



OMÉDIT PACA CORSE



Bilan interrégional
2009- 2010- 2011
des audits "Traitement personnel"
demandés au contrat de bon usage
PACA et CORSE

SOMMAIRE

Introduction	Page 4
Méthodologie	Page 4
Une démarche issue du premier contrat de bon usage 2006-2008	Page 4
Exigences du contrat de bon usage 2009-2011	Page 5
L'organisation de l'audit	Page 6
Les critères d'évaluation	Page 7
Présentation générale des résultats	
Mise en œuvre de l'audit et taux de participation	Page 9
Données exploitables	Page 10
Résultats d'ensemble	Page 10
Analyse comparative selon le respect des critères d'échantillonnage	Page 11
Analyse comparative des résultats selon le statut des établissements	Page 13
Structures de Dialyse	Page 14
Analyse selon le mode d'hospitalisation	Page 15
Analyse selon la catégorie de service	Page 16
Résultats détaillés par critère	
Critère 1	Page 17
Critère 2	Page 19
Critère 3	Page 20
Critère 4	Page 22
Critère 5	Page 23
Critère 6	Page 24
Critère 7	Page 25
Critère 8	Page 26
Conclusion	Page 27
Annexes	
Grille d'évaluation de la prise en charge du traitement personnel	Page 28
Exemples de grille remplie par un établissement	Page 30

Introduction

En contrepartie du remboursement des médicaments et des produits et prestations en sus de la tarification des actes, les établissements doivent signer un contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations (CBU) avec l'Agence régionale de santé (ARS). Dans le cadre de cette contractualisation, les établissements signataires du contrat de bon usage des médicaments et produits et prestations ont l'obligation réglementaire de mettre en place et de veiller au respect des bonnes pratiques de prise en charge médicamenteuse des patients, incluant de se doter d'un dispositif de suivi et d'audit interne pour s'assurer de l'application des engagements souscrits.

Les évaluations inscrites au contrat de bon usage PACA CORSE 2009-2011 concernent les 3 processus fondamentaux du circuit du médicament (Prescription - Administration - Dispensation) et deux situations identifiées comme particulièrement à risque pour la sécurité du patient que sont la prise en charge du patient à son entrée dans l'établissement, et celle du patient cancéreux.

Les résultats des évaluations de la "prise en charge du traitement personnel des patients à l'admission" effectuées au cours des 3 années du contrat, 2009 à 2011, sont présentés ici, en tentant de mettre en évidence les points forts et les difficultés rencontrées en vue de mettre à disposition de tous des informations sur le niveau de conformité régionale, de développer de façon conjointe des actions d'amélioration et au final d'améliorer les pratiques et la sécurité du patient à l'hôpital.

Méthodologie

1. Une démarche issue du premier contrat de bon usage 2006-2008

Concernant la gestion des traitements personnels apportés par les patients, le CBU 2006-2008 exigeait déjà une procédure institutionnelle sur ce point et demandait une autoévaluation de sa mise en œuvre appréciée selon 2 critères inscrits dans le rapport d'étape:

- *Diffusion d'une procédure de gestion des traitements personnels apportés par les patients validée en COMEDIMS*
- *Application de cette procédure dans les unités de soins*

Au terme du premier contrat (2008), plus de 90% des établissements contre 70% en 2006 déclaraient disposer de cette procédure, cependant, l'application effective était évaluée par moins d'un établissement sur deux, plus précisément par 40% des établissements; une progression notable cependant puisqu'en 2006, seuls 10% des établissements l'avaient effectué. Cependant, parmi les différents audits demandés, le bilan final du CBU fait en 2008 montre que ce domaine, concernant l'autoévaluation relative à la prise en charge du traitement personnel des patients, est celui où le niveau de réalisation était le plus faible, en raison essentiellement de l'absence de méthodologie disponible.

Ces constatations, basées sur l'analyse des premiers rapports d'étape, et les attentes exprimées par certains établissements de santé, ont conduit à la décision d'élaborer dès 2007 une méthodologie régionale des audits et des grilles de recueil standardisées pour toutes les évaluations demandées au nouveau contrat de bon usage 2009-2011.

Un guide d'audit a donc été élaboré sous l'égide de l'Observatoire du Médicament et des dispositifs médicaux stériles et de l'Innovation Thérapeutique (OMÉDIT) de PACA et Corse, par un groupe de travail restreint de méthodologistes et de responsables qualité d'établissements privés et publics particulièrement impliqués. Dans une deuxième étape, début 2009, 18 établissements volontaires ont testé et validé le projet de guide et de grilles de recueil avant leur mise à disposition de l'ensemble des établissements de PACA et Corse. Les objectifs sont d'évaluer la mise en œuvre effective d'un processus de conciliation médicamenteuse et le respect des procédures en pratique clinique

2. Exigences du Contrat de bon usage 2009-2011

Il est essentiel à l'admission du patient dans une structure de soins, de faire le lien avec son traitement antérieur et de faire revalider par le médecin hospitalier, le maintien ou non du traitement en cours au moment de l'hospitalisation. La décision médicale doit se faire, au vu des prescriptions détenues par le patient et/ou après échange avec le médecin traitant. Cette démarche essentielle pour la sécurité des patients fait l'objet d'une évaluation spécifique inscrite dans le CBU depuis 2006 et le respect de cet engagement est jugé au regard de la réception de la grille d'audit avec le rapport d'étape par l'ARS, et plus précisément de l'indicateur TC18 "évaluation de la prise en charge du traitement médicamenteux personnel à l'entrée du patient (gestion du traitement à l'entrée et traçabilité du traitement represcrit dans le dossier) "

Cette étape est aussi appelée "conciliation médicamenteuse" par adoption du terme largement utilisé dans les pays anglophones. La conciliation médicamenteuse est un processus qui permet d'assurer le transfert de l'information médicamenteuse entre la ville et l'hôpital. Lors de l'admission d'un patient, un recueil erroné des antécédents médicamenteux peut occulter l'existence d'événements iatrogènes antérieurs ou provoquer une interruption inappropriée d'un traitement. Les erreurs médicamenteuses constituent une menace pour les patients hospitalisés conduisant à une morbidité mortalité accrue et à des coûts indus.

Les produits de santé et surtout les médicaments représentent une des principales causes d'événements indésirables graves pouvant survenir en cours d'hospitalisation ou causes d'hospitalisation. Plus de la moitié sont consécutifs à des erreurs survenant lors de la rédaction d'une nouvelle prescription à l'entrée ou à la sortie du patient¹. En effet, les erreurs surviennent le plus fréquemment au moment du transfert entre secteurs de soins et plus particulièrement au moment de l'admission.

La littérature rapporte des divergences non intentionnelles de 30 à 70% entre les médicaments que prenait le patient avant l'admission et les traitements prescrits à l'admission. Des erreurs peuvent survenir à différents niveaux au cours du processus d'admission, soit lors de la collecte d'informations sur le traitement que le patient prend habituellement, à partir d'informations écrites ou les apports du patient, de sa famille ou des soignants, soit lors de l'étape de transcription des données dans le dossier patient hospitalisé, soit encore lors de la prescription du traitement après l'admission et soit enfin au niveau de l'administration non contrôlée des médicaments personnels par le patient.

¹ Reconcile medication at all transition points. IHI Patient Safety Medication Systems Changes. Cambridge, MA, Institute of Healthcare Improvement

Il est essentiel de s'assurer que « la prescription est conforme aux données de référence et qu'elle permet de garantir la continuité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse de l'admission jusqu'à la sortie du patient ». En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) coordonne la mise en œuvre du processus de conciliation des traitements médicamenteux dans le cadre de initiatives internationales sur la sécurité du patient hospitalisé : EUNetPaS et High'5s.

3. L'organisation de l'audit

Les audits "traitement personnel du patient" (TC 18) se déroulent selon une méthodologie d'enquête "un jour donné" dont l'appréciation des réponses à l'enquête est faite au vu d'éléments de preuve listés dans le guide interrégional d'audit et sur les éléments recueillis dans le service, incluant l'interrogatoire de patients.

Collecte des données recueillies par les établissements

L'exploitation des données à l'échelon régional, a été rendue possible par des grilles de recueil de données sous format EXCEL (voir modèle en annexe 2). Les grilles de recueil standardisées ont été conçues d'une part pour être utilisées par l'établissement dans sa démarche d'autoévaluation et d'autre part pour alimenter une base de données régionale analysée par l'OMÉDIT.

Chaque établissement devait réaliser les évaluations demandées en utilisant le guide et les grilles de recueil élaborés à l'échelon régional. L'envoi des grilles de résultats atteste, d'une part pour l'ARS la mise en œuvre effective des autoévaluations inscrites dans le contrat de bon usage PACA CORSE, et permet d'autre part, pour l'établissement, de s'assurer de la mise en œuvre effective de la prise en compte du traitement personnel à l'admission du patient.

Les grilles de recueil mentionnent une codification permettant une analyse stratifiée des données recueillies selon la typologie des établissements (publics, privés ou privés d'intérêt collectif ou ESPIC), la spécialité (1 Chirurgie, 2 Médecine, 3 Obstétrique, 4 Psychiatrie, 5 Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), 6 SLD, 7 EHPAD) et le type d'hospitalisation (1 = Hospitalisation Conventionnelle et complète, 2 HS = Hospitalisation de semaine, 3 HJ= Hôpital de jour ou ambulatoire).

Les sources et les modes de recueil des données

Le recueil des données concernant le segment "Traitement personnel du patient", est effectué sous forme d'entretiens sur le mode de prise en charge d'un patient entrant dans l'unité, avec les professionnels du service ou de l'unité intervenant sur le circuit du médicament. Les auditeurs doivent se baser sur les éléments de preuve, tels que listés dans la grille d'audit, et sur les données concernant un ou plusieurs dossiers de patients pris au hasard dans le service (vérification des traitements et des dossiers). Pour chaque service, il était recommandé de rencontrer à minima: un médecin, le cadre du service, une ou plusieurs infirmier(e), trois patients pris au hasard.

L'évaluation concerne tous les services d'hospitalisation de l'établissement selon le plan d'échantillonnage suivant :

- 3 services par tranche de 100 lits (hors lits de long séjour) pour les établissements ayant moins de 1000 lits

- Deux services par tranche de 100 lits (hors lits de long séjour) pour les établissements de 1000 à 1999 lits.

- Un service par tranche de 100 lits (hors lits de long séjour) pour les établissements de plus de 2000 lits.

Une seule grille de recueil était complétée par service, reflétant le bilan de l'évaluation au vu des éléments présentés et des personnes rencontrés par les auditeurs plutôt que le recueil d'opinions individuelles.

