez-vous pareil maintenant ? Choix volontaire d'un service « difficile » où des dysfonctionnements concernant la continuité des traitements avaient été signalés pour le démarrage. Il aurait peut-être été préférable de commencer par un service dans lequel nous aurions pu nous appuyer sur un médecin ressource et de bénéficier ainsi de ses retours positifs avant d'étendre à d'autres services.

II. Conciliation à l'admission – Pratique de l'établissement

- Comment réalisez-vous le bilan médicamenteux [BM]? Décrivez votre démarche.

Sélection des entrants (pharmacien ou interne) : patient hospitalisé la veille aux urgences, âgé > 65 ans

Pharmacien, interne, Préparateur en Pharmacie Hospitalière :

Lecture du Compte Rendu des urgences, pré renseignement fiche d'entretien patient (nom, prénom, âge, motif d'hospitalisation, état cognitif, numéro de chambre, antécédents)

Entretien patient (15 min)

Recherche ordonnance dans dossier médical

Appel pharmacie (systématique)

Appel aidant, bureau infirmier si manque des sources ou si entretien patient non contributif

Si préparateur en pharmacie hospitalière, synthèse du travail réalisé pour validation

- Quel est le délai de réalisation de la conciliation à l'admission ?

Idéalement < 48h, max 72h. Au delà = critère d'exclusion

- Est-elle réalisée en proactif ? En rétroactif ?

95% rétroactif, 5% proactif

- Quels outils utilisez-vous ?

Fiche de recueil/entretien patient, compte-rendu urgence, fiche de conciliation générée sur notre logiciel pharmaceutique (SILLAGE)

- Décrivez les interactions avec votre logiciel métier.

Avec les substitutions validées en COMEDIMS : RAS

Avec l'analyse pharmaceutique : réalisation de la conciliation puis validation de l'ordonnance

Dans le cas d'un patient transféré d'un CH voisin,

- Comment faites-vous le distinguo entre le BM [médicaments pris au domicile] et les modifications opérées à l'hôpital ?

Prise en compte de l'ordo de sortie du service en amont et de l'ordonnance à l'admission du service en aval dans le processus de conciliation d'entrée sur un transfert

- Les patients transférés ont-ils été conciliés à l'admission ? À la sortie ?

Processus en cours de mise en place mais le plus souvent, absence de conciliation réalisée en amont (ou défaut de transmissions des informations)

- Si oui, avez-vous une démarche spécifique ?

Annuaire des pharmaciens cliniciens GHT [redacted] (services où la conciliation est effective sont identifiés).

- Quels documents vous sont communiqués lors d'un transfert ? La démarche est-elle standardisée ?

A minima : conciliation d'entrée (cas des transferts internes sans ordonnance de sortie), +/- ordo de sortie (si transfert vers un autre établissement sans avoir pu faire la conciliation de sortie), +/- conciliation de sortie complète

- Quels outils utilisez-vous ?

Messagerie sécurisée (MSsanté) entre pharmaciens. Volonté d'utiliser un outil de conciliation commun avec les intervenants du GHT (HOSPIVILLE).

Annexe 4 : Questionnaire Conciliation à l'admission en établissement de SSR – CH n°3

Nom établissement	CH [redacted]
Contact (Nom/mail/numéro)	[redacted]
Nombre de lits concernés par activité de conciliation	40
Nombre total de lits sur le SSR	25
Spécificité/orientation du SRR	SSR orientation gériatrique
Situation géographique en matière d'établissement de santé	Hôpital local, 20km du CHU
Personnel médical : nature et nombre	14 médecins généralistes libéraux
Personnel para médical : nature et nombre	
Personnel pharmacie/activité de conciliation : nature et nombre	1 pharmacien 50 %

I. Mise en place

Quand avez-vous mis en place la conciliation à l'admission dans votre établissement ? novembre 2018

Quels ont été les freins ? Absence de médecin titulaire sur l'établissement, difficultés pour dégager un temps d'échange avec les médecins libéraux et pour leur transmettre des informations.

Quels ont été les leviers ? Bonnes relations entre la pharmacie et les soignants et avec les médecins.

Les personnes ressources extérieures à l'établissement ? Pourquoi ? Financement d'un poste de pharmacien assistant partagé sur l'établissement dans le cadre d'un projet GHT (appel à projet DGOS)

Les personnes ressources dans l'établissement ? Pourquoi ? Appui de la direction de l'hôpital. Les préparateurs ont ou vont suivre une formation sur 2 jours à la conciliation (1 journée théorique et 1 journée pratique), qui est faite au CHU [redacted].

Avez-vous institutionnalisé le projet ? CME et directoire

Comment avez-vous communiqué ? Dans l'établissement ? Avec les libéraux ? Présentation en COMEDIMS, en CME et réunion de service pour présentation aux IDE.

Feriez-vous pareil maintenant ? Oui + information des officines de ville environnantes.

