

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

**Soutenu publiquement le 29 septembre 2017
Par M. Pierre-François LECLERCQ**

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

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

**Optimisation de la prise en charge médicamenteuse au sein
d'un hôpital de jour gériatrique : évaluation de la faisabilité
d'un processus global pluridisciplinaire ville-hôpital**

Membres du jury :

Président :

Monsieur le Docteur Nicolas SIMON, Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier, *Faculté de pharmacie de Lille 2 - Institut de Pharmacie, CHRU de Lille*

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc CHILLON, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier – *Faculté de pharmacie Jules Verne d'Amiens, CHU d'Amiens*

Madame le Docteur Céline DELECLUSE – Gériatre Praticien Hospitalier, *Centre Hospitalier Saint Philibert de Lomme*

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Antoine LEFEBVRE – Pharmacien Praticien Hospitalier, *Centre Hospitalier Saint Philibert de Lomme*

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

**Soutenu publiquement le 29 septembre 2017
Par M. Pierre-François LECLERCQ**

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

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

**Optimisation de la prise en charge médicamenteuse au sein
d'un hôpital de jour gériatrique : évaluation de la faisabilité
d'un processus global pluridisciplinaire ville-hôpital**

Membres du jury :

Président :

Monsieur le Docteur Nicolas SIMON, Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier, *Faculté de pharmacie de Lille 2 - Institut de Pharmacie, CHRU de Lille*

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc CHILLON, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier – *Faculté de pharmacie Jules Verne d'Amiens, CHU d'Amiens*

Madame le Docteur Céline DELECLUSE – Gériatre Praticien Hospitalier, *Centre Hospitalier Saint Philibert de Lomme*

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Antoine LEFEBVRE – Pharmacien Praticien Hospitalier, *Centre Hospitalier Saint Philibert de Lomme*



Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

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



Université Lille 2 – Droit et Santé

Président :	Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE
Vice-présidents :	Professeur Alain DUROCHER Professeur Régis BORDET Professeur Eric BOULANGER Professeur Frédéric LOBEZ Professeur Murielle GARCIN Professeur Annabelle DERAM Professeur Muriel UBEDA SAILLARD Monsieur Ghislain CORNILLON Monsieur Pierre RAVAUX Monsieur Larbi AIT-HENNANI Madame Nathalie ETHUIN Madame Iona LEMAITRE
Directeur Général des Services :	Monsieur Pierre-Marie ROBERT

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen :	Professeur Damien CUNY
Vice-Doyen, 1 ^{er} assesseur :	Professeur Bertrand DECAUDIN
Assesseur en charge de la pédagogie	Dr. Annie STANDAERT
Assesseur en charge de la recherche	Pr. Patricia MELNYK
Assesseur délégué à la scolarité	Dr. Christophe BOCHU
Assesseur délégué en charge des relations internationales	Pr. Philippe CHAVATTE
Assesseur délégué en charge de la vie étudiante	M. Thomas MORGENROTH
Chef des services administratifs :	Monsieur Cyrille PORTA

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	ICPAL
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
Mme	RENNEVILLE	Aline	Hématologie
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	EI 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.	SERGHERAERT	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 jury, le Docteur Nicolas SIMON,
Maître de Conférences des Universités et Praticien Hospitalier au CHRU de Lille**

*Pour l'honneur que vous me faites de présider mon jury de thèse.
Recevez ici mes remerciements les plus sincères pour avoir accepté de juger ce travail.
Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.*

**Au Professeur Jean-Marc CHILLON,
Professeur des Universités et Praticien Hospitalier au CHU d'Amiens**

*Pour avoir accepté de juger ce travail et de siéger parmi les membres du jury.
Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de mes sincères remerciements.*

**Au Docteur Céline DELECLUSE,
Gériatre Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Saint Philibert de Lomme**

*Pour avoir accepté de siéger parmi les membres du jury.
Merci pour le temps que tu m'as accordé et pour ton énergie débordante.*

**A mon Directeur de thèse, le Docteur Antoine LEFEBVRE,
Pharmacien Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Saint Philibert de Lomme**

*Pour avoir accepté de diriger ce travail et de siéger parmi les membres du jury.
Pour la confiance et le temps que tu m'as accordés pour mener à bien ce projet.
Mes reconnaissances les plus sincères.*

Au Dr FLORET et toute l'équipe de la pharmacie du CH Saint Philibert,

*Pour vos conseils, votre soutien et votre bonne humeur aux cours de ces semestres passés
en votre compagnie.*

Aux gériatres du CH Saint Philibert,

Pour votre grande implication dans ce projet et sa mise en œuvre.

A l'équipe de l'hôpital de jour gériatrique du CH Saint Philibert,

Pour avoir accueilli ce projet dans votre service et votre participation active.

**A Madame BRASSART, Messieurs DAYEZ et MIZZI de la Direction Générale,
au Docteur LANSIAUX et l'ensemble de l'équipe du Département de Recherche
Médicale, au Docteur GERMAIN du Département d'Information Médicale et au
Service Communication du Centre Hospitalier Saint Philibert du GHICL,**

Pour vos conseils avisés et votre soutien tout au long de ce projet et de cette étude.

Aux partenaires extérieurs du projet, le Docteur Clotilde CHEVAL du DMG et le Docteur Isabelle BODEIN du Collège des Médecins Généralistes Enseignants de la faculté de médecine de l'Institut Catholique de Lille, les Professeurs Jean-Marc LEFEBVRE (DMG) et François PUISIEUX (pôle gériatrie) de la faculté de médecine de l'Université de Lille 2, le Docteur Michel CUNIN du CEMG du Nord-Pas-de-Calais, le Docteur Elisabeth BERTOUX de l'Association régionale des maîtres de stage officinal, le Professeur et Doyen Damien CUNY et le Professeur Bertrand DECAUDIN de la faculté de pharmacie de l'Université de Lille 2, les Docteurs Bertrand DEMORY et Grégory TEMPREMANT des URPS Médecins et Pharmaciens des Hauts-de-France,

Pour votre aide précieuse tout au long de la mise en œuvre de ce projet.

Aux médecins généralistes et pharmaciens officinaux sollicités,

Pour le temps que vous avez su nous accorder tout au long de cette étude.

A mes parents,

*Pour votre soutien et vos encouragements depuis toujours.
C'est avec toute mon affection et ma profonde reconnaissance que je vous dédie cette thèse.
Un grand merci pour tout.*

A ma sœur Juliette,

Pour la joie d'avoir grandi à tes côtés, pour ta bonne humeur et notre complicité.

A Estelle,

Pour ta présence, ta patience, et tout ce que tu m'apportes au quotidien.

A ma famille, cousins, cousines, tantes et oncles, grand-mère,

Pour tous les moments de joie que nous avons pu partager et tous ceux à venir.

A mes grands-parents disparus,

Je vous remercie pour cette enfance merveilleuse à laquelle vous avez tant contribué.

A Franck,

Pour ton amitié et ton aide précieuse dans l'élaboration des statistiques.

A mes amis,

Pour tous les bons moments passés ensemble.

A tous ceux que j'ai oubliés et qui m'ont soutenu,

Un grand merci.

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	15
I. Contexte de la création de l'hôpital de jour PEIMA	16
A. Processus de conciliation médicamenteuse au GHICL	16
1. Déroulement actuel	16
2. Conciliation médicamenteuse d'entrée.....	17
3. Réunion de concertation pluridisciplinaire médicamenteuse.....	17
4. Conciliation médicamenteuse de sortie.....	18
B. Mise en place de l'hôpital de jour PEIMA.....	18
1. Une valorisation du rôle des professionnels de ville.....	18
2. Hôpital de jour versus service d'hospitalisation conventionnelle	19
C. Présentation de l'hôpital de jour PEIMA.....	20
1. Objectifs de l'HJ PEIMA	20
2. Elaboration du projet.....	20
a. Présentation aux partenaires internes	20
b. Avis des professionnels de ville	21
c. Intégration du projet au sein de l'hôpital de jour	21
3. Admission des patients en HJ PEIMA.....	22
a. Critères d'inclusion en HJ PEIMA.....	22
b. Critères d'exclusion de l'HJ PEIMA	23
4. Sollicitation des professionnels de santé de ville	23
a. Communication aux partenaires de ville.	23
b. Indemnisation des professionnels de ville	23
5. Organisation.....	24
a. Etapes en amont de la RCPM	24
b. Réunion de concertation pluridisciplinaire médicamenteuse	25
c. Etapes en aval de la RCPM.....	25
II. Matériel et méthodes.....	26
A. Description et montage de l'étude	26
1. Paramètres généraux de l'étude	26
2. Autorisations règlementaires de l'étude	26

B.	Objectifs de l'étude	27
1.	Objectif principal.....	27
2.	Objectifs secondaires.....	27
C.	Critères de jugement de l'étude	27
1.	Critère de jugement principal	27
2.	Critères de jugement secondaires.....	28
a.	Critères d'évaluation de la pérennisation de l'activité	28
b.	Critère de prédiction de la pérennisation des décisions thérapeutiques..	29
D.	Critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude	29
1.	Critères d'inclusion	29
2.	Critères d'exclusion	29
3.	Cas de figure envisageables	30
E.	Etudes statistiques.....	30
III.	Résultats.....	31
A.	Données générales de l'étude	31
B.	Critère de jugement principal : faisabilité de l'HJ PEIMA	31
C.	Critères de jugement secondaires	33
1.	Répartition des patients en fonction du mode de recrutement	33
2.	Taux de refus par les patients.....	33
3.	Temps consacré par chaque professionnel.....	33
a.	Patients ayant bénéficié du processus complet.....	33
b.	Patients dont le processus n'a pas été mené à terme	34
c.	Comparaison des temps consacrés.....	35
4.	Satisfaction des patients évaluée lors de l'entretien de sortie.....	35
5.	Satisfaction des professionnels libéraux et hospitaliers	36
a.	Satisfaction des professionnels de santé de ville.....	36
b.	Satisfaction des praticiens hospitaliers	38
6.	Taux de maintien des décisions de la RCPM à 15 jours	39
IV.	Discussion	40
A.	Faisabilité.....	40

B.	Difficultés rencontrées au cours de l'étude	40
1.	Difficultés liées au recrutement	40
2.	Difficultés organisationnelles	42
a.	Trois étapes en une journée	42
b.	Organisation du service d'hôpital de jour	42
c.	Charge de travail induite par le processus	43
3.	Contraintes techniques et médico-économiques	45
a.	Moyens techniques déployés	45
b.	Cotation de l'intervention des professionnels hospitaliers	46
c.	Indemnisation des professionnels de ville	46
4.	Difficultés extrinsèques	48
C.	Sources de satisfaction	48
1.	Intérêt de la conférence téléphonique pluridisciplinaire ville-hôpital	48
a.	Pertinence de la démarche	48
b.	Renforcement du lien ville-hôpital dans l'intérêt du patient	49
c.	Pérennisation des modifications thérapeutiques	51
2.	Avis des patients et des professionnels de santé	53
a.	Des patients majoritairement satisfaits	53
b.	Des professionnels de santé libéraux prêts à renouveler l'expérience	53
c.	Un retour positif des professionnels hospitaliers	56
D.	Limites de l'étude	58
E.	Perspectives	60
1.	Devenir de l'HJ PEIMA	60
a.	Des points faibles compromettant la poursuite du projet	60
b.	Des points forts laissant présager un avenir pour le projet	60
2.	Axes d'améliorations et perspectives d'évolution	61
a.	Elargissement à d'autres professionnels de santé	61
b.	Transposition de la conférence téléphonique en service d'hospitalisation conventionnelle ?	61
c.	Perspectives de nouvelles études	62
	Conclusion	63

INDEX DES FIGURES

Figure 1 : Processus de conciliation médicamenteuse au CH Saint Philibert.....	16
Figure 2 : Critères de non inclusion, d'exclusion ou d'échec du processus	30
Figure 3 : Patients admis en HJ PEIMA et dans l'étude	31
Figure 4 : Satisfaction des patients concernant l'entretien de sortie.....	35
Figure 5 : Satisfaction des professionnels de santé libéraux.....	37
Figure 6 : Satisfaction des professionnels hospitaliers	38
Figure 7 : Répartition des programmes d'HJG au cours de l'étude	43

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 : Cas des patients pour lesquels le processus connut un échec	32
Tableau 2 : Temps moyen du processus mené à terme.....	33
Tableau 3 : Temps moyen du processus en cas d'échec.....	34
Tableau 4 : Comparaison des temps moyens de processus en cas de succès VS en cas d'échec.....	35
Tableau 5 : Etat des traitements quinze jours après la PEC en HJ PEIMA.....	39

INDEX DES ANNEXES

Annexe 1 : Plaquette de présentation de l'HJ PEIMA.....	69
Annexe 2 : Déroulement du processus HJ PEIMA	70
Annexe 3 : Document d'information destiné au patient.....	71
Annexe 4 : Fiche de conciliation des traitements médicamenteux	72
Annexe 5 : Trame de la RCPM.....	74
Annexe 6 : Document de synthèse des modifications thérapeutiques actées en RCPM.....	75
Annexe 7 : Plan de prise destiné au patient	76
Annexe 8 : Questionnaire destiné au patient.....	77
Annexe 9 : Questionnaire destiné au médecin généraliste.....	78
Annexe 10 : Questionnaire destiné au pharmacien officinal.....	81
Annexe 11 : Questionnaire destiné aux professionnels hospitaliers.....	84
Annexe 12 : Tableau des données générales des patients inclus	86
Annexe 13 : Tableau de PECM du patient 01.....	87
Annexe 14 : Tableau de PECM du patient 03.....	88
Annexe 15 : Tableau de PECM du patient 04.....	89
Annexe 16 : Tableau de PECM du patient 05.....	90
Annexe 17 : Tableau de PECM du patient 06.....	91
Annexe 18 : Tableau de PECM du patient 07.....	92
Annexe 19 : Tableau de PECM du patient 08.....	93
Annexe 20 : Tableau de PECM du patient 09.....	94
Annexe 21 : Tableau de PECM du patient 10.....	95
Annexe 22 : Tableau de PECM du patient 11.....	96
Annexe 23 : Tableau de PECM du patient 12.....	97
Annexe 24 : Tableau de PECM du patient 13.....	98

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé
BMO : Bilan Médicamenteux Optimisé
CEMG : Collège des Enseignants de Médecine Générale
CH : Centre Hospitalier
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIL : Correspondant Informatique et Libertés
CM : Conciliation médicamenteuse
CME : Conciliation médicamenteuse d'entrée
CMS : Conciliation médicamenteuse de sortie
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP : Comité de Protection des Personnes
DIM : Département d'Information Médicale
DMG : Département de Médecine Générale
DPI : Dossier Patient Informatisé
DRM : Département de Recherche Médicale
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENEIS : Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables graves associés aux Soins
EPH : Equipe pharmaceutique hospitalière
GHICL : Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille
HAS : Haute Autorité de Santé
HJ : Hôpital de jour
HJG : Hôpital de jour gériatrique
ICL : Institut Catholique de Lille
IDE : Infirmier/Infirmière Diplômé(e) d'Etat
MG : Médecin généraliste
MPI : Médicament potentiellement inapproprié
PEC : Prise en charge
PECM : Prise en charge médicamenteuse
PEIMA : Prévention des Evénements Indésirables Médicamenteux chez le sujet Agé
PH : Pharmacien hospitalier
PO : Pharmacien officinal
RCPM : Réunion de concertation pluridisciplinaire médicamenteuse
SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Introduction

Au 1^{er} janvier 2017, la population française était estimée à près de 67 millions d'habitants, parmi lesquels 12,85 millions sont âgés d'au moins 65 ans (1,2). Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), cette population âgée serait à l'origine de 39% de la consommation totale de médicaments en ville (3). Cette prise importante de médicaments expose cette population fragile à un risque de conséquences néfastes, ou risque iatrogène, plus important (4–6). Cette iatrogénie médicamenteuse serait ainsi responsable de plus de 10% des hospitalisations du sujet âgé, et de près de 20% chez les octogénaires (3). En parallèle, l'Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables graves associés aux Soins (ENEIS) révèle que 32,9% de ces événements indésirables graves seraient dus aux médicaments, parmi lesquels 51,2% pourraient être évités (7–9).

Cette prise de conscience de la iatrogénie a conduit les autorités de santé nationales et mondiales à mener plusieurs réflexions dans l'objectif de prévenir celle-ci (10–14). Les points de transition du parcours de soin du patient y apparaissent comme des étapes susceptibles de favoriser le risque iatrogène. C'est dans un but de sécurisation et de continuité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) qu'a été mise en place la conciliation médicamenteuse (CM) depuis 2010 (15).

Malgré les bénéfices apportés lors de l'hospitalisation du patient (16,17), la CM peut voir son intérêt diminuer lors du retour à domicile, notamment du fait d'une communication ville-hôpital non optimale (18–20). En effet, les changements de traitements réalisés lors de l'hospitalisation sont rapidement modifiés après la sortie du patient, en grande partie par le médecin généraliste, principal prescripteur du sujet âgé (3). En parallèle, le pharmacien officinal, également acteur majeur de la PECM du patient au quotidien, a le sentiment d'être mis à l'écart car souvent peu informé des modifications de traitement réalisées en intra-hospitalier (21).

Il apparaît alors indispensable d'améliorer davantage les échanges entre professionnels de santé libéraux et hospitaliers sur la PECM du patient. Après avoir décrit brièvement le déroulement actuel de la CM au centre hospitalier (CH) Saint Philibert de Lomme, ce travail s'intéressera à l'évaluation de la faisabilité d'une démarche originale pluridisciplinaire d'optimisation de la PECM du sujet âgé grâce à un partenariat renforcé entre professionnels de santé libéraux et hospitaliers.

I. Contexte de la création de l'hôpital de jour PEIMA

A. Processus de conciliation médicamenteuse au GHICL

1. Déroulement actuel

La HAS a défini en 2015 la conciliation médicamenteuse comme étant « un processus formalisé qui prend en compte, 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 pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. » (14)

Au CH Saint Philibert de Lomme, ce processus regroupe trois étapes : une CM d'entrée (CME), une réunion de concertation pluridisciplinaire médicamenteuse (RCPM) et une CM de sortie (CMS), tel que décrit sur la Figure 1 ci-dessous. Ce processus est réalisé dans trois services de gériatrie (médecine interne, court séjour gériatrique et soins de suite et de réadaptation fonctionnelle) et fait intervenir les médecins de ces services ainsi que l'équipe pharmaceutique hospitalière (EPH) composée d'un pharmacien hospitalier (PH), des internes et des externes.

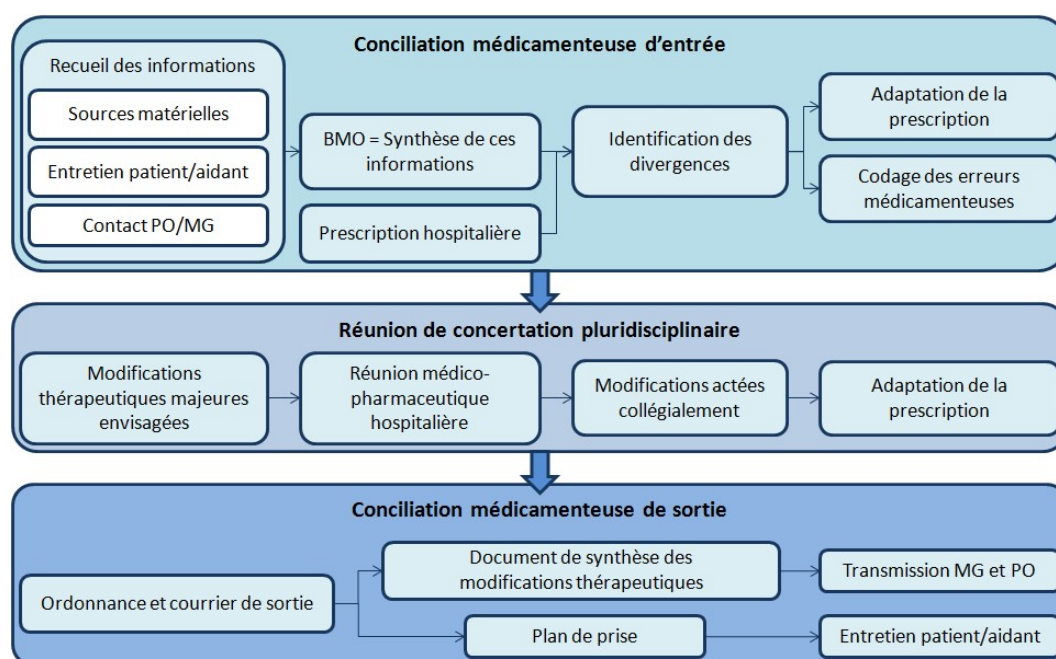


Figure 1 : Processus de conciliation médicamenteuse au CH Saint Philibert

2. Conciliation médicamenteuse d'entrée

La CME consiste en une démarche d'investigation structurée des traitements pris au domicile. A l'admission du patient, l'EPH récolte un maximum de données sur son historique médicamenteux à l'aide d'au moins trois sources d'informations différentes afin d'en assurer la fiabilité (14,22,23), telles que :

- Sources matérielles accessibles : dossier médical papier, dossier patient informatisé (DPI), dossier pharmaceutique, courriers d'hospitalisation, ...
- Entretien avec le patient ou son aidant : évaluation de l'automédication, de l'observance, des connaissances sur le traitement pris, du mode de vie, ...
- Contact téléphonique avec le pharmacien officinal (PO) et/ou le médecin généraliste (MG) du patient : prescriptions récentes, PECM globale, ...

Le recueil de l'ensemble de ces informations constitue le Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO), qui est mis en parallèle avec la prescription hospitalière. Les divergences entre les traitements pris au domicile et ceux prescrits à l'hôpital sont transmises au médecin hospitalier en charge du patient. Les divergences non intentionnelles sont mises en évidence, corrigées sur la prescription en cours puis codées en erreurs médicamenteuses en fonction de leur nature et de leur gravité, selon la classification de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) (24).

3. Réunion de concertation pluridisciplinaire médicamenteuse

Chaque semaine, les équipes gériatrique et pharmaceutique hospitalières (médecins, pharmaciens, infirmiers, internes et externes) se réunissent autour du dossier des patients pour lesquels des modifications thérapeutiques majeures sont envisagées. L'objectif de cette approche pluridisciplinaire est l'analyse de la pertinence du traitement médicamenteux pris par le patient afin de repérer et réduire les médicaments potentiellement inappropriés (MPI), dans un souci de prévention du risque iatrogène (25). Cette double expertise médico-pharmaceutique (26) s'appuie sur un panel d'outils validés, consultés en amont ou au cours de la RCPM, pour juger de la qualité des prescriptions médicamenteuses et proposer d'éventuelles alternatives thérapeutiques. Les principaux outils utilisés sont les critères STOPP/START (27–29), la liste de Laroche (30), le guide Prescriptions Adaptées aux Personnes Agées (31), le Vidal Hoptimal[®] et le guide GPR[®]. Les décisions de

modifications thérapeutiques sont prises collégalement par les acteurs de la RCPM, et le traitement médicamenteux du patient est adapté en conséquence.

4. Conciliation médicamenteuse de sortie

Une CMS est effectuée pour les patients dont le dossier a été discuté en RCPM. En effet, au décours de l'hospitalisation, les patients peuvent encore être confrontés à des erreurs médicamenteuses subsistantes (32,33) et la réalisation d'une CMS afin de les déceler s'avère parfois aussi bénéfique que l'est la CME à l'admission (34,35).

Juste avant la sortie du patient, un document de synthèse reprenant l'état du traitement médicamenteux de sortie est établi. Il a été créé à partir d'une méthode qualitative de consensus entre MG, PO, gériatres et PH (36–38). Ce document précise notamment les médicaments poursuivis, modifiés, introduits et arrêtés, avec les justifications correspondantes, et est adressé par courrier aux professionnels de santé de ville lors de la sortie du patient. Il garantit la transmission précise et rapide des modifications thérapeutiques effectuées et apporte plus d'informations qu'une prescription de sortie (39).

Un plan de prise à destination du patient est réalisé en parallèle. Les lignes de médicaments y sont organisées selon leur statut (poursuivi, introduit, modifié, arrêté) pour une meilleure compréhension et accompagnées de conseils de bon usage. La dispensation des informations étant plus efficace lorsque celle-ci est faite à la fois par écrit et par oral (40), ce document est expliqué au patient, ou par défaut son aidant, lors d'un entretien mené par l'interne en pharmacie, qui répond également aux éventuelles questions vis-à-vis des modifications thérapeutiques.

B. Mise en place de l'hôpital de jour PEIMA

1. Une valorisation du rôle des professionnels de ville

Dans le processus actuel de CM, gériatres et PH échangent sur la prise en charge (PEC) du patient lors de la réunion de concertation, lui conférant ainsi son aspect pluridisciplinaire. Le MG et le PO, pourtant acteurs majeurs de la PEC du patient au quotidien, ne participent pas directement au processus d'optimisation thérapeutique.

Bien que la réalisation d'une CMS ait un intérêt notable dans la communication hôpital-ville (41) et que les professionnels libéraux reçoivent par courrier les modifications thérapeutiques effectuées lors de l'hospitalisation, ceux-ci peuvent se sentir exclus de la prise de décisions.

Le manque d'informations au décours d'une hospitalisation constitue l'une des principales raisons de non-acceptation de ces modifications par le MG (42–48). Le PO joue quant à lui un rôle majeur lors de la CME de par sa proximité avec le patient (49) mais se voit moins impliqué dans les étapes suivantes et peut même se retrouver dans la difficulté face au manque de précisions de certaines ordonnances de sortie d'hospitalisation (50,51).

De par l'antériorité de leur connaissance des patients, impliquer le MG et le PO paraît primordial et laisse présager la réalisation de modifications thérapeutiques collégiales pertinentes et mieux accueillies. La volonté d'intégrer les professionnels libéraux de manière active s'est donc rapidement manifestée.

Les professionnels hospitaliers se réunissant déjà lors des RCPM, celles-ci semblaient être le moment opportun pour permettre au MG et au PO de prendre part aux décisions.

2. Hôpital de jour versus service d'hospitalisation conventionnelle

La mise en œuvre de cette démarche dans les services d'hospitalisation conventionnelle semblait complexe, la brièveté de PEC de certains patients étant incompatible avec l'organisation d'une RCPM ville-hôpital. Il semblait plus judicieux de développer ce processus dans un service où la programmation des patients est établie à l'avance afin de définir, en amont de la venue du patient, un créneau horaire commun pour la tenue de la RCPM. L'idée d'appliquer cette démarche en hôpital de jour (HJ) est alors apparue, le CH Saint Philibert étant doté d'un hôpital de jour gériatrique (HJG), ouvert le lundi et le vendredi, hors fériés et vacances scolaires. Le temps précédant la venue du patient pouvait également être mis à profit pour mener un recueil approfondi des informations concernant ses traitements.

