

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Soutenue publiquement le 3 juillet 2015 à 16 heures

Par Mme Drancourt Perrine

LES LIENS PHARMACEUTIQUES VILLE / HOPITAL AMELIORENT-ILS LA

CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE ?

ETUDE ET PERSPECTIVES

Membres du jury :

Président :

M. le Professeur Bertrand Decaudin,

Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie de Lille 2,
Praticien Hospitalier, Pharmacien Hospitalier – Centre Hospitalier Régional et
Universitaire de Lille

Directeur de mémoire :

Mme le Docteur Catherine Floret,

Praticien Hospitalier, Pharmacien Hospitalier – Centre Hospitalier de Béthune

Assesseurs :

Mme le Docteur Aurélie Terrier – Lenglet,

Maitre des Conférences des Universités, Faculté de Pharmacie d'Amiens,
Praticien Hospitalier, Pharmacien Hospitalier – Centre Hospitalier et Universitaire
d'Amiens

M. le Docteur Anderson Ratsimbazafy,

Praticien hospitalier, Néphrologue – Centre Hospitalier de Béthune



**Faculté des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques de Lille**



Université Lille 2 – Droit et Santé

Président :	Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE
Vice- présidents :	Professeur Alain DUROCHER
	Professeur Régis BORDET
	Professeur Eric KERCKHOVE
	Professeur Eric BOULANGER
	Professeur Frédéric LOBEZ
	Professeur Damien CUNY
	Professeur Benoit DEPREZ
	Professeur Murielle GARCIN
	Monsieur Pierre RAVAUX
	Monsieur Larbi AIT-HENNANI
	Monsieur Antoine HENRY
Directeur Général des Services :	Monsieur Pierre-Marie ROBERT

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen :	Professeur Damien CUNY
Vice-Doyen, 1 ^{er} assesseur :	Professeur Bertrand DECAUDIN
Assesseur en charge de la pédagogie	Dr. Annie Standaert
Assesseur en charge de la recherche	Pr. Patricia Melnyk
Assesseur délégué à la scolarité	Dr. Christophe Bochu
Assesseur délégué en charge des relations internationales	Pr. Philippe Chavatte
Assesseur délégué en charge de la vie	

Etudiante M. Thomas Morgenroth

Chef des services administratifs : Monsieur Cyrille PORTA

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
Mme	CAPRON	Monique	Immunologie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
M.	DUBREUIL	Luc	Bactériologie
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	DUTHILLEUL	Patrick	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	Chimie Organique (ICPAL)

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Chimie Thérapeutique 1
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacieclinique
M.	CHAVATTE	Philippe	Chimie Thérapeutique 2
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie Générale

Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie Générale
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GESQUIERE	Jean-Claude	Chimie Organique
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
Mme	GRAS	Hélène	Chimie Thérapeutique 3
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie thérapeutique 2
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY – MAILLOLS	Anne Catherine	Droit et déontologie pharmaceutique
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHERAERT	Eric	Droit et déontologie pharmaceutique
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire
M	TARTAR	André	Chimie Organique
M.	VACCHER	Claude	Chimie Analytique
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique
M.	MILLET	Régis	Chimie Thérapeutique (ICPAL)

Liste des Maitres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

Liste des Maitres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie (80%)

Mme	CHARTON	Julie	Chimie Organique (80%)
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie (80%)
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
M.	FARCE	Amaury	Chimie Thérapeutique 2
Mme	FLIPO	Marion	Chimie Organique
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
Mme	HAMOUDI	ChérifaMounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
Mme	HOUSSIN-THUILLIER	Pascale	Hématologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique 1
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NEUT	Christel	Bactériologie

Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	YOUS	Saïd	Chimie Thérapeutique 1
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques
<hr/>			
M.	FURMAN	Christophe	Pharmacobiochimie (ICPAL)
Mme	GOOSSENS	Laurence	Chimie Organique (ICPAL)

Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et déontologie pharmaceutique

Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais

***Faculté des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques de Lille***

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

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

Remerciements

A Monsieur le Professeur Decaudin,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Soyez assuré de mon profond respect et de toute ma considération.

A Madame le Docteur Terrier - Lenglet,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver l'expression de mes remerciements les plus sincères.

A Monsieur le Docteur Ratsimbazafy,

Vous m'avez accueillie dans votre service, je vous remercie pour l'aide apportée dans l'élaboration de ce travail, ainsi que de me faire l'honneur de juger mon travail.

A Catherine,

Je te remercie de m'avoir proposé de participer à ce merveilleux projet et pour ta confiance accordée. Tes conseils avisés, ta disponibilité, ton soutien ont été un réel atout dans l'aboutissement de ce projet.

Aux médecins et internes des services de Gastro-entérologie et de Néphro-Rhumatologie,

Pour votre accueil, votre gentillesse, votre partage de connaissances et votre implication dans ce projet.

Aux pharmaciens du Centre Hospitalier de Béthune, Mme Laffont, Mr Lebec, Catherine Senis-Loiseau, Catherine Floret, Carine Gransard, Aude Nollet, Amandine Calesse,

Partager cette année et demie à vos côtés fût un réel plaisir. Je vous remercie de m'avoir accueillie parmi vous, d'avoir participé à ma formation et pour l'expérience que vous m'avez apportée.

Merci pour vos conseils, votre gentillesse, votre écoute et pour tous les bons moments passés ensemble. Béthune restera ma famille de cœur.

A mes parents, à ma sœur

Vous êtes les piliers fondateurs de ce que je suis et de ce que je fais.

Merci pour votre amour, votre éducation et votre soutien, vous avez fait de mon parcours une réussite. Merci d'avoir toujours cru en moi.

Recevez tout mon amour

**A mes amis,
Sandrine, Christelle, Jennifer, Céline, Mylène, Anne-Sophie, Guillaume, Nicolas, Hubert,
Amandine, Nais.**

Pour tous nos bonheurs partagés,
Pour toutes ces soirées et week-ends inoubliables passés ensemble en France ou au Québec.
Merci pour votre soutien et vos conseils. Que notre amitié dure toujours!

Le Laboureur et ses Enfants

Travaillez, prenez de la peine :
C'est le fonds qui manque le moins.
Un riche Laboureur, sentant sa mort prochaine,
Fit venir ses enfants, leur parla sans témoins.
Gardez-vous, leur dit-il, de vendre l'héritage
Que nous ont laissé nos parents.
Un trésor est caché dedans.
Je ne sais pas l'endroit ; mais un peu de courage
Vous le fera trouver, vous en viendrez à bout.
Remuez votre champ dès qu'on aura fait l'Oût.
Creusez, fouillez, bêchez ; ne laissez nulle place
Où la main ne passe et repasse.
Le père mort, les fils vous retournent le champ
Deçà, delà, partout ; si bien qu'au bout de l'an
Il en rapporta davantage.
D'argent, point de caché. Mais le père fut sage
De leur montrer avant sa mort
Que le travail est un trésor.

Jean de La Fontaine

A ma grand-mère, Jeanne-Marie

A mes grands-pères, Marcel et André

SOMMAIRE

Liste des figures.....	15
Liste des tableaux.....	15
Liste des abréviations.....	16
INTRODUCTION.....	17
Partie 1 : Constat et évolution de la prise en charge médicamenteuse à travers le monde.....	18
1. Le système français et ses complexités.....	18
2. Evénements indésirables et médicament.....	20
2.1 Evénements indésirables et médicament.....	20
2.2 Le médicament, pourvoyeur d'événements indésirables.....	21
3 L'une des causes des événements indésirables liés au médicament : le défaut de transmission d'information.....	21
3.1 Interface Ville – Hôpital.....	22
3.2 Interface Hôpital – Ville.....	22
3.3 La vision des patients.....	23
4 Les exigences réglementaires.....	23
4.1 L'arrêté du 6 avril 2011.....	24
4.2 Le manuel de Certification V2014.....	24
4.3 La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009.....	25
5 La conciliation médicamenteuse au service du lien Ville / Hôpital.....	26
5.1 Définition de la conciliation médicamenteuse.....	26
5.1.1 La conciliation médicamenteuse à l'admission.....	26
5.1.2 La conciliation médicamenteuse à la sortie.....	28
5.2 Intérêt grandissant pour la conciliation médicamenteuse.....	29
Partie 2 : Etude REPHVIM.....	31
1. Matériel et méthode.....	31
1.1 Objectifs de l'étude.....	31
1.2 Méthodologie de l'étude.....	31
1.2.1 Description du Centre Hospitalier de Béthune.....	31
1.2.2 Description de l'étude.....	31
1.2.3 Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	32
1.2.4 Description des bras de l'étude.....	33
1.2.4.1 Bras conciliation.....	33
1.2.4.2 Bras contrôle.....	34
1.2.5 Les critères d'évaluation.....	34
1.3 Ethique.....	35
1.4 Statistiques.....	36
2. Résultats.....	36
2.1 Description de la population.....	37
2.2 Conciliation de sortie.....	37
2.2.1 Validation de l'ordonnance de sortie et modifications éventuelles.....	37
2.2.2 Entretien avec le patient.....	40
2.2.3 Transmission des informations aux pharmaciens d'officine.....	41
2.3 Devenir du patient.....	41
2.3.1 Passage à la pharmacie d'officine.....	41
2.3.2 Devenir du patient à J7 de sa sortie.....	43
2.3.3 Devenir du patient à J35 de sa sortie.....	44
2.4 Satisfaction des médecins hospitaliers.....	45
2.5 Satisfaction des pharmaciens d'officine.....	47
2.6 Satisfaction des patients.....	48
3. Discussion.....	49
3.1 Aspects positifs.....	49
3.1.1 Amélioration de la qualité de l'ordonnance de sortie.....	49

3.1.2	Amélioration de la qualité de la prise en charge post hospitalisation	51
3.1.3	Satisfaction des professionnels de santé et des patients	53
3.2	Les limites et difficultés rencontrées dans l'étude	54
3.2.1	Les limites de l'étude	54
3.2.2	Les difficultés rencontrées et les perspectives	55
3.2.2.1	Problèmes organisationnels	55
3.2.2.2	Les moyens humains	55
3.2.2.3	Les moyens technologiques	56
3.3	Une organisation à mettre en place pour une réelle efficacité	58
3.3.1	Création d'une commission Ville Hôpital	59
3.3.2	Mise à disposition d'outils validés	59
3.3.3	Formations communes entre les différents professionnels de santé	60
3.3.4	Informatisation du processus de conciliation médicamenteuse	60
3.3.5	Attributions de moyens financiers	61
CONCLUSION		62
Bibliographie		63
Annexes		68

Liste des figures

Figure 1 : Schéma de l'étude au CHB.....	32	
Figure 2 : nombre de patients inclus dans les bras conciliation et contrôle au sein des services de Néphro-Rhumatologie et Gastro-entérologie.	36	
Figure 3 : Disponibilité de la dernière ordonnance lors de l'admission du patient	37	
Figure 4 : nombre moyen de médicaments sur l'ordonnance de sortie	38	
Figure 5 Type d'interventions pharmaceutiques	39	
Figure 6 : Classification ATC des médicaments concernés par une intervention pharmaceutique	39	
Figure 7: temps moyen (en minutes) consacré par le pharmacien pour réaliser la conciliation de sortie (analyse de l'ordonnance, explication au patient, transmission au Pharmacien d'officine).	41	
Figure 8: taux de patients étant allés à la pharmacie dans les 24 heures après sa sortie.	41	
Figure 9: taux de patients s'étant rendus eux-mêmes à la pharmacie	42	
Figure 10: taux de réhospitalisations non prévues à J7	43	
Figure 11:Taux de patients ayant consulté leur médecin 35 jours après leur sortie	44	
Figure 12: taux de traitements de sortie modifiés à J35.....	44	
Figure 13:taux de réhospitalisations non prévues entre J7 et J35	44	
Figure 14: fonction des médecins ayant	Figure 15: intérêt des interventions.....	45
Figure 16 : intérêt de la validation d'ordonnance	Figure 17 : intérêt de l'entretien	46
Figure 18 : intérêt de la transmission des informations au pharmacien d'officine d'après les médecins.....		46
Figure 19 : activités voulant être pérennisées par les médecins dans les services de Gastro-Entérologie et de Néphro-Rhumatologie.....		47
Figure 20 : satisfaction du pharmacien d'officine concernant les informations à la sortie du patient par le pharmacien hospitalier		47
Figure 21 : éléments les plus utiles selon le pharmacien d'officine (1= le plus utile, 6= le moins utile)		48
Figure 22 : taux de patients satisfaits de leur PECM dans le service de Néphro-Rhumatologie		48
Figure 23 : taux de patients satisfaits de leur PECM dans le service de Gastro-Entérologie		48
Figure 24 : Taux de patients satisfaits de l'entretien avec le pharmacien hospitalier avant leur sortie		49

Liste des tableaux

Tableau 1 : Causes des exclusions de patients en Néphro-Rhumatologie et Gastro-Entérologie	36
Tableau 2 : Description de la population.....	37
Tableau 3 Exemples de problèmes ayant eu un retentissement clinique ou biologique mis en évidence par une intervention pharmaceutique.	40
Tableau 4: déclarations de pharmacovigilance et d'erreur médicamenteuse.	40
Tableau 5 : Identification des problèmes pouvant survenir en sortie d'hospitalisation	42
Tableau 6: Caractéristiques de la délivrance des médicaments à la sortie de l'hôpital	43
Tableau 7: Motifs de réhospitalisation des patients à J+35.....	45

Liste des abréviations

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament
ARS : Agence Régionale de Santé
BCM : Bilan Comparatif des Médicaments
BMO : Bilan Médicamenteux Optimisé
CHB : Centre Hospitalier de Béthune
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Etablissement
DP : Dossier Pharmaceutique
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EI : Evénement Indésirable
EIG : Evénement Indésirable Grave
EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale
HAS : Haute Autorité de Santé
IGAS : Inspection Générale des affaires sociales
OMA : Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PEP : Pratique Exigible Prioritaire
PO : Pharmacien d'Officine
POR : Pratique Organisationnelle Requête
REPHVIM : Relations Pharmaceutiques Hôpital Ville et iatrogénie Médicamenteuse

INTRODUCTION

Depuis quelques années, la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients est au cœur des préoccupations. Elle a pour objectif d'administrer le Bon médicament, à la Bonne dose, par la Bonne voie, au Bon patient, au Bon moment. En 2011, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a distingué deux circuits interdépendants dans le processus de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé¹. Le premier circuit, logistique, s'intéresse au médicament en tant que produit, de l'achat à la délivrance, jusqu'à son administration. Le second circuit, clinique, correspond à « la prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé depuis son entrée, au moment où son traitement personnel est pris en compte, jusqu'à la sortie, au moment où une prescription, qui sera dispensée en ville, est effectuée ». Il comprend donc les étapes de prescription, de dispensation, d'administration, de suivi et de réévaluation du traitement.

La sécurisation de ce circuit du médicament repose sur un élément fondamental, la continuité des soins². Il s'agit de « la façon dont les soins sont vécus par un patient comme cohérents et reliés dans le temps ; cet aspect des soins est le résultat d'un bon transfert de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une coordination des soins »³. En effet, de nombreuses études ont mis en évidence qu'une rupture dans la prise en charge médicamenteuse aux points de transition était à l'origine d'événements de santé défavorables se traduisant par des réhospitalisations ou prolongations d'hospitalisation. Ces dysfonctionnements sont à l'origine d'une perte de confiance vis-à-vis du système de santé et de surcoûts non négligeables pour la Société.

Pour lutter contre ces dysfonctionnements, une pratique est développée depuis plusieurs années, la conciliation médicamenteuse à l'admission et à la sortie d'hospitalisation. Cette nouvelle pratique, souvent attribuée au pharmacien hospitalier, permet d'établir un lien avec les professionnels de santé de ville, notamment le pharmacien d'officine. A l'admission, le pharmacien hospitalier contacte le pharmacien d'officine pour connaître l'ensemble des médicaments pris par le patient. A la sortie, le pharmacien hospitalier informe le pharmacien d'officine des modifications thérapeutiques. Ainsi, un lien pharmaceutique Ville / Hôpital est établi au service de la continuité de la prise en charge médicamenteuse. L'objectif de ce travail est de mettre en place ce lien pharmaceutique afin d'en étudier les modalités, les bénéfices, mais aussi les difficultés rencontrées. Les liens pharmaceutiques Ville / Hôpital améliorent-ils la prise en charge médicamenteuse ?

Ce travail est composé de deux parties. Tout d'abord, nous établirons un constat de la prise en charge médicamenteuse à travers le monde et son évolution. Puis, nous présenterons l'étude REPHVIM (Relations Pharmaceutiques Hôpital / Ville et Introgénie Médicamenteuse) menée au Centre Hospitalier de Béthune, les résultats ainsi que les perspectives envisagées.

PARTIE 1:

CONSTAT ET EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE

MEDICAMENTEUSE A TRAVERS LE MONDE

1. Le système de santé français et ses complexités

Un système de santé est l'ensemble des moyens (organisationnels, humains, structurels et financiers) destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé. Il est composé du système de soins et du système de protection sociale. Le système de soins, régulé par l'Etat et l'Assurance Maladie, permet de répondre à une demande de soins (la population) grâce aux producteurs de soins (les professionnels de santé: médecins, dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes et des établissements hospitaliers, etc.). En 2000, l'Organisation Mondiale de la Santé a mené une enquête sur les systèmes de santé de 191 pays⁴. Cinq indicateurs ont été évalués: le niveau de santé général de la population, les inégalités de santé, le degré général de réactivité du système de santé (satisfaction des malades conjuguée au bon fonctionnement du système), la distribution de la réactivité dans la population (satisfaction des personnes de niveaux économiques divers vis-à-vis des services fournis par le système de santé) et la répartition de la charge du financement du système de santé au sein de la population. **Elle a conclu que le système de santé français fournissait les meilleurs soins de santé généraux.**

En France, l'organisation du système de santé repose sur trois niveaux⁵:

- national, l'Etat est responsable du financement et de l'organisation de l'offre de soins,
- régional, les Agences Régionales de Santé assurent la coordination des soins,
- local, les Etablissements de santé et les professionnels s'organisent pour la prise en charge graduée des patients selon leur état (soins de premier recours: le médecin généraliste, de second recours: les médecins spécialistes ou les établissements de santé). Cette organisation est conditionnée par une coordination entre les Etablissements de santé et la médecine de ville.

Pour cela, la loi du 13 août 2004 a défini le parcours de soins coordonné⁶. D'après une définition de l'ARS Ile-de-France, le parcours patient se définit comme la trajectoire globale des patients dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix⁷. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Il intègre les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. Ainsi pour garantir la rationalisation des soins, tout patient doit désigner un médecin traitant (généraliste ou spécialiste). En France, le patient est libre de choisir son médecin traitant, son pharmacien, son

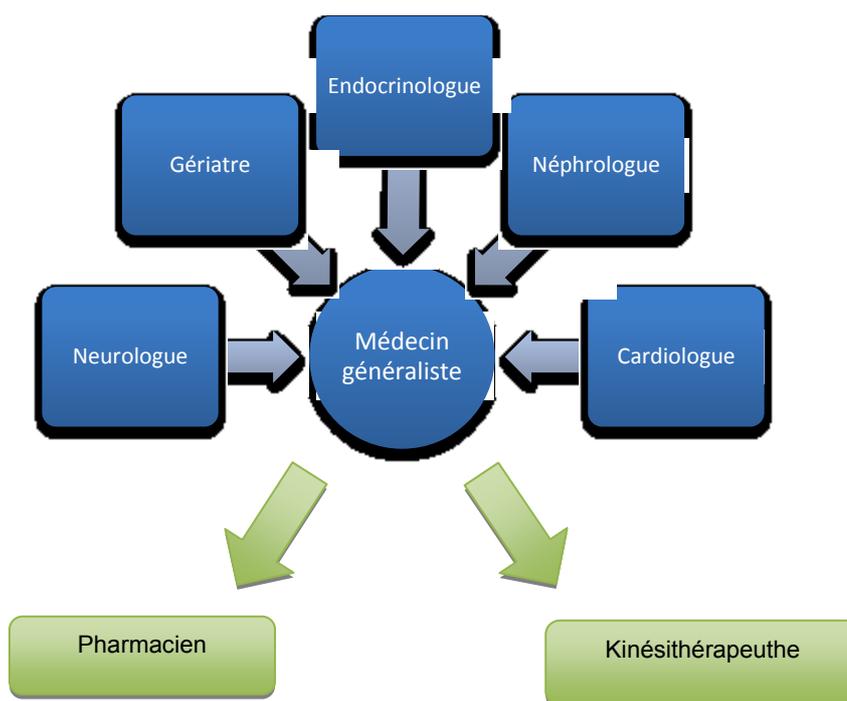
établissement de santé, etc. En effet, le système de santé français est basé sur la liberté de choix du patient.