II. Conciliation à l'admission – Pratique de l'établissement

Comment réalisez-vous le bilan médicamenteux [BM]? Décrivez votre démarche. Pour réaliser le bilan médicamenteux, la première étape est d'aller consulter le dossier médical papier pour recueillir les différentes informations disponibles. Un entretien avec le patient est ensuite réalisé par un pharmacien pour compléter les informations. La pharmacie de ville du patient est ensuite contactée ainsi que les IDE libéraux, aidants ou autres sources le cas échéant. Une fois toutes les informations recueillies à l'aide d'une fiche de recueil papier, le bilan est saisi et validé par le pharmacien. Actuellement, les préparateurs ne participent pas à cette activité.

Quel est le délai de réalisation de la conciliation à l'admission ? 1 à 4 jours

Est-elle réalisée en proactif ? En rétroactif ? rétroactif le plus souvent

Quels outils utilisez-vous ? HOSPIVILLE

Décrivez les interactions avec votre logiciel métier. Aucune, insertion d'un document pdf dans le dossier médical informatisé

Avec les substitutions validées en COMEDIMS : le paramétrage des « substituts obligatoires » a dû être modifié sur le logiciel de prescription pour éviter que les substitutions ne se répercutent sur les ordonnances de sortie.

Avec l'analyse pharmaceutique : Les informations issues de la conciliation sont prises en compte dans l'analyse pharmaceutique des prescriptions.

Dans le cas d'un patient transféré d'un CH voisin,

Comment faites-vous le distinguo entre le BM [médicaments pris au domicile] et les modifications opérées à l'hôpital ? Réalisation de la conciliation en 2 temps : le BM est fait de la même façon que pour un patient venant du domicile mais il est ensuite comparé à la fois à l'ordonnance à l'admission mais aussi à l'ordonnance de sortie du service en amont.

Les patients transférés ont-ils été conciliés à l'admission ? À la sortie ? Occasionnellement, s'ils viennent d'un service où la conciliation est en place, mais le plus souvent non.

Si oui, avez-vous une démarche spécifique ? Si une conciliation de sortie/transfert a été faite, les informations nous sont transmises par l'équipe pharmaceutique en amont par messagerie sécurisée. Si seule une conciliation d'entrée a été effectuée en amont et que l'information du transfert ne nous a pas été transmise mais que le patient vient d'un service du GHT où la conciliation est en place, nous demandons à nos collègues de l'établissement en amont si une conciliation a été faite à l'admission et si oui, ils peuvent nous transmettre les informations.

Quels documents vous sont communiqués lors d'un transfert ? La démarche est-elle standardisée ? Le courrier de conciliation de sortie ainsi que les coordonnées des différents interlocuteurs qui ont permis d'établir le bilan médicamenteux (pharmacie de ville, IDE à domicile, aidants, médecin traitant, …). La standardisation de la démarche a été discutée lors d'une réunion en mars 2019 avec les différents pharmaciens impliqués dans la conciliation médicamenteuse sur le GHT.

Quels outils utilisez-vous ? Les informations sont transmises par messagerie sécurisée.

Annexe 5 : Questionnaire Conciliation à l'admission en établissement de SSR – CH n°4

Nom établissement	CH [redacted]
Contact (Nom/mail/numéro)	[redacted] pharmacie@ch-[redacted].fr [redacted]
Nombre de lits concernés par activité de conciliation	37 lits (MED + SSR)
Nombre total de lits sur le SSR	25 lits
Spécificité/orientation du SSR	SSR orientation gériatrique
Situation géographique en matière d'établissement de santé	Hôpital local, 20 kms du CHU [redacted]
Personnel médical : nature et nombre	- 3 médecins généralistes libéraux - 2 médecins salariés
Personnel para médical : nature et nombre	
Personnel pharmacie/activité de conciliation : nature et nombre	- 1.3 ETP Pharmaciens sur la PUI [redacted] (temps dédié conciliation difficile à quantifier)

I. Mise en place

Quand avez-vous mis en place la conciliation à l'admission dans votre établissement ? Novembre 2018

Quels ont été les freins ? Difficultés dans la mise en place du temps dédié conciliation

Quels ont été les leviers ? Bonne entente, motivation, proximité et professionnalisme au sein de l'équipe hospitalière : IDE, médecins, AS,…

Les personnes ressources extérieures à l'établissement ? Pourquoi ? Financement d'un poste de pharmacien assistant partagé (0.5 ETP) sur l'établissement dans le cadre d'un projet GHT (appel à projet DGOS)

Les personnes ressources dans l'établissement ? Pourquoi ? Appui de la direction de l'hôpital. Les préparateurs ont suivi ou vont suivre une formation sur 2 jours à la conciliation (1 journée théorique et 1 journée pratique), réalisée par le CHU [redacted].

Avez-vous institutionnalisé le projet ? CME, COMEDIMS

Comment avez-vous communiqué ? Présentation du projet territoriale au CHU [redacted]

+ Réunions/Courriers

Dans l'établissement ? Réunion avec l'équipe de SSR, lors CME et COMEDIMS

Avec les libéraux ? Courriers postaux

Feriez-vous pareil maintenant ? Oui + information des officines de ville environnantes.