D'autres centres en France ont mis en place une activité pluridisciplinaire d'évaluation de la PECM au sein d'un HJ. Une récente étude lyonnaise menée par l'équipe du docteur Mouchoux a en ce sens évalué l'intérêt d'une démarche similaire, dans un but de renforcement du lien ville-hôpital au travers d'avis pharmaceutiques émis à l'attention du MG (42). Cette démarche, bien que n'incluant pas le PO, laissait

apparaître que la PEC des patients âgés en HJ constitue « une période d'intérêt pour une réévaluation optimale des thérapeutiques médicamenteuses et un suivi pharmaceutique de la prescription ». De plus, la PEC en HJ étant de courte durée, il s'agit d'une étape où « la relation entre professionnels de santé de ville est temporellement la plus proche », ce qui pourrait constituer « un moment privilégié pour améliorer la collaboration et la communication entre professionnels de santé. »

Un intérêt supplémentaire lié à l'HJ est la possibilité d'une évaluation optimale de l'état de santé du patient par la mise à disposition d'un plateau technique large, l'intervention de divers professionnels de santé médicaux et paramédicaux et la tenue d'examens médicaux. La réalisation de ce processus en HJG répondait de plus à la demande des gériatres de mettre en place une activité de CM au sein de l'HJ. Il a donc été décidé de réaliser une activité d'HJG dédiée à l'optimisation de la PECM, basée sur un schéma proche de l'activité de CM appliquée en hospitalisation.

C. Présentation de l'hôpital de jour PEIMA

1. Objectifs de l'HJ PEIMA

L'HJ PEIMA (Prévention des Evénements Indésirables Médicamenteux chez le sujet Agé) a pour but de prévenir la iatrogénie médicamenteuse chez le patient âgé, grâce à une action coordonnée ville-hôpital. Cette action pluridisciplinaire doit permettre d'optimiser la PECM du sujet âgé, de pérenniser les décisions de modifications thérapeutiques, et de renforcer le lien ville-hôpital.

2. Elaboration du projet

a. Présentation aux partenaires internes

Le projet a été présenté à différents partenaires internes du CH Saint Philibert pour avis (Direction Générale, Département d'Information Médicale (DIM), Département de Recherche Médicale (DRM),...). Ceux-ci se sont montrés enthousiastes à l'égard de cette démarche novatrice et prêts à apporter le soutien nécessaire à sa mise en place.

b. Avis des professionnels de ville

Ce projet mettant en lien la ville et l'hôpital, il nécessitait de connaître le ressenti de professionnels de santé extérieurs à l'établissement sur l'intérêt de celui-ci. Plusieurs réunions ont ainsi eu lieu avec les différents partenaires du projet :

- le Docteur Clotilde Cheval du Département de Médecine Générale (DMG) et le Docteur Isabelle Bodein du Collège des Médecins Généralistes Enseignants de la faculté de médecine de l'Institut Catholique de Lille,
- le Docteur Michel Cunin du Collège des Enseignants de Médecine Générale (CEMG) du Nord-Pas-de-Calais, et les Professeurs Jean-Marc Lefebvre et François Puisieux de la faculté de médecine de l'Université de Lille 2,
- le Docteur Elisabeth Bertoux de l'Association régionale des maîtres de stage officinal, le Professeur et Doyen Damien Cuny et le Professeur Bertrand Décaudin de la faculté de pharmacie de l'Université Lille 2,
- le Docteur Bertrand Demory de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Médecins des Hauts-de-France et le Docteur Grégory Tempremant de l'URPS Pharmaciens des Hauts-de-France.

Un avis général positif sur ce projet est ressorti de ces différentes réunions. Le caractère innovant de cette activité et son objectif de renforcement des liens entre professionnels de santé hospitaliers et libéraux ont été plébiscités.

c. Intégration du projet au sein de l'hôpital de jour

La cadre de santé et l'infirmière du service ont bien adhéré au projet suite à sa présentation au sein de l'HJG. Des discussions ont alors été engagées afin de déterminer les aspects pratiques et le rôle de chacun dans la démarche. Les modalités de recrutement des patients au sein de l'HJ PEIMA ont également été définies.

3. Admission des patients en HJ PEIMA

a. Critères d'inclusion en HJ PEIMA

Afin de proposer ce processus d'optimisation de la PECM à une majorité de patients, les critères d'inclusion ont été définis de la manière la plus large possible, ils sont ainsi proches des critères d'admission en HJG du CH Saint Philibert.

Les patients admis en HJ PEIMA sont les patients de plus de 60 ans, adressés par leur MG car présentant un risque iatrogène élevé et au moins une situation suivante :

- Au moins deux maladies chroniques évolutives ou une insuffisance d'organe (cardiaque, respiratoire, rénale ou hépatique)
- Au moins dix prises quotidiennes de médicaments incluant l'automédication, ou cinq médicaments dont un diurétique, un anticoagulant ou deux psychotropes
- Difficultés à gérer leurs médicaments ou leurs maladies
- Antécédents d'effets indésirables liés aux médicaments
- Accès limité aux soins

Cet adressage constitue le mode de recrutement direct des patients en HJ PEIMA. Cette démarche étant nouvelle, ce mode d'admission semblait cependant insuffisant pour développer l'activité du fait du délai de programmation de l'HJG (deux à trois mois).

Un second mode d'admission a donc été défini, le mode d'inclusion indirect, qui permet de proposer la démarche à tout patient adressé en HJG pour qui l'HJ PEIMA peut avoir un bénéfice. Les patients sont alors inclus lorsqu'une notion de iatrogénie médicamenteuse est suspectée ou avérée, sans nécessairement suivre les critères définis en mode de recrutement direct. Leur admission se fait après information préalable de leur MG et de leur PO sur le processus de l'HJ PEIMA, et suite à l'acceptation de ces derniers d'y participer. Le consentement éclairé du patient pour bénéficier de la démarche est également recueilli, impliquant que celui-ci accepte la participation de son MG et de son PO au processus.

b. Critères d'exclusion de l'HJ PEIMA

L'originalité de ce processus réside dans la participation active des professionnels de santé de ville à la RCPM. Par conséquent, un refus de participation du MG et/ou du PO à la RCPM, et/ou du patient à ce processus entraîne l'absence de réalisation de l'HJ PEIMA. Cette situation concerne plus particulièrement les patients admis en mode indirect. Pour les patients inclus en mode direct, ceux-ci étant informés de la démarche et adressés par leur MG, seul un refus de participation du PO pouvait survenir.

4. Sollicitation des professionnels de santé de ville

a. Communication aux partenaires de ville.

Pour faire connaître cette démarche novatrice auprès des professionnels de santé de ville, une plaquette de présentation de l'activité HJ PEIMA a été réalisée en octobre 2016 avec le soutien des différents partenaires (*voir Annexe 1 : Plaquette de présentation de l'HJ PEIMA*). Elle se présente sous forme de triptyque et reprend les objectifs de la démarche, les critères d'inclusion, le déroulement du processus, les modalités de la RCPM, les coordonnées des référents de l'activité, les différents partenaires du projet à cette époque, ainsi que des informations pratiques. Ce support a été communiqué à de nombreux professionnels de santé libéraux de la région Lilloise grâce aux réseaux de ces mêmes partenaires, envoyé par mail ou par courrier ou distribué lors de formations.

b. Indemnisation des professionnels de ville

Lors des premières réflexions concernant la mise en place du projet, le souhait était de valoriser la participation des professionnels de ville par une indemnisation du temps accordé au processus. C'est auprès des URPS Médecins et Pharmaciens des Hauts-de-France que cette indemnisation a pu voir le jour par le biais d'une convention établie avec les professionnels de santé libéraux participants (PO et MG). Ce point sera abordé dans la partie Discussion (*voir IV.B.3.c. Indemnisation des professionnels de ville*).

5. Organisation

La journée d'HJ PEIMA se déroule selon plusieurs étapes, que l'on peut séparer en trois parties : les étapes en amont de la réunion téléphonique, la RCPM téléphonique, et les étapes en aval de celle-ci. Selon le mode de recrutement, seules les premières étapes diffèrent légèrement. Afin de structurer le déroulement de l'activité, un tableau organisationnel reprenant l'ensemble de la chronologie du processus a été établi (*voir Annexe 2 : Déroulement du processus HJ PEIMA*).

a. Etapes en amont de la RCPM

En mode indirect, le gériatre sélectionne les patients à inclure en HJ PEIMA parmi ceux programmés en HJG, selon le bénéfice potentiel apporté. Pour chaque patient identifié, il contacte le MG et lui présente la démarche. Si le MG souhaite participer, le créneau de la conférence téléphonique est défini selon ses disponibilités.

En mode direct, le patient est adressé par son MG. Une fois la programmation du patient confirmée, le gériatre recontacte le MG pour fixer le créneau de la RCPM.

Les étapes se rejoignent alors, quel que soit le mode d'inclusion. Le gériatre prévient le PH de l'inclusion du patient. Le PH contacte ensuite le PO afin de lui proposer la démarche d'HJ PEIMA. Une fois l'accord des deux professionnels de santé de ville obtenu, un document reprenant le déroulement du processus leur est envoyé, accompagné d'une fiche explicative concernant les modalités de la RCPM téléphonique et de la plaquette de présentation de l'HJ PEIMA.

L'interne ou les externes en pharmacie contactent ensuite de nouveau le PO et procèdent au recueil des ordonnances et informations les plus récentes sur le traitement médicamenteux du patient, afin d'établir un BMO provisoire. Une semaine avant la venue du patient, l'infirmière de l'HJ contacte ce dernier pour lui rappeler son rendez-vous. Cette étape, faite de manière systématique en HJG pour minimiser le risque d'absentéisme, reste appliquée pour l'HJ PEIMA.

Le jour de la PEC du patient, l'interne en pharmacie lui présente et lui explique un document d'information décrivant la démarche, et recueille son consentement éclairé pour participer à l'étude (*voir Annexe 3 : Document d'information destiné au patient*).

Les externes ou l'interne en pharmacie réalisent ensuite l'entretien d'entrée, qui s'apparente à celui réalisé en CME. Puis ils contactent de nouveau les professionnels de santé de ville afin de leur rappeler l'heure de la RCPM téléphonique et récoltent dans le même temps les informations sur d'éventuelles modifications thérapeutiques récentes. Avec ces renseignements, le BMO est alors mis à jour et finalisé, puis retranscrit sur un document de synthèse de la CME (*voir Annexe 4 : Fiche de conciliation des traitements médicamenteux*).

b. Réunion de concertation pluridisciplinaire médicamenteuse

Afin de préparer la RCPM, gériatres et EPH se réunissent pendant une quinzaine de minutes pour discuter du dossier du patient et s'accorder sur les points à évoquer.

Vient ensuite l'étape de la RCPM. A l'horaire défini, le gériatre et le PH rejoignent la conférence téléphonique en composant le numéro de téléphone dédié. Ce numéro mène à une plateforme virtuelle permettant à chaque professionnel de santé de discuter sans nécessiter de matériel particulier. Une fois que le MG et le PO ont tous deux rejoint la conférence, la RCPM a lieu et se déroule selon une trame prédéfinie afin d'en assurer la reproductibilité (*voir Annexe 5 : Trame de la RCPM*).

Après avoir fait la présentation des participants et rappelé le cas du patient, l'équipe hospitalière présente les examens réalisés lors de l'HJ et leurs résultats. Les points d'attention retenus sont abordés, ainsi que toute remarque des professionnels de santé de ville. Les modifications de traitement souhaitées par l'équipe hospitalière sont proposées au MG et au PO, et la décision d'acter ces modifications se fait d'un commun accord. Des questions à l'attention des professionnels de ville sont prévues afin de relancer la discussion et de s'assurer de la participation active de chacun.

c. Etapes en aval de la RCPM

Après cette RCPM, les étapes rejoignent celles de la CM habituelle. Un document de synthèse reprenant les modifications thérapeutiques est transmis par télécopie ou mail aux professionnels de santé de ville (*voir Annexe 6 : Document de synthèse des modifications thérapeutiques actées en RCPM*). Un plan de prise est présenté au patient ou par défaut à son aidant lors d'un entretien de sortie, au cours duquel l'interne en pharmacie précise les modifications thérapeutiques effectuées et les conseils de bon usage associés (*voir Annexe 7 : Plan de prise destiné au patient*).

II. Matériel et méthodes

A. Description et montage de l'étude

1. Paramètres généraux de l'étude

Cette étude menée au CH Saint Philibert (Lomme) visait à évaluer la faisabilité de l'HJ PEIMA. L'objectif était d'inclure un panel de 15 à 20 patients et/ou d'obtenir la participation d'au moins 10 MG différents. Ce sont ces derniers qui, sous réserve d'être satisfaits, assureront la pérennisation de la démarche en y adressant de nouveaux patients. Il était prévu d'inclure dans la mesure du possible un patient par journée d'HJG, soit le lundi et le vendredi. La durée de cette étude monocentrique a été fixée à 6 mois, de fin novembre 2016 à fin mai 2017, afin d'obtenir ce panel.

2. Autorisations réglementaires de l'étude

Le processus d'optimisation de PECM appliqué dans les services de gériatrie a été transposé en HJG, la seule modification substantielle consistant en la tenue de la RCPM téléphonique avec la ville. Aucun acte ou procédure innovants n'étant réalisé directement sur le patient, cette étude prospective a été qualifiée d'observationnelle.

Au Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL), un Correspondant Informatique et Libertés (CIL) assure la conformité des travaux de recherche vis-à-vis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et de la loi informatique et libertés du 06 janvier 1978 modifiée (52). L'enregistrement de cette étude a été fait au niveau du registre du CIL.

En parallèle, le consentement éclairé du patient était recueilli par signature du document de présentation de l'HJ PEIMA (*voir Annexe 3 : Document d'information destiné au patient*). Le patient, informé par écrit et par oral de la démarche, était libre de participer ou non au processus ainsi qu'à l'étude.

S'agissant d'une recherche observationnelle mise en place avant l'application de la loi Jardé (53), l'étude a été présentée en octobre 2016 devant le Comité Interne d'Ethique de la Recherche médicale du GHICL. Ce comité pluriprofessionnel émet un avis éthique sur les protocoles de recherche ne relevant pas de la compétence d'un Comité de Protection des Personnes (CPP), tel que c'est le cas ici (54). C'est avec son approbation que l'étude a débuté.

B. Objectifs de l'étude

1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la faisabilité de la démarche d'HJ PEIMA dans sa totalité, notamment du fait de l'ajout d'une conférence téléphonique ville-hôpital dans un processus basé sur celui de la CM.

2. Objectifs secondaires

Deux objectifs secondaires ont été définis. Le premier consistait en l'évaluation des chances de pérennisation de l'activité, au travers de l'analyse des modes d'inclusion direct et indirect, du refus des patients, de la charge de travail induite par l'HJ PEIMA ainsi que du niveau de satisfaction des différents participants. Le second visait à déterminer l'impact de cette démarche sur la pérennisation des modifications thérapeutiques réalisées lors de la RCPM.

C. Critères de jugement de l'étude

1. Critère de jugement principal

L'objectif principal de cette étude étant d'évaluer la faisabilité du processus, le critère de jugement principal s'intéressait au taux de patients ayant bénéficié du processus dans sa totalité parmi ceux inclus en HJ PEIMA. Cet indicateur se veut dans l'idée de ceux définis par la HAS dans le cadre de l'évaluation de l'implantation de la CM (14). Le processus est considéré comme complet lorsque ses trois étapes sont réalisées en totalité au cours de la venue du patient en HJ, à savoir l'établissement du BMO, la RCPM réalisée avec l'équipe pluridisciplinaire complète (MG, gériatre, PO et PH) et l'entretien de sortie réalisé avec le patient ou son aidant. Tout écart était considéré comme un échec du processus.

Afin de pouvoir interpréter le taux de processus complets réalisés, il a été considéré que la démarche de l'HJ PEIMA était faisable en l'état si plus de 80% des patients avaient pu en bénéficier dans sa totalité.

2. Critères de jugement secondaires

Plusieurs critères secondaires ont été établis afin de répondre aux différents objectifs définis.

a. Critères d'évaluation de la pérennisation de l'activité

Les critères suivants évaluaient les chances de pérennisation de l'activité.

Le premier critère de jugement secondaire consistait en l'évaluation du taux de patients admis en HJ PEIMA suite à un adressage direct par leur MG. Ce critère dépendait notamment du potentiel de communication du projet et du panel de MG sensibilisés au processus.

Le deuxième critère de jugement secondaire s'intéressait au taux de refus du processus par les patients, par absentéisme ou par non volonté de leur part de bénéficier de l'HJ PEIMA.

Le troisième critère de jugement secondaire s'intéressait à la charge de travail induite par le processus pour chaque professionnel de santé. Le temps total du processus était ainsi constitué du temps nécessaire :

- Aux appels téléphoniques lors du premier contact des professionnels hospitaliers avec ceux de ville,
- A la réalisation du BMO (recueil des informations, entretien avec le patient et rédaction des documents),
- A la RCPM et à sa préparation,
- A la réalisation de l'entretien de sortie (rédaction des documents et entretien).

Le quatrième critère de jugement secondaire s'intéressait au niveau de satisfaction des patients, un questionnaire de quatre items était réalisé en fin d'entretien de sortie. Cet entretien était réalisé par l'interne en pharmacie avec le patient ou par défaut son aidant (*voir Annexe 8 : Questionnaire destiné au patient*).

Le cinquième critère secondaire de jugement évaluait le niveau de satisfaction des professionnels de santé de ville, recueilli à partir de quinze jours après la PEC du patient. Dans l'idéal, des entretiens semi-dirigés téléphoniques étaient réalisés par l'interne en pharmacie selon un canevas précis comprenant dix items, enregistrés sur dictaphone et retranscrits anonymement afin de garantir l'exactitude des propos recueillis (*voir Annexe 9 : Questionnaire destiné au médecin généraliste et*

Annexe 10 : Questionnaire destiné au pharmacien officinal). En dernier recours, si cet entretien ne pouvait se faire après plusieurs tentatives téléphoniques, le questionnaire était alors envoyé par télécopie ou par mail.

Le sixième critère de jugement secondaire consistait en l'évaluation du niveau de satisfaction des professionnels hospitaliers au travers d'entretiens semi-dirigés, réalisés en fin d'étude afin que les professionnels puissent avoir une vue d'ensemble du processus (voir Annexe 11 : Questionnaire destiné aux professionnels hospitaliers).

b. Critère de prédiction de la pérennisation des décisions thérapeutiques

Le septième et dernier critère de jugement secondaire évaluait l'intérêt d'une action coordonnée ville-hôpital en analysant l'impact du processus sur le taux de maintien des décisions prises lors des RCPM à quinze jours de la PEC des patients.

D. Critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude

1. Critères d'inclusion

Afin d'inclure un nombre maximal de patients et d'avoir une idée la plus précise possible de la faisabilité de ce processus, il avait été décidé que tout patient pris en charge en HJ PEIMA devait être inclus dans cette étude sans restriction. Les critères d'inclusion de l'étude reprenaient donc les critères d'inclusion en HJ PEIMA.

2. Critères d'exclusion

Le refus de participation des professionnels de ville ou du patient à l'étude constituait le seul critère d'exclusion défini. Le MG, le PO et le patient pouvaient en effet souhaiter que le processus d'HJ PEIMA soit réalisé tout en s'opposant à l'utilisation des informations échangées pour cette étude, ce refus pouvant survenir à tout moment, en amont, pendant ou en aval de la PEC.

3. Cas de figure envisageables

Il faut distinguer les critères de non-initiation, les critères d'échec du processus et les critères d'exclusion de l'étude, représentés sur la Figure 2 ci-dessous.

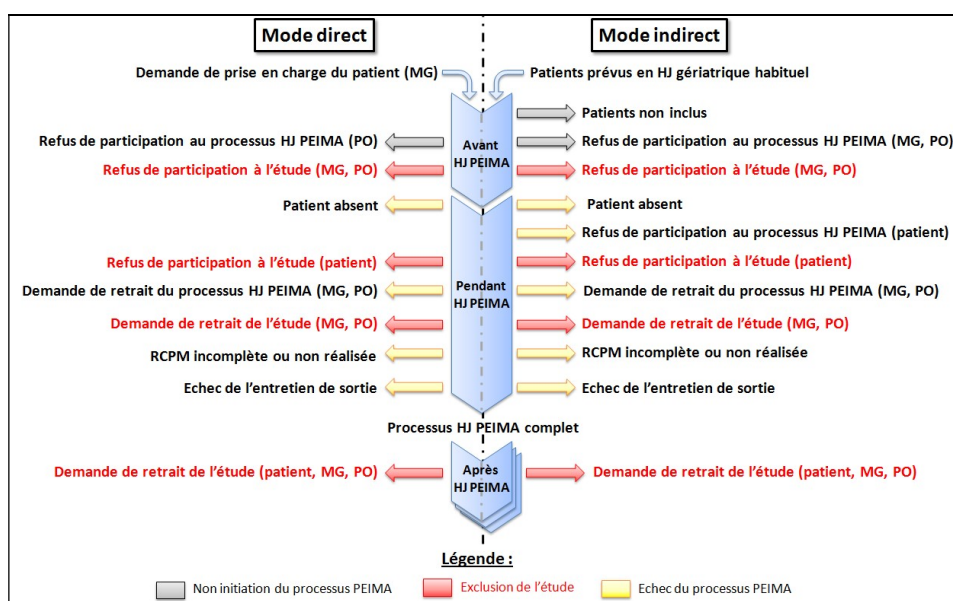


Figure 2 : Critères de non inclusion, d'exclusion ou d'échec du processus

Si le processus ne présentait pas de bénéfice pour le patient (mode indirect) ou si le MG ou le PO refusait d'y participer lors du premier contact, le patient n'était pas inclus en HJ PEIMA. Un refus de participation du patient lors de sa venue pouvait avoir lieu après la réalisation des premières étapes du processus, constituant ainsi un échec. De même, tout écart au processus tel qu'il a été défini entraînait un échec.

E. Etudes statistiques

Les analyses descriptives ont été réalisées en partenariat avec l'Institut Catholique de Lille (ICL), à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics® (version 24.0). Les variables quantitatives sont présentées avec la taille de l'échantillon, la moyenne et l'écart type si elles suivent une loi normale, la médiane sinon. Le test de Shapiro-Wilk a été utilisé pour déterminer si la distribution des variables suivait une loi normale. Les variables catégorielles sont présentées sous forme de pourcentage avec un intervalle de confiance de niveau 95%. La comparaison des variables a été réalisée par un test t de Student pour échantillons indépendants si la variable suivait une loi normale, par un test U de Mann-Whitney sinon. Le risque de première espèce a été fixé à 5%.

III. Résultats

A. Données générales de l'étude

Le tableau général situé en Annexe 12 reprend les principales données recueillies. Sur la période de l'étude, de fin novembre 2016 à fin mai 2017, 13 patients ont été admis en HJ PEIMA et ont été inclus dans cette étude. L'âge moyen était de $85,4 \pm 2,8$ ans avec un sex-ratio à 0,615 [0,35-0,88]. De 5 à 15 médicaments étaient retrouvés par patient, pour une moyenne de $8,92 \pm 1,97$ lignes de traitement.

Compte tenu du faible nombre de patients de cette étude, et pour une meilleure compréhension des résultats, les PEC des différents patients sont synthétisées sous forme de tableaux récapitulatifs situés en annexe (Annexe 13 à Annexe 24). La chronologie de l'HJ PEIMA y est reprise selon trois étapes principales pour l'étude : réalisation de la CME, déroulement de la RCPM et relevé des modifications de traitement à 15 jours de la sortie d'HJ. La clairance de la créatinine a été estimée par la formule du MDRD, et l'évaluation de l'observance basée sur le questionnaire de Girerd.

B. Critère de jugement principal : faisabilité de l'HJ PEIMA

La Figure 3 ci-dessous décrit les différentes situations survenues lors de l'étude.

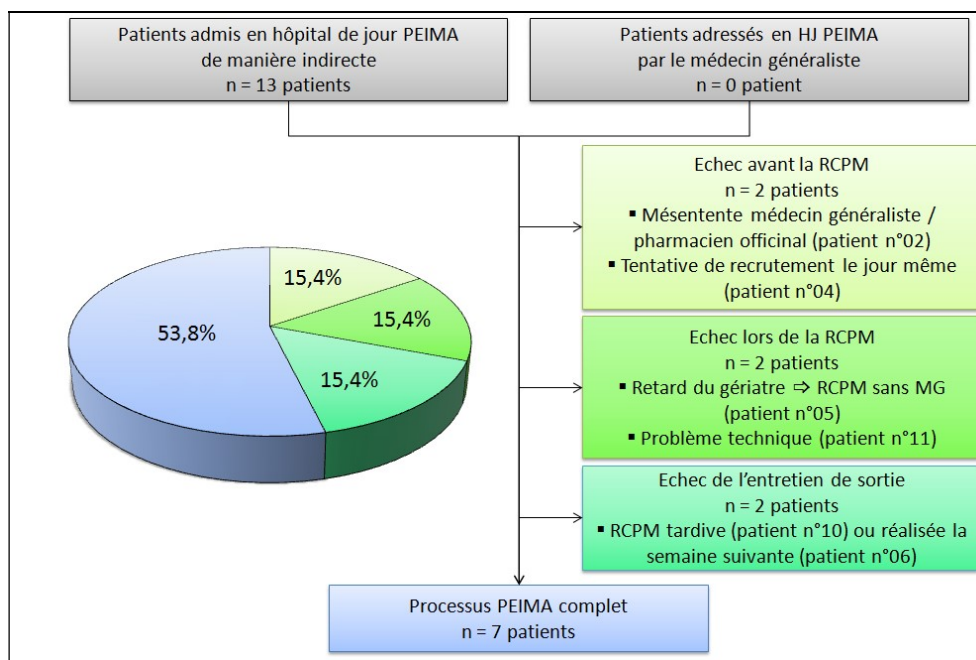


Figure 3 : Patients admis en HJ PEIMA et dans l'étude

Ainsi, 13 patients ont été inclus en HJ PEIMA durant la période étudiée. Parmi eux, 7 patients ont reçu le processus dans sa totalité, soit 53,8% [26.7%-80.9%]. Des échecs sont survenus avant la RCPM, lors de la RCPM, et pour l'étape de l'entretien de sortie, pour deux patients dans chaque cas (soit 15,4% des patients inclus à chaque fois).

A noter également que chaque professionnel de santé (PO ou MG) n'a été sollicité que pour la PEC d'un seul patient au cours de l'étude.

Les différentes situations d'arrêt prématuré du processus sont décrites dans le Tableau 1 ci-dessous.

Patient	Incident survenu lors de la PEC
02	Processus initié suite au succès du premier contact avec les professionnels de ville. Informations des sources matérielles et du PO insuffisantes ⇒ contact du MG. Démarche ressentie comme intrusive par la secrétaire et épouse du MG, qui a également fait part d'une mésentente entre le MG et le PO ⇒ dialogue compromis ⇒ arrêt du processus avant la venue de la patiente (BMO, RCPM et entretien de sortie non réalisés). Ceci explique l'absence de tableau en annexe pour cette patiente.
04	Venue de la patiente en HJG avec un courrier du MG relatant des difficultés avec le traitement médicamenteux : cette volonté d'optimisation thérapeutique correspond au rôle de la démarche ⇒ initiation du processus d'HJ PEIMA le jour même de la PEC. Charge de travail du MG trop importante ce jour ⇒ RCPM impossible ⇒ arrêt du processus après le recueil des traitements (BMO non finalisé, RCPM et entretien de sortie non réalisés).
05	MG et PO avaient rejoint la RCPM à l'heure prévue. Gériatre face à une urgence ⇒ arrivé à la RCPM après 10 minutes . MG ne put attendre du fait d'une charge de travail importante ⇒ a quitté la conférence : le quorum minimal nécessaire à la RCPM n'était plus établi . RCPM réalisée une fois le gériatre arrivé, avec le PH et le PO uniquement : modifications thérapeutiques non actées, et entretien de sortie non réalisé. MG recontacté par téléphone par le gériatre le lendemain : modifications thérapeutiques réalisées (et analysées à J15).
06	Charge de travail du MG ⇒ RCPM impossible le jour de la venue du patient ⇒ RCPM prévue la semaine suivante . Modifications thérapeutiques actées en RCPM, en dehors de la PEC du patient en HJG (entretien de sortie non réalisé).
10	RCPM réalisée tardivement le jour de la PEC de la patiente ⇒ modifications actées. Entretien de sortie non réalisé car patiente sortie ⇒ réalisé le lendemain par contact téléphonique de la patiente.
11	Charge de travail du MG importante ⇒ RCPM impossible le jour de la venue de la patiente ⇒ RCPM prévue le lendemain. Problèmes techniques de téléphonie de la part du MG ⇒ RCPM impossible . Tentative de report de la RCPM, impossible dans un délai de moins de 10 jours ⇒ incompatible avec la démarche de l'HJ PEIMA ⇒ processus clos et considéré en échec.