Ce système de coordination permet une prise en charge optimale mais fondé essentiellement sur le lien entre médecins (généralistes, spécialistes, hospitaliers). Il n'inclut pas les autres professionnels de santé tels que les infirmiers, les kinésithérapeutes, les pharmaciens etc. Actuellement, aucun outil de communication n'est disponible pour permettre la coordination entre tous les professionnels de santé. *In fine*, le parcours patient peut parfois conduire, par sa complexité, à la survenue d'événement indésirable (défaut de communication, divergences au niveau de la prise en charge, suivi...). Un événement indésirable est un incident préjudiciable à un patient survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement selon le décret n° 2010-1408⁸.

Exemple de parcours patient: une patiente de 80 ans ayant pour antécédents une insuffisance cardiaque, une insuffisance rénale, une hyperthyroïdie d'origine iatrogène, une maladie de Parkinson, est victime de chutes à répétitions.

Elle consulte :

- son médecin traitant (médecin généraliste) chaque mois pour son suivi et le renouvellement de son ordonnance,
- le cardiologue pour le suivi de son insuffisance cardiaque (échographie, adaptation thérapeutique) deux fois par an,
- le Neurologue pour le suivi de sa maladie de Parkinson deux fois par an,
- l'Endocrinologue pour le suivi de son hyperthyroïdie (échographie) une fois par an,
- le Néphrologue pour le suivi de son insuffisance rénale (examens et adaptation thérapeutique) une fois par an,
- le Gériatre, trois fois par an.



A la suite de chaque consultation, un courrier est envoyé au médecin traitant pour l'informer du bilan réalisé et lui proposer une éventuelle modification de prise en charge (par exemple: arrêt d'un médicament). Au vu du courrier, le médecin généraliste décide ou non d'adapter le traitement. Chaque mois, la patiente se rend à sa pharmacie pour renouveler sa prescription. Elle suit 3 séances de kinésithérapie par semaine. Ces deux professionnels (le pharmacien et le kinésithérapeute) n'ont pas connaissance des courriers des médecins spécialistes. La prise en charge de cette patiente fragile est complexe.

Elle est admise à l'hôpital suite à de nombreuses chutes. Au cours de l'hospitalisation, la patiente est victime de blocages moteurs (phase off de la maladie de Parkinson) nécessitant un avis neurologique. Il s'avère que le traitement antiparkinsonien n'avait pas été reconduit totalement lors de son entrée. **Cet exemple illustre un défaut de communication entre la ville et l'hôpital ayant pour conséquence une reconduction partielle du traitement du domicile.**

La survenue d'événements indésirables dans le système de santé constitue un thème de préoccupation majeure pour les patients, les professionnels de santé et les pouvoirs publics. En effet, ils ont des conséquences diverses: sanitaires, économiques et juridiques⁹. Au Canada, 20% des patients hospitalisés vivent un événement indésirable¹⁰ entraînant un surcoût de 2,6 milliards de dollars/an¹¹. Ainsi, la réduction de l'incidence des événements indésirables constitue un critère de performance du système de soins⁹.

2. Événements indésirables et médicament

2.1 Les événements indésirables en France

En 2004, une Enquête Nationale sur les Événements Indésirables liés aux Soins (ENEIS) a été menée par la DREES¹². Son objectif était d'évaluer l'incidence des événements indésirables graves (EIG) liés au processus de soins conduisant à une hospitalisation ou se produisant lors du séjour dans un établissement de santé. Un EI est considéré comme grave en cas de prolongation d'hospitalisation, d'incapacité ou de mise en jeu du pronostic vital. Cette enquête a également évalué la proportion d'événements jugés évitables et leurs causes. En 2009, elle a été renouvelée pour mesurer l'atteinte des objectifs fixés par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Les résultats de 2004 et 2009 sont semblables. **Au cours de l'enquête ENEIS de 2009, 374 événements indésirables ont été répertoriés (160 sont à l'origine d'une hospitalisation et 214 ont eu lieu lors du séjour).**

A l'admission, 4,5% des entrées ont été causées par un EIG dont 2,6% évitables. Ces EIG n'étaient pas toujours engendrés par les pratiques de ville. Certaines admissions ont été reliées directement ou indirectement à une hospitalisation antérieure. **Les EIG à l'origine**

d'admissions sont principalement dus aux produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux). Ainsi les réadmissions sont fréquentes, coûteuses et possiblement évitables.

Lors du séjour hospitalier, la fréquence des EIG s'élève à 6,2 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation (9,2 en chirurgie et 4,7 en médecine), soit environ **un EIG tous les cinq jours dans un service de 30 lits**. Ils sont le plus souvent associés aux actes invasifs.

D'après les enquêtes ENEIS, les principales causes d'événements indésirables graves sont les actes invasifs, les infections nosocomiales et les produits de santé.

2.2 Le médicament, pourvoyeur d'événements indésirables^{13,14}

Le médicament est apparu comme la 3ème cause de survenue d'EIG (60 000 à 130 000 EIG par an dont 15 000 à 60 000 sont évitables). D'après ces enquêtes, **1,6 % des séjours sont causés par des EIG évitables associés à des produits de santé et notamment aux médicaments** (1,3% des admissions).

Ainsi, les principaux accidents évitables liés au médicament sont¹⁵:

- la non reprise des traitements du domicile lors d'une hospitalisation,
- un chevauchement thérapeutique lors d'une hospitalisation causé par une combinaison de médicaments dits de spécialités et génériques ou par une substitution,
- les défaillances dues aux ordonnances dont la posologie ou la dose sont inappropriées,
- l'omission de médicaments devant être administrés au domicile.

En 2007, la DHOS a lancé l'étude SECURIMED, étude d'impact organisationnel et économique de la sécurisation du circuit du médicament dans les établissements de santé. Elle a permis de confirmer que 22 événements indésirables étaient liés au médicament pour 1000 jours d'hospitalisations¹⁶.

Dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé et de sécurité des soins, la lutte contre la survenue d'EI est devenue l'une des priorités des professionnels de santé et des pouvoirs publics.

3. L'une des causes des Evénements indésirables liés au médicament: le défaut de transmission d'information

Les interfaces Ville-Hôpital et Hôpital-Ville sont des étapes à risque dans la prise en charge des patients. Une étude américaine de l'Institute of Medicine de 2006 a démontré que le manque de communication aux points de transition serait responsable de pas moins de 50% de toutes les erreurs médicamenteuses et jusqu'à 20% des événements indésirables¹⁷. Selon l'Agence Nationale du Médicament, une erreur médicamenteuse est définie comme une omission ou la

réalisation d'un acte non intentionnel impliquant un médicament durant le processus de soins. Elle peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirables pour le patient.

3.1 Interface Ville – Hôpital

D'après Cornish et Col¹⁸, 53,6% des patients présentent au moins une divergence entre le traitement du domicile et celui prescrit à l'admission. Parmi ces divergences, 38,6% ont le potentiel pour causer un événement de gravité modérée à sévère. Cette donnée a été confirmée par des études canadiennes où **40 à 50% des prescriptions à l'entrée présentaient une divergence ou une erreur non intentionnelle par rapport à celles du domicile**^{19, 20}.

En effet, à l'admission, les équipes médicales et soignantes sont confrontées à diverses difficultés. L'une d'entre elles est de connaître le traitement du patient. Pour réaliser cette tâche, ils s'appuient sur différentes sources d'informations: le patient, les courriers de sortie voire une lettre émanant du médecin généraliste. Cependant, le traitement médicamenteux est souvent la cible de modification thérapeutique, de non observance, d'oubli voire de méconnaissance de la part du patient. De plus, **dans un contexte d'efficience, le temps attribué à l'anamnèse médicamenteuse est de plus en plus limité.**

3.2 Interface Hôpital - Ville

A la sortie, les mêmes difficultés sont rencontrées. Selon une étude canadienne, **40% des ordonnances de sortie présentent une divergence**^{18,19}. En effet, les divergences non intentionnelles peuvent s'accumuler sur l'ordonnance de sortie (celles en lien avec le traitement prescrit à l'admission et celles se produisant lors du séjour et à la sortie). Ces divergences peuvent avoir des conséquences plus ou moins graves dans la prise en charge du patient en ville. Selon Foster et al, **l'incidence d'événements indésirables liés au médicament est de 20% pendant les cinq semaines post hospitalisation**²¹. Les deux tiers de ces effets indésirables auraient pu être prévenus ou minimisés par une information adaptée.

Dans ce contexte favorable à la iatrogénie, les réadmissions à l'hôpital sont fréquentes. En 2009, l'étude EVISA²² menée par le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine s'est intéressée aux EI liés aux soins ambulatoires conduisant à une hospitalisation. Pour 81% des cas analysés, un médicament était mis en cause dans la survenue de l'EI. Les principales classes médicamenteuses incriminées sont les anticoagulants, les médicaments à visée neurologique et les antihypertenseurs. D'après cette étude, ces EI peuvent être reliés à trois pratiques professionnelles à risque: **le défaut de communication entre le médecin et le patient, l'erreur dans le choix du traitement et l'insuffisance d'information entre professionnels de santé.**

Toutes ces divergences, à l'entrée et/ou à la sortie, sont donc étroitement liées aux ruptures dans la chaîne d'informations.

3.3 La vision des patients

Le Commonwealth Fund est une fondation américaine ayant pour objectif l'analyse et l'évaluation des politiques de santé. Elle réalise des enquêtes internationales annuelles auprès du grand public, des patients nécessitant des soins lourds et atteints de maladie chronique ou des médecins généralistes. Ces enquêtes portent essentiellement sur l'accès aux soins, la coordination et la continuité des prises en charge, la sécurité, la participation du patient à sa prise en charge.

D'après les enquêtes du Commonwealth Fund de 2008 et de 2011^{23, 24}, **peu d'attention est donnée au suivi des médicaments aux points de transition**. Parmi les 11 pays participants, **la France est le deuxième pays où le nombre de défauts de coordination rapportés par les patients est le plus élevé**. Ils évoquent :

- une absence d'échange d'information importante entre prestataires de soins,
- des spécialistes mal informés de l'historique du patient ou le médecin traitant non informé des avis du spécialiste.

De plus, dans tous les pays, les patients déclarent de nombreuses défaillances dans la gestion de la sortie :

- absence d'informations sur les symptômes à surveiller,
- absence d'informations sur les soins à effectuer au domicile,
- peu de programmation de visites de suivi,
- absence d'informations claires au sujet des médicaments prescrits.

C'est en France que les patients rapportent le nombre le plus élevé de ces défaillances à la sortie.

Ainsi, de nombreux auteurs ont décrit l'existence d'un défaut de transmission d'informations entre le milieu communautaire et hospitalier. Les médecins, les soignants et les patients reconnaissent les limites du système actuel quant à la continuité des soins. Finalement, la communication entre professionnels de santé et avec le patient est l'une des principales clés de voûte en termes de sécurité et de qualité pour la prise en charge des patients.

4. Les exigences réglementaires

Face à ce constat dans une période de restriction budgétaire, les pouvoirs publics français ont décidé de faire évoluer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse de façon efficiente. A travers différents textes, ils ont introduit les notions de Gestion du circuit du médicament, de Certification et de Modernisation des Etablissements de Santé.

4.1 L'arrêté du 6 avril 2011

Abrogeant l'arrêté du 31 mars 1999 et imposant une nouvelle vision de la gestion du médicament, l'arrêté du 6 avril 2011 fût une véritable révolution au sein des Etablissements de santé. Il décrit la prise en charge médicamenteuse comme un processus combinant des étapes pluridisciplinaires et interdépendantes: la prescription, la dispensation, l'approvisionnement, la détention et le stockage, le transport, l'information du patient, l'administration et la surveillance du patient. Le directeur de l'Etablissement en collaboration avec le Président de la Commission Médicale d'Etablissement est en charge de la politique de sécurisation du médicament. **L'arrêté a ainsi donné une vision transversale du médicament en responsabilisant tous les acteurs de santé. L'objectif ultime est l'utilisation du médicament de façon sécuritaire, appropriée et efficiente.**

Le système mis en place doit, en particulier :

- Garantir la continuité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse de l'admission jusqu'à la sortie du patient,
- Porter une attention particulière sur les transferts du patient au sein de l'établissement ou dans un autre établissement,
- S'assurer dans la mesure du possible que le patient soit bien informé sur son traitement sauf urgence ou impossibilité.

Ainsi, l'entrée et la sortie sont définies comme des étapes critiques. De plus, le patient est placé au centre du système et doit devenir un véritable acteur de sa santé.

L'arrêté du 6 avril 2011 et sa circulaire d'application du 14 février 2012²⁵ ont initié une modernisation du système de santé français. Ils replacent le patient au cœur des préoccupations et tentent de faire évoluer la vision des professionnels de santé. Ils prônent une politique de sécurité et de qualité de la prise en charge médicamenteuse notamment aux points de transition.

4.2 Le manuel de certification V2014

L'ordonnance du 24 avril 1996 dite ordonnance Juppé²⁶ introduit la certification au sein du système de santé français. Il s'agit d'une procédure d'évaluation externe par des experts visiteurs mandatés par la Haute Autorité de Santé. Elle a pour but d'objectiver le niveau de qualité atteint et l'existence d'une dynamique d'amélioration au sein de l'Etablissement. Les objectifs à atteindre sont explicités dans le manuel de certification. Il est composé de deux chapitres: "le management de l'Etablissement" et "la prise en charge du patient", détaillés en 28 critères.

La version 2014 du manuel de certification²⁷ a renforcé les exigences auprès du critère 18a « continuité et coordination de la prise en charge des patients », devenant une Pratique Exigible Prioritaire (PEP) à l'ensemble des prises en charge. Ainsi **l'établissement doit prévoir des**

modalités de transmission d'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs.

La continuité s'apprécie selon les axes suivants :

- l'accessibilité et la qualité de l'information;
- la qualité de la relation thérapeutique qui s'établit entre un patient et une équipe pluri professionnelle;
- une planification des soins cohérente dans le temps;
- l'organisation mise en place pour assurer la permanence des soins;
- une coordination et une concertation entre les acteurs internes et externes.

Le manuel définit également comme PEP le critère 20a "Management de la prise en charge médicamenteuse du patient". Il impose comme **gage de qualité la continuité thérapeutique**. Pour cela, il est nécessaire de prendre en compte le traitement personnel du patient à l'admission, de documenter l'exhaustivité du traitement médicamenteux lors des transferts et de la sortie et d'établir une coordination efficace avec les professionnels de ville. En pratique, un lien doit s'établir entre la ville et l'hôpital afin d'obtenir des informations exhaustives sur les thérapeutiques pour favoriser une prise en charge optimale des patients.

La continuité de la prise en charge des patients est de nouveau abordée au niveau du critère 24a "sortie du patient". Il indique que les **informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité**. Actuellement, le médecin traitant reçoit un courrier de sortie lui expliquant la prise en charge et les modifications thérapeutiques réalisées dans le cadre de l'hospitalisation. Cependant, le pharmacien d'officine n'est peu ou pas informé et se retrouve confronté à des modifications thérapeutiques non documentées. Dans ce contexte, il est pour lui difficile de délivrer l'ordonnance établie par le médecin hospitalier en toute certitude et d'apporter un conseil adapté au patient.

4.3 La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009

La loi HPST se veut être "une réforme pour l'avenir"²⁸. Elle est composée de 4 axes:

- La modernisation des établissements de santé,
- L'amélioration de l'accès à des soins de qualité,
- La prévention et la santé publique,
- L'organisation territoriale du système de santé.

Elle **redéfinit notamment le rôle du Pharmacien d'Officine**. En effet, face aux déserts médicaux, le pharmacien d'officine reste un professionnel de santé accessible et disponible sur l'ensemble du territoire.

Des nouvelles missions lui sont dévolues telles que :

- Participation à la coopération entre les professionnels de santé,
- Introduction du concept de "pharmacien correspondant" au service des patients atteints de maladies chroniques,
- Possibilité d'être désigné comme correspondant au sein de l'équipe de soins par le patient.

Le pharmacien d'officine dispose de nombreuses informations utiles aux autres professionnels de santé: médicaments dispensés, automédication, observance...De plus, il reste un professionnel de confiance et accessible pour les patients. Grâce à ces nouvelles missions, le pharmacien d'officine doit être un allié des autres professionnels de santé afin d'améliorer la continuité thérapeutique.

En conclusion, de nombreuses études internationales et nationales ont démontré que les produits de santé étaient à l'origine de nombreux événements indésirables dans les systèmes de santé. Plusieurs facteurs expliquent ces événements, notamment le manque de communication entre la Ville et l'Hôpital. **Ces deux mondes indissociables ont des organisations différentes et parfois l'interface est inefficace.** Face à ce constat, les autorités ont mis en œuvre différents textes afin d'apporter des clés pour améliorer ce système. **Un outil testé depuis plusieurs années semble prometteur, la conciliation médicamenteuse.**

5. La conciliation médicamenteuse au service du lien Ville-Hôpital

5.1 Définition de la conciliation médicamenteuse

La conciliation médicamenteuse est un processus interactif et pluridisciplinaire qui garantit la continuité des soins en intégrant à une nouvelle prescription les traitements en cours du patient²⁹. Elle peut être réalisée à l'admission, au transfert ou à la sortie du patient hospitalisé. Elle a pour but de diminuer la iatrogénie médicamenteuse et d'assurer un lien entre les différents professionnels de santé.

5.1.1 La conciliation médicamenteuse à l'admission

La conciliation médicamenteuse à l'admission est composée de quatre étapes d'après l'OMS³⁰ :

- a) La recherche des médicaments pris au domicile dès l'admission du patient, appelée Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) = étape n°1,**

Cette étape consiste à recenser les traitements du domicile de façon exhaustive (dénomination internationale commune, dosage, posologie, forme galénique, voie d'administration, fréquence, durée) par différentes sources d'informations. Les principales sources sont: l'ordonnance et/ou

courriers de sortie, l'entretien avec le patient et/ou de l'entourage, l'entretien avec les autres professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers), les médicaments apportés par le patient, le dossier pharmaceutique. Le croisement des données permet d'obtenir des informations fiables et complètes. Il est également possible de renseigner les allergies et l'observance du patient lors de cette étape.

b) La comparaison de la liste des médicaments pris au domicile avec la prescription rédigée à l'admission = étape n°2,

Elle permet de mettre en évidence les divergences entre le traitement du domicile et l'Ordonnance Médicale à l'Admission (OMA). Les divergences sont dites non documentées lorsqu'aucune information n'est retrouvée dans le dossier du patient sur la raison de la modification.

c) La caractérisation des divergences non documentées = étape n°3,

Après avoir mis en évidence les divergences non documentées entre le traitement du domicile et celui de l'admission, celles-ci sont évaluées. Il peut s'agir de divergences intentionnelles (arrêt temporaire du médicament dans le cadre d'une insuffisance rénale aiguë, traitement inadapté, ajout...) ou non intentionnelles (omission, erreur de dosage...).

d) La modification de l'ordonnance = étape n°4.

Elle est faite par le médecin si nécessaire.

La conciliation peut être **proactive** (la liste des médicaments pris par le patient au domicile est établie avant la rédaction de l'ordonnance à l'admission). Le médecin prend en compte le BMO pour rédiger l'ordonnance à l'admission, les étapes 2, 3 et 4 ne sont pas réalisées. Il s'agit d'une méthode de prévention des erreurs médicamenteuses. Cette méthode simplifie le processus, en effet, le prescripteur tient compte initialement du BMO pour rédiger sa prescription d'admission. Pour mettre en œuvre ce processus, il est nécessaire de disposer de moyens humains conséquents pour répondre aux besoins quotidiens (c'est-à-dire une présence pharmaceutique 7 jours/7 et 24 heures/24).

La conciliation peut être **rétroactive** (la liste des médicaments est établie après la rédaction de l'ordonnance à l'admission), dans ce cas, elle permet d'intercepter les erreurs médicamenteuses. Cette méthode impose au prescripteur de prendre en compte le BMO après avoir rédigé son ordonnance d'admission. Il existe ainsi un retard dans la juste prise en charge du patient.

5.1.2 La conciliation médicamenteuse à la sortie

La conciliation médicamenteuse à la sortie permet de garantir la continuité du traitement médicamenteux lors du retour à domicile du patient hospitalisé²⁹. Elle consiste à transmettre en temps utile une information validée :

- au patient pour l'aider à poursuivre son traitement médicamenteux à domicile,
- au pharmacien d'officine pour optimiser son acte de dispensation,
- au médecin traitant pour l'intégrer à sa nouvelle prescription les modifications apportées au traitement pendant l'hospitalisation.

