

**MEMOIRE
POUR LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE PHARMACIE HOSPITALIERE ET DES COLLECTIVITES**

**Soutenu publiquement le 7 octobre 2016
Par Adeline Wojcik**

**Conformément aux dispositions du Décret du 10 septembre 1990
tient lieu de**

THESE EN VUE DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

**CONTINUE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE
DE L'HOPITAL VERS LA VILLE :
IMPACT DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE DE SORTIE
ET DE LA COMMUNICATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE**

Membres du jury :

Président : **Monsieur le Professeur Bertrand Décaudin**
Pharmacien, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université Lille 2
Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

Assesseur(s) : **Monsieur le Professeur Jean-Marc Chillon**
Pharmacien, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
UFR de Pharmacie, Université de Picardie Jules Verne
Centre Hospitalier Universitaire Amiens Picardie

Madame Carole Cuingnet
Pharmacien, chef de pôle - Praticien Hospitalier
Centre Hospitalier du Quesnoy

Madame le Docteur Rachèle Ciupa
Médecin gériatre - Praticien Hospitalier
Centre Hospitalier du Quesnoy



Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>



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 étudiante	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
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 – Pharmacie Clinique
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.	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 économie Pharmaceutique
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHÉRAERT	Eric	Droit et économie 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 Maîtres 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 Maîtres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	AGOURIDAS	Laurence	Chimie Thérapeutique 2
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie (90%)
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.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie Cellulaire (80%)
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
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacologie Galénique
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
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	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie Pharmaceutique
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.	WILLEMAGNE	Baptiste	Chimie Organique
M.	WELTI	Stéphane	Sciences Végétales et Fongiques
M.	YOUS	Saïd	Chimie Thérapeutique 1
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

M.	FURMAN	Christophe	Pharmacobiochimie (ICPAL)
Mme	GOOSSENS	Laurence	Chimie Organique (ICPAL)
Mme	LELEU-CHAVAIN	Natascha	ICPAL

Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie Pharmaceutique

Professeurs Certifiés

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

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie Pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BERTOUX	Elisabeth	Pharmacie Clinique - Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
M.	CUCCHI	Malgorzata	Information Médicale
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	GILLOT	François	Droit et économie Pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DEKYNDT	Bérengère	Pharmacie Galénique
M.	PEREZ	Maxime	Pharmacie Galénique

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 Bertrand Décaudin,

Merci pour l'honneur que vous me faites de présider cette soutenance et de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma haute considération.

A Monsieur le Professeur Jean-Marc Chillon,

Merci pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail. Veuillez croire au témoignage de mon profond respect et de ma haute considération.

A Madame Carole Cuingnet,

Merci pour l'honneur que vous me faites d'encadrer et de juger ce travail. Pour le temps que vous m'avez consacré et pour la confiance que vous m'avez accordée au cours de cette année, je tiens à vous exprimer toute ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Rachèle Ciupa,

Merci pour l'honneur que tu me fais de représenter le corps médical dans ce jury. Pour m'avoir permis de conduire ce travail dans l'unité et pour ce que tu m'as transmis sur la gériatrie, je t'adresse mes plus sincères remerciements.

A Madame Daisy Bergqvist,

Pour tes conseils et ton enthousiasme sans faille, obrigada.

A l'équipe du premier étage de la clinique gériatrique du CH Le Quesnoy,

Merci pour votre accueil et votre bonne humeur. Cette expérience m'a beaucoup apporté.

Aux pharmaciens du CH de Denain,

Merci de m'avoir permis de participer au Paerpa et d'intégrer une équipe mobile gériatrique, expériences qui ont influencé ce travail. Particulièrement, merci à Monsieur le Professeur Michel Luyckx, pour la qualité de votre enseignement qui m'a apporté les connaissances essentielles à l'exercice de mon métier.

Aux pharmaciens du CH de Compiègne-Noyon,

Merci pour la confiance que vous m'avez accordée en me permettant de contribuer à Med'Rec et au PREPS. Ces opportunités m'ont donné goût à la pharmacie clinique et m'ont donné envie d'aller plus loin dans cette voie.

A tous les pharmaciens, préparateurs, internes, médecins, infirmier(e)s, agents rencontrés au cours de ces six premiers semestres d'internat,

Merci pour les connaissances et le savoir-faire que vous m'avez transmis, et pour les bons moments passés ensemble.

A l'équipe de la pharmacie des Remparts,

Merci pour votre accueil lors de cette expérience officinale, menée en parallèle de mes études et qui a beaucoup apporté à ma formation. Voyez en ce travail le témoignage que, si j'ai suivi la voie hospitalière, je n'en oublie pas moins mes confrères officinaux et que la collaboration hôpital-ville est une (agréable) nécessité.

A mes parents et grands-parents,

Un grand merci pour m'avoir permis de suivre ces longues études, pour tout ce que vous avez fait et faites encore pour nous.

A Justine,

Merci pour tous ces instants de complicité fraternelle. Que cela dure toujours.

A mes ami(e)s,

Merci pour votre présence, votre soutien et pour toutes les expériences partagées.

Merci à tous ceux qui ont montré de l'intérêt dans ce travail, et que je n'ai pas cités personnellement.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	7
Table des matières	9
Liste des abréviations	11
Liste des figures	12
Liste des tableaux	12
Liste des annexes	12
1. Introduction	13
2. Contexte.....	14
2.1 Problématique de l'iatrogénie médicamenteuse.....	14
2.2 Modifications de l'ordonnance pendant une hospitalisation	14
2.3 Communication vers la ville en sortie d'hospitalisation	15
2.4 La conciliation médicamenteuse.....	16
2.5 La pharmacie clinique et le lien hôpital-ville au centre hospitalier du Quesnoy	18
2.6 Objectifs de l'étude.....	19
3. Méthodologie.....	20
3.1 Sélection des patients	20
3.1.1 Critères d'inclusion.....	20
3.1.2 Critères d'exclusion	20
3.2 Recueil et analyse des données.....	20
3.2.1 Type d'étude	20
3.2.2 Support de communication : le « bilan de la conciliation médicamenteuse » ..	20
3.2.3 Particularité de notre conciliation médicamenteuse de sortie	21
3.2.4 Recueil et analyse des changements dans les traitements	21
3.2.5 Recueil de l'avis des professionnels de santé de ville	23
3.2.6 Analyses statistiques.....	23
3.3 Note réglementaire.....	24
4. Résultats	25
4.1 Population de l'étude.....	25
4.2 Pendant l'hospitalisation.....	26
4.2.1 Résultats des conciliations médicamenteuses.....	26
4.2.2 Modifications volontaires de l'ordonnance	26
4.3 Devenir des modifications après la sortie d'hospitalisation	28

4.4	Informations transmises aux professionnels de santé de ville	31
4.5	Avis des professionnels de santé de ville	32
5.	Discussion.....	36
5.1	L'hospitalisation, un moment privilégié pour optimiser les prescriptions	36
5.2	La conciliation médicamenteuse sécurise la prise en charge médicamenteuse.....	36
5.3	Une transmission sans délai d'informations précises et exhaustives	36
5.4	La documentation des modifications thérapeutiques favorise leur poursuite	37
5.5	L'intérêt de l'historique des prescriptions récentes d'antibiotiques à clarifier	38
5.6	Un travail de synthèse engageant un temps conséquent	39
5.7	Le rôle des pharmaciens officinaux à renforcer en aval de l'hospitalisation	39
5.8	La conciliation médicamenteuse à intégrer dans les outils informatiques	40
5.9	Le mode de communication à optimiser	41
5.9.1	Le Dossier Pharmaceutique (DP) pour assurer le lien entre pharmaciens.....	41
5.9.2	Le Dossier Médical Partagé (DMP), un outil prometteur de coordination entre les différents professionnels et entre les différents secteurs.....	42
5.10	Des activités pharmaceutiques à haute valeur ajoutée.....	43
6.	Conclusion	45
	Bibliographie	46
	Annexes	52
	Autorisation de soutenance	54

LISTE DES ABREVIATIONS

ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
Classe ATC	Classe Anatomique, Thérapeutique et Chimique
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP	Comité de Protection des Personnes
CRH	Compte-Rendu d'Hospitalisation
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DCI	Dénomination Commune Internationale
DFG	Débit de Filtration Glomérulaire
DMP	Dossier Médical Partagé
DNI	Divergence Non Intentionnelle
DP	Dossier Pharmaceutique
DPI	Dossier Patient Informatisé
ENEIS	Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables graves associés aux Soins
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ETP	Education Thérapeutique du Patient
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
LAP	Logiciel d'Aide à la Prescription
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MPI	Médicament Potentiellement Inapproprié
OMÉDIT	Observatoires des Médicaments, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAERPA	Personne Agée en Risque de Perte d'Autonomie
PREPS-REPHVIM	Programme de Recherche sur la Performance du Système des Soins - Relation PHarmaceutique Hôpital Ville et Iatrogénie Médicamenteuse
PROPIAS	PROgramme national d'actions de Prévention des Infections Associées aux Soins
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
SFPC	Société Française de Pharmacie Clinique
SOP Med'Rec	Standard Operating Protocol for Medication Reconciliation
SSR	Soins de Suite et Réadaptation

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Place de la conciliation médicamenteuse dans la clarification des divergences	17
Figure 2.	Méthodologie de l'étude	22
Figure 3.	Inclusion des patients.....	25
Figure 4.	Répartition par classe ATC des remodifications (n=55) de traitements de fond des patients du bras témoin (n=32)	30
Figure 5.	Répartition par classe ATC des remodifications (n=19) de traitements de fond des patients du bras conciliation de sortie (n=32).....	30
Figure 6.	Effectif de patients avec ≥ 1 MPI sur leur ordonnance aux différentes étapes .	30
Figure 7.	Répartition des réponses à la question 5.....	35

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Effectif de patients par motif d'exclusion.....	25
Tableau 2.	Description de la population	26
Tableau 3.	Modifications au cours de l'hospitalisation.....	27
Tableau 4.	Répartition par type des modifications de traitements de fond.....	27
Tableau 5.	Nouvelles prescriptions des médecins traitants après la sortie	28
Tableau 6.	Nombre de remodifications après la sortie	29
Tableau 7.	Patients dont les traitements de sortie ont été renouvelés sans remodification	29
Tableau 8.	Informations transmises aux professionnels de santé de ville	32
Tableau 9.	Taux de réponses positives aux questions 1 à 4	33
Tableau 10.	Commentaires à la question 3	34
Tableau 11.	Commentaires libres des professionnels de santé de ville	35

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1.	Bilan de la conciliation médicamenteuse.....	52
Annexe 2.	Questionnaire d'évaluation du bilan de la conciliation destiné aux médecins traitants et aux pharmaciens d'officine.....	53

1. INTRODUCTION

Au vu des spécialités médicales prodiguées, le centre hospitalier du Quesnoy reçoit une patientèle composée essentiellement de personnes âgées, qui présentent des faiblesses telles que la polymédication et le risque accru de chute. Améliorer la prise en charge de cette population identifiée « à risque » fait partie des objectifs du compte qualité de l'hôpital, dans le cadre de la certification des établissements de santé mise en œuvre par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Diverses actions sont menées, comme l'élaboration du programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) âgé chuteur ou à risque de chute « Para-Chutes », autorisé par l'Agence Régionale de Santé depuis 2015. Afin d'accroître l'efficacité des prescriptions, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) « Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé » est conduite depuis 2009 par la cellule qualité du centre hospitalier en collaboration avec les médecins gériatres et les pharmaciens. Fin 2015, les résultats de cette EPP pointaient la nécessité de rappeler aux prescripteurs les points clés de l'analyse de l'ordonnance dès l'admission, et de les inciter à tracer et justifier les modifications thérapeutiques dans le courrier de sortie.

Par ailleurs, la cartographie des risques de l'établissement a identifié comme facteur de risque la gestion du traitement personnel du patient à son admission, notamment lorsque le médecin traitant n'est pas joignable. Pour lutter contre ce risque, la conciliation médicamenteuse a été initiée à l'occasion de la semaine nationale de la sécurité des patients en 2015. L'une des unités de soins de gériatrie a été choisie comme pilote car les patients qui y sont admis sont identifiés « à risque » et présentent pour certains une altération des capacités cognitives, compliquant entre autres l'établissement à l'admission de la liste des traitements pris au domicile. La conciliation médicamenteuse est considérée par la Commission Qualité et Sécurité des Soins comme étant un enjeu important de sécurité, au même titre que le compte-rendu d'hospitalisation (CRH). Un groupe pluridisciplinaire – composé du responsable qualité, de médecins, de secrétaires médicales, de pharmaciens et du référent Dossier Patient Informatisé (DPI) – travaille sur ce second point. L'objectif est de rendre les CRH conformes aux nouvelles recommandations de la HAS, afin d'améliorer la continuité des soins immédiats entre les différents secteurs (ville, établissement de santé, établissement médico-social) en sortie d'hospitalisation.

C'est dans ce contexte d'amélioration de la sécurité de la prise en charge du patient et de renforcement du dialogue entre équipes intra- et extra-hospitalières que s'est inscrite la volonté de faire évoluer les activités de pharmacie clinique au centre hospitalier du Quesnoy.

2. CONTEXTE

2.1 Problématique de l'iatrogénie médicamenteuse en gériatrie

L'iatrogénie médicamenteuse désigne toute manifestation clinique indésirable pour le patient, induite par l'administration d'un ou plusieurs médicaments.

La lutte contre cette problématique fait partie des objectifs fixés par la loi de santé publique du 9 août 2004 (1). Les résultats de l'enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins (ENEIS) montrait encore en 2009 que plus d'un quart des événements indésirables graves évitables identifiés lors d'une hospitalisation étaient liés à des médicaments, et que 43% de ces événements graves médicamenteux étaient évitables (2).

Les personnes âgées sont plus exposées aux événements indésirables médicamenteux ; 71% des événements graves médicamenteux relevés dans l'enquête ENEIS sont survenus chez des patients de 65 ans ou plus. L'iatrogénie médicamenteuse serait responsable de 10% des hospitalisations chez les sujets âgés, de près de 20% chez les octogénaires (3). Plusieurs facteurs expliquent cette vulnérabilité accrue. Les modifications des paramètres pharmacocinétiques et pharmacodynamiques chez la personne âgée, les problèmes d'adhésion (liés entre autres aux troubles cognitifs) et les altérations fonctionnelles (acuité visuelle et auditive, dextérité, dysphagie...) constituent des facteurs de risque d'évènements indésirables (4). Dans cette population, un effet indésirable médicamenteux peut se manifester de façon subtile : augmentation de la fréquence des chutes, augmentation de la confusion, sédation excessive, constipation, rétention urinaire, diminution des prises alimentaires, perte d'autonomie... Ces symptômes sont parfois traités par la prise de nouveaux médicaments, phénomène appelé « cascade médicamenteuse », or le risque d'évènement indésirable augmente à chaque médicament ajouté (5). Enfin, le risque s'élève également avec le nombre de prescripteurs impliqués dans la prise en charge des multiples pathologies du sujet âgé (6). Pour ces raisons, la gériatrie est une spécialité identifiée comme devant faire l'objet d'une surveillance et d'une vigilance particulières quant à la survenue d'évènements indésirables graves évitables (7). Eviter ces évènements limite la durée d'hospitalisation et les réhospitalisations, la prise en charge hospitalière du sujet âgé étant particulièrement coûteuse (8).