Tableau 1 : Cas des patients pour lesquels le processus connut un échec

C. Critères de jugement secondaires

1. Répartition des patients en fonction du mode de recrutement

Aucun des patients inclus en HJ PEIMA n'a été adressé directement par le MG, le taux de patients admis de cette manière parmi les patients inclus était par conséquent de 0%. La totalité des patients inclus l'ont donc été de manière indirecte, soit un taux de 100%.

2. Taux de refus par les patients

Parmi les 13 patients inclus, aucun n'a été absent le jour de sa PEC, n'a exprimé le souhait de ne pas bénéficier du processus, ou ne s'est opposé à la participation à cette étude. Les taux d'absentéisme et de refus des patients étaient donc de 0%.

3. Temps consacré par chaque professionnel

Par souci d'interprétation des résultats, les données des patients sont ici traitées séparément selon que le processus ait connu un succès ou un échec. De plus, pour une meilleure clarté de lecture, les temps obtenus ont été arrondis à la minute près.

a. Patients ayant bénéficié du processus complet

Le temps moyen consacré par chaque professionnel de santé lorsque le processus était complet est résumé dans le Tableau 2 ci-dessous.

Professionnels de santé impliqués	Temps moyen consacré au processus (en minutes) (Temps minimal – Temps maximal)				
	Appels téléphoniques	BMO + préparation	RCPM + préparation	Entretien de sortie + préparation	Temps total moyen
MG	5 ^a	0 ^b	16 (5 - 25)	0	21 (10 - 30)
Géronte	5	0	31 (20 - 40)	0	36 (25 - 45)
PO	5	15 (10 - 15)	14 (5 - 20)	0	34 (25 - 40)
EPH	5	61 (40 - 90)	31 (20 - 40)	57 (55 - 65)	154 (135 - 185)

Tableau 2 : Temps moyen du processus mené à terme

(a) : Pour rappel, lors du premier contact téléphonique, le gériatre et le PH contactaient respectivement le MG et le PO pour obtenir les accords de participation. Ces temps n'ont pas été mesurés précisément et ont été arrondis à 5 minutes.

(b) : Pour la réalisation du BMO de ces patients, seul le PO a été contacté, à chaque fois par le PH, d'où l'absence de temps consacré pour les gériatres et les MG.

b. Patients dont le processus n'a pas été mené à terme

Les temps moyens consacrés au processus lorsque celui-ci a connu un échec figurent dans le Tableau 3 ci-dessous.

Professionnels de santé impliqués	Temps moyen consacré au processus (en minutes) (Temps minimal – Temps maximal)				Temps total moyen
	Appels téléphoniques	BMO + préparation	RCPM + préparation	Entretien de sortie + préparation	
MG	5	1 (0 - 5 ^a)	5 (0 ^b - 15)	0	8* (5 - 20)
Gériatre	5	1 (0 - 5)	13 (0 - 30)	0	19 (5 - 35)
PO	5	14 (0 - 20)	6 (0 - 15)	0	25 (5 - 40)
EPH	5	32 (5 - 45)	13 (0 - 30)	8 (0 - 50 ^c)	58 (10 - 130)

Tableau 3 : Temps moyen du processus en cas d'échec

(*) : Le temps consacré par le MG en cas d'échec du processus n'étant pas une variable continue, il s'agit ici de la médiane et non de la moyenne.

(a) : Pour la patiente 02, le MG a été contacté pour la réalisation du BMO.

(b) : Pour les patientes 02 et 04, le processus s'est arrêté au début de la démarche, expliquant l'absence de RCPM. Pour les patientes 05 et 11, un échec de la RCPM est survenu respectivement par retard du gériatre et en raison de problèmes techniques.

(c) : Pour les patients 06 et 10, la RCPM tardive n'a pas permis de réaliser l'entretien de sortie lors de la PEC en HJ. Cependant, la patiente 10 fut contactée par téléphone le lendemain afin de réaliser cet entretien, 50 minutes ont ainsi été consacrées à la réalisation des documents et à cet entretien téléphonique.

c. Comparaison des temps consacrés

Les résultats obtenus en comparant les durées totales des processus en cas de succès et en cas d'échec ont été reportés dans le Tableau 4 ci-dessous.

Professionnel de santé	Temps total moyen (ou médian) consacré au processus (minutes)		p (95%)
	En cas de succès	En cas d'échec	
MG	21	8	0,034
Gérialre	36	19	0,036
PO	34	25	0,206
EPH	154	58	< 0,001

Tableau 4 : Comparaison des temps moyens de processus en cas de succès VS en cas d'échec

4. Satisfaction des patients évaluée lors de l'entretien de sortie

Sept questionnaires n'ont pas pu être réalisés, ceux des 6 patients dont le processus a subi un échec, ainsi que le questionnaire de la patiente 08 qui était désorientée et ininterrogeable en fin de PEC, et pour laquelle l'entretien de sortie n'a pas pu être réalisé avec l'aidant ou la personne de confiance. Les réponses obtenues aux questionnaires sont synthétisées dans la Figure 4 ci-dessous.

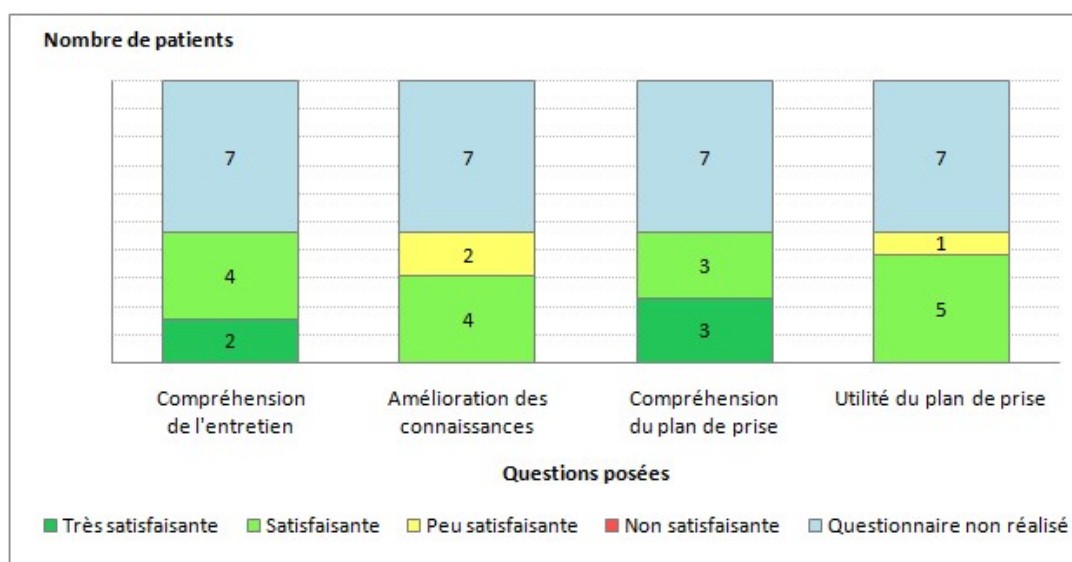


Figure 4 : Satisfaction des patients concernant l'entretien de sortie

Les patients étaient satisfaits voire très satisfaits de cet entretien et de l'amélioration de leurs connaissances grâce à celui-ci, à l'exception de 2 patients trouvant ce dernier point peu satisfaisant. Le plan de prise dispensé était compréhensible pour tous, et 5 des 6 patients interrogés l'ont jugé utile.

5. Satisfaction des professionnels libéraux et hospitaliers

a. Satisfaction des professionnels de santé de ville

Les questionnaires passaient en revue les mêmes items pour le MG et le PO, les réponses obtenues ont été regroupées dans la

Figure 5 en page suivante.

Les questionnaires ont été réalisés par entretien semi-dirigé téléphonique comme prévu. Pour les MG en charge des patients 01, 05, 06 et 10 et les PO en charge des patients 07 et 08, ces questionnaires furent transmis par télécopie ou mail. La majorité des questions portant sur l'étape de RCPM ou le processus global, ces questionnaires n'ont pas été réalisés pour les professionnels n'ayant pas participé à une RCPM (patientes 02, 04 et 11) car ceux-ci n'auraient pas pu y répondre.

Aucun MG n'avait participé à un processus de CM auparavant, deux d'entre eux en avaient déjà entendu parler. Du côté des PO, 8 avaient des connaissances théoriques sur la CM et 4 avaient déjà été contactés lors d'un processus classique de CM par d'autres centres hospitaliers.

Les PO et les MG étaient satisfaits des informations transmises en amont du processus concernant son déroulement, à l'exception de deux MG. L'ensemble des professionnels interrogés a trouvé les points abordés en RCPM pertinents ou moyennement pertinents, et le temps de parole de chacun lors de la RCPM pluridisciplinaire suffisant, à l'exception d'un MG.

Deux MG ont jugé l'apport pour le patient d'un point de vue iatrogénie comme étant faible, le reste des professionnels l'ayant jugé moyen voire important. Les professionnels de ville ont attribué pour les étapes de recherche des traitements et de RCPM un impact faible à moyen sur leur charge de travail quotidienne, voire nul pour certains.

Les PO se sont tous dits prêts à renouveler le processus et les MG y sont plutôt favorables, la plupart étant intéressés pour adresser des patients de manière directe. Le niveau de satisfaction général était « moyen » pour 5 MG et 3 PO, « très satisfaisant » pour 5 MG et 7 PO.

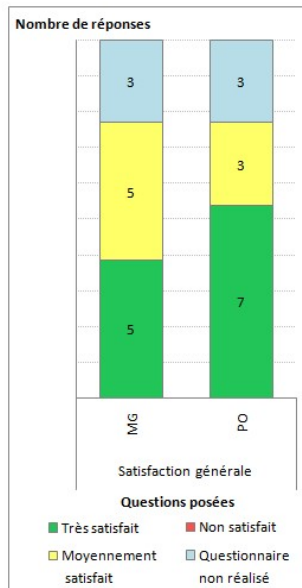
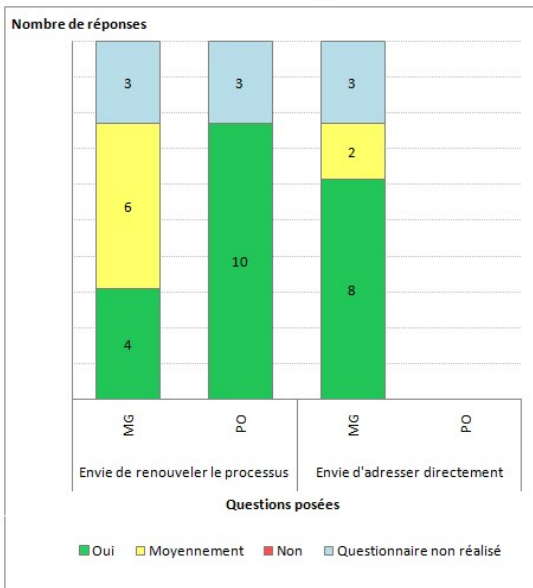
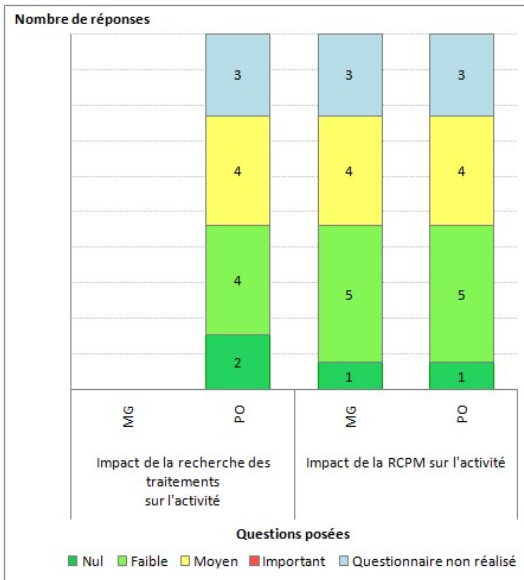
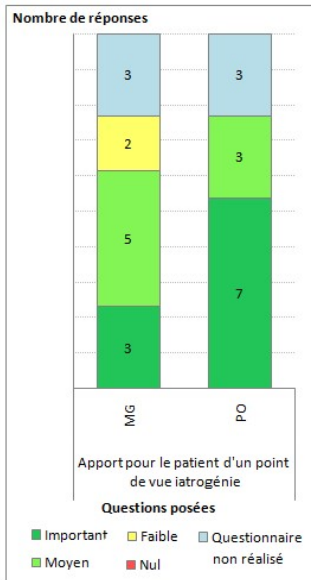
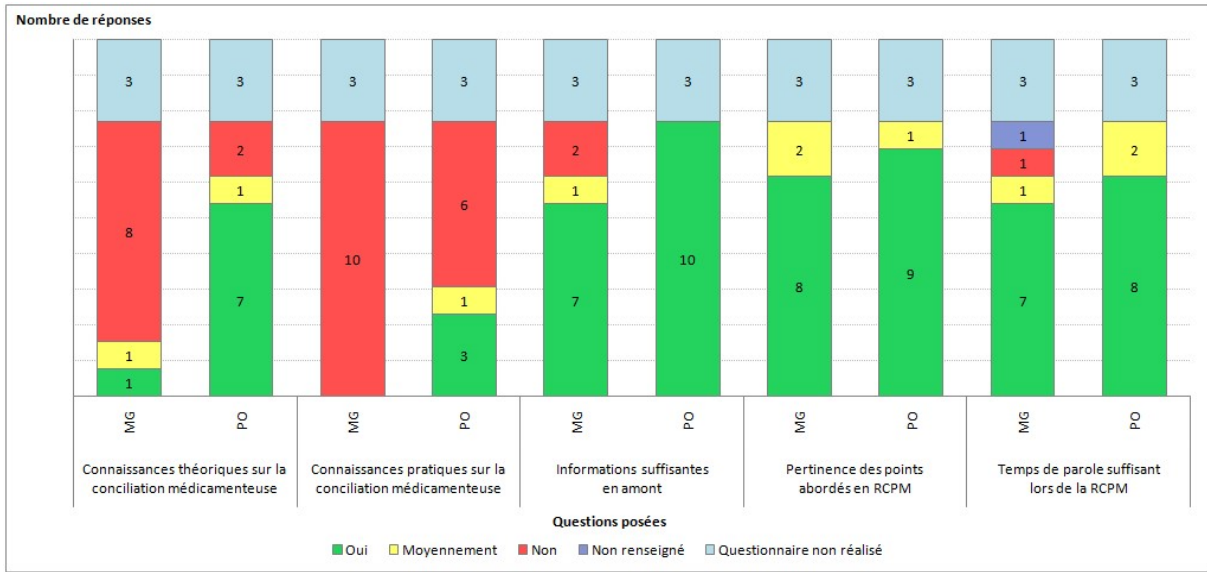


Figure 5 : Satisfaction des professionnels de santé libéraux

b. Satisfaction des praticiens hospitaliers

Le niveau de satisfaction des professionnels de santé hospitaliers a été évalué au travers d'entretiens semi-dirigés réalisés à la fin de l'étude.

Au cours de l'étude, 4 gériatres et 2 PH ont participé à la PEC des différents patients en HJ PEIMA, tous ayant pu exprimer leur niveau de satisfaction.

Les réponses obtenues sont synthétisées dans la Figure 6 ci-dessous.

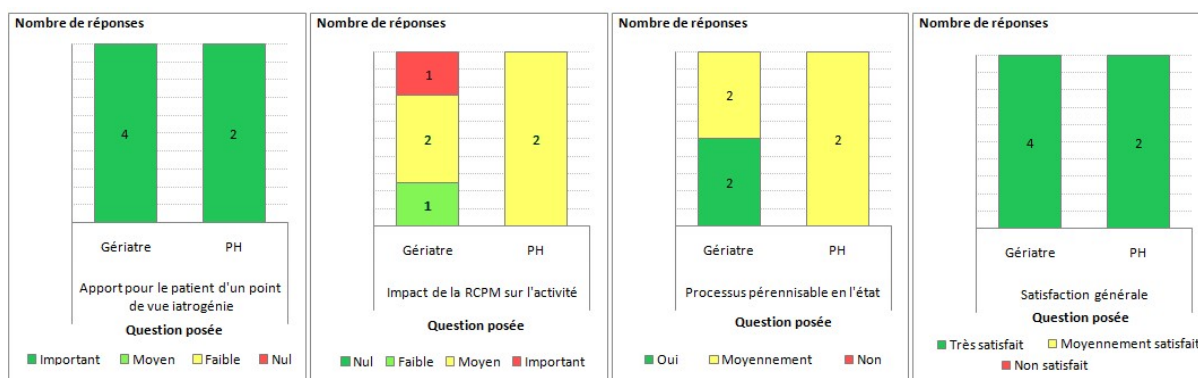


Figure 6 : Satisfaction des professionnels hospitaliers

Tous les professionnels de santé hospitaliers ont estimé que l'apport du processus dans la prévention du risque iatrogène était important.

Ils ont jugé que l'impact de l'étape de RCPM sur leur emploi du temps allait de faible à important, quatre d'entre eux ayant qualifié cet impact comme étant moyen (2 gériatres et 2 PH).

Deux gériatres ont estimé que le processus pouvait être pérenne en l'état, les quatre autres professionnels hospitaliers ont trouvé qu'il l'était moyennement.

Tous étaient très satisfaits de la démarche.

6. Taux de maintien des décisions de la RCPM à 15 jours

Le Tableau 5 ci-dessous présente la synthèse des comparaisons des traitements médicamenteux en sortie d'HJ PEIMA avec ceux retrouvés 15 jours après la PEC des patients. Le terme « ordonnance » utilisé dans la colonne de droite et dans ce paragraphe désigne l'ensemble du traitement médicamenteux pris par le patient.

Patient	Nombre de modifications actées en HJ PEIMA	Etat du traitement à J15			Nombre de modifications supplémentaires	Ordonnance ayant subi au moins une modification à J15
		Nombre de modifications actées en HJ PEIMA ayant été :				
		Poursuivies	Modifiées	Non poursuivies		
01	2	2	0	0	2	Oui
03	6	5	1	0	2	Oui
05	4	4	0	0	5	Oui
06	2	1	0	1	0	Oui
07	3	3	0	0	1	Oui
08	1	0	0	1	1	Oui
09	0	0	0	0	0	Non
10	6	6	0	0	0	Non
12	0	0	0	0	0	Non
13	2	1	0	1	2	Oui
Total	26 100%	22 84,6 %	1 3,9 %	3 11,5 %	13	7 sur 10 70%
Moyenne	2,6	2,2	0,1*	0,3*	1,3*	

Tableau 5 : Etat des traitements quinze jours après la PEC en HJ PEIMA

(*) Bien que ces variables ne soient pas continues, la moyenne a été utilisée pour une meilleure lecture des taux obtenus.

Au total, les ordonnances de 10 patients ont été analysées quinze jours après leur PEC en HJ PEIMA. L'ordonnance de 7 patients a subi au moins une modification à J15 (soit un taux de 70%). Pour 4 de ces patients, ces modifications concernaient les décisions prises en RCPM (patients 03, 06, 08 et 13), soit un taux de 40%.

Sur les 26 lignes de traitements modifiées lors de la RCPM, 22 furent poursuivies à J15 de la sortie du patient (84,6%), 3 ne furent pas poursuivies (11,5%) et 1 fut modifiée (3,9%). Les 3 modifications non poursuivies furent retrouvées chez 3 patients différents (soit 30% des patients dont l'ordonnance fut analysée).

Par ailleurs, 13 nouvelles modifications sont apparues dans le traitement de ces patients, sans lien avec les décisions prises en HJ PEIMA.

IV. Discussion

A. Faisabilité

Seuls 13 patients ont été admis en HJ PEIMA, ce qui est inférieur aux 20 patients espérés. L'âge moyen constaté de 85,4 ans est proche de celui recensé au sein de différentes filières gériatriques dans la littérature (HJ, court séjour, ...), situé entre 77 et 85 ans (55–59). Le nombre moyen de médicaments recueillis est de 8,92 lignes de traitement par patient, il est quant à lui légèrement supérieur aux taux retrouvés dans les études (2 à 8,4 lignes par patient) (14,55–57).

Concernant le critère principal choisi pour évaluer la faisabilité de la démarche, le taux de 53,8% de patients ayant reçu le processus complet parmi ceux inclus en HJ PEIMA est également inférieur aux 80% attendus. Ainsi, malgré le fait que plus de 10 MG différents ont participé à l'HJ PEIMA comme ce qui était souhaité lors du lancement de l'activité, l'objectif principal n'est pas atteint, ce qui témoigne de l'échec de la faisabilité du processus telle que celle-ci a été étudiée.

Ces résultats peuvent s'expliquer par de nombreux obstacles rencontrés tout au long de l'étude. Plusieurs points positifs méritent cependant d'être explorés afin d'envisager les perspectives d'évolution de ce processus original.

B. Difficultés rencontrées au cours de l'étude

1. Difficultés liées au recrutement

Une des principales difficultés rencontrées a été le faible nombre de patients recrutés.

Aucun patient n'a été adressé directement en HJ PEIMA. Lors de sa création, l'accent a pourtant été mis sur la communication aux professionnels de ville via la réalisation de la plaquette de présentation. Cette dernière fut diffusée au travers des réseaux de l'ensemble des partenaires du projet et à l'aide de différents moyens de communication : distribution lors de formations médicales continues, envoi par messagerie électronique ou en accompagnement des courriers de sortie des patients

hospitalisés en gériatrie au CH Saint Philibert. Plusieurs centaines de professionnels de ville de la région Lilloise furent ainsi informés de la démarche. Cette large campagne de communication ne fut cependant débutée que lors du mois précédant le lancement de l'étude. Ce délai court n'a peut-être pas laissé suffisamment de temps au projet pour se faire connaître, expliquant en partie l'absence d'inclusion de patients de manière directe.

Une autre explication possible de l'absence de recrutement direct est la nécessité d'une démarche d'autocritique de la PECM de la part du MG.

Il fut donc nécessaire de recourir au mode d'inclusion indirect pour les 13 patients, sélectionnés parmi les 97 patients programmés en HJG sur la période de l'étude, ce qui représente 13,4% d'entre eux. Le potentiel de recrutement indirect s'avère donc également limité, malgré des critères moins stricts que le mode d'adressage direct. Cette étude ne recherchait pas l'exhaustivité, le but étant de se concentrer sur les patients pour lesquels le processus présentait un bénéfice dans la prévention du risque iatrogène. Quelques restrictions sont rapidement apparues au cours de cette étude, et plusieurs catégories de patients ont été écartées :

- Patients prenant peu de médicaments
- Patients en phase palliative
- Patients convoqués pour un traitement onco-gériatrique (non-inclus au début de l'étude du fait de leur PEC délicate, puis intégrés dans un second temps)
- Patients aux antécédents d'absentéisme répété en HJG

De plus, il faut rappeler que pour le mode d'inclusion indirect, le contact préalable des professionnels de ville était nécessaire afin d'obtenir leur accord. Parmi les nombreux MG contactés, beaucoup étaient injoignables ou ont répondu défavorablement à la proposition d'HJ PEIMA lors de ce premier contact téléphonique, principalement par manque de temps.

A noter que lors de cette étude, aucun patient n'a refusé de bénéficier du processus, aucune influence n'est donc à constater à ce niveau sur le potentiel d'inclusion.

Les potentiels d'inclusion de patients par l'un ou l'autre des modes de recrutement semblent limités, ce qui laisse présumer l'existence de difficultés sous-jacentes.

2. Difficultés organisationnelles

Des raisons liées aux difficultés d'articulation de l'activité PEIMA au sein de l'HJG et à son organisation particulière peuvent en partie expliquer les résultats de l'étude.

a. Trois étapes en une journée

Afin de disposer de temps pour organiser et préparer les RCPM, le choix fut fait de réaliser cette démarche en HJ, ce qui s'est cependant accompagné de difficultés liées au fonctionnement de ce dernier. En effet, la brièveté de PEC des patients impose que la totalité du processus soit réalisée lors d'une unique journée. Ainsi, en cas de non disponibilité d'un des professionnels de santé le jour prévu, le processus s'accompagne d'un échec. Ce cas de figure est survenu à plusieurs reprises :

- Pour la patiente 04, pour qui une tentative d'inclusion en HJ PEIMA le jour même de sa PEC fut impossible du fait d'un emploi du temps chargé du MG.
- Pour la patiente 10, pour qui la RCPM eut lieu tardivement le jour de l'HJ, rendant la réalisation de l'entretien de sortie impossible. Les bénéfices liés à cet entretien ont néanmoins été conservés grâce à un échange téléphonique avec la patiente concernant les modifications thérapeutiques réalisées.
- Pour les patients 06 et 11, la RCPM ne pouvait pas se faire le jour de la PEC, ne permettant pas de mener l'entretien de sortie. Pour la patiente 11, une difficulté technique est venue s'ajouter et a empêché la tenue de cette RCPM.

b. Organisation du service d'hôpital de jour

Le souhait initial de recruter au minimum un patient par jour d'HJ s'est vu confronté à plusieurs difficultés liées à l'organisation de ce service.

Tout d'abord, l'HJ du CH Saint Philibert n'est ouvert que deux jours par semaine et il est fermé durant les vacances scolaires, limitant ainsi le nombre de jours exploitables. Ce nombre a été considérablement réduit par le déclenchement d'un plan « hôpital sous tension » lors d'un contexte épidémique, nécessitant la fermeture du service pendant plusieurs semaines (*voir IV.B.4.Difficultés extrinsèques*).

Sur les 53 lundis et vendredis de la période d'étude, 28 se sont ainsi trouvés sans HJ : 14 jours pendant les vacances scolaires ou fériés, 7 jours sans programmation, et 7 jours sans patient en raison des tensions épidémiques.

Il restait donc 25 jours d'HJ pendant lesquels des patients étaient programmés, chaque jour ayant compris entre un et six patients. La répartition de ces 25 jours en fonction du nombre de patients programmés par journée d'HJ est représentée sur la Figure 7 ci-dessous.

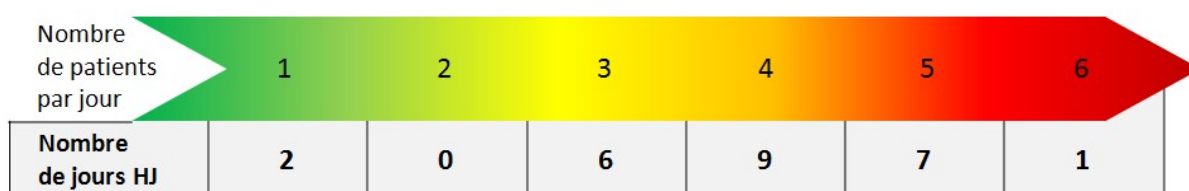


Figure 7 : Répartition des programmes d'HJG au cours de l'étude

Lorsque le nombre de patients programmés était supérieur à 4, comme ce fut le cas au cours de 8 journées d'HJG, la PEC d'un patient en HJ PEIMA s'est avérée irréalisable pour le gériatre, constituant une difficulté supplémentaire.