La conciliation de sortie est composée de 5 étapes:

a) Comparaison de l'ordonnance de sortie avec le traitement du domicile et le traitement au cours de l'hospitalisation,

Elle permet de mettre en évidence les divergences entre le traitement du domicile, celui au cours de l'hospitalisation et l'ordonnance de sortie. Les divergences sont dites non documentées lorsqu'aucune information n'est retrouvée dans le dossier du patient sur la raison de la modification.

b) Caractérisation des divergences non documentées,

Après avoir mis en évidence les divergences non documentées, celles-ci sont évaluées. Il peut s'agir de divergences intentionnelles (arrêt d'un médicament suite à une réévaluation au cours de l'hospitalisation) ou non intentionnelles (oubli de reprise d'un traitement arrêté lors de l'hospitalisation, erreur de dosage...).

c) Modification de l'ordonnance,

Le médecin modifie l'ordonnance si nécessaire.

d) Information du patient,

L'ordonnance de sortie est remise au patient. Les traitements lui sont expliqués (indication, modalités de prises, conseils...) et des documents peuvent lui être remis comme par exemple un plan de prise.

e) Information du Pharmacien d'officine.

Le pharmacien d'officine est contacté afin de l'avertir de la sortie du patient. Diverses informations lui sont apportées: le motif d'hospitalisation, l'ordonnance de sortie, les données clinico-biologiques. Il peut ainsi anticiper la venue de son patient (commande de médicaments, conseils avisés).

La conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie permet d'établir un lien entre la ville et

l'hôpital et de prévenir toute erreur pouvant survenir à ces différentes étapes. La communication entre les différents professionnels de santé permet de sécuriser la prise en médicamenteuse afin d'éviter tout préjudice pour le patient.

5.2 Intérêt grandissant pour la conciliation médicamenteuse

En 2006, l'Organisation Mondiale de la Santé a lancé un **projet "High 5s"** ayant pour objectif d'améliorer la sécurité des soins à l'hôpital³⁰. L'objectif de ce projet est de favoriser la mise en œuvre de protocoles standardisés, développés par les meilleures équipes internationales, et d'évaluer l'efficacité sur une période de cinq ans. La France participe à deux thématiques dont celle concernant la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins ou conciliation médicamenteuse (SOP-Medrec). **Le protocole établi consiste à réaliser, à l'entrée du patient aux Urgences, la conciliation médicamenteuse.** Ce protocole est mis en œuvre chez les patients à risque (plus de 65 ans). Les résultats de cette étude ne sont pas encore connus.

D'autres études ont montré l'intérêt de la conciliation médicamenteuse dans la prise en charge des patients. Murphy et al ont comparé le nombre d'erreurs médicamenteuses à la sortie avant et après la mise en place de la conciliation médicamenteuse³¹. Le nombre de divergences a diminué de façon significative (de 90% à 47% en chirurgie et de 57% à 33% en médecine). Cette tendance a été confirmée par l'équipe de Rozich et Rezar³². Le taux d'erreurs médicamenteuses s'élevait à 213 pour 100 admissions. Suite à la mise en place de la conciliation, le taux a diminué à 63 pour 100 admissions. D'après Kwan¹⁹, la conciliation menée par un pharmacien dans un service de chirurgie permet de réduire de 50% les écarts de prescription. D'après plusieurs études (françaises, belges et canadiennes)^{33,34,35}, la conciliation permet de mettre en évidence de 0,8 à 1,9 divergences non intentionnelles par patient. Au total, 30% à 60% des patients « conciliés » présentent au moins une divergence non intentionnelle. Malgré ces résultats, peu d'études ont évalué l'efficacité clinique de la conciliation médicamenteuse. **En effet, l'impact de la conciliation sur la durée du séjour, sur le taux de réadmissions et sur la mortalité est mesuré mais aucune étude n'a mis en évidence une baisse significative du taux de réadmissions**^{36, 37, 38}. De plus, la conciliation reste un processus chronophage et coûteux. En effet, le temps nécessaire pour réaliser la conciliation varie de 15 à 30 minutes.

Outre Atlantique, la conciliation médicamenteuse est devenue un outil pour garantir la sécurité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Depuis 2005, elle fait partie des critères d'accréditation des Etablissements de santé. En 2006, elle a été désignée comme Pratique Organisationnelle Requise (POR) au Canada³⁹. Les POR sont des pratiques fondées

sur des données probantes qui réduisent les risques et améliorent la qualité et la sécurité des services de santé. Ainsi, le programme d'agrément Qmentum au Canada comporte 37 POR dont la conciliation médicamenteuse à l'admission et la conciliation au transfert ou à la sortie. L'intégration de ces deux POR au programme d'agrément a joué un rôle important pour leurs mises en œuvre. Ainsi, le taux de conformité est passé de 47% (en 2010) à 60% (en 2011) pour la conciliation à l'admission et de 36% à 50% pour la conciliation au transfert et à la sortie.

Au vu de ces données, la conciliation semble être une arme pour les professionnels de santé dans la lutte contre l'iatrogénie et les erreurs médicamenteuses. Elle est particulièrement utile pour les populations de patients fragiles ayant de nombreux médicaments et interactions médicamenteuses. Cependant, les preuves de son efficacité en termes de réduction du nombre de réadmissions, de durée de séjour et de mortalité restent encore à établir.

PARTIE 2:

ETUDE REPHVIM

1. Matériel et méthode

Le Centre Hospitalier de Béthune (CHB) a participé à l'Etude REPHVIM (Relations Pharmaceutiques Ville-Hôpital et Itrogénie Médicamenteuse) coordonnée par le Centre Hospitalier Universitaire de Tours. Au total, 21 centres hospitaliers français ont participé (11 Centres Hospitaliers Universitaires et 10 Centres Hospitaliers Généraux).

1.1 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est **d'évaluer l'impact des échanges entre pharmaciens de l'hôpital vers la ville sur la prise en charge médicamenteuse du patient qui sort de l'hôpital, en termes de prévalence de problèmes médicamenteux.**

Les objectifs secondaires sont: d'évaluer la satisfaction des patients, des médecins hospitaliers et des pharmaciens d'officine, d'évaluer l'impact en fonction du service d'hospitalisation, et enfin d'évaluer le temps pharmaceutique hospitalier consacré à cette activité.

1.2 Méthodologie de l'étude

1.2.1 Description du Centre Hospitalier de Béthune

Le Centre Hospitalier de Béthune est un établissement de santé public, qui fait partie du bassin de l'Artois Douaisis⁴⁰. Il est composé de **421 lits de Médecine Chirurgie et Gynécobstétrique** (dont 25 lits en Gastro-entérologie et 30 lits en Néphro-Rhumatologie), 38 lits de Soins de Suite et de Réadaptation, 60 lits d'Unité de Soins Longue Durée et de 80 lits de type médico-social. **Au total, le CHB dispose de 609 lits et places.**

1.2.2 Description de l'étude

Il s'agit d'une **étude clinique en recherche de soins courants, multicentrique, randomisée, ouverte, en cluster et en cross over.** Le cluster est défini par l'unité de soins (chaque unité de soins est son propre témoin). Elle s'est intéressée aux patients sortant d'hospitalisation.

Chaque centre participant a inclus deux unités de soins qui ne pratiquaient pas la conciliation médicamenteuse avant cette étude. Certaines unités de soins ne pouvaient participer telles que la réanimation médicale et chirurgicale, les soins de suite et de réadaptation, le long séjour, les soins intensifs et les soins palliatifs, par difficulté de recrutement. Les unités pouvant être retenues étaient les unités de médecine, de médecine

spécialisée, la chirurgie, la traumatologie, la cancérologie. De plus, il était indispensable qu'une ordonnance de sortie soit établie pour chaque patient sortant. Au CHB, les deux unités participantes étaient la **Gastro-Entérologie** et la **Néphro-Rhumatologie**. Un service de chirurgie n'a pu être inclus, en effet, les pratiques médicales du service correspondaient à la rédaction d'un courrier médical de sortie uniquement.

L'étude était composée de deux bras. Le **bras contrôle** correspondait à une période de prise en charge classique « usual care » et le **bras conciliation** à une période où le pharmacien procédait à la conciliation médicamenteuse de sortie. Pour la réussite de l'étude, le CHB a choisi de missionner une interne en pharmacie à temps complet pour toute la durée de l'étude. Chaque unité de soins devait inclure au minimum 14 patients pendant chaque période de 14 jours successifs (une période contrôle et une période conciliation). Si pendant une période donnée, l'effectif des 14 patients n'était pas atteint, la période suivante commençait selon le calendrier préétabli. L'ordre des périodes a été défini par randomisation.

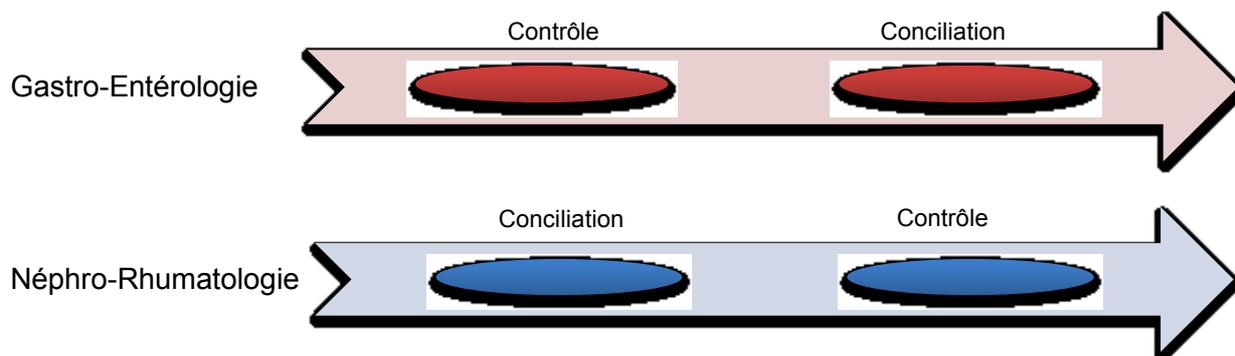


Figure 1 : Schéma de l'étude au CHB

1.2.3 Les critères d'inclusion et d'exclusion

Les **critères d'inclusion des sujets** étaient:

- patient majeur,
- patient fréquentant la même pharmacie d'officine depuis au moins 3 mois (selon la déclaration du patient).

Les **critères d'exclusion des sujets** étaient :

- patient opposé à participer à l'étude,
- patient en soins palliatifs et/ou présumé en fin de vie,
- patient ayant une durée de séjour supérieure à 21 jours car les changements thérapeutiques seraient certainement très nombreux,
- patient quittant l'unité pour une autre unité de l'établissement ou pour un autre établissement,
- patient institutionnalisé,

- patient en permission,
- patient participant à une étude clinique médicamenteuse,
- patient susceptible de ne pas fréquenter sa pharmacie habituelle,
- patient n'ayant pas une bonne compréhension des objectifs de l'étude,
- patient n'étant pas à même de répondre clairement à des questionnaires téléphoniques,
- patient sous tutelle ou curatelle.

A chaque entrée de patient dans le service de soins, le pharmacien hospitalier référent a évalué si l'inclusion du patient était possible. Il l'a informé sur l'étude et a recueilli les coordonnées du pharmacien d'officine pour réaliser le Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO). Il s'agissait d'une pré-inclusion.

A la sortie, si le patient respectait les critères d'inclusion et d'exclusion, le pharmacien hospitalier recueillait la non opposition du patient pour participer à l'étude (Annexe 1) et procédait à son inclusion définitive. Par exemple : un patient hospitalisé plus de 21 jours ne pouvait être inclus. Ainsi, le patient était inclus dans l'étude pour une unité de soins donnée, et une période donnée.

1.2.4 Description des bras de l'étude

1.2.4.1 Bras conciliation

A l'entrée, le pharmacien a réalisé le BMO d'après différentes sources d'informations (ordonnances, courriers de sortie antérieurs, entretien avec le patient, appel au pharmacien d'officine, dossier pharmaceutique). Il a établi le Bilan Comparatif des Médicaments en comparant le BMO à l'ordonnance d'admission et l'a disposé dans le dossier du patient. Le pharmacien réalisait une intervention auprès du prescripteur s'il constatait des divergences.

A la sortie, le pharmacien hospitalier réalisait la conciliation de sortie (validation de l'ordonnance et modifications éventuelles auprès du prescripteur). Il rencontrait, ensuite, le patient pour lui expliquer son traitement. Finalement, il contactait la pharmacie d'officine du patient pour l'informer de l'hospitalisation du patient, des modifications thérapeutiques et des données clinico-biologiques. L'ordonnance de sortie, l'historique médicamenteux et les données clinico-biologiques nécessaires à la dispensation des traitements étaient scannés et les fichiers obtenus cryptés et envoyés par messagerie au pharmacien d'officine.

A 7±2 jours après la sortie, le centre coordonnateur contactait par téléphone le patient et le pharmacien d'officine et leur demandait de répondre à un questionnaire (Annexe 2 et 3).

A 35±4 jours après la sortie, le coordonnateur interrogeait par téléphone à l'aide d'un second questionnaire le patient uniquement (Annexe 4).

1.2.4.2 Bras contrôle

A l'entrée, le pharmacien réalisait la conciliation d'après différentes sources d'informations (ordonnances, courriers de sortie antérieurs, entretien avec le patient, appel au pharmacien d'officine, dossier pharmaceutique). Le bilan comparatif des médicaments n'était pas disposé dans le dossier du patient. A cette étape, aucune intervention pharmaceutique ne pouvait être réalisée.

A la sortie, le pharmacien hospitalier recueillait l'ordonnance de sortie du patient. En cas de détection d'un problème médicamenteux grave sur l'ordonnance de sortie du patient et pour des raisons éthiques, le pharmacien procédait à une intervention pharmaceutique urgente et prenait contact avec le prescripteur hospitalier.

A 7±2 jours après la sortie, le centre coordonnateur contactait par téléphone le patient et le pharmacien d'officine et leur demandait de répondre à un questionnaire.

A 35±4 jours après la sortie, le coordonnateur interrogeait par téléphone à l'aide d'un second questionnaire le patient uniquement.

1.2.5 Les critères d'évaluation

L'évaluation de l'impact des liens pharmaceutiques sur la prise en charge médicamenteuse a été réalisée à l'aide de trois questionnaires : **un questionnaire auprès du patient à J7 et J35** et **un questionnaire auprès du pharmacien d'officine à J7**. Cependant, la satisfaction des médecins hospitaliers n'étant pas évaluée dans l'étude REPHVIM, nous avons décidé d'intégrer ce critère pour l'étude réalisée au CHB. Un questionnaire de satisfaction a été envoyé à tous les médecins et internes des services participants une semaine après la clôture de l'étude dans notre établissement (Annexe 5).

Les critères d'évaluation étaient les suivants:

- **identification de problèmes médicamenteux** par le pharmacien d'officine entre J0 et J7,
- **identification d'erreurs de prises de traitements dues au patient** par le pharmacien d'officine entre J0 et J7,
- **identification d'une rupture dans la continuité thérapeutique et dans la durée** par le pharmacien d'officine entre J0 et J7.

Il a été considéré qu'un dysfonctionnement avait eu lieu si l'un au moins des trois critères avait été identifié.

- **taux de patients allés à la pharmacie d'officine dans les 24 premières heures post-**

hospitalisation,

- **taux de patients satisfaits de leur prise en charge médicamenteuse pharmaceutique à la sortie de l'hôpital**, évalué d'après une échelle de Likert à cinq niveaux (très satisfait, assez satisfait, peu satisfait, pas du tout satisfait, non connu) lors du questionnaire à J7,
- **taux de pharmaciens d'officine satisfaits de leurs échanges avec l'hôpital**, également évalué d'après une échelle de Likert à cinq niveaux lors du questionnaire à J7,
- **taux de médecins hospitaliers satisfaits par le processus de conciliation médicamenteuse** à la fin de l'étude,
- **temps consacré par le pharmacien hospitalier pour réaliser la conciliation de sortie**,
- **taux d'ordonnances de sortie modifiées** dans le bras conciliation,
- **nombre d'interventions pharmaceutiques** dans le bras conciliation (elles comprennent les interventions liées à la conciliation d'entrée et de sortie). Elles ont été codifiées selon la fiche d'intervention pharmaceutique établie par la Société Française de Pharmacie Clinique (non-conformité aux référentiels/contre-indication, indication non traitée, sous-dosage, surdosage, médicament non indiqué, interaction médicamenteuse, effet indésirable, voie/administration inappropriée, traitement non reçu, monitoring à suivre). Un critère supplémentaire a été ajouté, la conformité à la réglementation (par exemple : pour le respect des règles de prescription des stupéfiants),
- **nombre de consultations à J35**,
- **nombre de nouvelles hospitalisations non prévues dans les 7 jours** après l'hospitalisation,
- **nombre de nouvelles hospitalisations non prévues dans les 35 jours** après l'hospitalisation.

1.3 Ethique

Cette étude a obtenu l'accord du comité de Protection des personnes Région Centre Ouest I (CPP) le 24 juin 2013 (référence : 2013-S7), le Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) le 26 septembre 2013 (référence : 13.590), la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 21 janvier 2014 (référence : 913496).

1.4 Statistiques

Le nombre prévu de personnes à inclure au sein de l'étude nationale était de 1232 patients, permettant d'avoir une puissance statistique significative pour répondre aux objectifs de l'étude. Cependant, avec l'accord du promoteur de l'étude, le CHB a traité les données de son établissement avant la clôture de l'étude nationale. Seules des statistiques descriptives ont pu être calculées au vu de la faible puissance de l'échantillon.

2. Résultats

Au total, au CHB, 67 patients ont été inclus dans l'étude (34 dans les bras conciliation et 33 dans les bras contrôle). La répartition des patients est détaillée dans la figure 2 ci-dessous.

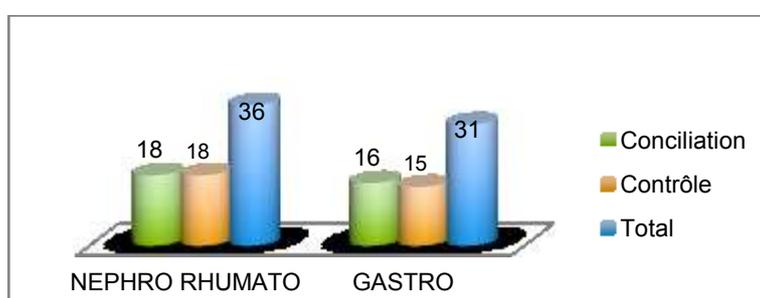


Figure 2 : nombre de patients inclus dans les bras conciliation et contrôle au sein des services de Néphro-Rhumatologie et Gastro-entérologie.

En Gastro-Entérologie, 30 patients ont été exclus ; en Néphro-Rhumatologie, 23 patients. Les causes des exclusions sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Causes des exclusions de patients en Néphro-Rhumatologie et Gastro-Entérologie

	Néphro-Rhumatologie	Gastro-Entérologie
Nombre de patients en soins palliatifs	0	8
Nombre de transferts	1	9
Nombre de décès	1	3
Nombre de patients ne fréquentant pas la même pharmacie	1	2
Nombre de patients ne souhaitant pas participer	0	1
Nombre de patients n'étant pas capables de comprendre le but de l'étude	10	8
Nombre de patients institutionnalisés	4	0
Nombre de patients ayant eu une durée de séjour supérieure à 21 jours	6	0

2.1 Description de la population

Les caractéristiques des populations sont détaillées dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 : Description de la population

	Conciliation		Contrôle	
	Gastro-entérologie	Néphro-Rhumatologie	Gastro-entérologie	Néphro-Rhumatologie
Age (en années)	66,8	73,0	67,4	61,6
Sex ratio	3,0	0,64	2,0	2,0
Taux de patients autonomes (en %)	75%	66,7%	66,7%	88,9%
Taux de patients prenant un traitement médicamenteux (en %)	100%	94,4%	93,3%	100%
Durée moyenne d'hospitalisation(en jours)	7,3	6,9	4,8	6,5
Taux d'hospitalisations programmées (en %)	12,5%	33,3%	13,3%	22,2%

Contrairement au service de Gastro-entérologie, les populations des bras contrôle et conciliation du service de Néphro-Rhumatologie ne sont pas homogènes. En effet, dans le bras conciliation, la population est plus âgée, à prédominance féminine avec un degré d'autonomie plus faible.

La majorité des patients inclus prenait un traitement médicamenteux au domicile, cependant une minorité disposait de sa dernière ordonnance lors de leur admission dans le service (figure 3).

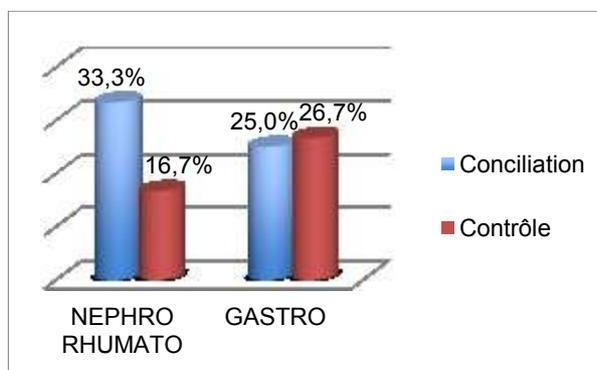


Figure 3 : Disponibilité de la dernière ordonnance lors de l'admission du patient

2.2 Conciliation de sortie

2.2.1 Validation de l'ordonnance de sortie et modifications éventuelles

A la sortie, le nombre moyen de traitement par ordonnance de sortie est équivalent entre les deux bras du service de Néphro-Rhumatologie. En revanche, le nombre de médicaments prescrits est plus élevé dans le bras conciliation versus le bras contrôle dans le service de Gastro-entérologie (figure 4 ci-dessous).

