

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 3 mai 2017
Par Mme OUDART Perrine**

**Elaboration d'un document de synthèse des modifications thérapeutiques
du sujet âgé en sortie d'hospitalisation.**

Un consensus sur le contenu entre pharmaciens hospitaliers et officinaux

Membres du jury :

Président : **Pr Bertrand DECAUDIN**, Pharmacien, Professeur des universités – Praticien hospitalier en pharmacie clinique Institut de Pharmacie du CHRU de Lille – Faculté de Pharmacie Université Lille 2

Assesseur(s) : **Pr François PUISIEUX**, Professeur des universités – Praticien hospitalier Médecine interne ; Gériatrie et biologie du vieillissement Médecine Interne et Gériatrie – Faculté de Médecine Université Lille 2–CHRU Lille

Dr Michel CUNIN, Médecin généraliste - Maître de stage des Universités

Dr Antoine LEFEBVRE - Directeur de thèse – Pharmacien, Praticien hospitalier –Centre Hospitalier Saint Philibert – GHICL. Groupe Hospitalier Institut Catholique de Lille

Membre extérieur : **Dr Patrice VIGIER**, Pharmacien d'officine – Conseill ordinal du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens - Maître de stage

Liste des Professeurs des Universités

| Civ. | NOM | Prénom | Laboratoire |
|------|--------------------|-----------------|---|
| M. | ALIOUAT | El Moukhtar | Parasitologie |
| Mme | AZAROUAL | Nathalie | Physique |
| M. | BERTHELOT | Pascal | Onco et Neurochimie |
| M. | CAZIN | Jean-Louis | Pharmacologie – Pharmacie clinique |
| M. | CHAVATTE | Philippe | ICPAL |
| M. | COURTECUISSÉ | Régis | Sciences végétales et fongiques |
| M. | CUNY | Damien | Sciences végétales et fongiques |
| Mme | DELBAERE | Stéphanie | Physique |
| M. | DEPREZ | Benoît | Laboratoire de Médicaments et Molécules |
| Mme | DEPREZ | Rebecca | Laboratoire de Médicaments et Molécules |
| M. | DUPONT | Frédéric | Sciences végétales et fongiques |
| M. | DURIEZ | Patrick | Physiologie |
| M. | FOLIGNE | Benoît | Bactériologie |
| M. | GARÇON | Guillaume | Toxicologie |
| Mme | GAYOT | Anne | Pharmacotechnie Industrielle |
| M. | GOOSSENS | Jean François | Chimie Analytique |
| M. | HENNEBELLE | Thierry | Pharmacognosie |
| M. | LEMDANI | Mohamed | Biomathématiques |
| Mme | LESTAVEL | Sophie | Biologie Cellulaire |
| M. | LUC | Gerald | Physiologie |
| Mme | MELNYK | Patricia | Onco et Neurochimie |
| M. | MILLET | Régis | ICPAL |
| Mme | MUHR – TAILLEUX | Anne | Biochimie |
| Mme | PAUMELLE-LESTRELIN | Réjane | Biologie Cellulaire |
| Mme | PERROY | Anne Catherine | Législation |
| Mme | ROMOND | Marie Bénédicte | Bactériologie |
| Mme | SAHPAZ | Sevser | Pharmacognosie |
| M. | SERGHÉRAERT | Eric | Législation |
| Mme | SIEPMANN | Florence | Pharmacotechnie Industrielle |
| M. | SIEPMANN | Juergen | Pharmacotechnie Industrielle |
| M | TARTAR | André | Laboratoire de Médicaments et Molécules |
| M. | WILLAND | Nicolas | Laboratoire de Médicaments et Molécules |

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 | ALIOUAT | Cécile Marie | Parasitologie |
| M. | ANTHERIEU | Sébastien | Toxicologie |
| Mme | AUMERCIER | Pierrette | Biochimie |
| Mme | BANTUBUNGI | Kadiombo | Biologie cellulaire |
| Mme | BARTHELEMY | Christine | Pharmacie Galénique |
| Mme | BEHRA | Josette | Bactériologie |
| M | BELARBI | Karim | Pharmacologie |
| M. | BERTHET | Jérôme | Physique |
| M. | BERTIN | Benjamin | Immunologie |
| M. | BLANCHEMAIN | Nicolas | Pharmacotechnie industrielle |
| M. | BOCHU | Christophe | Physique |
| M. | BORDAGE | Simon | Pharmacognosie |
| M. | BOSC | Damien | Laboratoire de Médicaments et Molécules |
| M. | BRIAND | Olivier | Biochimie |
| Mme | CACHERA | Claude | Biochimie |
| M. | CARNOY | Christophe | Immunologie |
| Mme | CARON | Sandrine | Biologie cellulaire |
| Mme | CHABÉ | Magali | Parasitologie |
| Mme | CHARTON | Julie | Laboratoire de Médicaments et Molécules |
| M | CHEVALIER | Dany | Toxicologie |
| M. | COCHELARD | Dominique | Biomathématiques |
| Mme | DANEL | Cécile | Chimie Analytique |
| Mme | DEMANCHE | Christine | Parasitologie |
| Mme | DEMARQUILLY | Catherine | Biomathématiques |
| Mme | DUMONT | Julie | Biologie cellulaire |
| Mme | DUTOUT-AGOURIDAS | Laurence | Onco et Neurochimie |
| M. | EL BAKALI | Jamal | Onco et Neurochimie |
| M. | FARCE | Amaury | ICPAL |
| Mme | FLIPO | Marion | Laboratoire de Médicaments et Molécules |
| Mme | FOULON | Catherine | Chimie Analytique |
| M. | FURMAN | Christophe | ICPAL |
| M. | GELEZ | Philippe | Biomathématiques |
| Mme | GENAY | Stéphanie | Pharmacie Galénique |
| M. | GERVOIS | Philippe | Biochimie |
| Mme | GOOSSENS | Laurence | ICPAL |
| Mme | GRAVE | Béatrice | Toxicologie |
| Mme | GROSS | Barbara | Biochimie |
| M. | HAMONIER | Julien | Biomathématiques |
| 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 | Onco et Neurochimie |
| Mme | LECOEUR | Marie | Chimie Analytique |
| Mme | LEHMANN | Hélène | Législation |
| Mme | LELEU-CHAVAIN | Natascha | ICPAL |
| Mme | LIPKA | Emmanuelle | Chimie Analytique |
| Mme | MARTIN | Françoise | Physiologie |
| M. | MOREAU | Pierre Arthur | Sciences végétales et fongiques |
| Mme | MUSCHERT | Susanne | Pharmacotechnie industrielle |
| Mme | NIKASINOVIC | Lydia | Toxicologie |
| Mme | PINÇON | Claire | Biomathématiques |
| M. | PIVA | Frank | Biochimie |
| Mme | PLATEL | Anne | Toxicologie |
| M. | POURCET | Benoît | Biochimie |
| M. | RAVAUX | Pierre | Biomathématiques |
| Mme | RAVEZ | Séverine | Onco et Neurochimie |
| Mme | RIVIERE | Céline | Pharmacognosie |
| Mme | ROGER | Nadine | Immunologie |
| M. | ROUMY | Vincent | Pharmacognosie |
| Mme | SEBTI | Yasmine | Biochimie |
| Mme | SINGER | Elisabeth | Bactériologie |
| Mme | STANDAERT | Annie | Parasitologie (80%) |
| M. | TAGZIRT | Madjid | Hématologie |
| M. | VILLEMAGNE | Baptiste | Laboratoire de Médicaments et Molécules |
| M. | WELTI | Stéphane | Sciences végétales et fongiques |
| M. | YOUS | Saïd | Onco et Neurochimie |
| M. | ZITOUNI | Djamel | Biomathématiques |

Professeurs Agrégés

| Civ. | NOM | Prénom | Laboratoire |
|------|------------|---------|-------------|
| Mme | MAYES | Martine | Anglais |
| M. | MORGENROTH | Thomas | Législation |

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 |
|------|-----------|------------|----------------------------------|
| M. | BRICOTEAU | Didier | Biomathématiques |
| Mme | CUCCHI | Malgorzata | Biomathématiques |
| M. | FRIMAT | Bruno | Pharmacie Clinique |
| M. | GILLOT | François | Droit et Economie pharmaceutique |
| M. | MASCAUT | Daniel | Pharmacie Clinique |
| M. | ZANETTI | Sébastien | Biomathématiques |
| M. | BRICOTEAU | Didier | 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 mon président de thèse,

Monsieur le Professeur Bertrand DECAUDIN

Pharmacien, Professeur des universités – Praticien hospitalier en pharmacie clinique

Institut de Pharmacie du CHRU de Lille – Faculté de Pharmacie de Lille

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, et d'y avoir activement participé lors des réunions organisées. Je vous remercie de m'avoir apporté votre expérience et vos précieux conseils. Merci pour l'ensemble des enseignements que vous m'avez transmis tout au long de mes études. Qu'il me soit permis ici de vous exprimer mon profond respect et mes sincères remerciements.

Aux membres de mon jury,

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Professeur des universités – Praticien hospitalier Médecine interne, Gériatrie et
biologie du vieillissement Médecine Interne et Gériatrie – Faculté de Médecine – Lille

Chef de service à l'Hôpital Gériatrique « Les Bateliers » – CHRU Lille

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail, en apportant votre expérience de gériatre. Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury, soyez assuré de ma plus sincère reconnaissance et de toute mon estime.

Monsieur le Docteur Michel CUNIN,

Médecin généraliste - Maître de stage des Universités

Votre soutien et votre aide tout au long de ce travail ont contribué pleinement à l'aboutissement du projet. En acceptant d'animer les groupes nominaux, vous m'avez permis d'avoir une étude de qualité et je vous en suis très reconnaissante. Je vous remercie de vos précieux conseils et de votre implication. Veuillez trouver l'expression de mes remerciements les plus sincères.

Monsieur le Docteur Patrice Vigier,

Pharmacien d'officine – Titulaire de la Pharmacie de l'Abbaye à Marquette Lez Lille -
Conseiller ordinal du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens Nord - Pas de
Calais - Maître de stage

Merci pour votre accueil au sein de votre officine durant mon stage. Vous avez su m'accompagner et me soutenir tout au long de ces 6 mois pour me permettre d'exercer aujourd'hui un métier que j'aime. Aujourd'hui j'ai la chance de travailler à vos côtés et je vous remercie de la confiance que vous m'accordez. Soyez assuré de mon plus profond respect.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Antoine Lefebvre,

Pharmacien, Praticien hospitalier –Centre Hospitalier Saint Philibert – GHICL.
Groupe Hospitalier Institut Catholique de Lille

Je te remercie pour m'avoir fait découvrir la conciliation médicamenteuse pendant mon externat et de m'avoir proposé ce beau projet. Un grand merci pour tes précieux conseils, ton investissement, ta disponibilité, ta patience et ta gentillesse tout au long de ce travail. Tu as su m'accompagner et me guider. J'ai de la chance, et je suis fière de t'avoir comme directeur de thèse, sincèrement merci.

A tous ceux qui ont participé à la réussite de ce projet,

Au Docteur Emmanuel FLORET, je vous remercie pour votre accueil au sein de votre équipe à la pharmacie de l'hôpital St Philibert durant mon externat. Un grand merci pour vos conseils avisés, vos relectures et votre gentillesse. Soyez assurés de mon plus profond respect.

Au Docteur Fabien VISADE, merci pour ton implication, ton aide et ton soutien dans ce projet. Merci de m'avoir fait découvrir la conciliation médicamenteuse dans le service de gériatrie de l'hôpital St Philibert.

Au Docteur **Céline DELECLUSE**, merci pour ta gentillesse, ton soutien et ta présence à l'ensemble des réunions.

Au Professeur Jean – Marc Lefebvre, je vous remercie pour nous avoir aidé dans le recrutement des pharmaciens des groupes nominaux. Merci d'avoir pris le temps de nous recevoir pour nous apporter votre expérience.

A l'ensemble des pharmaciens officinaux et hospitaliers qui ont accepté de participer à cette étude, merci. Votre bonne humeur et votre intérêt porté à notre étude fut essentielle à la réussite de celle-ci.

A Matthieu et Ked, merci pour votre aide et votre soutien. Je suis heureuse d'avoir fait votre connaissance à travers ce projet commun.

Je dédie cette thèse,

A mon père,

Tu as toujours cru en moi et tu m'as toujours soutenue dans mes choix, sincèrement merci. Tu as su me transmettre tes valeurs et ta joie de vivre. Je suis fière d'être ta fille, et de t'avoir à mes côtés, je t'aime.

A Timothée,

Merci d'avoir été à mes côtés durant ces 6 années d'études et d'avoir cru en moi. Merci de m'avoir supporté et motivé quand j'en avais besoin. Je t'aime « patate ».

A mon frère Anthony,

Merci pour ton soutien durant mes études. Même si je ne te l'ai jamais réellement exprimé je suis fière de ta réussite et de t'avoir comme petit frère.

A Sabra,

Tu as toujours été là pour moi, tu es mon soutien permanent et pour ça je te remercie sincèrement. Merci de ton écoute, ta gentillesse et ta bienveillance. Dix ans d'amitié infaillible qui ne sont pas prêtes de s'arrêter. Sache que je serais toujours là pour toi.

A ma famille et belle famille, merci de votre soutien durant mes études.

A mes grands-pères, qui ne sont plus là mais qui seraient sûrement heureux et fiers. Je pense très fort à eux.

A Emeline,

Merci d'avoir été là depuis le début de mes études. Ton soutien et tes petits gâteaux pendant mes révisions et mes examens ont été indispensables à ma réussite.

A mes amis de la team pharma : Cédric, Ségolène, Anne Cécile, Juliette, Alice, Lea, Valentine, Delphine. Merci pour ces années de folies et ces bons moments passés ensemble sur les bancs de la fac et ailleurs ... et qui continuent !

Céline, Maxime, merci pour vos conseils et d'avoir pris le temps pour relire cette thèse.

Aux équipes qui m'ont soutenu pendant mon cursus,

A l'équipe de la pharmacie des Halles, merci d'avoir été à mes côtés lors de mes premiers pas au comptoir, j'ai appris beaucoup de choses à vos côtés. J'ai passé deux années formidables avec vous.

A l'équipe de la pharmacie Vigier, merci pour votre accueil au sein de votre équipe pour la dernière ligne droite. Merci pour votre gentillesse, vos précieux conseils et votre soutien. Je suis heureuse aujourd'hui de travailler à vos côtés.

A l'équipe de la pharmacie Basquin et Boitel, j'ai passé 6 mois merveilleux à vos côtés. Ce fût une belle rencontre, restez comme vous êtes, je vous adore.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| I. Introduction | 1 |
| A. Généralités | 1 |
| 1. Contexte International..... | 1 |
| 2. La conciliation médicamenteuse..... | 2 |
| a) La conciliation médicamenteuse d'entrée..... | 2 |
| b) La conciliation médicamenteuse de sortie..... | 4 |
| 3. Contexte national..... | 5 |
| B. Exemple d'un processus d'optimisation de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé | 7 |
| 1. Présentation du processus | 7 |
| 2. Conciliation médicamenteuse d'entrée..... | 8 |
| 3. Réunion de concertation pluridisciplinaire médicamenteuse..... | 11 |
| 4. Conciliation médicamenteuse de sortie..... | 13 |
| C. Objectifs de l'étude..... | 15 |
| II. Matériels et méthodes | 17 |
| A. Méthode..... | 17 |
| 1. Définir la question posée | 17 |
| 2. Choix de la méthode..... | 17 |
| B. Matériel | 18 |
| 1. La Pré-soirée | 18 |
| 2. La Première soirée | 19 |
| 3. L'entre deux soirées | 20 |
| 4. La deuxième soirée | 20 |
| III. Les résultats | 22 |
| A. Présentation des idées relevées | 23 |
| 1. L'énumération des idées..... | 23 |
| 2. La reformulation des idées | 27 |
| 3. Le vote et le classement des idées..... | 32 |
| 1.Motif d'hospitalisation et la date..... | 33 |
| B. Analyse des résultats..... | 37 |
| 1. Idées prioritaires | 37 |
| 2. Idées très importantes | 37 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 3. | Idées importantes | 37 |
| 4. | Idées secondaires..... | 38 |
| 5. | Idées accessoires | 38 |
| C. | Mode de transmission du document de synthèse des modifications thérapeutiques | 38 |
| IV. | Discussion..... | 40 |
| A. | Choix de la méthode..... | 41 |
| 1. | Avantages..... | 42 |
| 2. | Inconvénients..... | 43 |
| B. | Apports de l'étude | 44 |
| 1. | Optimisation du lien hôpital - ville | 44 |
| 2. | Une meilleure PECM du patient lors de sa sortie d'hospitalisation | 45 |
| 3. | Pour le pharmacien officinal | 46 |
| a) | Difficultés rencontrées lors de la sortie d'hospitalisation d'un patient..... | 46 |
| b) | Apport du document de synthèse des modifications thérapeutiques pour le pharmacien officinal | 48 |
| c) | La place du Dossier Pharmaceutique..... | 50 |
| 4. | Pour le pharmacien hospitalier | 50 |
| C. | Limite de l'étude | 51 |
| 1. | Un nombre de participants limités | 51 |
| 2. | Non représentativité de la population générale. | 51 |
| D. | Perspectives..... | 51 |
| 1. | Perspectives sur le plan local. | 51 |
| 2. | Perspectives Nationales. | 53 |
| 3. | Optimisation de la transmission du document de synthèse des modifications thérapeutiques. | 53 |
| V. | Conclusion..... | 56 |

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Nature des erreurs médicamenteuses (selon la classification de la SFPC 2013) | 9 |
| Tableau 2 : Classification de la gravité des EM (d'après le SFPC 2013) | 9 |
| Tableau 3 : Liste des experts participant au groupe nominal..... | 22 |
| Tableau 4 : Liste des idées énumérées répondant à la question posée..... | 23 |
| Tableau 5 : Reformulation des idées..... | 28 |
| Tableau 6 : Liste des idées reformulées après discussion | 29 |
| Tableau 7 : Classement des idées par rang de puissance | 33 |
| Figure 1 : Histogramme des résultats | 36 |
| Tableau 8 : Mode de transmission idéal du document de synthèse des modifications thérapeutiques..... | 39 |

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 = Fiche de recueil des données administratives et médicales du patient

Annexe 2 = Bilan médicamenteux optimisé

Annexe 3 = Formulaire informatisé du compte - rendu des réunions de concertation pluridisciplinaire médicamenteuse.