2.2 Modifications de l'ordonnance pendant une hospitalisation

Une hospitalisation constitue un moment particulier dans l'histoire thérapeutique des patients, d'autant plus lorsqu'ils sont polymédiqués : l'ordonnance de sortie d'hospitalisation diffère souvent de celle avant l'admission (9–11).

Certaines modifications correspondent à la substitution des médicaments non disponibles à l'hôpital par leurs équivalents référencés. D'autres changements sont liés aux

variations de l'état clinique, des résultats biologiques ou d'imagerie : les modifications correspondent alors à la prescription de nouveaux médicaments et à la révision des traitements déjà prescrits. Cette révision consiste en la réévaluation de l'adéquation des traitements aux pathologies, la vérification des posologies, l'ajout ou la déprescription de médicaments.

En revanche, d'autres modifications de l'ordonnance sont parfois involontaires, liées aux points de rupture auxquels est soumise la prescription lors des transitions dans le parcours de soins que constituent l'admission à l'hôpital, le transfert entre unités de soins et la sortie d'hospitalisation. Soixante pour cent des erreurs médicamenteuses survenant à l'hôpital auraient lieu lors d'une de ces étapes de transition (12). Particulièrement, la sortie de l'hôpital représente une période à haut risque d'événements iatrogènes pour le patient, consécutive à une fragmentation des soins et à un manque de communication (13,14). Après la sortie, 66 à 72% des événements indésirables observés seraient d'origine médicamenteuse et 16% seraient dus à des erreurs thérapeutiques (15).

2.3 Communication vers la ville en sortie d'hospitalisation

Une étude française de 2009 montrait que la communication de l'hôpital auprès des médecins de ville était insuffisante du point de vue qualitatif (16). Notamment, les professionnels de santé de ville souhaitent être informés des raisons des modifications de traitements (17,18). Les informations incomplètes sont susceptibles d'entraîner une confusion chez le destinataire et d'engendrer des erreurs médicamenteuses après la sortie (8,19–22). Ces erreurs médicamenteuses de continuité augmentent avec le nombre de médicaments prescrits, le nombre de modifications thérapeutiques récentes, la diminution des capacités cognitives (23,24). Une communication entre les secteurs hospitalier et ambulatoire est de qualité non seulement si elle est précise et exhaustive, mais aussi si elle est rapide (25).

D'un point de vue réglementaire, la transmission des éléments nécessaires à la continuité des soins aux professionnels de santé prenant en charge le patient en aval d'une hospitalisation est préconisée par le Code de la Santé Publique et correspond au critère 24a du manuel de certification des établissements de santé V2014 mise en œuvre par la HAS (26,27). Le CRH, destiné au patient et au médecin traitant, est un outil pour cette continuité des soins de l'hôpital vers la ville. Il a été montré que sa qualité diminue les erreurs médicamenteuses (28,29). La HAS renforce régulièrement ses exigences afin que le CRH sécurise mieux la sortie du patient (30). Depuis 2014, le document doit être adressé le jour même de la sortie, et non plus dans les 8 jours comme auparavant (31). Un document type a été élaboré pour aider les médecins à la rédaction des CRH, dans le cadre du Programme National Sécurité du Patient 2013-2017 (32). Concernant la rubrique « Traitements médicamenteux », les informations transmises doivent être structurées en « [procédant] à la conciliation médicamenteuse (bilan comparatif) afin de proposer un traitement de sortie qui

intègre, avec les adaptations nécessaires, le traitement personnel du patient (avant son hospitalisation) et le traitement résultant du motif de l'hospitalisation ».

Quant au pharmacien d'officine, il n'est pas réglementairement intégré au parcours de soins en aval d'une hospitalisation, contrairement au médecin traitant qui est destinataire d'un compte-rendu. Bien que le pharmacien soit parfois le premier professionnel de santé que le patient voit en sortant de l'hôpital, il ne reçoit aucune information sur les modifications de l'ordonnance en dehors de celles que le patient est capable de lui donner (33).

L'amélioration de la sortie d'hospitalisation ne peut pas se limiter à l'amélioration d'une pratique professionnelle telle qu'une ordonnance bien rédigée, mais doit s'intéresser aux interfaces organisationnelles entre les différents intervenants comme l'envoi du CRH (34).

2.4 La conciliation médicamenteuse

La conciliation médicamenteuse, du terme anglophone « medication reconciliation », est un processus pluri-professionnel visant à assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse entre les différentes étapes du parcours de soins du patient.

Lors de l'admission d'un patient, la *conciliation médicamenteuse d'entrée* consiste dans un premier temps à établir la liste de tous les médicaments pris par le patient au domicile, prescrits ou non par un médecin. Afin d'être fiable et exhaustive, cette liste est déterminée en croisant systématiquement plusieurs sources d'informations : l'entretien avec le patient ou l'aidant, les ordonnances, les boîtes de médicaments amenées à l'hôpital, la consultation du dossier pharmaceutique (DP), les courriers médicaux, l'appel téléphonique au pharmacien d'officine et/ou au médecin traitant... La conciliation est dite *proactive* lorsque cette liste est transmise au médecin hospitalier avant sa première prescription, ou *rétroactive* lorsque la liste est transmise après. Dans un second temps, les divergences entre le traitement habituel et la première prescription hospitalière sont recherchées, et clarifiées avec le médecin.

La méthode de réalisation de la conciliation est issue du protocole opérationnel standardisé « Medication Reconciliation » (SOP Med'Rec), initié par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2006. Neuf pays ont participé à ce projet international des « High'5s » portant sur la sécurité des patients. En France, la HAS et l'OMÉDIT Aquitaine ont piloté le projet qui a ciblé les patients de plus de 65 ans hospitalisés après passage aux urgences dans neuf établissements volontaires. Le rapport d'expérimentation Med'Rec français, paru en novembre 2015, détaille la stratégie d'implémentation et l'amélioration des pratiques (35).

Au moment de la sortie d'hospitalisation, la *conciliation médicamenteuse de sortie* consiste à détecter et clarifier les divergences entre le traitement avant l'hospitalisation, le traitement pendant le séjour hospitalier et le traitement de sortie.

Les conciliations médicamenteuses d'entrée et de sortie mettent donc en évidence des *divergences*. Ces divergences sont dites *intentionnelles* lorsque le médecin hospitalier a effectué volontairement des adaptations thérapeutiques. Les divergences *non intentionnelles* constituent quant à elles des erreurs médicamenteuses (omissions, posologies non conformes, redondances, interactions...) que la conciliation cherche à corriger avant qu'elles n'aient un impact pour le patient (Figure 1).

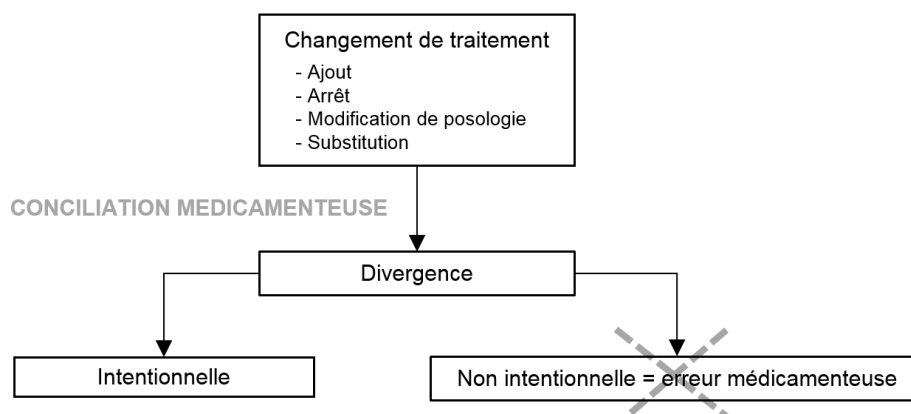


Figure 1. Place de la conciliation médicamenteuse dans la clarification des divergences

A l'occasion de la conciliation médicamenteuse de sortie, le patient ou l'aidant reçoit une information sur les traitements de sortie et est sensibilisé à l'observance. Les informations sur la prise en charge médicamenteuse peuvent être transmises aux professionnels de santé d'aval.

Le partage d'informations entre professionnels de santé fait partie intégrante de la conciliation médicamenteuse, à l'admission tout comme en sortie d'hospitalisation. La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) recommande que la démarche soit intégrée dans le parcours de soins en liaison avec les pharmaciens officinaux, avec une communication à l'admission mais surtout à la sortie d'hôpital, et que chaque hôpital et OMÉDIT mette en place une politique de déploiement de cette activité en lien avec les professionnels de santé de ville (36). Au Canada, un « plan de sortie pharmaceutique » a été développé en 1996 pour faciliter la communication d'informations pharmacothérapeutiques au pharmacien d'officine (37). En France, le parcours de santé « Personne âgée en risque de perte d'autonomie » (Paerpa) est en cours d'expérimentation depuis 2013 dans neuf régions. Ce dispositif vise à améliorer la gestion et les suites de la sortie d'hospitalisation, et inclut un projet de conciliation médicamenteuse qui intègre à la fois les médecins traitants et les pharmaciens d'officine.

De nombreuses études ont montré l'intérêt de cette activité dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Le nombre de patients présentant une erreur identifiée lors de la conciliation médicamenteuse d'entrée est estimé par deux études françaises à 33,2% et 34,2% respectivement (38,39). En sortie d'hospitalisation, la conciliation couplée à la communication des informations au pharmacien d'officine diminuerait de 32% le nombre

de ruptures thérapeutiques, selon l'étude française multicentrique PREPS-REPHVIM menée sur 1092 patients (40,41).

Alors que la conciliation médicamenteuse est largement développée dans de nombreux systèmes de santé notamment Outre-Atlantique, son intégration à la prise en charge des patients reste récente et hétérogène en France : elle n'est pratiquée que dans un établissement sur cinq (42). Aujourd'hui, la politique de santé et les autorités sanitaires françaises encouragent cette activité de pharmacie clinique. Elle s'inscrit dans les exigences réglementaires du contrat de bon usage des médicaments, et de l'article 8 de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé (43,44). Aussi, le critère 20a du manuel de certification V2014 des établissements de santé demande que la « continuité du traitement [soit] organisée de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus » (27). La non prise en compte du traitement personnel dans l'analyse pharmaceutique était une situation à risque pointée dans les résultats de la certification V2010, contre laquelle la conciliation médicamenteuse d'entrée permet de lutter (45).

Pour remédier à l'intégration hétérogène de la pharmacie clinique dans les établissements de santé, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a lancé en février 2016 un appel à projet (46). Les établissements retenus bénéficieront d'un soutien financier pour impulser ou consolider un projet innovant améliorant la prise en charge des patients, en particulier à leur sortie d'hospitalisation, accompagné d'une démarche d'évaluation qualitative et médico-économique.

2.5 La pharmacie clinique et le lien hôpital-ville au centre hospitalier du Quesnoy

Au centre hospitalier du Quesnoy, des activités de pharmacie clinique sont mises en œuvre depuis plusieurs années. L'ensemble des prescriptions de l'établissement bénéficie d'une analyse pharmaceutique quotidienne. Cette analyse donne lieu régulièrement à la réalisation d'interventions pharmaceutiques. Les pharmaciens questionnent les choix thérapeutiques opérés par le prescripteur, à la lumière des référentiels en vigueur et des données de niveau de preuve proposées par la littérature. Ils participent activement à l'élaboration de recommandations à destination des équipes soignantes pour la préparation et l'administration des médicaments. Aussi, l'équipe pharmaceutique prend part aux EPP et aux ateliers d'ETP mis en œuvre dans l'établissement.

Récemment, l'arrivée d'une interne en pharmacie a permis de compléter les services proposés par la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI). La conciliation médicamenteuse d'entrée est désormais réalisée pour les patients admis dans l'une des unités de soins de gériatrie, composée de 14 lits de MCO et 11 lits de SSR. La conciliation médicamenteuse est intégrée au plan d'actions du circuit du médicament et encouragée au niveau institutionnel par son inscription au projet médical d'établissement 2016-2019. Sur la base de cette information initiale validée, la révision de l'ordonnance est réalisée par les médecins en collaboration

avec l'interne en pharmacie. Une attention particulière est portée sur les molécules décrites dans la liste de Laroche, qui identifie les médicaments potentiellement inappropriés chez les sujets âgés (MPI) de 75 ans ou plus et propose des alternatives thérapeutiques plus sûres ou plus efficaces (47,48). Par exemple, les benzodiazépines, fréquemment prescrites en France, présentent un rapport bénéfice/risque défavorable dans cette population sur le risque de chute, donc sur le risque de fracture (49,50). Les personnes âgées sont plus sensibles à ces effets indésirables, induits par les benzodiazépines à demi-vie longue, et par les doses élevées (c'est-à-dire supérieures à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune) de benzodiazépines à demi-vie courte ou intermédiaire : ce type de prescription est identifié comme inapproprié.

En sortie d'hospitalisation, le lien vers la ville est assuré dans cette unité le jour de la sortie par une lettre de liaison, rédigée de façon manuscrite par le médecin gériatre. Cette lettre est remise au patient avec une ordonnance de sortie dactylographiée, générée pour une durée de 7 jours à partir du traitement en cours dans le Logiciel d'Aide à la Prescription (LAP). Ultérieurement, un CRH est dicté, tapé, validé et envoyé par voie postale au médecin traitant.

2.6 Objectifs de l'étude

L'objectif de cette étude pilote pour le centre hospitalier du Quesnoy est d'évaluer l'impact de la conciliation médicamenteuse de sortie associée à une transmission d'informations sur les traitements médicamenteux, destinée au médecin traitant et au pharmacien d'officine, sur le maintien des modifications thérapeutiques après la sortie.

Nous souhaitons également évaluer l'intérêt de la démarche pour les professionnels de santé de ville en recueillant leurs avis.

3. METHODOLOGIE

3.1 Sélection des patients

3.1.1 Critères d'inclusion

Notre étude a inclus tout patient :

- Hospitalisé dans l'une des unités de soins de gériatrie du centre hospitalier du Quesnoy (premier étage de la Clinique gériatrique) ;
- Sorti d'hospitalisation vers le domicile ou vers un EHPAD.

3.1.2 Critères d'exclusion

Les motifs suivants ont conduit à l'exclusion des patients concernés :

- Absence de modification dans les traitements de fond entre ce que prenait le patient avant l'hospitalisation et la sortie ;
- Conciliation médicamenteuse de sortie non réalisée : transfert intra- ou inter-hospitalier, décès au cours du séjour hospitalier, ou manque d'effectif pharmacien ;
- Réhospitalisation ou décès après la sortie, avant qu'une nouvelle ordonnance n'ait été rédigée par le médecin traitant.