II. Conciliation à l'admission – Pratique de l'établissement

Comment réalisez-vous le bilan médicamenteux [BM]? Décrivez votre démarche.

- PROACTIF

- Dossier médical papier
- Entretien patient
- Contact pharmacie officine/IDE libéraux/aidants/médecin traitant/CH d'amont/médecins spécialistes ,…(en fonction du contexte)

- RETROACTIF

- Dossier patient informatisé/dossier médical papier
- Entretien patient
- Contact pharmacien officine/IDE libéraux/aidants/médecin traitant/CH d'amont/médecins spécialistes,…(en fonction du contexte)

Quel est le délai de réalisation de la conciliation à l'admission ? 1 à 4 jours

Est-elle réalisée en proactif ? En rétroactif ? Les 2 mais rétroactif le plus souvent

Quels outils utilisez-vous ? HOSPIVILLE

Décrivez les interactions avec votre logiciel métier. Absente pour le moment, insertion d'un document pdf dans le dossier médical informatisé

Avec les substitutions validées en COMEDIMS : le paramétrage des « substituts obligatoires » doit être modifié sur le logiciel de prescription

Avec l'analyse pharmaceutique.

Dans le cas d'un patient transféré d'un CH voisin,

Comment faites-vous le distinguo entre le BM [médicaments pris au domicile] et les modifications opérées à l'hôpital ? Réalisation de la conciliation en 2 temps : le BM est fait de la même façon que pour un patient venant du domicile mais il est ensuite comparé à la fois à l'ordonnance à l'admission mais aussi à l'ordonnance de sortie du service en amont.

Les patients transférés ont-ils été conciliés à l'admission ? À la sortie ? Parfois.

Soit conciliation admission + sortie

Soit conciliation admission

Soit pas de conciliation

Si oui, avez-vous une démarche spécifique ? Si une conciliation de sortie/transfert a été faite, les informations nous sont transmises par l'équipe pharmaceutique en amont par messagerie sécurisée. Si seule une conciliation d'entrée a été effectuée en amont et que l'information du transfert ne nous a pas été transmise mais que le patient vient d'un service du GHT où la conciliation est en place, nous demandons à nos collègues de l'établissement en amont si une conciliation a été faite à l'admission et si oui, ils peuvent nous transmettre les informations.

Quels documents vous sont communiqués lors d'un transfert ? La démarche est-elle standardisée ? Le courrier de conciliation de sortie ainsi que les coordonnées des différents interlocuteurs qui ont permis d'établir le bilan médicamenteux (pharmacie de ville, IDE à domicile, aidants, médecin traitant, …). La standardisation de la démarche a été discutée lors d'une réunion en mars 2019 avec les différents pharmaciens impliqués dans la conciliation médicamenteuse sur le GHT.

Quels outils utilisez-vous ? Les informations sont transmises par messagerie sécurisée.

Annexe 6 : Questionnaire Conciliation à l'admission en établissement de SSR – CHU SSR n°5

Nom établissement	CHU – SSR n°5
Contact (Nom/mail/numéro)	[redacted]@chu[redacted].fr
Nombre de lits concernés par activité de conciliation	67 lits
Nombre total de lits sur le SSR	67 lits de SSR
Spécificité/orientation du SSR	SSR orientation gériatrique
Situation géographique en matière d'établissement de santé	[redacted] 4.5 km du site principal du CHU
Personnel médical : nature et nombre	Env. 5 ETP médecin (PH et assistants) + 5 internes en médecine
Personnel para médical : nature et nombre	
Personnel pharmacie/activité de conciliation : nature et nombre	- 0.4 ETP Pharmaciens dans le service de SSR (dont validation pharmaceutique, conciliation, autres) - 0.5 ETP Externes en pharmacie

I. Mise en place

Quand avez-vous mis en place la conciliation à l'admission dans votre établissement ? Décembre 2018

Quels ont été les freins ? Personnel médical non habitué à la présence d'un pharmacien (pas de PUI sur le site) et méconnaissance de la conciliation médicamenteuse, pas d'externes prévus en continu sur l'année (pour cette année). Le temps partiel rend parfois compliqué la réalisation des conciliations de sortie.

Quels ont été les leviers ? Bonne entente, motivation des médecins du service, présence au sein de l'unité

Les personnes ressources extérieures à l'établissement ? Pourquoi ? Financement d'un poste de pharmacien assistant partagé (0.5 ETP) sur l'établissement dans le cadre d'un projet GHT (appel à projet DGOS)

Les personnes ressources dans l'établissement ? Pourquoi ? Appui de la direction de l'hôpital, externes en pharmacie

Avez-vous institutionnalisé le projet ? CME

Comment avez-vous communiqué ? Présentation du projet territoriale sur le CHU

+ Réunions/Courriers aux praticiens du service

Dans l'établissement ? Réunion avec l'équipe médicale de SSR

Avec les libéraux ? Non

Feriez-vous pareil maintenant ? Oui + améliorer la communication avec les professionnels de ville (échanges par messagerie sécurisée mais certains professionnels ne la consultent pas ou ignorent même son existence) + améliorer la communication auprès des internes de médecine du SSR (non présents lors de la réunion)

II. Conciliation à l'admission – Pratique de l'établissement

Comment réalisez-vous le bilan médicamenteux [BM]? Décrivez votre démarche.