Annexe 4 = Plan de prise dispensé au patient

Annexe 5 = Courrier d'invitation

Annexe 6 = Feuille de génération des idées

Annexe 7 = Feuille de vote

Annexe 8 = Version finale du document de synthèse des modifications thérapeutiques

LISTE DES ABREVIATIONS

ASIP = Agence nationale des systèmes d'informations partagés de santé

BMO = Bilan médicamenteux optimisé

CM = Conciliation médicamenteuse

DCI = Dénomination commune internationale

DGOS = Direction générale de l'offre de soins

DNI = Divergences non intentionnelles

DP = Dossier Pharmaceutique

EM = Erreur médicamenteuse

EPHAD = Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

GHICL = Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille

GN = Groupe Nominal

MG = Médecin Généraliste

MiSS = Messagerie immédiate sécurisée de santé

MPI = Médicaments potentiellement inappropriés

OMEDIT = Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation
Thérapeutique

PHMEV = Prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville.

PO = Pharmacien Officiel

RCPM = Réunion de concertation pluridisciplinaire médicamenteuse

I. Introduction

A. Généralités

La iatrogénie médicamenteuse constitue une préoccupation de santé publique majeure en France et dans le monde, tout particulièrement chez les personnes âgées.

La sécurité des patients hospitalisés est une priorité en France. En effet, 6 à 10% des admissions hospitalières journalières seraient dues à la iatrogénie médicamenteuse, intéressant plus d'un million de patients par an (1). Le ministère des affaires sociales et de la santé démontre même que les médicaments sont à l'origine de 40% des événements indésirables graves évitables en 2009, et expliquent 1,3% des hospitalisations par an, représentant 100 000 à 120 000 personnes.(2)

C'est dans ce contexte que se sont mis en place des plans d'actions au niveau international et national afin de réduire le risque iatrogène chez les personnes âgées. Au cours de cette première partie, ces différentes actions seront présentées puis, un exemple d'application au niveau local au sein d'un établissement, le centre hospitalier Saint Philibert du Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille (GHICL) sera décrit. Cette première partie se conclura par la présentation de l'étude et de ses objectifs.

1. Contexte International

L'organisation mondiale de la santé coordonne, depuis 2007 le projet High Five dont l'objectif est de réduire de façon pérenne et mesurable des événements indésirables majeurs et évitables liés à la sécurité du patient.

Le nom High Five fait référence à la volonté de réduire cinq problèmes fréquents de sécurité pour le patient durant une période de cinq ans dans cinq pays. Parmi ces cinq problèmes, la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soin, ainsi que la prévention des erreurs de communication au cours du transfert des patients sont mentionnées. (3,4)

La conciliation médicamenteuse (CM) est un processus formalisé, structuré, pluri-professionnel, et interactif. L'ensemble des professionnels de santé et l'entourage du patient communiquent pour transmettre des informations exhaustives et fiables concernant les traitements médicamenteux du patient aux points de transition de son parcours de soin. La CM, en intégrant les traitements médicamenteux en cours du patient à une nouvelle prescription, participe activement à la continuité de la prise en charge médicamenteuse.

2. La conciliation médicamenteuse

La conciliation médicamenteuse est une activité relativement récente en France car les premiers centres ont moins de dix ans d'ancienneté (5). Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses, potentiellement iatrogènes, en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur l'état du traitement médicamenteux du patient entre professionnels de santé. Elle intervient aux points de transition de son parcours de soins, que sont notamment l'admission au sein d'un service de soins hospitalier, les transferts entre services de soins et la sortie d'hospitalisation (6). Elle contribue à la maîtrise des dépenses de santé par la diminution des coûts associés à la iatrogénie médicamenteuse (5).

a) La conciliation médicamenteuse d'entrée

La conciliation médicamenteuse à l'admission, est un processus interactif et pluri-professionnel qui garantit la continuité des soins en intégrant à la primo-prescription hospitalière le recueil des thérapeutiques du patient à son domicile. (5)

Lors de l'admission, le nombre de patients victimes d'au moins une erreur médicamenteuse entre leur traitement à l'admission et leur traitement habituel varie de 3,4% à 97% (7). Des études montrent qu'une partie des divergences constatées lors de l'admission sont résolues grâce aux médecins et infirmiers du service mais qu'environ 30% des erreurs médicamenteuses persistent lorsque la conciliation médicamenteuse d'entrée n'est pas appliquée. (8,9)

La conciliation des traitements médicamenteux est un processus formalisé qui intègre, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle. (5)

Il existe deux modes de conciliation médicamenteuse d'entrée : le mode proactif et le mode rétroactif.

La conciliation est dite proactive lorsque la liste des médicaments est établie avant la rédaction de la première ordonnance hospitalière post admission. Ce type de conciliation médicamenteuse d'entrée permet la prévention des erreurs médicamenteuses.

La conciliation est dite rétroactive lorsque que la liste des médicaments est établie après la rédaction de la première ordonnance post admission. Ce type de conciliation médicamenteuse permet d'intercepter les erreurs médicamenteuses dues à une mauvaise communication entre la ville et l'hôpital et permet ainsi d'éviter la survenue d'évènements indésirables graves. (10)

Il s'agit donc dans un premier temps d'établir une liste exhaustive des thérapeutiques médicamenteuses du patient en croisant les différentes sources d'informations (médecin traitant, pharmacien d'officine, dernières ordonnances, entretien avec le patient et/ou son entourage, courriers médicaux, infirmière à domicile, dossier pharmaceutique...)

Il a été démontré que le fait de croiser trois sources d'informations telles que des entretiens avec le patient, le pharmacien d'officine référent et le médecin traitant permet d'obtenir une complétude de la liste de 94,1% (11)

Dans un second temps, l'ensemble des informations recueillies permet d'établir le Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO).

Une analyse pharmaceutique du BMO est effectuée après sa finalisation. Il est ensuite comparé à la primo-prescription hospitalière par le pharmacien afin de détecter d'éventuelles divergences entre le traitement habituel du patient à son domicile et le traitement prescrit à l'admission dans le service de soins. Les divergences sont ensuite qualifiées en divergences intentionnelles (modifications thérapeutiques en lien avec l'état clinique du patient) ou non intentionnelles (par méconnaissance du prescripteur hospitalier du traitement habituel du patient) par le médecin hospitalier prenant en charge le patient.

Une étude a été menée par l'hôpital de Lunéville de janvier 2011 à septembre 2012 afin d'évaluer l'impact clinique de la CM d'entrée. Au cours de cette période, 1799 erreurs médicamenteuses ont été enregistrées parmi les 1670 patients soumis à la conciliation médicamenteuse lors de leur admission dans le service des urgences. Au moins une erreur médicamenteuse était survenue pour 744 patients (44,6%). Il y avait 87 erreurs médicamenteuses associées à une gravité potentielle majeure (5,6%) concernant 67 patients (4,2%). La détection des divergences non intentionnelles (DNI) potentiellement graves montre l'intérêt clinique de la conciliation médicamenteuse. (12)

La CM d'entrée aboutit à la rédaction d'une nouvelle prescription garantissant la continuité du traitement médicamenteux du patient. Il est cependant indispensable que la sortie d'hospitalisation soit tout aussi sécurisée afin d'assurer la continuité entre l'hôpital et la ville lors du retour du patient au sein de son lieu de vie.

b) La conciliation médicamenteuse de sortie

La CM de sortie est un processus interactif qui garantit la continuité du traitement médicamenteux lors du retour à domicile du patient hospitalisé par transmission en temps utile d'une information validée et fiable au médecin généraliste (MG), au pharmacien d'officine (PO) et au patient qui reste au centre de sa prise en charge (5)

La sortie d'hospitalisation est une étape à risque. En effet, le nombre de patients victimes d'au moins une erreur médicamenteuse lors de cette étape varie de 25 à 80%. (13)

La CM de sortie a pour but d'établir l'état du traitement médicamenteux de sortie en croisant le BMO, la dernière prescription hospitalière et le courrier de sortie.

Elle aboutit à la rédaction d'un document sur l'état des thérapeutiques médicamenteuses lors de la sortie en insistant sur les modifications thérapeutiques issues de l'hospitalisation. Un entretien avec le patient, ou son aidant si ses capacités cognitives ne le permettent pas, est organisé avec le pharmacien hospitalier le jour de la sortie afin d'expliquer le traitement de sortie en insistant sur les modifications faites lors de l'hospitalisation. Cette CM de sortie contribue à une meilleure information du patient et de son entourage ainsi qu'au bon usage du médicament.

Cette CM de sortie a pour objectif d'aider le patient à mieux comprendre son traitement afin qu'il comprenne l'intérêt et les modalités de prise des médicaments de son ordonnance. Cela contribue à améliorer l'observance.

La CM de sortie doit permettre également aux MG et aux PO d'assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse de leurs patients en ville.

3. Contexte national

Au niveau national, l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins sont l'une des priorités de santé publique. De nombreuses actions ont été menées afin de sécuriser le parcours de soins des patients sur le territoire français.

Un Manuel de certification des établissements de santé est établi depuis 1999 et mis à jour régulièrement par la Haute Autorité de santé (HAS) (14). Cette certification est inscrite à l'article L6113-3 du Code de Santé Publique et concerne tous les établissements de santé publics et privés (15). Des critères fondamentaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ont été identifiés.

L'une d'entre elles concerne le management de la prise en charge médicamenteuse notamment chez le sujet âgé.

La loi Hôpital, Patient, Santé et territoire (HPST) du 21 juillet 2009 présente comme l'un de ses objectifs, l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse aux points de transition. (16)

La France intègre le projet « High Five » en 2009 via la mise en place du projet SOP Med'Rec (Standard Operating Protocol Medication Reconciliation) (17) qui vise à prévenir et corriger les erreurs médicamenteuses, dues à une mauvaise communication entre les professionnels de santé, survenant aux différents points de rupture dans le parcours de soins du patient. Ces points de rupture sont l'admission, le transfert entre différents services de soins et la sortie du patient de l'hôpital.

Dans le cadre de ce projet, la HAS a mandaté l'OMEDIT Aquitaine pour l'accompagnement de huit établissements de santé français dans la mise en œuvre et l'évaluation du SOP Med'Rec. Le centre hospitalier de Lunéville est l'un des sites pilotes retenus en 2009 par la HAS.

L'arrêté RETEX du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé impose une étude des risques encourus par les patients à chaque étape de la prise en charge médicamenteuse (événement indésirable, erreur médicamenteuse, dysfonctionnement). (18)

Le décloisonnement et le travail en équipe sont des objectifs prioritaires mentionnés dans le Programme National pour la Sécurité des Patients (PNSP) de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en 2013. (19)

L'ordonnance 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur impose aux pharmacies hospitalières de mener des actions de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence, à l'efficacité du recours aux produits de santé et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins et en y associant le patient. (20)

L'ensemble de ces initiatives a pour objectif de prévenir les erreurs médicamenteuses pouvant avoir des répercussions potentiellement graves surtout chez les patients âgés, plus fragiles.

B. Exemple d'un processus d'optimisation de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé

1. Présentation du processus

La conciliation médicamenteuse s'est mise en place au sein du centre hospitalier Saint Philibert du GHICL en 2014. Une priorisation a été effectuée vers les services de gériatrie en raison de ressources limitées ne permettant pas la prise en charge de l'ensemble des patients des services de soins de l'établissement.

Les services de gériatrie ont été ciblés car les personnes âgées constituent une population à risque. Elles sont généralement plus fragiles, très souvent polymédiquées et présentent des comorbidités (21,22). Ces facteurs expliquent leur sensibilité plus accrue aux effets indésirables de certains médicaments et à la iatrogénie médicamenteuse en général (23).

C'est également dans les services de gériatrie que le taux d'effets indésirables d'origine médicamenteuse est le plus important (10.8%, IC95% 4.4 – 17.3%), comparé aux autres services de médecine (24)

Cette activité de conciliation médicamenteuse entre dans le cadre d'un processus d'optimisation de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé afin de lutter contre la iatrogénie du sujet âgé. Ce processus s'applique au sein du pôle gériatrique du centre hospitalier Saint Philibert du GHICL qui comprend le service de médecine interne et de pathologie du vieillissement, le service de court séjour gériatrique et le service de soins de suite et de réadaptation.

Il comporte une conciliation médicamenteuse à l'admission du patient, une présentation du dossier du patient en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire Médicamenteuse (RCPM) et une conciliation médicamenteuse lors de la sortie d'hospitalisation.

2. Conciliation médicamenteuse d'entrée

La CM d'entrée commence par l'établissement de la fiche de recueil des données administratives et médicales du patient par l'équipe pharmaceutique (annexe 1). Les données clinico-biologiques sont extraites du dossier patient informatisé (DPI).

L'équipe pharmaceutique procède ensuite à un entretien avec le patient. Si son état clinique ne le permet pas et si c'est envisageable, l'entretien se fait avec l'aidant du patient ou un membre de son entourage. L'objectif principal de cet entretien est de définir les modalités de la prise en charge médicamenteuse au sein du lieu de vie du patient (autonomie thérapeutique, aide familiale ou professionnelle pour la prise des médicaments). En cas d'autonomie totale ou partielle dans la prise des médicaments, l'entretien permettra d'évaluer l'observance thérapeutique à partir d'une discussion avec le patient suivant la trame du score de Gireard. L'entretien se termine si possible par la recherche d'informations complémentaires auprès du patient sur le recueil de son traitement habituel. Les coordonnées de la pharmacie d'officine sont également demandées au patient.

Le recueil exhaustif de l'ensemble des médicaments pris ou à prendre couramment par le patient avant son hospitalisation précisant molécules, dosages, posologies, formes galéniques et voies d'administration est obtenu suite au croisement des différentes sources d'informations utilisées. Le BMO (annexe 2) validé par un pharmacien, est ensuite comparé à la primo-prescription hospitalière. En partenariat avec le médecin sénior prenant en charge le patient, les DNI relevées sont ensuite codées en erreurs médicamenteuses (EM) selon la classification de la Société Française de Pharmacie clinique (SFPC) de 2013 en fonction de leur nature et de leur gravité (tableau 1 et 2) (25)

Le dossier de conciliation médicamenteuse d'entrée alors complet est validé et signé par un pharmacien et par un médecin sénior.