4. Les critères d'évaluation

Ces critères de la continuité du traitement du patient résultent d'une approche transversale. Chaque critère d'évaluation répond à des objectifs bien définis. Plusieurs critères sont destinés à évaluer la réalisation de l'anamnèse du traitement médicamenteux, notamment en distinguant diverses situations :

- l'incitation des patients à fournir des informations précises sur leur traitement en cours (C1 - *On demande au patient avant l'admission de fournir les prescriptions de ses traitements en cours*) ;
- la réalisation systématique d'un bilan thérapeutique lors de la consultation préanesthésique (C2 - *Le traitement personnel du patient est recherché et évalué systématiquement avant l'admission pour chirurgie programmée (visite pré opératoire)*)
- le bilan thérapeutique à l'admission (C3 - *Le traitement personnel du patient est recherché et évalué systématiquement à l'admission et fait l'objet d'une prescription dans le dossier patient après réévaluation*)

La connaissance des opérations effectivement réalisées permet de mesurer le niveau d'individualisation de la gestion des traitements personnels, sur la base des critères suivants :

- le séquestre des médicaments apportés par le patient (C4 - *A l'admission du patient, il y a une mise en quarantaine du traitement personnel du patient*)
- la maîtrise des conditions de leur détention (C5 - *Le stockage du traitement personnel du patient se fait dans un espace réservé, sécurisé, identifié à cet effet et individualisé par patient*)
- la traçabilité des mouvements de ces stocks appartenant au patient (C6 - *Le retrait et la restitution du traitement personnel du patient sont tracés*)

Les conditions dans lesquelles les traitements prescrits sont assurés font l'objet de deux critères renseignant la continuité effective des traitements du patient :

- le suivi par la pharmacie des besoins individuels des patients (C7 - *La PUI fournit, sauf exception, l'intégralité du traitement prescrit*)
- l'autonomie des personnels infirmiers pour faire face à ces situations

(C8 - A titre exceptionnel et sur décision médicale, l'infirmier peut recourir au traitement personnel du patient dans l'attente de l'approvisionnement de la PUI ou dans le cadre de règles définies institutionnellement (pas d'équivalence par exemple)

L'analyse des résultats s'est basée sur un regroupement des critères de l'audit de la prise en charge du traitement personnel du patient (voir détail du guide en annexe 1) pour évaluer les différents stades de la prise en charge médicamenteuse :

- prescription C1, C2 (consultation préanesthésique), C3
- dispensation C7
- détention C4, C5, C6
- administration C8
- continuité des soins intrahospitaliers qui résulte de l'articulation des critères C7, C5, C8

Analyse stratifiée des résultats

Ces informations ont permis de réaliser une analyse stratifiée par type de service et d'établissement. Cependant 2 établissements ont transmis exclusivement leurs données de synthèse sans apporter de précision sur les services audités rendant le recueil non exhaustif pour l'inter région.

Présentation générale des résultats

1. Mise en œuvre de l'audit et taux de participation

En 2011, comme les années précédentes, la quasi-totalité des établissements MCO des régions PACA et de Corse ont réalisé les audits inscrits au contrat (indicateur TC 18), concernant le traitement personnel du patient selon la méthodologie demandée, à l'exception d'un établissement ayant une activité très spécifique (centre ambulatoire d'esthétique) non adapté à cet audit et de quelques rares établissements (au nombre de deux en 2009, et d'un en 2010) n'ayant pas respecté leurs obligations contractuelles sur ce point.

Par ailleurs, du fait de leur particularité, de nombreuses structures d'hémodialyse avaient jugé l'audit sur le traitement personnel du patient inadapté à leurs pratiques et en 2009, à peine 6 centres avaient conduit cet audit, une majorité ne se jugeait pas suffisamment concernée. En 2010 et 2011, tous les centres d'hémodialyse se sont joints à l'évaluation à l'exception de 4 centres.

Au final, d'une année à l'autre, le nombre d'établissements ayant réalisé les audits reste sensiblement le même, compte tenu des fermetures d'établissements (clinique de l'Hermitage, clinique du Coudon), de la transformation en soins de suite et de réadaptation (SSR) d'établissement MCO pour lequel le CBU n'a pas été poursuivi (clinique Jean Paoli) et à l'inverse la signature de nouveaux contrats (centre hospitalier de Vaison, Institut monégasque de médecine et de chirurgie sportive et le centre d'hémodialyse de Monaco).

L'implication des établissements s'avère particulièrement importante. 124/129 établissements de PACA et CORSE ont réalisé cet audit.

Le nombre de services ou unités de soins audités est assez voisin d'une année sur l'autre et est proche de 600. (598 en 2009, 566 en 2010 et 608 en 2011)

Bien que la méthodologie prévoyait d'effectuer cette évaluation dans un nombre de services selon un échantillonnage défini, un grand nombre d'établissements a choisi de conduire l'audit de manière quasi-exhaustive sur l'ensemble de leurs services.

Les résultats selon la typologie d'établissements sont présentés dans le tableau suivant.

Type d'établissements	Nombre d'audits réalisés		
	conforme au nombre requis	supérieur aux attentes	inférieur au nombre requis
2009	28%	40%	31%
2010	36%	32%	33%
2011	31%	35%	35%

2. Données exploitables

119 sur 124 établissements ont communiqué des données exploitables. Concernant l'analyse par typologie des services, quelques établissements n'ont pas précisé la typologie des services audités, de plus deux établissements ont regroupé les résultats de tous les services de leur établissement dans une seule fiche.

En définitive, parmi les réponses inadaptées, l'ensemble des réponses a pu être exploitée, au moins partiellement en négligeant le faible effectif de données incomplètes.

3. Résultats d'ensemble

Le détail des résultats² est présenté dans le tableau ci dessous. A l'exception des critères C2 et C6, les taux de conformité excèdent 74% en 2011, et on note une nette progression de la conformité des résultats au cours des 3 exercices.

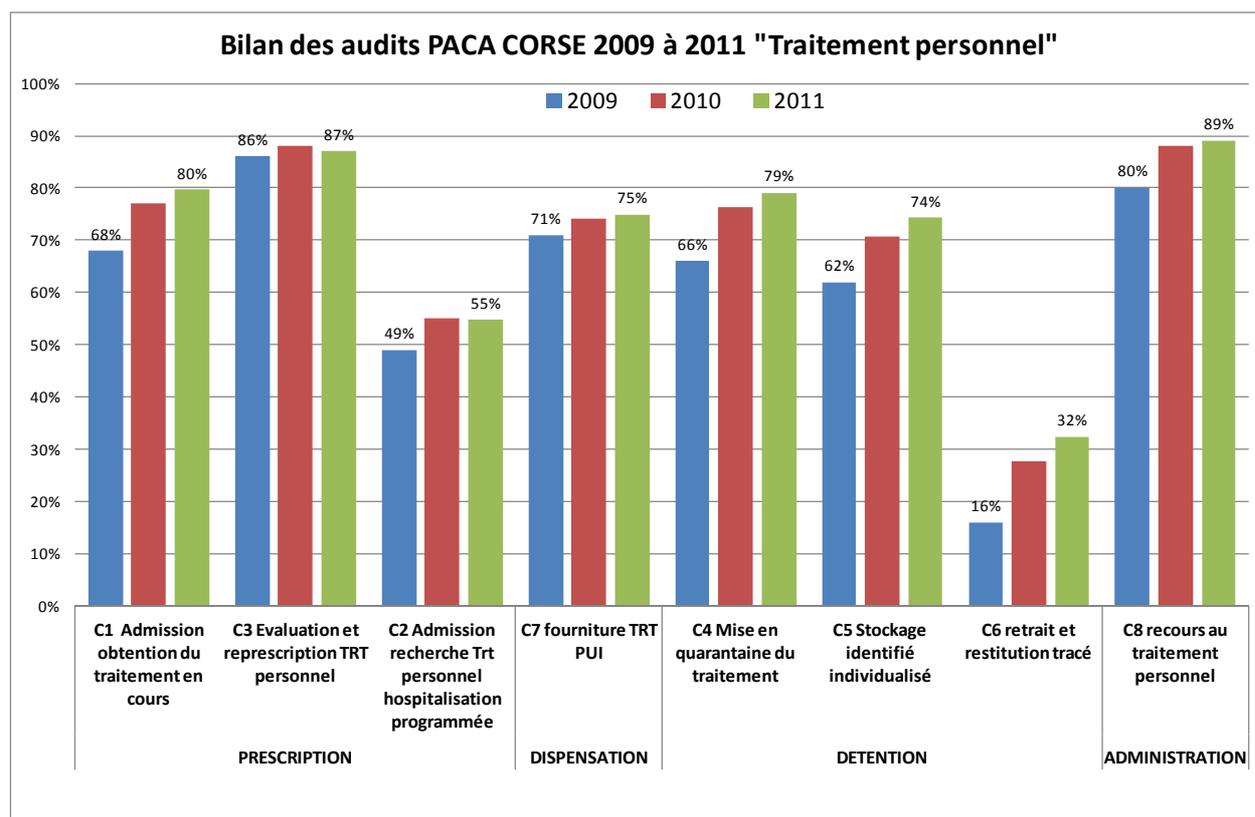
Phases de prise en charge	N° de critère	Libellé	Pourcentage de conformité 2009	Pourcentage de conformité 2010	Pourcentage de conformité 2011
Prescription	C1	On demande au patient avant l'admission de fournir les prescriptions de ses traitements en cours	67.6%	77,1%	79,6%
	C3	Le traitement personnel du patient est recherché et évalué systématiquement à l'admission et fait l'objet d'une prescription dans le dossier patient après réévaluation	85.6%	88,0%	87,0%
	C2	Le traitement personnel du patient est recherché et évalué systématiquement avant l'admission pour chirurgie programmée (visite pré opératoire)	49.0%	55,0%	54,7%
Dispensation	C7	La PUI fournit, sauf exception, l'intégralité du traitement prescrit	71.1%	74,2%	74,9%
Détention	C4	A l'admission du patient, il y a une mise en quarantaine du traitement personnel du patient)	65.7%	76,4%	79,1%
	C5	Le stockage du traitement personnel du patient se fait dans un espace réservé, sécurisé, identifié à cet effet et individualisé par patient	62%	70,6%	74,2%
	C6	Le retrait et la restitution du traitement personnel du patient sont tracés	16.2%	27,8%	32,3%
Administration	C8	A titre exceptionnel et sur décision médicale, l'infirmier peut recourir au traitement personnel du patient dans l'attente de l'approvisionnement de la PUI ou dans le cadre de règles définies institutionnellement (pas d'équivalence par exemple	79.8%	88,0%	89,1%

Le dépouillement global des critères d'évaluation de la prise en charge du traitement personnel du patient fait apparaître des niveaux de pratique contrastés selon les différents stades de la prise en charge médicamenteuse (illustré dans le graphique en page suivante),

- prescription
 - Évaluation systématique lors de l'admission (C3) : 86% à 87%
 - Information préalable du patient (C1) : 68% à 80%
 - Évaluation lors de la consultation préopératoire (C2) : 49% à 55%
- dispensation
 - Fourniture par la pharmacie à usage intérieur (C7) : 71% à 75%

² Les résultats sont exprimés en nombre de "oui" rapportés à l'effectif des répondants

- détention
 - Mise en quarantaine des médicaments à l'admission (C4) : 66% à 79%
 - Stockage individualisé, identifié et sécurisé (C5) : 62% à 74%
 - Traçabilité du retrait et de la restitution (C6) : 16% à 32%
 - administration
 - Utilisation des médicaments apportés par le patient (C8) : 80% à 89%
- Les meilleurs résultats concernent le critère C3 relatif à l'évaluation du traitement à l'entrée (exigence inscrite dès le premier contrat en 2006) et le critère C8 relatif à l'administration de ce traitement.



Cependant, ces résultats globaux recouvrent des situations très variées, et s'avèrent trompeurs si on ne les interprète pas en tenant compte de la nature des services audités, d'où le renvoi à l'analyse par type de services.