De plus, il a été tenté à trois reprises de réaliser le processus pour deux patients le même jour (patients 03 et 04, 07 et 08, et 10 et 11), ce qui s'est en pratique avéré complexe, notamment vis-à-vis du temps consacré au processus.

Au final, de par ces nombreux obstacles liés à l'organisation du service d'HJG, seuls 17 jours ont permis de réaliser la démarche d'HJ PEIMA, ce qui peut en partie expliquer le faible nombre de patients inclus dans l'étude.

c. Charge de travail induite par le processus

Lors de cette étude, la charge de travail induite par le processus était très variable selon le rôle de chaque participant, mais également en fonction des patients.

Lorsque le processus était réalisé en totalité, les temps moyens consacrés s'étendaient d'environ une demi-heure pour les MG, les PO et les gériatres (respectivement 21, 34 et 36 minutes) à plus de 2 heures pour l'EPH (154 minutes, avec un minimum de 135 minutes lors de la PEC de la patiente 08 et un maximum de 185 minutes pour la patiente 13). Le temps moyen consacré à la première étape du processus (recueil des traitements et établissement du BMO) de 61 minutes pour

l'EPH est en adéquation avec la durée moyenne d'une CME qui varie de 26 à 66 minutes selon la HAS (14). Le temps total du processus est quant à lui bien supérieur à ce que l'on peut retrouver dans la littérature, estimé à 70 minutes dans une étude française de 2014 dans laquelle le processus comportait des étapes de CME et CMS mais pas d'étape de RCPM (60).

Lorsque le processus était en échec, les variations de charge de travail d'un patient à l'autre étaient encore plus importantes, rendant l'interprétation délicate.

Pour le MG, le gériatre et le PO, le temps consacré au processus variait de 5 minutes au minimum à respectivement 20, 35 et 40 minutes au maximum. Pour l'EPH, ces temps variaient de 10 à 130 minutes, avec une moyenne à 58 minutes.

Ce temps, bien qu'inférieur au temps consacré au processus en cas de succès, n'est pas négligeable, d'autant plus qu'un processus partiellement réalisé ne s'accompagne que d'un bénéfice très limité pour le patient. Pour les patientes 02, 04 et 11, respectivement 35, 10 et 30 minutes furent nécessaires à l'EPH pour établir les BMO, qui au final n'ont pas été utilisés ni analysés du fait de l'absence de RCPM. Pour les patients 05 et 06, respectivement 70 et 75 minutes furent nécessaires à la réalisation du BMO et de la RCPM. Le bénéfice de ce temps passé à la démarche fut conservé d'une part grâce à la discussion ville-hôpital qui a pu avoir lieu et d'autre part grâce à la PEC de ces patients en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Ce dernier point a permis de compenser l'absence d'entretien de sortie par la transmission téléphonique des informations et des modifications thérapeutiques aux infirmières de coordination de ces EHPAD.

Le temps dédié à cette démarche lors d'un échec fut maximal pour la patiente 10, pour qui le processus a été réalisé totalement mais en dehors de sa venue en HJ. Un échange téléphonique avec la patiente a été effectué le lendemain, en guise d'entretien de sortie, afin de conserver les bénéfices de l'HJ PEIMA, notamment par le rappel dans ce cas précis de l'importance d'une bonne observance.

Le temps consacré au processus est significativement plus important en cas de succès que d'échec pour le MG, le gériatre et l'EPH (respectivement $p = 0,034$, $p = 0,036$ et $p < 0,001$). Ceci semble logique pour les professionnels hospitaliers puisqu'ils participent à l'intégralité des étapes du processus en cas de réussite, à l'inverse d'un processus en échec où certaines étapes sont manquantes.

Pour le MG en revanche, ces résultats peuvent laisser présumer qu'il existe un lien entre le temps qu'ils consacrent au processus et la réussite de ce dernier.

Aucune ressource humaine n'ayant été spécifiquement dédiée pour la réalisation de ce processus, les différents acteurs hospitaliers et libéraux ont vu celui-ci se surajouter à leur propre emploi du temps. A noter également que la plupart des patients inclus ont été pris en charge en HJ un lundi, journée de la semaine souvent la plus chargée pour ces professionnels. Leur indisponibilité et leur réticence à participer à cette démarche sont donc compréhensibles.

La charge de travail induite par l'HJ PEIMA est donc conséquente en cas de processus complet et non négligeable en cas d'échec. L'aspect chronophage de cette démarche constitue le principal obstacle pour tous les professionnels de santé y prenant part.

3. Contraintes techniques et médico-économiques

a. Moyens techniques déployés

Le processus d'HJ PEIMA impliquant une discussion commune entre les différents professionnels de santé, il était pour cela nécessaire de les réunir.

Les professionnels de ville ayant des emplois du temps souvent chargés et exerçant à des endroits parfois très distants les uns des autres, il n'était pas envisageable de les faire se déplacer physiquement le jour de la PEC du patient.

La participation de ceux-ci devant se faire au cours de la RCPM, il a dans un premier temps été envisagé d'organiser celle-ci sous forme de visioconférence. Cependant, les professionnels de ville ne disposant pas tous de moyens techniques adéquats, la réalisation de cette réunion sous forme de conférence téléphonique semblait être un moyen plus accessible. Au CH Saint Philibert, une plateforme téléphonique virtuelle est mise à disposition, celle-ci pouvant être rejointe en composant un simple numéro prédéfini. Ce numéro a été communiqué aux professionnels de ville participant aux RCPM, afin que ceux-ci puissent rejoindre la réunion et discuter depuis cette plateforme commune permettant une bonne qualité d'écoute.

Lors de cette étude, l'utilisation de ce média s'est pourtant révélée plus délicate que prévue. En effet, à plusieurs reprises au cours des différentes RCPM menées, les professionnels de ville ne suivaient pas la procédure de conférence téléphonique telle qu'elle leur avait été décrite et attendaient que les professionnels hospitaliers les contactent à l'heure prévue. Dans ces situations, la plateforme commune n'était pas mise à profit, plusieurs téléphones devaient être utilisés et placés sur haut-parleur, ce qui altérait la qualité d'écoute et rendait la discussion plus difficile.

Le recours à un moyen de communication peut de plus s'accompagner de problèmes techniques. La RCPM de la patiente 11 ne put avoir lieu pour cette raison.

b. Cotation de l'intervention des professionnels hospitaliers

Afin de valoriser la participation des différents professionnels de santé hospitaliers et libéraux au projet d'HJ PEIMA, l'idée d'une rémunération s'est développée dès la préparation de l'étude.

Concernant la facturation hospitalière, l'inclusion de la démarche d'HJ PEIMA dans la PEC en HJG classique permettait de coter celle-ci en tant qu'acte faisant partie d'un HJ. Ceci fut possible pour les patients admis en HJ PEIMA de manière indirecte, ces derniers venant initialement pour une PEC classique en HJ.

En revanche, pour les patients admis de manière directe, il avait été prévu d'adapter la PEC et sa cotation en lien étroit avec le DIM afin d'être conforme à la législation (61). Cette codification plus complexe n'a cependant pas été étudiée ici du fait de l'absence d'admission de patients selon ce mode d'inclusion.

c. Indemnisation des professionnels de ville

Comme évoqué précédemment, le souhait était d'indemniser les professionnels de ville pour le temps accordé au processus. Une somme proche du tarif d'une consultation chez le MG (23 euros à la date du démarrage de l'étude) était initialement envisagée, à l'attention du MG et du PO.

Le sujet fut évoqué en réunions avec le DRM, le DIM et la Direction Générale de l'établissement avant le démarrage de l'étude. Un financement aurait été envisageable sur le principe, mais n'aurait pas été conforme sur les plans

réglementaire et déontologique, cette démarche n'impliquant aucun acte réellement effectué sur le patient de la part des professionnels de ville (62).

Certaines dérogations sont néanmoins possibles auprès des Agences Régionales de Santé (ARS). C'est le cas pour les réunions de concertation pluridisciplinaire de cancérologie organisées dans le cadre de réseaux régionaux (63) ou pour la télémédecine, dont le développement fait partie des engagements du pacte territoire santé mais reste encore limité (64,65). Le montage d'un dossier de demande de dérogation semblait en inadéquation avec la mise en place d'un projet innovant dont la pertinence et la pérennisation étaient incertaines. Cette piste n'a donc pas été retenue.

Ce projet a été présenté à l'URPS Pharmaciens des Hauts-de-France. Très intéressée par cette démarche de renforcement du lien ville-hôpital et par l'implication du PO dans le processus, cet URPS a souhaité prendre part à la mise en place de ce projet. Une convention avec les PO sollicités a été établie, prévoyant une indemnisation de 10 euros pour leur participation au cours de la CME et de 20 euros supplémentaires pour leur participation à la RCPM téléphonique.

L'indemnisation de la part de l'URPS Pharmaciens a été actée en cours d'étude. Les premiers PO ayant participé à l'HJ PEIMA ont été rémunérés de manière rétroactive, tandis que cette indemnisation a pu être proposée aux PO suivants lors du premier contact téléphonique. Aucun lien entre cette indemnisation et le taux d'acceptation du processus n'a été constaté puisque tous les PO contactés dans le cadre de l'HJ PEIMA ont accepté de participer.

Une rencontre avec l'URPS Médecins des Hauts-de-France a également eu lieu, mais n'a pu être organisée qu'en fin d'étude. De la même manière, une convention prévoyant l'indemnisation des MG à hauteur de 30 euros par processus a été établie. Cette indemnisation n'ayant été obtenue qu'au terme de l'étude, il est par conséquent impossible d'évaluer l'impact de celle-ci sur l'acceptation de la démarche par les MG. Il paraît légitime de supposer que la proposition d'une indemnisation dès le premier contact aurait entraîné diverses conséquences : inclusion de patients facilitée notamment en mode direct, MG plus enclins à participer au projet malgré son aspect chronophage, programmation d'une RCPM plus aisée le jour de la PEC du patient et dans un créneau horaire compatible avec la réalisation de l'entretien de sortie, risque d'échec de la RCPM moindre, ...

4. Difficultés extrinsèques

Des difficultés de source extérieure ont perturbé le déroulement de cette étude.

D'une part, une épidémie de grippe a entraîné le déclenchement de plans « hôpital sous tension » dans plusieurs CH de la région, dont le nôtre. Sur la période du 09 janvier au 06 février 2017, les lits de l'HJ étaient ainsi réquisitionnés pour faire face à la forte affluence de patients. Cette tension a entraîné la suspension de l'activité de l'HJ au cours de cette période ainsi qu'une surcharge de la programmation liée au report de l'hospitalisation des patients. Cet incident a fortement impacté l'inclusion de patients en HJ PEIMA.

D'autre part, ce processus nécessite un échange entre plusieurs interlocuteurs. Au cours de cette étude, la discussion entre les professionnels de santé s'est toujours déroulée de manière très cordiale, à une exception près. En effet, lors de la PEC de la patiente 02, une mésentente préexistait entre le MG et le PO et a provoqué l'arrêt prématuré du processus pourtant initié.

Toutes ces difficultés organisationnelles, matérielles, financières et humaines ont fortement compliqué la réalisation du projet HJ PEIMA et notamment la phase de RCPM ville-hôpital. Trouver un créneau commun pour réunir les professionnels de santé hospitaliers et libéraux sur un temps donné lors de la venue du patient en HJ a été d'une grande complexité. De nombreux points de satisfaction sont tout de même à relever lors de cette étude.

C. Sources de satisfaction

1. Intérêt de la conférence téléphonique pluridisciplinaire ville-hôpital

a. Pertinence de la démarche

L'objectif premier de cette démarche innovante était d'optimiser la PECM du patient âgé. Le temps consacré en amont au recueil complet et à l'analyse détaillée des thérapeutiques permet de détecter les différentes problématiques de PECM des

patients afin de les analyser collégialement lors de la RCPM. Il est possible d'illustrer ces propos par quelques exemples rencontrés au cours de l'étude :

- Interactions médicamenteuses à risque chez la personne âgée :
Patient 07 : association d'un anti-inflammatoire et d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II risquant d'altérer sa fonction rénale
- Prescription de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) :
Une étude a émis que « la prescription de MPI [...] est associée à une augmentation de la morbidité, de la mortalité, à un accroissement du recours au système de soins et des coûts de prise en charge ainsi qu'à une altération de la qualité de vie » (42,66). Ces MPI peuvent être divisés en trois catégories (56) :
 - Sur-prescription (*overuse*) :
Patiente 10 : arrêt de 6 médicaments après réévaluation des indications
 - Sous-prescription (*underuse*) :
 - Patient 03 : instauration d'un traitement des troubles cognitifs
 - Patient 09 : proposition d'un traitement préventif du risque cardiovasculaire
 - Mauvaise prescription (*misuse*) :
 - Patiente 01 : présence d'une hyponatrémie chez une patiente sous antidépresseur inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
 - Patiente 05 : sensation de ralentissement psychomoteur sous benzodiazépine
- Mauvaise observance : patients 10 et 12
- Besoin de conseils supplémentaires :
 - Patiente 08 : proposition du PO d'introduire de la vitamine C ou des compléments alimentaires à base de jus de canneberge pour prévenir les récurrences d'infections urinaires
 - Patiente 13 : rappel du bon usage du dispositif d'administration de l'antiasthmatique

b. Renforcement du lien ville-hôpital dans l'intérêt du patient

Le deuxième objectif majeur de cette démarche consistait à renforcer le lien ville-hôpital au moyen d'une discussion pluridisciplinaire médico-pharmaceutique entre professionnels hospitaliers et libéraux. Il a été très intéressant d'observer la participation active des quatre catégories de professionnels de santé au cours de la

RCPM, l'attention étant portée sur l'égalité des temps de parole de chacun. Chaque professionnel de santé apporte ainsi son point de vue sur la PECM du patient.

Le MG connaît souvent ses patients de longue date et, en tant que principal prescripteur du patient âgé, il joue un rôle central dans leur PECM au quotidien (3). Il a une vision globale de l'état de santé du patient et apporte des informations sur ses choix thérapeutiques (67). Son avis est décisif dans le choix des modifications actées en HJ PEIMA selon l'orientation qu'il veut donner à la PECM de son patient.

Le PO a également une connaissance de la PECM du patient âgé au quotidien et joue un rôle prépondérant dans l'éducation thérapeutique et la prévention du risque iatrogène. Au sein de l'HJ PEIMA, il apporte des renseignements à la fois sur les traitements prescrits et la manière dont ils sont gérés, mais également sur l'automédication ou l'observance du patient. Il sert également de relai majeur entre le MG et le patient en apportant à ce dernier les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Le gériatre apporte un regard d'expertise sur la PECM du patient âgé et joue un rôle majeur dans cette démarche d'optimisation de la prescription au vu des recommandations scientifiques actuelles.

Le PH réalise l'analyse complète des informations recueillies, il détecte d'éventuelles erreurs médicamenteuses qui auraient pu échapper aux professionnels de ville et participe également à l'optimisation de la PECM du patient en apportant les conseils thérapeutiques nécessaires.

Il faut de plus souligner la participation fréquente d'autres professionnels de santé, notamment les Infirmiers et Infirmières Diplômés d'Etat (IDE) libéraux ou ceux des structures de soins, qui apportent également des informations sur la manière dont le patient aborde son traitement médicamenteux au quotidien.

Combiner ces différents regards au cours d'une même démarche permet ainsi de réaliser une évaluation collégiale de la PECM du patient à un instant donné de son parcours de soins. Cette RCPM permet aux quatre catégories de professionnels de santé de mettre en commun des informations que tous n'ont pas forcément en leur possession et d'avoir ainsi une vision globale de la PECM du patient.

C'est aussi l'occasion de discuter d'autres éléments en lien avec la PECM du patient à son domicile. Il est ainsi possible d'identifier les patients présentant des défauts d'observance et de mettre en place des actions complémentaires ville-

hôpital : conseils thérapeutiques lors de l'entretien de sortie, mise en place d'un pilulier au domicile et aide à sa gestion par le PO, suivi de l'observance par les professionnels de ville suite à ces actions de sensibilisation, ...

Le PO peut également profiter de cette concertation pour exposer son expertise d'accompagnement dans la PEC des pathologies du patient et proposer des médicaments conseils disponibles dans son officine.

Au final, l'intégration des professionnels libéraux à cette démarche hospitalière permet de passer outre les barrières qui peuvent exister entre la ville et l'hôpital. Leur participation active au processus, appuyée par le regard d'expertise des professionnels hospitaliers, permet d'acter les modifications thérapeutiques d'un commun accord et d'en améliorer la pertinence.

En parallèle, la relation de confiance du patient envers les professionnels hospitaliers n'est pas aussi forte que la relation qu'il peut avoir avec le MG ou le PO. Le fait d'impliquer les professionnels de ville dans les décisions prises à l'hôpital permet alors de donner plus de poids à ces décisions aux yeux du patient.

De par ces nombreux aspects, l'intégration d'une RCPM ville-hôpital au sein d'une démarche de PECM du patient âgé s'accompagne d'un apport majeur et d'un intérêt pour les professionnels hospitaliers et libéraux, ainsi que pour les patients.

c. Pérennisation des modifications thérapeutiques

Le nombre moyen de 2,6 modifications thérapeutiques effectuées lors de la RCPM pour chaque patient semble en accord avec la littérature. Une étude de 2016 réalisée en Gironde avait évalué l'impact d'une RCPM médico-pharmaceutique hospitalière sur la PECM des patients et avait retrouvé 3,1 modifications par patient (68).

Dans notre étude, seuls 30% des patients présentaient dans leur ordonnance (ensemble du traitement médicamenteux) au moins une modification thérapeutique actée en RCPM non poursuivie à J15. A titre de comparaison, l'équipe du docteur Mouchoux a retrouvé un taux de 53,8% de patients dont l'ensemble du traitement comportait au moins une IP non acceptée par le MG (42). Cette évaluation était réalisée sur une faible cohorte de patients comme c'est le cas de notre étude, mais faite un an après la PEC en HJ, de plus le PO n'était pas intégré à la démarche.

Dans l'étude de l'HJ PEIMA, la participation du PO à la RCPM permet à celui-ci de transposer la CM en ville. Ayant participé à la conférence téléphonique, il connaît les justifications des changements thérapeutiques et peut donc relayer et compléter plus facilement les informations délivrées par l'EPH lors de l'HJ PEIMA. En partenariat avec le MG, le PO peut identifier d'éventuelles divergences non intentionnelles, notamment en cas de nouvelles modifications de traitement après la RCPM. C'est une chance supplémentaire de pérenniser les modifications thérapeutiques actées à l'hôpital et leur bonne observance par les patients.

Dans notre étude, 70% des ordonnances analysées présentaient des modifications à J15 toutes causes confondues. Ces modifications ne portaient sur les décisions prises en RCPM que pour 40% des ordonnances analysées. Ces taux semblent inférieurs au taux retrouvé dans les études, une étude anglaise ayant obtenu 45 ordonnances modifiées après quinze jours sur les 50 analysées (90%), suite à une démarche ne comportant cependant ni CM ni RCPM (69,70).

Le taux de modifications thérapeutiques actées collégialement lors de la RCPM et poursuivies quinze jours après la sortie d'HJ PEIMA est de 84,6%, qu'il faut opposer aux 11,5% non poursuivies et 3,9% modifiées. Récemment à Bordeaux, une thèse de pharmacie a évalué ce taux à un mois, et a estimé que 65,8% des modifications de traitement faites à l'hôpital étaient maintenues suite à une PECM intégrant une démarche de CM (71).

Cependant, face à plusieurs biais survenus lors de l'évaluation du maintien des modifications thérapeutiques (voir partie *IV.D. Limites de l'étude*), il est difficile de conclure sur un impact réel de l'HJ PEIMA sur la pérennisation de ces modifications.

Ces résultats semblent tout de même encourageants. L'intégration des professionnels de ville de manière active leur évite un ressenti de modifications imposées par les professionnels hospitaliers (43,46). Ce constat rejoint celui émis par une récente thèse amiénoise. Il en ressortait que la prise en considération de l'avis et du ressenti du MG sur l'applicabilité des modifications thérapeutiques lors du retour à domicile, ainsi que son intégration aux prises de décisions, permettraient une meilleure acceptation de sa part (72).

2. Avis des patients et des professionnels de santé

a. Des patients majoritairement satisfaits

Lors des questionnaires de satisfaction réalisés en fin d'entretien de sortie, les patients étaient satisfaits voire très satisfaits de la compréhension de cet entretien et du plan de prise dispensé. Deux patients ont jugé l'amélioration de leurs connaissances vis-à-vis de leurs traitements peu satisfaisante, les patients 03 et 09. Le patient 03 a également jugé peu satisfaisante l'utilité du plan de prise. A noter que ce patient a bénéficié de l'entretien de sortie en toute fin de journée alors qu'il attendait dans le couloir l'arrivée de l'ambulance. Son attention et ses réponses ont pu être conditionnées par ce contexte. Le patient 09 était très demandeur d'informations. Il ne semblait cependant pas satisfait des nombreuses explications dispensées sur les modifications de traitement discutées au cours de l'HJ PEIMA. Les autres patients interrogés ont répondu être satisfaits de l'utilité du plan de prise et de l'amélioration qu'apportait cet entretien sur leurs connaissances vis-à-vis de leurs traitements.

Au regard de ces résultats, la forme sous laquelle est réalisé cet entretien de sortie semble adaptée pour la majorité des patients. Les informations dispensées et le plan de prise remis semblent répondre à leurs attentes.

b. Des professionnels de santé libéraux prêts à renouveler l'expérience

Les questionnaires de satisfaction ont été réalisés auprès des professionnels de santé sous forme d'entretiens semi-dirigés téléphoniques afin de recueillir leur avis et leurs éventuelles remarques. Pour 4 MG et 2 PO, ces questionnaires ont été adressés par télécopie ou mail faute de pouvoir organiser un entretien téléphonique. Pour rappel, la satisfaction des professionnels de santé n'ayant pas participé à une RCPM n'a pas été évaluée car ceux-ci n'auraient pas pu répondre aux questions.

Pour la plupart des professionnels de ville, l'HJ PEIMA constituait la première expérience de participation à un processus de CM (100% des MG et 60% des PO interrogés). Ceux-ci n'avaient donc pas de point de comparaison avec une démarche de CM plus classique pour juger le projet PEIMA. Ils étaient en grande majorité satisfaits des informations transmises en amont du processus concernant son

déroulement (80% des MG et 100% des PO interrogés). Seuls 2 MG n'en étaient pas satisfaits, ayant estimé avoir été prévenus trop tardivement. Lors d'une étude réalisée à Strasbourg en 2015, il ressortait que 87,5% des MG et 60,7% des PO ne connaissaient pas la CM (73). Dans cette même étude, 85% des professionnels de santé de ville étaient satisfaits des données fournies par la CMS et jugeaient que cette dernière présentait un intérêt pour assurer le relai « ville-hôpital ». Les MG et les PO interrogés dans notre étude ont témoigné lors de l'entretien semi-dirigé que leur intégration au processus a entraîné un renforcement des liens entre les différents professionnels de santé prenant en charge le patient. Leurs discussions ultérieures s'en sont trouvées facilitées, conférant à cette stratégie un intérêt dans la pérennisation de leurs relations professionnelles.

Pour les professionnels libéraux, la concertation pluriprofessionnelle constitue un véritable moteur à l'adaptation thérapeutique, car l'analyse de la pertinence des traitements médicamenteux réalisée permet un allègement des prescriptions des patients. De plus, son impact ne se limite pas à la seule prévention de la iatrogénie mais s'étend à la PEC globale du patient, via la réalisation d'une synthèse claire, d'autant plus bénéfique lorsque le sujet est polyathologique. Cependant, l'aspect chronophage de cette démarche demande, selon certains MG, de réserver celle-ci pour des cas complexes pour lesquels le bénéfice est indiscutable. Ainsi, bien que les points abordés en RCPM soient jugés pertinents par l'ensemble des professionnels interrogés, deux MG ont jugé l'apport pour le patient faible d'un point de vue iatrogène (patiente 05 : arrêt de LEXOMIL[®], PAROXETINE et DAFALGAN CODEINE[®] au profit de MIANSERINE devant une sensation de ralentissement psychomoteur, patiente 08 : prophylaxie des infections urinaires par vitamine C).

Tous les professionnels de santé libéraux ont jugé suffisant le temps de parole de chacun lors de la RCPM pluridisciplinaire, à l'exception du MG de la patiente 05 qui n'avait pu participer à la conférence téléphonique du fait du retard du gériatre à cette réunion. Cette RCPM étant réalisée sous forme de conférence téléphonique, l'absence de retour visuel entre les différents participants a cependant gêné un PO, qui dit avoir ressenti des difficultés de prise de parole. De plus, la plateforme téléphonique n'ayant pas toujours été utilisée de manière optimale, certains participants ont été confrontés à des communications de mauvaise qualité, rendant la compréhension difficile. Un autre PO a estimé qu'une communication par mail

serait plus simple. Il est important de préciser qu'une telle organisation réduirait l'interactivité et la richesse des échanges. La démarche perdrait alors grandement de son intérêt.

Comme vu précédemment, le processus affecte de manière non négligeable les emplois du temps des différents professionnels de santé. Ainsi, 40% des PO interrogés ont jugé que la sollicitation pour la recherche des traitements (CME) constituait un impact moyen sur le temps de travail et il en est de même pour 40% des MG et des PO interrogés concernant l'étape de RCPM. Les autres professionnels libéraux ont jugé ces deux impacts faibles à nuls. Bien que prévue en amont, la programmation de la RCPM nécessite en effet une synchronisation des différents participants, ce qui entraîne de légères désorganisations de l'emploi du temps de chacun. Certains PO ont pu se libérer grâce à la présence d'un autre pharmacien au sein de la même officine. Le MG ne peut cependant pas faire de même et doit alors se dégager du temps pour participer à la RCPM. Pour les professionnels libéraux, il apparaît idéal que la tenue de cette réunion se fasse sur un temps réduit, voire sur un créneau dédié.

Cependant, la RCPM constitue à leurs yeux un point essentiel pour le bien du patient, et ceux-ci souhaitent majoritairement voir les échanges ville-hôpital se renforcer. Tous les PO se disent prêts à renouveler le processus, et les MG y sont plutôt favorables (40% « oui » et 60% « moyennement ») voire sont prêts à adresser des patients de manière directe (80% « oui » et 20% « moyennement »), ce qui n'a malheureusement pas été constaté sur la période de l'étude.

Tout ceci découle logiquement sur un niveau de satisfaction moyen pour 5 MG et 3 PO, et très bon pour 5 MG et 7 PO, certains PO ayant dans ce sens évoqué ressentir une revalorisation de leur rôle dans la PECM du patient. L'idée de cette démarche pluridisciplinaire, et notamment de la RCPM, semble ainsi être une idée judicieuse et appréciée qu'il conviendrait de conserver.

Certaines propositions ont également été émises par les professionnels libéraux, telles que la possibilité pour les PO d'initier les demandes d'adressage en HJ PEIMA, ou la mise en place d'un retour d'informations sur le suivi des décisions

actées en RCPM. Ceci démontre la réelle volonté des PO d'être tenus informés de l'évolution de la PEC des patients.

c. Un retour positif des professionnels hospitaliers

Quatre gériatres et 2 PH ont participé à la PEC des différents patients en HJ PEIMA, tous ayant pu exprimer leur niveau de satisfaction en fin d'étude.