Les principales erreurs médicamenteuses relevées sont l'omission d'une thérapeutique (72%), suivi *ex aequo* par l'erreur de posologie et l'ajout de traitement (13%) (26). Les médicaments cardiovasculaires et les agents anti thrombotiques sont les médicaments les plus souvent impliqués dans les erreurs interceptées. (6)

Tableau 1 : Nature des erreurs médicamenteuse (selon la classification de la SFPC 2013) (25)

| |
|---------------------------------|
| Erreur de forme |
| Erreur par omission |
| Erreur de médicament |
| Erreur de moment de prise |
| Erreur de surdosage |
| Erreur de sous-dosage |
| Erreur de durée de traitement |
| Erreur de voie d'administration |
| Erreur de patient |

Tableau 2 : Classification de la gravité des EM (d'après le SFPC 2013) (25)

| Gravité | Définition |
|-----------------------|---|
| Erreur mineure | EM sans conséquence pour le patient |
| Erreur significative | EM avec surveillance indispensable pour le patient mais sans conséquence clinique |
| Erreur majeure | EM avec conséquences cliniques temporaires pour le patient |
| Erreur critique | EM avec des conséquences cliniques permanentes pour le patient |
| Erreur catastrophique | EM avec une mise en jeu du pronostic vital ou décès du patient |

La CM d'entrée est particulièrement bénéfique pour le patient âgé. Dans l'étude de Gleason et al, le taux de patients ayant au moins une erreur médicamenteuse chez les plus de 65 ans est estimé à 50% contre 33,8% chez les patients de 46 à 64 ans et 21,4% chez les patients de moins de 45 ans (27). De plus, cette étude montre que les patients de plus de 65 ans ont deux fois plus de risque de présenter un effet indésirable iatrogène (OR = 2.17, IC95% 1.09-4.30).

Le bilan du projet « Med'Rec » mené entre 2010 et 2014 montre que 21 320 EM ont été interceptées et corrigées chez 22 863 patients de plus de 65 ans hospitalisés après passage aux urgences dans huit établissements de santé. En moyenne, une EM et un changement de traitement non documenté ont été constatés par patient ayant bénéficié de la conciliation lors de son admission. Enfin, 46 188 situations à risque ont été gérées grâce à la CM chez 27 447 patients conciliés à leur admission dans neuf établissements. Dans son bilan, la HAS estime que 5% d'entre eux (environ 1000) auraient pu voir des conséquences cliniques graves. (6)

Au sein du GICHL, un premier bilan a été réalisé après 5 mois d'activité (28). Au cours de cette période, au moins une divergence non intentionnelle a été relevée chez 38% des patients ayant bénéficié de la CM d'entrée. Parmi celles-ci, 76.5% étaient des erreurs mineures, 23.5% significatives selon la classification de la SFPC. Elles concernaient des omissions de médicament (58.8%), des sous dosages (14.7%), des surdosages (11.8%), des confusions de médicaments (8.8%) ou des erreurs de modalités de prise (5.9%). Les médicaments touchés appartenaient aux classes thérapeutiques du système cardiovasculaire (29%), des organes sensoriels (17%) et du système nerveux (14%).

Parallèlement à l'activité de CM, une révision des thérapeutiques médicamenteuses du patient prises ou à prendre à son domicile a été instaurée au cours de réunions de concertation pluridisciplinaire médicamenteuse (RCPM).

3. Réunion de concertation pluridisciplinaire médicamenteuse

Au-delà d'une « simple » comparaison des traitements entre la maison et l'hôpital, ces RCPM permettent l'analyse de la pertinence du traitement médicamenteux pris par le patient au regard des diverses recommandations. Il s'agit d'une approche multidisciplinaire concrète combinant la double expertise médecin-pharmacien clinicien, et s'avère nécessaire par souci d'amélioration de la lutte contre la iatrogénie du sujet âgé. (29)

Les outils validés les plus couramment utilisés sont les critères Stopp/Start (30), la liste Laroche (22), le guide Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées PAPA, Vidal Hoptimal®, le site GPR néphro® ou encore le site Pim-Check®.

Les critères dits Stopp/Start constituent une échelle décisionnelle thérapeutique établie au Royaume-Uni par des experts gériatres et pharmacologues cliniciens (30). Elle cible les médicaments les plus couramment prescrits en gériatrie.

Son objectif est d'aider au repérage des médicaments inappropriés (interactions médicamenteuses et effets indésirables notables) en proposant des éventuelles alternatives thérapeutiques ; ainsi que des omissions de prescriptions de médicaments considérés comme indispensables au regard de la situation clinique.

La liste Laroche établit la liste des médicaments potentiellement inappropriés par leur rapport bénéfices/risques défavorable au regard d'autres solutions thérapeutiques et/ou en raison d'une efficacité douteuse (22). Cette liste peut être employée comme un guide de prescription médicamenteuse en gériatrie dans les situations cliniques courantes. Elle sert fréquemment de base à des études épidémiologiques sur la qualité de la prescription médicamenteuse en gériatrie.

La Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) et le Conseil National Professionnel de Gériatrie (CNP de Gériatrie) ont élaboré un guide intitulé Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées PAPA.

Il regroupe 42 fiches de « bonne prescription médicamenteuse » adaptées aux personnes âgées de 75 ans et plus quel que soit leur lieu de vie (domicile, Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)) destiné au corps médical, et plus particulièrement des gériatres, médecins coordonnateurs d'EHPAD mais aussi aux pharmaciens.

Le Vidal Hoptimal® constitue une source d'informations complémentaires par la mise à disposition des monographies des médicaments et son application Vidal Recos® sur les recommandations thérapeutiques par pathologie. Cet outil a l'avantage d'être régulièrement mis à jour.

Le site GPR néphro® propose divers outils permettant le bon usage clinique du médicament notamment dans le contexte particulier de l'adaptation posologique chez le patient atteint d'insuffisance rénale. Il est élaboré par des experts néphrologues, internistes et pharmaciens cliniciens.

Pim-Check® est un outil en ligne d'aide à la prescription médicamenteuse afin de réduire les prescriptions inappropriées en médecine interne. Il est le fruit d'un travail collaboratif entre internistes et pharmaciens cliniciens.

L'ensemble de ces outils peut être consulté soit lors de la préparation des dossiers présentés en RCPM (pré-analyse), soit au cours de celle-ci. L'expertise finale de la PECM du patient est basée sur une décision collégiale prise par les acteurs de la RCPM.

Ces RCPM participent activement à la prévention de la iatrogénie du sujet âgé.

Au sein de l'hôpital St Philibert, cette RCPM a été instaurée chaque semaine et est composée de gériatres, pharmaciens, infirmiers, internes et externes des services de gériatrie et de la pharmacie. Les dossiers des patients présentés lors de ces RCPM sont choisis après discussion entre médecins et pharmaciens. Les patients ciblés sont ceux pour lesquels des modifications thérapeutiques majeures sont envisagées et dont la sortie est imminente (moins de trois jours après la RCPM) afin de minimiser le risque de modifications thérapeutiques notables avant la sortie d'hospitalisation.

La RCPM est préparée en amont par l'équipe pharmaceutique. Un premier repérage des médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez la personne âgée est effectué au sein du traitement médicamenteux des patients faisant l'objet de la RCPM.

L'analyse du dossier est éventuellement orientée par le gériatre en charge du patient afin de répondre à d'éventuelles interrogations qui seront débattues au cours de la RCPM (modalités d'un arrêt ou d'un changement de psychotropes par exemple).

Un compte rendu est établi suite à cette RCPM sous la forme d'un document établi par les gériatres et les pharmaciens. Il est disponible et archivé directement dans le DPI. (Annexe 3)

Une étude a été menée au sein de l'établissement afin d'évaluer l'impact des RCPM. Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective faite à partir des comptes rendus des RCPM réalisées de mi-avril à mi-juillet 2015, sur 15 critères permettant d'évaluer l'organisation de ces RCPM et leur impact sur la prise en charge médicamenteuse (PECM). Cette étude montre qu'en moyenne les traitements médicamenteux sont composés de 7,7 médicaments dont 1,2 inappropriés et qu'après les RCPM, les traitements médicamenteux de sortie sont composés de 10,5 médicaments dont 0,2 inappropriés. Celle-ci a démontré que ces RCPM semblent réduire le nombre de médicaments inappropriés mais pas le nombre total de médicaments à la sortie (31). Ceci s'explique notamment par l'instauration de médicaments de courte durée pour traiter une pathologie aiguë. La RCPM en synergie avec la conciliation médicamenteuse consolide donc l'acte de réévaluation pluridisciplinaire de la prescription médicamenteuse. Les liens entre les équipes médicales, soignantes et pharmaceutiques sont ainsi renforcés.

4. Conciliation médicamenteuse de sortie

L'objectif de la dernière étape de ce processus est la sécurisation de la sortie d'hospitalisation du patient âgé par la transmission d'une information fiable sur le traitement médicamenteux de sortie au patient, au MG et au PO.

Le jour de la sortie du patient, l'équipe pharmaceutique établit un document destiné aux professionnels de santé de ville : MG et PO du patient reprenant l'ensemble des modifications thérapeutiques effectuées au cours de l'hospitalisation.

Ce document est rédigé à partir du compte-rendu de la RCPM auquel sont intégrées les éventuelles dernières modifications thérapeutiques effectuées à posteriori de cette RCPM. Il est ensuite adjoint au courrier de sortie destiné au MG et adressé par télécopie au PO.

La CM de sortie comprend également un entretien pharmaceutique préalable à la sortie d'hospitalisation afin d'informer le patient sur l'état de son traitement de sortie. Le pharmacien lui expose les informations et conseils de bon usage des médicaments en insistant sur ceux nouvellement introduits et ceux ayant fait l'objet d'un éventuel évènement iatrogène. Un plan de prise reprenant les médicaments introduits, renouvelés, modifiés et arrêtés est également dispensé (annexe 4). Si le patient n'est pas en mesure de suivre cet entretien, celui-ci peut être mené auprès de sa personne de confiance ou de son entourage proche. Le plan de prise peut également être transmis au professionnel de santé chargé de suivre l'administration des médicaments au sein de son lieu de vie.

En 2014, une étude a évalué la connaissance des patients d'un service gériatrique du GHICL sur les modifications de leur traitement effectuées au cours de l'hospitalisation (32). Cette étude faisait suite à l'enquête de satisfaction I-SATIS 2013 démontrant une insatisfaction des patients de l'établissement sur l'information reçue quant aux nouveaux médicaments introduits lors de leur hospitalisation. 87% des patients inclus dans l'étude ont affirmé n'avoir reçu aucune information sur les modifications de leur traitement effectuées au cours de l'hospitalisation. Ces résultats ainsi que le manque d'exhaustivité du recueil du traitement médicamenteux au domicile justifiaient le besoin de mettre en place une conciliation médicamenteuse complète (à l'admission et à la sortie des patients).

La sortie d'hospitalisation est une étape délicate et risquée. En effet, plusieurs études ont démontré que le pourcentage de patients confrontés à au moins une EM était supérieur lors de la sortie d'hospitalisation comparée à l'admission au sein du service de soins : 41% vs 38%, et 84,2% vs 33,7%. (33, 34).

Même si toutes les erreurs médicamenteuses ne sont pas à l'origine d'effets secondaires, la plupart des événements indésirables potentiels d'origine médicamenteuse surviendraient à la sortie d'hospitalisation (75%) plutôt qu'à l'admission (25%) (35).

La sortie d'hospitalisation est une étape à haut risque notamment iatrogène pour le patient âgé. C'est sur cette étape clé que l'étude se positionne.

Le programme national pour la sécurité des patients mentionne des éléments relatifs au séjour du patient qui doivent être obligatoirement repris dans le document de sortie à adresser au MG lors de la sortie d'hospitalisation : le motif d'hospitalisation, la synthèse médicale du séjour, les actes techniques, examens complémentaires ou biologiques, les traitements médicamenteux et les événements indésirables survenus au cours du séjour ainsi que la conduite à tenir en sortie d'hospitalisation (19). La présence d'autres informations complémentaires est dépendante de la pratique de chaque service de soins. Aucune exigence n'existe sur les informations à transmettre au PO du patient, maillon essentiel de la continuité de la PECM lors de la sortie d'hospitalisation.

Il est pourtant primordial que les informations transmises correspondent le plus possible aux attentes et besoins des professionnels de ville partenaires dans le parcours de soin du patient. Le recours au PO lors de la conciliation médicamenteuse d'entrée constitue fréquemment la source d'information la plus fiable. Il est tout à fait légitime qu'en retour il puisse bénéficier d'un document qui réponde au mieux aux problématiques qu'il rencontre.

C. Objectifs de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par méthode de consensus en groupe nominal composé d'experts pharmaciens officinaux et hospitaliers.

L'objectif de l'étude est de déterminer le contenu du document de synthèse des modifications thérapeutiques à transmettre aux PO lors de la sortie d'hospitalisation d'un patient âgé ayant bénéficié d'une CM de sortie.

Ce projet s'intègre dans un processus global d'optimisation de la prise en charge thérapeutique, par conciliation et révision médicamenteuse, proposé par le service de court séjour gériatrique et la pharmacie de l'hôpital Saint Philibert du GHICL, en lien avec le Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Lille et le département de médecine générale de l'université de Lille 2.

La question posée dans le cadre de cette étude est : « Quelles sont les attentes des pharmaciens officinaux et des pharmaciens hospitaliers quant au contenu de ce compte-rendu de réunion de concertation pluridisciplinaire médicamenteuse ? »

I. Matériels et méthodes

A. Méthode

1. Définir la question posée

L'objectif était de définir le contenu du document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation à transmettre aux PO. La première étape a été de définir au préalable la question à poser aux experts. Sa formulation devait être simple et compréhensible pour que ces derniers puissent exprimer leurs idées clairement.

La question posée aux experts était formulée comme suit :

« Quelles sont les informations à mentionner sur le document transmis aux pharmaciens officinaux = (bilan médicamenteux de sortie) lors de la sortie d'hospitalisation d'un patient ? »

Pour plus de clarté nous emploierons désormais le terme « document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation », ou « document de synthèse ».

Il a été également demandé aux experts PO quel était le mode de transmission idéal de ce document.

2. Choix de la méthode

Pour répondre à la question de recherche, le choix s'est porté sur une méthode de consensus dite en groupe nominal. Le consensus se définit comme un accord général, tacite ou exprimé de manière formelle, parmi les membres d'un groupe (36).

En effet il s'est avéré nécessaire de prendre l'avis des experts concernés par la question posée. L'organisation de rencontres était la solution la plus évidente afin que chacun puisse échanger son point de vue. Elles permettent un dialogue direct entre les participants et des échanges productifs.

Le but étant d'obtenir les idées de chacun, la méthode ne peut être que qualitative, car on interprète des idées, et on ne peut les quantifier.

La discussion sur le choix de cette méthode sera abordée ultérieurement.

B. Matériel

1. La Pré-soirée

Les chercheurs se sont réunis à plusieurs reprises afin de se mettre d'accord sur divers points : choix et recrutement des experts, formulation de la question de recherche, dates et organisation des réunions rassemblant les pharmaciens officinaux et hospitaliers.

A été considéré comme un expert, un pharmacien officinal ou hospitalier ayant été confronté ou pratiquant la CM (pratique régulière, sollicitation dans le cadre d'une CM pour un de ses patients).

Dans un premier temps un courrier d'invitation a été rédigé (annexe 5). Il a été adressé aux pharmaciens hospitaliers de la région pratiquant la CM dans leur établissement et aux PO du secteur géographique du centre hospitalier Saint Philibert régulièrement contactés par l'équipe pharmaceutique dans le cadre de la CM. Ce courrier a permis d'expliquer l'objectif global du travail sans préciser la question de recherche afin de ne pas dénaturer la méthode du groupe nominal. Il était important que l'ensemble des experts découvre la question de recherche au même moment pour que leur temps de réflexion soit égal et aussi pour rendre impossible la recherche et la préparation d'idées en amont.

Les dates et le lieu des rencontres ont ensuite été établis en accord entre les chercheurs et l'animateur du groupe, les jeudis 11 et 25 février 2016, à l'hôpital Saint-Vincent de Paul à Lille. Les pharmaciens ont été recontactés par téléphone pour les en informer, et répondre aux éventuelles questions. Leur présence était confirmée s'ils pouvaient participer aux deux rencontres prévues. Beaucoup ont refusé devant l'impossibilité d'être présent aux deux rencontres : manque de temps, réunions ou formations déjà prévues auparavant à ces dates. Les pharmaciens étaient recontactés la veille des rencontres dans le but d'augmenter le taux de participation.

2. La Première soirée

Après l'accueil et la présentation de chaque participant, la rencontre a débuté par une explication de l'objectif de l'étude par les chercheurs, et de sa méthode par l'animateur.