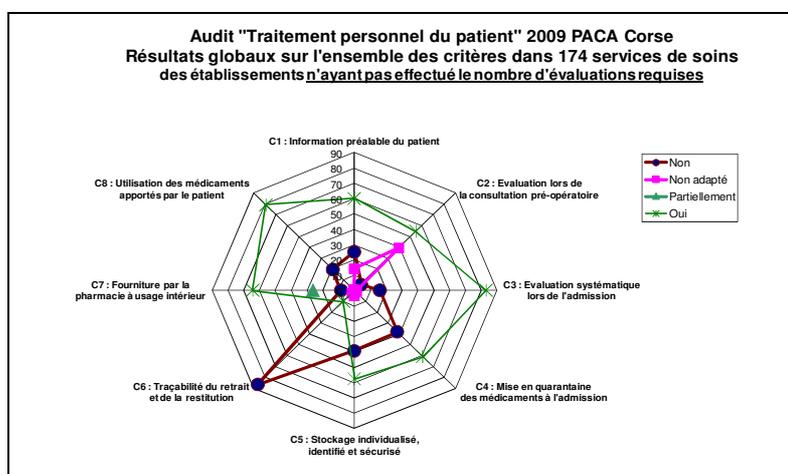
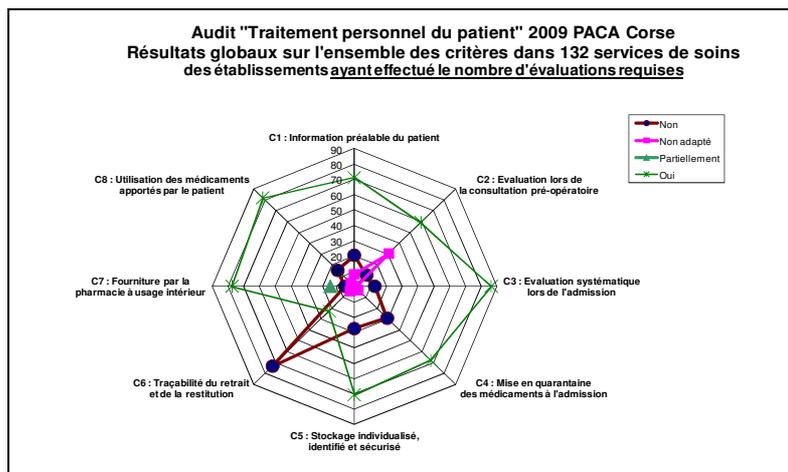
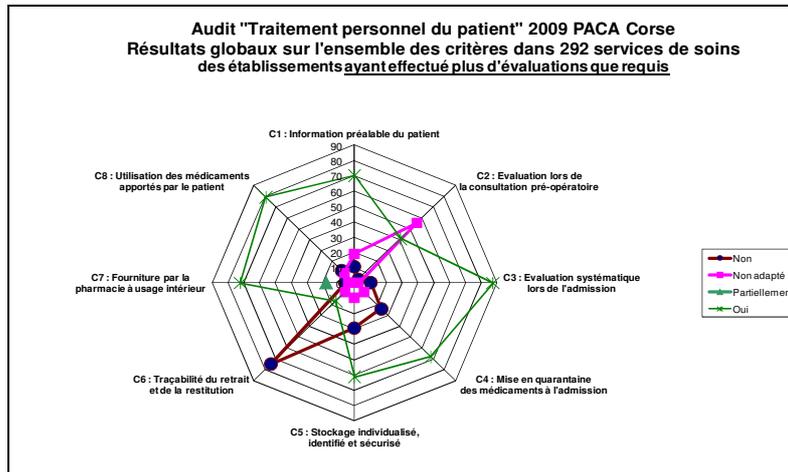
Par exemple, le critère C2, apparemment non satisfaisant (de l'ordre de 50%), concerne en fait les services réalisant des hospitalisations programmées soit essentiellement les services de chirurgie. Les résultats de conformité globale méritent donc un examen plus détaillé pour appréhender les pratiques relatives au traitement personnel du patient.

Analyse comparative des résultats selon le respect des critères d'échantillonnage de l'audit

La comparaison des résultats, selon que le nombre de services audités est supérieur, égal, ou inférieur au nombre requis, peut permettre de voir si les données recueillies présentent des biais d'interprétation. Cette analyse comparative, a été conduite en 2009, elle est illustrée dans

les graphiques suivants et montre des différences peu marquées selon que ces audits aient été conduits de façon exhaustive ou non, même si on peut noter que les établissements s'en tenant au nombre requis de services audités montrant une légère tendance à restituer une situation plus favorable que les établissements ayant analysé la réalité au plus près, et même que ceux qui ont répondu de manière insuffisante. En résumé, on peut donc considérer que cet audit sur le traitement personnel reflète fidèlement les pratiques dans les établissements de santé.

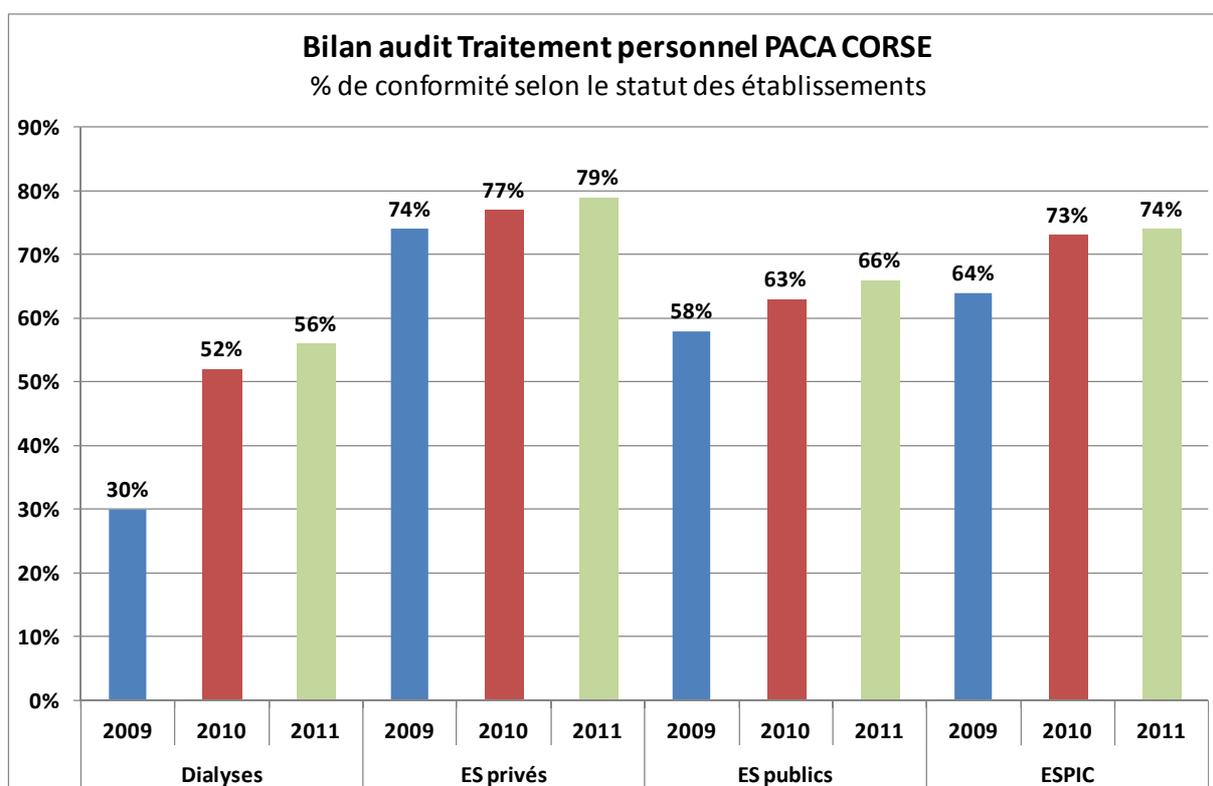
De ce fait, il n'a pas été jugé utile de reconduire ce type d'analyse les années suivantes.



Analyse comparative des résultats globaux selon le statut des établissements

L'analyse selon le statut des établissements (public, privé et privé d'intérêt collectif, ESPIC) révèle également des différences notables, en partie corrélées à leurs modes d'activités (prédominance de la chirurgie dans les établissements privés).

Les meilleurs résultats obtenus dans le secteur privé peuvent également traduire une sensibilisation plus ancienne à cette problématique en raison de la politique conduite en région par l'Assurance maladie qui avait inscrit avant 2005 des exigences concernant le traitement personnel des patients hospitalisés dans le cadre de la Revue des contrats avec les établissements privés.

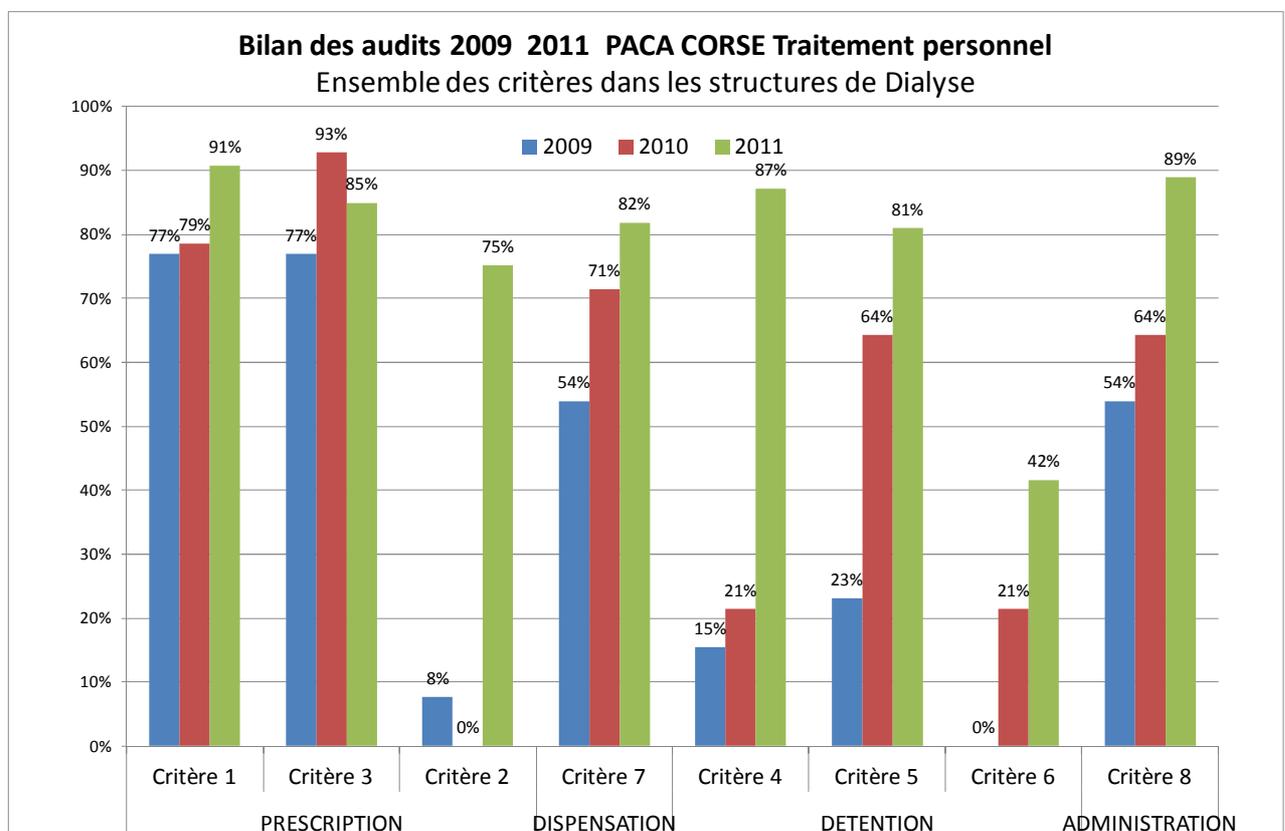


Structures de Dialyse

En premier lieu, il faut noter l'augmentation de la participation à la démarche d'audit de la part des structures de dialyse qui se jugeaient peu concernées, en 2009, lors de la mise en place de l'audit sur le traitement personnel du patient.

En effet, concernant cet audit portant sur la continuité du traitement du patient, la participation a été de 6 structures de dialyse en 2009 (les résultats ont aussi inclus, en 2009, sept services hospitaliers identifiés comme services de dialyse et néphrologie), 14 structures en 2010 et 18 structures en 2011.

Les résultats, par critère, pour ces services sont présentés dans le graphique suivant. Bien que l'effectif soit très faible, on peut noter la tendance à de meilleurs résultats au cours des 3 années qui reflètent sans doute une meilleure sensibilisation à cette problématique.