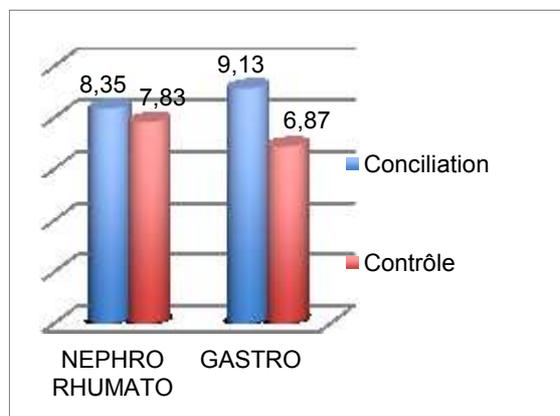


Figure 4 : nombre moyen de médicaments sur l'ordonnance de sortie

Toutes les **interventions pharmaceutiques** ayant entraîné une modification de l'ordonnance de sortie ont été répertoriées, qu'elles émergent de la conciliation d'entrée ou de sortie. Elles peuvent être de plusieurs types :

- **une erreur médicamenteuse** (par exemple : omission sur l'ordonnance d'admission d'un médicament prescrit au domicile),
- une **optimisation thérapeutique** (par exemple : constatation d'une mauvaise observance lors de l'entretien pharmaceutique),
- un événement de **pharmacovigilance**,
- **une aide au bon respect des règles de prescription** (par exemple : stupéfiants, les médicaments rétrocédables).

Ainsi, **80% des ordonnances ont été modifiées** suite à l'intervention du pharmacien à l'entrée et/ou à la sortie soit 27 patients sur 34 (14 /18 patients du service de Néphro-Rhumatologie et 13/16 de Gastro-entérologie). Une intervention urgente a eu lieu dans le bras Contrôle, il s'agissait d'une prescription concomitante de plusieurs spécialités de tramadol. La posologie prescrite par jour était supra-thérapeutique (supérieure à 400mg).

Au total, **61 interventions pharmaceutiques ont été réalisées** (53% dans le service de Gastro-entérologie et 47% le service de Néphrologie-Rhumatologie). Elles concernaient principalement des divergences non intentionnelles, codées en **indications non traitées** selon la fiche des interventions pharmaceutiques de la SFPC, des **surdosages** et des **modifications thérapeutiques dues au livret thérapeutique** (figure 5 ci-dessous). Ces interventions touchaient principalement **les médicaments des voies digestives et métaboliques (43%), du système nerveux (21%) et du système cardiovasculaire (18%)** (figure 6 ci-dessous).

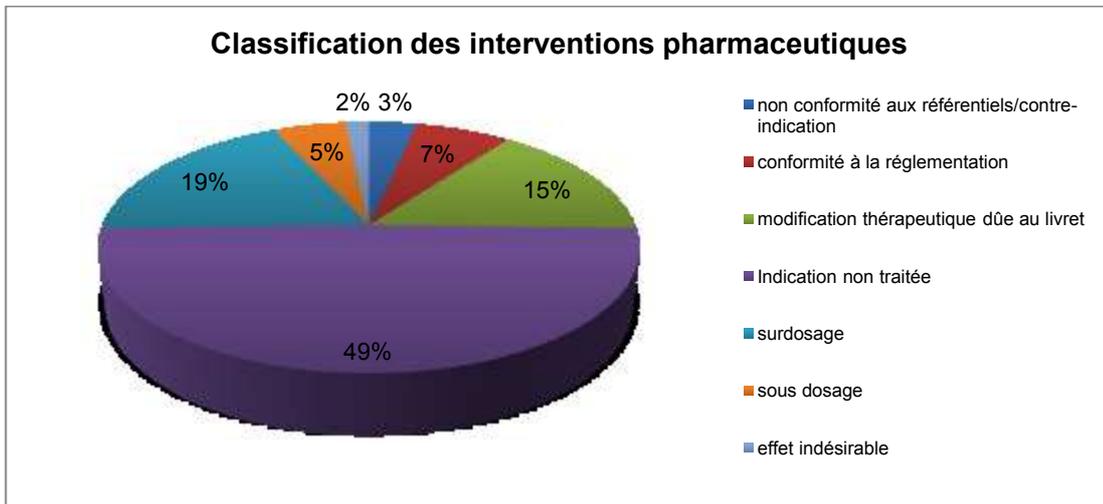


Figure 5 Type d'interventions pharmaceutiques

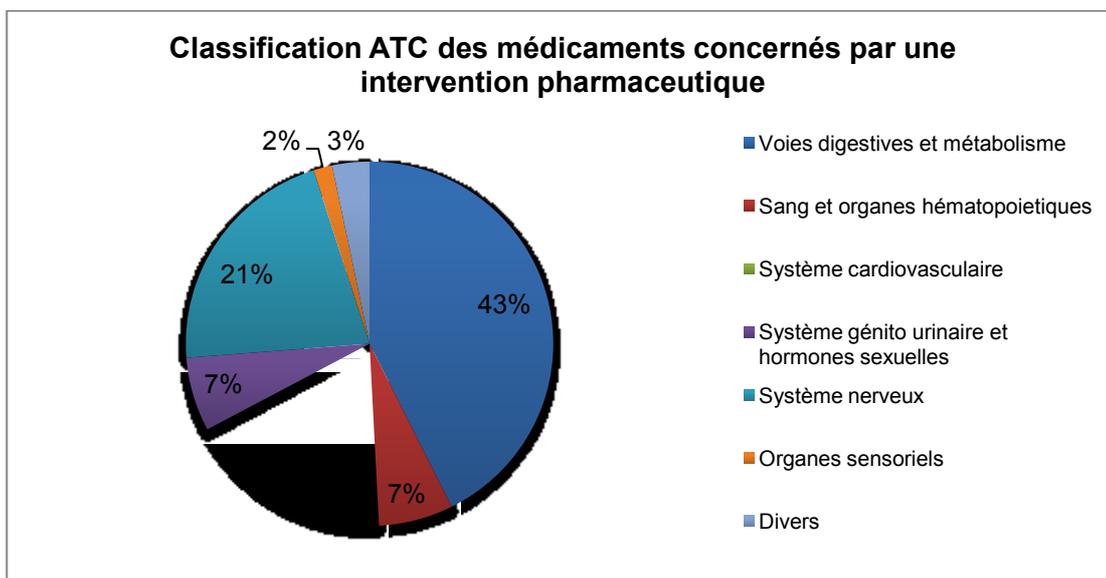


Figure 6 : Classification ATC des médicaments concernés par une intervention pharmaceutique

Au total, 11,5% de ces interventions pharmaceutiques (7/61) ont concerné un problème médicamenteux ayant un retentissement clinique ou biologique, soit 20% des patients inclus. Elles ont touché 28% des patients de Néphro-Rhumatologie et 12,5% des patients de Gastro-Entérologie. Certaines sont décrites dans le tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3 Exemples de problèmes ayant eu un retentissement clinique ou biologique mis en évidence par une intervention pharmaceutique.

Moment de l'intervention	Médicament	Description de l'événement
A la sortie	Tramadol	Surdosage chez une patiente en insuffisance rénale chronique se traduisant par une sédation importante.
A la sortie	Lantane	Au cours de l'entretien pharmaceutique, une observance médiocre est constatée suite à de nombreux effets indésirables digestifs. Réévaluation du traitement par le médecin.
A l'entrée	Insuline lente	Surdosage, prescription de 25 UI au lieu de 12 UI. Intervention pharmaceutique, diminution de la posologie à 20 UI. Trois jours plus tard, hypoglycémie à 0,5g/L. Le médecin diminue la posologie à 12UI.
A la sortie	EPO	Prescription oubliée chez une personne souffrant d'insuffisance rénale chronique / Taux d'hémoglobine <10g/L.
A la sortie	Allopurinol	Traitement non reconduit lors de l'hospitalisation, le patient a présenté une crise de goutte lors de son séjour.
Au cours de l'hospitalisation	Ceftriaxone	Bilan hépatique perturbé (transaminases). Recherche de l'étiologie (VIH, VHB,VHC). Avis du pharmacien demandé (étiologie médicamenteuse possible), arrêt de la ceftriaxone et relai par céfoxitine. Deux jours plus tard, normalisation du bilan hépatique et annulation des analyses biologiques demandées.

Au cours de cette étude, quatre déclarations de pharmacovigilance et une déclaration d'erreur médicamenteuse ont été effectuées (tableau 4).

Tableau 4: déclarations de pharmacovigilance et d'erreur médicamenteuse.

Médicament en cause	Description de l'événement
Atorvastatine et héparine calcique	Troubles hépatiques
Ceftriaxone	Troubles hépatiques
Dabigatran	Epistaxis dans un contexte d'insuffisance rénale aigue
Rivaroxaban	Méléna et rectorragies
Ginkgo biloba	Prescription de mémantine à la place de ginkgo biloba (non référencé) suite à une proposition d'équivalence par le logiciel informatique.

Ainsi, la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie permet de réduire les erreurs médicamenteuses, d'optimiser les thérapeutiques, d'aider au bon respect des règles de prescription afin d'assurer une continuité de la prise en charge médicamenteuse.

2.2.2 Entretien avec le patient

Tous les patients inclus dans le bras conciliation ont bénéficié d'un entretien avec le pharmacien. Celui-ci consistait à expliquer l'ordonnance de sortie au patient et d'obtenir son accord pour sa participation à l'étude. Cet entretien correspondait à un moment dédié au patient et à son rapport avec les médicaments. Il fût riche en échanges et a permis de vérifier la compréhension des traitements et l'importance de l'observance.

2.2.3 Transmission des informations au Pharmacien d'officine

A chaque sortie, la pharmacie fréquentée habituellement par le patient a été contactée par téléphone. Tous les dossiers (ordonnance et données clinico-biologiques) ont été envoyés à la pharmacie du patient pour faciliter sa prise en charge.

Finalement, le temps consacré aux trois étapes de la conciliation de sortie est décrit dans la figure 7 ci-dessous.

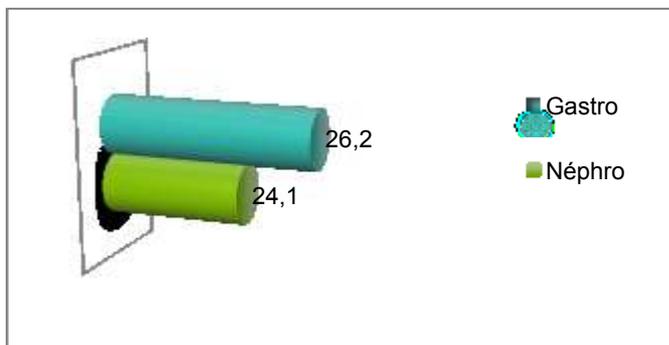


Figure 7: temps moyen (en minutes) consacré par le pharmacien pour réaliser la conciliation de sortie (analyse de l'ordonnance, explication au patient, transmission au Pharmacien d'officine).

Cependant, ce temps ne prend pas en compte celui consacré à la conciliation d'entrée.

2.3 Devenir du patient

2.3.1 Passage à la pharmacie d'officine

A la sortie de l'hôpital, **plus de 80% des patients ou aidants sont allés rapidement à la pharmacie** pour obtenir les traitements prescrits. Seuls les patients du bras Contrôle du service de Gastro-entérologie se sont rendus en plus faible proportion à la pharmacie dans les 24 heures (figure 8).

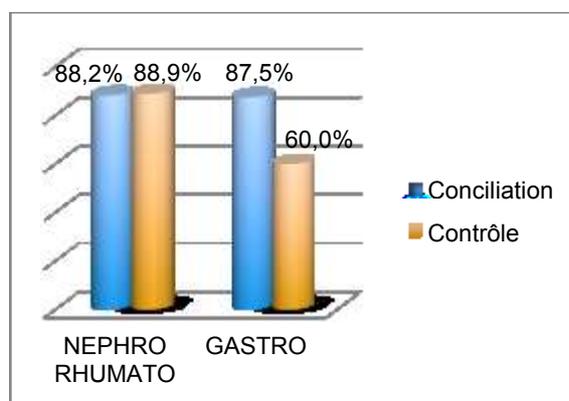


Figure 8: taux de patients étant allés à la pharmacie dans les 24 heures après sa sortie.

En revanche, **une minorité de patients se rendent eux-mêmes à la pharmacie** (figure 9).

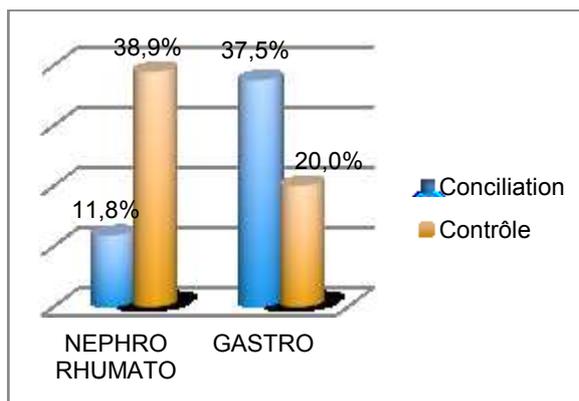


Figure 9: taux de patients s'étant rendus eux-mêmes à la pharmacie

La différence entre les bras contrôle et conciliation est à rapprocher aux caractéristiques des populations (elle est plus âgée et moins autonomes dans le bras conciliation du service de Néphro-Rhumatologie).

Les pharmaciens d'officine ont été interrogés à J7 sur la dispensation des médicaments et les problèmes rencontrés à la sortie d'hospitalisation. Les résultats sont présentés dans le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5 : Identification des problèmes pouvant survenir en sortie d'hospitalisation

	Néphro-Rhumatologie		Gastro-entérologie	
	Conciliation	Contrôle	Conciliation	Contrôle
Taux de patients présentant un problème médicamenteux a été identifié par le PO	0% 0/18	0% 0/17	0% 0/16	20 % 3/15
Taux de patients présentant une erreur de prise par le patient a été constatée par le PO	0% 0/17	0% 0/18	0% 0/16	0% 0/15
Taux de patients présentant une rupture dans la continuité thérapeutique ou dans la durée a été constatée	0% 0/17	0% 0/18	0% 0/16	0% 0/15

On constate que 20% des patients du bras contrôle (Gastro-entérologie) présentaient un problème médicamenteux versus 0% des patients du bras conciliation. Aucun problème médicamenteux n'a été identifié par le pharmacien d'officine pour le service de Néphro-Rhumatologie. Aucune erreur de prise par le patient et aucune rupture dans la continuité thérapeutique n'ont été constatées par le pharmacien d'officine pour les deux services quelque soit le bras de l'étude.

D'autre part, la disponibilité des médicaments à la pharmacie d'officine s'est sensiblement améliorée dans les bras conciliation. Lors de la dispensation, il semblerait que les patients du

bras conciliation posent moins de questions au pharmacien d'officine au sujet de leurs thérapeutiques (tableau 6).

Tableau 6: Caractéristiques de la délivrance des médicaments à la sortie de l'hôpital

	Néphro-Rhumatologie		Gastro-entérologie	
	Conciliation	Contrôle	Conciliation	Contrôle
Disponibilité des médicaments	83,3%	64,7%	87,5%	72,7%
Quantité prescrite disponible	100%	70,6%	81,3%	63,6%
Taux de patients ayant posé des questions au pharmacien d'officine	5,88%	11,1%	0%	14,3%
Taux de conseils promulgués au patient par le pharmacien d'officine	52,9%	88,9%	50,0%	38,5%

Ainsi, la communication établie entre le pharmacien hospitalier, le patient et le pharmacien d'officine semblerait réduire le temps mis par le patient pour se rendre à la pharmacie et améliorer la disponibilité des traitements.

2.3.2 Devenir du patient à J7 de sa sortie

La quasi totalité des patients inclus n'a pas été réhospitalisée sept jours après la sortie de l'hôpital (figure 10). Seule une patiente du service de Néphro-Rhumatologie a été admise aux Urgences pour malaise. Son séjour a duré moins de 24 heures et aucune étiologie médicamenteuse n'a été suspectée.

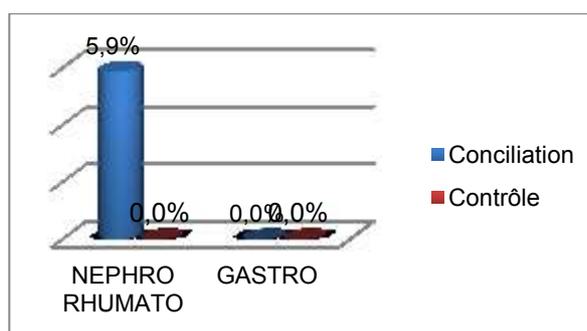


Figure 10: taux de réhospitalisations non prévues à J7

Ainsi, aucun impact des liens pharmaceutiques sur le taux de réhospitalisations à J7 n'a pu être mis en évidence dans notre population.

2.3.3 Devenir du patient à J35 de sa sortie

Trente-cinq jours après la sortie, le taux de patients ayant **consulté leur médecin généraliste ou spécialiste** semble moins élevé dans le bras conciliation.

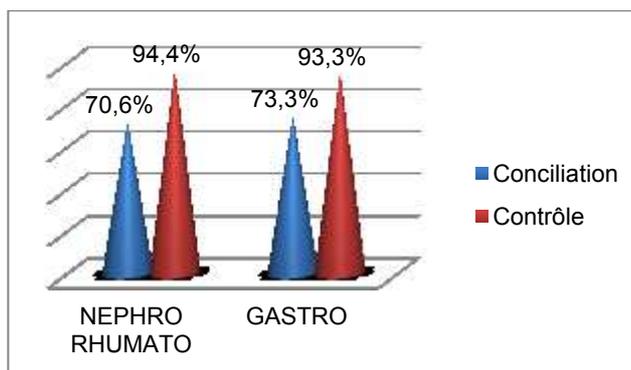


Figure 11: Taux de patients ayant consulté leur médecin 35 jours après leur sortie

Au cours de cette consultation, 50% des **traitements de sortie ont été modifiés** pour les patients du service de Gastro-entérologie du bras contrôle versus 9% des patients du bras Conciliation. Cependant, cette différence n'est pas retrouvée pour le service de Néphro-Rhumatologie (Figure 12).

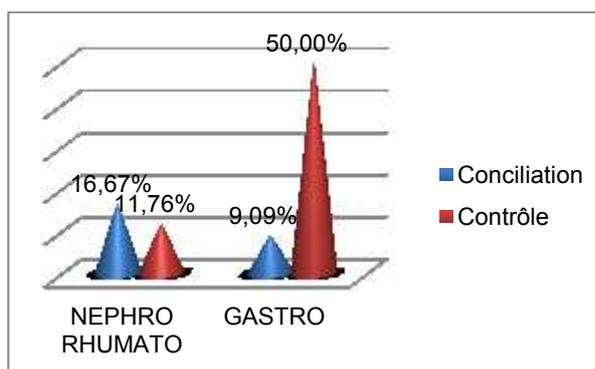


Figure 12: taux de traitements de sortie modifiés à J35

Concernant le taux de réhospitalisations à J35, aucune différence entre les deux bras du service de Gastro-Entérologie n'a été constatée. En revanche, trois patients du bras de conciliation du service de Néphro-Rhumatologie ont été réhospitalisés, comme le montre la figure 13 ci-dessous.

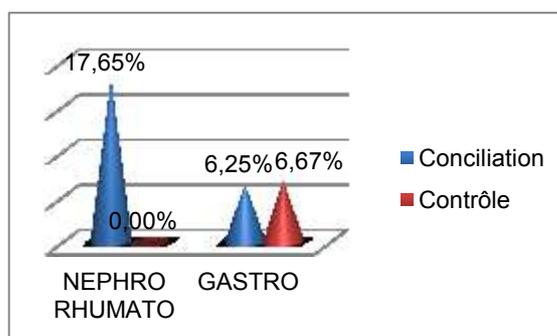


Figure 13: taux de réhospitalisations non prévues entre J7 et J35

Aucune étiologie médicamenteuse n'était à l'origine des réhospitalisations pour ces cinq patients. Les motifs d'hospitalisations sont détaillés dans le tableau 7. De plus, ces résultats peuvent être rapprochés des caractéristiques des populations (les patients du bras conciliation du service de Néphro-Rhumatologie étaient plus âgés et moins autonomes).