Ensuite l'animateur a distribué à tous les experts une feuille format A4 reprenant l'intitulé de la question posée. Les experts avaient comme consigne de noter chaque idée une à une sur cette feuille de manière personnelle, en silence, pendant 10 à 15 minutes.

Aucune discussion n'était permise durant cette phase. Cette première étape est appelée la génération des idées. Un exemple de feuille d'idées générées par les experts est présenté en annexe 6.

Après cette phase de réflexion, l'animateur a fait un premier tour de table en demandant à chaque expert d'énumérer leurs idées, alternativement, sans commentaire ni discussion du groupe. En effet, le groupe nominal est formé d'individus qui ne communiquent que très peu verbalement. Les tours de tables successifs, s'effectuèrent jusqu'à épuisement des propositions, l'important était d'énumérer une seule idée à la fois par tour de table, même si celle-ci était identique à une idée déjà citée par un autre participant. Cela a permis d'établir une première liste d'idées brutes. Cette deuxième étape est appelée l'énumération des idées.

Un secrétaire nommé en amont, a retranscrit l'ensemble des idées une à une dans un tableur type Excel projeté sur grand écran pour que chaque modification puisse être visible en direct par l'ensemble des participants.

La troisième étape de cette soirée a été la discussion. C'est seulement à partir de cette étape que les experts ont pu échanger leurs différents points de vue.

Chaque idée a été reprise une par une par l'animateur qui demandait à chaque fois à l'ensemble des experts s'ils étaient d'accord sur la formulation et le sens de l'idée.

Chaque idée a été rediscutée, reformulée, fusionnée ou supprimée. L'animateur a veillé lors de cette étape à laisser la parole à chaque participant, et a évité la monopolisation du discours par un éventuel leader.

L'animateur a un rôle essentiel lors de cette étape, il essaie de donner à chacun le même temps de parole et de recentrer le dialogue sur le sujet à chaque fois que celui-ci a tendance à dévier. Les chercheurs ont pu être amenés à prendre la parole pour préciser un point mal compris par un expert.

3. L'entre deux soirées

Les deux réunions ayant été convenues à l'avance, tous les participants de la première soirée étaient au courant de la date de la seconde. Elle leur a été rappelée à la fin de la première soirée, et chacun a été recontacté par mail ou par téléphone quelques jours avant la deuxième réunion.

Dans cet intervalle, le listing des items a été remis au propre par le secrétaire mais aucune modification n'y a été apportée. En effet la méthode du groupe nominal impose que chaque modification soit validée par l'ensemble du groupe.

4. La deuxième soirée

Dans un premier temps, l'animateur et le secrétaire ont présenté les idées retenues lors de la première soirée et ont proposé des modifications au groupe. Cette étape a permis de nouveau une discussion entre les participants et de ce fait quelques modifications ont été apportées, certaines idées ont été fusionnées, reformulées ou supprimées.

La quatrième étape de cette méthode est le vote. Pour cette étape, l'animateur a distribué à chaque expert un nombre de feuilles correspondant au nombre d'idées à classer selon la volonté des chercheurs. Les chercheurs ont choisi pour leur étude de retenir dix idées. Un temps de réflexion individuelle et dans le silence a été accordé aux experts afin qu'ils puissent choisir de manière personnelle et anonyme, dans l'ensemble des idées proposées, les dix idées qu'ils considéraient comme les plus importantes. Chaque expert devait attribuer pour chaque idée sélectionnée une note sur 10. La note de 1 était la plus faible, la note de 10 la plus importante. Chaque note ne devait apparaître qu'une seule fois. Toutes les idées n'ont donc pas été classées par chaque expert.

Aucune discussion n'a été possible durant cette phase. Aucune annotation n'a dû apparaître sur les feuilles pour conserver l'anonymat.

A l'issue du vote, toutes les feuilles ont été ramassées, mélangées puis dépouillées par l'animateur. Le dépouillement s'est fait à voix haute par l'animateur, et le secrétaire s'est chargé de retranscrire en regard de chaque idée concernée la fréquence (le nombre de votes) et la puissance (la note) de chaque vote. Un exemple de feuille de vote est présenté en annexe 7.

Les idées ont été alors classées par rang de puissance, ou par rang de fréquence selon la volonté des chercheurs. Au vu de ces résultats, une nouvelle discussion a été possible afin de reformuler définitivement les idées si nécessaire.

Lors de cette discussion le consensus s'est avéré déjà établi et aucune idée n'a été reformulée. De ce fait, seul le premier vote a été suffisant et a constitué la hiérarchisation définitive.

II. Les résultats

Lors des réunions, six PO et sept pharmaciens hospitaliers étaient présents. Un PO prévu ne s'est pas présenté mais l'ensemble des experts présents lors de la première réunion, l'était également à la seconde. Sur les treize pharmaciens, quatre pharmaciens avaient moins de dix ans d'ancienneté d'exercice (31%), trois pharmaciens avaient entre dix et vingt ans d'ancienneté d'exercice (23%), deux pharmaciens avaient entre vingt et trente ans d'ancienneté d'exercice (15%) et quatre pharmaciens avaient plus de trente ans d'ancienneté d'exercice (31%). Le sex-ratio des participants était de 0,86.

Les experts sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : liste des experts participant au groupe nominal

| Experts | Fonction | Lieu de travail |
|------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Expert 1 | Pharmacien officinal adjoint | Lille |
| Expert 2 | Pharmacien officinal adjoint | Lille |
| Expert 3 | Pharmacien officinal titulaire | Marquette Lez Lille |
| Expert 4 | Pharmacien officinal adjoint | Marquette Lez Lille |
| Expert 5 | Pharmacien officinal titulaire | Mons en Baroeul |
| Expert 6 | Pharmacien officinal adjoint | Mons en Baroeul |
| Expert 7 | Pharmacien Patricien hospitalier | CH Hazebrouck |
| Expert 8 | Pharmacien Praticien hospitalier | CH Lille |
| Expert 9 | Pharmacien assistant spécialiste | CH Lille |
| Expert 10 | Pharmacien Patricien hospitalier | CH Seclin |
| Expert 11 | Pharmacien Patricien hospitalier | EPSM d'Armentières |
| Expert 12 | Pharmacien Patricien hospitalier | EPSM d'Armentières |
| Expert 13 | Pharmacien Patricien hospitalier | CH Saint Vincent de Paul- Lille |

A. Présentation des idées relevées

1. L'énumération des idées

Lors de cette étape, quatre-vingt-treize idées ont été énumérées par les experts. Celles-ci sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4 : Liste des idées énumérées répondant à la question posée

| Numéro idée | Intitulé de l'idée |
|--------------------|--|
| 1 | La cause d'hospitalisation |
| 2 | Motif d'hospitalisation et la date. |
| 3 | Le document transmis a valeur de prescription. |
| 4 | Le service et la cause de l'hospitalisation. |
| 5 | Est-ce que le patient prend son traitement seul ou a-t-il besoin d'une tierce personne ? |
| 6 | Traitements arrêtés et motifs, traitements ajoutés et motifs, traitements modifiés et motifs. |
| 7 | Mentionner les médicaments à l'origine d'un effet indésirable grave en cours d'hospitalisation |
| 8 | Les coordonnées et la qualité du prescripteur hospitalier. |
| 9 | Nom, prénom, adresse, date de naissance et adresse du patient. |
| 10 | Justification des modifications par rapport au traitement d'entrée. |
| 11 | Traitements arrêtés et justification, traitements ajoutés et justification, traitements modifiés et justification. |
| 12 | Nom, prénom, âge, allergies connues et mention d'une insuffisance hépatique ou insuffisance rénale. |
| 13 | Identification du patient, de l'hôpital, du séjour et des interlocuteurs. |
| 14 | Traitements médicamenteux d'entrée et de sortie et suppression ou introduction avec motifs. |
| 15 | Identification du prescripteur avec le numéro de téléphone du médecin prescripteur et du médecin qui valide. |

| | |
|-----------|--|
| 16 | Liste des traitements à la sortie d'hospitalisation. |
| 17 | Médicaments avant l'hospitalisation. |
| 18 | Indiquer la pathologie et ce qui a nécessité l'hospitalisation. |
| 19 | Autonomie du patient dans la gestion de son traitement. |
| 20 | Indiquer si le patient a eu des troubles de la déglutition au cours de l'hospitalisation. |
| 21 | Médicaments arrêtés, ajoutés et raisons des modifications. |
| 22 | Traitements habituels avant l'admission du patient, traitements à l'admission avec mention des arrêts de traitements, des substitutions pharmaceutiques réalisées et des introductions nouvelles de médicaments. |
| 23 | Bien séparer dans le bilan médicamenteux les traitements non modifiés, modifiés, arrêtés. |
| 24 | Motif de l'hospitalisation. |
| 25 | Nom du médicament, dénomination commune internationale (DCI), posologie, durée, médicaments arrêtés, ajoutés, remplacés. |
| 26 | Traitement de sortie avec les modifications par rapport au traitement d'entrée et incluant les motifs. |
| 27 | Document non manuscrit et prescription en DCI. |
| 28 | Médicaments supprimés, ajoutés, conservés avec justifications. |
| 29 | Liste des traitements arrêtés en cours d'hospitalisation. |
| 30 | Médicaments de sortie validés. |
| 31 | Conseils hygiéno-diététiques (allergies, interdictions formelles) |
| 32 | Evaluation de son observance. |
| 33 | Traitements arrêtés, substitués, introduits et motifs. |
| 34 | Posologie des médicaments et durée de traitement prévue. |
| 35 | Colonne commentaire en expliquant le pourquoi de l'arrêt ou de l'introduction d'un médicament. |
| 36 | Obligatoirement DCI, dosages et posologies. |
| 37 | Principaux effets indésirables à suivre (= alerte iatrogénique) |
| 38 | Nom du médecin de ville destinataire du courrier, nom du service, médecin hospitalier, interne et du pharmacien hospitalier. |

| | |
|-----------|--|
| 39 | <p>Eléments à prendre en compte pour la poursuite de la prise en charge thérapeutique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eléments à prendre en compte pour le suivi thérapeutique et la réévaluation des traitements - Conseils destinés à optimiser la prise en charge thérapeutique - Points d'attention relatifs au patient (ex : adhésion du patient) et le cas échéant élément diagnostic éducationnel. - Etre synthétique et prioriser les messages. |
| 40 | Plan de prise et durée du traitement surtout si limité dans le temps. |
| 41 | Plan de posologie. |
| 42 | Bilan sanguin. |
| 43 | Bilan sanguin. |
| 44 | Indication des traitements. |
| 45 | Conseils de prise et prévention des effets indésirables indiqués. |
| 46 | Niveau d'observance du patient. |
| 47 | Posologie, dosage, durée du traitement pour chaque médicament. |
| 48 | Le suivi à mettre en œuvre (biologique) et réévaluation de traitement après la sortie. |
| 49 | Contact avec les médecins prescripteurs ou le service et contact avec la pharmacie hospitalière pour complément d'information éventuel. |
| 50 | La ou les pathologie(s) traitée(s). |
| 51 | La synthèse des données cliniques utiles. |
| 52 | La transmission anticipée du document avant la sortie hospitalière du patient. |
| 53 | Prescription en DCI. |
| 54 | Liste des traitements à réévaluer |
| 55 | A qui a été adressé le bilan médicamenteux et moyens faciles de les contacter. |
| 56 | Bilan à envoyer la veille ou l'avant-veille de la sortie. |

| | |
|-----------|---|
| 57 | Clairance rénale. |
| 58 | Médicaments en DCI, dosage, posologie, voie d'administration et durée de traitement. |
| 59 | Citation des allergies du patient. |
| 60 | Mentionner s'il y a eu des révisions pluridisciplinaires et par qui. |
| 61 | Indiquer s'il y a eu un entretien avec le pharmacien hospitalier avec le patient ou l'aidant et indiquer si on a détecté d'éventuels problèmes. |
| 62 | Médicaments rétrocedés prescrits en complément et qui ne seront pas sur l'ordonnance de ville. |
| 63 | Fiche d'aide d'accompagnement à dispenser pour des médicaments particuliers. |
| 64 | Si le passage d'un infirmier est nécessaire et les coordonnées de cet infirmier. |
| 65 | Niveau de compréhension et d'autonomie du patient. |
| 66 | Allergies médicamenteuses. |
| 67 | Conclusions et diagnostic clairement exprimés. |
| 68 | Poids et âge du patient. |
| 69 | Motif d'hospitalisation. |
| 70 | Troubles de la déglutition. |
| 71 | Un mot sur la raison de l'hospitalisation. |
| 72 | Les médicaments discutés au cours de la concertation pluridisciplinaire qui n'ont pas été introduits ou modifiés. |
| 73 | Signature. |
| 74 | Recevoir le document avant la sortie. |
| 75 | Posologie adéquate avec les galéniques disponibles en ville. |
| 76 | Médicaments à réévaluer au besoin. |
| 77 | Médicaments nécessitant des informations complémentaires pour améliorer l'observance du patient. |
| 78 | Mention d'une contre visite hospitalière et du délai de celle-ci. |
| 79 | Problèmes éventuels d'adhésion aux traitements. |
| 80 | Liste des médicaments pris ou administrés au patient le matin de sa sortie. |
| 81 | Numérotation des pages du document (1/1) |

| | |
|-----------|---|
| 82 | Allergies connues. |
| 83 | Les médicaments pour lesquels on doit obligatoirement associer une contraception. |
| 84 | Mention des examens complémentaires à faire ou biologiques avec la périodicité. |
| 85 | Antécédents principaux et le motif d'hospitalisation. |
| 86 | Toutes les informations complémentaires utiles au suivi du traitement. |
| 87 | Jour et heure de sortie du patient. |
| 88 | Protocole de soin à mettre en œuvre (plaies chroniques, escarres, etc...) |
| 89 | Problèmes iatrogéniques mis en évidence au cours de l'hospitalisation. |
| 90 | Numéro de sécurité social du patient. |
| 91 | Détection de l'automédication. |
| 92 | Hiérarchisation de la liste des traitements. |
| 93 | Pour les prises non systématiques, noter les raisons de la prise non systématique (en cas de douleurs etc...) |

2. La reformulation des idées

Lors de cette étape, le modérateur a invité les pharmaciens à échanger afin de fusionner certaines idées qui se ressemblaient, voire d'en reformuler ou d'en préciser d'autres si nécessaire. Les modifications effectuées sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Reformulation des idées

| Idées | Type de modifications | Commentaires |
|---|------------------------------|--|
| 1,2,4, 24, 18, 69, 71, 85 (2 ^{ème} partie) | <i>Fusionnées</i> | <i>Idée 1 réécrite</i> |
| 5, 19, 65 | <i>Fusionnées</i> | <i>Idée 5 réécrite et devenue idée 4</i> |
| 7 et 89 | <i>Fusionnées</i> | <i>Idée 7 réécrite et devenue idée 5</i> |
| 9, 12 (1 ^{re} partie), 68, 91 | <i>Fusionnées</i> | <i>Idée 9 réécrite et devenue idée 7</i> |
| 12 (2 ^{ème} partie), 57, 59, 82 | <i>Fusionnées</i> | <i>Idée 12 réécrite et devenue idée 8</i> |
| 6, 10, 11,14, 16, 17, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 45, 47, 50, 53 et 58. | <i>Fusionnées</i> | <i>Idée 6 réécrite et devenue idée 9</i> |
| 20 et 70 | <i>Fusionnées</i> | <i>Idée 20 réécrite et devenue idée 10</i> |
| 31 et 66 | <i>Fusionnées</i> | <i>Idée 31 réécrite et devenue idée 11</i> |
| 32, 46, 79 | <i>Fusionnées</i> | <i>Idée 32 réécrite et devenue idée 12</i> |
| 37 et 48 | <i>Fusionnées</i> | <i>Idée 37 réécrite et devenue idée 13</i> |
| 13,15, 38, 49, 55 | <i>Fusionnées</i> | <i>Idée 13 réécrite et devenue idée 14</i> |
| 39, 54, 61, 66, 76, 77, 84 86. | <i>Fusionnées</i> | <i>Idée 39 réécrite et devenue idée 15</i> |

| | | |
|------------|-----------------------------------|--|
| 40, 41, 45 | <i>Fusionnées</i> | <i>Idée 40 réécrite devenue idée 16</i> |
| 43, 44 | <i>Identiques, Fusionnées</i> | <i>Idée 43 réécrite devenue idée 17</i> |
| 52, 56, 74 | <i>Fusionnées</i> | <i>Idée 52 réécrite devenue idée 19</i> |
| 83 | <i>Supprimée</i> | <i>Les patients visés dans cette étude sont des personnes âgées qui ne sont plus concernés par la contraception.</i> |