3.2 Recueil et analyse des données

3.2.1 Type d'étude

Nous avons mené une étude prospective comparative entre :

- Un bras *témoin*, constitué de patients inclus avant la mise en place de la conciliation médicamenteuse de sortie ;
- Un bras *conciliation de sortie*, constitué de patients inclus après la mise en place de la conciliation médicamenteuse de sortie accompagnée d'une transmission d'informations au médecin traitant et au pharmacien d'officine.

Le patient a été inclus dans l'un des deux bras selon sa date de sortie d'hospitalisation. Les deux périodes étaient consécutives afin de minimiser le biais de sélection.

3.2.2 Support de communication : le « bilan de la conciliation médicamenteuse »

Les informations sur les traitements médicamenteux sont transmises aux professionnels de santé de ville sur un support papier intitulé « bilan de la conciliation médicamenteuse » (Annexe 1). Il est intégré au DPI sous forme de fichier Excel, et permet la traçabilité des informations des conciliations à la fois d'entrée et de sortie.

Le document a été développé à partir de supports utilisés aux mêmes fins dans d'autres centres hospitaliers (51–58). Les données sont présentées sous forme de tableau, avec mise en parallèle de la liste des médicaments pris avant l'hospitalisation avec celle des médicaments proposés à la sortie, et avec explication des modifications thérapeutiques

réalisées. Les deux listes décrivent pour chaque médicament : le nom, le dosage, la posologie et la durée de traitement.

Dans le cas où une recommandation de la liste de Laroche ou d'une société savante est à l'origine de la modification thérapeutique, cela est précisé sur le bilan de conciliation.

Lors de la conciliation médicamenteuse d'entrée, l'historique des prescriptions d'antibiotiques (date et molécule) des 6 derniers mois avant l'admission est recherché. Cet historique fait l'objet d'un item spécifique sur le bilan, intitulé « Historique antibiotiques retrouvé des 6 derniers mois ». L'item est complété au moment de la sortie avec les éventuels antibiotiques administrés pendant l'hospitalisation.

Au moment de la sortie d'hospitalisation, le bilan est validé par le médecin puis deux exemplaires sont remis au patient, pour transmission aux professionnels de santé de ville :

- Le premier exemplaire est destiné au médecin traitant, agrafé à la lettre médicale de liaison ;
- Le second exemplaire est destiné au pharmacien d'officine, agrafé à l'ordonnance de sortie.

Un troisième exemplaire est remis aux secrétaires médicales de l'unité pour envoi postal au médecin traitant conjointement au CRH (Figure 2).

3.2.3 Particularité de notre conciliation médicamenteuse de sortie

Pour cette étude, la conciliation médicamenteuse de sortie n'a volontairement pas été accompagnée d'une explication des traitements de sortie au patient ou à l'aidant, afin d'éviter un biais dans l'évaluation de l'impact de la transmission d'informations strictement via le bilan de la conciliation, de professionnel de santé à professionnel de santé.

3.2.4 Recueil et analyse des changements dans les traitements

Pour évaluer les changements de traitements effectués après la sortie et s'assurer que les deux bras sont comparables, nous avons préalablement quantifié et caractérisé les changements pendant l'hospitalisation, appelés « *modifications* ». Ces modifications ont été identifiées par comparaison de la liste des médicaments que prenait le patient avant l'hospitalisation – établie lors de la conciliation médicamenteuse d'entrée – avec l'ordonnance de sortie.

Les changements effectués par le médecin traitant après la sortie, appelés « *remodifications* », ont été identifiés par comparaison de l'ordonnance de sortie avec la première ordonnance rédigée par le médecin traitant après la sortie. Nous avons obtenu le contenu de cette nouvelle ordonnance auprès du pharmacien d'officine, contacté par téléphone.

Les modifications et remodifications ont été analysées de façon identique. L'analyse a été faite sur les DCI, c'est pourquoi le passage du générique au princeps ou inversement n'a pas été considéré comme un changement.

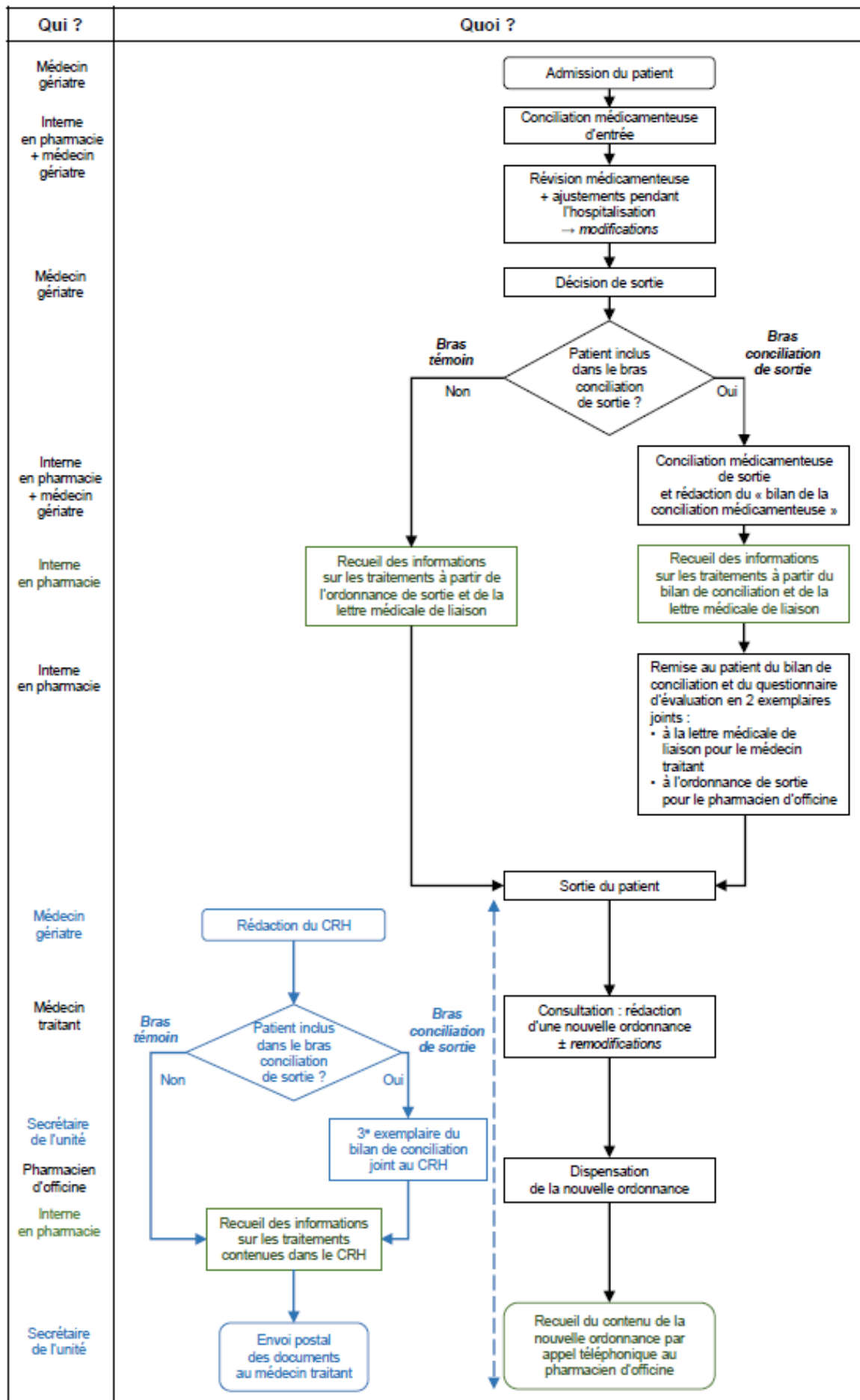


Figure 2. Méthodologie de l'étude

Les changements (modifications et remodifications) ont été catégorisés en 4 types :

- Ajout d'un nouveau médicament ;
- Arrêt d'un médicament ;
- Modification de posologie pour la même molécule (sauf le passage d'une administration systématique vers une administration conditionnelle (« à la demande », « si besoin »), ou inversement) ;
- Switch : changement de molécule dans une même sous-classe thérapeutique, dans la même indication. Cette catégorie comprend la substitution des médicaments non disponibles à l'hôpital par leurs équivalents référencés.

Nous avons distingué les traitements de fond des traitements ponctuels. Ont été considérés comme ponctuels : les antalgiques, les anti-infectieux, les anti-thrombotiques (héparines), les vitamines (acide folique, vitamine B12, vitamine D et ses dérivés), les suppléments en fer, les laxatifs, les topiques gastrointestinaux (Gaviscon®), les antiémétiques, les antispasmodiques. Nous avons exclu les patients dont les traitements de fond n'ont pas été modifiés entre l'admission et la sortie car il a été montré que, dans ce cas, transmettre ce type d'informations est peu utile (51,57).

3.2.5 Recueil de l'avis des professionnels de santé de ville

Un questionnaire d'évaluation du bilan de la conciliation médicamenteuse a été élaboré afin de recueillir l'avis des médecins traitants et des pharmaciens d'officine qui en ont été destinataires (Annexe 2). Le questionnaire a été conçu de façon à être court et donc rapide à compléter, afin de s'assurer d'un maximum de réponses. Il a été transmis aux professionnels de santé de ville avec le bilan de la conciliation médicamenteuse.

3.2.6 Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées par l'Unité de Biostatistiques de la Plateforme d'Aide Méthodologique du CHRU de Lille, sur le logiciel SAS (version 9.4, SAS Institute).

Les données sont décrites sous forme d'effectifs (proportions) pour les variables qualitatives, et sous forme de moyenne \pm écart-type estimé ou médiane [intervalle minimum-maximum] pour les variables quantitatives. La normalité des variables quantitatives a été vérifiée par le test du Shapiro-Wilk. Les deux bras ont été comparés sur les variables qualitatives par le test du Chi-2 ou de Fisher exact, et sur les variables quantitatives par le test de Student ou par le test U de Mann-Whitney. La différence des mesures entre avant l'hospitalisation et la sortie, ou entre la sortie et après la sortie a été comparée par le test du Wilcoxon apparié ou par le test de Student apparié. Une régression logistique a été réalisée pour prédire le nombre de remodifications après la sortie selon le bras, avec calcul de l'odds ratio et de son intervalle de confiance à 95%.

Pour l'ensemble des résultats, une p-value $\leq 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

3.3 Note réglementaire

Les données recueillies ont fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (déclaration n°1982009 v 0).

L'étude a été jugée non interventionnelle par le Comité de Protection des Personnes (CPP) Nord-Ouest IV : elle n'a requis ni avis CPP, ni avis ANSM préalables.

4. RESULTATS

4.1 Population de l'étude

Soixante-quatre patients ont été inclus (Figure 3) :

- 32 patients au bras *témoin*, sortis d'hospitalisation entre le 30 novembre 2015 et le 24 janvier 2016 (période 1 de huit semaines) ;
- 32 patients au bras *conciliation de sortie*, sortis entre le 25 janvier 2016 et le 3 avril 2016 (période 2 de dix semaines).

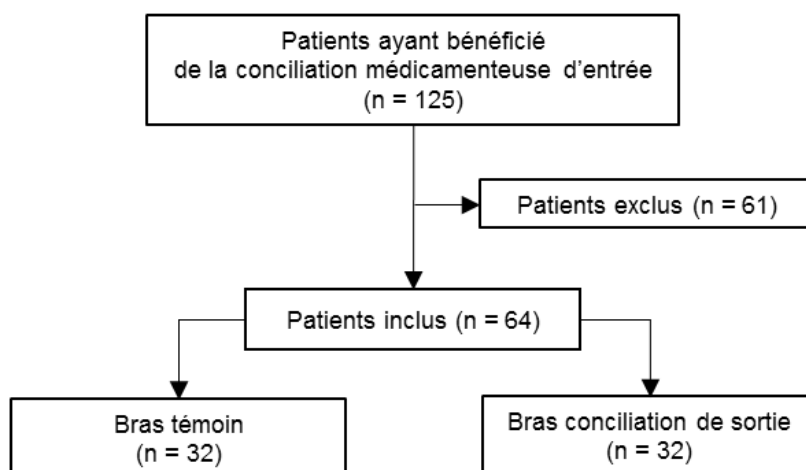


Figure 3. Inclusion des patients

Près de la moitié des patients ayant bénéficié de la conciliation médicamenteuse d'entrée ont été exclus (Tableau 1).

Tableau 1. Effectif de patients par motif d'exclusion

Motif d'exclusion	Périodes 1 et 2 <i>n</i> *	Période 1 (Huit semaines) <i>n</i> *	Période 2 (Dix semaines) <i>n</i> *
Pas de modifications dans les traitements de fond entre ce que prenait le patient avant l'hospitalisation et la sortie	8	3	5
Transfert intra- ou inter-hospitalier	22	9	13
Décès	17	2	15
Manque d'effectif pharmacien	11	0	11
Réhospitalisation ou décès avant qu'une nouvelle ordonnance n'ait été rédigée par le médecin traitant	3	1	2
Total	61	15	46

**n* : effectif observé

Tous bras confondus, les 64 patients inclus avaient un âge moyen de 83,4 ans, un sex ratio H/F de 0,52 (22/42) et sont restés hospitalisés en moyenne 18,2 jours. Dix-sept pour cent d'entre eux vivaient en institution avant l'admission (Tableau 2).

Tableau 2. Description de la population

	Tous bras confondus	Bras témoin	Bras conciliation de sortie	<i>p</i>
Sexe masculin % (<i>n</i> * / <i>n</i> total)	34,4% (22 /64)	43,8% (14 /32)	25,0% (8 /32)	0,1143
Vie en institution % (<i>n</i> * / <i>n</i> total)	17,2% (11 /64)	15,6% (5 /32)	18,8% (6 /32)	0,7404
Age (ans) <i>moyenne ± écart-type</i> <i>médiane [min-max]</i>	83,4 ± 8,5 84,0 [50-96]	85,1 ± 6,8 85,0 [65-95]	81,6 ± 9,8 83,0 [50-96]	0,1287
Durée de séjour (jours) <i>moyenne ± écart-type</i> <i>médiane [min-max]</i>	18,2 ± 10,4 15,5 [1-46]	17,9 ± 9,9 15,5 [3-39]	18,6 ± 10,3 16,0 [1-46]	0,7777
Dernière estimation du DFG selon la formule MDRD (mL/min) <i>moyenne ± écart-type</i> <i>médiane [min-max]</i>	81,5 ± 24,1 79,0 [38-138]	79,7 ± 20,9 74,0 [43-129]	83,3 ± 27,1 80,5 [38-138]	0,5511

**n* : effectif observé

4.2 Pendant l'hospitalisation

4.2.1 Résultats des conciliations médicamenteuses

A l'admission, les conciliations médicamenteuses d'entrée ont identifié et fait corriger 28 divergences non intentionnelles (DNI) entre la liste des médicaments pris avant l'hospitalisation et la première prescription hospitalière. Ces DNI concernaient 29,7% (19/64) des patients, dont 28,1% (9/32) des patients du bras *conciliation de sortie*.