Tableau 7: Motifs de réhospitalisation des patients à J+35

Motif de réhospitalisations à J+35
Occlusion haute liée à une sténose duodénale en lien avec une pancréatite chronique calcifiante
Accident de manipulation du cathéter de dialyse péritonéale par l'infirmière
Infection tibiale droite à P.Aeruginosa
Dyspnée dans le cadre d'un épanchement pleural sur lymphome
Douleur thoracique

Ainsi, à J35, les liens pharmaceutiques permettraient de réduire le taux de consultations mais aucun impact n'a été observé au niveau du taux de réhospitalisations.

2.4 Satisfaction des médecins hospitaliers

Au total, 17 médecins ont répondu à l'enquête de satisfaction (11 du service de Néphro-Rhumatologie et 6 de Gastro-entérologie).

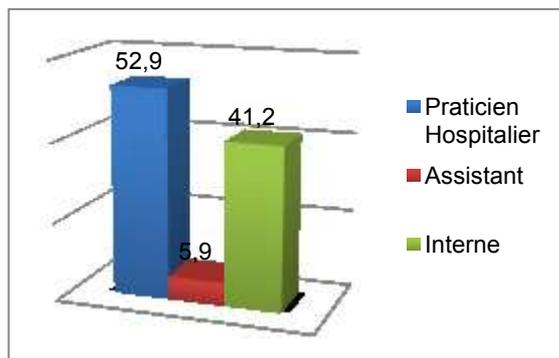


Figure 14: fonction des médecins ayant répondu à l'enquête de satisfaction (en %)

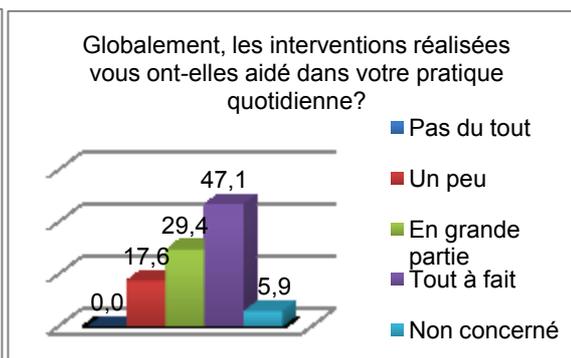


Figure 15: intérêt des interventions pharmaceutiques

Avant cette expérimentation, aucun médecin ne connaissait le concept de la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie. Selon eux, durant l'étude REPHVIM, les interventions pharmaceutiques les ont aidés dans leur pratique quotidienne (figure 15). **L'ensemble des médecins a déclaré que le bilan médicamenteux était un outil intéressant pour le recueil des données médicamenteuses, pour lutter contre les erreurs et permettait un gain de temps dans leur pratique quotidienne.**

A travers cette enquête, les médecins ont évalué l'intérêt des différentes étapes de la conciliation médicamenteuse de sortie. Les résultats sont présentés ci-dessous.

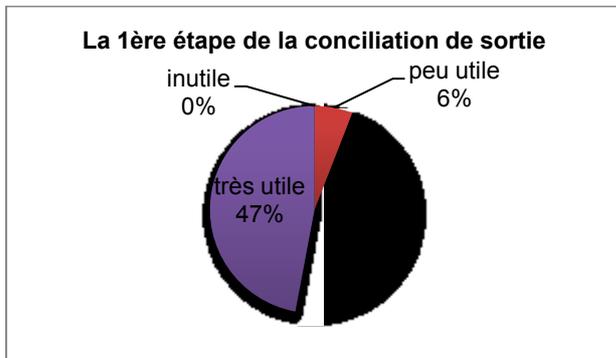


Figure 16 : intérêt de la validation d'ordonnance de sortie par le pharmacien d'après les médecins.

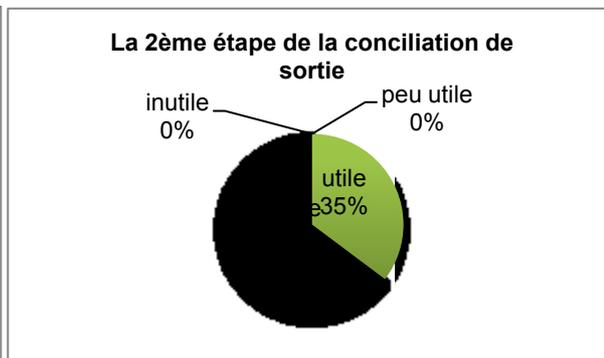


Figure 17 : intérêt de l'entretien pharmacien/patient avant la sortie pour expliquer les thérapeutiques selon les médecins.

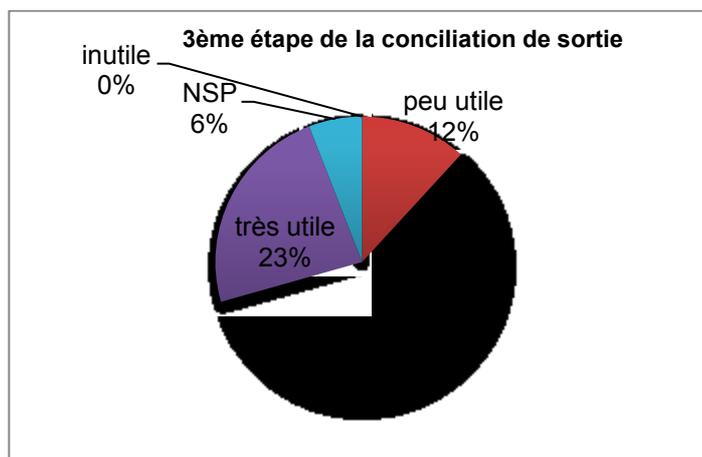


Figure 18 : intérêt de la transmission des informations au pharmacien d'officine d'après les médecins

On constate que les médecins privilégient les étapes de validation d'ordonnance et d'entretien avec le patient.

De plus, **47% des médecins ont affirmé que la participation à cette étude avait entraîné une modification de leur pratique.** Ils pensent dorénavant à contacter le pharmacien d'officine pour obtenir des informations sur le traitement du domicile en complément du médecin traitant, parfois difficilement joignable.

De plus, à la suite de cette étude, tous les médecins ont souhaité renouveler l'expérience et plus de 50% souhaiteraient pérenniser la conciliation à l'entrée et à l'admission (figure 19 ci-dessous).

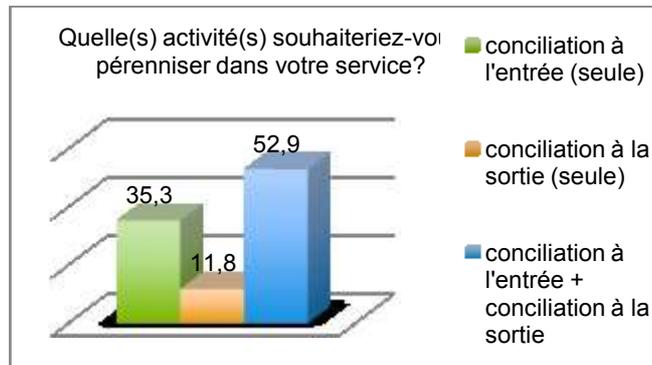


Figure 19 : activités voulant être pérennisées par les médecins dans les services de Gastro-Entérologie et de Néphro-Rhumatologie

Ainsi, les médecins hospitaliers ont été satisfaits de cette expérimentation et aimeraient la pérenniser.

2.5 Satisfaction des pharmaciens d'officine

D'après le questionnaire à J7, le pharmacien d'officine (PO) est très satisfait d'avoir obtenu des informations sur le dossier du patient lors de sa sortie.

Le PO est-il satisfait d'avoir eu connaissance du dossier patient?



Figure 20 : satisfaction du pharmacien d'officine concernant les informations à la sortie du patient par le pharmacien hospitalier

Les pharmaciens d'officine ont indiqué les trois éléments qui leurs semblaient les plus importants à obtenir pour la prise en charge des patients. **Il s'agit des modifications de traitements, de l'ordonnance de sortie et des données biologiques** (figure 21).

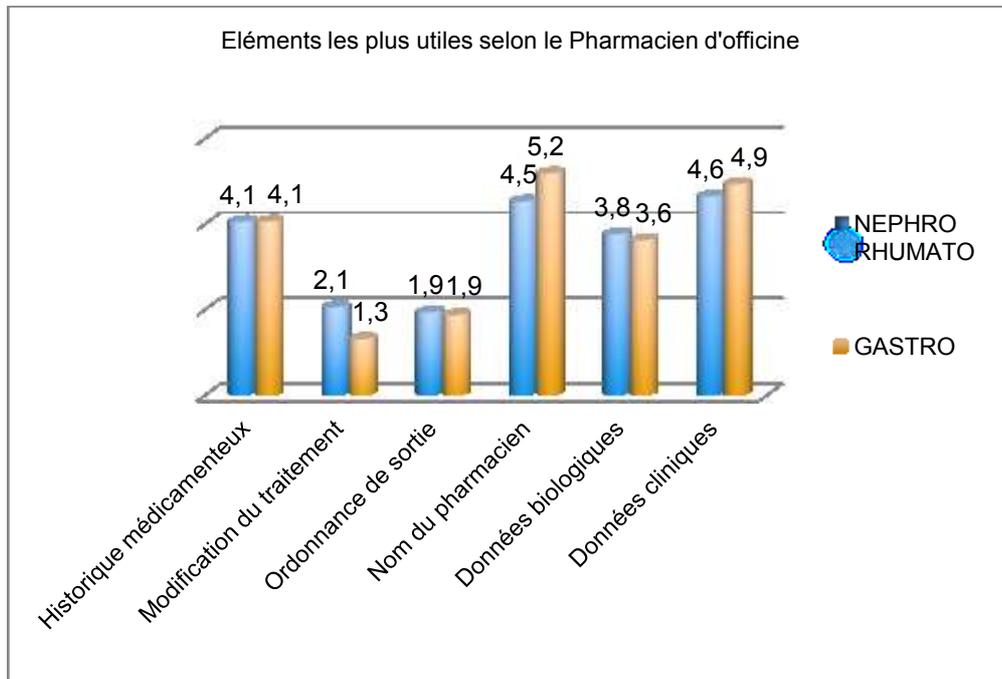


Figure 21 : éléments les plus utiles selon le pharmacien d'officine (1= le plus utile, 6= le moins utile)

2.6 Satisfaction des patients

D'après le questionnaire téléphonique, **les patients sont satisfaits de leur prise en charge médicamenteuse (PECM) à la fois dans le bras contrôle et conciliation.**

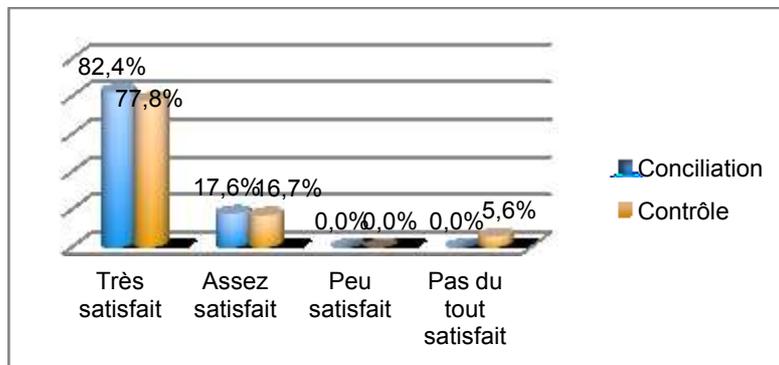


Figure 22 : taux de patients satisfaits de leur PECM dans le service de Néphro-Rhumatologie

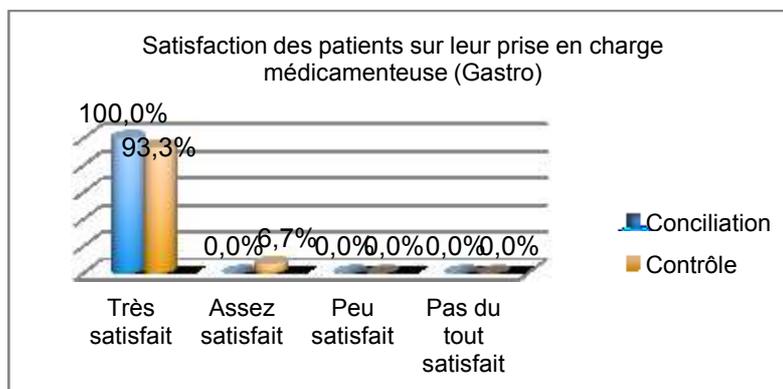


Figure 23 : taux de patients satisfaits de leur PECM dans le service de Gastro-Entérologie

Une légère augmentation est constatée dans les bras conciliation pour les deux services. Seul un patient n'a pas du tout été satisfait de sa prise en charge médicamenteuse lors de son séjour dans le service de Néphro-Rhumatologie dans le bras contrôle. La raison n'a pas été recueillie.

Les patients sont également très satisfaits d'avoir eu un entretien avec le pharmacien hospitalier au cours duquel des explications sur leur traitement leur ont été apportées.

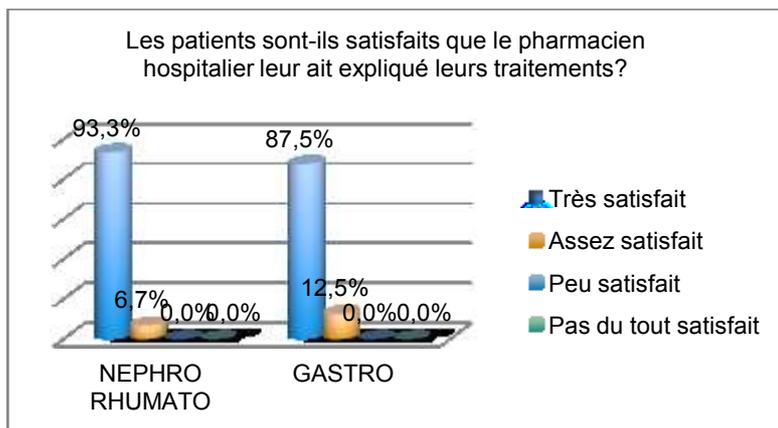


Figure 24 : Taux de patients satisfaits de l'entretien avec le pharmacien hospitalier avant leur sortie

A la clôture de l'étude, ces résultats ont été présentés aux médecins des services de Néphro-Rhumatologie et de Gastro-entérologie, ainsi qu'en Commission Médicale d'Etablissement.

3. Discussion

Notre étude a mis en évidence plusieurs éléments positifs liés à l'introduction de la conciliation médicamenteuse et des liens pharmaceutiques Ville / Hôpital, mais aussi les difficultés rencontrées pour son déploiement à grande échelle.

3.1 Les aspects positifs

3.1.1 Amélioration de la qualité de l'ordonnance de sortie

Dans notre étude, **le nombre de médicaments présents dans l'ordonnance de sortie** est plus important dans le bras conciliation versus le bras contrôle du service de Gastro-Entérologie (9,13 versus 6,87). Cette différence peut sans doute s'expliquer par l'impact de la conciliation médicamenteuse qui a permis aux médecins de prendre en compte l'intégralité du traitement du patient. Ceci se traduit par des ordonnances de sortie plus complètes, gage d'une meilleure qualité de prise en charge. Cependant, cette différence n'a pas été retrouvée pour le service de Néphro-Rhumatologie, pour lequel les médecins, habitués à la prise en charge de patients

chroniques, étaient déjà plus vigilants à la reconduction du traitement habituel lors de l'hospitalisation.

De plus, 80% des ordonnances de sortie ont été modifiées suite à une intervention pharmaceutique. Ceci est en concordance avec la littérature⁴¹. En effet, la plupart des études montre que le taux de divergences est élevé dans les ordonnances de sortie.

La majorité des interventions correspondait à des omissions de médicaments, une posologie erronée et à des substitutions dues au livret thérapeutique.

Une étude de 2008 s'est intéressée aux divergences non intentionnelles au moment de la sortie. Plus de 55% des patients avaient une divergence non intentionnelle. Il s'agissait principalement de **prescription incomplète ou d'omission de médicaments**⁴². Une étude irlandaise de 2015⁴³ a évalué la faisabilité de la collaboration pharmacien clinicien/médecin hospitalier afin d'améliorer l'exhaustivité et l'exactitude de l'ordonnance de sortie à l'aide de la conciliation médicamenteuse. Au total, 224 patients ont été inclus. Les résultats montrent que 62,5% des ordonnances présentaient une divergence vis-à-vis du traitement pris au domicile et que 92% des ordonnances de sortie ne documentaient pas les modifications thérapeutiques (ajout, arrêt, modification) réalisées lors de l'hospitalisation. Toutes les interventions pharmaceutiques ont été acceptées par les médecins hospitaliers. Cette étude montre ainsi que la collaboration pharmacien clinicien/médecin hospitalier peut améliorer la qualité des ordonnances de sortie.

D'autre part, 15% des interventions correspondaient à des substitutions dues au livret thérapeutique. Une étude a analysé les changements pendant le séjour hospitalier de médicaments prescrits par le médecin généraliste. Elle a mis en évidence que la moitié des médicaments prescrits par le médecin généraliste a été poursuivie, alors que 36% d'entre eux ont été suspendus. Dans plus de 60% des cas, il a été observé au minimum trois modifications par ordonnance et 46% des médicaments prescrits sont de nouveaux traitements. Ces changements ont affecté principalement des médicaments pour des pathologies qui ne correspondaient pas au motif d'admission⁴⁴. **Les changements thérapeutiques peuvent s'expliquer en partie par la présence d'un livret thérapeutique** dans un établissement. Il s'agit de la liste restrictive de médicaments disponibles dits référencés par la pharmacie à usage intérieur. Ainsi, un médicament non tenu par la pharmacie à usage intérieur est substitué par une équivalence médicamenteuse durant l'hospitalisation. A la sortie, le médicament de substitution doit être arrêté et le médicament pris habituellement represcrit. Cependant, il est fréquent que les ordonnances de sortie reprennent le traitement de l'hospitalisation et par conséquent les médicaments de substitution. En effet, les logiciels de prescription ne sont pas toujours très adaptés pour gérer les substitutions. Ainsi, lors du retour à domicile, par manque d'information et de compréhension, le patient peut potentiellement prendre une double

médication (celui pris avant son hospitalisation et celui nouvellement prescrit). Ceci peut être à l'origine de la survenue d'effets indésirables, de décompensation d'une pathologie voire d'une hospitalisation. Le pharmacien a donc un rôle à jouer dans la reprise des médicaments du domicile.

De plus, dans notre étude, d'autres interventions ont été réalisées telles que l'adaptation de thérapeutiques suite à un effet indésirable important. Elles permettent ainsi d'améliorer l'observance des patients en proposant un médicament plus adapté ou de participer à la recherche d'une étiologie (pharmacovigilance). Ainsi, la collaboration médecin/pharmacien peut s'établir à plusieurs niveaux.

Enfin, l'implantation de la conciliation médicamenteuse permet de réduire les divergences retrouvées dans les ordonnances de sortie (omission, erreur de dosage, modification due au livret thérapeutique) et ainsi d'en augmenter leur qualité⁴⁵. Elle permet également parfois d'optimiser le traitement de sortie en l'adaptant au patient.

