

En quoi la gestion du traitement personnel est-elle difficile ?

Traitement personnel et autonomie pour les prises médicamenteuses : des problématiques distinctes

Dr H. Barreteau et Dr J. Oliary, pharmaciens, hôpital Lariboisière

1 - Problématiques liées au traitement personnel

Définition floue

Amalgame traitement personnel – autoadministration (« gère seul »)

Arrêté du 6 avril 2011 : « ensemble des traitements médicamenteux en cours au moment de l'admission du patient » ☺

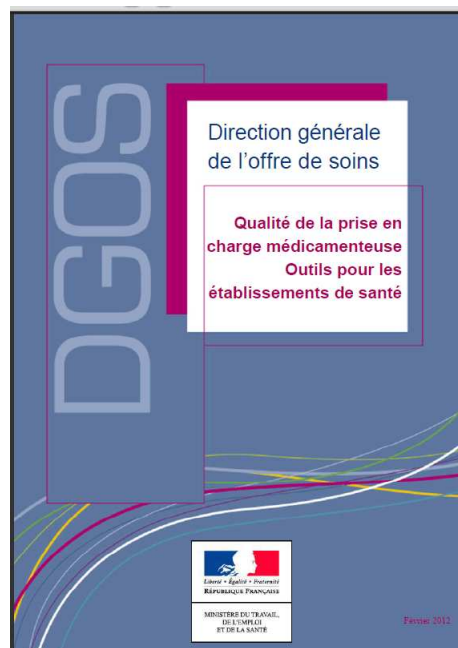
Proposition : traitement personnel = traitement **APPORTÉ par le patient**

⇔ **Définition purement logistique**, ne préjugant pas du devenir du stock après l'entrée, et notamment :

- **Ni de l'endroit où il est stocké pendant le séjour** :
 - Isolé dans une zone dédiée de l'armoire à pharmacie (à privilégier)
 - Ou laissé au patient dans sa chambre, avec « autoadministration » des prises (risques +++ (problématique non spécifique au traitement personnel))
- **Ni de son utilisation partielle ou totale**, en particulier si équivalents disponibles

La réflexion sur le traitement personnel impose une réflexion préalable sur la question plus large de **l'autonomie du patient pour les prises médicamenteuses**

L'autonomie des prises ne concerne pas que le traitement personnel



Information du patient

DEFINITION

Tout patient bénéficiant d'une thérapeutique médicamenteuse doit recevoir une information. Cette information est décrite dans la loi relative au droit des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002²⁶ et répond aux recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information établies par la HAS.

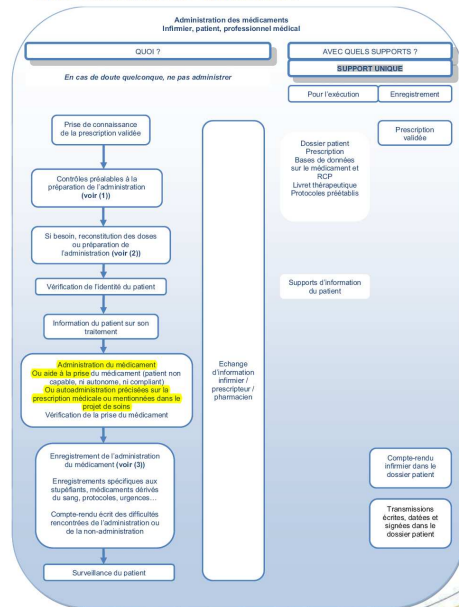
L'information est optimisée grâce à l'élaboration de documents d'information et d'éducation destinés aux patients. Elle comporte des recommandations en vue d'optimiser la prise en charge thérapeutique notamment sur le bon usage des médicaments et la gestion du risque médicamenteux.

A titre d'exemple, il est recommandé :

- d'expliquer au patient et à son entourage l'objectif, l'utilité et les bénéfices des thérapeutiques, les effets indésirables et la manière dont ils peuvent être prévenus et/ou traités ; ces informations permettront au patient de mesurer les conséquences possibles de ses choix ;
- en cas de prescription hors AMM, d'expliquer que la prescription de la spécialité pharmaceutique n'est pas conforme à son autorisation de mise sur le marché, de l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée, des risques encourus, des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament » et des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité prescrite » ;
- de préciser le déroulement du traitement (durée, doses, modalités d'auto-administration, modalités de prise par rapport aux repas ou à l'organisation de la journée ...)
- de rappeler au patient l'intérêt de l'observance du traitement en matière d'efficacité et de risques encourus si le traitement n'est pas suivi ;
- de faciliter l'expression du patient sur ses préoccupations quant au traitement ;
- de lever les incompréhensions, les appréhensions ;
- d'apporter des conseils pour éviter les complications et amener la personne hospitalisée à mieux gérer sa maladie ;