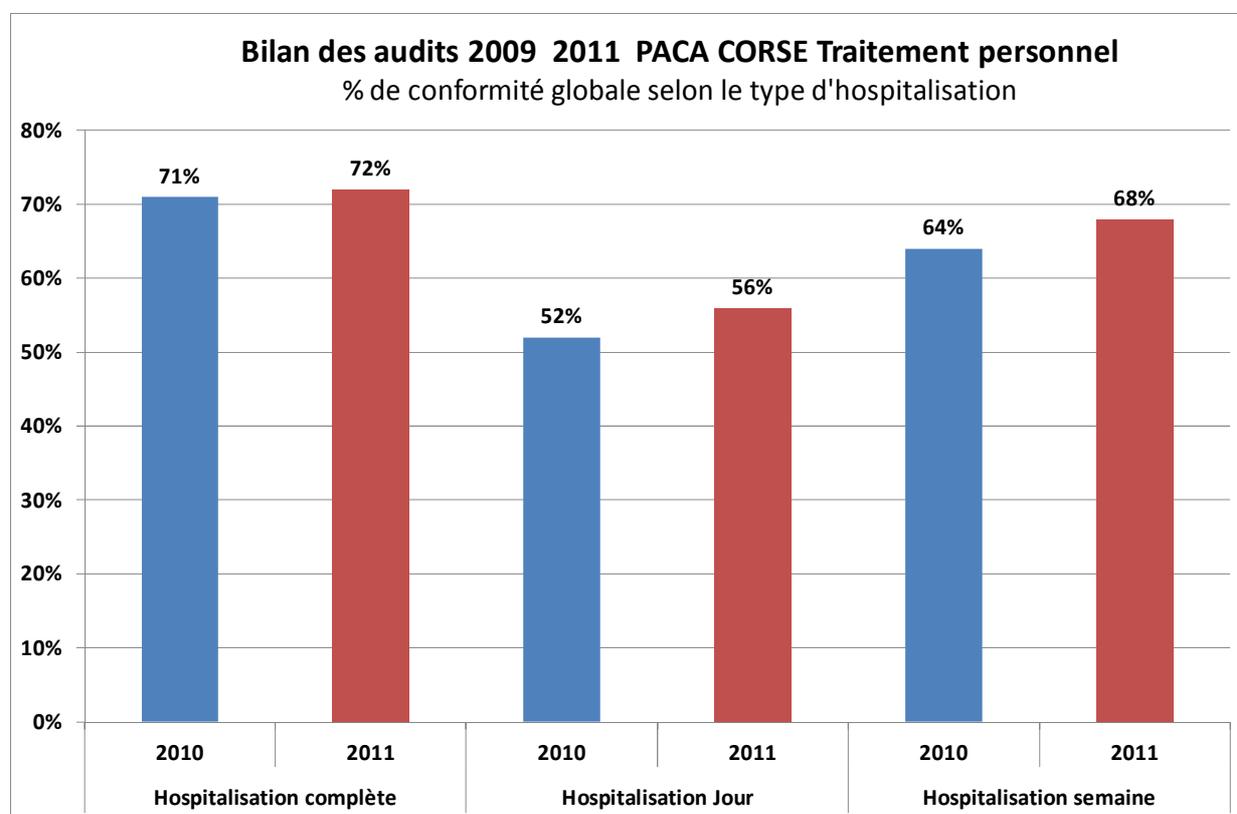


Analyse selon le mode d'hospitalisation

Les résultats exploitables (2010 et 2011) montrent que plus l'hospitalisation est courte, moins le traitement personnel est pris en compte, les meilleurs résultats se retrouvant pour l'hospitalisation complète et les valeurs les plus faibles pour le secteur d'ambulatoire ou d'hôpital de jour. Ces données sont vérifiées pour tous les critères. Elles sont cohérentes avec la problématique de prise en charge du traitement personnel à l'admission du patient. En effet, le temps de séjour du patient peut être très court avec une utilisation réduite ou ciblée de médicament. En contrepartie, la démarche de bilan médicamenteux à l'entrée peut être jugée comme chronophage pour les professionnels au regard du temps passé par le patient dans l'unité. Cependant, il faut se montrer prudent dans l'interprétation des résultats en raison du faible effectif des services d'hospitalisation incomplète ou d'hospitalisation de jour ayant été interrogés dans le cadre de cette évaluation. (voir tableau ci-dessous)

On note également une amélioration des résultats entre les 2 exercices, quel que soit le mode de prise en charge.

	Années	Critère 1	Critère 2	Critère 3	Critère 4	Critère 5	Critère 6	Critère 7	Critère 8	EFFECTIF exploitable
Hospitalisation complète	2010	77%	56%	88%	79%	72%	29%	75%	89%	503
	2011	79%	56%	88%	82%	75%	33%	75%	90%	547
Hospitalisation Jour	2010	73%	18%	82%	36%	55%	9%	73%	64%	11
	2011	90%	29%	68%	32%	58%	29%	71%	71%	31
Hospitalisation semaine	2010	73%	45%	91%	64%	64%	9%	73%	91%	11
	2011	89%	56%	100%	67%	67%	22%	67%	78%	9



Analyse selon la catégorie de service

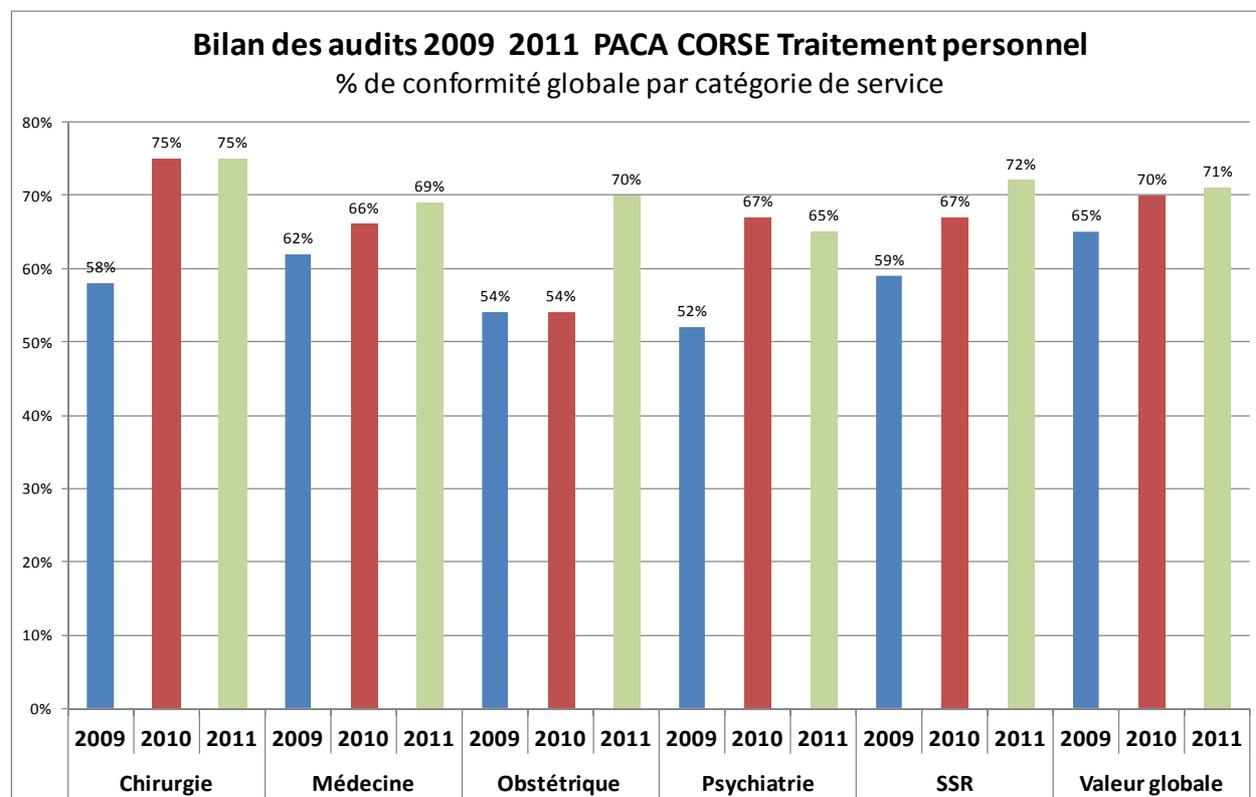
L'analyse s'est basée sur la codification des services, telle que le prévoit la grille de recueil (voir supra). Là encore, il faut se montrer prudent sur les résultats de certains types de services très faiblement représentés (Gynéco obstétrique - Psychiatrie - Soins de suite et réadaptation) parmi les différents services audités.

A l'inverse, les services de médecine et de chirurgie sont majoritairement ceux qui ont été le plus audités. Les services de chirurgie sont au nombre de 223 en 2009 (56,5% de privés) contre 228 en 2010 (63% de privés) et 245 en 2011 (59% de privés).

Certains établissements n'ont pas précisé la typologie des services audités. Comme le montre le tableau ci-dessous, on dénombre quelques unités de soins non identifiées (imprécision sur le service ou données regroupées par l'établissement) ou des données isolées en raison d'un très faible effectif (exemple EHPAD) au nombre total de 17 en 2010 et 14 en 2011

Années	Nombre de services ou unités audités				
	Chirurgie	Médecine	Obstétrique	Psychiatrie	SSR
2009	223	257	27	17	NC
2010	228	243	17	12	34
2011	245	268	17	13	39

On peut noter qu'en 2009, le niveau de conformité globale excédait à peine 50% de conformité. Au terme des 3 ans d'évaluation, les résultats avoisinent ou excèdent 70% pour la majorité des prises en charge.



Résultats détaillés par critère

Critère N°1 : On demande au patient avant l'admission de fournir les prescriptions de ses traitements en cours

L'objectif du recueil des traitements à l'admission est de s'assurer de la continuité des traitements que prenait le patient avant son admission, pour maintenir leur poursuite sauf avis contraire du médecin. Il est indispensable de rassembler l'information sur l'historique médicamenteux préalable à l'admission en utilisant les sources d'informations les plus récentes et les plus précises pour constituer une liste complète et actualisé des traitements (par exemple consultation des ordonnances pour compléter les informations fournies par l'interrogation du malade ou de son entourage).

Le bilan comparatif des médicaments est un processus formel où le professionnel de la santé forme un partenariat avec le patient afin de s'assurer du transfert complet et exhaustif de l'information liée au médicament aux interfaces de soins. C'est un processus systématique visant à compléter un historique pharmacothérapeutique afin de comparer les informations obtenues aux ordonnances émises ceci permettant d'identifier et de résoudre les divergences. Le processus est conçu pour prévenir de potentiels accidents et événements indésirables liés au médicament.

Préalablement à l'hospitalisation, les patients doivent pouvoir être informés par le livret d'accueil, par les consignes pour l'hospitalisation qui leur sont données lors de consultations ou par voie d'affiches, ou lors de la prise de rendez vous (plaquette information) ou encore sur le site Internet de l'établissement.

La conformité à ce critère est atteinte lorsqu'une procédure existe ou si la démarche est mentionnée dans le livret d'accueil de l'établissement ; elle est fondée sur des éléments de preuve établis au niveau de l'établissement.

68% des unités de soins de soins ou services de soins audités en 2009 présentent une conformité de ce critère contre 80% en 2011.