A la sortie, 4 DNI ont été identifiées et corrigées chez les patients du bras *conciliation de sortie*. Il s'agissait de l'ajout d'un antihypertenseur, de l'omission d'un alpha-1-bloquant et de deux supplémentations en vitamine D3. Ces DNI concernaient 9,4% (3/32) de ces patients.

Le temps moyen nécessaire par conciliation médicamenteuse de sortie a été de 42,3 minutes ± 6,6 minutes, incluant : le calcul de la dernière estimation du DFG, la comparaison du traitement habituel avec le traitement de sortie, la résolution des éventuelles divergences avec le médecin, la rédaction du bilan de la conciliation médicamenteuse, sa validation par le médecin, l'impression des trois exemplaires et des questionnaires d'évaluation, et leur remise au patient et aux secrétaires pour envoi postal au médecin traitant.

4.2.2 Modifications volontaires de l'ordonnance

Les conciliations médicamenteuses ont permis de corriger les divergences non intentionnelles : les ordonnances de sortie ne comportaient que des modifications volontaires par rapport à ce que prenaient les patients avant leur hospitalisation.

Pour les 64 patients, 394 modifications (traitements de fond et ponctuels) ont été relevées (Tableau 3). Ces modifications n'ont pas conduit à une réduction significative du

nombre moyen de lignes de l'ordonnance, avec 8,8 médicaments par patient avant l'hospitalisation, comme à la sortie ($p=0,9465$). Soixante-dix pour cent (276/394) des modifications concernaient des traitements de fond, soit en moyenne 4,31 modifications de traitements de fond par patient.

Tableau 3. Modifications au cours de l'hospitalisation

	Tous bras confondus	Bras témoin	Bras conciliation de sortie	p
Médicaments avant l'hospitalisation <i>n*</i> moyenne par patient \pm écart-type médiane [min-max]	579 8,8 \pm 3,7 8,0 [4-27]	309 9,2 \pm 4,6 8,0 [4-27]	270 8,4 \pm 2,5 8,0 [4-13]	0,9569
Médicaments proposés à la sortie <i>n*</i> moyenne par patient \pm écart-type médiane [min-max]	560 8,8 \pm 3,1 8,0 [4-20]	280 8,8 \pm 3,7 8,0 [4-20]	280 8,8 \pm 2,6 8,0 [4-14]	0,5027
Modifications au cours de l'hospitalisation :				
- Tous les médicaments <i>n*</i>	394	232	162	0,0215
- Traitements de fond <i>n*</i>	276	154	122	0,2220

**n* : effectif observé

La répartition par type des 276 modifications de traitements de fond était statistiquement identique entre les deux bras (Tableau 4).

Tableau 4. Répartition par type des modifications de traitements de fond

	Tous bras confondus % (<i>n*</i> / <i>n</i> total)	Bras témoin % (<i>n*</i> / <i>n</i> total)	Bras conciliation de sortie % (<i>n*</i> / <i>n</i> total)	p
Ajout d'un médicament	23,9% (66/276)	25,3% (39/154)	22,1% (27/122)	0,5659
Arrêt d'un médicament	31,5% (87/276)	33,1% (51/154)	29,5% (36/122)	0,8648
Modification de posologie	27,9% (77/276)	24,7% (38/154)	32,0% (39/122)	0,4820
Switch	16,7% (46/276)	16,9% (26/154)	16,4% (20/122)	0,7946

**n* : effectif observé

Focus sur les médicaments inappropriés chez le sujet âgé (MPI)

Tous les MPI relevés parmi les médicaments avant l'hospitalisation et parmi ceux proposés à la sortie étaient des traitements de fond. Aucun MPI n'a été introduit pendant l'hospitalisation. Les modifications ont divisé par trois le taux de patients traités par au moins un MPI, passant de 39,1% (25/64) des patients à l'admission à 10,9% (7/64) à la sortie ($p<0,0001$).

Par exemple, 6,3% (4/64) des patients étaient traités par une benzodiazépine à demi-vie longue avant l'hospitalisation ; toutes ont été remplacées par des molécules à demi-vie courte ou arrêtées pour la sortie. Par ailleurs, une benzodiazépine à dose inappropriée pour le sujet âgé figurait sur l'ordonnance de 29,7% (19/64) des patients avant l'hospitalisation :

12 ont été diminuées, switchées ou arrêtées au cours du séjour hospitalier. Les 7 MPI persistants à la sortie étaient tous des molécules apparentées aux benzodiazépines à visée hypnotique (zolpidem ou zopiclone) à doses inappropriées, certains patients ayant refusé que la posologie soit diminuée.

4.3 Devenir des modifications après la sortie d'hospitalisation

Tous bras confondus, le médecin traitant a rédigé la nouvelle ordonnance en moyenne 10 jours [min-max : 0-90] après la sortie (Tableau 5). Les remodifications ont conduit à une réduction significative du nombre moyen de lignes de l'ordonnance, passant de 8,8 médicaments par patient à la sortie à 8,4 médicaments après la sortie ($p=0,0163$).

Tableau 5. Nouvelles prescriptions des médecins traitants après la sortie

	Tous bras confondus	Bras témoin	Bras conciliation de sortie	<i>p</i>
Délai entre la date de sortie et la date de nouvelle prescription du médecin traitant (jours) <i>moyenne ± écart-type</i> <i>médiane [min-max]</i>	10,0 ± 16,8 2,0 [0-90]	9,8 ± 20,4 1,0 [0-90]	10,1 ± 12,4 4,0 [0-42]	0,1865
Médicaments de la nouvelle prescription du médecin traitant après la sortie <i>n*</i> <i>moyenne par patient ± écart-type</i> <i>médiane [min-max]</i>	535 8,4 ± 3,6 8,0 [2-21]	267 8,3 ± 4,6 7,0 [2-21]	268 8,4 ± 2,6 8,0 [3-14]	0,3619

Le bras témoin et le bras conciliation de sortie étaient statistiquement comparables, excepté pour le nombre de modifications lorsqu'on considère tous les médicaments, c'est-à-dire à la fois les traitements de fond et les traitements ponctuels ($p=0,0215$) (Tableaux 2 à 5).

Cent vingt-sept remodifications (traitements de fond et ponctuels) par rapport aux médicaments proposés à la sortie ont été relevées dans les nouvelles ordonnances des médecins traitants (Tableau 6). Cinquante-huit pour cent (74/127) des remodifications concernaient des traitements de fond, soit en moyenne 1,1 remodification de traitements de fond par patient.

Le nombre de remodifications a été significativement inférieur dans le bras *conciliation de sortie* par rapport au bras *témoin* :

- lorsqu'on considère tous les médicaments, il y a eu 3,4 fois moins de remodifications dans le bras *conciliation de sortie* ($p<0,0001$), parmi lesquels 4,8 moins de retours aux traitements avant l'hospitalisation ($p=0,0002$) ;
- lorsqu'on considère les traitements de fond uniquement, il y a eu 2,9 fois moins de remodifications dans le bras *conciliation de sortie* ($p=0,0018$), parmi lesquels 4,7 moins de retours aux traitements avant l'hospitalisation ($p=0,0010$).

Tableau 6. Nombre de remodifications après la sortie

	Tous bras confondus <i>n</i> *	Bras témoin <i>n</i> *	Bras conciliation de sortie <i>n</i> *	<i>p</i>
Remodifications :				
- Tous les médicaments	127	98	29	<0,0001
- Traitements de fond	74	55	19	0,0018
Dont remodifications du type « retour à la prescription avant l'hospitalisation » :				
- Tous les médicaments	58	48	10	0,0002
- Traitements de fond	40	33	7	0,0010

**n* : effectif observé

Ainsi, le taux de patients dont les médicaments proposés à la sortie ont été renouvelés par le médecin traitant sans remodification était significativement supérieur dans le bras *conciliation de sortie* par rapport au bras *témoin* (Tableau 7) :

- lorsqu'on considère tous les médicaments, les patients du bras *conciliation de sortie* ont eu 19,3 fois moins de risque que leurs médicaments proposés à la sortie soient remodifiés (OR 19,3 ; IC95% 3,9-94,8 ; $p < 0,0001$) ;
- lorsqu'on considère les traitements de fond uniquement, les patients du bras *conciliation de sortie* ont eu 5,6 fois moins de risque (OR 5,6 ; IC95% 1,9-16,5 ; $p = 0,0011$).

Tableau 7. Patients dont les traitements de sortie ont été renouvelés sans remodification

	Tous bras confondus % (<i>n</i> * / <i>n</i> total)	Bras témoin % (<i>n</i> * / <i>n</i> total)	Bras conciliation de sortie % (<i>n</i> * / <i>n</i> total)	<i>p</i> OR ; IC95%**
Patients dont <u>tous</u> les médicaments proposés à la sortie sont renouvelés sans remodification	31,3% (20/64)	6,3% (2/32)	56,3% (18/32)	<0,0001 19,3 ; 3,9-94,8
Patients dont les traitements <u>de fond</u> proposés à la sortie sont renouvelés sans remodification	51,6% (33/64)	31,3% (10/32)	71,9% (23/32)	0,0011 5,6 ; 1,9-16,5

**n* : effectif observé

** OR ; IC95% : odds ratio et son intervalle de confiance à 95%

Les remodifications de traitements de fond concernaient des médicaments appartenant à 9 classes ATC pour le bras *témoin* (Figure 4) et à 6 classes ATC pour le bras *conciliation de sortie* (Figure 5). La majorité des remodifications de traitements de fond (33/74 soit 44,6%) correspondaient à des arrêts de traitements, ce qui est cohérent avec la diminution du nombre de lignes de l'ordonnance observée après la sortie. La totalité des 7 switches correspondaient à des retours à la prescription avant l'hospitalisation.

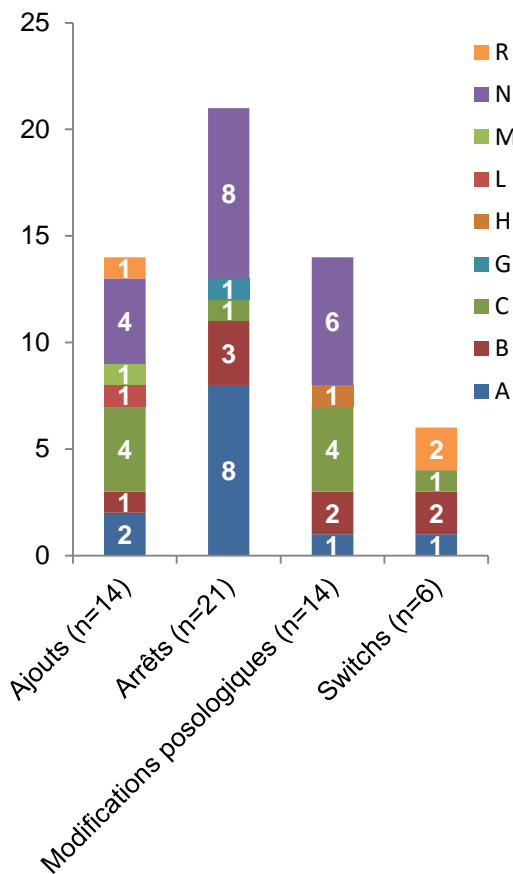


Figure 4. Répartition par classe ATC des remodifications (n=55) de traitements de fond des patients du bras témoin (n=32)

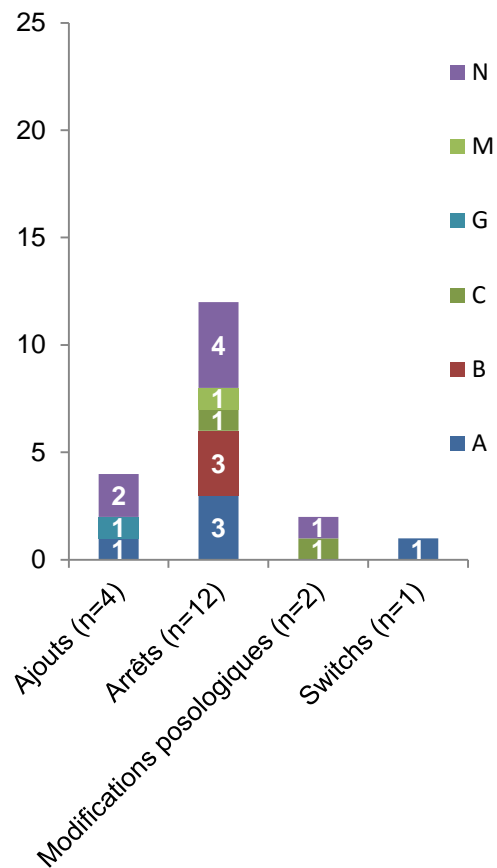


Figure 5. Répartition par classe ATC des remodifications (n=19) de traitements de fond des patients du bras conciliation de sortie (n=32)

Focus sur les médicaments inappropriés chez le sujet âgé (MPI)

Tous bras confondus, les remodifications ont conduit à une réaugmentation du taux de patients traités par au moins un MPI, passant de 10,9% (7/64) des patients à la sortie à 20,3% (13/64) après la sortie (la différence n'est pas significative d'un point de vue statistique ; $p=0,1441$) (Figure 6).

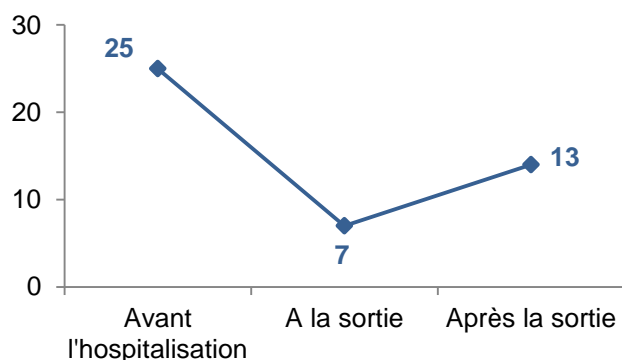


Figure 6. Effectif de patients avec ≥ 1 MPI sur leur ordonnance aux différentes étapes

Les MPI relevés après la sortie correspondent en quasi-totalité à des molécules apparentées aux benzodiazépines à visée hypnotique (zolpidem ou zopiclone) à doses inappropriées : celles qui figuraient sur 7 ordonnances de sortie ont été poursuivies, auxquelles s'ajoutent 5 retours aux posologies inappropriées des médicaments avant l'hospitalisation. Un antihypertenseur d'action centrale (rilménidine) a été introduit pour l'un des patients après la sortie.

Aucun des 4 patients pour lesquels une benzodiazépine à demi-vie longue a été arrêtée pendant l'hospitalisation ne se l'est vu réintroduire après la sortie ; 3 de ces 4 patients faisaient partie du bras *conciliation de sortie*. Quant aux adaptations de posologies inappropriées réalisées à l'hôpital, elles ont été maintenues pour 80,0% (4/5) des patients du bras *conciliation de sortie*, contre 42,9% (3/7) des patients du bras *témoin*. Cinq retours aux posologies inappropriées des traitements habituels ont donc eu lieu, en majorité chez des patients du bras *témoin* et pour lesquels les médecins traitants n'avaient pas eu connaissance de la raison de la modification lors de leurs nouvelles prescriptions, toutes antérieures aux CRH.