3.1.2 Amélioration de la prise en charge post-hospitalisation

Dans notre étude, la **proportion de patients se rendant à la pharmacie d'officine dans les 24 heures** était sensiblement identique quelque soit le bras pour le service de Néphro-Rhumatologie. Tandis que la fréquentation semblait augmenter pour les patients du service de Gastro-Entérologie en période conciliation. Ce **premier indicateur de sortie** peut laisser penser que la conciliation de sortie inciterait les patients et leur entourage à se rendre rapidement à la pharmacie. **L'entretien sensibiliserait le patient sur l'importance de son traitement, de l'observance et de la continuité thérapeutique** (ne pas interrompre ou éviter de retarder un traitement). **In fine, elle permettrait, sans doute, de contribuer à lutter contre la iatrogénie.**

De plus, la communication établie entre le pharmacien hospitalier et le pharmacien d'officine à la sortie semble améliorer **le taux de disponibilité des médicaments (second indicateur de sortie)**. Il a été amélioré de 10 à 20% selon le service. Le pharmacien d'officine, approvisionné deux à trois fois par jour par son grossiste-répartiteur, peut anticiper la venue de son patient et commander les médicaments manquants. Ceci permet au patient de disposer de l'intégralité de son traitement dès sa sortie d'hospitalisation, d'éviter qu'il revienne à plusieurs reprises à la pharmacie et de débiter rapidement la prise des médicaments. Cependant, les sorties réalisées en fin de semaine (le samedi principalement) sont la source d'une importante discontinuité dans la prise en charge médicamenteuse des patients. Prenons l'exemple d'une patiente de 75 ans dont la sortie a été réalisée le samedi en fin de matinée. Son ordonnance de

sortie comportait un traitement anticoagulant : des injections de Calciparine® deux fois par jour (pendant l'hospitalisation : arrêt du Previscan® et relai par Calciparine® dans le cadre d'une hémorragie digestive). Lors de la conciliation de sortie, il s'avère que la pharmacie fréquentée habituellement par la patiente fermait à 12 heures et que le traitement n'était pas disponible. Dans ce contexte, la pharmacie d'officine de garde était le seul recours mais elle ne dispose pas forcément du médicament. Selon la réglementation⁴⁶, l'hôpital ne peut fournir les médicaments au patient sortant ; ainsi la discontinuité des traitements est parfois inévitable. Un article allemand a suggéré différentes pistes afin de réduire les problèmes liés au médicament⁴⁷. Il mentionne que les conseils aux patients avec l'approvisionnement en médicaments nécessaires à la sortie semblent combler les lacunes d'approvisionnement. Ainsi, pour pallier cette difficulté de transfert de soins, au Québec, les patients sortants reçoivent l'équivalent de trois jours de traitements, permettant ainsi de lutter contre la discontinuité de la prise en charge médicamenteuse. Ce concept est présent également au Royaume-Uni où les patients reçoivent 15 jours de traitements en sortie d'hospitalisation. Au sein de nos établissements et dans certaines circonstances, il est fréquent que le personnel soignant, sensible à ces problématiques, fournisse quelques jours de traitement au patient. **Ainsi, un des facteurs d'amélioration de la continuité de la prise en charge médicamenteuse est donc la disponibilité des médicaments en sortie d'hospitalisation. Pour parvenir à ces objectifs, une réflexion sur les pratiques actuelles est nécessaire, et éventuellement faire évoluer la législation.**

Un **troisième indicateur de sortie** a été évalué dans notre étude, **le taux de consultations à J35** chez le médecin généraliste ou spécialiste. Il semble diminuer pour les deux services dans le bras conciliation. De plus, au cours de cette consultation pour les patients sortants du service de Gastro-Entérologie, le médecin modifie l'ordonnance dans un cas sur deux dans le bras contrôle alors qu'elle n'est modifiée que dans un cas sur dix dans le bras conciliation. **Il semblerait donc que la conciliation de sortie ait un impact positif sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse post-hospitalisation en réduisant les modifications thérapeutiques précoces.**

Cependant, **un quatrième indicateur de sortie reste inchangé entre le bras conciliation et contrôle à J7 et J35 pour les deux services, le taux de réhospitalisations à J7 et J35**. Ce résultat, bien que décevant, est en concordance avec les données de la littérature actuelle^{36,37,38}. En moyenne, le taux de réhospitalisations est de 20% aux Etats-Unis⁴⁸. Une revue systématique de 2011 a répertorié 43 études de janvier 1975 à janvier 2011. Elle a conclu qu'aucune intervention isolée (telle que la conciliation médicamenteuse, l'éducation thérapeutique) n'était associée à une réduction du taux de réhospitalisations à 30 jours⁴⁹. En 2014, une étude contrôlée, randomisée de 945 patients avait pour objectif d'évaluer l'impact de

la transmission d'un plan de sortie par le pharmacien hospitalier au médecin traitant et à la pharmacie d'officine. Les critères d'évaluation étaient les suivants : pertinence des médicaments prescrits, survenue d'événements indésirables et de réhospitalisations 90 jours après la sortie. Elle a conclu qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes⁵⁰. Une étude française menée par l'équipe du CHU de Toulouse aboutit à la même conclusion⁵¹. Il est ainsi très difficile de mesurer un impact positif d'une action telle que la conciliation sur le taux de réhospitalisations. Les résultats de l'étude REPHVIM devraient bientôt être connus et permettront peut-être d'enrichir les données de la littérature sur ce point.

3.1.3 Satisfaction des professionnels de santé et des patients

Les médecins hospitaliers ont été satisfaits de cette expérimentation. Ils ont estimé que la conciliation médicamenteuse était un outil intéressant permettant de lutter contre les erreurs médicamenteuses et de gagner du temps. Leurs témoignages mettent en relief **leur prise de conscience** malgré les difficultés quotidiennes rencontrées : « *J'essaie d'être le plus strict sur la récupération du traitement médicamenteux à l'entrée et sur la reprise des traitements à la sortie, mais elle reste incertaine* ». Mais ils témoignent surtout de **l'intérêt suscité à la suite de l'étude** : « *si possible, poursuite du projet au quotidien* », « *chaque service devrait avoir un interne de pharmacie* » et **des modifications de leurs pratiques** « *je suis plus vigilant dans l'adaptation du traitement de sortie par rapport au traitement d'entrée* », « *si pérennisation de l'étude, la feuille de conciliation à l'entrée serait systématiquement utilisée au moment des prescriptions* ». Plus de 50% des médecins souhaiteraient pérenniser la conciliation d'entrée et de sortie dans leur service.

En parallèle, **les pharmaciens d'officine ont également été satisfaits de cette expérimentation**. Le lien établi permet d'anticiper la sortie du patient afin d'éviter toute discontinuité dans la prise en charge médicamenteuse. Leurs témoignages permettent de résumer leur satisfaction et leurs attentes. « *La liaison est très importante entre les différents intervenants du milieu médical pour le patient* ». Elle « *permet de préparer et de commander si besoin les médicaments* », « *de gagner du temps lorsqu'il s'agit de traitements lourds et d'anticiper les commandes* ». Les liens pharmaceutiques sont « *extra pour les sorties de week-ends, j'ai pu lui préparer les médicaments en avance pour le samedi matin* ». Les informations les plus utiles à transmettre au pharmacien d'officine sont l'ordonnance de sortie, les raisons des modifications thérapeutiques et les données biologiques. De plus, en ayant connaissance du dossier, le pharmacien peut optimiser ses conseils et le suivi du patient. Cela lui permet de jouer pleinement son rôle de professionnel de santé. Finalement, les pharmaciens ont déclaré que cette expérimentation était « *tout à fait intéressante* ».

Cette étude a permis à l'ensemble des professionnels de coordonner leurs activités au service du patient. Cette expérience s'est révélée être une réussite et une amélioration des pratiques pour chacun. Mais qu'en pensent les patients ?

Les patients ont déclaré être satisfaits de l'intervention d'un pharmacien à leur sortie.

Elle permet notamment d'améliorer l'adhésion thérapeutique. Certains ont déclaré « être moins perdus avec tous ces médicaments » à la suite de l'entretien pharmaceutique. Cette donnée est en accord avec l'état actuel des connaissances⁴³. Une étude américaine de 2012 a évalué l'intérêt des différentes phases de l'intervention pharmaceutique de sortie (conciliation médicamenteuse, conseils, aide d'adhésion thérapeutique simple et suivi téléphonique) auprès de 125 patients analphabètes. La majorité des patients a indiqué qu'un entretien pharmaceutique était « très utile » avant la sortie (73%), notamment pour connaître les modalités de prise des médicaments et la prévention de certains effets indésirables. La remise d'un plan de soins pharmaceutiques (70%) et un appel téléphonique de suivi (68%) ont également été considérés comme très utiles. Finalement, les patients ont déclaré se sentir plus à l'aise avec les prestataires de soins ambulatoires après l'intervention⁵².

Cependant, notre étude s'intéressant principalement aux liens pharmaceutiques, n'a pas évalué la transmission d'informations ni la satisfaction du médecin traitant, maillon indispensable de la prise en charge du patient. Il sera donc indispensable d'inclure le médecin traitant dans cette démarche de continuité des soins et d'évaluer son niveau de satisfaction dans les études à venir.

3.2 Les limites et difficultés rencontrées dans l'étude

3.2.1 Les limites de l'étude

Notre étude comporte plusieurs limites.

Tout d'abord, les résultats présentés sont basés sur un échantillon de faible proportion, ils ne peuvent donc montrer que des tendances. Il n'a pas été possible d'effectuer des tests statistiques, seules des statistiques descriptives ont pu être calculées.

De plus, les bras contrôle et conciliation du service de Néphro-Rhumatologie ne sont pas homogènes. En effet, les patients du bras conciliation sont plus âgés et plus polymédicamentés. On peut penser que ces patients sont plus à risque de développer un problème d'origine iatrogène, même s'il n'a pas été possible de faire de comparaison statistique. L'impact de la conciliation a peut être été sous-estimé dans ce service.

Finalement, notre étude a été basée sur un modèle de cross-over pour faciliter l'inclusion des patients de différents services. Cependant, il est probable que les médecins ayant débuté l'étude par le bras conciliation (service de Néphro-Rhumatologie) aient modifié certaines de leurs pratiques lors de la seconde période (période contrôle). Ceci a peut être également sous-estimé l'impact de la conciliation dans ce service.

3.2.2 Les difficultés rencontrées et les perspectives

3.2.2.1 Problèmes organisationnels

Tout d'abord, l'élément indispensable lors de cette étude était la rédaction d'une ordonnance de sortie. A la sortie, certains médecins avaient pour habitude de prescrire uniquement les médicaments introduits lors de l'hospitalisation. Au sein de certains hôpitaux de la région, aucune ordonnance de sortie n'est rédigée, seul un courrier de sortie est fourni au patient. Ainsi, le patient doit consulter son médecin traitant dès sa sortie pour le renouvellement des médicaments. Il semblerait que certains médecins hospitaliers préfèrent ne pas rédiger d'ordonnance de sortie afin que le patient consulte rapidement son médecin traitant lors du retour à domicile. Cette pratique typiquement régionale entraîne une discontinuité de la prise en charge médicamenteuse et augmente donc le risque iatrogène. Lors de cette étude, nous avons été confrontés à la réticence de certains praticiens à la rédaction d'une ordonnance de sortie comprenant l'ensemble des thérapeutiques du patient. Cependant, ils ont tous accepté de modifier leur pratique lors du bras conciliation.

De plus, dans un service, l'organisation est bien établie. Chaque professionnel a son rôle, le médecin, l'infirmière, l'aide-soignant, le kinésithérapeute. Avant cette étude, la présence quotidienne d'un pharmacien était rare et celui-ci n'avait pas de mission préétablie. Par habitude, le personnel soignant et médical avait tendance à oublier de communiquer les sorties des patients. Certaines inclusions ont été effectuées « in extremis » avant le départ du patient. Cependant, la présence accrue du pharmacien a permis, au bout de quelques jours, de l'intégrer dans le processus de sortie.

Par ailleurs, lors de cette étude, il a ainsi été nécessaire de vaincre les réticences et de trouver la place du pharmacien dans l'organisation des services.

3.2.2.2 Les moyens humains

Comme le soulignent la littérature et notre étude, la conciliation médicamenteuse est un **outil efficace mais chronophage**. En moyenne, le temps passé par l'interne de pharmacie dans notre étude était de 25 minutes par patient pour réaliser la conciliation médicamenteuse de

sortie. Ceci correspond au temps moyen retrouvé dans la littérature⁵³. Notons que la conciliation de sortie ne peut être réalisée sans l'étape de conciliation à l'entrée. Ce temps n'a pas été estimé dans notre étude mais est à prendre en compte lors de l'implantation de cette activité. La littérature rapporte que le temps passé pour obtenir le BMO varie entre 35 et 80 minutes par patient⁵⁴. En effet, il est nécessaire de consulter plusieurs sources pour disposer d'un BMO de qualité. En outre, des sorties simultanées entre les deux services étaient fréquentes, imposant au pharmacien d'être présent dans les deux services, ce qui était difficilement gérable. Grâce à la coopération des infirmières et des médecins, cet obstacle a été levé et tous les patients sortants ont pu être inclus. Au final, bien que ce processus soit chronophage pour le personnel pharmaceutique, il en résulte un gain de temps pour les autres professionnels notamment pour les médecins.

Cependant, l'implantation de la conciliation de sortie semble difficile à mettre en œuvre à grande échelle en France au vu des moyens humains et financiers actuels. Certains hôpitaux ont confié ce processus aux externes en pharmacie tels que le CHRU de Lille, le CHU de Grenoble ou le CHRU de Brest. Or, pour les hôpitaux périphériques, la présence d'externes est aléatoire alors que la conciliation médicamenteuse doit être une activité pérenne. Pour accroître l'implantation de ce processus, il peut donc être envisagé de confier cette tâche à d'autres professionnels. Au Canada, l'activité de conciliation médicamenteuse aux points de transition est une Pratique Organisation Requise, élément indispensable pour l'obtention de l'Agrément. Tous les patients admis doivent disposer d'un BMO afin de réaliser la conciliation médicamenteuse. Certains hôpitaux ont donc choisi de confier cette tâche aux préparateurs en pharmacie ou aux infirmières. En 2010, une équipe canadienne a voulu déterminer si les préparateurs en pharmacie pouvaient obtenir un BMO aussi précis et complet que les pharmaciens. Ils ont conclu que les préparateurs formés à cette activité obtenaient la même qualité de recueil d'informations que les pharmaciens^{55,56}. La formation du personnel et la mise à disposition d'outils est alors indispensable afin de réussir ce déploiement. Ainsi, les perspectives pour réduire les coûts de la conciliation médicamenteuse sont nombreuses. Une réflexion doit être menée à l'échelon local mais aussi national.

3.2.2.3 Les moyens technologiques

Dans le cadre de cette étude, tous les documents de la conciliation à l'admission ou à la sortie étaient manuscrits. Le temps passé par l'interne en pharmacie à remplir ces documents et le risque potentiel dû à la retranscription ne sont pas négligeables. Un rapport de 2013 de l'Academy of Managed Care Pharmacy a publié des recommandations sur les solutions électroniques à la conciliation médicamenteuse et l'amélioration de la continuité des soins⁵⁷. Elle préconise d'encourager la mise en œuvre de **solutions électroniques au processus de conciliation médicamenteuse à l'admission et à la sortie** afin de favoriser le transfert

d'informations au pharmacien d'officine et au médecin traitant. De plus, certains auteurs ont observé que la tendance est de délaisser toutes les procédures sur papier au profit des procédures informatisées⁵⁸. Une boîte à outil pour le remplacement du processus papier vers sa version électronique est disponible sur le site de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada⁵⁹ (ISMP Canada). Elle détaille les étapes de l'informatisation de la conciliation médicamenteuse et son évaluation post-implantation. En France, certains hôpitaux se sont lancés dans ce projet notamment le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers⁶⁰. Les équipes pharmaceutiques et informatiques ont développé un Dossier Pharmacie Spécialisé Intégré à leur logiciel de prescription CrossWay® (logiciel également utilisé au Centre Hospitalier de Béthune). Il permet ainsi d'avoir un dossier patient unique, facilement consultable, confidentiel et facilitant la traçabilité. Ce dossier est composé de 4 volets : un historique médicamenteux, la conciliation à l'admission, la conciliation à la sortie et un plan de prise. Ils envisagent dans un second temps de transmettre ces informations par messagerie sécurisée au pharmacien d'officine et au médecin traitant. Il semble donc possible d'informatiser le processus de conciliation médicamenteuse avec les moyens technologiques actuels.

En complément de cet outil, une source d'informations sous forme électronique des traitements pris au domicile est en cours d'implantation, le **Dossier Pharmaceutique (DP)**. Il a été créé par la loi du 30 janvier 2007, sa mise en œuvre a été confiée à l'ordre des Pharmaciens. Il permet de recenser et de consulter tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois au moyen de la carte vitale du patient. Depuis octobre 2012, les pharmaciens hospitaliers ont accès au DP. Depuis 2013, certains médecins hospitaliers (urgentistes, anesthésistes, réanimateurs et gériatres) peuvent consulter le DP à titre expérimental. Actuellement, 37 870 089 DP ont été créés, 99,2% des pharmacies d'officine sont connectées au DP et 7,1% des pharmacies à usage intérieur (d'après le site de l'ordre des pharmaciens, chiffres au 11 mai 2015). A travers notre étude, les difficultés pour l'utilisation quotidienne du DP comme source d'information ont été nombreuses. Le manque de disponibilité de la carte vitale, la nécessité d'une carte de professionnel de santé, la méconnaissance du dossier pharmaceutique par les patients, l'accès au dossier limité à quelques services sont des freins à son utilisation. De plus, certaines informations importantes sont manquantes telles que la posologie et la durée des traitements. L'équipe de l'EPSM de Caen a évalué l'utilisation du DP dans quatre de ses sept services⁶¹. Ils ont constaté que 35% des patients avaient leur carte vitale en début d'hospitalisation. Parmi ces patients, seuls 20% avaient un DP consultable. Ainsi, le DP n'est pas encore totalement opérationnel pour son utilisation quotidienne dans le processus de conciliation médicamenteuse mais reste un outil d'avenir à fort potentiel.

D'autres outils technologiques peuvent aider à la continuité de la prise en charge médicamenteuse. L'équipe des Hôpitaux Universitaires de Genève a mené une enquête auprès

des professionnels de santé⁶². Elle a mis en évidence un manque général d'information des différents professionnels sur les pratiques et les contraintes liées aux réalités hospitalières ou communautaires. Face à ce constat, ils ont créé, sur leur **site internet**, un espace dédié à la continuité des soins entre médecins prescripteurs et pharmaciens d'officine. On y retrouve des informations utiles pour les ordonnances pédiatriques (posologies usuelles, date de conservation après ouverture des liquides oraux pédiatriques), des informations sur la galénique (liste de comprimés écrasables, protocoles de préparation magistrale), des informations médicales et pharmacologiques et les coordonnées du médecin hospitalier en charge du patient et des pharmaciens hospitaliers⁶³. Ainsi, le médecin traitant et le pharmacien d'officine disposent de sources d'informations fiables pour poursuivre la prise en charge du patient.

Finally, it is also important to sensitize patients to the medication reconciliation process. They can thus understand the issues around the medication, notably the importance of knowing the exhaustive list of medications taken at home during a hospitalization. **Des supports variés de sensibilisation** doivent être déployés. Le Centre Hospitalier de Lunéville en collaboration avec l'Ordre des Pharmaciens a créé une vidéo de 3 minutes 30 intitulée « Erreur Médicamenteuse et Sécurité des Soins », destinée aux patients et professionnels de santé. Elle a pour but d'expliquer le processus de conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie et les enjeux qui l'entourent.

Grâce à ces outils, il est possible de mettre en place un lien Ville / Hôpital efficace et sécuriser ainsi la prise en charge médicamenteuse aux points de transition.

3.3 Une organisation à mettre en place pour une réelle efficacité

Les différents indicateurs mesurés sont en faveur d'un impact positif de la conciliation médicamenteuse et d'un réseau Ville / Hôpital dans la continuité de la prise en charge médicamenteuse. Pour une véritable efficacité du système, il est indispensable de mettre en place une mécanique huilée entre les différents professionnels tant au sein des établissements de santé qu'en ville pour acquérir de nouveaux automatismes. Il s'agit d'une nouvelle façon de soigner en favorisant une véritable collaboration entre les professionnels de santé intra mais aussi extra hospitaliers, replaçant ainsi le patient au cœur du système de soins. Différentes stratégies peuvent être mises en place :

3.3.1 Création d'une commission Ville / Hôpital

Comme le recommande le dernier rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS)⁶⁴, il semble indispensable de **créer une commission Ville / Hôpital à l'échelon local, pilote du projet**. Chaque professionnel de santé doit y être représenté : les médecins libéraux, les médecins hospitaliers, les pharmaciens d'officine, les pharmaciens hospitaliers, les infirmières, les kinésithérapeutes, etc. Elle aura pour mission de faire « un bilan de l'organisation de la sortie des patients dans chacun des pôles ou des services » et de mettre en place un plan d'action. La HAS souligne que cette initiative doit faire partie du projet d'établissement au niveau du directoire, du projet médical mené par la CME, et de la démarche qualité. Cette commission sera le moteur de l'amélioration du processus de sortie d'hospitalisation.

Au CHB, les résultats de cette étude ont été présentés aux services participants puis en CME. La démarche a été bien accueillie par le corps médical. Elle fait suite à la volonté d'engager le Centre Hospitalier dans l'expérimentation du Dossier Pharmaceutique. De plus, un réseau Ville / Hôpital existe déjà. Cependant, il est indispensable que la direction de l'établissement exprime sa volonté de s'engager dans cette activité. Déjà mentionnée dans la politique qualité de la prise en charge médicamenteuse, il est prévu d'inclure la conciliation médicamenteuse au programme d'amélioration continue de la qualité de l'Etablissement.

3.3.2 Mise à disposition d'outils validés

La commission Ville / Hôpital en charge de l'organisation du processus de la continuité de soins mettra à disposition **les procédures validées et les outils d'aide à la pratique**.

Depuis mars 2015, la HAS a mis à disposition des professionnels de santé une **check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures et son guide d'utilisation**⁶⁴. Ils ont pour but de promouvoir la qualité de la sortie des patients hospitalisés. La check-list est composée de 18 critères regroupés dans quatre items : le repérage et l'évaluation de la complexité, l'information du patient, les contacts et continuité, la logistique. On retrouve notamment :

- repérer le risque de réhospitalisation,
- remettre et expliquer de l'ordonnance de sortie au patient,
- contacter le médecin traitant et les autres professionnels de santé du domicile dès l'entrée du patient,
- contacter le pharmacien d'officine avant la sortie pour assurer la disponibilité des traitements et des dispositifs médicaux,
- adresser un document de sortie au médecin traitant et aux autres professionnels de santé du domicile,
- adapter la date et l'heure de sortie en fonction de l'accueil du patient au domicile.