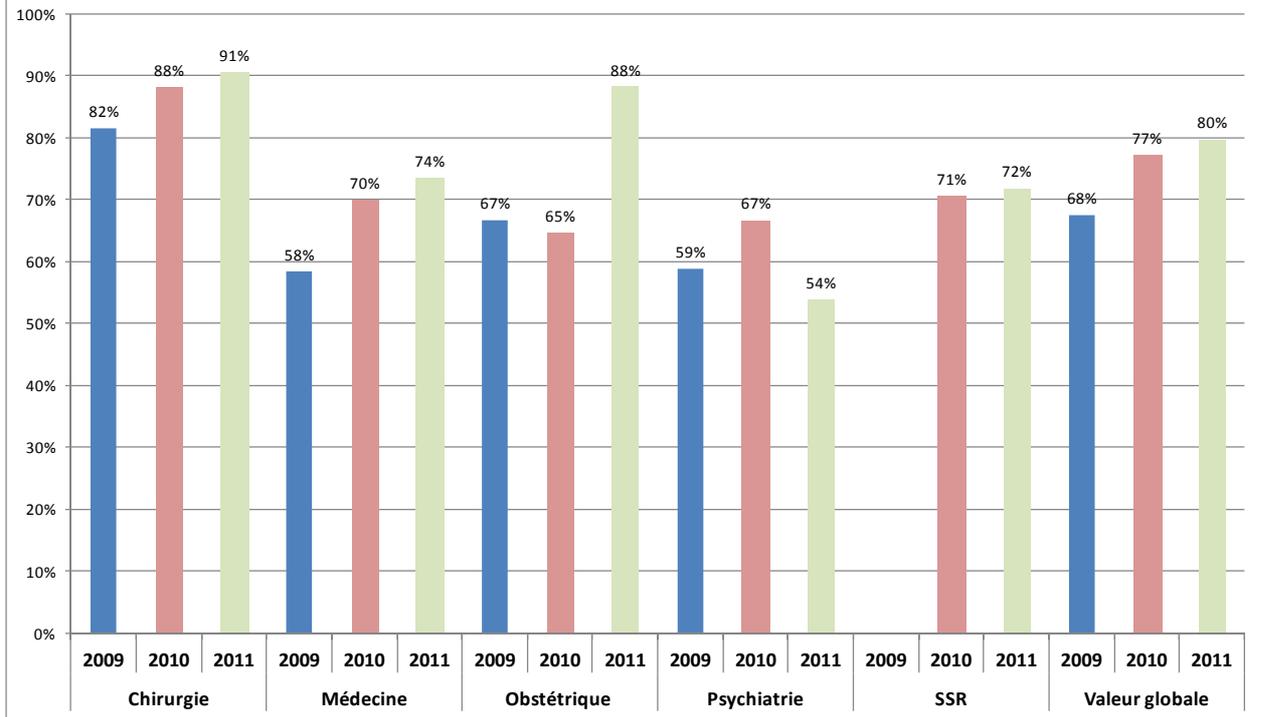
Les résultats diffèrent selon le type de service. Notamment, en l'absence de consultation de pré-hospitalisation (hors hospitalisation programmée ou chirurgie réglée), ce critère s'avère inadapté. L'analyse par type de service montre que les hospitalisations non programmées se prêtent mal à une information préalable du patient (voir graphique suivant). Cependant, on doit rappeler que les établissements doivent renforcer leurs actions en vue de sensibiliser les patients de la nécessité de fournir les ordonnances, voire les traitements en cours lors de toute admission, ce qui facilite grandement la constitution de l'historique des traitements pour le médecin accueillant le patient.

Les meilleurs résultats sont obtenus en chirurgie. En obstétrique et en soins de suite, les résultats sont moins bons et traduisent une plus faible implication de ces services dans ce domaine.

C'est dans les services de chirurgie que l'on demande le plus systématiquement (entre 82% et 91% selon l'année) au patient de fournir les prescriptions de ses traitements en cours avant l'admission, et surtout dans les établissements privés et les structures de dialyse (91% dans les 2 cas).

Les commentaires confirment que c'est le plus souvent lors de la consultation d'anesthésie ou du suivi obstétrical que les données sur le traitement personnel sont collectées, généralement sur la base d'une ordonnance communiquée par le patient. Il est précisé que cette information est ensuite colligée dans la feuille d'anesthésie ou dans le dossier patient. Ce dernier est surtout informé surtout par le livret d'accueil, via les documents remis en vue du rendez-vous, parfois lors de la consultation chirurgicale.

Audit Traitement personnel PACA CORSE 2009 à 2011
 Résultats du critère 1 par catégorie de service

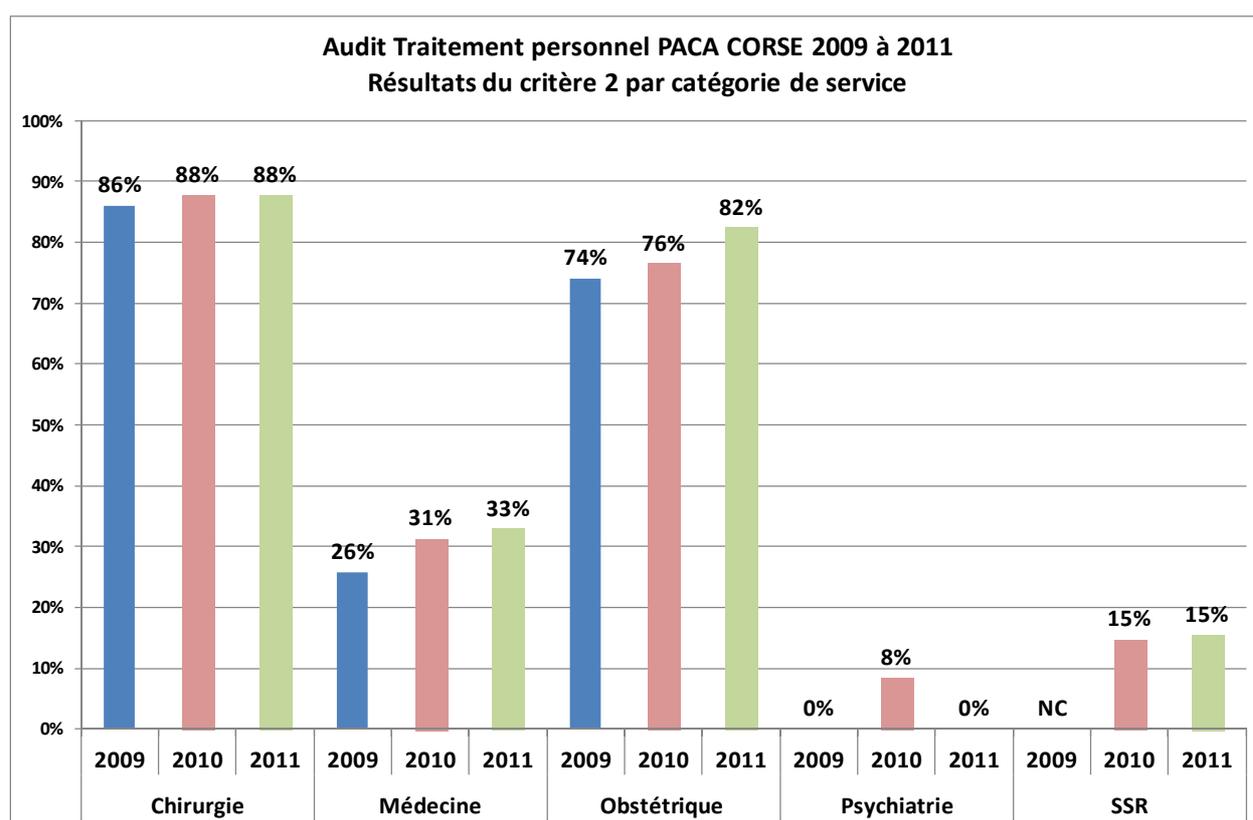


Critère N°2 : Le traitement personnel du patient est recherché et évalué systématiquement avant l'admission pour chirurgie programmée (visite pré opératoire)

49% des unités de soins de soins ou services de soins audités en 2009 présentent une conformité de ce critère contre 55% en 2011. Cependant, ce critère s'avère inadapté en l'absence de consultation de pré-hospitalisation (hors hospitalisation programmée ou chirurgie réglée).

L'analyse par type de service (voir graphique ci-dessous) montre que les consultations de pré-hospitalisation existent principalement en chirurgie et en obstétrique, ce qui invalide toute approche de ce critère au niveau global de l'établissement et explique que les "conformités" soient partielles. Cependant, certaines autres disciplines fonctionnent en hospitalisation programmée notamment en médecine (oncologie par exemple) permettant de satisfaire au critère. Concernant les résultats observés en SSR et psychiatrie, les réponses apportées concernent peut-être une planification des admissions.

Dans les commentaires, il faut citer l'organisation sécurisée mise en place par un établissement qui intègre systématiquement, dans le dossier informatisé du patient, l'ordonnance fournie à l'admission après l'avoir scannée.



Critère N°3 : Le traitement personnel du patient est recherché et évalué systématiquement à l'admission et fait l'objet d'une prescription dans le dossier patient après réévaluation

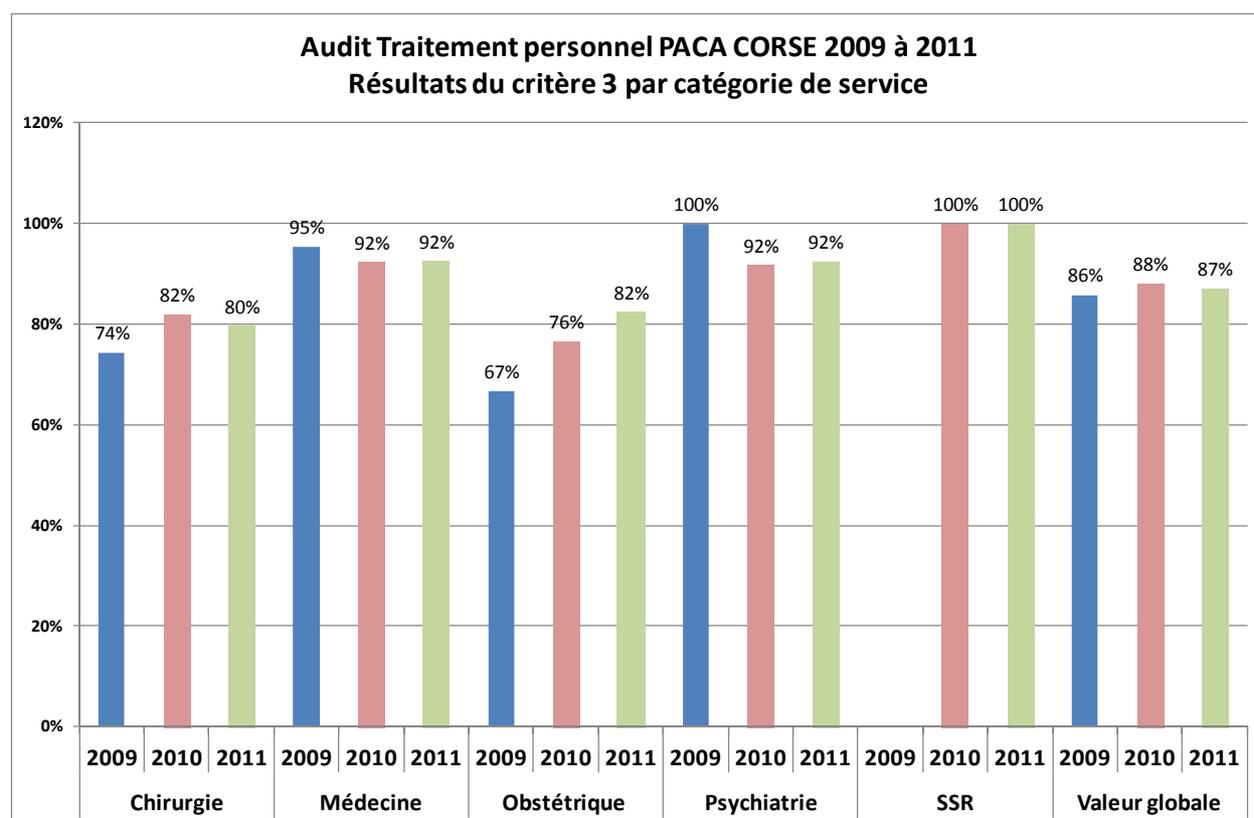
La mise en œuvre de la conciliation à l'admission du patient hospitalisé est une nécessité pour la sécurité de la prise en charge du patient (voir supra).