4.4 Informations transmises aux professionnels de santé de ville

Pour le bras *témoin*, les informations sur les médicaments en sortie d'hospitalisation figuraient :

- d'une part sur l'ordonnance de sortie et la lettre médicale de liaison, remises au patient le jour de sa sortie. Cette lettre ne mentionnait jamais les médicaments pris avant l'hospitalisation, et renvoyait à l'ordonnance de sortie pour ceux proposés à la sortie ;
- d'autre part sur le CRH, daté en moyenne 9,5 jours [min-max : 2-37] après la sortie. Quinze pour cent (5/32) des CRH sont datés antérieurement à la première ordonnance du médecin traitant après la sortie. La liste des médicaments pris avant l'hospitalisation n'était pas décrite dans 2 CRH. Elle était décrite avec précision (nom, dosage et posologie pour tous les médicaments) dans 37,5% (12/32) des CRH, celle des médicaments proposés à la sortie dans 93,8% (30/32) d'entre eux.

Concernant les modifications de traitements de fond, 11,7% (18/154) des modifications étaient expliquées dans les lettres médicales de liaison ; ce taux augmentait à 27,9% (43/154) dans les CRH.

Pour le bras *conciliation de sortie*, les informations figuraient :

- d'une part sur le bilan de conciliation, l'ordonnance de sortie et la lettre de liaison, remis au patient le jour de sa sortie. Cette lettre ne mentionnait jamais les médicaments pris avant l'hospitalisation, et renvoyait cette fois au bilan de conciliation pour ceux proposés à la sortie. Le bilan de conciliation décrivait la liste des médicaments avant l'hospitalisation et des médicaments proposés à la sortie avec précision ;
- d'autre part sur le CRH, daté en moyenne 14,0 jours [min-max : 3-51] après la sortie. Vingt-huit pour cent (9/32) des CRH sont datés antérieurement à la première prescription du médecin traitant après la sortie. La liste des médicaments pris avant l'hospitalisation était

décrite avec précision dans 68,8% (22/32) des CRH, celle des médicaments proposés à la sortie dans 100% (32/32) d'entre eux.

Concernant les modifications de traitements, la totalité était expliquée dès le jour de sortie sur les bilans de conciliation. Ainsi, le taux de documentation des modifications de traitements de fond est significativement supérieur dans le bras *conciliation de sortie* par rapport au bras *témoin* ($p < 0,0001$) (Tableau 8).

Tableau 8. Informations transmises aux professionnels de santé de ville

	Tous bras confondus	Bras témoin	Bras conciliation de sortie	p
CRH dans lesquels la <u>liste des médicaments pris avant l'hospitalisation</u> est décrite avec précision % (n* / n total)	53,1% (34/64)	37,5% (12/32)	68,8% (22/32)	0,0122
CRH dans lesquels la <u>liste des médicaments proposés à la sortie</u> est décrite avec précision % (n* / n total)	96,9% (62/64)	93,8% (30/32)	100,0% (32/32)	-
Modifications de traitements de fond documentées <u>dès le jour de la sortie</u> % (n* / n total)	50,7% (140/276)	11,7% (18/154)	100,0% (122/122)	<0,0001
Modifications de traitements de fond documentées <u>ultérieurement avec le CRH</u> % (n* / n total)	59,8% (165/276)	27,9% (43/154)	100,0% (122/122)	<0,0001

*n : effectif observé

4.5 Avis des professionnels de santé de ville

Les 32 patients ayant bénéficié de la conciliation médicamenteuse de sortie étaient suivis par 27 médecins généralistes différents et allaient chercher leurs traitements dans 21 pharmacies d'officine. Nous avons reçu 17 questionnaires complétés de la part des médecins sollicités soit un taux de réponse de 63,0%, et 13 questionnaires de la part des pharmaciens soit un taux de réponse de 61,9 % (Tableau 9).

Tableau 9. Taux de réponses positives aux questions 1 à 4

Intitulé des questions	Médecins % oui (n* / n total)	Pharmaciens % oui (n* / n total)
1) Le contenu du document vous semble-t-il utile ?		
a) Mise en parallèle des traitements avant l'hospitalisation et des traitements à la sortie	100% (17/17)	100% (13/13)
b) Explication des modifications de traitements	100% (17/17)	100% (13/13)
c) Dernière estimation du DFG (MDRD)	100% (17/17)	84,6% (11/13)
d) Historique antibiotiques retrouvé des 6 derniers mois	88,2% (15/17)	53,8% (7/13)
e) Coordonnées téléphoniques d'un interlocuteur direct à l'hôpital	100% (17/17)	92,3% (12/13)
f) Coordonnées des destinataires du document	88,2% (15/17)	100% (13/13)
2) La présentation du document vous semble-t-elle appropriée pour la lecture des données ?	100% (17/17)	100% (13/13)
3) Ce document vous semble-t-il utile et pertinent par rapport au degré et à l'exhaustivité des informations que vous recevez habituellement sur les traitements médicamenteux en sortie d'hospitalisation ?	100% (17/17)	100% (13/13)
4) Ce document vous semble-t-il faciliter la continuité de la prise en charge médicamenteuse en sortie d'hospitalisation?	94,1% (16/17)	100% (13/13)

*n : effectif observé

A la question 3 « Ce document vous semble-t-il utile et pertinent par rapport au degré et à l'exhaustivité des informations que vous recevez habituellement sur les traitements médicamenteux en sortie d'hospitalisation ? », la totalité des médecins et des pharmaciens ont répondu positivement. Certains ont commenté leur choix (Tableau 10).

Tableau 10. Commentaires à la question 3

En quoi ce document vous semble-t-il utile et pertinent par rapport au degré et à l'exhaustivité des informations que vous recevez habituellement sur les traitements en sortie d'hospitalisation ?

Commentaires des médecins traitants

« Evite les erreurs »

« Très complet – Historique +++ »

« Raisons précises des modifications afin de pouvoir adapter par la suite »

« Surtout pour les explications »

« Explication des modifications avant / après »

« Comparatif avec traitement antérieur plus simple. De même pour traitement arrêté et instauration de nouvelles thérapeutiques »

« Souvent absence de documents ou uniquement un petit mot de transmission sans explications »

« Rarement d'explications sur les modifications du traitement sauf exceptions. Résumé du traitement rapide car pas le temps de lire tout le courrier »

« Ce document facilite l'arrêt de médicaments chez les patients réticents. »

« Plus précis »

« Document très utile, enfin une vraie interface ville/hôpital et ce de façon claire et synthétique »

« Le mode synthétique de présentation »

« Enfin un traitement clair, précis et sûr en sortie d'hospitalisation avec un historique des modifications de posologie ou de traitement qui nous assure que cela n'est pas un « oubli » sur le mot griffonné et illisible de sortie voire aucun document « faute de temps » auxquels on était malheureusement habitués! »

« Précision et surtout disponible à la sortie du patient »

« Explication de la motivation de l'arrêt des traitements très intéressante »

Commentaires des pharmaciens d'officine

« Clair et complet »

« Clarté du document et explications »

« Pour le suivi de l'observance du patient et l'explication à donner au patient pas toujours informé à la sortie de l'hospitalisation »

« Nombreuses informations pertinentes. Clarté du bilan, manque peut-être durée de l'hospitalisation »

« Ajustements posologies, modifications dosages, modifications de traitement »

« Habituellement les pharmaciens reçoivent rarement des informations en sortie d'hospitalisation et c'est souvent par la lecture du courrier destiné au médecin que le pharmacien avance les médicaments à son patient »

« Nous n'avions avant ce document aucun renseignement sur les sorties d'hospitalisations! »

« Les modifications de traitement sont justifiées. »

« D'habitude, nous avons juste la liste de sortie avec traitement de sortie sans explication. »

« L'arrêt ou l'ajout d'un médicament est justifié. »

« Habituellement, nous n'avons aucun courrier de sortie. »

Enfin, à la question 5 « Etes-vous intéressé par ce document de transmission des informations sur les traitements médicamenteux ? », tous les professionnels répondus étaient plutôt ou très intéressés (Figure 7). Les commentaires libres des médecins et des pharmaciens sont retranscrits dans le Tableau 11.

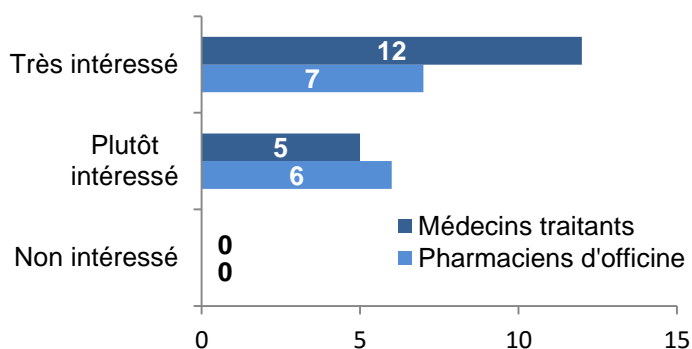


Figure 7. Répartition des réponses à la question 5

Tableau 11. Commentaires libres des professionnels de santé de ville

Commentaires des médecins traitants
« Intéressant uniquement si réception le jour de la sortie d'hôpital. »
« Il serait utile en plus de réserver un espace de communication pour commentaires et demandes d'informations, compléments à ajouter par le destinataire. »
« Evolution souhaitable vers la transmission de ces documents et des lettres de sortie par informatique. A quand l'utilisation des messageries sécurisées comme Apicrypt ? »
« Simplifie clairement la consultation post-hospitalisation, surtout en gériatrie. »
« Félicitations pour cette excellente initiative ! »
« Le mot conciliation est inapproprié sémantiquement et malheureux (Larousse : conciliation = action qui rétablit une bonne entente, procédé de règlement amiable, intervention d'un juge pour rapprocher des parties). Concertation est plus appropriée. »
Commentaires des pharmaciens d'officine
« Toute initiative visant la sécurité médicamenteuse est intéressante. »
« Travail de thèse très intéressant qui peut aboutir à du concret. »
« Il serait intéressant d'avoir ces mêmes documents par mail car le patient ne nous transmet pas toujours le courrier. »
« La bonne communication entre professionnels de santé est pour moi la clé de la bonne prise en charge des patients. Le document est vraiment essentiel. A généraliser. »
« Bilan à envoyer par mail car les patients ne nous présentent pas toujours les courriers. Bonne initiative. »
« L'historique antibiotique ne me semble pas utile pour ce patient mais peut l'être pour d'autres. Il serait peut-être utile de mettre le numéro de sécurité sociale du patient. »

5. DISCUSSION

5.1 L'hospitalisation, un moment privilégié pour optimiser les prescriptions

Une hospitalisation en gériatrie permet de réduire la prévalence des médicaments inappropriés (59). A l'hôpital, une modification posologique ou un sevrage est facilité puisque le suivi peut être rapproché. De plus, les gériatres sont sensibilisés à l'iatrogénie médicamenteuse lors de leur formation universitaire. Pour notre cohorte de patients, le nombre de MPI a ainsi été divisé par presque 4 pendant l'hospitalisation. Parmi ces MPI, le nombre de prescriptions inappropriées de benzodiazépines a été divisé par plus de 3.

Le caractère pluridisciplinaire de la révision des prescriptions, réalisée avec le pharmacien présent dans l'unité de soins, donne plus de poids aux ajustements thérapeutiques entrepris.

5.2 La conciliation médicamenteuse sécurise la prise en charge médicamenteuse

Dans le bras *conciliation de sortie*, nous mettons en évidence une divergence non intentionnelle (DNI) dans 9,4% des ordonnances de sortie. Dans la littérature, ce sont plutôt 35 à 40% des ordonnances de sortie qui sont concernées par une DNI (12,58,60). Ce taux d'erreurs inférieur que nous retrouvons à la sortie peut être expliqué par la détection et la correction de nombreuses erreurs dès l'admission lors des conciliations d'entrée (28,1% des ordonnances à l'admission du bras *conciliation de sortie* comportaient au moins une DNI). Dans l'étude de Boyé et al, une conciliation d'entrée était menée préalablement : le taux de 7% d'ordonnances de sortie comportant une DNI est proche du nôtre (61). Dans notre étude, l'analyse pharmaceutique et le suivi des modifications tout au long du séjour hospitalier interceptent d'autres erreurs thérapeutiques avant la sortie. Enfin, la génération informatique de l'ordonnance de sortie à partir des traitements en cours dans le DPI évite les erreurs liées à une retranscription manuelle des traitements.

La conciliation médicamenteuse de sortie participe à la sécurisation du circuit du médicament, mission de base du pharmacien. Elle permet un double contrôle de l'ordonnance, par le médecin et par le pharmacien, avant remise au patient. Il s'agit d'un préalable nécessaire à une communication efficace en sortie d'hospitalisation vers les professionnels de santé de ville.

5.3 Une transmission sans délai d'informations précises et exhaustives

Notre étude met en évidence l'amélioration possible des informations sur les médicaments décrites dans les CRH. Les modifications de traitements sont peu fréquemment documentées, ce qui a été déploré par certains médecins traitants dans les questionnaires d'évaluation. Aussi, la liste des médicaments pris avant l'hospitalisation n'était décrite avec précision que dans un peu plus de la moitié des CRH, voire parfois non

renseignée. Seuls 21,9% (14/64) des CRH étaient disponibles pour le médecin traitant au moment de sa nouvelle prescription après la sortie.

La législation et les autorités de santé multiplient les recommandations pour améliorer la circulation de l'information entre l'hôpital et la ville. Le 20 juillet 2016 est paru un décret relatif aux lettres de liaison (62). Parallèlement, la HAS a fait évoluer l'indicateur évaluant la qualité de la lettre de liaison, désormais intitulé « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » (QLS) (63). La transmission du CRH le jour même de la sortie est exigée par le décret, et correspond à l'un des deux « critères indispensables » évalué par l'indicateur QLS. La lettre de liaison doit décrire les médicaments pris avant l'hospitalisation, clarifier toute modification thérapeutique, et décrire avec précision les médicaments proposés à la sortie. Les dispositions du décret entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Le bilan de conciliation mis en place a amélioré l'information des professionnels de santé de ville concernant la stratégie pharmacothérapeutique, au-delà des exigences de la nouvelle législation. Il a fourni la liste exhaustive et précise non seulement des médicaments proposés à la sortie, mais aussi des médicaments que prenait réellement le patient avant l'hospitalisation. Le médecin traitant n'a pas toujours connaissance de tous ces traitements habituels, certains pouvant être prescrits par des médecins spécialistes ou pris en automédication, conseillés ou non par le pharmacien. Il semble important d'accorder le plus grand soin à la précision également des médicaments pris avant l'hospitalisation, afin de ne laisser aucune place au doute dans la compréhension de la démarche thérapeutique entreprise pendant l'hospitalisation. La précision des informations et leur mise à disposition dès la sortie d'hospitalisation ont été appréciées par les destinataires dans les questionnaires d'évaluation.