- Dossier patient informatisé/dossier médical papier
- Entretien patient
- Contact pharmacien officine/IDE libéraux/aidants/médecin traitant/CH d'amont/médecins spécialistes,…(en fonction du contexte)
- Rarement : traitement personnel apporté par le patient

Réalisé par le pharmacien ou l'externe en pharmacie, validé par le pharmacien

Quel est le délai de réalisation de la conciliation à l'admission ? 1 à 4 jours

Est-elle réalisée en proactif ? En rétroactif ? Les 2 mais rétroactif le plus souvent

Quels outils utilisez-vous ? DxCare

Décrivez les interactions avec votre logiciel métier. Conciliation directement faite dans le logiciel métier DxCare. Elle reste donc accessible par tous les services à tout moment.

Utilisation prochaine d'HOSPIVILLE pour utiliser un outil commun sur le GHT accessible à tous les établissements du GHT. Interfaçage en cours de réflexion par le concepteur.

Avec les substitutions validées en COMEDIMS : pas de problèmes particuliers puisque logiciel de prescription = logiciel de conciliation + possibilité de sélectionner « Équivalent Livret » lors de la comparaison BMO/OMA

Avec l'analyse pharmaceutique. Toujours associée à la validation de la conciliation d'entrée par le pharmacien, de niveau 3.

Dans le cas d'un patient transféré d'un CH voisin,

Comment faites-vous le distinguo entre le BM [médicaments pris au domicile] et les modifications opérées à l'hôpital ? Réalisation de la conciliation en 2 temps : le BM est fait de la même façon que pour un patient venant du domicile ou récupéré dans le logiciel si patient déjà concilié, il est ensuite comparé à la fois à l'ordonnance à l'admission mais aussi à l'ordonnance de sortie du service en amont. Les divergences BM/ordo de sortie d'amont sont renseignées en commentaire.

Les patients transférés ont-ils été conciliés à l'admission ? À la sortie ? Parfois. Tout dépend du service d'origine.

Soit conciliation admission + sortie

Soit conciliation admission

Soit pas de conciliation

Si oui, avez-vous une démarche spécifique ?

Si le patient a été concilié, il vient forcément du CHU donc avec DPI commun. La conciliation est accessible sur le SSR.

Quels documents vous sont communiqués lors d'un transfert ? La démarche est-elle standardisée ?

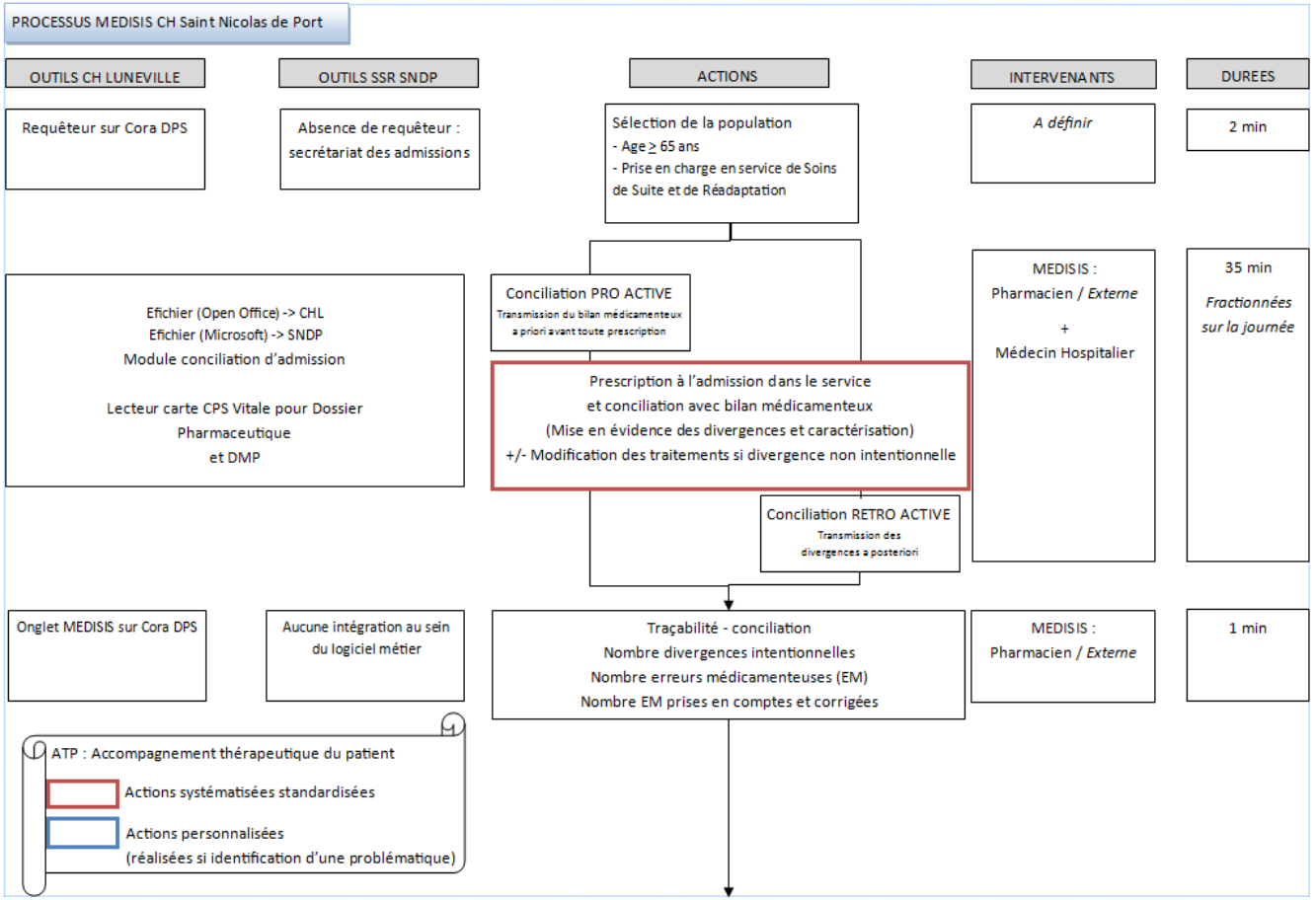
Tout est disponible dans le DPI sur DxCare (Conciliation d'entrée, prescription de sortie +/- courrier de conciliation de sortie…).