La recherche active d'informations sur les traitements du patient doit être faite auprès de lui-même et/ou de son entourage, auprès d'autres professionnels de santé. La sécurité des données exige le croisement d'au moins deux sources d'informations (par exemple interrogatoire du patient et fourniture des ordonnances ou du traitement du patient)

Les écarts observés devant toute divergence non intentionnelle doivent conduire à la recherche d'un complément d'information pour poursuivre la prise en charge médicamenteuse du patient en toute sécurité.

86% des unités de soins de soins ou services de soins audités en 2009 présentent une conformité de ce critère. Une situation stable, 87% en 2011.

Les meilleurs résultats sont constatés dans les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) et en psychiatrie où l'on accueille des malades recevant des traitements chroniques, en assurant la continuité dès leur admission. Les moins bons résultats sont constatés dans les services de gynéco obstétrique, et également en chirurgie. En obstétrique, cette moins bonne adhésion à la démarche peut s'expliquer par la typologie des personnes accueillies qui présentent rarement une pathologie chronique, et le plus souvent ne prennent aucun traitement, d'où la tendance à négliger la formalisation de cette démarche.



Le traitement personnel du patient est beaucoup moins recherché et évalué systématiquement à l'admission en chirurgie (avec prescription dans le dossier patient après réévaluation), seulement dans 74% à 80% des services. Ce résultat est à interpréter en combinant les critères 2 et 3, il apparaît alors que les taux de conformité atteignent près de 90%

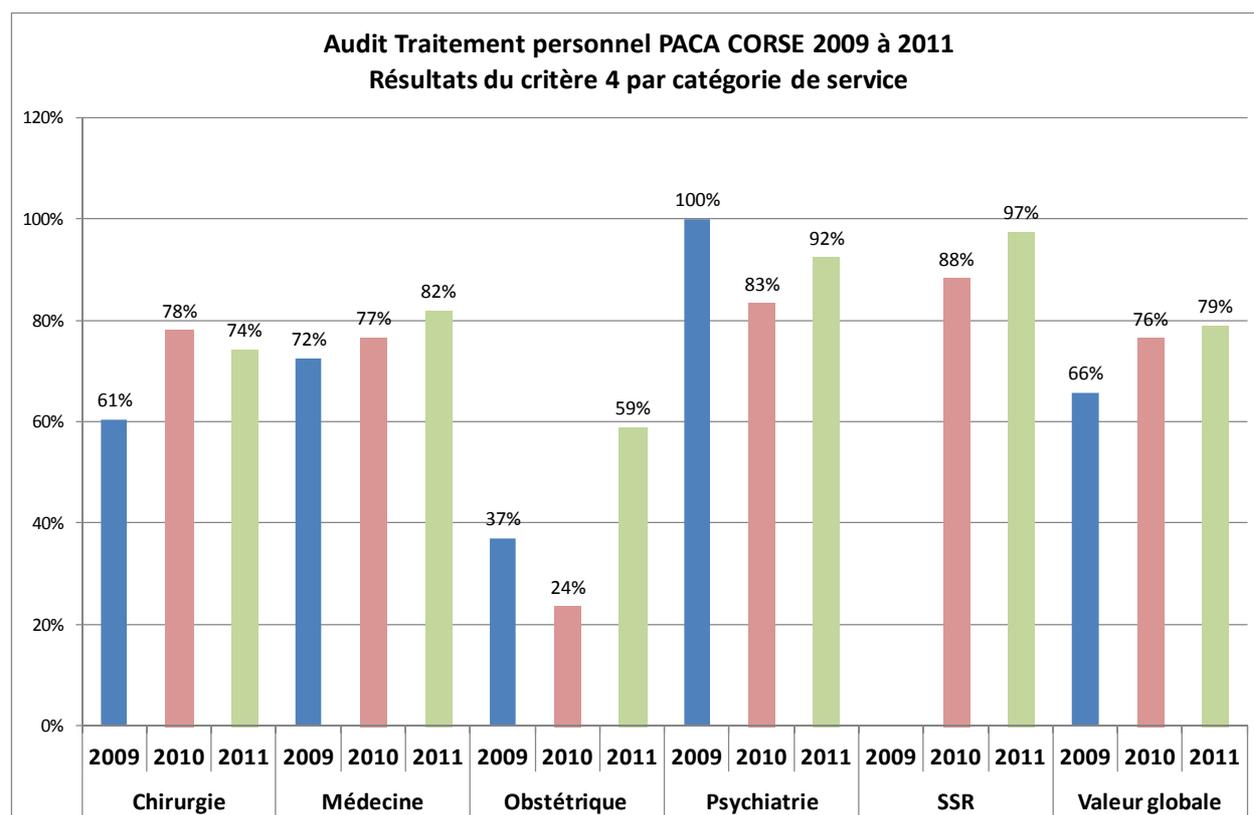
pour l'évaluation systématique du traitement avant l'admission et qu'au final, cette recherche n'est effectuée que dans 80% des unités au moment de l'admission. Ceci se retrouve aussi pour les services d'obstétrique, mais seulement en 2009.

Enfin, on peut déplorer qu'il persiste entre 10 et 20% de services où le traitement n'est pas évalué systématiquement à l'admission.

Critère N° 4 : À l'admission du patient, il y a une mise en quarantaine du traitement personnel du patient

A son arrivée dans le service, pour des raisons de sécurité, les traitements personnels du patient lui sont retirés. Ils sont remis à la famille ou conservés dans l'unité de soins dans un espace réservé, sécurisé, identifié à cet effet et individualisé par patient. Lorsque le traitement n'est pas reconduit pendant l'hospitalisation, celui-ci ne doit plus être disponible pour le patient hospitalisé. Il est soit conservé par l'équipe soignante dans un lieu sécurisé pour être remis à la sortie, soit restitué à la famille.

66% des unités de soins de soins ou services de soins audités en 2009 présentent une conformité de ce critère contre 79% en 2011.



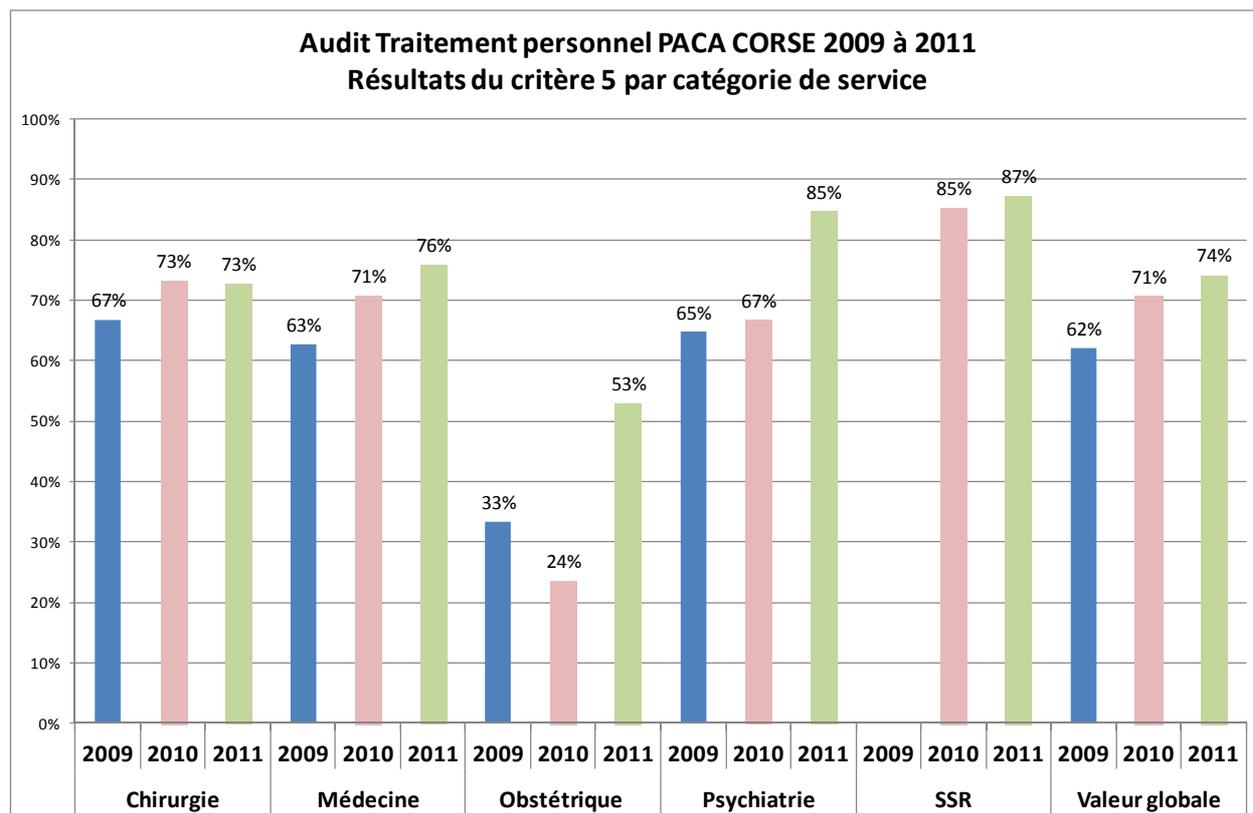
Cette pratique ne semble systématique qu'en psychiatrie; et dans les services de SSR. Elle est inadaptée en dialyse et en ambulatoire d'une manière générale, compte tenu de la durée de séjour. Ces données sont corroborées quand on regarde les résultats selon la prise en charge, en hospitalisation de jour ou ambulatoire, la conformité dans ce cadre s'établit entre 32% à 36% contre 79 à 82% en hospitalisation complète.

Beaucoup d'unités de soins laissent le traitement personnel "en autogestion" par le patient. En commentaires, certains précisent que cette décision est prise par l'équipe infirmière et le cadre au regard des capacités d'autonomie du patient à prendre seul son traitement (bonne compréhension, capacité à une bonne observance...). Enfin, beaucoup d'établissements ont une procédure définissant la prise en charge médicamenteuse à l'accueil du patient mais certains constatent, au regard de leurs résultats, que la procédure est diversement respectée.

Critère N° 5 : Le stockage du traitement personnel du patient se fait dans un espace réservé, sécurisé, identifié à cet effet et individualisé par patient

Ce critère est satisfait si le stockage des traitements personnels des patients est réalisé dans un espace réservé, non accessible aux malades, permettant un stockage individualisé par patient ; l'évaluation est fondée sur une visite de l'espace concerné et l'observation de l'organisation du service, voire sur une procédure.

62% des unités de soins de soins ou services de soins audités en 2009 présentent une conformité de ce critère contre 74% en 2011.



C'est en psychiatrie et en SSR que sont prises les plus grandes précautions. A l'inverse, c'est en obstétrique que cette démarche est la moins suivie, sans doute par la capacité des patientes accueillies en gynéco obstétrique à gérer leur traitement en toute autonomie.

On peut noter les évolutions régulières à la hausse d'une année sur l'autre en médecine et psychiatrie. A l'inverse, sont notées des résultats plus contrastés d'une année sur l'autre dans les secteurs de chirurgie et d'obstétrique. Cependant pour ces deux derniers types de service, il faut rappeler que le faible effectif des services concernés peut entraîner un biais d'interprétation des résultats.