A la fin de cette étape trente-cinq idées ont été identifiées et sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6 : liste des idées reformulées après discussion

| | |
|----|---|
| 1. | Motif et date d'hospitalisation |
| 2. | Le document transmis a valeur de prescription. |
| 3. | Le service d'hospitalisation. |
| 4. | Notion d'autonomie du patient dans la prise des médicaments ou intervention tierce personne |
| 5. | Mentionner les médicaments à l'origine d'un effet indésirable en cours d'hospitalisation |
| 6. | Coordonnées et qualité du prescripteur. |
| 7. | Nom, prénom, adresse, date de naissance du patient, poids et numéro de sécurité sociale du patient. |
| 8. | Allergies connues et mention d'une insuffisance hépatique ou d'une insuffisance rénale |

| | |
|------------|--|
| 9. | Traitement médicamenteux d'entrée et de sortie en précisant clairement dans le bilan médicamenteux les traitements modifiés, introduits et arrêtés (nom du médicament, DCI, posologie, dosage, durée, voie d'administration) avec le motif, non manuscrit. |
| 10. | Indiquer si le patient a eu des troubles de la déglutition au cours de l'hospitalisation. |
| 11. | Conseils hygiéno-diététiques (allergies, interdictions formelles) |
| 12. | Evaluation de l'observance du patient. |
| 13. | Principaux effets indésirables à surveiller après la sortie d'hospitalisation du patient (ex : alerte iatrogénique) |
| 14. | Nom du médecin de ville destinataire du courrier, nom du service, médecin hospitalier, interne et du pharmacien hospitalier, identification de l'hôpital, du séjour. |
| 15. | <p>Elément à prendre en compte pour la poursuite de la prise en charge thérapeutique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eléments à prendre en compte pour le suivi thérapeutique et la réévaluation des traitements - Conseils destinés à optimiser la prise en charge thérapeutique - Points d'attention relatif au patient (ex : adhésion du patient et le cas échéant élément diagnostic éducationnel) - Etre synthétique et prioriser les messages |
| 16. | Plan de prise et conseils de prise |
| 17. | Bilan sanguin. |
| 18. | La synthèse des données cliniques utiles. |
| 19. | La transmission anticipée du document avant la sortie hospitalière du patient. |
| 20. | Mentionner s'il y a eu des révisions de concertation pluridisciplinaire et les personnes présentes en précisant les médicaments qui n'ont pas été introduits |

| | |
|------------|--|
| | ou modifiés directement mais à la charge du généraliste. |
| 21. | Médicaments rétrocedés prescrits en complément et qui ne seront pas sur l'ordonnance de ville. |
| 22. | Fiche d'aide d'accompagnement à la dispensation pour des médicaments particuliers. |
| 23. | Coordonnée de l'infirmier si passage nécessaire. |
| 24. | Conclusions et diagnostic clairement exprimés. |
| 25. | Signature. |
| 26. | Posologies adéquates avec les galéniques disponibles en ville. |
| 27. | Mention d'une contre visite hospitalière et du délai de celle-ci. |
| 28. | Liste des médicaments pris ou administrés au patient le matin de sa sortie. |
| 29. | Numérotation des pages du document (1/1) |
| 30. | Antécédents principaux du patient. |
| 31. | Jour et heure de sortie du patient. |
| 32. | Protocole de soin à mettre en œuvre (plaies chroniques, escarres etc ...) |
| 33. | Notion d'automédication chez le patient, repérée lors de la conciliation médicamenteuse d'entrée. |
| 34. | Ordonnancement de la liste des traitements. |
| 35. | Pour la prise non systématique, noter les raisons de la prise non systématique (en cas de douleurs etc...) |

3. Le vote et le classement des idées

Ces 35 idées ont été soumises au vote. Chaque participant a classé de manière individuelle et anonyme les dix idées qui lui paraissaient les plus importantes, notées de 1 à 10. Les chercheurs ont choisi de privilégier la puissance à la fréquence. Les dix premières idées les plus puissantes sont notées en gras. La fréquence est également précisée en regard des résultats. Les résultats se retrouvent dans le tableau n°7 ci-dessous.

Tableau 7 : classement des idées par rang de puissance.

| <u>Rang</u> | <u>N° idée</u> | <u>Idée</u> | <u>Puissance</u> | <u>Fréquence</u> |
|-------------|--------------------|--|------------------|------------------|
| 1 | 9 | Traitement médicamenteux d'entrée et de sortie d'hospitalisation en précisant clairement dans le bilan médicamenteux les traitements modifiés, introduits et arrêtés (nom du médicament, DCI, posologie, dosage, durée, voie d'administration) avec le motif, non manuscrit. | 115 | 13 |
| 2 | 7 | Nom, prénom, adresse, date de naissance du patient, poids et numéro de sécurité social du patient | 107 | 11 |
| 3 | 14 | Nom du médecin de ville destinataire du courrier, nom du service hospitalier, du médecin hospitalier, de l'interne et du pharmacien hospitalier, l'identification de l'hôpital et du séjour. | 68 | 10 |
| 4 | 1 | Motif d'hospitalisation et la date | 57 | 9 |
| 5 | 15 | <p>Eléments à prendre en compte pour la poursuite de la prise en charge thérapeutique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour le suivi thérapeutique et la réévaluation des traitements. - Conseils destinés à optimiser la prise en charge thérapeutique. - Points d'attention relatifs au patient (ex : adhésion du patient, le cas échéant, élément diagnostique éducationnel) - Etre synthétique et prioriser les messages | 45 | 8 |

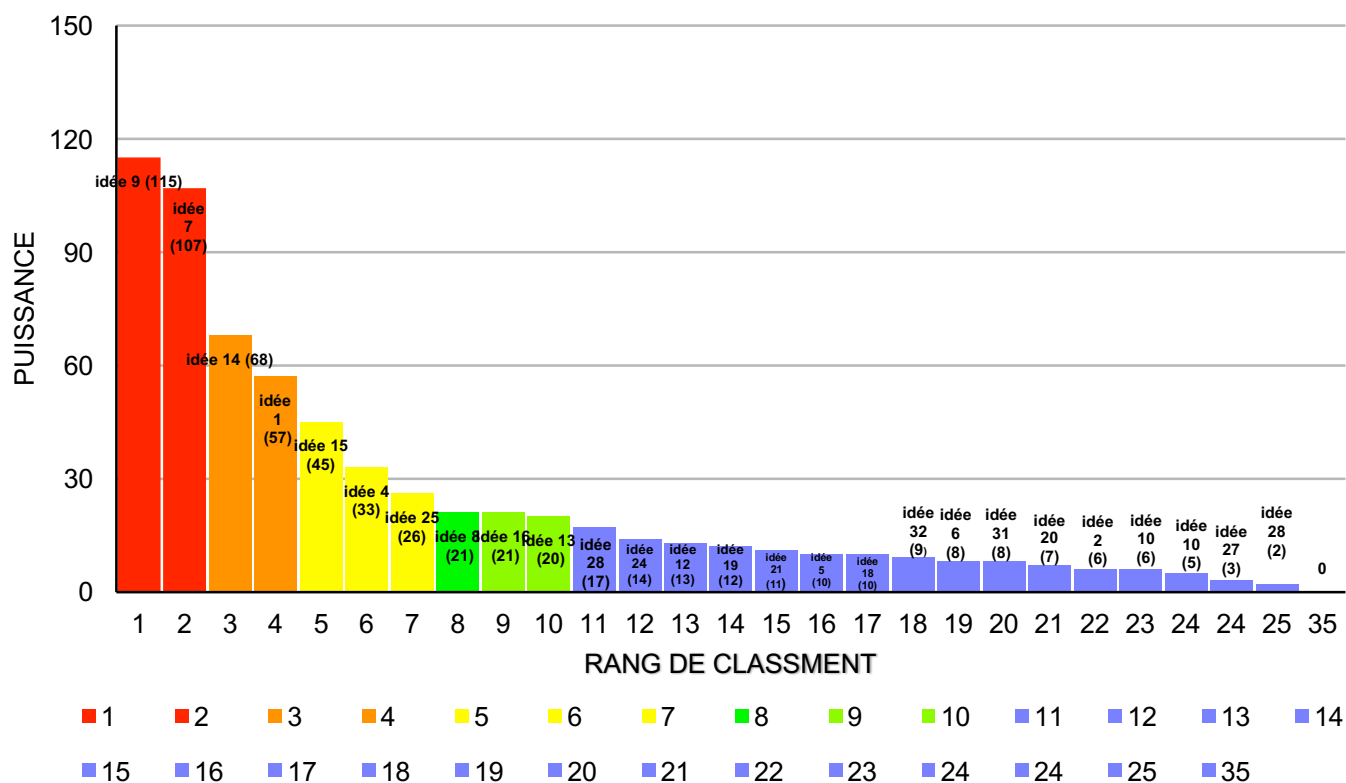
| | | | | |
|----|----|--|----|---|
| 6 | 4 | Notion d'autonomie du patient dans la prise des médicaments ou intervention d'une tierce personne. | 33 | 8 |
| 7 | 25 | Signatures | 26 | 5 |
| 8 | 8 | Allergies connues et mention d'une insuffisance hépatique ou insuffisance rénale. | 21 | 5 |
| 9 | 16 | Plan de prise et conseils de prise | 21 | 4 |
| 10 | 13 | Principaux effets indésirables à surveiller après la sortie d'hospitalisation du patient (ex : alerte iatrogénique) | 20 | 5 |
| 11 | 28 | Liste des médicaments pris ou administrés au patient le matin de sa sortie. | 17 | 4 |
| 12 | 24 | Conclusion et diagnostic clairement exprimés | 14 | 3 |
| 13 | 12 | Evaluation de son observance | 13 | 4 |
| 14 | 19 | La transmission anticipée du document, avant la sortie hospitalière du patient. | 12 | 2 |
| 15 | 21 | Médicaments rétrocedés prescrits en complément et qui ne sont pas sur l'ordonnance de ville | 11 | 4 |
| 16 | 5 | Mentionner les médicaments à l'origine d'un effet indésirable en cours d'hospitalisation | 10 | 3 |
| 17 | 18 | La synthèse de données cliniques utiles | 10 | 4 |
| 18 | 32 | Protocole de soin à mettre en œuvre (plaies chroniques, escarres etc....) | 9 | 3 |
| 19 | 6 | Les coordonnées et la qualité du prescripteur hospitalier | 8 | 1 |
| 20 | 31 | Jour et heure de sortie du patient | 8 | 2 |

| | | | | |
|----|----|--|---|---|
| 21 | 20 | Mentionner s'il y a eu une révision pluridisciplinaire et les personnes présentes en précisant les médicaments qui n'ont pas été introduits ou modifiés directement mais à la charge du médecin généraliste. | 7 | 3 |
| 22 | 2 | Le document transmis a valeur de prescription | 6 | 1 |
| 23 | 10 | Indiquer si le patient a eu des troubles de la déglutition au cours de l'hospitalisation | 6 | 3 |
| 24 | 27 | Mention d'une contre-visite hospitalière et du délai de celle-ci | 5 | 1 |
| 25 | 11 | Conseils hygiéno-diététiques (allergies, interdictions formelles etc...) | 4 | 2 |
| 26 | 17 | Bilan sanguin | 2 | 1 |
| 27 | 3 | Le service d'hospitalisation | 0 | 0 |
| 28 | 22 | Fiche d'aide d'accompagnement à la dispensation pour des médicaments particuliers | 0 | 0 |
| 29 | 23 | Coordonnées de l'infirmier si son passage est nécessaire | 0 | 0 |
| 30 | 26 | Posologie adéquate avec les formes galéniques disponibles en ville | 0 | 0 |
| 31 | 29 | Numérotation des pages du document (1/1) | 0 | 0 |
| 32 | 30 | Antécédents principaux du patient | 0 | 0 |
| 33 | 33 | Notion d'automédication repérée chez le patient lors de la CM d'entrée | 0 | 0 |
| 34 | 34 | Ordonnancement de la liste des traitements | 0 | 0 |
| 35 | 35 | Pour les prises non systématiques, noter la raison de la prise non systématique (en cas de douleur etc..) | 0 | 0 |

Ces résultats sont présentés dans l'histogramme ci – dessous.

Figure 1 : Histogramme des résultats

Classement des idées par rang de puissance



Légende

- Idées prioritaires
- Idées très importantes
- Idées importantes
- Idées secondaires
- Idées accessoires

B. Analyse des résultats

L'histogramme a permis de dégager les idées par ordre de priorité en les regroupant comme prioritaires, très importantes, importantes, secondaires et accessoires.

1. Idées prioritaires

L'idée n°9 est arrivée au **rang 1** avec une puissance de 115. Elle est considérée comme prioritaire. Avec une fréquence de 13 (sur 13) elle a recueilli l'ensemble des votes.

L'idée n°7 est arrivée au **rang 2** mais avec seulement 8 points de puissance en moins par rapport à l'idée n°9 (107) et une fréquence de 11. Etant donné le peu d'écart avec la première idée, elle est considérée également comme prioritaire.

Ainsi, il est indispensable que ces deux idées apparaissent sur le compte-rendu de sortie d'hospitalisation remis aux PO.

2. Idées très importantes

Les idées n° 14 et 1 sont arrivées respectivement aux **rangs 3 et 4** et sont considérées comme très importantes. Avec respectivement une puissance de 68 et 57, une fréquence de 10 et 9, elles gardent des puissances élevées et font ainsi partie des idées très importantes à intégrer au compte-rendu de sortie.

3. Idées importantes

Enumérées par rang de classement, **les idées n°15, 4 et 25** sont considérées comme importantes, choisies par plus de la moitié des votants pour les idées 15 et 4, pour une puissance moyenne.

4. Idées secondaires

Les idées 8, 16 et 13 classées respectivement au **rang 8, 9 et 10**, sont considérées comme secondaires. Ces trois idées ont été votées par un peu moins de la moitié des experts et ont une puissance plus faible.

5. Idées accessoires

Ce sont les idées classées après le rang 10, des rangs 11 à 35. La fréquence des votes a varié de 0 à 4, et la puissance de 0 à 17. Il y a donc un écart important avec les idées des rangs supérieurs. Il est à noter qu'à partir du rang 27 jusqu'au rang 35 il n'y a ni fréquence, ni puissance. C'est à dire qu'aucun expert n'a jugé utile de retenir ces idées. Au vu de l'absence de vote pour ces idées, elles ne seront pas retenues pour le document final.

C. Mode de transmission du document de synthèse des modifications thérapeutiques

Au début de la première réunion, les chercheurs ont distribué à chaque participant un questionnaire d'information afin de décrire la population de l'étude. Sur le questionnaire des PO, une question concernant le mode de transmission du document était posée. Quatre propositions de réponse étaient faites : par télécopie, par courrier, par messagerie sécurisée (Apycript par exemple) ou autre mode à préciser. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 8 : mode de transmission idéal du document de synthèse des modifications thérapeutiques

| Mode de transmission | Réponse des pharmaciens d'officine |
|--------------------------------------|---|
| Télécopie | 4 |
| Messagerie sécurisée (type APICRYPT) | 4 |
| Courrier | 0 |
| Autre mode | 1 (mail) |

Les résultats nous montrent que les PO souhaiteraient recevoir ce document par télécopie ou par messagerie sécurisée type Apicrypt.

III. Discussion

Les attentes des experts sur le contenu du document de synthèse ont bien pu être précisées au terme de ces deux réunions par l'intermédiaire de cette méthode qualitative.

Les dix propositions retenues par les experts devant impérativement être présentes sur le document de synthèse sont les suivantes :

- Traitement médicamenteux d'entrée et de sortie d'hospitalisation en précisant clairement dans le bilan médicamenteux les traitements modifiés, introduits et arrêtés (nom du médicament, DCI, posologie, dosage, durée, voie d'administration) avec le motif, non manuscrit.
- Nom, prénom, adresse, date de naissance du patient, poids et numéro de sécurité social du patient.
- Nom du médecin de ville destinataire du courrier, nom du service hospitalier, du médecin hospitalier, de l'interne et du pharmacien hospitalier, l'identification de l'hôpital et du séjour.
- Motif d'hospitalisation et la date.
- Eléments à prendre en compte pour la poursuite de la prise en charge thérapeutique :
 - Pour le suivi thérapeutique et la réévaluation des traitements.
 - Conseils destinés à optimiser la prise en charge thérapeutique.
 - Points d'attention relatifs au patient (ex : adhésion du patient, le cas échéant, élément diagnostic éducationnel).
 - Etre synthétique et prioriser les messages.
- Notion d'autonomie du patient dans la prise des médicaments ou intervention d'une tierce personne.