Tous les professionnels hospitaliers ont estimé que l'apport du processus dans la prévention du risque iatrogène était important. Cette démarche s'intègre parmi les activités de pharmacie clinique et paraît innovante pour certains gériatres, qui voient leurs liens avec leurs confrères libéraux renforcés. De plus, cette collaboration médico-pharmaceutique ville-hôpital renforce les relations professionnelles dans l'intérêt du patient.

L'importance du contact téléphonique en fait un élément essentiel de la démarche pour les professionnels interrogés, car celui-ci permet de réaliser une synthèse de la PECM du patient et de réévaluer les thérapeutiques en temps réel, de manière interactive et coordonnée. Des modifications de traitement plus pertinentes peuvent ainsi être décidées collégalement. Les motivations de ces changements sont davantage justifiées et connues de tous les acteurs de la PECM du patient.

La réalisation de cette démarche en HJ solidifie les propositions de modifications thérapeutiques émises par les professionnels hospitaliers. La mise à disposition d'un plateau technique et l'appui de nombreux spécialistes (cardiologue, pneumologue,...) peuvent renforcer les recommandations d'optimisation de la PECM du patient. Selon un des gériatres, les professionnels hospitaliers deviennent alors des prestataires au service des professionnels de ville, ces derniers peuvent ainsi s'approprier la démarche et devenir davantage acteurs dans la prévention du risque iatrogène.

Les professionnels hospitaliers ont jugé l'impact de la RCPM sur leur emploi du temps faible à important. Quatre d'entre eux ont qualifié cet impact comme étant moyen. Deux de ces professionnels ont estimé que le processus pouvait être pérenne en l'état, 4 ont trouvé qu'il l'était moyennement, l'un des principaux freins semblant être l'organisation de cette RCPM. Celle-ci nécessite de synchroniser les 4 intervenants lors d'un créneau commun dans une journée définie. D'après les professionnels hospitaliers, l'hypothèse de départ selon laquelle l'HJ permettrait de

disposer de plus de temps pour organiser la RCPM s'est retrouvée contrebalancée par la nécessité de fixer la conférence téléphonique au cours d'une seule journée. Cela requiert un réaménagement du temps de travail de chacun afin de se caler sur un créneau horaire préalablement décidé par le MG, ce qui s'avère parfois délicat car le créneau choisi n'est pas forcément idéal pour les autres professionnels. Lorsque l'un des participants doit faire face à une urgence et est absent de la réunion, le processus perd tout son sens. La réalisation de cette réunion de manière différée par rapport à la PEC du patient réduit également l'intérêt de la démarche. Une perspective proposée serait d'intégrer ce processus à la CM déjà en place dans les services d'hospitalisation conventionnelle de gériatrie, ce qui permettrait de disposer d'un choix entre plusieurs jours pour fixer le créneau de la RCPM.

Comme évoqué par les professionnels libéraux, les professionnels hospitaliers ont jugé que l'aspect chronophage de la démarche en complexifie la réalisation, notamment du fait de l'absence de temps ou de moyens humains dédiés. La valorisation financière de cette activité semble alors nécessaire pour en assurer la pérennisation, ainsi que pour espérer obtenir davantage d'inclusions et une meilleure satisfaction. Aux yeux des professionnels interrogés, les moyens techniques semblaient eux aussi limités, la conférence téléphonique présentant des difficultés. L'idée de réaliser la RCPM sous forme de visioconférence à partir de smartphones avait été émise au départ, afin de permettre une vision directe des interlocuteurs et d'améliorer les échanges. Sa réalisation était trop complexe du fait des moyens techniques à déployer auprès des professionnels libéraux lors de chaque inclusion.

En parallèle, un des gériatres interrogés a émis l'idée qu'une étude réalisée sur une plus longue période aurait peut-être permis d'observer une amélioration de l'efficacité de la démarche.

Parmi les autres points d'amélioration évoqués, un gériatre a souhaité cibler la démarche sur des thématiques de PEC précises : bilan de chutes, bilan de troubles cognitifs,... La présence d'un animateur qui distribuerait la parole aux différents interlocuteurs lors de la RCPM a également été souhaitée par un PH. Un gériatre a également émis l'idée d'impliquer davantage le patient dans la démarche. Un autre gériatre a jugé qu'il serait pertinent de mettre en place une fiche de suivi entre la ville et l'hôpital dans les 15 jours suivant la PEC du patient en HJ PEIMA afin de

bénéficier d'un retour *a posteriori* et de donner toutes les chances aux éléments mis en place lors de la RCPM d'être poursuivis.

Les professionnels hospitaliers sollicités au cours de l'HJ PEIMA étaient globalement satisfaits du processus malgré les difficultés rencontrées.

L'HJ PEIMA présente un intérêt notable pour le patient. Ce dernier est globalement satisfait des informations thérapeutiques dispensées lors de l'entretien de sortie. Les professionnels de santé hospitaliers et libéraux voient leurs liens renforcés grâce à la RCPM téléphonique, qui constitue selon eux une démarche pertinente. Ses modalités doivent cependant être optimisées pour permettre sa généralisation dans la pratique courante.

D. Limites de l'étude

Divers biais peuvent être reprochés à cette étude et il est nécessaire de s'y intéresser.

En ce qui concerne la charge de travail induite par le processus, le temps n'a pas été mesuré précisément pour certaines étapes, tels que les premiers contacts téléphoniques nécessaires à l'inclusion des patients. A noter également que les temps qui figurent dans cette étude ne témoignent que du temps consacré au processus pour les patients pris en charge en HJ PEIMA. Le temps passé aux appels téléphoniques des MG ayant refusé de participer, bien que non négligeable, n'a pas été mesuré. Beaucoup de MG contactés par le gériatre en mode d'inclusion indirect répondaient défavorablement à la proposition d'HJ PEIMA et plusieurs tentatives étaient nécessaires au PH avant de trouver l'officine où se rend le patient. Concernant les professionnels de ville, la charge de travail induite par l'HJ PEIMA est peut-être sous-estimée car seul le temps passé aux échanges ville-hôpital a été évalué. Le temps qu'ils ont pu consacrer à la préparation de la RCPM n'a pas été pris en compte. De même, le temps consacré par les autres professionnels impliqués (IDE principalement) n'a pas été mesuré. Le temps total réellement passé à la démarche est donc probablement sous-estimé pour l'ensemble des professionnels de santé sollicités.

Une autre limite de cette étude concerne la réalisation des questionnaires de satisfaction des professionnels de santé de ville et hospitaliers. Bien que les entretiens aient été menés en toute neutralité puis traités anonymement, les interlocuteurs connaissaient leurs identités respectives lors de l'échange, ce qui a pu fausser les réponses recueillies. Il aurait également été intéressant de recueillir l'avis des professionnels de santé de ville ayant participé à un processus non abouti, afin d'avoir le point de vue de tous les MG et PO sollicités en HJ PEIMA. De plus, dans certains cas, les questionnaires ont été envoyés aux MG ou aux PO par mail ou par télécopie car il s'est avéré complexe de trouver un créneau avec ceux-ci pour réaliser l'entretien semi-dirigé téléphonique.

Un biais de l'étape d'évaluation de la pérennisation des modifications thérapeutiques doit être souligné. Le recueil des informations à J15 de la PEC du patient ne fut effectué qu'à l'aide des prescriptions reçues par le PO depuis la sortie d'HJ du patient. Ce recueil permettait d'avoir une vue d'ensemble de toutes les prescriptions du patient (MG ou autres spécialistes). Les statuts de ces modifications (poursuivies ou non, modifiées) n'ont pas été évalués avec le MG, il est alors possible que les données recueillies ne reflétaient pas la réalité. La méthode choisie pour analyser la pérennisation des décisions prises en RCPM nécessite la réalisation d'une nouvelle prescription par le MG. La seule modification repérable avec certitude par cette méthode est donc l'ajout d'un nouveau médicament, sous réserve de l'absence d'un nomadisme officinal. Le MG peut cependant avoir modifié la prescription sur simple consigne orale à son patient, sans que cela ne nécessite de recours à la pharmacie car le patient dispose encore d'un stock suffisant (diminution ou augmentation de la posologie, réintroduction d'un médicament arrêté, ...). Cette méthode ne permet donc pas de garantir avec certitude l'absence de modifications thérapeutiques.

Un contact téléphonique du MG aurait dû être envisagé afin de préciser l'état exact des modifications des prescriptions dans les 15 jours ayant suivi l'HJ PEIMA, et d'en estimer ainsi le taux exact en croisant avec les données du PO. Cet échange aurait également pu permettre de recueillir les justifications du MG sur le non maintien des modifications thérapeutiques actées lors de la RCPM. Ceci aurait pu être tenté lors de la réalisation des questionnaires de satisfaction des MG. Face aux difficultés rencontrées pour obtenir leur avis, le recueil des traitements à 15 jours auprès du MG aurait probablement été complexe.

Le dernier biais peut être lié au fait que l'étude est monocentrique et que certains professionnels hospitaliers ont participé à plusieurs PEC. Il est donc difficile de prédire quel est l'avis de l'ensemble des gériatres et PH de l'établissement et si les résultats seraient comparables dans d'autres centres hospitaliers.

E. Perspectives

1. Devenir de l'HJ PEIMA

a. Des points faibles compromettant la poursuite du projet

Plusieurs résultats de cette étude sont peu encourageants. Le processus impose un temps non négligeable pour son organisation et s'intègre difficilement dans la pratique de chaque professionnel de santé. La tenue d'une RCPM nécessite la coordination et la disponibilité de chacun au même moment. L'absence d'adressage direct par les MG laisse envisager l'hypothèse qu'ils ne sont peut-être pas encore tous prêts à échanger collégialement sur la PECM de leurs patients et de ce fait n'adhèrent pas encore totalement à de tels processus. L'obtention d'une indemnisation tardive pour les MG a également pu constituer un frein au potentiel de recrutement des patients, notamment en mode d'adressage direct.

b. Des points forts laissant présager un avenir pour le projet

L'intégration d'un temps d'échange pluridisciplinaire ville-hôpital au sein d'un processus d'optimisation thérapeutique est apparue comme séduisante pour l'ensemble des professionnels de santé. La RCPM, par son caractère innovant, renforce le lien entre les acteurs hospitaliers et libéraux. La pertinence des modifications thérapeutiques effectuées à l'hôpital est améliorée et celles-ci sont mieux perçues par les professionnels de ville car ces derniers participent à la prise de décisions. L'étude n'a cependant pas permis de confirmer l'existence d'un impact du processus sur la pérennisation des modifications thérapeutiques. Des perspectives pour cette étude peuvent donc être envisagées sur ce point ainsi que sur l'impact d'un tel processus sur la prévention du risque iatrogène du patient âgé.

L'intérêt de cette double expertise médico-pharmaceutique ville-hôpital semble ainsi prendre le pas sur l'aspect chronophage de la démarche et laisse présager un avenir pour ce processus, sous réserve de son optimisation.

2. Axes d'améliorations et perspectives d'évolution

a. Elargissement à d'autres professionnels de santé

Il pourrait être intéressant d'intégrer d'autres professionnels de santé à la RCPM, notamment les médecins libéraux d'autres spécialités ou encore les IDE libérales, afin de compléter la vision de la PECM du patient. Les décisions prises gagneraient alors davantage en pertinence.

b. Transposition de la conférence téléphonique en service d'hospitalisation conventionnelle ?

L'hypothèse de départ de réaliser cette démarche en HJ n'était peut-être pas judicieuse. Organiser ce processus en service d'hospitalisation conventionnelle permettrait de ne pas devoir se limiter à un seul jour donné pour convenir d'un créneau de RCPM qui puisse satisfaire chaque professionnel de santé. Toutefois, les séjours en hospitalisation conventionnelle ont un caractère imprévisible et sont parfois de courte durée, ce qui pourrait constituer un obstacle à la réalisation de la RCPM. C'est à ce jour encore un point de réflexion entre les gériatres et les PH.

Une application de cette démarche au sein du service de court séjour gériatrique pourrait être envisagée. Dans le cadre du « compte qualité gériatrie » du CH Saint Philibert, plusieurs mesures ont été instaurées dans ce service afin d'optimiser la sortie d'hospitalisation du patient âgé. Une meilleure communication auprès du MG et du PO lors de la fin de PEC ainsi que la réalisation systématique de prescriptions de sortie font partie de ces mesures. La conférence téléphonique entre PO, MG, PH et gériatre telle qu'elle était organisée au sein de l'HJ PEIMA pourrait tout à fait s'y intégrer.

c. Perspectives de nouvelles études

En s'appuyant sur les points positifs relevés au cours de cette étude pilote qui visait à évaluer la faisabilité du processus, d'autres études pourraient être envisagées. Le point fort étant la tenue de la RCPM ville-hôpital, il serait intéressant d'évaluer son impact sur la pérennisation des modifications thérapeutiques effectuées à l'hôpital et sur la prévention du risque iatrogène chez le patient âgé. Le profil idéal des patients devant bénéficier d'un tel processus devra également être étudié afin de répondre à la remarque d'un des gériatres.

Une démarche d'optimisation du processus doit être menée afin de réduire son caractère chronophage. Certains points abordés par les professionnels de santé sollicités au cours de l'étude pourraient être étudiés, notamment l'alerte d'adressage de patients initiée par le PO et transmise au MG, le renfort de l'intégration du patient dans la démarche, ou le suivi des décisions prises en RCPM.

Une étude de plus grande ampleur multicentrique, afin d'accroître le potentiel de recrutement des patients, permettrait peut-être d'obtenir la reconnaissance de cette démarche en tant que processus de soins bénéfique pour les patients auprès des autorités de santé. Dans une circulaire de 2014, le Ministère des affaires sociales et de la santé demandait aux ARS d'accompagner les projets de coordination ville-hôpital ayant pour but l'amélioration de la qualité de la PECM du patient (74). Les démarches développées autour de cet axe sont par conséquent plébiscitées par les autorités de santé. Pour preuve, un projet de mise en œuvre d'une activité de CM à dimension pluridisciplinaire a été retenu dans un appel à projet mené par l'ARS de l'Île-de-France en 2016 (75). Il a pour but d'associer du personnel médical et paramédical de l'hôpital et de la ville tout en plaçant le patient au cœur du projet. L'obtention de ce soutien régional pour l'HJ PEIMA permettrait dans l'idéal la valorisation financière de l'implication de tous les professionnels de santé libéraux et hospitaliers dans ce processus.

Conclusion

Cette étude s'inscrit pleinement dans la volonté nationale d'amélioration de la PECM du patient âgé. Celle-ci a montré que l'HJ PEIMA est une démarche innovante visant au décloisonnement des secteurs ambulatoires et hospitaliers.

Son principal atout consiste en la tenue d'une réunion pluridisciplinaire ville-hôpital. Celle-ci permet d'acter collégalement les modifications thérapeutiques des patients. Elle renforce les liens entre les différents professionnels de santé impliqués dans leur prise en charge.

La réalisation de cette démarche se révèle cependant complexe à l'heure actuelle, devant son aspect chronophage et le manque de moyens dédiés. Le processus doit ainsi être optimisé afin d'assurer sa viabilité.

D'autres études pourraient être envisagées afin d'évaluer l'impact de cette démarche innovante dans la prévention du risque iatrogène des patients âgés, en s'intéressant notamment au taux de ré-hospitalisations précoces dues aux événements indésirables médicamenteux.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. INSEE. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2017, France – Bilan démographique 2016 - Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926&q=bilan+d%C3%A9mographique>
2. Insee - Population - Bilan démographique 2012 - Pyramide des âges [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2418102>
3. Legrain S. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : Consommation, prescription, iatrogénie et observance. 2005 p. 16.
4. Herr M, Sirven N, Ankri J, Pichetti S, Sermet C. Fragilité et consommation de médicaments en population âgée. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(16-17):311–7.
5. Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, de Sarasqueta AM. French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff. *Quality and Safety in Health Care.* 1 oct 2007;16(5):369-77.
6. Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, Baker DW, Lindquist L, Liss D, 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. *Journal of General Internal Medicine.* mai 2010;25(5):441-7.
7. L'enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) - Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux - Ministère des Solidarités et de la Santé.
8. Michel P, Lathelize M, Bru-Sonnet R, Domecq S, Kret M, Quenon JL. Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves liés aux Soins 2009 (ENEIS2): description des résultats 2009. Rapport final à la DREES (Ministère du travail, de l'emploi et de la Santé)–Février. 2011;3–3.
9. Haute Autorité de Santé. Questions-réponses : sécuriser la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé. 2015 p. 13.
10. AFSSAPS. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. 2005 p. 12.
11. Haute Autorité de Santé - Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA) - Programme Pilote 2006-2013 [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa-programme-pilote-2006-2013
12. Haute Autorité de Santé. Prévenir la iatrogénie et améliorer la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. 2012 p. 12.
13. Broyart A. Fiche projet Hight5s – Etat au 23 avril 2014. 2014 p. 8.
14. Haute Autorité de Santé. Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français. 2015 p. 125.
15. SFPC. Fiche mémo: Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux. 2015 Décembre p. 18.
16. Hellström LM, Bondesson Å, Höglund P, Midlöv P, Holmdahl L, Rickhag E, et al. Impact of the Lund Integrated Medicines Management (LIMM) model on medication appropriateness and drug-related hospital revisits. *European Journal of Clinical Pharmacology.* juill 2011;67(7):741-52.
17. Dufay E, Morice S, Dony A, Baum T, Doerper S, Rauss A, et al. The clinical impact of medication reconciliation on admission to a French hospital: a prospective observational study. *Eur J Hosp Pharm.* 2016;23:207–212.

18. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? *Presse Médicale*. oct 2009;38(10):1404–9.
19. Munday A, Kelly B, Forrester JW, Timoney A, McGovern E. Do general practitioners and community pharmacists want information on the reasons for drug therapy changes implemented by secondary care? *Br J Gen Pract*. 1997;47(422):563–566.
20. Wilson S, Ruscoe W, Chapman M, Miller R. General practitioner-hospital communications: a review of discharge summaries. *J Qual Clin Pract*. déc 2001;21(4):104–8.
21. Kennelty KA, Chewning B, Wise M, Kind A, Roberts T, Kreling D. Barriers and facilitators of medication reconciliation processes for recently discharged patients from community pharmacists' perspectives. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. juill 2015;11(4):517–530.
22. Bonhomme J, Dony A, Baum T, Doerper S, Piney D, Dufay E. La juste liste des médicaments à l'admission du patient hospitalisé. De la fiabilité des sources d'information. *Risque & Qualité*. 2013;10.
23. Fitzsimons M, Grimes T, Galvin M. Sources of pre-admission medication information: observational study of accuracy and availability. *International Journal of Pharmacy Practice*. 1 déc 2011;19(6):408–416.
24. Société française de pharmacie clinique. La revue des erreurs médicamenteuses et des dispositifs médicaux associés – REMED. 2014 p. 88.
25. 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.
26. 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.
27. Gallagher P, Ryan C, 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;46(2):72–83.
28. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing*. mars 2015;44(2):213-8.
29. Dalleur O, Mouton A, Marien S, Boland B, others. STOPP/START. V2: un outil à jour pour la qualité de la prescription chez les patients âgés de 65 ans et plus. *Louvain Med*. 2015;134:219–23.
30. 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. *La Revue de médecine interne*. 2009;30(7):592–601.
31. Hanon O. Prescriptions médicamenteuses adaptées aux personnes âgées: le guide PAPA. Paris: Frison-Roche; 2015.
32. Knez L, Suskovic S, Rezonja R, Laaksonen R, Mrhar A. The need for medication reconciliation: a cross-sectional observational study in adult patients. *Respiratory medicine*. 2011;105:S60–S66.
33. Coleman EA, Smith JD, Raha D, Min S. Posthospital Medication Discrepancies: Prevalence and Contributing Factors. *Arch Intern Med*. 12 sept 2005;165(16):1842-7.

34. Doerper S, Morice S, Piney D, Dony A, Baum T, Perrin F, et al. La conciliation des traitements médicamenteux : logigramme d'une démarche efficace pour prévenir ou intercepter les erreurs médicamenteuses à l'admission du patient hospitalisé. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 2013;(48):153-60.
35. Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, Alibhai SM, Huh J-H, Cesta A, et al. Medication Reconciliation at Hospital Discharge: Evaluating Discrepancies. *Ann Pharmacother*. 2008;42:1373–9.
36. Visade F, Delecluse C, Lefebvre A, Lefebvre JM, Cunin M, Floret E, Decaudin B, Beuscart JB, Puisieux F. Exemple de partage d'informations entre les acteurs de santé de la personne âgée : transmission des modifications thérapeutiques hospitalières vers la ville. Communication affichée. Journées Internationales Qualité Hospitalière et Santé. 2016.
37. Campagne M. Elaboration d'un document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation. Un consensus sur le contenu entre gériatres hospitaliers et médecins généralistes. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Lille: Université Lille 2 Droit et Santé: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2016.
38. Oudart P. Elaboration d'un document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie]. Lille: Université Lille 2 Droit et Santé : Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques; 2017.
39. Claeys C, Dufrasne M, De Vriese C, Nève J, Tulkens PM, Spinewine A, et al. Transmission d'information au pharmacien d'officine après hospitalisation du patient: élaboration d'une feuille de transfert, évaluation prospective de son effet et enquête sur les besoins d'information des pharmaciens. *Journal de Pharmacie de Belgique*. 2015;42.
40. Borgsteede S, Karapinar-Çarkit F, Hoffmann E, Zoer J, van den Bemt P. Information needs about medication according to patients discharged from a general hospital. *Patient Educ Couns*. avr 2011;83(1):22–8.
41. Bergkvist A, Midlöv P, Höglund P, Larsson L, Bondesson Å, Eriksson T. Improved quality in the hospital discharge summary reduces medication errors—LIMM: Landskrona Integrated Medicines Management. *European Journal of Clinical Pharmacology*. oct 2009;65(10):1037–1046.
42. Jean-Bart E, Faure R, Omrani S, Guilli T, Roubaud C, Krolak-Salmon P, et al. Place du pharmacien clinicien dans l'optimisation thérapeutique en hôpital de jour gériatrique. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. mai 2014;72(3):184-93.
43. Rose O, Mennemann H, John C, Lautenschläger M, Mertens-Keller D, Richling K, et al. Priority Setting and Influential Factors on Acceptance of Pharmaceutical Recommendations in Collaborative Medication Reviews in an Ambulatory Care Setting – Analysis of a Cluster Randomized Controlled Trial (WestGem-Study). Cignarella A, éditeur. *PLOS ONE*. 2 juin 2016;11(6):e0156304.
44. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *Jama*. 2007;297(8):831–841.
45. Hiance-Delahaye A, Teillet L, Lechowsky L, Aquino J-P, Harboun M. Itrogénie médicamenteuse, sujet âgé et lien ville-hôpital: enquête sur la transmission médicale hospitalière à la médecine générale. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. févr 2015;15(85):3–11.
46. Himmel W, Tabache M, Kochen MM. What happens to long-term medication when general practice patients are referred to hospital? *European journal of clinical pharmacology*. 1996;50(4):253–257.
47. Viktil KK, Blix HS, Eek AK, Davies MN, Moger TA, Reikvam A. How are drug regimen changes during hospitalisation handled after discharge: a cohort study. *BMJ open*. 2012;2(6):e001461.

48. Karapinar F, van den Bemt PMLA, Zoer J, Nijpels G, Borgsteede SD. Informational needs of general practitioners regarding discharge medication: content, timing and pharmacotherapeutic advices. *Pharm World Sci.* avr 2010;32(2):172-8.
49. Pourrat X, Corneau H, Floch S, Kuzzay MP, Favard L, Rosset P, et al. Communication between community and hospital pharmacists: impact on medication reconciliation at admission. *International Journal of Clinical Pharmacy.* août 2013;35(4):656-63.
50. Borel C, Lefebvre-Caussin M, Bourdenet G, de Sousa V, Parenty R, Argentin F, et al. Enquête régionale sur les dysfonctionnements liés aux ordonnances de sortie d'hospitalisation : vers une amélioration du lien ville-hôpital. *Rev Médecine Interne.* déc 2013;34:Supplement 2:A119.
51. Arnaud V. Difficultés de dispensation des ordonnances de sorties hospitalières : enquête régionale pour une amélioration du lien ville/hôpital. *Médecine humaine et pathologie.* 2014;
52. Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
53. Ministère des affaires sociales et de la santé. Décret n°2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine [Internet]. *Journal Officiel de la République Française* nov 17, 2016. Disponible sur: http://www.dm-experts.fr/wp-content/uploads/2016/11/2016-11-17_Decret_application_loi_Jarde.pdf
54. GHICL. Instances [Internet]. Disponible sur: <https://www.ghicl.fr/recherche/1-instances.html>
55. Cloppet-Fontaine A, Dib F, Fernet C, Lazimi J, Delpierre S, Haguenaer D, et al. Prévalence de la dénutrition chez 274 sujets âgés diabétiques évalués dans les différentes structures de la filière gériatrique. *Nutrition clinique et métabolisme.* 2016;30:226.
56. Andro M, Estivin S, Gentric A. Prescriptions médicamenteuses en gériatrie : overuse (sur-utilisation), misuse (mauvaise utilisation), underuse (sous-utilisation). Analyse qualitative à partir des ordonnances de 200 patients entrant dans un service de court séjour gériatrique. *La Revue de Médecine Interne.* 2012;33:122-7.
57. Cecile M, Seux V, Pauly V, Tassy S, Reynaud-Levy O, Dalco O, et al. Accidents iatrogènes médicamenteux chez le sujet âgé hospitalisé en court séjour gériatrique : étude de prévalence et des facteurs de risques. *La Revue de Médecine Interne.* mai 2009;30(5):393-400.
58. Durand-Gassel B. Les hôpitaux de jour gériatriques en France. *La Revue de Gériatrie.* Mai 2002;27(5):319-322.
59. Petermans J, Velghe A, Gillain D, Boman X, Van Den Noortgate N. L'hôpital de jour gériatrique : quels objectifs, quelle organisation, quelle efficacité ? Une revue de la littérature. *Ger Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2011;9(3):295-303.
60. Boissinot L, Bachalat N, Perrier-Cornet E, Leglise P, Huchon-Bécel D. Conciliation des traitements médicamenteux en gériatrie : Pertinence et faisabilité. *Pharmactuel.* 2014;47(2):105-113.
61. Arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.
62. Article R.4127-53 du Code de la Santé Publique.
63. Haute Autorité de Santé. Cadrage relatif aux prestations dérogatoires des réseaux de santé. 2015 p. 22.
64. DGOS. 2015 : Pacte territoire santé 2015-2017 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/pts/article/2015-pacte-territoire-sante-2>
65. Haute Autorité de Santé. Rapport préalable: Expérimentations relatives à la prise en charge par télé-médecine. 2016 sept p. 62.