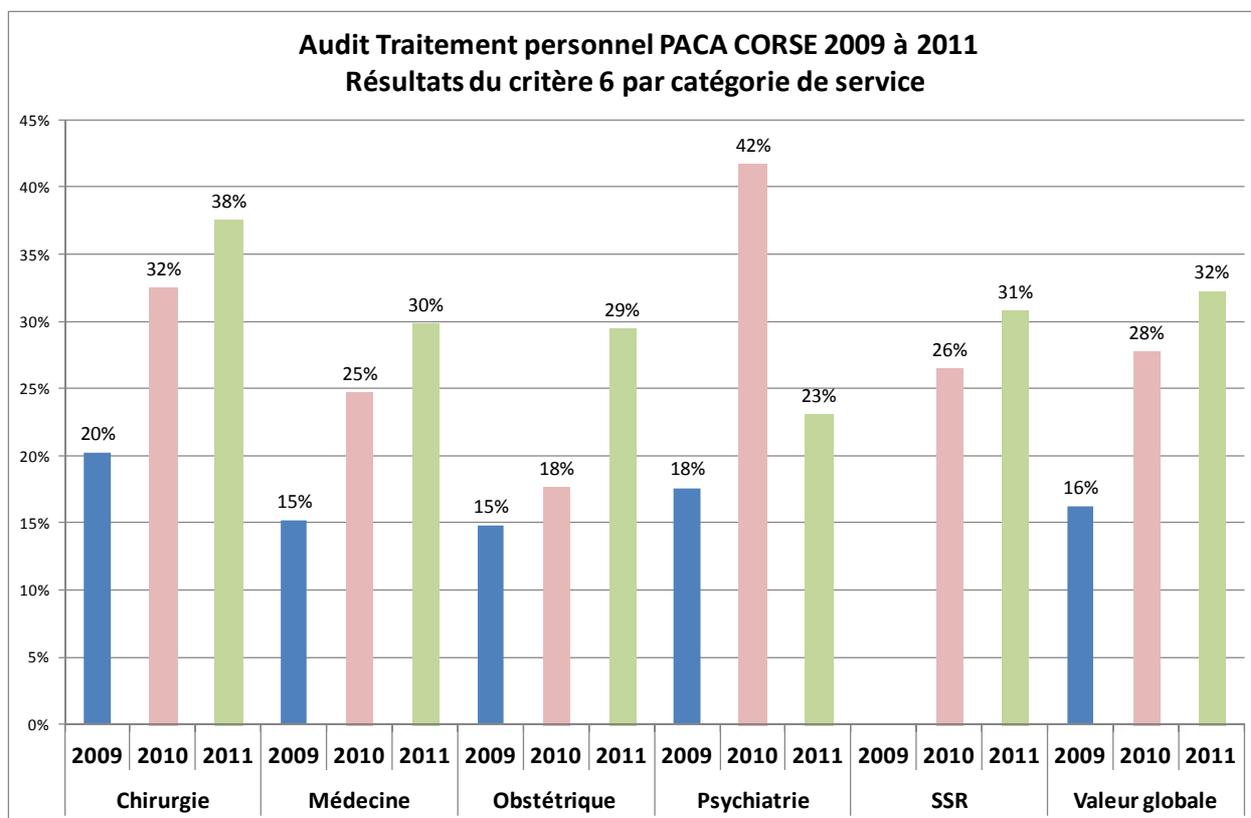
Les commentaires montrent des situations diversifiées. L'absence d'organisation ou d'espace dédié conduit les services à laisser davantage les médicaments personnels "en autogestion". Certains règlent encore cette difficulté en remettant systématiquement le traitement à l'entourage dès l'admission. Mais en général, beaucoup d'établissements montrent une organisation de qualité, sécurisée et individualisée.

Critère N°6 : Le retrait et la restitution du traitement personnel du patient sont tracés

Les traitements personnels doivent être remis au malade ou à son entourage, si ses médicaments sont toujours prescrits, Dans la mesure du possible, les traitements arrêtés lui seront retirés pour destruction, avec son accord puis retournés à la pharmacie de l'établissement pour être détruits.

Le retrait et la restitution des traitements personnels sont tracés dans le dossier patient.

Les résultats des audits montrent que cette démarche n'est pas ou peu développée dans l'inter région. En effet, la plupart des établissements n'assure pas la traçabilité des traitements personnels, quels que soient les services. En 2009, seuls 16% des unités de soins de soins ou services de soins audités présentent une conformité de ce critère qui atteint à peine 32% en 2011.



Les meilleurs résultats sont constatés en psychiatrie, notamment en 2010, bien que là encore ces résultats soient insuffisamment représentatifs en raison d'un effectif faible.

Les commentaires montrent que l'informatisation peut contribuer à la traçabilité de la démarche, même si cette possibilité offerte par le système d'information n'est pas toujours utilisée par les soignants.

Critère N° 7 : La PUI fournit, sauf exception, l'intégralité du traitement prescrit

La PUI fournit tous les traitements prescrits par le médecin (choisis dans la mesure du possible dans le livret thérapeutique de l'établissement).

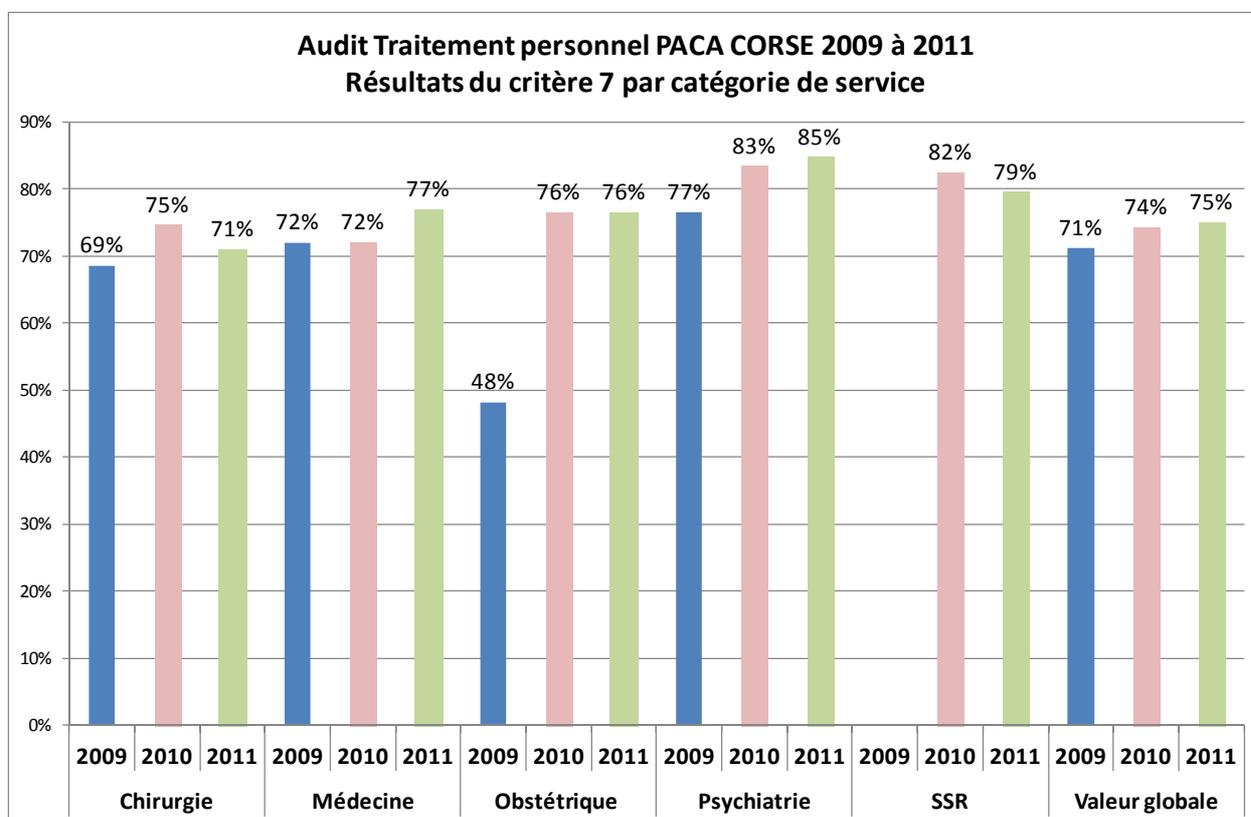
A l'issue de la réévaluation du traitement, lorsqu'un médicament n'est pas référencé dans l'établissement de santé si le traitement n'est pas substituable par un générique ou un similaire validé par la COMEDIMS, et s'il ne peut être arrêté, alors, exceptionnellement et pour la durée la plus courte possible, le temps d'approvisionnement le service par la PUI, (excepté les hospitalisations de très courte durée inférieures à 48 ou 72h) dans un souci de continuité des soins, le traitement apporté par le patient est utilisé sur accord écrit du prescripteur.

Une ordonnance nominative est adressée à la PUI pour commander le ou les traitements manquants.

La satisfaction de ce critère atteste l'adaptation du fonctionnement de la pharmacie aux besoins des patients. 71% des unités de soins de soins ou services de soins audités en 2009 présentent une conformité de ce critère et n'a pas dépassé 75% en 2011.

Dans près d'un quart des unités, l'approvisionnement spécifique des médicaments personnels n'est pas assuré par la PUI. Ces résultats méritent d'être affinés en fonction de la durée du séjour. Cependant l'analyse comparative des données selon les modalités d'hospitalisation montre peu de divergences sur ce critère pour lequel la conformité est de 75% en hospitalisation complète contre 71%, montrant que dans ce cadre l'anticipation des besoins est assurée de la même façon.

Les commentaires précisent que la PUI ne dispose pas toujours des traitements pris antérieurement par les patients, par exemple pour les collyres, favorisant ainsi l'utilisation des médicaments apportés par les patients.

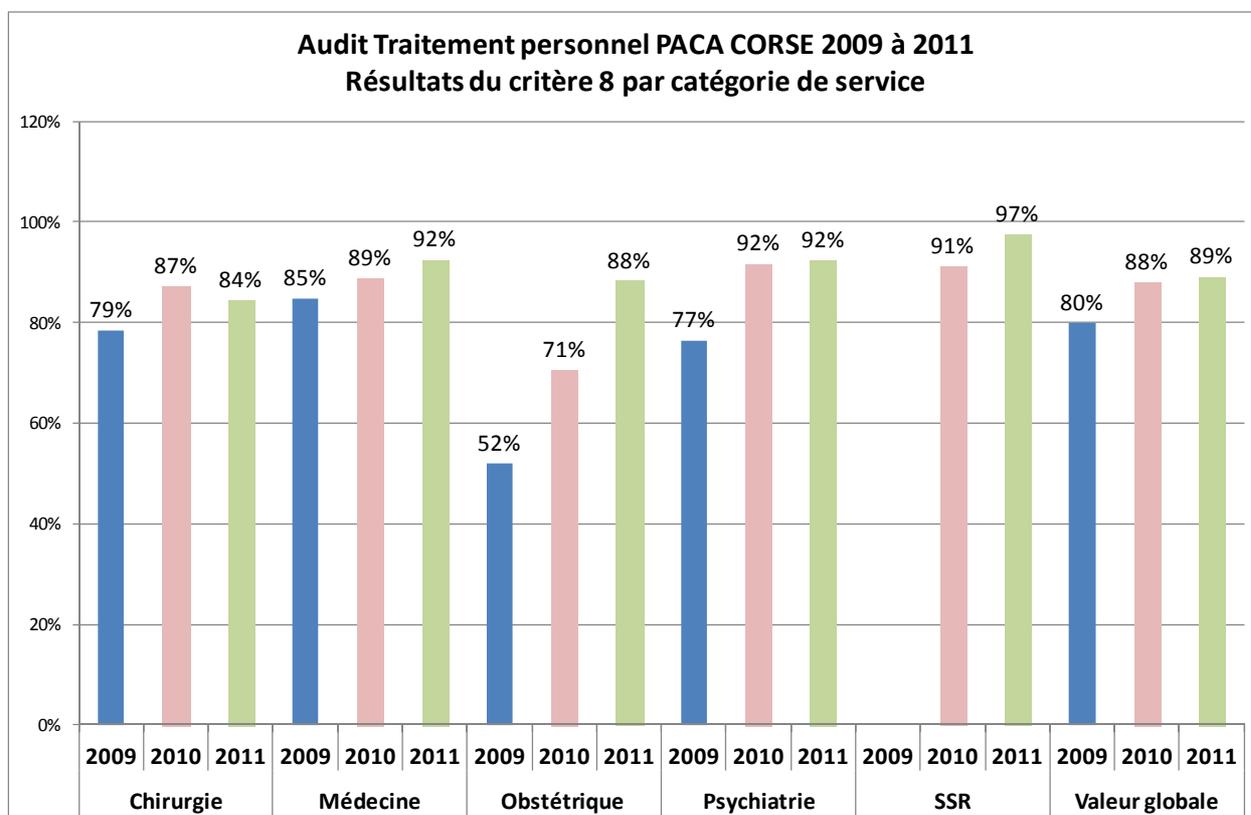


Critère N° 8 : A titre exceptionnel et sur décision médicale, l'infirmier peut recourir au traitement personnel du patient

Pendant la durée nécessaire au réapprovisionnement de la pharmacie à usage intérieur et afin de respecter la continuité du traitement médicamenteux, sur accord écrit du prescripteur noté sur le dossier de soins, les médicaments apportés par le patient peuvent lui être administrés selon les mêmes règles que les médicaments disponibles dans l'établissement.