- Signatures.
- Allergies connues et mention d'une insuffisance hépatique ou insuffisance rénale.
- Plan de prise et conseils de prise.
- Principaux effets indésirables à surveiller après la sortie d'hospitalisation du patient (ex : alerte iatrogénique).

Ces propositions serviront de base à l'élaboration du document de synthèse.

A. Choix de la méthode

La méthode souhaitée pour cette étude était une méthode de consensus. Les chercheurs ont eu le choix entre les différentes méthodes de consensus que sont : la méthode Delphi, la méthode RAND/UCLA, la conférence de consensus et la méthode du groupe nominal (37). Les chercheurs ont choisi pour cette étude la méthode de consensus dite de groupe nominal (GN)

La technique de Groupe Nominal (GN) a été créée en 1968 par les professeurs André Delbecq et Andrew Van de Ven. (38) Il semble en effet, que la réflexion en silence est meilleure pour générer des idées, tandis que l'interaction est plus utile pour l'évaluation. D'après les auteurs de la technique, un groupe nominal, c'est à dire un groupe formé d'individus ne communiquant pas entre eux (un groupe n'en ayant que le nom), permet d'obtenir un résultat de meilleure qualité lors de la phase de génération des idées, comparativement à un groupe qui interagit durant cette phase. Suivant ce principe, le GN se complète par une phase de réflexion collective et par un vote personnel sur les éléments identifiés par le groupe. Elle est donc, avant tout, un processus structuré d'échanges d'informations. (39)

L'objectif de l'étude était de déterminer le contenu du document de synthèse des modifications thérapeutiques à transmettre aux pharmaciens officinaux lors de la sortie d'hospitalisation d'un patient âgé ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse de sortie. La méthode de consensus par GN a semblé être la technique la plus appropriée.

Elle permet d'avoir une rencontre physique entre les différents experts, avec une réflexion individuelle laissée à chacun, mais qui permet quand même un échange d'opinion lors de l'étape de reformulation des idées.

1. Avantages

Cette technique offre certains avantages. D'abord, le point de vue de chaque participant est exprimé tout en préservant la confidentialité des choix personnels. Elle permet de générer un grand nombre d'idées sans influence, en proposant un temps de rédaction en silence puis elle oblige à une production d'idées de qualité en opposant les experts les uns par rapport aux autres, lors de la réflexion collective.

De plus, cette méthode de consensus par GN permet d'éviter la monopolisation du débat par un individu ou un sous-groupe et permet de refléter le point de vue de la majorité. L'animateur du groupe a un rôle primordial, il évite l'émergence de fortes personnalités et permet à chacun de trouver une satisfaction personnelle dans la formulation de ses idées (39).

Grâce à cette méthode, la richesse des expériences des intervenants permet d'appréhender une grande diversité de points de vue. Les idées élaborées sont plus nombreuses et plus créatives comparativement aux autres méthodes de consensus. Cette interaction entre les participants recherchée ici n'est pas possible par la méthode Delphi.

Pour finir, le recueil des données et la hiérarchisation des votes évitent l'utilisation d'outils statistiques complexes et permettent d'obtenir un consensus rapide sur le thème abordé.

Elle présente aussi l'avantage d'un temps de préparation et de réalisation réduit et son coût est restreint. La mise à disposition immédiate des résultats procure un sentiment de satisfaction auprès des participants.

2. Inconvénients

Malgré les avantages cités, certains inconvénients méritent d'être discutés.

Les experts peuvent être tentés d'aborder d'autres sujets au décours des échanges, or la technique impose de répondre qu'à l'unique question posée.

L'animateur doit par conséquent recentrer dès que la situation l'impose la discussion autour de la problématique exposée initialement.

La méthode de consensus par GN laisse peu de place à une réflexion prolongée car la question de l'étude est posée aux participants juste avant la phase de génération des idées. Les experts ne peuvent donc rien préparer à l'avance ni se documenter sur la question avant la réunion. Ainsi l'ensemble de leurs idées doivent émerger en 15 à 20 minutes.

L'absence d'anonymat et le fait de devoir exposer ses idées devant l'assemblée peuvent freiner certains experts à exprimer leurs opinions par timidité ou crainte surtout si celles-ci sont sujettes à polémiques.

La variabilité potentielle des conclusions en fonction de la composition du groupe d'expert constitue une limite de la méthode de consensus par GN. En effet, en fonction de l'expérience de chacun des experts, les conclusions finales peuvent différer. De plus, la finesse des résultats peut faire défaut car le vote exclu les idées accessoires qui n'en sont pas pour autant moins pertinentes.

La rigidité du processus ne permettant que de minimales interactions de par la structure du groupe et l'organisation de la séance, un sentiment de frustration peut émerger auprès des participants. Il est indispensable que leur adhésion soit totale pour que le travail soit de qualité.

La réussite de cette méthode dépend aussi de la qualité du modérateur. Il doit avoir des compétences en animation de groupe afin de canaliser les échanges entre les participants. Pour cette étude, l'animateur choisi est un expert reconnu dans la gestion des groupes nominaux.

La planification des réunions dans un espace donné et lors d'une date définie peut constituer un frein dans le recrutement des experts parfois géographiquement éloignés et aux emplois du temps chargés. Des limites existent par conséquent quant à la généralisation possible à une population plus large du fait des caractéristiques des participants.

B. Apports de l'étude

1. Optimisation du lien hôpital - ville

La PECM en établissement de santé doit permettre une utilisation sécurisée, appropriée et efficiente du médicament pour tous les patients.

Il s'agit d'un processus complexe et risqué du fait du nombre important d'acteurs intervenant auprès du patient, de la diversité des organisations et des différents points de transition (entrée, transfert, sortie) qu'empruntent le patient lors de son parcours de soins.

De nombreux projets ont été mis en place afin de garantir la sécurité et la continuité des soins du patient tout au long de son parcours de santé. Malgré cela, des failles subsistent et peuvent mettre en péril la qualité des soins notamment au moment de la sortie d'hospitalisation.

L'OMEDIT (Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique) Poitou – Charente a réalisé en 2009 une étude régionale sur les prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville (PHMEV), suite à diverses situations à risque constatées (40). Celle-ci a révélé un manque de communication entre le monde hospitalier et libéral à l'origine de problèmes de prescription et d'organisation lors de la sortie d'hospitalisation.

Lors de cette étude, il ressort une part plus importante d'erreurs liées à la prescription (75%) et des erreurs liées à des difficultés d'organisation (25%). Les erreurs de prescription sont dominées par le non-respect réglementaire du support de prescription (41%) (médicaments stupéfiants sur des ordonnances non sécurisées) et le manque de précision du traitement de sortie du patient (40%) (dosage, posologie, durée...). Les problèmes d'organisation de la sortie d'hospitalisation se traduisent quant à eux souvent par un défaut d'anticipation de la sortie (22%) avec notamment des médicaments de prescription rare et onéreux le plus souvent indisponibles en pharmacie d'officine.

Ces difficultés récurrentes sont à l'origine dans 50% des cas d'un retard dans la PECM du patient. La continuité des soins n'est pas assurée par manque d'organisation et de communication entre les différents professionnels de santé libéraux et hospitaliers. (40)

L'étude présentée a pour but de renforcer la communication entre les professionnels hospitaliers et libéraux en proposant un document de synthèse des modifications thérapeutiques à transmettre aux PO afin qu'ils puissent anticiper la sortie de leur patient et ainsi la sécuriser. L'élaboration de ce document de synthèse permet également de répondre aux exigences présentées dans le Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif à la lettre de liaison à établir lors de la sortie d'hospitalisation d'un patient. (41)

Les PO et PH peuvent grâce à ce document échanger des informations essentielles sur la PECM du patient. L'identification sur ce document des différents professionnels de santé intervenus auprès du patient au cours de sa prise en charge hospitalière est un apport majeur pour le PO.

2. Une meilleure PECM du patient lors de sa sortie d'hospitalisation

L'objectif de cette étude est de connaître les attentes des pharmaciens sur les informations à transmettre lors de la sortie et assurer ainsi la continuité de la PECM en ville. Même si le patient n'a pas été inclut dans ces groupes de travail, il garde une place primordiale. Les patients expriment souvent à l'officine l'envie de bénéficier d'une information appuyée par des documents écrits afin de ne pas oublier les conseils de bon usage des médicaments dispensés lors de la sortie d'hospitalisation. Le retour à domicile peut constituer une source importante de stress pouvant altérer la compréhension du message délivré. Cette information écrite ne peut que compléter l'information donnée oralement et non s'y substituer.

L'entretien pharmaceutique mené auprès du patient dans le cadre de la CM de sortie contribue à renforcer l'information apporté au patient sur son traitement de sortie et ainsi favorise l'observance.

Le document établi lors de cette étude permet une meilleure coordination entre les professionnels de santé hospitaliers et libéraux afin d'améliorer la continuité de la PECM du patient lors de sa sortie d'hospitalisation.

Les acteurs de santé du patient sont, à la sortie d'hospitalisation, au même niveau d'information concernant les données médicamenteuses grâce à la transmission de ce document.

Au-delà des informations thérapeutiques, ce document contient les coordonnées de l'ensemble des professionnels de santé en charge du patient (ville et hôpital). C'est une idée importante puisqu'elle se trouve au troisième rang de la liste. Le patient se retrouve au centre d'un plan de soins transmis à tous les acteurs afin d'améliorer sa prise en charge.

Afin d'évaluer le véritable bénéfice de ce processus de sécurisation de la PECM (CM entrée, RCPM et CM de sortie) pour le patient, il est pertinent d'étudier l'éventuelle diminution des ré-hospitalisations évitables à court terme. Pour ce faire, une étude interventionnelle de plus grande ampleur est nécessaire.

3. Pour le pharmacien officinal

a) Difficultés rencontrées lors de la sortie d'hospitalisation d'un patient

Lors de la sortie d'hospitalisation, plusieurs situations peuvent mettre en difficulté le PO.

Il arrive que le patient n'ait pas eu le temps de consulter son médecin traitant et tombe à court de traitement. N'ayant pas bénéficié d'informations officielles en provenance de l'hôpital et sans possibilité de contact avec le médecin traitant, le PO peut se sentir délaissé dans la prise en charge de son patient.

Par chance, parfois le patient se présente à l'officine avec son courrier de sortie, même si celui-ci ne peut faire office de prescription, le PO peut s'y appuyer pour renouveler par avance le traitement chronique du patient. L'absence de prescription de sortie complique la tâche des PO. Ils sont amenés à avancer des traitements chroniques à partir de leur propre historique de dispensation et éventuellement à partir du dossier pharmaceutique (DP) du patient sans avoir de certitude qu'ils n'ont pas été modifiés lors du séjour hospitalier.

Lors de la première réunion du groupe nominal, un PO a évoqué comme idée « Le document transmis a valeur de prescription ». Dans les hôpitaux de la région, la prescription de sortie d'hospitalisation n'est pas une pratique courante.

Le médecin hospitalier établit le courrier de sortie avec les recommandations thérapeutiques et c'est le MG qui prescrit lors de sa première consultation post-hospitalisation.

Un risque majeur existe lorsque le médecin traitant ne peut être consulté rapidement par le patient en sortie d'hospitalisation. Le PO peut être amené à délivrer involontairement des médicaments arrêtés ou dont la posologie a été modifiée au cours de l'hospitalisation. Cela peut avoir des conséquences iatrogéniques potentiellement graves pour le patient et même être à l'origine de ré-hospitalisation.

En France, les problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse constituent le premier motif de ré-hospitalisation (42, 43). Ainsi la conciliation médicamenteuse contribue à la diminution des hospitalisations en France. (6)

En 2005, Coleman et al. ont étudié les divergences constatées entre l'ordonnance de sortie d'hospitalisation et la première prescription du médecin traitant 48h après la sortie. Cette étude évalue à 49,2% les erreurs médicamenteuses en post – hospitalisation. Selon eux, les facteurs potentiellement responsables peuvent être la transmission d'informations incomplètes, des consignes de sorties imprécises ou non comprises par le patient. Par ailleurs, ils ont constaté que 14,3 % des patients qui ont présenté des divergences ont été ré-hospitalisé (44).

En 2014, Coutellier et al ont voulu étudier le devenir des modifications thérapeutiques au décours de l'hospitalisation deux mois après la sortie des patients. Les modifications étaient maintenues dans 85% des cas et l'ordonnance de sortie était renouvelée sans changement pour 77% des patients.

Ils ont également montré que les modifications thérapeutiques expliquées dans le compte-rendu d'hospitalisation avaient un taux de maintien significativement plus élevé que celles non expliquées (45).

Cela démontre que la conciliation est indispensable autant lors de l'admission que lors de la sortie d'hospitalisation

b) Apports du document de synthèse des modifications thérapeutiques pour le pharmacien officinal

La transmission du document de synthèse au PO permet d'intégrer ce dernier dans la prise en charge thérapeutique du patient lors de la sortie d'hospitalisation. Ce document lui permettra d'anticiper la sortie en commandant, par exemple, les médicaments en amont de la sortie ou encore de renseigner le dossier patient des modifications thérapeutiques afin de sécuriser son acte de dispensation.

Grâce à ce document, il aura une meilleure connaissance de la prise en charge de ses patients à l'hôpital et saura donc répondre plus facilement à leurs questions. Il pourra mieux les accompagner par des conseils adaptés de bon usage de leur traitement et jouer ainsi pleinement son rôle.

Ce document peut permettre un dépannage « sécurisé » du traitement de sortie du patient lorsque le patient n'a pu consulter son médecin traitant depuis sa sortie d'hospitalisation et qu'il se présente à l'officine à court de traitement et sans prescription médicale.

L'étude a permis une réflexion au sein du service de court séjour gériatrique de l'hôpital Saint Philibert du GHICL quant aux pratiques lors de la sortie d'hospitalisation. Il a été décidé dans le cadre des actions menées en gériatrie pour le compte qualité de mettre en place systématiquement l'établissement d'une prescription de sortie pour une durée de 7 jours, le temps que le patient puisse consulter son médecin traitant. Cette mesure sera mise en place au cours du premier semestre 2017.

Ce document de synthèse permet de réduire le risque d'erreurs médicamenteuses en sortie d'hospitalisation. Le PO peut comparer la première ordonnance établie par le médecin traitant avec les informations présentes dans le document. S'il détecte des divergences il peut alors contacter le médecin traitant pour obtenir confirmation des modifications qu'il a effectuées.

Il peut ainsi alerter le prescripteur en cas de divergences non intentionnelles de sa part. Sur le document de synthèse, chaque modification thérapeutique est justifiée. Le PO est sensibilisé au même titre que le médecin traitant notamment sur les médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez le sujet âgé. C'est une transposition de l'activité de conciliation médicamenteuse en ville.

L'étude d'Ottomani a permis de démontrer que le fait de sensibiliser les PO sur les MPI chez le sujet âgé est essentiel pour optimiser le rapport bénéfice-risque de la prescription médicamenteuse. L'approche multidisciplinaire, combinant la double expertise du médecin et du pharmacien-clinicien pour améliorer la prise en charge et lutter contre la iatrogénie chez la PA, menée lors de la RCPM à l'hôpital est ainsi poursuivie en ville. (29).

Lorsqu'une modification de traitement n'est pas poursuivie en ville, le PO peut en discuter avec le médecin traitant étant donné qu'il a eu les mêmes informations que lui lors de la sortie d'hospitalisation. Ce document permet véritablement d'ouvrir le dialogue entre les professionnels de ville et contribue à transposer la CM en ville.

En Belgique, dans le but d'améliorer la continuité des traitements à la sortie d'hospitalisation, des pharmaciens hospitaliers cliniciens ont mis en place une feuille de transfert, à l'intention des PO (46). Celle-ci contient des informations sur le traitement médicamenteux. Les PO l'ont majoritairement trouvé bénéfique pour garantir la continuité de la PECM tout en insistant sur l'importance de disposer des justifications des modifications thérapeutiques effectuées au cours du séjour hospitalier.

Ce document de synthèse répond donc réellement aux attentes des PO. Il permet de renforcer la sécurisation de la sortie d'hospitalisation et les liens entre PO et MG.

c) La place du Dossier Pharmaceutique

Lors de la conciliation médicamenteuse d'entrée, le dossier pharmaceutique (DP) peut être une source importante d'informations sur les médicaments pris en ville par le patient.