5.4 La documentation des modifications thérapeutiques favorise leur poursuite

Notre étude conforte les résultats de la littérature montrant que les explications favorisent la poursuite en ambulatoire des traitements modifiés à l'hôpital (54,64,65). Nous proposons une approche plus complète en transmettant les explications aussi au pharmacien d'officine, en mesurant l'impact de la démarche sur le suivi des modifications après la sortie par comparaison avec un bras *témoin*, et en recueillant l'avis des deux catégories de professionnels (médecins et pharmaciens). Les professionnels de ville expliquent dans les questionnaires d'évaluation que le bilan de conciliation « valide » les modifications en assurant qu'elles sont délibérées. Il accroît la crédibilité des traitements proposés à la sortie en montrant comment la prise en charge médicamenteuse a été maîtrisée au cours du séjour hospitalier. Selon l'un des médecins de ville, ce document faciliterait l'arrêt de traitements chez les patients réticents. Par exemple, la clarification des adaptations de prescriptions inappropriées de benzodiazépines a favorisé le maintien de ces adaptations au-delà de la sortie. La réduction du risque iatrogénique qui y est associée, et notamment du risque de chute, rejoint les objectifs de l'EPP « Prescription médicamenteuse

chez le sujet âgé » dont les actions mises en place ciblent cette classe de médicaments et va dans le sens du programme d'ETP « Para-Chutes » proposé par le centre hospitalier du Quesnoy. Cette évaluation ouvre le champ à des études sur l'impact médico-économique de cette collaboration hôpital-ville, notamment sur la réduction du taux de réhospitalisation.

Nos résultats encourageants sont néanmoins à relativiser par le faible effectif de notre cohorte de patients. De plus, nous avons recueilli le contenu uniquement de la première ordonnance du médecin traitant après la sortie : un délai d'enquête plus long aurait probablement montré plus de remodifications de l'ordonnance de sortie.

Pour aller plus loin, il aurait été intéressant de connaître les raisons des remodifications effectuées après la sortie. Cette recherche a été faite dans une autre étude, en contactant les médecins traitants (54). Certaines remodifications peuvent en effet être justifiées par l'évolution des paramètres cliniques ou biologiques (nouveau symptôme, effet indésirable...) ou par les perceptions de l'adéquation du traitement du médecin traitant différentes de celles du médecin hospitalier.

5.5 L'intérêt de l'historique des prescriptions récentes d'antibiotiques à clarifier

Les sociétés savantes d'infectiologie mettent en garde sur l'administration répétée d'une même classe d'antibiotiques, facteur important d'isolement de souche résistante, déjà mis en évidence pour les fluoroquinolones (66). Un travail que nous avons mené en parallèle de cette étude a montré que la prescription des antibiotiques était fréquente et redondante dans la cohorte de patients âgés étudiée, et que le taux d'échec thérapeutique était plus élevé lors de l'utilisation répétée d'une même classe d'antibiotiques (67). Le renforcement de la prévention et de la maîtrise de l'antibiorésistance fait partie des priorités du Programme national d'actions de Prévention des Infections Associées aux Soins (PROPIAS) 2016-2018 (68). Pour ces raisons, nous avons souhaité exploiter le lien hôpital-ville permis par notre activité de conciliation médicamenteuse pour fournir aux professionnels de santé hospitaliers et ambulatoires un historique plus ancien pour ces molécules, qu'elles aient été prescrites en ville ou à l'hôpital. Pour cela, nous avons renseigné l'item « Historique antibiotiques retrouvé des 6 derniers mois » sur le bilan de conciliation. La recherche et la mise à disposition de ces informations pour cette classe thérapeutique sensible est à notre connaissance inédite.

Néanmoins, nous avons été surpris par l'intérêt moins fréquent des professionnels de santé de ville pour cet item, révélé dans nos questionnaires d'évaluation. Son intérêt mérite d'être clarifié, afin de sensibiliser et encourager les professionnels de santé de ville à la prise en compte des antibiothérapies antérieures lors du choix ou de la dispensation de toute nouvelle antibiothérapie.

5.6 Un travail de synthèse engageant un temps conséquent

Dans notre étude, près de la moitié des patients ayant été conciliés à l'entrée n'a pas bénéficié de la conciliation de sortie.

Ce taux d'exclusion élevé s'explique d'une part par des événements non prévisibles au moment de la réalisation des conciliations d'entrée, témoignant de l'extrême fragilité des patients hospitalisés dans l'unité de soins au sein de laquelle notre étude a été menée : les nombreux transferts avant retour au domicile et décès pendant le séjour hospitalier, et les réhospitalisations et décès après la sortie avant qu'une nouvelle ordonnance n'ait été rédigée par le médecin traitant.

D'autre part, 8,8% (11/125) des patients n'ont pas pu bénéficier de la conciliation de sortie par manque d'effectif pharmacien. La conciliation médicamenteuse associée à une transmission précise, exhaustive et structurée des informations sur les traitements médicamenteux engage un temps pharmacien conséquent : en moyenne 43 minutes par patient (1h20 si l'on tient en plus compte de la conciliation d'entrée préalable). La durée nécessaire était de 33 minutes dans le PREPS-REPHVIM, et de 45 minutes dans une étude nord-américaine, mais ces durées comprenaient l'entretien avec le patient que nous n'avons pas fait dans le cadre de notre étude (60,69). Si les conciliations d'entrée non réalisées au moment de l'admission peuvent être rattrapées pendant le séjour hospitalier, les conciliations de sortie ne peuvent pas l'être après la sortie. Par contre, lorsque les sorties étaient prévues à l'avance, elles ont été anticipées afin d'y consacrer moins de temps le jour de la sortie. La recherche des éventuelles explications des modifications a été facilitée par un outil du DPI, l'onglet « adaptation thérapeutique », que les médecins peuvent renseigner lorsqu'ils effectuent un changement dans l'ordonnance. La création de cet onglet fait partie des actions mises en place dans le cadre de l'EPP « Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé ». Cependant, ces éléments n'ont pas été suffisants pour permettre la conciliation de sortie de l'ensemble des patients éligibles. Une solution serait d'impliquer les préparateurs en pharmacie après les avoir formés et fixé leur champ d'intervention, sous la responsabilité et le contrôle d'un pharmacien. Concernant la conciliation médicamenteuse d'entrée, l'historique médicamenteux réalisé par un préparateur formé serait aussi fiable et complet que celui établi par un pharmacien (70). Un guide pratique a d'ailleurs été élaboré par les hôpitaux de Strasbourg pour développer la collaboration pharmacien-préparateur (71). Leur implication pourrait donc être aussi envisagée en sortie d'hospitalisation : la comparaison de l'ordonnance de sortie avec celle en cours pendant l'hospitalisation et avant l'hospitalisation avec mise en évidence des divergences, pourrait notamment leur être confiée.

5.7 Le rôle des pharmaciens officinaux à renforcer en aval de l'hospitalisation

Les pharmaciens de ville centralisent des informations fiables concernant le traitement médicamenteux du patient. En 2007, l'Ordre National des Pharmaciens a lancé le Dossier Pharmaceutique (DP) (72). Cet outil professionnel sécurisé recense, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie qui le souhaite et qui a donné son accord, l'historique

des médicaments et des dispositifs médicaux facturés au cours des 4 derniers mois, qu'ils aient été prescrits par un médecin ou conseillés par un pharmacien. Le DP est un lien entre les différentes pharmacies de ville fréquentées par le patient, et depuis 2012 entre les pharmacies de ville et les pharmacies hospitalières (73). Le développement de cet outil témoigne de la volonté des pharmaciens de sécuriser la dispensation des médicaments, en permettant notamment de repérer les redondances et les risques d'interactions médicamenteuses. En 2016, le DP compte 33 millions de dossiers actifs : près d'un français sur deux dispose d'un DP, il est déployé dans 99,8% des pharmacies d'officine (74). La PUI du centre hospitalier du Quesnoy fait partie des 8,4% pharmacies hospitalières qui l'utilisent.

En 2009, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » a reconnu au pharmacien d'officine de nouvelles missions qui permettent à l'équipe officinale de s'impliquer plus encore dans le suivi et l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques, notamment en s'investissant dans l'éducation thérapeutique, les programmes d'aide à l'observance et d'évaluation des traitements, mais aussi dans le cadre du maintien à domicile (MAD) et de l'hospitalisation à domicile (HAD) (75).

Pour cette étude, nous avons souhaité que le pharmacien soit destinataire du même niveau d'informations pharmacothérapeutiques que le médecin traitant. Ces données, qui font parties de son champ de compétences, contribuent à l'intégrer légitimement davantage au parcours de soins d'aval de l'hospitalisation. A travers nos questionnaires d'évaluation, plusieurs pharmaciens regrettaient leur manque d'information et ont ainsi accueilli nos bilans de conciliation avec intérêt. Même si le pharmacien n'a pas de pouvoir décisionnaire sur les thérapeutiques, il peut mieux accompagner son patient lors de cette étape de transition en s'appuyant sur les données transmises : la dispensation du nouveau traitement peut être optimisée et les conseils étayés, ce qui favorise la compréhension et l'adhésion du patient. Ces avis positifs confortent la satisfaction exprimée par les pharmaciens officinaux dans l'étude de Cavrenne et Spinewine en 2008, et dans le cadre du PREPS-REPHVIM qui a montré que la communication des informations à ces professionnels de santé de proximité permet une diminution significative du nombre de patients présentant au moins un dysfonctionnement médicamenteux en sortie d'hospitalisation (41,51).

5.8 La conciliation médicamenteuse à intégrer dans les outils informatiques

Les systèmes informatiques sont inadaptés pour la pratique de la conciliation médicamenteuse. Cette limite a été soulignée dans le rapport d'expérimentation de l'étude Med'Rec (35).

A ce jour, un seul LAP intègre un module permettant l'exploitation des données issues de la conciliation médicamenteuse. Un autre logiciel propose un onglet « Conciliation médicamenteuse », qui permet la traçabilité des données. Conscients des enjeux liés à cette activité, quelques éditeurs développeraient actuellement des modules dédiés (76). Concernant la conciliation médicamenteuse de sortie, une évolution des

logiciels serait intéressante notamment pour permettre au médecin de reprendre facilement et rapidement, lors de la sortie, les traitements habituels du patient qui avaient été substitués car non référencés à l'hôpital. Cette démarche favoriserait l'observance du patient après la sortie, car la non reprise des médicaments habituels peut perturber le patient s'il ne reconnaît plus la boîte, le nom, la forme ou la couleur de son médicament habituel.

Aussi, il serait intéressant que le médecin ou la secrétaire puisse exporter facilement les données issues des conciliations pour générer la partie « bilan médicamenteux » du CRH. En effet, nos bilans de conciliation décrivent toutes les informations requises par l'item « traitements médicamenteux » de la check-list diffusée dans notre établissement pour aider les médecins et les secrétaires à rendre les CRH conformes aux critères de l'indicateur QLS (63). Exploiter ces informations, exhaustives et validées, en les intégrant directement dans le compte-rendu médical, plutôt que de les joindre, permettrait un gain de temps pour le médecin hospitalier pour la rédaction du CRH, et pour le médecin traitant lors de sa lecture en évitant les redondances. De plus, les informations sur les traitements médicamenteux sont actuellement réparties à différents endroits du CRH : la liste des traitements d'entrée au début, celle des traitements proposés à la sortie à la fin, et les éventuelles explications des modifications de traitements dans la partie « Evolution au cours du séjour » et/ou dans la conclusion. Notre bilan de conciliation propose un bilan médicamenteux sous forme de tableau récapitulatif, cohérent avec le document type de la HAS (32). Ce mode de présentation des informations, clair et synthétique, a été apprécié par les destinataires. En s'inspirant de ce document type, des améliorations pourraient être apportées à nos bilans de conciliation en classant les médicaments par domaine pathologique.

5.9 Le mode de communication à optimiser

Nous n'avons pas quantifié le taux de bilans de conciliation réellement reçus par les professionnels qui en étaient destinataires. Certains pharmaciens nous ont informés, lors des appels téléphoniques pour recueillir le contenu de la nouvelle ordonnance après la sortie, ne pas avoir vu le bilan de conciliation. Le mode de communication doit être optimisé pour garantir la transmission d'informations vers les professionnels de ville. Pour cela, des outils déjà existants peuvent être exploités.

5.9.1 Le Dossier Pharmaceutique (DP) pour assurer le lien entre pharmaciens

Suggérée par plusieurs pharmaciens officinaux dans les questionnaires d'évaluation, une transmission des informations par messagerie électronique sécurisée pourrait garantir la communication. Le déploiement de ce type de messagerie, dont ne disposent encore ni notre centre hospitalier ni tous les professionnels de santé de ville, fait partie des aboutissements prévus des expérimentations nationales Paerpa, en lien avec l'ASIP Santé (77). Si l'on souhaite s'affranchir du consentement préalable du patient pour cette transmission directe d'informations au pharmacien d'officine, le rôle de ce dernier doit être intégré dans le parcours de soins d'aval de l'hospitalisation : à l'admission, le patient pourrait

déclarer le nom du pharmacien auquel il souhaite que les données soient transmises, de la même façon qu'il déclare son médecin traitant auquel sera transmis le CRH.

Il serait optimal que le moyen de communication auprès des pharmaciens évolue vers un support unique, compatible avec les différents LAP hospitaliers et logiciels de gestion de pharmacies d'officine, centralisant les informations sur les traitements médicamenteux entre les différents secteurs. Le DP pourrait jouer ce rôle à condition qu'il bénéficie d'évolutions. Conscient des enjeux autour de cet outil professionnel, l'Ordre National des Pharmaciens a lancé en février 2016 un challenge pour innover autour des données du DP et imaginer des services e-santé de demain (78). L'un des projets récompensés encourage la communication entre praticiens.

Lors de la recherche des traitements habituels par le pharmacien hospitalier, l'historique de facturation que fournit le DP est plus fiable que l'historique des seules ordonnances puisque, même si les informations sur la prise réelle des médicaments n'y sont pas tracées, il atteste que le patient s'est procuré les médicaments prescrits. Le DP a d'ailleurs été identifié par l'étude Med'Rec comme étant l'une des meilleures sources d'informations (35). Cette liste des médicaments facturés est une donnée incontestablement utile, mais reste insuffisante par absence des posologies et des durées de traitement : une possibilité d'alimentation par les pharmaciens de ville avec les scans des ordonnances dispensées permettrait d'étayer les données contenues dans le DP. De plus, l'allongement de la conservation de l'historique de 4 à 6 mois serait intéressant pour les antibiotiques.

En sortie d'hospitalisation, alimenter le DP avec la liste des traitements proposés à la sortie n'est pas possible à ce jour car il recense uniquement les produits facturés. L'exportation par les pharmaciens hospitaliers à partir du LAP vers le DP, de la liste des traitements proposés à la sortie voire du bilan de conciliation lorsqu'il est disponible, permettrait la transmission d'informations vers les confrères officinaux.