Elle doit être vérifiée dans les heures qui précèdent le départ du patient et insérée dans le dossier du patient.

De plus, l'OMS a protocolisé la démarche de conciliation d'entrée avec **la mise à disposition de procédures et des documents** pouvant être utilisés en pratique au sein des établissements de santé. Concernant la conciliation de sortie, le groupe Ville/Hôpital pourra **évaluer les besoins des différents professionnels** (médecin et pharmacien de ville) sur les informations pertinentes à transmettre à la sortie et déterminer la forme la plus adaptée. Ce travail permettra de **standardiser les courriers médicaux et pharmaceutiques de sortie** comme le suggère l'HAS dans son rapport de 2013⁶⁵. D'après celui-ci, ils doivent contenir cinq rubriques : le bilan comparatif des médicaments à l'entrée et à la sortie avec justification des différences, le motif d'hospitalisation, synthèse médicale du séjour, les suites à donner, les actes complémentaires et biologiques signifiants. **La standardisation de l'ordonnance de sortie** pourra être envisagée. Elle pourrait être composée de différentes catégories : les médicaments débutés, arrêtés, suspendus et inclure la notion de médicament à ne pas délivrer. En effet, ceci permettrait de faire l'état de l'ensemble des médicaments pris par le patient tout en l'incitant à consulter son médecin traitant après sa sortie.

De plus, pour partager des informations entre les différents professionnels, un autre outil peut être développé : un **site internet**. Il donnerait un accès rapide à des informations utiles telles que la liste des médicaments rétrocédables, les posologies usuelles en pédiatrie, les protocoles institutionnels, les numéros téléphoniques pour contacter les professionnels hospitaliers.

De nombreux documents et perspectives existent pour faciliter et standardiser la sortie d'hospitalisation des patients. Cependant, il s'agit d'une évolution des pratiques nécessitant la formation des professionnels de santé pour réussir cette transition.

3.3.3 Formations communes entre les différents professionnels

La formation continue des professionnels de santé est obligatoire selon la réglementation. Le groupe Ville/Hôpital pourrait également s'investir dans la mise en place de formations communes entre les différents professionnels de santé (par exemple : formation sur le processus de conciliation médicamenteuse, sur de nouveaux médicaments, sur des cas cliniques). Elles permettraient d'établir un lien entre les professionnels, moments d'échanges sur les problématiques rencontrés par chacun et la recherche de solutions.

3.3.4 Informatisation du processus de conciliation médicamenteuse

L'informatisation du processus permettra de standardiser les pratiques et le déployer à grande échelle.

Au CHB, 80% des services sont informatisés au niveau de la prescription médicamenteuse. Après une formalisation des organisations et le démarrage de la conciliation, nous envisageons d'informatiser le processus de conciliation.

3.3.5 Attribution de moyens financiers

Comme le détaillent la littérature et notre étude, la transmission des informations pertinentes est « un processus chronophage pour les pharmaciens mais pas pour l'hôpital. Au final, l'établissement s'y retrouve en frais de fonctionnement » comme le souligne Mme Dufay. Pour réussir ce projet, il semble indispensable d'attribuer du temps pharmaceutique (pharmaciens voire préparateurs) pour l'encadrement et le développement de cette nouvelle mission.

A la suite de cette étude, le service de Néphro-Rhumatologie souhaite créer un poste d'interne en pharmacie, un poste existant déjà en Gastro-Entérologie.

Actuellement ; les ressources disponibles ne permettent pas de concilier tous les patients d'un établissement de santé. Il est indispensable d'avoir une réflexion sur les profils de patients susceptibles de tirer un bénéfice maximal de la conciliation. Ceci permettra de cibler cette activité dans un contexte d'optimisation des moyens. Dans notre étude, l'impact des liens pharmaceutiques semble prépondérant dans le service de Gastro-Entérologie. Ceci peut s'expliquer notamment par la différence d'organisation médicale entre les deux services. Le tour médical est assuré par le même médecin toute la semaine en Néphrologie alors qu'en Gastro-Entérologie, il s'agit d'un médecin différent chaque jour. La diversité des intervenants ne facilite pas la continuité de prise en charge. Il semblerait ainsi intéressant de prioriser les prises en charge complexes, faisant intervenir de nombreux professionnels comme les filières chirurgicales ou cancérologiques. L'un des objectifs de l'étude REPHVIM est de déterminer les spécialités médicales et la population pour laquelle la conciliation et les liens pharmaceutiques ont le plus d'impact.

Ainsi, la création d'un groupe Ville/Hôpital avec les diverses missions qui lui seront confiées est un élément indispensable dans l'implantation de l'amélioration de la continuité de la prise en charge médicamenteuse. Les pouvoirs publics, les professionnels de santé sont conscients des problématiques et des défis à relever pour décloisonner le système hospitalier et ambulatoire au profit d'une prise en charge sécuritaire.

CONCLUSION

Longtemps axé sur le circuit logistique du médicament, le pharmacien hospitalier est aujourd'hui un acteur dans la prise en charge clinique du patient. Implantée depuis plus d'une dizaine d'années en Amérique du Nord, la conciliation médicamenteuse commence à se développer en France notamment dans certains centres précurseurs.

A travers notre étude, les professionnels de santé du Centre Hospitalier de Béthune et les pharmaciens d'officine ont pu expérimenter la conciliation médicamenteuse et l'implantation des liens pharmaceutiques Ville/Hôpital au service du patient. Certains indicateurs semblent montrer un impact positif sur la prise en charge médicamenteuse. Elle a permis d'améliorer la coordination entre les différents professionnels de santé, la qualité des ordonnances, la disponibilité des traitements, la connaissance et l'adhésion thérapeutique des patients et de lutter contre les erreurs médicamenteuses dues à un défaut d'informations. Cependant, même si, aucune différence n'a été mise en évidence concernant le taux de réhospitalisations à J7 et J35. De nombreuses études sont en cours, elles parviendront peut-être à prouver l'impact des liens médicaux et pharmaceutiques sur le taux de réhospitalisations. Par ailleurs, les médecins, les pharmaciens d'officine et les patients ont été satisfaits de cette expérimentation. La présence pharmaceutique était un changement tant pour les patients que pour les médecins. Une période d'adaptation a été nécessaire pour mettre en place une organisation permettant d'effectuer toutes les missions pharmaceutiques qui lui ont été confiées. Le pharmacien d'officine, peu habitué à recevoir des informations provenant du séjour hospitalier, doit les intégrer à son activité. Cependant, tous les professionnels de santé s'accordent sur l'intérêt incontestable de la conciliation médicamenteuse réalisée par le pharmacien pour établir un lien entre la ville et l'hôpital. Afin d'obtenir une démarche efficiente, il est nécessaire d'optimiser ce processus. La création d'une commission Ville / Hôpital pourrait être la première étape. Elle aura pour rôle de piloter le projet en mettant en place un plan d'action, de définir une organisation en intra et extra hospitalier et déterminer le rôle de chacun.

Pour catalyser l'implantation du processus de conciliation médicamenteuse, la volonté des directions des établissements et des pouvoirs publics est indispensable. Une enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé est actuellement en cours⁶⁶. Elle a pour objectif d'établir un état des lieux des pratiques de la conciliation en France et d'identifier les besoins.

La volonté de décloisonner le système hospitalier et ambulatoire est une réalité. La conciliation fera sans doute partie des pratiques à mettre en place dans les années à venir pour parvenir aux objectifs fixés par les Autorités.

Bibliographie

-
- ¹ Inspection Générale des Affaires Sociales. Le circuit du médicament à l'hôpital [Internet].2011 [cité 4 juin 2015]. Disponible sur http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Circuit_du_medicament.pdf
- ² Brami J. Continuité des soins et soins primaires. Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins – HAS; 2010.
- ³ Reid R, Haggerty J, Mckendry R, Canadian Health Services Research Foundation. (C.H.S.R.F.). Ottawa. ON. CAN, Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé. (F.C.R.S.S.). Ottawa. CAN. Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002 p. 18p.
- ⁴ L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde. 2000 juin p. 8.
- ⁵ Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Organisation du système de soins [Internet]. 2014 [cité 10 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/organisation-du-systeme-de-soins.html>
- ⁶ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
- ⁷ Agence Régionale de Santé. Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie [Internet]. [cité 12 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/Parcours-de-soins-parcours-de.148927.0.html>
- ⁸ Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.
- ⁹ Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale [Internet]. DREESS; 2005 mai [cité 12 juillet 2014] p. 1. Report No.: 398. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ENEIS_1.pdf
- ¹⁰ Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med.* 4 février 2003;138(3):161- 7.
- ¹¹ Hohl CM, Nosyk B, Kuramoto L, Zed PJ, Brubacher JR, Abu-Laban RB, et al. Outcomes of emergency department patients presenting with adverse drug events. *Ann Emerg Med.* sept 2011;58(3):270- 9.e4.
- ¹² Enquêtes Nationales sur les Evénements Indésirables graves associés aux Soins. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère du Budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale; 2011 sept p. 119. Report No.: n°109.
- ¹³ Samoy LJ, Zed PJ, Wilbur K, Balen RM, Abu-Laban RB, Roberts M. Drug-related hospitalizations in a tertiary care internal medicine service of a Canadian hospital: a prospective study. *Pharmacotherapy.* nov 2006;26(11):1578- 86.
- ¹⁴ Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ.* 25 mai 2004;170(11):1678- 86
- ¹⁵ Des soins de santé plus sécuritaires pour tous les Canadiens! Questionnez. Ecoutez. Parlez-en. Canadian Patient Safety Institute

-
- ¹⁶ Etude d'impact organisationnel et économique de la sécurisation du circuit du médicament dans les établissements de santé. Ministère de la santé et des sports, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins; 2009 oct p. 4
- ¹⁷ Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med.* 28 févr 2005; 165(4):424- 9.
- ¹⁸ Institute for Healthcare Improvement. Reconcile medications at all transition points [Internet]. [cité 12 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/ReconcileMedicationsatAllTransitionPoints.aspx>
- ¹⁹ Kwan Y, Fernandes OA, Nagge JJ, Wong GG, Huh J-H, Hurn DA, et al. Pharmacist medication assessments in a surgical preadmission clinic. *Arch Intern Med.* 28 mai 2007;167(10):1034- 40.
- ²⁰ Karnon J, Campbell F, Czoski-Murray C. Model-based cost-effectiveness analysis of interventions aimed at preventing medication error at hospital admission (medicines reconciliation). *J EvalClinPract.*avr 2009;15(2):299306.
- ²¹ Forster AJ, Clark HD, Menard A, Dupuis N, Chernish R, Chandok N, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ.* 3 févr 2004;170(3):345- 9.
- ²² EVISA, les événements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes. DRASS Aquitaine, OMEDIT-ARH Aquitaine; 2009 août.
- ²³ Haute Autorité de Santé. Enquêtes du Commonwealth Fund [Internet]. 2013 [cité 12 juill 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1501764/fr/enquete-du-commonwealth-fund-cmwf
- ²⁴ Couillerot-Peyrondet A-L, Midy F, Bruneau C. Perception de la qualité des soins reçus par les personnes atteintes de maladie chronique. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* févr 2011;59(1):23- 31.
- ²⁵ Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Circulaire DGOS/PF2 n°2012-72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé.
- ²⁶ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- ²⁷ Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé. 2014.
- ²⁸ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- ²⁹ Edith Dufay. La conciliation des traitements médicamenteux qualité et sécurité des soins liées aux produits de santé [Internet]. 2013 [cité 10 juin 2014]. Disponible sur: http://www.omedit-basse-normandie.fr/gallery_files/site/1533/1534/1571/2192/2825/5534.pdf
- ³⁰ Haute Autorité de Santé. L'initiative OMS High 5s [Internet]. 2014 nov [cité 25 mai 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1498429/fr/linitiative-oms-high-5s
- ³¹ Murphy EM, Oxencis CJ, Klauck JA, Meyer DA, Zimmerman JM. Medication reconciliation at an academic medical center: implementation of a comprehensive program from admission to

discharge. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm.* 1 déc 2009;66(23):2126

³²Rozich JD, Haraden CR, Resar RK. Adverse drug event trigger tool: a practical methodology for measuring medication related harm. *QualSaf Health Care.* juin 2003;12(3):194- 200.

³³Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *QualSaf Health Care.* avr 2006;15(2):122- 6.

³⁴Steurbaut S, Leemans L, Leysen T, Baere ED, Cornu P, Mets T, et al. Medication History Reconciliation by Clinical Pharmacists in Elderly Inpatients Admitted from Home or a Nursing Home. *Ann Pharmacother.* 1 oct 2010;44(10):1596- 603.

³⁵Doerper S, Morice S, Piney D, Dony A, Baum T, Perrin F, et al. La conciliation des traitements médicamenteux : logigramme d'une démarche efficiente pour prévenir ou intercepter les erreurs médicamenteuses à l'admission du patient hospitalisé. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien.* sept 2013;48(3):153- 60.

³⁶Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademan P, Kalkman C, et al. Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med.* 18 sept 2012;157(6):417- 28.

³⁷ Prieto-Centurion V, Markos MA, Ramey NI, Gussin HA, Nyenhuis SM, Joo MJ, et al. Interventions to reduce rehospitalizations after chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. A systematic review. *Ann Am Thorac Soc.* mars 2014;11(3):417- 24.

³⁸Hellström LM, Höglund P, Bondesson A, Petersson G, Eriksson T. Clinical implementation of systematic medication reconciliation and review as part of the Lund Integrated Medicines Management model--impact on all-cause emergency department revisits. *J Clin PharmTher.* déc 2012;37(6):686- 92.

³⁹ Agrément Canada. Livret sur les pratiques organisationnelles requises [Internet]. Disponible sur: https://www.accreditation.ca/sites/default/files/rop-handbook-2014-fr_0.pdf

⁴⁰ Le projet de l'établissement, Centre Hospitalier de Béthune [Internet, cité le 7 juin 2015] Disponible sur: <https://www.ch-bethune.fr>

⁴¹Pérennes M, Carde A, Nicolas X, Dolz M, Bihannic R, Grimont P, et al. Conciliation médicamenteuse : une expérience innovante dans un service de médecine interne pour diminuer les erreurs d'anamnèse médicamenteuses. *La Presse Médicale.* mars 2012;41(3):e77- 86.

⁴² Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, Alibhai SMH, Huh J-H, Cesta A, et al. Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. *Ann Pharmacother.* oct 2008;42(10):1373- 9.

⁴³Holland DM. Interdisciplinary collaboration in the provision of a pharmacist-led discharge medication reconciliation service at an Irish teaching hospital. *Int J Clin Pharm.* avr 2015;37(2):310- 9.

⁴⁴Himmel W, Kochen MM, Sorns U, Hummers-Pradier E. Drug changes at the interface between primary and secondary care. *Int J ClinPharmacolTher.* févr 2004;42(2):103- 9.

⁴⁵Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. *Arch Intern Med.* 23 juill 2012;172(14):1057- 69.

-
- ⁴⁶ Article L5126-1 du code de la Santé Publique [Internet]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=9D10C324BE479EAE5ED599D4AA0662CB.tpdila13v_1?idArticle=LEGIARTI000025104614&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150525
- ⁴⁷ Amann S, Kantelhardt P. Medication errors and medication reconciliation from a hospital pharmacist's perspective. *Z EvidFortbildQualGesundhwes.* 2012;106(10):717- 22.
- ⁴⁸ Sarangarm P, London MS, Snowden SS, Dilworth TJ, Koselke LR, Sanchez CO, et al. Impact of pharmacist discharge medication therapy counseling and disease state education: Pharmacist Assisting at Routine Medical Discharge (project PhARMD). *Am J Med Qual.* août 2013;28(4):292- 300.
- ⁴⁹ Hansen LO, Young RS, Hinami K, Leung A, Williams MV. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. *Ann Intern Med.* 18 oct 2011;155(8):520- 8.
- ⁵⁰ Farris KB, Carter BL, Xu Y, Dawson JD, Shelsky C, Weetman DB, et al. Effect of a care transition intervention by pharmacists: an RCT. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:406.
- ⁵¹ Legrain S et al. A new multimodal Geriatric Discharge-Planning Intervention to Prevent Emergency Visits and Rehospitalizations of Older Adults : The Optimization of Medication in AGEd Multicenter Randomized Controlled Trial. *The American Geriatrics Society.* 2011;59:2017-2028.
- ⁵² Cawthon C, Walia S, Osborn CY, Niesner KJ, Schnipper JL, Kripalani S. Improving care transitions: the patient perspective. *J Health Commun.* 2012;17 Suppl 3:312- 24.
- ⁵³ Boissinot L. Conciliation des traitements médicamenteux en gériatrie : pertinence et faisabilité. *Pharmactuel.* 2014,47 :2.
- ⁵⁴ Mangerel K. Conciliation médicamenteuse en pratique. *Semaine de la sécurité des patients.* 2012.
- ⁵⁵ Johnston R, Saulnier L, Gould O. Best possible medication history in the emergency department : comparing pharmacy technicians and pharmacists. *Can J Hosp Pharm.* Sept 2010;63(5):359- 65.
- ⁵⁶ Hart C, Price C, Graziose G, Grey J. A program using pharmacy technicians to collect medication histories in the emergency department. *P T.* janv 2015;40(1):56- 61.
- ⁵⁷ Report of the 2013 AMCP Partnership forum on electronic solutions to medication reconciliation and improving transitions of care. *Journal of managed care and speciality pharmacy;* 2014 sept p. 937. Report No.: vol 20 No 9.
- ⁵⁸ Borycki E, Kushniruk A, Kuo M-H, Armstrong B. Integrating the Electronic Health Record into Education: Models, Issues and Considerations for Training Biomedical Engineers. In: Gargiulo G, éditeur. *Advanced Biomedical Engineering* [Internet]. InTech; 2011 [cité 25 mai 2015]. Disponiblesur: <http://www.intechopen.com/books/advanced-biomedical-engineering/integrating-the-electronic-health-record-into-education-models-issues-and-considerations-for-trainin>
- ⁵⁹ ISMP. Boite à outils pour le remplacement du bilan comparatif des médicaments sur papier par sa version électronique [Internet]. 2014 [cité 15 mai 2015]. Disponible sur: http://www.ismp-canada.org/download/MedRec/Boite_a_outils_pour_le_remplacement_du_bilan_comparatif_de_s_medicaments_sur_papier_par_sa_version_electronique.pdf

⁶⁰ Lavigne C, Spiesser-Robelet L. Outil informatisé de conciliation médicamenteuse dans le service de Médecine Interne du CHU d'Angers [Internet]. 2014 [cité 15 mai 2015]. Disponible sur: <http://library.unio-sante.fr/00/00/35/00003586-e73fcc1b0a7d4872f06cd454d88bc40a/rex-27-mai-2014-chu-angers.pdf>

⁶¹Colombe M, Gabriel-Bordenave C, Auclair V, Roberge C. Mise en place et évaluation du Dossier Pharmaceutique dans le cadre d'une activité de conciliation des traitements médicamenteux en hôpital psychiatrique. Hopipharm 2014.

⁶²Kaestli L-Z. Amélioration de la continuité des soins pharmaceutiques aux patients pédiatriques sortant de l'hôpital [Internet]. Hôpitaux Universitaires de Genève; 2014 [cité 15 mai 2015]. Disponible sur: http://pharmacie.hug-ge.ch/rd/theses/Kaestli_Zoe_these.pdf

⁶³ Site des Hôpitaux de Genève, pharmacie, continuité des soins [Internet]. [cité 15 mai 2015]. Disponible sur: http://pharmacie.hug-ge.ch/infos_prat/infos_officine.html

⁶⁴Haute Autorité de Santé. Check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures, guide d'utilisation. Février 2015

⁶⁵Haute Autorité de Santé. Document de sortie d'hospitalisation vers un format électronique. 2013

ANNEXES

ANNEXE 1 : lettre d'information et de non opposition

PREPS12-XP/REPHVIM

n° ID RCB : 2013-A00461-44

<p align="center">LETTRE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION DU PATIENT Recherche en soins courants</p>
--

<p align="center">Impact des transmissions pharmaceutiques Hôpital – Ville sur la prise en charge médicamenteuse des patients sortant d'hospitalisation.</p>

<p align="center">PREPS National 2012 - REPHVIM</p>
--

<p>N° ID RCB : 2013-A00461-44</p>
--

Pharmacien coordinateur

Nom : Dr Xavier POURRAT

Adresse : Pharmacie Logipôle CHU de TOURS

Hôpital Trousseau, Avenue de la République 37170 CHAMBRAY-LES-TOURS

Téléphone : 02.34.38.95.39

Gestionnaire de la recherche

Nom : Mme Violaine MIZZI

Adresse : Direction des Affaires Médicales, de la Recherche et de la Qualité, CHRU de TOURS

Hôpital Bretonneau, 2 boulevard Tonnelé 37044 TOURS CEDEX

Principaux contacts : Dr Sophie GUYETANT

Téléphone : 02.34.37.89.27

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude dite recherche en soins courants, appelée REPHVIM. Le gestionnaire de la recherche en assure l'organisation.