66. Cahir C, Fahey T, Teeling M, Teljeur C, Feely J, Bennett K. Potentially inappropriate prescribing and cost outcomes for older people: a national population study. *Br J Clin Pharmacol*. mai 2010;69(5):543-52.
67. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La prescription et la place du médicament dans la relation Médecin-Patient-Pharmacien. 2012 p. 106.
68. Grenouilleau V, Rey A, Faraggi L. Réunion de concertation pluriprofessionnelle en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : quels impacts sur la prise en charge médicamenteuse des patients ? *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. déc 2016;51(4):304-11.
69. Claeys C. Continuité des traitements médicamenteux après la sortie de l'hôpital. In: Dagneaux I, éditeur. Une prescription sur mesure : Moins mais mieux sied au grand âge. Louvain-la-Neuve: Presses universitaires de Louvain; 2013. p. 48–68. (Sâges/Monographies de la Chaire de médecine générale de l'UCL).
70. Cochrane RA, Mandal AR, Ledger-Scott M, Walker R. Changes in drug treatment after discharge from hospital in geriatric patients. *BMJ*. 1992;305(6855):694–696.
71. FARBOS F. Optimisation thérapeutique dans un service de post-urgence gériatrique : suivi des recommandations hospitalières par le médecin généraliste [Thèse pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie]. Bordeaux : U.F.R. Sciences Pharmaceutiques Université Bordeaux II Victor Segalen; 2014.
72. Thorel M. Impact de la conciliation médicamenteuse standardisée en sortie d'hospitalisation sur les prescriptions potentiellement inappropriées chez le sujet âgé : coordination hôpital-ville. Sciences pharmaceutiques. 2016.
73. Remetter É, Gourieux B, Levêque D, Javier R-M, Sordet C, Gottenberg J-É, et al. Étude de l'impact d'un processus de conciliation thérapeutique dans un service de rhumatologie hospitalo-universitaire : rôle et intérêt d'un pharmacien clinicien dans une équipe soignante. *Revue du Rhumatisme*. 2015;82(6):402–407.
74. CIRCULAIRE N° SG/DGOS/2014/96 du 31 mars 2014 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2014.
75. ARS Ile-de-France. Politique du médicament : Résultats appel à projet 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/Politique-du-medicament-resultats-appel-a-projet-2016.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : Plaquette de présentation de l'HJ PEIMA

COORDONNÉES		GÉRIATRIE
<p>Ce que le patient doit prendre</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La lettre du médecin généraliste <input type="checkbox"/> Sa carte vitale <input type="checkbox"/> Ses dernières ordonnances et courriers médicaux <input type="checkbox"/> La liste de ses médicaments <input type="checkbox"/> Ses médicaments à prendre <input type="checkbox"/> Son carnet diabétique ou de surveillance du traitement anticoagulant, ses derniers résultats radiographiques et sanguins <input type="checkbox"/> Ses lunettes et éventuelles prothèses auditives <input type="checkbox"/> Une tenue adaptée pour se déplacer facilement <input type="checkbox"/> Le numéro de téléphone d'une personne à prévenir <p>Modalités de la RCP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conférence téléphonique entre médecin généraliste, pharmacien officinal, médecin gériatre et pharmacien hospitalier • Créneau à votre convenance, au cours de la journée d'HJ PEIMA • Compte-rendu de la RCP adressé aux professionnels de santé de ville <p>Concertation et échange ville/hôpital et médecins/pharmaciens dans un but de sécurisation du traitement médicamenteux du patient</p>	<p>Hôpital Saint Philibert Rue du Grand But, BP249 59462 LOMME CEDEX Métro Ligne 2, station Saint Philibert</p> <p>Référents Docteur Céline Delecluse (gériatre praticien des hôpitaux, responsable hôpital de jour gériatrique) 03 20 00 54 10 Docteur Antoine Lefebvre (pharmacien praticien des hôpitaux) 03 20 22 50 16</p> <p>Collaborateurs Docteur Clotilde Cheval (DMG ICL) Professeur Jean-Marc Lefebvre (DMG Lille 2) Docteur Michel Cunin (Président CEMG Lille 2) Docteur Isabelle Bodein (Présidente CEMG ICL) Docteur Elisabeth Bertoux (Présidente association régionale des maîtres de stage officinaux) Docteur Grégory Tempremant (Président URPS Pharmaciens Hauts-de-France)</p>	<p>HÔPITAL DE JOUR PEIMA*</p> <p>Prévention des Événements Indésirables Médicamenteux chez le sujet Âgé</p>

Processus	Critères d'inclusion de l'HJ PEIMA
<p>Avant HJ PEIMA</p> <ul style="list-style-type: none"> Présentation de l'HJ PEIMA au médecin généraliste (MG) Programmation du patient après accord de son MG Réalisation de la conciliation médicamenteuse et du bilan médicamenteux optimisé 	<p>Patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • relevant de l'HJ gériatrique • adressé par son médecin généraliste • et présentant au moins une des situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ▶ au moins 2 maladies chroniques évolutives ou une insuffisance d'organe ▶ au moins 10 prises quotidiennes de médicaments, ou 5 médicaments dont un diurétique, un anticoagulant ou 2 psychotropes ▶ difficultés à gérer ses médicaments ou ses maladies ▶ antécédents d'effets indésirables liés aux médicaments ▶ accès limité aux soins
<p>Pendant HJ PEIMA</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluation médicale et pharmaceutique de la prise en charge médicamenteuse du patient Intégration des dernières modifications thérapeutiques Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) Entretien pharmaceutique avec le patient 	
<p>Après HJ PEIMA</p> <ul style="list-style-type: none"> Retour d'expérience : enquête de satisfaction auprès des professionnels de santé sollicités 	

Annexe 2 : Déroulement du processus HJ PEIMA

PROCESSUS ORGANISATIONNEL DE L'HOPITAL DE JOUR PEIMA

Quand		Quoi		Qui	Outils nécessaires
AVANT HJ PEIMA		Admission par mode direct	Recrutement par mode indirect	Médecin généraliste ou Equipe HJ PEIMA (gériatre, pharmacie, HJ gériatrique)	Lettre d'adressage de la part du médecin généraliste
		Adressage du patient par le médecin généraliste	Choix du patient selon le programme de l'HJ		
	J-7	Appel du médecin généraliste et établissement des modalités : informations concernant le processus d'HJ PEIMA, déroulement de la RCP téléphonique et détermination du créneau de cette RCP		Gériatre	+Envoi des mêmes informations sur support papier par fax/mail : - Courrier de présentation HJ PEIMA - Modalités de RCP téléphonique - Plaquette HJ PEIMA
	J-7	Appel du pharmacien d'officine et établissement des modalités : informations concernant le processus d'HJ PEIMA, déroulement de la RCP téléphonique et détermination du créneau de cette RCP		Pharmacien hospitalier	
	J-7	Appel du patient : rappel de son HJ		Appel du patient : rappel de son HJ	IDE HJ
	Entre J-7 et J-1	Contact du pharmacien d'officine* afin d'établir le BMO provisoire (*et si nécessaire du médecin généraliste, de l'infirmier libéral ou de l'EHPAD,...)		Internes/externes de pharmacie	Fiche de conciliation HJ PEIMA
	Définition des points d'attention provisoires		Equipe HJ PEIMA	Fiche de RCP	
HJ PEIMA	HJ PEIMA	Rencontre avec le patient : Présentation du processus HJ PEIMA Signature du consentement de participation à l'étude		Equipe HJ PEIMA	Lettre d'information et de consentement
		Conciliation d'entrée : entretien avec le patient		Internes/externes de pharmacie	Fiche de conciliation HJ PEIMA
		Appel du médecin traitant : rappel du créneau de RCP et recueil des dernières informations concernant les traitements du patient		Internes/externes de pharmacie	Fiche de conciliation HJ PEIMA
		Appel du pharmacien officinal : rappel du créneau de RCP et recueil des dernières informations concernant les traitements du patient		Internes/externes de pharmacie	Fiche de conciliation HJ PEIMA
		Mise à jour et établissement du BMO définitif		Internes/externes de pharmacie	Fiche de conciliation HJ PEIMA
		Définition des points d'attention définitifs		Equipe HJ PEIMA	Fiche de RCP
		RCP : conférence téléphonique multi-sites		Equipe HJ PEIMA, médecin généraliste et pharmacien d'officine	Ordinateur portable et téléphones Fiche de conciliation HJ PEIMA Fiche de RCP Guide P.A.P.A. Guide STOPP/START Guide pratique des médicaments
		Etablissement des documents : - CR transitoire - Traitement concilié : o Document de synthèse des modifications thérapeutiques pour les professionnels de ville o Plan de prise pour le patient		Equipe HJ PEIMA	
		Entretien de sortie d'hospitalisation avec le patient et questionnaire de satisfaction		Internes/externes de pharmacie	Plan de prise du traitement concilié Questionnaire de satisfaction patient
		Envoi des documents aux professionnels de ville		Equipe HJ PEIMA	Compte-rendu pour les professionnels de ville (par courrier) Document de synthèse des modifications thérapeutiques (par fax/mail)
	APRES HJ PEIMA	J15	Suivi de l'évolution du traitement médicamenteux du patient		Interne de pharmacie
A partir de J15		Entretiens semi-dirigés pour la réalisation des questionnaires de satisfaction avec les professionnels de ville		Interne de pharmacie	Questionnaires de satisfaction professionnels de ville Par téléphone, sinon fax/mail

Liste des acronymes :

BMO : Bilan Médicamenteux Optimisé (recueil de la totalité des traitements médicamenteux actuels du patient)

HJ : Hôpital de jour

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

PEIMA : Prévention des Evénements Indésirables Médicamenteux chez le sujet Agé

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

Annexe 3 : Document d'information destiné au patient



HJ PEIMA

NOM Prénom :

Numéro de code du patient dans l'étude : |_|_|_|-|_|_|_|_|

Information pour participation à une étude observationnelle

Bonjour Madame, Monsieur

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études de pharmacie, j'effectue un travail de recherche médicale sur le sujet suivant :

EVALUATION DE LA FAISABILITE D'UN PROCESSUS COMPLET PLURIDISCIPLINAIRE DE SECURISATION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE AU SEIN D'UN HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE

L'objectif principal de cette recherche consiste à mesurer l'impact d'une évaluation pluriprofessionnelle de votre traitement menée par votre médecin généraliste, votre pharmacien de ville, le gériatre et le pharmacien de l'hôpital.

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données concernant l'ensemble des médicaments que vous prenez à votre domicile, ainsi que des données cliniques et biologiques contenues dans votre dossier médical. Toutes les données obtenues seront traitées de manière codée sans mention du nom et du prénom. Aucune consultation, traitement ou procédure supplémentaire ne vous sera demandé.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez, sans en supporter aucune responsabilité. Veuillez me contacter au 03 20 22 50 16 pour me signaler votre volonté de vous retirer de l'étude
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle ; et que si elles devaient être utilisées pour donner lieu à une publication, elles seraient codées sans mention du nom et du prénom
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant cette étude une fois le recueil des données effectué

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière codée sans mention du nom et du prénom. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès du médecin qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L. 1111-7 de Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par le médecin de la recherche et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Fait en double exemplaire à Le

Nom

Signature

V 2 du 21/11/2016

1

Annexe 4 : Fiche de conciliation des traitements médicamenteux



Hôpital de jour PEIMA

Fiche de conciliation des traitements médicamenteux

Date : _____ **Informations recueillies par :** _____

Etiquette patient	Date de prise en charge en hôpital de jour :					
	Motif de prise en charge en hôpital de jour :					
Médecin traitant			Pharmacie habituelle			
Nom :			Nom :			
Adresse :			Adresse :			
Tel :			Tel :			
<u>Sexe :</u>	<u>Age :</u> ans	<u>Poids et taille :</u> Kg cm	<u>IMC</u> Kg/m ²	<u>Clairance:</u> ml/min	<u>IH :</u>	
<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"/>	<u>Profil d'observance :</u> Si aucun OUI : Bonne observances Si 1 ou 2 OUI : Minime problème d'observance Si 3 OUI ou plus : Mauvaise observance		
<u>Commentaires :</u>						

Version 3 du 23/11/2016

Annexe 5 : Trame de la RCPM



TRAME DE LA REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE HOPITAL DE JOUR PEIMA

Numéro de code du patient: |__|__| - |__|__|__| - Date de la RCP : - Durée :

Participants

- 1) Rappel du fonctionnement de la conférence téléphonique :
 - Rappel du processus
 - Durée de 10-15 minutes
 - Chacun dit son nom en prenant la parole
- 2) Présentation des intervenants : tour de table
- 3) Présentation du dossier patient :
Se référer au document « Fiche de conciliation des traitements médicamenteux »
- 4) Points d'attention retenus :
 -
 -
 -
 -
 - Questions pour ré-orienter la discussion :
 - o Pour le médecin généraliste :
 -
 -
 -
 -
 - o Pour le pharmacien officinal :
 -
 -
 -
 -
- 5) Discussion
- 6) Conclusion
 - Points restants à aborder : pour le médecin généraliste puis pour le pharmacien officinal
 - Réalisation d'une **prescription de sortie** par l'hôpital de jour PEIMA ?
 - Conclure

Version 3 du 14/12/2016

Annexe 7 : Plan de prise destiné au patient



Résumé des changements médicamenteux effectués suite à l'hospitalisation

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance : _____

Hospitalisée le : _____

Allergie: _____

MÉDICAMENT Spécialité/DCI/Forme	DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE			DUREE	INDICATION	CONSEILS
			Matin	Midi	Soir	Coucher		
NOUVEAUX MÉDICAMENTS PRECONISÉS (ou modifications de posologie)								

MÉDICAMENTS RECONDUITS	DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE			DUREE	INDICATION	CONSEILS
			Matin	Midi	Soir	Coucher		

MÉDICAMENTS ARRÊTÉS (avec motifs d'arrêt) :	DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE			DUREE	INDICATION	CONSEILS
			Matin	Midi	Soir	Coucher		

Nom et fonction: _____
Signature: _____

Validation médecin:
Signature: _____

Validation pharmacien:
Signature: _____

Annexe 8 : Questionnaire destiné au patient



HJ PEIMA

NOM Prénom :

Numéro de code du patient dans l'étude : | _ | _ | - | _ | _ | _ |

QUESTIONNAIRE PATIENT

Au cours de votre prise en charge en hôpital de jour gériatrique, votre traitement médicamenteux a été revu par votre médecin généraliste, votre pharmacien d'officine, le gériatre et le pharmacien de l'hôpital.

Un plan de prise vous a été remis, reprenant l'état de votre traitement médicamenteux après cette revue.

Nous souhaiterions connaître votre avis concernant ce processus. Nous vous remercions de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

- Comment jugez-vous la compréhension de l'entretien concernant votre traitement ?

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Non satisfaisante

- Comment jugez-vous l'amélioration de vos connaissances concernant votre traitement suite à cet entretien ?

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Non satisfaisante

- Comment jugez-vous la compréhension du plan de prise qui vous a été remis ?

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Non satisfaisante

- Comment estimez-vous l'utilité de ce plan de prise ?

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Non satisfaisante

- Avez-vous d'autres commentaires, observations ou suggestions ?

.....
.....
.....
.....

Version 3 du 28/11/2016

Numéro de code du patient dans l'étude : |_|_|-|_|_|_|

SATISFACTION DU MEDECIN GENERALISTE
GUIDE D'ENTRETIEN

Modalités de l'entretien :

- Entretien réalisé à J15 de la prise en charge du patient en hôpital de jour PEIMA
- Prise de contact par téléphone
- Les lignes écrites en italique gras dans le canevas sont à énoncer au cours de la conversation par la personne menant l'entretien.
Le reste du canevas sert de liaison entre les parties de l'entretien ou de relance afin de réorienter les questions en cas de non compréhension de la part du professionnel de santé interrogé.

Canevas de l'entretien :

L'interlocuteur se présente et s'assure de l'identité du professionnel de santé interrogé.

L'entretien commence par un rappel de la prise en charge d'un de ses patients au sein de l'hôpital de jour PEIMA :

« Votre patient, monsieur/madame X, a récemment été pris en charge en hôpital de jour PEIMA pour la réalisation d'une revue de son traitement médicamenteux. »

Puis l'interlocuteur présente le but et la démarche de l'entretien :

« Nous sommes désormais à J15 de la prise en charge de votre patient, et nous souhaiterions connaître votre avis concernant ce processus innovant visant à renforcer les liens entre les professionnels de santé de ville et de l'hôpital. J'aurais besoin de vous poser quelques questions afin d'évaluer votre ressenti sur cette activité. Cette étude s'inscrivant dans le cadre d'une thèse, notre entretien est enregistré afin de conserver la fidélité de vos réponses. Il sera intégralement retranscrit puis traité de manière anonyme. »

L'interlocuteur introduit alors l'entretien en présentant les axes qui seront abordés :

« Les questions que je vais vous poser reprennent la chronologie du processus de l'hôpital de jour PEIMA. Nous évaluerons tout d'abord votre avis concernant les explications qui vous ont été fournies en amont de cet hôpital de jour. Nous aborderons ensuite votre point de vue sur la réunion de concertation pluridisciplinaire réalisée au cours de cette journée. Nous terminerons enfin par votre niveau de satisfaction général concernant cette activité. »

L'entretien débute par une question sur le niveau de connaissance du professionnel de santé concernant l'activité de conciliation médicamenteuse, et sur les informations reçues en amont de l'HJ PEIMA :

« Avant d'être sollicité pour l'hôpital de jour PEIMA, aviez-vous des connaissances sur la conciliation médicamenteuse :

1. En théorie ?

Oui (formations, réunions, articles,...) **Moyennement** (bouche à oreille,...) **Non**

2. En pratique ?

Oui (régulièrement contacté par des centres hospitaliers) **Moyennement** (contacté de manière occasionnelle) **Non** (jamais contacté pour la conciliation)

3. Lors du recrutement du patient, avez-vous été suffisamment informé sur le déroulement de cette activité ?

Oui (documents transmis clairs et complets, interlocuteurs hospitaliers disponibles,...) **Moyennement** **Non »**

La deuxième partie de l'entretien concerne la réunion de concertation pluridisciplinaire téléphonique, à laquelle le professionnel interrogé a directement participé :

« 4. Les points abordés au cours de la RCP vous ont-ils semblé pertinents pour l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse de votre patient ?

Oui **Moyennement** **Non**

5. Estimez-vous que chaque intervenant a eu suffisamment de temps de parole au cours de la RCP?

Oui **Moyennement** **Non »**

La troisième partie s'intéresse à l'impact du processus global de l'hôpital de jour PEIMA sur la prise en charge du patient et sur la faisabilité de cette activité :

« 6. Comment évalueriez-vous l'apport de l'hôpital de jour PEIMA dans la prise en charge du patient ?

Important (impact réel sur la iatrogénie) **Moyen** (impact moyen) **Faible** (peu d'impact) **Nul** (pas d'impact)

7. Afin d'estimer l'impact du processus sur votre activité, quel a été votre ressenti en ce qui concerne l'étape de RCP ?

Important (désorganisation du temps de travail) **Moyen** **Faible** **Nul**

La dernière partie de l'entretien permet enfin d'évaluer les chances de pérennisation de l'activité :

« 8. Seriez-vous d'accord pour renouveler ce processus avec d'autres patients ?

Oui

Moyennement

Non

(organisation difficile mais
intérêt du processus)

(organisation trop complexe)

8.bis (uniquement si le patient a été *inclus en mode indirect*) **L'hôpital de jour PEIMA se propose également de recevoir des patients adressés directement par le médecin généraliste afin de réaliser une revue pluridisciplinaire ville-hôpital de leur traitement médicamenteux. Seriez-vous intéressé pour adresser directement certains de vos patients ?**

Oui

Moyennement

Non

9. Quel est votre niveau de satisfaction concernant ce processus ?

Très satisfait

Moyennement satisfait

Non satisfait »

(intérêt de la discussion pluri-
professionnelle, amélioration des
échanges ville-hôpital)

La dernière question de l'entretien est alors une question ouverte, afin de connaître les éventuelles suggestions du professionnel de santé interrogé :

« 10. Auriez-vous d'autres remarques concernant ce processus ? »

Sur la forme (facilité d'organisation de la réunion téléphonique) ou sur le contenu (points abordés : traitement médicamenteux, prise en charge globale du patient,...)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'entretien est alors terminé. L'interlocuteur peut alors conclure en remerciant encore le professionnel de santé pour sa disponibilité et pour le temps qu'il a bien voulu nous accorder au cours de la journée d'hôpital de jour et au cours de cet entretien.

Numéro de code du patient dans l'étude : |_|_|-|_|_|_|

SATISFACTION DU PHARMACIEN OFFICINAL
GUIDE D'ENTRETIEN

Modalités de l'entretien :

- Entretien réalisé à J15 de la prise en charge du patient en hôpital de jour PEIMA
- Prise de contact par téléphone
- Les lignes écrites en italique gras dans le canevas sont à énoncer au cours de la conversation par la personne menant l'entretien.
Le reste du canevas sert de liaison entre les parties de l'entretien ou de relance afin de réorienter les questions en cas de non compréhension de la part du professionnel de santé interrogé.

Canevas de l'entretien :

L'interlocuteur se présente et s'assure de l'identité du professionnel de santé interrogé.

L'entretien commence par un rappel de la prise en charge d'un de ses patients au sein de l'hôpital de jour PEIMA :

« Votre patient, monsieur/madame X, a récemment été pris en charge en hôpital de jour PEIMA pour la réalisation d'une revue de son traitement médicamenteux. »

Puis l'interlocuteur présente le but et la démarche de l'entretien :

« Nous sommes désormais à J15 de la prise en charge de votre patient, et nous souhaiterions connaître votre avis concernant ce processus innovant visant à renforcer les liens entre les professionnels de santé de ville et de l'hôpital. J'aurais besoin de vous poser quelques questions afin d'évaluer votre ressenti sur cette activité. Cette étude s'inscrivant dans le cadre d'une thèse, notre entretien est enregistré afin de conserver la fidélité de vos réponses. Il sera intégralement retranscrit puis traité de manière anonyme. »

L'interlocuteur introduit alors l'entretien en présentant les axes qui seront abordés :

« Les questions que je vais vous poser reprennent la chronologie du processus de l'hôpital de jour PEIMA. Nous évaluerons tout d'abord votre avis concernant les explications qui vous ont été fournies en amont de cet hôpital de jour. Nous aborderons ensuite votre point de vue sur la réunion de concertation pluridisciplinaire réalisée au cours de cette journée. Nous terminerons enfin par votre niveau de satisfaction général concernant cette activité. »

L'entretien débute par une question sur le niveau de connaissance du professionnel de santé concernant l'activité de conciliation médicamenteuse, et sur les informations reçues en amont de l'HJ PEIMA :

« Avant d'être sollicité pour l'hôpital de jour PEIMA, aviez-vous des connaissances sur la conciliation médicamenteuse :

1. En théorie ?

Oui (formations, réunions, articles,...) **Moyennement** (bouche à oreille,...) **Non**

2. En pratique ?

Oui (régulièrement contacté par des centres hospitaliers) **Moyennement** (contacté de manière occasionnelle) **Non** (jamais contacté pour la conciliation)

3. Lors du recrutement du patient, avez-vous été suffisamment informé sur le déroulement de cette activité ?

Oui (documents transmis clairs et complets, interlocuteurs hospitaliers disponibles,...) **Moyennement** **Non »**

La deuxième partie de l'entretien concerne la réunion de concertation pluridisciplinaire téléphonique, à laquelle le professionnel interrogé a directement participé :

« 4. Les points abordés au cours de la RCP vous ont-ils semblé pertinents pour l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse de votre patient ?

Oui **Moyennement** **Non**

5. Estimez-vous que chaque intervenant a eu suffisamment de temps de parole au cours de la RCP?

Oui **Moyennement** **Non »**

La troisième partie s'intéresse à l'impact du processus global de l'hôpital de jour PEIMA sur la prise en charge du patient et sur la faisabilité de cette activité :

« 6. Comment évalueriez-vous l'apport de l'hôpital de jour PEIMA dans la prise en charge du patient ?

Important (impact réel sur la iatrogénie) **Moyen** (impact moyen) **Faible** (peu d'impact) **Nul** (pas d'impact)

Afin d'estimer l'impact du processus sur votre activité, quel a été votre ressenti en ce qui concerne :

7.a. L'étape de recherche des traitements pris par le patient à son domicile ?

Important (appels répétitifs, interruption de tâches) **Moyen** (appels de courte durée, peu dérangeants) **Faible** **Nul**

7.b. L'étape de RCP ?

Important **Moyen** **Faible** **Nul**
(désorganisation du temps de travail)

La dernière partie de l'entretien permet enfin d'évaluer les chances de pérennisation de l'activité :

« 8. Seriez-vous d'accord pour renouveler ce processus avec d'autres patients ?

Oui **Moyennement** **Non**
(organisation difficile mais intérêt du processus) (organisation trop complexe)

9. Quel est votre niveau de satisfaction concernant ce processus ?

Très satisfait **Moyennement satisfait** **Non satisfait »**
(intérêt de la discussion pluri-professionnelle, amélioration des échanges ville-hôpital)

La dernière question de l'entretien est alors une question ouverte, afin de connaître les éventuelles suggestions du professionnel de santé interrogé :

« 10. Auriez-vous d'autres remarques concernant ce processus ? »

Sur la forme (facilité d'organisation de la réunion téléphonique) ou sur le contenu (points abordés : traitement médicamenteux, prise en charge globale du patient,...)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Avant de terminer la conversation, l'interlocuteur doit **demande les prescriptions les plus récentes rédigées après la prise en charge du patient en hôpital de jour PEIMA**, afin d'évaluer la pérennisation des décisions prises lors de la RCP, en insistant sur les modifications thérapeutiques éventuellement effectuées depuis cette RCP.

L'entretien est alors terminé. L'interlocuteur peut alors conclure en remerciant encore le professionnel de santé pour sa disponibilité et pour le temps qu'il a bien voulu nous accorder au cours de la journée d'hôpital de jour et au cours de cet entretien.



**SATISFACTION DU PROFESSIONNEL DE SANTE HOSPITALIER
(GERIATRE ET PHARMACIEN)**

GUIDE D'ENTRETIEN

Modalités de l'entretien :

- Entretien réalisé à la fin de l'étude afin d'avoir une vue d'ensemble du processus d'hôpital de jour PEIMA.
- Les lignes écrites en italique gras dans le canevas sont à énoncer au cours de la conversation par la personne menant l'entretien.
Le reste du canevas sert de liaison entre les parties de l'entretien ou de relance afin de réorienter les questions en cas de non compréhension de la part du professionnel de santé interrogé.

Canevas de l'entretien :

L'interlocuteur se présente et s'assure de l'identité du professionnel de santé interrogé, puis il présente le but et la démarche de l'entretien :

« L'étude évaluant la faisabilité de l'hôpital de jour PEIMA est désormais terminée, je souhaiterais connaître votre avis concernant ce processus. J'aurais besoin de vous poser quelques questions afin d'évaluer votre ressenti sur cette activité. Cette étude s'inscrivant dans le cadre d'une thèse, notre entretien est enregistré afin de conserver la fidélité de vos réponses. Il sera intégralement retranscrit puis traité de manière anonyme. »

Puis l'interlocuteur énonce les questions, en reformulant celles-ci au besoin :

« 1. Comment évalueriez-vous l'apport de l'hôpital de jour PEIMA dans la prise en charge des patients en général ?

- Important** **Moyen** **Faible** **Nul**
(impact réel sur la (impact moyen) (peu d'impact) (pas d'impact)
iatrogénie)

2. Quel est votre ressenti de l'impact de la RCP sur votre activité quotidienne (charge de travail) ?

- Important** **Moyen** **Faible** **Nul**
(articulation difficile dans
le temps de travail)

3. Pensez vous que ce processus soit pérennisable en l'état ?

- Oui** **Moyennement** **Non**
(processus intéressant mais (organisation trop complexe)
organisation nécessitant un
ajustement)

4. Quel est votre niveau de satisfaction concernant ce processus ?

Très satisfait

Moyennement satisfait

Non satisfait »

(intérêt de la discussion pluri-professionnelle, amélioration des échanges ville-hôpital)

Les dernières questions de l'entretien sont des questions ouvertes, afin de connaître les éventuelles suggestions du professionnel de santé interrogé :

« 5. Quels sont les points positifs que vous retirez de votre expérience en HJ PEIMA et quels sont les points négatifs qui pourraient être améliorés selon vous ? »

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

« 6. Auriez-vous d'autres remarques/propositions concernant ce processus ? »

Sur la forme (facilité d'organisation et de réalisation de la réunion téléphonique), sur le contenu (points abordés : traitement médicamenteux, prise en charge globale du patient,...), sur les perspectives de cette activité

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'entretien est alors terminé. L'interlocuteur peut alors conclure en remerciant encore le professionnel de santé pour sa disponibilité et pour le temps qu'il a bien voulu nous accorder tout au long de la démarche d'hôpital de jour PEIMA.