En aucun cas et pour diverse raisons (juridiques, réglementaires, économiques, notamment les règles de prise en charge par l'assurance-maladie), il ne peut être demandé aux familles d'aller acheter des traitements en ville.

Ce critère est satisfait lorsque l'enquête vérifie que l'utilisation du traitement personnel n'est pas une pratique courante et effectué uniquement sur la base d'éléments (notamment l'accord médical) vérifiés dans les dossiers médicaux, et en application d'une procédure. 80% des unités de soins de soins ou services de soins audités en 2009 présentent une conformité de ce critère contre 89% en 2011.



Cette pratique semble surtout moins respectée en obstétrique. Ces résultats sont corroborés quand on examine les données selon le type de séjour, les résultats concernant l'hôpital de jour ou l'ambulatoire sont de 71% contre 89% en hospitalisation complète. Ce point est confirmé par les commentaires.

Conclusion

L'audit du traitement personnel permet l'analyse d'une étape identifiée comme à risque pour le patient concernant la prise en charge médicamenteuse. Comme le rappelle l'arrêté du 6 avril 2011, la prise en compte du traitement personnel du patient à l'admission constitue une étape à risques pouvant aboutir à un événement indésirable, à une erreur médicamenteuse ou un dysfonctionnement. À l'étranger, les risques de rupture dans la prise en charge médicamenteuse au cours de transitions font l'objet d'études et de recommandations (Belgique, Canada, Grande Bretagne, USA); l'OMS et le Conseil de l'Europe ont pris position sur ce point spécifique de prise en charge pour inciter les États-membres à le sécuriser.

Parallèlement à l'OMÉDIT PACA, deux autres OMÉDIT se sont intéressés aux traitements personnels des patients et ont conduit des enquêtes dans ce domaine:

- en Alsace, dans le cadre d'audits conduits de manière pluridisciplinaire sur les hospitalisations de chirurgie programmée dans 22 établissements (publics, privés ou ESPIC) entre février et avril 2008³ ;

- en Haute-Normandie, dans le cadre d'une enquête à laquelle ont participé 26 établissements publics et privés auprès d'infirmiers et de cadres de santé (67,9%), de médecins (17,8%), de pharmaciens (14,3%) fin 2007⁴.

On peut souligner, dans notre interrégion, la forte adhésion à la démarche d'évaluation, puisque la quasi totalité des établissements ont réalisé les audits demandés au contrat et engagé une démarche de protocolisation de la prise en charge et d'information du patient via le livret d'accueil. De plus, comme pour les autres évaluations réalisées dans le cadre du contrat de bon usage, il est à noter l'amélioration des niveaux de conformité, vérifiée pour tous les critères, quelque soit le type d'établissement et le type de prise en charge.

Les résultats sont globalement assez satisfaisants à l'exception de la traçabilité qui reste un point critique d'une façon générale dans le domaine de la prise en charge médicamenteuse. Concernant l'anamnèse médicamenteuse, c'est dans les services de chirurgie que l'on demande le plus systématiquement au patient de fournir les prescriptions de ses traitements en cours avant l'admission, et surtout dans les établissements privés. Par ailleurs, la gestion du traitement personnel est largement perfectible, compte tenu du risque majeur représenté par cette étape du processus de prise en charge médicamenteuse des patients.

On peut noter la situation contrastée d'un service à l'autre liée en partie à la typologie des services. Cependant, les variations observées soulignent aussi une méconnaissance de la perception de ce risque à l'origine du manque d'implication dans la démarche des professionnels. Cette perception de l'hétérogénéité des pratiques a conduit près de la moitié des établissements (40%) à évaluer toutes les unités de soins en généralisant l'audit dans l'ensemble de la structure.

Au final, les résultats des évaluations confirment que la démarche d'autoévaluation contribue à repérer et corriger les dysfonctionnements afin de mieux maîtriser les modalités de gestion du traitement personnel des patients et d'assurer la continuité des soins tout en garantissant la sécurité du patient.

³ Kuss G., Tschirhart Y., Idoux B. et Michel B. Le traitement médicamenteux personnel du patient lors des hospitalisations de chirurgie programmée: état des lieux, commentaires et propositions. *J. Pharm. Clin.* 2008 ; **28** (1) : 39-46.

⁴ Omédit Haute-Normandie Médicaments apportés par les patients hospitalisés. Enquête du groupe de travail Circuit du médicament et des DM. 25 juin 2009.

Annexes

1-Grille d'évaluation de la prise en charge du traitement personnel du patient

Grille d'évaluation		
N°	Critères	Eléments d'appréciation
1	On demande au patient avant l'admission de fournir les prescriptions de ses traitements en cours.	<p>NON ADAPTE : si pas de consultation pré hospitalisation (hors hospitalisation programmée ou chirurgie réglée)</p> <p>OUI : si une procédure existe ou si la démarche est mentionnée dans le livret d'accueil de l'établissement</p> <p>NON : absence de document</p> <p>Eléments de preuve : Procédure, livret d'accueil</p>
2	Le traitement personnel du patient est recherché et évalué systématiquement avant l'admission pour chirurgie programmée (visite pré opératoire)	<p>NON ADAPTE : si pas de consultation pré hospitalisation (hors hospitalisation programmée ou chirurgie réglée)</p> <p>OUI : si le traitement personnel fait l'objet d'une analyse par le médecin avant l'admission</p> <p>NON : si pas d'information relative à la prescription retrouvée dans le dossier patient (consultation pré admission)</p> <p>Eléments de preuve : Procédure, 1 ou plusieurs dossiers patients pris au hasard un jour donné (éléments de consultation)</p>
3	Le traitement personnel du patient est recherché et évalué systématiquement à l'admission et fait l'objet d'une prescription dans le dossier patient après réévaluation	<p>OUI : si le traitement personnel fait l'objet d'une prescription dans le dossier patient après réévaluation par le médecin hospitalier</p> <p>NON : dans les autres cas</p> <p>Eléments de preuve : Procédure, Dossiers « patient » un jour donné</p>
4	A l'admission du patient, il y a une mise en quarantaine du traitement personnel du patient	<p>OUI : si les traitements personnels des patients sont « mis en quarantaine » (voir glossaire)</p> <p>NON : dans les autres cas</p>

Grille d'évaluation		
N°	Critères	Éléments d'appréciation
		Éléments de preuve : Organisation du service + procédure+ traitements des patients le jour de l'enquête
5	Le stockage du traitement personnel du patient se fait dans un espace réservé, sécurisé, identifié à cet effet et individualisé par patient	OUI : si le stockage des traitements personnels des patients est réalisé dans un espace réservé, non accessible aux malades, permettant un stockage individualisé par patient NON : dans tous les autres cas Éléments de preuve : Vision de l'espace concerné et organisation du service + procédure
6	Le retrait et la restitution du traitement personnel du patient sont tracés	OUI : si le retrait des médicaments et la restitution des médicaments personnels du patient en fin de séjour sont tracés NON : dans les autres cas Éléments de preuve : document type + procédure
7	La PUI fournit, sauf exception, l'intégralité du traitement prescrit	OUI : si la PUI fournit tous les traitements sauf cas exceptionnels comme mentionné à la question 8 NON : si les traitements personnels des patients sont systématiquement utilisés PARTIELLEMENT : si seulement une partie des traitements est fournie par la PUI Éléments de preuve : procédure, interrogation de 3 patients pris au hasard
8	A titre exceptionnel et sur décision médicale , l'infirmier peut recourir au traitement personnel du patient dans l'attente de l'approvisionnement de la PUI ou dans le cadre de règles définies institutionnellement (pas d'équivalence par exemple)	OUI : si l'IDE recourt à titre exceptionnel et sur décision médicale au traitement du patient en application d'un cadre strict défini par l'institution NON : dans tous les autres cas Éléments de preuve : procédure, accord médical pour laisser le traitement à disposition du patient

2-Exemple de grille renseignée par un établissement

AUDIT de PRATIQUES - TRAITEMENT PERSONNEL du PATIENT
Onglet devant obligatoirement être renseigné

GR TC 18
TRAITEMENT PERSONNEL

Periodo d'audit
Du **04/10/11** au **04/10/11**

Auditeurs : _____

FINESS
Etablissement : _____ SERVICE : _____

Dénomination en clair : _____ Code abrégé : _____ Spécialité : **6** Type : **1**

Résultat Global :	THEME
Nombres de points possibles:	6
Nombre de pts Obtenus :	5
Nbre de pts Conformes :	5
Nbre de pts Non Conformes :	1
Nbre de pts Part.Conformes :	
Nbre de pts Non Applicables :	2

REPARTITION des POINTS

5 - 83%
1 - 17%
0 - 0%

■ CONFORMES
■ NON CONFORMES
■ PART. CONFORMES

RESTITUTION
(Cocher et Renseigner)

REVUE DIRECTION

INSTANCE

EQUIPE

TUTELLE

AUTRES

Toutes les questions doivent avoir une seule réponse se matérialisant par une croix (X Majuscule) dans les colonnes C (Oui), N (Non), P (Partiellement), NA (Non adapté).
Ne remplir que les parties grisées uniformément. Si un chiffre rouge apparaît dans *

ITEM	VERIFICATION	CONFORMITE				CONSTAT
		O	N	P	NA	
1	On demande au patient avant l'admission de fournir les prescriptions de ses traitements en cours.				X	
2	Le traitement personnel du patient est recherché et évalué systématiquement avant l'admission pour chirurgie programmée (visite pré opératoire)				X	
3	Le traitement personnel du patient est recherché et évalué systématiquement à l'admission et fait l'objet d'une prescription dans le dossier patient après réévaluation	X				
4	A l'admission du patient, il y a une mise en quarantaine du traitement personnel du patient	X				
5	Le stockage du traitement personnel du patient se fait dans un espace réservé, sécurisé, identifié à cot effet et individualisé par patient	X				
6	Le retrait et la restitution du traitement personnel du patient sont tracés		X			
7	La PUI fournit, sauf exception, l'intégralité du traitement prescrit	X				en général
8	A titre exceptionnel et sur décision médicale, l'infirmier peut recourir au traitement personnel du patient dans l'attente de l'approvisionnement de la PUI ou dans le cadre de règles définies institutionnellement (pas d'équivalence par exemple)	X				

Vérification

CONFORMITE					
POURCENTAGE de CONFORMITE	NOMBRE TOTAL D'ITEMS	C	NC	PC	NA
83,33%	8	5	1		2

Remarques et/ou constats de non conformité: Cocher si RAS

Nom et visa du ou des auditeurs			
---------------------------------	--	--	--

AUDIT de PRATIQUE PRECEDENT (date) :	30/09/10	POURCENTAGE de CONFORMITE :	83,33%	DECLARATION de CONFORMITE :	<input type="checkbox"/> CONF.	<input type="checkbox"/> NC.
POINTS NON CONFORMES CORRIGES :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OUVERTURE FICHE D'AMELIORATION N° :				