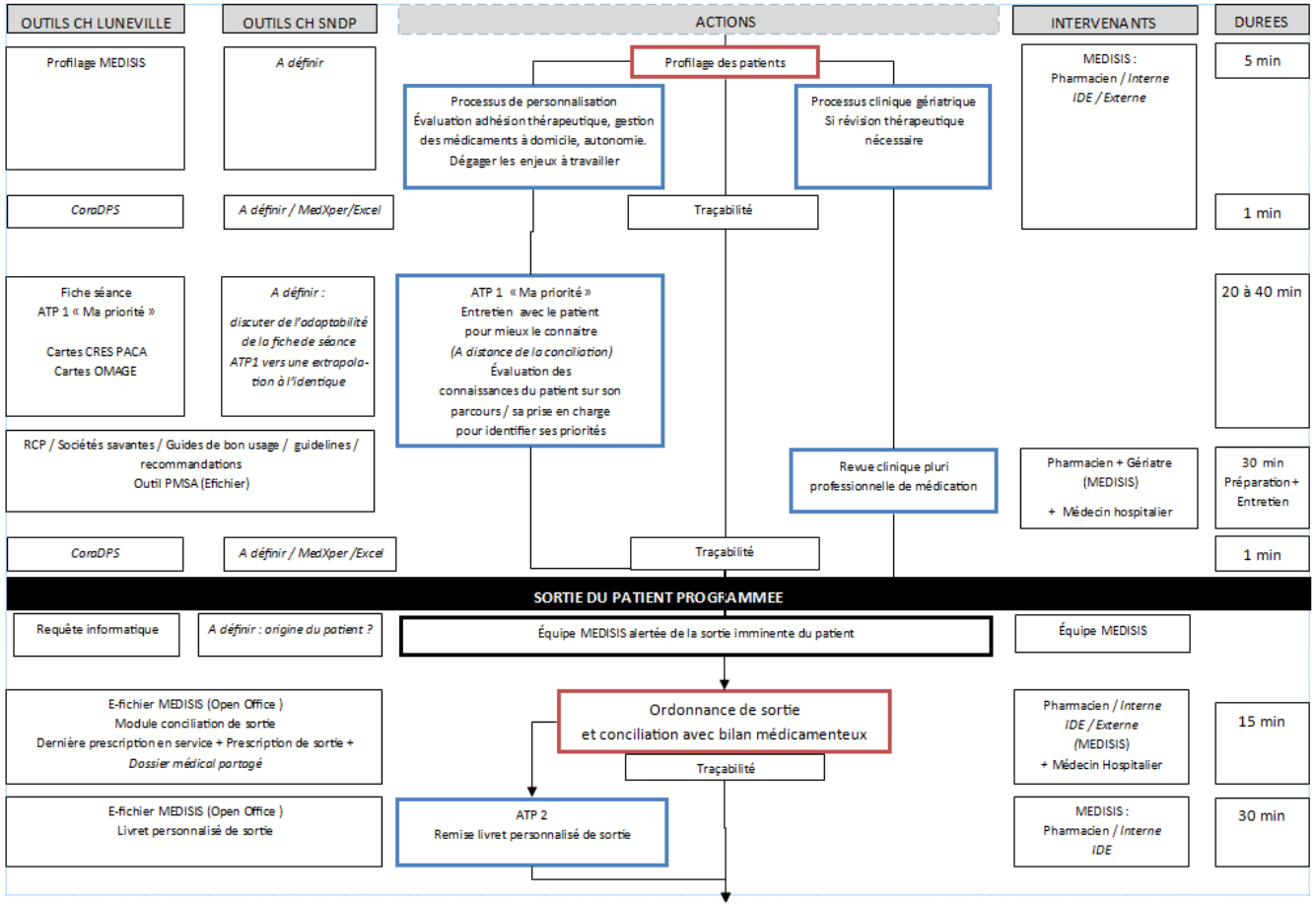
(La procédure concernant les éléments à transmettre lors des transferts intra GHT (dont établissement hors CHU) est en cours de réflexion et sera validée lors de la prochaine réunion du GHT fin avril.)