Annexe 12 : Tableau des données générales des patients inclus

Patient	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13
Age (années)	90	86	84	73	91	89	88	86	81	87	85	83	87
Sexe	Femme	Femme	Homme	Femme	Femme	Homme	Homme	Femme	Homme	Femme	Femme	Homme	Femme
Nombre de médicaments recensés à l'entrée	8	NR	10	8	10	14	5	15	7	9	7	5	9
Processus HJ PEIMA mené à terme	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Mode d'inclusion en HJ PEIMA	Indirect	Indirect	Indirect	Indirect	Indirect	Indirect	Indirect	Indirect	Indirect	Indirect	Indirect	Indirect	Indirect
Refus patient	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Tenue de la RCPM	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Quorum pluridisciplinaire atteint lors de la RCPM	Oui	-	Oui	-	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	-	Oui	Oui
Temps consacré au processus - MG (minutes)	10	10	20	5	5	20	30	25	20	20	5	15	25
Temps consacré au processus - Gériatre (minutes)	25	5	35	10	25	35	45	40	35	35	5	30	40
Temps consacré au processus - PO (minutes)	25	15	35	5	30	40	35	40	35	40	20	30	35
Temps consacré au processus - EPH (minutes)	140	35	150	10	70	75	140	135	160	130	30	170	185
Nombre de modifications actées en HJ PEIMA	2	NR	6	NR	4	2	3	1	0	6	NR	0	2
Nombre de modifications poursuivies à J15	2	NR	5	NR	4	1	3	0	0	6	NR	0	1
Nombre de modifications ayant subies de nouvelles modifications à J15	0	NR	1	NR	0	0	0	0	0	0	NR	0	0
Nombre de modifications non poursuivies à J15	0	NR	0	NR	0	1	0	1	0	0	NR	0	1
Nombre de modifications supplémentaires à J15	2	NR	2	NR	5	0	1	1	0	0	NR	0	2
Ordonnance ayant subi au moins une modification à J15	Oui	NR	Oui	NR	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	NR	Non	Oui
Ordonnance ayant subi au moins une modification portant sur une décision actée en HJ PEIMA	Non	NR	Oui	NR	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	NR	Non	Oui

Annexe 13 : Tableau de PECM du patient 01

FICHE DE CONCILIATION D'ENTREE														
Sexe	Âge	Poids	Taille	Clairance de la créatinine - Insuffisance rénale				Insuffisance hépatique						
Femme	90 ans	59,1 kg	161 cm	110 mL/min - Sans				Sans						
Motif de prise en charge et mode d'inclusion en HJ PEIMA				Mode de vie										
Bilan d'altération de l'état général Inclusion indirecte				Domicile, passage IDE quotidien										
Evaluation de l'observance				Sources d'informations										
Risque jugé minime				Compte-rendu d'hospitalisation, PO, Ordonnance, Infirmière										
Antécédents		Traitement à domicile				8 médicaments								
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypertension artérielle ▪ Dyslipidémie ▪ Accident ischémique transitoire ▪ Syndrome anxio-dépressif ▪ Endartériectomie carotidienne ▪ Prothèse totale de hanche bilatérale 		Spécialité		Dosage	Voie	Posologie								
				M	M	S	C							
		KARDEGIC [®]		160 mg	orale	1	0	0	0					
		AMLODIPINE		5 mg	orale	1	0	0	0					
		DIFFU-K [®]		600 mg	orale	1	0	0	0					
		PRAVASTATINE		20 mg	orale	1	0	0	0					
		ESOMEPRAZOLE		20 mg	orale	1	0	0	0					
Biologie (valeurs anormales)		PARACETAMOL (automédication)		1 g	orale	1	1	1	0					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hyponatrémie : 131 mmol/L ▪ Hypovitaminose D : 25,6 ng/mL 		ESCITALOPRAM		10 mg	orale	1	0	0	0					
		FRESUBIN [®] (consommation importante)			orale	1	0	0	0					
DEROULEMENT DE LA RCPM														
Professionnels présents (nombre)						Quorum pluridisciplinaire								
MG (1)	PO (1)	Gériatres (2)	PH (1)			Etabli								
						Durée								
						5 minutes								
Modifications proposées lors de la RCPM					Motif		Statut							
Arrêt progressif de l'ESCITALOPRAM : diminution de 10 à 5 mg par jour pendant 15 jours, puis arrêt					Hyponatrémie		Acté							
Relai de l'ESCITALOPRAM par la MIANSERINE 10 mg par jour					Risque de chutes		Acté							
Diminution de la posologie de KARDEGIC [®]					Révision de l'indication		Non réalisée (avis cardiologique demandé)							
COMPARAISON DES TRAITEMENTS EN SORTIE D'HJ PEIMA ET APRES 15 JOURS														
Traitement suite à l'HJ PEIMA					Traitement à J15									
MEDICAMENT	DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE			DUREE	MEDICAMENT	DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE			DUREE	Modification
Spécialité/ DCI/Forme			Matin	Midi	Soir		Spécialité/ DCI/Forme			Matin	Midi	Soir		
MÉDICAMENTS RECONDUITS														
KARDEGIC [®]	160 mg	orale	1	0	0		KARDEGIC [®]	75mg	orale	1	0	0		Modification supplémentaire
AMLODIPINE	5 mg	orale	1	0	0		AMLODIPINE	5 mg	orale	1	0	0		Inchangé
DIFFU-K [®]	600mg	orale	1	0	0		DIFFU-K [®]	600mg	orale	1	0	0		Inchangé
PRAVASTATINE	20mg	orale	1	0	0		PRAVASTATINE	20mg	orale	1	0	0		Inchangé
ESOMEPRAZOLE	20mg	orale	1	0	0		ESOMEPRAZOLE	20mg	orale	1	0	0		Inchangé
PARACETAMOL	1g	orale	1	1	1		PARACETAMOL	1g	orale	1	1	1		Inchangé
MÉDICAMENTS ARRÊTÉS														
ESCITALOPRAM	10mg	orale					ESCITALOPRAM	10mg	orale					Modification poursuivie
MÉDICAMENTS MODIFIES OU INTRODUIES														
MIANSERINE	10mg	orale	0	0	1		MIANSERINE	10mg	orale	0	0	1		Modification poursuivie
FRESUBIN [®]		orale	1	0	0		RESOURCE [®]		orale	1	0	0		Modification supplémentaire
MODIFICATIONS TEMPORAIRES														
ESCITALOPRAM	5mg	Orale	0	0	1	15j	ESCITALOPRAM	5mg	Orale				15j	Inchangé

Annexe 14 : Tableau de PECM du patient 03

FICHE DE CONCILIATION D'ENTREE														
Sexe	Âge	Poids	Taille	Clairance de la créatinine - Insuffisance rénale			Insuffisance hépatique							
Homme	84 ans	102 kg	169 cm	54 mL/min - Modérée			Sans							
Motif de prise en charge et mode d'inclusion en HJ PEIMA				Mode de vie										
Bilan neuropsychologique Mode d'inclusion indirect				Domicile, l'épouse gère le traitement Passage IDE quotidien										
Evaluation de l'observance				Sources d'informations										
Risque jugé minime				Compte-rendu d'hospitalisation, PO, Ordonnance										
Antécédents			Traitement à domicile			10 médicaments								
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypertension artérielle ▪ Fibrillation auriculaire et maladie de l'oreille ▪ Diabète de type 2 insulino-réquant ▪ Dyslipidémie ▪ BPCO stade 2 ▪ Troubles cognitifs mixtes ▪ Glaucome chronique ▪ DMLA bilatérale ▪ Adénome prostatique opéré ▪ Tabagisme sévère depuis 28 ans ▪ Consommation d'alcool occasionnelle 			Spécialité		Dosage	Voie	Posologie							
			PREVISCAN [®]		20 mg	orale	M	M	S	C				
			AMLODIPINE		5 mg	orale	1	0	0	0				
			XELEVIA [®]		100 mg	orale	1	0	0	0				
			OMIX LP [®]		0,4 mg	orale	1	0	0	0				
			TERBUTALINE		5 mg/2 mL	inhalée	1	0	1	0				
			OXEOL [®]		10 mg	orale	0	0	1	0				
			PANTOPRAZOLE		20 mg	orale	0	0	1	0				
			LANTUS [®]		100 UI/mL	sous-cutanée	0	0	28UI	0				
			MONOPROST [®]		50 µg/mL	oculaire	0	0	1 goutte	0				
FOZIRETIC [®]		20/12,5 mg	orale	1	0	0	0							
Biologie (valeurs anormales)			Taux d'hémoglobine glyquée augmenté : 7,7 %			INR : 2,63								
DEROULEMENT DE LA RCMP														
Professionnels présents (nombre)						Quorum pluridisciplinaire								
MG (1)	PO (1)	Gériatres (3)			PH (1)	Etabli								
						Spectateurs : Interne (1) et externes (3) en pharmacie								
						Durée 15 minutes								
Modifications proposées lors de la RCMP					Motif			Statut						
Arrêt du FOZIRETIC [®]					Hypoglycémies fréquentes			Acté						
Introduction d'une association CANDESARTAN 4 mg (1 comprimé par jour) + ESIDREX [®] 25 mg (0,5 comprimé par jour)					Substitution du FOZIRETIC [®]			Acté						
Introduction de MIANSERINE 10mg, ARICEPT [®] 5mg et SERESTA [®] 10mg					Indication non traitée Troubles cognitifs			Acté						
COMPARAISON DES TRAITEMENTS EN SORTIE D'HJ PEIMA ET APRES 15 JOURS														
Traitement suite à l'HJ PEIMA					Traitement à J15									
MÉDICAMENT	DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE			DUREE	MÉDICAMENT	DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE			DUREE	Modification
Spécialité/ DCI/Forme			Matin	Midi	Soir		Spécialité/ DCI/Forme			Matin	Midi	Soir		
MÉDICAMENTS RECONDUITS														
PREVISCAN [®]	20mg	orale	0	0	1		PREVISCAN [®]	20mg	orale	0	0	1		Inchangé
AMLODIPINE	5mg	orale	1	0	0		AMLODIPINE	10mg	orale	1	0	0		Modification supplémentaire
XELEVIA [®]	100mg	orale	1	0	0		XELEVIA [®]	100mg	orale	1	0	0		Inchangé
OMIX LP [®]	0,4mg	orale	1	0	0		OMIX LP [®]	0,4mg	orale	1	0	0		Inchangé
TERBUTALINE	5mg/2mL	inhalée	1	0	1		TERBUTALINE	5mg/2mL	inhalée	1	0	1		Inchangé
OXEOL [®]	10mg	orale	0	0	1		OXEOL [®]	10mg	orale	0	0	1		Inchangé
PANTOPRAZOLE	20mg	orale	0	0	1		PANTOPRAZOLE	20mg	orale	0	0	1		Inchangé
LANTUS [®]	100UI/mL	sous-cutanée	0	0	28UI									
MONOPROST [®]	50µg/mL	oculaire	0	0	1gtte									
MÉDICAMENTS ARRÊTÉS														
FOZIRETIC [®]	20/12,5mg	orale					FOZIRETIC [®]	20/12,5mg	orale					Modification poursuivie
							ESIDREX [®]	25mg	orale					*Modifié
MÉDICAMENTS MODIFIÉS OU INTRODUITS														
CANDESARTAN	4mg	orale	1	0	0		CANDESARTAN	4 mg	orale	1	0	0		Modification poursuivie
ESIDREX [®]	25mg	orale	1	0	0									Modifié*
MIANSERINE	10mg	orale	0	0	1		MIANSERINE	10mg	orale	0	0	1		Modification poursuivie
ARICEPT [®]	5mg	orale	0	0	1		ARICEPT [®]	5mg	orale	0	0	1		Modification poursuivie
SERESTA [®]	10mg	orale	1	1	1	si besoin	SERESTA [®]	10mg	orale	1	1	1	si besoin	Modification poursuivie
							ATROVENT [®]	0,5mg	inhal.	1	0	1		Modification supplémentaire

Annexe 15 : Tableau de PECM du patient 04

FICHE DE CONCILIATION D'ENTREE							
Sexe	Âge	Poids	Taille	Clairance de la créatinine - Insuffisance rénale		Insuffisance hépatique	
Femme	73 ans	60 kg	171 cm	67 mL/min - Légère		Sans	
Motif de prise en charge et mode d'inclusion en HJ PEIMA				Mode de vie			
Bilan cardiologique et ergothérapeutique Mode d'inclusion indirect				Domicile, le fils gère le traitement (pilulier) Passage IDE quotidien			
Evaluation de l'observance				Sources d'informations			
Bonne				Ordonnances amenées par la patiente			
Antécédents	Traitement à domicile			8 médicaments			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fibrillation auriculaire ▪ Insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection préservée ▪ Maladie de Parkinson ▪ Troubles cognitifs ▪ Adénocarcinome rénal et néphrectomie 	Spécialité	Dosage	Voie	Posologie			
				M	M	S	C
	LOVENOX [®]	4000 UI/0,4mL	sous-cutané	0	0	1	0
	SEROPLEX [®]	20 mg	orale	1	0	0	0
	AZILECT [®]	1 mg	orale	1	0	0	0
	DIFFU-K [®]	600 mg	orale	1	0	0	0
	ATARAX [®]	25 mg	orale	1	0	1	0
	TIAPRIDAL [®]	5 mg/goutte	orale	0	0	0	10 gouttes
Biologie (valeurs anormales)							
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hyperurémie : 0,54 g/L ▪ Hypovitaminose D : 12,2 µg/l 	LANSOPRAZOLE	15 mg	orale	0	0	1	0
	FUROSEMIDE	20 mg	orale	1	0	0	0

Annexe 16 : Tableau de PECM du patient 05

FICHE DE CONCILIATION D'ENTREE														
Sexe	Âge	Poids	Taille	Clairance de la créatinine - Insuffisance rénale	Insuffisance hépatique									
Femme	91 ans	57,8 kg	165 cm	65,7 mL/min - Légère	Sans									
Motif de prise en charge et mode d'inclusion en HJ PEIMA				Mode de vie										
Evaluation de la nécessité d'une mise en institution Mode d'inclusion indirect				EHPAD Pharmacie prépare le pilulier puis l'envoi à l'EHPAD										
Evaluation de l'observance				Sources d'informations										
Bonne (EHPAD)				Compte-rendu d'hospitalisation, PO, Ordonnance										
Antécédents		Traitement à domicile			10 médicaments									
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles du rythme, ACFA ▪ Dépression ▪ Anxiété ▪ Occlusion intestinale, constipation ▪ Dénutrition ▪ Cholécystectomie ▪ Grabataire, troubles de la marche, fracture humérale droite ▪ Carcinome de l'endomètre 		Spécialité	Dosage	Voie	Posologie									
		M	M	S	C									
		TILDIEM [®]	60 mg	orale	1	1	1	0						
		PREVISCAN [®]	20 mg	orale	0	0	1/2	0						
		INEXIUM [®]	20 mg	orale	0	0	1	0						
		HEMIGOXINE NATIVELLE [®]	0,125 mg	orale	1	0	0	0						
		PARACETAMOL	1 g	orale	1	1	1/2	0						
		DAFALGAN CODEINE [®]	500/30 mg	orale	0	0	1	0						
		METEOSPASMYL [®]	60/300 mg	orale	1	1	1	0						
		TRANSIPEG [®]	2,95 g	orale	1	0	0	0						
LEXOMIL [®]	6 mg	orale	0	0	0	1/2								
PAROXETINE	20 mg	orale	0	0	1	0								
Biologie (valeurs anormales)														
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypocalcémie : 85 mg/L ▪ Hypophosphorémie : 25,9 mg/L ▪ Hypoprotéïnémie : 59 g/L ▪ Hypoalbuminémie : 26,2 g/L ▪ Taux de préalbumine diminué : 157 mg/L 														
DEROULEMENT DE LA RCPM														
Professionnels présents (nombre)					Quorum pluridisciplinaire									
MG (0)	PO (1)	Gériatre (1)	PH (1)		Non établi									
					Spectateurs :									
					Interne en pharmacie (1)									
					Durée									
					5 minutes									
Modifications proposées lors de la RCPM				Motif			Statut							
Arrêt du LEXOMIL [®] , de la PAROXETINE et du DAFALGAN CODEINE [®]				Sensation de ralentissement psychomoteur			Discuté avec le PO							
Introduction de MIANSERINE				Remplacement des traitements arrêtés			Discuté avec le PO							
COMPARAISON DES TRAITEMENTS EN SORTIE D'HJ PEIMA ET APRES 15 JOURS														
Traitement suite à l'HJ PEIMA					Traitement à J15									
MÉDICAMENT	DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE			DUREE	MÉDICAMENT	DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE			DUREE	Modification
			Matin	Midi	Soir					Matin	Midi	Soir		
Spécialité/ DCI/Forme							Spécialité/ DCI/Forme							
MÉDICAMENTS RECONDUITS														
TILDIEM [®]	60mg	orale	1	1	1		TILDIEM [®]	60mg	orale	1	1	1		Inchangé
PREVISCAN [®]	20mg	orale	0	0	1/2		PREVISCAN [®]	20mg	orale	0	0	1/4		Modification supplémentaire
INEXIUM [®]	20mg	orale	0	0	1		INEXIUM [®]	20mg	orale	0	0	1		Inchangé
HEMIGOXINE NATIVELLE [®]	0,125mg	orale	1	0	0		HEMIGOXINE NATIVELLE [®]	0,125mg	orale	1	0	0		Inchangé
PARACETAMOL	1g	orale	1	1	1/2		PARACETAMOL	1g	orale	1	1	1		Modification supplémentaire
METEOSPASMYL [®]	60/300mg	orale	1	1	1		METEOSPASMYL [®]	60/300mg	orale	1	1	1		Inchangé
TRANSIPEG [®]	2,95g	orale	1	0	0		TRANSIPEG [®]	2,95g	orale	1	0	0		Inchangé
MÉDICAMENTS ARRÊTÉS														
LEXOMIL [®]	6mg	orale	0	0	1/2 au coucher		LEXOMIL [®]	6mg	orale	0	0	1/4 au coucher	Puis arrêté	Modification poursuivie
DAFALGAN CODEINE [®]	500/30mg	orale	0	0	1		DAFALGAN CODEINE [®]	500/30mg	orale					Modification poursuivie
PAROXETINE	20mg	orale	0	0	1		PAROXETINE	20mg	orale					Modification poursuivie
MÉDICAMENTS MODIFIES OU INTRODUITS														
MIANSERINE	10mg	orale	0	0	1		MIANSERINE	10mg	orale	0	0	1		Modification poursuivie
							AMOXICILLINE	1g	orale	1	1	1	10j	Modification supplémentaire
							AUGMENTIN [®]	500mg	orale	1	1	1	10j	Modification supplémentaire
							UVEDOSE [®]		orale	1 ampoule tous les 15j				Modification supplémentaire

Annexe 17 : Tableau de PECM du patient 06

FICHE DE CONCILIATION D'ENTREE														
Sexe	Âge	Poids	Taille	Clairance de la créatinine - Insuffisance rénale				Insuffisance hépatique						
Homme	89 ans	84,6 kg	163 cm	31,2 mL/min - Modérée				Sans						
Motif de prise en charge et mode d'inclusion en HJ PEIMA						Mode de vie								
Bilan cardiologique Mode d'inclusion indirect						EHPAD Piluliers jetables préparés et envoyés par la pharmacie								
Evaluation de l'observance						Sources d'informations								
Mauvaise						Compte-rendu d'hospitalisation, PO, Ordonnance								
Antécédents			Traitement à domicile			14 médicaments								
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypertension artérielle ▪ Diabète de type 2 ▪ Néphropathie diabétique au stade d'IRC ▪ Démence mixte légère, prépondérance pathologie dégénérative type Alzheimer sur pathologie vasculaire ▪ Thrombose veineuse fémorale ▪ Polype du colon droit ▪ Néoplasie prostatique ▪ Hémorragie digestive ▪ Cure de hernie discale ▪ Ongle incarné sur hallux droit ▪ Consommation d'alcool à chaque repas 			Spécialité	Dosage	Voie	Posologie								
			AERIUS®	5 mg	orale	M	M	S	C					
			NOVONORM®	2 mg	orale	1	1	0						
				1 mg	orale	0	0	1						
			LANTUS®	100 UI/mL	sous-cutanée	18 UI	0	0						
			TAHOR®	80 mg	orale	0	0	1						
			LERCAN®	10 mg	orale	1	0	0						
			CANDESARTAN	4 mg	orale	1	0	0						
			CLOPIDOGREL	75 mg	orale	1	0	0						
			Biologie (valeurs anormales)			KAYEXALATE®	454 g	orale	1 Cuillère Mesure (2 si besoin)		0	0		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hyperurémie : 0,74 g/L ▪ Hypercréatininémie : 21,3 mg/L ▪ Hyperglycémie : 1,52 g/L ▪ Taux d'hémoglobine glyquée augmenté : 8,7% ▪ Hypocalcémie : 81 mg/L ▪ Hypovitaminose D : 9,9 µg/l 			DEDROGYL®	15mg/100mL	orale	5 gttes	0	0						
			TARDYFERON®	80 mg	orale	1	0	0						
			ARICEPT®	10 mg	orale	1	0	0						
			ZOLOFT®	50 mg	orale	1	0	0						
			ARANESP®	20µg/0,5mL	sous-cutanée	1 par semaine								
			ATARAX®	25 mg	orale	1	0	0						
DEROULEMENT DE LA RCMP														
Professionnels présents (nombre)						Quorum pluridisciplinaire								
MG (1)	PO (1)	Géronte (1)	PH (1)			Etabli								
						Spectateurs : Internes (2) et externes (3) en pharmacie								
						Durée 15 minutes								
Modifications proposées lors de la RCMP						Motif				Statut				
Arrêt de l'ATARAX						Non recommandé chez le sujet âgé				Acté				
Introduction de SERESTA® 10 mg en si besoin										Acté				
COMPARAISON DES TRAITEMENTS EN SORTIE D'HJ PEIMA ET APRES 15 JOURS														
Traitement suite à l'HJ PEIMA						Traitement à J15								
MEDICAMENT	DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE			DUREE	MEDICAMENT	DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE			Modifications	
Spécialité/ DCI/Forme			Matin	Midi	Soir		Spécialité/ DCI/Forme			Matin	Midi	Soir		DUREE
MÉDICAMENTS RECONDUITS														
AERIUS®	5 mg	orale	0	0	1		AERIUS®	5 mg	orale	0	0	1		Inchangé
NOVONORM®	2 mg	orale	1	1	0		NOVONORM®	2 mg	orale	1	1	0		Inchangé
NOVONORM®	1 mg	orale	0	0	1		NOVONORM®	1 mg	orale	0	0	1		Inchangé
LANTUS®	100 UI/mL	sous-cutanée	18 UI	0	0		LANTUS®	100 UI/mL	sous-cutanée	18 UI	0	0		Inchangé
TAHOR®	80 mg	orale	0	0	1		TAHOR®	80 mg	orale	0	0	1		Inchangé
LERCAN®	10 mg	orale	1	0	0		LERCAN®	10 mg	orale	1	0	0		Inchangé
CANDESARTAN	4 mg	orale	1	0	0		CANDESARTAN	4 mg	orale	1	0	0		Inchangé
CLOPIDOGREL	75 mg	orale	1	0	0		CLOPIDOGREL	75 mg	orale	1	0	0		Inchangé
KAYEXALATE®	454 g	orale	1 Cuillère Mesure (2 si besoin)	0	0		KAYEXALATE®	454 g	orale	1 Cuillère Mesure (2 si besoin)	0	0		Inchangé
DEDROGYL®	15mg/100mL	orale	5 gttes	0	0		DEDROGYL®	15mg/100mL	orale	5 gttes	0	0		Inchangé
TARDYFERON®	80 mg	orale	1	0	0		TARDYFERON®	80 mg	orale	1	0	0		Inchangé
ARICEPT®	10 mg	orale	1	0	0		ARICEPT®	10 mg	orale	1	0	0		Inchangé
ZOLOFT®	50 mg	orale	1	0	0		ZOLOFT®	50 mg	orale	1	0	0		Inchangé
ARANESP®	20µg/0,5mL	sous-cutanée	1 par semaine				ARANESP®	20µg/0,5mL	sous-cutanée	1 par semaine				Inchangé
MÉDICAMENTS ARRÊTÉS														
ATARAX®	25 mg													Modification poursuivie
MÉDICAMENTS MODIFIÉS OU INTRODUITS														
SERESTA®	10mg	orale	1	1	1	si besoin								Modification non poursuivie

Annexe 18 : Tableau de PECM du patient 07

FICHE DE CONCILIATION D'ENTREE														
Sexe	Âge	Poids	Taille	Clairance de la créatinine - Insuffisance rénale				Insuffisance hépatique						
Homme	88 ans	51,3 kg	158 cm	130,2 mL/min - Sans				Sans						
Motif de prise en charge et mode d'inclusion en HJ PEIMA				Mode de vie										
Evaluation onco-gériatrique Mode d'inclusion indirect				A domicile										
Evaluation de l'observance				Sources d'informations										
Bonne				Compte-rendu d'hospitalisation, PO, Ordonnance, Entretien avec le patient										
Antécédents			Traitement à domicile				5 médicaments							
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypertension artérielle ▪ Prothèses totales de hanche bilatérales ▪ Prothèses totales d'épaule bilatérales ▪ Fracture sternale ▪ Ancien tabagisme léger sevré ▪ Consommation d'alcool légère quotidienne 			Spécialité		Dosage	Voie	Posologie							
			APROVEL [®]		150mg	orale	M	M	S	C				
			PARACETAMOL (automédication)		500 mg	orale					si douleur			
			BISOPROLOL		1,25 mg	orale	1	0	0					
Biologie (valeurs anormales)			VOLTARENE [®]		75mg	orale	1	0	0	si douleur				
RAS			(MICROLAX [®] : déjà pris une unique fois)			(rectale)				(si besoin)				
DEROULEMENT DE LA RCPM														
Professionnels présents (nombre)						Quorum pluridisciplinaire								
MG (1)	PO (1)	Géiatres (2)		PH (1)			Etabli							
						Spectateurs : Interne en pharmacie (1)								
						Durée								
						25 minutes								
Modifications proposées lors de la RCPM				Motif				Statut						
Arrêt du BISOPROLOL				Tension artérielle normalisée				Acté						
Arrêt du VOLTARENE [®]				Interaction avec l'APROVEL [®] : risque d'insuffisance rénale aiguë				Acté						
Introduction de PARACETAMOL en association				Remplacement du VOLTARENE [®]				Acté						
COMPARAISON DES TRAITEMENTS EN SORTIE D'HJ PEIMA ET APRES 15 JOURS														
Traitement suite à l'HJ PEIMA						Traitement à J15								
MEDICAMENT	DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE			DUREE	MEDICAMENT	DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE	DUREE	Modifications		
Spécialité/ DCI/Forme			Matin	Midi	Soir		Spécialité/ DCI/Forme			Matin	Midi		Soir	
MÉDICAMENTS RECONDUITS														
APROVEL [®]	150mg	orale	1	0	0		APROVEL [®]	150mg	orale	1	0	0		Inchangé
PARACETAMOL						si douleur	PARACETAMOL	500mg	orale	1 à 6 gélules par jour			si douleur	Inchangé
MÉDICAMENTS ARRÊTÉS														
BISOPROLOL	1,25mg	orale												Modification poursuivie
VOLTARENE [®]	75mg	orale												Modification poursuivie
MÉDICAMENTS MODIFIES OU INTRODUIES														
IXPRIM [®] 325/37,5mg	Posologie usuelle de 2 à 8 comprimés maximum par jour, espacés d'au moins 6 heures													Modification poursuivie
OU LAMALINE [®] 300/10/30mg	Posologie usuelle de 3 à 5 gélules par jour, (1 à 2 gélules par prise), sans dépasser 10 gélules par jour						LAMALINE [®]	300/10/30mg	orale	1 à 6 gélules par jour				
							UVEDOSE [®]		orale	1 ampoule tous les 3 mois				Modification supplémentaire