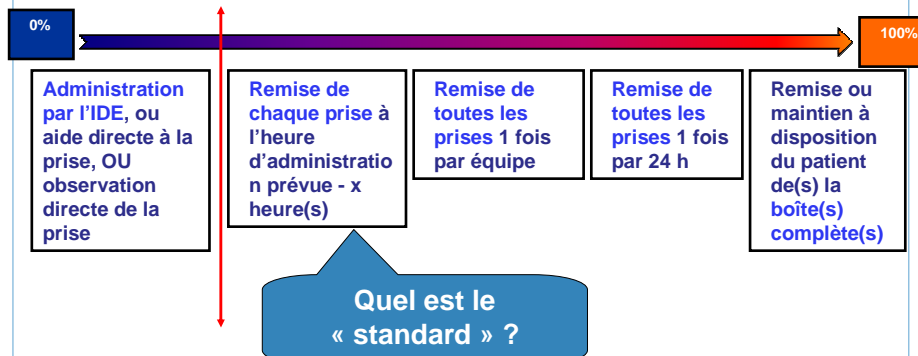
²⁶Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Figure 8 – Fiche patient hospitalisé – Etape d'administration



2 - Problématiques liées à l' « auto-administration »

« Auto-administration » : un éventail de situations



2 - Problématiques liées à l' « auto-administration »

- Est-elle vraiment **autorisée** (réglementation ?) Si oui, **est-elle souhaitable pour le patient ?**
- **Qui décide** : médecin ? IDE ?
 - Si c'est le médecin : l'autoadministration **doit elle faire l'objet d'une prescription médicale ?**
 - Si oui, **quel degré de précision ?** mention générale « autoadministration du traitement » ? Ou **mention pour chacun des médicaments concernés ? traçabilité de la décision ?** (comment l'enregistrer pour qu'elle soit partagée au sein de l'équipe qui prend en charge le patient ? Cas des logiciels de prescription)
- **Quand évaluer l'autonomie pour les prises médicamenteuses ?**

2 - Problématiques liées à l' « auto-administration »

- **Quel champ d'application ?**
 - **En durée** : autonomie pour 1 prise ? Pour 24 h ? Totale ?
 - **En nature** : quels médicaments ?
 - Uniquement les traitements apparaissant sur la prescription hospitalière (arrêté 6/4/2011)
 - Uniquement les traitements personnels ?
 - Uniquement les formes non injectables ? (mais cas de l'insuline ?)
- **Quel contrôle de la prise effective par l'IDE ?** « Contrôle des traitements autoadministrés » = oxymore ?
- **Quelle traçabilité de l'administration ?** Faut-il tracer ? Si oui, quelle responsabilité de l'IDE si autoadministration prescrite sans mention explicite des médicaments concernés ?

Proposition de définition :

Autoadministration des prises médicamenteuses : situation dans laquelle le patient **détient à l'avance plusieurs prises et prend sur décision médicale écrite un médicament en toute autonomie, sans contrôle systématique de la prise effective par l'infirmière**

3 - Ex de dysfonctionnements liés au traitement personnel (CREX)

Traitements personnels et / ou auto-administrés :
exemple de dysfonctionnements relevés en CREX

	CREX	Pb spécifique au traitement personnel ? (traitement apporté par le patient ?)	Risques
Le patient gère seul ; le traitement n'est pas prescrit (interdit)	483 (Carbosylane) 319 (statine)	oui	-Le médecin n'est pas informé de certaines prises médicamenteuses → redondances, surdosage, IAM, difficultés diagnostiques.... - Aucune demande n'arrive en pharmacie → risque d'interruption de traitement
Le patient gère seul ; le traitement est prescrit	224 (Rifater) 347 (Effentora) 357 (Rivotril) 525 (buprénorphine et Atarax) 885 (Skénan)	non	-Incertitude sur les prises effectives -Surdosage -Redondance - risque médico-légal (IDE) si erreur d'administration
Le patient gère seul ; le traitement est prescrit, mais discordant par rapport à la prescription « habituelle »	158 (Ixel) 328 (Kaletra) 332 (Glivec)	oui	2 cas : -La prescription hospitalière est correcte : le patient risque de poursuivre à la dose habituelle sans prendre en compte une modification - la prescription hospitalière est incorrecte -Dans les 2 cas , incertitude sur la dose effectivement prise ; traçabilité de l'administration erronée

Traitements personnels et / ou auto-administrés :
exemple de dysfonctionnements relevés en CREX

	CREX	Pb spécifique au traitement personnel ? (traitement apporté par le patient ?)	Risques
Médicament prescrit dans le logiciel de prescription en « traitement personnel », mais en réalité non apporté par le patient (ou bien il n'en reste plus)	•427 (Comtan° et Sinemet) •562 (Vimpat) •1108 Néoral° buv° •1181 Lamprène°	Non (concerne tous les médicaments hors livret)	Aucune demande n'arrive en pharmacie → interruption de traitement Certaines IDE interprètent « traitement personnel » comme « gère seul » et ne vérifient ni les stocks ni les prises → interruption de traitement non détectée