Quels outils utilisez-vous ? DxCare.

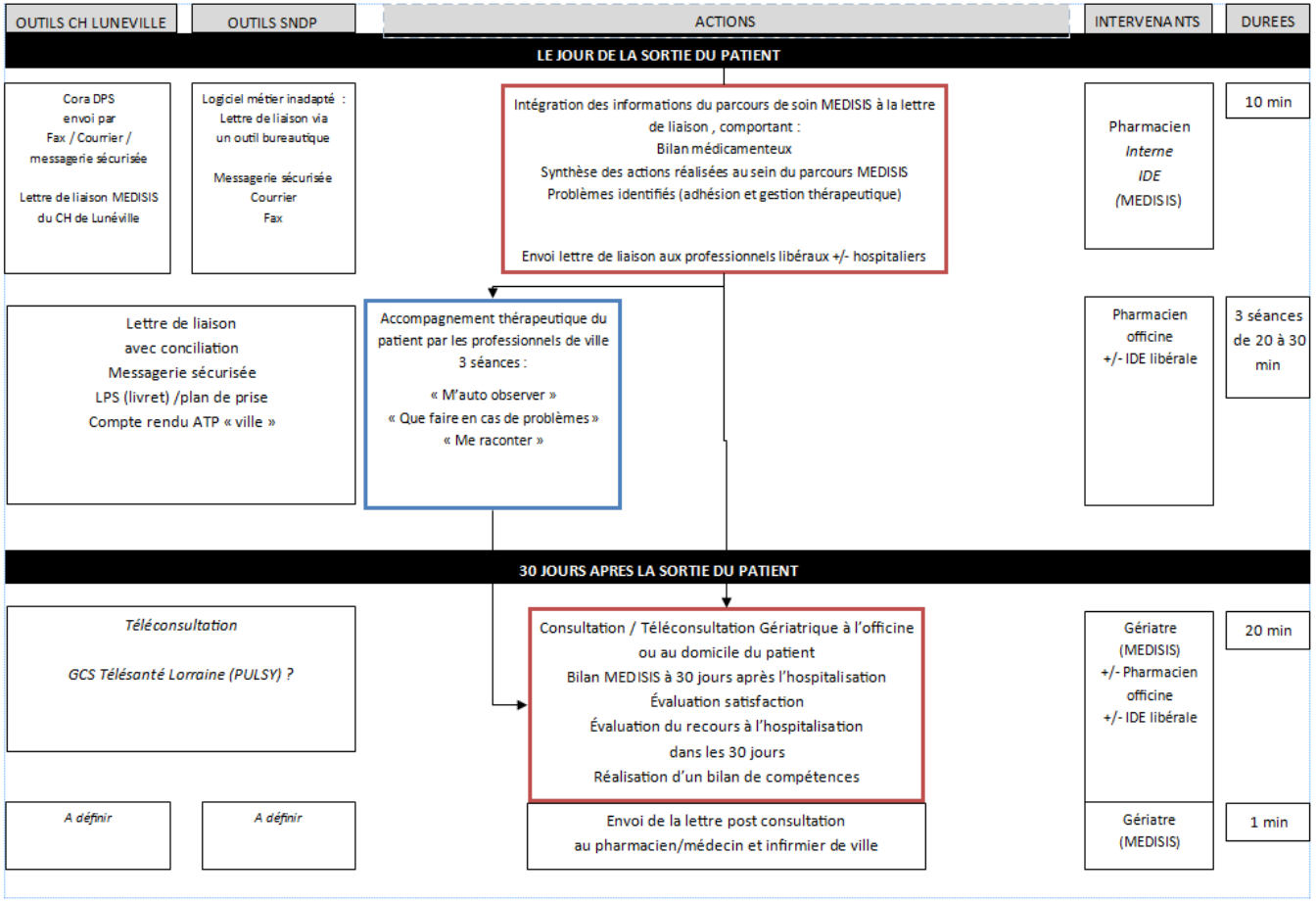
Annexe 7 : Process MEDISIS – SSR Saint Nicolas de Port