Annexe 19 : Tableau de PECM du patient 08

FICHE DE CONCILIATION D'ENTREE																	
Sexe	Âge	Poids	Taille	Clairance de la créatinine - Insuffisance rénale				Insuffisance hépatique									
Femme	86 ans	76 kg	170 cm	47 mL/min - Modérée				Sans									
Motif de prise en charge et mode d'inclusion en HJ PEIMA				Mode de vie													
Evaluation onco-gériatrique Mode d'inclusion indirect				EHPAD													
Evaluation de l'observance				Sources d'informations													
Bonne				Compte-rendu d'hospitalisation, PO, Ordonnance, Infirmière													
Antécédents				Traitement à domicile			15 médicaments										
				Spécialité	Dosage	Voie	Posologie										
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypertension artérielle ▪ AVC sylvien ▪ Syndrome coronarien aigu ▪ Phlébite des membres inférieurs ▪ Diabète insulinoindépendant ▪ Démence débutante, troubles cognitifs ▪ Infections urinaires répétitives ▪ Maladie lithiasique ▪ Kyste arachnoïdien ▪ Amputation du 2^{ème} orteil ▪ Amputation des métatarsiens gauches ▪ Fracture de Pouteau-Colles ▪ Fracture pertrochantérienne gauche 				DIFFU-K [®]	600 mg	orale	M	M	S	C	1	0	0	0			
				DOLIPRANE [®]	1 g	orale	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
				FORLAX [®]	10 g	orale	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	
				HUMALOG [®]	100 UI/mL	sous-cutanée (SC)	selon protocole										
				LANTUS [®]	100 UI/mL	SC	0	0	44 UI	0	0	0	0	0	0	0	
				KARDEGIC [®]	75 mg	orale	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
				LASILIX [®]	20 mg	orale	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	
				LASILIX [®]	40 mg	orale	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
				LEVOTHYROX [®]	25 µg	orale	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
				PANTOPRAZOLE		orale	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	
				PLAVIX [®]	75 mg	orale	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
				SEROPLEX [®]	5 mg	orale	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
				Biologie (valeurs anormales)				SPECIAFOLDINE [®]		orale	1	0	1	0	0	0	0
				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anémie : taux d'hémoglobine diminué à 10,3 g/dL ▪ Hyperurémie : 0,72 g/l ▪ Hypercréatininémie : 11,6 mg/l 				TAHOR [®]	80 mg	orale	0	0	1	0	0	0	0
								TRIA TEC [®]	2,5 mg	orale	0,5	0	0,5	0	0	0,5	0
UVEDOSE [®]	100 000 UI	orale	tous les 2 mois														
DEROULEMENT DE LA RCMP																	
Professionnels présents (nombre)						Quorum pluridisciplinaire											
MG (1)	PO (1)	Gériatre (1)				PH (1)											
						Etabli											
						Durée											
						20 minutes											
Modifications proposées lors de la RCMP						Motif					Statut						
Réévaluation du KARDEGIC [®] et du PLAVIX [®]						Réévaluation de l'indication					Non acté en attente d'un avis cardiologique						
Introduction de vitamine C ou de jus de canneberge						Prophylaxie des infections urinaires					Acté						
COMPARAISON DES TRAITEMENTS EN SORTIE D'HJ PEIMA ET APRES 15 JOURS																	
Traitement suite à l'HJ PEIMA							Traitement à J15										
MÉDICAMENT	DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE				MÉDICAMENT	DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE				Modifications			
			Matin	Midi	Soir	Coucher				Spécialité/DCI/Forme	Matin	Midi	Soir		Coucher		
Spécialité/DCI/Forme																	
MÉDICAMENTS RECONDUITS																	
DIFFU-K [®]	600 mg	orale	1	0	0	0	DIFFU-K [®]	600mg	orale	1	0	0	0	Inchangé			
DOLIPRANE [®]	1 g	orale	1	1	1	1	DOLIPRANE [®]	1 g	orale	1	1	1	1	Inchangé			
FORLAX [®]	10 g	orale	2	0	2	0	FORLAX [®]	10 g	orale	2	0	2	0	Inchangé			
HUMALOG [®]	100 UI/mL	SC	selon protocole				HUMALOG [®]	100 UI/mL	SC	selon protocole				Inchangé			
LANTUS [®]	100 UI/mL	SC	0	0	44 UI	0	LANTUS [®]	100 UI/mL	SC	0	0	44 UI	0	Inchangé			
KARDEGIC [®]	75 mg	orale	1	0	0	0	KARDEGIC [®]	75 mg	orale	1	0	0	0	Inchangé			
LASILIX [®]	20 mg	orale	0	1	0	0	LASILIX [®]	20 mg	orale	0	1	0	0	Inchangé			
LASILIX [®]	40 mg	orale	1	0	0	0	LASILIX [®]	40 mg	orale	1	0	0	0	Inchangé			
LEVOTHYROX [®]	25 µg	orale	1	0	0	0	LEVOTHYROX [®]	25 µg	orale	1	0	0	0	Inchangé			
PANTOPRAZOLE		orale	0	0	1	0	PANTOPRAZOLE		orale	0	0	1	0	Inchangé			
PLAVIX [®]	75 mg	orale	1	0	0	0	PLAVIX [®]	75 mg	orale	1	0	0	0	Inchangé			
SEROPLEX [®]	5 mg	orale	1	0	0	0	SEROPLEX [®]	5 mg	orale	1	0	0	0	Inchangé			
SPECIAFOLDINE [®]		orale	1	0	1	0	SPECIAFOLDINE [®]		orale	1	0	1	0	Inchangé			
TAHOR [®]	80 mg	orale	0	0	1	0	TAHOR [®]	80 mg	orale	0	0	1	0	Inchangé			
TRIA TEC [®]	2,5 mg	orale	0,5	0	0,5	0	TRIA TEC [®]	2,5 mg	orale	0,5	0	0,5	0	Inchangé			
UVEDOSE [®]	100 000 UI	orale	tous les 2 mois											Modification supplémentaire			
MÉDICAMENTS MODIFIES OU INTRODUITS																	
Vitamine C	500mg	orale	1/4 cp	0	0	0								Modification non poursuivie			
ou jus de canneberge		orale															

Annexe 20 : Tableau de PECM du patient 09

FICHE DE CONCILIATION D'ENTREE														
Sexe	Âge	Poids	Taille	Clairance de la créatinine - Insuffisance rénale			Insuffisance hépatique							
Homme	81 ans	75 kg	167 cm	93,2 mL/min - Sans			Sans							
Motif de prise en charge et mode d'inclusion en HJ PEIMA					Mode de vie									
Bilan cognitif Mode d'inclusion indirect					Domicile, l'épouse gère le traitement et le pilulier									
Evaluation de l'observance					Sources d'informations									
Bonne					Compte-rendu d'hospitalisation, PO, Ordonnance, Entretien avec le patient									
Antécédents				Traitement à domicile			7 médicaments							
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fibrillation atriale en étant jeune ▪ Accident vasculaire cérébral ▪ Ulcère gastroduodénal, résection partielle de l'estomac (contexte de prise d'anti-inflammatoires) ▪ Syndrome anxio-dépressif ▪ Pollakiurie ▪ Cholécystectomie ▪ Calcul rénal droit opéré ▪ Chirurgie de polypes de colon ▪ Cataracte droite opérée ▪ Nombreuses chutes récentes 				Spécialité	Dosage	Voie	Posologie							
				M	M	S	C							
				ALFUZOSINE	LP 10 mg	orale	1	0	0	0				
				PANTOPRAZOLE	20 mg	orale	1	0	0	0				
				FLUOXETINE	20 mg	orale	1	0	0	0				
				XARELTO®	20 mg	orale	1	0	0	0				
				VALSARTAN	80 mg	orale	1	0	0	0				
Biologie (valeurs anormales)				GANFORT®	0,3 mg/5 mg	oculaire	0	0	1 goutte le soir		0			
RAS				FLUIDABAK®	1,50 %	oculaire	5 fois par jour maximum							
DEROULEMENT DE LA RCPM														
Professionnels présents (nombre)									Quorum pluridisciplinaire					
MG (1)	PO (1)	Gériatres (3)			PH (1)				Etabli					
		<i>Spectateurs : Externe en médecine (1)</i>			<i>Spectateurs : Internes (2) et externes (3) en pharmacie</i>				Durée					
									15 minutes					
Modifications proposées lors de la RCPM						Motif			Statut					
Ajout d'une statine accompagnée ou non d'une anti-agrégation plaquettaire à dose préventive						Prévention cardiovasculaire			Préconisé					
COMPARAISON DES TRAITEMENTS EN SORTIE D'HJ PEIMA ET APRES 15 JOURS														
Traitement suite à l'HJ PEIMA						Traitement à J15								
MÉDICAMENT Spécialité/ DCI/Forme	DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE			DURÉE	MÉDICAMENT Spécialité/ DCI/Forme	DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE			DURÉE	Modifications
			Matin	Midi	Soir					Matin	Midi	Soir		
MÉDICAMENTS RECONDUITS														
ALFUZOSINE	LP 10mg	orale	1	0	0									Inchangé
PANTOPRAZOLE	20mg	orale	1	0	0									Inchangé
FLUOXETINE	20mg	orale	1	0	0									Inchangé
XARELTO®	20mg	orale	1	0	0									Inchangé
VALSARTAN	80mg	orale	1	0	0									Inchangé
GANFORT®	0,3mg/ 5mg	oculaire	0	0	1 goutte le soir									Inchangé
FLUIDABAK®	1,50%	oculaire	5 fois par jour maximum											Inchangé
MÉDICAMENTS ARRÊTÉS														
MÉDICAMENTS MODIFIÉS OU INTRODUITS														
Statine						Prescription laissée aux soins du MG, après avis cardiologique								Avis cardiologique en attente
± antiagrégant plaquettaire à dose préventive														

Annexe 21 : Tableau de PECM du patient 10

FICHE DE CONCILIATION D'ENTREE														
Sexe	Âge	Poids	Taille	Clairance de la créatinine - Insuffisance rénale			Insuffisance hépatique							
Femme	87 ans	42,3 kg	144 cm	69 mL/min - Légère			Sans							
Motif de prise en charge et mode d'inclusion en HJ PEIMA					Mode de vie									
Bilan neuropsychologique et bilan de chutes Mode d'inclusion indirect					Domicile									
Evaluation de l'observance Mauvaise					Sources d'informations Compte-rendu d'hospitalisation, PO, Ordonnance									
Antécédents			Traitement à domicile				9 médicaments							
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypertension artérielle ▪ Sténose des bulbes carotidiens droit et gauche ▪ Surcharge athéromateuse carotidienne bilatérale ▪ Hernie hiatale ▪ Conisation du col utérin ▪ Hémostectomie et chirurgie de fissure anale ▪ Chirurgie d'hallux valgus gauche ▪ Prothèse totale de hanche gauche et droite ▪ Plainte mnésique symptomatologique dépressive (solitude) 			Spécialité	Dosage	Voie	Posologie								
			M	M	S	C								
			TRIA TEC [®]	1,25 mg	orale	1	0	0	0					
			KARDEGIC [®]	75 mg	orale	1	0	0	0					
			ZOCOR [®]	20 mg	orale	0	0	1	0					
			MOPRAL [®]	10 mg	orale	1	0	0	0					
			TANAKAN [®]	40 mg/mL	orale	1	1	1	0					
			SEROPRAM [®]	20mg	orale	0	0	0,5	0					
			CACIT VITAMINE D3 [®]	1g/880UI	orale	1	0	0	0					
			Biologie (valeurs anormales)			FRESUBIN [®]		orale	0	1	0	0		
▪ Hyperurémie : 0,55 g/l			COLPOTROPHINE [®] CREME	1%	locale	1 application par jour								
DEROULEMENT DE LA RCPM														
Professionnels présents (nombre)								Quorum pluridisciplinaire						
MG (1)	PO (1)	Gériatre (1)			PH (1)			Etabli						
		<i>Spectateurs : Externe en médecine (1)</i>			<i>Spectateurs : Interne (1) et externes (3) en pharmacie</i>			Durée 15 minutes						
Modifications proposées lors de la RCPM					Motif			Statut						
Arrêt du MOPRAL [®]					Non indiqué			Acté						
Arrêt du TANAKAN [®] et du SERESTA					Réévaluation de l'indication			Acté						
Arrêt du CACIT VITAMINE D3 [®] , du FRESUBIN [®] et de la COLPOTROPHINE [®]					Réévaluation de l'indication			Acté						
COMPARAISON DES TRAITEMENTS EN SORTIE D'HJ PEIMA ET APRES 15 JOURS														
Traitement suite à l'HJ PEIMA						Traitement à J15								
MÉDICAMENT Spécialité/ DCI/Forme	DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE			DURÉE	MÉDICAMENT Spécialité/ DCI/Forme	DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE			DURÉE	Modifications
			Matin	Midi	Soir					Matin	Midi	Soir		
MÉDICAMENTS RECONDUITS														
TRIA TEC [®]	1,25mg	orale	1	0	0		TRIA TEC [®]	1,25mg	orale	1	0	0		Inchangé
KARDEGIC [®]	75mg	orale	1	0	0		KARDEGIC [®]	75mg	orale	1	0	0		Inchangé
ZOCOR [®]	20mg	orale	0	0	1		ZOCOR [®]	20mg	orale	0	0	1		Inchangé
MÉDICAMENTS ARRÊTÉS														
MOPRAL [®]	10mg	orale	1	0	0									Modification poursuivie
TANAKAN [®]	40mg/mL	orale	1	1	1									Modification poursuivie
SEROPRAM [®]	20mg	orale	0	0	0,5									Modification poursuivie
CACIT VITAMINE D3 [®]	1g/880UI	orale	1	0	0									Modification poursuivie
FRESUBIN [®]		orale	0	1	0									Modification poursuivie
COLPOTROPHINE [®] CREME	1%	locale	1 application par jour											Modification poursuivie

Annexe 22 : Tableau de PECM du patient 11

FICHE DE CONCILIATION D'ENTREE								
Sexe	Âge	Poids	Taille	Clairance de la créatinine - Insuffisance rénale		Insuffisance hépatique		
Femme	85 ans	NR	NR	104,9 mL/min - Sans		Sans		
Motif de prise en charge et mode d'inclusion en HJ PEIMA				Mode de vie				
Bilan gériatrique Mode d'inclusion indirect				EHPAD				
Evaluation de l'observance				Sources d'informations				
Bonne				Compte-rendu d'hospitalisation, PO, Ordonnance, Plan de prise de l'EHPAD				
Antécédents		Traitement à domicile			7 médicaments			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obésité ▪ Hypertension artérielle ▪ Insuffisance veineuse ▪ Dysthyroïdie ▪ Troubles mnésiques ▪ Chutes à répétition ▪ Arthrose ▪ Sclérose de varices ▪ Opération d'un chevauchement d'orteils 		Spécialité	Dosage	Voie	Posologie			
					M	M	S	C
		LEVOTHYROX [®]	62,5 µg	orale	1	0	0	0
		NORSET [®]	15 mg	orale	0	0	2	0
		SERESTA [®]	10 mg	orale	1	0	2	0
		LAMALINE [®]		orale	1	1	1	0
		FORLAX [®]	10 mg	orale	2	0	0	0
Biologie (valeurs anormales)		FLECTOR [®]	1%	locale	si douleurs aux genoux ou au dos			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypoprotéïnémie : 60 g/L ▪ Hypoalbuminémie : 27,9 g/L 		GEL LARMES [®]	0,3%	oculaire	1	1	1	0

Annexe 23 : Tableau de PECM du patient 12

FICHE DE CONCILIATION D'ENTREE																
Sexe	Âge	Poids	Taille	Clairance de la créatinine - Insuffisance rénale				Insuffisance hépatique								
Homme	83 ans	78 kg	170 cm	75,9 mL/min - Légère				Sans								
Motif de prise en charge et mode d'inclusion en HJ PEIMA				Mode de vie												
Bilan gériatrique Mode d'inclusion indirect				Domicile, passage infirmier (pilulier)												
Evaluation de l'observance				Sources d'informations												
Mauvaise				Compte-rendu d'hospitalisation, PO, Ordonnance												
Antécédents				Traitement à domicile				5 médicaments								
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabète de type 2 ▪ Hypertension artérielle ▪ ACFA paroxystique ▪ Rétrécissement aortique peu serré ▪ Troubles cognitifs, perte de mémoire à court terme 				Spécialité	Dosage	Voie	Posologie									
							M	M	S	C						
				METFORMINE	500mg	orale	1	1	1	0						
Biologie (valeurs anormales)				JANUVIA [®]	100mg	orale	1 prise par jour									
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hyperglycémie : 3,39 g/l ▪ Taux d'hémoglobine glyquée augmenté : 11,2 % ▪ Hypophosphorémie : 23,2 mg/l ▪ Taux de TSH diminué : 0,140 mUI/L ▪ Taux de T4 libre augmenté : 16,6 ng/L 				KALEORID LP [®]	1000mg	orale	1 prise par jour									
				AMIODARONE	200mg	orale	1 prise par jour									
				PREVISCAN [®]	20mg	orale	selon INR									
DEROULEMENT DE LA RCPM																
Professionnels présents (nombre)						Quorum pluridisciplinaire										
MG (1)	PO (1)	Géiatre (1)	PH (1)			Etabli										
			Spectateurs :			Durée										
			<i>Interne (1) et externes (3) en pharmacie</i>			10 minutes										
Modifications proposées lors de la RCPM						Motif			Statut							
Eventuelle modification du traitement antidiabétique						Hémoglobine glyquée très élevée			Non acté							
Eventuelle réévaluation de l'AMIODARONE						Légère hyperthyroïdie			Non acté							
COMPARAISON DES TRAITEMENTS EN SORTIE D'HJ PEIMA ET APRES 15 JOURS																
Traitement suite à l'HJ PEIMA						Traitement à J15										
MEDICAMENT		DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE			DUREE	MEDICAMENT		DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE			DUREE	Modifications
Spécialité/ DCI/Forme				Matin	Midi	Soir		Spécialité/ DCI/Forme				Matin	Midi	Soir		
MEDICAMENTS RECONDUITS																
METFORMINE	500mg	orale	1	1	1		METFORMINE	500mg	orale	1	1	1			Inchangé	
JANUVIA [®]	100mg	orale	1 prise par jour				JANUVIA [®]	100mg	orale	1 prise par jour					Inchangé	
KALEORID LP [®]	1000mg	orale	1 prise par jour				KALEORID LP [®]	1000mg	orale	1 prise par jour					Inchangé	
AMIODARONE	200mg	orale	1 prise par jour				AMIODARONE	200mg	orale	1 prise par jour					Inchangé	
PREVISCAN [®]	20mg	orale	selon INR				PREVISCAN [®]	20mg	orale	selon INR					Inchangé	

Annexe 24 : Tableau de PECM du patient 13

FICHE DE CONCILIATION D'ENTREE														
Sexe	Âge	Poids	Taille	Clairance de la créatinine - Insuffisance rénale				Insuffisance hépatique						
Femme	87 ans	68,6 kg	160 cm	93,4 mL/min - Sans				Sans						
Motif de prise en charge et mode d'inclusion en HJ PEIMA					Mode de vie									
Bilan pneumologique et ostéoporotique Mode d'inclusion indirect					Domicile									
Evaluation de l'observance					Sources d'informations									
Bonne					Compte-rendu d'hospitalisation, PO, Ordonnance, Entretien avec la patiente									
Antécédents				Traitement à domicile				9 médicaments						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fibrillation auriculaire ▪ Hypertension artérielle ▪ Diabète non insulino-dépendant ▪ Hypothyroïdie ▪ Angor stable ▪ Troubles cognitifs en progression ▪ Remplacement valvulaire par bioprothèse 				Spécialité		Dosage	Voie	Posologie						
						M	M	S	C					
				SPIRIVA [®]		18 µg	inhalee	1	0	0	0			
				SYMBICORT TURBUHALER [®]		200/6 µg	inhalee	1	0	1	0			
				CORDARONE [®] (4 jours sur 7)		200 mg	orale	0	1	0	0			
				KARDEGIC [®]		75 mg	orale	0	0	0	0			
				LASILIX [®]		20 mg	orale	1	0	0	0			
Biologie (valeurs anormales)				LEVOTHYROX [®]		125 µg	orale	1	0	0	0			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypochlorémie : 93 mmol/L ▪ Hyponatrémie : 132 mmol/L ▪ Hypocalcémie : 82 mg/l ▪ Hypo-albuminémie 32,1 g/l ▪ Taux de préalbumine diminué : 198 mg/l ▪ Taux d'hémoglobine glyquée augmenté : 6,6 % ▪ Hypovitaminose D : 23,5 µg/l 				TEMERIT [®]		5 mg	orale	1	0	0	0			
				XARELTO [®]		20 mg	orale	0	1	0	0			
				VENTOLINE [®] (si besoin)		100 µg	inhalee	1	1	1	0			
DEROULEMENT DE LA RCPM														
Professionnels présents (nombre)							Quorum pluridisciplinaire							
MG (1)		PO (1)		Gériatres (2)			PH (1)		Etabli					
							Spectateurs : Interne en pharmacie (1)		Durée					
									20 minutes					
Modifications proposées lors de la RCPM							Motif		Statut					
Arrêt du KARDEGIC [®]							Avis cardiologique : absence d'indication		Acté					
Diminution du TEMERIT [®]							Bradycardie + avis cardiologique		Acté					
COMPARAISON DES TRAITEMENTS EN SORTIE D'HJ PEIMA ET APRES 15 JOURS														
Traitement suite à l'HJ PEIMA						Traitement à J15								
MÉDICAMENT Spécialité/ DCI/Forme	DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE			DUREE	MÉDICAMENT Spécialité/ DCI/Forme	DOSAGE	VOIE	POSOLOGIE			DUREE	Modifications
			Matin	Midi	Soir					Matin	Midi	Soir		
MÉDICAMENTS RECONDUITS														
SPIRIVA [®]	18µg	inhalee	1	0	0		SPIRIVA [®]	18µg	inhalee	1	0	0		Inchangé
SYMBICORT TURBUHALER [®]	200/6µg	inhalee	1	0	1								Pas de nouvelle prescription	Inchangé
CORDARONE [®]	200mg	orale	0	1	0	4j/7							Pas de nouvelle prescription	Inchangé
LASILIX [®]	20mg	orale	1	0	0								Pas de nouvelle prescription	Inchangé
LEVOTHYROX [®]	125µg	orale	1	0	0								Pas de nouvelle prescription	Inchangé
XARELTO [®]	20mg	orale	0	1	0								Pas de nouvelle prescription	Inchangé
VENTOLINE [®]	100µg	inhalee	1	1	1	si besoin							Pas de nouvelle prescription	Inchangé
MÉDICAMENTS ARRÊTÉS														
KARDEGIC [®]	75mg	orale											Pas de nouvelle prescription	Modification poursuivie
MÉDICAMENTS MODIFIES OU INTRODUITS														
TEMERIT [®]	2,5mg	orale	1										Pas de nouvelle prescription	Modification non poursuivie
							ZOPICLONE [®]	7,5mg	orale	0	0	1		Modification supplémentaire
							COMPLEMENTS ALIMENTAIRES		orale					Modification supplémentaire



Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

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



DEMANDE D'AUTORISATION DE SOUTENANCE

Nom et Prénom de l'étudiant : LECLERCQ Pierre - François

Date, heure et lieu de soutenance :

Le 29 | 09 | 2017 à 15.h.00 Amphithéâtre ou salle : Curie
jour mois année

Avis du conseiller (directeur) de thèse

Nom : LEFEBVRE Prénom : ANTOINE

Favorable

Défavorable

Motif de l'avis défavorable :
.....
.....

Date : 14/08/17

Signature: 

Avis du Président de Jury


Nom : SIMON Prénom : Nicolas

Favorable

Défavorable

Motif de l'avis défavorable :
.....
.....

Date : 23/08/2017

Signature: 

Décision de Monsieur le Doyen

Favorable

Défavorable

Le Doyen

D. CUNY


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

Université de Lille 2
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE
MEMOIRE de DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
(tenant lieu de Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie)
Année Universitaire 2016 / 2017

Nom : LECLERCQ

Prénom : Pierre-François

Titre du mémoire / thèse :

Optimisation de la prise en charge médicamenteuse au sein d'un hôpital de jour gériatrique : évaluation de la faisabilité d'un processus global pluridisciplinaire ville-hôpital

Mots-clés : conciliation médicamenteuse, pluridisciplinaire, révision médicamenteuse ville-hôpital, sujet âgé

Résumé :

Le médecin généraliste et le pharmacien officinal sont rarement intégrés à la prise de décisions lors des modifications thérapeutiques des patients à l'hôpital.

Une approche innovante pluridisciplinaire ville-hôpital d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse du patient âgé a été mise en place au sein de l'hôpital de jour gériatrique du centre hospitalier Saint Philibert de Lomme. Cette étude s'est intéressée à la faisabilité de ce processus qui comportait des étapes de conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie, entre lesquelles s'intercalait une réunion de concertation pluridisciplinaire téléphonique ville-hôpital. Cette réunion rassemblait le gériatre, le pharmacien hospitalier, le médecin généraliste et le pharmacien officinal, et aboutissait à une évaluation collégiale de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Après 6 mois d'évaluation, ce processus s'avère chronophage et par conséquent complexe à intégrer dans la pratique quotidienne des professionnels de santé impliqués. Cette révision pluridisciplinaire ville-hôpital a toutefois renforcé les échanges entre les différents acteurs hospitaliers et libéraux prenant en charge le patient. Les modifications thérapeutiques qui en ont découlé sont plus pertinentes et devraient être pérennes.

Une optimisation du processus permettrait sa transposition en hospitalisation conventionnelle. Il serait intéressant d'évaluer son impact clinique sur la prévention du risque iatrogène chez le patient âgé.

Membres du jury :

Président :

Monsieur le Docteur Nicolas SIMON, Maître de Conférences des Universités –
Praticien Hospitalier, *Faculté de pharmacie de Lille 2 – Institut de Pharmacie, CHRU de Lille*

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc CHILLON, Professeur des Universités –
Praticien Hospitalier – *Faculté de pharmacie Jules Verne d'Amiens, CHU d'Amiens*

Madame le Docteur Céline DELECLUSE – Gériatre Praticien Hospitalier,
Centre Hospitalier Saint Philibert de Lomme

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Antoine LEFEBVRE – Pharmacien Praticien Hospitalier,
Centre Hospitalier Saint Philibert de Lomme