Pour optimiser la sécurisation de la sortie du patient, il serait intéressant, pour les PO que le DP puisse être alimenté par les traitements de sortie du patient afin qu'ils puissent bénéficier d'une source d'informations supplémentaires.

Cependant, c'est une activité très chronophage à l'hôpital et pour le moment tous les hôpitaux n'ont pas encore accès au DP. A ce jour, 226 pharmacies à usage intérieur (PUI) sont pour l'instant connectées au DP, soit 8,4% à l'échelon national. Le déploiement est donc encore faible alors que le DP peut également faciliter la CM et favoriser la coordination hôpital- ville. (47)

Le DP est utilisé au GHICL pour mener la CM d'entrée. La dernière mise à jour du logiciel permet une dématérialisation de la carte vitale afin d'optimiser son recours à l'hôpital. Cette fonctionnalité n'est pas encore utilisée au GHICL pour des questions d'organisation. Par ailleurs, l'alimentation du DP est effectuée exclusivement lors de la dispensation des médicaments de rétrocession et non dans le cadre de l'activité de CM de sortie par manque de temps.

4. Pour le pharmacien hospitalier

La réalisation de la CM de sortie est très chronophage pour l'équipe pharmaceutique hospitalière. Le temps estimé au GHICL est de 60 minutes en moyenne par patient. Il est primordial que le document transmis aux PO à l'issue de la CM de sortie corresponde au mieux à leurs attentes et leur soit utile dans leur pratique.

C. Limite de l'étude

1. Un nombre de participants limités

Le faible nombre d'experts présents (treize experts) a pu avoir un impact sur le nombre d'idées générées au départ. Cependant ce faible nombre de participants n'était pas dû au refus ou à la non disponibilité des experts mais à la volonté des chercheurs. En effet, les chercheurs ont préféré limiter le nombre de participants afin d'avoir des réunions plus courtes (environ deux heures). La méthode du groupe nominal s'organisant en deux réunions, il était important que la première réunion ne soit pas trop longue afin d'assurer la présence de l'ensemble des experts lors de la seconde. D'autant plus que les réunions se sont déroulées le soir.

Malgré ce faible nombre de participants, les experts présents étaient impliqués, car un grand nombre d'idées a été généré (93), et la discussion a été riche.

2. Non représentativité de la population générale.

Le faible nombre d'experts conviés limite la généralisation du propos. Par définition, les experts présents lors des réunions connaissaient la CM, à la différence de la population ciblée qui était l'ensemble des PH et des PO. Ces experts ne peuvent donc pas représenter l'avis général des pharmaciens hospitaliers ou officinaux.

D. Perspectives

1. Perspectives sur le plan local.

Cette étude s'est faite en parallèle de deux autres études similaires en groupe nominal.

La première étude a pris l'avis des médecins généralistes et des gériatres sur le même thème pour aboutir également à une liste d'idées. En effet, le MG est celui qui prendra la décision de poursuivre, ou non, les modifications proposées par l'hôpital après la sortie de son patient.

Le MG est un acteur incontournable dans ce processus d'échange et est généralement la première personne que le patient consultera. Il est important que leur avis leur soit demandé. Ce document leur permettra d'améliorer le suivi et la surveillance de leur patient en sortie d'hospitalisation, grâce au résumé des principaux évènements d'hospitalisation, et aux éléments de surveillance nécessaires, cliniques et biologiques. C'est également un moyen de conforter le lien médecins et pharmaciens hospitaliers et libéraux.

La dernière étude a réuni les quatre professions concernées (pharmaciens d'officine et d'hôpitaux, MG et gériatres). Ces experts se sont appuyés sur les idées résultant des deux premières études pour obtenir le consensus final sur le document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation (annexe 8). En effet, l'utilisation de plusieurs groupes d'experts pour avoir différents points de vue et donc différents résultats, apporte une validité à la méthode en permettant une évaluation complète du problème (39).

Enfin, une dernière étude est en cours. Celle-ci s'attarde sur le ressenti des médecins généralistes concernant ce document de synthèse.

La finalité de ces études est la création d'un document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation, destiné à être diffusé aux professionnels de santé concernés : PO, MG et autres correspondants.

Le document final doit être intégré au processus de CM de sortie appliqué aux patients hospitalisés au sein du pôle gériatrique du GHICL au cours du premier trimestre 2017. Une évaluation de son utilisation devra être menée dans un second temps.

Cette étude permet d'optimiser la communication entre les professionnels de ville et de l'hôpital. Il met en avant une harmonisation des pratiques en mettant en place une continuité des soins entre les différents professionnels de santé. Le patient est ainsi au centre de l'attention de l'ensemble des acteurs de santé qui échange des informations sur son traitement de sortie d'hospitalisation. L'informatisation de ces données, via des logiciels sécurisés et partagés entre tous les acteurs de santé est une perspective qui faciliterait davantage la PEC globale.

2. Perspectives Nationales.

L'élaboration du document de synthèse à partir de ces différentes études menées est une étape préliminaire à un projet de recherche plus global centré sur le patient. Celui-ci vise à évaluer le taux de ré-hospitalisations évitables à court terme des patients âgés ayant bénéficié du processus global de sécurisation de la PECM (CM entrée, RCPM et CM de sortie) comparé à celui des patients ayant reçu une prise en charge hospitalière standard. Ce projet nommé « Optisort » est à l'initiative du GHICL en lien avec le CHRU de Lille et sept autres centres hospitaliers répartis sur le territoire national. Les différents centres participants pourront se baser sur ce document de synthèse afin d'uniformiser les résultats de cette future étude.

3. Optimisation de la transmission du document de synthèse des modifications thérapeutiques.

Les informations liées au traitement de sortie du patient doivent être transmises par le biais du document de synthèse aux professionnels de santé de ville d'une manière sécurisée afin de respecter la confidentialité des données et le secret professionnel. Dans ce sens, la télécopie, mode de transmission approuvé par quatre experts officinaux (67%) ne remplit pas ces conditions. Il est par conséquent indispensable que les messageries sécurisées se développent pour l'ensemble des professionnels de santé qu'ils exercent en ville ou à l'hôpital. Différents éditeurs de messagerie sécurisée existent sur le marché.

Apicrypt® a été cité par certains experts. Apicrypt® est une messagerie sécurisée créée en 1996 par des médecins et qui a pour objectif notamment de faire gagner du temps aux professionnels de santé (48). Aujourd'hui Apicrypt® n'est pas utilisée en pharmacie d'officine mais tend à s'y développer afin de renforcer le lien ville – hôpital.

L'agence nationale des systèmes d'information partagés de santé (ASIP santé) a créé sa propre messagerie sécurisée : MSSanté. Ce système désigne un ensemble de messageries développées par différents opérateurs intégrés à un espace de confiance. Elles s'appuient sur un annuaire commun et certifié de l'ensemble des professionnels de santé qui permet à tout utilisateur de retrouver facilement un correspondant (49). Selon l'ASIP, en novembre 2016, 610 établissements de santé étaient en capacité d'envoyer des mails sécurisés, dont 150 sont en relation avec des professionnels de santé libéraux grâce à MSSanté. Cent soixante-dix milles mails ont été envoyés par les établissements vers les professionnels de ville. Concernant les professionnels de ville, ils ont ouvert à ce jour 30 000 boîtes aux lettres MSSanté (70% de médecins, 8% d'infirmiers, 5% de pharmaciens) (50).

D'autres initiatives existent pour faciliter les échanges rapides et sécurisés entre les différents professionnels de santé. C'est le cas par exemple de la messagerie immédiate sécurisée de santé MiSS. Elle a été développée par la société APICEM, fondatrice d'Apicrypt® à l'initiative de l'URPS Médecins Hauts-de-France en partenariat avec les URPS Infirmiers, Kinésithérapeutes et Pharmaciens Hauts-de-France. Il s'agit d'un outil de communication immédiate « type sms », entre professionnels de santé accessible sur smartphones, tablettes mais également à partir de postes de travail. Les messages sont sécurisés, temporaires (leur durée de vie ne peut excéder 24 heures) et peuvent être accompagnés de pièces jointes (textes, photos, vidéos) (51).

La concurrence entre les différents éditeurs de messagerie sécurisée doit aboutir à la mise en place de messageries sécurisées interopérables et universelles compatibles avec les différents logiciels informatiques présents sur le marché en ville et à l'hôpital. La finalité est de permettre à tous les professionnels de santé d'échanger entre eux par mail, rapidement et en toute sécurité, les données médicales de leurs patients, dans le respect de la législation en vigueur.

Leur recours permettrait une réelle efficacité dans l'activité de conciliation médicamenteuse de sortie et une sécurisation dans la transmission des données médicales des patients lors de la sortie d'hospitalisation.

IV. Conclusion

Les résultats de cette étude participent à l'élaboration d'un document de synthèse des modifications thérapeutiques lors de la sortie d'hospitalisation du sujet âgé validé scientifiquement par les experts concernés : pharmaciens hospitaliers, pharmaciens officinaux, gériatres et médecins généralistes. Ce document s'intègre dans un processus de continuité de la prise en charge médicamenteuse entre l'hôpital et la ville qui s'avère indispensable dans la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé.

Lors de cette étude, les pharmaciens officinaux ont pu exprimer leur point de vue et leurs attentes dans le but d'assurer une meilleure prise en charge médicamenteuse du patient en ville. L'échange entre les pharmaciens hospitaliers et officinaux a permis d'avoir des résultats proches des attentes de chacun.

Il est nécessaire d'évaluer le document final obtenu dans son usage au quotidien afin de vérifier qu'il réponde bien aux attentes de l'ensemble des professionnels de santé prenant en charge le patient. Il est notamment primordial qu'il puisse être transmis en temps utile aux professionnels libéraux afin d'aboutir à l'objectif in fine qui est la réduction du taux de ré-hospitalisations évitables à court terme des patients âgés.

Ce travail s'intègre enfin dans l'ensemble des projets visant à réduire la iatrogénie du patient âgé et l'amélioration de la communication entre tous les acteurs de santé dans l'intérêt de ce dernier.

BIBLIOGRAPHIE

1. Imbs JL, Pouyanne P, Haramburu F et al. Adverse drug reaction: Prevalence in French public hospitals. *Thérapie*. 1 janv 1999;54(1):21-7.
2. Michel P, Lathelize M, Bru-Sonnet R et al. Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables graves liés aux Soins 2009 (ENEIS2) : description des résultats 2009. Rapp Final À DREES Ministère Trav L'emploi Santé–Février. 2011 ;3–3.
3. Broyart A. Fiche projet Hight5s – Etat au 23 avril 2014 [Internet]. [Cité 21 sept 2015]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201407/fiche_descriptive_projet_high_5s.pdf
4. World Health Organization. The High 5s Project Interim Report [Internet]. [Cité 19 avr 2016]. Disponible sur : http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/High5_InterimReport.pdf
5. Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) - Fiche Mémo – La conciliation médicamenteuse – Juillet 2015 - [Internet]. [Cité 19 avr 2016]. Disponible sur : <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/1492-sfpc-memo-conciliation-maj-juillet-2015/0.html>
6. Haute Autorité de Santé. Conciliation médicamenteuse – Prévenir et intercepter les erreurs [Internet]. 2017. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2735359/fr/conciliation-medicamenteuse-prevenir-et-intercepter-les-erreurs.fr
7. Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC). Réaliser une conciliation des traitements médicamenteux à l'admission du patient hospitalisé. Guide de gestion des risques associés aux produits de santé. - Novembre 2013
8. Coffey M, Mack L, Streitenberger K, Bishara T Et al. Prevalence and clinical significance of medication discrepancies at pediatric hospital admission. *Acad Pediatr*. 2009; 9:360-365.e361.

9. Hellström, L., Bondesson, Å., Höglund, P. et al. Impact of the Lund Integrated Medicines Management (LIMM) model on medication appropriateness and drug-related hospital revisits. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2011;67 (7) 741-752.
10. Pourrat X, Corneau H, Floch S, et al. Communication between community and hospital pharmacists: impact on medication reconciliation at admission. *Int J Clin Pharm*. 2013 ;35 :656-663.
11. Bonhomme J, Dony A, Baum T et al. La juste liste des médicaments à l'admission du patient hospitalisés. De la fiabilité des sources d'information. 2013.
12. Dufay E, Morice S, Dony A, et al. The clinical impact of medication reconciliation on admission to a French hospital: a prospective observational study. *Eur J Hosp Pharm*. 16 déc 2015 ; ejhpharm-2015-000745.
13. Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, et al. Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. *Ann Pharmacother*. 2008;42: 1373-1379.
14. Haute autorité de santé (HAS) - Manuel de certification des établissements de santé V2010 - édition janvier 2014 [Internet]. [Cité 27 sept 2015]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf
15. Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - Article L6113-3 relatif au manuel de certification des établissements de santé. Code de la santé publique- Site de diffusion du droit français Legifrance. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
16. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009. Code de la santé publique- Site de diffusion du droit français Legifrance. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
17. Haute autorité de santé (HAS). HIGH 5s Medication Reconciliation - Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français [Internet]. 2015. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexpermentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf

18. 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. Site de diffusion du droit français Legifrance. [Internet]. 2011. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/4/6/ETSH1109848A/jo>
19. Programme national pour la sécurité des patients 2013 / 2017 [Internet]. 2013. Disponible sur : http://social.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf
20. Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur mentionné à l'art. L. 5126-1. Site de diffusion du droit français Legifrance. [Internet]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=7DDAC203742A5979AA93235821A97E03.tpdila13v_1?idArticle=JORFARTI000033616693&cidTexte=JORFTEXT000033616692&dateTexte=29990101&categorieLien=id
21. Klarin I, Wimo A, Fastbom J. The association of inappropriate drug use with hospitalisation and mortality: a population-based study of the very old. *Drugs Aging*. 2005 ;22(1) : 69-82.
22. Laroche M-L, Bouthier F, 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.
23. Michel P, Quenon JL, Djihoud A, et al. French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff. *Qual Saf Health Care*. oct 2007;16(5):369-77.
24. Lanièce I, Couturier P, Dramé M, et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age Ageing*. 2008 Jul;37(4):416-22.
25. HEGE M. Un outil dématérialisé pour caractériser les erreurs médicamenteuses. [Cité 20 févr 2017] ; Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_T_2016_HEGE_MARC.pdf

26. Osorio SN, Abramson E, Pfoh ER, Edwards A, Schottel H, Kaushal R. Risk factors for unexplained medication discrepancies during transitions in care. *Fam Med.* 2014 ; 46(8) : 587–596.
27. Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, et al. Results of the Medications At Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Study: An Analysis of Medication Reconciliation Errors and Risk Factors at Hospital Admission. *J Gen Intern Med.* mai 2010;25(5):441-7.
28. Lefebvre A., Visade F., Delecluse C. et al. Conciliation médicamenteuse dans les services de gériatrie aiguë et SSR : bilan après 5 mois d'activité Journées de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (*JASFGG*) 2015
29. Ottomani H, Loue C, Viprey M, Mouchoux C. Approches d'identification des médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée. *Cah Année Gérontologique.* Juin 2014 ;6(2) : 44-52.
30. Gallagher, Paul, Ryan, Cristin et al. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *International journal of clinical pharmacology and therapeutics*, 2008, vol. 46, no 2, p. 72-83.
31. Drancourt P., Lucas C., Granier E., Lefebvre A. et al. Organisation de réunions de concertation pluridisciplinaires : quel impact pour les patients de gériatrie ? *Congrès de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) 2016*
32. Rouayroux N., Lefebvre A., Decourcelle C. et al. Evaluation de la connaissance des patients âgés sur les modifications de leur traitement effectuées au cours de l'hospitalisation *Journées annuelles de la société française de gériatrie et gérontologie (JASFGG) 2014-Prix poster session Thérapeutiques*
33. Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care.* avr 2006;15(2):122-6.
34. Knez L, Suskovic S, Rezonja R et al. The need for medication reconciliation: a cross-sectional observational study in adult patients. *Respir Med.* oct 2011;105 Suppl 1:S60-66.
35. Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C et al. Classifying and Predicting Errors of Inpatient Medication Reconciliation. *J Gen Intern Med.* sept 2008;23(9):1414-22.

36. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ*. 5 août 1995 ;311(7001) :376-80.
37. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Consensus methods: Review of original methods and their main alternatives used in public health. *Rev D'épidémiologie Santé Publique*. déc 2008;56(6):e13-21.
38. Van de Ven AH, Delbecq AL. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *Am J Public Health* 1972 ;62(3) :337-42.
39. Pineault R, Daveluy C, eds. La technique du groupe nominal. In : La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies. Montréal : Agence d'arc inc, 1986 :236-40.
40. Arnaud V. Difficultés de dispensation des ordonnances de sorties hospitalières : enquête régionale pour une amélioration du lien ville/hôpital. 1 juill 2014 ;118.
41. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. 2016-995 juillet, 2016.
42. Chayé et al. Hospital readmission induced by adverse drug reaction: a pilot study in a post-emergency unit of a French university hospital. *Rev Med Interne*. 2015 ;36(7) :450-6.
43. Bonnet-Zamponi et al. Drug-related readmissions to medical units of older adults discharged from acute geriatric units: results of the Optimization of Medication in AGE multicenter randomized controlled trial. *J Am Geriatric Soc*. 2013 ;61(1):113-21.
44. Coleman, E., et al., Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors. *Arch Intern Med*, 2005. 165(16) : p. 1842-7.
45. Coutellier M, Mouly S, Delcey V, et al. Que deviennent les modifications thérapeutiques décidées au cours d'une hospitalisation en médecine interne ? Étude prospective française monocentrique sur 2 mois. *Rev Médecine Interne*. 2014 août ;35(8) :498-502.
46. Claeys C, Dufrasne M, De Vriese C, et al. Information transmission to the community pharmacist after a patient's discharge from the hospital: setting up of a written medication discharge form, prospective evaluation of its impact, and survey of the information needs of the pharmacists. *J Pharm Belg*. Mars 2015;(1) :42-54.

47. Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Conciliation des traitements médicamenteux : premiers retours sur un déploiement national. Avril 2016 ;12. Disponible sur : http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/262719/1409305/version/8/file/CNOP057_web.pdf
48. APICRYPT - Découvrez Apicrypt [Internet]. [Cité 25 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.apicrypt.org/>
49. Messageries sécurisées de santé. Conférence de presse MSSanté [Internet]. Mai 2016; Disponible sur: http://esante.gouv.fr/sites/default/files/asset/document/dossier_de_presse_mssante_mai_2016.pdf
50. Clausener M. 2017, année des messageries sécurisées - Le Moniteur des Pharmacies n° 3158 du 08/01/2017 - Revues - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacie.fr. [Cité 26 janv 2017]. Disponible sur : <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3158/2017-annee-des-messageries-securisees.html>
51. MiSS, une messagerie sécurisée pour les professionnels de santé [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien. [Cité 20 févr 2017]. Disponible sur : http://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2017/02/01/miss-une-messagerie-securisee-pour-les-professionnels-de-sante_264183

Annexe 1 = fiche de recueil des données administratives et médicales du patient




Fiche de conciliation des traitements médicamenteux

Date :

Informations recueillies par :

| | | | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------|------------------------------------|---|-------------|
| Etiquette patient | Date d'entrée dans le service : | | | | |
| | Motif d'hospitalisation : | | | | |
| <u>Médecin traitant</u> | | | <u>Pharmacie habituelle</u> | | |
| Nom : | | | Nom : | | |
| Adresse : | | | Adresse : | | |
| Tel : | | | Tel : | | |
| <u>Sexe</u> : | <u>Age</u> : | <u>Poids et taille</u> : | <u>IMC</u> | <u>Clairance</u> : | <u>IH</u> : |
| | ans | Kg cm | Kg/m ² | ml/min | |
| <u>Albumine</u> : | | | | | |
| <u>Allergie/Intolérance</u> : | | | | | |
| <u>Antécédents médicaux</u> : | | | | | |
| - | | | | | |
| - | | | | | |
| - | | | | | |
| - | | | | | |
| Consommation d'Alcool, Tabac : | | | | | |
| Observance thérapeutique (score de Girerd) | | | | | |
| | | OUI | NON | | |
| -Ce matin avez-vous oublié de prendre vos médicaments ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Minime <input type="checkbox"/> Mauvaise | |
| -Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicaments ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| -Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| -Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| -Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| -Pensez vous que vous avez trop de comprimés à prendre ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <i>Profil d'observance :</i> <i>Si aucun OUI : Bonne observance</i> <i>Si 1 ou 2 OUI : Minime problème d'observance</i> <i>Si 3 OUI ou plus : Mauvaise observance</i> | | | | | |
| Commentaires : | | | | | |
| RCP : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON DATE RCP : | | | | | |

Annexe 3 = Formulaire informatisé du compte - rendu des réunions de concertation pluridisciplinaire médicamenteuse.

 **IMC 32.51/ 103 kg**

RCP MEDICAMENT

Age à la RCP

Sexe

UF d'hospitalisation 🔍

Heure début RCP

Nb de médecins à la RCP

Nb de pharmaciens à la RCP

Nb de paramédicaux à la RCP

NOM DU MEDECIN TRAITANT

DATE D'ENTRÉE

DATE DE SORTIE 📅

REFERENT MEDICAL PENDANT L'HOSPITALISATION
 🔍

REFERENT PHARMACIEN PENDANT L'HOSPITALISATION
 🔍

MOTIF D'HOSPITALISATION

ATCD

Score

GIR

MMS

ADL

GIRERD

TRAITEMENT AVANT L'HOSPITALISATION

| Modif. | Supp | Texte | Médicament | Voie d'administration | Posologie / fréquence | Commentaire | Inapproprié |
|----------------|------|-------|----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|--------------------------|
| Ajouter | | | | | | | |
| | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="text"/> | | | | |

Nb de médicaments avant hospitalisation

Nb de médicaments inappropriés avant hospitalisation

TRAITEMENT A LA SORTIE

| Modif. | Médicament | Voie d'administration | Posologie / fréquence | Commentaire | Type | Supp |
|----------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|
| Ajouter | | | | | | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="text"/> | | |

Nb de médicaments à la sortie

Nb de médicaments inappropriés à la sortie

TRAITEMENT ARRETE

| Modif. | Médicament | Voie d'administration | Posologie / fréquence | Raison | Commentaire | Supp |
|----------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|
| Ajouter | | | | | | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | <input type="text"/> |

EVENEMENTS INDESIRABLES (dont allergia)








CONSEIL, RECOMMANDATIONS et SURVEILLANCE PARTICULIERE

Heure fin RCP

Enregistrer

Appliquer

Annexe 4 = Plan de prise dispensé au patient

| Résumé des changements médicamenteux effectués suite à l'hospitalisation | | | | | | | | | | |
|---|--------|---------------------|---|---|---|--|---|------------------------|----------|---|
| Nom : | | Prénom : | | | | | | | |  |
| Date de naissance : | | | | | | | | | | |
| Hospitalisé du au | | | | | | | | | | |
| Allergie : | | | | | | | | | | |
| MEDICAMENT | DOSAGE | VOIE | POSOLOGIE | | | | DUREE | INDICATION | CONSEILS | |
| Spécialité/DCI | | |  |  |  |  |  | | | |
| NOUVEAUX MEDICAMENTS (ou modifications de posologie) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| MEDICAMENTS RECONDUITS | | | | | | | | | | |
| Spécialité/DCI | Dosage | Forme | Matin | Midi | Soir | Coucher | Durée | Indication | Conseils | |
| | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| MÉDICAMENTS ARRÊTÉS (avec motifs d'arrêt) : | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Nom et fonction: | | Validation médecin: | | | | | | Validation pharmacien: | | |
| Signature: | | Signature: | | | | | | Signature: | | |

Annexe 5 = Courrier d'invitation



Cher Docteur,

Un processus global de sécurisation et d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse a été mis en place au sein des services de médecine aigue gériatrique et de SSR de l'hôpital Saint Philibert par les gériatres et les pharmaciens de l'établissement.

Il comporte trois étapes : la conciliation médicamenteuse à l'admission et à la sortie des patients et la présentation du dossier médical en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP).

- La conciliation médicamenteuse à l'admission permet de garantir la continuité des soins en intégrant à la primo-prescription hospitalière le recueil des thérapeutiques du patient à domicile en ayant recours à différentes sources d'information (pharmacie d'officine, médecin généraliste, entretien avec le patient ou son aidant,...)
- Une évaluation des thérapeutiques du patient est menée au cours de Réunions de Concertations Pluridisciplinaires (RCP) hebdomadaires constituées de gériatres, pharmaciens et infirmières selon les recommandations en vigueur*.
- La conciliation médicamenteuse à la sortie permet de garantir la continuité du traitement médicamenteux lors du retour à domicile en transmettant les modifications thérapeutiques effectuées :
 - au médecin généraliste
 - au pharmacien d'officine
 - au patient afin de l'aider à poursuivre son traitement médicamenteux à domicile

Afin d'évaluer nos pratiques et leur utilité, nous dirigeons un projet de recherche sur l'impact de ce processus sur le taux de ré-hospitalisation précoce de patients âgés.

Cette étude est menée par l'équipe gériatrique et pharmaceutique de l'hôpital Saint Philibert en lien avec le CHRU de Lille (Pr Puisieux, gériatre, Pr Décaudin, pharmacien), les départements de médecine générale de la faculté de médecine de l'Institut Catholique de Lille (Dr Wartel) et de la faculté de médecine de Lille 2 (Pr Lefebvre, Dr Cunin).

Nous nous permettons d'adresser ce courrier car vous avez pu être sollicité pour certains de vos patients ayant bénéficié de cette activité.

Ainsi, dans le cadre du projet de recherche, une étude préliminaire a pour objectif de définir le type (forme et contenu) de document de synthèse des modifications thérapeutiques que vous attendez (forme et contenu) lors de la sortie d'hospitalisation.

Cette étude préliminaire fait l'objet de deux thèses, pour un interne en médecine générale et une externe en pharmacie.

Afin de recueillir l'avis de tous les professionnels de santé concernés par cette activité (gériatres hospitaliers, médecins généralistes, pharmaciens hospitaliers et pharmaciens d'officine), nous vous invitons à participer à une réunion de réflexion pluridisciplinaire pour échanger sur ce sujet.

Trois groupes de travail seront organisés et composés respectivement de pharmaciens d'officine et hospitaliers, de médecins généralistes et gériatres hospitaliers, et un dernier groupe composé des quatre professions. Chaque participant sera convié à deux réunions de 1h30.

Concernant la rencontre entre les pharmaciens officinaux et les pharmaciens hospitaliers, ces réunions se dérouleront le 11 et 25 Février à 20h à l'hôpital St Vincent de Paul à Lille.

Nous vous remercions de bien vouloir nous indiquer si vous souhaitez participer à ce groupe de travail soit par mail à l'adresse suivante : perrine.oudart@gmail.com soit par téléphone au 06.63.94.34.09

Nous restons à votre disposition pour de plus amples renseignements et espérons pouvoir compter sur votre participation.

Bien cordialement,

Annexe 6 = Feuille de génération des idées

GRUPE NOMINAL CONCILIATION MEDICAMENTEUSE

11 Février 2016

Quelles sont les informations à mentionner sur le document transmis aux pharmaciens officinaux et médecins généralistes = bilan médicamenteux de sortie lors de la sortie d'hospitalisation d'un patient ?

- 1) Identification du patient / hôpital / séjour / interlocuteurs
- 2) Traitement de sortie avec le détail des modifications par rapport au traitement d'entrée (incluant les motifs)
- 3) Eléments à prendre en compte pour la poursuite de la prise en charge thérapeutique
 - a) suivi thérapeutique / réévaluation
 - b) conseils destinés à optimiser la prise en charge thérapeutique
 - c) points d'attention relatifs au patient sa adhésion au traitement le cas échéant, diagnostic éducatif
- 4) synthèse des données cliniques vites (synthèse de la synthèse à la fin du courrier médical)
- 5) le cas échéant fiche d'aide / accompagnement à la dispensation pour des médicaments particuliers
- 6) signature

être synthétique
↓
priorisation des messages

Annexe 7 = Feuille de vote


GROUPE NOMINAL CONCILIATION MEDICAMENTEUSE
7 janvier 2016
CLASSEMENT INDIVIDUEL

N° de l'Item : | 1 |

Enoncé : motif et date d'hospitalisation

Note : | 2 |

Annexe 8 = Version finale du document de synthèse des modifications thérapeutiques

| | | | | | | |
|---|--|---|--------------------------|--------------------------------|--|--|
|  | | | | | | |
| Document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation | | | | | | |
| Hôpital | | Dates d'hospitalisation : du --/--/---- au --/--/---- | | | | |
| Patient : | | | | | | |
| Nom : | | Prénom : | | Date de naissance : --/--/---- | | |
| Adresse : | | Num. Sécu : | | | | |
| Motif d'hospitalisation : | | | | Diagnostic de sortie : | | |
| Evènements iatrogéniques pendant l'hospitalisation : | | | | Allergies connues : | | |
| | | | | Insuffisance rénale : | | |
| | | | | Insuffisance hépatique : | | |
| Médicaments reconduits (nom/dosage) | | Posologie M/M/S/C | Durée (jours) | Justifications | Surveillance requise / Effets indésirables/Conditions d'arrêt : | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Médicaments modifiés (nom/dosage) | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Médicaments introduits (nom/dosage) | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Médicaments arrêtés (nom/dosage) | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Valeurs biologiques d'intérêt : | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Référents du patient : | | | | | | |
| Médecin traitant : | | | Pharmacien d'officine: | | | |
| Praticien hospitalier : | | | Pharmacien hospitalier : | | Interne (med/pharma): | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Université de Lille 2
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2016/2017

Nom : OUDART
Prénom : Perrine

Titre de la thèse : Elaboration d'un document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation.
Un consensus sur le contenu entre pharmaciens hospitaliers et officinaux.

Mots-clés : Conciliation médicamenteuse, sujet âgé, sortie d'hospitalisation, révision médicamenteuse, consensus.

Résumé :

Contexte : Lors de la sortie d'hospitalisation d'une personne âgée, il est important de prendre en compte l'ensemble des modifications thérapeutiques effectuées lors de l'hospitalisation. Un risque majeur d'erreurs médicamenteuses lors de la sortie existe principalement par manque de transmission des changements de l'ordonnance entre les professionnels de santé. L'objectif de cette étude était d'établir un consensus sur les données à transmettre de l'hôpital vers la ville concernant les changements thérapeutiques au décours de l'hospitalisation du patient âgé.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée auprès de pharmaciens d'officine et de pharmaciens hospitaliers. La méthode de consensus dite par groupe nominal a été utilisée, nécessitant plusieurs étapes : génération et énumération des idées, discussion collective des items puis consensus par vote et classement de chaque item.

Résultats : Deux réunions regroupant pharmaciens hospitaliers et officinaux ont permis d'obtenir un consensus concernant l'information attendue au décours d'une hospitalisation chez un patient âgé, sur les dix items suivants : 1. Traitement médicamenteux d'entrée et de sortie d'hospitalisation en précisant clairement dans le bilan médicamenteux les traitements modifiés, introduits et arrêtés 2. Nom, prénom, adresse, date de naissance du patient, poids et numéro de sécurité social du patient. 3. Nom du médecin de ville destinataire du courrier, nom du service hospitalier, du médecin hospitalier, de l'interne et du pharmacien hospitalier, l'identification de l'hôpital et du séjour. 4. Motif d'hospitalisation et la date. 5. Eléments à prendre en compte pour la poursuite de la prise en charge thérapeutique. 6. Notion d'autonomie du patient dans la prise des médicaments ou intervention d'une tierce personne. 7. Signatures. 8. Allergies connues et mention d'une insuffisance hépatique ou insuffisance rénale. 9. Plan de prise et conseils de prise. 10. Principaux effets indésirables à surveiller après la sortie d'hospitalisation du patient

Conclusion : Cette étude propose un consensus entre pharmaciens hospitaliers et officinaux sur le document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé, afin de préparer au mieux la sortie d'hospitalisation.

Membres du jury :

Président : **Pr Bertrand DECAUDIN**, Pharmacien, Professeur des universités – Praticien hospitalier en pharmacie clinique Institut de Pharmacie du CHRU de Lille – Faculté de Pharmacie Université Lille 2

Assesseur(s) : **Pr François PUISIEUX**, Professeur des universités – Praticien hospitalier Médecine interne ; Gériatrie et biologie du vieillissement Médecine Interne et Gériatrie – Faculté de Médecine Université Lille 2–CHRU Lille

Dr Michel CUNIN, Médecin généraliste - Maître de stage des Universités

Dr Antoine LEFEBVRE - Directeur de thèse – Pharmacien, Praticien hospitalier – Centre Hospitalier Saint Philibert – GHICL. Groupe Hospitalier Institut Catholique de Lille

Membre extérieur : **Dr Patrice VIGIER**, Pharmacien d'officine – Conseiller ordinal du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens - Maître de stage