Février 2019




OUTILS CH LUNEVILLE
OUTILS CH SNDP
ACTIONS
INTERVENANTS
DUREES
Profilage MEDISIS
A définir
Profilage des patients
MEDISIS : Pharmacien / Interne IDE / Externe
5 min
Processus de personnalisation Évaluation adhésion thérapeutique, gestion des médicaments à domicile, autonomie. Dégager les enjeux à travailler
Processus clinique gériatrique Si révision thérapeutique nécessaire
CoraDPS
A définir / MedXper/Excel
Traçabilité
1 min
Fiche séance ATP 1 « Ma priorité »
Cartes CRES PACA
Cartes OMAGE
A définir : discuter de l'adaptabilité de la fiche de séance ATP1 vers une extrapolation à l'identique
ATP 1 « Ma priorité » Entretien avec le patient pour mieux le connaitre (A distance de la conciliation) Évaluation des connaissances du patient sur son parcours / sa prise en charge pour identifier ses priorités
20 à 40 min
RCP / Sociétés savantes / Guides de bon usage / guidelines / recommandations
Outil PMSA (Efichier)
Revue clinique pluri professionnelle de médication
Pharmacien + Gériatre (MEDISIS)
+ Médecin hospitalier
30 min Préparation + Entretien
CoraDPS
A définir / MedXper /Excel
Traçabilité
1 min
SORTIE DU PATIENT PROGRAMMEE
Requête informatique
A définir : origine du patient ?
Équipe MEDISIS alertée de la sortie imminente du patient
Équipe MEDISIS
E-fichier MEDISIS (Open Office)
Module conciliation de sortie
Dernière prescription en service + Prescription de sortie +
Dossier médical partagé
Ordonnance de sortie et conciliation avec bilan médicamenteux
Traçabilité
Pharmacien / Interne IDE / Externe (MEDISIS) + Médecin Hospitalier
15 min
E-fichier MEDISIS (Open Office)
Livret personnalisé de sortie
ATP 2
Remise livret personnalisé de sortie
MEDISIS : Pharmacien / Interne IDE
30 min

Février 2019



BIBLIOGRAPHIE

[1] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (page consultée le 22/02/2019). Définition officielle de l'OMS, [en ligne]. https://www.who.int/fr

[2] Haute Autorité de Santé (HAS). (page consultée le 22/02/2019). Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, [en ligne]. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiGgYvn7vLjAhVSXRoKHd5qBdAQFjABegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.has-sante.fr%2Fjcms%2Fc_2618586%2Ffr%2Fexemples-d-analyses-de-parcours&usg=AOvVaw0WATgt-F7XGypTdwKX9rmD

[3] Ministère des Solidarités et de la Santé. (page consultée le 22/02/2019). Parcours de santé, de soins et de vie, [en ligne]. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=9&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjJkors-_LjAhVFzBoKHdC0AK0QFjAIegQIAhAB&url=https%3A%2F%2Fsolidarites-sante.gouv.fr%2Fsysteme-de-sante-et-medico-social%2Fparcours-des-patients-et-des-usagers%2Farticle%2Fparcours-de-sante-de-soins-et-de-vie&usg=AOvVaw3N5jpbw1qew2lW3TjMv0hS

[4] ResearchGate. (page consultée le 04/03/2019). Emergency re-admissions to hospital due to adverse drug reactions within 1 year of the index admission [en ligne] https://www.researchgate.net/publication/47643089_Emergency_readmissions_to_hospital_due_to_adverse_drug_reactions_within_1_year_of_the_index_admission

[5] Beijer HJ, de Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. Pharm World Sci 2002;24(2):46-54.

[6] Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. BMJ 2004;329(7456):15-9.

[7] Tamblyn R, Laprise R, Hanley JA. Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. JAMA 2001;285(4):421-9.

[8] Gurwitz JH, Avorn J. The ambiguous relation between aging and adverse drug reactions. Ann Intern Med 1991;114(11):956-66.

[9] Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entres les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie

[10] Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) (page consultée le 01/03/2019). Définition de la pharmacie clinique, [en ligne]. http://sfpc.eu/fr/

[11] Ministère des Solidarités et de la Santé (page consultée le 04/03/2019). Pharmacie clinique en établissement de santé : la DGOS communique la liste des lauréats de son 2ème appel à projets, [en ligne].https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/pharmacie-clinique-en-etablissements-de-sante-la-dgos-communique-la-liste-des

[12] DMP, le Dossier Médical Partagé. (page consultée le 06/06/2019). Définition Dossier Médical Partagé, [en ligne]. https://www.dmp.fr

[13] Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM). (page consultée le 06/06/2019). Tout savoir sur le Dossier Médical Partagé (DMP), [en ligne]. https://www.ameli.fr/assure/sante/dossier-medical-partage/

[14] Agence Régionale de Santé (ARS). (page consultée le 05/03/2019). Projet Régional de Santé 2018-2028 Cadre d'orientation stratégique, [en ligne]. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwilxPi10vXjAhXQBGMBHShSAbEQFjABegQIABAC&url=https%3A%2F%2Fwww.grand-est.ars.sante.fr%2Fsystem%2Ffiles%2F2018-06%2F04_20180618_PRS_2018-2028_GE_COS.pdf&usg=AOvVaw2jqWztNd46JqDps875Usy9