La dématérialisation du DP est prévue. Elle permettra aux professionnels de santé hospitaliers, grâce à leur carte professionnelle de santé (CPS), d'avoir accès aux données sans la carte vitale après qu'une empreinte en soit réalisée au niveau de l'unité de soins ou du secrétariat médical. En effet, le patient ne conserve pas toujours sa carte vitale avec lui pendant l'hospitalisation. Une dématérialisation plus large, par exemple sur une plateforme en ligne sécurisée, garantirait l'accessibilité des données au pharmacien d'officine dès la sortie de l'hôpital de son patient.

5.9.2 Le Dossier Médical Partagé (DMP), un outil prometteur de coordination entre les différents professionnels et entre les différents secteurs

La messagerie électronique sécurisée pourrait être utilisée comme moyen de communication aussi vers le médecin traitant : elle garantirait la transmission par le médecin hospitalier et les secrétaires médicales, sans délai à la sortie, du CRH contenant le bilan médicamenteux.

Le Dossier Médical Partagé (DMP) serait plus intéressant qu'une transmission via messagerie électronique sécurisée puisque il peut contenir les CRH, qui seraient accessibles ultérieurement pour tout professionnel de santé. En effet, il s'agit d'un dossier médical informatisé sécurisé, accessible via internet : il centralise et permet le partage des informations médicales entre les différents professionnels de santé intervenant dans le parcours de soins du patient (79). A ce jour, son déploiement reste certes limité avec 600 000 DMP créés, mais le décret du 20 juillet 2016 lui assure désormais une place parmi les modalités de transmission du courrier (62).

A terme, la fusion du DP avec le DMP permettrait d'étayer les données sur les traitements médicamenteux que le DMP peut déjà contenir, et ainsi de centraliser l'ensemble des données médicales sur un support unique.

5.10 Des activités pharmaceutiques à haute valeur ajoutée

Les activités de pharmacie clinique constituent des missions à haute valeur ajoutée.

Au sein de l'hôpital, la conciliation médicamenteuse est l'occasion pour le pharmacien hospitalier de s'intégrer dans une unité de soins, au plus proche des patients et des soignants. La démarche mise en œuvre dans le cadre de cette étude n'a certes pas été évaluée en interne, néanmoins les médecins de l'unité – seniors et internes – se sont montrés à l'écoute et ont coopéré. Les échanges avec les médecins ont été riches et ont été l'occasion pour le pharmacien d'appréhender les spécificités et les problématiques inhérentes à la patientèle gériatrique, dont il faut apprendre à tenir compte pour adapter les stratégies de prise en charge thérapeutique. Témoignant de leur intérêt pour la démarche, certains médecins seniors ont suivi dernièrement l'enseignement post-universitaire « Comprendre et pratiquer la conciliation médicamenteuse » proposée par Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille (80). L'activité fait désormais partie des pratiques de l'unité de soins.

La continuité créée entre les différents secteurs permet une ouverture vers les acteurs de santé extra-hospitaliers. Nous nous sommes intéressés à l'avis à la fois des médecins traitants et des pharmaciens d'officine, qui jugent la démarche utile et incitent à sa poursuite. Ce type de transmission d'informations, apprécié par les professionnels de santé de ville dans plusieurs études antérieures, est à nouveau salué dans notre travail (41,51,53,57,81).

Un projet d'ordonnance concernant les PUI prévoit la réorganisation des activités pharmaceutiques hospitalières, dans le cadre de la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Ce projet intègre la pharmacie clinique aux activités de la PUI, qui sera chargée par l'article L5126-1 « de mener toute action de pharmacie clinique concourant à l'amélioration de l'efficacité, et de la sécurité de l'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux ». Il s'agit d'une avancée majeure pour les établissements de santé français, en synergie avec

les orientations de l’OMS. Les PUI des différents établissements membres d’un GHT vont être amenées à coopérer et à mutualiser certaines activités pharmaceutiques. Si l’organisation des activités de pharmacie clinique peut être coordonnée entre les établissements membres, leur mise en œuvre impose quant à elle des moyens pharmaceutiques dans chaque établissement : les plus petites structures ont besoin de conserver, voire encore souvent de déployer, des effectifs pharmaceutiques en interne pour assurer cette activité de terrain.

6. CONCLUSION

Le développement de la pharmacie clinique permet à la pharmacie hospitalière d'accompagner le virage ambulatoire des établissements de santé, avec le lien ville-hôpital nécessaire à la continuité de la prise en charge du patient tout au long du parcours de soins.

Notre étude renforce l'idée qu'une collaboration pluridisciplinaire et entre les différents secteurs favorise la continuité de la prise en charge en sortie d'hospitalisation. La conciliation médicamenteuse sécurise le circuit du médicament, et assure la justesse et la pertinence des informations délivrées aux professionnels d'aval. Le médecin traitant dispose ainsi de données fiables pour comprendre les ajustements thérapeutiques réalisés par ses confrères hospitaliers. Les données du bilan de conciliation le sensibilisent au rationnel de prise en charge thérapeutique suivi pendant l'hospitalisation, et l'incitent à la réflexion lors du choix d'une nouvelle antibiothérapie. Notre démarche a légitimement intégré le pharmacien d'officine. Il est facilement accessible pour le patient, et a tout son rôle à jouer dans l'adhésion de ce dernier à son nouveau traitement, à travers une dispensation optimisée et des conseils étayés. Cette communication de qualité a ainsi permis un suivi plus fréquent des optimisations thérapeutiques réalisées à l'hôpital. La préservation de leur bénéfice au-delà de la sortie contribue à lutter contre l'iatrogénie. Les professionnels de santé de ville destinataires encouragent à poursuivre la démarche.

Par ailleurs, ce service pharmaceutique peut contribuer à la qualité du CRH, conformément à l'actuelle réglementation.

L'évolution et l'harmonisation des outils informatiques et des modes de communication permettront d'optimiser le déploiement de la démarche à plus grande échelle. Le DP et le DMP apparaissent comme des outils prometteurs pour la centralisation et l'accessibilité instantanée des données pharmacothérapeutiques pour les nombreux professionnels qui interviennent dans le parcours de soins.

Ces missions pharmaceutiques à haute valeur ajoutée, qui contribuent à la culture qualité de l'établissement de santé, doivent convaincre les directions hospitalières pour amener davantage de pharmaciens dans les unités de soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
2. DREES. Enquêtes Nationales sur les Evénements Indésirables graves associés aux Soins (ENEIS) : rapport final. 2011.
3. Haute Autorité de Santé. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : consommation, prescription, iatrogénie et observance [Internet]. 2005 [cité 6 mars 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf
4. Cresswell KM, Fernando B, McKinstry B, Sheikh A. Adverse drug events in the elderly. *Br Med Bull.* 9 janv 2007;83(1):259-74.
5. Bergeron J, Mallet L, Papillon-Ferland L. Principes d'évaluation de la pharmacothérapie en gériatrie : illustration à l'aide d'un cas de patient. *Pharmactuel* [Internet]. 2008 [cité 29 juin 2016];41(0). Disponible sur: <http://www.pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/961>
6. Green JL, Hawley JN, Rask KJ. Is the number of prescribing physicians an independent risk factor for adverse drug events in an elderly outpatient population? *Am J Geriatr Pharmacother.* 2007;5(1):31-9.
7. Michel P, Minodier C, Moty-Monnereau C, Lathelize M, Domecq S, Chaleix M, et al. Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité. [cité 6 mars 2016]; Disponible sur: <http://www.fnmr.org/images/drees%20761%20evenements%20ind%E9sirables.pdf>
8. Commission des comptes de la Sécurité Sociale. La prise en charge hospitalière des personnes âgées. 2012.
9. Cochrane RA, Mandal AR, Ledger-Scott M, Walker R. Changes in drug treatment after discharge from hospital in geriatric patients. *BMJ.* 1992;305(6855):694-6.
10. Himmel W, Tabache M, Kochen MM. What happens to long-term medication when general practice patients are referred to hospital? *Eur J Clin Pharmacol.* 1996;50(4):253-7.
11. Viktil KK, Blix HS, Eek AK, Davies MN, Moger TA, Reikvam A. How are drug regimen changes during hospitalisation handled after discharge: a cohort study. *BMJ Open.* 2012;2(6):e001461.
12. Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, Alibhai SMH, Huh J-H, Cesta A, et al. Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. *Ann Pharmacother.* 2008;42(10):1373-9.
13. Coleman EA. Falling through the cracks : challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(4):549-55.
14. Johnson A, Guirguis E, Grace Y. Preventing medication errors in transitions of care : A patient case approach. *J Am Pharm Assoc JAPhA.* avr 2015;55(2):e264-274-276.

15. Tsilimingras D, Bates DW. Addressing postdischarge adverse events: a neglected area. *Jt Comm J Qual Patient Saf Jt Comm Resour.* févr 2008;34(2):85-97.
16. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? *Presse Médicale.* oct 2009;38(10):1404-9.
17. Munday A, Kelly B, Forrester JW, Timoney A, McGovern E. Do general practitioners and community pharmacists want information on the reasons for drug therapy changes implemented by secondary care? *Br J Gen Pr.* 1997;47(422):563–566.
18. Bureau M-L, Paccalin M. Continuité des soins à la sortie du service de gériatrie: étude sur les attentes des médecins généralistes pour optimiser le compte rendu d'hospitalisation [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2012.
19. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA.* 28 févr 2007;297(8):831-41.
20. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (Belgique). Continuité du traitement médicamenteux entre l'hôpital et le domicile. [cité 24 févr 2016]; Disponible sur: <http://www.farm.ucl.ac.be/cfcl/Reports/2010/KCE-seamless-care/Spinewine-2010-R-FR-1.pdf>
21. Colombe M, Blanchemain S, Six A, Kowalski V, Lescure P. Prévalence des divergences médicamenteuses en sortie de court séjour gériatrique. *Pharm Hosp Clin.* juin 2014;49(2):e105.
22. Foulon V, Claeys C, De Lepeleire J, Chevalier P, Desplenter F, De Winter S, et al. How to improve the continuity of pharmacotherapy at hospital admission and discharge. *J Pharm Belg.* déc 2010;(4):105-9.
23. Mansur N, Weiss A, Hoffman A, Gruenewald T, Beloosesky Y. Continuity and adherence to long-term drug treatment by geriatric patients after hospital discharge: a prospective cohort study. *Drugs Aging.* 2008;25(10):861-70.
24. Coleman EA, Smith JD, Raha D, Min S. Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors. *Arch Intern Med.* 12 sept 2005;165(16):1842-7.
25. van Walraven C, Rokosh E. What is necessary for high-quality discharge summaries? *Am J Med Qual Off J Am Coll Med Qual.* août 1999;14(4):160-9.
26. Article R1112-1 du Code de la santé publique.
27. Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010. 2014.
28. Bergkvist A, Midlöv P, Höglund P, Larsson L, Bondesson A, Eriksson T. Improved quality in the hospital discharge summary reduces medication errors--LIMM: Landskrona Integrated Medicines Management. *Eur J Clin Pharmacol.* oct 2009;65(10):1037-46.
29. O'Leary KJ, Liebovitz DM, Feinglass J, Liss DT, Baker DW. Outpatient physicians' satisfaction with discharge summaries and perceived need for an electronic discharge summary. *J Hosp Med.* sept 2006;1(5):317-20.
30. Haute Autorité de Santé. Sortie d'hospitalisation : continuité des soins et sécurité du patient [Internet]. [cité 11 déc 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1766628/fr/sortie-d-hospitalisation-continuite-des-soins-et-securite-du-patient


31. Haute Autorité de Santé. Fiche descriptive de l'indicateur IPAQH « Document de sortie » (DOC) [Internet]. 2015 [cité 13 févr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/fiche_descriptive_doc_mco_7.12.2015.pdf
32. Haute Autorité de Santé. Document de sortie [Internet]. 2014 [cité 11 déc 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_contenu_metier_23102014.pdf
33. Paulino EI, Bouvy ML, Gastelurrutia MA, Guerreiro M, Buurma H, ESCP-SIR Rejkjavik Community Pharmacy Research Group. Drug related problems identified by European community pharmacists in patients discharged from hospital. *Pharm World Sci PWS*. déc 2004;26(6):353-60.
34. Arnaud V. Difficultés de dispensation des ordonnances de sortie hospitalières : enquête régionale pour une amélioration du lien ville/hôpital [Thèse d'exercice]. Université de Rouen; 2014.
35. Haute Autorité de Santé. Initiative des High 5s Medication Reconciliation - Rapport d'expérimentation. 2015 sept.
36. Société Française de Pharmacie Clinique - Newsletter 01/2016 conciliation médicamenteuse [Internet]. [cité 28 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/1554-newsletter-sfpc-n-1-2016-conciliation/0.html>
37. Mallet L, Laprise, Bergeron. Pharmacy discharge plan for continuity in patient care. *Can Pharm J*. 1998;131(1):21-3.
38. Pourrat X, Corneau H, Floch S, Kuzzay MP, Favard L, Rosset P, et al. Communication between community and hospital pharmacists: impact on medication reconciliation at admission. *Int J Clin Pharm*. août 2013;35(4):656-63.
39. Quélenec B, Beretz L, Paya D, Blicklé JF, Gourieux B, Andrès E, et al. Potential clinical impact of medication discrepancies at hospital admission. *Eur J Intern Med*. sept 2013;24(6):530-5.
40. Pourrat X, Roux C, Bouzige B, Garnier V, Develay A, Allenet B, et al. Impact of drug reconciliation at discharge and communication between hospital and community pharmacists on drug-related problems: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014;15:260.
41. Pourrat - 2016 - Présentation des résultats de l'étude PREPS-REPHVI.pdf [Internet]. [cité 13 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.sfpc.eu/fr/item1/finish/45-congres-sfpc-2016-montpellier/1603-congres-sfpc-2016-pleniere-4-rephvim/0.html>
42. Ordre National des Pharmaciens. Des développements décisifs pour le DP dans les établissements de santé. *Le Journal de l'Ordre National des Pharmaciens*. juin 2016;3.
43. Décret n° 2013-870 du 27 septembre 2013 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.
44. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

45. Haute Autorité de Santé. Éléments d'Investigation Obligatoires (EIO) et situations à risque V2014. 2015.
46. Direction Générale de l'Organisation des Soins. Appel à projet DGOS 2016 « Pharmacie Clinique ». 2016.
47. Laroche M-L, Charmes J-P, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *Eur J Clin Pharmacol*. août 2007;63(8):725-31.
48. Laroche M-L, Boutier, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *Rev Médecine Interne*. juill 2009;30(7):592-601.
49. Prudent M, Dramé M, Jolly D, Trenque T, Parjoie R, Mahmoudi R, et al. Potentially inappropriate use of psychotropic medications in hospitalized elderly patients in France: cross-sectional analysis of the prospective, multicentre SAFEs cohort. *Drugs Aging*. 2008;25(11):933-46.
50. Berdot S, Bertrand M, Dartigues J-F, Fourrier A, Tavernier B, Ritchie K, et al. Inappropriate medication use and risk of falls--a prospective study in a large community-dwelling elderly cohort. *BMC Geriatr*. 2009;9:30.
51. Cavrenne P, Spinewine A. Continuité de soins à la sortie d'hôpital : intérêt d'une transmission d'informations du pharmacien clinicien au pharmacien d'officine. *J Pharm Belg*. 2008;63(3):69-72.
52. Guigue J. Création d'une fiche de liaison pharmaceutique entre l'hôpital et la pharmacie de ville pour les sujets âgés : un outil supplémentaire dans la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier Grenoble; 2012.
53. Colombe M, Blanchemain S, Six A, Kowalski V, Lescure P. Impact d'un processus complet de conciliation des traitements médicamenteux en court séjour gériatrique sur le nombre d'erreurs médicamenteuses aux interfaces ville/hôpital. *Pharm Hosp Clin*. juin 2014;49(2):e20-1.
54. Moulis-Rivière M. Conciliation médicamenteuse de sortie en gériatrie: impact de la transmission hôpital-ville d'un bilan médicamenteux sur le maintien des optimisations thérapeutiques [Mémoire de DES]. Université Joseph Fourier Grenoble; 2014.
55. Dufay E. La conciliation des traitements médicamenteux - Sécuriser le parcours de soins du patient. 2014 mai; Centre hospitalier de Lunéville.
56. Egot M. Conciliation médicamenteuse et optimisation thérapeutique dans le cadre du projet Paerpa : mise en place d'une équipe mobile gériatrique intégrant le pharmacien hospitalier au centre hospitalier de Denain [Mémoire de DES]. Université Lille 2; 2015.
57. Dambrine M. Continuité de soins à la sortie d'hôpital : évaluation d'une transmission d'informations du pharmacien hospitalier au pharmacien d'officine [Mémoire de DES]. Université Lille 2; 2015.
58. Ramon M. Conciliation médicamenteuse en sortie d'hospitalisation d'un service de gériatrie aiguë : résultats et impacts au sein de l'unité et auprès des professionnels de santé de ville [Mémoire de DES]. Université Lille 2; 2015.