Dans le cadre de cette recherche, les actes sont pratiqués et les produits sont utilisés selon les modalités habituelles du soin.

Le fait de participer à cette recherche ne changera pas votre prise en charge.

Avant de participer à cette recherche, prenez le temps de lire les informations suivantes et d'en discuter avec vos proches. Vous pouvez prendre le temps nécessaire pour décider si vous souhaitez participer ou non à cette recherche.

Objectif et déroulement de la recherche

1. Présentation et objectif principal

Suite à votre hospitalisation, il est possible que des modifications de votre traitement médicamenteux aient été décidées par l'équipe médicale qui vous a suivi à l'hôpital. Il sera nécessaire de prendre en compte ces modifications de traitement dès votre retour à domicile.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact des échanges entre pharmaciens de l'hôpital et pharmaciens de ville sur la prise en charge médicamenteuse du patient qui sort de l'hôpital.

2. En quoi consiste l'étude ?

Il s'agit d'une recherche dite en soins courants. Si vous ne vous opposez pas à participer à l'étude, nous allons consulter votre dossier médical et recueillir des informations médicales relatives au motif de votre hospitalisation, à l'historique de vos prescriptions médicamenteuses durant l'hospitalisation ainsi que toutes les données cliniques et biologiques pertinentes en lien avec vos traitements.

Dès votre sortie de l'hôpital, vous ou une personne qui peut vous aider vous rendrez dans votre pharmacie habituelle avec l'ordonnance de traitement qui vous a été remise à la sortie de l'hôpital pour obtenir les médicaments qui vous ont été prescrits.

Une semaine après votre sortie de l'hôpital, vous serez contacté par téléphone par un pharmacien basé à Tours qui est en charge de l'étude. Ce pharmacien vous posera quelques questions concernant le suivi de votre traitement médicamenteux, votre état de santé depuis votre sortie de l'hôpital, la dispensation des traitements par votre pharmacie et votre degré de satisfaction concernant votre prise en charge médicamenteuse depuis votre sortie d'hôpital.

Puis, dans les 35 jours suivant votre sortie d'hôpital, le pharmacien de Tours vous contactera à nouveau et vous posera quelques questions par téléphone concernant l'évolution de votre état de santé, en particulier si vous avez revu un médecin, le suivi de votre traitement médicamenteux à domicile et votre degré de satisfaction concernant votre prise en charge médicamenteuse.

De la même façon, une semaine après votre sortie de l'hôpital votre pharmacien d'officine sera contacté par téléphone par le pharmacien basé à Tours qui lui posera quelques questions relatives à la dispensation de vos médicaments et à l'aide qu'il a pu vous apporter par ses conseils lors de votre venue à la pharmacie.

3. Quels sont les bénéfices attendus ?

En participant à cette étude vous contribuez à l'amélioration du savoir scientifique dans la transmission pharmaceutique entre l'hôpital et la ville sur la prise en charge médicamenteuse des patients sortant d'hospitalisation. Il n'est pas prévu de rémunération pour les participants à cette étude.

4. Quels sont les risques prévisibles ?

Vous n'encourez aucun risque à participer à cette étude. Votre participation à l'étude ne modifiera en rien votre prise en charge thérapeutique par l'équipe de soin à l'hôpital et par votre pharmacien d'officine.

5. Quelle est la durée de l'étude ?

La durée de recrutement des patients pour l'étude est de 12 mois ; la durée du recueil des données et leur analyse prendra environ 2 ans. En ce qui vous concerne, votre participation durera 35 jours (plus ou moins 4 jours) après votre sortie de l'hôpital.

6. Participation volontaire

Si vous répondez aux critères de l'étude, nous vous proposerons de participer à cette étude lors de la visite du pharmacien hospitalier quelques jours avant votre sortie de l'hôpital et les coordonnées de votre pharmacien habituel vous seront demandées.

Si vous ne souhaitez pas participer à l'étude, nous vous demanderons de nous l'indiquer formellement.

Votre participation à cette recherche est entièrement volontaire.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer. Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à vous justifier et votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité de la prise en charge de votre maladie ultérieurement.

Dans ce cas, vous devrez en informer le pharmacien qui vous aura contacté pour participer à l'étude (ou le Docteur Xavier POURRAT, Pharmacien à la pharmacie du Logipôle du CHRU de TOURS Tél : 02.34.38.95.39).

Le responsable de la recherche, le Dr Xavier POURRAT, peut décider de mettre un terme à votre participation à l'étude à n'importe quel moment. Si cela devait se produire, vous en serez averti et les raisons vous seraient expliquées.

7. Confidentialité et utilisation des données médicales

Dans le cadre de la recherche, un traitement de vos données personnelles, ainsi que le recueil des coordonnées de votre pharmacien d'officine habituel vont être nécessaires pour mettre en œuvre la Recherche puis pour en analyser les résultats. A cette fin, des données vous concernant (vos traitements, des données clinico-biologiques utiles à la dispensation des traitements) pourront être transmises à votre pharmacien d'officine habituel, selon la période de l'étude où vous serez inclus. Ces données médicales personnelles seront alors cryptées pour leur transmission via une messagerie électronique à votre pharmacien d'officine qui, seul, pourra les décrypter. Le personnel impliqué dans cette recherche est soumis au secret professionnel, tout comme votre pharmacien d'officine.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement des données.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du pharmacien qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

8. Avis favorables du CPP et du CCTIRS et autorisation de la CNIL

Le Comité de Protection des Personnes (CPP) de Tours Région Centre (Ouest I) et le Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) ont donné un avis favorable à cette recherche respectivement les 25/06/2013 et 26/09/2013. La Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) a autorisé cette recherche en date du 21/01/2014.

A compléter

Patient : Prénom, Nom :

Je m'oppose à participer à cette recherche : oui

Date : Signature :

Personne ayant délivré l'information au patient : Prénom, Nom :

Date : Signature :

ANNEXE 2 : Questionnaire destiné au patient à J7

PREPS12-XP/REPHVIM

_____|_____|_____| - ____|____|____|
Initiale Initiale Centre Unité N° patient
Nom Prénom de soins

Questionnaire J7

1. Le patient est-il allé lui-même à la pharmacie ? OUI NON NK
2. Le patient (ou son aidant) est-il allé à la pharmacie dans les 24H après sa sortie ? OUI NON NK
 - Si NON, à quelle date est-il allé à la pharmacie?
Date : ____/____/____
3. Tous les traitements étaient-ils disponibles ? OUI NON NK
 - Si NON, veuillez préciser le ou les traitements concernés :

4. Pour chaque traitement, y-avait-il la quantité prescrite ? OUI NON NK
Si NON, veuillez préciser le ou les traitements concernés :

5. Le patient a-t-il été de nouveau hospitalisé depuis sa sortie ? OUI NON NK
Si OUI,
 - o L'hospitalisation était-elle :
 Prévue Non prévue
 - o Date de l'hospitalisation : ____/____/____
 - o Service d'hospitalisation : _____
 - o Le traitement de sortie d'hospitalisation a-t-il été modifié suite à la ré-hospitalisation ? OUI NON NK
 - o Le patient a-t-il eu une consultation aux urgences ? OUI NON NK

PREPS12-XP/REPHVIM

Page 12 sur 32

Si OUI, veuillez compléter le tableau ci-dessous :

DCI (Traitement de sortie et nouvelles prescriptions)	Posologie - Durée	Motif de la modification
DCI : _____ Dosage : _____ Forme : _____	Posologie : _____ Durée : _____	<input type="checkbox"/> Adaptation de la posologie <input type="checkbox"/> Optimisation modalités d'administration <input type="checkbox"/> Amélioration des méthodes de dispensation <input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique <input type="checkbox"/> Ajout (Nouvelle prescription) <input type="checkbox"/> Substitution / Echange DCI : _____ <input type="checkbox"/> Arrêt ou refus de délivrer <input type="checkbox"/> Autre : _____
DCI : _____ Dosage : _____ Forme : _____	Posologie : _____ Durée : _____	<input type="checkbox"/> Adaptation de la posologie <input type="checkbox"/> Optimisation modalités d'administration <input type="checkbox"/> Amélioration des méthodes de dispensation <input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique <input type="checkbox"/> Ajout (Nouvelle prescription) <input type="checkbox"/> Substitution / Echange DCI : _____ <input type="checkbox"/> Arrêt ou refus de délivrer <input type="checkbox"/> Autre : _____
DCI : _____ Dosage : _____ Forme : _____	Posologie : _____ Durée : _____	<input type="checkbox"/> Adaptation de la posologie <input type="checkbox"/> Optimisation modalités d'administration <input type="checkbox"/> Amélioration des méthodes de dispensation <input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique <input type="checkbox"/> Ajout (Nouvelle prescription) <input type="checkbox"/> Substitution / Echange DCI : _____ <input type="checkbox"/> Arrêt ou refus de délivrer <input type="checkbox"/> Autre : _____
DCI : _____ Dosage : _____ Forme : _____	Posologie : _____ Durée : _____	<input type="checkbox"/> Adaptation de la posologie <input type="checkbox"/> Optimisation modalités d'administration <input type="checkbox"/> Amélioration des méthodes de dispensation <input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique <input type="checkbox"/> Ajout (Nouvelle prescription) <input type="checkbox"/> Substitution / Echange DCI : _____ <input type="checkbox"/> Arrêt ou refus de délivrer <input type="checkbox"/> Autre : _____

6. Le patient a-t-il consulté un médecin depuis sa sortie ? OUI NON NK

- Si OUI, veuillez préciser

Médecin Généraliste

Médecin Spécialiste, veuillez préciser la spécialité :

- Une partie du traitement de sortie de l'hôpital a-t-il été modifiée ? OUI NON NK

Si OUI, veuillez compléter le tableau ci-dessous, si NON passez à la question suivante.

DCI (Traitement de sortie et nouvelles prescriptions)	Posologie - Durée	Motif de la modification
DCI : _____ Dosage : _____ Forme : _____	Posologie : _____ Durée : _____	<input type="checkbox"/> Adaptation de la posologie <input type="checkbox"/> Optimisation modalités d'administration <input type="checkbox"/> Amélioration des méthodes de dispensation <input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique <input type="checkbox"/> Ajout (Nouvelle prescription) <input type="checkbox"/> Substitution / Echange DCI : _____ <input type="checkbox"/> Arrêt ou refus de délivrer <input type="checkbox"/> Autre : _____
DCI : _____ Dosage : _____ Forme : _____	Posologie : _____ Durée : _____	<input type="checkbox"/> Adaptation de la posologie <input type="checkbox"/> Optimisation modalités d'administration <input type="checkbox"/> Amélioration des méthodes de dispensation <input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique <input type="checkbox"/> Ajout (Nouvelle prescription) <input type="checkbox"/> Substitution / Echange DCI : _____ <input type="checkbox"/> Arrêt ou refus de délivrer <input type="checkbox"/> Autre : _____
DCI : _____ Dosage : _____ Forme : _____	Posologie : _____ Durée : _____	<input type="checkbox"/> Adaptation de la posologie <input type="checkbox"/> Optimisation modalités d'administration <input type="checkbox"/> Amélioration des méthodes de dispensation <input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique <input type="checkbox"/> Ajout (Nouvelle prescription) <input type="checkbox"/> Substitution / Echange DCI : _____ <input type="checkbox"/> Arrêt ou refus de délivrer <input type="checkbox"/> Autre : _____
DCI : _____ Dosage : _____ Forme : _____	Posologie : _____ Durée : _____	<input type="checkbox"/> Adaptation de la posologie <input type="checkbox"/> Optimisation modalités d'administration <input type="checkbox"/> Amélioration des méthodes de dispensation <input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique <input type="checkbox"/> Ajout (Nouvelle prescription) <input type="checkbox"/> Substitution / Echange DCI : _____ <input type="checkbox"/> Arrêt ou refus de délivrer <input type="checkbox"/> Autre : _____

7. Quel traitement le patient prend-t-il à la date d'aujourd'hui ?

Traitement actuel	
DCI : _____ Forme : _____ Dosage : _____	Posologie : _____ Durée : _____
DCI : _____ Forme : _____ Dosage : _____	Posologie : _____ Durée : _____
DCI : _____ Forme : _____ Dosage : _____	Posologie : _____ Durée : _____
DCI : _____ Forme : _____ Dosage : _____	Posologie : _____ Durée : _____
DCI : _____ Forme : _____ Dosage : _____	Posologie : _____ Durée : _____
DCI : _____ Forme : _____ Dosage : _____	Posologie : _____ Durée : _____
DCI : _____ Forme : _____ Dosage : _____	Posologie : _____ Durée : _____
DCI : _____ Forme : _____ Dosage : _____	Posologie : _____ Durée : _____
DCI : _____ Forme : _____ Dosage : _____	Posologie : _____ Durée : _____
DCI : _____ Forme : _____ Dosage : _____	Posologie : _____ Durée : _____
DCI : _____ Forme : _____ Dosage : _____	Posologie : _____ Durée : _____
DCI : _____ Forme : _____ Dosage : _____	Posologie : _____ Durée : _____
DCI : _____ Forme : _____ Dosage : _____	Posologie : _____ Durée : _____
DCI : _____ Forme : _____ Dosage : _____	Posologie : _____ Durée : _____

8. Le patient est-il satisfait de sa prise en charge médicamenteuse depuis sa sortie de l'hôpital ?

Très satisfait Assez satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait NSP

Remarque spontanée du patient : _____

9. Le pharmacien d'officine a-t-il donné des conseils lors de la venue du patient ? OUI NON NK

Si OUI, lesquels ?

ANNEXE 3 : Questionnaire destiné au pharmacien d'officine à J7

PREPS12-XP/REPHVIM

-
 Initiale Initiale Centre Unité N° patient
 Nom Prénom de soin

Questionnaire J7

- Le pharmacien se souvient-il avoir servi le patient (ou son aidant) ? OUI NON NA
- A-t-il noté la date de venue du patient ou de son aidant ? OUI NON NA
 - Si OUI, date : / /
- Le patient dispose t-il d'une mutuelle ? OUI NON
- Le pharmacien d'officine a-t-il exercé une intervention pharmaceutique auprès du médecin prescripteur ? OUI NON NA
- Liste des médicaments délivrés par le pharmacien d'officine :

Nom	Dose	Forme	Voie	Boitage	Nb boîtes dispensées
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Inhalation <input type="checkbox"/> Rectale <input type="checkbox"/> Oculaire <input type="checkbox"/> Nasale <input type="checkbox"/> Auriculaire <input type="checkbox"/> Locale <input type="checkbox"/> Gynécologique <input type="checkbox"/> Cutanée	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> Autre Si autre préciser _____	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Inhalation <input type="checkbox"/> Rectale <input type="checkbox"/> Oculaire <input type="checkbox"/> Nasale <input type="checkbox"/> Auriculaire <input type="checkbox"/> Locale <input type="checkbox"/> Gynécologique <input type="checkbox"/> Cutanée	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> Autre Si autre préciser _____	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Inhalation <input type="checkbox"/> Rectale <input type="checkbox"/> Oculaire <input type="checkbox"/> Nasale <input type="checkbox"/> Auriculaire <input type="checkbox"/> Locale <input type="checkbox"/> Gynécologique <input type="checkbox"/> Cutanée	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> Autre Si autre préciser _____	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Inhalation <input type="checkbox"/> Rectale <input type="checkbox"/> Oculaire <input type="checkbox"/> Nasale <input type="checkbox"/> Auriculaire <input type="checkbox"/> Locale <input type="checkbox"/> Gynécologique <input type="checkbox"/> Cutanée	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> Autre Si autre préciser _____	

PREPS12-XP/REPHVIM

Page 20 sur 32

6. Le patient (ou son aidant) a-t-il posé des questions au pharmacien d'officine sur ses médicaments ? OUI NON NK

7. Le pharmacien d'officine se souvient-il d'avoir promulgué des conseils particuliers lors de la venue du patient ? OUI NON NK

Si OUI, veuillez préciser lesquels :

8. Le patient a-t-il eu à revenir à l'officine (médicament manquant, erreur, question) ? OUI NON NK

Si OUI, pourquoi ?

Médicament(s) manquant(s)

Le(s)quel(s) : _____

Erreur

Préciser : _____

Question

Autre

Préciser : _____

Synthèse des problèmes identifiés à J7

- Des problèmes médicamenteux ont-ils été identifiés ? OUI NON
 - Si OUI, veuillez préciser le nombre de problèmes :

- Des erreurs de prises de traitements dues au patient ont-elles été identifiées ? OUI NON
 - Si OUI, veuillez préciser le nombre d'erreur :

- La présence de ruptures dans la continuité thérapeutique et dans la durée ont-elles été identifiées ? OUI NON
 - Si OUI, veuillez préciser le nombre de rupture :

Si au moins un des items est OUI, veuillez compléter le tableau présent sur la page suivante.

- Le patient a-t-il été ré-hospitalisé ? OUI NON

- Le patient a-t-il consulté un médecin depuis sa sortie ? OUI NON

ANNEXE 4 : Questionnaire destiné au patient à J35

PREPS12-XP/REPHVIM

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Initiale Initiale Centre - Unité N° patient
Nom Prénom de soin

Questionnaire J35

1. Le patient a-t-il consulté un médecin depuis sa sortie ? OUI NON NK

Si OUI :

- o Combien de fois a-t-il consulté un médecin ? : _____
- o Quel médecin a-t-il consulté :
 - Médecin Généraliste
 - Médecin Spécialiste
- o Une partie du traitement de sortie de l'hôpital a-t-elle été modifiée ? OUI NON

2. Le patient a-t-il été de nouveau hospitalisé depuis l'appel à J7 ? OUI NON NK

Si OUI,

- o L'hospitalisation était-elle :
 - Prévue Non prévue
- o Date de l'hospitalisation : _____/_____/_____
- o Service d'hospitalisation : _____
- o Le traitement de sortie d'hospitalisation a-t-il été modifié suite à la ré-hospitalisation ? OUI NON
- o Le patient a-t-il eu une consultation aux urgences ? OUI NON NK

3. Le patient (ou son aidant) est-il retourné à la pharmacie depuis le questionnaire J7 ? OUI NON NK

Si OUI, le pharmacien d'officine a-t-il promulgué des conseils lors de la dernière venue du patient ? OUI NON NK

PREPS12-XP/REPHVIM

Page 27 sur 32

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Année Universitaire 2014 / 2015

Nom : DRANCOURT

Prénom : PERRINE

Titre de la thèse :

LES LIENS PHARMACEUTIQUES VILLE / HOPITAL AMELIORENT-ILS LA CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE ? ETUDE ET PERSPECTIVES.

Mots-clés :

Conciliation médicamenteuse, continuité des soins, lien pharmaceutique, iatrogénie médicamenteuse

Résumé :

De nombreuses études ont mis en évidence qu'une rupture dans la prise en charge médicamenteuse aux points de transition était à l'origine d'événements de santé défavorables. Pour lutter contre ces dysfonctionnements, une pratique s'est développée, la conciliation médicamenteuse. Cette nouvelle pratique, souvent attribuée au pharmacien hospitalier, permet d'établir un lien avec les professionnels de santé de ville, notamment le pharmacien d'officine. L'objectif de ce travail est de mettre en place ce lien pharmaceutique afin d'en étudier les modalités, les bénéfices, mais aussi les difficultés rencontrées. Une étude clinique a été menée dans deux unités de soins du Centre Hospitalier de Béthune. Elle était composée de deux bras (contrôle et conciliation). Les pharmaciens d'officine et les patients ont été interrogés à J7 et J35 après la sortie d'hospitalisation. Au total, 67 patients ont été inclus. Dans le bras conciliation, 80% des ordonnances de sortie ont été modifiées. Plus de 80% des patients ou aidants sont allés rapidement à la pharmacie pour obtenir les traitements prescrits. La disponibilité des médicaments à la pharmacie d'officine s'est sensiblement améliorée dans les bras conciliation. Cependant, aucun impact sur le taux de réhospitalisations n'a pu être mis en évidence dans notre population. Les médecins, les pharmaciens et les patients ont été satisfaits de cette expérimentation. La volonté de décloisonner le système hospitalier et ambulatoire est une réalité. La conciliation fera sans doute partie des pratiques à mettre en place dans les années à venir pour parvenir aux objectifs fixés par les Autorités.

Membres du jury :

Président :

Decaudin Bertrand, Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie de Lille

Directeur de mémoire :

Catherine Floret, Praticien Hospitalier, Pharmacien, Centre Hospitalier de Béthune

Assesseurs :

Aurélié Terrier – Lenglet, Maître des Conférences des Universités, Faculté de Pharmacie d'Amiens

Anderson Ratsimbazafy, Praticien hospitalier, Néphrologue, Centre Hospitalier de Béthune