[15] Grand Est Alsace Champagne Ardenne Lorraine. (page consultée le 04/03/2019). Diagnostic territorial du Grand Est, [en ligne]. https://www.grandest.fr/wp-content/uploads/2018/03/synthese-du-diagnostic-territorial-sraddet.pdf (page 19)

[16] Agence Régionale de Santé (ARS). (page consultée le 25/02/2019). Carte des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) Grand Est, [en pdf]. https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-07/carte_GHT__GE.pdf

[17] Institut Nationale de la Statistique et des études économiques (INSEE) (page consultée le 26/02/2019). Recensement de la population - Population légale en vigueur à compter du 1er janvier 2018, [en pdf]. Données locales INSEE – Département de la Meurthe et Moselle (54) https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-54#tableau-POP_G2

[18] Chambre de Commerce et d'Industrie (CCI). (page consultée le 04/03/2019). Territoire de Lunéville, [en pdf]. http://www.nancy.cci.fr/uploads/assets/files/moyens/luneville

[19] Ordre des Pharmaciens. (page consultée le 04/04/2019). Cartes départementales – Officine, [en ligne].http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Secteurs-d-activite/Officine/Cartes-departementales-Officine/Donnees-departementales

[20] Conseil National Professionnel de Gériatrie. (page consultée le 04/04/2019). Soins de Suite et de Rééducation- SSR, [en ligne]. https://www.cnpgeriatrie.fr/soins-de-suite-et-reeducation-ssr/

[21] Via Trajectoire Une orientation personnalisée. (page consultée le 04/04/2019). Recherche et inscription en maison de retraite, [en ligne]. https://trajectoire.sante-ra.fr/GrandAge/Pages/Public/Accueil.aspx

[22] Ministère des Solidarités et de la Santé. (page consultée le 13/04/2019). Fiches métiers – Masseur kinésithérapeutes, [en ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/masseur-kinesitherapeute

[23] Ministère des Solidarités et de la Santé. (page consultée le 13/04/2019). Fiches métiers – Ergothérapeute, [en ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/ergotherapeute

[24] Haute Autorité de Santé (HAS). (page consultée le 13/04/2019). Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé, [en pdf]. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi3p8vCgvbjAhUQD2MBHSouAekQFjACegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.has-sante.fr%2Fjcms%2Fc_2736442%2Ffr%2Fmettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante&usg=AOvVaw3TW7M7vccoTyc8nlUjRubA

[25] Haute Autorité de Santé (HAS). (page consultée le 13/04/2019). Programme OMAGE Optimisation des Médicaments chez les sujets AGEs, [en pdf]. http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-05/s3_dominique_bonnet_zamponi.pdf

[26] Popart G. Le Livret Personnalisé MEDISIS : Qu'en pensent vos patients ?. Mémoire en vue de l'obtention de l'unité de valeur « Economie de la Santé » du diplôme d'Etudes Spécialisées de Pharmacie : Nancy : 2018.

[27] Agence Régionale de Santé Grand Est. (page consultée le 13/07/2019). Innovations en santé – Appel à projets innovants pour accompagner la déclinaison opérationnelle du Projet Régional de Santé 2018-2028, [en pdf]. https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/201806/20180620_CdC_Appel_Projets_Innovations.pdf

[28] Dossier de presse, Rennes le 6 février 2019, CHU Rennes (page consultée le 26/03/2019). Une meilleure coordination des professionnels de santé du GHT Haute-Bretagne pour prévenir le risque médicamenteux, [en pdf]. https://www.chu-rennes.fr/documents/Documents/02-Le_chu/12-espace_presse/CHURennes_PresseCONPARMED_06.02.2019.pdf

[29] Maders H.P., Gauthier E., Le Gallais C. Conduire un projet d'organisation, guide méthodologique. Paris : éditions d'Organisation ; 1998.

[30] Gantt. (page consultée le 5/06/2019). Qu'est-ce qu'un diagramme de Gantt ?, [en ligne]. https://www.gantt.com/fr/

[31] Code de la Santé Publique – Article R5132-6

[32] Haute Autorité de Santé (HAS). (page consultée le 13/07/2019). Parcours de soins Questions/réponses – mai 2012, [en pdf]. http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf

[33] OLD'UP : Plus si jeunes, mais pas si vieux. (page consultée le 20/08/2019). OLD'UP, [en ligne]. https://www.oldup.fr/

[34] Vitalbase. (page consultée le 18/04/2019). Des objets intelligents pour les seniors, [en ligne]. https://vitalbase.com/

[35] Rapport Libault. (page consultée le 08/04/2019). Concertation Grand âge et autonomie, [en pdf]. https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/194000302.pdf

[36] Haute Autorité de Santé (HAS). (page consultée le 13/07/2019). Parcours de soins Questions/réponses – mai 2012, [en pdf]. http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruite dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.