59. Laroche M-L, Charmes J-P, Nouaille Y, Fourrier A, Merle L. Impact of hospitalisation in an acute medical geriatric unit on potentially inappropriate medication use. *Drugs Aging*. 2006;23(1):49-59.
60. Bishop MA, Cohen BA, Billings LK, Thomas EV. Reducing errors through discharge medication reconciliation by pharmacy services. *Am J Health Syst Pharm*. 9 janv 2015;72(17 Supplement 2):S120-6.
61. Boyé F, Sallerin B, Amar J, Chamontin B, Bouhanick B. Conciliation médicamenteuse à la sortie d'hospitalisation du patient hypertendu : analyse de l'ordonnance de sortie. *Ann Cardiol Angéiologie*. juin 2016;65(3):229-35.
62. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.
63. Haute Autorité de Santé. Fiche descriptive de l'indicateur IPAQH « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » (QLS). 2016.
64. Pichat C. Évolution de l'ordonnance des patients à un mois de la sortie d'un service de médecine polyvalente: étude prospective sur trois mois [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine. Université de Montpellier I; 2013.
65. Coutellier M, Mouly S, Delcey V, Lopes A, Lloret-Linares C, Bergmann J-F. Que deviennent les modifications thérapeutiques décidées au cours d'une hospitalisation en médecine interne ? Étude prospective française monocentrique sur 2 mois. *Rev Médecine Interne*. août 2014;35(8):498-502.
66. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF). Mise au point sur le bon usage des fluoroquinolones administrées par voie systémique chez l'adulte. 2015.
67. Comité Scientifique du SNPHPU. Acceptation posters 11èmes Rencontres Convergences Santé Hôpital. 2016.
68. Instruction n°DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social 2016/2018.
69. Pourrat X. Présentation des résultats de l'étude PREPS-REPHVIM [Internet]. 2016 [cité 21 août 2016]. Disponible sur: <http://www.sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/1620-iqs-seminaire-recherche-230616-rephvim-xavier-pourrat0/0.html>
70. Johnston R, Saulnier L, Gould O. Best Possible Medication History in the Emergency Department: Comparing Pharmacy Technicians and Pharmacists. *Can J Hosp Pharm*. 2010;63(5):359-65.
71. Groupe projet CONCIMED. Guide pratique CONCIMED pour développer en établissement de santé la conciliation médicamenteuse associant pharmacien et préparateur en pharmacie. 2015.
72. Ordre National des Pharmaciens. Qu'est-ce que le Dossier Pharmaceutique? [Internet]. [cité 22 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>
73. Décret n° 2012-1131 du 5 octobre 2012 relatif à la consultation et à l'alimentation du dossier pharmaceutique par les pharmaciens exerçant dans les pharmacies à usage intérieur. 2012-1131.

74. Hacking Pharma. Le DP au cœur de l'innovation [Internet]. [cité 21 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.hackateam.com/fr/challenges/hackingpharma>
75. Rioli M. Le pharmacien d'officine dans le parcours de soins [Internet]. 2009 juill [cité 16 juin 2016]. Disponible sur: www.unpf.org/force_d.php?c=bc4ccef6f9e1474e3ab5e30f69cb4f4311c4dfdc
76. Omédit Pays de la Loire. Enquête sur l'intégration de la conciliation médicamenteuse aux SIH : présentation des résultats régionaux. 2016.
77. Les projets PAERPA [Internet]. [cité 11 juill 2016]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/dp_paerpa_fev2014.pdf
78. Ordre National des Pharmaciens. HackingPharma [Internet]. [cité 22 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/HackingPharma>
79. En quoi consiste le dossier médical personnel (DMP) ? [Internet]. [cité 25 juill 2016]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10872>
80. Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques. Enseignement post-universitaire « Comprendre et pratiquer la conciliation médicamenteuse » [Internet]. [cité 1 juill 2016]. Disponible sur: <http://pharmacie.univ-lille2.fr/formation-continue/programmes-inscriptions/conciliation-medicamenteuse.html>
81. Streicher C, Servant V, Berroneau A, Xuereb F, Djabarouti S, Breilh D. La conciliation médicamenteuse pour renforcer le lien ville–hôpital. *Pharm Hosp Clin*. 2014;49(2):45-6.

Annexe 1. Bilan de la conciliation médicamenteuse

 <p style="text-align: center;">Centre Hospitalier Le Quesnoy</p> <p>Service de court séjour gériatrique : 03.27.14.89.89 Service Pharmacie : 03.27.14.91.46</p>	<h3>Traitements médicamenteux</h3> <p>Bilan de la conciliation médicamenteuse</p>	<p>Nom : OMB Prénom : TH né(e) le : 01/01/1930 / 86 ans IPP : 010101001</p> <p>Document rédigé le : 23/02/2016, destiné à : Dr Michel TRAITANT 1 rue Hippocrate Médecin traitant : 59530 Le Quesnoy Tél : 03 27 00 00 00</p> <p>Pharmacie GINKGO 1 rue Gallien 59530 Le Quesnoy Pharmacien d'officine : 59530 Le Quesnoy Tél : 03 27 00 00 01</p> <p>Dernière estimation du DFG (selon la formule MDRD) : 65,3 mL/min le 22/02/16</p>													
<p>Veillez trouver ci-dessous la liste des traitements habituels retrouvés avant l'hospitalisation, la liste des traitements proposés à la sortie, ainsi que les explications concernant les éventuelles modifications thérapeutiques effectuées au cours de l'hospitalisation.</p>															
Médicaments retrouvés avant l'hospitalisation				Médicaments proposés à la sortie (au long cours, sauf précision de durée)				Commentaires / propositions							
Nom	Dosage	Forme	Posologie			Nom	Dosage		Forme	Posologie					
			Matin	Midi	Soir			Coucher		Matin	Midi	Soir	Coucher		
acétylsalicylate de lysine (kardégic)	75 mg	sachet	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Introduction le 16/02 d'une anticoagulation curative pour traiter la thrombose veineuse profonde (INR cible entre 2 et 3), avec arrêt de l'antiagrégant plaquettaire. Sous AVK à la posologie de 3 mg/j : INR du 22/02 à 4,39 -> saut d'une prise le 22/02 soir, reprise à 2 mg/j à partir du 23/02. INR à recontrôler svp Durée de l'anticoagulation : 3 à 6 mois, à réévaluer selon les facteurs de risque
bisoprolol (Cardensiel)	2,5 mg	cp	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
ramipril (Triatec)	5 mg	cp	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
sertraline (Zoloft)	25 mg	gél	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0		
zolpidem (Stilnox)	10 mg	cp	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0,5		Selon la liste de Laroché : zolpidem à dose > 5 mg/j inappropriée chez le sujet âgé (augmentation des effets indésirables sans augmentation de l'efficacité). La qualité du sommeil a été maintenue suite à l'adaptation posologique.
pantoprazole (Eupantol)	20 mg	cp	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0		
macrogol 4000 (Forlax)	10 g	sachet	1 SB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
															Introduit devant une carence en vitamines D3 à 8 ng/ml : protocole 1 amp/14 jours pendant 2 mois (soit 4 amp), puis 1 amp tous les 2-3 mois 1ère amp administrée le 16/02

Historique antibiotiques retrouvés des 6 derniers mois :
Décembre 2015 : lévofloxacine

Rédigé par : A. Wojcik (interne en pharmacie)
Validé par : (médecin généraliste)

**Annexe 2. Questionnaire d'évaluation du bilan de la conciliation
destiné aux médecins traitants et aux pharmaciens d'officine**



Service Pharmacie
Tél : 03 27 49 91 46
Fax : 03 27 49 92 59

Evaluation du document
*« Traitements médicamenteux
Bilan de la conciliation médicamenteuse »*

Professionnel de santé évaluant le document :

Coordonnées du médecin ou du pharmacien

- 1) Le contenu du document vous semble-t-il utile ?
- a) Mise en parallèle des traitements avant l'hospitalisation et des traitements à la sortie oui non
 - b) Explication des modifications de traitements oui non
 - c) Dernière estimation du DFG (MDRD) oui non
 - d) Historique antibiotiques retrouvé des 6 derniers mois oui non
 - e) Coordonnées téléphoniques d'un interlocuteur direct à l'hôpital oui non
 - f) Coordonnées des destinataires du document oui non
- 2) La présentation du document vous semble-t-elle appropriée pour la lecture des données ?
- Oui
- Non. Préciser comment la présentation pourrait être améliorée :
-
-
- 3) Ce document vous semble-t-il utile et pertinent par rapport au degré et à l'exhaustivité des informations que vous recevez habituellement sur les traitements médicamenteux en sortie d'hospitalisation ?
- Oui. Préciser en quoi :
-
- Non. Préciser pourquoi :
-
- 4) Ce document vous semble-t-il faciliter la continuité de la prise en charge médicamenteuse en sortie d'hospitalisation?
- Oui Non
- 5) Etes-vous intéressé par ce document de transmission des informations sur les traitements médicamenteux ?
- Non intéressé Plutôt intéressé Très intéressé

Commentaires :

.....

.....

Questionnaire complété à nous retourner svp
par fax au : 03 27 14 92 59
ou par email (scan ou photo) à : interne_pharma@ch-lequesnoy.fr

Merci pour votre contribution.

AUTORISATION DE SOUTENANCE



Faculté des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
☎ 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr/>



DEMANDE D'AUTORISATION DE SOUTENANCE

Nom et Prénom de l'étudiant : WOJCIK Adeline

Date, heure et lieu de soutenance :

Le 07 / 10 / 2016 à 17h00 Amphithéâtre ou salle : Cunye

Avis du conseiller (directeur) de thèse

Nom : CUINGNET

Prénom : Carole

Favorable

Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

..... CENTRE HOSPITALIER
59530 LE QUESNOY

Date : 09.06.2016

Signature :

Carole CUINGNET
PHARMACIEN

RPPS 10001032852

Avis du Président de Jury

Nom : Decaudin

Prénom : Bernhard

Favorable

Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 5/9/16

Signature :

Décision de Monsieur le Doyen

Favorable

Défavorable

Le Doyen

D. CUNY

NB : La faculté n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses, qui doivent être regardées comme propres à leurs auteurs.

NA/2015

Université de Lille 2
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE
MEMOIRE de DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
(tenant lieu de Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie)
Année Universitaire 2015/2016

Nom : Wojcik

Prénom : Adeline

Titre du mémoire / thèse : Continuité de la prise en charge médicamenteuse de l'hôpital vers la ville : impact de la conciliation médicamenteuse de sortie et de la communication entre professionnels de santé.

Mots-clés : Pharmacie clinique, Conciliation médicamenteuse, Lien hôpital-ville, Gériatrie.

Résumé :

Une hospitalisation conduit souvent à des modifications thérapeutiques, particulièrement chez le sujet âgé polymédiqué. Notre objectif était d'évaluer si la conciliation médicamenteuse de sortie, associée à une communication de qualité entre professionnels de santé, favorise le maintien des modifications après la sortie. Nous avons également recueilli l'avis des professionnels de santé destinataires.

Cette étude prospective a inclus, sur une période de 4 mois, tout patient hospitalisé dans une unité de soins de gériatrie (14 lits MCO et 11 lits SSR) ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse d'entrée et sorti d'hospitalisation vers le domicile ou un EHPAD. Deux bras ont été comparés : l'un des bras a bénéficié de la conciliation médicamenteuse de sortie, accompagnée de la transmission au médecin traitant et au pharmacien d'officine d'un bilan de conciliation et d'un questionnaire d'évaluation. Le contenu de la nouvelle prescription après la sortie a été obtenu auprès du pharmacien d'officine.

Le bras *témoin* (n=32) et le bras *conciliation de sortie* (n=32) étaient statistiquement comparables. Le taux de patients dont les traitements de fond proposés à la sortie sont renouvelés par le médecin traitant sans remodification a augmenté de 31,3% à 71,9% grâce à l'intervention (p<0,01 ; OR 5,6 ; IC95% 1,9-16,5). Les professionnels de santé de ville destinataires sont satisfaits.

Une transmission exhaustive, synthétique et sans délai des informations sur les traitements médicamenteux en sortie d'hospitalisation favorise la continuité de la prise en charge médicamenteuse. Le bénéfice des optimisations thérapeutiques est préservé au-delà de la sortie de l'hôpital, participant à la lutte contre l'iatrogénie. La conciliation médicamenteuse préalable sécurise la prise en charge médicamenteuse par correction des erreurs et assure la justesse des informations délivrées. A l'avenir, le DP et le DMP apparaissent comme des outils prometteurs de partage d'informations. Ces missions pharmaceutiques à haute valeur ajoutée, qui contribuent à la culture qualité de l'établissement de santé, doivent convaincre les directions hospitalières pour amener davantage de pharmaciens dans les unités de soins.

Membres du jury :

Président : Monsieur le Professeur Bertrand Décaudin

Assesseur(s) : Monsieur le Professeur Jean-Marc Chillon

Madame Carole Cuingnet

Madame le Docteur Rachèle Ciupa